

# recomendações

## Atualização de Condutas em Pediatria

Departamentos Científicos SPSP  
Gestão 2019-2022

98

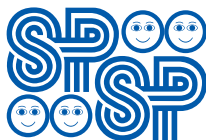
Junho  
2022



**Departamento de  
Otorrinolaringologia**  
Prevenção do  
sangramento  
nasal

**Núcleo de Estudos  
Saúde Oral**  
Alimentação  
na primeira  
infância e  
repercussões  
na saúde oral

**Departamento de  
Oftalmologia**  
Causas de  
lacrimejamento e  
fotofobia na criança



Diretoria de Publicações  
**Sociedade de Pediatria de São Paulo**

[www.spsp.org.br](http://www.spsp.org.br)



**Respirar pelo nariz  
é viver melhor!**

**Todo dia é dia de respirar bem<sup>1-5</sup>**



**Limpar e hidratar o nariz todos os dias auxilia na prevenção e tratamento dos sintomas de gripes, resfriados e outras doenças respiratórias.<sup>1-5</sup>**

**Hábitos que inspiram<sup>1-3</sup>**

Saiba como cuidar da sua saúde respiratória

 @familiarespira  /familiarespiralibbs  familiarespira.com.br

Referências bibliográficas: 1. Chiaro G, Baccagutti F. Nasal obstruction in neonates and infants. *Minerva Pediatric*. 2010;62(5):499-505. 2. Yelero A, Navarro AN, Del Castillo A, Alabd J, BanihJR, Galis C, et al. Position paper on nasal obstruction: evaluation and treatment. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2010;20(2):67-70. 3. Tano L, Tano K. A daily nasal spray with saline prevents symptoms of rhinitis. *Acta Otolaryngol*. 2004;124(451):1059-62. 4. Skopak I, Skopak J, Strand Pet et al. Efficacy of isotonic nasal wash (seawater) in the treatment and prevention of rhinitis in children. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2008;134(1):67-74. 5. Neves MCD, Romano FR, Filho SG. New Ringer's Lactate Gel Formulation on Nasal Comfort and Humidification. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2018. pii: S1808-8694(18)30498-1.

**Libbs**  
Porque se trata da vida

# Prevenção do sangramento nasal

**D**outor(a), o nariz do Pedrinho sangra sempre! Quem de nós, otorrinolaringologistas e pediatras, já não ouviu isso? Principalmente em São Paulo, em épocas de tempo extremamente seco, quando sabemos que há maior incidência de sangramento nasal.

A epistaxe, ou sangramento nasal, é bastante comum em todas as faixas etárias e acomete cerca de 60% das pessoas, sendo ainda mais frequente em crianças. É rara antes dos três anos de idade.<sup>1</sup> Trauma não acidental deve ser pensado antes dos dois anos de idade.

Muitas crianças apresentam sangramento nasal recorrente, sendo a idade média de 7,5 anos e 57,5% meninos.<sup>2</sup> Três entre quatro crianças saudáveis já apresentaram pelo menos um episódio de sangramento nasal.

A maioria dos sangramentos é autolimitada. Apenas cerca de 6% das epistaxes em crianças merece atendimento médico.<sup>1</sup> O pediatra, então, deve distinguir um sangramento leve de algo mais grave.

Na grande maioria dos casos o sangramento ocorre no septo nasal. Na área de Kisselbach, que é rica em pequenos vasos sanguíneos, chamamos de sangramento nasal anterior. Há ainda outros possíveis locais de sangramento, muito mais raros em crianças.<sup>1</sup>

## Causas de epistaxe

Dentre as principais causas em crianças, deve-se ter em mente o trauma digital, corpo estranho ou inflamação da mucosa nasal.<sup>3</sup> Esta última, sendo comum na exacerbação das rinites – alérgicas ou não-alérgicas – e em períodos de ar muito seco ou exposição frequente a ambientes com ar-condicionado.

Sangramento nasal persistente em adolescentes, principalmente meninos, deve-se considerar o nasogiofibroma juvenil, um tumor vascular que é histologicamente benigno, mas localmente invasivo.<sup>3</sup>

**Autora:**

Renata Cantisani Di Francesco

**DEPARTAMENTO DE OTORRINOLARINGOLOGIA**

Gestão 2019-2022

**Presidente:**

Silvio Antonio M. Marone

**Vice-presidente:**

Renata Cantisani Di Francesco

**Secretária:**

Manoel de Nóbrega

### Expediente

**Diretoria da  
Sociedade de Pediatria de  
São Paulo**  
Triênio 2019 – 2022

**Diretoria Executiva**

**Presidente:**

Sulim Abramovici

**1º Vice-Presidente:**

Renata Dejtiar Waksman

**2º Vice-Presidente:**

Claudio Barsanti

**Secretário Geral:**

Maria Fernanda B. de Almeida

**1º Secretário:**

Ana Cristina Ribeiro Zollner

**2º Secretário:**

Lilian dos Santos R. Sadeck

**1º Tesoureiro:**

Mário Roberto Hirschheimer

**2º Tesoureiro:**

Paulo Tadeu Falanghe

**Diretoria de Publicações**

**Diretora:**

Cléa Rodrigues Leone

**Editora Chefe da Revista**

**Paulista de Pediatria:**

Ruth Guinsburg

**Editora Associada da Revista**

**Paulista de Pediatria:**

Sonia Regina Testa S. Ramos

**Membros e Editores**

**Executivos da Revista**

**Paulista de Pediatria:**

Antonio Carlos Pastorino

Antonio de Azevedo Barros Fº

Celso Moura Rebello

Cléa Rodrigues Leone

Fabio Carmona

Gil Guerra Jr.

