



---

**ARTIGO ESPECIAL**

---

***A percepção de pais sobre a internação de seus filhos em unidade de terapia intensiva neonatal****Parents' perceptions of their infants' hospitalization in a neonatal intensive care unit***Zeni C. Lamy<sup>1</sup>, Romeu Gomes<sup>2</sup>, Manoel de Carvalho<sup>3</sup>****Resumo**

**Objetivo:** Analisar a percepção dos pais sobre a internação de seus filhos em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal visando a subsidiar a promoção de uma abordagem mais humana, mais individualizada, na assistência a recém-nascidos de risco.

**Métodos:** Foi utilizada a metodologia qualitativa através das técnicas de observação participante, história de vida e entrevista semi-estruturada com 20 casais jovens, de classe sócio-econômica baixa, cujos filhos estavam internados em Unidade de Tratamento Intensivo neonatal de um hospital público.

**Resultados:** A análise das entrevistas com os pais revela situações de medo, angústia e estresse. O ambiente da Unidade de Tratamento Intensivo é novo e assustador, e as preocupações dos casais são muitas vezes bastante diferentes das dos profissionais de saúde.

**Conclusões:** A humanização na assistência prestada em uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal passa, necessariamente, pelo entendimento de como os pais percebem a internação de seus filhos.

*J. pediatr. (Rio J.). 1997; 73(5):293-298: neonatologia, internação em UTI-Neonatal, percepção de pais, cuidados intensivos.*

**Abstract**

**Objective:** To analyze the parents' perception of their infants hospitalization in a neonatal intensive care unit (NICU) and suggest a more humane and individualized care in this highly stressful environment.

**Methods:** We recorded and analyzed the interview of 20 young, low socioeconomic class couples having their first baby admitted to a NICU of a public hospital.

**Results:** Fear, stress and doubts were frequent feelings among parents. Health professionals were often too busy to explain in detail what was happening. When talking to parents, doctors and nurses usually used medical terminology which was poorly understood by parents.

**Conclusion:** The environment of a NICU is perceived by parents as being cold, impersonal and highly stressful. Listening to and understanding parents' needs is mandatory if one wants to provide a more humane and individualized care for high risk newborn infants and their families.

*J. pediatr. (Rio J.). 1997; 73(5):293-298: neonatology, newborn intensive care unit, parents perception of neonatal care.*

**Introdução**

Este artigo tem como ponto de partida o estudo realizado por Lamy<sup>1</sup>, na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI-Neonatal) do Instituto Fernandes Figueira (IFF) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Neste trabalho, procuramos recortar parte dos dados do mencionado estudo

com o objetivo de analisar a percepção dos pais sobre a internação de seus filhos, com vistas a subsidiar a promoção de uma abordagem mais humana, mais individualizada.

No dia a dia de uma UTI muitas vezes é difícil garantir a humanização do atendimento ao paciente e a seus familiares. A pesada rotina de trabalho, a desgastante função de lidar com paciente graves podem fazer com que os profissionais de saúde que atuam nesse espaço, consciente ou inconscientemente, banalizem a dor ou se mostrem indiferentes a ela. Muitas vezes, essas são as formas encontradas pelo profissional para lidar com essa situação estressante. É preciso, no entanto, estar atento. O distanciamento e/ou

- 
1. Doutoranda da Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ.
  2. Doutor em Saúde Pública, Coordenador da Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ.
  3. Chefe da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ.

o não envolvimento podem trazer dificuldades na assistência, principalmente em UTI-Neonatal, já que a recuperação do bebê não depende unicamente dos cuidados médicos, mas também dos cuidados e do carinho que possa vir a receber de seus pais. Dessa forma, a atitude do profissional de saúde deve primar por promover a aproximação dos pais.

