

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 2013-2015

Presidente: Gilberto Pascolat (Curitiba)

Presidente de Honra: Darci Vieira S. Bonetto (Curitiba)

1º Vice-Presidente: Donizetti D. Giamberardino Filho (Curitiba)

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

3º Vice-Presidente: José Carlos Amador (Maringá)

4º Vice-Presidente: Marcos Antônio da Silva Cristóvam (Cascavel)

Secretário Geral: Paulo Ramos David João (Curitiba)

1ª Secretária: Mário Marcondes Marques Jr. (Curitiba)

2º Secretário: Luiz Carlos Busnardo (Apucarana)

Tesouraria

1º Tesoureiro: Maurício Marcondes Ribas (Curitiba)

2ª Tesoureira: Cristina Rodrigues da Cruz (Curitiba)

Conselho Fiscal: Aristides Schier da Cruz (Curitiba), Nelson Augusto Rosário Filho (Curitiba), Renato Miki Moriya (Londrina), Eliane Mara Cesário Pereira Maluf (Curitiba), Gilberto Saciloto (Guarapuava)

Comissão de Sindicância: Mario Eduardo Gutierrez Branco (Curitiba), Ismar Strachman (Curitiba), Maristela Gomes Gonçalves (Curitiba), Danielle Caldas Buffara Rodrigues (Curitiba), Antonio Carlos Sanseverino Filho (Maringá)

Conselho Consultivo: Antônio Carlos Bagatin (Curitiba), Victor Horácio de Souza Costa Jr. (Curitiba), Kennedy Schisler (Foz do Iguaçu), Alberto Saparolli (Curitiba), Rubens Kliemann (Curitiba)

Diretoria de Defesa Profissional

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

Diretoria de Patrimônio: Rubens Kliemann (Curitiba)

Diretoria Acadêmica: Darci Vieira da Silva Bonetto (Curitiba), Tony Tannous Tahan (Curitiba)

Diretoria de Publicações:

Coordenador: Sérgio Antoniuk (Curitiba), Paulo Breno Noronha Liberalesso (Curitiba)

Diretoria de Eventos Científicos

Coordenadora: Gislayne Castro e Souza de Nieto (Curitiba)
Julio Cesar Pereira Dias (Pato Branco)

Diretoria de Educação Continuada

Coordenador: Lais Regina Rocha de Carvalho (Ponta Grossa)

Liga Acadêmica de Pediatria

Tony Tannous Tahan (Curitiba)

Ouvidoria

Luiz Ernesto Pujol (Curitiba)

Departamento de Residência

Coordenador: Eliane Mara Cesário Pereira Maluf (Curitiba)
Hospital Pequeno Príncipe

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS DA SOCIEDADE

PARANAENSE

DE PEDIATRIA

Departamento de Adolescência

Beatriz Elizabeth Bagatin V. Bermudez

Departamento de Aleitamento Materno

Patrícia Barbosa Ferrari

Departamento de Alergia - Imunologia

Adriana Vidal Schmidt

Departamento de Cardiologia

Renato Pedro A. Torres

Departamento de Dermatologia

Juliana Loyola

Departamento de Endocrinologia

Suzana Nesi França

Departamento de Gastroenterologia e Nutrição

Aristides Schier da Cruz

Departamento de Infectologia

Adriana Blanco

Departamento de Nefrologia

Lucimary Castro Sylvestre

Departamento de Neonatologia

Gislayne Castro e Souza de Nieto

Departamento de Neurologia

Mara Lucia Schmitz Ferreira Santos

Departamento de Pneumologia

Debora Carla Chong

Departamento de Saúde Mental

Jussara Ribeiro dos Santos Varassin

Departamento de Segurança da Criança e do Adolescente

Sergio Ricardo Lopes de Oliveira

Departamento de Suporte Nutricional

Vanessa Yumie Salomão W. Liberalesso

Departamento de Nutrologia

Jocemara Gurmini

Departamento de Terapia Intensiva

Paulo Ramos Davi João

Referência em Genética

Salmo Raskin

Referência em Hemato-Oncologia

Ana Paula Kuczynski Pedro Bom

Referência em Oftalmologia

Ana Tereza Ramos Moreira

Referência em Ortopedia

Edilson Forlim

Referência em Otorrinolaringologia

Rodrigo Guimarães Pereira

Referência em Reumatologia

Marcia Bandeira

JORNAL PARANAENSE DE PEDIATRIA - ANO 17, NÚMERO 01, 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: 1.000 exemplares

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

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

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

Impressão: Topgraf Editora e Gráfica Ltda.

EDITORIAL

O Dia Mundial do Rim é uma campanha global que busca conscientização sobre ações preventivas, sobre os fatores de risco de lesão renal e sobre como viver com uma doença renal. No mundo inteiro ocorrem centenas de eventos de projeção pública. Começou em 2006 e não parou de crescer. Todos os anos a campanha destaca um tema particular e este ano é especial para nós que trabalhamos com crianças pois o foco é “A prevenção da doença renal começa na infância”.

As crianças têm risco de desenvolver lesão renal desde o período gestacional, como encontramos detalhado em artigo desta revista, Daí a importância de medidas preventivas que envolvem obstetras, pediatras, intensivistas, urologistas, nefropediatras e familiares. Medidas de rotina simples como uma anamnese mais completa possível com histórico familiar, hábitos miccionais e intestinais, alimentação, prática de exercícios físicos, uso de medicamentos sem prescrição médica; aferição da pressão arterial a cada consulta e exame de urina podem auxiliar na detecção precoce de fatores de risco.

Não podemos falar de prevenção de doença renal no adulto sem lembrar que a maioria dos fatores de risco tem seu início na infância como obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, aterosclerose, pielonefrite crônica por infecção urinária recorrente ou uropatias obstrutivas anatômicas ou funcionais. A grande progressão da obesidade infantil necessita medidas urgentes, em torno de 30% das crianças com IMC acima do percentil 95 apresentam síndrome metabólica. A hipertensão arterial na infância tem uma prevalência em torno de 9%, aumentando para 23% em crianças com sobrepeso e 34% em crianças obesas. Doenças congênitas e hereditárias não podem ser evitadas, no entanto, o diagnóstico precoce permite que se tomem medidas apropriadas para retardar a progressão e principalmente para manter as crianças em condições clínicas satisfatórias. Existem evidências científicas de que a progressão da doença renal pode ser retardada. Em nosso país não temos estudos sobre a fase inicial da doença renal crônica (DRC), sabemos que a prevalência na fase V, quando já está indicada diálise e transplante, pode chegar a 80 casos por milhão de população pediátrica. Neste estágio a DRC traz consequências devastadoras para o crescimento e desenvolvimento, com alto índice de morbidade e mortalidade, além do tratamento ser complexo e de alto custo. Quase 50% das crianças que entram em programa de diálise e transplante renal poderiam se beneficiar de um diagnóstico e tratamento mais precoce para evitar a instalação ou a progressão da lesão renal. Concluindo, inúmeras ações por parte de profissionais de saúde, educadores e familiares vão fazer diferença quando se trata de prevenção.

Rejane de Paula Bernardes
Nefropediatra, Diretora da Clínica Nefrokids - Curitiba

PERFIL DAS DERMATOSES EM UMA CLÍNICA DE ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS NO SUL DO BRASIL

PROFILE OF SKIN DISEASES IN A SPECIALTIES PEDIATRIC CLINICAL IN SOUTHERN BRAZIL

Gabriel M. Andreola¹, Susana Giraldi², Vania O. Carvalho³, Mario C. Schmitt⁴

Instituição vinculada: Centro de Pediatria Vale do Itajaí (CELP) e Ambulatório de Dermatopediatria do Departamento de Pediatria do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

Resumo

Objetivos: determinar as dermatoses mais frequentes na faixa etária pediátrica em uma clínica de especialidades pediátricas.

Métodos: estudo retrospectivo e descritivo em que foram incluídos todos os pacientes, avaliados por queixa dermatológica, em primeira consulta ambulatorial em uma clínica de especialidades pediátricas. O diagnóstico das dermatoses foi realizado pelo especialista em Pediatria e Dermatologia, num período de 2 anos e 9 meses na cidade de Blumenau, Santa Catarina, Brasil. Os dados foram tabulados no Excel e analisados no JMP. Foi realizada a análise do perfil dos pacientes e frequência das dermatoses, as quais foram comparadas com outros estudos epidemiológicos.

Resultados: dos 608 prontuários analisados, houve 1.145 diagnósticos, distribuídos em 102 doenças. Dos pacientes, 55% eram do sexo feminino e 45%, do masculino. A idade média foi de 78 meses (6,5 anos) e 93,2% eram da cidade de Blumenau. As dermatoses mais frequentes foram: Dermatite Atópica (19,7%), Xerose (17,1%), Acne (12,6%), Eczema (9,7%), Ceratose Pilar (8,8%), Verruga Vulgar (7,5%), Prurigo Estrófulo (7,2%), Molusco Contagioso (6,2%), Hiperhidrose (5,7%) e Nevo Hiperocrômico (4,6%).

Conclusão: com base nos resultados obtidos, as dermatoses mais frequentes foram as de caráter alérgico, como a dermatite atópica e o prurigo estrófulo, e as infecciosas virais, como verrugas e o molusco contagioso. A avaliação dos dados de serviços ambulatoriais especializados em hospitais pode fornecer informações epidemiológicas úteis para o planejamento da prevenção e do tratamento das doenças mais frequentes, servindo de informação para médicos e como suporte para outros estudos epidemiológicos.

Palavras-chave: dermatoses; epidemiologia; crianças; doenças cutâneas.

1. Acadêmico de Medicina na Universidade Federal do Paraná (UFPR).

2. Dermatologista, Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente e Chefe do Ambulatório de Dermatopediatria do Departamento de Pediatria do Hospital de Clínicas/UFPR.

3. Professora de Pediatria do HC/UFPR, Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente.

4. Pediatra do Centro de Pediatria Vale do Itajaí (CELP).

Abstract

Objectives: to determine which are the most common skin diseases in pediatric patients in a specialties pediatric clinical.

Methods: retrospective and descriptive study that included all patients assessed for dermatological complaint, first outpatient appointment at a specialties pediatric clinical. The diagnosis of skin diseases was carried out by a specialist in Pediatrics and Dermatology, over a period of two years and nine months in the city of Blumenau, Santa Catarina, Brazil. The data were tabulated in Excel and analyzed in JMP. The profile analysis was performed of patients and frequency of dermatoses, which were compared with other epidemiological studies.

Results: in 608 medical records analyzed, there were 1,145 confirmed diagnoses, spread over 102 diseases. About patients, 55% were female and 45% male. The average age was 78 months (6.5 years) and 93.2% were from the city of Blumenau. The most frequent dermatosis were: Atopic Dermatitis (19.7%), Xerosis (17.1%), Acne (12.6%), Eczema (9.7%), Keratosis Pilaris (8.8%), Verruca Vulgaris (7, 5%), Stropholus Prurigo (7.2%), Molluscum Contagiosum (6.2%), Hyperhidrosis (5.7%) and Nevus (4.6%).

Conclusion: based on these results, the most frequent dermatosis were the allergic character, such as atopic dermatitis and the scropholus prurigo, and viral infections such as warts and molluscum contagiosum. The assessment of the specialized ambulatory services data in hospitals can provide epidemiological information for planning the prevention and treatment of the most common diseases, serving as information for physicians and as support for other epidemiological studies.

Key words: dermatosis; epidemiology; children; skin diseases.

Introdução

O monitoramento da epidemiologia das doenças de pele na comunidade em geral é útil para observar tendências e para planejar serviços e educação em saúde¹. É sabido que dados estatísticos são determinantes para o levantamento e a solução de problemas em todas as áreas, inclusive na Dermatologia Infantil².

Doenças dermatológicas não são exclusivas de países com baixo índice de desenvolvimento humano. As dermatoses na infância são muito comuns mesmo em países desenvolvidos, mas, na maioria dos locais, não são consideradas problemas de saúde pública^{3,4}, mesmo quando graves. No entanto, a presença de doenças dermatológicas podem levar a alterações no estado emocional, nas relações sociais e nas atividades cotidianas⁵.

