



Jornal Paranaense de Pediatria

EDITORES

Paulo Breno Noronha Liberalesso

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

Sérgio Antônio Antoniuk

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

EDITORES ASSOCIADOS

Aristides Schier da Cruz

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

Donizetti Dimer Giamberardino Filho

Pediatra Diretor do Hospital Infantil Pequeno Príncipe.

Gilberto Pascolat

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

Luiza Kazuko Moriya

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

CONSELHO EDITORIAL

Alexandre Menna Barreto

Endocrinologista Pediátrico do Hospital Pequeno Príncipe.

Alfredo Löhr

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

Carlos A. Riedi

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

Geraldo Graça

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

Gislayne C. Souza Nieto

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

Herberto José Chong Neto

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

Isac Bruck

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

José Carlos Amador

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

Katia Aceti Oliver

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

Kerstin Taniguchi Abagge

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

Lucia Helena Coutinho dos Santos

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

Luiz Antônio Munhoz da Cunha

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

Luiz Ernesto Pujol

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

Mara Albonei Pianovski

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

Margarida Fatima Fernandes Carvalho

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

Mariana Faucz Munhoz da Cunha

Nefrologista Pediátrica do Hospital Pequeno Príncipe.

Marina Hideko Asshiyde

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

Mário Vieira

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

Milton Elias de Oliveira

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

Monica Nunes Lima

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

Nelson Augusto Rosário Filho

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

Nelson Itiro Miyague

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

Regina Paula Guimarães Vieira Cavalcante da Silva

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

Rosana Marques Pereira

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

Vania Oliveira de Carvalho

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

DIRETORIA SPP - TRIÊNIO 2016-2018

Presidente: Kerstin Taniguchi Abagge (Curitiba)

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

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

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

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

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

Secretário Geral: Tsukiyo Obu Kamoi (Curitiba)

1º Secretário: Geórgia Morgenstern Milani (Curitiba)

2º Secretário: Paulo Breno Noronha Liberalesso (Curitiba)

Tesouraria

1º Tesoureiro: Cristina Terumy Okamoto (Curitiba)

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

Conselho Fiscal: Armando Salvatierra Barroso (Curitiba),

Carlos Oldenburg Neto (Curitiba), Mario Cesar Vieira

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

Cabral Arthur (Maringá)

Comissão de Sindicância: Dorivam Nogueira (Curitiba),

Rosana Marques Pereira (Curitiba), Marcia Bandeira

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

Delfino (Londrina)

Conselho Consultivo: Rosângela de Fatima Iteraminense

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

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

Grossa), Naiza Alessandra Dornelles (Maringá)

Diretoria de Defesa Profissional

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

Armando Salvatierra Barroso (Curitiba) e Milton Macedo de

Jesus (Londrina)

Diretoria de Cursos, Eventos e Promoções

Coordenadora: Gislayne Castro e Souza de Nieto (Curitiba)

Diretoria de Ensino e Pesquisa

Coordenadores: Victor Horácio de Souza Costa Junior

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

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

Diretoria de Publicações

Coordenadores: Sérgio Antoniuk (Curitiba), Paulo Breno

Noronha Liberalesso (Curitiba) e Vania Oliveira de Carvalho

(Curitiba)

Diretoria de Relações

Coordenador: Kennedy Long Schisler (Foz do Iguaçu)

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS DA SOCIEDADE PARANAENSE DE PEDIATRIA

Departamento de Adolescência

Presidente: Iolanda Maria Novadzki

Departamento de Aleitamento Materno e Puericultura

Presidente: Marcelo Grott Lobo

Departamento de Alergia - Imunologia

Presidente: Alexsandro Zavadniack

Departamento de Cardiologia

Presidente: Cristiane Nogueira Binotto

Departamento de Dermatologia

Presidente: Juliana Loyola

Departamento de Endocrinologia

Presidente: Rosana Marques Pereira

Departamento de Gastroenterologia

Presidente: Mário Cesar Vieira

Departamento de Hemato-Oncologia

Presidente: Lisandro Lima Ribeiro

Departamento de Infectologia

Presidente: Adriana Blanco

Departamento de Nefrologia

Presidente: Lucimary de Castro Sylvestre

Departamento de Neonatologia

Presidente: Regina Vieira Cavalcante Silva

Departamento de Neurologia

Presidente: Simone Karuta

Departamento de Nutrologia

Presidente: Denise Tiemi Miyakawa

Departamento de Otorrinolaringologia

Presidente: Rodrigo Guimarães Pereira

Departamento de Pneumologia

Presidente: Débora Carla Chong e Silva

Departamento de Reumatologia

Presidente: Marcia Bandeira

Departamento de Saúde Mental

Presidente: Jussara Ribeiro dos Santos Varassin

Departamento de Segurança da Criança e do Adolescente

Presidente: Luci Yara Pfeiffer

Departamento de Suporte Nutricional

Presidente: Izaura Merola Faria

Departamento de Terapia Intensiva

Presidente: Sandra Lange Zaponi Melek

Referência em Genética

Salmo Raskin

Referência em Oftalmologia

Ana Tereza Ramos Moreira e Christie Graf Ribeiro

Referência em Ortopedia

Edilson Forlim e Jamil Faisal Soni

Referência em Radiologia

Dolores Bustelo

JORNAL PARANAENSE DE PEDIATRIA - ANO 17, NÚMERO 02, 2016.

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

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

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

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

Projeto gráfico, diagramação e editoração: Fidellize Marketing Ltda. Tel.: 41 9644-8959 fidellize25@yahoo.com.br Curitiba-PR

Impressão: Topgraf Editora e Gráfica Ltda.

EDITORIAL

Esta é a primeira edição do Jornal Paranaense de Pediatria da gestão 2016-2018.

O Jornal Paranaense de Pediatria há 17 anos apresenta uma produção científica de qualidade e incentiva a divulgação dos bons trabalhos de alunos e residentes durante a sua formação. Possui um corpo editorial atuante e criterioso que muito contribui para a divulgação da ciência.

A disseminação do conhecimento de forma dinâmica, com as Jornadas Itinerantes de Pediatria, o Uptodate em Pediatria, além das reuniões periódicas dos Departamentos Científicos também serão importantes instrumentos de atualização. Faça parte você também da nossa História, seja um associado da SPP!

A Sociedade Paranaense de Pediatria entra neste triênio com a campanha “Tenha um Pediatra para Chamar de Seu”, que visa fortalecer a pediatria preventiva (puericultura), valorizar o Pediatra e conscientizar a população acerca do acompanhamento periódico da criança e do adolescente, evitando a “pediatria do pronto-socorro”. Além disso, a SPP vem se reunindo com o Conselho Regional de Medicina e as Secretarias Municipal e Estadual de Saúde a fim de defender condições adequadas de trabalho, remuneração justa e, principalmente, o atendimento da criança e do adolescente pelo PEDIATRA, pois é o profissional melhor qualificado para promover a saúde, identificar problemas, tratar as doenças e orientar as famílias.

A importância desse assunto pode ser verificada já no primeiro artigo dessa Edição, onde se identificou a introdução precoce de alimentos e uso de alimentos inadequados já no primeiro ano de vida por mães estudadas em uma Unidade de Saúde de Cascavel.

Também estreia nessa Edição, o “caso do mês”, um caso clínico de exercício diagnóstico. Mande também o seu!

Boa leitura!

Kerstin Taniguchi Abagge

Presidente Sociedade Paranaense de Pediatria

QUALIDADE DA ALIMENTAÇÃO INFANTIL E PERCEPÇÃO MATERNA SOBRE ADESÃO DE ORIENTAÇÕES E INFLUÊNCIA ALIMENTAR NA SAÚDE DE SEUS FILHOS

QUALITY OF INFANT FEEDING AND MATERNAL PERCEPTION ABOUT ACCESSION OF GUIDELINES AND FOOD INFLUENCE IN THEIR CHILDREN'S HEALTH

Marilia Menegazzo¹, Luciana O Cavalli², Ediberto Y Ueda³

Instituições vinculadas: Faculdade Assis Gurgacz – Cascavel – Paraná; Prefeitura Municipal de Cascavel – Paraná.

Resumo

Objetivo: avaliar a qualidade da alimentação de crianças menores de um ano frequentadoras de uma Unidade de Saúde e a percepção materna sobre adesão das orientações dos profissionais de saúde e influência dos alimentos na saúde de seus filhos.

Métodos: estudo descritivo quantitativo pertinente a nível primário. Os dados foram obtidos por meio da aplicação de um questionário para 150 mães/cuidadores de crianças de até 11 meses e 29 dias que frequentam a unidade e que aceitaram participar da pesquisa. A coleta ocorreu durante os meses de dezembro de 2014 a março de 2015.

Resultados: 96% das mães têm a percepção de seguir as orientações da equipe de saúde e 4% não têm (dessas, 17% demonstraram preocupação sobre influência alimentar na saúde do filho). 45% realizaram o desmame precoce, que em 31% dos casos ocorreu no primeiro mês de vida. O aleitamento materno foi mantido após a introdução de alimentos aos seis meses em 74% dos casos. Na introdução, 74% ofereceram inicialmente líquidos e 26% sólidos. 30% das mães de maiores de seis meses oferecem alimentos com açúcar, 74% leite e derivados, 94% frutas e 76% verduras e legumes. 79% amassam a alimentação antes de oferecer e 4% liquidificam.

Conclusão: houve introdução precoce de alimentos em cerca de metade dos casos e um grande número de mães que oferece alimentos não recomendados no primeiro ano de vida. Observamos incoerência entre a percepção e as atitudes maternas, e um baixo percentual de preocupação sobre influência alimentar na saúde dos filhos.

Palavras-chave: alimentação infantil; percepção materna; recomendações.

1. Acadêmica do sexto ano do Curso de Medicina da Faculdade Assis Gurgacz.

2. Médica de Família e Comunidade pelo Hospital Nossa Senhora da Conceição.

3. Médico Pediatra pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

MM: Rua Marechal Deodoro, 3025, ap. 1403 Centro 85810-200 Cascavel-PR

Telefone: (45) 9959-9798

e-mail: mamenegazzo23@gmail.com

Abstract

Objectives: evaluate the quality of feeding in children younger than one year old attended in a health unit and the maternal perception about adherence of guidelines of health professionals and food influence on their children's health.

Methods: descriptive quantitative research relevant at primary level. The data were obtained through the application of questionnaire to 150 mothers/caregivers of children up to 11 months and 29 days attended at the unit and who agreed to participate in the study. The data collection occurred during the months of December 2014 to March 2015.

Results: 96% of mothers have the perception to follow the guidelines of the health team and 4% do not have (of these, 17% showed concern about food influence on child's health). 45% underwent early weaning, which in 31% of cases occurred in the first month of life. The breastfeeding was maintained after the introduction of foods at 6 months in 74% of cases. In the introduction, 74% offered initially liquid and 26% solids. 30% of mothers of older than six months offer food with sugar, 74% milk and derivatives, 94% fruit and 76% vegetables. 79% amass food before offer and 4% beat in the blender.

Conclusion: there was early introduction of food in about half of the cases and a large number of mothers that provides food not recommended in the first year of life. We observed an inconsistency between the perception and the maternal attitudes, and a low percentage of concern about food influence on the health of children.

Key words: infant feeding; maternal perceptions; recommendations.

Introdução

A infância é um período muito importante para o desenvolvimento de capacidades físicas, intelectuais e comportamentais do ser humano. Tendo esse conceito em vista, destacamos a alimentação como um dos principais determinantes deste processo¹. Assim, é necessário que ela seja abordada com maior frequência e avaliada quanto a sua qualidade, a fim de adequá-la conforme as recomendações previamente estabelecidas em estudos científicos.

Inúmeros são os fatores que contribuem para uma vida saudável nos primeiros meses de vida. De acordo com o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde "o aleitamento materno é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil"¹. Sem esquecer do valor dos alimentos complementares, da sua qualidade e período de introdução, não menos importantes que o aleitamento materno¹.

Em 2013, um relatório do Unicef "Situação Mundial da Infância 2013 - Crianças Com Deficiência", mostrou que a taxa de mortalidade infantil (morte de indivíduos menores de um ano de idade) era, em 1990, de 49 por mil nascidos vivos e caiu para 14 em 2011². Esta queda na mortalidade é consequência de vários fatores, entre eles a melhoria das condições de vida e da atenção à saúde da criança, as quais proporcionaram uma maior segurança alimentar e nutricional³.

