



# Jornal Paranaense de Pediatria

## EDITOR CHEFE

**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).

## CONSELHO EDITORIAL

**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.

**Vania Oliveira de Carvalho**

Pediatra, Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente pela UFPR. Professora Associada de Pediatria da UFPR. Coordenadora do Curso de Especialização em Dermatologia Pediátrica da UFPR.

**Cristina Terumy Okamoto**

Pediatra, Doutora em Ciências da Saúde pela PUCPR. Professora Titular de Pediatria da Universidade Positivo. Professora Adjunta da Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná.

## SECRETÁRIOS EDITORIAIS

**André Luis dos Santos Carmo**

Pediatra, médico neuropediatra do centro de Neuropediatria da UFPR (CENEP). Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela UFPR.

**Marjorie Uber Iurk**

Pediatra, Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela UFPR. Especialização em Dermatologia Pediátrica pela UFPR.

## 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.

**Marcos Antonio da Silva Cristovan**

Médico pediatra com área de atuação em medicina do adolescente pela Sociedade Brasileira de Pediatria. Membro da Diretoria de Ensino e Pesquisa da Sociedade Paranaense de Pediatria. Mestre. Professor assistente de pediatria do curso de medicina da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Cascavel-PR.

**Nelson Augusto Rosário Filho**

Professor Doutor Titular de Pediatria, UFPR. Pesquisador do CNPq. Especialista em Alergia, State University of New York International Distinguished Fellow, The American College of Allergy, Asthma and Immunology. Presidente Vitalício da ASBAI.

## Conselho de Política Editorial

Victor Horácio de Souza Costa Jr.

Cristina Terumy Okamoto

Kerstin Taniguchi Abagge

## Corpo Editorial

Adriana Koliski

Adriana Saito Jasper

Alfredo Lohr Jr.

Anderson Nitsche

André Luis Santos do Carmo

Aristides Schier da Cruz

Beatriz Elizabeth B. V. Bermudez

Carlos Antonio Riedi

Christina Feitosa Pelajo

Cristiane Binotto

Cristina de Oliveira Rodrigues

Darci Vieira da Silva Bonetto

Denise Tiemi Miyakawa

Edilson Forlin/Fernanda Wagner Fredo

Fernando Caritas de Souza

Geraldo Graça

Gislayne Castro e Souza de Nieto

Herberto Jose Chong Neto

Izaura Merola Faria

José Carlos Amador

Juliana Loyola

Katia Aceti Oliver

Larissa Habib Mendonça Topan

Lisandro Lima Ribeiro

Luci Yara Pfeiffer

Luciana B. Mendez Ribeiro

Luiz Ernesto Pujol/Luiza Kazuko Moryja

Mara Albonei Pianovski

Margarida de Fatima Fernandes Carvalho

Maria Cecília Knoll Farah

Marjorie Uber Iurk

Paulyne Stadler Venzon

Regina Cavalcante da Silva

Renata Robl Imoto

Rosana Marques Pereira

Sabine Krüger Truppel

Sandra Lange Zaponi Melek

Sandra Lucia Schuler

Thais Cugler Meneghetti

Vanessa Y. Salomao W. Liberalesso

## **DIRETORIA SPP - TRIÊNIO 2019-2021**

**Presidente:** Kerstin Taniguchi Abagge (Curitiba)

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

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

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

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

**4º Vice-Presidente:** Iná Maria Frias Cabral Arthur (Maringá)

**Secretário Geral:** Geórgia Morgenstern Milani (Curitiba)

**1º Secretário:** Tsukiyo Obu Kamoi (Curitiba)

**2º Secretário:** Paulo Breno Noronha Liberalesso (Curitiba)

**Tesouraria**

**1º Tesoureiro:** Cristina Terumy Okamoto (Curitiba)

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

**Conselho Fiscal:** Mozart Mira (Curitiba),

Carlos Oldenburg Neto (Curitiba), Mario Cesar Vieira

(Curitiba), Fabiano Steil da Siloa (Curitiba), Regina Maria

Lopes Ferreira (Maringá)

**Comissão de Sindicância:** Dorivam Nogueira (Curitiba),

Rosana Marques Pereira (Curitiba), Antonio Carlos

Sanseverino Filho (Maringá), Renato Tamehiro (Cascavel),

Heloisa Simonini Delfino (Londrina)

**Conselho Consultivo:** Rosângela de Fatima Iteraminense

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

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

Grossa), Naiza Alessandra Dornelles (Maringá)

**Diretoria de Defesa Profissional**

**Coordenadores:** Milton Macedo de Jesus (Londrina), Armando

Salvatierra Barroso (Curitiba) e Gislayne Castro e Souza de

Nieto (Curitiba)

**Diretoria de Cursos, Eventos e Promoções**

**Coordenadores:** Tsukiyo Obu Kamoi (Curitiba) e Mariana

Malucelli (Curitiba)

**Diretoria de Ensino e Pesquisa**

**Coordenadores:** Victor Horácio de Souza Costa Junior (Curitiba),

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

Marcos Antonio da Silva Cristovam (Cascavel), Alessio Sandri

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

**Diretoria de Publicações**

**Coordenadores:** Sérgio Antoniuk (Curitiba), Paulo Breno

Noronha Liberalesso (Curitiba) e Vania Oliveira de Carvalho

(Curitiba)

**Diretoria de Relações**

**Coordenador:** Kennedy Long Schisler (Foz do Iguaçu)

## **DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS DA SOCIEDADE PARANAENSE DE PEDIATRIA**

**Departamento de Adolescência**

Presidente: Darci Vieira da Silva Bonetto

**Departamento de Aleitamento Materno e Puericultura**

Presidente: Armando Salvatierra Barroso

**Departamento de Alergia - Imunologia**

Presidente: Alexsandro Zavadniack

**Departamento de Cardiologia**

Presidente: Cristiane Nogueira Binotto

**Departamento de Cuidados Paliativos**

Presidente: Israel Gomy

**Departamento de Dermatologia**

Presidente: Renata Robl

**Departamento de Endocrinologia**

Presidente: Rosana Marques Pereira

**Departamento de Gastroenterologia**

Presidente: Mário Cesar Vieira

**Departamento de Hemato-Oncologia**

Presidente: Lisandro Lima Ribeiro

**Departamento de Infectologia**

Presidente: Andrea Maciel de Oliveira Rossori

**Departamento de Nefrologia**

Presidente: Lucimary de Castro Sylvestre

**Departamento de Neonatologia**

Presidente: Gislayne Castro e Souza de Nieto

**Departamento de Neurologia**

Presidente: Paulo Breno Noronha Liberalesso

**Departamento de Nutrologia**

Presidente: Denise Tiemi Miyakawa

**Departamento de Otorrinolaringologia**

Presidente: Elise Zimmermann

**Departamento de Pneumologia**

Presidente: Lorena Costa Brzezinski

**Departamento de Reumatologia**

Presidente: Christina Feitosa Pelajo

**Departamento de Saúde Escolar**

Presidente: José Francisco Malucelli Klas

**Departamento de Saúde Mental**

Presidente: Maria Lúcia Maranhão Bezerra

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

Presidente: Luci Yara Pfeiffer

**Departamento de Suporte Nutricional**

Presidente: Vanessa Yumie Salomão W. Liberalesso

**Departamento de Terapia Intensiva**

Presidente: Sandra Lange Zaponi Melek

**Referência em Genética**

Salmo Raskin

**Referência em Oftalmologia**

Ana Tereza Ramos Moreira e Christie Graf Ribeiro

**Referência em Ortopedia**

Edilson Forlín e Jamil Faisal Soni

**Referência em Radiologia**

Dolores Bustelo

## **JORNAL PARANAENSE DE PEDIATRIA - ANO 21, NÚMERO 01, MARÇO DE 2020.**

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 - 80510-342 - Curitiba-PR - Tiragem: 500 exemplares

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

Http://www.spp.org.br - e-mail: pediatriaparana@terra.com.br

Projeto gráfico, diagramação e editoração: Fidellize Comunicação e Design Tel.: 41 99644-8959 fidellize25@yahoo.com.br Curitiba-PR



II CONGRESSO  
INTERNACIONAL CENEP

31 DE JULHO A 02 DE AGOSTO, 2019 | CURITIBA - PR

VII JORNADA DE  
NEUROCIÊNCIAS CENEP

PRÉ-CONGRESSO: 30 DE JULHO DE 2019



## **COMISSÃO ORGANIZADORA**

### **PRESIDENTE DA JORNADA**

*SÉRGIO ANTONIO ANTONIUK*

### **COMISSÃO EXECUTIVA**

*ANDRÉ LUIS SANTOS DO CARMO*

*ANA CHRISTINA CRIPPA*

*BENAIA SILVA*

*CRISTIANE GEYER*

*FERNANDA WAGNER FREDO*

*GUSTAVO DÓRIA*

*JAIR RAMOS BRAGA FILHO*

*MARCIA VALIATI*

*SÉRGIO ANTONIO ANTONIUK*

### **COMISSÃO DE FINANÇAS E INFRA ESTRUTURA**

*ANDRÉ LUIS SANTOS DO CARMO*

*BENAIA SILVA*

### **COMISSÃO DE SECRETARIA E DOCUMENTAÇÃO**

*MÁRCIA VALIATI (COORDENAÇÃO)*

### **COMISSÃO DE ATIVIDADES SOCIOCULTURAIS**

*FERNANDA WAGNER FREDO (COORDENAÇÃO)*

*SIMONE KARUTA*

*BENAIA SILVA*

### **SUBCOMISSÃO DE DIVULGAÇÃO E IMPRENSA**

*FERNANDA WAGNER FREDO*

### **COMISSÃO CIENTÍFICA**

*ANDRÉ LUIS SANTOS DO CARMO (COORDENAÇÃO)*

*LUIS PAULO DUTRA*

*MÁRCIA VALIATI*



# **RESUMOS DOS TRABALHOS**





**ORIGINAIS**



## ***A importância do psicopedagogo na estimulação de crianças com Síndrome de Down de 1 a 6 anos de idade.***

*Soiara Vaz de Oliveira Rodrigues*

Esta pesquisa vem mostrar a importância do Psicopedagogo no estímulo e desenvolvimento de crianças com Síndrome de Down, com idade de 1 a 6 anos. Na pesquisa, foram utilizados alguns autores como Piaget (1993), Vygotsky (1991) e Le Bouch (1992) para confirmar a importância do estímulo em todas as etapas que a criança passa em seu desenvolvimento. Foi realizada uma pesquisa, através do estágio numa clínica de reabilitação, com Síndrome de Down com os objetivos de ponderar os déficits educacionais podendo assim prevenir/tratar as alterações na aprendizagem, resgatando as lacunas que ocorreram ao longo do processo de aprendizagem, com planos de intervenção únicos para cada criança, possibilitando assim a construção do adulto de amanhã.

*Palavras-chave:* psicopedagogo, Síndrome de Down, estimulação, desenvolvimento cognitivo.

## ***A visão neuropsicopedagógica na aprendizagem de crianças com Síndrome de Down com idade de 1 a 5 anos.***

*Soiara Vaz de Oliveira Rodrigues*

As crianças com Síndrome de Down, geralmente, seguem o mesmo padrão de desenvolvimento que as crianças sem a trissomia, mas em um ritmo mais lento em algumas áreas. No entanto, é importante lembrar que o desenvolvimento em algumas áreas influencia o desenvolvimento em outras. No espaço escolar, o neuropsicopedagogo intervém através da compreensão das estruturas cerebrais envolvidas na aprendizagem humana, percebendo de que forma o cérebro gerencia a construção do saber humano, do comportamento emocional, o mapeamento dos transtornos neuropsiquiátricos e estímulo a novas sinapses para uma aprendizagem significativa, contribuindo para a melhoria na ação do professor e na aprendizagem da criança.

Albert Einstein pontuou que “Uma mente que se abre a uma nova ideia, jamais voltará ao seu tamanho original”. Sim, Einstein estava certo, o cérebro, sob o ponto de vista neurobiológico, a cada estímulo que recebe se modifica, se reconfigura.

Uma boa analogia para entender isso é associando com uma sacola plástica, destas de supermercado. Quando manipulamos o plástico, puxando-o com as duas mãos em sentidos opostos (estímulo), ele se expande, modificando suas características. Depois que se expandir ele não volta a seu tamanho ou forma original. Mas a neuroplasticidade não aparece somente na recuperação de funções perdidas. Na verdade, ela faz parte do nosso dia a dia. Também, na escola, utilizamos da neuroplasticidade. Lá, ela acontece quando os estímulos recebidos (novos conhecimentos, por exemplo), uma vez chegando no cérebro, promovem a intensificação da ligação entre diversos neurônios e a criação de novas redes neurais ou fortalecimento/especialização de redes já existentes, gerando o aprendizado. Sendo assim a intervenção pedagógica, direcionada com base na estrutura maturacional e habilidades, tem potencial para mudar a estrutura do cérebro.

Precisamos entender que, todo e qualquer estímulo pode gerar mudanças fisiológicas significativas nos cérebros dos seus alunos. E esta é uma grande responsabilidade porque nossa ação docente contribui modelando as redes neurais dos estudantes.

Com base neste constructo nosso objetivo é analisar as dificuldades de aprendizagem que surgem no processo educativo da criança com a Síndrome de Down, avaliando a importância da prática docente e da intervenção neuropsicopedagógica, no desenvolvimento da criança na faixa etária entre um e cinco anos.

*Palavras-chave:* dificuldades de aprendizagem, Síndrome de Down, prática docente, intervenção neuropsicopedagógica.

## ***Ambulatório de Neuropuericultura: perfil dos pacientes atendidos em um hospital terciário.***

*Felipe Augusto Moreschi, Fernanda Wagner Fredo, Isac Bruck*

*Objetivo:* há 29 anos ocorre em um hospital terciário o ambulatório multidisciplinar de neuropuericultura, que acompanha recém-nascidos com maior risco para atraso do desenvolvimento a fim de realizar intervenções precoces. Este estudo objetiva identificar o perfil dos atendidos nesse ambulatório e auxiliar na identificação dos que mais necessitam desse acompanhamento.

*Métodos:* avaliação descritiva do perfil dos atendidos no ambulatório de neuropuericultura de um hospital terciário desde 1990 e a significância estatística na mudança de padrões desse perfil ao longo dos anos, além de verificar quais grupos apresentaram maior risco de alterações no neurodesenvolvimento verificadas em avaliação multiprofissional.

*Resultados:* foram avaliados 1158 pacientes. Ao longo do tempo aumentou o índice de prematuridade de 38,5% para 78,8% ( $p=0,018$ ) e o índice dos que nasceram pequenos para a idade gestacional de 26% para 35,2% ( $p=0,013$ ). Já o escore de Apgar no 1º minuto abaixo de 7 foi de 47,4% para 61,5% ( $p=0,022$ ). As complicações perinatais mostraram-se fator de risco para baixo desempenho na avaliação Amiel-Tison ( $p=0,04$ ) e o Apgar menor que 7 após 10 minutos de vida mostrou-se significativo para um baixo desempenho na avaliação do QI no início da idade escolar ( $p=0,02$ ).

*Conclusões:* os que sofreram intercorrências perinatais e os que mantiveram baixo escore de Apgar ao décimo minuto de vida se mostraram com maior necessidade para acompanhamento e intervenção precoce. A prematuridade também é fator de risco isolado de acordo com a literatura e o aumento de sua incidência demonstra a necessidade de mais serviços como o avaliado por esse estudo.



## ***Aplicação da “Lista de Sintomas Pediátricos” em adolescentes.***

*Paula Bragato Futagami, Samara Vilela Nunes, Ana Caroline Comin, Renata Bragato Futagami, Juliana Dantas, Marina Fabrícia Rodoy Bertol, Marcos Antonio da Silva Cristovam*

**Objetivo:** realizar uma triagem para transtornos psicoemocionais e sociais em adolescentes regularmente matriculados em dois colégios públicos de Cascavel – PR.

**Métodos:** aplicação do questionário “Lista de Sintomas Pediátricos” em adolescentes, considerando um ponto de corte e” 28; além da variável sexo. Esta pesquisa foi aprovada pelo CEP sob número 2.625.850/2018.

**Resultados:** foram distribuídos 200 questionários para alunos de dois colégios do município de Cascavel-PR, 26 responderam de forma correta; sendo 17 (65%) estudantes do sexo masculino e nove (35%) do feminino, sete (27%) estudantes apresentaram pontuação e” 28, sendo dois (7,7%) meninos e cinco (19%) meninas; 18 (70%) adolescentes apresentaram pontuação d” 27, sendo 15 (58%) meninos e quatro (15%) meninas.

**Conclusão:** os pilares da saúde mental se fundamentam nos primeiros anos de vida. A Organização Mundial de Saúde estima que cerca de 20% das crianças e adolescentes sejam afetados por problemas de saúde mental, com expressão antes dos 18 anos de idade. A Lista de Sintomas Pediátricos (LSP) é um questionário psicossocial de triagem para problemas emocionais e/ou psicossociais, para que intervenções apropriadas sejam iniciadas o mais precoce possível. A LSP pode ser aplicada em adolescentes com idade até 16 anos e consiste em 35 itens que são classificados como “nunca”, “às vezes” ou “muitas vezes”, que são pontuados em 0, 1 e 2 respectivamente; a pontuação total é calculada adicionando a pontuação para cada um dos 35 itens. O ponto de corte para resultado positivo adotado neste estudo foi e” 28 pontos, situação na qual o adolescente teria indicação de ser encaminhado a um especialista em saúde mental para avaliação. Poucos adolescentes responderam corretamente a LSP, ou optaram por não responder. Houve uma maior porcentagem de positividade na LSP entre as meninas, o que corrobora com a literatura que mostra que meninas são mais pensadas a transtornos psicoemocionais.

## ***As sub-notificações segundo a percepção dos profissionais de nível superior da estratégia de saúde da família (ESF).***

*Franciele C.F, Samoel L.S, Ana P.R.S.B.*

**Introdução:** a violência infantil é algo histórico, englobado por um contexto sociocultural e estrutural, que inferem as crianças como símbolo de subordinação dos responsáveis, tornando-as mais vulneráveis a sofrerem agressão, e consequentemente tornando-se um grave problema de saúde pública.

**Objetivo:** evidenciar as subnotificações segundo a percepção dos profissionais de ESF.

**Método:** trata-se de um estudo exploratório, descritivo e qualitativo, realizado numa Unidade de Saúde da Região Metropolitana de Curitiba. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa pela Faculdade Pequeno Príncipe sob o número 2.257.142.

**Resultados:** os entrevistados revelaram dificuldades e incapacidade quanto ao diagnóstico o que gera ocultação de notificação em situações de suspeita, reafirmando que a ocorrência de violência infantil pode ter proporções bem maiores do que as compiladas.

**Conclusões:** apontou-se a percepção dos profissionais quanto as subnotificações, apesar de ser obrigatória, percebeu-se restrições quanto aos profissionais em realizá-las, por receio de julgamento errôneo, e nesse sentido, salienta-se a importância da capacitação, principalmente dos profissionais que são a porta de entrada para saúde.



## **Associação entre transtorno do espectro autista e alergia alimentar.**

Marina Kottwitz de Lima, Amanda Adorno Ferragini, Caroline de Paula Cassânego, Marina Fabíola Rodoy Bertol, Samara Nunes, Vinícius Ramos Urbanowski, Fernanda Secchi de Lima, Gleice Fernanda Costa Pinto Gabriel, Marcos Antonio da Silva Cristovam

**Objetivo:** realizar triagem para transtorno do espectro autista (TEA) em crianças que recebem dieta especial, identificando dessa forma a relação entre alergia alimentar e autismo.

**Método:** aplicação do questionário M-CHAT (*Modified Checklist for Autism in Toddlers*) para os responsáveis de crianças que recebem dieta especial em decorrência de alergia alimentar.

**Resultados:** foram aplicados 14 questionários, destes, oito (57%) foram excluídos por preenchimento incorreto do M-CHAT, dos seis questionários restantes dois (33%) apresentaram pontuação no M-CHAT compatível com autismo.

**Conclusão:** o TEA pertence ao grupo dos Transtornos Globais do Desenvolvimento conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID-11), sendo caracterizado por anormalidades qualitativas e abrangentes em três domínios do desenvolvimento: interação social recíproca, comunicação e presença de um repertório comportamental de interesses restritos, repetitivo e estereotipado, sendo a consequência dessas anormalidades, dificuldade ou impossibilidade de comunicação. O autismo apresentou aumento na incidência nos últimos anos, os dados do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), dos Estados Unidos, constatou que atualmente uma a cada 45 crianças apresentam TEA. Para os pais e pediatras, as manifestações do TEA são sutis e difíceis de perceber antes dos 2 anos, entretanto até 55% das crianças autistas já manifestam alguns sintomas antes de 1 ano de idade. A literatura médica tem descrito que a microbiota intestinal seria responsável por doenças neurológicas, entre elas o TEA. O intestino aliado à sua estrutura neuronal, à comunidade microbiana e aos seus metabólitos possui a capacidade de modular o SNC, portanto, alterações da microbiota intestinal seriam fatores de risco para o desenvolvimento do autismo. Até o momento esta pesquisa mostrou que 33% das crianças apresentou risco para autismo. Dessa forma, ao realizar triagem para autismo em crianças que recebem dieta especial, pretende-se analisar a relação entre alergia alimentar e transtorno do espectro autista.

## **Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor de recém-nascidos pré-termo através do exame neurológico de Dubowitz.**

Ana Clara Daros Massarollo; Débora Melo Mazzo; Paula Motta dos Santos; Mariana Santana Vieira; Juliana Carvalho Schleder; Thaine Cristina Garlet

**Objetivo:** verificar o desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) de recém-nascidos pré-termo (RNPTs) frente ao Exame Neurológico de Dubowitz (END) e comparar com recém-nascidos a termo (RNTs).

**Metodologia:** foi realizada uma avaliação utilizando o END em prematuros (Grupo PT) que estiveram internados na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), berçário ou alojamento conjunto, e em RNT (Grupo T) com 40 semanas de idade gestacional corrigida. O END apresenta 34 itens subdivididos em seis dimensões: tônus; tipo de tônus; reflexos; movimentos; sinais anormais e comportamento. Pontuações abaixo de 30,5 são consideradas atípicas, e a pontuação de corte é definida como 26.

**Resultados:** em relação ao END, três indivíduos do grupo T (15%) ficaram abaixo da pontuação de corte e 13 (65%) foram considerados atípicos, enquanto sete do grupo PT (35%) ficaram abaixo da pontuação de corte e 19 (95%) foram considerados atípicos. Quanto à dimensão 'comportamento', que inclui os itens orientação visual, movimentos oculares e alerta, o grupo PT obteve uma média maior do que o grupo T, com diferença estatística significativa ( $p = 0,0476$ ). Uma possível justificativa para tal fato é de que as experiências ambientais são fatores que favorecem o desenvolvimento visual, o que vai ao encontro dos resultados do presente estudo, pois o grupo PT está exposto ao ambiente extrauterino e aos estímulos visuais a mais tempo do que os integrantes do grupo T. A média de vida do grupo PT com IGC de 40 semanas foi de 1,55 meses, enquanto que a amostra do grupo T tinha no máximo 48h de vida, portanto o grupo PT teve maior vivência sensorial e foi exposto a maior diversidade de estímulos.

**Conclusão:** os RNPT apresentaram em sua grande maioria baixa pontuação no END, porém, para a dimensão comportamento, os resultados foram significativamente melhores no grupo PT.

## ***Avaliação subjetiva da qualidade de sono do cuidador principal de criança ou adolescente com paralisia cerebral.***

Weslei Douglas Leite da Silva, Jessica Aline de Andrade Melo, Andrea Obrecht, Marise Bueno Zonta, Ana Chrystina de Souza Crippa

**Objetivo:** a paralisia cerebral (PC) é causada por uma injúria cerebral no período pré-natal, perinatal ou pós-natal e tem efeito potencial sobre o desenvolvimento geral da criança. Devido ao seu caráter crônico, essa comorbidade tem implicações sociais que afetam tanto o portador de PC quanto seus familiares, podendo impactar diretamente na qualidade de sono do cuidador principal. A qualidade de sono pode ser avaliada através do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (IQSP). O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de sono do cuidador principal da criança ou adolescente com PC.

