



# Jornal Paranaense de Pediatria

## **EDITOR RESPONSÁVEL**

**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.

**Eliane Mara Cesário Pereira Maluf**

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

**Donizetti Dimer Giamberardino Filho**

Pediatra Diretor do Hospital Infantil Pequeno Príncipe

**Gilberto Pascolat**

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

**José Eduardo Carreiro**

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

**Luiza Kazuko Moriya**

Professora Assistente do Departamento de Pediatria da Universidade Estadual de Londrina

**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 Neurologia Pediátrica.

**Evanguelia Athanasio Shwetz**

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

**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.

**Lucia Helena Coutinho dos Santos**

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

**Luiz Antônio Munhoz da Cunha**

Chefe do Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Infantil Pequeno Príncipe

**Luiz 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

**Mitsuru Miyaki**

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

**Nelson Augusto Rosário Filho**

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

**Nelson Itiro Miyague**

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

**DIRETORIA SPP - TRIÊNIO 2007-2009**

**Presidente:** Aristides Schier da Cruz (Curitiba)

**Presidente de Honra:** Eliane Mara Cesário

Pereira Maluf (Curitiba)

**1º Vice-Presidente:** Darci Vieira da Silva Bonetto (Curitiba)

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

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

**4º Vice-Presidente:** José Carlos Amador (Maringá)

**Secretária Geral:** Regina Paula Guimarães Vieira Cavalcante da Silva (Curitiba)

**1º Secretário:** Tony Tannous Tahan (Curitiba)

**2º Secretário:** Renato Tamehiro (Cascavel)

**Tesouraria**

**1º Tesoureiro:** Gilberto Pascolat (Curitiba)

**2º Tesoureiro:** Dorivâm Celso Nogueira (Curitiba)

**Conselho Fiscal:** Diether H. Garbers (Curitiba), Álvaro Luiz de Oliveira (Londrina), Nelson Augusto Rosário Filho (Curitiba), José Carlos Michels Oliveira (Curitiba), Gilberto Saciloto (Guarapuava)

**Comissão de Sindicância:** João Gilberto Sprotte Mira (Curitiba), Jussara Ribeiro dos Santos Varassin (Curitiba), Claudete Teixeira Krause Closs (Curitiba), Osório Ogasawara (Paranavaí), Lúcio Esteves Junior (Maringá)

**Conselho Consultivo:** Donizetti Dimer Giamberardino Filho (Curitiba), Kerstin Taniguchi Abagge (Curitiba), Alléssio Fiori Sandri Junior (Umuarama), Rosângela de Fatima I. Garbers (Curitiba), Wilma Suely Ribeiro Reque (Ponta Grossa)

**Diretoria de Patrimônio:** Luiz Ernesto Pujol (Curitiba)

**Diretoria de Informática:** Dorivâm Celso Nogueira (Curitiba)

**Diretoria de Eventos Científicos:** Cristina Rodrigues da Cruz (Curitiba), Eliane Mara Cesário Pereira Maluf (Curitiba), Marion Burger (Curitiba)

**Diretoria de Defesa Profissional:** Armando Salvatierra Barroso (Curitiba), José Carlos Michels de Oliveira (Curitiba), Álvaro Luiz de Oliveira (Londrina)

**DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS DA SOCIEDADE PARANAENSE DE PEDIATRIA**

**Departamento de Adolescência**

Beatriz Elizabeth Bagatin V. Bermudez

**Departamento de Aleitamento Materno**

Claudete Teixeira Krause Closs

**Departamento de Alergia - Imunologia**

Tsukiyo Obu Kamo

**Departamento de Cardiologia**

Nelson Itiro Miyague

**Departamento de Dermatologia**

Kerstin Taniguchi Abagge

**Departamento de Endocrinologia**

Geraldo Miranda Graça Filho

**Departamento de Gastroenterologia**

Sandra Lúcia Schuler

**Departamento de Infectologia**

Cristina Rodrigues da Cruz

**Departamento de Nefrologia**

Lucimary de Castro Sylvestre

**Departamento de Neonatologia**

Gislayne Castro e Souza de Nieto

**Departamento de Neurologia Pediátrica**

Alfredo Lohr Junior

**Departamento de Pneumologia**

Carlos Roberto Lebar Benchon Massignan

**Departamento de Saúde Mental**

Maria Lúcia Maranhão Bezerra

**Departamento de Segurança da Criança e do Adolescente**

Luci Yara Pfeiffer

**Departamento de Suporte Nutricional**

Vanessa Yumie Salomão W. Liberalesso

**Departamento de Terapia Intensiva**

Sandra Lange Zaponi Melek

**Referência em Genética**

Salmo Raskin

**Referência em Hemato-Oncologia**

Leniza Costa Lima

**Referência em Oftalmologia**

Ana Tereza Moreira

**Referência em Ortopedia**

Edilson Forlin

**Referência em Otorrinolaringologia**

João Gilberto Sprotte Mira

**Referência em Reumatologia**

Margarida de Fátima Fernandes Carvalho

**JORNAL PARANAENSE DE PEDIATRIA - ANO 09, NÚMERO 02.**

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

Correspondência deve ser encaminhada para: SPP Rua Desembargador Vieira Cavalcanti, 550 80.510-090 Curitiba - PR Tiragem: 2.000 exemplares

Sociedade Paranaense de Pediatria - Rua Des. Vieira Cavalcanti, 550 Telefone: 41 3223-2570 Fax: 41 3324-7874 Curitiba-PR  
Http://www.spp.org.br e-mail: spppediatria@hotmail.com

Projeto gráfico, diagramação e editoração: Fidelize Marketing Ltda. Telefone: 41 3335-2156 www.fidelize.com.br Curitiba-PR



**XI CONGRESSO  
PARANAENSE DE  
PEDIATRIA**

**Curitiba de 5 a 7 de junho de 2008  
Local: Sociedade Paranaense de Pediatria**

---

## **EDITORIAL**

---

É com grande satisfação que vemos este exemplar do Jornal Paranaense de Pediatria dedicado ao XI Congresso Paranaense de Pediatria. Nele estão publicados a programação científica do evento e os resumos dos trabalhos científicos que serão apresentados nas sessões de Temas Livres. Boa parte da produção científica pediátrica de nosso estado nos últimos anos será apresentada neste congresso. Os temas científicos que serão abordados e os palestrantes responsáveis foram cuidadosamente selecionados, com o objetivo de que os participantes possam ter o melhor aproveitamento durante estes três dias de convívio.

A presença de cada um dos congressistas e demais colaboradores, paranaenses ou de outros estados, é marcante para a Sociedade Paranaense de Pediatria. Esperamos que todos tenham a oportunidade de aproveitar este momento em todos os sentidos: crescer em conhecimentos científicos, conviver com amigos, e usufruir da estrutura oferecida pela cidade de Curitiba.

Desejamos que estes sejam bons e proveitosos momentos para todos.

*Aristides Schier da Cruz*

Presidente da Sociedade Paranaense de Padiatria

---

---

---

### ***Comissão Organizadora***

---

**Aristides Schier da Cruz  
Cristina Rodrigues da Cruz  
Eliane Mara Cesário Pereira  
Gilberto Pascolat  
Marion Burger**

---

### ***Comissão Julgadora de Temas Livres***

---

Coordenação: **Tony Tahan Tannous  
Lygia Maria Coimbra de Manuel  
Márcia Luiza Baptista  
Margarida de Fátima Fernandes Carvalho  
Marion Burger  
Regina Paula Guimarães Vieira Silva  
Sandra Lange Zaponi Melek**

---

### ***Apoio***

---

**Nestlé Nutrition  
Wyeth Vacinas  
Roche Químicos e Farmacêuticos  
GlaxoSmithKline  
Merck Sharp & Dohme  
Sanofi Pasteur  
Laboratórios Pfizer Ltda  
CMP Vacinas  
Livraria do Isidoro**

**FUNDAÇÃO  
ARAUCÁRIA**

*Apoio ao Desenvolvimento Científico  
e Tecnológico do Paraná*

# **PROGRAMAÇÃO CIENTÍFICA**

## **XI Congresso Paranaense de Pediatria**

**05/06/2008 - Quinta-feira**

### **Manhã**

08h00-12h00 **Cursos Pré-Congresso**

Auditório

#### **OFTALMOLOGIA:**

- Treinamento em teste do olhinho

**Dra. Michele Buquera**

- Oftalmia neonatal

**Dra. Christie G. Ribeiro**

- Problemas clínicos oftalmológicos

**Dra. Luisa Moreira Hopker**

Coordenadora: **Dra. Ana Tereza Moreira**

Mini-Auditório

#### **SUPORTE NUTRICIONAL:**

Coordenadora: **Dra. Vanessa Y. S. W. Liberalesso**

08h00 Avaliação nutricional

08h15 Caso clínico - Avaliação do prematuro

**Dra. Vanessa Y. S. W. Liberalesso**

08h45 Obesidade e dislipidemia

**Dra. Izaura Merola Faria**

09h00 Caso clínico - Diagnosticando a criança obesa, avaliação clínica e laboratorial  
síndrome metabólica / intervenção nutricional

**Dra. Izaura Merola Faria / Nutricionista Maria Emília Suplicy**

09h40 Intervalo

10h00 Desnutrição

**Dra. Izaura Merola Faria**

10h15 Caso Clínico - Diagnosticando a criança desnutrida  
suplementação de micronutrientes / intervenção nutricional

**Dra. Izaura Merola Faria / Nutricionista Maria Emília Suplicy**

10h55 Fórmulas infantis

**Dra. Jocemara Gurmini**

11h10 Estação prática

**Dra. Jocemara Gurmini**

11h40 Erros inatos do metabolismo

**Dra. Sandra Lucia Schuler**

### **Tarde**

14h00 Mini-Conferência

Presidente: *Lucia Cristina Manoel de Macedo*

**A criança e o adolescente viajantes: o que o pediatra deve orientar**

Conferencista: **Dra. Luzilma Terezinha Flenik Martins**

14h30 Mini-Conferência

Presidente: *Dra. Adriane Celli*

**Distúrbios gastrointestinais funcionais: atualização**

Conferencista: **Dr. Mário César Vieira**

15h00 Conferência

Presidente: *Dra. Claudete Teixeira Krause Closs*

**Novos conceitos em alimentação no 1º ano de vida**

Conferencista: **Dra. Jocemara Gurmini**

15h00-16h00 - **Temas Livres**

Apresentação Pôsteres  
**(Espaço Gourmet)**

15h50 Intervalo

16h00-17h00 - **Temas Livres**

16h20 Mini Conferência

*Coordenador: José Carlos Michels de Oliveira*

**Defesa Profissional: O Custo do Pediatra**

*Palestrante: Dr. Alvaro Luiz de Oliveira*

Apresentação Pôsteres

**(Espaço Gourmet)**

16h40 **Mesa Redonda**

**Uso do Hormônio do Crescimento:**

*Moderador: Romolo Sandrini Neto*

- **hGH em pequenos para idade gestacional (PIG) e Síndrome de Prader-Willi**

*Palestrante: Dra. Margaret Boguszewski*

- **hGH em baixa estatura idiopática e insuficiência renal crônica**

*Palestrante: Dra. Julienne Carvalho*

- **hGH em deficiência de hGH e Síndrome de Turner**

*Palestrante: Dr. Geraldo Miranda Graça Filho*

17h30 Abertura Oficial - Mini-Conferência

*Presidente: Aristides Schier da Cruz*

**Atuação do pediatra na educação ambiental**

*Conferencista: Dra. Darci Vieira da Silva Bonetto*

**06/06/2008 - SEXTA-FEIRA**

### **Manhã**

08h30 Mini-Conferência

*Presidente: Geraldo Miranda Graça Filho*

**Obesidade: causas e tratamento**

*Conferencista: Dr. Carlos Alberto Nogueira de Almeida - SP*

09h00 Mesa Redonda

*Moderador: Dorivam Celso Nogueira*

**Prevenção de doenças do adulto na criança:**

- **Hipertensão arterial + doenças cardiovasculares**

*Palestrante: Dr. José Rubens Alcantara Madureira*

- **Obesidade e hiperlipidemia**

*Palestrante: Dr. Carlos Alberto Nogueira de Almeida - SP*

- **Câncer**

*Palestrante: Dra. Gisele Loth*

09h30-10h30 - **Temas Livres**

Apresentação Pôsteres

**(Espaço Gourmet)**

10h30 Intervalo

10h50 Mesa Redonda

*Moderador: Armando Salvatierra Barroso*

**Infectologia:**

- **Enteroparasitoses: existem novidades!**

*Palestrante: Dr. Tony Tannous Tahan*

- **Dúvidas mais freqüentes em imunizações**

*Palestrante: Dra. Cristina Rodrigues da Cruz*

10h50-12h00 - **Temas Livres**

Apresentação Oral

**(Mini-Auditório)**

12h00 **Simpósio Satélite - Wyeth**

**“A gravidade da doença pneumocócica no seu paciente: prevenção e atualização”**

**Dr. Otávio Augusto Leite Cintra - SP**

*Coordenadora: Dra. Andrea Maciel de Oliveira Rossoni*

### **Tarde**

14h00 Mesa Redonda

**Até onde vai o papel do pediatra:**

*Moderador: Dr. Luiz Ernesto Pujol*

- **Asma**

*Palestrante: Dra. Tsukiyo Obu Kamoi*

14h00-15h30 - **Temas Livres**

Apresentação Oral

**(Mini-Auditório)**

- **Infecção do trato urinário**  
*Palestrante: Dra. Lucimary de Castro Sylvestre*
- **Crise convulsiva**  
*Palestrante: Dr. Sérgio Antoniuk*
- **Sopro cardíaco**  
*Palestrante: Dr. Nelson Itiro Miyague*

15h30 **Simpósio Satélite - Roche**  
**Avanços no diagnóstico e tratamento da Influenza**  
**Dr. Otávio Augusto Leite Cintra - SP**  
*Coordenador: Dr. Fábio de Araújo Motta*

16h20 Intervalo

16h50 Mesa-Redonda  
**Diagnóstico diferencial da dor torácica e abdominal:**  
*Moderador: Mario Gutierrez Branco*

- **Apendicite – dificuldades diagnósticas**  
*Palestrante: Dr. Marcelo Ribas Alves*
- **Dor de origem cardíaca**  
*Palestrante: Dr. Renato Pedro de Almeida Torres*
- **Dor de origem pleural**  
*Palestrante: Dr. Carlos R. L. B. Massignan*
- **Avaliação radiológica na dor tóraco-abdominal**  
*Palestrante: Dra. Angela Cristina Bertoldi*

16h50-18h20 - **Temas Livres**  
Apresentação Oral  
**(Mini-Auditório)**

## 07/06/2008 - SÁBADO

### Manhã

08h00 Mesa Redonda  
**A criança alérgica:**  
*Moderador: Dr. Lúcio Esteves*

- **Exames laboratoriais em alergia - quando solicitar**  
*Palestrante: Dra. Georgia Karina Morgenstern Milani*
- **Manifestações cutâneas atípicas**  
*Palestrante: Dra. Kerstin Taniguchi Abagge*
- **Asma grave**  
*Palestrante: Dr. Carlos Antonio Riedi*

09h20 Mini-Conferência  
*Presidente: Dra. Márcia Bandeira*  
**O que há de novo em exames complementares em reumatologia**  
*Conferencista: Dra. Margarida de Fátima F. Carvalho - Londrina-PR*

09h50 Intervalo

10h20 Mesa Redonda  
**Interface Obstetrícia-Neonatologia: (protocolos de prevenção e tratamento)**  
*Moderadora: Gislayne Castro e Souza de Nieto*

- **Prematuridade**
- **Asfixia perinatal**
- **Infecção neonatal**

*Obstetra: Dr. Hélvio Bertolozzi Soares - Sociedade de Obstetrícia e ginecologia do Paraná*  
*Neonatologista: Luiz Eduardo Vaz de Miranda - RJ*

12h20 **Premiação dos trabalhos e Encerramento**

## TEMAS LIVRES SELECIONADOS

06/06/2008 (Sexta-feira)

Apresentação Oral - 1ª Sessão

10h50 - 12h00

Mini-Auditório

### MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM CURITIBA, 2003-2006.

Doreen Alves Camargo, **Hedi Martha Soeder Muraro**, Jacemar Cristina Rocha da Costa  
Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, PR - Centro de Epidemiologia.

Nesse trabalho foi realizada a análise dos dados de maus-tratos contra crianças e adolescentes no período de 2003 a 2006 que constam nos relatórios anuais da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência. Os dados das fichas de notificação obrigatória de maus-tratos procedentes de Unidades Municipais de Saúde, Hospitais, Escolas Municipais, Centros de Educação Infantil, Centros Municipais de Urgências Médicas, Serviços da FAS e outros foram processados no Programa Epi Info 6, versão 6.4, no Centro de Epidemiologia. Entre os resultados obtidos constatou-se um acréscimo de 54,8% no total de notificações, ou seja, em 2003 foram notificados 1536 casos e em 2006, 3398 casos. Observou-se que Serviço de Atendimento ao Vitimizado (SAV/FAS) teve o maior número de notificações em 2003, 334 (21,7%) casos e em 2006, 814 (24%). Em 2006, os hospitais notificaram o maior número de casos de violência sexual e de violência física, 309 (42,3%) e 174 (23,8%) respectivamente. O SAV notificou o maior número de violência psicológica e o abandono, 89 (10,9%) e 45 (5,5%) respectivamente e a negligência foi a mais notificada pelas Escolas Municipais, 561 (69,7%). Quanto à procedência da vítima, a maioria foi de Curitiba em 2003, 1356 (88,3%) casos e em 2006, 3060 (90%), sendo que o tipo da violência, predominante foi a violência doméstica/intrafamiliar, em 2003, 1224

(90,3%) e em 2006, 2852 (93,4%). Não ocorreu diferença significativa entre o sexo das vítimas, sendo a faixa etária mais notificada a de 05 aos 09 anos em 2003, 471 (38,5%) casos e em 2006, com 980 (34,7%). Quanto ao autor da violência o sexo feminino prevaleceu, em 2003, 669 (54,7%) e em 2006, 1842(65,5%), sendo que, em 2003, 214 (59,4%) e em 2006, 347 (48%) autores da violência fizeram uso de álcool. Quanto à natureza da violência houve um predomínio da negligência, observando em 2003, 532 (43,5%) e em 2006, 1803 (63,4%), seguida da violência física em 2003, 430 (35,1%) e em 2006, 562 (19,7%), da violência sexual, em 2003, 169 (13,8%) e em 2006, 195 (6,9%), da violência psicológica, em 2003, 53 (4,3%) e em 2006, 184 (6,5%) e do abandono, em 2003, 40 (3,3%) e em 2006, 102 (3,6%). Em 2006, o sexo masculino apresentou o maior número de casos de negligência, 375 (65,9%) e de violência física, 121 (21,2%), com predomínio na faixa etária de 05 a 09 anos, enquanto que a violência sexual incidiu mais no sexo feminino, na faixa etária de 01 aos 14 anos, 136 (39,5%). Toda violência contra crianças e adolescentes está inserida na complexa dinâmica familiar, cultural e sócio-econômica, constituindo um grave problema de Saúde Pública.

Palavras-chave: Crianças e adolescentes, maus tratos, negligência, violência doméstica.

### AVALIAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE ABUSO E EXPLORAÇÃO SEXUAL.

**Renato Mikio Moriya**, Sandra Odebrecht Vargas Nunes, Priscila Daiane Pavezzi, Raquel Lauenschlager Santana, Rossane Thalita Campanha Nincao  
Universidade Estadual de Londrina

Introdução: Não podemos deixar de reconhecer que a questão da violência tem sido um assunto de saúde pública nos últimos anos, incluindo as situações de abuso sexual na infância e adolescência. As experiências de ser vítima na grande maioria dos casos são silenciosas, mas as dimensões do sofrimento poderão estar contidas no pavor paralisante, na injustiça, na dor pelo maltrato infligido por uma figura que deveria ser fonte de proteção e amor. A impossibilidade da fala e do diálogo, o aniquilamento do ser infantil poderá deixar marcas permanentes ao longo da vida.

Objetivos: avaliar as características sócio-demográficas e clínicas de 45 crianças e adolescentes que sofreram abuso sexual e comparar com 90 controles saudáveis.

Método: estudo transversal, caso-controle. A pesquisa foi conduzida no período de janeiro de 2007 a janeiro de 2008. A amostra levou em conta a conveniência de tempo e local. A população foi constituída de 45 pacientes (12 meninos e 33 meninas) com histórico de abuso sexual, atendida no Ambulatório de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Londrina (UEL), Paraná, Brasil; e 90 controles (24 meninos e 66 meninas) recrutados da comunidade, sem abuso sexual. Foi utilizado um instrumento estruturado, denominado "Questionário para avaliação de comportamento, sintomas físicos e emocionais de crianças e adolescentes", composto de 18 itens, dois deles relacionados aos pais das crianças. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina e os responsáveis legais de ambos os grupos assinaram previamente o consentimento livre e esclarecido.

Resultados: A pesquisa mostrou que mais de 70% das vítimas apresentam problemas psiquiátricos e advém de famílias disfuncionais (78%). Através do questionário, percebeu-se que houve diferença significativa na labilidade emocional; interesse ou curiosidade incomum sobre sexo; mudança súbita emocional ou de comportamento; medo de ficar sozinha com uma determinada pessoa; saber mais sobre sexo ou atividade sexual do que o esperado para a idade; sintomas físicos e emocionais mais exuberantes nos casos de abuso sexual em relação aos controles. No tocante aos pais, a grande maioria dos pais das crianças abusadas, tem antecedentes psiquiátricos: 81%. Dos 21 pais que responderam positivamente à violência na história pessoal, praticamente a metade sofreu violência sexual.

Conclusão: cabe salientar: 1) a importância dos pais como referência de cuidados para os filhos e 2) as alterações físicas e comportamentais das crianças e adolescentes que sofreram abuso sexual, poderão prosseguir na vida adulta com conseqüências para a sua saúde física e psíquica e das próximas gerações.

## **A PRÁTICA DE BULLYING ENTRE ADOLESCENTES - EVITAR É PRECISO.**

**Ângelo Luiz De Col Defino, Tatiana Menezes Garcia Cordeiro**

Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa-PR

O bullying é uma prática antiga que somente nos dias atuais torna-se motivo de interesse devido aos transtornos que pode ocasionar à suas vítimas, como baixa auto-estima, depressão e fobia escolar, sendo caracterizado por atos agressivos, deliberados e repetitivos, sem motivo aparente, que ocorrem de um ou mais estudantes contra outro. Caracteriza-se por comportamentos agressivos que ocorrem sobretudo nas escolas, mas que antes eram encarados como normais da idade, não sendo valorizados tanto por pais quanto por professores, como humilhações, exclusão, discriminação e apelidos ofensivos. As vítimas são denominadas de alunos-alvo, os praticantes de alunos-autores e os assistentes de alunos-testemunhas. O presente trabalho apresenta uma pesquisa feita com alunos do último ano do ensino fundamental da Escola Estadual Becker e Silva, em Ponta Grossa - PR, com o objetivo de identificar a presença de bullying dentro do ambiente escolar. Foram entrevistados 94 alunos, demonstrando-se que 37,2% já sofreram algum tipo de intimidação, agressão ou assédio na escola, sendo que a maioria relatou ter sido vítima de bullying entre 11 anos e 14 anos de idade. Com relação à frequência dos atos, 22,8% sofreram ações

nos últimos trinta dias e 8,5% até no mesmo dia da pesquisa. Entre as vítimas, 51,4% relataram terem sido alvos por diversas vezes, sendo o pátio da escola, o trajeto entre a casa e o estudo e a sala de aula os locais de maior ocorrência. Em relação a observar o bullying, 90,4% já presenciaram alguém sofrer agressão ou intimidação no ambiente escolar, sendo que a maioria relatou para seus pais, responsáveis ou seus colegas. As práticas mais observadas foram apelidar, xingar, maltratar, empurrar, chutar ou bater no colega. Declararam-se agressores 32% dos entrevistados. Sentimentos de pena pela vítima e de medo que acontecesse consigo mesmo foram as reações mais citadas pelos alunos ao presenciar o bullying, tornando a escola um ambiente de tensão constante.