Visto a importância do processo de nutrição infantil, requisitos e consequências, algumas dificuldades são encontradas pelas mães das crianças que estão passando por essa fase da vida. Vários fatores estão relacionados à correta realização das práticas alimentares por parte dos cuidadores, como educação e crenças, carga de trabalho, saúde e status nutricional, fatores emocionais, recursos financeiros, suporte social pela família e comunidade, entre outros⁴.

Métodos

O presente estudo trata-se de uma pesquisa descritiva quantitativa, realizada em campo, na Unidade Básica de Saúde Cascavel Velho, da cidade de Cascavel-PR. Foram entrevistadas 150 mães/cuidadores de crianças menores de 11 meses e 29 dias que frequentam a Unidade, durante os meses de dezembro de 2014 a março de 2015.

O método utilizado para coleta de dados foi a aplicação de um questionário contendo vinte questões diversas sobre alimentação da criança e percepção materna sobre seguimento de orientações. Antes da aplicação, foram explicados quais os objetivos e motivos do estudo e entregue um termo de consentimento para leitura e esclarecimento em caso de dúvidas.

O aleitamento materno foi analisado em relação à duração e motivo de desmame precoce, e a alimentação complementar no que diz respeito à época e forma de introdução, qualidade e modo de preparo, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde. As questões sobre percepção foram retiradas da pesquisa "Percepção e atitudes maternas em relação às orientações de profissionais de saúde referentes a práticas alimentares no primeiro ano de vida", realizada na cidade de Porto Alegre - RS. Foram utilizadas as seguintes perguntas: 1- Com relação às orientações fornecidas pela equipe de saúde, você acredita que: a) Segue as orientações; b) Não segue. Caso a resposta fosse a letra B, a mãe responderia mais duas perguntas: 2a - Você não segue a alimentação orientada, mas: a) tem certeza de que o que ele come não faz mal à saúde dele; b) se preocupa: será que o que ele come pode trazer algum mal à saúde dele; c) pensa que deve mudar a alimentação dele para que ele receba a alimentação saudável; d) já sabe o que vai fazer para mudar; e) já está mudando para melhor. 2b - Na sua opinião, qual o principal motivo para você não seguir a orientação fornecida pela equipe de saúde: a) não recebeu informações; b) não entendeu as informações fornecidas; c) dificuldade no preparo do alimento conforme orientado;

d) falta de tempo; e) custo dos alimentos; f) influência de outras pessoas na orientação alimentar; g) outros motivos.

Os dados quantitativos obtidos através da entrevista foram convertidos em planilha no Microsoft Excel compondo banco de dados. Depois disso, foram organizados em gráficos e tabelas.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Assis Gurgacz, da cidade de Cascavel, sob parecer de número 912.420, e também pela Prefeitura Municipal de Cascavel.

Resultados

Os resultados obtidos mostraram que num total de 150 mães/cuidadores, 96% acreditam seguir as orientações fornecidas pela equipe de saúde e apenas 4% mães acreditam não seguir. Das que não seguem as orientações, 83% responderam que tem certeza de que o que ele come não faz mal à saúde dele e 17% respondeu que se preocupa, e tem dúvida se o que ele come pode trazer algum problema para ele. Os principais motivos para as orientações não serem seguidas foram: não terem entendido as informações fornecidas (17%); dificuldade no preparo do alimento conforme orientado (17%) e outros motivos (66%) – pensa que o jeito que faz está certo; acha que o que dá é melhor para ela; não conseguiu ter contato com o médico quando teve que trocar o leite; falta de interesse.

Com relação aos dados obtidos, 96 mães possuíam filhos com idade inferior a 6 meses e 54 crianças com mais de 6 e menos de 12 meses. Para facilitar a análise e interpretação dos dados, optou-se por dividir a análise da adequação da alimentação por essa mesma faixa etária.

Em relação ao aleitamento materno em crianças com menos de seis meses, 60% das mães responderam que seus filhos estão em AME e 40% responderam que já introduziram outros tipos de alimentos, como a fórmula infantil, líquidos ou sólidos. Das que já iniciaram a alimentação, a idade de desmame ocorreu conforme a figura 1.

A justificativa para o desmame precoce foi a diminuição do leite (21%), necessidade de retorno ao trabalho (19%) e outros (60%). Em relação à introdução inicial de alimentos sólidos ou líquidos, todas as mães que introduziram outros alimentos antes dos seis meses responderam ter iniciado com líquidos, visto que o principal alimento utilizado em substituição ao aleitamento foi a fórmula infantil.

Na avaliação do erro nutricional das crianças acima de seis meses avaliadas, a introdução precoce de outros alimentos foi realizada por 54% das mães. Desses casos a época do desmame está descrita na figura 2. Apenas uma mãe ainda não havia introduzido outros alimentos.

A justificativa para a introdução precoce foi em 38% dos casos a diminuição do leite, em 4% porque o “leite era fraco”, 3% por indicação do pediatra, 14% por necessidade de retorno ao trabalho e 41% por outros motivos. Em relação à manutenção do aleitamento materno até os dois anos, 74% das mães referiram ter mantido após introduzir outros alimentos. No que diz respeito à introdução inicial de sólidos ou líquidos, 74% destas mães responderam ter oferecido inicialmente líquidos e apenas 26% das mães ofereceram sólidos.

Na análise da qualidade da alimentação após os seis meses, dentre as 54 mães, o número de mães que relata-

ram ter o costume de oferecer doces ou alimentos com açúcar, frutas e legumes e verduras está identificado na figura 3.

No que diz respeito ao consumo de frutas, do total de 51 mães que oferecem, a frequência na maioria dos casos (78%) é duas ou mais vezes ao dia, 20% responderam uma vez ao dia, 2% raramente. Quanto às verduras e legumes, 76% das mães referiram ter o hábito de oferecer aos seus filhos, destas 34% responderam que seus filhos consomem uma vez ao dia, 56% duas ou mais vezes ao dia, 5% duas ou mais vezes por semana e 5% raramente.

Em relação ao preparo da comida salgada, das 52 mães que oferecem, 79% relataram amassar os alimentos, 4% relataram que liquidificam e 17% que não realizam nenhum dos dois processos.

Discussão

Na análise do presente estudo, que buscou verificar a qualidade da alimentação de crianças menores de um ano frequentadoras da Unidade Básica de Saúde Cascavel Velho, bem como a percepção materna sobre seguimento das orientações dos profissionais de saúde e influência da alimentação na saúde de seus filhos, foi possível observar que a grande maioria das mães entrevistadas (96%) tem a percepção de seguir as orientações fornecidas pela equipe de saúde e apenas 4% acreditam não seguir. Entretanto, verificamos que há grande incoerência entre percepção materna e suas reais atitudes, já que das mães que afirmaram seguir as recomendações, em 58% dos casos ela foi considerada inadequada de alguma forma. Por outro lado, houve também um caso de uma mãe que referiu não seguir as orientações, porém teve a alimentação considerada correta. Inúmeros fatores podem estar envolvidos nesse contexto e talvez uma única orientação do profissional de saúde não seja suficiente para o pleno entendimento das informações. Um estudo realizado no Rio de Janeiro em uma Maternidade-Escola mostrou que 53,3% das mulheres disseram ter recebido, durante o pré-natal, informações sobre práticas de aleitamento, mas observou-se que mesmo assim essas orientações não foram completamente fixadas por elas⁵. Isso mostra que é necessário maior acompanhamento dessas mulheres, durante todo período de amamentação, para que as informações sejam sempre enfatizadas e relembradas.

Em relação ao não seguimento das orientações, apenas 4% das mães disseram não ter essa percepção. Os principais motivos para o não seguimento foram: não terem entendido as informações fornecidas (17%), dificuldade no preparo do alimento conforme orientado (17%) e outros motivos (66%). Como citado anteriormente, o não entendimento das orientações é um importante fator que contribui para a prática inadequada e, quando as mães referem ter dificuldade no preparo, também pode estar havendo erro de interpretação, além da questão que envolve a necessidade de retorno ao trabalho. A falta de conhecimento materno sobre os benefícios de uma alimentação saudável no primeiro ano de vida também pode estar envolvida nesse sentido e, segundo outro estudo, a maior ênfase dada à importância da alimentação durante as consultas de puericultura pode contribuir para melhor adesão às recomendações⁶. Em uma pesquisa realizada no Rio Grande do Sul, com 631 binômios mãe-criança, sobre percepção materna, mostrou que cerca de 50% das entrevistadas disseram não seguir as recomendações dos profissionais. Entre elas, foi verificado que 54% percebiam a influência da alimentação na saúde de seus filhos,

estando esse fato associado a melhores práticas alimentares no primeiro ano de vida⁷. No presente estudo, a maioria das mães (17%) que responderam não seguir as orientações mostrou preocupação sobre consequências da alimentação da saúde da criança.

Atualmente, sabemos que a primeira infância é um período crucial no desenvolvimento integral do ser humano. São nos primeiros seis meses de vida que a criança desenvolve grande parte da capacidade mental que terá quando crescer. Assim, a atenção integral nessa faixa etária torna-se essencial, uma vez que influenciará no sucesso pessoal, intelectual, social e econômico desses seres humanos³.

Inúmeros são os fatores que contribuem para uma vida saudável nos primeiros meses de vida, e entre eles está a alimentação. Segundo o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde (2009), o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) é indicado até a criança completar seis meses de vida, com posterior introdução de outros alimentos¹. Com base nesse critério, ao analisarmos a alimentação de 150 crianças na Unidade Básica de Saúde Cascavel Velho, pudemos perceber que 60% das mães de crianças menores de seis meses e 46% das mães de maiores de seis meses, totalizando 55% dos entrevistados, realizaram ou estão realizando corretamente esse processo. Entretanto, no restante das participantes esta prática não foi adequada, uma vez que houve introdução precoce outros tipos de alimentos, como a fórmula infantil, líquidos ou sólidos, antes de a criança ter completado seis meses de vida. Isso representa um grande problema e pode trazer sérias consequências para a saúde da criança futuramente, uma vez que o aleitamento materno é considerado um fator protetor, por uma série de mecanismos, contra doenças crônicas, como obesidade^{8,9} hipertensão¹⁰, diabetes, hipercolesterolemia¹¹, e em doenças cardiovasculares^{11,12}. Além disso, estudos realizados em países desenvolvidos e em desenvolvimento, como o Brasil, mostraram que a introdução precoce de outros alimentos, devido a ingestão mais baixa dos elementos protetores do leite materno, aumenta a morbimortalidade infantil e representa também uma grande via de contaminação para as crianças¹³.

Em relação à idade de desmame dessas crianças, que ocorreu precocemente em 45% dos casos, 31% das entrevistadas responderam que deixaram de amamentar exclusivamente com um mês ou menos de um mês, estando as outras respostas distribuídas entre dois, três, quatro ou cinco meses. A baixa permanência de AME também se mostrou na II Pesquisa de Aleitamento Materno em Capitais Brasileiras, em que a duração mediana foi de 54,1 dias¹⁴, o que está bem longe do preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS). A justificativa das mães para o desmame precoce teve como principais motivos a diminuição do leite (28%), necessidade de retorno ao trabalho (16%) e outros motivos (52%). O desmame precoce pode estar relacionado com inúmeros fatores, e Almeida e Novak (2004) caracterizam a abordagem da amamentação como um híbrido natureza-cultura, sendo esta um reflexo de circunstâncias sociais, biológicas, econômicas, culturais e políticas¹⁵. Quando as mães afirmam que ocorreu "diminuição de leite", diversas condições podem estar envolvidas. A inadequação nas técnicas de aleitamento, como posição inadequada da mãe e do bebê, que resulta em "má pega", pode dificultar o esvaziamento da mama e assim, reduzir a produção de leite¹. Fatores emocionais, como estresse, insegurança, medo e ansiedade, também podem estar

envolvidos na redução da produção de leite, uma vez que interferem na produção hormonal e fisiologia da lactação¹. A necessidade de retorno ao trabalho foi outro fator que interferiu de forma expressiva na duração do aleitamento, e essa relação também foi encontrada em outros estudos¹⁶⁻¹⁸. Além de dificultar a amamentação, a carga de trabalho da mulher, associada com outras atribuições da mulher moderna, pode gerar as alterações emocionais citadas acima, interferindo na síntese de leite materno.

