

recomendações

Atualização de Condutas em Pediatria

nº **62**

Departamentos Científicos SPSP - gestão 2010-2013
Outubro 2012



Departamento de
Otorrinolaringologia
**Obstrução
nasal na
infância**

Departamento de Dermatologia
**Cuidados com a
pele da criança**



Sociedade de Pediatria de São Paulo

Alameda Santos, 211, 5º andar
01419-000 São Paulo, SP
(11) 3284-9809

Cuidados com a pele da criança

É necessário ter em mente os aspectos peculiares da pele da criança para prevenir complicações ligadas a cosméticos e medicamentos tópicos. As diferenças em relação à pele do adulto são mais marcantes quanto menor for a idade da criança, em particular, durante a primeira quinzena de vida e muito mais acentuadas nos prematuros. Além disso, a relação maior superfície/volume corporal contribui para maior suscetibilidade a agentes externos, maior perda transepidérmica de líquidos, menor capacidade de manter a homeostasia, maior absorção percutânea, que leva à maior toxicidade sistêmica.

A camada córnea tem menor espessura e a epiderme e a derme são mais finas do que a dos adultos. O pH neutro da superfície diminui significativamente a defesa contra a proliferação microbiana. O conteúdo lipídico é menor devido à baixa atividade das glândulas sebáceas e à quantidade maior de água. A derme apresenta menor quanti-

dade de colágeno maduro do que a do adulto e, por conter concentração elevada de proteoglicanos, atinge maior teor em água. Há maior quantidade de pelos *velus*, facilitando a absorção pela via folicular.

As características funcionais da pele estão diminuídas nos dois primeiros anos de vida (especialmente nos primeiros seis meses), merecendo, portanto, maiores cuidados, principalmente no que se refere à aplicação de cosméticos e medicamentos.

Preparações tópicas

Os produtos cosméticos destinados à higiene e proteção da pele da criança requerem cuidado especial na sua formulação. Uma das condições essenciais é que sejam excluídos todos os ingredientes que possam constituir uma agressão cutânea potencial. Esta premissa é obviamente extensível a todos os cosméticos e outros produtos para aplicação tópica. Além disso, na higiene da criança deverão ser cuidadosamen-

Autoras:

Zilda Najjar Prado de Oliveira,
 Maria Cecilia Mata Rivitti
 Machado, Selma Maria Furman
 Hélène, Silmara da Costa Pereira
 Cestari e Sílvia Assumpção
 Soutto Mayor

DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGIA

Gestão 2010-2013

Presidente:

Zilda Najjar Prado de Oliveira

Vice-presidente:

Antônio Carlos Madeira de Arruda

Secretário:

Sílvia Assumpção Soutto Mayor

Membros:

Anete Sevciovic Grumach,
 Debora Gejer, Deborah Regina
 Cunha Simis, Luciana Pavarin de
 Oliveira, Rosanna Nocito, Selma
 Maria Furman Hélène, Silmara
 da Costa Pereira Cestari, Sônia
 Maria Voss Gonzalez, Valcinir
 Bedin.

te evitados aditivos que simulam cores e aromas apetitosos de fruta e doces, uma vez que estimulam a ingestão dos cosméticos.

Veículos

Qualquer produto ativo necessita de um veículo ou excipiente que o mantenha em bom estado, assegure sua estabilidade e permita melhor

liberação e penetração através da epiderme. Há três tipos de excipientes ou veículos: gorduras ou excipientes lipofílicos, líquidos ou excipientes hidrofílicos e pós. Várias substâncias são acrescentadas para melhorar o odor, textura e cor. A combinação destes veículos origina as formas farmacêuticas tópicas mais frequentemente utilizadas:

Pós: a utilização de pós (talcos) não é recomendada nos bebês, pelo risco de inalação acidental, que pode levar à irritação, pneumonite e fibrose pulmonar.

Líquidos ou excipientes hidrofílicos: o principal é a água, mas com frequência emprega-se também o álcool e os umectantes, como a glicerina e o sorbitol. As soluções dividem-se em: aquosas, alcoólicas e oleosas. As alcoólicas são úteis para aplicação em áreas pilosas e as oleosas são usadas como emolientes em banhos.