Com o avanço da medicina em geral, e da neonatologia, em específico, cada vez mais novas tecnologias são incorporadas na assistência ao recém-nascido. Essa incorporação pode, em algumas situações, transformar o bebê em um objeto de cuidados e seus pais, em meros observadores. Nesse sentido, faz-se necessário que, paralelamente ao desenvolvimento tecnológico, seja promovida uma assistência humanizada, que reconheça o bebê enquanto sujeito com individualidades, mantendo relações com o seu cenário social.

O processo de humanização na medicina iniciou-se na década de 60 e, em neonatologia, tem sido muito discutido atualmente<sup>2-4</sup>. O tema tem sido freqüente em congressos e jornadas de pediatria e, principalmente, de neonatologia, embora nem todos os profissionais estejam conscientes de sua importância. Será que mudanças concretas e efetivas vêm ocorrendo dentro das unidades? Muitas vezes essas mudanças demandam um tempo maior para que sejam incorporadas na prática. Mas acreditamos que, só a partir do conhecimento da vivência dos pais, que passam pela experiência de ter seu filho internado em uma UTI-Neonatal, atitudes mais positivas podem ser sugeridas. Foi o que motivou este estudo.

## Métodos

O trabalho de campo teve a duração de seis meses. Os instrumentos utilizados foram: a) observação participante que procurou olhar para o ambiente da UTI e para a movimentação dentro desse ambiente, fazendo um retrato das relações, para dessa forma entender o que é esse ambiente com todas as suas possibilidades - técnicas e humanas; b) histórias de vida dos pais, focalizando o período entre a notícia da gravidez e o momento da internação do filho; e c) entrevistas semi-estruturadas a partir de um roteiro previamente elaborado com questões orientadas para a busca da percepção dos pais sobre o período de internação.

Os depoimentos foram gravados e, posteriormente, transcritos. Os resultados foram trabalhados a partir da técnica de análise de conteúdo, modalidade de análise temática, sistematizada por Minayo<sup>5,6</sup>. Nessa técnica, após a organização dos dados, são identificados núcleos de sentido no conjunto dos dados para se processar a interpretação. Assim, as situações encontradas nas histórias de vida e nos dados da observação foram separadas em diversos núcleos de sentido. Neste trabalho, estamos focalizando o

núcleo de sentido *percepção dos pais sobre a internação*. Observamos também que na análise final, procuramos articular os dados empíricos com questões macrosociais.

Em relação à população estudada, destacamos que, em geral, os vinte casais do estudo apresentavam as seguintes características: a) pertenciam a famílias pobres; jovens; b) não eram legalmente casados; c) possuíam baixa escolaridade; d) tinham renda familiar quase que exclusiva do homem; e) enfrentavam a primeira gravidez, não planejada.

Por último, observamos que os nomes que empregamos para os bebês e os pais, na discussão dos resultados que se seguem, são fictícios para garantir o seu anonimato.

Este protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto Fernandes Figueira.

## Resultados e Discussão

### *A percepção da internação*

Na percepção dos pais sobre o filho internado e sobre o ambiente da UTI-Neonatal existem reflexos de informações presentes no senso comum. Informações acumuladas, muitas vezes desde a infância, dependentes da origem social e cultural de cada um. A forma como os pais vivenciavam a internação do filho dependia diretamente de experiências anteriores pelas quais já haviam passado.

Ficou evidente que, no senso comum, o recém-nascido é visto como alguém saudável, não sujeito a doenças. Alguns depoimentos exemplificaram bem essa situação: “*A gente nunca pensa que um neném pode nascer doente*” (Jeferson). Fantasias e medos em torno de problemas que podem vir a acontecer com o bebê são freqüentes na gravidez, mas muitas vezes sublimados, como na fala de Jeferson. Talvez um dos motivos para que isso ocorra se deva ao fato de que poucos casais encontram “espaço” no pré-natal para discutir sobre dúvidas que não estejam diretamente ligadas à prática e às recomendações médicas.