**Métodos:** estudo prospectivo transversal, com 55 cuidadores principais de crianças ou adolescentes com diagnóstico confirmado de PC, cujos dados foram coletados através de uma ficha com dados gerais e com o questionário referente ao IQSP. Os dados foram tabulados em planilha do Excel® e analisados pelo software StatSoft Statistica, versão 10, para identificar frequência e estatística descritiva dos dados obtidos através dos questionários.

**Resultados:** a maioria dos cuidadores principais considerou ter uma boa qualidade de sono (50,9%). Entretanto, apenas 21 dormiam a quantidade de horas adequada para o desempenho efetivo de funções diárias de um adulto. Dentre os participantes, 85,44% apresentavam latência do sono maior que 15 minutos e somente 27,27% não apresentavam sonolência diurna. A eficiência do sono foi maior que 85% para 67,27% da amostra e 47,26 % apresentavam moderada ou muita indisposição ou falta de entusiasmo para atividades diárias.

**Conclusão:** os resultados apresentados permitem identificar alterações na qualidade de sono dos cuidadores principais de crianças e adolescentes com PC, o que questiona a percepção da maioria dos participantes quanto à presença de uma boa qualidade de sono. Dessa forma, há indicação de avaliação desses cuidadores principais com polissonografia, a fim de complementar a análise da qualidade de sono e gerar mais hipóteses.

## ***CAPACITAR: programa da OMS de treinamento de habilidades para pais e cuidadores de crianças com transtornos do desenvolvimento.***

Camila Cardoso Rauhen, Letícia Pasceli, Vinicius Braga, André Hidekli Braga, Cristiane Geyer, Gustavo Manoel Schier Dória, Maria de Fátima Minetto

**Objetivo:** validação do Programa Internacional de Capacitação de Familiares e Cuidadores (CST), da Organização Mundial da Saúde (OMS), para o Brasil. Público-alvo: cuidadores de crianças com suspeita de Transtornos do Desenvolvimento, especialmente TEA, de 2 a 9 anos. A validação da metodologia é dividida em três fases.

**Método:** fase 1: adaptação cultural e linguística. Pesquisa qualitativa. Entrevistas semi-estruturadas e grupos focais. Concluído em 04/2019. Fase 2 (Pré Piloto): avaliação da aceitabilidade e viabilidade. Pesquisa qualitativa e quantitativa. Grupos focais e questionários. Previsão: 08/2019. Fase 3 (Piloto): avaliação do impacto do programa para os cuidadores e crianças. Pesquisa qualitativa e quantitativa. Grupos focais e questionários. Previsão: 02/2020.

**Resultados parciais fase 1:** participaram dos grupos focais 13 facilitadores e 6 cuidadores. Os dados sociodemográficos apontam que a maioria dos facilitadores (84,62%) nunca recebeu treinamento em suporte a famílias de crianças com dificuldades no desenvolvimento nem em treinamento de pais. A maioria dos profissionais (69,23%) possui de 6 ou mais anos de experiência em serviços de saúde/educação com crianças com atraso no neurodesenvolvimento.

Com relação aos cuidadores, todos eram familiares de primeiro grau da criança, a média da idade dos cuidadores foi de 31,5 anos. Dentre as crianças todas possuíam o diagnóstico de autismo, 83,33% delas apresentavam dificuldade na comunicação e todas apresentavam prejuízos nas habilidades sociais. A média de idade das crianças foi de 3 anos e 5 meses. A percepção dos pais com relação a dificuldade da criança variou entre desde o nascimento até 2 anos de idade.

**Conclusão:** o CST vem ao encontro dos dados sócio demográficos levantados: necessidade de capacitação para os profissionais, em treinamento e suporte aos pais de crianças com transtorno do desenvolvimento, especialmente no que se refere a estimulação da comunicação e das habilidades sociais.

## ***Chromosomal microarray in the investigation of ASD: diagnostic yield of 134 cases.***

*Tiago Fernando Chaves, Ingrid Tremel Barbato, Maristela Ocampos, Gisele Rozone de Luca, Jorge Humberto Barbato Filho, Louise Lapagesse de Camargo Pinto, Priscila Bernardi, Angelica Francesca Maris*

Chromosomal microarrays (CMA) are recommended as first tier for the evaluation of copy number variations (CNVs) in individuals with autism spectrum disorder (ASD). Here we discuss the CMA results of 134 cases of ASD with or without intellectual disability (ID) and with or without dysmorphisms. We used the CMA CytoscanHD and 750K by Affymetrix. Clinical data of the patients were obtained through a questionnaire. Of the 134 CMA cases, where ASD was cited as part of the diagnosis, 109 were males and 25 females (~4,5 male : 1female). Of the 109 male cases diagnosed with ASD (103 with Autism and 6 Asperger syndrome), 27 still age 5 years or less, below the diagnostic age for ID (including 5 with dysmorphic features); 39 presented ID, 19 of whom also had dysmorphisms; 43 males were without ID, 7 of which had dysmorphic characteristics. Of the 25 female cases (23 with Autism and 2 with Asperger syndrome), 4 were 5 years of age or less, 13 had ASD and ID, 6 of which had dysmorphisms and 6 had ASD without ID, 3 with dysmorphic characteristics. Pathogenic CNVs were found for 16 patients of this population. CNVs of uncertain significance were found in 16 cases and no CNV justification was found for 102 individuals. Considering only individuals with ASD and ID, the diagnostic yield was higher (20 when associated with dysmorphisms and 21 when there was no dysmorphism). The highest diagnostic yield, 27 were found for cases of ASD without ID. For the 31 cases with 5 years or less (with or without dysmorphic features), no clear diagnostic answer was found. This case series illustrates that CMA is a valuable test for investigating causal CNV in ASD. Our diagnostic yield (12%) for ASD is like that reported in the literature (8-21%).

*Support: CAPES, FAPESC.*

## ***Conhecimento de uma equipe multiprofissional atuante em UTI neonatal acerca do posicionamento canguru.***

*Thaís Kaluzny da Silva, Paula Motta dos Santos, Jamila Gabriele Gonçalves, Débora Melo Mazzo*

*Objetivo:* estimar o conhecimento de uma equipe multiprofissional atuante em uma unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) acerca do posicionamento canguru.

*Método:* foi aplicado um questionário elaborado pelos autores, no período de dezembro de 2018 a março de 2019, à todos os profissionais atuantes na UTIN de um hospital universitário para verificar o nível de conhecimento da equipe multiprofissional sobre o posicionamento canguru. O questionário consistia de oito perguntas, dentre elas: Você conhece o método canguru? Você sabe a diferença entre o método e o posicionamento canguru? Você acredita que o posicionamento canguru é benéfico? Para você esse posicionamento apresenta risco para o recém-nascido ou para mãe?

*Resultados:* 50 profissionais aceitaram participar do estudo, dentre esses 42% eram técnicos de enfermagem, 14% eram enfermeiros, 14% fisioterapeutas, 6% médicos, 6% fonoaudiólogos e 18% outras profissões. Desses 74% conheciam o método, 64% não sabiam a diferença entre o método e o posicionamento, 92% acreditam que é benéfico e 2% acreditam que é prejudicial e 92% considera que o posicionamento não apresenta risco nem para a mãe nem para o recém-nascido.

*Conclusão:* ainda que a literatura já demonstre os benefícios do posicionamento canguru e a equipe multidisciplinar também possua esse conhecimento, encontra-se dificuldades em relação à adesão do mesmo, tornando necessário implementação dessa rotina de forma adequada por meio das mudanças de concepções e capacitação da equipe, proporcionando ao recém-nascido uma vivência mais humanizada e de forma segura durante seu período de hospitalização.

## **Correlação entre mini-mental e teste de quociente de inteligência (QI) em recém-nascidos prematuros ou a termo com intercorrência neonatal.**

Natália Clarice Meneghel Vargas Gonçalves, Alice Aparecida Burle Faria, Claudia Santos Oliveira Hartmann, Naiara Talita Guimaraes Aranha, Luis Paulo Dutra, Benaia Silva, Ana Carolina Aguiar Fiamoncini

**Objetivo:** correlacionar os valores de mini-mental e valores de QI total em recém-nascidos prematuros ou a termo que apresentaram intercorrências ou patologias diagnosticadas no período neonatal.

**Método:** foram avaliadas 47 crianças em seguimento em ambulatório específico com idade acima de 6 anos e 6 meses e que haviam sido submetidas ao WPPSI-R para valores de QI total. Aplicação do mini-mental adaptado para crianças. A correlação dos dois dados foi feita pelo Coeficiente de correlação Spearman.

**Resultados:** dos 47 pacientes avaliados, 22 foram prematuros e os outros 25 nasceram a termo. Houve predomínio do sexo masculino com 27 pacientes (57,45%). As idades atuais estavam entre 6 anos e 8 meses (80 meses) a 12 anos (144 meses), com idade média em meses (m) de 108,4, desvio padrão (DP) de 18,7 e mediana de 108. No mini-mental, 10 crianças obtiveram pontuação total igual ou maior a 27, escore considerado normal para adultos. No valor total do mini-mental, a média de acertos foi de 20,62 (DP 6,62), variando de 9 a 35, com mediana de 19. O teste WPPSI-R teve escore total com média de 80,2 (DP 15,5), variando de 51 a 111, com mediana de 78. Em 12 casos (25,5%), o escore era compatível com Déficit Intelectual, em 14 (29,8%) com a faixa limítrofe e em 21 (44,7%) com o esperado para a idade. A correlação entre os valores do mini-mental e os valores do QI Total, pelo Coeficiente de correlação de Spearman, mostrou significância estatística com  $p=0,007$ .

**Conclusão:** o mini-mental teve boa correlação com o teste de QI, sendo uma ferramenta útil na avaliação neuropediátrica de crianças com Dificuldade Escolar e suspeita de Déficit Intelectual.

## **Dislexia no dia a dia da escola: sob a perspectiva docente.**

Débora Cristina Przybysz, Ana Chrystina Crippa, Fabio André Hahn

**Objetivo:** investigar o conhecimento de docentes e de acadêmicos sobre dislexia, identificação e encaminhamento de alunos disléxicos.

**Método:** abordagem mista quantitativa e qualitativa, utilizando a interface Survey Monkey.

**Resultados:** os dados quantitativos revelaram que 58,3 % dos acadêmicos e 39,1% dos docentes acreditam que não conseguem identificar alunos com dislexia. Quanto aos profissionais que atuam nesses casos, 89,6% dos acadêmicos e 54,8% dos docentes não sabem quais profissionais devem ser indicados nos casos de dislexia.

**Conclusão:** os dados coletados revelaram que há uma lacuna no conhecimento dos acadêmicos e dos docentes sobre a dislexia e sobre os encaminhamentos necessários em casos dessa dificuldade de aprendizagem que se revela com bastante frequência no dia a dia da escola. Para que haja uma mudança nesse conhecimento, é importante que a formação docente seja repensada, visando reestruturações nos currículos para contemplar satisfatoriamente a questão das dificuldades de aprendizagem, bem como a aplicação de políticas públicas incentivando a realização de cursos de formação continuada de tal temática para os docentes já em atuação.

## **Distúrbios do sono em crianças com paralisia cerebral e a frequência do uso de medicamentos para tratamento de problemas no sono.**

Andrea Obrecht, Wesley Douglas Leite da Silva, Marcela Fischer de Almeida, Luciana Maltauro, Marise Bueno Zonta, Ana Chrystina de Souza Crippa

**Objetivo:** a paralisia cerebral (PC) é frequentemente associada a distúrbios do sono (DS), sendo o uso de medicamentos uma das abordagens de tratamento. O objetivo deste estudo foi avaliar a frequência de DS em crianças com PC e a frequência do uso de medicamentos indicados para o tratamento de DS.

**Métodos:** estudo prospectivo transversal. O cuidador da criança com PC respondeu a Escala de Distúrbio do Sono em Crianças (EDSC) e questionário com dados sobre a criança e o uso de medicamentos para tratamento de DS. Valores do T score > 70 na EDSC indicaram DS. Foi considerada a Classificação da Função Motora Grossa (GMFCS) e excluídas crianças com distúrbio visual severo e moderado. Para a comparação das variáveis foi utilizado o teste não-paramétrico Mann-Whitney.

**Resultados:** participaram 87 crianças com PC, 52 (59,8%) meninos, com média de 11,4 ( $\pm 3,4$ ) anos de idade, sendo 45 (51,7%) classificadas como GMFCS I, II e III e 42 (48,3%) GMFCS IV e V. Segundo a nota geral da EDSC, 14 (16,1%) crianças apresentaram DS e quanto aos fatores da EDSC, 57 (65,7%) obtiveram nota para pelo menos um tipo de DS. Os três DS mais frequentes foram o distúrbio de iniciar e manter o sono ( $n=23 / 26,4\%$ ), o distúrbio de transição de sono-vigília ( $n=19 / 21,8\%$ ) e a sonolência excessiva diurna ( $n=19 / 21,8\%$ ). Não houve diferença para a presença de DS entre os grupos de GMFCS. Os cuidadores relataram que 5 (5,7%) crianças faziam uso de alguma droga com o objetivo principal de melhorar o sono, sendo elas das classes antipsicóticos, anticonvulsivantes e fitoterápicos.

**Conclusão:** DS foram observados em mais da metade das crianças com PC enquanto, de acordo com os cuidadores, apenas cinco crianças estavam medicadas para problemas de sono.

## ***Efeito protetor do resveratrol sobre os danos oxidativos cerebrais em ratos causados pela citrulinemia tipo 1.***

Gabriela Ferreira Kunz, Júlia de Antônio Oliveira, Thayná Patachini Maia, Larissa Delmonego, Débora Delwing Dal-Magro, Daniela Delwing-de Lima

**Introdução:** a citrulinemia tipo I é um erro inato do metabolismo que resulta na deficiência da atividade da enzima argininosuccinato sintetase, levando ao acúmulo de citrulina e amônia no organismo. Os recém-nascidos afetados pela forma aguda apresentam hiperamonemia e, conseqüentemente, déficits neurológicos significativos.

**Objetivos:** verificar os efeitos in vitro da citrulina sobre a atividade das enzimas antioxidantes catalase (CAT), superóxido dismutase (SOD) e glutathione peroxidase (GSH-Px) e o efeito protetor do resveratrol sobre o dano oxidativo causado pela citrulina in vitro em córtex cerebral, cerebelo e hipocampo de ratos machos de 30 dias de idade.

**Metodologia:** para os estudos in vitro, a citrulina e o resveratrol foram adicionados aos ensaios a fim de se obter as seguintes concentrações finais de citrulina (0,1; 2,5 e 5,0mM) e de resveratrol (0,01, 0,1 e 0,5mM). As atividades antioxidantes da CAT, SOD, GSH-Px foram determinadas pelo método de Aebi (1984), Marklund (1985) e Wendel (1981), respectivamente. Os dados foram analisados por ANOVA, seguido pelo teste post-hoc de Duncan, quando o teste F foi significativo ( $p < 0,05$ ).

**Resultados:** os resultados mostraram que a citrulina 5,0mM aumentou a SOD e diminuiu GSH-Px no hipocampo. No cerebelo, a citrulina 5,0mM aumentou e no córtex cerebral a citrulina 2,5 e 5,0mM diminuíram a atividade da GSH-Px. O resveratrol 0,1mM preveniu parcialmente e o resveratrol 0,5mM preveniu totalmente o aumento da atividade da SOD causada pela citrulina 5,0mM no hipocampo. Considerando a atividade da GSH-Px, o resveratrol 0,1 e 0,5mM preveniu a redução causada pela citrulina 2,5 e 5,0mM no córtex cerebral e a redução causada pela citrulina 5,0mM no hipocampo e resveratrol 0,01, 0,1 e 0,5mM preveniram o aumento causado pela citrulina 5,0mM no cerebelo de ratos.

**Conclusões:** os dados sugerem que a suplementação com resveratrol poderia ser usada como adjuvante terapêutico para reduzir o dano oxidativo causado pela citrulinemia.

**Descritores (DeCS):** citrulinemia, estresse oxidativo, antioxidantes.

## ***Epidemiologia da encefalopatia hipóxico-isquêmica em uma maternidade de alto risco.***

Ana Chyстина de Souza Crippa, Marco Luigi da Silva Feller, Matheus Hideki Tabora

**Objetivo:** o presente estudo tem como objetivo determinar a incidência da encefalopatia hipóxico- isquêmica em maternidade de alto risco, esperando notar uma diminuição na incidência com o decorrer dos 10 anos selecionados para o estudo, assim como avaliar morbidades e mortalidade da encefalopatia em questão.

**Métodos:** foram incluídos no estudo neonatos nascidos em maternidade de alto risco, que apresentassem escore de Apgar de 5 minutos menor ou igual a 5 e que possuíssem pelo menos uma etiologia identificável no período pré-natal, peri-natal ou pós-natal e um sinal de encefalopatia no período de internamento. As variáveis foram obtidas através de resumos de alta eletrônicos, e posteriormente colocadas em uma base de dados.

**Resultados:** foram avaliados os Apgars de 15.352 neonatos. Desses, foram diagnosticados 146 casos de encefalopatia hipóxico-isquêmica no período entre 2008 e 2017. Correspondendo a uma incidência de 9,5 casos a cada 1000 nascidos vivos. Dos 146 casos, 34% foram classificados como graves. A causa mais comum foi a asfixia periparto. A taxa de prematuridade foi de 60%. Os recém-nascidos ficaram internados, em média, 36,5 dias na unidade de terapia intensiva do hospital e houveram 30 óbitos entre os 146 nascidos vivos.

**Conclusão:** no oposto do que era esperado, não foi notado um padrão de diminuição nos casos, números absolutos e relativos, no período estudado. Isso pode ser explicado pelo fato de o serviço não utilizar a hipotermia, o tratamento mais eficaz e preconizado em nascidos termos. Dados para avaliar a morbidade dos pacientes não estavam disponíveis nos resumos de alta. Novos estudos prospectivos podem ser conduzidos para a implementação da hipotermia nos protocolos de atendimento da maternidade em questão.

**Palavras-chave:** hipotermia, estudos retrospectivos, Hipóxia-Isquemia Encefálica.



## **Escala brasileira de desenvolvimento de audição e linguagem (EDAL) em crianças implantadas na perspectiva dos seus irmãos.**

Sypczuk, Giselle K; Ribas, Angela; Vassoler, Trissia; Kochen, Ana Paula

O Implante Coclear (IC) é realidade no Sistema Único de Saúde (SUS) há mais de 20 anos, e na cidade de Curitiba, desde 2010, no Hospital Infantil, lócus deste estudo, até junho de 2017, 95 crianças foram implantadas, sendo que 40% eram oriundas de Curitiba, e 60% de outras cidades do estado. Em função disto, parte das crianças faz terapia fonoaudiológica voltada para reabilitação e linguagem, no município de origem. Avaliar e monitorar o desempenho destas crianças é imprescindível.

**Objetivo:** verificar como o irmão da criança surda implantada contribui, como parceiro social e modelo, para o desenvolvimento da comunicação no processo de reabilitação auditiva.

**Método:** estudo experimental onde foi utilizada estratégia observacional lúdica com situação problema; foi aplicado, aos irmãos ouvintes, o EDAL – Escala Brasileira de Desenvolvimento de Audição e Linguagem. A amostra composta por cinco crianças surdas entre 4 e 11 anos e seus irmãos entre 7 e 12 anos.

**Conclusão:** todos os irmãos responderam ao EDAL, sendo possível determinar que: compreendem as dificuldades auditivas do irmão surdo; reconhecem a importância do uso do IC; auxiliam no manuseio; percebem a evolução auditiva e de linguagem. Apesar disto, a partir da observação realizada em momento lúdico, foi possível verificar que: a brincadeira ocorre em silêncio (80%); a interação verbal ocorre com palavras isoladas (100%); uso de apoio visual e gestos (100%); o irmão deixa o surdo ganhar para minimizar a frustração e evitar comportamentos exacerbados (80%). Os irmãos que participaram deste estudo possuem percepção positiva sobre o impacto que o IC proporcionou na comunicação da criança surda. Apesar disto eles não estão formalmente instrumentalizados para serem agentes que contribuem para o desenvolvimento da comunicação. Tal fato deve ser observado e considerado durante a terapêutica do surdo, pois a família e, em especial os irmãos, podem ser pares atuantes neste desenvolvimento.

## **Estado nutricional de crianças com transtorno do espectro autista.**

Natércia Vieira Ribeiro Ferreira, Rosana Marques Pereira, Sérgio Antônio Antoniuk

**Introdução:** o transtorno do espectro autista (TEA) é uma doença crônica, cujos sintomas podem estar presentes precocemente no período de desenvolvimento da criança e afeta aspectos comportamentais, sociais e de linguagem. Além disso, os pacientes diagnosticados com TEA podem apresentar características nutricionais peculiares como seletividade alimentar, podendo acarretar em alterações no peso e distúrbio de crescimento.

**Objetivos:** avaliar se o Transtorno do Espectro Autista afeta o comportamento alimentar e seu reflexo no estado nutricional das crianças.

**Material e métodos:** estudo transversal, realizado no Centro de Neuropediatria de Curitiba – Paraná, com 34 crianças em idade pré-escolar (2 a 7) submetidos à avaliação clínica, laboratorial, coleta dados do recordatório alimentar, frequência de consumo e registro alimentar de três dias e dados de peso, altura e pregas cutâneas.

**Resultados:** três (8,8%) pacientes apresentaram desnutrição, dezessete (50,0%) eutrofia e quatorze (41,7%) excesso de peso. A análise da dieta indicou insuficiência de cálcio, ferro, zinco, ácido fólico, vitamina A, D, E e nenhuma criança atingiu a recomendação diária de fibra. Foi observado excesso no consumo calórico, carboidratos, gordura saturada e proteína. Houve excesso de consumo de alimentos industrializados, refrigerantes, sucos artificiais e doces, e o consumo de frutas, verduras, carnes e leite esteve abaixo da recomendação diária. Apenas uma criança apresentou comportamento seletivo na alimentação.

**Conclusão:** o comportamento alimentar seletivo não foi encontrado nessa amostra, porém foram observadas deficiências nutricionais na dieta e excesso no consumo energético e de macronutrientes, bem como predomínio de comportamento alimentar não saudável.

## **Estudo sobre a prevalência de transtorno do espectro autista em crianças de 16 a 30 meses que apresentam fissura labiopalatina atendidas em centro integrado ao fissurado lábio palatal.**

Maria José da Silva Rocha, Fernanda Piazza Fernandes, Salmo Raskin

Crianças portadoras de fissuras labiopalatinas possuem diversos problemas de socialização e comunicação devido a sua deficiência. A possibilidade desse déficit comportamental estar relacionado a presença de Transtorno do Espectro Autista (TEA) é analisada nesse trabalho, com o objetivo de buscar uma correlação entre as duas enfermidades. No projeto foram entrevistadas 11 crianças de 16 a 30 meses nas quais um questionário que analisa o risco para TEA foi implementado (M-CHAT). Este trabalho não faz o diagnóstico da doença, somente sinaliza as crianças que possuem risco de apresentar o transtorno.

Os resultados obtidos apontam para um provável aumento da prevalência de TEA na população estudada. Foi observado uma prevalência de risco maior em meninos, porém, não foi possível afirmar influência do padrão de fissura sobre o risco de apresentar o transtorno.

Os dados obtidos podem ajudar a comunidade médica a entender com mais clareza a correlação entre as duas doenças, além de incentivar a pesquisa de Transtorno do Espectro Autista nessas crianças, cujo diagnóstico muitas vezes é mascarado frente as diversas outras comorbidades que a criança apresenta.