Segundo o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde (2009), é recomendado que, após a introdução de outros alimentos aos seis meses, o aleitamento materno seja mantido de forma complementar até a criança completar dois anos de vida¹. No presente estudo, verificamos que 74% das mães de crianças maiores de seis meses referiram ter mantido após a introdução, o que representa um número considerável, mas que ainda precisa ser melhorado. Além disso, é orientado que na introdução a alimentação seja espessa desde o início, sem necessidade de passar na peneira ou liquidificar, as chamadas "papas", e que ao poucos vá aumentando a consistência até chegar à alimentação da família¹. Dessa forma, pudemos verificar na maioria dos casos houve inadequação das primeiras refeições, uma vez que 74% das mães responderam ter oferecido inicialmente líquidos e apenas 26% ofereceram sólidos.

O Ministério da Saúde também recomenda que nos primeiros anos de vida devem ser evitados doces, salgadinhos, café, alimentos industrializados, ricos em sal e gordura, refrigerantes, etc¹. Também é importante ressaltar que o leite de vaca não modificado deve ser evitado no primeiro ano de vida devido ao risco de desenvolver alergia alimentar, distúrbios hidroeletrólíticos, predisposição futura para obesidade¹. O risco de anemia também é aumentado com a introdução precoce do leite de vaca devido ao abandono, total ou parcial, do consumo de leite materno, e à baixa concentração e biodisponibilidade de ferro naquele leite^{1,19}. Segundo Gerstein a introdução precoce do leite de vaca (antes dos 4 meses), é um importante fator de risco para desenvolvimento do diabetes melito tipo I, aumentando em 50% a chance de adquirir a doença²⁰. Nesta pesquisa, observamos que um número significativo de mães está oferecendo precocemente determinados alimentos. 30% das mães relataram ter o costume de oferecer doces ou alimentos com açúcar aos seus filhos e 74% afirmaram oferecer leite de vaca ou iogurte.

O consumo diário de frutas e hortaliças deve ser estimulado, uma vez que são grandes fontes de vitaminas, fibras e minerais. Mesmo que a criança recuse o alimento inicialmente, devemos oferecer novamente em outras refeições, pois para que ele seja aceito são necessárias várias exposições em horas diferentes¹. Nesse caso, resultados positivos foram encontrados no estudo, pois a maioria das mães 94% disse ter o hábito de oferecer, sendo a frequência na maior parte dos casos (78%) duas ou mais vezes ao dia. Em relação às verduras e legumes, um número expressivo (76%) de mães também relatou ter o costume de oferecer, 34% uma vez ao dia e 56% duas ou mais vezes ao dia.

No que diz respeito ao preparo da comida salgada, em que a recomendação é que ela seja amassada, oferecida na forma de "papas", até adquirir a consistência da alimentação da família (MS, 2009a), verificamos que a maioria das mães (79%) estão preparando de forma adequada a alimentação de seus filhos, já que amassam os alimentos antes de oferecer.

Após analisarmos os resultados do presente estudo, verificamos pontos positivos e negativos em relação à qualidade da alimentação dessas crianças. Houve introdução precoce de alimentos em cerca de metade dos casos, acarretando em baixa permanência de AME, e um grande número de mães que oferece alimentos não recomendados no primeiro ano de vida, como doces, leite de vaca e derivados. Em contrapartida, observamos elevada prevalência no consumo de frutas e verduras, e bons resultados no que diz respeito à manutenção do aleitamento materno após a introdução de outros alimentos e ao preparo adequado da alimentação.

Verificamos a elevada taxa de mães que possuem per-

cepção de seguir as orientações da equipe de saúde e, concomitantemente, a grande incoerência entre percepção e real conduta materna. Além disso, um baixo percentual de preocupação sobre influência alimentar na saúde dos filhos entre as mães que responderam não seguir as recomendações foi observado. Diversos fatores podem estar envolvidos nesse contexto e acreditamos que é essencial a constante orientação dessas mães e cuidadores. O incentivo à criação de políticas e programas que abordem amamentação e alimentação infantil precisa ser ampliado a fim de expandir o conhecimento materno sobre importância de hábitos alimentares saudáveis na vida da criança e, assim, a melhorar qualidade das práticas de nutrição.

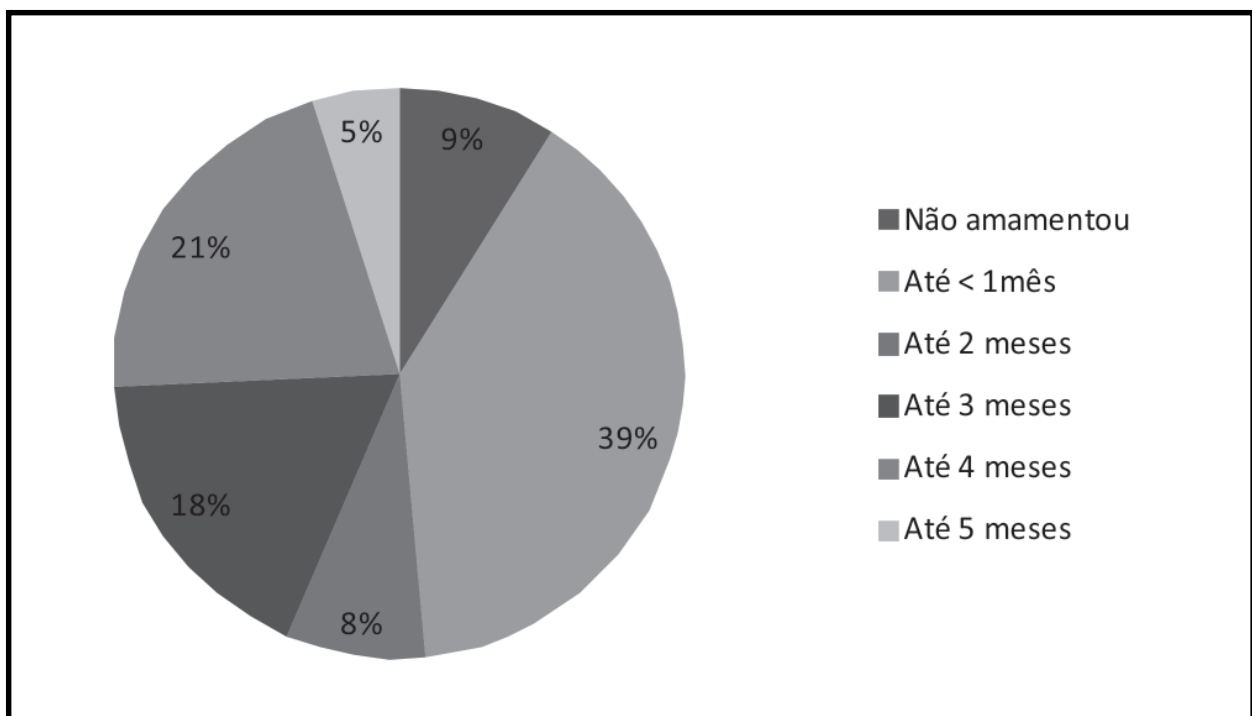


Figura 1. Período de desmame das crianças com idade abaixo de seis meses.

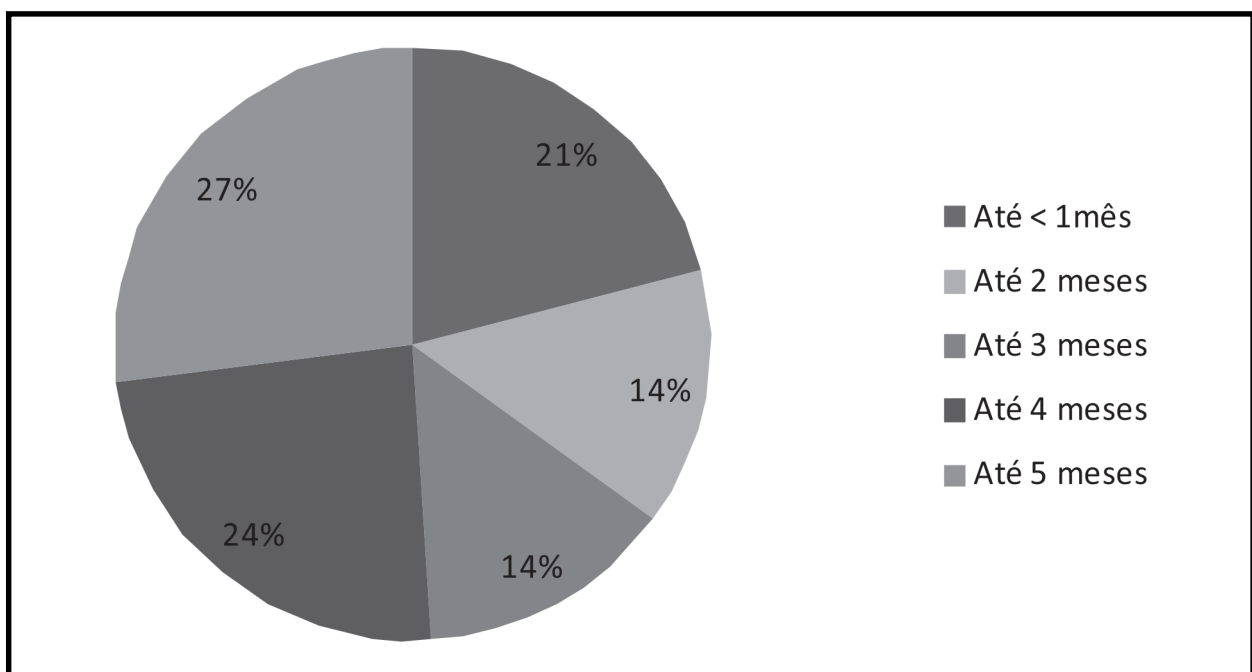


Figura 2. Período de desmame das crianças com idade acima de seis meses.

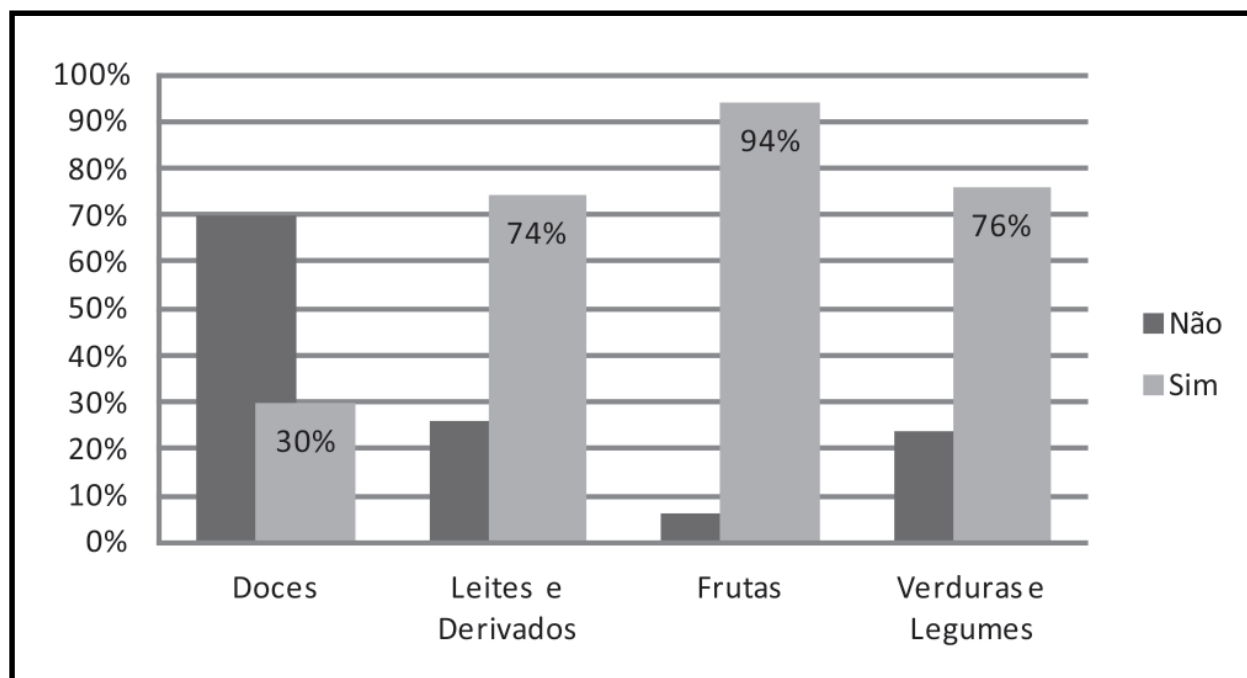


Figura 3. Percentual de mães que ofertam outros alimentos.