Luis Eduardo Procopio Calliari

Marina C. de Moraes Barros

Mário Cícero Falcão

Paulo Henrique Manso

Tamara Beres L. Goldberg

Tulio Konstantyner

**Coordenadora editorial:**

Paloma Ferraz

**Assistente editorial:**

Rafael Franco



**Produção editorial:**

Luce Editora e Artes Ltda.

**Editora:**

Lucia Fontes

**Revisão:**

Paloma Ferraz

**Imagem de capa:**

© Selvam Raghupathy

Dreamstime.com

Apesar da grande maioria das epistaxes ser espontânea, sem causas óbvias, podem estar associadas a doenças sistêmicas hematológicas, hepáticas, genéticas e, eventualmente, cardiovasculares.<sup>2</sup> Há ainda os casos hereditários, como doença de von Willebrandt, hemofilia, telanectasia hemorrágica.<sup>1</sup>

### Orientação ao paciente e à família é sempre importante

O sangramento sempre parece ser algo alarmante e não raramente motivo de grande preocupação de quem está com a criança no momento, sejam os pais, avós, professores, entre outros. Mas medidas simples devem ser tomadas para minimizar o desconforto.

A primeira providência deve ser apertar as narinas contra o septo nasal, por pelo menos cinco minutos. Colocar a cabeça semifletida para frente e evitar sempre deitar ou colocar a cabeça para trás, evitando-se, dessa forma, a deglutição do sangue.<sup>4</sup>

A recomendação de assoar o nariz é controversa, pois pode desencadear mais sangramento. Entretanto, o assoar suave pode contribuir para retirar os coágulos da fossa nasal e assim evitar a fibrinólise. E, se o sangramento persistir ou não parar, o paciente deve procurar atendimento médico.

### Avaliação da epistaxe

No pronto atendimento ou no consultório, na presença de sangramento, deve-se orientar sempre a compressão nasal enquanto faz-se uma anamnese detalhada. Compressão das narinas sobre o septo nasal entre cinco e 15 minutos.<sup>1</sup>

Em casos de sangramento abundante, deve-se considerar o possível comprometimento da via aérea. Em casos mais graves, o atendimento deve ser hospitalar. Nas diretrizes do Reino Unido, considera-se uma epistaxe grave quando tem duração maior de 30 minutos nas últimas 24 horas.

A rinoscopia anterior, avaliação das fossas nasais, pode ser realizada levantando-se a ponta nasal ou de uma forma mais detalhada com o uso do espéculo nasal ou com o otoscópio em crianças. É possível a inspeção de pelo menos 1/3 da cavidade nasal e pode-se verificar o ponto de sangramento na porção anterior do septo nasal. Após a inspeção, pode-se uti-

lizar vasoconstritores tópicos (oximetazolina ou fenilefrina). Apesar de assunto muito controverso na literatura, há um trabalho randomizado que mostra melhora do sangramento em 65% dos casos.<sup>5</sup>

O próximo passo é a aplicação de tampão nasal, que deve ser realizado por profissional preparado, uma vez que pode levar a uma maior lesão nasal e piora do sangramento. Em pacientes com distúrbios de coagulação, ou em uso de anti-coagulantes, devem ser usados tampões absorvíveis, já que a retirada do tampão também pode provocar injúrias.

O tamponamento nasal é muito desconfortável em crianças, sendo ainda pior nas menores e pode comprometer o conforto cardiorrespiratório, desencadear resposta vasovagal, apneia e hipóxia.<sup>4</sup>

Deve-se ter muito cuidado ao retirar o tamponamento, pois este também pode levar a sangramento da lesão da mucosa nasal e resultar em novo sangramento.

O tamponamento deve permanecer por 48 a 72 horas. Geralmente, usa-se antibioticoterapia sistêmica, pelo risco de choque tóxico pelo *Staphylococcus aureus*. O risco de infecção é menor se o tampão estiver embebido em substâncias antibióticas.<sup>1</sup>

Em caso de sangramento posterior, raro em crianças, pode-se utilizar uma balão nasofaríngeo, mas nessa situação a avaliação do otorrinolaringologista faz-se imprescindível.

Quando o sangramento não for limitado, ou não se consegue identificar o ponto de sangramento, a criança deve ser encaminhada para avaliação otorrinolaringológica, que poderá, a partir da endoscopia nasal rígida ou flexível, avaliar o ponto de sangramento, permitindo o exame até a nasofaringe. A endoscopia é capaz de localizar 87 a 93% dos casos de sangramento no septo posterior ou na parede lateral do nariz.<sup>1</sup>

Uma vez identificado o ponto de sangramento, ativo ou inativo, pode-se partir para a cauterização, realizada com agentes químicos – nitrato de prata, ácido tricloroacético – ou mesmo elétrica, com eletrocautério, sendo a última preferivelmente em centro cirúrgico, sob anestesia e visão endoscópica. Em situações graves e incoercíveis, pode ser realizada, ainda, a ligadura ou cauterização de artérias nasais.<sup>1,4</sup>

### Sangramento recorrente: como evitar?

Orientação aos pacientes sobre os cuidados nasais é fundamental. Reduzir o trauma digital ou evitar assoar o nariz com muita pressão. Deve-se investigar quadro de inflamação nasal crônica, como já mencionado – rinites alérgica e não alérgica – e tratá-las.

A higienização nasal deve fazer parte da rotina dos pacientes.

O epitélio respiratório é recoberto por uma fina camada de líquido que o separa do ar inspirado. Esse líquido faz parte da linha de defesa do sistema respiratório e contém várias substâncias antibacterianas, como lisozimas, lactoferrina, inibidor de leucoprotease secretora, defensinas humanas beta-1 e 2, fosfolipase A<sub>2</sub>, entre outros. A hidratação nasal melhora a proteção da mucosa nasal e contribui para reduzir a inflamação nasal.<sup>6</sup>

Concluimos assim que a epistaxe na criança é um quadro frequente, porém não deve ser menosprezado. Deve-se orientar a criança nos cuidados iniciais para evitar situações constrangedoras ou de pânico. A investigação detalhada e encaminhamento ao otorrinolaringologista, quando necessário, assim como o tratamento de doenças de base, são fundamentais.