A grande frequência dos atos deixa clara a necessidade de medidas em conjunto do profissional de saúde, educadores, pais e alunos para controlarem o problema e suas consequências, o que provocou a iniciativa de uma parceria entre a unidade de saúde e a escola para capacitação dos profissionais em como trabalhar com o tema.

## **LISTA DE SINTOMAS PEDIÁTRICOS - UM INSTRUMENTO DE TRIAGEM DE PROBLEMAS EMOCIONAIS E PSICOSSOCIAIS PARA USO NA PRÁTICA CLÍNICA DO PEDIATRA.**

**Sandra Regina Baggio Muzzolon, Mônica Lima Cat, Lúcia Helena Coutinho dos Santos**

Universidade Federal do Paraná (UFPR) - Curitiba-PR

**Introdução:** A identificação de problemas emocionais e psicossociais deve fazer parte da prática pediátrica. Estudos têm documentado o aumento da prevalência de Transtornos Mentais em crianças e adolescentes. Mesmo assim, pediatras ainda não têm recebido formação adequada para tal. O uso rotineiro de testes de avaliação emocional e psicossocial tem sido proposto como uma forma de aperfeiçoar e assim incrementar o reconhecimento desses problemas, possibilitando o início precoce da intervenção apropriada. **Objetivo:** Investigar a eficácia da versão brasileira do Pediatric Symptom Checklist - PSC como um instrumento de triagem para a identificação de problemas emocionais e psicossociais e sua prevalência destes em uma população de crianças e/ou adolescentes com idade entre 6 e 12 anos, cursando o ensino fundamental em uma escola pública na cidade de Curitiba, PR. **Casística e Métodos:** Na primeira etapa do estudo, o PSC foi respondido por 415 pais e/ou responsáveis pelos estudantes com idade média de 9,21 ( $\pm 1,99$ ) anos, cursando o ensino fundamental, constituindo a população de estudo, dos quais, destes, posteriormente, 145 responderam aos questionários PSC e Child Behavior Checklist - CBCL, formando a

Amostra de estudo. **Resultados:** Da população inicial, a frequência de respostas para problemas emocionais e/ou psicossociais, isto é, PSC maior ou igual a 28 pontos foi de 14%. Na amostra, a prevalência de PSC POSITIVO foi de 34%. A consistência da versão brasileira do PSC foi boa (Cronbach alpha 0.89). A curva ROC mostrou melhor ponto de corte para triagem de 21 pontos, com 96,8% de sensibilidade e 86,7% de especificidade. No ponto de corte (28 e acima) foi verificada sensibilidade de 64,5% e especificidade de 100,00%, similares aos encontrados na versão Americana indicando semelhança entre as amostras Brasileira e Americana. O gênero masculino predominou no grupo com indicativo de problemas emocionais e/ou psicossocial. O PSC mostrou-se apropriado para a faixa etária estudada, com maior sensibilidade e especificidade em crianças com idade abaixo dos 10 anos. **Conclusão:** A versão brasileira do PSC se mostrou uma ferramenta eficaz na identificação precoce de problemas emocionais e/ou psicossociais em um grupo de crianças e/ou adolescentes em idade escolar.

**Palavras-chave:** Pediatric Symptom Checklist, Identificação Precoce, Transtornos Mentais.

## **PATERNIDADE PRECOCE - O OUTRO LADO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA.**

**Ângelo Luiz De Col Defino, Tatiana Menezes Garcia Cordeiro**

Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa-PR.

A gravidez na adolescência apresenta índices com aumentos constantes e significativos, enquanto muito tem se focado na menina adolescente como protagonista dessa relação, como responsável maior por não ter evitado uma concepção não programada, acaba-se por se esquecer do adolescente-pai, com tantas responsabilidades a serem assumidas quanto a adolescente-mãe. O presente trabalho, realizado com as gestantes adolescentes que

frequenteram o pré-natal da Unidade de Saúde Roberto de Jesus Portela, em Ponta Grossa - PR, no primeiro trimestre do ano de 2008, procura conhecer esses jovens pais, com o objetivo de identificar se foi planejada essa gestação, como foi recebida a notícia da gravidez pelo pai, qual o grau de relacionamento no momento e qual a postura do adolescente frente à gravidez, o que fazia antes e qual a sua ocupação atual. Das gestantes que pro-



curaram a unidade de saúde para fazer pré-natal no primeiro trimestre do ano de 2008, 24,3% tinham idade até 20 anos. Dentre os pais, 64,7% também eram adolescentes, sendo que nenhum deles relatou ter programado a gestação. Mesmo assim, segundo as gestantes, 81% delas ficaram felizes com a notícia e somente 9% tiveram reação de susto e/ou surpresa. Dos adolescentes-pais 36% estudavam até aquele momento e 64% já trabalhavam. Um número de 71% dos que trabalhavam relataram estar trabalhando mais após o início da gestação e 9% dos jovens tiveram que parar de estudar para trabalhar e melho-

rar a possibilidade de sustento da nova família. Quanto ao relacionamento, 91% foram morar juntos e com os pais dela ou dele após a descoberta da gravidez. Embasada nesses dados, iniciou-se uma campanha preventiva junto aos adolescentes da área de abrangência da unidade de saúde em parceria com as escolas demonstrando essa realidade das mudanças que podem ocorrer na vida do menino para contribuir com a conscientização da necessidade de se prevenir uma gestação não desejada na adolescência.

### **A IMPORTÂNCIA DA PRESENÇA DO MÉDICO PEDIATRA JUNTO ÀS EQUIPES DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA - DIFICULDADES, INSEGURANÇAS E DÚVIDAS NO ATENDIMENTO À CRIANÇA.**

**Ângelo Luiz De Col Defino**

Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa-PR.

O presente trabalho apresenta uma pesquisa realizada com profissionais da área de saúde cursando uma Pós-Graduação *lato sensu* em Especialização em Saúde da Família - módulo "O Cuidado da Criança e do Adolescente na Saúde da Família", ofertada por uma instituição de ensino superior em Ponta Grossa - PR, em março de 2007, com o objetivo de aferir suas maiores dificuldades, inseguranças e/ou mesmo dúvidas no atendimento à criança. Foram entrevistados os 24 alunos matriculados, sendo 37,5% deles enfermeiros, 33,5% dentistas, 21% médicos, 4% farmacêuticos e 4% fisioterapeutas. Observou-se dentre os dentistas dúvidas quanto às orientações sobre nutrição da criança, manejo de pacientes portadores de doenças crônicas e como proceder frente às reações anafiláticas possíveis. Os farmacêuticos e fisioterapeutas referiram dificuldades na habilidade do trato com a criança. Os enfermeiros relataram dificuldades no tratamento de doenças agudas e na dosagem dos medicamentos

utilizados, como proceder em situações de emergência e como interagir com os familiares da criança. Os médicos sentem dificuldades na avaliação nutricional da criança e quanto à medicação na faixa etária pediátrica. A Estratégia Saúde da Família, implantada no Brasil em 1994, veio como uma reorganização dos serviços de saúde, fortalecendo a atenção básica e centrando-se no acompanhamento por uma equipe de vários profissionais da área de saúde de cada família, sendo o médico generalista o representante médico nessa multidisciplinaridade. Observou-se, pela pesquisa realizada, a importância da presença do médico pediatra junto às equipes do Programa Saúde da Família, seja fazendo parte delas ou como uma referência próxima e atuante na educação médica continuada dessas equipes, sob risco de sua ausência causar prejuízo ao atendimento das crianças assistidas nessas populações.

### **O PAPEL DO MÉDICO PEDIATRA NA EDUCAÇÃO CONTINUADA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.**

**Ângelo Luiz De Col Defino**

Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa-PR.

Os agentes comunitários de saúde fazem parte da realidade das unidades básicas de saúde desde os anos noventa, tendo papel importante na reorganização do sistema de saúde nacional. São atribuições do agente comunitário de saúde fazer o cadastramento de todas as famílias residentes em sua microárea de responsabilidade, visitar regularmente as famílias assistidas, agendar visitas médicas domiciliares nos casos necessários, trazer os problemas locais para discussão dentro da unidade de saúde, enfim, devem ser os observadores *in loco* da realidade da sua população. Percebe-se, porém, que apesar de já ser uma profissão reconhecida legalmente, o processo de seleção de tais agentes varia em cada localidade, não havendo um critério mais técnico para a realização de concursos seletivos. O presente trabalho descreve uma avaliação entre os agentes comunitários de saúde admitidos na Unidade de Saúde Roberto de Jesus Portela, em Ponta Grossa - PR, sobre os temas doenças diarreicas, desidratação e infecções respiratórias agudas em crianças, presentes nos manuais do agente comunitário de saúde ofertados pelo Ministério da Saúde do Brasil. Com o objetivo de aferir conhecimentos foi elaborado um pré-teste com 10 questões sobre

conceituação de diarreia em pediatria, medidas preventivas possíveis, tipos de tratamentos aceitáveis, sinais de gravidade de desidratação e de infecções respiratórias agudas em crianças e condutas frente às emergências nesses quadros. Após foram realizadas duas horas de aula sobre "O papel do agente comunitário de saúde frente às diarreias e infecções respiratórias agudas em crianças", com posterior aferição do conteúdo assimilado com o pós-teste das 10 questões iniciais. Observou-se no pré-teste uma média de acerto de 35% das 10 questões e após a explanação essa média subiu para 80% de acerto no teste, com variação positiva de 128%. Demonstrou-se, assim, como é necessária a capacitação do agente comunitário de saúde logo ao assumir seu papel no local de trabalho, assim como o médico pediatra deve manter uma política de educação continuada na unidade de saúde para esses profissionais nos mais diversos temas sobre a saúde da criança e do adolescente, podendo assim se tornarem multiplicadores de prevenção, orientadores de condutas e devido serem os agentes, hoje, uma das principais portas de entrada do sistema público de saúde.

## TEMAS LIVRES SELECIONADOS

06/06/2008 (sexta-feira)

Apresentação Oral - 2ª Sessão

14h00 - 15h30

Mini-Auditório

### AMAMENTAÇÃO MATERNA EXCLUSIVA - REORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO TRAZENDO MELHORIA DE ÍNDICE.

Ângelo Luiz De Col Defino, Tatiana Menezes Garcia Cordeiro  
Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa-PR.

O presente trabalho relata a experiência da equipe da Unidade de Saúde Roberto de Jesus Portela, em Ponta Grossa-PR, para melhoria do índice de crianças em amamentação materna exclusiva no primeiro trimestre de vida, pois nos primeiros três meses do ano de 2007 apenas 81,82% das crianças de até 3 meses e 29 dias de vida amamentavam-se exclusivamente no seio materno. Com o objetivo de otimizar esse índice, mudou-se a rotina do serviço quanto à avaliação inicial da criança e da puérpera. Inicialmente a criança era vista apenas na consulta pós-parto da mãe, quando iniciava-se seu programa de puericultura e já se observava a introdução anterior de outro tipo de leite que não o materno, pelos mais diferentes motivos. A partir de 2008 a gestante para fazer o pré-natal na unidade de saúde obrigatoriamente teve que frequentar o Clube de Gestantes, com palestras e aulas práticas sobre aleitamento materno e após sua alta hospitalar o agente comunitário de saúde passou a agendar

visita domiciliar da enfermeira e da assistente social da unidade de saúde na primeira semana de vida da criança para conferirem in loco se a gestante estava pondo em prática o que aprendeu e observarem as condições e hábitos de vida dessa família. Na seqüência já é agendada a consulta médica para avaliação do recém-nascido e reforço da importância do aleitamento materno exclusivo. Esse novo fluxograma produziu resultados, sendo que nos primeiros três meses do ano de 2008 já 94% das crianças de até 3 meses e 29 dias de vida encontravam-se amamentadas somente no seio materno, com variação de 14% positivamente, o que demonstrou que a reorganização da rotina do serviço, a concepção do Clube de Gestantes, a busca direta pela criança na sua casa no pós-parto, a consulta médica precoce e o constante reforço da importância do aleitamento materno exclusivo produziram o efeito esperado.

### SITUAÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL NO PARANÁ. TRIÊNIO 2003-2005.

Rossana Cristina Xavier Ferreira Vianna, Aristides Schier da Cruz, José Eduardo Vianna, Mônica Negri, Terezinha Leiko Watanabe.  
Secretaria de Estado da Saúde do Paraná - Curitiba-PR.

A mortalidade infantil é um indicador importante para avaliar a situação de saúde de uma população e a avaliação do triênio auxilia os gestores para a implementação de políticas para sua redução. O objetivo foi analisar o perfil da Mortalidade Infantil no Estado do Paraná, triênio de 2003-2005. Analisando os dados encontrados no referido triênio com investigação de 76% dos óbitos infantis do Estado, baseado no Sistema de Informação de Mortalidade e após as investigações dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Infantil (CPMI), segundo os grupos de causas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde em sua 10ª revisão e utilizando o Sistema de Investigação da Mortalidade Infantil (SIMI). Observou-se a sua redução gradual embora não tenha sido de maneira uniforme no Estado. Analisam-se também as causas de óbitos infantis antes e após as investigações, segundo os grandes grupos de causas mais encontrados no Paraná no SIMI. Neste sistema utilizado pelos CPMI municipais, regionais e estadual os dados são analisados segundo o roteiro das fichas de investigação para os óbitos que ocorrem no período neonatal e pós neonatal, juntamente com as informações das carteiras de pré-natal e puericultura conforme o caso, os prontuários de atendimento ambulatorial e hospitalar e as entrevistas realizadas com os familiares. Relatam-se também as causas básicas mais freqüentemente alteradas (para mais e para menos) após as investigações que foram de 49% dos casos. Consideraram-se critérios de evitabilidade (72% dos casos), responsabilidade (inconclusiva em 5% dos

casos), bem como medidas de prevenção (com melhoria da atenção ambulatorial em 33% dos casos), visando subsidiar os gestores de saúde, no planejamento das ações que promovam a redução da mortalidade infantil no Estado do Paraná. Os dados explicitam a importância do trabalho dos Comitês, bem como do SIMI na perspectiva do diagnóstico situacional, identificando os pontos de fragilidade e os favoráveis na atenção integral à saúde da criança, e conseqüentemente direcionamento das ações que causem impacto nos índices de morbi-mortalidade infantil. De maneira geral, a rede estadual de vigilância de óbitos infantis através dos comitês e do referido sistema de investigação, incentivam a identificação de todos os óbitos de crianças menores de um ano e o conhecimento de suas causas e determinantes. Visando a detecção de falhas que tornaram o evento possível, propiciando sua correção de modo a garantir o funcionamento adequado do Sistema de Saúde e a redução da mortalidade infantil. As políticas públicas de saúde e educação e a luta pelo Sistema Único de Saúde estão intimamente ligadas e devem avançar dentro de uma proposta descentralizada e regionalizada com efetivo controle público e que incentive a pesquisa científica e tecnológica voltadas ao desenvolvimento loco - regional, com garantia de recursos financeiros e administrativos das três esferas de governos, com o escopo de construir uma relação cada vez mais profunda de laços democráticos entre governo e sociedade.

### EVOLUÇÃO DO RECONHECIMENTO DA SÍNDROME DE MORTE SÚBITA DO LACTENTE NAS DECLARAÇÕES DE ÓBITO DO ESTADO DO PARANÁ, DE 2001 A 2005.

Joana Perotta, Vanessa Galeazzi Stoppa, Aristides Schier da Cruz  
Faculdade Evangélica do Paraná - Curitiba-PR.

Introdução: A divulgação da síndrome da morte súbita do lactente (SMSL) tem sido grande nos últimos anos e a expectativa é que o diagnóstico correto desta causa de óbito infantil esteja

aumentando, inclusive no Brasil. Objetivo: O objetivo deste trabalho foi avaliar a evolução do reconhecimento da SMSL pelos profissionais de saúde nas declarações de óbito (DO) do estado

do Paraná nos anos 2001 a 2005. Método: Para um número de 160.000 nascidos vivos por ano no Paraná e estimativa de 0,5 a 1 óbito por SMSL por 1000 nascidos vivos, a expectativa é de 80 a 160 casos por ano da SMSL. Foi utilizado o banco de dados do DATASUS para obtenção de dados de óbitos registrados em DO na faixa de 1 a 6 meses de idade dos seguintes CIDs: R95 (SMSL); J69 (Pneumonite devida a sólidos e líquidos); R98 (Morte sem assistência); W75 (Sufocação e estrangulamento acidental na cama); W78 (Inalação do conteúdo gástrico); W79 (Inalação e ingestão de alimentos causando obstrução do trato respiratório). Resultados: A taxa de mortalidade por SMSL foi 0,1/1000 nos

cinco anos analisados, teve variação de 12 a 22 ocorrências por ano (média=15,6/ano), sem aumento progressivo anual deste diagnóstico. Os demais CIDs ocorreram da seguinte forma: W78 – 66 casos/ano; R98 – 37 casos/ano; J69 – 10 casos/ano; W75 – 5 casos/ano; W79 – 4 casos/ano. A soma dos diagnósticos R95 e W98 foi 82 casos/ano, enquanto a soma dos seis CIDs foi 137 casos/ano. Conclusão: A identificação da SMSL está muito abaixo da expectativa (10 a 20% do esperado), sem indícios de melhora com o passar dos anos no Paraná. É provável que os CIDs W78, J79 e W75, raros na faixa etária analisada, em grande parte correspondam a casos de SMSL.

## **PERFIL DAS GESTANTES E RECÉM-NASCIDOS ATENDIDOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA EM 2006.**

*Amanda Taísa Aguiar, Ana Luiza de Melo Rodrigues, Aristides Schier da Cruz, Helena Schetinger Ávila, Mariana Nadal Cardoso, Evangelina Athanasio Schwetz, Rubens Kliemann*

*Serviço de Pediatria e Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, Paraná*

Introdução: O presente trabalho teve como objetivos apresentar o perfil das parturientes e dos recém-nascidos atendidos durante o ano 2006 no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, referência em gestação de risco, e avaliar a morbimortalidade segundo o encaminhamento para o Alojamento Conjunto, Unidade de Cuidados Intermediários ou Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Métodos: Estudo descritivo retrospectivo, cujos dados foram obtidos a partir do banco de dados do setor de neonatologia do hospital. Resultados: Ocorreram 2775 partos pelo SUS no período de estudo, sendo obtidos 2861 recém-nascidos vivos. A média de idade das gestantes foi de 26,5 anos, 71,8% delas procedentes de Curitiba, 62,5% casadas ou em união estável. A escolaridade das mães era muito baixa, pois 44% delas não possuíam nem ao menos o ensino fundamental completo. Tabagismo na gravidez ocorreu em 12,5% das gestantes, alcoolismo em 0,5% e em 1,1% dos casos a mãe era portadora do HIV. A intercorrência gestacional mais prevalente

foi a infecção do trato urinário. Cesariana foi o tipo de parto em 37,7% dos casos. Os recém-nascidos foram do sexo feminino em 50,5% dos casos, 17% nascidos com menos de 2.500g de peso de nascimento, 83% encaminhados para o Alojamento Conjunto (AC), 10,5% para a Unidade de Cuidados Intermediários (UCIN) e 6,5% para a UTI Neonatal (UTIN). O tempo médio de internamento e porcentagem de óbitos foi respectivamente 2,4 dias e 0% no AC, 6,1 dias e 1,7% na UCIN e 24 dias e 17% na UTIN. A intercorrência neonatal mais prevalente foi o de recém-nascidos potencialmente infectados. Conclusão: Os dados que diferem em relação às médias da população geral provavelmente se devem ao fato de o hospital em questão ser referência para gestantes de risco. Traçar os perfis das gestantes e dos recém-nascidos permite a avaliação da qualidade do atendimento, efetividade e implantação de novas estratégias de conduta, além de abrir campo para várias linhas de pesquisa.

## **SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS DE MÃES DIABÉTICAS:**

### **IMPORTÂNCIA DO CONTROLE GLICÊMICO MATERNO NA PREVENÇÃO DE MALFORMAÇÕES.**

*Katia Aceti Oliver, Eduardo Borges de Medeiros, Ana Cláudia de Souza Rodrigues, Sérgio Antônio Antoniuk, Lúcia Helena Coutinho dos Santos, Isac Bruck*

*Universidade Federal do Paraná - Departamento de Pediatria - Centro de Neurologia Pediátrica - Curitiba-PR.*

Introdução: O Diabetes mellitus é uma doença crônica e evolutiva, caracterizada por alterações no metabolismo dos carboidratos, proteínas e lipídios. Apresenta-se com hiperglicemia de jejum, pós-prandial, e/ou após teste de tolerância a glicose, como consequência de defeito na secreção e/ou ação diminuída da insulina. O Diabetes Gestacional é considerado a intolerância a glicose com aparecimento, ou primeiro reconhecimento, durante a gestação. Objetivo: Ressaltar a necessidade de acompanhamento pré-concepcional e pré-natal precoce, com controle da glicemia, principalmente em mães com diagnóstico prévio de Diabetes mellitus do tipo I, II ou Diabetes Gestacional em gestação anterior, com o objetivo de minimizar o risco de aparecimento de malformações em sua descendência. Métodos: Este estudo é retrospectivo com avaliação de 55 prontuários de pacientes filhos de mães diabéticas atendidos em ambulatório de neuropuericultura no período de 1991 a 2007. Foi verificado o número total de malformações que acometiam estes recém-nascidos, em que órgão ou sistema houve o acometimento e de qual tipo de diabetes suas mães eram portadoras, havendo posterior comparação entre estes dados. Foram estudados os prontuários das mães de filhos que apresentaram Síndrome de Regressão Caudal e defeitos do tubo neural e verificado quando ocorreu o início do pré-natal e o controle das glicemias. Resultados: De acordo com a literatura, o Diabetes durante a gestação propicia

malformações intra-útero. Este estudo mostrou que em 55 prontuários de pacientes acompanhados ambulatorialmente, 23 apresentaram malformações. Proporcionalmente, as malformações foram encontradas em maior número na descendência das mães portadoras de Diabetes mellitus dos tipos I e II (50 e 57,1% respectivamente), apesar de serem encontradas em grande porcentagem em Diabetes Gestacional (35,3%). Os filhos de mães portadoras de Diabetes mellitus dos tipos I e II também apresentavam maior porcentagem de filhos com malformações associadas. As mães dos recém-nascidos que apresentaram defeitos do tubo neural e Síndrome de Regressão Caudal iniciaram as consultas de pré-natal após o período de embriogênese e mostraram dificuldade em manter suas glicemias em níveis normais após o início do pré-natal. Conclusões: A hiperglicemia nas primeiras semanas de gestação (3ª a 8ª) é o principal fator relacionado ao aparecimento de malformações no feto. No início da gestação, época em que o feto é mais vulnerável, ocorre a maior taxa de malformações, o que acentua o risco quando o controle glicêmico é mais tardio. Fato que mostra a importância de que o pré-natal se inicie logo após a concepção e que a mãe tenha seus níveis glicêmicos controlados, antes mesmo de que ocorra a gestação, especialmente nas mulheres que já têm ciência de que são portadoras da doença.