Dessa forma, a internação de um filho, ao nascer, muitas vezes é um fato novo e inesperado. Por outro lado, o cenário de uma UTI-Neonatal, tão familiar para profissionais de saúde que nela atuam, é percebido pelos pais como ambiente assustador. Assim, ao verem seu bebê doente, cheio de aparelhos, tinham dificuldade de reconhecê-lo como seu. A exemplo disso Josefa falou: “*Não podia acreditar que era meu filho que estava ali, senti vontade de sair correndo*”. Como este, outros depoimentos nos alertam para o problema de como deve ser difícil para uma mãe que está experimentando esse tipo de sentimentos ouvir que é importante para o seu bebê que ela permaneça junto a ele. Isso gera conflitos e agrava sentimentos de culpa.

Uma vez que a participação dos pais na internação do bebê é sabidamente importante para o seu tratamento, a equipe da UTI-Neonatal, ao estimular os pais a permanecerem ao lado dos seus filhos, deve buscar o momento oportuno para fazê-lo.

Em alguns casos, mesmo identificando o ambiente como assustador, os pais viam a internação como algo positivo para saúde de seu filho. Isso pode ser constatado nos seguintes depoimentos “(...) *se ela [a filha] tivesse em casa, ela estava... morta, sei lá*” (João); “*se é para o bem dele [o filho] a gente tem que se conformar*” (Joaquim).

Alguns depoimentos mostravam que era mais difícil aceitar a internação quando o bebê já havia estado em casa do que quando a internação ocorria desde o nascimento: “*Depois de levar pra casa ter que deixar internado é horrível. Chegar em casa... ver o bercinho...*” (Marcos). E reconheciam que também para o bebê era mais difícil: “*As crianças que nascem aqui e ficam direto nem sentem muito, mas o que tem essa chance de ir para casa e ter que voltar... eles sentem*” (Gabriela).

### O bebê enquanto sujeito

Um fato significativo observado foi que os pais, mesmo com todas as dificuldades de reconhecer o bebê doente como o filho esperado durante toda a gestação, sempre o viam como uma pessoa, com sentimentos e individualidades, e era dessa forma que procuravam se relacionar com ele, apesar de toda a impessoalidade do ambiente. Morch<sup>7</sup>, em um estudo também realizado no IFF, diz que os pais são os grandes, e às vezes os únicos, parceiros do recém-nascido dentro de uma UTI-Neonatal.

Os pais reconheciam que o bebê gostava de seu contato; que identificava uma manifestação de carinho. E muitas vezes chegavam a falar de preferências e gostos do seu filho recém-nascido. Sílvio, por exemplo, falou: “*Ajuda bastante a gente ficar com ela [a filha], que ela fica mais alegre.*” Outro exemplo a ser destacado é o depoimento de Maria, que diz: “*ele dorme no meu colo, já no colo da enfermeira...ele fica mais assim, mais ativo, no meu colo ele parece que sente que é meu colo, ele dorme... ele relaxa.*”

Para um casal entrevistado (Giovana e Gilson), o filho poderia representar um elo de ligação entre eles. Embora Giovana tenha dito que a sua gravidez não foi programada, deixou claro que, para ela, um filho representava a possibilidade de “prender” o companheiro. Essa idéia reflete o imaginário social, em que comumente a gravidez é desejada ou simulada para dar estabilidade ao relacionamento entre parceiros. Um outro pai via o filho como uma realização pessoal: “*Um filho é uma felicidade que todo homem quer. Eu vou procurar dar pra ele tudo! Realmente!*” (Dilson).

