

Principais Dúvidas de Pais de Primeira Viagem



Organizadores

Chrystian Silva Pereira
Jordana Fernandes Pereira da Silva
Luiza Nascimento Pereira
Maria Eduarda de Sousa Sgreccia Morais
Maryelle de Oliveira Ferreira

Principais Dúvidas de Pais de Primeira Viagem



Organizadores

Chrystian Silva Pereira
Jordana Fernandes Pereira da Silva
Luiza Nascimento Pereira
Maria Eduarda de Sousa Sgreccia Morais
Maryelle de Oliveira Ferreira



2023 - Ampla Editora

Copyright da Edição © Ampla Editora

Copyright do Texto © Os autores

Editor Chefe: Leonardo Pereira Tavares

Design da Capa: Organizadores

Diagramação: Juliana Ferreira

Revisão: Os autores

Principais dúvidas de pais de primeira viagem está licenciado sob CC BY-NC 4.0.



Essa licença permite que outros remixem, adaptem e desenvolvam seu trabalho para fins não comerciais e, embora os novos trabalhos devam ser creditados e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não precisam licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos. O conteúdo da obra e sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores e não representam a posição oficial da Ampla Editora. O download e o compartilhamento da obra são permitidos, desde que os autores sejam reconhecidos. Todos os direitos desta edição foram cedidos à Ampla Editora.

ISBN: 978-65-5381-164-5

DOI: 10.51859/ampla.pdp645.1123-0

Ampla Editora

Campina Grande – PB – Brasil

contato@amplaeditora.com.br

www.amplaeditora.com.br



2023

CONSELHO EDITORIAL

Alexander Josef Sá Tobias da Costa – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Andréa Cátia Leal Badaró – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Andréia Monique Lermen – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Antoniele Silvana de Melo Souza – Universidade Estadual do Ceará

Aryane de Azevedo Pinheiro – Universidade Federal do Ceará

Bergson Rodrigo Siqueira de Melo – Universidade Estadual do Ceará

Bruna Beatriz da Rocha – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Bruno Ferreira – Universidade Federal da Bahia

Caio Augusto Martins Aires – Universidade Federal Rural do Semi-Árido

Caio César Costa Santos – Universidade Federal de Sergipe

Carina Alexandra Rondini – Universidade Estadual Paulista

Carla Caroline Alves Carvalho – Universidade Federal de Campina Grande

Carlos Augusto Trojaner – Prefeitura de Venâncio Aires

Carolina Carbonell Demori – Universidade Federal de Pelotas

Cícero Batista do Nascimento Filho – Universidade Federal do Ceará

Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Dandara Scarlet Sousa Gomes Bacelar – Universidade Federal do Piauí

Daniela de Freitas Lima – Universidade Federal de Campina Grande

Darlei Gutierrez Dantas Bernardo Oliveira – Universidade Estadual da Paraíba

Denilson Paulo Souza dos Santos – Universidade Estadual Paulista

Denise Barguil Nepomuceno – Universidade Federal de Minas Gerais

Dinara das Graças Carvalho Costa – Universidade Estadual da Paraíba

Diogo Lopes de Oliveira – Universidade Federal de Campina Grande

Dylan Ávila Alves – Instituto Federal Goiano

Edson Lourenço da Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Piauí

Elane da Silva Barbosa – Universidade Estadual do Ceará

Érica Rios de Carvalho – Universidade Católica do Salvador

Fernanda Beatriz Pereira Cavalcanti – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

Fredson Pereira da Silva – Universidade Estadual do Ceará

Gabriel Gomes de Oliveira – Universidade Estadual de Campinas

Gilberto de Melo Junior – Instituto Federal do Pará

Givanildo de Oliveira Santos – Instituto Brasileiro de Educação e Cultura

Higor Costa de Brito – Universidade Federal de Campina Grande

Hugo José Coelho Corrêa de Azevedo – Fundação Oswaldo Cruz

Isabel Fontgalland – Universidade Federal de Campina Grande

Isane Vera Karsburg – Universidade do Estado de Mato Grosso

Israel Gondres Torné – Universidade do Estado do Amazonas

Ivo Batista Conde – Universidade Estadual do Ceará

Jaqueline Rocha Borges dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Jessica Wanderley Souza do Nascimento – Instituto de Especialização do Amazonas

João Henriques de Sousa Júnior – Universidade Federal de Santa Catarina

João Manoel Da Silva – Universidade Federal de Alagoas

João Vitor Andrade – Universidade de São Paulo

Joilson Silva de Sousa – Instituto Federal do Rio Grande do Norte

José Cândido Rodrigues Neto – Universidade Estadual da Paraíba

Jose Henrique de Lacerda Furtado – Instituto Federal do Rio de Janeiro

Josenita Luiz da Silva – Faculdade Frassinetti do Recife

Josiney Farias de Araújo – Universidade Federal do Pará

Karina de Araújo Dias – SME/Prefeitura Municipal de Florianópolis

Katia Fernanda Alves Moreira – Universidade Federal de Rondônia

Laís Portugal Rios da Costa Pereira – Universidade Federal de São Carlos

Laíze Lantyer Luz – Universidade Católica do Salvador

Lindon Johnson Pontes Portela – Universidade Federal do Oeste do Pará

Lisiane Silva das Neves – Universidade Federal do Rio Grande

Lucas Araújo Ferreira – Universidade Federal do Pará

Lucas Capita Quarto – Universidade Federal do Oeste do Pará

Lúcia Magnólia Albuquerque Soares de Camargo – Unifacisa Centro Universitário

Luciana de Jesus Botelho Sodrê dos Santos – Universidade Estadual do Maranhão

Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas

Luiza Catarina Sobreira de Souza – Faculdade de Ciências Humanas do Sertão Central

Manoel Mariano Neto da Silva – Universidade Federal de Campina Grande

Marcelo Alves Pereira Eufrazio – Centro Universitário Unifacisa

Marcelo Williams Oliveira de Souza – Universidade Federal do Pará

Marcos Pereira dos Santos – Faculdade Rachel de Queiroz

Marcus Vinicius Peralva Santos – Universidade Federal da Bahia

Maria Carolina da Silva Costa – Universidade Federal do Piauí

Maria José de Holanda Leite – Universidade Federal de Alagoas

Marina Magalhães de Moraes – Universidade Federal do Amazonas

Mário César de Oliveira – Universidade Federal de Uberlândia

Michele Antunes – Universidade Feevale

Michele Aparecida Cerqueira Rodrigues – Logos University International

Milena Roberta Freire da Silva – Universidade Federal de Pernambuco

Nadja Maria Mourão – Universidade do Estado de Minas Gerais

Natan Galves Santana – Universidade Paranaense

Nathalia Bezerra da Silva Ferreira – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

Neide Kazue Sakugawa Shinohara – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Neudson Johnson Martinho – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso

Patrícia Appelt – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Paula Milena Melo Casais – Universidade Federal da Bahia

Paulo Henrique Matos de Jesus – Universidade Federal do Maranhão

Rafael Rodrigues Gomides – Faculdade de Quatro Marcos

Reângela Cíntia Rodrigues de Oliveira Lima – Universidade Federal do Ceará

Rebeca Freitas Ivanicska – Universidade Federal de Lavras

Renan Gustavo Pacheco Soares – Autarquia do Ensino Superior de Garanhuns

Renan Monteiro do Nascimento – Universidade de Brasília

Ricardo Leoni Gonçalves Bastos – Universidade Federal do Ceará

Rodrigo da Rosa Pereira – Universidade Federal do Rio Grande

Rubia Katia Azevedo Montenegro – Universidade Estadual Vale do Acaraú

Sabryna Brito Oliveira – Universidade Federal de Minas Gerais

Samuel Miranda Mattos – Universidade Estadual do Ceará

Selma Maria da Silva Andrade – Universidade Norte do Paraná

Shirley Santos Nascimento – Universidade Estadual Do Sudoeste Da Bahia

Silvana Carloto Andres – Universidade Federal de Santa Maria

Silvio de Almeida Junior – Universidade de Franca

Tatiana Paschoalette R. Bachur – Universidade Estadual do Ceará | Centro Universitário Christus

Telma Regina Stroparo – Universidade Estadual do Centro-Oeste

Thayla Amorim Santino – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Thiago Sebastião Reis Contarato – Universidade Federal do Rio de Janeiro

Tiago Silveira Machado – Universidade de Pernambuco

Virgínia Maia de Araújo Oliveira – Instituto Federal da Paraíba

Virginia Tomaz Machado – Faculdade Santa Maria de Cajazeiras

Walmir Fernandes Pereira – Miami University of Science and Technology

Wanessa Dunga de Assis – Universidade Federal de Campina Grande

Wellington Alves Silva – Universidade Estadual de Roraima

William Roslindo Paranhos – Universidade Federal de Santa Catarina

Yáscara Maia Araújo de Brito – Universidade Federal de Campina Grande

Yasmin da Silva Santos – Fundação Oswaldo Cruz

Yuciara Barbosa Costa Ferreira – Universidade Federal de Campina Grande



2023 - Ampla Editora

Copyright da Edição © Ampla Editora

Copyright do Texto © Os autores

Editor Chefe: Leonardo Pereira Tavares

Design da Capa: Organizadores

Diagramação: Juliana Ferreira

Revisão: Os autores

Catálogo na publicação
Elaborada por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

P957

Principais dúvidas de pais de primeira viagem / Organizadores Chrystian Silva Pereira, Jordana Fernandes Pereira da Silva, Luiza Nascimento Pereira, et al. – Campina Grande/PB: Ampla, 2023.

Outras organizadoras: Maria Eduarda de Sousa Sgreccia Morais,
Maryelle de Oliveira Ferreira.

Livro em PDF

ISBN 978-65-5381-164-5

DOI 10.51859/ampla.pdp645.1123-0

1. Cuidado infantil e desenvolvimento infantil. 2. Primeiros socorros. I. Pereira, Chrystian Silva (Organizador). II. Silva, Jordana Fernandes Pereira da (Organizadora). III. Pereira, Luiza Nascimento (Organizadora). IV. Título.