O não tratamento das doenças de pele, os tratamentos mal orientados e a autoprodução de lesões por contínua escoriação, tornam a resolução mais demorada e o tratamento mais dispendioso. Assim, o diagnóstico e tratamento adequado das dermatoses, bem como sua prevenção, ajuda a diminuir gastos nos programas de saúde⁶.

Os estudos de epidemiologia em dermatopediatria são escassos, tanto na literatura brasileira, quanto na mundial, e os estudos descritivos são de grande valia para traçar o perfil dos pacientes e a frequência das dermatoses em crianças e adolescentes. Existe uma dificuldade na avaliação e métodos de comparação devido a essa escassez de informação publicada e também pelas diferentes características das populações e dos países⁶.

Este estudo tem como objetivo comparar o perfil das dermatoses encontrados em pacientes atendidos em uma clínica de especialidades pediátricas com estudos epidemiológicos da literatura sobre as dermatoses mais frequentes na faixa etária pediátrica.

Métodos

Estudo retrospectivo e descritivo em que foram incluídos todos os pacientes, avaliados por queixa

dermatológica, em primeira consulta no período de 21/01/1995 a 31/10/1997 no Centro de Pediatria Vale do Itajaí (CELP) em Blumenau, Santa Catarina, Brasil.

Foram levantados dados em análise de 608 prontuários: nome, idade, gênero, procedência, diagnóstico e data do diagnóstico. Todos os dados foram armazenados em planilha eletrônica no programa Excel.

Os pacientes foram avaliados pela mesma pesquisadora que é dermatologista com experiência na área de dermatopediatria e os diagnósticos realizados por meio de história, dados clínicos e confirmação por meio de exames laboratoriais e biópsia quando necessário, além de todos os diagnósticos classificados no CID-10. Foram realizadas análises do perfil dos pacientes e frequência das dermatoses, reunidas as 18 doenças de pele mais frequentes e comparadas com outros estudos epidemiológicos da literatura.

Os dados foram analisados de forma descritiva. A análise estatística foi realizada pelo programa JMP 9.0 e os resultados foram apresentados em frequência.

Resultados

Houveram 1.145 diagnósticos confirmados clínica e/ou laboratorialmente e distribuídos em 102 doenças. A relação diagnóstico/paciente foi de 1,8, sendo que 365 (61,5%) dos pacientes obtiveram mais de um diagnóstico, enquanto que 243 (38,5%) foram diagnosticados com uma doença.

Dos 608 pacientes, 335 (55%) eram do sexo feminino e a idade média foi de 78 meses (6,5 anos), variando de 3 meses a 216 meses (18 anos). A tabela 1 demonstra as características da população estudada.

Os pacientes foram da cidade de Blumenau em 93,2%, 41 pacientes (6,8%) de outras cidades, como Apiuna (0,16%), Balneário Camboriú (0,16%), Brusque (0,49%), Gaspar (3,78%), Ilhota (0,16%), Indaial (0,16%), Itajaí (0,32%), Joinville (0,16%), Luís Alves (0,16%), Massaranduba (0,16%), Penha (0,16%) e Pomerode (0,65%).

Na tabela 2 estão listadas as 18 dermatoses mais frequentes.

As dermatoses encontradas no presente estudo e em menor percentual foram:

Líquen Aureus 1 caso (0,1%), Líquen Estriatus 4 (0,6%), Líquen Nitidus 3 (0,4%), Piebaldismo 1 (0,1%), Púrpura Pigmentar Crônica 1 (0,1%), Síndrome dos Pelos Impenteáveis 1 (0,1%), Ceratose Seborreica 1 (0,1%) e Xantogranuloma 1 caso (0,1%).

Discussão

A incidência de dermatoses na infância difere conforme a região do mundo⁷. Quando se comparam dados de Serviços dentro de um mesmo país também se observam divergências. Por exemplo, em estudos com pacientes entrevistados aleatoriamente na comunidade^{3,8,9} as queixas mais comuns são em relação a micoses superficiais. Já em estudos com pacientes de clínicas dermatológicas^{8,9}, as desordens atópicas são mais prevalentes. Na atenção primária, as queixas relacionadas a pele mais comuns das crianças são dermatoses infecciosas, com destaque para as Piodermites e a Escabiose¹⁰.

Os serviços ambulatoriais especializados situados nos hospitais são locais propícios para obtenção de informações sobre a frequência das doenças, para o planejamento do serviço no que se refere ao tratamento das doenças mais frequentes, e ainda pode servir para informar os médicos e como subsídio de outros estudos epidemiológicos⁶. Em 1952, um estudo do Hospital São Vicente de Belo Horizonte, MG, avaliou 261 pacientes¹¹. Dentre as dermatoses mais frequentes, as que coincidiram com o presente estudo foram: Dermatite Atópica (Eczema Alérgico), Dermatite Seborreica (Eczema Seborreico), Desidrose, Escabiose, Impetigo, Nevus Hipertrófico e Verruga Vulgar, sendo que a Pitiríase alba predominou com 63 casos seguido do impetigo com 39 casos.

Um estudo realizado em 1962 no Rio de Janeiro na Clínica Dermatológica do Hospital Estadual Jesus examinou 1.161 pacientes com idade variando de dias até 13 anos¹². Foram encontrados 1.310 diagnósticos com predomínio do Impetigo com 149 casos, seguido pelo Eczema Microbiano (38) e Periorite (38). A Dermatite Atópica ocorreu em 158 casos, seguida por Epidermodermite Vesiculosas (51) e Urticária (6). A escabiose representou 89 casos dentre 104 casos das Dermatozoonoses em geral. O Prurigo Estrófulo ocorreu em 179 casos, ficando no primeiro lugar dentre todas as dermatoses analisadas.

Já os dados levantados no Departamento de Alergia do Hospital Infantil do México durante o ano de 1967¹³, das dermatoses mais prevalentes em pacientes atópicos, estão a Dermatite Atópica, Urticária e Edema Angioneurótico, já em pacientes não alérgicos, o Impetigo, Pitiríase Alba e a Tricotilomania. Destacam-se ainda o Eczema, a Dermatite Seborreica e a Dermatite de Contato entre os alérgicos, coincidindo ao todo com 6 doenças do presente estudo.

Quando se compara as dermatoses mais comuns do presente estudo com as 15 mais comuns de um estudo epidemiológico feito no Serviço de Dermatopediatria do Departamento de Pediatria do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC - UFPR)⁶ entre 1977 e 1996, encontra-se coincidência em 9 doenças, as quais são, em ordem decrescente de frequência no estudo comparado: Dermatite Atópica, Prurigo Estrófulo, Pitiríase Alba, Dermatite Seborreica, Escabiose, Dermatite de Con-

tato, Ceratose Pilar, Impetigo e Molusco Contagioso.

Entre 1993 e 1995 dois estudos sobre frequência de patologias dermatológicas na infância demonstram que a Dermatite Atópica e as doenças infecciosas são as dermatoses mais prevalentes na infância¹². O primeiro, de uma clínica de referência de pele de Singapura¹, analisou 9.273 crianças com dermatoses e constatou que a Dermatite Atópica ficou em primeiro lugar (49,3%) como queixa mais frequente, seguida de infecções virais (6,5%) e infecções bacterianas (4,9%). Já o segundo estudo, de Lima e col.² do Hospital Infantil Darcy Vargas de São Paulo, foi realizado com 4.486 casos entre 1993 e 1994 e a Escabiose foi a dermatose mais frequente com 385 casos, seguida da Dermatite Atópica (286), Dermatite Seborreica (242), Tineas (237), Prurigo (203), Verrugas (177), Molusco Contagioso (154).

Durante o período de maio de 1999 a maio de 2000, foram analisados 307 prontuários de crianças atendidas no Ambulatório de Dermatologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco e constatou-se que as dermatoses alérgicas foram as mais frequentes, seguidas pelas desordens pigmentares e infecções virais¹⁴. Já se considerarmos todas as doenças infecciosas em um grupo, essas se tornam mais prevalentes, o que coincide com nosso estudo quando agrupamos Escabiose, Impetigo, Molusco Contagioso e Prurigo Estrófulo.

Em um estudo realizado com 116.337 crianças atendidas no Hospital da Universidade da Nigéria, entre os anos de 1999 e 2005, pouco mais de 1% (1506) tinham alguma dermatose¹⁵. Dentre as mais frequentes, Piodermite ficaram em primeiro lugar com 29,81% dos casos de doenças dermatológicas. Em segundo lugar ficaram as Dermatites não especificadas (24,17%), seguida pela Escabiose (13,55%), Dermatite Atópica (13,21%) e Micoses Superficiais (13,15%). Outras dermatoses, como Vitiligo, Pitiríase Rósea, Hiperkeratose, Nevus e Farmacodermia apareceram em 92 pacientes¹⁵. Este estudo traz um dado que chama a atenção: 48% dos pacientes encaminhados para o atendimento especializado do Hospital Universitário em questão possuíam um diagnóstico de "dermatites não especificadas" realizado pelo médico da atenção primária¹⁵, o que indica uma dificuldade no diagnóstico e manejo de dermatoses comuns da prática clínica.

No Serviço de Dermatologia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre foi realizado um estudo entre 2010 e 2011 com objetivo de avaliar a qualidade de vida nos pacientes dermatológicos pediátricos em um centro de referência em dermatologia, sendo analisados 161 prontuários de pacientes pediátricos⁵. As dermatoses mais frequentes encontradas estão de acordo com nosso estudo e foram, em ordem decrescente: Dermatite Atópica (29,8%), Verrugas Vulgares (13%) e Molusco Contagioso (7,5%).

Ainda em 2011, a prevalência de dermatoses na pediatria foi pesquisada em um Hospital Universitário de São Paulo, entre 2006 e 2007. Foram revisados 264 prontuários de pacientes com até 19 anos de idade, sendo que as dermatoses alérgicas ficaram em primeiro lugar em número de casos (74 casos ou 28,0%), seguidas por dermatoses inflamatórias, dermatoses pigmentares, dermatoses infecciosas, tumores benignos, miscelânea, genodermatoses e afecções de anexos cutâneos¹⁶. Este estudo está de acordo com os dados encontrados no presente estudo.

Na Turquia, em 2014, dois estudos foram publicados a respeito do tema. Kacar e col. levantaram dados dos ambulatórios de dermatologia da região centro-ocidental

de Anatólia durante 18 meses e constataram que as doenças infecciosas (27,9%), incluindo as verrugas virais (17,5%), seguida da acne (19,9%) e alergias (14,5%) foram as queixas dermatológicas mais comuns na faixa etária pediátrica¹⁷. Já Sula e col. realizaram um estudo com 1.932 escolares de Diyarbakir, dos quais 59,1% tinham alguma dermatose, sendo as mais frequentes: eczema (32,8%), transtornos pigmentares (17,2%), infecções cutâneas (13,4%), transtornos do couro cabeludo (10,1%) e acne vulgar (9,6%)¹⁸. Estes estudos evidenciam a importância da dermatologia pediátrica como tema de saúde pública devido à alta prevalência de doenças de pele até mesmo em pacientes comunitários.

Conclusão

O estudo caracterizou as doenças dermatológicas mais frequentes em Blumenau e região comparando com estu-

dos epidemiológicos brasileiros e mundiais das dermatoses infanto-juvenis mais frequentes, em especial com o Serviço de Dermatopediatria do Departamento de Pediatria do Hospital de Clínicas da UFPR. Dentre as dermatoses mais comuns da infância, a Dermatite Atópica e as doenças de pele infecciosas ficaram em destaque tanto em nosso estudo quanto na maioria dos estudos analisados.

O perfil epidemiológico levantado em estudos facilita o diagnóstico das dermatoses pediátricas mais frequentes, incentivando a boa anamnese e a busca da prevenção.

Com base nos resultados obtidos nestes estudos, os serviços prestadores de saúde podem ser melhorados tanto no atendimento como na prevenção e no tratamento das dermatoses infantis. Estes resultados ainda podem servir de base para estudos posteriores.

Tabela 1. Características epidemiológicas da população.