Gorduras ou excipientes lipofílicos: podem ser fluidas ou óleos (óleo de amêndoas doces, parafina líquida), semissólidas (lanolina, vaselina) ou sólidas (parafina sólida, ceras). Estes veículos podem ser misturados entre si para formarem as bases onde serão englobados os produtos ativos, resultando em **suspensões, pastas e emulsões**.

Suspensões: consistem na associação de líquidos e pós. Estão indicadas no tratamento de dermatoses exsudativas e intertriginosas.

Pastas: são misturas de pós e gorduras, utilizadas na proteção contra irritantes externos e com função de absorver exsudatos. Existem **pastas protetoras**, mais gordurosas; **pastas secantes**, menos gordurosas como as pastas d'água, e as **pastas cremosas**, hidrofílicas, mais úteis em situações agudas, como as pastas de óxido de zinco.

Emulsões: são associações de dois componentes não miscíveis – água e óleo. Existem dois tipos de sistemas: emulsões água em óleo (A/O) ou óleo em água O/A. As emulsões O/A, mais fluidas e, portanto, menos oleosas, existem sob a forma de **cremes e loções**. As emulsões A/O são mais gordurosas: **pomadas ou unguentos** e os **cremes gordurosos**.

Higiene e cuidados diários

O cuidado com a pele na infância pressupõe o uso de agentes de limpeza, emolien-

tes e cremes de barreira (nas crianças até dois anos).

→ **Agentes de limpeza**

Os **sabões** devem ser brandos e suaves, aplicados

no máximo duas vezes por dia, já que o seu pH alcalino pode destruir a camada superficial lipídica da pele, levando à secura excessiva. Os sabonetes de glicerina podem remover a água da pele, causando potencialmente mais secura e irritação cutâneas.

Os **syndets**, denominação atribuída a detergentes sintéticos (“sabões sem sabão”), não têm as desvantagens do sabão e são particularmente indicados nos portadores de dermatite atópica.

Em relação aos **xampus**, não existe uma fórmula pediátrica padronizada. Enquanto o cabelo é pequeno, fino e frágil, o uso de xampus é desnecessário, podendo ser utilizado o mesmo produto que se usa para o corpo. No entanto, quando forem utilizados, os xampus deverão ser apenas levemente detergentes, com pH próximo ao da lágrima para não arder nem irritar os olhos.

Quanto aos **lenços umedecidos de limpeza**, apesar de serem práticos, não são recomendados, pois removem o filme lipídico da pele e potencialmente são causadores de dermatite de contato. Podem ser empregados ocasionalmente nas saídas do bebê,

com enxague da área logo após o uso. **Loções e sabões antissépticos** também deverão ser evitados, pois não há vantagem na utilização, além de serem irritantes.

→ Banho e emolientes

A regra fundamental para um banho deve ser “água e pouco detergente”. A hiperhidratação diminui a coesão entre as células, provocando menor resistência mecânica e favorecendo a absorção de tópicos. Assim, aconselha-se que, no recém-nascido e crianças pequenas, a duração do banho não exceda 5 minutos e, nas crianças maiores, 10 a 15 minutos.

Para crianças com **peles normais** não há necessidade de produtos especiais para o banho. Assim, recomenda-se o uso esporádico de emolientes suaves. Já para as **peles secas**, é melhor usar sabões gordurosos ou **syndets** (sólidos ou líquidos), podendo também ser utilizados óleos de banho e banhos coloidais. É particularmente útil o uso de emolientes sob a forma de emulsões ou cremes nos casos mais leves e, nos moderados, o uso de emulsões com ureia ou ácido láctico. Os emolientes não devem ser perfumados

Referências bibliográficas

- Fernandes JD, Machado MC, Oliveira ZN. Children and newborn skin care and prevention. An Bras Dermatol. 2011 Feb;86(1):102-10.
- Bello RT. Cuidados de higiene cutânea no recém-nascido e lactente. Revista Bêbê-Saúde 2000; 3: 14-15.
- Eichenfield LF, Hardaway CA. Neonatal dermatology. Curr Opin Pediatr 1999; 11:471-4.
- Rocha N, Horta M, Selores M. Terapêutica tópica em dermatologia pediátrica. Nascer e Crescer. 2004;13:215-25.
- Siegfried EC, Shah PY. Skin care practices in the neonatal nursery: a clinical survey. J Perinatol. 1999;19:31-9.
- Martini MC. Excipients. In Encyclopédie Médico-Chirurgicale - Cosmétologie et Dermatologie Esthétique. Paris:Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS; 2000. 50-20-B-10.
- Fernandes JD, Machado MC, Oliveira ZN. Children and newborn skin care and prevention. An Bras Dermatol. 2011 Feb;86(1):102-10.
- Cetta F, Lambert GH, Ros SP. Newborn chemical exposure from over the-counter skin care products. Clin Pediatr (Phila) 1991;30:286-9.

