Jornal Paranaense de Pediatria

EDITORES

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

Paulo Breno Noronha Liberalesso
Médico do Departamento de Neuropediatria e Neurofisiologia do Hospital Pequeno Príncipe; Supervisor do Programa de Residência Médica em Neuropediatria do Hospital Pequeno Príncipe; Médico Responsável pelo Laboratório de EEG Digital do Hospital da Cruz Vermelha Brasileira.

EDITORES ASSOCIADOS

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

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

Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Pediatra Diretor do Hospital Infantil Pequeno Príncipe

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

José Eduardo Carreiro
Professor Assistente do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná.

Luiza Kazuko Moriya
Professora Assistente do Departamento de Pediatria da Universidade Estadual de Londrina

CONSELHO EDITORIAL

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

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

Carmem Austrália Paredes Marcondes Ribas
Professora Assistente do Departamento de Pediatria da Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná.

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

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

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

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

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

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

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

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

Lucia Helena Coutinho dos Santos
Professora Adjunta do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Neuropediatria.

Luiz Antônio Munhoz da Cunha
Chefe do Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Infantil Pequeno Príncipe.

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

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

Margarida Fatima Fernandes Carvalho
Professora Adjunta de Pediatria da Universidade Estadual de Londrina, Doutora em Pediatria pela Universidade de São Paulo.

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

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

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

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

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 2010-2012

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

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

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

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

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

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

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

Diretoria de Patrimônio: *Marcelo Henrique de Almeida (Curitiba)*

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

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

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

Comitê Assessor de Trabalhos Interinstitucionais
Ana Lucia Figueiredo Sarquis (Curitiba), Iolanda Maria Novadzki (Curitiba), Lenira Maria Smanhotto Facin (Curitiba), Sandra Lucia Schuler (Curitiba)

Ouvidoria
Luiz Ernesto Pujol (Curitiba)

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

Grupo de Trabalho da Dor
Luciane Valdez (Curitiba)

Grupo de Trabalho do Meio Ambiente
Darci Vieira da Silva Bonetto (Curitiba), Denise Siqueira de Carvalho (Curitiba), Eliane Mara Cesário Pereira Maluf (Curitiba)

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS DA SOCIEDADE PARANAENSE DE PEDIATRIA

Departamento de Adolescência
Beatriz Elizabeth Bagatin V. Bermudez
Departamento de Aleitamento Materno
Lúcia Helena Nascimento Tonon
Departamento de Alergia - Imunologia
Adriana Vidal Schmidt
Departamento de Cardiologia
Nelson Itiro Miyague
Departamento de Dermatologia
Susana Giraldi
Departamento de Endocrinologia
Geraldo Miranda Graça Filho
Departamento de Gastroenterologia
Mario César Vieira
Departamento de Infectologia
Marion Burger
Departamento de Nefrologia
Thaís Pereira Cardoso
Departamento de Neonatologia
Gislayne Castro e Souza de Nieto
Departamento de Neurologia
Paulo Breno Noronha Liberalesso
Departamento de Pneumologia
Carlos Roberto Lebar Benchon Massignan
Departamento de Saúde Mental
Jussara Ribeiro S. Varassin
Departamento de Segurança da Criança e do Adolescente
Renato H. Moriya
Departamento de Suporte Nutricional
Vanessa Yumie Salomão W. Liberalesso
Departamento de Nutrologia
Jocemara Gurmini
Departamento de Terapia Intensiva
Luiza Kazuko Moriya

Referência em Genética
Salmo Raskin, Neiva Isabel Rodrigues Magdalena
Referência em Hemato-Oncologia
Leniza Costa Lima
Referência em Oftalmologia
Ana Tereza Moreira
Referência em Ortopedia
Edilson Forlin
Referência em Otorrinolaringologia
Rodrigo Guimarães Pereira
Referência em Reumatologia
Margarida de F. F. Carvalho

JORNAL PARANAENSE DE PEDIATRIA - ANO 12, NÚMERO 03, 2011.
O Jornal Paranaense de Pediatria é o órgão oficial da Sociedade Paranaense de Pediatria para publicações científicas.
Correspondência para: SPP - Rua Des. Vieira Cavalcanti, 550 - 80510-090 - Curitiba-PR - Tiragem: 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: sppediatria@hotmail.com
Projeto gráfico, diagramação e editoração: Fidellize Marketing Ltda. Tel.: 41 9231-6247 fidellize25@yahoo.com.br Curitiba-PR

EDITORIAL

No presente fascículo do Jornal Paranaense de Pediatria poderemos encontrar o artigo: "Descrição de casos de violência sexual contra pessoas do sexo masculino atendidos em hospital de referência", onde os autores mostram uma faceta dentro da triste realidade que nos permeia no cotidiano, que é a violência sexual.

A violência, seja de qualquer forma, sexual ou não sexual, tornou-se de notificação obrigatória em 2011, de acordo com o Ministério da Saúde. Um tipo de violência cada vez mais comum, infelizmente, é a sexual. É de extrema importância que os serviços de saúde estejam alertas para diagnosticar e conduzir os casos de violência.

Classicamente, a violência sexual contra a mulher é mais comum e de melhor reconhecimento e procura pelos serviços. A violência sexual contra crianças (meninos e meninas de até 12 anos) também é mais evidenciada. Mas atualmente a violência contra o homem vem aparecendo gradativamente em maior número. Há duas hipóteses para este aumento, ou que realmente vem acontecendo em maior número, ou que os homens estão procurando mais os serviços de saúde para o tratamento.

Dentro da violência sexual contra os homens está o grupo dos adolescentes de 12 a 18 anos (interface com a pediatria) que é grande parte desta infeliz estatística.

Em nosso serviço há o ambulatório especializado na abordagem e manejo de violência sexual, com equipe multiprofissional. Em relação à violência sexual contra o homem o nosso ambulatório é um dos únicos do Brasil e o com maior número de atendimentos. Também no hospital há serviços como o HC-DEDICA (Defesa dos Direitos da Criança e Adolescente), coordenado pela Dra. Luci Yara Pfeiffer, com abordagem multidisciplinar aos maus tratos na infância, adolescência e a adultos. E está sendo constituída a comissão/comitê de enfrentamento à violência. É de suma importância que os serviços de saúde se organizem para atentar a este grande problema de saúde publica que é a violência.

Cléa Elisa Lopes Ribeiro

Médica infectologista responsável pelo Ambulatório de Violência Sexual.
Serviço de Infectologia do Hospital de Clínicas, UFPR.

ARTIGO ORIGINAL

SUPLEMENTAÇÃO DE LEITE EM RECÉM-NASCIDOS DE UM HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA

NEWBORNS' SUPPLEMENTARY FEED IN A BABY-FRIENDLY HOSPITAL

Francesca P. Franco[1], Marcos A. da S. Cristovam[2], Nelson O. Osaku[2], Gleice F. C. P. Gabriel[2], Ana Paula C. Bandeira[3], Poliana N. Becker[4]

Instituição: Hospital Universitário do Oeste do Paraná - Cascavel-PR.

Resumo

Objetivos: verificar a prevalência e os motivos de suplementação de recém-nascidos de baixo risco da maternidade do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP), considerado Hospital Amigo da Criança.

Métodos: o estudo foi observacional, prospectivo, no qual foram incluídos 174 binômios mãe-neonato presentes no alojamento conjunto, durante um período de 40 dias, tendo como critério de seleção recém-nascidos com 40 horas de vida ou mais. Os motivos de suplementação encontrados foram classificados como aceitáveis ou não aceitáveis, segundo as normas do Hospital Amigo da Criança (OMS/UNICEF).

Resultados: a prevalência de suplementação encontrada foi de 26%, próxima da tolerável pelo Ministério da Saúde (25%). As justificativas mais comuns preenchidas em formulários de solicitação de suplemento foram hipogalactia e ausência de teste rápido para HIV.

Conclusão: há ainda diversos aspectos a serem melhorados, como buscar agilidade no resultado do teste rápido para HIV e adoção de programas educacionais à equipe do alojamento conjunto.

Palavras-chave: suplementação, aleitamento materno, recém-nascido, Hospital Amigo da Criança.

Abstract

Objetives: the purpose of this study was to investigate the prevalence and alleged reasons for giving supplementary feedings to newborns presenting low risk at a Baby-Friendly Hospital.

Methods: It was an observational and prospective research, and the total amount of included newborns was 174, during 40 days; the selection criterion was based on newborns with 40 hours (or more) of life. The reasons presented were classified as acceptable or unacceptable in accordance with the WHO/UNICEF Baby Friendly Hospital Initiative guidelines.

Results: the prevalence of use of supplementary feedings was 26%, near to what is considered tolerable by the Ministry of Health – 25%. The most common explanations filled out in forms destined to solicit supplement were low colostrum feedings and absence of HIV quick test.

Conclusion: there are still many aspects to be improved, such as searching agility in the result of the HIV quick test as well as adopting educational programs to the rooming-in team.

Key words: supplementary feeding, Breast feeding, Newborn, Baby - Friendly Hospital.

1. Médica Residente de Pediatria do 2º ano do Hospital Universitário do Oeste do Paraná - Cascavel-PR.

2. Professores Assistentes do Internato Médico de Pediatria do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Cascavel-PR.

3. Professora Auxiliar do Internato Médico de Pediatria do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Cascavel-PR.

4. Nutricionista do Hospital Universitário do Oeste do Paraná - Cascavel-PR.

MASC: *Rua João de Matos, 1145, bloco B, ap. 09 - Coqueiral 85807-530 Cascavel-PR*

Telefones: (45) 9974-2386 / (45) 3902-1888 Fax: (45) 3326-3752 e-mail: ma.cristovam@uol.com.br

Introdução

A prática do aleitamento materno exclusivo teve sua valorização há pouco tempo. Somente a partir da década de 1980 é que se começou a salientar a importância da não suplementação precoce do leite materno, com água, chás, sucos, leite ou alimentos semi-sólidos ou sólidos.

No Brasil, em 1981, foi criado o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, com a proposta de aumentar os índices de aleitamento materno em nosso país. Nos anos 90, o país assinou a Declaração de *Innocenti*, incorporando a Iniciativa Hospital Amigo da Criança às atividades daquele programa. Tal iniciativa abrange 10 passos para o sucesso da amamentação, sendo o 6º passo o foco deste estudo: "não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que haja uma indicação clínica".

Em 1991, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu aleitamento materno exclusivo como a prática de oferecer à criança somente leite do peito, diretamente de sua mãe ou extraído, e nenhum outro líquido ou sólido, exceto gotas ou xaropes de vitaminas, suplementos vitamínicos ou medicamentos usados sob prescrição médica[1].

Com toda assistência e instruções fornecidas, a grande maioria das mães e bebês apresentam sucesso no estabelecimento da amamentação. Embora alguns bebês não a tenham no primeiro dia de vida, eles a terão com o passar do tempo, com avaliação adequada e mínima intervenção. No entanto, infelizmente é comum na prática hospitalar a suplementação do recém-nascido saudável, e muitas vezes sem haver uma indicação clínica. Entenda-se suplementação como um substituto do aleitamento materno, incluindo leite do banco de leite humano e/ou fórmulas infantis[2].

Mas afinal, em que implica suplementar sem que haja uma indicação clínica? Esta prática pode impedir que se estabeleça o suprimento materno de leite e facilitar o aparecimento de alguns efeitos adversos à amamentação, como por exemplo atraso da lactogênese e ingurgitamento mamário. Além disso, suplementos podem alterar a flora intestinal do recém-nascido, sensibilizar o bebê a alérgenos (dependendo do conteúdo do suplemento e do método usado), interferir na interação mãe-bebê e interferir no ganho de peso do recém-nascido.

Algumas indicações clínicas de suplemento são: hipoglicemia, lactente com desidratação significativa, recém-nascido portador de erro inato do metabolismo e lactentes para quem o leite materno não está disponível[3]. Algumas indicações maternas consistem em atraso do segundo estágio da lactogênese (3º ao 5º dia), infecções ou uso de medicações que contra-indicam a amamentação[2].

O presente trabalho teve como objetivo verificar a prevalência de suplementação em recém-nascidos da maternidade do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP), assim como os motivos desta prática.

Material e Métodos

Trata-se de um estudo de campo, observacional, prospectivo, realizado na maternidade do HUOP, no Município de Cascavel, estado do Paraná, Brasil, considerado Hospital Amigo da Criança.