Gênero	Nº absoluto (%)
Feminino	335 (55)
Masculino	273 (45)
Total	608 (100)
Cidade	Nº absoluto (%)
Blumenau	567 (93,2)
Outras cidades	41 (6,8)
Total	608 (100)
Diagnósticos	Nº absoluto (%)
Um diagnóstico	243 (38,5)
Mais de um diagnóstico	365 (61,5)
Total	608 (100)

Tabela 2. Frequência das dermatoses em ordem decrescente.

Dermatose	Nº absoluto (%)
Dermatite Atópica	120 (19,7)
Xerose	104 (17,1)
Acne Juvenil	77 (12,6)
Eczema	59 (9,7)
Ceratose Pilar	54 (8,8)
Verruga Vulgar	46 (7,5)
Prurigo Estrófulo	44 (7,2)
Molusco Contagioso	38 (6,2)
Hiperhidrose	35 (5,7)
Nevo Hiperocrômico	28 (4,6)
Pitíriase Alba	26 (4,2)
Manchas Hipocrômicas	25 (4,1)
Disidrose	24 (3,9)
Efélides	24 (3,9)
Escabiose	24 (3,9)
Dermatite de Contato	24 (3,9)
Dermatite Seborreica	21 (3,4)
Impetigo	19 (3,1)

Agradecimentos

In memoriam de Maria Cecília Soares Baraldi Lope, professora de Pediatria da FURB.

Referências Bibliográficas

1. Goh CL, Akarapanth R. Epidemiology of skin disease among children in a referral skin clinic in Singapore. *Pediatric Dermatology*. 1991; 11(2):125-28.
2. Lima SS, Rodrigues ABD, Rosmaninho AS, Marques CD, Carvalho MCT. Patologias dermatológicas mais frequentes no Hospital Infantil Darcy Vargas. *Pediatria Atual*. 1996; 9(3):42-9.
3. Ngwogu A, Otokunefo TV. Epidemiology of dermatophytoses in a rural community in Eastern Nigeria and review of literature from Africa. *Mycopathologica*. 2007; 164: 149-58.
4. WHO 2005. Growing awareness of skin diseases. *Bull of WHO*. 2005; 83:881-968.
5. Weber MB, Lorenzini D, Reinehr CPH, Lovato B. Assessment of the quality of life of pediatric patients at a center of excellence in dermatology in southern Brazil. *An. Bras. Dermatol*. 2012; 87(5):697-702.
6. Giraldi S, Marinoni LP, Abagge KT, Carvalho D. Estudo epidemiológico em dermatologia pediátrica - análise retrospectiva de 9.989 diagnósticos no Serviço de Dermatologia Pediátrica do Hospital de Clínicas da UFPR em 19 anos. *Jornal Paranaense de Pediatria*. 2000; 1(1): 6-8.
7. WHO 2005. Discussion papers in Child Health. Epidemiology and management of common skin diseases in children in developing countries. WHO/FCH/CAH. 2005.
8. Ogunbiyi AO, Owaje E, and Ndahi A. Prevalence of skin diseases in school children in Ibadan, Nigeria. *Ped Derm*. 2005; 22:6-10.
9. Oyedeji OA, Onayemi O, Oyedeji GA, Oyelami O, Aladekomo TA, and Owa JA. Prevalence and pattern of skin infections and infestations among primary school pupils in Ijesha Land. *Nig J Paed*. 2006; 33:13-17.
10. Ogunbiyi AO, Daramola OOM, Alese OO. Prevalence of skin disease in Ibadan Nigeria. *Int J Derm*. 2004; 43:31-6.
11. Costa AS. Incidência de dermatoses na infância. *Jornal de Pediatria*. 1957; 22(7):338-343.
12. Gabriela L. Análise clínico-estatística dos processos dermatológicos observados no Hospital Estadual Jesus. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. 1964; 39(2):1-15.
13. Orozco LG. Informe estadístico de dos años del Departamento de Alergia del Hospital Infantil de México. *Boletín Médico del Hospital Infantil de Mexico*. 1968; XXV(4):717-27.
14. Santos JB, Cordeiro LO, Cordeiro LO, Guimaraes PB, Corrêa PMR, Carvalho SC. Dermatoses pediátricas no Hospital das Clínicas da UFPE. *An. Bras. Dermatol*. 2004; 79:289-294.
15. Emodi IJ, Ikefuna AN, Uchendu U, U Duru A. Skin diseases among children attending the outpatient clinic of the University of Nigeria teaching hospital, Enug. *African Health Sciences*. 2010; 10(4):362-66.
16. Ferreira FR, Nascimento LFC, Cirvidiu, DC. Prevalência de dermatoses pediátricas em um hospital universitário na região sudeste do Brasil. *An. Bras. Dermatol*. 2011; 86(3):477-82.
17. Kacar SD, Ozuguz P, Polat S, Manav V, Bukulmez A, Karaca S. Epidemiología de dermatoses pediátricas em la región centro-occidental de Anatolia em Turquía. *Arch. argent. pediatr*. 2014; 112(5):421-427.
18. Sula B, Uçmak D, Saka G, Akdeniz S, Yavuz E, Yakut Y, Arslan E, Aktas H, Yildiz M, Yolbir S, Azizoglu R. Prevalencia de transtornos de la piel em niños que asisten a la escuela primaria em Diyarbakir, Turquía. *Arch. argent. pediatr*. 2014; 112(5):434-438.

AVALIAÇÃO DE RISCO PARA TRANSTORNOS ALIMENTARES EM ADOLESCENTES DE UM COLÉGIO PÚBLICO

ASSESSMENT OF RISK FOR EATING DISORDERS IN ADOLESCENTS FROM A PUBLIC SCHOOL

Ana C. Dresch¹, Flávia C. Kufner², John E. Toigo², Simone C. Piana², Gleice F. C. P. Gabriel³, Nelson O. Osaku³, Marcos A. S. Cristovam³, Fabiano Sandrini⁴

Resumo

Objetivos: avaliar o risco para transtornos alimentares, como anorexia e bulimia nervosa, em uma população de adolescentes de um colégio público do município de Cascavel - PR.

Método: aplicação do questionário Teste de Atitudes Alimentares aos alunos regularmente matriculados em um colégio estadual, no período de março a setembro de 2015, com análise das seguintes variáveis: pontuação do questionário, idade, sexo, estatura, peso, série que o aluno estava matriculado e índice de massa corporal. Esses dados foram armazenados em banco de dados do programa Microsoft Excel 2010 e foram analisados por meio das estatísticas descritivas: média aritmética, mediana, desvio-padrão, e para variáveis qualitativas e quantitativas por meio do teste de Qui-Quadrado com correlação de Yates, e considerou-se nível de significância para $p < 0,05$.

Resultados: foram preenchidos 191 questionários no período de março a setembro/2015, a idade mínima foi 14 anos e máxima 18 anos (média: 15,5 anos), predominando, entre os participantes, o sexo feminino (77%) e a raça branca (69%).

Conclusão: a porcentagem de adolescentes com risco para transtornos alimentares foi semelhante à encontrada na literatura e houve correlação significativa para o sexo feminino, porém sem diferença entre as raças.

Palavras-chave: anorexia, bulimia, adolescente, transtornos alimentares.

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

2. Acadêmicos de Medicina da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, PR, Brasil.

3. Professores Assistentes de Pediatria do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, PR, Brasil.

4. Professor Adjunto de Pediatria do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, PR, Brasil.

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

Telefone: (45) 3902-1889 e-mail: ma.cristovam@uol.com.br

Abstract

Objectives: to assess the risk of eating disorders like anorexia and bulimia nervosa in a population of adolescents from a public school in Cascavel City - PR.

Method: application of the questionnaire Eating Attitudes Test to students enrolled in a public school in period from March to September/2015, with analysis of the following variables: score of the questionnaire, age, sex, height, weight, enrolled grade that the student was and body mass index. These data were stored in Microsoft Excel 2010 program database and analyzed through descriptive statistics: arithmetic mean, median, standard-deviation, as well as application of the chi-square test with Yates correlation to quantitative and qualitative variables, and $p < 0.05$ indicated statistical significance.

Results: 191 questionnaires were filled in period from March to September/2015, age ranged from 14 years to 18 years (mean: 15.5 years), predominantly among those involved, female (77%) and white race (69%).

Conclusion: the percentage of adolescents with risk to eating disorders was like that found in the literature and according to statistical analysis, there was significant relationship to female, but without difference among races.

Key words: anorexia, bulimia, adolescent, eating disorders.

Introdução

Os transtornos alimentares (TA), caracterizados por distúrbios clinicamente significativos na imagem corporal e por comportamentos alimentares inadequados¹, como anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) e suas variantes são quadros psiquiátricos que afetam principalmente adolescentes e adultos jovens, levando a grandes prejuízos biopsicossociais, com elevada morbimortalidade, podendo ser classificados como a terceira doença crônica mais comum nos adolescentes do sexo feminino, com uma incidência de até 5%^{2,3}.

A AN se caracteriza por perda de peso intensa às custas de dietas rígidas autoimpostas em uma busca desenfreada pela magreza, com distorção da imagem corporal² e, de acordo com o DSM-5 não se utiliza como critério diagnóstico a amenorreia.

A BN, por sua vez, caracteriza-se por grande ingestão de alimentos de uma maneira muito rápida e com a sensação de perda de controle do apetite, os chamados episódios bulímicos. Estes são acompanhados de métodos compensatórios inadequados para o controle de peso, como vômitos autoinduzidos (em mais de 90% dos casos), uso de medicamentos (diuréticos, laxantes, inibidores de apetite), dietas e exercícios físicos, abuso de cafeína e/ou uso de cocaína² e, segundo o DSM-5, é diagnosticado quando os episódios bulímicos ocorrem na frequência mínima de uma vez por semana em um período de três meses.

Estima-se que 0,5% das adolescentes americanas sofrem de AN, que 1% a 5% satisfaçam os critérios de BN e que 5% a 10% dos casos de perturbação do comportamento alimentar ocorram em indivíduos do sexo masculino⁴. Dados epidemiológicos brasileiros são pouco conhecidos, no entanto, a experiência clínica demonstra que esses transtornos têm prevalência significativa⁵.

No que tange à avaliação desses transtornos, o uso de questionários de autopreenchimento tem se mostrado um excelente parâmetro como método de triagem para TA. As transformações ocorridas com relação à percepção da alimentação e do peso, bem como comportamentos ali-

mentares disfuncionais, podem ser identificados por meio de instrumento específico, como o Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26) elaborado por Garner e Garfinkel (1979), tendo como proposta uma medida objetiva, de autorrelato, dos sintomas indicativos de transtornos alimentares⁶. O Brasil, entretanto, ainda carece de pesquisa na área de transtorno de alimentação na adolescência.

O objetivo desse estudo foi detectar o risco para transtornos alimentares em adolescentes estudantes de um colégio público estadual, pela aplicação do EAT-26.

Método

Estudo epidemiológico de corte transversal, com amostra baseada em informações de alunos regularmente matriculados no ensino médio (1º a 3º anos) do Colégio Estadual Wilson Joffre, de Cascavel-PR. Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos pais ou responsáveis e pelo próprio adolescente, foi aplicado o questionário Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26), o qual é composto por 26 questões autopreenchíveis, com seis opções de resposta: 1 - nunca; 2 - raramente; 3 - às vezes; 4 - frequentemente; 5 - muito frequentemente; 6 - sempre. Esse instrumento varia sua pontuação de zero a 78 e estabelece um ponto de corte que orienta o pesquisador sobre o risco de distúrbios alimentares de acordo com a sua pontuação, sendo que a presença de 20 ou mais pontos remete à probabilidade dos participantes de desenvolverem algum tipo de transtorno alimentar, já a pontuação inferior a 20 sinaliza para ausência de risco para distúrbios alimentares, transformando-se em um instrumento muito utilizado em estudos epidemiológicos para investigação de pessoas com risco para o desenvolvimento de transtornos de conduta alimentar⁷. O instrumento EAT-26 foi desenvolvido por Garner e Garfinkel⁸, revisada em 1982 por Garner⁹, validado no Brasil por Nunes *et al* (1994)¹⁰ e disponibilizado por Marinho B. e colaboradores¹¹. O tempo médio gasto para seu preenchimento é de cerca de 10 minutos. Outras variáveis analisadas foram: idade, sexo, raça, série escolar, peso, estatura e IMC.