CDD 649

Índice para catálogo sistemático

I. Cuidado infantil e desenvolvimento infantil

Ampla Editora

Campina Grande – PB – Brasil

contato@amplaeditora.com.br

www.amplaeditora.com.br



2023

PREFÁCIO

Ser Pediatra e exercer a Pediatria é uma arte! A arte de acolher, escutar, olhar no olho da mãe e da criança, tocar e abraçar.

Um bom Pediatra deve escutar aquela família que lhe traz dúvidas, inseguranças e medo.

É durante uma consulta pediátrica que a mágica acontece. Ali são trocadas experiências e muita informação, que serão essenciais para o bom crescimento e desenvolvimento daquela criança.

Os primeiros mil dias de vida de uma criança são muito importantes e irão determinar suas habilidades de pensar e falar, aprender e raciocinar e lançam os alicerces para seus valores e comportamentos sociais durante a vida. Nessa fase, nossa função como Pediatra é de prevenir doenças, estimular o sistema neurológico e monitorar o sistema imunológico para garantir uma saúde física e emocional adequada.

Os temas citados nesse belo livro são de suma importância para as famílias se prepararem para a chegada do seu tão sonhado e esperado bebê. Nos dias atuais a informação correta é uma grande aliada para o sucesso da maternidade e paternidade. Erros sempre vão existir, mas o aprendizado que fica será eficaz e duradouro.

Uma leitura didática e coerente em que vocês papai e mamãe merecem se aventurar para que os dias de puerpério fluam de maneira leve e com muita segurança e amor!

Um abraço, Dra. Nathália Matos

SUMÁRIO

CAPÍTULO I - CUIDADOS DO 5º DIA.....	9
CAPÍTULO II - ALEITAMENTO MATERNO	18
CAPÍTULO III - INTRODUÇÃO ALIMENTAR E SEUS OBSTÁCULOS	27
CAPÍTULO IV - A IMPORTÂNCIA DA VACINAÇÃO INFANTIL	36
CAPÍTULO V - DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR.....	45
CAPÍTULO VI - IMPLICAÇÕES DO USO DE TELAS NO DESENVOLVIMENTO INFANTOJUVENIL	55
CAPÍTULO VII - CUIDADOS GERAIS COM O RECÉM-NASCIDO	64
CAPÍTULO VIII - PRIMEIROS SOCORROS NA INFÂNCIA.....	71
CAPÍTULO IX - MANEJO DA CÓLICA	82
CAPÍTULO X - REFLUXO GASTROESOFÁGICO EM LACTENTES.....	89

CAPÍTULO I

CUIDADOS DO 5º DIA

5TH DAY CARE

DOI: 10.51859/ampla.pdp645.1123-1

Stefeny Beatriz Bonfim Duarte¹
Ana Laura Bugatti¹
Bruna Kasparly¹
Francis Jardim Pfeilsticker²

¹ Graduanda do Curso de Medicina – Centro Universitário de Patos de Minas- UNIPAM

² Médica, Docente do Curso de Medicina – Centro Universitário de Patos de Minas- UNIPAM

RESUMO

Este capítulo consiste em uma Revisão Bibliográfica, com o objetivo de explicar sobre os cuidados que são realizados na primeira consulta dos recém-nascidos, popularmente conhecidos como Cuidados do 5º dia. Os cuidados do 5º dia foram estabelecidos buscando promover e proteger a saúde da criança e da mãe. Essas ações realizadas na primeira consulta abrangem desde um exame físico completo do recém-nascido, a avaliação de exames realizados, das vacinas da mãe e do recém-nascido, a oferta de orientações com o cuidado e a formação de vínculo dos pais com o recém-nascido. É devido a esse atendimento abrangente e completo que toda puérpera deve comparecer à Unidade de Saúde para realizar os cuidados do 5º dia, para garantir o bem-estar do binômio mãe-bebê.

Palavras chave: Cuidados do 5º dia. Recém-nascido. Puérpera

ABSTRACT

This chapter consists of a Bibliographic Review, with the objective of explaining about the care that is carried out in the first consultation of newborns, popularly known as 5th day Care. The 5th care was established seeking to promote and protect the health of the child and mother. These actions carried out in the first consultation range from a complete physical examination of the newborn, the evaluation of tests carried out, the vaccines of the mother and the newborn, the provision of guidelines with care and the formation of a bond between the parents and the newborn. It is due to this comprehensive and complete care that every puerperal woman must attend the Health Unit to perform the 5th day care, to guarantee the well-being of the mother-baby binomial.

Keywords: 5th day care. Newborn. Pós-parto Woman

1. INTRODUÇÃO

O Brasil possui inúmeras propostas de redução da mortalidade de recém nascidos (RN), que em 2020 (menores de um ano de idade) mostrava-se de 11,5 a cada mil nascidos vivos (BRASIL, 2020). Uma delas, a Meta 3.2, pertencente aos objetivos e metas dos Indicadores de Saúde do Ministério da Saúde, busca reduzir a mortalidade neonatal para no máximo cinco por mil nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de cinco anos para no máximo oito por mil nascidos vivos até 2030. Certamente, nota-se que o avanço em direção ao cumprimento dela está distante e depende da expansão ao acesso à Atenção Básica (FUNDAÇÃO ABRINQ, 2022).

Os óbitos neonatais estão associados geralmente a falhas na assistência prestada às mães e aos recém nascidos (RN) (LUCENA *et al.*, 2018). Para evitá-los foi criado o pacto pela redução da mortalidade materna e neonatal com a primeira semana de saúde integral do recém nascido (BRASIL, 2004). Nela diversas medidas são tomadas, principalmente no 5º dia de vida da criança. Trata-se de um momento para um atendimento individualizado, com orientações para a mãe e para o RN, no auxílio acerca da amamentação exclusiva, sobre imunizações, verificação acerca da realização da triagem neonatal, instruções sobre cuidados básicos de higiene e reforço da rede de apoio da família. Essas e outras ações que serão melhor abordadas neste capítulo estão descritas brevemente no Quadro 1. (BRASIL, 2012).

Partindo desse pressuposto, tendo em vista que Atenção Básica tem papel primordial na diminuição do número de óbitos dos RNs e na Saúde Integral da mulher no puerpério, período pós parto, o presente capítulo busca explicar as ações realizadas no quinto dia de vida do RN para auxiliar na compreensão de sua importância

Quadro 1 - Cuidados do 5º dia

Teste do pezinho para detectar doenças que podem ser tratadas	Coleta de sangue para a triagem neonatal biológica (teste do pezinho)
Avaliação da Caderneta da Criança e das condições de alta da maternidade	Verificação dos registros da maternidade nas Cadernetas de Saúde da Criança e Caderneta da Gestante.
Avaliar Caderneta de Vacinas da mãe e do bebê	Aplicação de vacinas para a mãe, caso ainda não vacinada, e para o RN, caso não tenha sido imunizado na maternidade.
Apoio para o aleitamento materno	Observação da mamada e incentivo ao aleitamento materno.
Avaliação da criança e orientações sobre os cuidados com o bebê	Escuta das dúvidas da mãe e orientação sobre os primeiros cuidados para a mãe e para o bebê.
Agendamento da consulta da criança	Agendamento das consultas, preferencialmente médicas, de pós-parto e planejamento familiar para a mãe, e de puericultura de 1 mês de vida para a criança (em caso de RN de risco deverá ser mais precoce).
Agendamento da consulta pós- parto e planejamento reprodutivo para a mãe	
Agendamento da triagem auditiva para o recém-nascido	Checagem dos resultados das triagens neonatais ocular (teste do olhinho) e auditiva (teste da orelhinha), com agendamento de novas testagens, se necessário

Fonte: Adaptado de Brasil (2018)

2. AVALIAÇÃO DA CADERNETA DA CRIANÇA E DAS CONDIÇÕES DE ALTA DA MATERNIDADE

Durante a primeira consulta da criança realizada após o nascimento, o médico avalia a Caderneta da Criança e da gestante, para analisar as informações anotadas sobre as condições de parto. Além disso, também é verificado os resultados dos exames de triagem neonatal que são em sua maioria realizados na maternidade durante as primeiras 48 horas de vida do neonato, e em casos necessários são realizados agendamentos de novas testagem para confirmar o diagnóstico dos exames de Triagem Neonatal realizados (BRASIL, 2018).

A avaliação da caderneta da criança, preenchida na maternidade, permite que a equipe da Unidade Básica de Saúde identifique e classifique as crianças de risco para que o atendimento seja realizado de acordo com as necessidades do recém nascido levando em consideração o grupo de risco. A avaliação dos fatores de risco da criança levam em consideração informações maternas como endereço, escolaridade e idade, assim como informações do neonato descritas na caderneta da criança tendo como exemplo o APGAR, o peso ao nascer e a idade gestacional (SILVA, 2010).

Outra informação averiguada durante a primeira consulta na Unidade Básica de Saúde, é sobre possíveis intercorrências que podem ter ocorrido com a dupla mãe-bebê durante o parto, que necessitam do acompanhamento pela atenção básica. Assim como há o acompanhamento da presença ou evolução da icterícia fisiológica ou patológica, causada pelo aumento da concentração de bilirrubina plasmática. A icterícia é um achado comum em recém nascidos, caracterida pela coloração amarelada na pele, olhos e mucosas, devido ao estado subdesenvolvido do fígado, principal responsável pela excreção de bilirrubina, da criança ao nascer. (BRASIL, 2011; GUYTON; HALL, 2017).

A triagem neonatal é feita de acordo o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), e inclui o teste do pezinho (triagem neonatal biológica), o teste da orelhinha (triagem auditiva), teste do olhinho (teste do reflexo vermelho), o teste do coraçãozinho (triagem neonatal para cardiopatia congênita) e o teste da linguinha (teste que avalia a presença de anquiloglossia). Dentre os cuidados do 5º dia, são verificados os resultados dos exames de triagem neonatal, exceto o exame de triagem biológica, geralmente coletado na data da consulta (RIBEIRÃO PRETO (SP), 2023; Brasil, s.d.) .