Referências Bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. v. 1. 112p (Série A. Normas e Manuais Técnicos). (Pag. 9).
2. Fundo das Nações Unidas para a Infância (Internet). Situação Mundial da infância 2013: Crianças com deficiência. Nova Iorque, 2013. Disponível em <http://www.unicef.org/brazil/pt/PT_SOWC2013.pdf>. Acesso em: 27 mai 2015.
3. Fundo das Nações Unidas para a Infância (Internet). Situação mundial da infância 2008: Caderno Brasil. Brasil/DF, 2008. Disponível em:< <http://www.unicef.org/lac/cadernobrasil2008.pdf>. >Acesso em: 27 mai 2015.
4. World Health Organization (Internet). Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge. Geneva, 1998. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/WHO_NUT_98.1/en/> Acesso em: 27 mai 2015.
5. Sandre-Pereira G, Colares LGT, Carmo MGT, Soares EA. Conhecimentos maternos sobre amamentação entre puérperas inscritas em programa de pré-natal. Cad. saúde pública. 2000;16(2):457-66).
6. Benton D. Role of parents in the determination of the food preferences of children and the development of obesity. Int J Obes (Lond). 2004;28(7):858-69.
7. Broilo MC, Louzada ML, Drachler ML, Stenzel LM, Vitolo MR. Percepção e atitudes maternas em relação às orientações de profissionais de saúde referentes a práticas alimentares no primeiro ano de vida. J. Pediatr (Rio J). 2013;89(5):485-91.
8. Von Kries R, Koletzko B, Sauerwald T, von Mutius E, Barnert D, Grunert V, et al. Breast feeding and obesity: cross sectional study. BMJ. 1999;319(7203):147-50.
9. Imai CM, Gunnarssdottir I, Thorisdottir B, Halldorsson TI, Thorsdottir I. Associations between infant feeding practice prior to six months and body mass index at six years of age. Nutrients. 2014;6(4):1608-17.
10. Martin RM, Gunnel D, Smith, GD. Breastfeeding in infancy and blood pressure in later life: systematic review and meta-analysis. Am J Epidemiol. 2005;161(1):15-26.
11. Ravelli ACJ, van der Meulen JHP, Osmond C, Barker DJP, Bleker OP. Infant feeding and adult glucose tolerance, lipid profile, blood pressure, and obesity. Arch Dis Child. 2000;82(3):248-52.
12. Kelishadi R, Farajian S. The protective effects of breastfeeding on chronic non-communicable diseases in adulthood: a review of evidence. Adv Biomed Res. 2014; v.3.
13. Dewey KG, Cohen RJ, Brown KH, Rivera RR. Effects of exclusive breastfeeding for four versus six months on maternal nutritional status and infant motor development: results of two randomized trials in Honduras. J Nutr. 2001;131(2):262-7.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 108 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
15. Almeida JAG, Novak FR. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. J. Pediatr (Rio J). 2004;80(5): S119-S125.
16. Ramos CV, Almeida JAG. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. J. Pediatr (Rio J). 2003;79(5):385-90.
17. Parizotto J, Zorzi NT. Aleitamento Materno: fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo, RS. Mundo saúde (Impr). 2008;32(4):466-74.
18. Araújo OD, Cunha AL, Lustosa LR, Nery IS, Mendonça RCM, Campelo SMA. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. Rev. bras. enferm. 2008;61(4):488-92.
19. Assis AMO, Gaudenzi EN, Gomes G, Ribeiro RC, Szarfarc SC, Souza SB. Níveis de hemoglobina, aleitamento materno e regime alimentar no primeiro ano de vida. Rev. saúde pública. 2004;38(4):543-51.
20. Monte CMG, Giugliani ERJ. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. J. Pediatr (Rio J). 2004;80(5): S131-S141.

XERODERMA PIGMENTOSO – RELATO DE CASO EM PACIENTE DE 11 ANOS

XERODERMA PIGMENTOSUM – CASE REPORT IN A 11-YEAR-OLD PATIENT

Alan Junior de Aguiar¹, André Pereira Heck¹, Bernardo Bolzani Bach¹, Eduardo Zipperer Surkamp¹, Matheus Weihermann Guesser¹, Thiago Sasso Carmona de Souza¹, Vânia Oliveira de Carvalho²

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

Resumo

Objetivo: o Xeroderma pigmentoso é uma síndrome rara na qual os portadores da doença não conseguem corrigir os danos causados pela luz ultravioleta proveniente da luz solar. Essa condição está associada a uma extrema sensibilidade à luz solar, e a uma alta incidência de câncer de pele. O objetivo deste relato é demonstrar o segmento clínico de um paciente com xeroderma pigmentoso com idade escolar.

Descrição: o paciente, de 11 anos e quatro meses de idade, portador de xeroderma pigmentoso apresenta lesões hipercrômicas difusas que começaram a surgir por volta do primeiro ano de vida. Devido à suscetibilidade aumentada, o paciente já teve diagnóstico em três momentos de Carcinoma Basocelular, todos tratados com exérese. Atualmente segue em tratamento com fotoproteção, e isotretinoína.

Comentários: devido a ausência de um tratamento efetivo, e ao fato de que as mutações se acumulam, podendo agravar a doença, é necessário que os pacientes portadores de xeroderma pigmentoso evitem desde a infância a exposição à luz ultravioleta, seja ela solar, ou de lâmpadas fluorescentes.

Palavras-chave: Xantoderma pigmentoso; criança.

Abstract

Aim: the Xeroderma pigmentosum is a rare syndrome where the carriers of the disease cannot correct the damage caused by ultraviolet light from the sunlight. This condition is associated with an extreme sensitivity to sunlight, and a high incidence of skin cancer. The objective of this report is to demonstrate the clinical segment of a patient with xeroderma pigmentosum at school age.

Description: the patient of 11 years and four months old, xeroderma pigmentosum carrier presents diffuse hyperchromic lesions that started appeared around the first year of life. Due to increased susceptibility, the patient already was diagnosed in three stages of Basal Cell Carcinoma, all treated with excision. Currently goes on treatment with photoprotection, and isotretinoin.

Comments: due to lack of effective treatment and the fact that mutations accumulate and may aggravate the disease, it is necessary for patients with xeroderma pigmentosum avoid, since childhood, exposure to ultraviolet light, whether solar or fluorescent lamps.

Key words: Xantoderma pigmentosum; child.

1. Acadêmicos do oitavo período de Medicina da Universidade Federal do Paraná. Curitiba-PR.

2. Professora Adjunta do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná. Curitiba-PR

AJA: Rua Almirante Tamandaré 1352, ap. 103 80040-100 Curitiba-PR

Telefone: (41) 9926-4545

e-mail: alan.aja@hotmail.com

Introdução

O xeroderma pigmentoso (XP) é uma doença genética, constituída por uma herança autossômica recessiva, causada por defeitos genéticos em proteínas de reparo do DNA, conhecidas como NER. Estas representam um mecanismo importante de eliminação de danos induzidos pelos raios ultravioleta (UV) ao material genético^{1,2}. Até agora, 7 diferentes tipos diferentes da doença foram identificados e são denominados XP-A até XP-G, seguindo a ordem alfabética. As variantes se referem a mutações localizadas em genes específicos nominados de XPA (para XP-A); XPB (para XPB), assim por diante. Dentre todos os tipos já descritos, o XP-C é o mais comum mundialmente, representando cerca de 43% de todas as formas da doença.

Apesar de rara (prevalência no mundo de 1 em 1 000 000)¹, o XP representa uma doença importante para a pediatria, visto que, com apenas 8 anos de idade, estes pacientes já apresentam desenvolvimento de cânceres de pele, apresentando um risco 10 000 vezes maior que a população normal de desenvolverem carcinomas espinocelulares (CEC) e basocelulares (CBC), enquanto que o risco de melanoma chega a ser 2 000 vezes maior^{3,4}. Desta forma, o diagnóstico precoce dos pacientes pode influenciar de forma decisiva em seus prognósticos^{1,2}.

Clinicamente, o XP se caracteriza por envelhecimento precoce da pele em áreas fotoexpostas, pele seca e atrófica com hiper e hipopigmentação nessas mesmas áreas, manifestações oculares⁵ como pterígio nos olhos, catarata, conjuntivites, e por fim carcinoma de células escamosas, carcinomas basocelulares e melanomas. No subtipo XP-C é comum o desenvolvimento de melanoma desmoplástico. Os pacientes também podem apresentar déficits neurológicos, com perda de reflexos, progredindo para perda gradativa de audição e fala, podendo afetar cognição e até a marcha. É importante investigar neoplasias de cavidade oral e língua, atentando particularmente para o carcinoma de células escamosas (CEC)⁶. Outra complicação menos frequente, porém importante devido ao seu rápido crescimento é o ceratoacantoma, que deve ser diferenciado do CEC⁷. Além disso, muitos dos pacientes desenvolvem neoplasias viscerais. Visto que é uma herança autossômica recessiva, uma história familiar detalhada pode contribuir para o diagnóstico¹.

20 a 30% dos pacientes portadores de XP apresentam problemas neurológicos e deficiência intelectual. Essas alterações neurológicas são resultado de uma degeneração neuronal progressiva resultando em surdez neurosensorial, ataxia, arreflexia, comprometimento visual, microcefalia e deficiência intelectual^{8,9}.

O diagnóstico do XP geralmente é baseado na clínica do paciente e deve aliar diversas especialidades como pediatria, dermatologia e neurologia, por exemplo. História de queimaduras severas a mínima exposição solar nas primeiras semanas de vida também podem estar presentes, contudo esta hipersensibilidade aos raios UV é exibida em apenas 60% dos pacientes, sendo que os 40% restantes não apresentarão esse tipo de manifestação³. A genética molecular pode ser incluída ao plano diagnóstico, principalmente buscando elucidar correlações genótipo/fenótipo dos pacientes.

Relato de Caso

Paciente do sexo masculino, com 11 anos e quatro meses de idade, apresentava história de aparecimento progressivo de máculas hiperocrômicas difusas associadas à exposição solar. As lesões apareceram desde o primeiro

ano de idade. Foi diagnosticado clinicamente como Xeroderma pigmentoso.

Ao exame físico apresentava: máculas hiperocrômicas em face (figura 1), tronco e membros superiores; máculas hipocrômicas em membros inferiores (figura 2); efélides em região malar bilateral; e nevo de Spillus em perna direita.

Quanto à história mórbida familiar, relata que a avó paterna possuía lesões de pele semelhantes às do paciente.

Realizou-se tratamento com fotoproteção e acetretin oral desde a primeira consulta, em abril de 2012. No mesmo ano foi realizada biópsia de lesão suspeita evidenciando Carcinoma Basocelular (CBC) tipo sólido e pigmentado. Permaneceu com aumento progressivo do número das lesões devido à fotoexposição eventual. Foi diagnosticado com outros dois CBCs, um em maio de 2013 e outro em junho de 2014, os quais foram todos excisionados.

Atualmente o paciente segue em tratamento com orientações de fotoproteção rigorosa. Essa fotoproteção consiste evitar a exposição solar ao máximo possível, associado ao uso de vestimenta especial com proteção contra raios UV. Ao mesmo tempo, o paciente faz uso de Eryfotona AK-NMSC tópico. Por ser uma doença carente de terapia curativa, se recomenda que a fotoproteção seja prioridade. Além disso, o paciente faz uso oral de isotretinoína (0,5mg/kg/dia).

Discussão

O diagnóstico precoce, tanto do XP quanto do tumores de pele causados pela doença, é fundamental para o controle adequado e prognóstico do paciente. A fotoproteção rigorosa e a triagem periódica da pele devem começar assim que for feito o diagnóstico, prevenindo a formação, aumento na extensão e gravidade de possíveis neoplasias na pele desses pacientes.

Para se fazer o diagnóstico, além da clínica característica do paciente, podem ser empregadas diversas técnicas moleculares. A mais utilizada, para uma investigação inicial seria a exposição de fibroblastos do indivíduo portador a raios UV para análise do dano causado a essas células. Ao mesmo tempo, deve-se levar em conta como diagnósticos diferenciais sardas, Síndrome de Rothmund-Thomson e porfiria⁶.