## ***Explorando regiões homozigóticas detectadas por microarranjos cromossômicos (CMA) em pacientes com desordens do neurodesenvolvimento no sul do Brasil.***

Tiago Fernando Chaves, Ingrid Tremel Barbato, Maristela Ocampos, Gisele Rozone de Luca, Jorge Humberto Barbato Filho, Louise Lapagesse de Camargo Pinto, Priscila Bernardi, Angelica Francesca Maris

Longos trechos contínuos de homozigose (LCSH - Long contiguous stretches of homozygosity), resultam de homozigose cromossômica completa ou segmentar, e podem ser indicativos de dissomia uniparental (UPD), consanguinidade, característica populacional, bem como eventos replicativos de reparo de DNA. A tecnologia de diagnóstico de microarranjos cromossômicos (CMA) para detectar microdeleções/microduplicações é atualmente recomendada como o teste de primeira linha na investigação de desordens do neurodesenvolvimento, como deficiência intelectual e autismo. As plataformas modernas também incluem sondas para SNPs (single nucleotide polymorphisms) e detectam LCSHs. Recentemente, publicamos um estudo no qual avaliamos as frequências e implicações dos LCSHs detectados por CMA utilizando as plataformas CytoScan® HD ou 750 K (Affymetrix) em 430 pacientes com distúrbios do neurodesenvolvimento no sul do Brasil. Os LCSHs (homozigose > 3 Mbp nos cromossomos autossomos) foram analisados no contexto clínico, mas também explorados para identificar LCSHs derivados de haplótipos ancestrais, pois conhecer os LCSHs comuns de uma população facilita interpretar as LCSHs encontradas permitindo priorizar aquelas com possível significado clínico. Em 95% dos pacientes pelo menos um LCSH foi detectado, totalizando 1478 LCSHs em 407 pacientes. Em 2,6%, os achados foram sugestivos de dissomia uniparental, que pode indicar alguma síndrome de imprinting, como a Síndrome de Angelman, Prader Willi, Beckwith-Wiedemann ou outra. Para cerca de 8,5%, os LCSHs sugerem parentesco do primeiro ao quinto-grau entre os genitores, com possível impacto clínico. Considerando LCSHs recorrentes encontrados em uma frequência igual ou superior a 5%, delineamos 11 regiões como potencialmente representando haplótipos ancestrais em nossa população, de provável baixa relevância clínica. A região mais comum foi 16p11.2p11.1 (49%), seguida por 1q21.2q21.3 (21%), 11p11.2p11.12 (19%), 3p21.31p21.2 (16%), 15q15.1q33p32.3 (12%), 2q11.1q12.1 (9%), 1p33p32.3 (6%), 20q11.21q11.23 (6%), 10q22.1q23.31 (5%), 6p22.2p22 (5%) e 7q11.22q11.23 (5%). Destacamos a importância e utilidade de interpretar LCSHs nos resultados de CMA que incorporam SNPs.

*Support:* CAPES, FAPESC.

## ***Fatores influentes na qualidade de vida de crianças e adolescentes com epilepsia: uma revisão de literatura.***

Maiara Alves Silva Maciel, Jéssica Cumim, Gabriela Drews Wayhs, Amanda Teles Schiavo

*Introdução:* a epilepsia é uma condição neurológica crônica, comum na infância e adolescência, que se manifesta a partir de uma ampla variação de tipos de crises, que podem causar dificuldades cognitivas, psicossociais, comportamentais e neurobiológicas, impactando diretamente na qualidade de vida das crianças, adolescentes e seus cuidadores.

*Objetivo:* o presente trabalho tem como objetivo identificar na literatura os principais fatores que afetam a qualidade de vida de crianças e adolescentes diagnosticados com epilepsia, a fim de melhor compreender a concepção de qualidade de vida para essa população.

*Metodologia:* foi realizada uma revisão sistemática de literatura tendo como base de dados a Biblioteca Virtual em Saúde - Psicologia. Foram utilizados os seguintes descritores: "Epilepsia, qualidade de vida", "Epilepsia, qualidade de vida, Infância" e "Epilepsia, qualidade de vida, Adolescência". Os artigos selecionados foram publicados entre 2009 e 2019.

*Resultados:* os resultados apontam que entre os principais fatores que influenciam a qualidade de vida da população em questão, o aumento da frequência das crises, falta de controle e a falta de autonomia foram os mais citados, tanto em estudos que avaliavam a percepção da criança e/ou adolescente como os estudos que tratavam da percepção dos cuidadores. Observou-se a presença de poucos estudos nacionais sobre o tema, indicando a necessidade de mais estudos que busquem avaliar a qualidade de vida nesta população e uma prevalência de fatores relacionados às condições de saúde.



## **Fontes de informações buscadas por famílias de crianças com autismo.**

Gisele Weissheimer, Julia Mazul Santana, Verônica de Azevedo Mazza

O acesso a informações por famílias de crianças com autismo é essencial para garantir o manejo adequado da condição infantil em longo prazo. A necessidade de informações é modificada no decorrer do tempo, deste modo, as famílias podem buscar diversos recursos para obter informações. É importante identificá-las para elaborar estratégias de orientações quanto ao uso destas.

*Objetivo:* identificar as fontes de informações utilizadas por famílias de crianças com autismo.

*Método:* tratou-se de uma revisão integrativa com a pergunta de pesquisa: quais são as fontes de informações utilizadas pelas famílias de crianças com autismo? Para busca de dados definiram-se descritores específicos conforme cada base. As bases selecionadas foram PubMed, CINAHL, Web of Science, Scopus, ERIC e PsycINFO. Foram elegíveis artigos publicados na íntegra e gratuitamente, entre janeiro de 2014 a setembro de 2018, em inglês, português e espanhol. Realizou-se a extração e análise dos dados conforme o objeto de estudo.

*Resultados:* identificaram-se 672 artigos na primeira busca, destes, 36 foram elegíveis. As fontes de informações buscadas pelas famílias foram classificadas em três categorias: fonte informal, formal e mista. Na formal identificaram-se grupos de apoio, associações de pessoas com autismo/deficiências, membros familiares, vizinhos, amigos e famílias na mesma situação. Na fonte formal constataram-se instituições de saúde, educação e assistência social; buscaram-se profissionais da atenção primária a saúde e especialistas. Nas fontes mistas identificaram-se a internet, livros, panfletos, Compact Disc e workshops. Em todas as fontes foram identificados limitadores e facilitadores no uso destas pelas famílias.

*Conclusão:* identificaram-se várias fontes de informações, porém, é importante ressaltar que estas devem ser acessíveis e seguras. Assim, o suporte de informações deve fazer parte das estratégias de atendimento às famílias, tanto na oferta de informações como na indicação de recursos que podem ser auxiliar as famílias.

## **O uso do Balovaptan na atenuação dos sintomas sociais e comportamentais nos pacientes com transtorno do espectro autista.**

Alexandre Leal Laux, Carolina Reinert, Gustavo Grano de Almeida, Lucas Zantut

*Introdução:* o transtorno do espectro autista (TEA) é uma condição do neurodesenvolvimento caracterizada por sintomas persistentes de déficit social e de comunicação, além do restrito interesse em algumas atividades e presença de movimentos estereotipados. Atualmente está sendo estudado o uso do balovaptan como terapia para atenuar os sintomas comportamentais e sociais destes pacientes. O Balovaptan é um antagonista da vasopressina V1, o qual já foi aprovado pela FDA em 2018.

*Objetivos:* o objetivo deste trabalho é revisar a literatura mais recente sobre a relação entre o uso do balovaptan e a atenuação dos sintomas comportamentais e sociais dos pacientes com TEA.

*Metodologia:* foram utilizados artigos das bases de dados Pubmed e Google Acadêmico que abordam o uso de balovaptan no tratamento do TEA. Foram selecionados artigos a partir do ano de 2018, com o propósito de selecionar os estudos mais recentes indexados nas bases de dados.

*Resultados:* os ensaios clínicos demonstram que o balovaptan, quando comparado ao placebo, apresenta melhora nos sintomas comportamentais e sociais na escala Vineland-II. As doses utilizadas nos estudos foram de 10mg diárias por um período de 12 semanas. A eficácia da terapia foi feita a partir da escala de Vineland-II, que mensura o comportamento adaptativo dos indivíduos até 90 anos. Esta avalia a comunicação do paciente, atividades de vida diária, socialização, habilidades motoras e comportamento desadaptativo. O mecanismo de ação do fármaco e sua farmacocinética ainda estão sendo elucidados. Contudo, os estudos mostram que o efeito adverso mais recorrente é a cefaléia, que acomete 13% dos pacientes que fizeram uso da dose de 10mg.

*Conclusão:* apesar de carecer de estudos sobre o tema, os resultados obtidos nestes ensaios clínicos encorajam a pesquisa para novas terapias para o TEA. Com isso, pode ser melhorada a função social destes pacientes acarretando em uma melhor qualidade de vida.

## **Perfil auditivo dos escolares avaliados no ambulatório de transtorno de aprendizagem.**

*Nadja Cristina Furtado Back; Letícia Venturi da Silva; Giulia Rell de Cosmo Martins; Pietra Diovanna Saladini de Cecco; Tatiele dos Santos Telaska; Tatiana Izabele Jaworski de Sá Riechi; Ana Chrystina de Souza Crippa*

A audição é uma modalidade sensorial importante no desenvolvimento infantil, e assim como a visão, principal estímulo utilizado no ambiente escolar. Déficits auditivos periféricos e/ou centrais podem prejudicar o desempenho acadêmico. O objetivo deste estudo é descrever as características auditivas dos escolares avaliados no Ambulatório de Transtorno de Aprendizagem. A amostra é formada por 54 escolares regularmente matriculados em escolas municipais de Curitiba e Região Metropolitana, de ambos os gêneros, com idade entre 6 anos e 0 meses e 14 anos e 7 meses, e com queixas de dificuldades de aprendizagem. Foram submetidos à audiometria tonal limiar e bateria de testes comportamentais para avaliação de processamento auditivo central: *masking level difference*, *gaps in noise*, teste de padrão de frequência, teste dicótico de dígitos e teste de identificação de sentenças sintéticas (versão pediátrica ou adulto). Os resultados indicam que 94,4% dos escolares têm limiares auditivos normais em ambas as orelhas; 3,7% demonstram perda auditiva condutiva de grau leve bilateral e 1,9% perda auditiva neurossensorial de grau leve unilateral. Em relação ao processamento auditivo central, 92,3% apresenta déficit em pelo menos uma habilidade auditiva e 7,7% demonstra eficiência das funções auditivas centrais avaliadas. A frequência de alteração em cada habilidade é: interação binaural (34%), resolução temporal (4,3%), figura fundo auditiva (orelha direita= 32,7%, orelha esquerda= 30,8%), ordenação/sequência temporal (81,6%), integração binaural (orelha direita= 63,5%, orelha esquerda= 78,8%) e separação binaural (orelha direita= 48,1% e orelha esquerda= 61,5%). Diante destes dados, conclui-se que apesar de apresentarem limiares auditivos dentro dos padrões esperados, escolares com dificuldades escolares têm déficits em funções auditivas centrais, sendo as habilidades auditivas de ordenação/sequência temporal e integração binaural as mais prejudicadas nesta população.

## **Perfil do desenvolvimento de fala em estudantes universitários com e sem altas habilidades/superdotação.**

*Seleme, Pamela Bartolomei; Costa, Maira Maria da; Riechi, Tatiana Izabele Jaworski de Sá; Basso, Eduarda; Lima, Marlos Andrade de; Krainski, Katiane Janke*

**Objetivo:** este estudo objetivou caracterizar o perfil do desenvolvimento da fala em alunos participantes de um Programa de evidenciamento de altas habilidades/superdotação (AH/SD) em duas Universidades do Paraná.

**Método:** 55 alunos universitários, indicados pelo Programa, realizaram avaliação de altas habilidades/superdotação, que incluiu: Escala Wechsler de Inteligência para Adultos - III; questionário de expressão da inteligência; e entrevista estruturada. Os participantes foram divididos em dois grupos: com AH/SD e sem AH/SD. Assim, realizou-se o levantamento de quantos estudantes apresentaram precocidade de fala ou fala correta em cada grupo.

**Resultados:** da amostra total, 65,4% foram diagnosticados com AH/SD. Destes, 23% referiram ter falado precoce e corretamente (ambas as precocidades) e 36% relataram não possuir precocidade de fala. A fala correta, ainda que não tenha ocorrido cedo, foi identificada em 23% dos estudantes com AH/SD. Quanto ao grupo sem AH/SD, totalizando 34,5% da amostra geral, obteve-se 10% com ambas as precocidades e 26% com nenhuma. A fala correta ocorreu mais sobre o grupo sem AH/SD, com 36% de ocorrência, em relação aos 23% da amostra com AH/SD. Igualmente, apenas a fala precoce incide sob 10% a mais no grupo sem AH/SD (26%). A diferença entre os grupos quanto à ausência de precocidades é também de 10%, sendo maior no grupo com AH/SD. Em contrapartida, a fala precoce e correta é mais presente entre estudantes com AH/SD, aparecendo em mais que o dobro desse grupo.

**Conclusão:** conclui-se que a fala precoce juntamente com a fala correta é mais presente no grupo com altas habilidades. Evidencia-se a necessidade de mais estudos a esse respeito. Aprofundar-se na correlação entre precocidades no desenvolvimento da fala e inteligência superior pode contribuir para o diagnóstico de altas habilidades/superdotação.

## **“Prevalência de co-leito em crianças com transtorno do espectro autista e não autistas com os pais”.**

Suzane Helena Soares de Mello, Letícia Graniska Salanti, Sérgio Antonio Antoniuk

**Objetivos:** (1) analisar prevalência de co-leito com pais entre crianças de 1 ano a 6 anos e 11 meses portadoras de TEA (Transtorno do Espectro Autista) e crianças sem TEA e comparar as prevalências. (2) Analisar os principais motivos do co-leito e prevalência de alterações de sono em crianças autistas e não autistas.

**Método:** desenvolveu-se um estudo transversal baseado em um questionário original sobre co-leito, que foi aplicado aos pais de 52 pacientes de 1 ano a 6 anos 11 meses com TEA e de 52 pacientes sem TEA (grupo controle). O co-leito foi definido como hábito de pais ou parentes dormirem com a criança, durante a noite inteira ou parte dela. Foram excluídos do trabalho pacientes com comorbidades neuropsiquiátricas ou não neuropsiquiátricas crônicas diagnosticadas ou suspeitas. Para o cálculo de variáveis qualitativas (causas do co-leito, alterações de sono e prevalência do co-leito entre grupo controle e grupo de autistas) usou-se teste Qui-quadrado ( $\chi^2$   $p < 0.05$ ).

**Resultados:** no grupo de crianças com TEA 39 das 52 crianças faziam co-leito (75%), já no grupo controle 24 das 52 faziam co-leito (33%). Nos 2 grupos os motivos mais frequentes de co-leito foram comportamento irritável ou amedrontado das crianças (33,3% do grupo controle e 58,9% do grupo com TEA) e medo por parte dos pais (41,6% do grupo controle e 41% das crianças com TEA). Distúrbios do sono tiveram prevalência de 88,46% em grupo de crianças com TEA e 50% no grupo controle.

**Conclusão:** pode-se afirmar que há maior prevalência estatística de co-leito em crianças com TEA do que no grupo controle ( $\chi^2=9,026$ ,  $p= 0.005$ ) e nos distúrbios de sono ( $\chi^2 =10$ ,  $p= 0.001$ ).

## **Prevalência de dificuldade de aprendizagem em crianças atendidas em centro de neuropediatria.**

Débora Cristina Przybysz, Ana Chrystina Crippa, Ana Paula Lopes Luiz, Isac Bruck

**Objetivo:** descrever os atendimentos realizados em Centro de Neuropediatria, de pacientes encaminhados para o ambulatório de transtornos escolares.

**Método:** estudo do tipo observacional, transversal, retrospectivo, em que foram avaliados 45 prontuários, de crianças atendidas entre os anos de 2015 a 2018, no Centro de Neuropediatria.

**Resultados:** a amostra foi composta, predominantemente por meninos, totalizando 75,56% enquanto 24,44% eram meninas. Com relação a série escolar, 4,65% estavam na pré-escola, 44,19% no primeiro ano e 51,16% no segundo ano. Como fatores de risco para a dificuldade de aprendizagem, conforme relato dos familiares das crianças, 20,0% apresentam algum tipo de problema familiar, como desemprego dos pais, vulnerabilidade social, entre outros, 13,3% apresentam algum tipo de problema crônico associado e 8,9% problemas financeiros. Quanto a queixa principal, em geral os pacientes apresentavam várias queixas, sendo que 73,33% apresentou queixa de dificuldade de aprendizagem e 28,89% de déficit de atenção ou dificuldade de concentração.

**Conclusão:** os dados coletados indicaram que são variadas as queixas associadas a dificuldade de aprendizagem, assim como, essencialmente a própria dificuldade de aprendizagem pode influenciar em várias áreas do desenvolvimento infantil. Uma questão de grande relevância identificada é o caráter preventivo dos atendimentos realizados no Centro de Neuropediatria, visto que eram sobretudo avaliações precoces em casos de suspeita de dificuldade de aprendizagem, evidenciando a importância da avaliação precoce, buscando um diagnóstico e tratamento o mais precocemente possível visando um prognóstico favorável para a criança, levando em conta os preceitos de prevenção e promoção a saúde.

## **Princípios Normativos de Aplicação e Interpretação do Sistema de Triagem Pré-Escolar (PSS) - Sistematização.**

*Maria Tereza Costa*

**Objetivos:** apresentar proposta de sistematização do Sistema de Triagem Pré-Escolar (PSS) para identificação precoce de sinais de atraso no desenvolvimento, após aplicação do instrumento e comparação dos resultados das crianças brasileiras, com os resultados das crianças norte-americanas.

**Método:** estudo observacional, transversal e descritivo realizado em unidades de Educação Infantil e/ou Ensino Fundamental, em Curitiba - Paraná - Brasil. Investigação das seguintes áreas: Consciência e Controle Corporal, Visuoperceptivo-motor e Linguagem. A amostra foi composta por 411 crianças com idade de 4 a 6 anos. As pontuações foram registradas em planilha eletrônica, a partir de gráficos de medidas descritivas e curvas ajustadas.

**Resultados:** a comparação dos resultados das crianças brasileiras em relação aos das crianças norte-americanas permitiu constatar que as primeiras demonstraram desvantagem nas faixas etárias de 4 anos e 4 meses a 4 anos e 11 meses, e resultados equivalentes ou superiores às crianças norte-americanas a partir de 5 anos. A Pontuação Total do PSS, quando distribuída por faixas etárias (FE), permitiu inferir que, em relação às crianças norte-americanas, as crianças de Curitiba apresentaram medianas inferiores nas FE1 e 2, equivalentes nas FE3 e 4 e superiores nas FE 5 e 6. Esta Pontuação e a de cada Subteste foram distribuídas em gráficos por FE conforme mediana, quartis e percentis, ordenadas em cinco grupos e transportadas para tabelas, com a seguinte identificação: Grupo Superior (GS), Grupo Médio Superior (GMS), Grupo Médio (GM), Grupo Médio Inferior (GMI) e Grupo Inferior (GI).

**Conclusão:** instrumento prático, eficaz, de fácil compreensão e rápida aplicação para avaliar áreas cognitivas responsáveis pela aprendizagem, mas que requer adequações e normatizações conforme realidade regional onde será aplicado.

**Palavras-chave:** desenvolvimento infantil, triagem, intervenção, aprendizagem.

## **Transtorno do espectro autista: triagem através do MCHAT.**

*Maria Genelva Almeida Costa, Divanise Suruagy Correia, Maria das Graças Monte Mello Taveira, Igor Medeiros Sena, Paula Farias da Fonseca*

**Objetivo:** realizar triagem de crianças para o Transtorno do Espectro Autista (TEA) assistidas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) através do MCHAT.

**Método:** estudo transversal, descritivo realizado na Estratégia de Saúde da Família em município do nordeste do Brasil em 2018. A amostra foi composta por crianças assistidas na Estratégia, na faixa etária de 18 a 24 meses, sendo excluídas aquelas com diagnóstico prévio de TEA e Síndrome de Down. Usou-se um questionário socioeconômico e o MCHAT. A coleta aconteceu nas Unidades de Saúde. O MCHAT foi analisado por uma psicóloga. Usou-se o Epi-Info versão 7.2.2.16 para análise das variáveis. A pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição executora.

**Resultados:** do total de 32 crianças, 53,13% era do sexo masculino, 100% residentes da área urbana, responsáveis afirmaram ter realizado o pré-natal, média de idade foi 19 meses; 12,50% apresentou complicações no período gestacional, incluindo pré-eclâmpsia, diabetes gestacional e sangramentos. O tipo de parto foi por via vaginal 56,25% e 43,75% por via operatória (cesariana); 6,67% foram prematuros, 86,67% a termo e 6,67% pós-termo. A partir da aplicação da escala M-CHAT, verificou-se que 6,25% da amostra, apresentavam sinais precoces de TEA, ou seja, houve falha em três itens do questionário, sendo classificadas como grupo de risco para o transtorno. Mães informaram ter realizado o pré-natal com uma média de 12,5 consultas, gestação e parto transcorreram sem intercorrências por via vaginal), RNs a termo. Nenhuma delas possui familiar com doença mental ou deficiência física.

**Conclusão:** a busca ativa de crianças com risco para desenvolvimento de TEA na ESF se mostrou válida e dentro dos padrões citados pela literatura. A aplicação do MCHAT para essa finalidade mostrou-se um bom método além de apontar para outras falhas do desenvolvimento infantil.



## REVISÕES



## **A Infância e Adolescência em CAPSi.**

*Leiliane Alencar dos Santos, Regina Célia Titotto Castanharo*

Este estudo caracteriza-se como descritivo exploratório, abordando a temática relacionada a infância e a adolescência, discutida sob a assistência voltada à essa população inserida nos equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial, os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil – CAPSi.

O objetivo é investigar a assistência realizada à crianças e adolescentes dos CAPSi. Assim, a pergunta norteadora de pesquisa estrutura-se em: “Como se dá a assistência às crianças e adolescentes atendidos em CAPSi?”.

A metodologia utilizada foi a revisão integrativa de literatura de artigos científicos e pesquisa documental baseada em políticas públicas vigentes que descrevam a assistência a essa população. A estratégia de busca resultou em 17 artigos que sob criteriosa análise o estabeleceram 03 categorias: 1. Assistência como Cuidado, que aborda as novas maneiras de dialogar e promover o cuidado, além articular aspectos da legislação vigente com as ações desenvolvidas nos serviços. Nesta categoria emergiram duas subcategorias: Ferramentas para o cuidado caracterizada pelos instrumentos de rastreamento e aplicação de estratégia de cuidados e Estratégias de cuidado como ações realizadas nestes equipamentos, voltadas para a sistematização do cuidado; 2. Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, apresentando o equipamento como uma proposta alternativa e efetiva da assistência em contraponto ao modelo anterior da Reforma Psiquiátrica que previa o cuidado para crianças e adolescentes em caráter tutelar e disciplinar; 3. População Fonte aborda fatores referentes ao perfil psicossocial das crianças e adolescentes atendidos nos equipamentos.

Conclui-se então que a assistência realizada nos equipamentos a essa população está em consonância com a legislação vigente, observada nos relatos da assistência aos usuários, familiares e ações territoriais, apesar de dificuldades também apontadas nos estudos referindo questões organizacionais do sistema, desta forma, constata-se a assistência exercida a esta população.

*Palavras-chave:* assistência; Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil; saúde mental infantojuvenil.

## **Achados típicos de neuroimagem na RM de Neurofibromatose tipo I: Revisão da Literatura.**

*Thais Bianco, Gilciane Ribeiro Gonçalves, Marianna Cioni, Bernardo Corrêa de Almeida Teixeira*

*Introdução:* neurofibromatose tipo 1 (NF1) é a mais comum das síndromes neurocutâneas e suas afecções neurológicas são causas importantes de morbidade. A neuroimagem, nesse contexto, é fundamental para o manejo e monitoramento da doença.

*Objetivo:* revisar a literatura e expor os achados de neuroimagem de ressonância magnética (RM) de uma pequena amostra populacional de pacientes com NF1 correlacionados.

*Metodologia:* levantamento de artigos indexados na base de dados ScienceDirect e nos RSNA Journals publicados entre 2000 a 2019, com os termos "neurofibromatosis type 1 RMI", "neurofibromatosis imaging manifestations", "neurofibromatosis radiologic findings". Foram revisados 35 prontuários de pacientes com NF1 de um Hospital Terciário.