Selecionou-se uma amostra formada por 200 binômios mãe/recém-nascido, no período de 14 de agosto a 22 de outubro de 2010. Foram excluídos os recém-nascidos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neonatal) e da Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) por não se caracterizarem como de baixo risco; além de filhos de mães portadoras de HIV, por este contra-indicar a amamentação; e ainda os neonatos portadores de malformações que comprometessem o sistema estomatognático. Os recém-nascidos incluídos no estudo foram a termo, com idade gestacional entre 37 e 42 semanas, com peso de nascimento igual ou superior a 2.000g, classificados como adequados, pequenos ou grandes para a idade gestacional, de acordo com a classificação de Bataglia e Lubchenco[4], nascidos de gestação única ou múltipla, de parto normal ou cesariana. Os dados foram coletados por meio de entrevistas com as mães, em alojamento conjunto, depois de pelo menos 40 horas pós-nascimento, tendo as mesmas assinado termo de consentimento livre e esclarecido, sendo as perguntas adaptadas dos questionários validados de avaliação global de Hospital Amigo da Criança. Para obtenção das justificativas alegadas para suplementação, utilizou-se uma ficha de solicitação de suplemento pertencente ao Serviço de Nutrição. As características gerais da população estudada foram obtidas dos prontuários, dos livros de registro de nascimentos e do censo estatístico diário do Serviço de Nutrição.

A análise estatística foi calculada usando-se o teste D'Agostino-Pearson e/ou de Shapiro-Wilk para verificar o tipo de distribuição. A análise da correlação linear foi verificada com o teste de Pearson, para dados com distribuição normal, e de Spearman r para os dados onde se verificou distribuição livre. Valores positivos de r demonstraram correlação positiva entre as variáveis. Para executar as análises foi utilizado o programa BioEstat 5.0[5], sendo adotado $p<0,05$ como nível de significância.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste, sob parecer número 565/2010-CEP.

Resultados

Dos 200 binômios mãe-neonato selecionados para este estudo, foram incluídos 174; sendo que dos 26 excluídos, 17 recém-nascidos encontravam-se em UTI neonatal, sete em UCI, um apresentava malformação e um era filho de mãe portadora de HIV.

A maioria (70,3%) das mães do estudo apresentava idade entre 19 e 35 anos, 53,4% tinham entre 9-11 anos de estudo e 55,3% fizeram cinco ou mais consultas de pré-natal. Dos 174 recém-nascidos incluídos, 100 (57,5%) nasceram de parto normal e 73 (42,5%) de parto cesáreo (destes últimos: 1 nascimento gemelar). Das mães incluídas, 76 (43,9%) eram primigestas, 43 (24,8%) secundigestas, e o restante (31,3%) tercigestas ou mais.

A idade gestacional dos recém-nascidos variou de 37 a 42 semanas, sendo a maioria (92%) de 38 a 40 semanas; o peso variou de 2045g a 4.590g; do total dos 174 recém-nascidos incluídos, 153 (88%) eram adequados para a idade gestacional (AIG), 20 (11,5%) eram grandes para a idade gestacional (GIG) e 1 (0,5%) era pequeno para a idade gestacional (PIG).

Do total das mães entrevistadas, 46 delas relataram suplementação ao seu recém-nascido, havendo 38 registros em prontuário, no relatório de enfermagem. Das mães que referiram suplemento, 37 (80,4%) delas foram informadas do motivo, e somente 10,5 % relataram um motivo aceitável pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

Foram preenchidos 41 formulários de solicitação de suplemento, sendo que 16 destes (39%) não traziam justi-

ficativa; nos demais, as justificativas mais comuns foram hipogalactia em oito deles (19,5%), dificuldade de sucção em quatro (9,8%) e aguardo de teste rápido para HIV também em quatro (9,8%). As outras justificativas foram recém-nascidos gemelares, mãe sem pré-natal e mãe com mamilos invertidos (quadro 1). Das 25 justificativas preenchidas, apenas 3 (7,3%) eram aceitáveis pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança, com a justificativa de hipoglicemia.

Ao se considerar o tempo de vida dos recém-nascidos no momento da primeira suplementação (quadro 2), verificou-se que a média de idade foi de 9 horas de vida.

Na população estudada, houve 53 prescrições médicas de suplemento em prontuário, sendo 42 na primeira prescrição do recém-nascido e 11 após a primeira prescrição. Nas indicações médicas em primeira prescrição (quadro 3), os principais motivos foram ausência de teste rápido para HIV, em 24 prescrições (57,4%), seguido por "Leite humano (LH) de 2/2 horas" em oito delas (19%), e "LH se necessário" em seis prescrições (14%), sendo que dos recém-nascidos com esta última indicação, um era grande para a idade gestacional, um era pequeno para a idade gestacional, um era de baixo peso, isto é, com peso de nascimento abaixo de 2.500g, e dois eram adequados para a idade gestacional e a termo. Do total dessas primeiras prescrições, apenas duas (4,8%) eram aceitáveis pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

Sobre as indicações presentes após a primeira prescrição médica em prontuário, que totalizaram 11, apenas uma (9,1%) era aceitável, sendo que das outras 10, nenhuma apresentava indicação médica clara da prescrição de suplementação.

Comparando-se suplementação com o tipo de parto, observou-se que foram suplementados 25 neonatos nascidos de parto cesáreo e 18 nascidos de parto normal (quadro 4). Aplicando-se o teste de Pearson, verificou-se correlação positiva entre suplementação e parto cesáreo – r (Pearson)=0,9511, com p=0,0488.

Quanto ao auxílio na primeira mamada do recém-nascido e o tipo de parto, do total de nascimentos (173), apenas 73 (43%) tiveram auxílio até 30 minutos de vida, sendo que a maioria destes era nascido de parto normal (51 partos naturais contra 22 partos cesáreos) – quadro 4. E dos 22 bebês nascidos de parto cesáreo que receberam auxílio antes de 30 minutos do nascimento, seis (27%) foram suplementados, e destes, três com a justificativa de hipogalactia, um por dificuldade de pega e dois sem justificativa. Outro dado que chama atenção é que dos 27 neonatos que nasceram de cesariana e receberam auxílio entre 30 minutos e 1 hora, nove (33%) foram suplementados.

Quadro 1. Justificativas de formulários de solicitação de suplemento.

Justificativa	**n**	**%**
Aceitáveis		
Hipoglicemia	3	7,3
Não aceitáveis		
Hipogalactia	8	19,5
Dificuldade de sucção	4	9,8
Aguarda TR para HIV	4	9,8
Gemelares	3	7,3
Mãe sem exames de pré-natal	2	4,9
Mamilos invertidos	1	2,4
Aceitabilidade Ignorada		
Sem justificativa	16	39
Total	**41**	**100**

** TR: teste rápido*
† HIV: Human Imunodeficiency Vírus

Quadro 2. Justificativas da primeira suplementação.

Justificativa	**< 5 h**	**6-12 h**	**13-48 h**	**Total (%)**
Aceitável				
Hipoglicemia	2	0	2	4
Não aceitáveis				
Aguarda TR para HIV	5	1	0	6
Hipogalactia	3	1	6	10
Recém-nascido gemelar	0	0	3	3
Agalactia	0	1	1	2
Dificuldade de pega	0	2	0	2
Dificuldade de sucção	2	2	0	4
"Recém-nascido quer sugar o tempo todo"	0	1	0	1
"Bebê chorava muito em fototerapia"	0	0	1	1
Recém-nascido sonolento	0	1	0	1
Recém-nascido com pico febril	0	0	1	1
Mamilos invertidos	0	1	0	1
Mãe resistente a amamentar	0	1	1	2
Aceitabilidade Ignorada				
Motivo não relatado	0	5	3	8
Total	**12 (26)**	**16 (35)**	**18 (39)**	**46 (100)**

Quadro 3. Primeira prescrição médica de suplemento.

Motivo na prescrição	**n**	**%**
Aceitáveis		
"LH se HGT < 40"	1	2,4
"LH se hipoglicemia"	1	2,4
Não aceitáveis		
"LH até TR negativo"	24	57,4
"LH de 2/2 horas"	8	19,0
"LH se necessário"	6	14,0
"LM e/ou LH 2/2 horas"	1	2,4
"LH até Elisa negativo"	1	2,4
Total	**42**	**100,0**

** LH: leite humano (do banco de leite)*
† HGT: hemoglicoteste
‡ TR: Teste rápido para HIV (Human Imunodeficiency Virus)
§ LM: leite materno
II Elisa: Elisa para HIV

Quadro 4. Tipo de parto e suplementação.

Tipo de parto	**n**	**RN suplementados**	**p**
Normal	100	18	0,5504
Cesáreo	73	25	0,0488

** RN: recém-nascidos*

A maioria das mães, 127 (73,4%), relataram haver recebido ajuda ainda na sala de parto para posicionar o recém-nascido para mamar; e daquelas que não receberam (46/26,6%), 24 desconheciam o motivo da falta de auxílio.

Ao se comparar suplementação com o número de consultas de pré-natal, verificou-se que dos 46 recém-nascidos suplementados, quatro mães (8,7%) possuíam menos de cinco consultas, 23 mães (50%) entre cinco e nove consultas, e 19 (41,3%) acima de nove consultas.

Em relação ao grau de instrução das mães desses neonatos suplementados, 14 (30,4%) delas possuíam o ensino fundamental incompleto, seis (13%) o ensino fundamental completo, oito (17,5%) o ensino médio incompleto, 14 (30,4%) o ensino médio completo; e as restantes (8,7%), que totalizaram quatro, o ensino superior incompleto, o ensino superior completo, pós-graduação e uma nunca estudou. Verificou-se correlação entre suplementação e grau de instrução (Coeficiente de Spearman=0,9322), sendo os recém-nascidos de mães com menor instrução os mais suplementados (p=0,0007). Quanto ao número de gestações e prevalência de suplementação (quadro 4), das 76 primigestas do estudo, 19 (25%) delas tiveram seu recém-nascido suplementado; das 43 secundigestas, 9 (21%) neonatos foram suplementados; das 30 tercigestas, foram 10 (33%) neonatos; das 16 quadrigestas, foram 4 (25%) recém-nascidos; das 6 mães que se encontravam na quinta gestação, foram 3 (50%); e 2 das mães que se encontravam na sexta gestação, foi um (50%) recém-nascido suplementado.

Discussão

Verificou-se que dos recém-nascidos analisados, cerca de um quarto deles (26,0%) teve prescrição de suplemento. Tal porcentagem encontra-se bastante próximo do tolerável pelo Ministério da Saúde, que é de 25%. A maioria dos recém-nascidos era de baixo risco, ou seja, nascido a termo, adequados para a idade gestacional e com peso ao nascer entre 2.500g e 4.000g.

Meirelles *et al.*[6], em estudo sobre suplementação em recém-nascidos de baixo risco de uma Maternidade do Rio de Janeiro encontraram uma taxa de suplementação de 33%.

Ao se considerar o tempo de vida dos recém-nascidos no momento da primeira suplementação (quadro 2), verificou-se que a média de idade foi de 9 horas de vida. Meirelles *et al.*[6], em estudo sobre justificativas para uso de suplemento em recém-nascidos de baixo risco de uma maternidade do Rio de Janeiro – Brasil, encontraram uma média de 9,5 horas. Esse apresenta as justificativas segundo o tempo de vida do recém-nascido ao ser suplementado. Desta amostra, nota-se que em 12 (26%) recém-nascidos o suplemento foi iniciado com menos de 5 horas de vida; em 16 (35%), entre 6 e 12 horas; e em 18 (39%) entre 13 e 48 horas de vida. Apenas quatro justificativas foram consideradas aceitas pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

Neste trabalho, a principal indicação médica da primeira prescrição de suplemento foi ausência de teste rápido para HIV. Este teste é preconizado pelo Ministério da Saúde, a fim de que se realizem intervenções profiláticas, reduzindo a probabilidade de transmissão vertical do HIV. O teste é de triagem e apresenta alta sensibilidade. Assim sendo, a presença desta justificativa não aceitável pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança evidencia possíveis dificuldades operacionais na realização do teste rápido para HIV, sendo que o mesmo deve ser realizado na admissão da mãe em centro obstétrico, gerando resultados em até trinta minutos, e o suplemento prescrito em vigência de positividade, uma vez que o aleitamento representa um risco adicional de 7 a 22% na transmissão do vírus[7].

Do total de justificativas fornecidas em formulários de suplementação, somente 7% delas estavam de acordo com os critérios da Iniciativa Hospital Amigo da Criança[3]. E das justificativas não aceitáveis, a principal foi hipogalactia, a qual se encontrava como motivo em cerca de 20% do total (quadro 1).

Sabe-se que o recém-nascido a termo saudável e adequado para a idade gestacional necessita de quantidades pequenas de colostro nos seus primeiros dias de vida, sendo estas suficientes para prevenir hipoglicemia, além de apropriadas até que o neonato aprenda a coordenar sucção, deglutição e respiração[2].

Neste estudo, apenas 7,3% do total das justificativas em formulário de solicitação eram por hipoglicemia, sendo que na maternidade estudada, assim como ocorre na maioria das maternidades brasileiras, a mensuração da glicose do recém-nascido com suspeita de hipoglicemia é por método de triagem, através da glicemia capilar, por tira reagente, não confirmado laboratorialmente na maioria das vezes. É interessante explicitar aqui que alguns estudos demonstraram que a triagem baseada em tira reagente detecta apenas cerca de 8,5% dos casos verdadeiros de hipoglicemia[10].