A aplicação dos questionários foi realizada por quatro pesquisadores treinados, assim como foram realizadas as medidas antropométricas individualmente, utilizando as tabelas de peso, estatura e IMC para a idade de acordo com os critérios propostos pela Organização Mundial de Saúde (2007). Eventuais dúvidas manifestadas pelos alunos foram prontamente esclarecidas pelos pesquisadores durante a coleta de dados.

Essas informações foram armazenadas em banco de dados do programa Microsoft Excel e foram analisadas por meio do programa de estatística Action 2.9, disponibilizado no site: www.portaaction.com.br. Foram obtidos os seguintes dados estatísticos: média aritmética, mediana, valor mínimo, valor máximo e desvio padrão. Para as variáveis qualitativas foi aplicado o teste de Qui-Quadrado com correlação de Yates, considerando nível de significância para $p < 0,05$.

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus Cascavel, sob parecer nº 1.180.246 de 2015.

Resultados

Dos 432 alunos presentes nas turmas verificadas, houve adesão ao estudo por 44% desses jovens. Dessa forma, foram preenchidos 191 questionários, nos quais a idade mínima encontrada foi de 14 anos e a máxima de 18 anos (média: 15,5 anos). Houve predomínio do sexo feminino em 77% (gráfico 1) e da raça branca em 69%, seguida pelas raças parda em 27%, amarela em 3% e negra em 1% (gráfico 2). Com relação à série escolar, participaram do estudo 38,6% de alunos do 1º ano, 52,2% do 2º ano e 48,3% do 3º ano (gráfico 3).

Dos estudantes participantes do estudo, de acordo com a tabela de IMC da OMS de 2007, apenas um aluno do sexo masculino apresentou magreza severa, cinco alunas apresentaram magreza, 160 jovens foram classificados como eutróficos, 22 com sobrepeso e três com obesidade (gráfico 4).

Com relação à nota de corte, 32 alunos (17%) apresentaram pontuação maior ou igual a 20 no EAT-26, podendo indicar, neste caso, maior predisposição para TA. Dentre os estudantes classificados com pontuação maior ou igual a 20 no questionário utilizado, 30 (94%) eram do sexo feminino e, em relação ao IMC, 26 (81%) foram classificados como eutróficos.

Obteve-se, dentre as variáveis analisadas, resultados estatísticos (tabela 1) e, comparando o resultado do EAT-26 com a raça, o sexo e o IMC, houve correlação estatisticamente positiva com o sexo feminino (tabela 2).

Discussão

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a adolescência é o período compreendido entre os 10 e 19 anos de idade. Nesta fase, o jovem vivencia mudanças biopsicossociais, além de passar por alterações morfológicas decorrentes da puberdade¹². Estas alterações podem acentuar a preocupação que o adolescente tem com o corpo, como mostram estudos sobre a elevada prevalência de insatisfação corporal em jovens escolares brasileiros¹³⁻¹⁵.

Sabe-se que a depreciação com o peso e com a aparência física pode predispor os jovens a desenvolverem hábitos deletérios à saúde na tentativa de modificarem suas morfologias corporais^{16,17}, gerando comportamentos ali-

mentares inadequados e outras práticas prejudiciais à saúde^{18,19}. Ressalta-se que, com a atual ênfase cultural na aparência física, muitos jovens são levados a se tornarem excessivamente preocupados com a aparência e com o peso²⁰.

Jovens do sexo feminino apresentam maior chance de desenvolverem comportamentos alimentares inadequados quando comparadas aos adolescentes do sexo masculino, conforme relatado em trabalho semelhante de Silva *et al.* (2012)²¹⁻²³. Isto corrobora com os resultados deste estudo, que mostrou correlação positiva com o sexo feminino e a suscetibilidade aumentada para hábitos alimentares inapropriados, levando a uma maior predisposição para transtornos alimentares nas mulheres.

Neste estudo, obteve-se uma prevalência de 17% de alunos com pontuação superior à nota de corte no Teste de Atitudes Alimentares, sendo o valor obtido semelhante ao encontrado na literatura, que mostra resultados variáveis de acordo com os estudos. Trabalho similar realizado por Virgílio e Gravena apresentou resultado aquém do encontrado, no qual apenas 8,62% dos adolescentes atingiram a pontuação igual ou acima de 20 após aplicação desse questionário, entretanto, Silva *et al.* demonstraram resultados superiores, indicando 34,3% de jovens com pontuação EAT-26 sugestiva de transtornos alimentares^{15,21,24,25}. Nota-se, dessa forma, que os transtornos alimentares apresentam predomínio relevante em nossa sociedade e que, geralmente, têm início na adolescência, reforçando a importância dos resultados encontrados nesta pesquisa^{24,26}. Em resposta a isso, Miranda *et al.* salientam que em estudos epidemiológicos ou de grandes amostras, os questionários são instrumentos que podem ser considerados "padrão-ouro", pois não necessitam de mão de obra especializada para a sua aplicação, além de requererem baixo custo operacional¹⁶.

Vale lembrar ainda que o médico pediatra, muitas vezes, é o único profissional de saúde que tem contato com estes jovens, tendo, dessa forma, papel fundamental tanto para realizar o diagnóstico, quanto para instituir a terapêutica precocemente e realizar os encaminhamentos necessários. Sendo assim, é de suma importância que esse profissional esteja familiarizado com as questões envolvidas no reconhecimento dos transtornos alimentares na adolescência, haja visto que muitas vezes estes são subdiagnosticados^{4,27}. Além disso, médicos pediatras devem abordar nas consultas de rotina do adolescente questões direcionadas a padrões alimentares, satisfação com o corpo e frequência de exercícios físicos, assim como, pesquisar sintomas que possam estar relacionados com a presença de alguma perturbação do comportamento alimentar, como síncope, vômitos, alopecia, irregularidades menstruais, palpitação, entre outros²⁶. Ressaltando também que o peso, a altura e o IMC devem ser aferidos com regularidade, podendo ser úteis na suspeita diagnóstica^{4,28,29}. Já o tratamento deve ser feito, idealmente, por uma equipe multidisciplinar e a internação deve ser considerada em alguns casos³⁰.

O estudo apresentou algumas limitações como: a utilização de escala autoaplicável para avaliar comportamentos alimentares inadequados, uma vez que escala não é diagnóstica e sim um instrumento de triagem, as ferramentas auto-preenchidas podem mascarar a realidade do fenômeno no contexto avaliado, pois se tratam de respostas subjetivas, e nem todos os jovens com risco para transtornos alimentares passaram por avaliação clínica especializada.

Por fim, este trabalho evidenciou achados que servem de alerta aos médicos pediatras, os quais devem estar atentos e se familiarizarem com os sinais e sintomas de comportamentos alimentares inadequados.

É essencial estimular novas estratégias para o reconhecimento precoce e para a abordagem terapêutica adequada dos indivíduos com suspeita de transtornos alimentares, podendo ser utilizadas para isso, por exemplo, medidas preventivas como campanhas educacionais que visem esclarecer a li-

gação entre a cultura do corpo e os transtornos alimentares³¹.

Conclusão

Houve relação positiva das meninas com risco para transtornos alimentares, porém sem relação com a raça ou o IMC. Podendo os dados analisados servirem de base para futuros estudos. Além disso, serve de alerta para médicos pediatras, mostrando a importância destes estarem familiarizados com transtornos alimentares na adolescência.

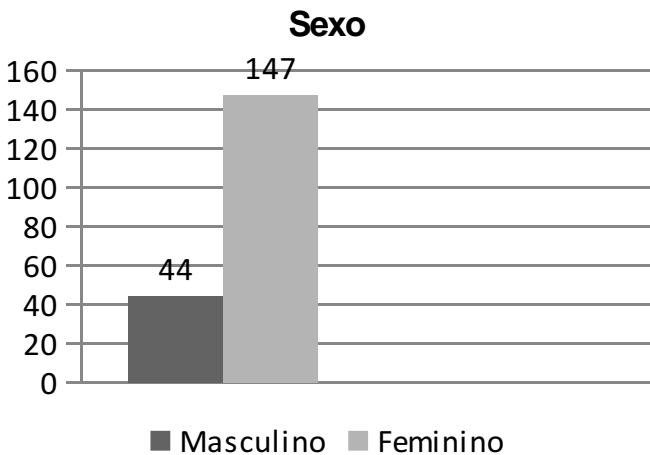


Gráfico 1. Divisão por sexo no preenchimento do EAT-26.

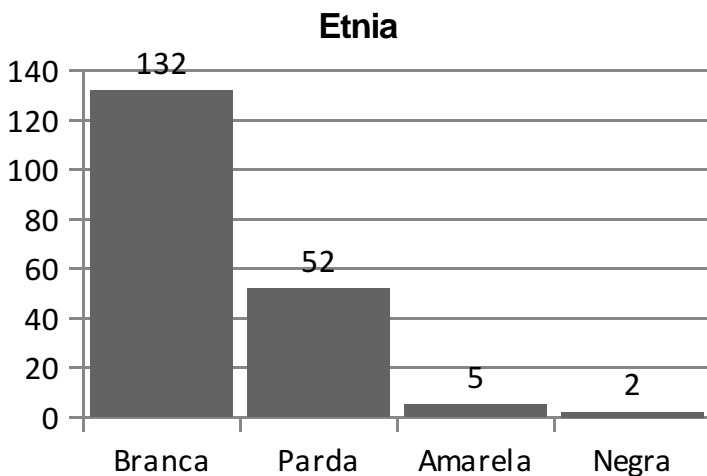


Gráfico 2. Divisão por raça no preenchimento do EAT-26.

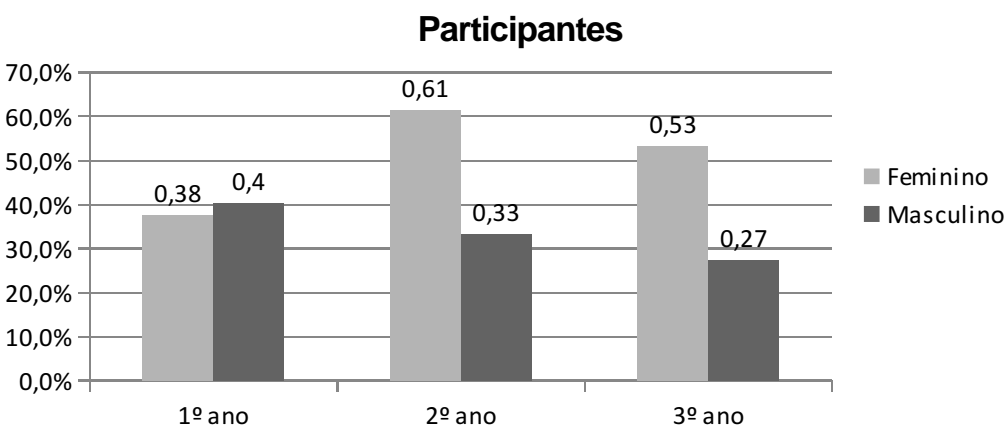


Gráfico 3. Adesão por série escolar no preenchimento do EAT-26.