*Resultados:* na amostra de 35 pacientes, foram encontradas: 37,14% de lesões na substância branca do cerebelo, 34,28% nos núcleos da base, 20% na substância branca do tronco encefálico, 11,42% no centro semioval, 8,57% no tálamo. Os gliomas ópticos corresponderam a 11,42%. Com relação aos neurofibromas, 20% cutâneos e 8,57% plexiformes. 14,28% dos pacientes apresentaram exame normal. Esses achados foram semelhantes aos descritos na literatura.

*Conclusão:* dentre múltiplos achados na RM, lesões hiperintensas nas imagens ponderadas em T2 se caracterizam pelas alterações mais frequentes.

## **Atenção Psicossocial: Trajetórias da assistência em um município do sul do Brasil.**

*Regina Célia Titotto Castanharo, Gustavo Manoel Shier Doria, Milton Carlos Mariotto, Thairine Pilar*

*Objetivo:* identificar e discutir a assistência realizada em Saúde Mental infanto juvenil em um município do Sul do Brasil a luz da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS.

*Método:* pesquisa qualitativa e quantitativa, estruturada por estudo descritivo exploratório, integrando revisão de literatura e pesquisa documental, analisadas e discutidas com base em Políticas Públicas da Rede de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil - RAPS e relatórios de gestão, de equipamentos de atenção psicossocial infantojuvenil – CAPSi de um município do sul do Brasil.

*Resultados:* os resultados da pesquisa evidenciaram categorias da estrutura e organização do trabalho em rede: A assistência a população infantojuvenil, a Ambiência e Acolhimento como diretrizes da assistência, o Perfil psicossocial da população infanto-juvenil e a Intersetorialidade como desafio do território.

*Conclusão:* ao considerar o cenário atual da Atenção psicossocial voltada às crianças e adolescentes, com base nas Políticas Públicas advindas da reforma Psiquiátrica e buscando a humanização, resolutividade e efetividade da assistência, os Centros de Atenção Psicossocial infantojuvenil - CAPSi tem buscado ir ao encontro dos pressupostos e diretrizes da RAPS. Identificou-se que práticas interdisciplinares, ações territoriais e acompanhamento familiar tem sido práticas consolidadas no campo da saúde mental infanto-juvenil, como também se evidenciou que as diretrizes intersetorialidade e trabalho em equipe ainda estão em constante construção.



## ***Benefício do diagnóstico precoce para crianças com transtorno do espectro autista (TEA): revisão não sistemática.***

*Gabriel Kenzo Tanaka, Isabela Oldoni, Leticia Marigliano Todesco, Maria Fernanda Soares Aguiar, Sabrina Jusviak Theodorovics*

**Introdução:** a ampla sintomatologia do Transtorno do Espectro Autista (TEA) justifica o difícil reconhecimento precoce. O diagnóstico baseia-se em déficits na comunicação e interação social e na presença de interesses, atividades e comportamentos restritivos e repetitivos - expressos nos estágios iniciais da vida.

**Objetivo:** o presente trabalho tem como objetivo reunir características sintomatológicas precoces apresentadas por pacientes com TEA e terapias efetivas específicas.

**Metodologia:** revisão crítica da literatura com pesquisa na base de dados no Pubmed com seleção de artigos relevantes à proposta do trabalho.

**Resultados:** a identificação de perfis neurocognitivos dessa população permitiu a detecção de padrões que podem produzir a primeira linha de biomarcadores diagnósticos. No primeiro ano de vida, podemos identificá-los como: diminuição do tempo de fixação, da capacidade de desligamento da atenção, da orientação social e da resposta ao desvio dinâmico do olhar. Isto, possibilitou uma implementação precoce de terapias comportamentais e sociais - a partir dos 10 meses de idade - com grande avanço no reparo da sintomatologia do TEA. O Método Denver de Intervenção Precoce, é uma combinação inovadora, pois combina apresentações naturais de brincadeiras diárias pela Análise Aplicada de Comportamento (ABA) junto com abordagens de desenvolvimento de relacionamento, podendo ser associado ou não à vitamina D3. Outro tratamento é o JASPER (Joint Attention, Symbolic Play, Engagement and Regulation) difundido para rastreamento e indicação terapêutica precoce de TEA até 47 meses. Ambos revelam desenvolvimento adequado no âmbito de atividade cognitiva com fixação de atenção, sensório-motora, comportamental social interativo, envolvimento articular simbólico e uso da linguagem.

**Conclusão:** o diagnóstico precoce de TEA traz benefício, pois permite tratamento precoce com terapias que abrangem todos os níveis do desenvolvimento. Para isso é importante que os profissionais de saúde estejam atentos aos sinais precoces.

## ***Comorbidades dermatológicas em crianças com Transtorno do Espectro Autista: revisão de literatura.***

*Ana Carolina Machado Durand, Juliana Gomes Loyola Presa, Marianne Muller da Cunha*

**Introdução:** alterações comportamentais em crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) são exaustivamente estudadas na literatura médica. É de suma importância que se esteja atento as repercussões sistêmicas secundárias às manifestações comportamentais. Neste contexto, encontram-se as comorbidades dermatológicas, relacionadas às alterações de sensibilidade tátil, distúrbios nutricionais, hormonais e comportamentais da criança com TEA. Pode ocorrer auto agressão, auto mutilação, comportamentos estereotipados com risco de desencadear lesões de pele. A recusa e desconforto na aplicação de produtos e medicamentos tópicos pode ser um complicador no cuidado com a pele em dermatoses crônicas como dermatite atópica. As crianças podem não suportar o toque e apresentarem comportamentos extremos como choros e gritos, o que dificulta e por vezes impede o cuidado a sua saúde de forma integral.

**Objetivo:** revisar a produção científica a cerca da relação entre Transtorno do Espectro Autista e lesões dermatológicas.

**Metodologia:** foram selecionados 8 artigos disponíveis no MEDLINE e PUBMED com base nas seguintes palavras-chaves: Cutaneous diseases, autism and cutaneous diseases, dermatologic and mental disorders, children, skin-picking.

**Resultados:** como não é rotineiro o contato de dermatologistas com crianças com TEA, identificar a relação direta que existe entre as lesões cutâneas e TEA, estabelecer diagnóstico e dar continuidade ao processo terapêutico, torna-se um desafio (ainda maior) para esses profissionais.

**Conclusão:** poucos são os estudos científicos acerca da relação entre TEA e manifestações dermatológicas. No entanto as lesões cutâneas em pacientes com TEA podem ser graves, mutilantes e de difícil abordagem, o que deve ser motivo de atenção por profissionais da saúde. Sob o olhar na saúde física e bem estar da criança, é imprescindível se ter uma maior atenção a esses sinais em um âmbito multidisciplinar, em especial na área da Dermatologia Pediátrica.



## ***Doença de Pelizaeus-Merzbacher: uma revisão de literatura.***

*Matias Nicolas Pereira Beiras, Rodrigo Hiromu Kumagai, Emerson Schlinder Junior, Eduardo Massaro Yamashita, Déborah Kureski, Lucas Takata de Oliveira, Lucas Correia Portes*

**Objetivo:** estudar a fisiopatologia e clínica da doença de Pelizaeus-Merzbacher e analisar as últimas perspectivas de tratamento. Assim, compilando conhecimento atualizado para o melhor entendimento sobre dita doença genética.

**Metodologia:** foi pesquisado na plataforma PubMed o termo “Pelizaeus-Merzbacher”, resultando 112 publicações em inglês nos últimos 5 anos. Desse número foram selecionados 9 trabalhos para a realização desta revisão, excluindo-se aqueles de pouca relevância.

**Resultados:** a doença de Pelizaeus-Merzbacher é ligada ao cromossomo X e causada por mutações no gene PLP1. Duplicações são a causa mais comum, seguida por mutações pontuais. Deleções correspondem 5% dos casos e sua manifestação clínica é leve. A mutação compromete a mielinização dos oligodendrócitos. Ocorre diminuição de oligodendrócitos e aumento de Astrócitos. Dividem-se três subtipos segundo a idade de apresentação: neonatal, clássica e transicional. Existem outros fenótipos de menor expressão clínica cuja manifestação depende do grau de mutação. A sua forma neonatal é mais agressiva, cursa com disfagia, sinais extrapiramidais, desenvolvimento precário da fala e sobrevivência gravemente comprometida. Embora há apresentação clínica heterogênea, sinais característicos são nistagmo pendular, ataxia cerebral, hipotonia generalizada. A gravidade clínica está correlacionada mais evidentemente com atrofia de matéria branca do que com desmielinização. Atualmente não existe tratamento específico, apenas medidas paliativas. Curcumina pode aumentar a sobrevida, diminuindo perda de oligodendrócitos. Transplante intracerebral de células tronco neurais e transplante de sangue do cordão umbilical podem vir a ser benéficos para a evolução do quadro com o passar do tempo. No entanto, não há estudos suficientes para determinar uma verdadeira eficácia.

**Conclusão:** é uma doença rara que merece atenção devido à clínica heterogênea que supõe um transtorno para o núcleo familiar por acometer neonatos e infantes. Deve-se continuar a procurar um tratamento satisfatório para a melhoria das condições de vida dos pacientes.

## ***Efeitos da exposição a eletrônicos na primeira infância: uma revisão integrativa.***

*Flavia Simonato, Juliana Pitchinin Pereira Dias, Luana Mary Pietreski Silva, Cristina Maria Pozzi*

**Introdução:** o impacto dos dispositivos eletrônicos sobre o desenvolvimento cognitivo infantil varia de acordo com a idade e tempo de exposição. Devido à neuroplasticidade, as experiências na infância exercem efeito considerável na estrutura neuronal, função e cognição. Por isso, seguir atentamente o manual da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e as recomendações recentemente divulgadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre uso de aparelhos eletrônicos por crianças de até 5 anos é tão importante.

**Objetivos:** realizar uma revisão integrativa sobre a influência da exposição à mídia no desenvolvimento cognitivo infantil.

**Metodologia:** de acordo com a metodologia PRISMA, foram identificados 37 artigos na base de dados PubMed, utilizando os descritores child AND cognitive development AND media e os filtros free full text, 5 years e humans. Dez destes foram inclusos nessa revisão, juntamente com o Manual da SBP e as recomendações da OMS sobre o uso de eletrônicos na infância. Resultados: A exposição precoce de crianças à mídia, por qualquer dispositivo eletrônico, pode estar relacionada com o atraso no desenvolvimento cognitivo, déficit de atenção, hiperatividade, agressividade, obesidade, distúrbios do sono, entre outros. Além disso, pode dificultar a relação afetiva entre pais e filhos, uma vez que o convívio é prejudicado pela superexposição aos eletrônicos, resultando em um possível atraso de linguagem.

**Conclusões:** a estimulação audiovisual pode condicionar o cérebro ainda em desenvolvimento a esperar uma intensidade de estímulos que a realidade não pode fornecer, levando a desatenção e a dificuldades de socialização na vida adulta, além de outros transtornos. Em 2019, a nova recomendação da OMS reforçou que bebês com menos de 12 meses de vida não devem passar nem um minuto na frente de dispositivos eletrônicos e alertou que crianças de até 5 anos não devem passar mais de 60 minutos por dia em atividades passivas diante de uma tela.

**Palavras-chave:** infância; desenvolvimento cognitivo; eletrônicos.

## ***Instrumentos para avaliação da percepção emocional.***

*Tatiele dos Santos Telaska, Tiago Mota de Oliveira, Lilian Caron Tatiana Izabele Jaworski de Sá Riechi, Olga Regina Pereira Bellon, Luciano Silva*

As pesquisas sobre a percepção emocional aumentaram nos últimos anos, especialmente no que diz respeito ao reconhecimento de emoções através das expressões faciais. Este trabalho teve como objetivo apresentar uma metodologia multidisciplinar desenvolvida para avaliar o reconhecimento de expressões faciais e suas contribuições para a compreensão das emoções. Inicialmente foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre o estado-da-arte no tema. Foi verificado que vários trabalhos mostram ferramentas para interpretar a percepção emocional, no entanto, constatou-se a carência de instrumentos para avaliar esta interpretação bem como limitações quanto ao tipo de estímulo apresentado. As avaliações encontradas basearam-se principalmente em estímulos faciais bidimensionais e estímulos estáticos, e nota-se uma falta de consenso sobre quais os aspectos devem ser avaliados em conjunto. Constatou-se contribuições da área da informática na avaliação automática dos processos de reconhecimento de expressões faciais e do rastreamento do olhar, sob a hipótese de que alterações na exploração visual estejam relacionadas com o baixo desempenho no reconhecimento de expressões faciais. Neste contexto, nota-se a importância da inclusão de ferramentas para avaliação da percepção emocional em baterias de avaliação neuropsicológica, de modo a auxiliar no diagnóstico diferencial entre diversos quadros, predizendo comportamento social e da funcionalidade, além de auxiliar para planejamento, avaliação da eficácia de tratamentos e planejamento de intervenções.

Conclui-se que, esta pesquisa revela as metodologias utilizadas, as limitações, contribuições, necessidade de mais estudos psicométricos e construções de instrumentos para avaliação confiável e ecológica.

*Palavras-chaves:* emoções, neuropsicologia, multidisciplinaridade.

## ***O cenário da Rede de atenção psicossocial infantojuvenil no Brasil.***

*Amanda Santos de Sá, Regina Célia Titotto Castanharo*

O presente estudo aborda aspectos relacionados à infância e adolescência, considerando seu desenvolvimento e peculiaridades presentes em tais fases, associados a produção de cuidado em saúde mental infantojuvenil, com enfoque na assistência ofertada pelos equipamentos e políticas públicas correspondentes a saúde mental.

O objetivo deste estudo é investigar a assistência em saúde mental infantojuvenil e a sua articulação com as diretrizes e propostas da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, considerando que, esta tem como finalidade a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas em sofrimento psíquico ou transtorno mental, e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Denota-se a importância da RAPS para a infância e adolescência uma vez que ela enfatiza o cuidado a grupos mais vulneráveis.

A metodologia utilizada caracteriza-se na revisão integrativa de literatura de artigos científicos e documental de políticas públicas que descrevam a assistência a crianças e adolescentes atendidos pela RAPS. Os resultados apresentaram 23 artigos selecionados, sendo estabelecido as seguintes categorias: Assistência; Saúde Mental Infantojuvenil; Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil; e Rede de Atenção Psicossocial, tendo como subcategorias a Intersetorialidade, Ambiência e Clínica Ampliada. Mediante aos extratos, evidencia-se na produção do cuidado em saúde mental infantojuvenil, entre os principais eixos, a fragmentação da assistência enquanto cuidado; fragilidade da territorialização, confrontando a preconização do engajamento na comunidade; concretização das ações de matriciamento e de contato com as unidades disponíveis no território; desarticulação com a rede, demonstrando divergência entre a concepção de intersetorialidade; infraestrutura precária e ausência de captação de recursos adequados à população atendida; e sobrecarga de trabalho da equipe multiprofissional. Contudo, os dados coletados elucidam o descompasso dos serviços ofertados, em sua completude, com os princípios estabelecidos pela Rede de Atenção Psicossocial, evidenciando que a rede de cuidados em saúde mental para a infância e adolescência encontra-se aquém das necessidades apresentadas pelas populações atendidas.

## ***O desenvolvimento da análise aplicada do comportamento (ABA) na intervenção junto ao transtorno do espectro autista no Brasil: uma revisão integrativa.***

*Felipe Ganzert Oliveira, Bruna de Moraes Teixeira, Evelyn Mates Bueno, Fabiola Letiane Martins dos Santos, Jhennifer Talinne Tavares da Silva, Keissy Jarek da Gama, Priscila Nappa Padilha Oliveira*

A Análise do Comportamento é a ciência do comportamento que se propõe a estudar o comportamento como um todo. Seu maior expoente foi o psicólogo norte-americano Burrhus Frederic Skinner (1904-1990), responsável pelo desenvolvimento do Behaviorismo Radical (do grego *rádice*, ou seja, raiz do comportamento), filosofia desta ciência do comportamento. Além dessa base filosófica, a Análise do Comportamento contempla estudos realizados em contexto controlado (Análise Experimental do Comportamento), e o campo de atuação profissional (Análise Aplicada do Comportamento - ABA). A ABA contempla a atuação em escola, empresas, hospitais, bem como também no contexto clínico, utilizando das premissas de ensino e aprendizagem desta ciência do comportamento. Desde seus primórdios a ABA apresenta evidências significativas na sua aplicação, inclusive na intervenção junto ao Transtorno do Espectro Autista (TEA). No que diz respeito ao Brasil, a Análise do Comportamento teve seus primórdios na década de 60, com a vinda do psicólogo Fred Keller (1899-1996) para a Universidade de São Paulo. Partindo de tais premissas o presente estudo teve como objetivo descrever o desenvolvimento da ABA no Brasil, principalmente na intervenção junto ao TEA. Foi realizada uma revisão integrativa, de artigos publicados no Brasil nos últimos 10 anos, seguindo a estrutura proposta por Souza, Silva e Carvalho (2010), composta por seis fases: elaboração da questão norteadora, busca ou amostragem na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa. A análise dos 9 artigos incluídos no estudo permitiu identificar 2 temáticas relevantes: recursos terapêuticos para intervenção junto à crianças com TEA e o desenvolvimento da Análise do Comportamento enquanto ciência no Brasil.

Através da análise realizada conclui-se que a utilização de tais estratégias se mostram efetivas na intervenção junto TEA, permitindo uma ampliação do repertório comportamental, corroborando com as premissas dessa ciência do comportamento.

*Palavras-chave:* análise do comportamento; análise aplicada do comportamento; transtorno do espectro autista.

## ***O modelo DIR/Floortime para intervenção fonoaudiológica com crianças do espectro autista.***

*Giselle Leivas Caldeira Santos, Luciane dos Santos*

O presente artigo visa fazer uma revisão bibliográfica sobre o modelo DIR / Floortime para intervenção nos casos de Transtorno do Espectro Autista (TEA). Este modelo de intervenção segue a liderança da criança e valida seu desenvolvimento de forma global, tanto no que diz respeito às emoções quanto à forma que as sensações são recebidas e interpretadas pelo sistema sensorial desta criança. A chave do modelo é a interação entre a família ou cuidador com a criança, os estímulos e as recompensas são oferecidas pelo afeto, através do floortime, tempo dedicado a brincadeiras, na qual a criança é encorajada a subir os degraus do desenvolvimento estabelecidos em seis níveis propostos por Dr. Greenspan. Na conclusão é sinalizada a eficácia do modelo no atendimento às crianças dentro do TEA propondo uma interação prazerosa e o desenvolvimento natural das habilidades comunicativas.

*Palavras-Chave:* modelo DIR / Floortime, autismo, fonoaudiologia, desenvolvimento infantil, interação.

## ***O uso da brinquedoteca e recursos lúdicos na recuperação da criança internada em Hospital Pediátrico: intervenções da Terapia Ocupacional.***

*Caroline de Carvalho Ferrarini Mori, Larissa Helena dos Santos, Raquel do Carmo Mocelim*

São diversas as aflições que cercam o processo de internação de uma criança, dor, medo dos procedimentos, afastamento do convívio social. O estresse é inevitável, e assim apresenta mudança no comportamento, irritação, choro, humor rebaixado, agressividade, receio dos profissionais, enfim, características que evidenciam a sua fragilidade. O objetivo deste artigo é elencar as ações realizadas em Hospital Pediátrico pela Terapia Ocupacional, a brinquedoteca e os recursos lúdicos, o tratamento e prevenção de alterações acometidas por qualquer doença e/ou intercorrência que causem prejuízos no fazer humano. Sendo assim, prioriza a estimulação cognitiva, sensorial, perceptivas, afetiva e psicomotora, através de intervenção que objetive o seu bem estar. Como metodologia descritiva, às atividades executadas pelo setor, que se inicia com as visitas nas enfermarias e isolamentos e o levantamento de informações e especificidades. É explanado sobre o funcionamento da brinquedoteca, rotinas e normas de funcionamento. A partir desta triagem disponibiliza-se o material lúdico as que permanecerão no quarto, e orientações pertinentes a idade, estimulação e intervenções convenientes. Através das atividades lúdicas, na brinquedoteca e com a disponibilização de recursos, observa-se a melhora no humor. Estimulada a criatividade e imaginação, as intervenções são mais tranquilas. O acolhimento afetivo manifestado nas brincadeiras, a mantém segura e confiante, e faz com que otimize sua melhora e recuperação. Proporcionar espaços e acesso ao lúdico possibilita a estimulação cognitiva, motora, sensorial, psicossocial e emocional, essenciais para o desenvolvimento sadio, vivências e aprendizados inerentes a sua idade. A importância do ambiente lúdico e da brinquedoteca, como atuação intrínseca para manter a saúde mental e prevenir danos emocionais. Percebe-se então a necessidade de elaboração e implantação de material avaliativo, anamnese, critérios de estratificação e intervenção específica com evolução em sistema informatizado, relatórios e encaminhamentos pertinentes a demanda. Em casos específicos, a continuidade dos atendimentos de Terapia Ocupacional, em regime ambulatorial.

## ***Os impactos do uso de melatonina na qualidade de vida de crianças com transtorno do espectro autista: uma revisão integrativa.***

*Juliana Pitchinin Pereira Dias, Beatriz França Zanetti, Camila Paes, Flavia Simonato, Luana Mary Pietreski Silva, Maria Luiza Lago Dall'Agnol, Tallulah Spina Tensini*

**Introdução:** a farmacoterapia com melatonina vem sendo empregada no tratamento de insônia em crianças, mas pode também influenciar aspectos comportamentais e sociais em crianças com TEA. Existem evidências de perfis normais de melatonina endógena em autistas, portanto acredita-se que a suplementação não necessariamente substitui uma deficiência, mas apresenta efeitos hipnóticos, ansiolíticos e no ciclo circadiano. Ademais, o hormônio pode ser capaz de amenizar comorbidades frequentes em autistas.

**Objetivo:** realizar uma revisão integrativa sobre a resposta comportamental e social ao uso de melatonina em crianças autistas.

**Metodologia:** os artigos foram selecionados seguindo a metodologia PRISMA, identificados nas bases de dados PubMed e LILACS, utilizando os descritores melatonin AND children AND autism.

**Resultados:** ao todo, 11 artigos foram elegíveis para esta revisão. Em estudo duplo-cego, observou-se que a melatonina exógena melhorou o ajuste circadiano do grupo estudado, reduzindo o tempo de latência e permitindo a manutenção do sono, porém não teve influência sobre o desenvolvimento das crianças. De acordo com estudo duplo-cego, as anormalidades do comportamento externalizante (hiperatividade e desatenção) foram amenizadas, enquanto o internalizante permaneceu inalterado. Segundo revisão sistemática, a melatonina tem ação no trato gastrointestinal, melhorando sintomas como constipação, desconforto e diarreia. Os resultados do uso da melatonina no processamento sensorial, como seu possível efeito anti-nociceptivo, são heterogêneos em humanos. Os eventos adversos possivelmente emergentes do tratamento mais relatados foram fadiga e sonolência.

**Conclusão:** o uso da melatonina impacta positivamente a vida de crianças autistas ao melhorar distúrbios gastrointestinais e a qualidade do sono, além de amenizar comportamentos repetitivos, irritabilidade, agressividade e desatenção. Assim, reduz-se o estresse no relacionamento familiar e melhora a qualidade de vida dos cuidadores. Os benefícios da suplementação de melatonina se mostraram superiores aos eventos adversos possivelmente emergentes ao tratamento. Os efeitos do tratamento em longo prazo não estão bem estabelecidos, devido às limitações dos estudos.

**Palavras-chave:** autismo; crianças; melatonina.

## ***Relação do brincar com o desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo - revisão sistemática.***

*Fernanda Cândido Figueiredo Monteiro Colete, Marcia Regina Machado Santos Valiati*

**Introdução:** brincar é uma ferramenta utilizada para a criança explorar e conhecer a si própria e ao mundo. Atividade natural necessária para o desempenho psicomotor, contribui para o aprendizado e aquisições sociais e escolares. Crianças nascidas prematuramente e com baixo peso podem apresentar déficits no desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM), com comprometimento global, e na execução de funções mais complexas. O brincar é um dos recursos terapêuticos utilizado pela Terapia Ocupacional para amenizar esses déficits.