#### Referências:

1. TANKEL D, et al. Clinical practice guideline: nosebleed (Epistaxis). *Otolaryngol Head and Neck Surgery*. v. 162, n. 1S, p. S1-38, 2020.
2. SHAY S, et al. Epidemiological characteristics of pediatric epistaxis presenting to the emergency department. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. v. 103, p. 121-4, 2017.
3. MAKHASANA JA, et al. Juvenile nasopharyngeal angiofibroma. *J Oral Maxillofac Pathol*. v. 20, n. 2, p. 330, 2016.
4. SVIDER P, et al. Management of epistaxis in children and adolescents: avoiding a chaotic approach. *Pediatr Clin North Am*. v. 65, n. 3, p. 607-21, 2018.
5. KREMLP GA, et al. Use of oxymetazoline in the management of epistaxis. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. v. 104, p. 704-6, 1995.
6. CASALE M, et al. Saline nasal irrigations for chronic rhinosinusitis: From everyday practice to evidence-based medicine. An update. *Int J Immunopathol Pharmacol*. v. 32, 2018.

## Acesse edições anteriores de Recomendações

➔ Arquivos desde 2007



CLIQUE AQUI PARA ACESSAR OS FASCÍCULOS

# Alimentação na primeira infância e repercussões na saúde oral

Mudanças nos hábitos alimentares das famílias brasileiras, nas últimas décadas, são resultados de avanços nos processos de industrialização e circulação dos alimentos, do trabalho da mulher fora de casa e de fortes campanhas publicitárias geradoras de novos padrões de consumo, preferências e comportamentos alimentares. Hábitos alimentares regionais e fortes raízes culturais cederam espaço a alimentos processados de alta durabilidade, praticidade e palatabilidade; destacando-se os embutidos, envasados, congelados, enlatados e bebidas açucaradas.<sup>1,2</sup>

Crianças estão inseridas em núcleos familiares que seguem esse novo padrão alimentar e seus pais e cuidadores enfrentam o grande desafio de oferecer uma alimentação completa e equilibrada, que promova crescimento e desenvolvimento adequados e previna excesso de peso e doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) desde a infância.

Pesquisa nacional aponta que o consumo de pães, doces, bebidas adoçadas, chocolate, bolos, sorvetes, bebidas lácteas, massas, macarrão, biscoitos doces e salgados e refeições prontas tiveram o consumo aumentado nas últimas três décadas, enquanto alimentos como o arroz, feijão e alimentos *in natura* ou minimamente processados vêm perdendo espaço na cesta básica do brasileiro.<sup>3</sup>

Em paralelo, a Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>4</sup> orienta a redução do consumo de açúcar, sal e gorduras, especialmente trans e saturadas, e aumento do consumo de gorduras vegetais, frutas, verduras, legumes e cereais integrais e o **Guia alimentar para a população brasileira** recomenda que a alimentação seja baseada numa grande variedade de alimentos *in natura* ou minimamente processados, pequenas quantidades de alimentos processados e que o consumo de alimentos ultraprocessados seja evitado.<sup>2</sup>

Atualmente, a maioria das crianças apresenta baixa aceitação de hortaliças e troca fontes naturais de nutrientes como cereais, leguminosas e frutas por alimentos industrializados ricos em açúcar, sal e gordura de adição. O empobrecimento da alimen-

**Autora:**

Vera Regina Mello Dishchekian

**NÚCLEO DE ESTUDOS  
SAÚDE ORAL**

Gestão 2019-2022

**Coordenadora:**

Sylvia Lavinia M. Ferreira

tação infantil tem repercutido em aumento nas prevalências de excesso de peso e risco para DCNT desde a infância, com importantes repercussões na saúde oral.<sup>1,2</sup>

### **Aleitamento materno (AM)**

A dieta materna é o primeiro influenciador das preferências alimentares dos bebês. Experiências na vida intrauterina criam condições para os bebês se adaptarem às futuras características sensoriais dos alimentos e podem influenciar suas futuras preferências por aromas e sabores, impactando na aceitação do leite materno, fórmula infantil e alimentação complementar.<sup>1,2,5</sup>

Além dos benefícios nutricionais, amplamente reconhecidos para o binômio mãe-filho, o AM é considerado o alicerce para uma mastigação e desenvolvimento oral e facial saudáveis.<sup>6</sup> Ele estimula o crescimento e desenvolvimento facial e funções essenciais como respiração nasal, deglutição, mastigação e fala; favorece o crescimento da mandíbula, corrigindo o retrognatismo mandibular, fisiológico ao nascimento; diminui o risco de hábitos orais não nutritivos como o uso de chupeta e sucção de polegar; diminui a possibilidade de ocorrência de defeitos de esmalte e reduz a chance de deglutição atípica, preparando o lactente para a futura mastigação e favorecendo a instalação de oclusão adequada na dentição decídua.<sup>1,2,6</sup>

O AM está associado à redução de 68% nas maloclusões da dentição decídua, considerando-se que as mesmas são fator de risco para maloclusões na dentição permanente.<sup>5</sup> Analisando-se a etiologia multifatorial da maloclusão, destacam-se o padrão esquelético, geneticamente determinado, e os fatores epigenéticos, recebendo ênfase o desmame precoce, hábitos de sucção não nutritivos, uso de mamadeira, perda precoce de dentes decíduos por cárie dentária, mudanças nos padrões alimentares e maior refinamento da dieta.<sup>5</sup>