A recomendação para a Triagem Auditiva Neonatal é para que o exame seja feito ainda na maternidade nas primeiras 48 horas de vida, contudo em casos que não seja possível realizar o teste o agendamento será feito na primeira consulta. Visando detectar deficiências auditivas

precocemente, o teste da orelhinha consiste no “teste e reteste, com medidas fisiológicas e eletrofisiológicas da audição, com o objetivo de encaminhá-los para diagnóstico dessa deficiência, e intervenções adequadas à criança e sua família” (BRASIL, 2012).

O Teste do Reflexo Vermelho é um exame rápido e indolor, que como o nome descreve, identifica o reflexo vermelho quando um feixe de luz ilumina o olho do recém nascido. E por meio deste teste é possível identificar alterações que podem causar obstrução do eixo visual (RIBEIRÃO PRETO (SP), 2023)

O teste do Coraçãozinho é utilizado para a detecção precoce de cardiopatias congênitas, sendo adicionado aos exames de triagem neonatal somente em 2014. O procedimento de aferição da oximetria de pulso é realizado entre as 24 e 48 horas de vida do neonato, ainda dentro da maternidade, e em caso de alterações a internação do neonato permanece até a averiguação do caso (BRASIL, 2014).

A anquiloglossia consiste em uma alteração na anatomia da região ventral da língua, em que o frênulo lingual por ser anormalmente curto e espesso ou delgado restringe os movimentos da língua, comprometendo a amamentação do recém nascido. O Teste da linguinha baseia-se na inspeção do frênulo lingual (RIBEIRÃO PRETO (SP), 2023)

Os exames de Triagem Neonatal devem ser realizados no primeiro mês de vida, preferencialmente, na primeira semana de vida do recém nascido, o que garante um diagnóstico rápido de condições congênitas garantindo uma melhor eficácia do tratamento e uma menor possibilidade de agravamento das mesmas (BRASIL, s.d.).

3. TESTE DO PEZINHO

O teste de Triagem Biológica Neonatal, mais conhecido como teste do pezinho, é um exame que foi instituído pelo Programa Nacional de Triagem Neonatal, buscando identificar doenças e distúrbios dos RN, em fase inicial, evitando complicações e agravamentos por meio de um tratamento precoce e reduzindo a morbimortalidade dos neonatos (BRASIL, 2016).

De acordo com o Manual Técnico de Triagem Neonatal Biológica (2016), o exame de triagem consiste em “um conjunto de ações preventivas, responsável por identificar precocemente indivíduos com doenças metabólicas, genéticas, enzimáticas e endocrinológicas”. Assim como, em caso de resultados positivos também estabelece o monitoramento e acompanhamento durante o processo de tratamento da criança (BRASIL, 2016, p. 11).

O teste do pezinho, é um exame obrigatório em todo o território nacional, realizado gratuitamente na rede pública. Recomenda-se realizá-lo entre o 3º e o 5º dia de vida do RN, mas ainda sim a coleta de matriz biológica para análise pode ser feita até o 28º dia de vida da criança (BRASIL, 2022). A realização do teste na primeira semana de vida garante, que em casos positivos o tratamento comece rapidamente, sendo comumente considerado mais eficaz assim como evitando um maior agravamento da condição (JOÃO JUNIOR et al.,2022).

O número de doenças que podem ser detectadas pelo processo de triagem neonatal biológico depende da amplitude do exame realizado, na rede pública o exame está sendo expandido de forma escalonada e atualmente identifica um total de 6 doenças: fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, síndromes falciformes, fibrose cística, hiperplasia adrenal congênita e deficiência de biotinidase (BRASIL, 2022). Na rede particular o mesmo exame pode ser usado para detectar uma maior variedade de condições.

4. AVALIAÇÃO DA CARTÃO DE VACINAS DA MÃE E DO BEBÊ

De acordo com o Programa Nacional de Imunização Infantil, o neonato deve receber as vacinas de BCG, responsável pela proteção contra formas graves de tuberculose, e Hepatite B nas primeiras horas de vida, diretamente na maternidade (BRASIL,2012).

Durante a realização dos cuidados do 5º dia cabe também à equipe de saúde verificar se as vacinas contra BCG e Hepatite B foram tomadas e confirmar se o cartão de vacinação maternos está completo, caso contrário devem ser realizadas as vacinas da tríplice viral e dTpa, que são respectivamente para tétano, difteria e coqueluche e tríplice viral, sarampo, rubéola e caxumba (BRASIL, 2018).

5. APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO

O Ministério da Saúde, assim como a Organização Mundial da Saúde orientam o aleitamento materno exclusivo até pelo menos os 6 primeiros meses de idade, isso significa uma alimentação baseada unicamente em leite materno, seja ele direto da mama, ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem qualquer outro tipo de líquidos e sólidos com exceção medicações, xaropes e gotas de vitaminas ou sais de reidratação oral (BRASIL, 2014; BRASIL, 2019). Mesmo após os 6 meses de idade da criança é recomendado que se possível a amamentação continue até os dois anos ou mais, durando o tempo desejado desde que não haja prejuízo para mãe ou para a criança (BRASIL, 2019).

O leite materno possui uma variedade de fatores imunológicos que protegem o neonato contra infecções, e sua composição possui a quantidade mais adequada de proteínas, carboidratos e gorduras para a alimentação do recém nascido (BRASIL, 2014).

A amamentação possui diversos benefícios para a dupla mãe-bebê, sendo capaz de sozinha reduzir cerca de 13% das mortes de crianças de 5 anos, por causas preveníveis, em todo o mundo. Além disso, também protege contra diarreias, alergias, infecções respiratórias, hipertensão, hipercolesterolemia, diabetes e obesidade, possui fator de proteção e promoção do crescimento, desenvolvimento cognitivo e da cavidade bucal, fortalecimento do vínculo entre a mãe e o bebê, entre outros fatores (BRASIL, 2014).

6. AVALIAÇÃO DA CRIANÇA

Durante a consulta médica é feita a avaliação do estado geral da criança buscando por qualquer sinal que indique perigo à saúde do recém nascido. O médico avalia a urina e as fezes, as condições de higiene física e com os utensílios da criança, e o cuidado com o coto umbilical (BRASIL, 2018).

Outra avaliação muito importante realizada durante a primeira consulta, descrito no Caderno de Atenção à Saúde da Criança (2015), é o exame físico do recém nascido onde são avaliados o desenvolvimento, o ganho de peso e as medidas antropométricas pediátricas. No exame físico são observados diversos elementos do bebê para verificar a existência de qualquer alteração que possa apresentar um risco para o crescimento e desenvolvimento, como cabeça, olhos, pescoço, abdome, genitálias e membros, assim como as fontanelas (moleira) do recém nascido.

Deve haver também a verificação do coto umbilical, para garantir que está sendo feita a limpeza e o cuidado adequados, para que não haja infecções, uma vez que é uma região de fácil acesso para bactérias, principalmente a do tétano, que pode causar infecções, o que é conhecido popularmente como o “mal de sete dias” (LINHARES *et al.*, 2019).

7. ORIENTAÇÃO SOBRE OS CUIDADOS COM O BEBÊ

O processo de orientação sobre os cuidados com o bebê é outra ação do 5º dia de vida é de extrema importância para a saúde da criança e para a adaptação materna à nova rotina com o nascimento do bebê, uma vez que possibilita a mãe, principalmente aquelas jovens que estão tendo o primeiro filho a tirar suas dúvidas e aprender a maneira correta de realizar os pequenos

cuidados diários que muitas vezes não são explicados como devem ser feitos (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Além de aliviar o sentimento de sobrecarga materna, esse processo de orientação e auxílio contribui para construir uma boa relação entre as puérperas e a equipe da saúde, aliviando muitas vezes um fardo invisível carregado pelas gestantes junto ao sentimento de despreparo que elas podem sentir (LUCENA *et al.*, 2018).

São compartilhadas as informações sobre os resultados e diagnósticos estabelecidos nos exames de triagem e exame físico, explicando claramente o estado de saúde do bebê. Além disso, deve ficar claro a importância das consultas de acompanhamento da criança e sobre os sinais de alerta para os quais os pais devem ficar atentos e procurar uma Unidade de Saúde (PARANÁ, 2015).

Nesse momento, também é essencial que os pais sejam ensinados alguns cuidados básicos para a prevenção de acidentes, como sempre colocar o bebê para dormir de barriga para cima para evitar sufocamento durante o sono, manter produtos químicos e medicações em locais de difícil acesso para evitar envenenamento, assim como sempre estarem atentos a presença de brinquedos e objetos pequenos que podem causar engasgo. Algumas outras orientações importantes que devem ser feitas são: Sempre lavar as mãos antes de ter contato com o bebê; não permitir que as pessoas fumem dentro de casa, ou que peguem a criança no colo após fumar; manter o coto umbilical sempre limpo e seco; realizar a limpeza do coto umbilical com um cotonete embebido em álcool 70%, de dentro para fora; em casos, onde o bebê é colocado para dormir na cama dos pais, é necessário ficar atento para lesões não intencionais como quedas e sufocamentos; evitar o uso de chupetas; ter cuidado ao colocar o bebê para dormir em sofás ou poltronas, pois há um maior risco de queda; sempre verificar a temperatura do banho e não deixar a criança sozinha na banheira; usar cobertas leves e travesseiros firmes, para não haver risco de sufocamento; sempre usar cadeirinha infantil no caso de transporte da criança; não aquecer leite ou fórmula no microondas, pois há um maior risco de queimaduras (BRASIL, 2012).

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações do 5º dia são importantes para detecção de dificuldades e necessidades da mãe e do bebê, por meio delas conseguimos observar os riscos e as vulnerabilidade. Além disso, essas ações objetivam avaliar a caderneta da gestante e da criança, além de verificar os exames de triagem neonatal que, geralmente, são realizados ainda na maternidade.