### Enfrentando a idéia da morte

O medo da morte esteve presente em todos os depoimentos. Mesmo quando não era colocado explicitamente, os pais o manifestavam em algum momento da entrevista. No entanto, a forma como cada família vivenciava essa situação muitas vezes se diferenciava. Muitos casais tinham medo de expressar até o próprio medo da morte, como se ao falar sobre seus temores pudessem concretizar a sua existência, preferindo dessa forma negar. Para outros, no entanto, esse medo estava muito presente: “*Sei lá, eu tô meia confusa ainda, não vejo, não consigo ver ele ainda nos meus braços. Sabe? Levando ele pra casa... isso eu ainda não consigo ver... E também ainda não consegui ver ele... morrendo... Sabe, a gente olha, assim... Também não consigo ver ele saindo daqui, indo embora... prum cemitério... Tá uma confusão, ainda não organizei, realmente.*”

A necessidade de enfrentar a possibilidade da morte trazia, para alguns, uma dificuldade maior em se ligar ao bebê. Solange comentou que se sentia pressionada pela família a ficar mais com o bebê e a só ter pensamentos positivos. Ela dizia: “*Eu também tenho que pensar em mim, mesmo depois de ter um filho.... Eu também tenho que pensar em mim! Gente! Se acontecer o oposto que vocês todos estão pensando [a morte]... Já encararam o baque de vocês se acontecer o oposto?*” *Aí diziam: “Solange, a sua fé...” Mas eu falei: “Eu vou fazer o quê? Se acontecer o oposto eu vou ficar maluca, vou pirar!”*

Luciene colocou ainda outra questão: “*Se Deus achar melhor me tirar, né? Tira logo novinha...*” Ela sugere que, apesar de todo o sofrimento envolvido na morte de um filho, ainda é menos doloroso perdê-lo precocemente do que mais tarde, quando mais laços foram criados.

Ressaltamos também a idéia de que a morte pode ser considerada como uma interrupção do sofrimento do bebê. Foi colocado que, diante da evidência de uma grave seqüela, limitadora para a vida da criança, a morte poderia, em alguns casos, ser aceita como uma possibilidade pelos pais.

No entanto, apesar de algumas vezes essa discussão ser colocada claramente, o sentimento de culpa, até pelo fato de ter gerado um bebê doente, perpassava as falas: “*Aí as pessoas falam, porque a minha mãe é crente, quer dizer, uma pessoa crente, ela têm uma fé... muito grande, né? Ela fala: “Não. É fé que você tem que ter! Se você não tiver fé...” E eu me culpo por eu não ter essa fé, meu Deus! Será que... será que essa fé que tá me faltando, será que vai prejudicar então, o meu filho? Mas eu não consigo me agarrar nessa fé. E aí... Aí fica esse sentimento de culpa!”*

### A visão do atendimento

Quando se referiam ao atendimento recebido pelo bebê, em geral, os pais faziam comparações entre o público e o particular, utilizando o particular como parâmetro de bom: “*Tão bom que parecia um hospital particular*” (Andréa).

Evidenciavam, também, a solidão que o paciente de hospital público vive, onde é afastado da família no momento em que é internado. Após o parto, as mães ficam sozinhas, sem o companheiro ou outro acompanhante, muitas vezes sem o bebê e sem notícias dele. Sônia falou: *“Fiquei lá na recuperação... todo mundo sofrendo, e tal, dor...dor...dor...Ninguém dava notícias.”*

Esses depoimentos nos remetem a contradições vividas no atendimento hospitalar público em geral. São justamente as mães que freqüentam os serviços públicos - muitas delas mães solteiras, de família de baixa renda, com gestações não planejadas - as que mais necessitam de uma atenção individualizada. Deveria haver, nessa instância de atendimentos, a consciência de que essas famílias, mais que quaisquer outras, devem ser cercadas de cuidados e atenção. A literatura mostra estudos que colocam essas condições como risco adicional, quando somadas à prematuridade e à internação prolongada, para o abandono ou maus tratos após a alta.

Os equipamentos e instrumentos hospitalares foram várias vezes mencionados. O que chama atenção é o impacto que causam no primeiro momento. O ambiente da unidade, cheio de aparelhos, assustava os pais. Mas muitas de suas preocupações giravam em torno de coisas simples que poderiam ser facilmente esclarecidas. O médico, ao explicar a condição do bebê e falar sobre os equipamentos a sua volta, o fazia de acordo com as suas próprias preocupações, que freqüentemente não correspondiam às dos pais.