### **Alimentação complementar**

Aos seis meses de idade, a criança deve começar a receber a alimentação complementar, estruturada em alimentos *in natura* ou minimamente processados. Inicia-se então o desenvolvimento da função mastigatória, considerada uma habilidade motora aprendida, complexa e dinâmica ao longo de toda a vida, com repercussão muito importante no comportamento alimentar e



no desenvolvimento facial e geral da criança.<sup>1,2</sup> Sua evolução é refinada ao longo da primeira infância, pela evolução das texturas alimentares oferecidas desde o início da introdução, chegando à alimentação da família por volta dos 12 meses. Esse é um período de adaptação da criança à oferta de alimentos em novas consistências, texturas, sabores, aromas e cores, onde as memórias dos estímulos saudáveis recebidos na vida intrauterina e pelo AM podem facilitar a aceitação alimentar.<sup>1,2</sup>

A evolução da textura alimentar é gradativa, com a alimentação láctea dando espaço ao alimento pastoso, oferecido inicialmente amassado na forma de papas, purê e pedaços, com preservação da fibra alimentar, essencial à mastigação. Frutas devem ser oferecidas amassadas e depois em pedaços na mão, para a criança explorar suas características, e carnes devem ser bem cozidas e ofertadas na forma moída, picada, amassada ou desfiada desde as primeiras papas, evoluindo de acordo com a aceitação da criança. É fundamental oferecer alimentos em novas consistências até os 10 meses de vida, visto que a introdução tardia parece estar associada com pior aceitação e maior dificuldade mastigatória.<sup>1,2</sup>

Propriedades dos alimentos como tamanho dos pedaços, textura, viscosidade, plasticidade, teor de gordura e maciez exercem ampla influência no número de ciclos mastigatórios e no tempo de preparo do bolo para a deglutição. Alimentos secos, fibrosos e duros demandam maior tempo na boca, enquanto alimentos macios, úmidos, crocantes e ricos em gordura têm sua quebra facilitada, demandando menos ciclos mastigatórios e consequentemente menor esforço, podendo levar ao comprometimento do crescimento ósseo da face, falta de espaço para os dentes permanentes, mordidas cruzadas uni ou bilaterais, baixa motricidade oral e até prejuízo na produção de sons.<sup>7</sup> Sendo assim, nessa fase devem ser evitados alimentos industrializados ricos em gordura e pobres em fibras, que apresentem maciez e brandura, e consequentemente baixo ou nenhum esforço mastigatório.<sup>1,2,7</sup>

As frutas devem ser ofertadas *in natura* e não na forma de sucos, pois assim, a criança estará exercitando a musculatura orofacial, além de receber os nutrientes. Os sucos de fruta, mesmo naturais e sem adição de açúcar, oferecem alto valor energético e prejudicam o apetite da criança para o consumo de alimentos essenciais, sendo contraindicados no primeiro ano de vida.<sup>1,2,4</sup>

### **Cárie dentária**

A etiologia da cárie dentária na dentição decídua, também chamada de “cárie na primeira infância”, é multifatorial e está diretamente associada a hábitos alimentares. A exposição a altas quantidades de açúcares simples e a frequência de exposição mediadas por biofilme resultam no desequilíbrio entre os processos de des e remineralização dos tecidos duros dentários e risco aumentado de cárie dentária.<sup>4,8</sup>

A cárie na dentição decídua pode causar dor e prejudicar o consumo alimentar, o desenvolvimento da mastigação e até mesmo a fala. Além do controle na oferta de açúcar, é essencial o controle da placa bacteriana para a prevenção de cárie e doenças na gengiva por meio da higiene adequada desde a irrupção do primeiro dente.<sup>1,2,4,8</sup>

A preferência pelo sabor doce é inata e, caso seja estimulada, a criança poderá ter dificuldade em aceitar verduras, legumes e outros alimentos saudáveis.<sup>1,2,8</sup> O consumo exagerado de açúcar está associado a problemas, como excesso de peso, desenvolvimento de cárie e erosão dentária e de DCNT, destacando-se a obesidade e o diabetes tipo 2. Sendo assim, o açúcar não deve ser oferecido para crianças menores de dois anos.<sup>1,2,8</sup>

O açúcar é utilizado como adoçante natural de chás, sucos, leite, café e frutas bem como ingrediente de preparações caseiras; porém, grande parte do açúcar consumido pela população tem origem nos alimentos ultraprocessados, onde ele é utilizado como ingrediente na fabricação de bolos, biscoitos, doces, geleias, refrigerantes, achocolatados, farinhas instantâneas, bolos prontos, iogurtes, sucos prontos e inúmeras bebidas açucaradas. Ele ainda está presente em preparações não necessariamente doces, como salgadinhos, sopas prontas, macarrão instantâneo, caldos e temperos completos, molhos prontos, pratos congelados, alimentos em conserva, etc.<sup>2</sup>

### **Fatores de risco para cárie de 0 a 5 anos**

→ AM sob demanda a partir de 12 meses<sup>5</sup> e noturno após 24 meses.<sup>6</sup>

→ Exposição frequente (> 3 vezes/dia) a beliscos e bebidas que contenham açúcar entre as refeições.<sup>6,8</sup>

→ Consumo de açúcar livre (mono e dissacarídeos) adicionado em produtos processados e ultraprocessados e de açúcares

naturais presentes no mel, xaropes, sucos de frutas naturais e concentrados.<sup>4</sup>

→ Falta de higiene oral adequada.<sup>6,8</sup>

### **Bebidas contraindicadas de 0 a 5 anos**

→ Leite aromatizado, leite fermentado, bebidas lácteas com açúcar, bebidas achocolatadas, bebidas à base de soja (somente em situações especiais), bebidas light/diet, bebidas que contêm cafeína.<sup>1,2</sup>