Assim, esse acompanhamento após o parto vai ajudar na orientação sobre a importância da amamentação e como ela deve ser feita, os cuidados com o bebê em relação a higiene, avaliar as curvas de crescimento e desenvolvimento, verificar se foram administradas as vacinas indicadas para a criança e para a mãe, e orientar sobre a importância do teste do pezinho e a sua finalidade. Outrossim, a primeira consulta também irá avaliar a recuperação física da mulher após o parto e a adaptação à nova rotina.

Portanto, sabe-se que o 5º dia de saúde integral é um direito tanto da mãe quanto do bebê para receber cuidados para a promoção da saúde. No entanto, é importante que todas as puérperas compareçam a Unidade Básica de Saúde para fazer esse acompanhamento e receber todas as orientações para garantir o seu próprio bem estar e o da criança. Com isso, procura-se garantir que a mãe tenha uma boa recuperação pós-parto e a criança possa crescer e se desenvolver com qualidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Triagem neonatal biológica: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde da Secretaria de Ciência. Teste do coraçãozinho (oximetria de pulso) na triagem neonatal. s.l.: Ministério da Saúde; s.d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 ago. 2015. Seção 1, p. 37.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional da Triagem Neonatal, s.d. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/sangue/pntn>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da criança: orientações para implementação. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à Saúde do Recém-Nascido: Guia para os Profissionais de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Cadernos de Atenção Básica, nº 33. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Nº20. Volume 51. Maio de 2020.

DIAS, Adriana Anastácia Dos Santos; et al. O conhecimento de profissionais de saúde sobre as ações do 5º dia de vida. Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras. [S.L.], v. 19, n. 2, p. 80-88, 2020. Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras. <http://dx.doi.org/10.31508/1676-3793201900011>.

FUNDAÇÃO ABRINQ. Cenário da Infância e Adolescência no Brasil.2022.

JOÃO JUNIOR, O. S. et al. Teste de triagem neonatal: o diagnóstico precoce de doenças metabólicas e genéticas. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, São Paulo, v.8, n.05, p. 1649-1660, 2022.

LUCENA, Daniele Beltrão de Araújo; et al. Primeira semana de saúde integral do recém-nascido: ações de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. Revista Gaúcha de Enfermagem. [S.L.], v. 39, n. 1, p. 1- 8, 2018.

OLIVEIRA, Amanda Assumpção de et al. Primeira Semana De Saúde Integral Do Neonato Na Ubs: revisão integrativa. Revista NBC, Belo Horizonte, v. 11, n. 21, p. 146-161, 2021.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Caderno de atenção à saúde da criança: primeiro ano de vida. Curitiba (PR): Secretaria do Estado da Saúde; 2015.

RIBEIRÃO PRETO (SP), Secretaria da Saúde de Ribeirão Preto. Departamento de Planejamento em Saúde. Protocolo de Atenção Integral à Saúde da Criança. Ribeirão Preto (SP): Secretaria da Saúde; 2023.

SILVA, Alessandra Cássia Nunes da. “5º dia saúde integral como estratégia para promoção e prevenção da saúde: a avaliação pela equipe de saúde da família. 2010. 30 f. Monografia (Especialização) - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

CAPÍTULO II

ALEITAMENTO MATERNO

BREASTFEEDING

DOI: 10.51859/amplla.pdp645.1123-2

Andréa Kelly da Silva Maldonado¹
Brunna Gonçalves Machado¹
Rafaella Raíssa Gonçalves Caetano¹
Luciana Helena Fernandes²

¹ Graduando do curso de Medicina - Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM)

² Graduada em Medicina - Docente do Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM)

RESUMO

O aleitamento materno é uma prática fundamental para a promoção da saúde das crianças, sendo ele, uma estratégia econômica e eficaz para a redução da morbimortalidade infantil. Além de nutrir, os efeitos benéficos para a criança incluem proteção contra infecções respiratórias, diarreias, alergias, otites e outras doenças na infância, reduz o risco de doenças crônicas não transmissíveis na vida adulta e favorece o desenvolvimento intelectual. Já os benefícios para a lactante incluem proteção contra o câncer de mama, proteção contra diabetes mellitus, além de fortalecer o vínculo afetivo entre mãe e filho. O aleitamento materno deve ser exclusivo até os 6 meses de idade e complementado até os 2 anos. No entanto, há inúmeras situações que dificultam que a amamentação ocorra de forma eficaz. Essas dificuldades são decorrentes, em sua maioria, de informações inadequadas e uma técnica incorreta da amamentação. Vários problemas que são comuns durante a lactação podem ser facilmente evitados. Assim, má técnica de amamentação, uso de chupetas e mamadeiras e, mitos relacionados à amamentação, constituem importantes fatores que podem predispor ao aparecimento de complicações da lactação e que, com frequência levam ao desmame precoce. Este capítulo de revisão apresenta as principais dificuldades, dúvidas e mitos que interferem no processo da amamentação. Foi priorizada a necessidade de orientar a lactante na prevenção das dificuldades, sobre a técnica correta de AM e da ordenha do leite materno. Além de esclarecer as principais dúvidas, medos e mitos relacionados ao aleitamento materno.

Palavras-chave: aleitamento materno, lactação, dificuldades de amamentação, transtornos da lactação, mitos, intercorrências mamárias, desmame precoce.

SUMMARY

Breastfeeding is a fundamental practice for promoting child health and is a cost-effective strategy for reducing child morbidity and mortality. In addition to nourishing, the beneficial effects for the child include protection against respiratory infections, diarrhea, allergies, otitis and other childhood diseases, reduces the risk of chronic non-communicable diseases in adulthood and favors intellectual development. The benefits for the breastfeeding woman include protection against breast cancer, protection against diabetes mellitus, and strengthening the emotional bond between mother and child. Breastfeeding should be exclusive until 6 months of age and supplemented until 2 years. However, there are numerous situations that make it difficult for breastfeeding to occur effectively. These difficulties are mostly due to inadequate information and incorrect breastfeeding technique. Several problems that are common during lactation can be easily avoided. Thus, poor breastfeeding technique, use of pacifiers and bottles, and myths related to breastfeeding are important factors that can predispose to the appearance of lactation complications and often lead to early weaning. This review chapter presents the main difficulties, doubts and myths that interfere with the breastfeeding process. Priority was given to the need to guide the breastfeeding mother in the prevention of difficulties, on the correct technique of breastfeeding and breast milk milking. In addition to clarifying the main doubts, fears and myths related to breastfeeding.

Keywords: breastfeeding, lactation, breastfeeding difficulties, lactation disorders, myths, breast complications, early weaning.

1. INTRODUÇÃO

O aleitamento materno é uma ação importante para o bebê e para a mãe, uma vez que tem impacto positivo para a dupla. É uma estratégia de nutrição, proteção, vínculo e afeto para o bebê. O apoio para a lactação é essencial para que haja uma adesão e continuidade durante todo o período. Nesse aspecto, é preciso reconhecer a mulher como uma protagonista, sendo necessária uma rede de apoio por parte da família, sociedade e profissionais de saúde oferecendo auxílio, escuta, valorização e cuidado (Brasil, 2015).

O Ministério da Saúde recomenda o aleitamento materno exclusivo até os seis meses e complementado até os dois anos ou mais. Diante disso, é preciso saber que há diversas classificações do aleitamento, sendo elas: aleitamento materno exclusivo, em que a criança recebe apenas o leite materno; aleitamento materno predominante, quando a criança recebe além do leite materno outras bebidas sendo água ou à base de água; aleitamento materno, a criança recebe o leite materno, sendo de forma exclusiva ou não; aleitamento materno complementado, a criança recebe qualquer alimento além do leite materno, podendo ser qualquer outro tipo de leite; e aleitamento materno misto ou parcial, a criança recebe leite materno e outros tipos de leite (Brasil, 2015).

Devido aos inúmeros fatores existentes no leite materno, ele fornece uma imunidade temporária durante o período em que a criança estiver em aleitamento materno exclusivo contra infecções e pode ajudar na recuperação de doenças. O leite materno protege contra infecções respiratórias, diarreias, alergias, otites e outras doenças na infância.

Além disso, de acordo com a OMS, o aleitamento materno reduz em 20 a 25% o risco de obesidade. Cada mês de amamentação materna, está associada à redução de 4% no risco de desenvolvimento de excesso de peso, também reduz o risco de diabetes, hipertensão, hipercolesterolemia na vida adulta, favorece o desenvolvimento cognitivo, e para a mãe fornece vantagens como proteção contra câncer de mama e diabetes tipo 2.

Outro benefício do aleitamento materno exclusivo é em relação aos custos financeiros reduzidos, tendo em vista que não amamentar pode significar sacrifícios para uma família com pouca renda, devido ao elevado custo de fórmulas infantis.

Ademais, a amamentação é importante para a promoção do vínculo afetivo entre mãe e filho, é uma forma muito especial de comunicação entre a mãe e o bebê e uma oportunidade de a criança aprender muito cedo a se comunicar com afeto e confiança (BRASIL, 2015).

Dentro desse capítulo serão abordados alguns tópicos como as técnicas de amamentação, os mitos durante esse período, as formas de ordenha e armazenamento do leite com o intuito de promover, apoiar, auxiliar, orientar e informar sobre o aleitamento materno.

1.1. DURAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde recomendam aleitamento materno exclusivo por seis meses e complementado até os dois anos ou mais. Não há vantagens em se iniciar os alimentos complementares antes dos seis meses, podendo, inclusive, haver prejuízos à saúde da criança.

1.2. USO DE MAMADEIRAS E DE CHUPETA

Bicos artificiais e oferta do leite em mamadeira podem prejudicar o aleitamento, pois podem confundir o bebê de forma a rejeitar o seio materno. A forma de sucção na mamadeira e no peito são diferentes e vão exigir do bebê diferentes impactos na sucção, respiração e deglutição. A criança pode dar preferência ao bico artificial e ao leite em mamadeira ocasionando assim, diminuição na produção láctea e o desmame precoce (SANTIAGO, SANTIAGO, 2014).