Para o médico, a fototerapia, por exemplo, é um tratamento simples e corriqueiro, mas para os pais pode aparecer assustador. É interessante ver que, dependendo do significado que cada um tem de determinados equipamentos, sua forma de vê-lo muda completamente. As diferentes percepções desses pais ensinam que não se pode, a partir dos nossos conceitos de bom e de ruim, deduzir o deles. Para uns, por exemplo, a incubadora protege, para outros é sinal de que o bebê ainda está doente, ou mesmo uma barreira que dificulta a aproximação entre os pais e seus filhos.

Com relação à forma com que viam os médicos, alguns aspectos merecem destaque. Muitos desconheciam o nome dos médicos que cuidavam de seu filho e, além disso, algumas vezes não tinham claro nem a definição das profissões dentro do serviço e se referiam a “uma moça”, que tanto podia ser médica, enfermeira ou auxiliar de enfermagem. Na sala de parto este fato ficou muito evidente, porque a maioria das mães não tinha claro que havia um pediatra para cuidar do seu filho.

A presença do pediatra na sala de parto ainda não é uma realidade em todos os serviços. Ainda faz parte do senso comum que quem cuida do bebê em seu nascimento é a “enfermeira” (na maioria das vezes quando os pais se referem à enfermeira, não fazem distinção entre parteiras

leigas, auxiliares de enfermagem e a própria enfermeira). A obrigatoriedade da assistência aos bebês na sala de parto pelo pediatra é uma luta que vem sendo travada. O SUS, até cerca de 3 anos atrás, não remunerava esse atendimento. Mas, se o pediatra não se identifica como tal junto às mães, esse reconhecimento fica mais lento.

Em alguns casos o médico era visto como alguém autoritário: *“Porque ele também avisou que eu não podia pegar gravidez. Aí eu tô com medo de ir lá, dele me dar um esporro”* (Rosana). Nessa fala, podemos perceber que este papel atribuído ao médico não é questionado. Maria das Dores mostra outro exemplo: *“Quando chegou o resultado positivo a doutora lá ela deu aquele ataque também... Eu falei: O que eu posso fazer? Não posso fazer nada, jogar fora é que eu não vou.”*

Há depoimentos que questionam certas atitudes assumidas pelos médicos. Solange, por exemplo, reclama do fato de a médica que a atendeu não lhe ter contado a verdade sobre o *“problema com o neném”*, observando que *“Ela não tava preparada para me dar esse notícia.”*

Edinilce criticou a qualidade do atendimento do seu pré-natal. Reclama de um médico que a atendeu de forma grosseira e diz: *“Ele fez com uma vontade...Ele fez, mas antes de fazer... falou uma porção de ...de...Ah! Eu fiquei mais danada com ele ainda ! Eu falei assim: ‘Nunca mais eu venho nesse hospital não!’”*

Essa mãe também comentou sobre o mau atendimento de um médico, ao diagnosticar uma malformação em seu filho. Ela disse que, quando perguntou ao médico, durante a ultra-sonografia, sobre o sexo do bebê, o médico respondeu que tinha coisa mais importante para resolver do que ver o sexo de um neném que não tinha chances. É importante que, nesse momento, o profissional de saúde não seja apenas o técnico, para os pais. Ele deve considerar que o filho, antes de tudo, é um bebê e como tal precisa ter sexo, nome, identidade.

### ***O conceito de doença e de gravidade***

A percepção que os pais tinham sobre a doença também influenciava a forma como eles percebiam seus filhos internados. A identificação da gravidade de uma doença que parece tão clara para quem trabalha em uma UTI-Neonatal, não o é para os pais. Pais e médicos têm valores diferentes para medir gravidade.