Recém-nascidos de parto cesáreo foram menos auxiliados antes de 30 minutos de vida quando comparados aos nascidos de parto normal; e do total de partos, os nascidos de cesariana foram os mais suplementados (quadro 4), sendo que dos 22 dos neonatos nascidos de parto cesáreo que receberam auxílio antes de 30 minutos, seis foram suplementados. Os resultados de maior prevalência de suplementação em neonatos nascidos de parto cesáreo corresponderam aos dados encontrados na literatura, como mostrado em estudo de Meirelles *et al.*[6], com 300 recém-nascidos.

Na análise pelo teste de D'Agostino-Pearson, concluiu-se que quanto menor o grau de instrução materna, maior a prevalência de suplementação (p=0,0007). Gagnon *et al.*[9], em estudo com 564 binômios mãe/recém-nascido, observou que maior instrução materna é fator de proteção contra suplementação no alojamento conjunto. Os mesmos autores demonstraram também que o fato de mães possuírem mais de oito anos de estudo é fator de proteção contra suplementação.

Observe-se a importância de as mães e os profissionais de saúde serem informados sobre os riscos de se suplementar o recém-nascido de modo desnecessário. Em protocolos de suplementação, comenta-se que as maternidades que apóiam o aleitamento materno devem considerar a instituição de normas para suplementar, devendo esta ser requerida por profissional médico, além de consentimento informado da mãe quando o suplemento não for de indicação clínica. Além disso, toda suplementação deveria ser documentada, incluindo o seu conteúdo, volume, método e indicação clínica ou motivo[2].

Se a separação da dupla mãe-bebê for inevitável, ou se o suprimento de leite é pobre ou questionável, ou a transferência de leite para o bebê é inadequada, a mãe deve ser encorajada e receber instruções para retirar o próprio leite através de expressão manual, a fim de estimular a produção e prover as necessidades do bebê.

Antes de se iniciar uma suplementação, os bebês devem ser formalmente avaliados durante as mamadas quanto à: posição, pega e transferência de leite. A maioria dos bebês que permanece com suas mães e mamam adequadamente perdem menos de 7% de seu peso de nascimento. Uma perda além disso, pode ser uma indicação de transferência inadequada de leite ou de pouca produção. E embora uma perda entre 8 e 10% possa estar entre os limites normais, se todo o restante estiver bem e o exame físico normal, indica-se assistência mais cuidadosa à amamentação.

No presente estudo deve-se salientar que, apesar da prevalência de suplementação encontrar-se próxima do tolerável pelo Ministério da Saúde, há ainda aspectos a serem melhorados, como buscar agilidade no resultado do teste rápido para HIV e adoção de programas educacionais para a equipe de saúde do alojamento conjunto, demonstrando-se à mesma a fisiologia do recém-nascido e as indicações clínicas de suplementação.

Referências Bibliográficas

1. Carvalho MR, Tamez RN. Amamentação: Bases Científicas. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

2. ABM Clinical Protocol 3:Hospital Guidelines for the Use of Supplementary Feedings in the Healthy Term Breastfed Neonate. Breastfeeding Medicine. 2009;volume 4, number 3.

3. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Módulo 4: auto-avaliação e monitoramento do hospital. Fundo das Nações Unidas para a Infância, Organização Mundial da Saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

4. Battaglia FC, Lubchenco LO. A practical classification of newborn infants by weight and gestational age. Journal of Pediatrics, 1967; 71:159-63

5. Ayres M, Ayres Jr M, Ayres, DL, Santos, AA. BioEstat: Aplicações Estatísticas nas Áreas das Ciências Biológicas e Médicas. Belém: Sociedade Civil Mamirauá; 2007.

6. Meirelles CAB, Oliveira MIC, Mello RR, Varela MAB, Fonseca VM. Justificativas para uso de suplemento em recém-nascidos de baixo risco de um Hospital Amigo da Criança. Caderno de Saúde Pública. 2008; 24(9): 2001-12.

7. Programa Nacional de DST e AIDS, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

8. Pinto LM, Vitolo MR, Gírio LT, Leon MRAC, Zagari MCF, Farias NMF, et al. Aleitamento exclusivo em alojamento conjunto: avaliação da incidência e das causas do uso de fórmula. Revista Ciências Médicas PUCCAMP 1996; 5:63-8.

9. Gagnon AJ, Leduc G, Waghorn K, Yang H, Platt RW. In-hospital formula supplementation of healthy breastfeeding newborns. J Hum Lact 2005 Nov; 21(4): 397-405.

10. Williams AF. Hipoglicemia do Recém-nascido. Divisão de Prevenção e Controle de Doenças. Organização Pan Americana de Saúde; 2007.

ARTIGO ORIGINAL

DESCRIÇÃO DE CASOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA PESSOAS DO SEXO MASCULINO ATENDIDOS EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA.

DESCRIPTION OF CASES OF SEXUAL VIOLENCE AGAINST MALES TREATED AT A REFERENCE HOSPITAL.

Cléa Elisa Lopes Ribeiro[1], Tony T. Tahan[2], Rosires Pereira de Andrade[3], Cristina R. da Cruz[4], Gustavo Saczk[5], Tatiana da Gama Baldez[5], Angela Dasenbrock[5], Izabela Ono Adriazolla[5]

Instituição : Ambulatório de Violência Sexual - Serviço de Infectologia, Hospital de Clínicas - Universidade Federal do Paraná.

Resumo

Introdução: No Brasil, qualquer caso de suspeita ou confirmação de violência sexual tornou-se de notificação obrigatória. Porém, poucos são os dados referentes aos pacientes do sexo masculino vítimas de violência sexual. O objetivo deste trabalho foi traçar um perfil epidemiológico das vítimas de violência sexual do sexo masculino atendidos no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR).

Métodos: Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo retrospectivo baseado na revisão de prontuários de 53 pacientes masculinos, atendidos no serviço de atendimento à vítima de violência sexual, ligado ao departamento de tocoginecologia do HC-UFPR no período de julho de 2002 a agosto de 2008.

Resultados: Dos 1518 casos de violência sexual atendidos no período do estudo, 53 (3,5%) ocorreram contra indivíduos do sexo masculino, com idade variando de 12 a 40 anos. Houve predomínio de agressor conhecido (55%). Em 54% dos pacientes houve procura de atendimento nas primeiras 24 horas da ocorrência da violência. A análise dos dados demonstrou equivalência entre local público (43%) e residência (42%). Aproximadamente 48% dos pacientes realizaram algum tipo de profilaxia.

Conclusões: Uma das dificuldades em relação ao tema proposto foi escassez de literatura a respeito da violência sexual contra homens. Sendo assim, torna-se de importância fundamental o alerta para esta doença social, psicológica e física. Com a notificação compulsória deste evento espera-se que os dados aumentem e que seja possível agir rapidamente para o diagnóstico e tratamento precoces.

Palavras-chave: violência sexual, masculina.

Abstract

Introduction: In Brazil, any case of suspected or confirmed sexual violence became notifiable. However, there are few data on male patients victims of sexual violence. The objective of this study was to establish an epidemiological profile of victims of male sexual violence treated at the Hospital de Clinicas, Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR).

Methods: This is a descriptive epidemiological study based on retrospective chart review of 53 male patients seen at a service for victims of sexual violence, linked to the Department of Obstetrics and Gynecology, HC-UFPR for the period July 2002 to August 2008.

Results: Of 1518 cases of sexual violence treated in the study period, 53 (3.5%) were from males, with ages ranging from 12 to 40 years. Predominated known abuser (55%). In 54% of patients were seeking care in the first 24 hours after the occurrence of violence. Data analysis showed equivalence between a public place (43%) and residence (42%). Approximately 48% of patients had some kind of prophylaxis. Conclusions: One of the difficulties in relation to the proposed theme was lack of literature about sexual violence against men. Therefore, it is of fundamental importance for this disease alert social, psychological and physical. With mandatory reporting of this event is expected to increase and the data that you can act quickly to early diagnosis and treatment.

Key words: sexual violence, male.

1. Médica do Serviço de Infectologia do HC-UFPR. 2. Médico do Serviço de Infectologia Pediátrica do HC-UFPR. 3. Professor Titular do Departamento de Tocoginecologia do HC-UFPR. 4. Professora Adjunta do Departamento de Pediatria do HC-UFPR. 5. Acadêmicos do 6º. ano de Medicina da UFPR.

TTT: *R. General Carneiro, 181 80060-150 Curitiba-PR*
Telefone: (41) 9951-8137 Fax: (41) 3242-6310 e-mail: tony.tahan@hotmail.com

Introdução

A violência sexual é um problema internacional que atinge cerca de 12 milhões de vítimas por ano em todo o mundo. No Brasil, cerca de 20% das crianças e adolescentes são hoje vítimas de alguma forma de violência. Estima-se que menos de 20% dos casos de violência sexual sejam denunciados[1].

Ao mesmo tempo em que estas vítimas sofrem danos psicológicos irreparáveis, como transtornos de ansiedade, sintomas depressivos e agressivos, há a preocupação de adquirirem doenças sexualmente transmissíveis decorrentes da violência sexual[2]. Em torno de 15% de todas as vítimas de agressão sexual adquire alguma dessas doenças, sendo que o vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) é contraído em 0,1% dos casos[3].

A abordagem da violência sexual contra crianças e adolescentes exige ações integradas para o seu enfrentamento, como a construção de redes de serviços que articulem a atuação governamental e não governamental em diferentes áreas.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a existência de serviços para o atendimento de vítimas não fatais pode prevenir futuras fatalidades, reduzir sequelas de curto e longo prazo e ajudar os afetados a lidar com o impacto da violência interpessoal em suas vidas[4]. Na maioria das instituições brasileiras não existem equipes constituídas especificamente para o atendimento a estas vítimas, cabendo ao médico acompanhar o paciente e a família, atender às demandas clínicas e orientar a solução de questões sociais e legais.

Atualmente, a atenção em casos de violência sexual é direcionada ao gênero feminino. Os programas de prevenção e tratamento são voltados às mulheres sexualmente vitimizadas e poucos são os dados referentes à pacientes masculinos como vítimas de violência sexual.

Embora diversos estudos tratem da questão da violência sexual, a maioria aborda vítimas do sexo feminino. Mais raro ainda é encontrar estudos que correlacionam doenças sexualmente transmissíveis à violência sexual masculina. Qualquer suspeita ou confirmação de violência sexual, inclusive contra o homem, tornou-se de notificação compulsória, segundo atualização da portaria número 104/ 2011 do Ministério da Saúde do Brasil[5].

O objetivo deste trabalho foi traçar um perfil epidemiológico das vítimas de violência sexual do sexo masculino atendidos no HC-UFPR.

Materiais e Métodos

Trata-se um estudo epidemiológico descritivo retrospectivo baseado em levantamento de prontuários de modelo pré-estabelecido (ficha de notificação de violência do Ministério da Saúde). O trabalho consistiu na revisão de 53 prontuários de pacientes masculinos, atendidos no serviço de atendimento à vítima de violência sexual, ligado ao departamento de tocoginecologia do HC-UFPR (Curitiba, PR), no período de julho de 2002 a agosto de 2008.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em seres humanos do Hospital de Clínicas da UFPR, dentro da linha de pesquisa de violência contra adolescentes acima de 12 anos e adultos no qual o Hospital de Clínicas é referência no Paraná.

Os dados foram digitados em planilha do Excel e foi realizada análise descritiva. As características de maior relevância analisadas incluíram: idade da vítima, perfil do agressor, tempo de procura de atendimento, deficiência ou não do agredido, local da agressão, ocorrência de agressão física, realização de profilaxia de doença sexualmente transmissível e HIV e comparecimento aos retornos ambulatoriais. Quanto ao local em que ocorreu a agressão, estes foram classificados como residência: asilo, abrigo, residência do agredido e do agressor. Como local público, todos os outros que não se enquadravam dentre os anteriormente citados.

Resultados e Discussão

A violência doméstica praticada contra crianças e adolescente, segundo o Ministério da Saúde (MS) de nosso país, engloba os maus-tratos físicos, abusos sexual e psicológico e negligência/abandono[6]. O próprio MS ressalta que essas formas de maus-tratos são, em sua maioria, praticados pelos próprios familiares, embora também ocorram em outros ambientes, como instituições de internamento, na comunidade e no ambiente social em geral[5].

A inexistência de instrumentos e procedimentos definidos, claros e acessíveis dificulta a atuação em rede e prejudica o atendimento de vítimas masculinas de violência sexual. Além disso, existem poucos estudos epidemiológicos sobre o tema.

Dentro do período em que foi realizado este estudo, identificou-se uma predominância do sexo feminino (96,5%), em relação ao sexo masculino (3,5%) de vítimas de violência sexual. No período do estudo foram atendidos 1465 casos de violência sexual contra mulheres e apenas 53 de contra homens. Não há estimativa quanto ao que acontece com os homens e não se pode afirmar que a proporção obtida tenha projeção real na comunidade, devido à subnotificação por diversas razões, inclusive cultural.