→ Compostos lácteos – não oferecem valor nutricional acima do que é disponibilizado numa dieta equilibrada, contribuindo para o consumo de açúcar e desestimulando a manutenção do AM.<sup>2</sup>

→ Bebidas açucaradas: incluem refrigerantes, sucos de frutas, bebidas aromatizadas de fruta, bebidas esportivas, energéticos, água aromatizada, chás adoçados.<sup>1,2</sup>

### **Erosão dentária**

A erosão dentária é causada por ácidos, sem o envolvimento bacteriano, que podem ter origem extrínseca ou intrínseca. Os ácidos de origem extrínseca são provenientes da dieta, medicamentos e do meio ambiente. Ela vem sendo associada a um elevado e frequente consumo de alimentos e bebidas ácidas, potencialmente erosivos, com pH abaixo do crítico de dissolução da estrutura dental (5,2 a 5,5), favorecendo a desmineralização. Dentre eles destacam-se os sucos, frutas cítricas, bebidas esportivas, bebidas gaseificadas, catchup, salgadinhos, picles, conservas em vinagre.<sup>9</sup>

### **Recomendações**

→ Oferecer orientação nutricional às gestantes, com redução no consumo de açúcares.

→ Estimular o AM exclusivo até os seis meses, devendo ser estendido até os 24 meses ou mais.

→ Desestimular o AM noturno sob demanda, a partir de 12 meses, devido ao risco aumentado de cárie dentária.

→ Ofertar somente água como fonte de hidratação da criança.

→ Utilizar canudo ou copo de transição para todos os líquidos a partir de um ano de idade.

→ Não colocar a criança para dormir com mamadeira com

qualquer líquido além de água.

→ Evoluir a consistência dos alimentos complementares, de pastosa para papa e em seguida para purê, chegando à alimentação da família por volta dos 12 meses.

→ Oferecer alimentos da família amassados, triturados, desfiados ou em pequenos pedaços a partir dos oito meses.

→ Estimular a mastigação e o desenvolvimento do sistema estomatognático com a oferta de alimentos duros, secos e fibrosos.

→ Incluir a criança na refeição com a família, estimulando boas práticas comportamentais, posturais e ambientais.

→ Preferir sempre a fruta *in natura* ao suco, limitando a oferta de suco de fruta natural às recomendações por faixa etária, sendo que no primeiro ano eles não devem ser ofertados.

→ Não oferecer bebidas açucaradas para crianças de 0 a 5 anos.

→ Manter o consumo de açúcar abaixo de 5% da energia diária total, ou ao mínimo possível, considerando que os efeitos negativos da cárie na infância são cumulativos ao longo da vida.

→ Evitar a oferta de sucos ácidos como fonte de hidratação. Restringir seu consumo ao horário de refeição e desestimular o consumo nos intervalos, antes de dormir e durante a noite.

→ Iniciar a escovação desde a irrupção do primeiro dente, com pasta fluoretada na concentração mínima de 1100ppm, duas vezes ao dia, respeitando a quantidade de dentífrício sugerida por faixa etária (menores de três anos: quantidade equivalente a um grão de arroz cru; entre três e seis anos: quantidade equivalente a um grão de ervilha cru).

## Conclusão

O conhecimento da associação entre a função mastigatória, a composição dos alimentos e suas características sensoriais é essencial, não só para a manutenção do estado nutricional e saúde geral da criança, bem como para o desenvolvimento de um padrão mastigatório satisfatório, oclusão adequada, harmonia facial e desenvolvimento da fala. Profissionais de saúde que atendem gestantes, lactantes e crianças devem estar aptos a orientar a alimentação da gestante, da lactante, o aleitamento materno, os prejuízos do açúcar à saúde, a introdução da alimentação complementar e a alimentação da família sob o ponto de vista da nutrição, prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e saúde oral.

### Referências:

1. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA – Departamento de Nutrologia. Manual de alimentação: orientações para alimentação do lactente ao adolescente, na escola, na gestante, na prevenção de doenças e segurança alimentar / Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Nutrologia – 4ª ed. São Paulo: SBP, 2018.
2. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 265 p. Il.
3. IBGE. Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.
4. WHO. Guideline: sugars intake for adults and children. Geneva: World Health Organization; 2015.
5. VICTORA CG, et al. Lancet breastfeeding series group. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. v. 387, n. 10017, p. 475-90, 2016.
6. PERES KG, et al. Breastfeeding and oral health: evidence and methodological challenges. *J Dent Res*. v. 97, n. 3, p. 251-8, 2018.
7. SIMIONE M, et al. Differing structural properties of foods affect the development of mandibular control and muscle coordination in infants and young children. *Physiol Behav*. v. 186, p. 62-72, 2018.
8. PITTS N, et al. Early childhood caries: IAPD Bangkok Declaration. *Int J Paediatr Dent*. v. 29, p. 384-6, 2019.
9. VASCONCELOS FM, et al. Erosão dental: diagnóstico, prevenção e tratamento no âmbito da saúde bucal. *Rev Bras Ciênc Saúde*. v. 14, n. 1, p. 59-64, 2010.

# Causas de lacrimejamento e fotofobia na criança

O lacrimejamento excessivo em crianças é uma condição relativamente frequente, podendo ser uma resposta normal, pontual, para remover resíduos da superfície corneana ou diluir substâncias irritantes para o olho. Existem situações em que a lágrima chega a escorrer pelo rosto e chamamos de epífora. Nesses casos, existe um excesso de produção da lágrima ou uma dificuldade na sua drenagem.

A Tabela 1 resume as principais causas de lacrimejamento e neste texto vamos discutir as de maior interesse para o pediatra.