## QUAL O IMPACTO DA PRESENÇA DE EPILEPSIA NO DESENVOLVIMENTO GLOBAL DE CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL?

**Mauren Janine Schlindwein Bodanese, Danielle Bufara Rodrigues, Eduardo Borges de Medeiros, sac Bruck, Sérgio Antoniuk, Lúcia Helena Coutinho dos Santos**

Centro de Neuropediatria (CENEP) do Hospital de Clínicas, Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.

**Introdução:** A Paralisia Cerebral (PC) caracteriza-se pelo domínio do comprometimento motor, podendo estar acompanhada de déficit cognitivo, epilepsia e outras comorbidades. Estudos demonstram que crianças com PC têm maior incidência de epilepsia e que esta interfere no desenvolvimento global e pode piorar o resultado da reabilitação. **Objetivo:** Avaliar se a presença de epilepsia interfere no desenvolvimento motor e cognitivo de pacientes com PC. **Casística e Método:** Estudo preliminar, retrospectivo, com revisão dos prontuários de pacientes com PC acompanhados há pelo menos dois anos no Ambulatório de Espasticidade do CENEP em uso de toxina botulínica do tipo A, no período de 2001 a 2008. Foram excluídos aqueles que não possuíam o tempo mínimo de seguimento. **Resultados:** Foram incluídos 59 pacientes, sendo a maioria do gênero masculino (61%). A idade mínima foi de seis meses (m) e a máxima de 18 anos. A idade média na primeira avaliação foi de 71,6 m (DP±54,2) e na segunda de 129,6 m (DP±56,5). Houve predomínio da forma espástica, sendo a hemiplegia a distribuição topográfica mais freqüente. A epilepsia esteve presente em 38,9% (23/59), sendo controlada com uma medicação em 56,5% (13/23), com duas em 34,8% (8/23) e sem controle em 8,7% (2/23). Melhorou no sistema de classificação da função motora grossa (SCFMG) foi

observada em 69% (40/58). Destes, 17 apresentavam epilepsia e 23 não, sem haver diferença estatística no ganho no SCFMG entre os dois grupos (com e sem epilepsia);  $p=0,8$ . Melhorou no sistema de classificação de habilidade manual (SCHM) foi observada em 73% (40/55). Destes, 18 tinham epilepsia e 22 não, sem diferença estatística no ganho do SCHM entre os dois grupos ( $p=0,09$ ). Dos pacientes com epilepsia, 34,7% freqüentavam escola regular (ER), 8,7% escola regular com defasagem de até dois anos (ERD), 17,4% classe especial (CE) e 34,7% freqüentavam escola especial (EE). Dos pacientes sem epilepsia, 50% cursavam escola regular (ER), 16,7% em ERD, 8,3% em CE e 19,4% em EE. Estas diferenças na distribuição em relação ao tipo de escola entre os grupos com e sem epilepsia foram estatisticamente significativas ( $p=0,004$ ). **Conclusões:** A presença de epilepsia interfere no desenvolvimento global de crianças com PC. Pacientes com epilepsia utilizaram o ensino especial com maior freqüência, possivelmente refletindo pior cognição. Não se observou interferência da epilepsia no desenvolvimento motor nesta amostra, porém o reduzido número de pacientes com epilepsia de difícil controle é um fator limitante e pretende-se ampliar a população com intuito de concluir o estudo.

## INFLUÊNCIA DA PRESENÇA DE EPILEPSIA NA REABILITAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM PARALISIA CEREBRAL.

**Danielle Caldas Bufara Rodrigues, Taisa Rasesa Simões de Assis, Isac Bruck, Sérgio Antoniuk, Lúcia Helena Coutinho dos Santos**

Centro de Neuropediatria do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

**Introdução:** Paralisia Cerebral (PC) é uma entidade que pode causar limitação motora e funcional. Sua etiologia é predominantemente por lesão do neurônio motor superior e sua associação com epilepsia bastante freqüente. O tratamento da espasticidade e das patologias associadas compreende equipe multidisciplinar e pode se prolongar por toda a vida do paciente, gerando estresse para o paciente e sua família. A avaliação de resultados de forma sistematizada pode ser realizada utilizando-se escalas clínicas específicas e a qualidade de vida (QV) com questionários aplicados aos cuidadores, com objetivo de quantificar a resposta terapêutica. **Objetivos:** Relacionar a QV de pacientes com PC do Ambulatório de Espasticidade em Pediatria do Centro de Neuropediatria do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná com a presença de epilepsia e comorbidades associadas e correlacionar estes resultados com as escalas de avaliação clínica utilizadas no seguimento destes pacientes em uso de toxina botulínica do tipo A (TBA) com as avaliações sendo realizadas antes do início do tratamento e um ano após. **Casística:** Pais e/ou cuidadores de crianças e adolescentes com diagnóstico de PC que possuíam indicação clínica de uso terapêutico de TBA. **Métodos:** Foram aplicados dois questionários de QV, o Instrumento para Avaliação de Resultados de Reabilitação em Pedi-

atria (IARRP) e Questionário do Cuidador da Criança (QCC) e realizada avaliação clínica, utilizando-se a escala Ashworth, Classe Funcional, Escala de Avaliação Médica de Membro Superior (EAMMS), Avaliação Dinâmica da Marcha (ADM), Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (SCFMG), Sistema de Classificação de Habilidade Manual (SCHM), presença de epilepsia e retardo mental. Os questionários e as avaliações clínicas foram obtidos com um intervalo de um ano - momento Antes e momento Depois. **Resultados:** Foram 57 participantes com intervalo médio de 13,8 meses entre as avaliações. Dezesete pacientes (29,8%) apresentavam epilepsia, 13 (76,4%) deles com crises controladas, sendo 9 com uma medicação e 4 com duas. Quatro pacientes (23,5%) tinham epilepsia refratária que juntamente com retardo mental se relacionaram a piores resultados observados por maior espasticidade antes e depois, piores ganhos em todas as escalas de avaliação clínica (SCFMG antes e depois, SCHM antes e depois e piores resultados nos questionários de qualidade de vida, tanto QCC, quanto IARRP. **Conclusões:** A presença de Epilepsia ocorreu em um terço da amostra e, apenas epilepsia refratária se correlacionou com pior resultado ao tratamento.

## TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO DIRETO POR QUEDA DE TV 29 POLEGADAS SOBRE CRIANÇA DE 2 ANOS E 9 MESES: RELATO DE CASO.

**Amanda Budant Kliemann, Ana Luiza de Melo Rodrigues, André Filipak, Marcelo Ribas Alves**

Serviço de Trauma Pediátrico do Hospital Universitário Cajuru- TRAUMAPED, Curitiba, Paraná.

**Introdução:** quatro em cada cinco acidentes relacionados a aparelhos de TV ocorrem com crianças abaixo de 6 anos de idade, sendo que aproximadamente 70% deles atingem a região

crânio encefálica. Pouco é estudado sobre este importante mecanismo de trauma, o que torna oportuno o presente relato. **Objetivo:** relatar um caso trauma crânio-encefálico direto, em região

fronto parietal esquerda, por queda de televisão 29 polegadas de uma estante de 1,5 metros, sobre criança de 2 anos e 9 meses, atendido no Serviço de Trauma Pediátrico do Hospital Cajuru – TRAUMAPED, e sua evolução. Métodos: estudo prospectivo, a paciente foi avaliada e conduzida até a alta hospitalar juntamente com revisão bibliográfica. Resultados: no atendimento inicial a paciente tinha Glasgow 9, edema fronto-orbitário bilateral, equimose supra-orbitária e retroauricular esquerda, otorragia e sangramento nasal, tomografia de crânio evidenciando múltiplas fraturas (envolvimento frontal, occipital, temporal e maxilo-naso-orbitário, e de lâmina papirácia etmoidal esquerdos), hemorragia subaracnóidea, contusões hemorrágicas frontais à esquerda e acima da lâmina crivosa, sangue na fissura inter hemisférica, sem desvio da linha média. Evoluiu com hemiparesia direita e

obnubilação, sendo necessária sonda orogástrica por 16 dias. Após internamento de 25 dias, recebeu alta com melhora das alterações motoras e de consciência, sem seqüelas. Conclusão: o lar é um local importante para instituir medidas de prevenção e nele estas medidas podem ser reforçadas pelos cuidadores. Os televisores devem ficar sobre suportes altos presos ao teto ou parede, inacessíveis às crianças, e até os 3 anos estas não devem ser deixadas sozinhas perto de TVs, pois nesta idade ainda há grande imaturidade da coordenação motora e equilíbrio, com falta de habilidades reflexas com os objetos que podem cair, e também de habilidades cognitivas para intuir que estes objetos podem ser perigosos.

Descritores: prevenção de acidentes, fratura de base de crânio, televisão, trauma pediátrico, neurocirurgia pediátrica.

## TEMAS LIVRES SELECIONADOS

06/06/2008 (sexta-feira)

Apresentação Oral - 3ª Sessão

16h50 - 18h20

Mini-Auditório

### ANÁLISE DOS CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA AVALIADOS EM SERVIÇO DE REFERÊNCIA DE INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA EM CURITIBA.

Marcos Paulo Guchert, **Marcos Silvestre Rosvailer**, João Paulo Zattar, Luiza Eastwood Romagnolli, Diogo Alves Roque, Tony Tannous Tahan, Andréa Maciel Oliveira Rossoni, Cristina Rodrigues da Cruz  
Serviço de Infectologia Pediátrica - Hospital de Clínicas - UFPR.

A sífilis congênita (SC) é um problema de saúde pública no Brasil e no Mundo. Resulta da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum*, da gestante infectada não-tratada ou inadequadamente tratada para seu conceito por via transplacentária. Mais de 50% dos recém-nascidos (RN) com SC são assintomáticos. Entre as medidas de controle da SC, as mais efetivas consistem em assistência pré-natal adequada, diagnóstico precoce e tratamento da sífilis na gestante, diagnóstico e tratamento do (RN). Objetivos: analisar os casos suspeitos de SC em relação a: assistência pré-natal da gestante, assistência ao RN na maternidade e seguimento ambulatorial dos RN. Método: estudo retrospectivo descritivo realizado através da revisão dos prontuários médicos dos RN expostos à sífilis e suas mães, nascidos no período de janeiro de 2000 a agosto de 2006 e acompanhados no Serviço de Infectologia Pediátrica do Hospital de Clínicas da UFPR. Os dados analisados foram: demográficos e sócio-econômicos, pré-natal, características clínico-laboratoriais do RN, definição do caso após a investigação, e acompanhamento ambulatorial. Resultados: foram incluídos 143 RN expostos à SC, sendo 28 no ano 2000, 27 em 2001, 15 em 2002, 8 em 2003, 22 em 2004, 23 em 2005 e 20 casos até agosto de 2006. A idade média das gestantes era de  $26 \pm 7$  anos, com 21,7% de

adolescentes até 20 anos; 67,1% eram procedentes de Curitiba e 26,6% da Região Metropolitana. Quanto à escolaridade materna, 51,7% eram analfabetas ou tinham 1º grau incompleto. Pré-natal foi realizado por 92,3% das gestantes, com uma média de  $6,6 \pm 3,2$  consultas. O diagnóstico de sífilis foi realizado em 28,7% no 1º trimestre da gestação, 23,1% no 2º trimestre, 21,7% no 3º trimestre e 21% no pós-parto. O tratamento de sífilis foi considerado adequado em apenas 20,3% das gestantes, inadequado em 48,3% e não realizado em 31,5%. Os motivos de inadequação do tratamento foram: ausência de redução dos títulos do VDRL (48%), parceiro não tratado (39,8%), posologia incorreta do antibiótico (26,5%), término do tratamento a menos de 30 dias do parto (24,5%) e antibiótico incorreto (3,1%). Cento e quatorze RN (79,7%) tiveram diagnóstico de sífilis congênita, sendo 9 (6,3%) sintomáticos. Não houve casos da doença entre os RN de mães adequadamente tratadas. A taxa de abandono do seguimento ambulatorial das crianças foi elevada (44,1%). Conclusões: A sífilis congênita é freqüente em nosso meio e apesar da elevada cobertura de pré-natal, apenas pequena parcela de gestantes é adequadamente tratada, o que resulta numa grande demanda de investigação, tratamento e seguimento dos RN.

### ANÁLISE DOS PACIENTES ATENDIDOS EM CENTRO DE REFERÊNCIA DE TUBERCULOSE NA INFÂNCIA.

Michelle Henrique Lucena, **Cristina Rodrigues da Cruz**, Tony Tanus Tahan, Carolina Inêz Maria Guedes, Jandre Rogério Markus, Andrea Maciel de Oliveira Rossoni  
Serviço de Infectologia Pediátrica, Hospital de Clínicas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.

Introdução: o Brasil é um dos quatro países com o maior número absoluto de casos de tuberculose na infância, correspondendo a 15% de toda a incidência no país. A dificuldade do diagnóstico na infância exige atendimento em ambulatórios especializados. Objetivos: descrever as características da população atendida em ambulatório de referência para tubercu-

lose na infância do Serviço de Infectologia Pediátrica, do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Métodos: realizado levantamento retrospectivo de todos os casos atendidos no período de janeiro de 2005 a março de 2007. Resultados: analisamos 204 pacientes, 83% eram procedentes de Curitiba-PR, 14% da região metropolitana e 3% do restante do estado. A

mediana de idade era de 5 anos (variando de 3 meses a 15 anos) e 54% eram do sexo feminino. O motivo principal da consulta em 60% dos casos foi o contato com adulto tuberculoso, em 22% além da história de contato apresentavam sintomas sugestivos, em 17% somente sintomas e 1% com BCGite. Em 80% dos casos, o contato era um familiar. A tosse (45%) foi o sintoma mais freqüente, seguido por febre (21%), sudorese noturna (19%), alteração de peso (17%) e inapetência (6%). Comorbidades estavam presentes em 62% dos pacientes, principalmente as pulmonares e atópicas (42%). A vacina BCG foi realizada em 97% das crianças avaliadas. Em 40% dos pacientes, o diagnóstico final foi de contato infectado sem evidência de doença, seguidos por 19% de contatos não infectados, 12% doentes, 2% com BCGite

e 1% recém-natos expostos à tuberculose. A taxa de abandono dos pacientes que estavam realizando quimioprofilaxia secundária foi de 51%. Neste período o percentual de crianças atendidas com tuberculose foi de 12% (24 casos), sendo 75% da forma pulmonar, 4% meningite e 21% ganglionar. Entre os doentes, 8% não apresentavam sintomas, 75% apresentavam prova tuberculínica forte reatora e 39% apresentavam radiografia alterada. Em sete doentes conseguiu-se isolar o agente etiológico, porém na tuberculose pulmonar, em apenas um. O abandono neste grupo foi de 25%. Conclusão: com estes dados destacamos a importância de se avaliar todos os contatos de pacientes bacilíferos, bem como a necessidade de notificação e acompanhamento de todos os pacientes, mesmo os em quimioprofilaxia.

## **ESTUDO DE 312 CRIANÇAS COM MENINGITES ATENDIDAS NO SERVIÇO DE PEDIATRIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE CURITIBA.**

**Sérgio Antonio Antoniuk, Marcela Zanon França, Tony Tannous Tahan, Andréa Maciel Oliveira Rossoni, Suzana Dal-Ri Moreira, Cristina Rodrigues Cruz**

*Centro de Neuropediatria e Serviço de Infectologia do Hospital de Clínicas. Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Curitiba - Paraná - Brasil.*

**Objetivo.** Avaliar os aspectos clínicos, laboratoriais, o perfil etiológico e as características evolutivas dos diferentes tipos de meningite aguda atendidas em um Serviço de Pediatria de um Hospital Público Universitário. **Método.** Foram avaliadas a partir de um estudo descritivo e retrospectivo, 312 crianças atendidas no Serviço de Pediatria do Hospital de Clínica da Universidade Federal do Paraná com o diagnóstico provável de Meningite baseado nas manifestações clínicas e nas alterações citológicas e bioquímicas do exame de rotina do líquido. As variáveis estudadas e comparadas entre a meningite viral (MV) e a bacteriana (MB) foram: sinais e sintomas clínicos, exames hematológicos e avaliação do líquido, as complicações neurológicas e os óbitos. **Resultados.** MV ocorreu em 140 crianças (45%), em 58, MB (19%) e em 114 casos a etiologia foi indeterminada (36%). Entre as MB o agente etiológico mais freqüente foi a *Neisseria meningitidis* (25 casos) seguido pelo *Streptococcus pneumoniae* (20 casos) e em 7 casos a etiologia foi desconhecida. A cultura do líquido foi o método de maior eficácia para a identificação do agente etiológico (72%) sendo a hemocultura foi útil em 17 pacientes (42,5%). A idade variou de 1 a 168 meses com predomínio da MB no primeiro ano de vida e da MV em idade superior (3-7 anos). Os dados

clínicos predominantes foram: febre, vômito, cefaléia e rigidez de nuca. Em relação aos exames laboratoriais a leucopenia e plaquetose foram mais freqüentes na MB. No líquido da MB houve predomínio do número de leucócitos e polimorfonucleares, proteína elevada e glicose baixa. Na MV predominaram os mononucleares. As complicações neurológicas foram mais freqüentes na MB, sendo a convulsão o achado mais comum (6/58 pacientes). O óbito ocorreu em 1 caso na MV e 3 na MB. **Conclusões.** 1. A etiologia da maioria das Meningites não foi determinada no nosso meio. Na MB a *Neisseria meningitidis* foi o agente etiológico predominante sendo a cultura do líquido o meio mais freqüente para a identificação diagnóstica. 2. A clássica tríade (cefaléia, vômitos e febre) foi a manifestação clínica mais comum acompanhada de sinais de irritação meníngea. 3. As anormalidades citológicas e bioquímicas foram típicas auxiliando na diferenciação entre as MB e MV, embora um grande número de casos tenha ficado sem definição etiológica. 4. As complicações neurológicas imediatas e os óbitos foram poucos freqüentes nesta amostra.

**Palavras-chave:** Meningite. Meningite Bacteriana. Meningite Viral. Líquido Cefalorraquidiano.

## **PRIMEIRA CRISE AFEBRIL NÃO PROVOCADA; ASPECTOS CLÍNICOS E EVOLUTIVOS.**

**Rafael Sarmiento do Amaral, Sérgio Antonio Antoniuk, Bárbara Heloisa Breidenbach Pupim, Antony Serpa Antoniuk, Samuel Candido Feres, Marcelo Popi, Virginia Elisa Baggio Fabrício, Isac Bruck, Lucia Helena Coutinho dos Santos**  
*Centro de Neuropediatria e Serviço de Infectologia do Hospital de Clínicas. Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Curitiba - Paraná - Brasil.*

**Introdução:** Crise afebril não provocada é uma atividade sincrônica, anormal, esporádica e na maioria das vezes auto limitada do cérebro, que não é causada por eventos precipitantes como febre, trauma e distúrbios metabólicos, entre outros. A incidência desse tipo de crise em crianças, nos Estados Unidos é de aproximadamente 1500.00 novos casos por ano. **Objetivos/Métodos:** Avaliar clínica e evolutivamente pacientes que apresentaram primeira crise afebril não provocada, identificar os fatores de risco para recidiva e a influência do tratamento antiepiléptico. Para isso, foram avaliados, por no mínimo 3 anos, 101 pacientes do ambulatório de primeira crise do CENEP, cuja a primeira consulta foi no período de 1989 a 2004. Os critérios de inclusão são: idade da primeira crise entre 2º mês de vida até 15 anos, crise única antes da primeira consulta, seguimento mínimo de 3 anos. Os critérios de exclusão foram: encefalopatias agudas e crônicas, recém-natos e fatores precipitantes para crise como os cita-

dos acima. **Resultados:** A maioria dos pacientes estudados é do sexo masculino (54,45%) e a idade de início mais freqüente é entre 10-15 anos (36,63%). Houve predomínio de crises de início parcial. A incidência de tomografia anormal de crânio foi de (21,78%) e eletroencefalograma (EEG) inicial anormal de (38,61%), sendo as anormalidades: atividade irritativa (58,69%) e desorganização difusa de fundo (41,30%). História familiar de crise apareceu em (47,72%) dos pacientes. Dos indivíduos estudados, (37,62%) recidivaram e o fator de risco que apresentou maior tendência a ter relação com a recidiva foi o EEG inicial anormal (42,21%). Foram tratados aproximadamente (75,24%) dos pacientes. Dos tratados, 62% recidivaram e dos não tratados 20,6%. **Conclusão:** Conforme foi observado, a longo prazo, há um bom prognóstico para pacientes com primeira crise. O fator de risco mais importante para recidiva é o EEG inicial anormal. A história familiar também está relacionada com a recidiva.

## **SIBILÂNCIA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA: PREVALÊNCIA E FATORES DE RISCO.**

**Herberto José Chong Neto, Nelson Augusto Rosário**

*Serviço de Alergia e Imunologia Pediátrica. Hospital de Clínicas - Universidade Federal do Paraná. Curitiba - PR.*

**Introdução:** estudos internacionais têm demonstrado a alta prevalência e os fatores de risco de asma e sibilância em crianças e adolescentes. Entretanto, pouco se sabe sobre a sibilância e seus fatores de risco em lactentes. **Objetivo:** o objetivo deste estudo foi verificar a prevalência e os fatores de risco para sibilância no primeiro ano de vida em Curitiba. **Método:** estudo transversal utilizando instrumento padronizado e validado, como parte do projeto EISL (Estudo Internacional sobre Sibilancias em Lactantes). Os pais de lactentes, idade entre 12 e 15 meses, que procuraram 35 Unidades de Saúde sorteadas, entre 107 disponíveis, para imunização ou consulta de rotina, preencheram o questionário no período entre Agosto de 2005 e Dezembro de 2006. Fatores associados à sibilância na análise bivariada foram estudados utilizando Regressão de Poisson. Foi calculado a Razão de Prevalência (RP) e o intervalo de confiança de 95% (95% IC). Resultados: três mil e três lactentes foram envolvidos e 45% tiveram pelo menos um episódio de sibilância no primeiro ano de vida, com início aos 5,5±3,1 meses (média±DP), e 22,6% tive-

ram três ou mais episódios. Fatores de risco foram gênero masculino (RP=1.14; IC 95%: 1.05-1.24; p=0.002), história familiar de asma [mãe (RP=1.18; IC 95%: 1.04-1.33; p=0.007), pai (RP=1.20; IC 95%: 1.05-1.39; p=0.008) e irmãos (RP=1.23; IC 95%: 1.08-1.42; p=0.002)], idade de início na creche [4-6 meses (RP=1.39; IC 95%: 1.24-1.55; p<0.0001), 7-12 meses (RP=1.20; IC 95%: 1.07-1.35; p=0.001)], seis ou mais episódios de resfriado (RP=1.32; IC 95%: 1.21-1.44; p<0.0001), história pessoal de dermatite (RP=1.09; IC 95%: 1.003-1.19; p=0.04), fungos/bolor em casa (RP=1.14; IC 95%: 1.04-1.24; p=0.003). Imunização em dia foi um fator de proteção (RP=0.79; IC 95%: 0.63-0.98; p=0.03). **Conclusão:** a prevalência de asma no primeiro ano de vida foi elevada e com início precoce. Os fatores de risco independentes para sibilância no primeiro ano de vida também são conhecidos como risco para asma em crianças e adolescentes. Estes dados são úteis para o diagnóstico precoce de asma e instituição de medidas de prevenção quando cabíveis.