1.3. ALIMENTAÇÃO DA NUTRIZ

Para amamentar é necessária uma ingestão calórica e de líquidos além do habitual. Por isso, durante o período de amamentação, costuma haver um aumento do apetite e da sede da mulher e também algumas mudanças nas preferências alimentares. O Ministério da Saúde recomenda que para uma alimentação adequada durante a lactação a lactante deve consumir dieta variada, incluindo pães e cereais, frutas, legumes, verduras, derivados do leite e carnes; certificar-se de que a sede está sendo saciada; evitar dietas e medicamentos que promovam rápida perda de peso (mais de 500g por semana); consumir com moderação café e outros produtos cafeinados (BRASIL, 2015).

1.4. TÉCNICA DA AMAMENTAÇÃO

As principais dificuldades no aleitamento materno, em geral, ocorrem por erros de técnica de amamentação. A técnica correta é compreendida como uma série de condições gerais e de posicionamentos do corpo da mãe e do bebê, que facilitam o contato adequado da boca do bebê em relação ao mamilo e aréola, para que ao final ocorra uma boa pega (HGWA, 2021).

A imagem lista sete pontos importantes que podem ser observados para garantir que o bebê tenha uma amamentação eficaz. Caso a pega seja ineficaz, a mãe pode ser predisposta a diversas intercorrências mamárias, desconforto, além de diminuir a produção láctea e isso ter reflexo no desenvolvimento e crescimento do bebê (SANTIAGO, SANTIAGO, 2014).

Figura 1 - Técnica adequada de amamentação



Fonte: Santiago et al., 2014

1.5. ORDENHA DO LEITE MATERNO

A ordenha de leite materno é importante por vários motivos: o esvaziamento de mamas ingurgitadas facilita as mamadas, auxilia no tratamento de mastites e estimula a produção de mais leite. Além disso, é uma forma de se ofertar o leite materno na ausência da mãe, principalmente com o retorno ao trabalho.

Alguns cuidados devem ser seguidos:

A técnica para extração, conhecida como ordenha, pode ser realizada de forma manual e por meio do uso de bombinhas manuais ou elétricas. Entretanto, a ordenha manual é a mais recomendada e ficará cada vez mais fácil de ser feita com a prática.

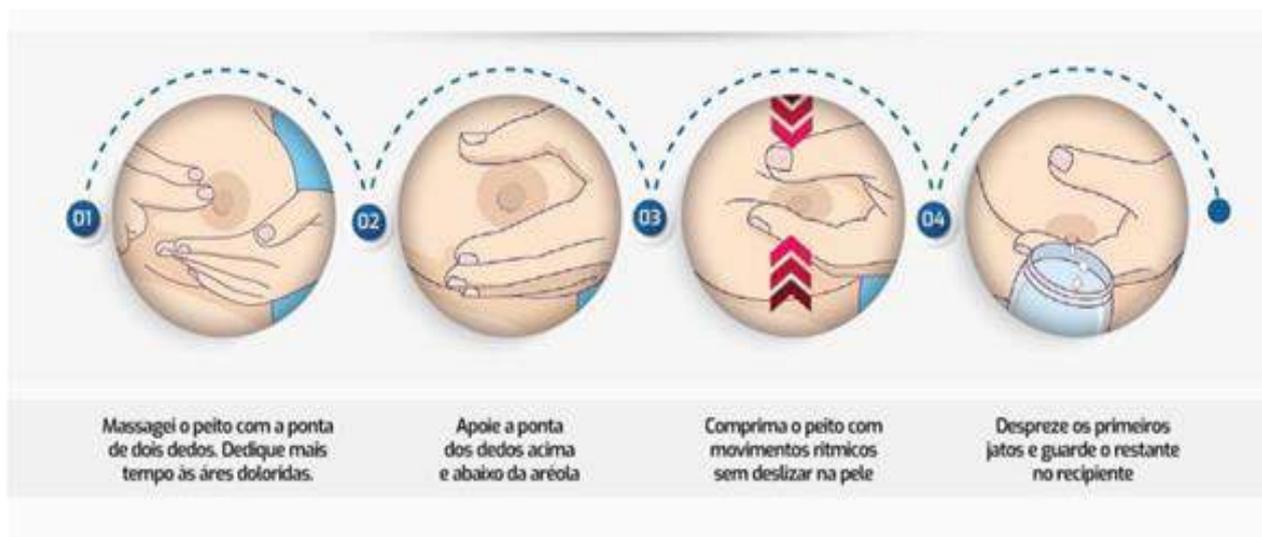
Independentemente do método escolhido, é preciso seguir um passo a passo para que a ordenha de leite materno seja feita de forma correta e higiênica (BRASIL, 2015).

Passo a passo retirado da Cartilha de Aleitamento Materno-HGWA

- Esterilize o frasco que será usado
- Prender os cabelos e usar touca. Usar máscara ou lenço na boca, e evitar falar, espirrar ou tossir enquanto estiver ordenhando o leite;
- Lavar as mãos e os antebraços (até o cotovelo) com água e sabão, não há necessidade de lavar frequentemente, secando essas partes com uma toalha limpa.

- Escolha um local adequado para ordenhar o leite materno

Figura 2 – Retirada do leite



Fonte: Hospital Geral Dr Waldemar Alcântara, 2021.

- Com os dedos da mão em forma de ‘C’, colocar o polegar acima do mamilo e o dedo indicador abaixo do mamilo na transição aréola mama, em oposição ao polegar, sustentando o seio com os outros dedos.
- Pressionar e soltar, pressionar e soltar. A manobra não deve doer se a técnica estiver correta. A princípio o leite pode não fluir, mas depois de pressionar algumas vezes o leite começará a pingar;
- Despreze os primeiros jatos;
- Mude a posição dos dedos ao redor do mamilo para esvaziar todas as partes da mama;
- Encha o frasco até, no máximo, dois dedos abaixo da tampa. Caso o frasco esteja cheio, ele poderá quebrar ao ser congelado;
- Ao terminar, feche o frasco com a tampa de plástico.
- Como armazenar e utilizar o leite ordenhado

Após ordenhado, o prazo de validade do leite materno (cru) é de 12 horas. Quando congelado ele pode ser usado em até 15 dias para o bebê ou doado com até 10 dias. O mesmo vale após o leite ser descongelado: ele poderá ser usado por até 12 horas, desde que refrigerado. Sempre identificar o frasco com o leite com as seguintes informações (antes de congelar): Nome completo da mãe, data de nascimento do bebê, data da primeira coleta e a hora da primeira coleta.

- **Como preparar o leite para consumo do bebê:**

Para descongelar o leite materno e utilizá-lo, você vai precisar colocar o frasco de vidro em banho-maria, com água potável, aquecida até a temperatura de aproximadamente 40º Celsius (a água estará quente, mas você ainda conseguirá tocá-la sem se queimar). O frasco deve então permanecer na água aquecida até que o leite descongele completamente. Após descongelado, o leite poderá ser oferecido ao bebê em copinhos, colher dosadora, copo de bico rígido ou conforme orientação do profissional que acompanha o bebê.

1.6. DIFICULDADES DURANTE A AMAMENTAÇÃO

As complicações com as mamas durante a amamentação são as maiores responsáveis pelo desmame precoce. A identificação e tratamento e prevenção dos agravos, podem mudar essa realidade (BRASIL, 2015).

- **Ingurgitamento mamário:** causado em grande parte pela estase de leite na glândula (popular “peito empedrado”). Pode ser tratado com a realização de compressas mornas e evitado com a ordenha de leite e amamentação até esvaziar a mama (FERREIRA et al.,2020).
- **Traumas mamilares:** Pode ser causada como consequência de uma pega incorreta. Pode causar fissuras/bolhas mamilares, muito dolorosas à mãe. Orientação no pré-natal sobre o posicionamento ao amamentar, tomar sol nas mamas e evitar hidratação da aréola no período gestacional, podem colaborar positivamente na recuperação e na prevenção deste agravo (FERREIRA et al.,2020).
- **Monilíase mamária:** Candidíase mamária. Causa prurido, dores profundas (fisgadas) e queimação nas mamas, que persistem após as mamadas. Deve ser tratada com antibioticoterapia. Prevenção consiste em evitar que a região fique úmida ou abafada, evitar o uso de bicos artificiais para amamentar e de protetores e conchas (FERREIRA et al.,2020).
- **Mamilos planos ou invertidos:** Podem dificultar o início da amamentação, mas não necessariamente a impedem, pois o bebê faz o “bico” com a aréola. Para fazer o diagnóstico de mamilos invertidos, pressiona-se a aréola entre o polegar e o dedo indicador: se o mamilo for invertido, ele se retrai; caso contrário, não é mamilo invertido. Para uma mãe com mamilos planos ou invertidos amamentar com sucesso, é fundamental que ela receba ajuda profissional logo após o nascimento do bebê (BRASIL,2015)

- **Baixa produção de leite:** A maioria das mulheres tem condições biológicas de produzir leite suficiente para atender a demanda de seu filho. No entanto, a queixa de "pouco leite" muitas vezes é uma percepção errônea da mãe, alimentada pela insegurança quanto à sua capacidade de nutrir plenamente o bebê. Para manter sempre uma boa produção de leite deve-se melhorar a pega do bebê, se necessário, amamentar com frequência, deixando que o bebê esvazie completamente o peito na mamada, evitar o uso de mamadeiras, chupetas e protetores, consumir uma dieta balanceada e ingerir líquidos em quantidade suficiente. Se o bebê dorme bem e está ganhando peso o leite não está sendo pouco (SANTIAGO, SANTIAGO, 2014).

1.7. PRINCIPAIS MITOS E MEDOS RELACIONADOS A AMAMENTAÇÃO

❖ **Existe leite fraco?**

MITO! Não existe leite fraco. Até uma mãe com desnutrição leve ou moderada é capaz de produzir um bom leite. Todos têm a mesma constituição. A figura do leite fraco surgiu da comparação com o leite de vaca devido a diferença de coloração, além disso, muitos autores também consideram como um reflexo da insegurança da mãe (LIMA et al., 2018). O leite materno tem todas as substâncias na quantidade certa que o bebê precisa para crescer e se desenvolver de forma saudável. O leite do início da mamada é mais "ralo", pois contém mais água, menos gordura e grande quantidade de fatores de defesa, além de mais vitaminas e sais minerais. O leite do fim da mamada é mais grosso, visto que tem mais gordura e engorda o bebê. Ele precisa tanto do leite do começo quanto o do fim da mamada.