**Metodologia:** foi realizada revisão sistemática dos estudos que utilizaram o brincar terapêutico em crianças prematuras e verificado seus possíveis efeitos sobre o desenvolvimento psicomotor de crianças com até 5 anos de idade. Foram selecionados um capítulo de livro e seis artigos entre estudos publicados em português nos últimos 10 anos. Somente dois foram considerados relevantes e compatível com este estudo.

**Resultados:** os textos analisados demonstraram a repercussão da prematuridade no comportamento lúdico dos bebês e no seu desenvolvimento global. As crianças prematuras apresentavam desempenho inferior ao das nascidas a termo, com déficits no desenvolvimento cognitivo, motor e interação social. Embora outras variáveis possam interferir no desenvolvimento, a prematuridade é fator de risco importante. O brincar pode ser recurso de ganhos no desempenho futuro, proporcionando à criança e aos familiares maior ligação afetiva e interação social, bem como desenvolvimento motor e de linguagem.

**Conclusão:** este estudo foi pouco conclusivo devido ao pequeno número de trabalhos encontrados. Estudos científicos que enfatizam as intervenções em prematuros ainda são inespecíficos. Entretanto, foi demonstrado que o acompanhamento precoce pela Terapia Ocupacional e orientação à família são indispensáveis para minimizar/anular riscos neurobiológicos. O brincar é fundamental no programa de estimulação, pois o lúdico oferece componentes prazerosos e eficazes para o desenvolvimento neuropsicomotor.

## ***Saúde Mental infantojuvenil: desafios da assistência no cenário brasileiro.***

*Maria Eduarda de Carvalho Fayad, Regina Célia Titotto Castanharo*

A assistência à saúde mental infantojuvenil no Brasil constitui um desafio. As novas práticas nos serviços de saúde mental compreendem que para a transformação do processo de sofrimento psíquico faz-se necessário o cuidado territorial, em liberdade, e a reafirmação dos direitos e a cidadania da população.

Este estudo teve como objetivo investigar a assistência à saúde mental infantojuvenil na produção científica e correlacionar às diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial, utilizando como metodologia a revisão integrativa de literatura. Para tanto, a pergunta de pesquisa elaborada foi: "Como a assistência à saúde mental infanto-juvenil é descrita na produção científica e tem se fundamentado nas diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial?".

Nos resultados, identificou-se 24 artigos que demonstravam ações nos principais serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), tendo como bases temáticas na descrição da assistência à população definida: 1. políticas públicas que fundamentam a assistência correspondentes à legislação vigente no território; 2. assistência em efetivação no serviço caracterizada pelas diferentes formas de estrutura e organização dos serviços contemplando a intersetorialidade; 3. ferramentas para a efetivação da assistência apontando o matriciamento, ambiência e o Plano Terapêutico Singular (PTS); 4. assistência em cuidado ofertado, que descreve as práticas realizadas com o público alvo, incluindo as crianças, adolescentes e familiares. Além disso, foi observado que o maior número de publicação das temáticas ocorreu no ano 2017, sendo as mais enfatizadas "assistência em efetivação no serviço" e "assistência em cuidado ofertado".

Em relação à descrição da assistência na produção científica e sua fundamentação nas diretrizes da RAPS, constatou-se déficits principalmente na oferta do cuidado integral sob a lógica interdisciplinar, organização dos serviços em rede de atenção à saúde, promoção de estratégias de educação permanente e desenvolvimento da lógica do cuidado tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

## ***Teoria da mente, comunicação social e a terapia da criança implantada coclear no Brasil: revisão narrativa.***

*Sypczuk, Giselle K; Ribas, Angela; Vassoler, Trissia; Kochen, Ana Paula*

*Introdução:* profissionais que se ocupam do trabalho com crianças devem se preocupar em investigar como as mesmas desenvolvem a percepção do mundo que as cerca. No caso de crianças surdas implantadas, estudos apontam que são muitas as possibilidades de atuação fonoterapêutica e definir o que é melhor depende da formação do profissional e das demandas específicas daquele que necessita aprender ouvir e comunicar.

*Objetivo:* identificar qual o enquadramento teórico que vem sendo utilizado no Brasil pelos fonoaudiólogos que atuam com crianças surdas implantadas cocleares.

*Metodologia:* realizou-se revisão nas bases de dados: LILACS, Bireme, MEDLINE, SciELO, PubMed e SCOPUS a partir das palavras-chave: Implante coclear, Criança, Linguagem, Comunicação, Audição, Fala, Terapia, Brasil, considerando o período de 2007/18. Três juízes analisaram os artigos a partir das seguintes variáveis: periódico de publicação, formação dos autores, ano de publicação, Qualis dos periódicos, tipo da pesquisa, tamanho da amostra, idade da amostra, instituição onde a pesquisa foi desenvolvida, teoria de linguagem adotada pelos autores da pesquisa, encaminhamento terapêutico e desfecho.

*Resultados:* inicialmente identificados 61 artigos, após análise criteriosa, restaram 22 analisados pelos juízes. Verificou-se que: 66% foram publicados nos últimos 5 anos; 68% foram publicados em periódicos Qualis B1; 63% dos autores são fonoaudiólogos; as amostras variaram de 1 a 60 sujeitos; 54% descritivo/transversal e 90% aconteceram em serviços públicos; teoria comportamental em 86,5%, e a Teoria da Mente em 68% da amostra; a perspectiva aural em 86%; 50% teve por desfecho o prognóstico e 27% de intervenção.

*Conclusão:* o fonoaudiólogo que atua com crianças surdas implantadas cocleares no Brasil e que publica seus estudos, utiliza na maioria dos casos os pressupostos da Teoria Comportamental de desenvolvimento; a Teoria da Mente e, por consequência, a Comunicação Social são citadas no material pesquisado e tem contribuído sistematicamente para a determinação do processo terapêutico da criança implantada.



## **Uso de Montelukaste em crianças e pesadelos: risco real?**

Lucas Zantut, Edison Matos Nývák

*Introdução:* essa revisão de literatura, trata-se da descrição em estudos de pesadelos em crianças que fizeram uso de montelukaste para tratamento de asma, que relataram esses episódios associados ao uso dessa medicação.

*Objetivo:* abordar a relação entre montelukaste com incidência de pesadelos em crianças que usaram o fármaco.

*Método:* essa revisão de literatura utilizou artigos na base de dados PubMed, que abordam o tema montelukaste e relação com pesadelos.

*Resultados:* Montelukaste é um fármaco utilizado como alternativa ao tratamento de asma, principalmente em crianças - pela inibição de IgE - ocasionando atenuação da inflamação brônquica. Pesadelo é um sonho desagradável e assustador ocorrido durante a fase do sono REM podendo ser desencadeado por diversas drogas - como as moduladoras de neurotransmissores - todavia, montelukaste foi o principal fármaco relatado como nexos causal de pesadelos em crianças. A incidência de pesadelos nessa faixa etária é muito mais prevalente do que nas demais, pois as crianças possuem mais fases REM durante os ciclos do sono. Ademais, sendo o principal uso do montelukaste a terapia para asma, é importante descrever que ela também pode causar distúrbios do sono pela obstrução do fluxo de ar que prejudica a hemodinâmica do paciente. Além disso, o zafirlukaste - outra droga da mesma classe - não foi relacionado em estudos com a ocorrência de pesadelos, sugerindo que apenas o montelukaste tenha esse efeito. A relação entre montelukaste e pesadelos ainda não foi totalmente elucidada, mas já é de conhecimento na prática clínica.

*Conclusão:* apesar de ainda carecer de estudos, o conhecimento da possível ocorrência de pesadelos em crianças em uso de montelukaste é fundamental, devido ao prejuízo que o sono inadequado pode causar nessa faixa etária, além de que o manejo inadequado da asma repercutirá negativamente no futuro dos pacientes pediátricos.



## **RELATOS DE CASO**





## ***A importância da equipe multidisciplinar em paciente com esquizofrenia e síndrome da deleção 22q11.2.***

*Elvani Maria dos Santos de Lucia, Rui Fernando Pilotto, Vinícius Motter*

A síndrome da deleção 22q11.2 ocorre pela deleção de um pequeno segmento do cromossomo 22, próximo a região mediana do cromossomo em um local designado q11.2. Os sinais mais comuns incluem, anormalidades cardíacas, fenda palatina e características faciais distintas. Muitos apresentam atraso no desenvolvimento psicomotor, impasses na aprendizagem, maior risco do desenvolvimento de doenças mentais, entre outros. Dessa forma, o diagnóstico breve pode contribuir em melhor prognóstico.

A Metodologia foi a Avaliação Psiquiátrica, Clínica, Neuropsicológica e Genética em uma paciente, com sintomas de esquizofrenia, marcha coreiforme, atraso na fala, dificuldades no processo de aprendizagem e social. Histórico cirúrgico de escoliose, hipertelorismo mamário, presença de facies sindrômicas, pescoço alargado e torto, deslocamento da mandíbula ao ingerir alimentos. A Avaliação Neuropsicológica detectou funcionamento intelectual limítrofe (QI total: 68), deficiência intelectual, alterações cognitivas globais, Transtorno Hiperkinético e Transtorno Espectro Autista. O exame genético CGH-array apontou micro-deleção compatível a síndrome da deleção 22q11.2, sugerindo o trabalho multidisciplinar como fator importante na detecção de comorbidades, pois, o retardo no diagnóstico poderá causar um impacto negativo biopsicossocial.

## ***A importância da neuropsicologia em equipe interdisciplinar.***

*Lilian Caron.; Alessandro Araujo Aliev; Thais da Glória Messias Fogaça, T. G. M.; Maira Maria Costa; Tatiana Isabelle de Sá Riechi*

O objetivo deste trabalho é discutir a relevância da participação da Neuropsicologia dentro de um ambulatório interdisciplinar de segmento neuropsicológico do desenvolvimento de crianças consideradas de risco, como nascidas pré-termo, com baixo peso ao nascimento e com retardo de desenvolvimento intra-uterino. O ambulatório possui uma equipe composta por profissionais das áreas da neuropsiquiatria, terapia ocupacional, neuropsicologia e fisioterapia, os quais realizam suas avaliações em crianças nascidas pré-termo, acompanhando seu desenvolvimento do nascimento até os 6 anos de idade. As crianças são avaliadas por todas as especialidades da equipe e, após isso, o grupo se reúne para discutir cada caso e planejar os encaminhamentos e orientações necessárias para cada família. Para essas avaliações, a equipe da Neuropsicologia utiliza alguns instrumentos de avaliação, dentre eles: Ficha de Triagem Neuropsicológica; Escala Bayley de Desenvolvimento Infantil – III Edição; Questionário de Maturidade Neuropsicológica Infantil (CUMANIN); Escala de Maturidade Mental Colúmbia e Protocolo de Avaliação Neuropsicológica Breve Infantil (PANBI). A prematuridade é considerada fator de risco para o desenvolvimento infantil, por isso a importância de um acompanhamento sistemático dessas crianças. Fatores internos e externos à criança interferem no desenvolvimento e pode-se, a partir do acompanhamento multiprofissional, criar fatores protetivos por meio de orientações aos pais e encaminhamentos a serviços específicos de saúde. A Neuropsicologia colabora nesse contexto principalmente pelas contribuições no acompanhamento do desenvolvimento cognitivo, de linguagem e de comportamento.

Conclui-se a importância da Neuropsicologia em equipes interdisciplinares que fazem acompanhamento de desenvolvimento infantil por trabalhar na prevenção ou redução de danos cognitivos e/ou psicossociais que possam ocorrer por causa do nascimento de risco. A intervenção precoce se mostra importante por aumentar significativamente a qualidade de vida destas crianças e diminuir eventuais dificuldades de aprendizagem em sua trajetória escolar.

*Palavras-Chave:* desenvolvimento infantil, avaliação neuropsicológica, nascimento pré-termo, equipe interdisciplinar.

## ***A inclusão excludente: um estudo de caso.***

*Romagnani, Patrícia; Sypczuk, Giselle K.*

A educação como direito a todos está garantida desde a Carta Magna até as resoluções e parece que normatizam o acesso e permanência ao sistema educacional. A Lei de Inclusão Brasileira (2015) afere que as pessoas com deficiência tenham assegurado o seu direito de alcançar o máximo desenvolvimento possível diante de seus talentos e habilidades respeitando suas características e necessidades de aprendizagem singulares.

Tem-se por objetivo analisar as medidas de inclusão adotadas na vida acadêmica de um adolescente de 17 anos diagnosticado com transtorno do espectro autista (TEA) desde os 2 anos.

O método adotado foi o de estudo de caso analítico a partir de uma abordagem qualitativa na seleção de informações que contou com entrevistas, visitas a escola, intervenção clínica com equipe multiprofissional direcionadas a aprendizagem e revisão bibliográfica para prática baseada em evidências (PBE).

Como resultados observou-se a partir das considerações presentes na Lei Brasileira de Inclusão: a) acessibilidade ao conteúdo com adaptações curriculares sem critérios específicos, b) presença de barreiras de informação e comunicação além das atitudinais, c) comunicação comprometida por dificuldades de entendimento das regras sociais, d) ausência de profissional de apoio escolar (PAE). Observou-se também que muito embora o direito esteja assegurado textualmente, há diferença entre as redes público e privadas de ensino.

Conclui-se que a eficácia da inclusão educacional na escola para o caso em questão mostrou-se ausente de planejamento específico ao considerar o desenvolvimento acadêmico e a interação social. Se faz necessário um planejamento em etapas adequado as áreas de competência individuais com detalhamento de conteúdo e elaboração de materiais, criação de uma rede de aprendizagem colaborativa, sensibilização da comunidade para as diferenças de cada grupo e instrumentalização para o desenvolvimento de acordo com o que o estudante e comunidade podem fazer para se beneficiar mutuamente de um projeto real de inclusão.

*Pesquisa realizada a partir da PBE em consultório clínico na cidade de Curitiba - Paraná - Brasil.*

## ***Achados de neuroimagem no espectro da síndrome de Joubert: relato de Caso.***

*Gilciane Ribeiro Gonçalves, Thais Bianco, Poliana Palma Barbieri, Bernardo Corrêa de Almeida Teixeira*

**Introdução:** a Síndrome de Joubert (SJ) e o seu espectro se enquadram como ciliopatia. É uma doença autossômica recessiva ligada aos genes que codificam cílios primários, responsáveis pela proliferação neuronal e migração axial no cerebelo e tronco encefálico, que culmina na malformação dessas estruturas. O diagnóstico envolve clínica, cariótipo e achados de imagem.

**Descrição do caso:** lactente feminina, 2 anos, nascida a termo e adequada para idade gestacional, perímetro cefálico de 32 cm. No exame notaram-se fâscies síndrômicas, braquidactilia, persistência do coxim fetal, hemangioma lombar, estrabismo à esquerda, hipotonia global e hiporreflexia, associada a atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. Ultrassonografia transfontanela neonatal mostrou hematoma cerebelar e ressonância magnética de crânio (RM) com 6 meses de vida demonstrou mínima coleção fluida laximanar extra-axial na convexidade cerebelar direita. RM aos 2 anos evidenciou espessamento dos pedúnculos cerebrais superiores, associado à displasia do vermis cerebelar. Aguarda resultado de cariótipo.

**Discussão:** hipotonia, ataxia e distúrbios cognitivos são alguns dos sintomas que compõe o quadro clínico, além do acometimento de rins, olhos, fígado e esqueleto. Na neuroimagem, a SJ é representada pelo “sinal do dente molar” - alongamento e afilamento dos pedúnculos cerebelares superiores, devido à falta de decussação de suas fibras, associado à displasia e hipoplasia do vermis cerebelar, com aprofundamento da fossa interpeduncular. Consequentemente, existe uma conexão aberrante entre o cerebelo e o córtex cerebral, melhor visualizada na sequência de difusão e Tractografia de Fibras da RM. Entre os diagnósticos diferenciais se enquadram a síndrome de Dandy Walker e a rombencefalosínapse. Seu tratamento é multidisciplinar, voltado para os principais sintomas.

**Conclusão:** o diagnóstico da SJ é fundamental, devido à miscelânea de complicações potenciais. Os achados característicos da neuroimagem são ferramentas valiosas frente à apresentação clínica heterogênea.

## ***Acrania diagnosticada ao nascimento: relato de um caso.***

*Celiana Ribeiro Pereira-Assis, Poliana Ribeiro Pereira-Pedreira, Neyde Maria Brito de Medeiros, Camila Cardoso Maculan*

**Introdução:** a acrania corresponde a uma malformação congênita rara, na maioria dos casos associada a anencefalia. Quando isolada a incidência é incerta e os poucos casos relatados na literatura apontam para prognóstico ruim, geralmente fatal a curto prazo.

**Descrição do caso:** recém-nascido (RN) a termo, adequado para a idade gestacional, nascido por cesariana devido parada de progressão. Mãe com 21 anos, segunda gestação, primeiro filho de casal não consanguíneo. Acompanhamento pré-natal completo, com realização de três ultrassonografias obstétricas (21 semanas; 32 semanas e 34 semanas de gestação), todas sem alterações. Sorologias maternas não reagentes durante pré-natal. Ao nascimento, criança não necessitou reanimação, apresentou escore de Apgar 9 e 10 no 1º e 5º minutos, respectivamente. Ao exame físico em sala de parto, observada ausência de ossos occipital e parietais, apresentando membrana recobrimdo calota desprovida de ossos. Apresentava ainda presença de ponto fistuloso com drenagem contínua de líquido cefalorraquidiano, olhos protrusos, sem outras alterações visíveis. Os reflexos primitivos estavam presentes e adequados. Realizados cuidados de rotina em sala de parto e cobertura de toda a porção membranosa com gases estéreis embebidas em solução fisiológica morna, com curativo oclusivo da área. Mantida em Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo) em ar ambiente, com hidratação venosa via cateter umbilical e cobertura antibiótica, até disponibilização de leito em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTINeo).

**Discussão:** o diagnóstico de acrania pode ser feito durante o pré-natal, sendo diagnósticos diferenciais acalvaria, encefalocele, osteogênese imperfeita, hipofosfatase e anencefalia. A ultrassonografia é considerada exame padrão-ouro para diagnóstico intraútero da malformação a partir de 11 a 14 semanas, sendo ainda mais sensível se realizada no segundo e terceiro trimestre.

**Conclusão:** a acrania é uma condição que pode estar associada a outras malformações, e seu diagnóstico precoce, ainda durante o pré-natal, pode melhorar as condições de assistência ao nascimento.

## ***Aplicação de kinesiotaping para contenção de sialorréia: relato de um caso.***

*Thaís Kaluzny da Silva; Ana Clara Daros Massarollo; Jamila Gabriele Gonçalves; Débora Melo Mazzo*

**Introdução:** a sialorréia é uma ocorrência frequente em crianças com paralisia cerebral, e a aspiração de saliva aumenta o risco de infecções pulmonares.

**Descrição do caso:** criança, sexo feminino, oito anos de idade, com diagnóstico de paralisia cerebral e microcefalia, internou por insuficiência respiratória aguda por broncoaspiração. Intubada na admissão, 48 dias de internamento, sendo que destes, 40 em unidade de terapia intensiva pediátrica. Extubada no 9º dia de internamento permanecendo em oxigenoterapia alternando entre máscara de reservatório e de Venturi, não tolerando reduções no fluxo de oxigênio. Nas evoluções do atendimento fisioterapêutico vigora a informação de grande quantidade de secreção e sialorréia. No 27º dia de internamento foi aplicada a técnica kinesiotaping (KT) na região supra-hióidea, músculos bucinador, zigomático e masseter com intuito de reduzir a sialorréia e melhorar o vedamento labial. A ocorrência de média e pequena quantidade de secreção, assim como a melhora da saturação de oxigênio iniciou somente após a primeira aplicação. No 33º dia de internamento foi reaplicada a KT e no 34º dia de internamento conseguiu-se redução do suporte de oxigenoterapia para O2 proximal e no dia seguinte desmame do O2.

**Discussão:** ainda são escassos os estudos em relação à aplicação de KT, mas os estudos encontrados citam aplicações nas musculaturas supra-hióidea e orbiculares da boca, apresentando desfechos satisfatórios quanto à redução da sialorréia.

**Conclusão:** a aplicação da KT foi eficaz no respectivo caso, reduzindo a sialorréia e auxiliando na prevenção de microaspirações e desmame de O2, porém a pequena quantidade de estudos mostra a necessidade de mais pesquisas na área.

## ***Aplicação do método Panlexia em paciente com deficiência auditiva severa: um estudo de caso.***

Lorrany Conciglieri da Rós, Maria Cristina Bromberg

**Introdução:** o objetivo deste relato é apresentar os avanços alcançados na alfabetização de deficiente auditiva pela utilização do método Panlexia.

**Descrição:** diagnosticada com um ano e cinco meses, A.V.K apresentava Perda Auditiva Neurosensorial Severa à Profunda em orelha direita e Perda Auditiva Neurosensorial Severa em orelha esquerda. Passou a usar Aparelho de Amplificação Sonora (AASI). Começou atendimento fonoaudiológico aos dois anos. Aos seis, foi iniciado processo de alfabetização em escola pública regular. Apresentou dificuldade para acompanhar o programa da instituição, que insistia na alfabetização através da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) apenas. Foi mostrado à família que o processo poderia ser feito na oralidade e introduzido um método fônico. A escola continuou com LIBRAS. Obteve-se resultados positivos, mas não total eficiência na leitura. Iniciou-se trabalho clínico segundo a Panlexia, metodologia de orientação diagnóstica e programa abrangente de assistência pedagógica. Logo nas duas primeiras sessões foi possível detectar avanço no processo. A fluência da leitura começou a surgir de forma natural e, em menos, de dois meses, A.V.K. estava alfabetizada.

**Discussão:** o método destaca a importância da consciência fonológica, que trata a habilidade de manipular os sons da língua, dificuldade significativa para A.V.K. devido à privação auditiva. O material de avaliação foi adaptado para treino dessa consciência, possibilitando compreensão visível dos sons trabalhados através da utilização de blocos. Embora o método tenha sido aplicado durante breve período, houve importante evolução tanto na fluência da leitura quanto na elaboração e interpretação de texto. Aos dez anos, totalmente oralizada, apresentou desempenho além do esperado, encontrando-se plenamente alfabetizada e com alta fonoaudiológica.

**Conclusão:** a Panlexia trouxe rápido avanço no processo de alfabetização e significativo desenvolvimento da consciência fonológica. Conclui-se que a utilização do método reduziu o tempo de terapia e o atraso escolar de A.V.K.

## ***Cerebelite aguda pós-infecciosa oligossintomática: relato de caso.***

Celiana Ribeiro Pereira-Assis, Dhiécya Carvalho Silva, Poliana Ribeiro Pereira-Pedreira, João Felipe Bento, Nubia Cristina do Carmo, Astério Souza Magalhães Filho, Camila Cardoso Maculan

**Introdução:** a cerebelite aguda é uma alteração inflamatória comumente autolimitada e benigna na infância, relacionada a processos infecciosos, sobretudo virais, pós-infecciosos ou pós vacinais. Objetivou-se relatar um caso de cerebelite pós infecção viral, cursando apenas com cefaleia e vômitos esporádicos.

**Descrição do caso:** escolar, 5 anos, apresentando cefaleia holocraniana recorrente, associada a episódios esporádicos de vômitos há 3 meses, sem sinais de gravidade ou alterações ao exame físico. Os sintomas iniciaram após quadro febril autolimitado associado a pancitopenia transitória, sem outras repercussões. Inicialmente, devido persistência da cefaleia, foi submetido a tomografia computadorizada de crânio, que não evidenciou alterações. Após 4 meses, submetido a ressonância nuclear magnética (RNM) de encéfalo, que revelou alteração de sinal bilateral ao longo da periferia dos hemisférios cerebelares, com hipersinal em T2 e FLAIR, deslocamento relativo e discreta redução das dimensões do quarto ventrículo, sem evidências de hidrocefalia supratentorial relevante, sugerindo cerebelite. Na ocasião, sem comprometimento neurológico ao exame físico, mantendo apenas episódios esporádicos de cefaleia, que cessavam ao uso de analgésicos comuns. Optou-se por manter acompanhamento expectante. Após 1 mês, submetido a RNM de encéfalo com estudo de espectroscopia de prótons, que revelou alteração de sinal em faixa comprometendo os aspectos posteriores dos hemisférios cerebelares, sem alterações evidentes à espectroscopia de prótons. O paciente segue em acompanhamento, mantendo-se sem alterações neurológicas, com melhora do quadro de cefaleia e dos vômitos.