O tratamento com fotoproteção e investigação periódica de câncer de pele, associado com excisão das lesões tumorais, é o preconizado para os pacientes com XP. A opção pelo tratamento com a isotretinoína é interessante, estudos indicam que a droga diminui a incidência de câncer de pele não melanoma, no entanto o uso continuado pode causar diferentes efeitos colaterais, principalmente reações mucocutâneas, perda de cabelo, dislipidemia, pseudotumor cerebral, alterações esqueléticas e hepatotoxicidade. Dessa forma, recomenda-se o escalonamento gradual da dose para aclimatar o organismo do paciente com a medicação e, em geral, a dose máxima alcançada é de 0,5mg/kg/dia. Além disso, a descontinuação do uso da isotretinoína pode causar rebote na formação de cânceres de pele não melanoma, portanto a terapia deve ser mantida por tempo indeterminado¹⁰. Já o uso de Eryfotona AK-NMSC tópico tem se mostrado eficiente diminuindo a incidência de câncer de pele não melanoma em pacientes com XP e diminuindo também a incidência de ceratose actínica. A Eryfotona é um protetor solar de filtro muito forte contra raios UV que conta com

presença da enzima fotoliase. A fotoliase é uma enzima com a capacidade de reparo de DNA, sendo bastante eficiente no reparo rápido do dano promovido pelo ultravioleta, convertendo a pirimidina dimerizada para sua forma monomérica original. Dessa forma, a Eryfotona reduz o dano extensivo ao DNA causado pela fotoexposição no paciente com XP, diminuindo a probabilidade de desenvolvimento de cânceres de pele¹¹. Existem outros estudos que apontam o potencial de outras alternativas de tratamento clínico que poderão ser indicados no futuro, entre eles o uso de imiquimod 5% creme associado com acitretin oral no tratamento e prevenção

dos tumores de pele relacionados ao XP, além da possibilidade do uso de alguns antibióticos que reduziriam o risco de desenvolvimento de cânceres de pele¹².

O XP ainda é uma patologia que requer cuidados especiais de rotina diária dos seus portadores. O XP-F é um subtipo da doença com início mais tardio e brando. Seus sintomas e complicações podem ser evitados com cuidados de restrição à exposição solar. Percebeu-se que o acompanhamento profissional precoce com orientações, especialmente em casos de XP-F, podem resultar em menor desenvolvimento de neoplasias¹³.



Figura 1. Máculas hiperocrômicas em face.



Figura 2. Máculas hipocrômicas em membro inferior.

Referências Bibliográficas

1. Lehmann J, Schubert S, Emmert S. Xeroderma pigmentosum: Diagnostic procedures, interdisciplinary patient care, and novel therapeutic approaches. *JDDG J der Dtsch Dermatologischen Gesellschaft*. 2014;12:867-72.
2. Dupuy A, Sarasin A. DNA damage and gene therapy of xeroderma pigmentosum, a human DNA repair-deficient disease. *Mutat Res - Fundam Mol Mech Mutagen*. Elsevier B.V. 2014;776:2-8.
3. Bradford PT, Goldstein AM, Tamura D, Khan SG, Ueda T, Boyle J, Oh KS, Imoto K, Inui H, Moriwaki S, Emmert S, Pike KM, Raziuddin A, Plona TM, DiGiovanna JJ, Tucker MA, Kraemer KH. Cancer and neurologic degeneration in xeroderma pigmentosum: long term follow-up characterises the role of DNA repair. *J Med Genet*. 2011;48:168-76.
4. Kraemer KH, Lee MM, Andrews AD et al. The role of sunlight and DNA repair in melanoma and nonmelanoma skin cancer. The xeroderma pigmentosum paradigm. *Arch Dermatol*. 1994;130:1018-1021.
5. Ramkumar HL, Brooks BP, Cao X, Tamura D, Digiovanna JJ, Kraemer KH, Chan CC: Ophthalmic manifestations and histopathology of xeroderma pigmentosum: two clinicopathological cases and a review of the literature. *Surv Ophthalmol*. 2011; 56:348-361.
6. Stefanini M, Kraemer KHK: Xeroderma pigmentosum. In *Neurocutaneous Diseases* Edited by Ruggieri M, Pascual-Castroviejo I, Di Rocco C. 2008;51:771-792.
7. Zheng J, Mo H, Wang Z. Clinicopathological characteristics of xeroderma pigmentosum associated with keratoacanthoma?: a case report and literature review. 2014;7:3410-3414.
8. Andrews AD, Barrett SF, Robbins JH: Xeroderma pigmentosum neurological abnormalities correlate with colony-forming ability after ultraviolet radiation. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 1978;75:1984-1988.
9. Robbins JH, Kraemer KH, Lutzner MA, Festoff BW, Coon HG: Xeroderma pigmentosum: an inherited disease with sun-sensitivity, multiple cutaneous neoplasms, and abnormal DNA repair. *Annals Internal Med*. 1974;80:221-248.
10. Betolli V, Zauli S, Virgili A. Retinoids in the chemoprevention of non-melanoma skin cancers: why, when and how. *J. Dermatolog Treat*. 2013;24:235-7.
11. Giustini S, Miraglia E, Berardesca E, Milani M, Calvieri S, Preventive Long-Term Effects of a Topical Film-Forming Medical Device with Ultra-High UV Protection Filters and DNA Repair Enzyme in Xeroderma Pigmentosum: A Retrospective Study of Eight Cases. *Case Rep Dermatol*. 2014;6:222-226.
12. Giannotti BL, Vanzi EM. The treatment of basal cell carcinomas in a patient with xeroderma pigmentosum with a combination of 5% imiquimod cream and oral acitretin. *Clin. Exp. Dermatol*. 2003;28:33-35.
13. Tofuku Y, Nobeyama Y, Kamide R, Moriwaki S, Nakagawa H. Xeroderma pigmentosum complementation group F?: Report of a case and review of Japanese patients. 2015:1-3.

RELATO DE CASO

PITIRÍASE LIQUENOIDE – RELATO DE CASO EM PACIENTE DE 5 ANOS

PITYRIASIS LICHENOIDES – CASE REPORT IN A 5-YEAR-OLD PATIENT

Afonso G. de Oliveira¹, Ana P. Boguchewski¹, Danielle A. E. Oliveira¹, Fernanda L. S. Nascimento¹, Gustavo K. Kondo¹, Sheron L. C. Carvalho², Vânia O. Carvalho³

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

Resumo

Objetivo: pitiríase liquenoide é uma doença linfoproliferativa de causa indeterminada, com diagnóstico baseado em características clínicas e confirmado por histologia. As lesões são caracterizadas por máculas e pápulas assintomáticas ou pruriginosas. O objetivo deste relato é apresentar as características da pitiríase liquenoide em um caso com retardo no diagnóstico.

Descrição: paciente, de 5 anos e 4 meses de idade com surtos frequentes de lesões papulares eritematosas disseminadas há 1 ano e meio, sem melhora com o uso tópico de corticoide.

Comentários: o diagnóstico tardio da doença se deve ao fato do desconhecimento dos profissionais a respeito da pitiríase liquenoide. Após o diagnóstico correto, baseado na suspeição clínica e confirmação por biópsia, espera-se o controle da dermatose.

Palavras-chave: pitiríase liquenoide; criança; pitiríase liquenoide varioliforme aguda; pitiríase liquenoide crônica.

1. Acadêmicos do oitavo período de Medicina da Universidade Federal do Paraná. Curitiba-PR.

2. Especializanda em Dermatologia Pediátrica da Universidade Federal do Paraná. Curitiba-PR.

3. Professora Doutora do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná. Curitiba-PR.

GKK: Rua Nunes Machado, 976, ap. 7 Rebouças 80250-000 Curitiba-PR

Telefone: (44) 9734-9811

e-mail: gustavomedicina22@gmail.com

Abstract

Objectives: pityriasis lichenoides is a lymphoproliferative disease of unknown etiology, its diagnosis is based on clinical findings and confirmed by histology. The lesions are characterized by macules and papules asymptomatic or itchy. The objective of this report is to demonstrate the presence of this disease and de difficulty of diagnosis in children.

Description: the patient, 5 year and 4 months old, had frequent crises of papular erythematous lesions disseminated for one year and half, without improvement with topical corticosteroids therapy.

Comments: late diagnosis of the disease is due to the lack professionals regarding the lichenoid pityriasis crhonic. After correct diagnosis, based on clinical suspicion and confirmation by biopsy, is expected to control of the dermatosis.

Key words: pityriasis lichenoides; child; pityriasis lichenoides et varioliformis acuta; pityriasis lichenoides chronica.

Introdução

A Pitiríase liquenoide tem duas apresentações clínicas: Pitiríase Liquenóide Crônica (PLC) e Pitiríase Liquenóide Varioliforme Aguda (PLEVA). Trata-se de doença inflamatória dérmica e epidérmica, assintomática ou com sintomas pouco específicos, motivo pelo qual o diagnóstico muitas vezes é postergado.

A PLC apresenta-se com pápulas eritematosas com descamação central que evoluem com manchas hipocrômicas coalescentes¹, localizadas no tronco e extremidades, poupando face, região palmar e plantar². A forma varioliforme cursa com máculas ou pápulas eritematosas no início, que na evolução apresentam crostas hemáticas e necrose¹⁻³. Ocorrem períodos de remissão e recidiva que duram meses a anos, mas a doença apresenta-se de forma benigna, com raros relatos de evolução para malignidade, causando preocupação para médicos e indivíduos afetados².

Nas duas formas o sexo masculino é mais acometido, e na faixa etária pediátrica a média de idade é de 81 a 94 anos, e é mais comum nas estações frias do ano¹⁻⁵.

A causa é desconhecida, mas a relação com as estações frias do ano sugere a influência de gatilhos ambientais, como vírus e bactérias. Castro *et al.* relatam um caso de PLEVA cinco dias após vacina para influenza em paciente masculino de 12 anos³. Há ainda a hipótese de que a doença seja uma dermatite mediada por complexos imunes⁴.

O objetivo deste relato é demonstrar as características clínicas da PLC em um caso em que houve retardo no diagnóstico.

Relato de Caso

Paciente do sexo masculino, branco, 5 anos e 4 meses, natural de Cascavel-PR e procedente de Palotina-PR. Atendido no Ambulatório de Dermatologia Pediátrica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Apresentava há um ano e seis meses surtos com inúmeras lesões papulares eritematosas, assintomáticas. As pápulas regrediam espontaneamente e deixavam máculas hipocrômicas. Novas lesões surgiam em intervalo de semanas. Havia piora com a exposição solar. Durante um mês, fez uso de desonida creme sem melhora.

No exame físico, havia pápulas eritematosas esparsas em abdome e, principalmente, em glúteos (figura 1), com sinal da hóstia positivo (figura 2). Presença de máculas hipocrômicas disseminadas, poupando face e extremidades (figura 3).

O diagnóstico clínico foi de PLC e na avaliação histológica a pele apresentava camada córnea

paraceratótica, queratinócitos sem atipias e infiltrado inflamatório linfocitário juncional focal. Ocasionais queratinócitos necróticos e membrana basal delicada. Derme com linfócitos perivascularares e raros melanófagos. Achados compatíveis com PLC.

Orientado o uso de eritromicina 40mg/kg/dia, via oral, e uso contínuo de creme hidratante. Houve melhora após dois meses, o paciente não apresentava lesões papulares, apenas máculas hipocrômicas residuais.

Discussão

No caso descrito houve retardo de mais de um ano na realização do diagnóstico. Apesar de ser dermatose incomum, a PLC apresenta manifestações clínicas e histológicas características que permitem seu reconhecimento. Segundo Markus *et al.*, o início da doença se dá ao redor dos 8 anos, com picos variando entre 8, 12 e 14 anos, e o sexo masculino é mais afetado. O paciente aqui descrito, assim, apresentou a doença precocemente⁶.

Quanto à sintomatologia, a maioria dos pacientes apresenta pápulas seguidas de hipopigmentação residual com fina descamação no centro. O paciente em questão apresentou os sinais característicos da dermatose, o que demonstra a dificuldade que os profissionais de saúde têm em reconhecer a doença. Ademais, a distribuição costuma ser difusa⁶, como no caso aqui descrito.

O prurido, de acordo com o estudo de Ersoy-Evans *et al.*, é o sintoma mais comum da doença, porém o paciente do presente relato não o tinha, fato que pode ter contribuído para demora no diagnóstico.

Em se tratando de resultados de histopatologia, nem sempre a manifestação clínica é diretamente relacionada com o padrão de evolução da lesão biopsiada¹, o que reforça a necessidade de, nessa condição incomum, associar os parâmetros clínicos do paciente com avaliação da histologia, permitindo um correto diagnóstico. Os fatores divergentes da literatura que o paciente relatado apresentava, em conjunto com a dificuldade em reconhecer lesões de pele que os médicos não especialistas tem, sobretudo quando se trata de PLC contribuíram para demora do diagnóstico.