❖ **Destacamos aqui três fases do leite materno:**

1. **Colostro** - com aparência transparente ou amarelada, esse primeiro leite contém proteínas e anticorpos, é fundamental para a proteção do bebê;
2. **Leite de transição** - produzido entre o 6º e o 15º dia após o nascimento do bebê, é um leite mais denso e volumoso, rico em gorduras e carboidratos;
3. **Leite maduro** - começa a ser produzido por volta do 25º dia e possui uma aparência consistente e esbranquiçada. É composto por proteínas, gorduras, carboidratos e outros nutrientes (Rede Global de Banco de Leite Humano, 2017; HUSM, 2021)

❖ **É preciso revezar os seios durante a amamentação?**

MITO! O ideal é esgotar o leite de uma mama primeiro, para só então trocar, se o bebê ainda tiver fome. Isso é importante pois assim o bebê consegue absorver uma porção do leite

rica em açúcar e gordura que contribui na saciedade e ganho de (Rede Global de Banco de Leite Humano, 2017).

❖ **A mulher que está amamentando não engravida?**

MITO! A amamentação influencia na fertilidade, porém não é um método 100% seguro. Isso porque ao espaçar as mamadas pode ocorrer a ovulação, oportunizando a gravidez. É recomendado que a mãe converse com seu médico sobre métodos contraceptivos indicados para o período (Rede Global de Banco de Leite Humano, 2017).

❖ **Os seios caem com a lactação?**

A resposta é depende. O fator essencial para que o seio da mulher se modifique é o genético (se sua mãe tem seios flácidos você também tem maior propensão de ter, independente da amamentação). No entanto, a alimentação adequada, o uso de sutiã de sustentação e a hidratação podem ajudar na prevenção da queda dos seios (Rede Global de Banco de Leite Humano, 2017).

2. DESMAME

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria e com a OMS, a partir dos 6/7 meses de idade, com a introdução alimentar, pode ser iniciado o “desmame gentil” (ou gradual), que deve ter orientação do pediatra e ser feito através da diminuição da quantidade de mamadas ou da sua duração, para não criar traumas ou insegurança no bebê, além de não atrapalhar o seu desenvolvimento. O ideal é que o desmame ocorra de forma gradual e natural, fazendo com que a própria criança passe a demonstrar menor interesse pela amamentação e maior aceitação de alimentos variados, o que ocorre, geralmente, a partir dos 2 anos, levando ao desmame total.

3. CONCLUSÃO

Diante do exposto, torna-se incontestável a premissa de que o aleitamento materno ocasiona benefícios, tanto para os lactentes quanto para as lactantes. Tal prática interfere na construção do sistema imunológico do bebê, configurando uma ação de fundamental importância para a sobrevivência, crescimento, desenvolvimento, saúde e nutrição desse indivíduo. Além disso, é um processo que atua veemente nos âmbitos fisiológico e emocional da criança, corroborando a edificação do vínculo inicial entre a mãe e o filho, bem como o afeto e a proteção desse.

Somado a isso, identificam-se fatores que favorecem a saúde da mulher que está amamentando. Nesse sentido, é possível relacionar o maior tempo de amamentação à menor

incidência de diabetes mellitus tipo I e II na lactante, além de garantir uma maior proteção contra o câncer de mama. Ademais, é proporcionada também uma redução no risco de desenvolvimento de cânceres intimamente ligados aos órgãos do sistema fisiológico da mulher, como o ovário e o endométrio.

Frente a isso, conclui-se que a lactação deve ser incentivada, a fim de assegurar os ganhos por parte dos envolvidos nesse ato. No entanto, é necessário que seja praticada adequadamente, considerando a idade do lactente, a técnica de amamentação (pega correta), a ordenha do leite materno e a conservação do mesmo. Assim, as condições patológicas que podem vir a acometer os envolvidos no processo de aleitamento passam a ser menos suscetíveis, fato que contribui com uma importante política nacional.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf

FERREIRA, Gabriela Rossi et al. PREVENÇÃO DE INTERCORRÊNCIAS MAMÁRIAS PARA EVITAR O DESMAME PRECOCE. NBC-Periódico Científico do Núcleo de Biociências, v. 10, n. 20, 2020.
<https://www.metodista.br/revistas/revistas-izabela/index.php/bio/article/view/2104/1160>

FREITAS, Marina Guedes de; WERNECK, Alexandre Lins; BORIM, Bruna Cury. Aleitamento materno exclusivo: adesão e dificuldades. Rev. Enferm. UFPE on line, p. 2301- 2307, 2018.

HGWA. HOSPITAL GERAL DR WALDEMAR ALCÂNTARA. CARTILHA AMAMENTAR SÓ FAZ BEM, 2021.
<https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/HGWA-Cartilha-Aleitamento-Materno-2021-1-1.pdf>

HUSM-HOSPITAIS UNIVERSITARIOS REGIAO SUL. CARTILHA DE ALEITAMENTO MATERNO, 2021. <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/husm-ufsm/area-do-paciente/cartilha-aleitamento-materno.pdf>

LIMA, Ariana Passos Cavalcante; DA SILVA NASCIMENTO, Davi; MARTINS, Maísa Mônica Flores. A prática do aleitamento materno e os fatores que levam ao desmame precoce: uma revisão integrativa. Journal of Health & Biological Sciences, v. 6, n. 2, p. 189- 196, 2018

REDE GLOBAL DE BANCOS DE LEITE HUMANO. Mitos e Verdades.2017. Fundação Oswaldo Cruz.

SANTIAGO, L. B.; SANTIAGO, F. G. B. Aleitamento materno: técnica, dificuldades e desafios. Residência Pediátrica, v. 4, n. 3, 2014.
<http://residenciapediatrica.com.br/detalhes/115/aleitamento-materno--tecnica--dificuldades-e-desafios>.

CAPÍTULO III

INTRODUÇÃO ALIMENTAR E SEUS OBSTÁCULOS

FOOD INTRODUCTION AND ITS OBSTACLES

DOI: 10.51859/amplla.pdp645.1123-3

Maria Eduarda de Araújo Reis ¹

Débora Rocha Lemos Silva ¹

Jordana Fernandes Pereira da Silva ¹

Nathalia Luzias de Matos e Silva ²

¹ Graduanda do Curso de Medicina – Centro Universitário de Patos de Minas- UNIPAM

² Docente do Curso de Medicina – Centro Universitário de Patos de Minas- UNIPAM

RESUMO

O presente capítulo se trata de uma revisão bibliográfica sobre Introdução Alimentar (IA) em bebês e tem como objetivo orientar e auxiliar mães, pais e cuidadores, do nascimento até os primeiros anos de vida da criança, a partir de informações e técnicas que podem ser utilizadas para melhor aceitação dos alimentos durante a IA. A introdução alimentar trata-se de uma fase de transição entre o aleitamento materno exclusivo e a introdução de alimentos na dieta da criança, deve ser realizada a partir dos 6 meses de idade, momento em que os nutrientes do leite materno, sozinhos, não consegue mais suprir as necessidades nutricionais do organismo da criança. Desse modo, torna-se necessário administrar alimentos in natura na alimentação da criança, podendo ser complementada com o leite materno, de preferência até os 2 anos de idade para que o bebê continue recebendo nutrientes e imunoglobulinas presentes no leite materno que são essenciais para o desenvolvimento e proteção imunológica. Portanto, este capítulo é para você que quer aprimorar sobre as técnicas de IA, preparação de alimentos e quer ficar por dentro de algumas estratégias para que o bebê aceite o maior número de alimentos possíveis durante a introdução alimentar.

Palavras-chaves: Introdução Alimentar. Obstáculos. Bebê.

ABSTRACT

This chapter is about a literature review on Complementary Feeding (CF) in babies and aims to guide and assist mothers, fathers, and caregivers from birth to the child's early years in providing information and techniques that can be used to improve food acceptance during CF. Complementary feeding is a transitional phase between exclusive breastfeeding and the introduction of solid foods into the child's diet, which should start around 6 months of age. At this point, the nutrients from breast milk alone are no longer sufficient to meet the child's nutritional needs. Therefore, it becomes necessary to introduce natural foods into the child's diet, which can be complemented with breast milk, preferably until the child reaches 2 years of age. This will ensure that the baby continues to receive essential nutrients and immunoglobulins present in breast milk, which are vital for development and immune protection. Hence, this chapter is intended for those who wish to enhance their knowledge about CF techniques, food preparation, and strategies to encourage the baby to accept a wide variety of foods during the weaning process.

Keywords: Food Introduction. Obstacles. Baby.

1. INTRODUÇÃO

Os primeiros 2 anos de vida de uma criança é a fase mais importante da vida de um ser humano, pois é a etapa em que ela passa pelo período mais acelerado do seu crescimento e adquire novas habilidades, passando por várias etapas do desenvolvimento neuropsicomotor. (LOPES et al., 2017) O período que compreende a descontinuidade do aleitamento materno exclusivo e a inserção de alimentos na dieta do bebê designa-se introdução alimentar (IA) (LEÃO et al., 2021).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a IA deve ser iniciada a partir dos 6 meses, período pelo qual o bebê já passou diversas etapas do neurodesenvolvimento e demonstra alguns sinais de prontidão como se sentar sem apoio, levar objetos na boca, há redução do reflexo de protusão da língua e demonstra interesse pela comida, assim, a partir desse momento a criança torna-se apta para iniciar seu primeiro contato com alimentos (BRASIL, 2020). Nos primeiros anos de vida, a variedade e a técnica de administração dos alimentos influenciam a relação da criança com a alimentação, bem como interfere na construção dos seus hábitos alimentares. É necessário que a família disponibilize a maior quantidade possíveis de alimentos in natura, como frutas, verduras e legumes, para que a criança entre em contato com o maior número de consistências, sabores e com a nova maneira de se nutrir, a rejeição à certos alimentos pode acontecer, porém faz parte do processo, cabe a família utilizar algumas estratégias para auxiliar a criança a se adaptar à essa nova fase da alimentação (BRASIL, 2020). Atualmente, as técnicas Baby-Led Weaning (BLW) e Baby Lead Introduction to Solids (BLISS) trazem uma nova abordagem da IA fazendo com que a criança seja independente para se alimentar (SBP, 2017).