Quanto à idade: entre os 53 casos do sexo masculino, a idade variou de 12 a 40 anos, com idade média de 15±6,64 anos. A idade mínima reflete a prática adotada no HC-UFPR, com base no programa "Mulher de Verdade" da Prefeitura Municipal de Curitiba, que define que menores de 12 anos vítimas de violência sexual sejam atendidas em hospital infantil[3]. A variância, medida que leva em conta a dispersão dos dados em relação à média, foi igual a 44,06. Observou-se predomínio de idades entre 12 e 15 anos, representando ao redor de 60% da amostra. Para facilitar as análises posteriores, os pacientes foram agrupados em três faixas etárias: de 12 a 14 anos; de 15 a 17 anos e maiores de 18 anos. A maior incidência de violência foi encontrada na faixa etária de 12 a 14 anos (45%), seguida da faixa etária de maiores de 18 anos (30%) e de 15 a 17 anos (25%). Destaca-se o predomínio de violência em menores de 18 anos, representando 70% de nossa amostra.

Quanto ao agressor: O perfil do agressor foi avaliado quanto a ser conhecido ou desconhecido da vítima. Nas faixas etárias de menores de 18 anos, preponderou o agressor conhecido, com 58% de 12 a 14 anos e 54% de 15 a 17 anos. Entre os maiores de 18 anos não houve diferença na prevalência de agressor desconhecido ou conhecido. No geral, predominou o agressor conhecido, com 55%. Estes dados reforçam a importância da prevenção da violência intrafamiliar, da responsabilização dos agressores e da garantia de segurança para a vítima, principalmente crianças e adolescentes. Os dados sugerem que quanto menor a faixa etária da vítima, mais próximo dela é o agressor.

Quanto ao tempo de procura de atendimento: Os dados foram classificados em três grupos: até 24 horas após a violência, de 24 a 72 horas e mais de 72 horas. Considerando a amostra geral, 54% dos pacientes procuraram atendimento nas primeiras 24 horas. A procura por atendimento em até 72 horas foi de 73%. Ressalta-se que o tempo ideal para realização das profilaxias é de 24 horas podendo ir ate 72 horas, porém as taxas de sucesso são significativamente menores. A partir de 72 horas não é indicada a realização de profilaxia para HIV[5].

Quanto à presença de deficiência física ou mental do agredido: Se for desconsiderada divisão por faixa etária, cerca de um terço das vítimas apresentava algum tipo de deficiência. Entretanto, observou-se uma maior prevalência de deficiência em vítimas maiores de 18 anos (44%). A diminuição dos cuidados e vigilância aos portadores de deficiências físicas e/ou mentais diminui durante as vidas adultas, levando a aumento de sua vulnerabilidade, o que poderia explicar o aumento nos casos de violência sexual nesta faixa etária.

Quanto ao local da agressão: A análise dos dados demonstrou equivalência entre local público (43%) e residência (42%). Esta informação não foi encontrada em 15% dos prontuários verificados.

Quanto à agressão física: Em 36% dos pacientes houve relato de agressão física, 55% não referiram agressões físicas e em 9% (5 prontuários) essa informação não constava.

Quanto à profilaxia: Os dados referentes à profilaxia de HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis foram analisados em conjunto. Aproximadamente, 48% dos pacientes realizaram algum tipo de profilaxia. Em 15% dos prontuários essa informação não constava. Considerando-se que 73% dos pacientes buscaram atendimento até 72 horas da ocorrência da agressão, surge o questionamento do motivo pelo qual nem todos esses pacientes realizaram profilaxia. Uma possível justificativa é que alguns casos são recorrências, violência crônica, que levaram algum tempo para serem denunciados. No caso de violência crônica não se faz profilaxia de DST, a rotina do atendimento inclui a investigação com exames laboratoriais e o tratamento da DST caso algum exame apresente resultado positivo.

Quanto aos retornos para acompanhamento evolutivo: A importância dos retornos às consultas ambulatoriais dos pacientes vítimas de violência sexual reside, principalmente, no acompanhamento sorológico para detecção de possíveis infecções decorrentes do abuso. A determinação dos intervalos entre os retornos decorre do conhecimento de que algumas doenças podem apresentar período de janela imunológica de até seis meses. Aproximadamente, um quarto dos pacientes realizou acompanhamento nos primeiros 30 dias. O percentual cai cerca de 10% na consulta subsequente (90 dias). Ao final do acompanhamento sorológico (180 dias), apenas 13% dos pacientes compareceram ao atendimento.

Considerações Finais

Uma das dificuldades em relação ao tema proposto foi escassez de literatura a respeito da violência sexual contra homens. Por esse motivo, a discussão dos dados ficou sem parâmetros específicos para comparação. Outro aspecto a ser considerado é a falta de dados devido ao preenchimento inadequado das fichas de notificação e prontuários. Em determinadas características analisadas, mais de 10% do aspecto analisado era desconhecido por não constar no prontuário e nem na ficha de atendimento específica.

Chama a atenção à prevalência de agressão sexual contra crianças e adolescentes (70%), apesar de não estarem incluídos casos de violência contra menores de 12 anos em nosso estudo. O Código Penal Brasileiro considera que o menor de idade ainda não atingiu maturidade, não tem a personalidade formada. Isso o torna mais vulnerável a abusos.

Dentro desse contexto, merecem destaque as vítimas portadoras de algum tipo de deficiência. Esses pacientes também devem ser considerados vulneráveis. Sob a óptica de vulnerabilidade da vítima (vítima menor de idade e/ou portadora de algum tipo de deficiência), é importante ressaltar a importância da prevenção da violência exercida pelos próprios familiares. Por ser o agressor conhecido em mais da metade dos casos, é importante também aumentar a vigilância sobre o núcleo de convivência em que está inserida a vítima.

Quando analisados em conjunto o tempo de procura de atendimento, realização de profilaxia e comparecimento às consultas ambulatoriais subsequentes, percebem-se deficiências. Apesar de o tempo de procura de atendimento ser adequado na maioria dos casos (73%), o mesmo não ocorre com a realização de profilaxia contra DST e HIV, bem como com o acompanhamento feito nos retornos. De modo geral, isso se deve a três motivos principais: caráter recidivante de alguns abusos sexuais, violência crônica, que contra-indica o uso de profilaxia e preconiza o tratamento da DST diagnosticada, falta de vínculo adequado com a instituição e orientação no primeiro atendimento e conscientização da vítima a respeito dos riscos decorrentes da violência e da importância da realização de profilaxia e acompanhamento.

Assim, torna-se de importância fundamental o alerta para esta doença social, psicológica e física. Com a notificação compulsória deste evento espera-se que as informações melhorem e os dados sejam mais próximos da realidade e possa-se agir rapidamente para o diagnóstico e tratamento precoces.

Referências Bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes. Normas Técnicas, 1ª edição.- Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Notificação Compulsória. Portaria MS nº 104 atualizada em 26/01/2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Mortalidade por Acidentes e Violência. Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/01. Publicado no DOU nº 96. Seção 1e. de 18/5/01. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

4. Polankzyk GV, Zavaschi ML, Benetti S, Zenker R, Gammerman, PW. Violência sexual e sua prevalência em adolescentes de Porto Alegre, Brasil. Revista de Saúde Pública (São Paulo). 2003; 37(1).

5. Prefeitura Municipal de Curitiba. Programa de atenção à mulher vítima de violência. Secretaria da saúde de Curitiba, 2002.

6. World Health Organization. Preventing Violence — a guide to implementing the recommendations of the World Report on Violence and Health. Geneva, 2004.

ARTIGO ORIGINAL

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DE PACIENTES COM FISSURAS PALATAIS E/OU LABIOPALATAIS EM TRATAMENTO EM UNIDADE INTEGRADA DE ATENDIMENTO AO FISSURADO E EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

NUTRITIONAL ASSESSMENT OF PATIENTS WITH CLEFT LIP AND/OR PALATE UNDERGOING TREATMENT AT THE INTEGRATED UNIT FOR THE CARE OF CLEFT PATIENTS AND IN A UNIVERSITY HOSPITAL

Sinara de M. Manei[1], Alessandra A. dos Santos[1], Emmanuelle D. Batista[1], Tais M. Calvetti[1], Mary E. Pistori[2], Cláudia S. Rocco[3]

Resumo

Objetivo: Avaliar o estado nutricional de pacientes com fissuras palatais e/ou labiopalatais em tratamento em Unidade especializada e/ou Hospital Universitário.

Métodos: Pesquisa prospectiva e transversal, com 41 crianças com fissuras palatais e/ou lábio palatais com idade de 0 a 5 anos. Peso e altura foram aferidos e o índice de massa corporal foi calculado. A ingestão de alimentos foi avaliada por meio de um registro alimentar de 1 dia.

Resultados: Das 41 crianças, 78,04% (n=32) não foram amamentadas ao seio. Para as que receberam aleitamento materno, o tempo variou e foi igual ou superior a 6 meses para 4,87 % (n=2) da população estudada. Em relação a estatura / idade 95,12% das crianças estavam eutróficas e, de acordo com o IMC, 65,85%. Não houve relação entre o tipo de fissura e a classificação do estado nutricional referente ao peso/ idade. O consumo de proteína foi de aproximadamente 3g/kg de peso/dia, independentemente do sexo ou da idade.

Conclusão: A maioria dos pacientes foram classificados como eutróficos, indicando que a presença de fissura labial não prejudicou a alimentação e, consequentemente o estado nutricional. Apesar disso ainda houve uma porcentagem de pacientes que apresentaram obesidade, sobrepeso e magreza. Também houve um consumo elevado de proteína pelos pacientes.

Palavras-chave: fissuras palatais, fissuras labiopalatais, estado nutricional.

Abstract

Objctive: Nutritional assessment of patients with cleft lip and/or palate undergoing treatment at the integrated unit for the care of cleft patients and/or university hospital.

Methods: A prospective and observational study, with 41 children with cleft palate and / or cleft palate aged 0-5 years. Weight and height were measured and body mass index was calculated. Food intake was assessed using a food record for one day.

Results: Of the 41 children, 78.04% (n = 32) were not breastfed. For breastfed, the time varied and was less than 6 months to 4.87% (n = 2) of the population studied. The classification regarding the nutritional stature 95.12% of the children were well nourished and, according to BMI, 65.85%. There was no relationship between cleft type and classification of nutritional status related to the weight / age. Protein intake per unit weight was approximately 3g/kg weight / day, regardless of sex or age.

Conclusions: Most patients were classified as normal, indicating that cleft lip did not impair the power and hence nutritional status. Nevertheless there was still a percentage of patients who were obese, overweight and thinness, which indicates the need for dietetics interventions effective in these cases. There was also a high intake of protein for patients.

Key words: cleft palate, cleft lip and palate, nutritional status.

1. Graduação em Nutrição, Universidade Federal do Paraná, Brasil.

2. Co-orientadora, Nutricionista do Hospital do Trabalhador.

3. Profª Dra. Orientadora, Departamento de Nutrição, Universidade Federal do Paraná.

SMM: *Rua Monsenhor Manoel Vicente, 985. Ap. 13 - Bloco A 80620-230 Curitiba-PR*

email: sinaranutri@gmail.com

Introdução

Durante o período embrionário podem ocorrer inúmeras anomalias congênitas, devido a fatores ambientais e/ou genéticos. Entre estas anomalias, podem-se citar as fissuras de lábio ou do palato, mais conhecidas como "lábio leporino"[1].

Existem diversas formas de Fissura Lábio-Palatal algumas atingem só os lábios e palato e outras somente acometem o palato e podem ocorrer uni ou bilateralmente. Apesar de não se ter a certeza sobre os verdadeiros motivos que levam a fissura, se sabe que as mesmas acontecem na fase embrionária[2].

Muitos fatores relacionados à má nutrição trazem consequências irrecuperáveis, entre eles a baixa estatura. Sabe-se que a mesma está relacionada à inadequada nutrição materna, falta de aleitamento materno exclusivo até seis meses, introdução tardia de alimentos complementares e/ou alimentos complementares em quantidade e qualidade inadequadas, entre outros[3].

O recém-nascido com fissura que não apresenta outras deformações congênitas associadas à mesma consegue movimentar a mandíbula de forma suficiente e, apesar da pouca pressão intra oral, é capaz de sugar o peito materno[4,5].

Este trabalho teve como objetivo realizar avaliação nutricional e dietética de crianças com fissuras, pois sabe-se que a ingestão inadequada de alimentos pode interferir nas medidas corporais desses indivíduos.

Metodologia

O estudo foi prospectivo e transversal e os dados coletados de abril a agosto de 2010. Foram avaliadas 41 crianças com diagnóstico de fissura palatal e/ou lábio palatal, em tratamento em Unidade Integrada de Atendimento ao Fissurado e/ou Hospital Universitário. Para a avaliação antropométrica foram aferidos: peso e comprimento/estatura e para o diagnóstico do estado nutricional foram utilizados os indicadores: estatura para a idade; peso para a idade e IMC para a Idade, ambos de acordo com o preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) 2006. A avaliação dietética foi realizada utilizando-se como ferramenta a história alimentar de cada paciente, um inquérito que refletiu o consumo alimentar habitual[6]. Ao responsável pela criança foi solicitada a descrição do consumo alimentar habitual diário em medidas caseiras. Foi utilizado o programa AVANUTRI® para quantificar o consumo dos macronutrientes. Foram considerados adequados quando estavam de acordo com a Recommended Dietary Allowances (RDA). Também foi investigado o aleitamento materno dos pacientes, se foram ou não amamentados e o tempo total de amamentação.