Na PLC o seguimento clínico adequado e o tratamento com eritromicina ou tetraciclina, devido aos efeitos imunossupressores e de controle imunológico, resultam em boa evolução da dermatose⁶. Pacientes com lesões cutâneas, mesmo que pouco sintomáticos, que já realizaram inúmeros tratamentos sem resposta devem ser encaminhados sem demora para serviços de nível terciário.



Figura 1. Pápulas eritematosas na região glútea.



Figura 2. Sinal da hóstia (descamação aderida ao centro da lesão) na região dorsal.

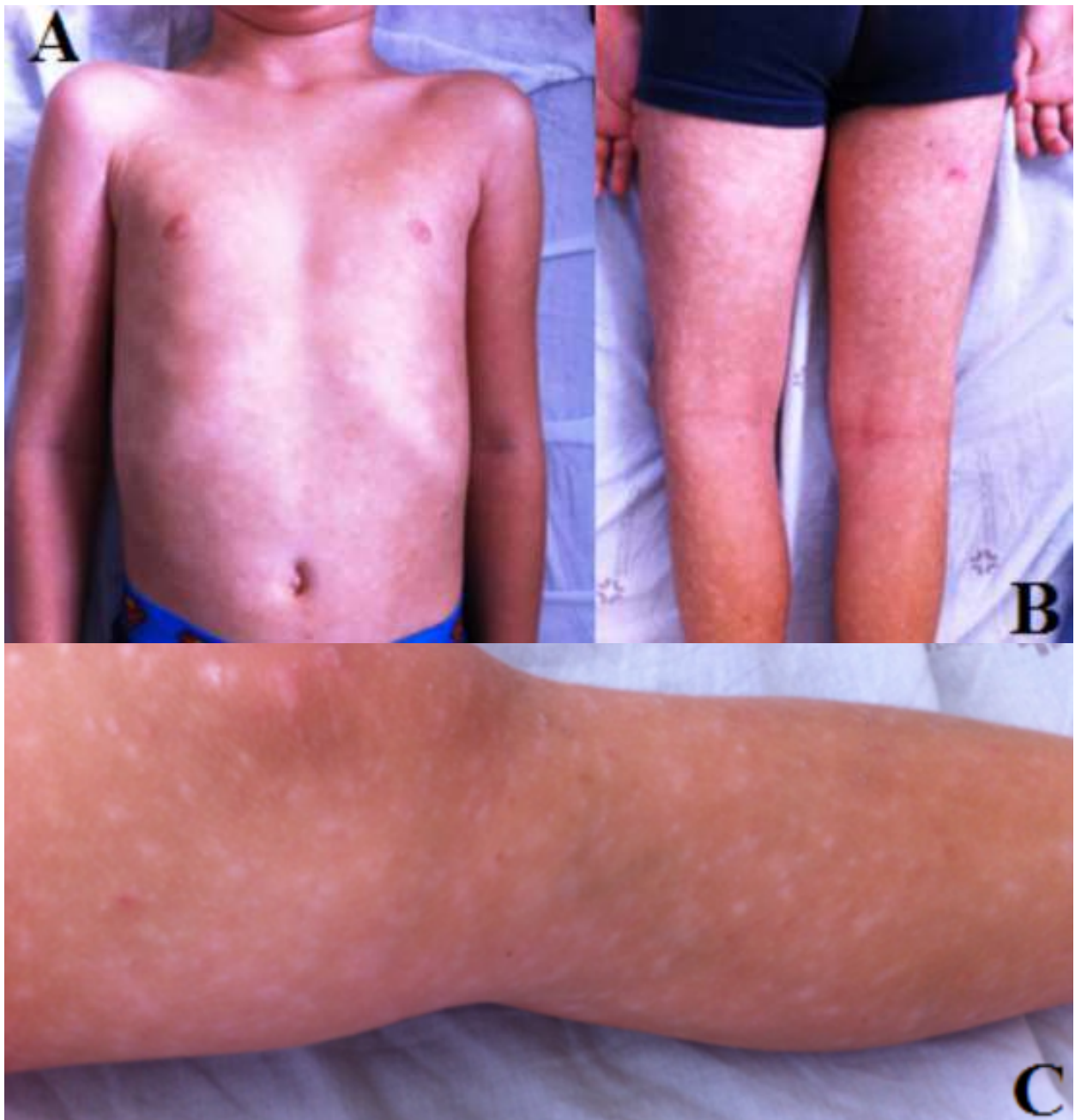


Figura 3. A – Máculas hipocrômicas na região torácica e abdominal. B – Máculas hipocrômicas nos membros inferiores. C – Máculas hipocrômicas no membro inferior direito.

Referências Bibliográficas

1. Markus JR, Carvalho VO, Lima MN, Abagge KT, Nascimento A, Werner B. The relevance of recognizing clinical and morphologic features of pityriasis lichenoides: clinicopathological study of 29 cases. *Dermatol Pract Conc*. 2013;3(4):2.
2. Geller, L, Antonov, NK, Lauren, CT, Morel, KD, Garzon, MC. Pityriasis Lichenoides in childhood: Review of clinical presentation and treatment options. *Pediatr Dermatol* 2015, 32(5), pp. 579-592. doi: 10.1111/pde.12581.
3. Castro BA, Pereira JM, Meyer RL, Trindade FM, Pedrosa MS, Piancastelli AC. Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta after influenza vaccine. *An Bras Dermatol*. 2015 May-Jun;90(3):181-184.
4. Romani J, Puig L, Fernandez-Figueras MT, de Moragas JM. Pityriasis lichenoides in children: clinicopathologic review of 22 patients. *Pediatr Dermatol*. 1998;15 (6) 1-6.
5. Sibbald C, Pope E. Systematic Review of Cases of Cutaneous T-Cell Lymphoma Transformation in Pityriasis Lichenoides and Small Plaque Parapsoriasis. *Br J Dermatol*. 2016 Mar 31. doi: 10.1111/bjd.14605.
6. Ersoy-Evans S, Greco MF, Mancini AJ, Subasi N, Paller AS. Pityriasis lichenoides in childhood: a retrospective review of 124 patients. *J Am Acad Dermatol*. 2007;56(2):205-210.
7. Kim JE, Yun WJ, Mun SK, et al. Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta and pityriasis lichenoides chronica: comparison of lesional T-cell subsets and investigation of viral associations. *J Cutan Pathol*. 2011;38(8):649-56.
8. Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. 7th ed. London: Churchill Livingstone, 2010.

CASO DO MÊS

UMA LESÃO INFLAMATÓRIA COM PERDA DE CABELOS

Vânia Oliveira Carvalho

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

Relato do caso

Um menino de 5 anos iniciou há 3 meses com perda de cabelos na região frontal e parietal esquerda, associado a eritema e formação de crostas. Não apresentava sintomas e utilizou cefalexina durante 10 dias sem melhora. Refere convívio esporádico com animais domésticos na

casa de uma tia. Ao exame apresenta na região parietal esquerda uma placa eritematosa sem cabelos recoberta por crostas melicéricas (figura 1) e linfonodo cervical de 1,5 cm de diâmetro móvel elástico e indolor. O restante do exame físico era normal.



Figura 1. Placa eritematosa arredondada com 9 por 8 cm de diâmetro, com perda de cabelos, presença de pústulas e crostas melicéricas.

Qual seu diagnóstico?

Professora Adjunta do Curso de Medicina.

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

e-mail: rcarvalho50@hotmail.com

Resposta ao caso do mês

O *Querion celsi* é uma infecção fungica no couro cabeludo. O aspecto inflamatório se deve a uma reação de hipersensibilidade mediada por linfócitos T ao dermatófito, o mais frequente é o *Microsporum canis*, mas também ocorre por *Trichophyton verrucosum*, *Trichophyton mentagrophytes* e *Microsporum gypseum*¹. As lesões são placas eritematosas recobertas por crostas melicéricas ou hemáticas. Pode haver pústulas, exsudato e nódulos, com tendência supurativa, que quando acentuada, promove a expulsão dos pelos parasitados. A sua resolução pode pro-

vocar alopecia definitiva. A presença de linfonodomegalia regional é característica². Como se assemelha a uma infecção bacteriana é frequente o uso de antibióticos sistêmicos sem resposta. A cultura pode ser negativa, pois o agente está localizado nas áreas profundas da lesão³. O tratamento com antifúngico sistêmico (griseofulvina) durante 8 semanas, na maioria das vezes resulta em repilação total. Alguns autores preconizam associar corticoide por via oral durante uma semana para abreviar a duração do processo inflamatório^{1,2}.

Referências Bibliográficas

1. Zaraa I., Hawilo A, Aounallah A, et al. Inflammatory Tinea capitis: a 12-year study and a review of the literature. *Mycoses*. 2013; 56:110-6.
2. Del Boz J., Crespo V., Rivas-Ruiz F., de Troya M. A 30-year survey of paediatric tinea capitis in southern Spain. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2011;Feb;25(2):170-4.
3. Aderibigbe O., Castelo-Soccio LA. large, tender scalp nodule in an 8-year-old boy. *JAMA Pediatr*. 2015;169(2):183-4.



06 a 08 de outubro 2016
Sociedade Paranaense de Pediatria | Curitiba - PR

PROGRAMA CIENTÍFICO

06 de outubro | QUINTA-FEIRA | CURSOS PRÉ

Auditório 1

13:30 - 15:00 EXAMES NEONATAIS

Coordenadora: Cristina Terumy Okamoto (PR)

- Triagem auditiva - Palestrante: Rodrigo Guimarães Pereira (PR)
- Teste do coraçãozinho - Palestrante: Cristiane Nogueira Binotto (PR)
- Teste do olhinho - Palestrante: Christie Graf Ribeiro (PR)
- Triagem neonatal para hiperplasia adrenal congênita: importância e dificuldades - Palestrante: Gabriela de Carvalho Kraemer (PR)

15:00 - 15:30 **Intervalo**

15:30 - 17:00 CURSO DE EMERGÊNCIA

Coordenadora: Sandra Lange Zaponi Melek (PR)

- Abordagem da urticária e angioedema no PS - Palestrante: Mário Marcondes Marques Jr (PR)
- Sedação e analgesia no PS - Palestrante: Sandra Lange Zaponi Melek (PR)
- Avaliação da dor abdominal aguda pelo pediatra no PS - Palestrante: Adriana Kolinski (BRASIL)
- Abordagem da asma no PS - Palestrante: Paulo Ramos David João (PR)
- Claudicação no PS - Palestrante: Edilson Forlin (PR)

Auditório 2

13:30 - 15:00 SINAIS DE ALERTA PARA PROBLEMAS DE DESENVOLVIMENTO E COMPORTAMENTO DA NOVA PUERICULTURA (DE ZERO A 20 ANOS)

Coordenadora: Jussara Ribeiro dos Santos Varassin (PR)

- Prevenção, atenção as diferenças individuais e avaliação de riscos
 - Na primeira infância - Palestrante: Jussara Ribeiro dos Santos Varassin (PR)
 - Na segunda infância - Palestrante: Maria Lucia Maranhão Bezerra (PR)
 - Na adolescência - Palestrante: Sergio Rocca

15:00 - 15:30 **Intervalo**

15:30 - 17:00 AUTISMO

Coordenador: Paulo Breno Noronha Liberalesso (PR)

Colaboradora: Simone Vieira Karuta (PR)

15:30 - 16:10 • A importância do diagnóstico precoce do Transtorno de Espectro Autista - Palestrante: Paulo Breno Noronha Liberalesso (PR)

16:10 - 16:50 • Análise aplicada do comportamento (método ABA) - Palestrante: Marcia Maria Loss de Carvalho (BR)

Auditório 3

13:30 - 17:00 ALEITAMENTO MATERNO X PRÁTICAS

Coordenador: Marcelo Grott Lobo (PR)

Coordenadora: Gislayne Castro e Souza Nieto (PR)

- 13:30 - 13:45 • Amamentação no Século 21 - Palestrante: Marcelo Grott Lobo (PR)
13:45 - 14:00 • Proteção Legal do Aleitamento Materno - Palestrante: Luci Yara Pfeiffer (PR)
14:00 - 15:00 • Promoção do Aleitamento Materno: mudanças hormonais no período gravídico puerperal; cuidados com as mamas durante a gestação; orientações no Centro Obstétrico, alojamento conjunto e após a alta hospitalar - Palestrante: Denise Maria Dapper (BR)
15:00 - 15:30 **Intervalo**