Classificação de IMC por sexo

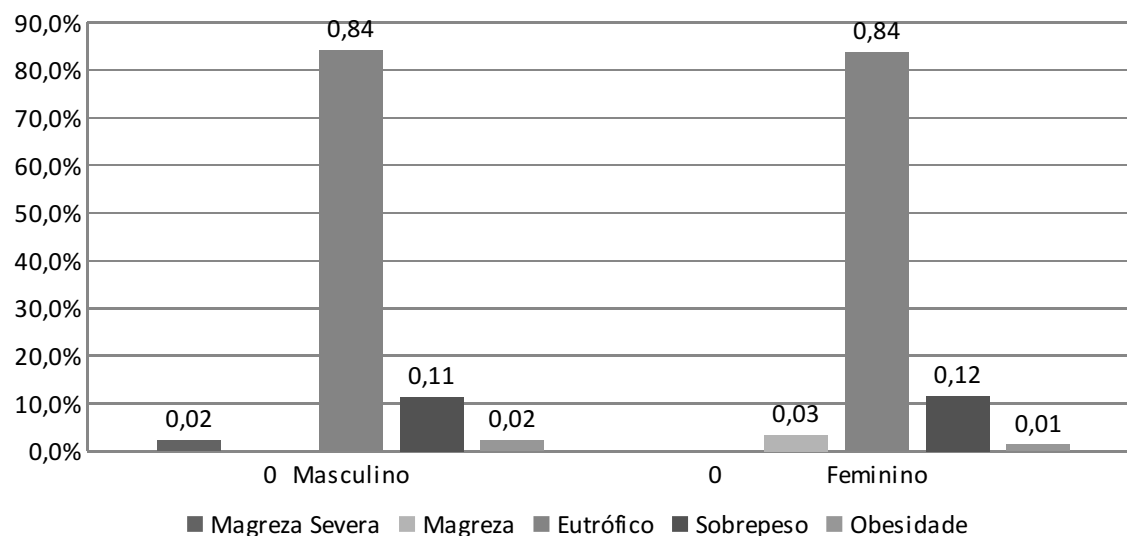


Gráfico 4. Divisão dos estudantes por sexo e classificação de acordo com o IMC.

Tabela 1. Análise estatística dos dados dos alunos do ensino médio do colégio participante do estudo.

	N	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
Idade	191	15,52	15,00	14,00	18,00	1,00
Peso	191	58,39	57,00	35,00	107,00	9,65
Altura	191	1,68	1,67	1,50	1,91	0,08
IMC	191	20,68	20,08	14,38	31,24	2,91
EAT-26	191	11,56	9,00	1,00	48,00	8,89

Tabela 2. Relação entre raça, sexo, classificação IMC e pontuação do EAT-26, considerando significância estatística para $p < 0,05^*$

	EAT-26		Valor do p
	≥20	<20	
Branca	21	111	0,796
Não Branca	11	48	
Masculino	2	42	0,024*
Feminino	30	117	
Magreza Severa	0	1	0,409
Magreza	0	5	
Eutrófico	35	135	
Sobrepeso	7	15	
Obesidade	0	3	

Agradecimentos

Ao Engenheiro Daniel A. B. Scopel, que gentilmente realizou a análise estatística deste estudo, aos acadêmicos de medicina que auxiliaram na coleta de dados, aos diretores e professores do Colégio Estadual Wilson Joffre, que cederam o espaço escolar para que a pesquisa pudesse ser realizada e, por fim, agradecimentos aos alunos participantes desse estudo.

Referências Bibliográficas

1. Reyes-Rodríguez ML, Franko DL, Matos-Lamourt A, Bulik CM, Von Holle, A, Cámara-Fuentes L. Eating Disorder Symptomatology: Prevalence among Latino College Freshmen Students. *J Clin Psychol.* 2010; 66(6):666-679.
2. De Abreu CN, Cangelli Filho R. Anorexia nervosa e bulimia nervosa- Abordagem cognitivo-construtivista de psicoterapia. *Rev Psiq Clin.* (São Paulo) 2004; 31(4):177-183.
3. Golden NH, Katzman DK, Kreipe RE, Stevens SL, Sawyer SM, Rees J et al. Eating Disorders in Adolescents: Position Paper of the Society For Adolescent Medicine. *Journal of Adolescent Health.* 2003; 33(6):496-503.
4. Fernandes MA. Anorexia nervosa e bulimia na adolescência: diagnóstico e tratamento. *Adolescência & Saúde.* 2007; 4(3):41-44.
5. Conti MA, Teixeira PC, Kotait MS, Aratangy E, Salzano F, Amaral ACS. Anorexia e bulimia - corpo perfeito versus morte. *O Mundo da Saúde.* (São Paulo) 2012; 36(1):65-70.
6. Souza JC, Souza N, Magna LA, Magna NS. Fatores preditivos de transtornos alimentares entre estudantes do Ensino Médio. *Psicólogo in Formação.* 2011; 15(15):39-50.
7. Gonçalves TD, Barbosa MP, da Rosa LCL, Rodrigues AM. Comportamento anoréxico e percepção corporal em universitários. *J Bras Psiquiatr.* 2008;57(3):166-170.
8. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine.* 1979; 9:273-279.
9. Garner et al. *Psychological Medicine.* 1982; 12:871-878.
10. Nunes MA, Bagatini LF, Abuchaim AL, Kunz DR, Silva JA, Somenzi L, et al. Distúrbio da conduta alimentar: Considerações sobre o Teste de Atitudes Alimentares (EAT). *Revista ABP-APAL.* 1994; 16:7-10.
11. Marinho B, Santana F, Bibiano G, Oliveira L, Lauro M. Transtornos alimentares: anorexia e bulimia em alunas de nutrição da Universidade Federal de Juiz de Fora. (Juiz de Fora) 2010; 4-13.
12. Martins CR, Pelegrini A, Matheus SC, Petroski EL. Insatisfação com a imagem corporal e relação com estado nutricional, adiposidade corporal e sintomas de anorexia e bulimia em adolescentes. *Rev Psiquiatr RS.* 2010; 32(1):19-23.
13. Castro IRR, Levy RB, Cardoso LO, Passos MD, Sardinha LMV, Tavares LF, et al. Imagem corporal, estado nutricional e comportamento com relação ao peso entre adolescentes brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2010;15(2):3099-4108.
14. Duca GFD, Garcia LMT, Sousa TF, Oliveira ESA, Nahas MV. Insatisfação com o peso corporal e fatores associados em adolescentes. *Revista Paulista de Pediatria.* 2010;28(4):340-346.
15. Scherer FC, Martins CR, Pelegrini A, Matheus SC, Petroski EL. Imagem corporal em adolescentes: Associação com a maturação sexual e sintomas de transtornos alimentares. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria.* 2010; 59(3):198-202.
16. Miranda VPN, Conti MA, Bastos R, Ferreira MEC. Insatisfação corporal em adolescentes brasileiros de municípios de pequeno porte de Minas Gerais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria.* 2011; 60(3):190-197.
17. Oliveira LL, Hutz CS. Transtornos alimentares: O papel dos aspectos culturais no mundo contemporâneo. *Psicologia em Estudo.* 2010; 15(3):575-582.
18. Alvarenga MS, Scagliusi FB, Phillippi ST. Comportamento de risco para transtorno alimentar em universidades brasileiras. *Revista de Psiquiatria Clínica.* 2011;38(1):3-7.
19. Ximenez RCC, Colares V, Berulino T, Couto GBL, Sougey EB. Versão brasileira do BITE para uso em adolescentes. *Arquivos Brasileiros de Psicologia.* 2011; 63(1):52-63.
20. McGehee TMT, Green JM, Leeper JD, Dunn DL, Richardson M, Phillip AB. Body Image, Anthropometric Measures, and Eating-Disorder Prevalence in Auxiliary Unit Members. *Journal of Athletic Training.* 2009;44(4):418-426.
21. Silva TAB, Ximenes RCC, Holanda MA, Melo MG, Sougey EB, Couto GBL. Frequência de comportamentos alimentares inadequados e sua relação com a insatisfação corporal em adolescentes. *J Bras Psiquiatr.* 2012; 61(3):8-154.
22. Rossi A, Moreira EAD, Rauen MS. Determinantes do comportamento alimentar - Uma revisão com enfoque na família. *Revista de Nutrição.* 2008; 21(6):739-748.
23. Santos EMC, Tassitano RM, Nascimento WMF, Petribu MMV, Cabral PC. Satisfação com o peso corporal e fatores associados em adolescentes do ensino médio. *Revista Paulista de Pediatria.* 2011; 29(2):214-223.
24. Vergilio MCP, Gravena AAF. Perfil antropométrico e sintomatologia anoréxica em adolescentes de escola pública. *Health Sciences Acta Scientiarum.* 2011;33(2):181-186. Disponível em DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/actascihealthsci.v.33i2.6815>. Acesso em 10/maio/2015.
25. Golden NH, Katzman DK, Sawyer SM, Ornstein RM, Rome ES, Garber AK et al. Update on the Medical Management of Eating Disorders in Adolescents. *Journal of Adolescent Health.* 2015; 56(4):370-375.
26. Carney JM, Scott HL. Eating issues in schools: detection, management, and consultation with allied professionals. *Journal of Counseling and Development.* 2012; 90(3):290-297.
27. Campbell K, Peebles R. Eating Disorders in Children and Adolescents: State of the Art Review. *Pediatrics.* 2014;134(3):582-592.
28. Pinhas L, Morris A, Crosby RD, Katzman DK. Incidence and Age-Specific Presentation of Restrictive Eating Disorders in Children. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2011; 165(10):895-899.
29. Katzman DK, Peebles R, Sawyer SM, Lock J, Le Grange D. The Role of the Pediatrician in Family-Based Treatment for Adolescent Eating Disorders: Opportunities and Challenges. *Journal of Adolescent Health.* 2013; 53(4):433-440.
30. Academia Americana de Pediatria. Identificação e terapêutica das perturbações do comportamento alimentar. *Pediatrics.* 2004; 53(3):73-163.
31. Fleitlich BW, Larino MA, Cobelo A, Cordás TA. Anorexia nervosa na adolescência. *J. Pediatr. (Rio J.)* 2000;76(3):323-329.

PREVENÇÃO DE DOENÇA RENAL NA INFÂNCIA

PREVENTION OF KIDNEY DISEASE IN CHILDHOOD

Rejane P. Bernardes

Resumo

Campanhas de educação e prevenção primária para melhorar a saúde cardiovascular e renal têm sido desenvolvidas em adultos, no entanto a maioria dos fatores de risco no adulto tem seu início na infância - obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, aterosclerose, pielonefrite crônica por infecção urinária recorrente ou uropatias obstrutivas.

Objetivos: a doença renal crônica (DRC) na infância tem alta morbidade e mortalidade. O tratamento é de alta complexidade e custosa infância. Este estudo pretende descrever os fatores de risco para dano renal, desde antes da vida intrauterina até a adolescência.

Métodos: a partir de uma revisão de literatura utilizando Up to Date, LILACS, MedLine via PubMed, ERIC, Cochrane e SciELO levantamos as publicações relacionadas aos fatores de risco para doença renal na infância.

Resultados: estudos epidemiológicos da DRC na infância são raros, impedindo o desenvolvimento de estratégias de prevenção para retardar ou interromper a progressão das lesões renais. A partir da lesão inicial de qualquer etiologia, a progressão ocorre pela perpetuação de um círculo vicioso de ativação dessa lesão, com perda progressiva de néfrons e fibrose. Os mecanismos de progressão possíveis incluem fatores hemodinâmicos, sistema renina- angiotensina-aldosterona, fatores de crescimento e citocinas, perda de podócitos, dislipidemia, proteinúria, mecanismos específicos de fibrose tubulointersticial e possíveis mecanismos de predisposição à DRC, como fatores genéticos e baixo número de néfrons.

Conclusão: muitas são as ações a serem desenvolvidas desde o período gestacional até a adolescência para evitar a ocorrência de danos renais na criança ou mesmo para prevenir a progressão da lesão.

Palavras-chave: prevenção, infância, doença renal crônica.

Abstract

Educational campaigns and primary prevention to improve cardiovascular and renal health have been developed in adults, however most of the risk factors in adults has its onset in childhood - obesity, hypertension, dyslipidemia, diabetes, atherosclerosis, chronic pyelonephritis due to recurrent urinary infection or obstructive uropathy.

Objectives: chronic kidney disease (CKD) in childhood have high morbidity and mortality. The treatment is highly complex and cost in childhood. This study describe the risk factors for kidney damage, since before the intrauterine life through adolescence.

Methods: from a review using Up to Date, LILACS, Medline via PubMed, ERIC, Cochrane and SciELO publications we studied the risk factors for kidney disease in childhood.