**Discussão:** a cerebelite cursa com frequência de forma assintomática ou pouco sintomática. A RNM de encéfalo é o exame preconizado na suspeita diagnóstica, e embora não seja patognomônico, a presença de hipersinal em hemisférios cerebelares nas sequências T2 e FLAIR são muito sugestivos de cerebelite.

**Conclusão:** é importante suspeitar cerebelite diante de persistência de sintomas neurológicos em vigência ou logo após quadros infecciosos, a fim de estabelecer tratamento precoce diante de quadros graves.

## **Complexo de esclerose tuberosa, aneurisma intracraniano e função cognitiva: relato de caso e revisão de literatura.**

Mariana Richartz Schwind, Laís Faria Masulk Cardozo, Sérgio Antonio Antoniuk, Ana Paula Almeida de Pereira

*Introdução:* aneurismas intracranianos podem ser encontrados no Complexo de Esclerose Tuberosa (CET), com prevalência de 0,74%. Há, porém, poucos dados sobre o perfil cognitivo desse subgrupo de pacientes.

*Objetivo:* 1) descrever avaliação neuropsicológica de paciente com CET e aneurisma intracraniano, antes e após intervenção neurocirúrgica; 2) revisar na literatura aspectos cognitivos de pacientes com CET e aneurisma.

*Método:* 1) avaliação neuropsicológica de paciente (sexo feminino, 25 anos de idade, diagnóstico de CET aos 2 anos, epilepsia controlada), com aneurisma sacular de 0,7cm na artéria cerebral anterior direita, assintomático, submetido a clipagem. A avaliação ocorreu em 3 momentos: 11 meses antes e 14 e 38 meses após a intervenção neurocirúrgica. Foram utilizados: WAIS-III, RAVLT, Figura de Rey e BPA; 2) revisão no Pubmed (“intracranial aneurysm” e “tuberous sclerosis”).

*Resultados:* 1) a paciente apresentou nível intelectual limítrofe nas três avaliações. Prejuízos em funções cognitivas foram identificados antes da clipagem do aneurisma e mantiveram-se após intervenção, principalmente em compreensão verbal, memória, raciocínio lógico e matemático, percepção visual, velocidade de processamento e atenção. 2) Foram encontrados 17 relatos de caso de CET e aneurisma intracraniano, contendo descrição cognitiva (idade de 8 meses a 53 anos): 4 com desenvolvimento ou cognição normal, 3 com atraso no desenvolvimento, 1 com dificuldade de aprendizagem e 9 com déficit intelectual. Todos os pacientes com alteração cognitiva apresentavam história de epilepsia. Não houve descrição de comparação cognitiva antes e após intervenção neurocirúrgica.

*Conclusão:* no presente caso não houve modificação do perfil neuropsicológico na avaliação seriada. A literatura aponta prejuízo cognitivo na maior parte dos pacientes com CET e aneurisma intracraniano, sendo que a presença de epilepsia pode ser um fator de impacto. Ressalta-se que são encontrados déficits cognitivos no CET independente de aneurisma.

## **Crise mioclônica juvenil.**

Tussolini, JF; Sousa, NAC; Tussolini, IGA; Tussolini, GR; Marcon, JMT

*Introdução:* o mais velho relato detalhado de epilepsia está em um manuscrito no Museu Britânico (World Health Organization, 1997). É um capítulo de um livro-texto babilônico, datados por volta de 2000 a.C. E hoje ainda observamos que a epilepsia mioclônica juvenil – não alcançou evidência nos níveis A ou B, de acordo com Portaria SAS/MS nº 1.319, de 25 de novembro de 2013.

*Descrição do caso:* a menor VKRS, de 11 anos de idade, tem história de crises em “choque” que iniciou com 7 anos de idade, já fez uso de fenobarbital, valproato de sódio, Oxcarbazepina (aumentou o número de crises), clobazam, clonazepam, etossuximida, sem melhora das crises. Em 05/2018 fez Eletroencefalograma (EEG) e Ressonância crânio, iniciado Valproato de Sódio e Lamotrigina. Está com as crises controladas desde o início do novo esquema. Laudo do EEG: Observadas descargas de espícula e ondas agudas nas regiões frontais e surtos muito frequentes de complexo de espícula-onda e polispícula-onda, irregulares, de projeção generalizada, com predomínio fronto-central exacerbadas pelo sono.

*Discussão:* representa 7 a 9% de todas as epilepsias e 26% de todos os indivíduos com epilepsia generalizada idiopática. Surge por volta da puberdade (9 a 27 anos), caracterizada por mioclonias ao despertar associadas ou não a crises tônico-clônicas generalizadas.

*Conclusões:* apesar de descrita há mais de um século, a EMJ ainda é subdiagnosticada devido à dificuldade diagnóstica, seja pela má caracterização das mioclonias pelo paciente ou, até mesmo, erros de interpretação do EEG. Esta dificuldade diagnóstica e o impacto social mostram a importância de estudos acerca desta síndrome epiléptica tão prevalente na população.

*Bibliografia:* Portaria SAS/MS nº 1.319, de 25 de novembro de 2013.



## **Crises não epilépticas em paciente com epilepsia na adolescência: um problema clínico de difícil manejo na interface neuro-psiquiatria.**

Franciely Pinheiro Lopes da Silva, Nadhyne Somacal Remonti, Carlos Arteaga Rodriguez, Valdemiro Gonçalves Junior, Ana Luisa Bordini

**Introdução:** o transtorno conversivo (TC) ocorre quando os conflitos e o sofrimento psíquico se expressam por sintomas físicos. Crises não epilépticas psicogênicas (CNEP) são consideradas uma forma de TC. As CNEP assemelham-se a uma crise epiléptica (CE), porém, não são originadas por descargas paroxísticas neuronais.

**Descrição do caso:** masculino, 13 anos, natural da Venezuela, refugiado no Brasil com o pai há 8 meses, órfão de mãe desde os 3 anos, em situação financeira precária, sem antecedentes mórbidos. Internou no hospital por crises tônico-clônicas generalizadas (CTCG) com duração de 15 minutos, seguida de sonolência e sem liberação esfinteriana. Nos dois meses subsequentes, foi readmitido cinco vezes na emergência, por crises que alternavam seu padrão clínico de apresentação. Por vezes CTCG e em outras, movimentos assimétricos dos membros, com os olhos abertos e preservação da consciência, com tônus muscular e sinais vitais normais, sem manifestações pós ictais. E ainda, um terceiro tipo de crise, com desvio da cabeça e movimentos faciais, precipitada pelo estresse emocional e presença de profissional da saúde. Eletroencefalograma (EEG): surtos de espícula e espícula-onda generalizadas. Iniciado ácido valpróico e topiramato, com persistência das crises após quatro meses da medicação em dosagem terapêutica.

**Discussão:** a história e o EEG confirmam o diagnóstico de epilepsia. A refratariedade ao tratamento, mudanças no padrão clínico das crises, ausência de pós-ictus, crises precipitadas por estresse psicológico diante dos profissionais da saúde, sugerem CNEP. A prevalência de CNEP em epilepsia é de 20 a 60% e epilepsia em CNEP é de 20%. Fatores estressantes, ansiedade, problemas familiares e epilepsia são fatores de risco para CNEP.

**Conclusão:** a associação de CNEP e CE é frequente e diferenciá-las é difícil e importante, pois, os tratamentos diferem: fármacos antiepilépticos nas CE e psicoterapia na CNEP. O Vídeo-EEG é o exame padrão ouro, porém, pouco disponível.

## **Cuidados paliativos em criança institucionalizada: um relato de caso.**

Aline Scheidemantel, Eli Paula Bacheladenski, André Luis Santos do Carmo

**Introdução:** abordagem centrada nos cuidados paliativos (CP) consiste em promover qualidade de vida frente a doenças que a ameaçam, garantindo prevenção e alívio do sofrimento. Os pacientes devem ser acompanhados por equipe especializada desde o diagnóstico, independente de receberem ou não tratamento direcionado à doença de base.

**Descrição do Caso:** paciente do sexo masculino, 3 anos, vítima de violência aos 6 meses, evoluindo com a síndrome Shaken Baby. Submetido a diversos procedimentos cirúrgicos e múltiplas internações por quadros respiratórios e distúrbios hidroeletrólíticos. Devido ao risco social foi institucionalizado. Na última internação, foi admitido com quadro de choque hipovolêmico. Apresentava diarreia crônica de difícil manejo, e evoluiu com hipernatremia e hipocalemia refratárias ao tratamento. No sexto dia de internação, após reunião multidisciplinar, optou-se pela instituição de CP com limitação do suporte de vida. O abrigo recebeu nesse momento todas as informações necessárias, e sanadas todas as dúvidas. Ainda durante a internação, começou a apresentar bradicardia e bradipneia, porém sem sinais de dor ou desconforto. Após vinte dias, recebeu alta hospitalar com orientações sobre os cuidados no abrigo e resumo de alta minucioso, justificando a instituição dos CP.

**Discussão:** este caso é notável pois apesar da dificuldade em iniciar os CP, mediante moderação foi possível. As barreiras para oferecer CP podem ser superadas pela implementação de protocolos clínicos e institucionais. Para isso, é necessário o aprimoramento da educação médica no assunto. Muitos profissionais, por medo de questões judiciais, falta de diálogo com a família, insegurança ou desinformação sequer cogitam o tratamento paliativo. É reiterado na literatura que os pacientes com doenças crônicas incuráveis se beneficiam com a instituição de CP assim que recebem o diagnóstico.

**Conclusão:** os profissionais da saúde pediátrica precisam se comprometer a entender e praticar os CP. Enquanto os serviços de saúde devem oferecer capacitações sobre o tema a fim de validar sua adequada implementação.

## ***Desenvolvimento motor de pré-termos acompanhados pela fisioterapia: relato de casos sobre estimulação precoce.***

*Nicole Almeida, Daiane Aparecida Da Silva, Larissa Rebola Volpi Da Silva, Arlete Ana Motter, Talita Gianello Gnoato Zotz*

Crianças nascidas pré-termo, em sua maioria, possuem comprometimento neuromotor devido ao tempo de gestação. Por isso é de suma importância que estas sejam acompanhadas periodicamente para detectar possíveis atrasos neuromotores e assim delinear a conduta fisioterapêutica, como a estimulação precoce e, orientar os pais quanto a realização da estimulação é importante para o desenvolvimento motor desses bebês.

Dois crianças pré-termos (CBM e MR) foram acompanhadas em uma clínica multidisciplinar de neuropediatria da cidade de Curitiba. Estas foram avaliadas por meio do Teste de Triagem de Desenvolvimento Denver II e submetidos a programa de estimulação precoce, realizada por seus pais sob orientação fisioterapêutica. Na primeira avaliação ambas apresentaram atrasos. CBM (5 meses de idade corrigida) obteve duas reprovações obrigatórias na motricidade grossa e uma na motricidade fina, além disso obteve uma reprovação questionável nestas mesmas subclassificações, os pais foram orientados a realizarem atividades que visassem o controle cervical. MR (6 meses e 8 dias de idade corrigida) obteve uma reprovação obrigatória na linguagem e no âmbito pessoal-social, e também uma reprovação questionável nos âmbitos da motricidade grossa e linguagem, esta criança foi estimulada a sentar. Após a estimulação motora ambas superaram a reprovação anterior, porém continuaram apresentando reprovações em outros âmbitos.

Os casos demonstram que bebês prematuros apresentam atrasos no seu desenvolvimento desde os primeiros meses de vida. O presente estudo reforça a necessidade destas crianças serem acompanhadas periodicamente. Com a estimulação precoce realizada pelos pais e orientada por um fisioterapeuta faz com que estas superem atrasos e possam ter o desenvolvimento mais próximo do típico.

A estimulação precoce orientada aos pais por um fisioterapeuta é eficaz para corrigir atrasos no desenvolvimento neuromotor de pré-termos. Porém, é necessário que este acompanhamento seja contínuo durante o primeiro ano de vida, já que neste período a neuroplasticidade favorece a resposta a estimulação.

## ***Distonia generalizada grave decorrente do defeito congênito da desglicosilação por deficiência do gene NGLY1: relato de caso.***

*Maria Fernanda de Aguiar Soares, Emerson Faria Borges, Jacqueline Martins Siqueira, Karen Yumie Tanamati, Simone Carreiro Vieira Karuta, Daniel Almeida do Valle, Alfredo Löhr Júnior*

*Introdução:* a deficiência de NGLY1 (NGLY-CDG), ou CDG tipo Iv, é defeito congênitos da glicosilação, raro, heterogêneo e de herança recessiva, representado pela tétrede de atraso neuropsicomotor, deficiência intelectual de média idade, hipolacrimia e enzimas hepáticas aumentadas. Há também forte correlação com desordens hipercinéticas (coreoatetose, distonia, mioclonia, tremor actional e dismetria).

*Descrição do caso:* masculino, 16 anos, com história progressiva de esteatose hepática aos 6 meses, atraso neuropsicomotor e puberdade precoce, diagnóstico de NGLY-CDDG por exoma com 1 ano, hidronefrose cirurgicamente corrigida aos 4, e quadro de distonia generalizada aos 11 tratada com biperideno, foi admitido ao pronto atendimento por piora do quadro de base com limitação de movimento, dor e restrição de atividades diárias com melhora após introdução de baclofeno e triexifenidil. Ao exame físico: cognitivo normal, estrabismo à esquerda, hipotonia perioral, hipertonia e deformidade axial e apendicular, escoliose, hipertrofia de trapézio e da musculatura perivertebral e hipotrofia dos membros, tremor de ação nas mãos, hiporreflexia em MMSS, força reduzida em mãos e pés, com deambulação prejudicada, astereognosia em MMII e dismetria. Encaminhamento do paciente para aplicação de toxina botulínica com melhora significativa.

*Discussão:* a tétrede clássica não acontece no caso, sendo mais proeminente manifestações hipercinéticas através de tremor actional, distonia e dismetria. 50% apresenta convulsões, podendo ocorrer apneia do sono, escoliose. Diagnóstico genético recomendado pode ser feito por painel multigênico e exoma. Outros necessários são ecocardiograma, líquido, neuroimagem, avaliação oftalmológica, timpanometria, BERA, polissonografia, lipidograma e avaliação ortopédica.

*Conclusão:* para o diagnóstico, recomenda-se exoma ou genoma para pacientes com fenótipo insuficiente para painel, e acompanhamento de pediatria, fisioterapia, oftalmologia, neurologia, nutrição, gastroenterologia e audiologia. Pelo espectro clínico, necessita-se atentar aos diagnósticos diferenciais de patologias hepáticas e neurológicas.



## ***Distonia na infância: Síndrome de Aicardi-Goutières.***

*Tussolini, JF; Prazeres, VMG; Silva, LCP; Benacon, GS*

**Introdução:** diante de alterações em neonatos e crianças, sobretudo atrasos no desenvolvimento e complicações neurológicas, a primeira hipótese costuma ser infecção congênita, todavia, a Síndrome de Aicardi-Goutières (SAG) é um diagnóstico a ser pensado. Decorre da mutação de genes que codificam enzimas importantes à transcrição, apresentando quatro possíveis fenótipos, sendo o mais grave deles o tipo 4. Poucos são os relatos no mundo, somando aproximadamente 120 casos, mas suas complicações e manifestações são severas, o que requer conhecimento acerca da mesma e diagnóstico precoce, a fim de tratar sintomas e prevenir complicações e agravos.

**Descrição do caso:** R.E.L.C., sexo masculino, 1 ano e 7 meses, único filho de pais consanguíneos, com história de regressão neurológica desde os 3 meses de idade. Ao exame físico apresenta olhar atento, hipotonia axial, espasticidade de membros, não senta e não sustenta o pescoço. Investigado para erros inatos do metabolismo, com resultado negativo. Laudo da TC de crânio: Observadas calcificações nos gânglios/núcleos da base, tálamo e adjacentes; EEG sem alterações; Exoma: mutação em homocigose no gene RNASEH2A Chr 19p13.13 (SAG tipo 4).

**Discussão:** representa 4% de todos os fenótipos da síndrome, com apenas 6 casos registrados no OMIM até a presente data. Além disso, os sintomas descritos diferem dos encontrados, sendo estes microcefalia, insuficiência respiratória, distonia, hiporreflexia e pancitopenia ao nascimento. Desta forma, o relato de casos como este alertam para variações fenotípicas ainda não descritas.

**Conclusões:** apesar de descrita há mais de uma década, a SAG ainda é recente e requer estudos, a fim de caracterizar melhor as apresentações clínicas da doença e otimizar a sua abordagem e manejo, pois devido a sua dificuldade diagnóstica, por mimetizar outras afecções distônicas e necessitar de análise gênica, pode apresentar número de casos subestimado.

**Palavras-chave:** distonia, aicardi-goutieres, erro inato do metabolismo.

## ***Doença de Tay-Sachs: relato de um caso familiar.***

*Fernanda Cristina Kremer Souza, Isadora Cristina Barbosa Lopes, Lucas Filadelfo Meyer, Rudson Robert Romero, Maria Eduarda de Souza do Amaral, André Luis Santos do Carmo*

**Introdução:** a GM2 gangliosidose, conhecida como doença de Tay-Sachs, é uma doença autossômica recessiva causada por uma mutação do gene HEXA que leva à deficiência de hexosaminidase A e acúmulo do gangliosídeo GM2 especialmente em neurônios. A doença é caracterizada por acometimento neurológico e muscular progressivo e degenerativo, que quando manifestados já na infância, após os primeiros meses de vida, demonstram a forma mais grave da doença.

**Descrição do caso:** LGFP, 1 ano e 7 meses, feminina, encaminhada ao neuropediatra com 1 ano e 2 meses por atraso no desenvolvimento. Ao exame, não apresentava sustentação cefálica, sem contato visual, choro fraco, hipotonia global, reflexos profundos ++/4+. Ausência de visceromegalias. À fundoscopia, presença de mancha vermelho-cereja. Histórico de ter se sentado com 6 meses, com perda do tônus aos 7 meses de vida. Apresentou redução da velocidade de perímetro cefálico com 6 meses. Atualmente com microcefalia. No histórico familiar, irmã foi à óbito aos 1 ano e 5 meses devido a GM2 gangliosidose. Evoluiu com epilepsia de difícil controle, com EEG com padrão de poli-espícula onda generalizada.

**Discussão:** a Doença de Tay-Sachs costuma apresentar-se com disfunção do desenvolvimento neuropsicomotor em torno dos 6 meses de idade, com hipotonia profunda e inabilidade de sentar ou sustentar a cabeça. A progressão da doença leva à disfagia, convulsões, macrocefalia, hipomielinização. Diversas mutações genéticas têm sido identificadas e relacionadas à Doença de Tay-Sachs, porém permanece como uma doença de prognóstico reservado e baixa sobrevida. O tratamento é de suporte e alívio. A terapia genética tem ganhado espaço no meio médico e depende de diagnóstico precoce e recursos disponíveis para sua implementação.

**Conclusão:** a Doença de Tay-Sachs permanece como doença de prognóstico reservado. Sua identificação precoce através de testes genéticos pode auxiliar no manejo adequado e na orientação parental e aconselhamento genético.

## ***Manifestação catatônica da esquizofrenia na adolescência.***

*Franciely Pinheiro Lopes da Silva, Nadhyne Somacal Remonti, Andressa Longo*

**Introdução:** a esquizofrenia é um diagnóstico raro na infância e conceituada como de início precoce quando diagnosticada antes dos 18 anos e muito precoce quando antes dos 13. A manifestação catatônica nesta patologia pode ocorrer, e está descrita no Manual Diagnóstico e Estatístico De Transtornos Mentais (DSM-5) como um especificador e não como classe independente.

**Descrição do caso:** paciente masculino, iniciou acompanhamento psiquiátrico aos 12 anos devido quadro de isolamento social, sintomas ansiosos, hipovolia, alucinações auditivas e dificuldade de aprendizado. Na época, foi medicado com sertralina pela hipótese de transtorno depressivo, porém, abandonou o tratamento. Aos 16 anos, retomou o acompanhamento psiquiátrico com quadro de discurso desconexo e delirante de cunho religioso, heteroagressividade e comportamento bizarro. Apesar do início de antipsicótico (haloperidol), evoluiu em algumas semanas com recusa alimentar, obediência automática, flexibilidade cérea e discurso monossilábico. Devido à distonia causada por haloperidol e risperidona, foi iniciado olanzapina 10 mg/dia associado a diazepam 15 mg/dia. Houve melhora progressiva dos sintomas catatônicos ao longo de 2 semanas, com persistência dos sintomas positivos (alucinações auditivas e delírio).

**Discussão:** a forma catatônica da esquizofrenia caracteriza-se por uma desregulação motora e do humor, inclui sinais como estupor ou hipercinesia, obediência automática e negativismo. Por motivos ainda desconhecidos, esta forma de esquizofrenia tem sido pouco vista nos dias atuais, e pouco estudada na população infanto juvenil. Ela costuma ser diagnosticada em contexto de internação, e a maioria dos casos envolve indivíduos com transtornos depressivos ou bipolares.

**Conclusão:** o relato em questão direciona para o diagnóstico de esquizofrenia, tanto pelos sinais prodrômicos na infância, quanto pela posterior evolução para quadro psicótico na adolescência, culminando em estado catatônico. Esse caso alerta para a possibilidade do subtipo catatônico de esquizofrenia na infância e adolescência, pouco relatado na literatura.

## ***Metodologia CRIA-AÇÃO para promoção da aprendizagem e estimulação cognitiva.***

*Fernanda Carvalho, Felipe Vanhoni Jorge*

Tendo em vista as grandes transformações e conquistas de espaço da tecnologia o tempo de brincar e criar foi deixado para segundo plano. As crianças aprendem brincando, e é neste momento que grandes relações acontecem e oportunizam potenciais habilidades. O Espaço Criação foi idealizado para que crianças e adolescentes de 04 a 14 anos e pessoas a partir de 60 anos possam desenvolver possibilidades e estratégias de criação. Sabemos que a liberdade de expressão da linguagem parte do ato construtivo. Para as crianças o Programa é realizado de acordo com o seu desenvolvimento sócio cognitivo e acadêmico, já para os maturidade oportunizamos estratégias de estimulação para memória, concentração e organização. A proposta é conduzida pelos Pilares que regem a Educação: APRENDER A SER, APRENDER A ESTAR, APRENDER A SENTIR e APRENDER A EXPRESSAR. Partimos dos pressupostos teóricos do sócio construtivismo. O sujeito é autor do processo e é envolvido em estratégias que facilitam a arte do pensar e criar. Tais recursos são semanalmente reorganizados para cada faixa etária. Os espaços e tempo são pensados de acordo com o plano educacional. Tempo de 80 minutos para 6 crianças de faixa etária comum.

**Palavras-chave:** criatividade, criança, aprendizagem, espaço terapêutico.

## **Mutação do Gene GNAO1 e distúrbio do movimento: relato de caso.**

*Naiara Talita Guimarães Aranha, Claudia Santos Oliveira Hartmann, Alice Aparecida Burle Faria, Benaia Silva, Luis Paulo Dutra, Ana Carolina Aguiar Fiamoncini, Simone Carreiro Vieira Karuta*

**Introdução:** o gene GNAO1 codifica a subunidade alfa da proteína G heterotriméricas abundantemente expressas no sistema nervoso central, essas proteínas modulam a sinalização inibitória de muitos neurotransmissores, incluindo o GABA, a adenosina e a dopamina. As proteínas G diminuem a produção do cAMP e os canais de cálcio do tipo N e P/Q e impedem diretamente a liberação de neurotransmissores no nível sináptico.