15:30 - 15:45 ASPECTOS NUTRICIONAIS DO LEITE MATERNO

- Palestrante: Vanessa Yumie Salomão Watanabe Liberalesso (PR)
15:45 - 16:00 • A Mamada e o Prematuro - Palestrante: Gislayne Castro e Souza Nieto (PR)
16:00 - 17:00 • Prática do Aleitamento Materno: pega correta do recém-nascido, apoadura, massagem e ordenha, dificuldades como fissuras e mastites; volta ao trabalho e manutenção do Aleitamento Materno - Palestrante: Olga Teterycz (BR)

Auditório 4

13:30 - 15:00 SÍNDROME DE DOWN

- Coordenadora: Beatriz Elizabeth Bagatin V. Bermudez (PR)
Coordenadora: Iolanda Maria Novadzki (BR)
• Comunicação de diagnóstico e prioridades de saúde - Palestrante: Beatriz Elizabeth Bagatin V. Bermudez (PR)
• Projetos e Ações - Palestrante: João Vitor Silvério (BRASIL)
• Importância da equipe multiprofissional para o desenvolvimento - Palestrante: José Luiz Nauiak (BR)
• Intervenção precoce - Palestrante: Nathalie Baril
• Odontologia - Palestrante: Andrea Chatagnier Sperandio (BR)
• Como funciona a inclusão escolar? - Palestrante: Nathalie Baril (BR)
• Entenda a lei Brasileira da Inclusão 2015 - Palestrante: Noemia da Silva Cavaleiro (BR)
15:00 - 15:30 **Intervalo**

15:30 - 17:00 SEGURANÇA DA CRIANÇA E ADOLESCÊNCIA

- Coordenadora: Luci Yara Pfeiffer (PR)
• Violência Virtual - Palestrante: Luci Yara Pfeiffer (PR)
• Alienação Parental - Palestrante: Gustavo Manoel Schier Dória (PR)
• Responsabilidade do pediatra quanto aos atestados - Palestrante: Luiz Ernesto Pujol (PR)
• Mídia Digital vs médico: o que pode? - Palestrante: Renata Farah (PR)

07 de outubro | SEXTA-FEIRA

08:00 - 08:15 CERIMÔNIA DE ABERTURA

08:15 - 09:15 MESA REDONDA: Infectologia

- Moderador: Armando Salvatierra Barroso (PR)
08:15 - 08:30 • Esquema vacinal em prematuros: o que eu devo saber? - Palestrante: Cristina Rodrigues da Cruz (PR)
08:30 - 08:45 • Riscos do uso precoce de antibióticos - Palestrante: Adriana Blanco (PR)
08:45 - 09:00 • Doenças por animais domésticos - Palestrante: Tony Tannous Tahan (PR)
09:00 - 09:15 • Perguntas

09:15 - 09:45 CONFERÊNCIA: Aplasia constitucional: quando pensar?

- Presidente: Loreni Carneiro de Siqueira Kovalhuk (PR)
Conferencista: Lisandro Lima Ribeiro (PR)
09:45 - 10:15 **Intervalo**

10:15 - 10:40 CONFERÊNCIA: Vômitos no lactente: como abordar?

- Presidente: Mozart Mira (BRASIL)
Conferencista: Luciana Bandeira Mendez Ribeiro (PR)

10:40 - 12:00 MESA REDONDA: Exames Laboratoriais

- Moderador: Adilson Cavassin (BRASIL)
10:40 - 11:00 • Provas inflamatórias, quando pedir? - Palestrante: Márcia Bandeira (PR)
11:00 - 11:20 • Anemia fisiológica do lactente: o que mudou? - Palestrante: Leniza Costa Lima Lichtvan (PR)
11:20 - 11:40 • O que observar no parcial de urina? - Palestrante: Lucimary de Castro Sylvestre (PR)
11:40 - 12:00 • Kawasaki: como investigar? - Palestrante: Márcia Bandeira (PR)
12:00 - 13:00 **Intervalo**

13:00 - 13:30 CONFERÊNCIA: Febre no PS

- Conferencista: Victor Horácio de Souza Costa Jr (PR)

13:30 - 14:10 MESA REDONDA: Nutrologia

- Moderadora: Mariana Malucelli (PR)

13:30 - 13:50 • Substituições inadequadas do leite de vaca nas alergias alimentares - Palestrante: Jocemara Gurmini (PR)

13:50 - 14:10 • Introdução alimentar em vegetarianos, como orientar? - Palestrante: Denise Tiemi Miyakawa (PR)

14:10 - 15:00 MESA REDONDA: Dermatologia

Moderadora: Juliana Loyola Presa (PR)

14:10 - 14:30 • Lesões de pele que o pediatra deve reconhecer e encaminhar - Palestrante: Kerstin Taniguchi Abagge (PR)

14:30 - 14:50 • Consenso de cuidados com a pele do RN: o que o pediatra deve saber? - Palestrante: Vânia Oliveira Carvalho (PR)

14:50 - 15:00 • Perguntas

15:00 - 15:30 **Intervalo**

15:30 - 15:50 CONFERÊNCIA: Taquicardia neonatal: quando investigar?

Presidente: Caroline Porciúncula R. Oliveira Gabardo (PR)

Conferencista: Cristiane Nogueira Binotto (PR)

15:50 - 17:10 MESA REDONDA: Endócrino

Moderador: Marcelo Almeida Costa (PR)

15:50 - 16:10 • Podemos diminuir o número de casos de cetoacidose diabética? Como fazer o diagnóstico precoce de diabetes na criança - Palestrante: Suzana Nesi França (PR)

16:10 - 16:30 • A criança obesa com baixa estatura (ou que cresce mal) - Palestrante: Julienne Angela Ramires de Carvalho (PR)

16:30 - 16:50 • Atrasar a puberdade do(a) meu(minha) filho(a) permitirá que ele(a) fique mais alto quando for adulto(a)? - Palestrante: Rosana Marques Pereira (PR)

16:50 - 17:10 • Perguntas

17:10 - 18:00 CONFERÊNCIA: Como avaliar uma criança com anomalia congênita?

Presidente: Júlio Dias (PR)

Conferencista: Salmo Raskin (PR)

08 de outubro | SÁBADO

08:00 - 08:45 CONFERÊNCIA: Avaliação por imagem: lactente com vômitos, sangue nas fezes e suspeita TORCH

Presidente: Manuela R. Coimbra (PR)

Conferencista: Dolores Bustelo (PR)

08:45 - 09:45 MESA REDONDA: Puericultura

Moderadora: Sandra Moraes (BRASIL)

08:45 - 09:00 • Sono do bebê - Palestrante: Marcelo Grott Lobo (PR)

09:00 - 09:15 • Leite humano: o que há de novo? - Palestrante: Izaura Merola Faria (PR)

09:15 - 09:30 • Alerta sobre os sons brancos para o bebê - Palestrante: Luci Yara Pfeiffer (PR)

09:30 - 09:45 • Perguntas

09:45 - 10:15 **Intervalo**

10:15 - 10:40 CONFERÊNCIA: Meu bebê enxerga? Meu bebê lacrimeja muito. É normal?

Presidente: Dorivâm Celso Nogueira (PR)

Conferencista: Ana Tereza Moreira (PR)

10:40 - 12:15 MESA REDONDA: Alergia e Pneumologia

Moderadora: Tsukiyo Obu Kamoi (PR)

10:40 - 11:00 • O que mudou nas recomendações da prevenção de doenças atópicas? - Palestrante: Geórgia Karina Morgenstern Milani (PR)

11:00 - 11:20 • Quando iniciar o tratamento da ASMA? - Palestrante: Alexsandro Fabiano Zavadniak (PR)

11:20 - 12:00 • Uso racional de exames em Pneumologia Pediátrica - Palestrante: Grégor Paulo Chermikoski Santos (PR)

12:00 - 12:15 • Perguntas

12:15 **ENCERRAMENTO**

Secretaria Executiva



EKIPE DE EVENTOS

Tel.: (41) 3022-1247

e-mail: ekipe@ekipedeventos.com.br

DIRETRIZES PARA A PREPARAÇÃO DO ORIGINAL

JORNAL PARANAENSE DE PEDIATRIA

ORIENTAÇÕES GERAIS

O original – incluindo tabelas, ilustrações e referências bibliográficas – deve estar em conformidade com os “Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas”, publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas.

Cada seção deve ser iniciada em nova página, na seguinte ordem: página de rosto, resumo em português, resumo em inglês, texto, agradecimentos, referências bibliográficas, tabelas (cada tabela completa, com título e notas de rodapé, em página separada), figuras (cada figura completa, com título e notas de rodapé em página separada) e legendas das figuras. O texto deve ser digitado no processador de texto Microsoft Word® em letra Times New Roman tamanho 11, margens de 20 mm em cada borda e espaço duplo em todas as sessões. Numerar as páginas no canto superior direito desde a página de rosto. Tamanho máximo de 10 páginas para artigo original e de 15 páginas para artigo de revisão, 5 páginas para relatos de casos e duas páginas para carta ao editor e caso de mês, incluindo referências bibliográficas.

A seguir, as principais orientações sobre cada seção:

PÁGINA DE ROSTO

A página de rosto deve conter todas as seguintes informações:

- a) título do artigo, conciso e informativo, evitando termos supérfluos e abreviaturas; evitar também a indicação do local e da cidade onde o estudo foi realizado, exceto quando isso for essencial para a compreensão das conclusões;
- b) título abreviado (para constar na capa e topo das páginas), com máximo de 50 caracteres, contando os espaços;
- c) nome de cada um dos autores (o primeiro nome e o último sobrenome devem obrigatoriamente ser informados por extenso; todos os demais nomes aparecem como iniciais);
- d) titulação mais importante de cada autor;
- e) endereço eletrônico de cada autor;
- f) informar se cada um dos autores possui currículo cadastrado na plataforma Lattes do CNPq;
- g) a contribuição específica de cada autor para o estudo;
- h) declaração de conflito de interesse (escrever “nada a declarar” ou a revelação clara de quaisquer interesses econômicos ou de outra natureza que poderiam causar constrangimento se conhecidos depois da publicação do artigo);
- i) definição de instituição ou serviço oficial ao qual o trabalho está vinculado para fins de registro no banco de dados do Index Medicus/MEDLINE;
- j) nome, endereço, telefone, fax e endereço eletrônico do autor responsável pela correspondência;
- k) nome, endereço, telefone, fax e endereço eletrônico do autor responsável pelos contatos pré-publicação;
- l) fonte financiadora ou fornecedora de equipamento e materiais, quando for o caso;
- m) contagem total das palavras do texto, excluindo o resumo, agradecimentos, referências bibliográficas, tabelas e legendas das figuras;
- n) contagem total das palavras do resumo;
- o) número de tabelas e figuras.

RESUMO

O resumo deve ter no máximo 250 palavras ou 1.400 caracteres, evitar o uso de abreviaturas. O resumo das comunicações breves deve ter no máximo 150 palavras. Todas as informações que aparecem no resumo devem aparecer também no artigo. O resumo deve ser estruturado, conforme descrito a seguir:

Resumo de artigo original

Objetivos: informar por que o estudo foi iniciado e quais foram as hipóteses iniciais, se houve alguma. Definir precisamente qual foi o objetivo principal e informar somente os objetivos secundários mais relevantes.

Métodos: informar sobre o delineamento do estudo (definir, se pertinente, se o estudo é randomizado, cego, prospectivo, etc.), o contexto ou local (definir, se pertinente, o nível de atendimento, se primário, secundário ou terciário, clínica privada, institucional, etc.), os pacientes ou participantes (definir critérios de seleção, número de casos no início e fim do estudo, etc.), as intervenções (descrever as características essenciais, incluindo métodos e duração) e os critérios de mensuração do desfecho.

Resultados: informar os principais dados, intervalos de confiança e significância estatística.

Conclusões: apresentar apenas aquelas apoiadas pelos dados do estudo e que contemplem os objetivos, bem como sua aplicação prática, dando ênfase igual a achados positivos e negativos que tenham méritos científicos similares.

Resumo de artigo de revisão

Objetivo: informar por que a revisão da literatura foi feita, indicando se ela enfatiza algum fator em especial, como causa, prevenção, diagnóstico, tratamento ou prognóstico.