Results: epidemiological studies of CKD are rare, preventing the development of prevention strategies to slow or stop the progression of kidney lesions. From the initial injury of any etiology, progression occurs by perpetuating a vicious cycle of activation of this injury, with progressive loss of nephrons and fibrosis. Possible progression mechanisms include hemodynamic factors, renin-angiotensin-aldosterone system, growth factors and cytokines, loss of podocytes, hyperlipidemia, proteinuria of tubulointerstitial fibrosis specific mechanisms and possible mechanisms predisposed to CKD, such as genetic factors and low number of nephrons.

Conclusions: many are the actions to be developed from pregnancy through adolescence to prevent the occurrence of renal damage in children or even to prevent progression of the lesion.

Key words: prevention, childhood, chronic kidney diseases.

Introdução

A doença renal crônica (DRC) tem alta morbidade e mortalidade e tornou-se um problema de saúde pública devido ao crescente aumento na incidência e prevalência. O diagnóstico em fase inicial, ainda tardio, resulta também em alta incidência de doença cardiovascular e quando evolui para estágio terminal o tratamento é de alta complexidade e custo, especialmente em crianças e adolescentes. Nesta faixa etária, os estudos epidemiológicos da DRC, sobretudo em fase inicial, são raros, impedindo o desenvolvimento de estratégias de prevenção para retardar ou interromper a progressão das lesões renais.

A incidência da DRC terminal em crianças varia em estudos de diferentes países de 4 a 10 casos novos por milhão da população com idade compatível (pmpic). Vários fatores podem determinar a variabilidade na frequência de DRC em crianças, como a distribuição racial e étnica, tipo de doenças renais prevalentes na região e qualidade de cuidado médico para os pacientes com DRC precoce. A menor prevalência de doença renal crônica terminal (DRCT) de 23,4 casos pmpic encontrada no estado de São Paulo *versus* 50 a 84,6 casos pmpic na Europa, EUA, Austrália e Nova Zelândia pode estar relacionada à insuficiente organização do sistema de saúde que provê os cuidados desses pacientes, com consequente elevação da mortalidade associada à doença em seus estágios mais precoces¹.

Nos registros de DRC chama a atenção a elevada frequência da categoria "outras etiologias" na classificação das causas de DRC. Essa categoria engloba as doenças hereditárias, sistêmicas, vasculares e tumores, mas em nossa casuística essa categoria significa principalmente os casos de DRC com etiologia desconhecida, o que atesta a frequência de casos que recebem o diagnóstico tardio da nefropatia, muitas vezes no momento do início da terapia renal substitutiva¹.

Campanhas de educação e prevenção primária para melhorar a saúde cardiovascular e renal têm sido desenvolvidas em adultos, mas é necessário lembrar que a maioria dos fatores de risco no adulto pode ter seu início na infância como obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, aterosclerose, pielonefrite crônica por infecção urinária recorrente ou uropatias obstrutivas.

Como resultado de campanhas realizadas em escolas particulares e públicas em Curitiba, entre 1299 crianças com idade de 5 a 6 anos, 14% já haviam apresentado pelo menos 1 episódio de infecção do trato urinário, 12% apresentavam enurese noturna, 12% perdas urinárias diurnas e 7% apresentavam uma média de três medidas de pressão arterial superior ao percentil 95 para sexo, idade e estatura (Bernardes RP, dados pessoais não publicados). Portanto as ações de prevenção devem ser desenvolvidas desde a infância.

As medidas de prevenção primária são destinadas a evitar que ocorra lesão renal e podem iniciar até mesmo antes da vida intrauterina até a adolescência¹. As medidas de prevenção secundária visam impedir ou retardar a progressão da doença renal crônica, em pacientes portadores de doença nefrourológica prévia.

Prevenção Primária

1- Antes da vida intrauterina:

Estudos demonstram que há correlação entre o índice de hospitalizações de recém nascidos quanto maior o índice de massa corporal (IMC) materna em pré gestação, principalmente quando acima de 40. Na última década observa-se um aumento no IMC entre gestantes. No Canadá entre 24451 partos, 35% das gestantes tinham IMC > 25, havendo correlação da obesidade materna com maior IMC e hipertensão arterial na infância. O risco relativo de desenvolvimento de doença renal crônica se eleva de 1.87 para IMC entre 25 e 29.9 kg/m² a 7.07 para IMC ≥ 40 kg/m² (2).

2- Na vida intrauterina:

a) O uso de drogas teratogênicas como o álcool, cocaína, agentes alquilantes, ácido valproico e outros pode ocasionar malformações renais. A exposição intraútero a medicamentos também pode resultar em lesões renais no recém-nascido. O uso de aminoglicosídeos, corticóides e lactaminas, além de redução nefrogênica, pode desencadear defeito na divisão celular com aminoglicosídeos, hipertensão arterial e albuminúria com corticóides e dilatação tubular com lactaminas. A ceftriaxona pode causar nefrite intersticial. Os inibidores da enzima de conversão (IEC) e anti-inflamatórios não esteroidianos (AINEs) podem induzir a disgenesia tubular renal, anúria fetal e até mesmo óbito neonatal.

b) A prematuridade e o retardo de crescimento intrauterino com baixo peso podem ser consequências de situações gestacionais evitáveis, como mau estado nutricional, uso de medicamentos como IECA, uso de tabaco, álcool ou drogas e infecção urinária. Estas crianças nascem com oligonefropatia já que a nefrogênese intrauterina ocorre até 35 a 36 semanas, sendo que 60% ocorre no terceiro trimestre. A nefrogênese pós-natal não é similar à pré-natal, nem em qualidade, nem em quantidade. Adicionam-se ainda os fatores de risco inerentes ao prematuro, como insuficiência renal aguda ou uso de medicamentos, com maior risco de comprometimento da função renal a longo prazo^{3,4}.

c) A obesidade na gravidez expõe aos riscos de pré-eclampsia, diabetes com efeito teratogênico e displasia renal, prematuridade, retardo de crescimento intrauterino, alto peso de nascimento com maior risco de síndrome metabólica, anomalias congênitas renais e de tubo neural, além de necessitar de parto cesárea com maior risco de morbidade perinatal.

d) O déficit de ácido fólico na gestante é causa de defeitos no tubo neural com consequente mielomeningocele e bexiga neurogênica⁵.

e) O diagnóstico e tratamento das infecções durante a gestação são importantes, pois são potencialmente teratogênicas ou causadoras de glomerulopatias - sífilis, toxoplasmose, citomegalovírus, HIV. O estreptococo grupo B pode desencadear sepsis e insuficiência renal aguda no período neonatal.

f) A ecografia pré-natal pode detectar uropatias desde a vida intrauterina. Em uma a cada 100 gestações detecta-se dilatação de trato urinário necessitando acompanhamento pós-natal. No caso de hidronefrose as indicações de intervenção intrauterina são restritas aos casos bilaterais, com oligoâmnion, marcadores (sódio, cloro, osmolaridade, β_2 microglobulina e cálcio), cariótipo normal e rins sem alterações displásicas. As complicações pós-derivação no período são elevadas, acima de 45%. No período pós-natal a ecografia realizada nas primeiras 24 horas vai indicar, dependendo do grau da dilatação, se é uni ou bilateral, a sequência da investigação⁶.

3- Na vida perinatal:

a) Evitar a hipóxia neonatal, instituir tratamento adequado de um sofrimento respiratório, realizar manejo hemodinâmico quando necessário, evitar a hipovolemia com oferta adequada de fluidos e eletrólitos e evitar o uso de fármacos nefrotóxicos reduzem a incidência da lesão renal aguda (LRA) e suas possíveis sequelas.

b) A LRA causada por drogas pode ser pré-natal, por necrose tubular aguda, nefrite intersticial aguda, obstrução tubular ou microangiopatia trombótica⁷⁻¹⁰.

c) Limitar os cateterismos umbilicais venosos e arteriais que podem causar trombose de veia ou artéria renal com hipertensão arterial secundária ou LRA.

d) Crianças que recebem amamentação materna exclusiva parecem apresentar menores níveis de pressão arterial a longo prazo. As gorduras saturadas podem elevar os níveis de colesterol no início da vida, mas a regulação hepática das lipoproteínas produz um perfil posterior mais favorável. O consumo de fórmulas artificiais tem demonstrado níveis mais elevados de pressão arterial, mas não há consenso. Em prematuros, maior oferta de proteínas leva a um aumento da taxa de filtração glomerular e massa renal e não se sabe ao certo qual o impacto sobre a função renal futura ou ocorrência de hipertensão arterial, relacionados à carga osmótica e à hiperfiltração. Um ganho de peso muito rápido nos primeiros meses implica em maior risco de desenvolvimento de hipertensão arterial. Por outro lado, a restrição nutricional com redução de néfrons tem possível impacto no desenvolvimento renal.

e) A prematuridade, com imaturidade glomerular e tubular, menor taxa de filtração glomerular e osmolaridade urinária máxima expõe à maior frequência de LRA e nefrocalcinose. Há relatos de 27 a 64% de prematuros desenvolvendo nefrocalcinose por hipercaleiúria iatrogênica, nutrição parenteral prolongada, oxigenoterapia prolongada, desequilíbrio entre promotores e inibidores de cristalização, administração de furosemide, dexametasona e aminoglicosídeos. Há estudos contraditórios sobre o prognóstico renal a médio e longo prazo em prematuros e crianças com retardo de crescimento intrauterino. Parece haver uma programação fetal com maior risco de desenvolver síndrome metabólica, hipertensão arterial, doença cardiovascular e resistência à insulina, além do risco de redução de néfrons e microalbuminúria na vida adulta. Por isso recomenda-se a prevenção dos fatores de risco, como erros alimentares e sobrepeso, com controle periódico da pressão arterial, da creatinina e albuminúria¹¹⁻¹³.

f) As dilatações pieocaliciais ou hidronefrose diagnosticadas no período intraútero devem ser devidamente esclarecidas logo após o nascimento. Uma ecografia nas primeiras 72 horas de vida vai determinar o grau da dilatação, se é uni ou bilateral. Quando bilateral, de grau moderado ou acentuado, deve-se realizar investigação mais precoce, a fim de descartar refluxo vesicoureteral, estenose de junção pieloureteral ou ureterovesical ou válvula de uretra posterior. Todas estas condições se beneficiam de diagnóstico e tratamento precoce, a fim de evitar deterioração do parênquima renal.

4- Nos lactentes e pré-escolares:

a) Nesta idade, a LRA pode ocorrer a partir de doenças renais primárias como síndrome hemolítica e urêmica, glomerulonefrites, e também a partir de uma causa hipovolêmica, hipóxico-isquêmica, doenças de origem infecciosa, como sepsis, enterocolite ulceronecrosante e nefrotoxicidade a medicamentos.

b) A infecção do trato urinário (ITU) é um acontecimento que deve ser considerado como um sinal de anomalia anatômica ou funcional do aparelho urinário pois as uropatias são as causas mais frequentes de insuficiência renal crônica (IRC) na criança, especialmente o refluxo vesicoureteral. A recorrência das infecções febris está relacionada à ocorrência de cicatrizes renais. Estas cicatrizes podem resultar em hipertensão arterial em 10% dos casos, proteinúria e evolução para DRC. Trinta e oito a

50% de adultos com cicatrizes renais tornam-se hipertensos, com risco de deterioração da função renal durante a gravidez^{14,15}.

c) Na prevenção da hipertensão arterial uma orientação dietética em pacientes com histórico familiar, evita também o sobrepeso e a obesidade. A obesidade aumenta o risco de diabetes, dislipidemias, hipertensão arterial, assim como também DRC e doença cardiovascular. Programas de rastreamento familiar que buscam detectar crianças com parentes de primeiro grau portadores de colesterol elevado, para orientação de dieta, atividade física e perda de peso desde a infância.

d) É importante um diagnóstico precoce de enfermidades hereditárias pouco comuns, mas com potencial para desenvolver DRC, como a cistinose e a doença de Fabry, cuja intervenção terapêutica pode retardar ou prevenir a evolução para DRC.

e) A nefropatia diabética (ND) ocorre em 15 a 20% dos pacientes. *Diabetes melitus* tipo 1 tem início precoce e a ND manifesta-se a partir de 5 anos de doença e acelera na adolescência, evoluindo para DRC mais tardiamente e *diabetes melitus* tipo 2 ocorre de forma insidiosa a partir de uma síndrome metabólica e tem maior prevalência em jovens obesos. Apesar da patogênese diferente, em ambos os casos as consequências são similares. A recomendação da *American Diabetes Association* é realizar um controle de pressão arterial, taxa de filtração glomerular e microalbuminúria, a cada 6-12 meses. Os fatores de risco de início e progressão da ND são: descontrole da glicemia, duração da diabetes, idade de início, puberdade, hipertensão arterial, dislipidemia e histórico familiar de complicações por diabetes. Recomenda-se manter a hemoglobina glicosilada entre 7 e 7,5%¹⁶.

f) O desenvolvimento de hábitos miccionais e intestinais adequados reduz a ocorrência das disfunções de trato urinário, assim como seu diagnóstico e tratamento precoce são importantes para evitar altas pressões vesicais e infecções urinárias recorrentes que podem causar danos renais. Atualmente, os sintomas de enurese, escapes urinários diurnos, urgência miccional, manobras retentoras, alterações de jato urinário ou mesmo micções muito frequentes são sinais de disfunção e devem ser considerados a partir da idade que já deveriam apresentar continência normal. As possibilidades de tratamento farmacológico ou fisioterápico permitem não só a melhora dos sintomas, mas também a prevenção de refluxo vesicoureteral secundário e nefropatia de refluxo.

g) Perspectivas futuras de desenvolvimento na área de biologia molecular permitirão determinar os marcadores genéticos para muitas afecções, possibilitando o diagnóstico e tratamento precoce.