As entrevistas foram realizadas por acadêmicos orientados por nutricionistas do curso de Nutrição da Universidade Federal do Paraná.

Para fins de teste de hipótese foi utilizado o teste exato de Fischer. Agrupou-se a Classificação do Índice de Massa Corpórea (IMC) de cada criança em dois grupos: Grupo A (Eutrofia) e Grupo B (Magreza, Risco de sobrepeso, Sobrepeso e Obesidade) para fins de teste de hipótese. A análise estatística descritiva foi determinada pelas frequências simples e percentuais da distribuição por idade, sexo, estado nutricional e tipo de fissura. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital do Trabalhador/Universidade Federal do Paraná (UFPR). Foram obtidos os termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE) de todos os responsáveis pelas crianças para participar do estudo.

Resultados

Foram avaliadas 41 crianças de 0 e 5 anos, sendo 58,5% (n=24) do sexo masculino. De acordo com a classificação do tipo de fissura, 63,4% (n=26) pacientes apresentaram fissura palato labial e/ou labial e 36,6% (n=15) fissura palatal.

Em relação a Estatura para Idade a minoria das crianças 4,88 % (n=2) estavam com estatura muito baixa para idade e em relação a adequação do peso para idade, a maioria dos pacientes estavam eutróficos. Não houve correlação entre o tipo de fissura e a classificação do estado nutricional referente ao peso/idade.

De acordo com o Índice de Massa Corpórea (IMC/idade), 65,85% (n=27) apresentaram eutrofia (figura 1).

A maior parte das crianças, 78,04% (n=32) não foram amamentadas no seio. Em relação ao tipo de fissura, foi verificado que dos 15 pacientes com fissura palatal, 11 (73,33%) não foram amamentados e dos 26 pacientes com fissura palato labial e labial, 21 (80,77%) não receberam leite materno (figura 2).

Observou-se que o consumo energético foi adequado para idade para ambos os sexos em 68,3% (n=28) da amostra. Para o consumo dos macronutrientes a grande maioria, 92,68 % (n=39) apresentou consumo adequado.

Observou-se que a média de consumo de proteína por unidade de peso dos pacientes estudados foi de 3±1,85 g/kg de peso/dia, ou seja, acima do que preconiza a RDA[7].

Discussão

A presença de grande número de crianças com estatura adequada para idade e peso correspondente determina a condição de eutrofia o que sugere que os pacientes estudados não foram prejudicados na sua condição nutricional em razão da presença de fissura. Estudo comparativo com crianças fissuradas e outras sem fissura, com idade de 2 anos, constatou que não houve diferença significativa no crescimento e ganho de peso dos dois grupos[8]. Entre os cuidados nutricionais com o recém-nascido está o aleitamento materno que, apesar de ser mais trabalhoso devido à complexidade de algumas fissuras, é o alimento mais recomendado por seu alto valor nutricional além das propriedades antibacterianas, principalmente no auxílio de infecções do ouvido médio, comuns em indivíduos fissurados[9]. Neste estudo observou-se que entre as crianças que foram amamentadas no seio, apenas duas receberam o aleitamento materno por tempo adequado, ou seja, por pelo menos seis meses. É provável que o desconhecimento sobre a possibilidade de amamentar o recém nascido fissurado seja um fator determinante do desmame precoce deste grupo de pacientes. Alguns autores alegam que o recém-nascido com fissura que não apresenta outras deformações congênitas associadas à mesma consegue movimentar a mandíbula de forma suficiente e, apesar da pouca pressão intra oral, é capaz de sugar o peito materno[4,5]. No entanto, dependendo da localização da fissura a sucção pode ficar comprometida, principalmente se atingir toda extensão do palato[6,10,11].

Portanto, a presença de fissura pode comprometer a alimentação do recém-nascido, e o medo e a ansiedade na hora de manusear o bebê se torna angustiante para a mãe

que consequentemente pode estressar a criança também[9]. Cabe ressaltar a importância do aleitamento materno como alimento mas, em razão da dificuldade em sugar o seio por causa da complexidade de algumas fissuras, o uso de fórmulas infantis adequadas para cada faixa etária poderá ser a segunda escolha[2].

O consumo de energia considerado adequado para cerca de 2/3 das crianças avaliadas sugere que o mesmo não foi influenciado pela presença da fissura e que a maior atenção dispensada a esses pacientes pode ser o principal fator envolvido.

O consumo de carboidratos e lipídeos dos pacientes estava adequado para a maior parte. Quanto à proteína, esta foi superior ao recomendado para todas as faixas etárias estudadas. Estudos comprovam que o excesso de proteína na alimentação prejudica a ingestão de outros nutrientes essenciais e que o elevado consumo de proteína aumenta a excreção de cálcio, diminuindo sua utilização[12].

Conclusão

A maioria dos pacientes fissurados foram classificados em eutrofia, indicando que a presença de fissura labial não prejudicou a alimentação e, consequentemente o estado nutricional. Apesar disso, houve uma porcentagem de pacientes que apresentaram obesidade, sobrepeso e magreza. O consumo elevado de proteína demonstra a necessidade de uma melhor adequação das dietas em relação à proporcionalidade de macronutrientes.

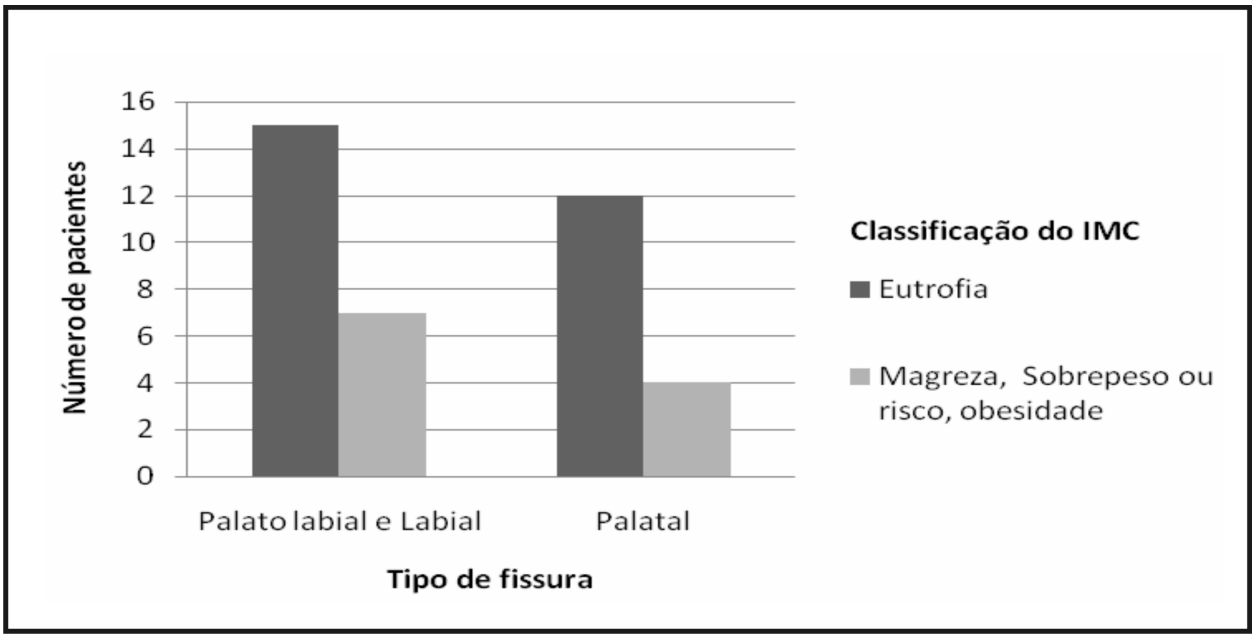

Figura 1. Gráfico de classificação quanto ao IMC Agrupado.
Fonte: Pesquisa de campo, 2010.

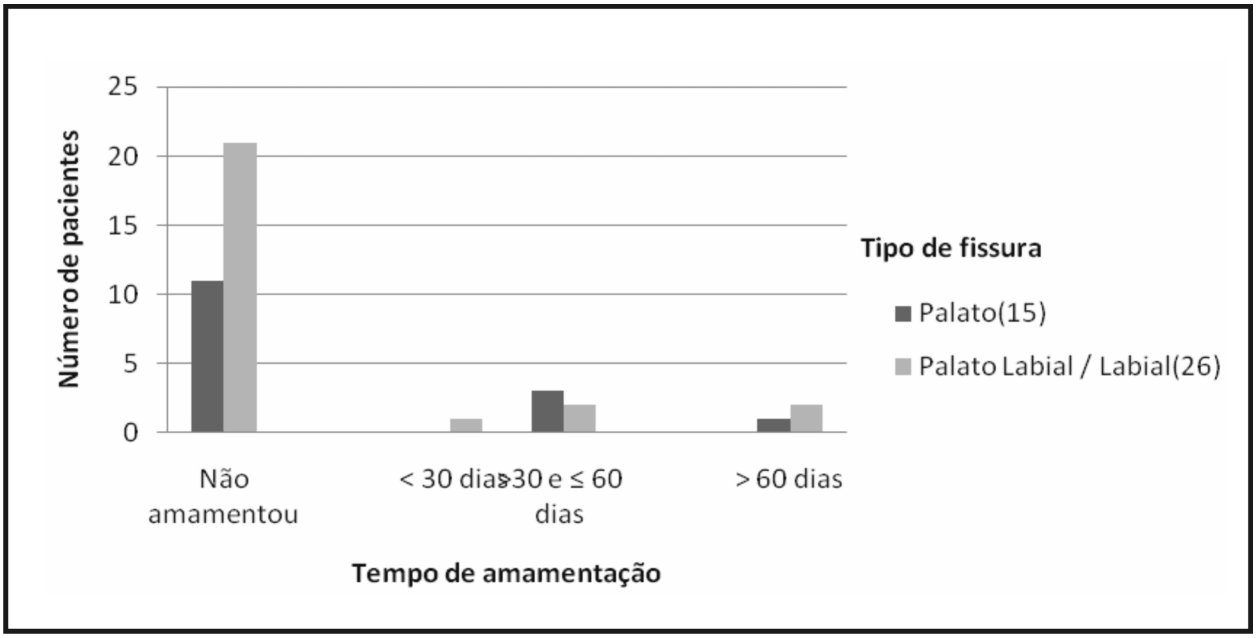

Figura 2. Tipo de fissura e o tempo de amamentação em dias.
Fonte: Pesquisa de Campo, 2010.

Tabela 1. Consumo de proteína por dia e por unidade de peso, de acordo com o gênero e a faixa etária.

Consumo	**g/PTN/kg de peso/dia**	
Classe	**N**	$\bar{x}$ **±DP**
Total	41	3,15±1,85
Por sexo		
Feminino	17	3,37±1,81
Masculino	24	3,15±1,82
Faixa etária		
0-12 meses	12	3,12 ±1,80
13-24 meses	10	3,09 ±1,83
25-36 meses	7	3,41 ±1,76
37-48 meses	3	3,14 ±1,82
49-60 meses	9	3,13 ±1,82

Notas: n: número absoluto de pacientes; $\bar{x}$ *: média; DP: desvio padrão; PTN: Proteína.*
Fonte: Pesquisa de campo, 2010.

Referências Bibliográficas

1. Montagnoli LC. Crescimento de crianças portadoras de fissuras lábio-palatais,de 0 a 2 anos. Dissertação – Mestrado em Puericultura e Pediatria. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1992. 104f.

2. Castilho SD, Barros Filho AA. Alimentos utilizados ao longo da história para nutrir lactentes. J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre, 2010, v. 86, n. 3.

3. Watson ACH, Sell DA, Grunwell P. Tratamento de fissura labial e fenda palatina. São Paulo: Santos, 2005.

4. Thomé S. Estudo da prática do aleitamento materno em crianças portadoras de malformações congênita de lábio e/ou de palato. Dissertação – Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 1990. 245p.

5. Altmann EBC. et al. Fissuras labiopalatinas. In: PACHI, P.R. Aspectos pediátricos. 4. Ed Carapicuiba: Pró-fono Departamento Editoral, 1997.

6. World Health Organization (Who). Training Course on Child Growth Assesment. Version 1 – November 2006. Geneva, WHO.

7. Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate. Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein, and Amino Acids (2002/2005). http://www.nap.edu/. Acesso: 03/11/2010.

8. Felix S, Hoeksma JB, Andersen BP. Growf Comparison Between Children Whith Clef Lip And Or Palate Controls. Cleft Palat Craniofacial J, 1992; 29: 475-80.