Fontes dos dados: descrever as fontes da pesquisa, definindo as bases de dados e os anos pesquisados. Informar sucintamente os critérios de seleção de artigos e os métodos de extração e avaliação da qualidade das informações.

Síntese dos dados: informar os principais resultados da pesquisa, quantitativos ou qualitativos.

Conclusões: apresentar as conclusões e suas aplicações clínicas, limitando generalizações aos domínios da revisão.

Resumo de comunicação breve

Para observações experimentais, utilizar o modelo descrito para resumo de artigo original.

Resumo de relatos de caso

Utilizar o seguinte formato:

Objetivo: informar por que o caso merece ser publicado, com ênfase nas questões de raridade, ineditismo ou novas formas de diagnóstico e tratamento.

Descrição: apresentar sinteticamente as informações básicas do caso, com ênfase nas mesmas questões de ineditismo e inovação.

Comentários: conclusões sobre a importância do relato para a comunidade pediátrica e as perspectivas de aplicação prática das abordagens inovadoras.

Abaixo do resumo, fornecer de três a seis palavras-chave ou expressões-chave que auxiliarão a inclusão adequada do resumo nos bancos de dados bibliográficos. Empregar palavras ou expressões integrantes da lista de “Descritores em Ciências da Saúde”, elaborada pela BIREME e disponível nas bibliotecas médicas ou na Internet (<http://decs.bvs.br>). Se não houver descritores adequados na referida lista, usar termos novos.

ABREVIATURAS

Devem ser evitadas, pois prejudicam a leitura confortável do texto. Quando usadas, devem ser definidas ao serem mencionadas pela primeira vez. Jamais devem aparecer no título e no resumo.

TEXTO

O texto dos **artigos originais** deve conter as seguintes seções, cada uma com seu respectivo subtítulo:

a) Introdução: sucinta, citando apenas referências estritamente pertinentes para mostrar a importância do tema e justificar o trabalho. Ao final da introdução, os objetivos do estudo devem ser claramente descritos.

b) Métodos: descrever a população estudada, a amostra e os critérios de seleção; definir claramente as variáveis e detalhar a análise estatística; incluir referências padronizadas sobre os métodos estatísticos e informação de eventuais programas de computação. Procedimentos, produtos e equipamentos utilizados devem ser descritos com detalhes suficientes para permitir a reprodução do estudo. É obrigatória a inclusão de declaração de que todos os procedimentos tenham sido aprovados pelo comitê de ética em pesquisa da instituição a que se vinculam os autores ou, na falta deste, por um outro comitê de ética em pesquisa indicado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde.

c) Resultados: devem ser apresentados de maneira clara, objetiva e em seqüência lógica. As informações contidas em tabelas ou figuras não devem ser repetidas no texto. Usar gráficos em vez de tabelas com um número muito grande de dados.

d) Discussão: deve interpretar os resultados e compará-los com os dados já descritos na literatura, enfatizando os aspectos novos e importantes do estudo. Discutir as implicações dos achados e suas limitações, bem como a necessidade de pesquisas adicionais. As conclusões devem ser apresentadas no final da discussão, levando em consideração os objetivos do trabalho. Relacionar as conclusões aos objetivos iniciais do estudo, evitando assertivas não apoiadas pelos achados e dando ênfase igual a achados positivos e negativos que tenham méritos científicos similares. Incluir recomendações, quando pertinentes.

O texto de **artigos de revisão** não obedece a um esquema rígido de seções. Sugere-se uma introdução breve, em que os autores explicam qual a importância da revisão para a prática pediátrica, à luz da literatura médica. Não é necessário descrever os métodos de seleção e extração dos dados, passando logo para a síntese, que, entretanto, deve apresentar todas as informações pertinentes em detalhe. A seção de conclusões deve correlacionar as idéias principais da revisão com as possíveis aplicações clínicas, limitando generalizações aos domínios da revisão.

O texto de **relatos de caso** deve conter as seguintes seções, cada uma com seu respectivo subtítulo:

a) Introdução: apresenta de modo sucinto o que se sabe a respeito da doença em questão e quais são as práticas de abordagem diagnóstica e terapêutica, por meio de uma breve, porém atual, revisão da literatura.

b) Descrição do(s) caso(s): o caso é apresentado com detalhes suficientes para o leitor compreender toda a evolução e seus fatores condicionantes. Quando o artigo tratar do relato de mais de um caso, sugere-se agrupar as informações em uma tabela, por uma questão de clareza e aproveitamento do espaço. Evitar incluir mais de duas figuras.

c) Discussão: apresenta correlações do(s) caso(s) com outros descritos e a importância do relato para a comunidade pediátrica, bem como as perspectivas de aplicação prática das abordagens inovadoras.

O texto do “**Caso do Mês**” é destinado para apresentar pacientes em que a imagem seja do aspecto clínico ou de exames complementares foram relevantes para o diagnóstico. O texto deve conter na primeira página até 300 palavras com a descrição do caso, na segunda página até 300 palavras com uma mensagem clínica ou pontos de aprendizado que o caso permite. As imagens devem ter resolução de 300x300dpi e o número máximo de referências é de 5.

AGRADECIMENTOS

Devem ser breves e objetivos, somente a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria. Integrantes da lista de agradecimento devem dar sua autorização por escrito para a divulgação de seus nomes, uma vez que os leitores podem supor seu endosso às conclusões do estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

As referências bibliográficas devem ser numeradas e ordenadas segundo a ordem de aparecimento no texto, no qual devem ser identificadas pelos algarismos arábicos respectivos sobrescritos. Para listar as referências, não utilize o recurso de notas de fim ou notas de rodapé do Word. As referências devem ser formatadas no estilo Vancouver, de acordo com os exemplos listados a seguir:

1. Artigo padrão

Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med*. 2002;347:284-7.

Se houver mais de 6 autores, cite os seis primeiros nomes seguidos de "et al".

2. Livro

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology*. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

3. Capítulo de livro

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editores. *The genetic basis of human cancer*. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

4. Teses e dissertações

Borkowski MM. *Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans* [dissertação]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

5. Trabalho apresentado em congresso ou similar (publicado)

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editores. *Genetic programming*. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

6. Artigo de revista eletrônica

Zimmerman RK, Wolfe RM, Fox DE, Fox JR, Nowalk MP, Troy JA et al. Vaccine criticism on the World Wide Web. *J Med Internet Res*. 2005;7(2):e17. <http://www.jmir.org/2005/2/e17/>. Acesso: 17/12/2005.

7. Materiais da Internet

7.1 Artigo publicado na Internet

Wantland DJ, Portillo CJ, Holzemer WL, Slaughter R, McGhee EM. The effectiveness of web-based vs. non-web-based interventions: a meta-analysis of behavioral change outcomes. *J Med Internet Res*. 2004;6(4):e40. <http://www.jmir.org/2004/4/e40>. Acesso: 29/11/2004.

7.2 Site

Cancer-Pain.org [site na Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01. <http://www.cancer-pain.org/>. Acesso: 9/07/2002.

7.3 Banco de dados na Internet

Who's certified [banco de dados na Internet]. Evanston (IL): The American Board of Medical Specialists. c2000. <http://www.abms.org/newsearch.asp>. Acesso: 8/03/2001.

Obs.: uma lista completa de exemplos de citações bibliográficas pode ser encontrada na Internet, em <http://www.icmje.org/> ou http://www.jpmed.com.br/port/normas/normas_07.asp. Artigos aceitos para publicação, mas ainda não publicados, podem ser citados desde que indicando a revista e que estão "no prelo". Observações não publicadas e comunicações pessoais não podem ser citadas como referências; se for imprescindível a inclusão de informações dessa natureza no artigo, elas devem ser seguidas pela observação "observação não publicada" ou "comunicação pessoal" entre parênteses no corpo do artigo. Os títulos dos periódicos devem ser abreviados conforme recomenda o Index Medicus; uma lista com suas respectivas abreviaturas pode ser obtida através da publicação da NLM "List of Serials Indexed for Online Users", disponível no endereço <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lsiu.html>. Para informações mais detalhadas, consulte os "Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas". Este documento está disponível em <http://www.icmje.org/> ou http://www.jpmed.com.br/port/normas/normas_07.asp.

TABELAS

Cada tabela deve ser apresentada em folha separada, numerada na ordem de aparecimento no texto, e conter um título sucinto, porém explicativo. Todas as explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé e não no título, identificadas pelos seguintes símbolos, nesta seqüência: *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡, §§. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas, não usar espaços para separar colunas. Não usar espaço em qualquer lado do símbolo.

FIGURAS (FOTOGRAFIAS, DESENHOS, GRÁFICOS)

Todas as figuras devem ser numeradas na ordem de aparecimento no texto. Todas as explicações devem ser apresentadas nas legendas, inclusive acerca das abreviaturas utilizadas na tabela. Figuras reproduzidas de outras fontes já publicadas devem indicar esta condição na legenda, assim como devem ser acompanhadas por uma carta de permissão do detentor dos direitos. Fotos não devem permitir a identificação do paciente; tarjas cobrindo os olhos podem não constituir proteção adequada. Caso exista a possibilidade de identificação, é obri-

gatória a inclusão de documento escrito fornecendo consentimento livre e esclarecido para a publicação. Microfotografias devem apresentar escalas internas e setas que contrastem com o fundo.

As ilustrações são aceitas em cores para publicação no site. Contudo, todas as figuras serão vertidas para o preto-e-branco na versão impressa. Caso os autores julguem essencial que uma determinada imagem seja colorida mesmo na versão impressa, solicita-se um contato especial com os editores. Imagens geradas em computador, como gráficos, devem ser anexadas sob a forma de arquivos nos formatos .jpg, .gif ou .tif, com resolução mínima de 300 dpi, para possibilitar uma impressão nítida; na versão eletrônica, a resolução será ajustada para 72 dpi. Gráficos devem ser apresentados somente em duas dimensões, em qualquer circunstância. Desenhos, fotografias ou quaisquer ilustrações que tenham sido digitalizadas por escaneamento podem não apresentar grau de resolução adequado para a versão impressa da revista; assim, é preferível que sejam enviadas em versão impressa original (qualidade profissional, a nanquim ou impressora com resolução gráfica superior a 300 dpi). Nesses casos, no verso de cada figura deve ser colada uma etiqueta com o seu número, o nome do primeiro autor e uma seta indicando o lado para cima.

Legendas das figuras

Devem ser apresentadas em página própria, devidamente identificadas com os respectivos números.

REFERÊNCIAS

1. International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Updated February 2006. <http://www.icmje.org/>. Acesso: 28/03/2006.

2. Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas. Requisitos uniformes para originais submetidos a revistas biomédicas. Atualização de fevereiro de 2005. http://www.jpmed.com.br/port/normas/normas_07.asp. Acesso: 28/03/2006.

3. Haynes RB, Mulrow CD, Huth EJ, Altman DJ, Gardner MJ. More informative abstracts revisited. *Ann Intern Med*. 1990;113:69-76.

4. BIREME - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. DeCS - Descritores em ciências da saúde. <http://decs.bvs.br>. Acesso: 28/03/2006.5. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no. 196 de 10/10/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. DOU 1996 Out 16; no. 201, seção 1:21082-21085.

LISTA DE VERIFICAÇÃO

Recomenda-se que os autores utilizem a lista abaixo para certificarem-se de que todo o material requerido está sendo enviado. Não é necessário anexar a lista.

- ◆ Declaração de que todos os autores viram e aprovaram a versão submetida, no corpo da mensagem do e-mail.
- ◆ Página de rosto com todas as informações solicitadas (integrante do primeiro arquivo anexado).
- ◆ Resumo na língua de submissão, com descritores (integrante do primeiro arquivo anexado).
- ◆ Texto contendo introdução, métodos, resultados e discussão (integrante do primeiro arquivo anexado).
- ◆ Texto contendo a informação sobre aprovação do trabalho por comitê de ética (no corpo do texto, na seção de Métodos).
- ◆ Referências bibliográficas no estilo Vancouver, numeradas por ordem de aparecimento (integrante do primeiro arquivo anexado).
- ◆ Tabelas numeradas por ordem de aparecimento (integrante do segundo arquivo anexado).
- ◆ Figuras numeradas por ordem de aparecimento (integrante do segundo arquivo anexado).
- ◆ Legendas das figuras (integrante do segundo arquivo anexado).
- ◆ Tabelas numeradas por ordem de aparecimento.
- ◆ Figuras numeradas por ordem de aparecimento.
- ◆ Legendas das figuras.

Os materiais devem ser enviados para o e-mail: antoniuk@uol.com.br