## **SENSIBILIZAÇÃO ATÓPICA É FREQUENTE EM LACTENTES E ESTÁ ASSOCIADA À SIBILÂNCIA RECORRENTE.**

**Marcos Geraldini, Nelson Augusto Rosário, Herberto José Chong Neto, Hevertton Luis Bozo Silva dos Santos, Fabíola Tigrinho, Laura Maria Lacerda Araújo, Danielle Marani, Mariana Gomes.**

*Serviço de Alergia e Imunologia Pediátrica, HC-UFPR - Curitiba-PR.*

**Introdução:** Estudo epidemiológico em Curitiba mostrou prevalência de sibilância de 45,4% (1 ou mais episódios) e 22,6% (3 ou mais episódios) em lactentes no primeiro ano de vida. Além de fatores ambientais e genéticos, sensibilização atópica precoce é importante fator para desenvolver asma, podendo aumentar em até 4 vezes sua ocorrência. O objetivo deste estudo é identificar a associação entre atopia e sibilância recorrente em crianças menores de 24 meses. **Métodos:** Selecionou-se 94 lactentes de 16 a 24 meses, de uma amostra de 3003 lactentes que participaram previamente do estudo epidemiológico. Para manter uma proporção de 1 caso para 1 controle, as fichas clínicas dos 3003 lactentes foram divididas em sibilantes (um ou mais episódios) e não sibilantes. Os lactentes de cada grupo foram chamados aleatoriamente, até se atingir o total de 47 lactentes de cada grupo. O mesmo questionário padronizado e validado utilizado para estudar a prevalência de sibilância foi reaplicado para avaliação clínica. A sensibilização atópica foi investigada por teste cutâneo alérgico utilizando-se o método de puntura, com extratos alergênicos padronizados de *Dermatophagoides pteronyssinus* (Dp), beta-lactoglobulina e clara de ovo (IPI-ASAC Brasil). Solução salina 0,9% e histamina 10mg/ml foram usadas como controles negativo e positivo. Definiu-se como atópico o lactente que apresentou, a qualquer alérgeno, formação de pápula  $\geq$  2 mm, 15 minutos após a puntura. As comparações entre dados clínicos categóricos foram feitas pelo teste exato de Fisher. Assumimos um índice de significância  $p \leq 0.05$  para rejeição da hipótese

nula. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em seres Humanos do HC-UFPR. **Resultados:** Das 94 crianças avaliadas, 68% apresentaram teste cutâneo negativo. Trinta (32%) tiveram teste positivo para Dp. Seis lactentes foram positivos para beta-lactoglobulina e cinco para clara de ovo. Todas as crianças com teste positivo para beta-lactoglobulina e/ou clara de ovo também apresentaram positividade ao Dp. Presença de um ou mais episódios de sibilância estava presente em 80% dos lactentes atópicos e 58% dos lactentes não atópicos ( $p < 0.05$ ). Presença de 3 ou mais episódios de sibilância foi observado em 63% dos atópicos e 38% dos não-atópicos ( $p < 0,05$ ). **Discussão:** Classicamente, testes cutâneos são considerados positivos com pápulas  $\geq 3$  mm. O tamanho das pápulas sofre variações com a idade devido à menor reatividade cutânea em lactentes e idosos, reduzindo a sensibilidade do testes nestes. Assim, considerou-se teste positivo aquele com pápula  $\geq 2$  mm. No entanto, a literatura mostra que qualquer pápula, é suficiente para considerar doença alérgica mediada por IgE. Com o valor de corte de 2 mm, a sensibilização atópica foi frequente nos pacientes e significativamente relacionada com sibilância. **Conclusões:** A coexistência frequente de atopia e sibilância, independente do número de episódios, mostra a necessidade de avaliação de hipersensibilidade IgE mediada em lactentes sibilantes, pois a detecção de atopia nestas crianças aumentam consideravelmente o risco de desenvolvimento de asma.

## **MUDANÇAS NAS PRESCRIÇÕES MEDICAS APÓS IMPLANTAÇÃO DE PROGRAMA DE SAÚDE PARA TRATAMENTO DA ASMA.**

**Hevertton Luiz Bozo Silva dos Santos, Nelson Augusto Rosário Filho, Carlos Antonio Riedi, Leonardo Gabriel Moller, Newton Parreira Duarte Filho, Raquel Morihissa, Loreni kovalhuk**

*Hospital de Clínicas-UFPR.*

**Objetivos:** a disponibilidade de medicamentos inalatórios é um fator limitante no tratamento da asma em crianças de famílias com baixa renda. Um programa de saúde foi implantado em Curitiba com uma política agressiva para prover acesso ao tratamento da asma gratuitamente. O objeto deste estudo é comparar o tratamento antes e após 4 anos da implantação deste pro-

grama. **Métodos:** revisão de fichas de primeira consulta de 831 pacientes com idades entre 2 meses e 18 anos (média 4,5 anos) com asma persistente conforme o GINA, fazendo acompanhamento ambulatorial em serviço especializado no período de janeiro a dezembro de 2004. Os resultados foram comparados com valores obtidos de 712 pacientes assistidos no mesmo serviço

em 1998. Resultados: na primeira consulta 6,4% relataram estar usando corticóide inalatório (CTCI). A frequência de asma persistente leve foi 38,5%, moderada 54,4% e grave 7,1%. Rinite alérgica foi observada em 80% dos pacientes ( $p < 0,005$ ). Nesta observação, 95% dos pacientes receberam CTCI, 4,2% prednisona oral, 18% teofilina e 6%  $\beta_2$  agonistas de longa duração. Na análise prévia, 82% dos pacientes recebiam teofilina e

28% CTCI. Conclusão: os objetivos dos protocolos para o tratamento da asma podem ser alcançados se houver recursos disponíveis. Educação em asma, treinamento dos profissionais de saúde e acesso a medicação da maneira como a que propõe este programa de saúde, pode mudar drasticamente o manejo da asma em crianças.

## RELATO DE CASO: ISOMERISMO ESQUERDO.

*Autores: Marizilda Martins, Iolanda Maria Novadzki, Marcelo André Klitzke  
Hospital de Clínicas - Universidade Federal do Paraná (UFPR) - Curitiba-PR.*

Introdução: A posição assimétrica normal dos órgãos internos no ser humano é denominada de situs solitus<sup>1</sup>. Situações anômalas ocorrem com diferentes arranjos na posição dos órgãos nas cavidades torácica e abdominal. No Situs inversus<sup>1</sup> os órgãos estão em imagem especular da posição normal. Outras variações de seu posicionamento denominam-se de situs ambiguus ou heterotaxia<sup>1</sup>, que se classifica em direita e esquerda. Na direita ocorre asplenia e na esquerda o baço está à direita, segmentado ou com múltiplos baços acessórios, definindo a síndrome de poliesplenia ou de Ivemark, frequentemente associada a anomalias cardiovasculares<sup>2,3</sup>. O diagnóstico precoce direciona o acompanhamento e prognóstico. Objetivos: Descrever caso de síndrome de poliesplenia em recém-nascido do Hospital de Clínicas da UFPR e comparar com a literatura. Métodos: Estudo descritivo de caso com levantamento de prontuário médico após consentimento livre e informado dos responsáveis. Pesquisa bibliográfica na internet (MEDLINE). Resultados: A. C. L. M., feminina, DN: 06/02/08. Mãe primigesta 19 anos, pré-natal em unidade de saúde. Ecografia com 32 semanas de gestação mostrou bolha gástrica em flanco direito; ressonância magnética fetal na 37ª semana evidenciou situs ambiguus e isomerismo atrial esquerdo, fígado centralizado, poliesplenia, estômago à direita da linha média, malformação de pâncreas, interrupção de

veia cava inferior com drenagem pela veia ázigos. Parto vaginal na Maternidade do Hospital de Clínicas, com 39 semanas de gestação, Apgar 8/9, peso 4000 g, estatura 52 cm, ectoscopia normal. No primeiro mês foram realizados RX de tórax com coração à esquerda, eletrocardiograma normal e ecocardiograma confirmando isomerismo atrial esquerdo. Ecografia abdominal com fígado à esquerda, baço em hipocôndrio direito de aspecto heterogêneo e múltiplas formações parenquimatosas, aorta abdominal, veia cava inferior e pâncreas normais. Lactente em seguimento clínico, bom ganho de peso. Discussão: Alterações cardiovasculares ou hepatobiliares podem estar associadas à síndrome, como átrio único com defeito do septo AV, distúrbios de condução e desordens de ritmo cardíaco<sup>1</sup>. Ausência do segmento hepático da veia cava com drenagem por meio da veia ázigos ou hemiázigos até veia cava superior é associada a 50 a 60 % dos casos<sup>4</sup>. O fígado pode ser anormalmente simétrico e haver atresia de vias biliares<sup>4</sup>. Seguimento clínico e exames complementares são necessários, assim como orientação aos pais de possíveis intercorrências. Conclusão: É fundamental a qualidade do pré-natal com encaminhamento a centros de maior resolutividade das gestações de risco associadas a patologias raras.



## TEMAS LIVRES SELECIONADOS

**Apresentação de Pôsteres (Espaço Gourmet)**

**05/06/2008 (quinta-feira) das 15h00 as 17h00**

**06/06/2008 (sexta-feira) das 09h30 as 10h30**

### **ABCESSO DE TIREÓIDE: RELATO DE CASO.**

*Marcos Antonio da Silva Cristovam, João Paulo Silva Leite, Joice Ribas, Priscila Godoy Amaral*

*Hospital universitário do Oeste do Paraná (HUOP) - Cascavel-PR*

**Introdução:** A infecção bacteriana da glândula tireóide é rara devido a vários mecanismos de defesa como a drenagem linfática e sanguínea abundantes, presença de uma cápsula, envolvimento por fâscias e músculos e à alta concentração de iodo no órgão. Exceto na circunstância do trauma direto da glândula, as vias de infecção são a hematogênica, a linfática e as fístulas internas, originadas do seio piriforme, dos cistos branquiais ou da persistência do ducto tireoglossos. Quando acomete crianças, em especial se for recorrente e localizada no lobo esquerdo da glândula, está associada em cerca de 90% dos pacientes com a fístula do seio piriforme à esquerda, geralmente precedida de infecção respiratória superior. Clinicamente, o abscesso tireoideano inicia-se como processo agudo da região cervical anterior, podendo estar associado a dispnéia, dor, disfagia e febre. O exame físico geralmente revela um tumor de características inflamatórias, extremamente doloroso à palpação na região cervical anterior e linfadenopatia cervical. Os exames laboratoriais podem demonstrar leucocitose e aumento da velocidade de hemossedimentação, mais raramente apresenta alteração sérica dos hormônios tireoideanos. Áreas de hipocaptação podem estar presentes à cintilografia. A ultrassonografia da região cervical é útil principalmente quando já existe abscesso

tireoideano organizado. A tomografia computadorizada é o exame de escolha. A punção aspirativa com agulha fina permite identificação do microorganismo por meio da bacterioscopia e cultura. O esofagograma baritado pode ser utilizado para a investigação de fístula do recesso piriforme, principalmente quando recidivante em lobo esquerdo. **Objetivo:** Relatar o caso de uma criança, com quadro de abscesso de tireóide e sua evolução. **Material e Métodos:** Revisão de prontuário e de literatura. **Resultados:** Criança de quatro anos de idade, com aumento volume cervical e febre de início há dois dias. Ao exame físico apresentava nódulo cervical ântero-lateral à esquerda, de consistência firme, móvel à deglutição, indolor, medindo cerca de três centímetros de diâmetro. Os exames laboratoriais iniciais mostravam hemoglobina: 10,1 g/dL; hematócrito: 34,1%; leucometria de 13.000 com 59% de segmentados e 5% de bastões, e VHS de 50 mm, TSH de 2,14mU/l, T3 238ng/dL e T4 15,3ig/dL. A ultrasonografia cervical revelou imagem compatível com abscesso em lobo esquerdo da tireóide. **Punção aspirativa:** processo inflamatório agudo. Foi iniciado antibioticoterapia com ampicilina/sulbactam e metronidazol, com boa evolução. **Conclusão:** As infecções tireoideanas supurativas são raras e seu prognóstico depende do pronto reconhecimento e tratamento adequado.

### **ACALASIA DE ORIGEM INDETERMINADA EM PACIENTE PEDIÁTRICO - RELATO DE CASO.**

*Ana Maria Techy, Carla Luiza Martins Jock, Lidiane Lemos, Mariana Cardoso de Lima, Karla Dal-Bó, André de Figueiredo Calandrini*

*Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL) - Tubarão-SC.*

**Introdução:** A acalasia de esôfago caracteriza-se por ausência de relaxamento do esfíncter esofágico inferior em resposta a deglutição. É uma doença rara, com prevalência estimada de 0,5 – 1/100.000 por ano, sendo incomum na criança. A patogênese da acalasia idiopática ainda não foi completamente esclarecida. A doença de Chagas pode ser responsável por alguns casos de acalasia. Citam-se casos familiares em pacientes com síndrome de Allgrove (ausência de lágrimas, insuficiência supra-renal e acalasia), disautonomia familiar, e também é relatada uma origem auto-imune de ganglionite mesentérica. A acalasia apresenta-se normalmente com dor retroesternal, disfagia e vômitos alimentares de repetição, podendo evoluir com pneumonia recorrente, anemia e perda ponderal. Na prática clínica o diagnóstico é feito preferencialmente pela manometria após a exclusão de causas orgânicas de disfagia, auxiliado com o uso da endoscopia e esofagografia. No momento as opções de tratamento para acalasia incluem dilatação pneumática, injeção de toxina botulínica, nifedipina, nitrato de isossorbida e cirurgia.

**Relato de caso:** Paciente masculino, 8 anos de idade, previamente hígido, iniciou há 6 meses com vômitos pós-alimentares e emagrecimento de 11 kg no período. Negou viagem para região endêmica da doença de Chagas. Foi atendido em clínica privada para investigação de doença do refluxo gastresofágico. Iniciou-se tratamento, porém sem melhora do quadro. Instituída

dieta para intolerância à lactose, igualmente sem melhora. Trazido ao serviço de emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição, em Tubarão, Santa Catarina, onde foi internado. Realizou-se ultra-sonografia de abdômen, com resultado normal, e endoscopia digestiva alta com biópsia, a qual não mostrou alteração, não havendo dificuldade na progressão do endoscópio pelo esfíncter esofágico inferior. Paciente manteve quadro de vômitos, inclusive após a ingestão de líquidos, recusa alimentar, prostração, disfagia, odinofagia. Negava dor abdominal e febre. Foi submetido a Seriografia de Esôfago Estômago Duodeno (SEED) que identificou afilamento do esôfago terminal, dilatação esofágica a montante, com passagem de mínima quantidade de contraste para câmara gástrica. Com o diagnóstico de acalasia de esôfago, determinado pelo quadro clínico e SEED, o paciente foi submetido a esofagocardiomiectomia de Heller com funduplicatura de Thall. No pós-operatório a criança teve boa evolução, tolerando aumentos progressivos da dieta, não apresentando mais vômitos. Recebeu alta hospitalar no terceiro dia do pós-operatório. Segue em acompanhamento ambulatorial.

**Conclusão:** Acalasia é uma doença rara na infância, devendo sempre ser excluído o diagnóstico de DRGE pela semelhança na sintomatologia. O tratamento cirúrgico é relatado como tratamento de escolha.

### **ADOLESCÊNCIA - O PAPEL DO MÉDICO PEDIATRA JUNTO ÀS EQUIPES DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

*Ângelo Luiz De Col Defino*

*Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa-PR.*

O atendimento do paciente adolescente deve ser feito por médico pediatra. Essa é uma conquista da Sociedade Brasileira de Pediatria que beneficia toda uma parcela da população antes

relegada a um segundo plano. O presente trabalho apresenta uma pesquisa realizada com profissionais da área de saúde cursando Pós- Graduação *lato sensu* em Especialização em Saúde

da Família - módulo "O Cuidado da Criança e do Adolescente na Saúde da Família", ofertada por uma instituição de ensino superior em Ponta Grossa - PR, em março de 2007, com o objetivo de aferir suas maiores dificuldades, inseguranças e/ou mesmo dúvidas no atendimento ao adolescente. Foram entrevistados os 24 alunos matriculados, sendo 37,5% deles enfermeiros, 33,5% dentistas, 21% médicos, 4% farmacêuticos e 4% fisioterapeutas. Observou-se uma unânime dificuldade dentre as classes multidisciplinares ouvidas: a falta de habilidade na abordagem do paciente adolescente, desde o momento da consulta inicial até como conquistar a sua confiança e entrar em temas mais delicados como sexualidade e experimentação de drogas sem causar constrangimento para ambas as partes e sem afugentar o adolescente da unidade de saúde. A Estratégia Saúde da Fa-

mília trouxe uma reorganização dos serviços de saúde pública, caracterizando-se pela assistência multidisciplinar a uma população circunscrita à um território previamente determinado, sendo o médico generalista o representante médico nessa equipe de saúde. Observou-se, pela pesquisa realizada, a importância da presença do médico pediatra com experiência em atendimento ao público adolescente junto às equipes do Programa Saúde da Família, como profissional de saúde integrante dessas unidades ou como uma referência próxima e atuante na educação médica continuada dessas equipes, responsável por oficinas de atualização e capacitação nos temas de maiores dificuldades, sob risco de sua ausência causar prejuízo ao atendimento dos adolescentes residentes nas áreas de abrangência do programa.

## ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS CASOS ADMITIDOS EM UTI PEDIÁTRICA DE TRAUMA.

Ana Paula Minguetti, André Luis David, Carlos Frederico Oldenburg Neto, Cristina Terumy Okamoto, Flávia Marques, **Rafaella Fadel Friedlaender**

Universidade Positivo - Curitiba-PR.

**Introdução:** as causas externas, entre elas o trauma, estão entre os principais motivos de lesões e mortes de crianças e jovens no Brasil e no mundo. Em algumas capitais, como no Rio de Janeiro, os fatores externos estão em primeiro lugar como responsáveis por óbitos em crianças a partir de um ano e em adolescentes. O trauma é considerado um problema de saúde pública mundial, correspondendo a 50% das mortes em crianças americanas, sendo a maior causa isolada de morbimortalidade. Segundo dados do Ministério da Saúde de 2004, do total de 68.672 óbitos ocorridos no Brasil nos pacientes com idade entre 0 e 9 anos atendidos pelo SUS, 4.810 (7%) ocorreram devido a causas externas; nos pacientes com faixa etária entre 10 a 19 anos, os óbitos atingiram valores de 25.021, sendo 65,5% (16.382) ocasionados por causas externas. Além dos óbitos, o trauma está relacionado a um grande número de conseqüências graves, sendo que para cada criança que morre, quatro apresentam seqüelas permanentes. As quedas e os acidentes de trânsito correspondem aos principais mecanismos de trauma, sendo que as mortes e injúrias são mais freqüentes nas crianças do sexo masculino. **Objetivos:** avaliar o perfil epidemiológico do trauma, admitido na UTI pediátrica do Hospital do Trabalhador, Curitiba-PR. **Metodologia:** através do banco de dados, foram identificadas 146 vítimas de trauma entre janeiro de 2004 e dezembro de 2007. Foram avaliados: idade, sexo, mecanismo de trauma, principal região afetada, Escala de Coma de Glasgow (ECG) e tomografia

de crânio (TAC) na admissão, necessidade de ventilação mecânica (VM), tempo de permanência e evolução clínica (alta ou óbito). **Resultados:** houve predomínio do sexo masculino com 69,86% (n=102), idade entre 3 meses e 16 anos, com média 7,4±3,90 (M±DP). Os principais mecanismos de trauma foram: atropelamento com 45,89% (n=67); queda com 20,55% (n=30); colisão entre veículos com 12,33% (n=18) e colisão entre automóveis e bicicleta com 5,48% (n=8). O traumatismo crânio-encefálico (TCE) foi o sítio principal do trauma, em 73,97% dos casos (n=108), seguido por trauma abdominal, 11,64% (n=17). A TAC foi normal em 57 pacientes (31,15%). Hemorragia subaracnóidea (17,49%), fratura (14,2%) hematoma epidural (10,93%) e edema (10,38%) foram as alterações tomográficas mais freqüentes. VM foi necessária em 51,37% (n=75). A sobrevivência foi de 89,04% (n=130). Entre os 16 óbitos, 9 (56,25%) ocorreram devido a morte encefálica. **Conclusões:** acidentes de trânsito e quedas constituem principais mecanismos de trauma pediátrico. Há predomínio do sexo masculino em todas as faixas etárias. TCE é o principal sítio de trauma. Observamos aumento de outras formas de violência urbana, como ferimentos por armas, que devem trazer grande preocupação a todos os envolvidos nos cuidados à criança. Além disso, através do melhor conhecimento das características que envolvem o trauma, do tratamento mais efetivo e de maneiras para evitá-lo, pode-se tentar reduzir as altas taxas de morbidade e mortalidade relacionadas.

## ANÁLISES DAS ICTERÍCIAS NEONATAIS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.

Nelson Ossamu Osaku, **Priscila Godoy Amaral**, Graciele Tudisco Rodrigues, Cleonice de Assunção, Kelen Cristina Barron Luzzi  
Hospital universitário do Oeste do Paraná (HUOP) - Cascavel-PR.

**Introdução:** a hiperbilirrubinemia indireta pode causar graves seqüelas. A fototerapia é o principal meio de tratamento, sendo sua eficácia dependente da capacidade de bilirrubina absorver luz, da concentração inicial de bilirrubina sanguínea, do espectro de luz emitido pelas lâmpadas e da irradiância espectral. **Objetivo:** analisar as fototerapias em RN a termo, na maternidade do HUOP, no ano de 2006. **Material e Métodos:** foram analisados todos os 378 prontuários de RN tratados, excluídos os RN patológicos tratados na UTI Neonatal e na UCI. **Resultados:** As fototerapias ocorreram em 11,2% dos nascimentos (3365 RN), superiores à média mundial (3 a 6%). Os exames realizados foram: Bilirrubinas Total e Frações (BT): 97,4%; Tipagem Sanguínea (TS) e Fator RH: 75,4%; Hemograma: 79,4%; Reticulócitos: 74,6%; Combs Direto (CD): 70,1%. Em relação à TS e RH não realizadas, os RN eram de mãe O em 9,8%. O CD foi positivo em apenas 2 casos, não sendo realizados em 8 casos, cujas mães eram O e o RN A ou B (64 casos). Os testes de Combs Indireto foram realizados em todas as mães RH negativo. Não foram realizadas as pesquisas de anticorpos maternos para antígenos irregulares e anticorpos anti-A e anti-B. Em relação ao tempo de fototerapia os resultados foram, em horas: 32% < 24, 67,7% < 48, 87,6% < 72, 95,2% < 96 e apenas 4,8% > 96. Em 10 casos a fototerapia foi iniciada sem a dosagem de BT. Em 74,6% o trata-

mento foi iniciado com nível de BT abaixo do percentil 95 (normograma de Bhutani et al, 1999) e em 85,1% abaixo de 15 mg/dL, recomendada pela Academia Americana de Pediatria (2004). Em 25,5% não foi realizado dosagem de BT no dia da alta. Em 46,5% a alta aconteceu com BT abaixo de 10 mg/dL e o restante com níveis superiores. O percentual de BT dosada por paciente foi: 20,4%, apenas uma; 43,2%, dois; 25,8%, três; o restante de quatro a oito. Dois RN foram tratados sem nenhuma determinação de BT. Em 93,4% a fototerapia foi na modalidade simples, e a restante dupla. Não houve nenhuma exsanguinotransusão. A hipertermia ocorreu em 11,1%; Em relação à proteção do RN, em 92,6% havia a recomendação em relação aos olhos. Não houve nenhum outro registro de cuidados com o RN. Em relação ao aparelho, em apenas 3 casos havia a observação em respeito à distância entre as lâmpadas e o RN, e em nenhum caso sobre o número de lâmpadas, tipos de lâmpadas e irradiância espectral. **Conclusão:** os dados demonstraram a necessidade de reavaliação dos critérios de indicação e manejo da fototerapia no serviço pesquisado, e a implantação de diretrizes para que toda a equipe de saúde envolvida atue buscando o tratamento efetivo, com menor risco possível ao RN e custos desnecessários à instituição.