Outra forma de classificar o lacrimejamento é saber se ele é acompanhado de dor, um diferencial de gravidade e urgência na sua pesquisa e tratamento. A Tabela 2 (página 14) lista as principais causas de lacrimejamento associadas ou não a dor.

O exame externo detalhado da criança, saber quando iniciou, se há quadros semelhantes na família, outros achados, como apresentar alergia, fotofobia ou apertar os olhos, irão dirigir para o diagnóstico diferencial e tratamento. Ao exame externo a criança com lacrimejamento pode acumular muco e o lacrimejamento excessivo causar irritação e vermelhidão das pálpe-

**Tabela 1 – Principais causas de lacrimejamento**

**Aumento da produção**

- Glaucoma congênito
- Infecção do trato respiratório
- Corpo estranho corneano e sub tarsal
- Disfunção filme lacrimal e alteração da superfície ocular: blefarite e ceratites
- Exposição da superfície ocular: proptose, coloboma palpebral ou retração palpebral
- Conjuntivites alérgica, viral, bacteriana

**Falência na drenagem**

- Obstrução congênita do ducto naso-lacrimal
- Anormalidades esqueléticas dos seios paranasais
- Má posição palpebral
- Má posição do ponto lacrimal
- Imperfuração ou agnesia ponto lacrimal
- Dacriocistocele congênita
- Canaliculite
- Rinite alérgica

**Autoras:**

Rosa Maria Graziano  
e Lara Debert

**DEPARTAMENTO DE OFTALMOLOGIA**  
Gestão 2019-2022

**Presidente:**

Márcia Keiko Uyeno Tabuse

**Vice-presidente:**

Marcelo Alexandre A.C. Costa

**Secretária:**

Lara Debert

Fonte: Elaborada pela autora.

bras. Observar a borda das pálpebras e posição dos cílios, se não há toque corneano sugerindo triquíase ou coloboma palpebral; examinar presença de paralisia facial e o menisco lacrimal que, se em excesso, pode sugerir oclusão congênita de via lacrimal (OCVL). Verificar a presença de edema ou perda de brilho da córnea, sugestivos de glaucoma congênito (GC); a hiperemia ao redor da córnea pode sugerir uveíte. No exame especializado, o oftalmologista poderá medir a pressão intraocular e usar corantes vitais que ressaltem lesões corneanas. Em lâmpada de fenda, pelo exame biomicroscópico, podemos observar a presença ou não de ponto lacrimal; lesões conjuntivais e corneanas (ceratites, depósitos, estrias, corpos estranhos); sinequias irianas e reação inflamatória ocular.<sup>1</sup>

### **Lacrimejamento do recém-nascido:**

#### **Oclusão de via lacrimal?**

#### **Glaucoma congênito?**

#### **Conjuntivite neonatal?**

O lacrimejamento e o excesso de secreção ocular são muito comuns nos primeiros meses de vida e sua principal causa é a OCVL, condição que tem resolução espontânea na maior parte dos casos, mas deve ser diferenciada das conjuntivites neonatais e do GC, que embora menos frequente, deve ser tratado precocemente para evitar a cegueira.

### **Tabela 2 – Diferencial de lacrimejamento quanto à presença de dor**

#### **Dor associada**

- Alterações corneanas: corpo estranho, abrasão, erosão recorrente, edema
- Uveítes
- Alteração no posicionamento dos cílios: triquíase, entropio
- Corpo estranho conjuntival
- Dacriocistite aguda
- Trauma

#### **Dor mínima ou ausente**

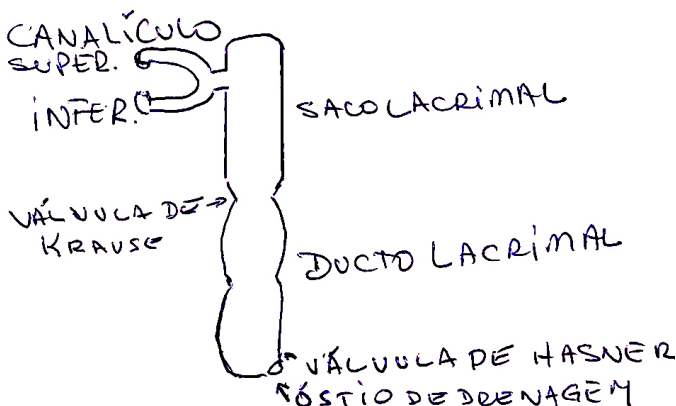
- Síndrome do olho seco
- Blefarite
- Obstrução do ducto naso-lacrimal
- Oclusão do ponto lacrimal
- Canaliculite
- Ectropio
- Conjuntivites
- Aberrações na inervação (lágrimas de crocodilo)
- Paralisia de Bell

Fonte: Elaborada pela autora.

A OCVL acomete mais de 20% dos recém-nascidos (RN). A obstrução ocorre na válvula de Hasner, localizada na porção distal do ducto naso-lacrimal, que se comunica ao meato nasal inferior. Quando a válvula não se abre intraútero ou após o parto, a secreção não consegue ser drenada, levando a infecções repetidas e lacrimejamento.<sup>1</sup> A Figura 1 esquematiza a via lacrimal. A OCVL apresenta uma taxa elevada de resolução espontânea nos primeiros meses de vida; entre nove e 12 meses, mais de 90% dos casos curam.<sup>1</sup> A massagem do saco lacrimal é o tratamento clínico de escolha, aumentando a chance de resolução do quadro por meio de compressão do saco lacrimal, com o dedo mínimo, exercendo pressão contra a parede nasal, no sentido de cima para baixo, objetivando o rompimento da membrana distal por pressão hidrostática.