Portanto, tendo em vista as dificuldades enfrentadas pelos familiares durante o processo de IA, o objetivo desse trabalho é esclarecer sobre as etapas da alimentação complementar bem como descrever sobre algumas técnicas de alimentação para tornar o bebê mais independente durante o processo.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1. O QUE É A INTRODUÇÃO ALIMENTAR?

A introdução alimentar (IA) visa, além da nutrição adequada, garantir que o bebê tenha uma relação saudável e duradora com os alimentos. Uma IA apropriada gera grandes repercussões na vida da criança, garantindo hábitos saudáveis e prevenindo doenças

intestinais, seletividade alimentar e até mesmo a obesidade (MATOS, 2022). Desse modo, devido a tamanha importância desse fator na saúde da criança, o que justifica várias políticas públicas que dão atenção a essa questão, se faz de extrema importância a orientação das puérperas e familiares, uma vez que não só aquelas se responsabilizam pela alimentação de seus filhos, de modo a promover uma dieta de adequada a cada idade (BRASIL, 2019).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), recomenda a amamentação exclusiva até os seis meses de vida, o que gera impactos positivos sobre a saúde tanto nessa fase, quanto na vida adulta. Nesse sentido, crianças submetidas ao aleitamento materno exclusivo (AME) durante os seis primeiros meses de idade têm menos chances de desenvolver doenças crônicas não transmissíveis, além de possuírem a energia e os nutrientes adequados à criança e fatores de proteção contra doenças (BRASIL, 2019).

Após essa fase, a quantidade e a composição do leite materno já não são suficientes para suprir as necessidades nutricionais da criança, tornando-se essencial o início da alimentação complementar (LOPES, et. al., 2018).

2.2. SINAIS DE PRONTIDÃO

Ao iniciar a introdução alimentar é preciso estar atento aos sinais de prontidão, pois uma IA feita antes do completo desenvolvimento fisiológico do lactente pode resultar em consequências danosas, pois aumenta o risco de contaminação e reações alérgicas, interfere na absorção de nutrientes importantes do leite materno e implica em risco de desmame precoce. Enquanto, uma IA tardia é desvantajosa pois a partir do sexto mês de vida o leite materno já não atende mais às necessidades energéticas do bebê, o que pode resultar em desaceleração do crescimento e aumento de risco de deficiência de nutrientes (LOPES, et. al., 2018).

Nesse viés, torna-se evidente iniciar a IA em idade adequada, quando o bebê já consegue se sentar, sustentar o tronco e começa a perder o reflexo de protrusão da língua, que é quando ele empurra o alimento para fora da boca. Além desses sinais, a criança começa a demonstrar mais interesse pela alimentação e demonstra curiosidade ao ver os pais se alimentando, além de levar objetos à boca (MATOS, 2022).

2.3. ALIMENTAÇÃO EM CRIANÇAS AMAMENTADAS COM LEITE MATERNO

Entre os 6 meses e os 2 anos de idade o leite materno deve continuar a ser oferecido e a criança deve mamar sempre que quiser. Logo no início, os novos alimentos podem ser ofertados depois das mamadas no peito. À medida que a criança cresce e aceita melhor o almoço

e jantar, o leite materno deve ser oferecido somente se a criança demonstrar que deseja mamar. Esse é um período de transição e a família deve observar qual a melhor estratégia a ser utilizada para que a criança continue mamando no peito e também aceite novos alimentos (BRASIL, 2019).

Nessa fase, a escolha dos alimentos merece atenção especial, pois é quando os hábitos alimentares estão sendo formados. Para que a criança goste de uma grande variedade de alimentos, é importante que seja apresentada a ela uma grande variedade de alimentos saudáveis, deve-se priorizar alimentos in natura ou minimamente processados, servir a comida no prato com os diferentes alimentos separados, sem misturar, uma quantidade mínima de sal e temperos naturais podem ser utilizados. Se a criança recusa um alimento porque não gosta, é importante que a família continue a oferecê-lo a ela, sem forçar, pois quanto mais ofertado for esse alimento para a criança, maior será a chance dela aceitá-lo (BRASIL, 2019).

No início, a criança deverá receber a comida amassada com garfo. Em seguida, deve-se evoluir para alimentos picados em pedaços pequenos, raspados ou desfiados, para que o bebê aprenda a mastigá-los. Também podem ser oferecidos alimentos macios em pedaços grandes, para que ela pegue com a mão e leve à boca. Quando já estiver um pouco maior, a criança pode comer a comida da família, cortando-se os pedaços grandes, quando necessário (BRASIL, 2019).

É desaconselhado oferecer preparações líquidas e utilizar liquidificador, mixer ou peneira, pois pode fazer com que o bebê tenha dificuldade em aceitar alimentos mais sólidos no futuro, podendo apresentar engasgo e ânsia de vômito, além de afetar o desenvolvimento da face e dos ossos da cabeça, que são importantes para a respiração adequada e o aprendizado da mastigação. Os alimentos devem ficar separados e bem amassados com garfo, as carnes devem ser bem cozidas e oferecidas em pedaços pequenos. Alimentos crus, como frutas e alguns legumes, podem ser raspados ou amassados. (BRASIL, 2019).

A alimentação da criança vai aos poucos sendo ajustada às refeições da família, à medida que os dentes surgem e a capacidade de triturar alimentos mais sólidos fica ainda mais desenvolvida, a criança adquire a capacidade de mastigar alimentos mais sólidos e não há mais a necessidade de serem amassados. Dessa forma, as refeições podem ser realizadas com a mesma textura dos alimentos consumidos pelo restante da família (BRASIL, 2019).

2.4. ALIMENTAÇÃO EM CRIANÇAS NÃO AMAMENTADAS

Quando a criança não é amamentada, a primeira alternativa é oferecer a fórmula infantil, um produto modificado pela indústria que tem como objetivo suprir as necessidades

nutricionais e que é compatível com a maturidade do organismo das crianças (BRASIL, 2019). Para essas crianças a recomendação habitual para a introdução dos alimentos sólidos é após os 6 meses de vida, quando surgirem os sinais de prontidão e atentando-se às necessidades nutricionais do bebê. Embora não sejam amamentadas pelo leite materno, é importante que não se ofereça alimentos semissólidos/sólidos antes do período adequado, pois além de as crianças não estarem fisiologicamente preparadas para digerir alimentos sólidos antes de 6 meses de vida, existe também uma imaturidade neurológica para deglutir alimentos não-líquidos, evidenciada pela presença do reflexo de protrusão da língua (VIEIRA, et. al., 2004).

A partir dos 6 meses de vida a alimentação dessas crianças é feita normalmente como em crianças que foram amamentadas com leite materno, atentando-se às necessidades nutricionais dos infantes (BRASIL, 2019).

2.5. SINAIS DE FOME E SACIEDADE

Quando a criança é muito pequena, ela ainda não consegue comunicar vontades e necessidades por meio de palavras. Então, para demonstrar que quer se alimentar, a criança mostra sinais de fome. Para mostrar que não quer mais comer e que já está satisfeita, ela mostra sinais de saciedade (BRASIL, 2019).

A partir dos 6 meses, quando começa a ser alimentada com outros alimentos além do leite materno e da fórmula, a atenção e o respeito aos sinais de fome e saciedade são fundamentais para o processo de aprendizagem da criança em relação à alimentação e para o seu pleno desenvolvimento. Os sinais de fome e de saciedade variam de acordo com a idade. Ao perceber esses sinais, a pessoa que cuida da criança deve responder de forma ativa, carinhosa e respeitosa, oferecendo o alimento à criança quando ela demonstra sentir fome e parando de dar quando ela se demonstra satisfeita (BRASIL, 2019).

É recomendado comer junto, com satisfação, elogiando a comida, o que incentiva a criança a comer e a gostar de comer. Por outro lado, é desaconselhado dar alimentos em resposta a qualquer choro, pressionar a comer por meio de ameaças, chantagens ou punições e oferecer recompensas pelo consumo de alimentos que a criança não gosta ou escondê-los no prato embaixo de outras comidas (BRASIL, 2019).

Além disso, a atenção da criança deve estar voltada para aquele momento, evitando atrativos, como televisão, celular, computador ou tablet que possam distrai-la, gerando desinteresse pela comida, o que pode causar danos futuros, como perda do controle do mecanismo de fome e saciedade, além de ganho excessivo ou perda de peso (BRASIL, 2019).

2.6. ALIMENTAÇÃO DE CRIANÇAS PREMATURAS

A Organização Mundial da Saúde define como recém-nascido pré-termo, ou prematuro aquele nascido com idade gestacional abaixo de 37 semanas e, como criança de baixo peso, aquelas nascidas vivas com peso inferior a 2.500 gramas no momento do nascimento. Os bebês prematuros estão sob maior risco para déficit de desenvolvimento e condições de incapacidade que os bebês nascidos a termo. Os bebês nascidos pré-termo têm características metabólicas próprias e grande número de doenças e complicações no período pós-natal, tornando sua nutrição um verdadeiro desafio. Dessa forma, é fundamental a nutrição pós-natal desses infantes, pois a desnutrição fetal e após o nascimento são fatores determinantes de doenças no adulto, tais como diabetes, hipertensão e cardiopatias (MADALOZZO et al., 2023).

Nesse sentido, a alimentação complementar das crianças prematuras pode vir acompanhada de inúmeros problemas alimentares, os quais podem estar relacionados à imaturidade inerente à sua situação e/ou a déficits neurológicos, morbidades neonatais, ou ainda causados pela memória de procedimentos múltiplos e desagradáveis durante os períodos anteriores de internação, além de contar muitas vezes com o envolvimento de fatores emocionais, socioeconômicos e a interação entre a criança e sua família (MADALOZZO et al., 2023).