Para os pais, os valores e crenças se manifestavam no seu modo de ver e encarar acontecimentos. A doença era algo que deveria trazer marcas. Em vários depoimentos ficou claro que, para eles, era difícil acreditar em alguma coisa que não pudessem ver e, dessa forma, procuravam no corpo do bebê evidências da existência da doença. Severina dizia: *“Ele é bonitinho nem parece que tá doente”*. Já para Lílina doença era algo real: *“(...) dá para ver que ela é doentinha... A cabeça dela... meia torta...”* São exemplos

que demonstram que a doença só é percebida como tal a partir dos indícios que deixa no corpo. Outra representação é a de que bebê grande é bebê sadio: *“Foi fantástico ver meu filho assim, grandão mesmo, do jeito que todo mundo sonha... Foi muito... uma emoção muito grande. Nem parecia doente!”*

As vivências dos pais são também fortemente influenciadas por religião e crenças. Sendo assim, várias outras possibilidades eram vistas como possíveis causas dos problemas do bebê, passando por crenças populares, superstições e determinismos. A exemplo disso, Nair disse: *“Eu falava, né (...) Oh, doutora! A senhora fica falando que a minha filha vai nascer assim, por causa da sua boca a minha filha vai terminar nascendo assim. A senhora que tá chamando pra minha filha nascer assim.”*

Para a maioria dessas famílias, a religiosidade se configura de uma forma homogênea e é uma fonte de consolo. Em praticamente todos os depoimentos havia menções a crenças de alguma espécie e, assim, se sentiam mais fortes para enfrentar as dificuldades advindas da internação dos filhos. Dava-lhes conforto entregarem os seus destinos *“nas mãos de Deus”*.

Os adolescentes mostraram uma visão muito peculiar da gestação. Tanto os pais quanto as mães viviam essa experiência com um certo romantismo, que fazia deixar de lado, um pouco esquecidas, todas as dificuldades que seriam enfrentadas, mesclando fantasias e sonhos entre os seus medos.

### Considerações Finais

Em relação ao casais entrevistados, em geral, ressaltamos que a maioria não havia planejado a sua gravidez e, muitas vezes, eles enfrentavam sérias dificuldades de relacionamento (a agressão física foi várias vezes relatada). Quando, além disso, os bebês nasciam antes do tempo, bem diferente do bebê sonhado, uma crise estava estabelecida.

A percepção dos pais sobre a internação, em geral, revela a existência de algumas representações sociais, distintas das que comumente se encontram no meio acadêmico. Essa conclusão reforça a idéia de Adam & Herzlich<sup>8</sup> de que, em torno da representação da doença e da saúde são engajados, além da instituição médica e dos profissionais, uma diversidade de registros das esferas do social, da família, do poder político, da religião e da mídia.

No conjunto das representações dos pais estudados, se destaca a idéia do senso comum de que recém-nascido é alguém saudável. Com a experiência da internação de seu bebê, os pais vivenciam a contradição de não se concretizar o que está em seu imaginário. Mesmo diante da internação consumada, os pais procuram no corpo de seu filho marcas que evidenciem a necessidade de cuidados médicos intensivos. Nem sempre essa evidência é conseguida. Muitas

vezes o bebê é “grande” e isso, no senso comum, é sinônimo de ser saudável, não correspondendo à idéia de que no corpo se reflete a doença, o que torna mais difícil a aceitação da internação.

Outro aspecto a ser destacado é que os pais percebem a internação como algo assustador. Essa forma de ver está relacionada ao ambiente da UTI. Os pais, fragilizados, no momento em que saem de seu universo, ficam, portanto, à mercê das normas e condutas que passam a dirigir os seus passos neste lugar desconhecido, assustador e inóspito que é para eles a UTI-Neonatal. Mesmo assim, conseguem perceber o seu filho como sujeito com todas as suas particularidades. Reconhecem gostos, preferências, preocupam-se em lhes oferecer carinho. Acreditam que o bebê os reconhece e gosta de sua atenção e do contato com eles.