Prevenção Secundária

1- Crianças portadoras de malformações congênitas tipo hipoplasias, displasias ou agenesia apresentam redução de massa renal funcional e é preciso proteger os néfrons restantes descartando uropatias frequentemente associadas e podendo-se também utilizar drogas renoprotetoras como IECA ou bloqueadores dos receptores AT₁ da angiotensina (BRA).

2- Algumas nefropatias, como a ligada a IgA, podem ser detectadas precocemente em *screening* escolares com o achado de proteinúria e/ou hematúria. O *screening* é aplicado sistematicamente no Japão, mas a Academia Americana de Pediatria não recomenda a realização sis-

temática, já que são baixos os resultados positivos que modifiquem a conduta terapêutica.

3- Nos casos de glomerulopatias agudas, como glomerulonefrite difusa aguda, síndrome hemolítica e urêmica e LRA, é recomendado acompanhamento periódico com eventual intervenção precoce, uso de renoprotetores e controle de hipertensão arterial. O controle da proteinúria é importante, pois é fator de risco de progressão de doença renal. Os IECA e BRA são medicamentos de primeira linha no controle da hipertensão arterial, mas também têm efeito antiproteinúrico, antiproliferativo e antifibrótico renal. O objetivo deve ser manter proteinúria menor que 300mg/m²/dia.

4- Tendo histórico familiar de nefropatias hereditárias – doença policística, nefronoftise, síndrome de alport, síndrome nefrótica familiar, cistinose – deve haver acompanhamento periódico com eventuais medidas renoprotetoras e aconselhamento genético.

5- O diagnóstico precoce e tratamento oportuno das tubulopatias, especialmente a acidose tubular distal e síndrome de Bartter, podem evitar evolução para nefrocalcinose. O diagnóstico deve ser suscitado na presença de atraso de crescimento, raquitismo, alterações do equilíbrio hidroelétrico e ácido básico, hipertensão arterial e litíase.

6- A litíase de aparelho urinário atua causando obstrução e favorece as infecções urinárias. Em alguns casos, pode acompanhar-se de nefrocalcinose. É importante não só eliminar os cálculos com técnicas adequadas, mas também realizar um correto estudo anatômico e metabólico, de forma a diminuir ou eliminar os fatores litogênicos. Algumas destas alterações têm base genética e tratamento específico, como é o caso das hipocitraturias, hipercalcúrias, hiperossalúrias e hiperuricosúrias.

7- A bexiga neurogênica é uma situação especial quase sempre secundária a defeitos do tubo neural e é fundamental realizar o estudo anatômico e urodinâmico precoce, possibilitando detectar as bexigas de alta pressão relacionadas à maior ocorrência de dano renal e DRC. Pode-se indicar farmacoterapia e cateterismo intermitente precoce. Um estudo com 312 pacientes portadores de mielomeningocele, 23% apresentavam cicatrizes renais com correlação positiva com ITUs febris, refluxo vesicoureteral e hiperatividade de detrusor com dissinergia¹⁷.

8- As disfunções de trato urinário inferior causam ITU recorrente, refluxo vesicoureteral em cerca de 30%, sendo bastante frequente na infância, 5 a 10% aos 7 anos. Nos casos mais graves a obstrução funcional pode levar a DRC. O tratamento é longo com anticolinérgicos, *biofeedback* de assoalho pélvico e neuromodulação, além da melhora da incontinência urinária, tem o objetivo de proteção renal.

9- A hipertensão arterial é causa de dano renal progressivo, pode suspeitada precocemente em *screening* escolar ou no consultório do pediatra, e confirmada através da MAPA (monitorização ambulatorial da pressão arterial) que tem boa reprodutibilidade na faixa pediátrica. A causa mais frequente é renal, mas cada vez mais aumenta a prevalência de hipertensão arterial primária relacionada com obesidade, síndrome metabólica e história familiar¹⁸. Atualmente, o uso de IECA e BRA como renoprotetores permitem controlar a hipertensão, reduzir eventual proteinúria e melhorar a sobrevida renal. Estas drogas têm ação vasodilatadoras de arteríolas, reduzem a pressão glomerular e hiperfiltração, têm ações

antiproteínúrica, antiproliferativa e antifibrótica, reduz a angiotensina II.

10- Prevenção de progressão da DRC - controle da proteinúria, hipertensão arterial, metabolismo hidreletrolítico e ácido básico, fosfocálcico, da anemia e das dislipidemias. Estas medidas reduzem também o risco de doença cardiovascular.

11- As anomalias congênitas renais e de trato urinário (CAKUT) ocorrem em frequência de 1 a cada 500 nascimentos, com elevada morbidade na criança, e estudos genéticos podem determinar a prevenção dos fatores de risco¹⁹.

Algumas situações especiais podem ser observadas em adolescentes:

- Glomerulopatias podem ocorrer secundariamente a infecções por sífilis, hepatite B e HIV ou a neoplasias como linfoma e colagenoses como lúpus eritematoso sistêmico.

- Aceleração da perda de função renal relacionada às nefropatias de refluxo ou nefropatia diabética.

- As infecções de trato urinário, mais frequentemente cistite e uretrite, ocorrem em 20% das meninas adoles-

centes, devido ao início das atividades sexuais, uso de espermicidas ou corpos estranhos na uretra. Quando acompanhadas de vaginites, é preciso investigar as doenças sexualmente transmissíveis.

- A gestação em adolescentes representa riscos intrauterinos e perinatais.

Conclusão

A partir da lesão inicial de qualquer etiologia, a progressão ocorre pela perpetuação de um círculo vicioso de ativação dessa lesão, com perda progressiva de néfrons e fibrose. Os mecanismos de progressão possíveis incluem fatores hemodinâmicos, sistema renina-angiotensina-aldosterona, fatores de crescimento e citocinas, perda de podócitos, dislipidemia, proteinúria, mecanismos específicos de fibrose tubulointersticial e possíveis mecanismos de predisposição à DRC, como fatores genéticos e baixo número de néfrons²⁰.

Muitas são as ações a serem desenvolvidas desde o período gestacional até a adolescência para evitar a ocorrência de danos renais na criança ou mesmo para prevenir a progressão da lesão.

Referências Bibliográficas

1. Nogueira PCK, Feltran LS, Carmargo MF et al. Prevalência estimada da doença renal crônica terminal em crianças de São Paulo. *Rev Assoc Med Bras*, 2011; 57: 443-449.
2. Caggiani M, Halty M. Conceptos de nefroprevención. *Arch Pediatr Urug*, 2009; 80: 216-219.
3. Filler G, Rayar MS, Silva O et al. Should prevention of chronic kidney disease start before pregnancy. *Int Urol Nephrol*, 2008; 40: 483-488.
4. Wani M, Kalra V, Agarwal SK. Low birth weight and its implication in renal disease. *J Assoc Physicians India*, 2004; 52: 649-652.
5. Mezzomo CL, Garcias GL, Scowitz ML et al. Prevention of neural tube defects: prevalence of folic acid supplementation during pregnancy and associated factors in Pelotas, Rio Grande do Sul States, Brazil. *Cad Saude Publica*, 2007; 23: 2716-2726.
6. Moura JM. Hidronefrose - conduta no período neonatal. In Margotto PR (ed). *Assistência ao Recém-Nascido de Risco*, 2th ed. Anchieta: São Paulo, 2004, p. 501-505.
7. Patzer L. Nephrotoxicity as a cause of acute kidney injury in children. *Pediatr Nephrol*, 2008; 23: 2159-2173.
8. Koren G, Chen N, Aleksa K. Drug-induced nephrotoxicity in children: pharmacologically based prevention of long-term impairment. *Paediatr Drugs*, 2007; 9: 139-142.
9. Andreoli SP. Acute kidney injury in children. *Pediatr Nephrol*, 2009; 24: 253-263.
10. Bresolin N, Silva C, Hallal A et al. Prognosis for children with acute kidney injury in the intensive care unit. *Pediatr Nephrol*, 2009; 24: 537-544.
11. Bacchetta J, Cochat P. Le rein des anciens prématurés est-il menacé? What about the long-term renal outcome of premature babies? *Arch Pediatr*, 2008; 15: 1212-1222.
12. Wani M, Kalra V, Agarwal SK. Low birth weight and its implication in renal disease. *J Assoc Physicians India*, 2004; 52: 649-652.
13. Yudkin JS, Phillips DI, Stanner S. Proteinuria and progressive renal disease: birth weight and microalbuminuria. *Nephrol Dial Transplant*, 1997; 12 (Suppl 2): 10-13.
14. Pennesi M, Travan L, Peratoner L et al. Is antibiotic prophylaxis in children with vesicoureteral reflux effective in preventing pyelonephritis and renal scars? A randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 2008; 121: 1489-1494.
15. Vachvanichsanong P. Urinary Tract Infection one lingering effect of childhood kidney diseases. *J Nephrol*, 2007; 20: 21-28.
16. Bogdanovi R. Diabetic nephropathy in children and adolescents. *Pediatr Nephrol*, 2008; 23: 507-525.
17. Ozel Z, Dokumcu C, Akyildiz A et al. Factors affecting renal scar development in children with spina bifida. *Urol Int*, 2007; 79: 133-136.
18. Salvadori M, Sontrop JM, Garg AX et al. Elevated blood pressure in relation to overweight and obesity among children in rural Canadian community. *Pediatrics*, 2008; 122: 821-827.
19. Song R, Yosypiv IV. Genetics of congenital anomalies of kidney and urinary tract. *Pediatr Nephrol*, 2011; 26: 353-364.
20. Fogo AB. Mechanisms of progression of chronic kidney disease. *Pediatr Nephrol*, 2007; 22: 2011-2022.

SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO E DIABETES MELLITUS: RELATO DE CASO

MUNCHAUSEN'S SYNDROME BY PROXY AND DIABETES MELLITUS: CASE REPORT

Camila C. V. Berti¹, Eduardo H. Bonotto¹, Francisco Y. Ishihara¹, Nádila M. U. Rolle¹, Willian T. Nakanishi¹, Geraldo M. Graça Filho²

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

Resumo

Objetivo: a Síndrome de Munchausen por Procuração (SMP) é uma condição psiquiátrica que caracteriza uma forma rara de abuso infantil. O objetivo deste relato é demonstrar uma tentativa materna de simular um quadro de Diabetes Mellitus em sua filha.

Descrição: paciente feminino, 3 anos e 20 dias. A mãe relatou que a criança apresentava quadro de polidipsia, poliúria e urina “com gosto doce”. Foram solicitados exames laboratoriais que demonstraram ausência de alterações. Após seguidas avaliações a mãe relatou a remissão dos sintomas, atribuindo os mesmos a uma desordem emocional da própria filha.