Deve-se manter os olhos limpos com instilação de colírios lubrificantes e limpeza das pálpebras com soro fisiológico. O uso de antibiótico está indicado somente quando existir infecção bacteriana associada à obstrução, com sinais como hiperemia da conjuntiva e aumento da quantidade de secreção purulenta. Os colírios antibióticos recomendados são a tobramicina e as fluoroquinolonas. Ciclos repetidos de antibióticos devem ser evitados pelo risco de desenvolvimento de bactérias resistentes.

**Figura 1 – Desenvolvimento da pele**



A sondagem e a irrigação das vias lacrimais (VL) apresentam resolução em 90-97% dos casos e podem ser indicadas entre 6-12 meses de vida. O melhor momento para o procedimento deve levar em conta a gravidade dos sintomas e a necessidade de anestesia geral. Poucos casos não respondem à sondagem, e nestes pode ser realizada a intubação da VL com silicone. Raramente há necessidade de reconstrução da via lacrimal.

O principal diagnóstico diferencial deve ser feito com o GC, mas conjuntivites, ceratites ou abrasões corneanas devem ser lembradas. A Tabela 3 mostra as principais características de OCVL e GC.

O GC é uma das principais causas de perda irreversível da visão, caracteriza-se por má formação do trabeculado córneo-escleral (sistema de drenagem do olho), já presente ao nascer, que impede a saída do humor aquoso do olho acarretando elevação da pressão intraocular. As características mais importantes são a presença de fotofobia, olhos grandes (bftalmo), perda de transparência e estrias corneanas, aumento da pressão intraocular. Quando o tratamento, geralmente cirúrgico, retarda a perda de visão, podem ter lesões de nervo óptico e altas miopias (Figura 2, página 17).

A maioria já está presente ao nascer, mas pode se expressar até o terceiro ano de vida. É pouco mais frequente em meninos e tem herança autossômica recessiva relacionada a mutações dos genes *CYP1B1*, *MYOC* e *FOXC1*.

Confirmado o diagnóstico, deve-se realizar a cirurgia o mais precocemente possível, evitando danos maiores para o olho. O

**Tabela 3 – Diagnóstico diferencial entre glaucoma congênito e obstrução congênita de via lacrimal**

**Glaucoma congênito**

- Lacrimejamento
- Blefaroespasma
- Fotofobia
- Buftalmo
- Córnea sem brilho
- Sem secreção
- Uni ou bilateral

**Obstrução do saco lacrimal**

- Lacrimejamento crônico
- Com secreção
- Uni ou bilateral
- Secreção reflui com a compressão do saco

Fonte: Elaborada pela autora.



uso de colírios só é recomendado enquanto se aguarda a cirurgia. Além do glaucoma congênito primário existem outros tipos na Pediatria, como o glaucoma infantil secundário, glaucoma congênito associado a anomalias do desenvolvimento e glaucoma cortisônico.

**As conjuntivites neonatais** devem ser descartadas e as bacterianas estão frequentemente associadas à obstrução do ducto nasolacrimal. A Tabela 4 (página 18) resume as principais causas, diagnósticos diferenciais e tratamento proposto das conjuntivites neonatais (Figura 3).

---

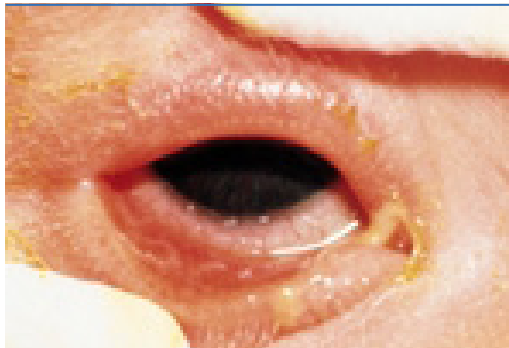
### **Figura 2 - Glaucoma congênito - note a perda de transparência corneana e o olho bupftalmo**



Fonte: Foto cedida pelo Dr. José Carlos Carani.

---

### **Figura 3 - Conjuntivite neonatal - observe a hiperemia conjuntival e secreção ocular**



Fonte: Foto cedida pela Dra. Maria A Munarin.

**Tabela 4 – Causas de conjuntivite neonatal e diagnóstico diferencial quanto a tempo de aparecimento, quadro clínico e tratamento**

Tipo	Tempo de aparecimento	Quadro clínico e tratamento
Conjuntivite química	Dentro das primeiras horas após a instilação de nitrato de prata a 1%	Conjuntivite com quadro inflamatório leve a moderado, autolimitada. Evolução favorável em 24-36 horas. Compressas frias e colírio lubrificante.
Conjuntivite neonatal gonocócica ( <i>Neisseria gonorrhoeae</i> ) Tratar os pais	3º - 5º dia de vida	Conjuntivite bacteriana hiperaguda, uni ou bilateral, edema palpebral, quemose, secreção purulenta em grande quantidade. Podem ocorrer úlceras e perfuração corneana. Pomada de eritromicina local. Cefotaxima 25-50mg/Kg/dia EV ou IM por 7 dias, ou ceftriaxona 50-100mg/Kg/dia EV ou IM por 7 dias.
Conjuntivite de inclusão do recém-nascido ( <i>Chlamydia trachomatis</i> ) Tratar os pais	3º-10º dia de vida	Secreção muco-purulenta, com hiperemia conjuntival. Geralmente associada a doença sistêmica (otite, pneumonia). Eritromicina 50mg/kg/dia, VO e tópica por 14 dias.
Outras conjuntivites bacterianas agudas ( <i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Haemophilus influenzae</i> )	Após 5º dia de vida	Apresentação variável dependendo do organismo. Hiperemia conjuntival e secreção purulenta. Antibióticos aminoglicosídeos ou fluoroquinolonas 4 a 6 x dia por 7 a 10 dias.
Conjuntivites virais	Variável - Dentro das duas primeiras semanas de vida	Secreção leve a moderada, com hiperemia ocular. Pode apresentar quadro palpebral (vesículas), corneano e sistêmico na doença por herpes vírus. Neste caso, tratamento aciclovir 45-60mg/kg/dia EV e local por 14 a 21 dias. Compressas frias e colírio lubrificante.