Observamos também que, algumas vezes, diante da freqüente ausência de um casal ou de um de seus membros durante a internação do filho, a equipe que cuida dos bebês tende a encarar o fato como falta de interesse ou de ligação. É importante que estejamos atentos para buscar o porquê dessas situações. Encontramos neste estudo causas como pânico diante do ambiente de UTI, medo de estabelecer uma ligação mais forte com o bebê e depois perdê-lo, impossibilidade de deixar outros filhos pequeno sozinhos em casa e até falta de dinheiro para pagar a passagem.

A partir de nossa análise, sugerimos que, para se chegar a uma assistência mais voltada para a humanização, o caminho passa necessariamente pelo entendimento de como os pais percebem a internação de seus filhos. Para isso, é fundamental que, ao estabelecer uma relação com os pais, o profissional de saúde não esteja seguro de tudo o que será necessário informar e esclarecer, mas deixe um espaço para perguntar e ouvir. Dessa forma, poderá adequar a sua fala às necessidades individuais de cada um.

Observados esses princípios, pode-se chegar à compreensão de inúmeros fatores que interferem na doença, no seu tratamento e na sua prevenção, trazendo mudanças na qualidade da assistência. Nesse sentido, é de fundamental importância que os profissionais de saúde estejam atentos para esses fatores que podem contribuir negativa ou positivamente na formação de vínculos entre pais e bebês.

### Referências bibliográficas

1. Lamy ZC. Estudo das situações vivenciadas por pais de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal [Dissertação Mestrado]. Rio de Janeiro: IFF/FIOCRUZ; 1995.
2. Bráz M. O indivíduo, o Sujeito e a Alma: Psicologia Médica e a Visão Holística: Uma Interpretação Histórica [Dissertação Mestrado]. Rio de Janeiro: IFF/FIOCRUZ; 1994.
3. Brazelton TB. O Desenvolvimento do apego: uma família em formação. Porto Alegre: Artes Médicas; 1988. 208p.
4. Klaus MH, Kennell JH. Pais/Bebês: formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. 360p.

5. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2ª edição. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 1993. 269p.
6. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, 1993; 9(3): 239-262.
7. Morsch DS. O desenvolvimento afetivo em situação de alto risco neonatal: um estudo sobre o processo de internação [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro/Depto. de Psicologia; 1990.
8. Adam P, Herzlich C. *Sociologie de la Maladie et de la Médecine*. Paris: Nathan Université; 1994.



## ARTIGO ORIGINAL

*Metotrexate em crianças e adolescentes com asma corticodependente**Methotrexate for steroid-dependent asthmatic children and adolescents*Marcelo Jeferson Zella<sup>1</sup>, Antonio Carlos Pastorino<sup>2</sup>, Cristina Miuki Abe Jacob<sup>3</sup>, Anete Sevciovic Grumach<sup>4</sup>**Resumo**

**Introdução:** O uso de metotrexate como droga anti-inflamatória em asma tem sido discutido e a maioria dos estudos foi realizado em adultos. Sua indicação está reservada a pacientes córtico-dependentes ou córtico-resistentes.

**Objetivo:** Avaliar a evolução clínica de crianças portadoras de asma córtico-dependentes, que utilizaram terapêutica com metotrexate quanto a parâmetros clínicos e espirométricos.

**Métodos:** Foram avaliados pacientes com asma córtico-dependente (prednisona 30 a 40 mg/dia) e sem outras doenças concomitantes, através dos dados clínicos e espirométricos. O metotrexate foi utilizado na dose de manutenção de 10 a 17,5 mg/semana.