**Descrição do caso:** paciente masculino, 1 ano e 10 meses, 38 semanas, pesando 2945g, APGAR 8/10. Aos 8 dias apresentou crises convulsivas generalizadas, controladas com fenobarbital 3mg/kg/dia, que cessaram aos 3 meses, evoluindo com atraso global do desenvolvimento, hipotonia e hiperreflexia globais. Aos 8 meses iniciou com coreia progressiva, que desaparecia durante o sono, iniciado baclofen 10mg/dia, sem melhora. Com 1 ano, uma análise genética molecular revelou uma mutação missense no exon 6 do GNAO1 (c.607G>A, p.Gly203Arg), iniciado topiramato 3,5mg/kg/dia com melhora progressiva do distúrbio do movimento. Dentre os exames, eletroencefalograma, triagem metabólica e ressonância magnética de crânio normais.

**Discussão:** essa mutação trata-se de uma condição com padrão de herança autossômica dominante, em geral decorrente de evento mutacional "de novo". Destes, 44% apresentam coreia. Em 2013 Nakamura et al. descreveu quatro variantes de GNAO1 causadoras de encefalopatia epiléptica de início precoce e atraso grave do desenvolvimento. Posteriormente foram descritos casos de pacientes que desenvolveram distúrbios do movimento e hipotonia com ausência de convulsão. A resposta medicamentosa é desfavorável.

**Conclusão:** apesar da mutação a qual o paciente é portador não ter sido descrita como respondedora ao uso do topiramato, o mesmo apresentou melhora da coreia.

## **Mutação no gene PTEN cursando com Macrocefalia e Transtorno do Espectro Autista.**

*Isadora Cristina Barbosa Lopes, Lucas Filadelfo Meyer, Rudson Robert Romero, Maria Eduarda de Souza do Amaral, Fernanda Cristina Kremer Souza, André Luis Santos do Carmo*

**Introdução:** a Fosfatase Homóloga à Tensina (PTEN) é um gene supressor de tumor que quando mutado ou deletado pode aumentar a suscetibilidade a neoplasias, além de estar associado à macrocefalia e ao Transtorno do Espectro Autista (TEA).

**Descrição do caso:** MLPT, 7 anos, feminino, perímetro cefálico ao nascimento de 37cm (P95), atualmente em 59cm (4 cm > P97). Apresentando atraso na linguagem, resistência à mudança de rotinas, seletividade alimentar, hipersensibilidade a sons. Exame neurológico: atraso na fala, hipotonia global, incoordenação motora fina, estereotípias, pouco contato visual, falta de equilíbrio estático e dinâmico. Evoluiu com ecolalia, incapacidade de formar frases, com fala não funcional. Tem irritabilidade e agressividade. Ressonância Magnética (RM): alteração da intensidade de sinal na substância branca periventricular, predominando junto aos cornos posteriores dos ventrículos laterais. Cariótipo e CGH array normais. Exoma: mutação no gene PTEN. Após início de terapia multidisciplinar, paciente apresenta melhora da socialização, coordenação motora e cognitiva.

**Discussão:** mutações em PTEN podem expressar diferentes tipos de fenótipos, como a síndrome do tumor PTEN-hamartoma, a síndrome de Cowden, a síndrome de Bannayan-Riley-Ruvalcaba, além de alterações no neurodesenvolvimento. Ademais, estudos atuais demonstram uma correlação de macrocefalia, TEA e sequenciamento de PTEN mutado. Permanece incerta a relação fenótipo-genótipo dessas alterações, não sendo totalmente claro como as modificações na cascata de sinalização regulada pelo PTEN influenciam na apresentação clínica do TEA. Sabe-se, porém, que mutações nesse gene predisõem a malignidade, lesões cutâneas e malformações vasculares. Portanto, recomenda-se o sequenciamento de PTEN para crianças que cursem com macrocefalia e autismo tendo em vista o rastreamento para outras condições clínicas.

**Conclusão:** identificar mutações em PTEN em crianças com TEA e macrocefalia é importante para estabelecer o seguimento devido para screening de neoplasias e correlação com outras síndromes.

## ***Prejuízos cognitivos na criança após primeiro episódio psicótico.***

*Sales, Sarah Corrêa; Pereira, Ana Paula Almeida; Massuda, Raffael*

**Introdução:** os prejuízos cognitivos são elementos primários dos transtornos psicóticos. Identificar as alterações cognitivas e neuropsicológicas fornecem um importante preditor dos prejuízos funcionais nos pacientes com transtornos psicóticos de início precoce.

**Objetivo:** o objetivo deste estudo é descrever o perfil cognitivo da criança após o primeiro episódio psicótico.

**Método:** realizou-se um estudo de sujeito único, centralizando-se nas alterações cognitivas após o primeiro episódio psicótico através da comparação do perfil cognitivo anterior ao primeiro episódio psicótico e do perfil cognitivo posterior ao primeiro episódio psicótico.

**Resultados:** mantiveram-se preservadas as funções de velocidade de processamento, organização perceptual, quociente intelectual e funções executivas quando se compara o perfil cognitivo anterior e posterior ao episódio psicótico. Entretanto, observou-se prejuízo cognitivo de memória operacional, compreensão verbal, percepção e memória visual, aprendizagem e memória verbal, e atenção visual na avaliação pós-primeiro episódio psicótico.

**Discussão:** ao considerar o desenvolvimento cognitivo normal e o impacto da psicopatologia na cognição construiu-se a hipótese de que os ganhos em funções de velocidade de processamento, organização perceptual e quociente intelectual indicariam que o paciente apresentou melhoras nesses domínios conforme ocorreu o neurodesenvolvimento, colocando-o em comparação com sujeitos de sua mesma faixa etária. Os resultados corroboram com achados de estudos anteriores em que a memória operacional, memória verbal e aprendizagem verbal são considerados endofenótipos da esquizofrenia.

**Conclusões:** os prejuízos de atenção concentrada visual, memória e aprendizagem verbal, memória e percepção visual, compreensão verbal e memória operacional caracterizariam os impactos observados após a ocorrência do primeiro episódio psicótico neste sujeito.

## ***Programa Panlexia aplicado para alunos com transtorno do espectro autista (TEA).***

*Maria Cristina Bromberg, Marisa L. S. de Mello*

**Introdução:** Panlexia é um método de orientação diagnóstica e programa abrangente de assistência pedagógica. Este trabalho propõe mostrar a eficácia da aplicação em alunos com TEA.

**Descrição:** menino, sete anos, diagnóstico de TEA, frequenta o Segundo Ano em escola pública acompanhado por estagiária de Pedagogia. Excelente compreensão, bom raciocínio lógico matemático, inteligência média. Apresentava resistência nas atividades de leitura, escrita ou que utilizam letras. Idade fonológica 5 anos. Desenvolveu-se um Programa Educacional Individual, com participação da professora de Atendimento Escolar Especializado (AEE), formada em Panlexia. Trabalho iniciado pelo treino fonológico, passando ao reconhecimento de vogais, depois treino das consoantes, segundo o quadro de sílabas do método. A evolução no treino fonológico foi fator de grande motivação. Acompanhamento em clínica uma vez por semana e na sala de AEE, duas vezes, dedicado ao treino fonológico. Diariamente, durante 30 minutos com a auxiliar de turma, realizados exercícios de leitura, Troca-Letras e ditado. Outras estratégias ajudaram a evitar o cansaço: ditado no computador, treino com mais colegas, Troca-Letras com o jogo *Boogle Slam*. Houve mais desafio e prazer. A evolução foi rápida.

**Discussão:** alunos com TEA necessitam de organização previsível. Saber onde iniciar, como desenvolver e para onde seguir proporciona segurança através da previsibilidade. A Panlexia tem uma estrutura organizada, indo do mais simples ao mais complexo gradativamente, possibilitando o desenvolvimento individual segundo as capacidades e permitindo acompanhamento da evolução do aprendizado. Seguindo a estrutura linguística, é possível perceber o nível de aprendizagem da língua escrita, facilitando adaptação curricular e avaliação diferenciada. Por ser programa de integração sensorial, permite a utilização de várias estratégias, entrando no cérebro por mais de um canal.

**Conclusão:** o aluno aprendeu a ler rapidamente, começou a escrever espontaneamente, melhorou o comportamento e a professora passou a utilizar, com sucesso, as mesmas estratégias em alunos com dificuldades semelhantes.

## **Reflexos da violência infantil: um relato de experiência.**

Franciele C. F., Samoel L.S., Ana P.R.S.B.

**Introdução:** a violência pode advir do ser humano como consequência de um trauma ou propagação de “ciclos” impregnados em seu meio. Sendo um problema de saúde pública, fere os direitos à vida, pois dá-se pela imposição e opressão, seja pelo poder, influência ou força física de um processo multifacetado que engloba contextos socioculturais. Com relação à violência infantil, sabe-se que quanto mais precoce e prolongada à situação de violência, mais permanentes serão os danos, e por não ser reconhecida em algumas situações, deixará traumas que poderão influenciar negativamente na vida adulta.

**Descrição:** este relato de experiência busca interligar uma entrevista realizada com a literatura. Esta entrevista foi retirada da amostra do projeto inicial por não se enquadrar nas categorizações. Vários estudos sugerem que a criança não denuncia o agressor por receio, por conta da aproximação com a família, por não acreditarem no seu relato ou por ser coagida e ameaçada

“Cunhado (...) Fiquei com muito medo, aterrorizada, em pânico. Não quis falar com meus pais, guardei pra mim, tinha medo de todo mundo (...) não falei por medo, vergonha (...) Peguei trauma, até hoje ainda acho que tenho um pouco”

**Discussão/Conclusão:** esse recorte evidencia o quanto a pessoa foi coagida e indica a importância do suporte psicológico para amenizar as consequências do trauma, pois uma vez que a violência foi praticada, o impacto que gera nesse ser jamais será esquecido.

## **Relato de caso clínico: a psicopedagogia clínica- Intervenção terapêutica para diagnóstico de distúrbios da linguagem oral e escrita.**

Fernanda Carvalho, Felipe Vanhoni Jorge

**Introdução:** esse trabalho apresenta resultados de um estudo de caso desenvolvido com um grupo de dez adolescentes com dificuldades de aprendizagem.

**Descrição do Caso:** a queixa principal foi dificuldade de acompanhar texto, produzir texto independente, desvios e trocas na escrita, confusão de letras e problemas de interpretação de textos complexos e científicos. Todos os casos apresentaram encaminhamento por neuropediatra para intervenção em TDAH e dislexia. A avaliação psicopedagógica de cada atendido foi desenvolvida por recursos psicopedagógicos e as dificuldades de aprendizagem por meio da avaliação de aspectos cognitivos, afetivos, psicolinguísticos e comportamentais.

**Discussão e conclusão:** através da avaliação e intervenções realizadas, os participantes desenvolveram promoção e melhora na leitura e efetivação da escrita. Diante da avaliação do estudo de caso, verificamos as possíveis contribuições das intervenções psicopedagógicas para trabalhar junto aos adolescentes de faixa etária de 12 a 16 anos com hipótese diagnóstica de dislexia, sendo executadas de maneira preventiva e terapêutica para melhoria do desenvolvimento e processo de aprendizagem do sujeito. A avaliação por meio das técnicas da psicopedagogia proporcionaram estratégias de intervenção com o objetivo de prevenir ou de re-significar o aprender, possibilitando traçar diretrizes para uma intervenção envolvendo sujeito, família e escola. Assim, de acordo com os aspectos analisados os adolescentes apresentaram resultados positivos sobre os recursos utilizados.

**Palavras-chave:** adolescência, aprendizagem, dificuldades de aprendizagem, Dislexia, TDAH.

## **Relato de caso: diagnóstico intraútero da Síndrome de Dandy Walker.**

Gabriela Bianca Manfredini, Gabriela Bisevski, Maria José Silva da Rocha, Carlos A Mansur, Somaia Reda

**Introdução:** a Síndrome de Dandy-Walker é uma rara malformação congênita da fossa posterior (1:30.000). Relato de Caso: 19 anos, G1P1, pré-natal sem particularidades. Na ECO obstétrica, feto com ventrículo posterior do cerebelo com 10mm e hipoplasia de vermis cerebelar. Em RM fetal, demonstrou-se malformação do cerebelo com hipotrofia, dilatação do sistema ventricular e malformação de Arnold-Chiari tipo I. Em nova ECO obstétrica, visualizou-se aumento dos ventrículos laterais e aparente hipoplasia de vermis cerebelar. RN nasceu sem anormalidades, tônus normal, reflexos arcaicos presentes e simétricos, pares cranianos normais, perímetro encefálico normal. Em US de crânio em RN, confirmou-se hipoplasia de vermis cerebelar e cisto de fossa posterior. Em TC de crânio do RN, visualizou-se mega cisterna magna, cisto de fossa posterior e ventrículos pouco dilatados e simétricos.

**Discussão:** a Síndrome de Dandy-Walker clássica é determinada por 3 critérios: aumento da fossa posterior com deslocamento do tentório cerebelar e torcular, dilatação cística do quarto ventrículo e malformação do vermis. A DWS isolada deve ter ausência de outra malformação cerebral ou extra-cerebral, ausência de consanguinidade ou história familiar de anomalia de fossa posterior e ausência de aneuploidia. O diagnóstico definitivo é feito por ressonância. O diagnóstico intraútero é útil, por permitir a pesquisa do cariótipo para afastar anormalidades cromossômicas e possibilitar que o tratamento inicie no momento mais adequado. Nota-se que 40% das crianças são intelectualmente normais, 40% têm retardo severo. Portanto, a má formação isolada tem melhor prognóstico. O tratamento é sintomático.

**Conclusão:** o RN do caso foi diagnosticado com a forma clássica. Apesar de esta classificação ser a mais associada com cromossomopatias e outras malformações sistêmicas, os únicos achados foram cerebrais. Entretanto, pela presença de malformação de Arnold-Chiari tipo I, não é considerada como DWS isolada, que teria melhor prognóstico.



## **Relato de caso: hipertensão intracraniana idiopática.**

Carvalho, LRR; Consul, CC; Batista, LR

**Introdução:** a hipertensão intracraniana idiopática (HII) caracteriza-se por cefaleia súbita, progressiva, com náuseas, vômitos, papiledema e acometimento do 4º e 6º pares de nervos cranianos. Diagnóstico diferencial ocorre através de exames de imagem e análise do líquido cefalorraquidiano, normais na HII. A incidência é de 0,9/100.000 na população, acometendo principalmente meninas obesas. A etiologia é indefinida, porém, após exclusão de processos tumorais, o diagnóstico deve ser estabelecido o mais precocemente possível para controle da dor, a qual pode ser excruciante.

**Descrição do caso:** GFAM, 11 anos, feminino, índice de massa corpórea (IMC) 24,3, queixa de cefaleia de forte intensidade, intermitente, lancinante, com sonolência excessiva e vômitos. Negava febre e foi submetida a exames de imagem e controle laboratorial, todos normais. Medicada com tramadol, evoluindo com papiledema. Foi medicada com acetazolamida, mas houve piora importante e punção lombar foi realizada com alívio imediato, melhora do estado geral e alta hospitalar no 4º dia de internamento, sem recidiva do quadro após 4 meses.

**Discussão:** a HIIP é um diagnóstico de exclusão estabelecido após exames de imagem e controle laboratorial normais. O diagnóstico requer tratamento imediato para controle da dor, o qual pode ser feito através de tratamento medicamentoso que inclui inibidores da anidrase carbônica, anticonvulsivantes e diuréticos. A punção lombar é indicada quando não há resposta satisfatória. Orienta-se reduzir até 10cmH<sub>2</sub>O da pressão do LCR. O tratamento consiste também em diminuição do IMC nos casos de pacientes obesos, com manutenção da medicação até ausência completa do papiledema.

**Conclusão:** HII é uma condição grave que requer atendimento emergencial para controle dos sintomas que podem ser extremamente debilitantes, como no caso descrito, com risco de diminuição e até perda da acuidade visual quando não manejado adequadamente.

## **Síndrome Alcólica Fetal: relato de caso.**

Celiana Ribeiro Pereira-Assis, Poliana Ribeiro Pereira-Pedreira, Jandrei Rogerio Markus, Nubia Cristina do Carmo, João Felipe Bento

**Introdução:** a ingestão de álcool na gestação pode provocar desde alterações imperceptíveis de comportamento até Síndrome Alcólica Fetal (SAF), com grave comprometimento neurológico e prejuízos no desenvolvimento.

**Descrição do caso:** lactente, masculino, nascido por cesariana devido sofrimento fetal, pequeno para a idade gestacional, baixo peso, microcefálico. Acompanhado desde os 28 dias de vida, onde suas características fenotípicas e história materna de abuso de álcool durante toda a gestação propiciaram a ocorrência de SAF. Ao exame físico, olho direito maior e posicionado acima do eixo do olho esquerdo, pregas epicânticas, malformação auricular esquerda, filtro nasal e nariz curtos, lábio e queixo finos, fenda palatina submucosa. Teste do pezinho sem alteração, assim como a triagem oftalmológica e auditiva. Ultrassonografia transfontanela evidenciou hipoplasia do esplênio do corpo caloso e dilatação ventricular bilateral leve/moderada. Na ressonância magnética do encéfalo evidenciou-se redução volumétrica de substância branca supratentorial, leve/moderada ectasia do sistema ventrículo-tentorial e corpo caloso difusamente afilado. Apesar do acompanhamento multiprofissional mantém atraso importante nos marcos do desenvolvimento neuropsicomotor.

**Discussão:** o etanol atravessa a placenta sem sofrer alteração e devido a imaturidade e baixos níveis das enzimas fetais, ocorre maior exposição do feto. Além disso, o líquido amniótico funciona como reservatório do etanol e do acetaldeído, prolongando a exposição. O álcool prejudica o transporte placentário de nutrientes essenciais ao desenvolvimento fetal e predispõe à hipóxia, devido à vasoconstrição da placenta e dos vasos umbilicais. Atravessa ainda a barreira hematoencefálica, comprometendo o desenvolvimento cerebral, resultando em microcefalia, além de alterações funcionais relacionadas ao corpo caloso, cerebelo e gânglios da base, alterações percebidas no caso relatado. As alterações fenotípicas de face também estão associadas à SAF.

**Conclusão:** a SAF é facilmente prevenível, sendo importante manter alerta, pois o uso de álcool por gestantes pode levar a alterações graves e irreversíveis ao conceito, mesmo em ingestas pequenas.



## ***Síndrome de abstinência relacionada ao uso crônico de benzodiazepínicos para o controle de crises de ausência: um relato de caso.***

*Bruna Moreira Leite Alves, Lucas Delfino Mayer, Vitória Mallmann Fedeger, Tallulah Spina Tensini*

**Introdução:** benzodiazepínicos são fármacos antiepilépticos de segunda linha amplamente utilizados em epilepsia refratária devido a seu rápido início de ação e utilidade em crises em cluster. Entretanto, efeitos do tipo tolerância, dependência e a síndrome de abstinência podem se tornar uma complicação. O objetivo deste relato é discutir o uso dos benzodiazepínicos na pediatria, direcionado às crises de ausência.

**Exposição do caso:** paciente 13 anos, com diagnóstico de epilepsia de ausência atípica há sete anos, veio ao serviço por espasmos e alucinações auditivo-visuais noturnas. Queixava-se de sudorese e taquicardia há mais de uma semana. Além disso, paciente apresentou 5 crises no período da manhã depois de 2 anos de estabilização. Faz uso de Ácido Valpróico (1500mg/dia), Etossuximida (800mg/dia) e, há 12 dias, trocou o Clonazepam (1,2mg/dia) pela Lamotrigina (100mg/dia). Optou-se pelo internamento para investigação. Quando prescrito novamente o Clonazepam, as crises foram controladas e os sintomas melhoraram.

**Discussão:** a síndrome de abstinência se manifesta em até 72h após a retirada do benzodiazepínico e dura até duas semanas após o evento. Clinicamente, pode desencadear desde sintomas ansiosos até alucinações, apesar de mais raras. Esses ocorrem devido ao efeito nos receptores alfa2, localizados no hipocampo, onde atua como ansiolítico. Outro ponto são as consequências do seu uso crônico que, além de poderem desencadear efeito rebote piorando as crises, causam problemas cognitivos. Esse efeito a longo prazo acarreta em piora da qualidade de vida principalmente dos pacientes pediátricos.

**Conclusão:** apesar das crises de ausência atípica serem indicação para o uso adjuvante dos benzodiazepínicos, a prescrição deve ser feita com cautela, considerando os efeitos colaterais e, especialmente, do risco de dependência e abstinência, causada pelo seu uso crônico. Essas reações causam interferência na qualidade de vida e, por isso, quando for feita a retirada da medicação deve ser feita com cautela e gradualmente.

## ***Síndrome de Cornélia de Lange e epilepsia: relato de caso.***

*Natália Clarice Meneghel Vargas Gonçalves, Isac Bruck, Alice Aparecida Burle Faria, Claudia Santos Oliveira Hartmann, Naiara Talita Guimarães Aranha, Nathalia Lemos Steinke de Souza*

**Introdução:** a Síndrome de Cornélia de Lange é uma doença congênita rara com incidência de 1:10.000 a 1:30.000 nascidos vivos. Apresenta como características a microcefalia, sobrancelhas arqueadas, nariz curto, ponte nasal deprimida, narinas antevertidas, lábio superior fino, deformidade de membros, sinofris, micrognatia e hipertricosose. O espectro varia de leve a grave, apresentando na maioria dos pacientes déficit estatural, deficiência intelectual, atraso no desenvolvimento e convulsões.

**Descrição do caso:** apresentamos uma paciente sexo feminino, 5 anos, diagnóstico clínico de Síndrome de Cornélia de Lange. Foi prematura de 27 semanas, peso do nascimento de 915g, adequada para a idade gestacional, com várias intercorrências neonatais. Evoluiu aos 5 meses com crises convulsivas tônicas controladas com Topiramato 4,2mg/kg/dia. Apresenta desenvolvimento neuropsicomotor normal, bom desempenho escolar e sem déficit intelectual. Dentre os exames, eletroencefalograma e ressonância magnética de crânio normais.

**Discussão:** a Síndrome de Cornélia de Lange é uma doença multissistêmica congênita com incidência 1:10.000 a 1:30.000 nascidos vivos que apresenta características distintas. Faz parte de um grupo de distúrbios do desenvolvimento denominado coesinopatias, levando a mutações da coesina, a qual é responsável pela adesão cromossômica e reparo do DNA. Acredita-se que o complexo coesina e suas proteínas de regulação poderia ter papel importante na epileptogênese. A incidência varia conforme o espectro, chegando a 45% nas variantes mais graves, sendo o tipo mais comum, convulsões parciais. Geralmente, a resposta com monoterapia, é favorável. O déficit intelectual varia de leve a grave, sendo que uma pequena parte apresenta intelecto normal e déficits específicos na função executiva.

**Conclusão:** a Síndrome de Cornélia de Lange apresenta fenótipo diverso, podendo variar de déficit intelectual até desenvolvimento neuropsicomotor adequado e inteligência normal. A epilepsia é comum nessa síndrome, apresentando boa resposta a medicação.

## **Síndrome de Emanuel: relato de caso.**

*Adelyne Mayara Tavares da Silva Sequinel, Alberto Memari Pavanelli, Amali Mohamad Rocha, Ana Carolina Staats, Andressa Krueztzmann, Isac Bruck, Ana Christina Crippa*

**Introdução:** Síndrome de Emanuel (OMIM 609029), ou síndrome supranumérica do (22) t (11;22), é uma alteração cromossômica rara com prevalência desconhecida. Há um cromossomo supranumerário formado de material genético extra do cromossomo 11 e do cromossomo 22. As manifestações clínicas incluem hipotonia, baixo ganho de peso, crescimento inadequado, desenvolvimento intelectual atrasado, microcefalia, estigmas faciais, micrognatia, anomalias auriculares, fenda palatina, palato alto arqueado, defeitos cardíacos e rins ausentes ou hipoplásicos.

**Descrição do caso:** feminino, 2 anos, atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, deficiência auditiva, hipotonia global, fronte proeminente, protuberância occipital, alopecia, palato em ogiva, sialorréia, pés com curvatura medial acentuada e com excesso de pele em tornozelos. Nascida a termo com 2455g (abaixo de -1 DP) e 32cm de perímetro cefálico (abaixo de -2 DP), mantendo-se nestes canais de crescimento até o momento. Comunicação interatrial e teste da orelhinha alterado. Ressonância magnética mostra afilamento difuso do corpo caloso, alongamento de tronco encefálico; hipoplasia do vermis inferior; aumento ventricular e malformação do ouvido interno bilateralmente. O exame genético indicou cariótipo 47, XX +mar.