## ASPECTO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS DE 0 A 36 MESES HOSPITALIZADAS POR PNEUMONIA EM TUBARÃO.

Amanda Conciani Corso, **Charllini Tessarollo**, Tatiana Pizzolotto Bruch, Maria Antônia Paiola, Kellen Meneghel.  
Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL) – Tubarão-SC.

**Introdução:** a avaliação do estado nutricional é de fundamental importância para investigar se uma criança está crescendo dentro dos padrões recomendados ou afastando-se deles, devido à doença ou às condições desfavoráveis de sobrevivência. Avaliar o crescimento de uma criança é uma das maneiras mais eficientes de avaliar sua condição geral de saúde, possibilitando intervenções efetivas no sentido de restabelecer as condições ideais de saúde, evitando os danos provenientes da desnutrição e obesidade. A desnutrição de aquisição intra-hospitalar é originada pela diminuição da ingestão alimentar da criança hospitalizada e pelo aumento das necessidades calóricas secundário ao processo morbido infeccioso, principalmente diarreia e pneumonia. Soma-se a isso a impossibilidade de serem seguidos horários flexíveis para as refeições o que frequentemente ocasiona diminuição da ingestão do alimento prescrito por não se seguir à regra básica da livre demanda, especialmente entre as crianças mais jovens. **Objetivos:** Avaliar o aspecto nutricional de crianças, por ocasião da admissão e alta hospitalar, e fatores associados com o aparecimento ou agravamento de alterações do estado nutricional. **Método:** estudo observacional de 30 crianças, com idades entre 28 dias e 36 meses, hospitalizadas por pneumonia em Tubarão. Foi avaliado o aspecto nutricional usando como padrão de refe-

rência as curvas de percentis do NCHS e relacionado com algumas variáveis: tempo de permanência hospitalar, aparecimento ou agravamento de alteração nutricional, ausência de amamentação ou desmame precoce, perfil socioeconômico da família quanto ao grau de escolaridade da mãe, renda e densidade domiciliar. **Resultados:** foi verificado que na ocasião da admissão haviam 63,3% das crianças com percentis dentro na normalidade, enquanto 16,5% crianças se encontravam numa faixa de risco, sendo que 6,5% tinham sobrepeso e 10% tinham desnutrição leve, e 20% das crianças estavam em uma faixa patológica, sendo 13,4% obesas e 6,6% desnutridas graves. No momento da alta apenas 43,3% das crianças mantiveram seus percentis dentro da normalidade, enquanto 33,4% passaram a se encontrar em uma faixa de risco, sendo que 10% tinham sobrepeso e 23,4% passaram a apresentar desnutrição leve. Ainda 23,3% estavam em uma faixa patológica, permanecendo as mesmas 13,4% obesas e aumentando para 10% as desnutridas graves. **Conclusão:** A prevalência de alterações na relação peso/idade entre as crianças no momento da admissão foi bastante elevada, condição não melhorada ou agravada por ocasião da alta hospitalar. Não foi encontrado nenhum outro fator associado ao agravamento do estado nutricional.

## AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA DE CRIANÇAS ATENDIDAS PELO CEDIP EM MUNICÍPIO PARANAENSE.

**Helena Osorio Cavalli**, Márcia Cristina Dalla Costa, Carla Ereno Silva, Josana Dranka

Centro de Especialidades de Doenças Infecto Parasitárias serviço de DST/AIDS (CEDIP) - Cascavel-PR.

**Introdução:** O diagnóstico e a vigilância das condições nutricionais das crianças, usuários do Sistema Público de Saúde, constituem forma prática e sensível para avaliar as condições e tendências da saúde infantil, e sua influência no crescimento das crianças. As pesquisas nacionais realizadas nas últimas três décadas vêm mostrando um decréscimo da desnutrição infantil, ainda presente em 5,7% das crianças brasileiras. **Objetivo:** Verificar a influência do uso de ARV durante a gestação no crescimento e desenvolvimento das crianças menores de 2 anos, atendidas pelo serviço de DST/AIDS em Cascavel. **Método:** O estudo retrospectivo transversal foi realizado com dados secundários dos prontuários dos pacientes atendidos pelo CEDIP, sendo estes filhos de mães HIV+ que realizaram o protocolo ACTG76 e que não foram contaminados pelo vírus, no período de agosto/1998 a julho/2007, os quais receberam alta aos 2 anos de idade. Das 99 crianças atendidas pelo serviço, 56 (56,6%) foram excluídas por não terem os dados antropométricos referentes à idade deste estudo, ou seja, medidas de peso e estatura ao nascer, aos 6 meses, 1 e 2 anos. Para avaliação nutricional utilizou-se o método antropométrico, Indicadores Peso/Estatura (P/E) e Peso/Idade (P/I), para os diagnósticos de Muito Baixo Peso (MBP), Baixo Peso (BP), Risco Nutricional (RN) e Sobrepeso

(SP); e Estatura/Idade (E/I) para os diagnósticos de Baixa Estatura (BE), Risco para Baixa Estatura (RBE) e Alta Estatura (AE). Para avaliação do Peso ao Nascer (PN) utilizou-se os pontos de corte <1500 e <2500 gramas para diagnosticar MBP e BPN. **Resultados:** Participaram do estudo 43 (43,4%) crianças, das quais 2,2% apresentaram MBPN e 10,9% BPN. Já para o indicador P/I, observou-se que o BP triplicou dos 6 meses (2,2%) aos 2 anos (6,5%) e o SB apresentou um aumento discreto (de 15,2% para 19,6%), sendo este o problema nutricional detectado neste grupo. Para o indicador E/I, a BE apresentou decréscimo (6,5% para 4,4%), entretanto o RBE dobrou passando de 6,5% aos 6 meses para 13% aos dois anos, que juntamente com a BE atingiu 19,4% destas crianças. Já a AE aumentou de 2,2% para 6,5%. Ao verificar o P/E, observou-se BP apenas aos 6 meses (2,2%), porém a normalidade diminuiu, apresentando aos 6 meses 84,7%, 86,9% aos 12 meses e 58,7% aos 2 anos, acarretando um aumento expressivo do SP (8,7%, 10,9% e 36,9% aos 2 anos). **Conclusão:** O estudo mostrou que o sobrepeso foi o problema nutricional detectado, o qual se eleva com o aumento da faixa etária das crianças. Entretanto, há que se vigiar o risco de baixa estatura que apresenta tendência crescente.

## AVALIAÇÃO DAS TOMOGRAFIAS COMPUTADORIZADAS DE ADMISSÃO EM UMA UTI PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL DO TRAUMA NA CIDADE DE CURITIBA.

**Ana Paula Minguetti**, André Luis David, Carlos Frederico Oldenburg Neto, Cristina Terumy Okamoto, Flávia Marques, Rafaella Fadel Friedlaender

Universidade Positivo (UP) - Curitiba PR.

**Introdução:** O trauma é uma das principais causas de morte e seqüelas em crianças e adolescentes no mundo. No Brasil, é a principal causa de morte em crianças acima de cinco anos de idade e responsável por mais de 50% dos óbitos na adolescência. O traumatismo cranioencefálico (TCE) está presente na maioria das crianças vítimas de trauma e é responsável por mais de 75% das mortes na infância. O TCE classifica-se quanto ao mecanismo, gravidade ou morfologia. Quanto a morfologia o TCE classifica-se em fraturas ósseas; traumatismos extracerebrais

(hemorragia subaracnóide, hematoma subdural, hematoma epidural); traumas encefálicos como lesão axonal difusa, contusão cerebral e hematomas intra cerebrais. Quanto ao mecanismo a lesão pode ser fechada (contusa), aberta ou penetrante sendo as primeiras mais comuns na infância. São exemplos quedas, atropelamentos, acidentes automobilísticos e agressões. Dentro deste contexto a introdução da tomografia computadorizada (TC) teve um grande impacto sobre a avaliação das vítimas de traumatismo craniano sendo o TCE uma das

indicações mais comuns para o estudo por imagem do crânio. As indicações para a realização da TC incluem sinais neurológicos focais, fraturas com afundamento palpável, depressão do nível de consciência, lesão penetrante na cabeça, sinais clínicos de fratura de base do crânio, fraturas significativas de face, politraumatizados. Objetivos: Determinar os principais achados tomográficos de crânio na admissão em pacientes com TCE leve, moderado e grave que foram admitidos no serviço de UTI pediátrica do Hospital do Trabalhador, na cidade de Curitiba - Paraná. Metodologia: O presente trabalho foi retrospectivo descritivo através de banco de dados e abrange os casos de TCE leve, moderado e grave no período de janeiro de 2004 a dezembro de 2007. Foram admitidas no estudo todas as crianças de zero a dezesseis anos incompletos, vítimas de traumas, admitidas no serviço de UTI pediátrica do hospital do Trabalhador em Curitiba. Foram analisadas as TC de crânio realizadas na admissão. Resultados: Dos 146 pacientes admitidos no hospital do Trabalhador no período de janeiro de 2004 a dezembro de 2007,

108 apresentaram TCE sendo que todos realizaram uma tomografia computadorizada na admissão. Destes, 57 pacientes apresentaram o exame de imagem do crânio dentro dos padrões da normalidade. Os demais pacientes apresentaram apenas um tipo de lesão ou lesões sobrepostas. O achado mais frequente foi hemorragia subaracnóide totalizando 32 exames com este achado, seguido das fraturas, presente em 26 resultados. Hematomas epidurais e edemas foram encontrados em 20 e 19 estudos respectivamente. Contusões, hematomas subdurais e swelling foram demonstrados em 13, 9, 7 exames respectivamente. Conclusão: O paciente pediátrico com TCE requer um rápido e preciso diagnóstico além de intervenção imediata. A TC é um exame de fundamental importância pois reconhece as diferentes formas de injúria, tanto da calota craniana quanto do encéfalo e auxilia na definição dos diversos tipos de lesão. Além de ajudar no diagnóstico a TC também é muito útil nas avaliações de segmento do paciente traumatizado.

### **DESENVOLVIMENTO PONDERO-ESTATURAL DE FILHOS DE MÃES ADOLESCENTES E FILHOS DE MÃES ADULTAS JOVENS EM CURITIBA, PARANÁ.**

*Aline Rodrigues Fernandes de Oliveira, Deborah Tockus, Eliane Mara Cesário Pereira Maluf (autora principal), Sabrina Piacentini Niece (apresentadora), Simone Basso Locatelli, Thaísa Tosin*  
Universidade Positivo - Curitiba-PR.

Objetivos: Comparar o desenvolvimento pondero-estatural entre filhos de mães adolescentes e de mães adultas jovens utilizando o banco de dados do Sistema de Gestão Federal/Estadual da Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Métodos: A população alvo da pesquisa incluiu o universo de crianças nascidas e acompanhadas nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) de janeiro a julho de 2006 em Curitiba. Foi feita a análise do escore Z das relações peso/idade (P/I), estatura/idade (E/I) e peso/estatura (P/E) da primeira consulta e da última consulta no primeiro ano de vida de 1030 crianças. Resultados: Foram elegíveis 900 crianças com representatividade de todos os distritos sanitários. Do total, 27,3% eram mães adolescentes. Em todas as relações da primeira e da última consulta do primeiro ano de vida dos dois grupos analisados, a maioria das crianças ficou

dentro do padrão de crescimento esperado. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos quando se avaliou os escores-z nas duas consultas entre E/I e P/E, e para a relação P/I do segundo momento analisado. Observou-se diferença estatisticamente significativa na comparação entre os grupos para os escores-z da relação P/I da primeira avaliação, sendo mais baixa nos recém-nascidos de mães adolescentes. Conclusões: Os filhos de mães adolescentes, que ao nascimento apresentaram relação P/I mais baixa, recuperaram o peso até o final de um ano e, portanto, desapareceu a diferença em relação ao parâmetro P/I no final do primeiro ano de vida. Pode-se atribuir o resultado obtido à influência dos serviços de saúde materno-infantil ofertados pelo município.

### **DOENÇA DE STILL: RELATO DE CASO.**

*Manoel Fernando Silva Leite, Priscila Godoy Amaral, Graciele Tudisco Rodrigues, Ediberto Yuzo Ueda, Júlio Ricardo Ramos*  
Hospital universitário do Oeste do Paraná (HUOP) - Cascavel-PR.

Introdução: Constitui 20% dos casos de artrite crônica juvenil e é definida pelas suas manifestações extra-articulares, principalmente febre e exantema. Os critérios de diagnóstico são a idade do início da doença (<16 anos), a exclusão de outras formas de artrite juvenil e uma duração mínima da doença de 3 meses. A temperatura axilar atinge 39.5°C, durante pelo menos duas semanas. Cerca de 50 a 75% dos doentes apresentam linfadenopatia e hepatoesplenomegalia, 36% têm pericardite e pode existir envolvimento do sistema nervoso central e do aparelho respiratório. Cerca de 75% das crianças desenvolvem artrite nos 3 a 12 meses após o início da febre. Pelo menos 50% dos doentes recuperam completamente, os restantes apresentam uma poliartrite progressiva e a maioria das características sistêmicas da doença desaparece ao fim de 2 a 5 anos. Objetivo: Descrever um caso clínico de uma criança com diagnóstico de Doença de Still. Material e Métodos: Revisão de prontuário e de literatura. Resultados: KEA, 1 ano, masculino, há 01 mês apresentava febre alta, diárria, refratária a medicamentos; com rash cutâneo esporádico e fugaz difuso associado aos picos febris, e dores articulares, primeiramente em ombros, com dificuldade de elevar o braço, depois em região coxofemoral direita associado à edema local e dificuldade para deambular. Perda de 4 kgs neste período. Ao exame físico hipocorado+/4, fígado palpável à 2 cm

do rebordo costal direito, discreto edema em região coxofemoral direita. Exame oftalmológico normal. Exames laboratoriais na admissão: Hb 7,54g/dl; Ht 26,7%; VCM 60,33; plaquetas 205.000/mm<sup>3</sup>; leucócitos 21.300/mm<sup>3</sup> (5/65/4/0/13/6/ linf atípicos 8%); PCR +; VHS 83; TGO 37 U/L, TGP 26 U/L. Culturas líquor, urina e sangue negativas; sorologias pra toxoplasmose, CMV, e EBV não reagentes. Células LE e FAN negativos. Anticorpos anti SSA e SSB, anti SM e anti DNA negativos. ADA 66UI/L. Cintilografia óssea de corpo inteiro com captação discreta em joelho direito. Ecocardi com derrame pleural pequeno. A medula óssea evidenciou severa hipocelularidade, com ausência de células imaturas. Após o vigésimo dia de internamento e múltiplos antibióticos mantinha o mesmo quadro clínico, evoluiu com aumento das enzimas hepáticas e LDH. Foi iniciado ciclosporina e prednisolona, depois acrescentado indometacina, vitamina D e cálcio com boa evolução. Conclusão: O diagnóstico da doença de Still é de exclusão. Inicialmente pode ser muito difícil a sua distinção de infecção viral, dado que a febre, exantema e artrite podem estar presentes nestas. Com a evolução também deve ser considerada como diagnóstico diferencial de febre de origem obscura. Por ser uma doença pouco frequente, é tardiamente diagnosticada e tratada.

## DOENÇA HEMORRÁGICA DO NEONATO FORMA TARDIA: OS PEDIATRAS TÊM LEMBRADO?

Marcos Antonio da Silva Cristovam, Cirleine Costa Couto, João Pedro Pontes Câmara, Ana Cláudia Lopes Plewka, **Daniele Alessi**  
Hospital Bom Jesus ( HBJ) - Toledo-PR.

**Introdução:** A Doença Hemorrágica do Recém-Nascido (DHRN) se apresenta sob as formas: precoce(24 horas de vida); clássica(entre 2 e 7 dias) ou tardia (entre 2 e 12 semanas). É uma coagulopatia por deficiência de vitamina K. Caracteriza-se por sangramentos gastrointestinal e cutâneo, hemorragia intracraniana (precoce ou tardia) e outras.Objetivo: relatar um caso de DHRN forma tardia atendida no HBJ. Material e Métodos: análise do prontuário do paciente e revisão de literatura. Resultados:G.I.P, feminino, 21 dias de vida, pré-termo limitrofe, encaminhada à UTI neonatal do HBJ com apnéia, cianose, má perfusão periférica e estertores crepitantes à ausculta pulmonar. Foram referidas hipotatividade e hipotonia ocorridas horas antes. Ao exame físico: MEG, pálida, desidratada, em apnéia, foi intubada e iniciada ventilação mecânica, afebril e reativa. Peso: 2,1Kg; comprimento: 43 cm; frequência cardíaca: 160 bpm; Ausculta cardíaca normal; abdome distendido com ruídos hidroaéreos diminuídos; pulsos filiformes, enchimento capilar lento. Evolução estável por 24 horas quando iniciou com hematêmese e melena maciças. Crise convulsiva. Exames admissionais: Hb: 14,6; Htc: 41; Leucócitos: 14.400, com bastões 2% e segmentados 66%;

Plaquetas: 98.000. Foi hidratada e iniciada vitamina K. TAP: 30s, RNI: 2,31 e fibrinogênio: 0,6. Diagnóstico: DHRN forma tardia. Prescritos vitamina K e, no total, 100mL de papa de hemácias; 120mL de plasma fresco congelado; 75mL de plaquetas; 5U de crioprecipitado. A paciente evoluiu com melhora clínica e laboratorial: TAP: 15s; RNI: 1,120; KPTT: 30s; fibrinogênio: 3,4. Ht: 36%; Hb: 12,4; plaquetas: Recebeu alta após 24 dias de internação. Conclusão: A forma tardia da DHRN ocorre entre 2 e 12 semanas, é grave, sendo comum hemorragia intracraniana com evolução fatal ou seqüelas neurológicas. Também surge sangramento cutâneo-mucoso, gastrintestinal, em incisões cirúrgicas e em local de aplicação de injeção. Ocorre em neonatos em aleitamento materno, nos que não receberam vitamina K intramuscular ou naqueles que a receberam via oral. O tratamento é realizado com vitamina K, plasma fresco congelado e papa de hemácias se houver anemia. Prevenível com Vitamina K intramuscular ou doses repetidas via oral após o nascimento. O caso descrito faz um alerta aos pediatras quanto à lembrança de tal hipótese diagnóstica, possibilitando terapêutica precoce e diminuição da morbi-mortalidade.

## ESCALA DE COMA DE GLASGOW COMO FATOR PREDITIVO DE MORTALIDADE NO TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO PEDIÁTRICO.

Ana Paula Minguetti, André Luis David, Carlos Frederico Oldenburg Neto, Cristina Terumy Okamoto, Flávia Marques, **Rafaela Fadel Friedlaender**.

Universidade Positivo - Curitiba-PR.

**Introdução:** O trauma cranioencefálico (TCE) é uma das causas mais comuns de trauma em crianças, sendo responsável por alta taxa de morbidade e mortalidade. O TCE está presente na maioria das crianças vítimas de trauma e é responsável por mais de 75% das mortes nessa faixa etária. Além disso, é o fator determinante do prognóstico de pacientes politraumatizados, acarretando altas taxas de mortalidade ou seqüelas graves, causando diminuição da capacidade funcional e da qualidade de vida. No TCE há envolvimento cerebral, demonstrado pela alteração do nível de consciência ou por sinais de déficit neurológico focal. Sendo assim, é muito importante determinar o grau de comprometimento neurológico da criança com TCE, pois permite avaliar as condições neurológicas iniciais e a evolução do paciente. Para isso, pode ser utilizada a escala de coma de Glasgow (ECG), em que, segundo Sanchez et al., pode classificar o TCE como leve (ECG 13 e 15), moderado (9 a 12) ou severo (3 a 8). Sendo assim, a ECG é utilizada como parâmetro evolutivo e como índice prognóstico e de mortalidade no paciente com TCE. Objetivos: Avaliar os valores da Escala de Coma de Glasgow (ECG) na admissão de pacientes vítimas de TCE na UTI Pediátrica do Hospital do Trabalhador, Curitiba-PR e correlacioná-los com o

desfecho clínico (alta ou óbito) destes pacientes. Método: Foram identificados 108 pacientes vítimas de TCE admitidos entre janeiro de 2004 e dezembro de 2007. Os valores da ECG foram obtidos da ficha de admissão. Os pacientes foram separados em 3 grupos: Grupo 1: ECG superior a 8; Grupo 2: ECG entre 6 e 8 e Grupo 3: ECG igual ou inferior a 5; e correlacionados com o desfecho clínico. Resultados: Entre os 105 pacientes admitidos com TCE, 92 receberam alta (87,62% do total) e 13 evoluíram para óbito (12,38%). No Grupo 1 com 64 pacientes (60,95% do total) não ocorreu nenhum óbito. No Grupo 2, composto por 23 pacientes (21,90% do total), ocorreram 2 óbitos – 8,69% deste grupo e 15,38% do total. No Grupo 3, composto por 18 pacientes (17,15% do total), ocorreram 11 óbitos – 61,11% deste grupo e 84,62% do total de óbitos. Os dados foram analisados através de regressão logística e Teste t de student. Ambos os testes mostraram associação estatisticamente significante ( $p < 0,05$  e IC 0,95) entre ECG igual ou menor a 8, e fortemente significativa ( $p < 0,001$  e IC 0,99) para ECG igual ou inferior a 5. Conclusão: ECG pode ser um excelente fator preditivo de mortalidade no TCE pediátrico, devendo ser registrada pelo intensivista em todas as admissões de trauma pediátrico.

## EXPRESSÃO RADIOLÓGICA DA ATRESIA DE ESÔFAGO: RELATO DE CASO.

Marcos Antonio da Silva Cristovam, Milene de Moraes Sedrez Rover, **Daniele Alessi**, Ana Beatriz Thomasi Pastori, Álvaro Vanzella Ribeiro

Hospital Universitário do Oeste do Paraná - Cascavel-PR.

**Introdução:** A atresia de esôfago com ou sem fístula traqueoesofágica é um complexo de anomalias congênitas caracterizadas pela formação incompleta do esôfago com ou sem comunicação anormal entre este e a traquéia. Incidência: 1:3.000 nascidos vivos, sendo mais comum em brancos do sexo masculino. Acredita-se que seja uma anomalia da formação e da separação do intestino anterior primitivo em traquéia e esôfago, em torno da quarta e quinta semanas. Objetivo: Relatar um caso de atresia esofágica atendido em nosso serviço. Material e Métodos: Análise do prontuário do paciente e revisão de literatura. Resultados: RN de J.F.R., nascido de parto cesárea, com 3035 gramas de peso, idade gestacional: 39 semanas pelo método de

Capurro e Apgar 7/10. Ultrassonografia obstétrica: polidrâmnio. Na sala de parto observou-se a ausência de passagem da sonda nasogástrica para o estômago, apresentava salivação importante já nas primeiras horas de vida e dispnéia. Solicitada radiografia de tórax com contraste, com imagem sugestiva de atresia de esôfago. Foi submetido à cirurgia para anastomose esofágica primária. O neonato teve boa evolução recebendo alta hospitalar após 30 dias de vida. Conclusão: Dentre as inúmeras variações anatômicas da atresia de esôfago, destacam-se: o tipo A, em que ocorre atresia pura do esôfago, sem fístulas; o tipo B, no qual se soma uma fístula entre o segmento esofágico proximal e a traquéia; o tipo C, em que a atresia esofágica acompanha-se

de fístula do segmento distal do esôfago com a traquéia ou brônquios; o tipo D, no qual tanto o segmento distal quanto o proximal apresentam fístula com as vias aéreas. Por fim, o tipo E, em que ocorre apenas a fístula traqueoesofágica sem atresia do esôfago, conhecida com fístula em H. A suspeita ocorre quando há polidramnio, falha na tentativa de passar a sonda gástrica, dificuldade em deglutir saliva e leite e aspiração durante as primeiras alimentações. Tosse, cianose (que se acentuam com a alimentação) e pneumonia por aspiração podem estar presen-

tes, especialmente nos casos em que a fístula traqueoesofágica se encontra presente. O diagnóstico radiológico é baseado nos achados de radiografias de tórax contrastadas, que revelam a extremidade proximal do esôfago em fundo cego. A avaliação radiográfica deve sempre incluir o abdome para comprovar a presença ou não de ar no trato gastrintestinal (indício de fístula distal). Complicação pós-operatória inclui estenose que pode ser necessária dilatação. Quanto ao paciente teve alta em boas condições e não apresentou quaisquer complicações pós-operatórias.