Fonte: Elaborada pela autora.

As erosões corneanas representam defeitos do epitélio da córnea que podem ocorrer por trauma, corpo estranho, arranhões, triquíase ou ressecamento corneano decorrente de exposição da córnea ou por coloboma palpebral, proptose etc. Apresentam hiperemia conjuntival, fotofobia e lacrimejamento. O exame da córnea com auxílio do colírio de fluoresceína, que cora os defeitos epiteliais, ajuda no diagnóstico.

O tratamento da causa em algumas das condições, como nas triquíases e colobomas palpebrais, é necessário; em outras, o curativo oclusivo é suficiente.

### **Causas de fotofobia em crianças**

A fotofobia tem um amplo espectro de apresentação nas crianças. Pode se manifestar de forma leve, como uma discreta sensibilidade à luz, até formas mais severas, como aversão à luz, sensação de mal-estar e até dor ocular na presença de claridade. A fotofobia pode ser considerada normal nas crianças pequenas, principalmente quando é leve, mas pode também ser o primeiro sinal de uma diversidade de afecções oculares, as quais merecem investigação.

As crianças menores manifestam a fotofobia fechando os olhos na claridade ou levando as mãos aos olhos, enquanto que as maiores podem se queixar de dor ou desconforto quando expostas à luz.<sup>2-3</sup>

As afecções corneanas são as principais causas de fotofobia. O mecanismo da fotofobia nesses casos relaciona-se mais frequentemente à alteração do epitélio corneano, ativando receptores oculares que estimulam o nervo trigêmeo e seu núcleo. Quando, além da fotofobia, a criança apresenta lacrimejamento e hiperemia conjuntival, as principais hipóteses são abrasão da córnea, corpo estranho corneano ou conjuntival, ceratite inflamatória ou infecciosa (bacteriana ou herpética) e alergia ocular.

As doenças retinianas, em particular as distrofias de retina, também fazem parte do diagnóstico diferencial de fotofobia. Nesses casos, frequentemente, há baixa acuidade visual associada à fotofobia e podem estar presentes também nistagmo e alteração da visão de cores.

A uveíte anterior é mais um dos principais diagnósticos diferenciais e manifesta-se com fotofobia, hiperemia ocular e dor podendo estar associada principalmente a trauma ou a doenças sis-

têmicas, como a artrite idiopática juvenil. Quando existe a tríade fotofobia, lacrimejamento e blefaroespasma, a principal hipótese é o glaucoma infantil e o encaminhamento para o especialista deve ser feito prontamente.

São também causas de fotofobia as alterações da pupila. Nesses casos, a fotofobia pode acontecer mesmo quando a criança está exposta a baixa luminosidade, se o diâmetro da pupila for anormalmente grande ou se a íris tiver pouco pigmento. Quadros de estrabismos latentes também podem estar associados à fotofobia, principalmente à exotropia (desvio divergente) intermitente, em que a criança fecha um dos olhos quando exposta à claridade.

Algumas doenças do sistema nervoso central e enxaqueca também podem causar fotofobia. A enxaqueca pode ser exacerbada pela luz por mecanismos neurovasculares, envolvendo neurotransmissão e vasodilatação. A Tabela 5 mostra as principais causas oculares de fotofobia nas crianças.<sup>2-3</sup>

### Tratamento

O seguimento e tratamento da criança com fotofobia serão feitos de acordo com o fator causador. O uso de chapéu e óculos com lentes fotocromáticas deve ser orientado para melhorar a qualidade de vida dessas crianças. A orientação na escola também é importante para evitar que a criança seja exposta à luz direta durante as atividades na sala de aula.

**Tabela 5 – Causas oculares de fotofobia nas crianças**

• Abrasão corneana	• Corpo estranho
• Albinismo	• Distrofias corneanas
• Alergia ocular	• Distrofias retinianas
• Alterações pupilares	• Exotropia intermitente
• Aniridia	• Glaucoma congênito
• Blefarite	• Glaucoma infantil
• Ceratites infecciosas: herpética, bacteriana	• Trauma corneano por parto fórcepe
• Conjuntivite	• Uveíte

Fonte: Elaborada pela autora.

#### Referências:

1. HOYT CS, et al. *Pediatric ophthalmology and strabismus*. 5ª ed. Elsevier; 2017.
2. HOYT CS, et al. *Pediatric ophthalmology and strabismus*. 4ª ed. Elsevier; 2013.
3. WRIGHT KW, et al. *Pediatric ophthalmology and strabismus*. 2ª ed. Springer; 2003.

# Temos o mesmo propósito: Cuidar de vidas



trate  
da vida.

Por isso criamos o [tratedavida.com.br](https://tratedavida.com.br)

O Portal Trate da Vida é nossa plataforma de relacionamento e **compartilhamento de conhecimento científico, aulas médicas, treinamentos**, sempre atualizados e em constante evolução, desenvolvido especialmente e personalizado para você, médico!

Confira e conte para a gente o que achou :)  
**Estamos juntos nessa!**

O conteúdo disponibilizado em nosso portal está alinhado às legislações vigentes e é desenvolvido por autores médicos de reconhecida competência e atuação em suas especialidades. Se destina aos médicos ativos no Cadastro Federal de Medicina (CFM) e habilitados a prescrever medicamentos.

Aponte a câmera do seu smartphone para o código abaixo e

**cadastre-se!**