**Discussão:** o cariótipo 47, XX +mar, apesar de não confirmar, é um forte indício de síndrome de Emanuel. As características clínicas também falam a favor do diagnóstico. O atraso do desenvolvimento neuropsicomotor aparece em 100% dos pacientes com a síndrome, a hipotonia em 65%, a comunicação interatrial está em 50%, assim como a perda auditiva e sialorreia estão em cerca de 70% deles. Ainda, as malformações auriculares também são muito prevalentes, junto da microcefalia, afilamento de corpo caloso, ventriculomegalia e déficit pondero estatural. Todos sinais apresentados pela paciente, falando a favor do diagnóstico sindrômico.

**Conclusão:** apresentação clínica e exames de imagem corroboram com o diagnóstico da síndrome de Emanuel, apenas de ainda não confirmada por análise cromossômica. Este relato valoriza a importância da observação clínica no direcionamento do diagnóstico da provável síndrome.

## **Síndrome de West, associado a esclerose tuberosa.**

*Tussolini JF, Tussolini IGA, Tussolini GR, Marcon JMT*

**Introdução:** a Síndrome de West é em homenagem ao médico W. J. West, que a descreveu pela primeira vez em 1841. As causas podem ser variadas – origem genética ou falta de oxigenação durante o parto ou a gravidez.

**Descrição do caso:** menor DCM, masculino, 2 anos e 8 meses, com 3 meses de idade os pais referem crises de choro/irritabilidade e espasmos, foi atendido no Pronto Socorro Infantil e iniciado fenobarbital. Com 6 meses de idade apresentava atraso no DNPM, não sustenta a cabeça, não sentava e tinha mancha hipocrômica na região cervical esquerda, fez eletroencefalograma (EEG) com hipsarritmia e Ressonância de crânio com vários túberes dispersos no parênquima cerebral. Iniciado Vigabatrina e Prednisolona. A mãe é portadora de Esclerose Tuberosa e tem epilepsia refratária.

**Discussão:** segundo a Organização Mundial de Saúde, a prevalência estimada é de um caso a cada seis mil nascimentos, e os meninos são os mais afetados.

**Conclusão:** como apresentava crise de difícil controle, o menor foi transferido por TFD (Tratamento Fora do Domicílio) de Manaus - AM para Hospital de Base de São José do Rio Preto - SP, onde foi afastada a possibilidade de tratamento neurocirúrgico e recomendado manter a medicação, sugerido a implantação de estimulador do nervo vago (VNS) e associado a dieta cetogênica.

**Bibliografia:** Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, 2018.

## ***Síndromes de West e de Leigh em coexistência: relato de caso.***

*Maria Fernanda de Aguiar Soares, Emerson Faria Borges, Jacqueline Martins Siqueira, Karen Yumie Tanamati, Elisabete Coelho Auerwald, Mara Lúcia Schmitz Ferreira Santos, Alfredo Löhr Júnior*

**Introdução:** a síndrome de Leigh (SL), encefalopatia necrosante subaguda, rara, mitocondrial e hereditária, causa lesões progressivas bilaterais de SNC. Cursa com hipotonia, anormalidade dos movimentos oculares, podendo ocorrer síndrome de West (SW). Quando isso ocorre, o início da SL costuma ser mais precoce, e aumenta chance de convulsões. A etiologia da SW pode ser pré-natal, perinatal ou pós-natal, sendo 4,2% da última representada pela hipoglicemia.

**Descrição do caso:** feminina, 3 anos, em acompanhamento ambulatorial com neuropediatria, por SW e SL, apresenta tetraespasticidade e epilepsia de difícil controle. Em uso de clonazepam, topiramato, fenobarbital, L-carnitina, coenzima Q10, levotiroxina, biotina, vitamina C e D. Exame físico: hipotonia axial, hipertonia e espasticidade apendicular, hiperreflexia global, clônus e distonias. Como história pregressa, no primeiro dia de vida apresentou hipoglicemia, por GIG e infecção de coto umbilical, manifestando versão ocular, espasmos em MS e movimentos mastigatórios, diagnosticando-se SW. Como plano: vigabatrina, oxcarbazepina e aplicações de ACTH. Aos 8 meses, admitida com convulsões de difícil controle e febre, feita hidantolização e descartado foco infeccioso. Exame físico: dismorfismos faciais, nistagmo horizontal e tetraespasticidade. Eletroencefalograma: desorganização difusa de atividade de base. Ressonância magnética: sinais hiperintensos simétricos na região dorsal do mesencéfalo/ponte, tálamos e globos pálidos. Pela epilepsia, hipoglicemia neonatal, hiperlactatemia, padrão imagiológico e clínico, diagnosticou-se SL.

**Discussão:** na SL, espasmos infantis não são encontrados tipicamente. Suas alterações de DNA mitocondrial podem predispor à SW. O início precoce de SL, espasticidade, nistagmo e acometimento subcortical em tronco cerebral são fatores associados à SL + SW.

**Conclusão:** profissionais que lidam com SL precisam estar atentos à SW como complicação possível no primeiro ano de doença, mesmo com diagnóstico mais claro após complicação, como no caso descrito. Há carência de estudos da associação entre ambas as doenças e suas consequências.

## ***Transtorno alimentar em paciente com Síndrome de Kabuki.***

*Nadhyme Somacal Remonti, Franciely Pinheiro Lopes da Silva, Valdemiro Gonçalves Júnior, Karenina Dias Oliveira, Jaqueline Cenci*

**Introdução:** a Síndrome de Kabuki (SK) é uma desordem mutissistêmica rara, caracterizada pela "Pêntade de Niiikawa": fâcies típica, anormalidades esqueléticas, alterações dermatoglíficas, retardo no desenvolvimento neuropsicomotor e deficiência intelectual (DI). Além disso, sintomas comportamentais como ansiedade e características sugestivas de transtorno do espectro autista, também podem estar presentes.

**Descrição do caso:** masculino, 10 anos, SK - mutação no gene KMT2D. Foi internado devido à impactação de corpo estranho em trato gastrointestinal. Aos dois anos, iniciou ingestão persistente de substâncias não nutritivas e não alimentares (Transtorno Alimentar Pica - TAP) como espuma de estofado, fios, tecidos, esponja e papel, além de tricotilofagia. Ao longo do seu acompanhamento, fez uso de medicações (fluoxetina, sertralina, escitalopram - ISRS, risperidona, topiramato) com as quais obteve períodos de melhora do padrão ansioso e remissão do TPA. Porém, devido a efeitos colaterais e dificuldades no seguimento, com frequência interrompe o tratamento, o que o leva à recidiva. Em sua história, há relato de tabagismo materno durante período gestacional. Ao nascer, realizou procedimentos cirúrgicos para correção de atresia de esôfago. Teve atraso na aquisição de habilidades motoras e da linguagem. Na escala WISC, foi classificado no limite inferior para a idade, apresenta dificuldades na leitura e escrita, mas comunica-se bem.

**Discussão:** a etiologia do TAP é multifatorial, seu diagnóstico é mais frequente em crianças com DI e necessidades sensoriais específicas. Sabe-se que os ISRS são recomendados para tratamento, mas, as consequências do TPA podem ser deletérias, dependendo da substância e quantidade ingerida. Para a SK, não há tratamento específico: deve ser individualizado conforme sintomatologia. Não há descrição de casos de TAP na SK. Deve haver intervenção precoce de equipe multidisciplinar para ambas as patologias.

**Conclusão:** a divulgação de casos de SK e TPA é importante para disseminar este conhecimento e possibilitar a identificação de casos.

## **Tratamento de crises epilépticas de queda súbita (Drop Attacks).**

Terra, VC; Tussolini JF; Tussolini IGA; Tussolini GR; Marcon, JMT

*Introdução:* a epilepsia generalizada sintomática é normalmente caracterizada pela presença de crises tônicas e atônicas, muitas vezes levando o paciente a quedas súbitas. Quando isto acontece, chamamos estas crises de drop attacks, seu tratamento é usualmente desapontador.

*Descrição do caso:* menor LRSV, 4 anos e 4 meses, os pais referem que com 2 anos a criança batia a cabeça no chão. Em 05/2017 piora das quedas, fez Eletroencefalograma e Ressonância de crânio, iniciado valpróico de sódio, topiramato e clonazepam. Sem melhora das crises. Foi iniciado novo esquema com Valproato, lamotrigina e clobazam, ainda tem quedas e são desencadeadas por barulhos ou quando é chamado pelo próprio nome.

*Discussão:* são crises em que os músculos perdem subitamente o tônus. Isso faz com que o paciente tenha uma queda súbita. Pode acometer todos ou só uma parte dos músculos. Se o paciente estiver sentado, pode haver uma “queda” da cabeça para frente, deixar cair objetos das mãos. Se estiver em pé cairá no chão, podendo se machucar. São crises rápidas e duram menos de 15 segundos.

*Conclusões:* são crises de difícil controle, mesmo com as DAE corretas. Geralmente as crianças sofrem traumas de crânio e os frontais são mais frequentes. São avaliadas para a possibilidade de procedimento neurocirúrgico, que é a calosotomia. Deverá ser orientada a família que esse tratamento poderá reduzir ou não o número de crises. O uso de capacete e outros instrumentos de segurança poderão auxiliar a criança.

## **Um caso de Transtorno de Sintomas Somáticos na infância.**

Nadhynne Somacal Remonti, Franciely Pinheiro Lopes da Silva, Andressa Longo

*Introdução:* segundo o DSM-V, indivíduos com transtorno de sintomas somáticos (TSS) apresentam um ou mais sintomas que provocam sofrimento ou perturbação significativa da vida diária, bem como pensamentos, sentimentos e comportamentos excessivos relacionados aos sintomas, os quais, podem ou não, estar associados a uma condição médica.

*Descrição do caso:* J.C., feminino, 11 anos, hígida, sem história prévia de comorbidades psiquiátricas. Familiares percorreram diversos especialistas em busca de definição para uma possível patologia de base orgânica, a qual fora excluída após avaliações clínicas e laboratoriais. Há 8 meses, J.P. iniciou tosse exacerbada sem nenhum outro sinal ou sintoma associado. Após 2 meses, apresentou mudança no padrão sintomático, com episódios súbitos, inesperados e intermitentes de respiração ofegante, que duravam de segundos até 5 minutos. Por vezes, tal quadro era acompanhado de grunhidos ou contração dos músculos abdominais como se houvesse iminência de êmese. Os sintomas não pareciam produzidos ou simulados e acredita-se que estavam associados a fator estressor: mudança da mãe para o exterior há 1 mês. O quadro culminou em abandono escolar, ansiedade e preocupações excessivas da paciente e familiares acerca de sua saúde. Já estava em uso de escitalopram e levomepromazina há 4 semanas, sem melhora e com efeitos colaterais como náusea e sedação. Após introdução de Fluoxetina 40 mg em monoterapia, associada a psicoterapia, houve remissão dos sintomas em 1 mês.

*Discussão:* os TSS podem levar a prejuízos funcionais e emocionais significativos, geram altos custos socioeconômicos e uso frequente de serviços de saúde. Crianças e adolescentes com TSS crônico, apresentam um risco aumentado de desenvolverem comorbidades psiquiátricas, especialmente sintomas ansiosos ou depressivos, em comparação com controles saudáveis.

*Conclusão:* TSS não tratado, assim como os distúrbios relacionados, frequentemente resultam em comprometimento a longo prazo. Dessa forma, o diagnóstico é de suma importância para que a abordagem terapêutica seja efetiva.

## ***Vigabatrina e Distúrbio do Movimento.***

*Luis Paulo Ferreira de Souza Dutra, Claudia Santos Oliveira Hartmann, Alice Aparecida Burle Faria, Naiara Talita Guimarães Aranha, Benaia Silva, Ana Carolina Aguiar Fiamoncini, Ana Chrystina de Souza Crippa*

A Vigabatrina é um dos tratamentos de escolha para a síndrome de West. Vários efeitos colaterais são atribuídos ao seu uso. Os distúrbios de movimento ocorrem devido a impregnação medicamentosa nos gânglios da base e topografias relacionadas. É um sintoma dose dependente e reversível com a retirada da droga. A seguir dois casos acompanhados por um serviço de neuropediatria de Curitiba.

RMRM paciente com diagnóstico de Síndrome de West criptogênica aos 6 meses, hipsarritmia no EEG. Iniciado Vigabatrina com aumento gradual até alcançar a dose de 150mg/kg/dia da Vigabatrina com 1 ano o EEG começou a apresentar atividade epileptiforme projetada sobre as regiões occipitais com ênfase a esquerda em sono induzido. Com 1 ano e 10 meses durante internamento devido a crise aguda de asma começou a apresentar coreoatetose e alteração em RM de crânio (Hiperintensidade em T2 e restrição a difusão nos globos pálidos entendendo-se para hipotálamo, região superior do tálamo, parte do mesencéfalo e na topografia do fascículo longitudinal medial. Sintomas revertidos após suspensão da Vigabatrina). Para manejo foi realizada a suspensão da Vigabatrina e início do ácido Valpróico.

YMR com CMV congênito, tetraespasticidade. Primeiras crises convulsivas com 4M, medicado com fenobarbital a 3mg/kg/dia. Com 7 meses paciente iniciou espasmos com evidência em EEG de hipsarritmia, iniciado a Vigabatrina com aumento progressivo até 150mg/kg/dia sem resolução da hipsarritmia. Com 2 meses do uso da medicação iniciou com distúrbio do movimento, discinesia. RM crânio com 9M; aumento de sinal em T2/FLAIR e restrição a difusão da água na região posterior da ponte, mesencéfalo, tálamos e globos pálidos bilateralmente. Iniciado o ACTH alcançando o controle da hipsarritmia e controle da discinesia.

É importante reconhecer que a Vigabatrina pode estar associado a esses sintomas para o manejo adequado.

## ***Virada maníaca induzida por lamotrigina em adolescente.***

*Nadhyyne Somacal Remonti, Franciely Pinheiro Lopes da Silva, Andressa Longo*

*Introdução:* para o tratamento da depressão bipolar, há sempre a preocupação de que os antidepressivos possam provocar uma virada maníaca, dessa forma, o uso de estabilizadores de humor (EH) é fortemente sugerido para minimizar esse risco. A lamotrigina (LMT) tem sido bem tolerada como EH em adultos com transtorno de humor bipolar (THB). Embora alguns estudos demonstrem que a LMT não aumenta a incidência de hipomania e episódios maníacos na população jovem, existem casos descritos na literatura.

*Descrição do Caso:* A.F., feminino, 17 anos, diagnóstico de de THB tipo I há 2 anos, sob tratamento com lítio em dose terapêutica. História de tentativas de suicídio e abuso de cannabis. Após um período de 4 meses de humor distímico, anedonia, avolia, hipersonolência e prejuízo significativo no funcionamento, foi internada devido episódio depressivo grave com ideação suicida. Já havia experimentado um estado de mania induzido por um inibidor seletivo de recaptção de serotonina. LMT foi iniciada na dose de 25 mg e, após 1 semana, A.F. apresentou humor elevado, pensamentos acelerados, ideação grandiosa, alucinações auditivas, loquacidade e agitação psicomotora. Houve remissão do quadro após retirada da LMT.

*Discussão:* na infância e adolescência, os EH estão entre os fármacos mais utilizados no THB. Estudos demonstraram benefícios no uso da LMT na população jovem, especialmente no tratamento de episódios depressivos. Existem poucas informações em relação ao potencial de virada maníaca pelo uso de LMT nessa faixa etária, sendo que, os efeitos colaterais dermatológicos, são os mais comumente reportados. Ainda assim, visto a necessidade de tratamento de manutenção prolongado no THB, a LMT pode ser uma alternativa importante, pois, não apresenta efeitos colaterais como ganho de peso ou alterações metabólicas.

*Conclusão:* esse caso sugere prudência no uso da LMT no THB em pacientes mais jovens e alerta para possíveis eventos adversos graves.





## Instruções aos autores

### Informações sobre o Jornal Paranaense de Pediatria

#### Periódico da Sociedade Paranaense de Pediatria

versão impressa ISSN 1676-0166

O Jornal Paranaense de Pediatria é uma revista eletrônica trimestral de fluxo contínuo da Sociedade Paranaense de Pediatria, publicada em português e destinada a publicar artigos sobre temas relacionados a Saúde da Criança e do Adolescente.

Serão aceitos artigos originais, artigos de revisão e relatos de casos enviados espontaneamente pela comunidade científica ou por solicitação dos editores, contendo temas relacionados a saúde da criança e do adolescente, previamente aprovados por Comitê de Ética. Todos os artigos aceitos, serão publicados em português, em HTML e em PDF. Os artigos terão acesso aberto no endereço eletrônico [www.jornaldepediatria.org.br](http://www.jornaldepediatria.org.br)

Todas as submissões serão revisadas pelo corpo editorial de forma cega. O corpo editorial será renovado a cada 2 anos em reuniões do comitê de política editorial por meio de votação.

#### Processo de revisão (Peer review)

Os artigos publicados pelo Jornal Paranaense de Pediatria são submetidos a uma revisão por especialistas (peer review). Os artigos submetidos para publicação são encaminhados aos editores, responsáveis pela revisão inicial dos padrões mínimos e atendimento das normas de exigência do Jornal Paranaense de Pediatria. Posteriormente, os artigos são revisados por especialistas na área específica do tema do manuscrito. Os revisores são selecionados do cadastro de revisores do Jornal Paranaense de Pediatria. As revisões serão realizadas de forma cega e por revisores de instituições diferentes daquela de origem do manuscrito submetido. Com base no parecer dos revisores o Conselho Editorial pode decidir por aceitar o artigo sem modificações, recusá-lo ou devolver aos autores para modificações sugeridas. Poderão ser necessárias várias revisões até que um artigo seja aceito ou recusado e o Conselho Editorial detém o poder da decisão final.

#### O JPP classifica os artigos nas seguintes categorias:

**Artigos originais:** artigos resultantes de pesquisa experimental ou clínica, estudos controlados e randomizados, estudos de testes diagnósticos e de triagem e outros estudos descritivos e de intervenção. O texto deve ter no máximo 3.000 palavras, excluindo tabelas e referências; as referências bibliográficas devem ser atuais e o número de referências não deve exceder 30.

**Artigos de revisão:** artigos que contém síntese de temas específicos, na qual estão reunidos os principais aspectos e as controvérsias existentes na literatura quanto ao assunto em questão, a análise crítica da bibliografia consultada e as respectivas conclusões. O texto deve ter no máximo 4.500 palavras, excluindo tabelas e referências; as referências bibliográficas devem ser atuais e o número de referências não deve exceder 30.

**Relatos de Casos:** apresentação resumida de um ou de alguns casos com temas de interesse para os leitores. O texto deve ter no máximo 1.000 palavras, excluindo tabelas e referências; as referências bibliográficas devem ser atuais e o número de referências não deve exceder 10.

**Artigos especiais:** artigos encomendados pelos editores a autores eminentes e de reconhecida experiência em assuntos de interesse para os leitores.

**Caso do Mês:** é destinado para apresentar fotos ou exames de imagens de pacientes; em que a imagem seja do aspecto clínico ou de exames complementares foram relevantes para o diagnóstico. O texto deve conter na primeira página até 300 palavras com a descrição do caso, e na segunda página até 300 palavras com pontos de aprendizado com o caso. As imagens devem ter resolução de 300x300dpi e o número de referências não deve exceder

**Cartas:** textos objetivos com comentários ou críticas sobre os artigos publicados no JPP serão publicados juntamente com a resposta dos autores. O texto deve ter no máximo 1.000 palavras.

**Notícias de interesse e recomendações:** notas, orientações e recomendações elaboradas pelos comitês científicos da Sociedade Paranaense de Pediatria. Também serão aceitas informações sobre eventos e assuntos diversos que interessem aqueles envolvidos com a saúde da criança e do adolescente.

#### Diretrizes para a Preparação do Original - Jornal Paranaense de Pediatria

##### Orientações gerais

O manuscrito original – incluindo tabelas, ilustrações e referências bibliográficas – deve estar em conformi-



dade com os “Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas”, publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas.

Cada seção deve ser iniciada em nova página, na seguinte ordem: página de rosto, resumo em português, resumo em inglês, texto, agradecimentos, referências bibliográficas, tabelas (cada tabela completa, com título e notas de rodapé, em página separada), figuras (cada figura completa, com título e notas de rodapé em página separada) e legendas das figuras.

O texto deve ser digitado no processador de texto Microsoft Word® em letra Times New Roman tamanho 11, margens de 20 mm em cada borda e espaço duplo em todas as sessões.

A seguir, as principais orientações sobre cada seção:

#### **Resumo**

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

##### **o Resumo de artigo original**

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

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

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

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

##### **o Resumo de artigo de revisão**

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

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

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

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

##### **o Resumo de carta ao editor**

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

##### **o Para relatos de caso**

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

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

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

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

**o Abreviaturas:** Devem ser evitadas, pois prejudicam a leitura confortável do texto. Quando usadas, devem ser definidas ao serem mencionadas pela primeira vez. Jamais devem aparecer no título e nos resumos.

#### **Instruções para o Texto Principal**

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

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

b. **Métodos:** descrever a população estudada, a amostra e os critérios de seleção; definir claramente as

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Agradecimentos

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

### Referências bibliográficas

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

#### 1. Artigo padrão

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

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

#### 2. Livro

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

#### 3. Capítulo de livro

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

#### 4. Teses e dissertações

Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertação]. Mount

Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

#### 5. Trabalho apresentado em congresso ou similar (publicado)

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

#### 6. Artigo de revista eletrônica

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

#### 7. Materiais da Internet

##### 1. Artigo publicado na Internet

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

##### 2. Site

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

##### 3. Banco de dados na Internet

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

4. **Obs.:** uma lista completa de exemplos de citações bibliográficas pode ser encontrada na Internet, em:

<http://www.icmje.org/> ou [http://www.jped.com.br/port/normas/normas\\_07.asp](http://www.jped.com.br/port/normas/normas_07.asp). Artigos aceitos para publicação, mas ainda não publicados, podem ser citados desde que indicando a revista e que estão "no prelo". Observações não publicadas e comunicações pessoais não podem ser citadas como referências; se for imprescindível a inclusão de informações dessa natureza no artigo, elas devem ser seguidas pela observação "observação não publicada" ou "comunicação pessoal" entre parênteses no corpo do artigo. Os títulos dos periódicos devem ser abreviados conforme recomenda o Index Medicus; uma lista com suas respectivas abreviaturas pode ser obtida através da publicação da NLM "List of Serials Indexed for Online Users", disponível no endereço <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lsiou.html>. Para informações mais detalhadas, consulte os "Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas". Este documento está disponível em: <http://www.icmje.org/> ou [http://www.jped.com.br/port/normas/normas\\_07.asp](http://www.jped.com.br/port/normas/normas_07.asp).

#### 8. Tabelas

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

#### 9. Figuras (fotografias, desenhos, gráficos)

Todas as figuras devem ser numeradas na ordem de aparecimento no texto. Todas as explicações devem ser apresentadas nas legendas, inclusive acerca das abreviaturas utilizadas na tabela. Figuras reproduzidas de outras fontes já publicadas devem indicar esta condição na legenda, assim como devem ser acompanhadas por uma carta de permissão do detentor dos direitos. Fotos não devem permitir a identificação do paciente; tarjas cobrindo os olhos podem não constituir proteção adequada. Caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatória a inclusão de documento escrito fornecendo consentimento livre e esclarecido para a publicação. Microfotografias devem apresentar escalas internas e setas que contrastem com o fundo.

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

**Legendas das figuras**

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

**Referências:**

1. International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Updated February 2006. <http://www.icmje.org/> Acesso: 12/2018.
2. BIREME - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. DeCS - Descritores em ciências da saúde. <http://decs.bvs.br> Acesso: 23/10/2018.
3. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no. 466 de 12/12/2012 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. DOU 2013 Jun 13; no. 201, seção 1:59.

**Instruções para envio de material para publicação**

Todo processo de publicação será realizado online no link: [www.gnpapers.com.br/jpp/](http://www.gnpapers.com.br/jpp/)