### **EXPRESSIONE RADIOLÓGICA DO MEGACÓLON CONGÊNITO: RELATO DE CASO.**

Marcos Antonio da Silva Cristovam, **Joice Ribas**, Danieli Alessi, Aline Paula Biazus Somacal, Álvaro Vanzella Ribeiro  
Hospital Universitário do Oeste do Paraná - Cascavel-PR.

**Introdução:** O Megacólon Congênito (MC) é uma suboclusão intestinal crônica primária, que ocorre por uma falha na migração anterógrada de células ganglionares oriundas da crista neural no cólon em desenvolvimento, resultando em um segmento agangliônico de extensão variável; apresenta hipertrofia de troncos nervosos e ausência de neurônios nos plexos intrínsecos de um segmento do tubo digestivo. Conseqüentemente, há dilatação e hipertrofia da musculatura acima da zona agangliar. A incidência é de 1:4500 nascidos, sendo 3 a 4 vezes mais comum em meninos. Corresponde a 20% dos casos de obstrução intestinal neonatal. Em 75% dos casos, o segmento agangliônico se limita ao reto e cólon sigmóide e 15% estende-se além da flexura esplênica. **Objetivos:** Relatar um caso de MC com apresentação das imagens radiológicas de oclusão intestinal e de MC atendido no HUOP. **Material e Métodos:** Análise do prontuário do paciente e das radiografias, além de revisão de literatura. **Resultados:** RN de FSRH, nascido em 04/12/2007, masculino, peso de nascimento:3135g e idade gestacional: 39 semanas. Iniciou no dia 07/12/07 com quadro de distensão abdominal, parada na eli-

minação de fezes, vômitos biliosos e queda do estado geral. Radiografias iniciais evidenciaram vários níveis hidroaéreos; exames pré-operatórios foram solicitados, porém no dia seguinte houve eliminação de fezes e diminuição da distensão abdominal, recebendo alta hospitalar em boas condições. Com 30 dias de vida, apresentou novamente quadro clínico-radiológico semelhante, foi submetido à laparotomia com biópsia de cólon, confirmando o diagnóstico de MC total, foi realizada colostomia, recebendo alta hospitalar e acompanhamento ambulatorial. **Conclusão:** Deve-se suspeitar de MC em recém-nascidos que não eliminam mecônio nas primeiras 24 horas ou que exigem estimulação retal repetida para induzir evacuações, além de lactentes com sintomas de obstrução intestinal, distensão abdominal e atraso do crescimento, podendo utilizar a radiografia simples de abdome como primeiro método de investigação, a qual pode demonstrar níveis hidro-aéreos, como no caso relatado. Quanto ao paciente, teve boa evolução pós-operatória e se encontra em acompanhamento ambulatorial.

### **FACILITADORES DA AMAMENTAÇÃO COMPLEMENTADA EM CRIANÇAS DE UM A DOIS ANOS EM BLUMENAU.**

Andre Ricardo Adriano, **Bruna Maria Mariano Cian**, Gabrielly Araujo Nora, Manuella Brighenti Bergamaschi, Tarcisio Lins Arcoverde  
Universidade Regional de Blumenau (FURB) - Blumenau-SC.

**Introdução:** a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o aleitamento materno complementado em crianças de seis meses até os dois anos de idade ou mais. **Objetivo:** ao identificar o perfil da mãe lactante em amamentação complementada após um ano de idade e seus fatores facilitadores pode-se traçar possíveis estratégias facilitadoras da prática. **Método:** foi aplicado um questionário em mães em amamentação complementada, com crianças de um a dois anos, nos dias da Campanha Nacional de Vacinação contra paralisia infantil. Ao final somaram-se treze mães. Por ser um trabalho qualitativo, a interpretação dos questionários foi feita pela análise do discurso com posterior categorização. **Resultados:** os resultados da análise de discurso sugerem que as mães começam amamentar após analisar co-

nhcimentos adquiridos e tomam essa decisão baseadas na razão. A continuidade da amamentação parece ser estimuladas por sentimentos originados da convivência da mãe e do bebê. As mães que tem acesso mais fácil á seus filhos apesar de trabalharem, usualmente amamentam por tempo mais prolongado. A praticidade do leite materno parece ser um fator determinante para a adesão a ele. Percebe-se certa resistência ao final do processo da amamentação. **Conclusão:** os fatores facilitadores encontrados apontam para a necessidade de estratégias individualizadas de promoção e apoio ao aleitamento materno complementado que aproximem o binômio mãe filho.

**Palavras-chaves:** Amamentação complementada. Facilitadores e saúde.

### **FATORES CLÍNICOS RELACIONADOS À MORTALIDADE NEONATAL DE RECÉM-NASCIDOS DE MUITO BAIXO PESO.**

André Luis David, Flávia Marques, Rafaella Fadel Friedlaender, Ana Paula Minguetti, Carlos Frederico Oldenburg Neto, Cristina Terumi Okamoto  
Universidade Positivo - Curitiba-PR.

**Introdução:** Recém-nascidos de muito baixo peso (RNMBP), com peso <1500mg, constituem uma parcela importante dos óbitos neonatais. Nos Estados Unidos apesar de 85% receberem alta hospitalar, 2% a 5% morrem por questões médicas decorrentes do muito baixo peso. No município do Rio de Janeiro a morte de RNMBP representa 51,6% da taxa de mortalidade infantil. Diversos fatores podem influir na evolução e desfecho clínico destes pacientes. A literatura mostra que sexo feminino, uso corticóide antenatal e de surfactante são protetores, enquanto

que, sexo masculino, extremo baixo peso e ventilação mecânica são fatores de risco. **Objetivos:** Analisar os fatores clínicos que influenciam a mortalidade do RNMBP, considerando peso de nascimento (PN), condições de nascimento, uso antenatal de corticóide, ventilação mecânica (VM), uso de surfactante, ocorrência de infecção sistêmica e hemorragia intracraniana (HI), e correlacionar com o desfecho clínico (óbito ou alta hospitalar). **Métodos:** Identificados 153 RN no período de 01/01/2005 a 31/12/2007, preenchendo o critério de PN < 1500 g, foram confron-

tados os seguintes dados: idade gestacional – IG – método Parkin; sexo; condições de nascimento – Apgar no 1º e 5º minutos (Apgar 1' e Apgar 5'); uso de corticóide (CTC) antenatal; VM; surfactante e número de doses; sepse precoce ou tardia definida por hemocultura positiva, HI à ultrasonografia transfontanelar (UST), classificada por Papille. Os dados foram confrontados com o desfecho clínico. Resultados: Dos 153 RN, 79 do sexo masculino (51,6%) e 74 sexo feminino (48,3%). O PN variou de 490 a 1485 gramas, com média de 1061±283 g (média ± 1 DP). A IG variou de 24 a 36 sem., com média de 29,0±2,48 sem. Apgar 1' média de 5,32±2,48. Apgar 5' média de 7,58±2,6. CTC antenatal foi administrado a 77 RN (50,3%). VM foi usada em 112 RN (73,2%). Sepse precoce em 5 RN (3,2%) e sepse tardia em 35 (22,8%). UST foi realizada em 134 RN, sendo: normal em 98 (64,1%) HI grau I em 18 (11,8%), HI grau II em 3 (2%) HI grau III em 14 (9,2%) e grau IV em 1 RN (0,7%). Houve 40 óbitos, com taxa global de 26%. Nos RN com PN > 1000 g (n=87), foram 8 óbitos, ou seja, 9% deste grupo e 5,2% do total. Nos RN com PN < 1000g (n=66) foram 32 óbitos (48%) deste grupo e 21% do

total. 43 RN (28%) tiveram Apgar 1' = 3, destes 22 (51%) morreram. 32 RN (21%) com Apgar 5' < 7, destes, 19 (59,3%) faleceram. Entre 110 RN com Apgar 1' > 3, 18 (16,3%) morreram. Entre 121 RN com Apgar 5' = 7, 21 morreram (17,3%). Dos 76 RN sem CTC antenatal, 24 (31,5%) foram a óbito. Entre os 77 RN com CTC antenatal, 16 (20,7%) foram a óbito. Dos 112 RN submetidos à VM, 40 (35,7%) morreram. Não houve óbito entre os 41 RN que não receberam VM. Dos 56 RN que não receberam surfactante, apenas 4 (7%) faleceram. Dos 69 que receberam 1 dose, 18 (26%) morreram. Entre os 28 que receberam 2 ou mais doses, 18 (64%) foram a óbito. Não houve óbito por sepse precoce e 7 RN com sepse tardia foram a óbito. Dos 15 RN com HI grave (graus III e IV), 6 (40%) morreram. Entre os 119 com USGT normal ou HI leve (graus I e II), 16 RN (13%) foram a óbito. Conclusões: Os resultados estão em concordância com a literatura, ao indicar que RNs de extremo baixo peso; sem corticoterapia materna antenatal; nascidos em más condições; com resposta inadequada à reanimação e com doença pulmonar grave apresentam elevado risco de mortalidade neonatal.

## GRAVIDEZ PRECOCE - SIM, ELAS QUEREM ENGRAVIDAR.

**Ângelo Luiz De Col Defino, Tatiana Menezes Garcia Cordeiro**  
Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa-PR.

A gravidez na adolescência frequentemente é tratada como um acaso, culpa do descuido, da desinformação, da ausência de métodos anticoncepcionais disponíveis no momento, da falta de diálogo entre os adolescentes e seus pais. Com o objetivo de aferir o quanto de verdade existem nessas afirmações, foi iniciado um trabalho de pesquisa com as gestantes adolescentes que freqüentaram o pré-natal da Unidade de Saúde Roberto de Jesus Portela, em Ponta Grossa - PR, no primeiro trimestre do ano de 2008, as quais responderam por 24,3% das gestações acompanhadas no período. Constatou-se que 29,5% engravidaram em relações sem o uso de anticoncepcional, 17,6% dizem ter havido falha no método contraceptivo de barreira e 52,9% das adolescentes relataram terem engravidado porque quiseram, conscientes de tal ato, sendo que 59,9% delas já tinham usado alguma vez anticoncepcional oral. Todas declararam ter informações so-

bre métodos contraceptivos, sendo a escola a fonte de informações mais citada e 35,3% tinham uma relação de diálogo aberto sobre sexualidade com a mãe. Observou-se que os principais motivos para decisão de engravidar foram a necessidade de procurar um futuro melhor, a possibilidade de receber mais atenção do companheiro e da família, tendo, então, um status de adulto, a falta de ter uma perspectiva melhor com o estudo e uma provável renda assistencial para o provimento do filho. De posse desses dados deve-se reformular as estratégias de convencimento dessa população, onde não só a informação e a oferta de anticoncepcionais são necessárias, mas sim a conscientização das dificuldades que irão encontrar com uma gestação precoce na adolescência e dar-lhes alternativas com melhores perspectivas de vida através do estudo ou do emprego.

## HIPERTIREOIDISMO CONGÊNITO.

**Aline Zilli Hadrich, Flávio Luciano Lindemann, Renata Faverzani Magnago**  
Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL).

**Introdução:** O Hipertireoidismo Congênito resulta da passagem, através da placenta, de anticorpos maternos para receptores tireoidianos que estimulam a tireóide fetal. A suspeita diagnóstica se dá através achados clínicos como taquicardia inexplicada (>160 bpm), ganho insuficiente de peso (apesar da hiperfagia), exoftalmia, irritação e hiperexcitabilidade. A confirmação diagnóstica é feita através de medidas de TSH e T4 e/ou ecografia. **Relato de Caso:** J.P.A.; 41 dias (Data de Nascimento: 30/01/2008); feminino; feminino; Peso de Nascimento: 1665 gramas; Apgar de 8 no 1º minuto e 9 no 5º minuto; natural de Tubarão; residente de Içara. Paciente nasceu com 32 semanas (parto normal), sendo internada por prematuridade, baixo peso de nascimento, vômitos e dificuldade para ganhar peso, sem necessidade de suporte ventilatório. Ao exame físico apresentava-se com aspecto de desnutrido, olhos bem abertos com o aspecto de exoftalmia e taquicardia. A criança possui história familiar materna de hipertireoidismo diagnosticado durante a gestação, de modo que se suspeitou de doença hereditária. A mãe da criança relata que durante a gestação começou a apresentar tremores, taquicardia, queda capilar e edema na região anterior do pescoço, sendo solicitado exames com 29 semanas de gestação e diagnosticado hipertireoidismo materno. Desde então faz tratamento com Propiltiouracil e Propranolol. A determinação laboratorial da paciente confirmou que se tratava de

hipertireoidismo congênito com níveis de Hormônio Tireostimulante: 0,015 mUI/ml (VN: 0,420 – 5,6 mUI/ml) e VN em neonatos: até 10 mUI/ml) e Tiroxina Livre – FT4: 5,28 ig/dl (VN: 0,7 – 1,48 ig/dl); repetidos com a paciente já em tratamento após dez dias: Hormônio Tireostimulante: 0,007 mUI/ml (VN: 0,420 – 5,6 mUI/ml) e VN em neonatos: até 10 mUI/ml) e Tiroxina Livre – FT4: 2,17 ig/dl (VN: 0,7 – 1,48 ig/dl). Durante a hospitalização foram utilizados os seguintes medicamentos: Protovit 12 gotas/dia; Ferro elementar 4 mg/Kg/dia; Bromoprida 0,3 mg/Kg/dia; Propiltiouracil 5 mg/Kg/dia e Propranolol 2 mg/Kg/dia. **Discussão/Conclusão:** A incidência da Doença de Graves em gestantes é de 0,2%, sendo raro os fetos que desenvolverão hipertireoidismo congênito (1 - 1,4%). A incidência similar em ambos os sexos. Existe a forma transitória da doença (relato de caso) com sintomas nos primeiros dias de nascimento, durando em média 3 meses, apresentando-se como um tipo leve, com resolução espontânea, sem seqüelas ou recorrência. O tipo persistente atinge a fase de lactância, com difícil controle e tratamento. Ao se fazer o diagnóstico na gestante, deve-se iniciar imediatamente o tratamento com propiltiouracil, pois este possui menor potencial teratogênico e propranolol para controlar a resposta simpática exacerbada. O recém-nascido será tratado basicamente com as mesmas drogas, sendo associado em alguns casos iodo (solução de lugol ou KI a 10%).

## **HOLOPROSENCEFALIA: RELATO DE CASO.**

Nelson Ossamu Osaku, **Priscila Godoy Amaral**, Graciele Tudisco Rodrigues, Danieli Alessi

Hospital universitário do Oeste do Paraná (HUOP) - Cascavel-PR.

**Introdução:** A holoprosencefalia (HPC) é o conjunto de displasias cranio-faciais e encefálicas originárias da clivagem anômala do prosencéfalo. A holoprosencefalia ainda que rara, apresenta alta frequência em embriões humanos abortados espontaneamente, cerca de 60 vezes a mais que os nascidos vivos, cuja frequência estimada é um valor entre 1/16000 e 1/53000, e é 200 vezes mais freqüente em crianças de mães diabéticas. Inicia-se no embrião entre as terceira e sexta semanas de gestação, produzindo fetos com malformações oculares e nasais associadas à malformações encefálicas. Geralmente é esporádica, entretanto, está frequentemente associada a aberrações dos cromossomos 13 e 18 e triploidias. **Objetivo:** descrever um caso clínico de holoprosencefalia lobar associada a displasia de nervo óptico bilateral, lábio leporino e hipotelorismo e aberração do cromossomo 18. **Material e Métodos:** Revisão de prontuário e de literatura. **Resultados:** Trata-se de um recém-nato, do sexo masculino, proveniente de primeira gestação a termo sem intercorrências e com peso corporal adequado à idade gestacional. Ao exame físico inicial, apresentava hipotonia generalizada, moderado desconforto respiratório e várias anomalias craniofaciais: hipotelorismo com microftalmia, fenda palatina, e estrutura nasal rudimentar com narina única e cavidade virtual. Apresentou crises convulsivas a partir do segundo dia de vida e

febre 39-40 graus intermitente. Hemogramas seriados sem alterações, PCR negativo, hemoculturas negativas. Sorologias negativas. TSH e cortisol dentro da normalidade. A tomografia computadorizada revelou disgenesia corpo caloso e atrofia cortical e a RNM revelou único sistema ventricular, arredondado e ocupando a área do parênquima cerebral. O cariótipo do sangue periférico revelou translocação desequilibrada entre os cromossomos 18 e 22 com perda de material do 18. O exame de fundo de olho evidenciou displasia do nervo óptico bilateral. Apresentou sobrevida até os oito meses de idade, com dieta via sonda nasogástrica, seguiu com hipotonia, crises convulsivas, crises de apnéia e baixo peso. Teve óbito hospitalar por insuficiência respiratória. **Conclusão:** A HPC apresenta vários graus de severidade de displasia que afetam o encéfalo e a face. Conforme o grau de severidade dessas várias falhas pode sofrer as seguintes graduações: alobar, semilobar, lobar e arrinencefalia isolada. O prognóstico varia de acordo com o tipo de malformação. Em alguns raros casos menos severos, com cérebros bem desenvolvidos, pode-se esperar uma expectativa de vida próxima do normal. A investigação do cariótipo e aconselhamento genético são partes obrigatórias da investigação de tais casos, visto que alterações cromossômicas e mecanismos de transmissão genética são freqüentes nestes casos.

## **IMAGEM RADIOLÓGICA DE PNEUMOPERITÔNIO EM NEONATO: RELATO DE CASO.**

Marcos Antonio da Silva Cristovam, Ana Cláudia Lopes Plewka, Éder Quevedo, João Pedro Pontes Câmara, **Joice Ribas**

Hospital Bom Jesus - Toledo-PR.

**Introdução:** O pneumoperitônio é evidenciado radiologicamente como gás livre abaixo do diafragma. Em neonatos, tem como causa mais comum a perfuração do tubo digestivo intra-abdominal, sendo a enterocolite necrotizante a principal etiologia. Em raras situações, o pneumoperitônio tem origem no aparelho respiratório. Nestes casos, é mais freqüente em neonatos com doença de membranas hialinas submetidos à ventilação mecânica com pressão positiva, embora o mecanismo da passagem de ar para a cavidade peritoneal não esteja totalmente compreendido. A comprovação radiológica pode ser obtida com o uso de contraste iodado por via oral ou sonda gástrica, verificando-se o extravasamento do contraste para a cavidade peritoneal. O tratamento do pneumoperitônio causado por ruptura de víscera oca intra-abdominal é a cirurgia de emergência. Quando a origem é pulmonar, pode se proceder à drenagem da cavidade abdominal. **Objetivo:** Mostrar uma imagem clássica de pneumoperitônio à radiografia simples atendida em nosso serviço. **Material e Métodos:** Revisão de prontuário e de literatura. **Resultados:** Recém-nascido de JPS, feminino, prematuro de 30 semanas e peso ao nascer: 1225 g, evoluiu com doença de membranas hialinas, tra-

tada com surfactante com boa evolução. No 21º dia de vida apresentou quadro de sepse, distensão abdominal e resíduo gástrico abundante. Radiografias simples de tórax e abdome evidenciaram imagem sugestiva de pneumoperitônio. A paciente foi manejada para sepse devido à enterocolite necrotizante, sendo colocada em ventilação mecânica invasiva e recebendo nutrição parenteral total e antibioticoterapia. Quatro horas após o internamento foi submetida à laparotomia exploradora, onde constatou-se necrose e perfuração de íleo terminal e porções direita, esquerda e sigmóideia do cólon, com sinais de isquemia em cólon transverso. Foi realizada colectomia subtotal, além de colostomia e ileostomia à esquerda. Evoluiu com melhora do quadro, sendo introduzida dieta enteral 21 dias após a cirurgia. Recebeu alta hospitalar no 39º dia de internação. **Conclusão:** Na presença de imagem radiológica de pneumoperitônio em neonatos, deve-se considerar sempre o diagnóstico de enterocolite necrotizante com perfuração intestinal, pois é a principal etiologia associada e causa freqüente de óbito por sepse neonatal.

## **IMAGEM RADIOLÓGICA DE PNEUMOTÓRAX EM NEONATO: RELATO DE CASO.**

Marcos Antonio da Silva Cristovam, Ana Cláudia Lopes Plewka, Éder Quevedo, Henrique Seki, João Pedro Pontes Câmara

Hospital Bom Jesus - Toledo-PR.

**Introdução:** O pneumotórax caracteriza-se pelo acúmulo de ar na cavidade pleural. É raro na infância, sendo mais freqüente no período neonatal, quando acomete 1% a 2% de todos os nascidos vivos. Uma incidência entre 5% e 30% é observada em recém-nascidos com doença de membranas hialinas, submetidos ou não à assistência ventilatória. O pneumotórax bilateral é visto em 10% a 20% dos pacientes acometidos, e quando é unilateral predomina no hemitórax direito. Suas manifestações clínicas variam da ausência de sintomas até insuficiência respiratória, hipotensão grave e óbito. A radiografia de tórax ântero-posterior é o exame de escolha, e em pneumotórax pequenos pode ser feita a incidência em decúbito lateral com raios horizontais. O tratamento conservador está reservado para os pequenos

pneumotórax assintomáticos, que tendem a desaparecer. A drenagem torácica é realizada quando houver algum sinal clínico ou o recém-nascido estiver em ventilação mecânica, pelo risco potencial de pneumotórax hipertensivo. A toracocentese deve ser realizada como medida de urgência. **Objetivo:** mostrar uma imagem clássica de pneumotórax à radiografia simples de tórax de um recém-nascido atendido em nosso serviço. **Material e Métodos:** Revisão de prontuário e de literatura; análise da radiografia simples de tórax. **Resultados:** Recém-nascido de SPCS, nascido a 18 horas de 04/01/08, peso de nascimento: 1165g, idade gestacional: 30 semanas, com bolsa rota há 3 semanas. Iniciou logo após o nascimento com taquipnéia, gemência, tiragem inter e subcostal e esternal, com diminuição de murmúrio vesicular à



ausculta em ambos hemitórax, radiografia simples com aspecto de "vidro moído", foi tratado com surfactante e ventilação mecânica, com melhora nas primeiras duas horas de vida, a seguir, houve piora súbita do quadro respiratório com queda de saturação de oxigênio à oximetria, ausência de murmúrio vesicular em hemitórax esquerdo, hipertimpanismo à percussão, desvio de ictus cordis e assimetria torácica, nova radiografia foi realizada evidenciando pneumotórax à esquerda, o qual foi drenado e mantido em ventilação mecânica, após drenagem houve melhora tem-

porária, com 9 horas de vida houve piora acentuada do padrão respiratório com parada cardiorespiratória, realizada manobras de reanimação cardio-pulmonar-cerebral sem êxito. Conclusão: o pneumotórax hipertensivo constitui uma emergência médica e a drenagem se faz necessária de imediato. Prematuridade extrema e doença de membranas hialinas com necessidade de pressão inspiratória positiva elevada contribuíram como causa do pneumotórax e a amniorrexe prematura com quadro séptico foram fatores agravantes ao êxito letal do paciente.