9. Araruna RC, Vendrúscolo DMS. Alimentação da criança com fissura de lábio e/ou palato – um estudo bibliográfico. Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto,2000, v. 8, n. 2, p. 99-105.

10. Morris SE, Klein MD. The child who has a cleftlip or palate. In: Morris SE, Klein MD. Pre-feeding skills: a comprehensive resource for mealtime development. 2ª ed. San Antonio: Therapy Skill Builders; 2000. p. 649-58.

11. Sidoti EJ, Shprintzen RJ. Pediatric care and feeding of the newborn with a cleft. In: Shprintzen RJ, Bardach J, organizators. Cleft palate speech management: a multidisciplinary approach. St. Louis: Mosby; 1995. p. 63-74.

12. Sawaya AL. Desnutrição: conseqüências em longo prazo e efeitos da recuperação nutricional. Estud. av., São Paulo, 2006 v. 20, n. 58.

ARTIGO DE REVISÃO

DISPLASIA DO QUADRIL NO RECÉM NASCIDO. COMO EVITAR DIAGNÓSTICO TARDIO.

HIP DYSPLASIA IN NEWBORN. HOW TO AVOID LATE DIAGNOSIS.

Edilson Forlin

Resumo

O diagnóstico precoce das alterações do quadril é uma preocupação do pediatra no atendimento de recém nascidos. O sinal de Ortolani é tido como paradigma do diagnostico da luxação congênita do quadril (atualmente Displasia do Desenvolvimento do Quadril - DDQ). No entanto, esta manobra é positiva apenas nos casos de instabilidade franca e mesmo sendo estável o quadril pode apresentar alterações na forma e evoluir para disfunções. Para evitar situações de não diagnóstico o pediatra deve estar atento aos fatores de riscos clínicos (história familiar, apresentação pélvica e outras alterações físicas), realizar o exame do quadril a cada visita no primeiro ano e investigar ou encaminhar qualquer paciente com suspeita de DDQ. Recomenda-se que o paciente só seja liberado de acompanhamento quando houver segurança do adequado desenvolvimento dos quadris comprovado por imagem radiográfica.

Palavras-chave: quadril, displasia, recém nascido.

Abstract

The diagnosis of problems of the hip in neonates is a concern for pediatricians. The Ortolani's sign is considered the paramount for the diagnosis of congenital dislocation of the hip (now called as Developmental Dysplasia –DDH). However the maneuver is positive only when instability is present and a stable hip does not exclude alterations and future dysfunction. In order to deal with an abnormal hip and avoid delay diagnosis the pediatrician should be aware of the risk factors (familiar history, breech presentation, and other physical abnormalities), perform a hip evaluation each visit at first year of life and investigate or refer every patient with a suspition of DDH.

The recommendation is to discharge a patient suspected to presente DDH only when the normal development of the hip could be documented radiografically.

Key words: hip, dysplasia, newborn.

Introdução

As deformidades do quadril no recém nascido consistem basicamente de três formas: luxação, subluxação e displasia. Na luxação ocorre a perda completa da relação articular, ou seja, o quadril está completamente fora da cavidade articular. A subluxação corresponde ao contato articular parcial. Estas duas condições são consideradas instáveis e, geralmente, se traduzem clinicamente pela positividade em manobras clínicas. A displasia refere-se à alteração apenas na forma, especialmente no acetábulo, mas a cabeça femoral encontra-se corretamente posicionada. Nesta situação o quadril é estável, comumente com exame físico normal e manobras negativas.

Foi comprovado que quadris displásicos podem evoluir para subluxação e luxação[1,2]. Esta progressão pode ocorrer durante toda a fase de crescimento, mas só ter representação clínica na adolescência ou na vida adulta[3,4]. Considerando-se estes fatos, o tradicional termo luxaçao congenita do quadril (LCQ) começou a ser questionado,

Mestre e Doutor em Medicina pela UNIFESP. Ortopedista Pediátrico do Hospital Pequeno Principe e Hospital de Clinicas da UFPR. Membro Corpo Editorial do Journal of Pediatric Orthopaedics e Journal of Children Orthopaedics. Ex-presidente da Sociedade Brasileira de Ortopedia Pediátrica

EF: *Rua Buenos Aires, 1020 80620-420 Curitiba-PR*

Telefone: (41) 3224-2251

e-mail: ediforlin@hotmail.com

pois indicaria que o diagnóstico está evidente clinicamente ao nascimento (o que não ocorre em muitas situações). Outra consequência associada é de aspecto legal, na responsabilização do pediatra por casos não diagnosticados.

Pelos motivos expostos a Sociedade Norte Americana de Ortopedia Pediátrica (POSNA) e a American Academy of Pediatrics substituiram a tradicional denominação de LCQ para Displasia de Desenvolvimento do Quadril – DDQ[5,6]. Este termo foi progressivamente adotado por outras entidades, inclusive no Brasil. Estes dois termos coexistem na literatura juntamente com Displasia Congênita do Quadril.

Epidemiologia e etiologia

A incidência de DDQ pode variar entre 5 a 50 casos por 1000 nascidos vivos[7]. Foi identificada a relação entre certas populações e etnias com a incidência. Importa-nos, principalmente, a referida maior incidência em descendentes de certas partes da Europa, notadamente Itália, e a baixa incidência em afrodescendentes[8].

A etiologia da DDQ é multifatorial, dependente de fatores genéticos e ambientais. Mais de 80% dos casos de DDH ocorrem em meninas. A presença de parentes de primeiro grau com DDH representa um aumento de 10 a 20 vezes na incidência em comparação a quando nao há casos familiares. Outras condições genéticas relacionadas são a hiperelasticidade e a anteversão femoral proximal. O lado esquerdo é acometido em 60% dos casos e ambos os quadris em 20%. Atribui-se esta distribuição à posição fetal com o lado esquedo sendo pressionado contra o sacro e a coluna da gestante. Oligodrâmnio e condições que produzam menor espaço e mobilidade fetal são também relacionadas.

Dos fatores ambientais relacionados à DDQ, a apresentação pélvica é o mais importante. Em um estudo realizado há alguns anos avaliamos 686 crianças encaminhadas por pediatras por suspeita de DCQ[1]. Destas, 314 foram acompanhadas até a idade mínima de um ano sendo detectadas 52 crianças (78 quadris) com DDQ. Dos dados clínicos a maior relação foi com a apresentação pélvica que ocorreu em 18 (35%) crianças, representando uma incidência cerca de 9 vezes maior que na apresentação cefálica. Outro fator de risco é a presença de outras alterações posturais ou congênitas. As principais relatadas são: torcicolo congênito (a mais comum) e deformidades do pé como calcâneo valgo, torto congênito e metatarsovaro. Nosso estudo demonstrou quase 10% com alterações associadas. Esta associação reforça a idéia da possível relação com oligodramnio.

Convem lembrar que a luxação do quadril pode estar associada a outras enfermidades, síndromes e doenças neuromusculares como síndrome de Down, artrogripose, mielomeningocele, neuro e miopatias congênitas e paralisia cerebral. Pelas suas diferenças esta forma não é objeto deste artigo.

Diagnóstico

O diagnóstico precoce é de valor fundamental, pois o tratamento nos primeiros meses é altamente efetivo, simples e com prognóstico muito superior quando comparado àqueles com atraso no diagnóstico. Por este motivo a avaliação do pediatra nos recém nascidos e lactentes constitue o mais importante fator para a correta abordagem da displasia do quadril numa comunidade. O primeiro passo para a detecção de casos precoces é levar em conta os fatores genéticos e ambientais acima discutidos.

Exame físico

O exame deve ser realizado com a criança tranquila e os membros inferiores relaxados. As manobras devem ser delicadas e confortáveis para a criança. A habilidade ao exame obviamente depende de técnica e prática. Um fator importante é a repetição do exame em cada visita no primeiro ano de vida, tendo o cuidado de registrá-lo no prontuário.

O diagnóstico de DDQ está popularmente associado à pesquisa do sinal de Ortolani, estando este inclusive presente na carteira de saúde da criança. Conforme a descrição original relatada por Ortolani, um pediatra italiano, no ano de 1937, este sinal representa um ressalto quando, um quadril que está luxado, é reduzido pela manobra de abdução em flexão[9]. Portanto, teria positividade em quadris luxados com instabilidade franca, ou seja, o grau mais acentuado de deformidade. Consideramos que a real presença deste sinal (quadril luxado) indica o tratamento.

Outra manobra fundamental é o sinal de Barlow. Neste, o quadril está reduzido e é luxado pela manobra em adução (contraria ao do sinal de Ortolani) e empurrando-se a cabeça para fora do acetábulo com o quadril em flexão[10]. A sua presença representa instabilidade com ou sem luxação. Portanto, ele detectaria alterações mais sutis que o demonstrado pelo sinal de Ortolani. Interessante notar que no trabalho original de Barlow cerca de 60% dos quadris instáveis normalizaram-se nas primeiras duas semanas de vida. Portanto, ao contrário do sinal de Ortolani, sua presença isoladamente nesta idade, não indicaria necessidade de tratamento imediato. Pelas definições apresentadas deduzimos que ambos os sinais não detectam quadris com alterações, mas sem instabilidade, ou seja, o fato de ambos estarem negativos não afasta completamente o diagnostico de DDQ.

Muito referido nos encaminhamentos é a presença do "click" que pode estar anotado como Sinal de Ortolani positivo. Este sinal geralmente é proprioceptivel e não audível (excluímos aqui o som ou sensação que podem acompanhar o sinal de Ortolani ou Barlow), apresenta baixa relação com DDQ e pode estar presente em quadris normais.

Outros sinais clínicos também devem ser investigados. A pesquisa da abdução dos quadris é realizada na posição de flexão e comparando-se os lados. Caso assimétrica ou limitada deve ser anotado como limitação da abdução. Diferenças na quantidade ou posicionamento das pregas da coxa são frequentemente referidas. Na DDQ isto pode ocorrer pelo encurtamento da coxa quando há luxação e afetar principalmente as pregas glúteas. O sinal de Galleazi é a diferença de altura dos joelhos pesquisando-se com os quadris fletidos e os membros juntos. Apesar da importante relação com a DDQ estes sinais estão aparentes, ou são mais evidentes, em crianças maiores e nas formas em que o quadril está francamente luxado. Em recém nascidos, mesmo com luxação, estes sinais podem estar ausentes.

Exames complementares

Com a presença de qualquer fator de risco ou suspeita ao exame físico estará indicada a investigação por imagem. Nos primeiros meses o colo/cabeça femoral e o revestimento acetabular são cartilaginosos e não podem ser avaliados diretamente por radiografias. Devido a isso, nos ultimos 30 anos a ecografia tornou-se o exame de eleição como auxiliar do diagnóstico principalmente nos três primeiros meses de vida. Dois métodos de ecografia

são os mais conhecidos. O ortopedista austríaco Hans Graff, desenvolveu uma classificação morfológica de angulos acetabulares resultando em quatro grupos e 8 subdivisões[11]. Na mesma época, Theodore Harcke, imaginologista do Instituto duPont em Wilmington EUA, desenvolveu o método chamado de dinâmico em que o principal item é a avaliação da estabilidade sem a medida de ângulos[12].

Para nosso conhecimento a avaliação ecográfica foi introduzida no Brasil em meados dos anos 80, no Hospital Pequeno Principe em Curitiba, e desde então foi utilizado para avaliar milhares de quadris de crianças com suspeita de DDQ[13].

Recomendamos que a ecografia seja realizada no periodo de 4 a 8 semanas de vida pela sua maior precisão. A ecografia antes das quatro semanas de vida pode induzir a tratamento de quadris que se normalizariam expontaneamente. As principais indicações consistem em pacientes com sinais de risco e para monitorar a redução de quadris em tratamento. Em nosso estudo com 314 quadris, a ecografia apresentou alta sensibilidade e especificidade (acima de 97%), mas permitiu casos de falso-positivos e falso-negativos[1].

A radiografia é útil em quadris mais maduros, a partir do terceiro mês. Nos quadris em que houve a suspeita de DDQ é o exame que permite a avaliação final e alta do paciente. Nos pacientes tratados é o exame indicado para acompanhamento e alta. A radiografia deve ser avaliada cuidadosamente em seus vários parâmetros: ângulo acetubular, relação da cabeça e do colo femoral com o acetábulo, grau de cobertura, arco de Shenton entre outros. Recomenda-se que um ortopedista ou um radiologista experiente avaliem as imagens e decisões não sejam baseadas apenas no laudo que acompanha a imagem, pois temos visto muitos casos de laudos de normalidade em quadris com DDQ e vice versa. Outros exames de imagem com tomografia e ressonancia não são necessários.