**Resultados:** Seis pacientes com idade entre 7 e 13 anos (3M,3F) foram incluídos. Durante o uso de metotrexate, houve melhora dos sintomas clínicos em todos os pacientes, sem melhora significativa na função pulmonar. Durante o uso de metotrexate, três pacientes apresentaram efeitos colaterais: leucopenia (1/3), vômitos (1/3) ou *Herpes zoster* (1/3). A dose de prednisona pôde ser reduzida progressivamente em todos os pacientes, com sua total retirada em 3. Em todos os pacientes houve piora da asma posteriormente, com necessidade de reintrodução da prednisona.

**Conclusão:** O metotrexate representa uma alternativa terapêutica para pacientes com asma córtico-dependente, podendo auxiliar no controle dos sintomas e redução da córtico-terapia. Porém, outros estudos duplo-cegos em crianças devem ser realizados. Os efeitos colaterais associados a essa droga devem ser considerados antes de sua indicação, restringindo seu uso a centros especializados.

*J. pediatr. (Rio J.). 1997; 73(5): 299-304: asma, metotrexate, corticosteróide, criança, adolescente, terapêutica.*

**Introdução**

Pacientes com asma grave, apresentam um alto risco para desenvolvimento de crises fatais de broncoespasmo. Diversos estudos demonstram um aumento significativo da mortalidade devidos à asma, especialmente em crianças<sup>1,2</sup>.

1. Estagiário em regime de Complementação Especializada da Unidade de Alergia e Imunologia do I.C.

2. Mestre em Pediatria, Médico-Assistente da Unidade de Alergia e Imunologia do I.C.

3. Doutora em Pediatria, Médico-Assistente da Unidade de Alergia e Imunologia do I.C.

4. Doutora em Pediatria, Chefe da Unidade de Alergia e Imunologia do I.C.  
I.C. = Instituto da Criança do Hospital de Clínicas, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

**Abstract**

**Introduction:** The administration of methotrexate as an anti-inflammatory drug in asthma has been discussed and most of the studies were developed in adults. Its indication is restricted to steroid-dependent or steroid-resistant asthmatic patients.

**Objective:** This study evaluates the clinical and spirometric parameters of steroid-dependent asthmatic children, receiving methotrexate therapy.

**Methods:** Perennial steroid-dependent asthmatic patients (prednisone 30 or 40mg/dia), without associated disease, were evaluated by means of clinical and spirometric parameters. A maintenance dose of 10 to 17.5 mg/ week of methotrexate was administered.

**Results:** Six patients (3M;3F), aged 7 to 13 years old were included. There was improvement of clinical symptoms during the administration of methotrexate, in all patients, without significant change in the pulmonary function. During the use of methotrexate therapy three patients presented adverse reactions: leukopenia (1/3), vomiting (1/3) or *Herpes zoster* (1/3). The dose of prednisone was reduced in all patients, with total exclusion of prednisone in 3. Afterwards, there was a worsening of asthmatic symptoms in all patients, with reintroduction of corticosteroids.

**Conclusion:** Methotrexate represents an alternative therapy for steroid-dependent asthmatics, and it may help to control symptoms of asthma and steroids use. Nevertheless, double-blind studies should be developed in children. Adverse effects must be considered before its indication, restricting its use to specialized centers.

*J. pediatr. (Rio J.). 1997; 73(5): 299-304: asthma, methotrexate, corticosteroid, child, adolescent, therapeutic.*

A inflamação tem sido considerada um dos principais mecanismos fisiopatológicos da asma, sendo os agentes anti-inflamatórios os principais medicamentos utilizados para seu controle, com destaque para os corticóides<sup>1-4</sup>.

Apesar dos córtico-esteróides sistêmicos serem os agentes mais eficazes na diminuição da resposta inflamatória na asma, seu uso é limitado devido à gravidade dos seus efeitos colaterais, quando utilizado por longos períodos. Obesidade, hipertensão arterial, catarata, osteoporose e alterações do crescimento, entre outros efeitos colaterais desses medicamentos, podem trazer sérios reflexos na qualidade de vida desses pacientes<sup>3</sup>.