### LÍQUEN NÍTIDO - RELATO DE CASO.

**Charllini Tessarollo, Amanda Conciani Corso, Leticia Keiko Mori, Mônica Figueira Scirea, Daniel Holthausen Nunes**  
Universidade do Sul de Santa Catarina - Tubarão-SC.

**Introdução:** O Líquen Nítido (LN) é uma dermatose crônica, de etiologia desconhecida, relativamente infreqüente. Caracteriza-se por uma erupção de numerosas pápulas minúsculas, bem individualizadas, geralmente assintomáticas, de superfície aplainada e brilhante. Foi descrito inicialmente por Felix Pinkus, em 1901, como uma variante do líquen plano com o qual guarda semelhanças clínicas e histopatológicas. Não tem predileção racial ou por sexo e incide, preferencialmente, na infância. **Objetivo:** Descrever o quadro clínico do LN em uma criança de 06 anos. **Método:** O relato de caso foi realizado com dados provenientes do prontuário do paciente, através do ambulatório médico de especialidades (AME) da universidade do sul de Santa Catarina no período de abril de 2008. **Relato de caso:** L.O. M. N., 06 anos, masculino, branco, natural e residente em Tubarão. O início do quadro ocorreu há 3 anos, com aparecimento de lesões tipo pápulas puntiformes, com diâmetro de 2 a 5 mm, de superfície

brilhante, esbranquiçadas no dorso das mãos. As lesões em todo período permaneceram localizadas, sem acometer outras regiões. Não apresentava fator de agravo ou fator de alívio, negava prurido, ardência e sinais flogísticos na área acometida. Nos 3 anos de evolução do quadro, nunca houve período assintomático, apenas discreta melhora com alguns tratamentos tópicos realizados. O diagnóstico foi baseado na anamnese e exame físico, após avaliação das lesões. Foi orientado sobre a cronicidade das lesões e sua possível resolução espontânea. **Conclusão:** O LN tem aspectos clínicos bastante característicos sendo geralmente suficientes para o diagnóstico. Em casos difíceis, a histopatologia pode ser conclusiva. O líquen nítido pode apresentar resolução espontânea após alguns anos ou pode persistir indefinidamente, podendo algumas lesões regredir com pequenas cicatrizes hipopigmentadas. O tratamento é basicamente sintomatológico.

### MENINGIOMA: RELATO DE CASO.

**Aline Paula Biazus Somacal, Érico Furusho Pacheco, Joice Ribas, Murilo Dallarmi Carneiro, Marcos Antonio da Silva Cristovam**  
Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP) Cascavel-PR.

**Introdução:** Meningiomas são, geralmente, tumores benignos e indolentes. Derivam das meninges cranioespinhais e são comuns na população adulta. Tem pico de incidência entre 40 e 60 anos, sendo mais comum no sexo feminino. Aparecem mais comumente adjacentes ao seio sagital superior, nas convexidades cerebrais, no forame magno e na medula espinhal. Os sintomas dependem do local da lesão, geralmente cursando com sintomas focais lentamente progressivos pelo efeito de massa do tumor. Podem atingir grandes tamanhos no cérebro, pois o crescimento lento permite adaptação do tecido cerebral ao tumor. O tratamento baseia-se na ressecção completa do tumor, sendo potencialmente curáveis, pois facilmente têm plano de clivagem entre a área tumoral e o tecido cerebral normal. Radioterapia pode ser usada como terapia complementar após a ressecção. **Objetivo:** relatar um caso de meningioma em escolar atendido no HUOP. **Material e métodos:** análise de prontuário do paciente e revisão de literatura. **Resultados:** VHM, 7 anos, masculino, iniciou em 2006 quadro de dor em região cervical de grande intensidade ao acordar que melhorava com uso de analgésicos. Há 1 ano e meio apresentou queda da própria altura, cervicalgia intensa com irradiação para ombro direito, parestesia em falanges

distais bilateralmente, tendo radiografia de coluna cervical normal. Evoluiu após 7 meses com dor e rigidez cervical e paresia de membro superior direito, quando foi encaminhado ao HUOP. Radiografia de coluna cervical e ressonância nuclear magnética evidenciou massa intramedular cervical extensa; após cirurgia para ressecção desta, o laudo anatomopatológico confirmou meningioma meningotelial. Evoluiu bem após a cirurgia, apresentando-se acordado, ativo e reativo, mantendo a paresia de membro superior direito. **Conclusão:** os meningiomas são raros na infância, representando 1 a 2% de todos os tumores do sistema nervoso central, sendo mais comum no sexo masculino. Há poucos relatos na literatura; na criança parecem apresentar mais características atípicas, podendo ter comportamento mais agressivo e conseqüentemente pior prognóstico. Apesar de poder ter comportamento mais agressivo na infância, isso não foi observado neste caso, que apresentou característica típica e indolente desses tumores com sintomatologia arrastada. Apesar da manutenção da paresia do membro superior direito, o tratamento cirúrgico possibilitou a ressecção total do tumor com boa evolução clínica do paciente.

### NEVO VERRUCOSO UNILATERAL - RELATO DE CASO.

**Leticia Keiko Mori, Charllini Tessarollo, Tatiana Pizzolotto Bruch, Mario Antônio Durlí, Daniel Holthausen Nunes**  
Universidade do Sul de Santa Catarina - Tubarão-SC.

**Introdução:** O nevo verrucoso unilateral é uma afecção dermatológica rara, clinicamente sendo representada por lesões verrucosas da cor da pele ou castanho-escuras. Aparece nos primeiros anos de vida, podendo apresentar exacerbações inflamatórias periódicas com prurido, atingindo mais o sexo feminino (4/1). **Objetivo:** Descrever quadro clínico de nevo verrucoso unilateral em paciente feminina de 8 meses. **Método:** O relato de caso foi realizado com dados secundários obtidos do prontuário da paciente, através do ambulatório de especialidades (AME) da

Unisul em Tubarão no período de fevereiro de 2008. **Relato de caso:** Paciente feminino, 8 meses, apresenta desde 1 mês de vida surgimento de pequena lesão na face interna da coxa direita que foi se propagando para hemitórax ipsilateral, sem prurido ou dor. Fez uso de Oncilon 1 vez ao dia que foi suspenso. História familiar de atopia. No exame físico apresentava lesões irregulares em placas verrucosas eritemato acastanhadas, hiperqueratóticas, apenas em hemitórax direito, seguindo os dermatômos. Foram solicitados exames complementares,

hemograma, complemento total, IgA, IgM, IgG, IgE rast específica (leite de vaca e látex), IgE total, C3 e C4, todos dentro da normalidade. Foi realizada biópsia em face medial da coxa direita com punch e encaminhado para o anatomopatológico, na qual evidenciou hiperqueratose epidermolítica. Foi prescrito ácido retinóico tópico 0,025% uma vez à noite, Hidrakids e Antheios

dermopediátrico. Conclusão: Doença é mais comum até os 5 anos no sexo feminino, com predomínio das lesões em hemitórax esquerdo com prurido com aspecto psoriasiforme com tratamento com ácido retinóico local podendo ter recidivas freqüentes, por isso necessita-se acompanhamento periódico.

## **O FUTURO DA GRÁVIDA ADOLESCENTE APÓS O PARTO - SONHOS E ESPERANÇAS.**

**Ângelo Luiz De Col Defino, Tatiana Menezes Garcia Cordeiro**  
Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa-PR.

A Síndrome da Adolescência Normal apresenta como uma das suas manifestações o desenvolvimento do pensamento abstrato, a necessidade de fantasiar, de intelectualizar, de elaborar perdas com sonhos e fantasias. Nada mais esperado que as gestantes adolescentes apresentem esse pensamento mágico com todo o seu vigor e entusiasmo. O presente trabalho foi realizado com as gestantes adolescentes que freqüentaram o pré-natal da Unidade de Saúde Roberto de Jesus Portela, em Ponta Grossa - PR, no primeiro trimestre do ano de 2008, as quais responderam por 24,3% das gestações acompanhadas no período, com o objetivo de averiguar qual a ocupação da adolescente antes de engravidar, quais seus projetos de vida, se ela achava que conseguiria conquistar seu ideal, quem realmente cuidaria da criança e se a gestante teria ou não intenção de amamentar e o porquê. Constatou-se que 82% estudavam, sendo que somente 35,3% achavam que permaneceriam na escola após o

parto. Apesar dessa possível evasão escolar, 64,7% mantiveram que conseguiriam alcançar seus sonhos, sendo as profissões mais almeçadas com 23,5% a de professora, com 17,6% a de modelo e 15,7% a de veterinária. Quanto aos cuidados com a criança, 88,2% diziam ser ela mesma que irá dar conta das atividades, sendo que todas manifestaram o desejo de amamentar o seu bebê, 23,5% porque "acham bonito". O pensamento mágico parece bem demonstrado nesses dados, onde sonhos e esperanças não são afetados pela realidade que se aproxima. Sabendo-se que a gestação em adolescentes já é a maior causa de evasão escolar nessa faixa etária nas meninas e embasada nesses dados, iniciou-se uma campanha preventiva junto às escolas pertencentes à área territorial da unidade de saúde expondo as possíveis mudanças que podem ocorrer com a adolescente e com o seu futuro para contribuir com a conscientização de se prevenir uma gestação não desejada.

## **OPSOCLONUS-MIOCLONUS-ATAXIA - UMA MANIFESTAÇÃO AGUDA DE NEUROBLASTOMA.**

### **RELATO DE CASO.**

**Katia Aceti Oliver, Mauren Janine Schlindwein Bodanese, Sérgio Antônio Antoniuk, Lúcia Helena Coutinho dos Santos, Isac Bruck**

Universidade Federal do Paraná - Departamento de Pediatria - Centro de Neurologia Pediátrica.

Introdução: A Síndrome de Opsoclonus-mioclonus-ataxia é definida por um conjunto de sintomas neurológicos que constituem uma síndrome rara, de etiologia desconhecida, afetando principalmente crianças nos dois primeiros anos de vida e que se caracteriza pela presença de ataxia apendicular e axial, mioclonias, opsoclonus - movimentos oculares arritmicos, caóticos e multidirecionais - e irritabilidade. Objetivo: Descrever um caso de uma criança do sexo masculino que apresenta sintomas de forma súbita de Opsoclonus-mioclonus-ataxia associada a tumor da crista neural, uma forma pouco usual de sintomatologia inicial deste tumor. O surgimento da Síndrome de opsoclonus-mioclonus-ataxia deve alertar o pediatra para a necessidade de pesquisa exaustiva e periódica de tumores da crista neural. Métodos: Este relato de caso é construído a partir da observação clínica, pesquisa bibliográfica e pesquisa documental em prontuário, incluindo avaliações e pareceres médicos associados a resultados de exames. Resultados: Uma criança do sexo masculino de 1 ano e 10 meses apresenta, subitamente, tremores de membros ao dirigir-se aos objetos, seguida de dificuldade para permanecer em pé, necessitando de apoio e, subsequente, marcha cambaleante. Três dias depois aparecem opsoclonus, caracterizando assim a Síndrome de Opsoclonus-mioclonus-ataxia. Após o diagnóstico foi observada irritabilidade. A tomografia de

crânio, ressonância magnética de crânio, dosagem de ácido vanilmandélico na urina e EEG apresentaram-se normais. O exame tomográfico do abdome identificou uma massa de partes moles em retroperitônio na altura de L3, L4, L5, medialmente ao músculo psoas direito medindo 2,8x 1,5x 3,5 cm que provocava compressão e deslocamento do ureter direito. Após excisão cirúrgica e exame anatomo-patológico confirmou-se um neuroblastoma. Com o uso de quimioterapia e imunoglobulina houve melhora do opsoclonus, no entanto persistiram irritabilidade e alteração no desenvolvimento cognitivo. Conclusão: A Síndrome de Opsoclonus-mioclonus-ataxia é uma patologia rara que acomete principalmente crianças nos primeiros anos de vida. Apresenta-se de forma aguda, simulando cerebelite aguda, ou de forma insidiosa. O envolvimento imunológico é postulado para explicar a fisiopatologia da doença. Quando aparecem os sintomas, deve ser feita uma busca periódica para afastar os tumores originários da crista neural. O resultado normal para a pesquisa de ácido vanilmandélico na urina não exclui a presença de tumores da crista neural, mas a positividade do exame sugere a presença deste. Freqüentemente, a ressecção do tumor não faz desaparecer os sintomas da doença, e não previne o aparecimento de seqüelas neurológicas.

## **PARCERIA ENTRE UNIDADE DE SAÚDE E GRÊMIO ESTUDANTIL COMO FERRAMENTA DE PREVENÇÃO À GRAVIDEZ PRECOCE, DST E AIDS.**

**Ângelo Luiz De Col Defino, Patrícia Kruger**

Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa-PR.

O presente trabalho descreve uma experiência de parceria entre a equipe da Unidade de Saúde Roberto de Jesus Portela, em Ponta Grossa - PR, com o Grêmio Estudantil da Escola Estadual Becker e Silva, de ensino fundamental, com vista à otimização da prevenção da gravidez precoce, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. Com o objetivo de uma maior cap-

tação da população adolescente da área de abrangência territorial para o programa de planejamento familiar da unidade de saúde, iniciou-se a Primeira Semana de Prevenção na Escola, com temas previamente discutidos e selecionados pela equipe da unidade e diretoria do grêmio estudantil, com as dúvidas dos adolescentes sendo previamente aferidas e posteriormente

esclarecidas durante palestras e dinâmicas de grupos, feitas com alunos das sétimas e oitavas séries, separados por sexo à pedido dos próprios alunos. Demonstrou-se ser uma prática mais efetiva que simples palestras esporádicas, havendo maior interação com os alunos e maior interesse e valorização deles mesmos e de seu grêmio. Posteriormente pode-se perceber aumento significativo na procura dos serviços da unidade de saúde pelos adolescentes abordados, tanto em consultas médicas como

na procura por métodos anticoncepcionais, demonstrando que a familiarização com os profissionais de saúde leva a uma relação de maior confiança, com maior responsabilidade do adolescente com sua saúde e multiplicação de conceitos de prevenção, sendo conveniente a parceria com grêmios estudantis e mesmo a estimulação da sua formação nas escolas, tornando o adolescente protagonista das ações em benefício dele próprio.

## **PERFIL DAS CRIANÇAS INTERNADAS COM PNEUMONIA NA UNIDADE PEDIÁTRICA DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, TUBARÃO-SC.**

Ana Carolina Lobor Cancelier, Antônio da Cruz Machado Filho, Renata Faverzani Magnago  
Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL).

**Introdução:** Pneumonia é um processo inflamatório do parênquima pulmonar, sem reação granulomatosa ou necrose ostensivas, excluindo-se as lesões por tuberculose e micose (exceto a pneumonia tuberculosa) e situações em que a necrose é predominante, como ocorre no abscesso pulmonar (excetuadas as pneumonias estafilocócicas e Gram-negativas). Nos países em desenvolvimento a mortalidade é elevada em toda a faixa pediátrica, alcançando 30 vezes ou mais que nos desenvolvidos. As doenças respiratórias são responsáveis por 12% das mortes registradas no Brasil, sendo quase 50% devido a pneumonia. As infecções respiratórias representam 20-40% das consultas pediátricas e 12-35% das internações. Na avaliação clínica é importante ressaltar que a frequência respiratória é o principal sinal de suspeita de pneumonia. Nas crianças menores de 2 anos, o tratamento intra-hospitalar é mandatório, associando-se ampicilina com aminoglicosídeo ou cefalosporina de 3ª geração. Já naquelas com mais de 2 anos o esquema será conforme o quadro: casos graves usa-se penicilina cristalina ou ampicilina, e muito graves usa-se oxacilina com cloranfenicol ou ceftriaxona. **Métodos:** Estudo transversal, analítico-descritivo, baseado nos prontuários da unidade pediátrica do HNSC, Tubarão entre os meses de janeiro e dezembro de 2005. **Resultados:** O total de internações por pneumonia foi 254 crianças (40,8% de todas as internações no período), não havendo predominância de sexo.

A faixa etária de 0 a 2 anos foi a mais prevalente (74,4%). O tempo médio de internação foi de 4 dias, não havendo diferenças significantes entre as faixas etárias. A penicilina foi a terapêutica antimicrobiana mais utilizada, independente da faixa etária (94,9% de 0-2 anos, 100% de 3-5 anos e 89,7% em maiores de 5 anos). A distribuição das internações pelos meses do ano mostrou uma prevalência de pneumonia nos meses frios. Houve um maior número de internações de crianças de 0-2 anos no mesmo período ( $p=0,045$ ). **Discussão:** As pneumonias comunitárias são causas frequentes de hospitalizações pediátricas, sendo as doenças do trato respiratório inferior responsáveis por 90% das mortes. Não há consenso, na prática diária, quanto à utilização da bacterioscopia (Gram e cultura de escarro) na investigação da pneumonia, apesar de preconizada. A prevalência nos meses frios pode ser explicada devido ao maior aglomeramento humano e permanência em ambientes fechados, aumentando o risco de pneumonia como complicação das viroses. A penicilina foi um antimicrobiano eficaz contra agentes prevalentes em crianças. **Conclusão:** As medidas de suporte (hidratação, nutrição, oxigenioterapia, broncodilatadores e antitérmicos) são o suporte inicial para se estabilizar o doente, sendo importante ressaltar que o tratamento empírico baseado na faixa etária é o preferencial nas situações em que não se tem a etiologia específica.

## **PERFIL DOS DIAGNÓSTICOS DE HOSPITALIZAÇÃO DE CRIANÇAS ATÉ 5 ANOS NO MUNICÍPIO DE BLUMENAU-SC.**

Andre Ricardo Adriano, Bruna Maria Mariano Cian, Gabrielly Araujo Nora, Manuella Brighenti Bergamaschi, Tarcisio Lins Arcoverde  
Universidade Regional de Blumenau (FURB) - Blumenau-SC.

**Introdução:** a mortalidade e morbidade infantis são utilizadas para construir e aprimorar as estratégias apropriadas de intervenção e orientar as equipes de saúde envolvidas na assistência pediátrica na prevenção, detecção e tratamento precoce das enfermidades. De acordo com a faixa etária da criança, os fatores de risco e os sinais e sintomas de cada doença sofrem variações, alterando as estratégias de atendimento à criança. **Objetivo:** apresentar o perfil dos diagnósticos de hospitalização de crianças até 5 anos, durante 2 anos no município de Blumenau-SC. **Métodos:** realizou-se uma revisão dos diagnósticos de internação das crianças menores de 5 anos que foram hospitalizadas nos 3 principais hospitais da cidade de Blumenau (Hospital Santo Antônio, Santa Isabel e Santa Catarina) num período de 2 anos, o que permitiu avaliar as causas de acordo com a sazonalidade. **Resultados:** os dados obtidos evidenciaram um número maior

de internações em meninos e lactentes até 11 meses. Houve predomínio de internações no hospital referência materno-infantil do município. As estações do ano não tiveram grande repercussão nas hospitalizações, exceto o verão que teve um número menor. Os principais motivos de hospitalização encontrados foram as doenças do trato respiratório, seguida das do trato gastrointestinal e das causas externas. **Conclusão:** houve maior número de hospitalizações em lactentes até 11 meses, do sexo masculino, por causas respiratória. As causas gastrointestinais e externas também corresponderam a um grande número de internações. Não houve variação do total de hospitalizações quando levado em conta a variação das estações do ano.

**Palavras-chave:** internações, crianças, determinantes, faixa etária.

## **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES INTERNADOS NA TERAPIA INTENSIVA NEONATAL E PEDIÁTRICA DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, TUBARÃO-SC.**

Mariana Cardoso de Lima, Lidiane Lemos, Ana Maria Techy, Carla Luiza Jock, Karla Dal Bó  
Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL) - Campus Tubarão.

**Introdução:** No Brasil, a maioria das unidades de terapia intensiva destinadas à população infantil é mista, ou seja, no mesmo ambiente existem leitos neonatais e pediátricos, o que não

difere do serviço prestado pelo Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), em Tubarão - SC. Como nas últimas décadas ocorreu um significativo progresso no atendimento de pacientes

na medicina intensiva, o prognóstico dos pacientes tem melhorado e os índices de mortalidade por doenças específicas diminuíram. Objetivo: Fazer o levantamento epidemiológico da UTI neonatal e pediátrica do HNSC, descrevendo os dados epidemiológicos dos pacientes admitidos nessa unidade, visando avaliar as características próprias desse setor e verificar os índices de mortalidade. Método: O estudo é do tipo transversal, retrospectivo e descritivo, envolvendo todas as crianças internadas no período de novembro de 2007 a março de 2008 na UTI neonatal e pediátrica do hospital estudado. De uma amostra de 180 pacientes foram considerados elegíveis todos aqueles que tivessem sua folha de alta completa, resultando num total de 173 pacientes. O estudo foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina. Os dados foram digitados e analisados utilizando-se o programa SPSS 12.0. Resultados: A amostra foi composta por 59,4% de pacientes do gênero masculino e 40,6% do feminino, a idade variou entre 0 dias à 14 anos e, quando agrupados por idade a taxa corresponde à: menor de 1 mês de vida (77,5%), entre 1 mês e 1 ano (4%) e maiores de 1 ano (18,5%). Quanto aos pacientes que compõem o grupo dos menores de 1 mês de vida, estes nasceram em média com idade gestacional de 34,1 semanas, sendo 54,2% através do parto tipo cesariana e 45,8% do parto vaginal. Com relação à mortalidade no período neonatal, a taxa de óbito foi de

2,9% e a relação peso ao nascer versus óbito resultou em uma correlação positiva, ou seja, quanto menor o peso ao nascer, maior a taxa de óbito ( $p < 0,001$ ), com um peso médio de 800 gramas. As crianças com idade maior que 1 ano possuem idade média de 6,4 anos e os principais motivos de internação foram: traumatismo craniano (31,3%), doenças do trato gastrointestinal (18,8%) e politrauma (15,6%). Nos indivíduos entre 1 mês e 1 ano de idade, os distúrbios hidroeletrólíticos e as doenças respiratórias corresponderam a 28,6% cada, como principais causas de internação. Já nos menores de 1 mês de vida, prematuridade (48,9%) e síndrome do desconforto respiratório do recém-nascido (24,8%) foram as principais causas. A maioria das internações na UTI do HNSC foi realizada através do SUS (89%) e a média do número dias de internação foi de 8,1 dias. Conclusão: A maioria dos pacientes internados na terapia intensiva neonatal e pediátrica do HNSC foram os menores de 1 mês de idade e o principal fator de risco para óbito nessa faixa etária foi o baixo peso ao nascer. Podemos inferir que apesar da unidade de terapia intensiva ser mista, esta tem demonstrado competência e qualidade no atendimento de seus clientes, devido às baixas taxas de mortalidade. Ao contrário de outros estudos, constatou-se que a maioria dos leitos foi utilizada pelo setor público de saúde e não pelo setor privado, portanto, podemos dizer que há equidade quanto à disponibilidade de leitos no HNSC.