Papel do Screening

Devido a popularização da ecografia dos quadris, a falhas no diagnóstico precoce e pela reconhecida possibilidade de quadris clinicamente normais na infância terem alterações do desenvolvimento com comprometimento funcional futuro, alguns países, especialmente Europeus, criaram programas de screening[7,14-16]. Os resultados destes programas são controversos. Embora tenham demonstrado capacidade de aumentar a detecção precoce de casos de DDH alguns problemas foram reconhecidos: a aplicação de tais programas não evitou o aparecimento de casos diagnosticados tardiamente, houve um importante aumento dos casos de falso positivo induzindo a um excesso de tratamentos, a operacionabilidade é complexa, possui dificuldades técnicas e resulta em custo elevado[17,18]. Não nos parece que estes programas são uma boa opção para utilização em nosso país. Recomendamos a avaliaçao para os casos encaminhados com suspeita de DDQ e para aqueles com fatores de risco[19].

Principios de Tratamento

O tratamento da displasia é mais efetivo e simples nos primeiros meses de vida. Quadris com franca instabilidade devem ser tratados precocemente. Nos quadris com displasia progressiva o tratamento deve ser iniciado, preferencialmente, antes dos seis meses de vida. O tratamento nesta faixa etária é realizado com as correias de Pavlik por um período médio de 3 meses (figura 1). A função das correias é a manutenção na posição de redução da DDQ, ou seja, flexão e abdução. Por isso é fundamental que a família siga algumas recomendações, como o modo de pegar e usar roupas bem folgadas, para que o tratamento seja efetivo.

Figura 1. Criança de 4 meses em uso de correias de Pavlik. A tira anterior controla a flexão e a posterior a abdução evitando posições extremas.

A eficácia das correias nos primeiros meses de vida é em torno de 90%[13]. Com o passar dos meses o índice de resolução diminue e após a idade de 6 a 9 meses o tratamento com orteses pode não ser possivel. A partir desta fase o tratamento passa por redução sob anestesia e imobilização gessada. Até os 24 meses de vida a maioria dos quadris pode ser reduzida de modo incruento[20]. Em alguns quadris de qualquer idade e após a idade de 24 meses a redução por via aberta é necessária. O tratamento torna-se mais complexo com o aumento da idade podendo ser necessárias reconstruções acetabulares e encurtamento femoral. Do mesmo modo, a qualidade dos resultados descresce e a ocorrência de complicações tornam-se mais frequentes e graves. Chega-se a um ponto, a partir dos 8 a 10 anos que, pela deformidade e maus resultados da cirurgia, a redução não é mais recomendada deixando-se os quadris luxados.

Em geral, esses quadris, em que pesem o encurtamento, claudicação e lordose resultante, conservam ampla mobilidade e mantêm-se indolores pelo menos até a idade adulta avançada.

A complicação de tratamento com maior potencial de gravidade é a necrose avascular da cabeça femoral. Pode ocorrer em qualquer modalidade de tratamento, mas é

mais frequente nos tratamentos mais complexos. Apresenta diversos graus de intensidade que vão desde discretas alterações na forma da cabeça femoral sem déficit funcional até a rigidez do quadril com encurtamento do membro. Outra complicação importante é a reluxação que na maioria dos casos fará necessária nova intervenção cirúrgica. Mesmo com o sucesso da redução muitos quadris apresentam deformidades residuais que podem evoluir para artrose precoce[21].

A complexidade progressiva do tratamento e o declínio dos resultados reforçam a importância da avaliação atenta e repetida de recém nascidos e lactentes e a investigação em todos os casos com fatores de risco ou com qualquer suspeita de DDQ (quadro 1).

Quadro 1. Recomendações para o diagnóstico precoce.

* Atenção aos fatores de risco: história familiar positiva, apresentação pélvica, outras alterações como torcicolo congênito, deformidades dos pés. Especialmente em meninas.

* Treinamento prático dos pediatras nas manobras do exame físico: sinais de Barlow, Ortolani, abdução, pregas e sinal de Galeazzi.

* Exame atencioso e repetido em todas as avaliações do primeiro ano de vida. Anotar dados do exame no prontuário.

* Exame de ecografia deve ser solicitado entre a 4ª e 8ª semana de vida. Exames de radiografia a partir do 3º mês de vida.

* Liberar do acompanhamento os casos suspeitos após radiografia com no mínimo 6 meses de idade.

* Avaliação de ortopedista quando presente qualquer fator de risco ou suspeita de alteração ao exame (inclusive o "click"). Lembrar que ao pediatra cabe apenas a suspeita de DDQ enquanto o ortopedista deve tomar as medidas para responder se o quadril é normal ou não e deve (ou não) ser tratado.

Referências Bibliográficas

1. Forlin E, Meyer A, Pauletto AC. Avaliação de crianças com suspeita de displasia congênita do quadril (dcq) com idade entre 0 e 6 meses. Acta Ortop Bras 1997; 5(2):59-64.

2. Portinaro NM, Pelillo F, Cerutti, P. The Role of Ultrasonography in the Diagnosis of Developmental Dysplasia of the Hip. J Ped Orthop 2007; 27(2): 247-250.

3. Weinstein SL. Natural history of congenital hip dislocation (CDH) and hip dysplasia. Clin Orthop Relat Res 1987; 225:62-76.

4. Jacobsen S, Sonne-Holm S. Hip dysplasia: a significant risk factor for the development of hip osteoarthritis. A cross-sectional survey. Rheumatology 2005 44(2):211-218.

5. American Academy of Pediatrics. Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Developmental Dysplasia of the Hip. Clinical Practice Guideline: Early Detection of Developmental Dysplasia of the Hip (AC0001). Pediatrics 2000; 105:896-905.

6. Guille JT, Pizzutillo PD, MacEwen GD. Development dysplasia of the hip from birth to six months. J Am Acad Orthop Surg 2000; 8(4):232-42.

7. Bialik V, Bialik GM, Blazer S, et al. Developmental dysplasia of the hip: a new approach to incidence. Pediatrics 1999; 103:93-99.

8. Weinstein SL. Developmental Hip Dysplasia and Dislocation in: Lovell & Winter's, Pediatric Orthopaedics, 988-1036 6ª ed. Philadelphia: 2006.

9. Ortolani M. Congenital hip dysplasia in the light of early and very early diagnosis. Clin Orthop 1976; 119:6-10.

10. Barlow TJ. Early diagnosis and treatment of congenital dislocation of the hip. J Bone Joint Surg Br 1962; 44:292-302.

11. Graf R. New possibilities for the diagnosis of congenital hip joint dislocation by ultrasonography. J Pediatr Orthop 1983; 3:354-359.

12. Clarke NMP, Harcke HT, McHugh P, et al. Real-time ultrasound in the diagnosis of congenital dislocation and dysplasia of the hip. J Bone Joint Surg Br 1985; 67:406-412.

13. Yoshiyasu GA, Munhoz da Cunha LA. Correias de Pavlik para o tratamento da displasia do desenvolvimento do quadril. Rev Bras Ortop 1999; 34(1): 21-26.

14. Andersson JE. Neonatal hip instability: result and experiences from ten years of screening with the anterior-dynamic ultrasound method. Acta Paediatr. 2002; 91:926-929.

15. Gray A, Elbourne D, Dezateux C, et al. Economic evaluation of ultrasonography in the diagnosis and management of developmental hip dysplasia in the United Kingdom and Ireland. J Bone Surg Am. 2005; 87:2472-2479.

16. Puhan MA, Woolacott N, Kleijnen J, et al. Observational studies on ultrasound screening for developmental dysplasia of the hip in newborns-a systematic review. Ultraschall Med. 2003; 24:377-382.

17. Marks DS, Clegg J, al-Chalabi AN. Routine ultrasound screening for neonatal hip instability: can it abolish late-presenting congenital dislocation of the hip? J Bone Joint Surg [Br] 1994; 76:534–538.

18. Holen KJ, Tegnander A, Bredland T, Johansen OJ, Saether OD, Eik-Nes SH, Terjesen T. Universal or selective screening of the neonatal hip using ultrasound? A prospective, randomised trial of 15 529 newborn infants. J Bone Joint Surg [Br] 2002; 84:886–890.

19. Mahan ST, Katz JN, Kim YJ. To screen or not to screen? A decision analysis of the utility of screening for developmental dysplasia of the hip. J Bone Joint Surg Am 2009;91(7):1705-19.

20. Forlin E, Choi IH, Guille JT, Bowen JR, Glutting J. Prognostic factors in congenital dislocation of the hip treated with closed reduction. The importance of arthrographic evaluation. J. Bone and Joint Surg 1992; 74: 1140-1152.

21. Malvitz TA, Weinstein SL. Closed reduction for congenital dysplasia of the hip. Functional and radiographic results after an average of thirty years. J Bone Joint Surg Am 1994; 76:1777–1792.

RELATO DE CASO

PNEUMONIA ATÍPICA POR MICOPLASMA PNEUMONIAE NA CRIANÇA ASMÁTICA

ATYPICAL PNEUMONIA BY MYCOPLASMA PNEUMONIAE IN ASTHMATIC CHILDREN

Débora Carla Chong e Silva[1], Lorena E. Asami[2], Lucas A. Bertollo[2], Maiara F. Pukanski[2], Noelle S. Wassano[2], Vinícius T. Bortoli[2]
Instituição Vinculada: Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Resumo

Introdução: Asma é a doença crônica mais frequente da infância, e suas exacerbações podem estar relacionadas a infecções por diversos agentes, sendo o M. pneumoniae um deles.

Relato de caso: Paciente de cinco anos, sexo feminino, apresentou-se em crise de broncoespasmo, com história de internamentos prévios por crises de asma, sem tratamento contínuo para a doença. Foi internada devido à baixa saturação de oxigênio, mesmo após tratamento adequado. Persistiu com saturação baixa até o sexto dia, quando a radiografia de tórax evidenciou opacidade alveolar basal à direita. Suspeitado de pneumonia atípica por M. pneumoniae e iniciado tratamento com azitromicina. Melhora do padrão respiratório e alta após cinco dias.

Discussão: O caso relatado chama a atenção para a possibilidade da infecção por M. pneumoniae na criança asmática, em que o diagnóstico pode ser difícil, sendo na maioria das vezes iniciada antibioticoterapia presuntiva.

Palavras-chave: asma, pneumonia, mycoplasma.

Abstract

Introduction: Asthma is the most common chronic disease of childhood, and its exacerbations may be related to infection by other agents, as Mycoplasma pneumoniae.

Case report: A 5-year-old female patient presented with bronchospasm crisis, with a history of previous hospitalizations for asthma exacerbations, without continuous treatment for the disease. Hospitalized, she persisted with low oxygen saturation, even after adequate treatment. On the 6th day, a new chest radiograph showed an alveolar opacity in the right lower lobe. Suspecting of atypical pneumonia by M. pneumoniae, it was initiated treatment with azithromycin. The patient evolved with improvement in breathing pattern and was discharged from the hospital.

Discussion: The case draws attention to the possibility of infection by M. pneumoniae in children with asthma. The diagnosis can be very difficult, and in most cases it is initiated a presumptive antibiotic therapy.

Key words: asthma, pneumonia, mycoplasma.

1. Professora de Pediatria da PUC-PR- Setor de Pneumologia Pediátrica.

2. Alunos do 11º período do curso de Medicina da PUC-PR.

VTB: *Av. Iguaçu, 1355, ap. 13, Rebouças 80250-190 Curitiba-PR*

Telefone: (41) 8402-8220 e-mail: viniciustbortoli@gmail.com

Introdução

A asma é a doença crônica pediátrica mais frequente, e sua prevalência tem aumentado em numerosas regiões do mundo[1]. Pode ser caracterizada por inflamação, obstrução intermitente de vias aéreas e reatividade brônquica[2]. Diversos fatores contribuem para a patogênese da asma e participam nas exacerbações e gravidade da doença, como a susceptibilidade do indivíduo, atopia, exposição ambiental e infecções respiratórias[2]. Agentes virais como rinovírus, adenovírus, enterovírus, coronavírus, vírus sincicial respiratório, influenza A e B, parainfluenza, bocavírus e metapneumovírus humano são frequentemente detectados nos pacientes em exacerbação asmática, e acredita-se que sejam o gatilho mais comum[2]. No entanto, evidências sugerem que as infecções bacterianas atípicas (Mycoplasma pneumoniae e Chlamydophila pneumoniae) se correlacionem não só às exacerbações asmáticas[3], mas também ao desenvolvimento de infecções crônicas, que contribuem para a persistência e severidade da asma[1,2].

Neste neste apresentamos um caso de exacerbação de asma em uma criança de cinco anos, associada à um quadro de pneumonia atípica por Mycoplasma pneumoniae.

Relato de caso

E.P.S, feminino, cinco anos, deu entrada no pronto socorro com crise de broncoespasmo, de início há um dia. Acompanhava quadro de coriza, espirros e tosse produtiva sem expectoração, iniciado há três dias. Apresentava história de sibilância desde a primeira infância, com diversos internamentos prévios por crises intensas, sendo a última há três anos. Nunca realizou tratamento contínuo, fazendo uso de medicação de resgate nas crises. Mãe com histórico de bronquite na infância.