e é ideal serem aplicados imediatamente após o banho ou em pele ainda úmida.

→ Cremes protetores

Também denominados cremes de barreira, visam reduzir o risco de irritação na pele da região genital, isolando-a das substâncias químicas nas fezes, na urina e nas fraldas. Tanto nas formas água em óleo como nas formas óleo em água, os cremes protetores são compostos de uma fase oleosa, uma fase aquosa, substâncias tenso-ativas, aditivos (óxido de zinco), perfumes e conservantes.

A multiplicação de produtos cosméticos infantis e sua utilização anárquica obriga o médico a um melhor conhecimento dos produtos e a uma maior necessidade de aconselhamento aos pais.

→ Repelentes

A proteção contra as picadas de insetos inclui um conjunto de medidas: uso de repelentes, roupas e evitar a exposição a ambientes com maior probabilidade de a criança ser picada.

Os quatro repelentes atualmente recomendados

pela WHOPES (*WHO Pesticide Evaluation Scheme*) por sua eficácia, durabilidade e boa tolerância são: citriodiol, DEET, icaridine e IR3535 (ácido 3-N-Butyl-N-acetylaminopropionic). A concentração mínima para cada um destes agentes, para ser efetiva contra artrópodes por três horas, é de 20% (creme, *roll-on*, spray).

O uso de repelentes tópicos em crianças acima de seis meses deve ser de apenas uma vez ao dia. Em casos excepcionais, em áreas de alto risco, pode-se usar em crianças abaixo de dois meses de idade por um curto período, somente uma vez ao dia. Entre um e 12 anos de idade, o uso pode ser de duas vezes ao dia, e a partir de 12 anos de idade, três vezes ao dia ainda parece ser seguro.

Os repelentes à base de plantas, embora considerados seguros pela população, podem causar dermatites irritativas, toxicidade e até efeito carcinogênico. Entre eles, citam-se: bergamota, limão, eucalipto, gerânio, anis, lima, citronela e outras.

Enjilras O. Hygiène quotidienne de l'enfant. *Nouv Dermatol* 1994;13:404-8.

Siegfried E, Bree A. Topical treatment. In Schachner LA, Hansen RC. *Pediatric Dermatology*, 3rd edition: Mosby 2003; p.87-113.

Gelmetti C. Skin cleansing in childhood. In Gelmetti C. *Pediatric Dermatology - Controversies and Current Concepts*. New York: DM Medical Publishing; 1994, p.1-12.

Draelos ZD. Cosmetics and skin care products. A historical perspective. *Dermatol Clin* 2000;18:557-9.

Clark C, Hoare C. Making the most of emollients. *The Pharmaceutical Journal* 2001;266:227-9.

Draelos ZD. Therapeutic moisturizers. *Dermatol Clin* 2000;18:597-607.

Lodén M. The clinical benefits of moisturizers. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2005;19:672-88.

Osimitz TG, Murphy JV, Fell LA, Page B. Adverse events associated with the use of insect repellents containing N,N-diethyl-m-toluamide (DEET). *Regul Toxicol Pharmacol*. 2010 Feb;56(1):93-9. Epub 2009 Sep 12.

Sorge F. Prevention with repellent in children. *Arch Pediatr*. 2009 Oct;16 Suppl 2:S115-22.

Auvin S. Current understanding of neurotoxicity of repellents in children. *Arch Pediatr*. 2009 Jun;16(6):769-70

Errata: No fascículo nº 61 de *Recomendações*, artigo *Tratamento da crise asmática na infância*, o título correto da primeira tabela (página 3) é *Classificação de gravidade da crise asmática*.