Comentários: a SMP é um diagnóstico de exclusão, e frequentemente subdiagnosticado, que deve fazer parte das hipóteses formuladas pelo médico, haja visto os danos psicológicos que a criança possa vir a revelar no futuro e também à exposição a intervenções e exames complementares desnecessários.

Palavras-chave: síndrome de munchausen por procuração, diabetes mellitus, abuso infantil, infância.

Abstract

Objective: Munchausen Syndrome by Proxy (MSBP) is a psychiatric disorder and a rare form of child abuse. Here, we report the case of a mother who attempted to fabricate the symptoms of Diabetes Mellitus in her daughter.

Case report: a female patient, 3 years and 20 days old. The mother reported that the child had polydipsia, polyuria and urine with a “sweet odor”. Laboratory evaluation revealed no abnormalities. During the follow-up, the mother reported remission of the symptoms, attributing them to an emotional disorder of her daughter.

Discussion: MSBP is a diagnosis of exclusion, often misdiagnosed, and should be remembered by the physician during the development of a diagnosis, given the fact that the child might have psychological damage in the future, as well as unnecessary tests or interventions.

Key words: munchausen syndrome by proxy, diabetes mellitus, child abuse, childhood.

1. Acadêmicos do Curso de Medicina da Universidade Federal do Paraná, Curitiba-PR.

2. Professor do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Curitiba-PR.

EHB: Travessa Rafael Francisco Greca, 151, ap. 51A 80620-150 Curitiba-PR

Telefone: (41) 9661-2006 e-mail: eduardobonotto@yahoo.com.br

Introdução

A Síndrome de Munchausen por Procuração (SMP) é considerada uma desordem psiquiátrica, e pelo DSM-IV o termo se enquadra como Transtorno Factício por Procuração¹, em que é considerada uma forma particular de abuso infantil. Em 1977 o nefrologista pediátrico britânico, Roy Meadow² foi o primeiro a descrever a esta condição, na qual um cuidador, em sua maioria mães biológicas, simula a existência ou provoca sinais e sintomas na criança, falsifica ou produz histórias clínicas, expondo a criança a internações e a procedimentos tanto diagnósticos quanto terapêuticos desnecessários, e até mesmo iatrogenias com risco à vida³. O perpetrador usa a criança para forjar uma relação com o médico, o qual possui dificuldade em identificar a condição por não associar ao diagnóstico diferencial de uma situação clínica confusa.

Até 2008 havia pouco mais de 700 casos relatados, de 52 países, todavia são casos considerados graves⁴, o que mascara a incidência e prevalência da SMP, principalmente pela diversidade infinita de meios de induzir ou simular uma doença na criança⁵. Dessa forma, este relato de caso objetiva demonstrar uma situação sutil que infere a presença de SMP.

Relato de Caso

Paciente do sexo feminino, 3 anos e 20 dias, vem à consulta acompanhada pela mãe, que relata que a criança tem urinado com maior frequência, mais significativa nos 3 dias anteriores a consulta. Afirma que a urina possui "gosto doce" e que a paciente apresenta aumento de ingestão hídrica nas últimas 2 semanas. Nega disúria, êmese, diarreia ou perda de peso. Relata alimentação adequada.

Quanto aos antecedentes ginecológicos e obstétricos, a mãe relata gestação não programada, com episódio de tromboflebite e uso de Dalteparine para prevenção de trombose. Nega tabagismo ou etilismo. Idade gestacional a termo. Desenvolvimento neuropsicomotor normal. Vacinação em dia. Refere ainda que a avó materna da paciente possui Diabetes Mellitus (DM) tipo 2.

Exame físico sem particularidades, com peso de 12,5 Kg e comprimento de 92 cm. Foram solicitados exames laboratoriais que demonstraram Glicemia de Jejum normal (62 mg/dL), Parcial de Urina sem alterações (densidade: 1023, negativo para glicosúria, cetonúria ou presença de sedimentos), hemograma, eletrólitos, VHS, ureia e creatinina sem alterações.

Retorno após 9 dias, mãe relata persistência do quadro de poliúria, mas com resolução da polidipsia. Realizado novo Parcial de Urina com Urocultura e nova glicemia de jejum, sem alterações.

Aproximadamente 1 mês após a consulta inicial, mãe retorna e refere resolução total do quadro, atribuindo os sinais e sintomas a desordem emocional da filha, que desejava "chamar a atenção".

Hipótese Diagnóstica: Síndrome de Munchausen por Procuração, com tentativa de forjar quadro de Diabetes Mellitus.

Discussão

Anualmente, mais de 1 milhão de crianças são vítimas de abuso ou negligência, e mais de 1200 morrem em decorrência desse tipo de agressão. Estima-se que a incidência de casos de abuso infantil seja de 15 a 42 por 1000 crianças⁶. Em consequência a esses números alarmantes, o Estatuto da Criança e do Adolescente formula o papel

do setor de saúde e educacional na incumbência de identificar, notificar e buscar formas de proteção às vítimas. Seus artigos do Capítulo I abordam a proteção à vida e à saúde garantidos através de serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde pelo Sistema Único de Saúde⁷. Com a regulamentação do Estatuto, esperava-se que um maior número de casos fosse notificado, no entanto, há uma deficiência de notificação devido aos casos não clássicos de abuso.

Dessa maneira, em 2001, foi publicada a Portaria nº 1.968/GM, que dispõe sobre a notificação de casos suspeitos ou confirmados de maus tratos contra crianças e adolescentes. Essa Portaria estabelece que os responsáveis técnicos de todas as entidades de saúde devem notificar os Conselhos Tutelares da localidade em todos os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos, por elas atendidas⁸.

Tal medida importante, pois diversos casos eram suspeitos de maus tratos e, conseqüentemente, muitas vezes não eram notificados. Casos atípicos de maus tratos, como em Munchausen por Procuração, são de difícil diagnóstico e controle, mas o acionamento do Conselho Tutelar ou de uma equipe multidisciplinar, muitas vezes pode auxiliar no seu esclarecimento.

A SMP apresenta uma taxa de mortalidade de 9%, sendo as mães mais comumente as perpetradoras⁹. Esta é uma forma de abuso associada a uma alta morbidade e mortalidade, e podem levar a efeitos psicológicos graves. Não são bem estabelecidos os porquês desse comportamento aberrante das mães, tampouco seus reflexos psicológicos a longo prazo nas vítimas, portanto, o diagnóstico precoce é de fundamental importância, tanto para prevenir novos abusos quanto para o correto manejo e tratamento das mães.

O diagnóstico de SMP é por exclusão, deve-se afastar todas as causas orgânicas da queixa clínica. No caso descrito acima, a mãe relata que a filha apresenta poliúria, polidipsia e "gosto doce na urina", sintomas clássicos de DM. A criança foi submetida a diversos exames laboratoriais, tais como, hemograma, parcial de urina e glicemia de jejum, para se confirmar ou afastar a suspeita inicial. A não confirmação laboratorial, a resolução dos sintomas e o surgimento de novas queixas sem correlação ao quadro de diabetes nas consultas posteriores, somaram-se a suspeita de SMP.

A criança permanece em acompanhamento no ambulatório de Pediatria Clínica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Até o momento, não foram relatadas novas queixas referentes ao diabetes, e a mesma apresenta um crescimento pômbero-estatural dentro da normalidade de acordo sua idade. Optou-se pelo acompanhamento periódico da paciente, uma vez que, até o momento, esta não apresentou nenhum sinal de agressão física direta pela mãe. Este acompanhamento também possibilita menor exposição da criança a novos exames invasivos desnecessários. Felizmente, este manejo clínico tem sido efetivo, não tendo sido necessário o encaminhamento da mãe para acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, o que poderia afetar a relação médico-paciente, quebrando a confiança e, conseqüentemente, perdendo o controle sobre o bem-estar da criança.

Em muitos casos, a SMP tem um final trágico¹⁰. No entanto, até o presente momento, a criança apresenta-se com a integridade física preservada, não sendo relatado, em consultas periódicas, outras intervenções médicas de

emergência. Por outro lado, é importante salientar que não podemos estimar com clareza a condição psicológica dessa criança, nem quais serão as consequências dessa exposição a longo prazo.

A avaliação clínica detalhada e a preocupação com o bem-estar físico e psicológico de crianças e adolescentes

deve ser uma das premissas de um bom agente de saúde. Devemos, além disso, atentarmos aos casos de abusos e maus-tratos, tanto no que tange ao aspecto físico quanto ao psicológico, e em casos como o descrito, devemos oferecer alternativas de manejo clínico para que o desfecho seja o melhor possível.

Referências Bibliográficas

1. Meadow R. What is, and what is not, Munchausen syndrome by proxy?. *Arch Dis Child* 1995; 72:534-8.
2. Meadow R. Munchausen syndrome by proxy. The hinterland of child abuse. *Lancet* 1977; 2:343-5.
3. Squires JE, Squires RH Jr. Munchausen syndrome by proxy: ongoing clinical challenges. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2010 Sep;51(3):248-53.
4. Abdulhamid I, Siegel PT. Munchausen Syndrome by Proxy. (26 de Mar de 2008). <http://www.ocfcpcourts.us/assets/files/list-770/file-989.pdf>. Acesso em 01/12/2015.
5. Bass C, Jones DP. Fabricated or induced illness: assessment of perpetrators and approaches to management. *PSYCHIATRY* 2009; 8(5): 158-163.
6. Kocher MS, Kasser JR. Orthopaedic aspects of child abuse. *J Am Acad Orthop Surg.* 2000; 8(1):10-20.
7. Palácio do Planalto [site da Internet]. Lei número 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069Compilado.htm. Acesso em: 06/12/2015.
8. Biblioteca Virtual em Saúde - Ministério da Saúde [site da Internet]. Portaria no 1.968, de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1968_25_10_2001_rep.html. Acesso em: 06/12/2015.
9. Rosenberg DA. Web of Deceit: A Literature Review Munchausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse Negl.* 1987; 11: 547-563.
10. Marks V. Murder by insulin: suspected, purported and proven - a review. *Drug Test Analysis* 2009, 1, 162-176.

NOTAS E EVENTOS

Eventos de 2016

VIII Jornada Paranaense de Infectologia Pediátrica

07 a 09 de Abril de 2016

Local e informações: Sociedade Paranaense de Pediatria

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

Curso Teórico Prático de Reanimação Neonatal

30 de Abril de 2016

Local e informações: Sociedade Paranaense de Pediatria

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

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

INFORMAÇÕES GERAIS

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

O JPP classifica os artigos nas seguintes categorias:

- **Artigos Originais:** artigos com novas informações e resultados de pesquisa experimental ou clínica. Nestes últimos, a aprovação do Comitê de Ética da instituição 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 1 cópia gravada em CD. O texto deve ser digitado utilizando o processador de textos Microsoft Word®, com fonte Times New Roman tamanho 11, margens de 25 mm em cada borda da página e com espaço duplo em todas as seções. As páginas devem ser numeradas no canto superior direito, e 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:

1. 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.

2. 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 o trabalho está vinculado; (e) nome, endereço, telefone, fax, e-mail do autor responsável pela correspondência.

3. 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.

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

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

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

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

- Tabelas e Figuras (fotografias, desenhos e gráficos)

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

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

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

As Figuras devem ser enviadas em 3 cópias.

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

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

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

- Referências Bibliográficas

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

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

a) artigo de periódico:

Barba MF, Carrazza FR, Fujimura MF.

Osteo-distrofia renal. *Pediatria (S.Paulo)* 1982; 4:54-61.

b) capítulo de livro:

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

c) livro:

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

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

- Abreviaturas

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

MATERIAL ENVIADO PARA PUBLICAÇÃO

- Carta de submissão assinada por todos os autores.

- Original com 2 cópias impressas e cópia em CD.

- Página de rosto com as informações solicitadas.

- Resumo em português, com palavras-chave.

- Abstract com Key words.

- Texto contendo Introdução, Métodos, Resultados e Discussão.

- Tabelas numeradas por ordem de aparecimento.

- Figuras (original e 2 cópias) devidamente identificadas.

- Legendas das Figuras.

- Referências Bibliográficas numeradas por ordem de aparecimento no texto.

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