Ao exame, estava em regular estado geral, taquipnéica, afebril, hidratada. Apresentava tiragem subcostal, intercostal e em fúrcula esternal. Na ausculta havia murmúrio vesicular presente bilateralmente, com sibilância difusa. Ausculta cardíaca sem alterações. Abdome normal. A saturação em ar ambiente era de 86%, e em oxigênio era de 93%. Pesava 17 kg.

Devido ao quadro de broncoespasmo e baixa saturação, optou-se pelo internamento da paciente. Iniciada monitorização e oximetria de pulso, cateter nasal com O_2 a 2 L/min, inalação com solução fisiológica, bromidrato de fenoterol e brometo de ipratrópio. No segundo dia de internamento, o hemograma apresentou leucocitose com neutrofilia e a PCR de 7,4. A radiografia de tórax mostrou presença de infiltrado em lobo inferior à direita. Iniciou-se metilprednisolona endovenosa. Do terceiro ao sexto dia continuou com cateter nasal de O_2 (2L/min e depois 1L/min), e o corticóide endovenoso foi substituído por prednisolona 17 mg/dia via oral, dividido em duas tomadas. Houve melhora do estado geral e do padrão respiratório (diminuição dos sibilos e ausência de tiragem), porém sem progresso da saturação de oxigênio, que em ar ambiente variava de 88-92%. Foi então solicitada nova radiografia de tórax e gasometria. A radiografia mostrou opacidade alveolar basal à direita. À gasometria, pH 7,36, pCO_2 41,8, pO_2 35,9, Bic 23,4, BE -1,9, Sat 66% e BB 46,2. Suspeitando de pneumonia atípica (provavelmente por Mycoplasma pneumoniae, pela epidemiologia), foi iniciado tratamento com o macrolídeo (azitromicina). Houve evolução com melhora do padrão respiratório e alta hospitalar com azitromicina por cinco dias, associado à salbutamol aerossol e associação de fumarato de formoterol diidratado e budesonida aerossol para uso contínuo. A paciente foi encaminhada ao ambulatório de pneumologia para acompanhamento evolutivo.

Discussão

A paciente foi inicialmente manejada pensando-se em episódio de crise asmática. No entanto, a persistência da baixa saturação (apesar da terapêutica instituída) levantou a possibilidade de uma patologia sobrejacente, agravando e estendendo o quadro hipoxêmico. A investigação clínico-radiológica sugeriu uma pneumonia atípica por Micoplasma pneumoniae.

Micoplasmas são bactérias atípicas que não se coram pelo método de Gram, são invisíveis ao microscópio óptico e não possuem parede celular rígida[4]. Causam infecções assintomáticas, traqueobronquites, pneumonias e mais raramente infecções extrapulmonares (meningite, hepatite, anemia hemolítica, artrite, miocardite e pericardite)[5]. São transmitidas pelo contato com gotículas respiratórias, e possuem um tempo médio de incubação de 21 dias[2].

A pneumonia ocorre com mais frequência no outono e início do inverno, em crianças em idade escolar e também em grupos confinados. A maior incidência ocorre entre 5-19 anos, com predileção pelo sexo feminino. Nas crianças menores causa maior número de internamentos[4], como a paciente relatada, que permaneceu internada por mais de 1 semana. O micoplasma é responsável por mais de 30% das pneumonias comunitárias, podendo chegar a 50% nos grupos de maior risco[5]. Com esta incidência importante, deve sempre ser lembrada no diagnóstico diferencial nas pneumonias comunitárias[4].

A evolução do quadro é insidiosa[5], podendo persistir por semanas a meses[4]. A clínica é muito variável, o que dificulta o diagnóstico. A forma clássica de apresentação é caracterizada por tosse seca, mal estar, rinorréia e febre baixa[3], que pode evoluir com tosse produtiva não purulenta e odinofagia[5]. Quadros graves são raros e ocorrem mais frequentemente nos extremos de idade ou em pacientes com doenças de base[5], como a asma. Uma característica indicativa de infecção por Mycoplasma é a manutenção da febre após tratamento com betalactâmicos por 48 horas[5], já que este tipo de bactéria não responde a esta classe de antibióticos (uma vez que não possui parede celular)[4].

As manifestações radiológicas se encaixam entre o padrão viral e o bacteriano; na maioria das vezes mais próximas do bacteriano[4]. No episódio relatado, foram visualizados infiltrados broncopneumônicos/intersticiais em lobo inferior e unilateralmente, padrão típico de até 75% dos casos. Em 12% ocorrem consolidação lobar única, semelhante à pneumonia por pneumococo. Podem evoluir com atelectasias e derrame pleural (transitório e não muito volumoso). Linfadenopatias hilares acontecem em até 33% dos casos[5].

No segundo dia de internamento constatou-se leucocitose com neutrofilia. Esta evolução só ocorre em 20% das pneumonias por micoplasma, que na maioria das vezes não altera o hemograma[4]. Alguns autores sugerem que os eosinófilos e os basófilos séricos podem estar aumentados[3]. Os marcadores de atividade inflamatória estão comumente aumentados[4]. Em 50% dos casos há elevação das crioaglutininas, ocorrendo aumento nos primeiros dias de infecção e permanecendo altas por até seis meses. Níveis mais elevados estão associados a um pior prognóstico, com lesões pulmonares mais extensas e maior duração da febre[5].

O diagnóstico é geralmente presuntivo, já que os marcadores sorológicos demoram a surgir. A IgG inicia elevação no sétimo dia, atinge pico em 4-6 semanas, e permanece positivo (<1:16) após 2-3 anos[5]. Títulos maiores ou iguais a 1:64 são altamente sugestivos para o diagnóstico. Apesar de considerada padrão-ouro, a cultura é praticamente inviável devido ao longo tempo para crescimento (1-4 semanas) e necessidade de meios especiais para cultivo[4,5], não sendo rotineiramente empregada.

O M. pneumoniae é sensível a macrolídeos, ciclinas e quinolonas[5]. Os macrolídeos possuem um efeito adicional na terapia, devido à sua ação anti-inflamatória comprovada, e são utilizados por 1-3 semanas[5].

São crescentes as evidências de que infecções bacterianas por M. pneumoniae correlacionem-se às exacerbações asmáticas[3]. Blasi *et al.* observaram pacientes adultos asmáticos em exacerbação, e demonstraram soroconversão em 20% dos casos para algum patógeno atípico (bacteriano ou viral)[6]. Biscardi *et al.* afirmaram que o M pneumoniae estava presente em uma grande proporção de crianças em sua primeira crise asmática[7]. Uma explicação para esta relação é que a infecção pelo M. pneumoniae aumenta a expressão da proteína mucina MUC5AC das células epiteliais das vias aéreas, agravando a hiperprodução de muco já existente no asmático[2].

O diagnóstico definitivo da pneumonia por M. pneumoniae pode ser difícil porque a diferenciação com outros agentes etiológicos (principalmente pneumococo e vírus) nem sempre é possível, já que os resultados de cultura e de sorologia levam vários dias ou não demonstram a sensibilidade desejada. Deste modo, a antibioticoterapia nos casos de pneumonia na infância é muitas vezes presuntiva, sendo baseada na clínica do paciente e em sua resposta evolutiva ao tratamento. Também devido às limitações da detecção precisa das infecções pulmonares por bactérias atípicas, as conclusões dos estudos que avaliam o papel destes agentes na asma podem ser afetadas. Novos estudos são ainda necessários para definir o papel exato do M. pneumoniae na exacerbação, persistência e severidade da asma.

Referências Bibliográficas

1. Maffey AF, Barrero PR, Venialgo C, Fernández F, Fuse VA, Saia M, Villalba A, Fermepin MR, Teper AM, Mistchenko AS. Viruses and atypical bacteria associated with asthma exacerbations in hospitalized children. Pediatr Pulmonol. 2010; 45(6):619-25.

2. Metz G, Kraft M. Effects of atypical infections with Mycoplasma and Chlamydia on asthma. Immunol Allergy Clin North Am. 2010; 30(4):575-8.

3. Tang LF, Shi YC, Xu YC, Wang CF, Yu ZS, Chen ZM. The change of asthma-associated immunological parameters in children with Mycoplasma pneumoniae infection. J Asthma. 2009; 46(3):265-9.

4. Vervloet LA, Camargos PAM, Soares DRF, Oliveira GA, Oliveira JN. Características clínico-radiológicas e hematológicas das pneumonias causadas pelo Mycoplasma pneumoniae. J. Pediatr. (Rio J.). 2010; 86(6):480-7.

5. Amantéa S, Manica ALL, Leães CGS, Frey BN. Diferentes apresentações clínico-radiológicas da pneumonia por Mycoplasma pneumoniae. J. pediatr. (Rio J.). 2000; 76(4):315-22.

6. Blasi F, Aliberti S, Allegra L, Piatti G, Tarsia P, Ossewaarde JM, et al. Chlamydophila pneumoniae induces a sustained airway hyperresponsiveness and inflammation in mice. Respir Res. 2007; 8:83.

7. Biscardi S, Lorrot M, Marc E, Moulin F, Boutonnat-Faucher B, Heilbronner C, et al. Mycoplasma pneumoniae and asthma in children. Clin Infect Dis. 2004; 38(10):1341-6.

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

INFORMAÇÕES GERAIS

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

O JPP classifica os artigos nas seguintes categorias:

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

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

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

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

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

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

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

APROVAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO

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

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

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

FORMAS DE APRESENTAÇÃO DOS ARTIGOS

- Normas para Digitação

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

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

- Estrutura do Artigo

Os trabalhos devem ser encaminhados ao JPP da seguinte forma:

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

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

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

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

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

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

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

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

- Tabelas e Figuras (fotografias, desenhos e gráficos)

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

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

As Figuras não deverão exceder a 1/4 do número de folhas total do artigo.

As Figuras devem ser enviadas em 3 cópias.

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

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

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

- Referências Bibliográficas

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

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

a) artigo de periódicos:

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

b) capítulo de livro:

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

c) livro:

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

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

- Abreviaturas

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

MATERIAL ENVIADO PARA PUBLICAÇÃO

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

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

NOTAS E EVENTOS

EVENTOS SOCIEDADE PARANAENSE DE PEDIATRIA

Jornada Paranaense de Gastroenterologia e Nutrologia Pediátrica
14 e 15 de Outubro
Local: Sociedade Paranaense de Pediatria – Curitiba
Informações e Inscrições: (41) 3223-2570

36º Encontro Paranaense de Pediatria
"O passado e o futuro da Pediatria, o que fazer no presente"
24 a 26 de Novembro
Local: Sociedade Paranaense de Pediatria – Curitiba
Informações e Inscrições: (41) 3223-2570
(Veja Programação Preliminar na próxima página)

Cozinha Experimental SPP

ATUALIZAÇÃO TEÓRICO-PRÁTICA EM NUTROLOGIA PEDIÁTRICA

Local: Sociedade Paranaense de Pediatria
Horário: 19:30 horas Informações e Inscrições: (41) 3223-2570 – Vagas Limitadas

Programação

Aula 7 – 19 de outubro
Nutrindo o desnutrido ambulatorialmente
Palestrantes: Teórica – Dra. Jocemara Gurmini Prática – Nutricionistas
Aula 8 – 16 de novembro
A obesidade no consultório
Palestrantes: Teórica – Dra. Maria Arlete Escrivão Prática – Dras. Ana Teresa Londres e Rosane Cristina Mingot

TEMAS DE ATUALIZAÇÃO EM PEDIATRIA

Local: Sociedade Paranaense de Pediatria Horário: 19:00 horas Inscrições Gratuitas

Programação

Aula 7: Raios-X de tórax e abdômen na pediatria. Diagnósticos diferenciais
Palestrante: Dra. Dolores Bustelo
Data: 22 de setembro de 2011 (quinta feira)
Aula 8: Cefaléia na infância. Quando investigar e como tratar
Palestrante: Dr. Sérgio Antônio Antoniuk
Data: 20 de outubro de 2011 (quinta feira)

OUTROS EVENTOS

III JORNADA DE NEUROCIÊNCIAS - CENEP

DESENVOLVIMENTO INFANTIL
Avaliação e Intervenção
17 a 19 de Novembro

Informações: Fone/Fax: (41) 3206-1324 (das 14h às 18h) ou pelo e-mail: jornada@cenephc.com.br

CURSOS: WORKSHOP AUTISMO, TRANSTORNOS MENTAIS NA INFÂNCIA, DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM E, CONFECÇÃO DE ÓRTESE PARA MEMBROS SUPERIORES ESPÁSTICOS (OFICINA)

TEMAS ABORDADOS NA JORNADA: AUTISMO, SÍNDROME DE ASPERGER, TDAH, DISLEXIA, DISCALCULIA, BULLYING E CYBERBULLYING, PARALISIA CEREBRAL, DISTÚRBIOS NEUROPSIQUIÁTRICOS NA ESCOLA, INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO E TRIAGEM

SOLICITE PROGRAMA COMPLETO E INSTRUÇÕES PARA INSCRIÇÃO PELO e-mail: **jornada@cenephc.com.br**