### **PNEUMONIA NA ENFERMARIA DE PEDIATRIA DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, TUBARÃO-SC.**

*Carla Luiza Martins Jock, Karla Dal-Bó, Leonardo Rodrigues da Silva  
Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL) - Tubarão-SC.*

Introdução: A pneumonia é uma das causas mais graves de infecção respiratória aguda entre os pacientes pediátricos. A definição etiológica da pneumonia é orientada pela faixa etária, estado imunológico, sazonalidade e origem do paciente (domiciliar ou hospitalar). O diagnóstico clínico é baseado em dados de anamnese e exame físico. O exame radiológico é necessário para a confirmação do diagnóstico, identificação de complicações, e para a avaliação da extensão e evolução da doença, sendo a radiografia de tórax considerada exame padrão ouro para diagnóstico de pneumonia em países em desenvolvimento junto às características clínicas do paciente. A decisão do tratamento das pneumonias pediátricas é empírica, sendo baseada pela idade da criança, fatores clínicos e epidemiológicos, devido à dificuldade de identificação do agente etiológico. Objetivos: Verificar os procedimentos realizados para obtenção do diagnóstico e tratamento da criança internada com pneumonia e conhecer o seu perfil clínico. Métodos: Foi realizado um estudo transversal, observacional, que incluiu 100 crianças, com idade entre 01 mês e 14 anos, com diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade, internadas na enfermaria de pediatria do Hospital Nossa

Senhora da Conceição, no período de março a outubro de 2007. Resultados: Foi encontrada uma média de idade de 2,3 anos, predominando o gênero masculino em 59%. Observou-se que o padrão de radiografia de tórax prevalente foi consolidação em 60%, seguido pelo infiltrado intersticial em 32% e padrão misto em 10%. Não houve significância estatística na comparação de dados do RX de tórax com o hemograma. A hemocultura foi realizada em 5% dos pacientes, havendo positividade em apenas 1 caso. Os antibióticos mais realizados para tratamento ambulatorial e hospitalar foram amoxicilina e penicilina cristalina respectivamente. Dentre as crianças avaliadas apenas 7% haviam realizado vacina antipneumocócica. Conclusões: As crianças com RX de tórax alterado fizeram uso de antibioticoterapia hospitalar havendo dificuldade em identificar a etiologia da pneumonia. Poucas crianças avaliadas possuíam vacinação contra o pneumococo, refletindo a necessidade de inclusão das vacinas antipneumocócicas no calendário vacinal brasileiro, alcançando uma redução nas taxas de morbi/mortalidade por pneumonia adquirida na comunidade.

### **RELAÇÃO DO USO DE CORTICÓIDE ANTENATAL E MORTALIDADE DE RN DE MUITO BAIXO PESO.**

*André Luis David, Flávia Marques, Rafaella Fadel Friedlaender, Ana Paula Minguetti,  
Carlos Frederico Oldenburg Neto, Cristina Terumi Okamoto  
Universidade Positivo - Curitiba-PR.*

Introdução: Recém-nascidos de muito baixo peso (RNMBP) constituem uma parcela importante dos óbitos neonatais. Diversos fatores podem influir na evolução e desfecho clínico destes pacientes. Em um estudo realizado por Duarte e Mendonça (2005) fatores como visitas ao pré-natal e o uso de corticosteroide antenatal são protetores. Das instituições pesquisadas aquela que apresentou maior uso de CTC antenatal obteve menor mortalidade. Já a instituição que fez menos uso do CTC antenatal teve taxas de mortalidade maiores. Outro estudo realizado por Carvalho e col. (2007) mostrou também que o uso de CTC antenatal é protetor em relação à mortalidade neonatal. Mostrou ainda, como no estudo citado anteriormente, que o CTC antenatal possui papel na diminuição de gravidade, como SDR e hemorragia intracraniana. Objetivos: Analisar o uso ou não de corticóide antenatal relacionando-o com o desfecho clínico (óbito ou alta da

UTIneo) em RN de muito baixo peso. Métodos: Foram identificados 153 RN preenchendo o critério de peso ao nascer (PN) < 1500g. Nos prontuários foram analisados o uso de corticóide (CTC) antenatal e o peso. Sendo estes dados confrontados com o desfecho clínico. Resultados: Dos 153 RN, o PN variou de 490 a 1485g, com média de  $1061 \pm 283$ g (média  $\pm$  1DP). Houve 40 óbitos, com taxa global de 26%. Nos RN com PN > 1000g (n=87), foram 8 óbitos, ou seja, 9% deste grupo e 5,2% do total. Nos RN com PN < 1000g (n=66) foram 32 óbitos (48%) deste grupo e 21% do total. O CTC antenatal foi administrado a 77 RN (50,3%), dentre os quais 16 (20,7%) foram a óbito. Dos 76 RN sem CTC antenatal, 24 (31,5%) foram a óbito. Conclusões: Os resultados estão em concordância com a literatura, ao indicar que RNs de muito baixo peso, sem corticoterapia materna antenatal apresentam elevado risco de mortalidade neonatal.

## RELAÇÃO ENTRE USO DO CORTICÓIDE ANTENATAL E HEMORRAGIA PERI-INTRAVENTRICULAR (HPIV) EM RN DE MUITO BAIXO PESO.

**André Luis David, Flávia Marques, Rafaella Fadel Friedlaender, Ana Paula Minguetti, Carlos Frederico Oldenburg Neto, Cristina Terumi Okamoto**  
Universidade Positivo - Curitiba-PR.

**Introdução:** A hemorragia Peri-intraventricular é um dos principais problemas neurológicos de Recém-nascidos de muito baixo peso (RNMBP), aqueles com peso <1500g, e conseqüente desenvolvimento neuropsicomotor anormal. Ocorre devido a uma imaturidade da matriz germinativa, que é formada por vasos revestidos somente de tecido endotelial. O fluxo cerebral é dependente da pressão arterial sistêmica e como RNs prematuros e de muito baixo peso não possuem auto-regulação do sistema cardiovascular, qualquer mudança na pressão sistêmica pode levar ao rompimento de vasos cerebrais. O uso de corticóide antenatal é indicado em alguns estudos como fator de diminuição da mortalidade neonatal e protetor na incidência de hemorragia intracraniana. **Objetivos:** Analisar o uso de corticóide antenatal e relacionar com a ocorrência de hemorragia peri-intraventricular (HI) nos RNs de muito baixo peso. **Métodos:** Identificados 153 RN no período de 01/01/2005 a 31/12/2007, preenchendo o critério de PN < 1500g. Foram observados o peso ao

nascer, uso de corticóide (CTC) antenatal e hemorragia intracraniana à ultrassonografia transfontanelar (UST), classificada por Papille. **Resultados:** Dos 153 RN, 79 do sexo masculino (51,6%) e 74 sexo feminino (48,3%). O PN variou de 490 a 1485 gramas, com média de 1061±283 g (média ± 1DP). O Corticóide antenatal foi administrado a 77 RN (50,3). UST foi realizada em 134 RN, sendo: normal em 98 (64,1%) HI grau I em 18 (11,8%), HI grau II em 3 (2%) HI grau III em 14 (9,2%) e grau IV em 1 RN (0,7%). Entre os 119 RN com USGT normal ou HI leve (grau I e II), 64 (53,7%) RN usaram corticóide antenatal, dos 15 com HI grave (graus III e IV) 6 RN (40%) usaram. Entre os casos leves 16 RN (13%) foram a óbito e 6 RN (40%) com quadro grave morreram. **Conclusões:** Os resultados estão em concordância com a literatura, ao indicar que o uso de corticóide antenatal é fator protetor na incidência de hemorragia peri-intraventricular em RNs de muito baixo peso.

## SÍNDROME DE ALPORT - RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA.

**Tatiana Pizzolotto Bruch, Charlini Tessarollo, Renato Silvestre Euzébio, Amanda Conciani Corso, Alfredo José Moreira Maia**  
Universidade do Sul de Santa Catarina - Tubarão-SC.

**Introdução:** A Síndrome de Alport é caracterizada por nefropatia hereditária, frequentemente, associada à surdez neurossensorial e alterações oculares. A nefrite é a alteração mais comum, iniciando-se geralmente na adolescência com proteinúria e/ou hematuria intermitentes. Apresenta curso crônico e progressivo para insuficiência renal, afetando principalmente sexo masculino. É causada por um gene defeituoso no cromossomo X. **Objetivo:** Tendo em conta a falta de dados da Síndrome de Alport em nosso meio e a relevância destes encontros na prevenção da doença, o objetivo deste trabalho é fazer a descrição de um caso com revisão da literatura. **Resultados:** RPPB, 18 anos, masculino, estudante. Aos 4 anos de idade apresentou hematuria macroscópica, a qual foi relacionada a presença de cálculo renal, sem maiores investigações. Aos 15 anos iniciou acompanhamento para asma, o alergista suspeitou do fato do paciente apresentar-se sempre hipertenso, na busca de um diagnóstico fez vários exames, os quais vieram muito alterados. O paciente foi encaminhado para avaliação com nefrologista. O nefrologista optou pela internação, para melhor investigação. Com a investigação, fez-se o diagnóstico de Síndrome de Alport, nesta ocasião o paciente apresentava-se com insuficiência renal e diminuição da acuidade auditiva. Como conduta foi feita uma fístula e encaminhado para transplante renal. Há um ano fez transplante

renal, porém teve que retirar o mesmo após 1 mês por infecção. No momento está fazendo exames para novo transplante. Seu irmão está com 8 anos, há dois anos iniciou com quadro semelhante, porém mais agressivo, também está na fila para transplante renal. Em sua família não ocorre outros casos de doentes renais ou com outras doenças com predisposição genética. **Discussão:** As mulheres com o gene defeituoso comumente são assintomáticas, já os homens normalmente apresentam insuficiência renal entre os 20 e 30 anos. Muitos indivíduos não apresentam qualquer sintoma, exceto hematuria. No entanto, também pode conter quantidades variáveis de proteinúria, leucocitúria ou cilindúria. Além dos rins, a síndrome pode afetar outros órgãos. São comuns os problemas da audição, a disacusia é tipicamente bilateral, simétrica, progressiva e instalando-se ainda na adolescência. Apesar de ser menos freqüente que a perda da audição, a catarata também pode ocorrer. O prognóstico do paciente com Síndrome de Alport é pior em jovens do sexo masculino. **Conclusão:** A Síndrome de Alport se manifesta como hematuria associada ou não à síndrome nefrótica, insuficiência renal e com acometimento visual e auditivo. Fazer o diagnóstico dela é importante não somente para a conduta do caso como para se indicar o aconselhamento genético familiar.

## SITUAÇÃO ALIMENTAR DE CRIANÇAS ENTRE ZERO E DOIS ANOS ATENDIDAS EM PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO SUL DE SANTA CATARINA.

**Ana Carolina Lobar Cancelier, Renata Faverzani Magnago, Thuany Carvalho Lemos**  
Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL).

**Introdução:** A qualidade e quantidade dos alimentos ingeridos pelo lactente são de suma importância ao seu desenvolvimento. O leite materno é um alimento rico em nutrientes e com características imunológicas e fisiológicas que o confirmam como fonte indispensável de energia para o lactente. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida e o aleitamento complementado até os 2 anos de idade, com a introdução de outros alimentos e o aumento progressivo de sua consistência ao longo do tempo. A partir dos 6 meses de idade, a maioria das crianças atinge um estágio de desenvolvimento neurológico que as habilitam a receber outros alimentos que não o leite materno. Assim, a introdução precoce de desses alimentos determina problemas à saúde

da criança, e a introdução tardia gera uma série de deficiências, pois o leite materno exclusivamente após 6 meses de vida, não atende às necessidades energéticas do lactente. Muitas vezes, a alimentação da criança, mesmo em quantidade e qualidade adequadas, não oferece a composição de micronutrientes necessárias, sendo recomendado suplementações (vitamina D, vitamina A e ferro). **Métodos:** Estudo transversal e analítico. Integraram a amostra as crianças entre zero e 2 anos, adequadamente cadastradas no Programa de Saúde da Família (PSF) do bairro São Martinho, cidade de Tubarão, Santa Catarina. **Resultados:** A amostra de 160 crianças, englobou 51% de meninas e 49% de meninos. O total de crianças que realizou puericultura foram 78,1%, sendo feita preferencialmente (95,6%) com o pedi-

atra da comunidade. No 1º mês de vida foi encontrada uma alta prevalência (90%) de aleitamento materno exclusivo, reduzindo a 30% do 2º-6º mês e 30% de aleitamento materno complementado até os 2 anos. No período entre o 2º-6º mês de vida houve uma alta porcentagem de utilização de leite de vaca, este também foi o tipo mais utilizado para o desmame após o 7º mês de vida. Entre o 7º-12º mês, os índices de utilização de leite de vaca são de aproximadamente 80%. A utilização de chupetas esteve associada a uma menor taxa de aleitamento em menores de 6 meses ( $p = 0,07$ ). O fato de realizar ou não puericultura não se mostrou significativo quanto à suplementação de ferro e vitaminas A e D e quanto à utilização de leite de vaca ( $p=0,38$ ). Conclusão: Apesar de a maioria dos pacientes realizar puericultura, notou-se uma baixa suplementação de ferro e vitamina A e D, que podem ser explicadas pela alta demanda de pacientes nas

unidades de PSF, dificultando a prática de uma consulta adequada. Um dado de grande relevância que confirma a falta de aconselhamento recebido pelas mães, foi a grande utilização do leite de vaca sob a forma in natura (25%) e em pó (10%) no período entre o 2º e 6º mês de vida. As fórmulas infantis substituíram mais adequadamente o leite materno, pois possuem propriedades energéticas que se assemelham ao mesmo, porém o seu alto custo contribuiu com a alta utilização do leite de vaca na classe de baixa renda. O uso de chupeta revela uma associação com o desmame precoce e/ou total, devido à diminuição do número de mamadas, redução da produção de leite e consequente diminuição da lactação. Apesar de ainda distante dos níveis de amamentação preconizados pela OMS, este estudo mostra uma boa duração de aleitamento materno na população, quando comparada aos índices nacionais de amamentação.

### **TUMOR DE CÓRTEX ADRENAL E SÍNDROME DE LI-FRAUMENI: RELATO DE CASO.**

Marcos Antonio da Silva Cristovam, Ediberto Yuzo Ueda, Fabiano Sandrini, Priscila Godoy Amaral  
Hospital universitário do Oeste do Paraná (HUOP) - Cascavel-PR.

**Introdução:** Os carcinomas de supra-renal caracterizam-se por serem neoplasias raras que podem acometer qualquer idade e são responsáveis pela hipersecreção de androgênios, desencadeando síndrome virilizante. A principal alteração genética é a mutação do gene Tp53. Na maioria das vezes as mutações deste gene acontecem em células somáticas, porém se o indivíduo herdar um alelo mutante, estamos diante da Síndrome de Li-Fraumeni (LFS). Clinicamente essa síndrome afeta crianças e adultos jovens caracterizando-se por um grande espectro de tumores, incluindo tumores de partes moles, sarcomas ósseos, tumores de cérebro, da adrenal e de mama pré-menopausa. Os critérios para diagnóstico são: sarcoma na infância ou em idade jovem (antes dos 45 anos); e parente de primeiro grau com qualquer câncer em idade jovem (antes dos 45 anos); e parente de primeiro ou segundo grau que tenha o diagnóstico de câncer em idade jovem (antes dos 45 anos) ou sarcoma em qualquer idade. **Objetivo:** Os autores relatam um caso de carcinoma de supra-renal em lactente de 6 meses, ligada à síndrome de Li-Fraumeni. **Material e Métodos:** Revisão de prontuário e de literatura. **Resultados:** Lactente 6 meses de idade com aparecimento de pêlos em pequena quantidade na região pubiana, dorsal e face. História Familiar de CA de mama em avó materna aos 37 anos. Duas

tias avós com CA de mama, tia materna com leucemia antes dos 30 anos, história de CA de pele em avós maternos. Quadro semelhante ao descrito em prima de segundo grau. Ao exame físico, presença de acne na face, oleosidade aumentada da pele, odor axilar, pêlos de cerca de 1 cm de comprimento em membros superiores, dorso e genitália (estágio P2 de Tanner). PA = 110 X 60. Massa de consistência endurecida de aproximadamente 5 cm de diâmetro em flanco direito. Exames laboratoriais: Testosterona total: 688,1 ng/dl; Dehidroepiandrosterona: 3930; Cortisol 10hs: 23,54 ug/dl. US do abdome superior: lesão nodular sólida na topografia da glândula adrenal direita com aspecto de neoplasia. Tomografia: massa sólida complexa com áreas de calcificação medindo 5,5 x 4,4 cm em projeção da supra-renal direita, aderida ao rim direito. Foi realizado adrenalectomia à direita, com boa evolução. O anatomo-patológico mostrou: adenocarcinoma adrenal infiltrativo com alto grau nuclear. **Conclusão:** Em famílias portadoras da LFS, a probabilidade de desenvolver qualquer câncer invasivo alcança em torno de 50% aos 30 anos, o diagnóstico precoce é fundamental para o prognóstico. Uma história familiar de sarcomas ou câncer de mama devem alertar o médico a considerar LFS e caso se detecte a mesma a criança deverá ser acompanhada regularmente.

### **USO DE SURFACTANTE EM HEMORRAGIA PULMONAR EM NEONATO: RELATO DE CASO.**

Marcos Antonio da Silva Cristovam, Ana Cláudia Lopes Plewka, João Pedro Pontes Câmara, Eduardo Knop, Lara Frank Ciupak  
Hospital Bom Jesus (HBJ) - Toledo-PR.

**Introdução:** A hemorragia pulmonar (HP) no neonato é uma entidade rara (incidência de 0.8 a 1.2/1000 nascidos vivos). Acredita-se que resulte de choque, hipóxia e acidose que levam a insuficiência ventricular esquerda e aumento da pressão capilar, com ruptura destes capilares. Fatores de risco: asfixia, prematuridade extrema, retardo de crescimento intra-uterino, infecção e hipotermia, oxigenioterapia, incompatibilidade Rh, coagulopatia, apresentação pélvica, cesariana, persistência do canal arterial e hipotensão. O curso clínico envolve rápida deterioração da função respiratória, com hipoxemia progressiva, hipercapnia, bradicardia, apnéia, palidez ou choque podendo sucumbir rapidamente. Considera-se a terapêutica com surfactante exógeno se o paciente evoluir com insuficiência respiratória grave, necessitando de ventilação mecânica. **Objetivo:** relatar um caso de HP em neonato tratado com surfactante com boa evolução. **Material e métodos:** análise de prontuário do paciente e revisão de literatura. **Resultados:** RN de MAS, nascido em 20/09/07, parto normal, apresentação pélvica, índice de Apgar:5/6, idade gestacional: 30 semanas, peso de nascimento: 940g. Evoluiu na primeira hora de vida com doença de membranas hialinas, recebeu uma dose de surfactante com boa evolu-

ção. Após 44 horas de vida, apresentou hemorragia pulmonar maciça com quedas na saturação do oxigênio à oximetria e acidose mista à gasometria, cianose, sem resposta à ventilação mecânica com altos parâmetros. Radiografia de tórax com imagem de infiltrados multilobulares bilateral. Evoluiu com bradicardia, iniciou-se infusão contínua de adrenalina pós-parada cardio-respiratória e feita nova dose de surfactante para tratamento da hemorragia pulmonar. A seguir, evoluiu gradativamente bem, recebendo alta hospitalar no 63º dia de vida com peso de 2085 g., em boas condições. **Discussão:** A HP é definida pela presença de secreção tinta de sangue na sucção do tubo endotraqueal. A HP maciça no RN frequentemente está associada à doença de membranas hialinas, podendo ser, não raras vezes indistinguível desta do ponto de vista radiológico. A mortalidade após a HP é alta (75-90%), embora ela não aumente significativamente o risco de alterações tardias, pulmonar e atrasos neurocomportamentais. A razão do uso de surfactante na HP se deve ao fato da hemoglobina e componentes plasmáticos (proteínas) inibirem o surfactante pulmonar, inibição esta reversível pelo aumento da concentração do surfactante pulmonar.

---

**VÍTIMAS DE BULLYING – UM PEDIDO DE SOCORRO NÃO OUVIDO.**

---

**Ângelo Luiz De Col Defino, Tatiana Menezes Garcia Cordeiro**  
Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa-PR.

A prática do bullying, atitudes agressivas, deliberadas e repetitivas, sem motivo evidente, que ocorrem de um ou mais estudantes contra outro, sendo executados dentro uma relação desigual de poder, causando dor e angústia é cada vez mais freqüente no ambiente escolar. As vítimas, denominadas de alunos-alvo, podem ter problemas de relacionamento, somatizações e transtornos emocionais. Devido à dificuldade de pedir auxílio, o bullying apresenta sua fase de silêncio, onde o sofrimento é individual, não compartilhado e a angústia só tende a crescer. O presente trabalho foi desenvolvido com as vítimas de bullying encontradas entre os alunos do último ano do ensino fundamental da Escola Estadual Becker e Silva, em Ponta Grossa - PR, para saber quais suas características, se as mesmas procuraram auxílio e se encontraram melhores condições após terem

feito isso. Observou-se que 51,4% das vítimas eram do sexo masculino, assim como 60% dos agressores. A maioria relatou terem sofrido bullying mais de uma vez, sendo que 37% confiaram o fato para seus pais ou responsáveis, 27,7% para colegas e 14,3% permaneceram em silêncio sobre as ofensas, não contando para ninguém. Das vítimas que relataram os atos ocorridos, 57,1% declararam não ter surtido efeito algum, ou seja, continuaram sofrendo a prática do bullying. Como possível consequência, 60% das vítimas passaram também a serem agressores. O silêncio dessas vítimas e a quase nenhuma ação quando o sigilo é quebrado tornam ainda mais importante o papel dos profissionais de saúde e educadores para disseminar informações, identificar os casos de agressão e conscientizar pais e alunos pelo fim do bullying nas escolas.

---

---

**EVENTOS 2008**

---

**II Simpósio Brasileiro de Urgências e Emergências em Pediatria**

09 a 11 de Outubro  
Local: Expo-Curitiba - Universidade Positivo  
Curitiba-PR  
<http://www.urgencia-emergencia.com.br>  
Informações: (41) 3022-1247

**III Curso de Imersão em Alergia Imunologia e Doenças Respiratórias**

Tema: Nutrição, Imunidade e Infecção  
21 de Novembro  
Local: Sociedade Paranaense de Pediatria  
Curitiba-PR  
Informações: (41) 3223-2570

**Jornada Paranaense de Terapia Intensiva**

14 e 15 de Novembro  
Londrina-PR  
Informações: (41) 3223-2570

**II Simpósio Internacional de Neuroneonatologia e Neonatologia**

27, 28 e 29 de Novembro  
Local: UNICENP – Alfiteatro do Bloco Azul  
Rua Pedro Viriato Parigot de Souza, 5300 - Campo Comprido - Curitiba-PR  
Informações: (41) 3223-2570 [sspediatria@hotmail.com](mailto:sspediatria@hotmail.com)

---

---

**EVENTOS 2009**

---

**IV Congresso Internacional de Neonatologia**

28 a 30 de Maio  
Local: ExpoCuritiba  
Curitiba-PR Informações: (41) 3223-2570

# ATENÇÃO JOVENS PESQUISADORES

## NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE TRABALHOS DE JOVENS PESQUISADORES

Desde a edição de dezembro de 2007 o Jornal Paranaense de Pediatria disponibilizou um espaço para publicação de artigos originais de jovens pesquisadores.

**Critérios de inclusão:** Poderão ser enviados trabalhos cujo autor principal seja acadêmico de medicina ou residente de Pediatria ou Especialidade Pediátrica do Estado do Paraná com idade inferior a 35 anos.

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

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

Os trabalhos devem obedecer as seguintes normas:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Esta iniciativa científica tem o apoio de:



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

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