O início da introdução alimentar complementar na criança vai depender da sua maturidade neurológica, assim, em bebês prematuros a idade é corrigida, por meio de um cálculo que utiliza a idade cronológica menos as semanas que faltaram para completar as 40 semanas de gravidez. Desse modo, devem ser observados também o surgimento dos sinais de prontidão para se iniciar a alimentação complementar desses infantes (MADALOZZO et al., 2023; BRAIL, 2019).

2.7. O QUE DEVE SER EVITADO?

A alimentação complementar adequada deve conter alimentos ricos em energia e micronutrientes, evitando-se sal ou condimentos antes do primeiro ano de vida, pois o consumo de sódio em excesso aumenta a chance de desenvolvimento de hipertensão arterial e sobrecarga renal, além de alterar o paladar infantil quanto ao sabor dos alimentos. Por isso, o consumo de sal em casa requer atenção. Também devem ser evitados alimentos industrializados e ultraprocessados (DIAS, 2010; BRASIL, 2019).

Nos primeiros dois anos de vida, o consumo de açúcar não é recomendado, em nenhuma das suas formas: branco, mascavo, cristal, demerara, açúcar de coco, xarope de milho, mel,

melado ou rapadura. Apesar de o mel ser um alimento natural, ele não deve ser ofertado para a criança por possuir os mesmos componentes do açúcar, além do risco de contaminação por uma bactéria associada ao botulismo (BRASIL, 2019).

A introdução de novos alimentos deve ser feita de forma gradual, com intervalos de três a sete dias, a fim de se identificar possíveis reações alérgicas ao alimento. Ainda, glúten, ovos, peixes e castanhas devem ser ofertados com cautela, observando-se os possíveis sintomas característicos de reações alérgicas (DIAS, 2010).

2.8. CONSUMO DE ÁGUA E SUCOS

Com a introdução da alimentação complementar é importante que se ofereça água ao bebê nos intervalos das papas e das mamadas. Portanto, ofereça água filtrada o quanto ele aceitar. A oferta de água de coco, como forma de substituir o consumo de água deve ser evitada, por conter sódio e potássio em sua composição, e pode gerar o hábito de ingerir líquidos doces (MATOS, 2022).

O consumo de sucos de frutas deve ser evitado antes de 1 ano de idade, e mesmo após esse período, não deve ultrapassar 150ml diárias. Esses alimentos contêm menos fibra que as frutas in natura, possuem maior índice glicêmico, sacia menos a fome que o consumo da própria fruta e habitua a criança a ingerir líquidos doces (MATOS, 2022).

2.9. BLW E BLISS

Novos métodos de introdução alimentar vêm sendo difundidas por meio das redes sociais, como é o caso do Baby Led Weaning (BLW) e o Baby-Led Introduction to Solids (BLISS), que defendem a oferta de alimentos complementares em pedaços, tiras ou bastões. Essas dietas encorajam os pais a confiarem na capacidade nata que o lactente possui de autoalimentar-se (SBP, 2017).

É de suma importância que esses métodos de introdução alimentar não sejam iniciados antes dos seis meses de vida da criança, pois é necessário que ela já tenha a habilidade de se manter sentada sem apoio, para ter as mãos livres para manipular os alimentos além da habilidade de buscar objetos e levar até a boca (ARAÚJO, 2022).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, foi possível observar que além do aleitamento materno exclusivo no primeiro semestre de vida, a introdução alimentar iniciada no tempo ideal e da forma correta,

também é de suma importância no desenvolvimento neuropsicomotor da criança e na formação de hábitos saudáveis a longo prazo. Assim, é necessário que a IA seja feita quando o bebê apresenta alguns sinais que vão determinar a sua capacidade fisiológica, como a idade mínima, sentar-se sozinho, levar objetos à boca, a protrusão da língua e o interesse do lactente por novos alimentos, a fim de evitar reações indesejadas tanto da alimentação precoce ou da alimentação tardia.

De acordo com as pesquisas realizadas, os pais ou responsáveis devem introduzir um cardápio com uma grande variedade de alimentos naturais e de formas diferentes e criativas para que, assim, a criança crie o hábito de se alimentar bem e no futuro evite doenças como hipertensão, diabetes e/ou dislipidemias. Nesse sentido, primeiramente o lactente irá receber o alimento amassado na colher e aos poucos será introduzido em pedaços pequenos e maiores, sempre estimulando a interatividade da criança com a comida e evitando o consumo de açúcar, uso excessivo de sal e condimentos. Atualmente há novas formas de introdução alimentar, como o método BLISS e BLW que podem ser utilizadas pelos pais e cuidadores como ferramentas para auxiliar nesse processo.

Dessa forma, a introdução alimentar é um grande desafio para todas as famílias, já que exige dedicação, carinho e pouca expectativa, pois a espera de que a criança coma de tudo é apenas dos pais, e não do bebê. Nessa perspectiva, é necessário paciência, cuidado e respeito pela saciedade dos lactentes e infantes. Portanto, a construção desse trabalho visou proporcionar conhecimento não só para estudantes e profissionais, mas também, para os responsáveis das crianças, uma vez que esses são os principais educadores no primeiro contato do bebê com os alimentos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Brasília, 2019.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos, 2019.

BRASIL, MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. Guia prático da alimentação no primeiro ano de vida. 2020.

CARLOS SILVA ARAÚJO, JUAN. *Introdução Alimentar: BLW E BLISS*. 19 Mar.2022, pubmed.com.br/introducao-alimentar-blw-e-bliss/.

LEÃO, Bruna et al. *Introdução Alimentar: Um Olhar Importante Para o Desenvolvimento Infantil*. 2021.

LOPES, Wanessa Casteluber et al. Alimentação de crianças nos primeiros dois anos de vida. Revista Paulista de Pediatria, v. 36, p. 164-170, 2018.

MADALOZZO, Aline Dutra et al. "Método De Educação Nutricional Sobre Alimentação Complementar De Bebês Nascidos Pré-Termo." Platform and Workflow by Ojs/Pkp, 1 July 2021. Accessed 4 June 2023.

Matos, Nathália. *Pediatria fácil: Um curso para você: Mamãe e papai de primeira viagem/ Nathália Matos*. 1ª edição – 2022. E-book, no format PDF. 70 p.

SBP, Sociedade Brasileira de Pediatria. *A Alimentação Complementar e o Método BLW (Baby-Led Weaning)*, 2017.

Vieira GO, Silva LR, Vieira TO, Almeida JAG, Cabral VA. Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não-amamentadas. *J Pediatr (Rio J)*. 2004; 80:411-6.

CAPÍTULO IV

A IMPORTÂNCIA DA VACINAÇÃO INFANTIL

THE IMPORTANCE OF CHILD VACCINATION

DOI: 10.51859/amplla.pdp645.1123-4

Gabriel de Freitas Paiva ¹
Ana Flávia Silva Alves ¹
Ravena Telles Queiroz ¹
Bethânia Cristhine de Araújo ²

¹ Discente do curso de medicina. Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM

² Docente do curso de medicina. Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM

RESUMO

O Programa Nacional de Imunizações (PNI), é um importante programa de vacinação, que assegura a disponibilização de todas as vacinas recomendadas pelo Ministério da Saúde para toda a população, de forma universal e gratuita. Além disso, também permite que o direito de que a criança seja vacinada, proposto pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) seja cumprido. Atualmente, são recomendadas 17 vacinas para indivíduos de zero a quatorze anos, e discutir a relevância da vacinação como um meio de promoção da saúde e prevenção de doenças, bem como conhecer o que cada vacina previne, é de suma importância para a população.

Palavras-chave: Vacinação. Crianças. Imunização.

ABSTRACT

The National Immunization Program (PNI) is an important vaccination program that ensures the availability of all vaccines recommended by the Ministry of Health for the entire population, universally and free of charge. In addition, it also allows the right for the child to be vaccinated, proposed by the Child and Adolescent Statute (ECA) to be fulfilled. Currently, 17 vaccines are recommended for individuals from zero to fourteen years old, and discussing the relevance of vaccination as a means of promoting health and preventing diseases, as well as knowing what each vaccine prevents, is of paramount importance for the population.

Keywords: Vaccination. Children. Immunization.

1. INTRODUÇÃO

A imunidade, que se refere à habilidade do organismo em se proteger contra agentes infecciosos, é classificada em duas formas: natural ou artificial. A imunidade natural pode ser passiva, quando adquirida por meio da placenta, ou ativa, quando obtida como resultado de uma doença. Da mesma forma, a imunidade artificial também é dividida em passiva e ativa. A imunidade passiva é alcançada através da administração de soros, enquanto a imunidade ativa é obtida por meio da aplicação de vacinas (SANTOS, ALBUQUERQUE, SAMPAIO, 2005).

A vacinação envolve a administração de antígenos que são processados em laboratório, como vírus ou bactérias inativadas, ou microrganismos vivos, mas enfraquecidos, com o objetivo de desencadear respostas imunológicas no organismo. Isso estimula a produção

de anticorpos e prepara o indivíduo para possíveis infecções por microrganismos patogênicos. Os anticorpos gerados ativam as células de memória do sistema imunológico, prevenindo o desenvolvimento da doença caso o indivíduo seja exposto novamente a ela, conferindo assim imunidade. (SOUSA, VIGO, PALMEIRA, 2012; LOUZEIRO et al., 2014)

A vacinação, principalmente, referente a lactantes e crianças durante os primeiros anos de vida, é uma das formas mais eficazes para evitar as doenças imunopreveníveis. Isso representa um progresso significativo na redução da morbidade e mortalidade infantil, pois a vacinação permite uma diminuição significativa nos casos de doenças infecciosas (SILVEIRA et al., 2007)

Entretanto, sabe-se que muitas crianças ainda continuam morrendo anualmente, devido a doenças que poderiam ser evitadas através da imunização. Dessa forma, a vacinação infantil desempenha um papel crucial na proteção da saúde e na prevenção de doenças, além de evitar a ocorrência de surtos epidêmicos, uma vez que ela fornece uma proteção coletiva, interrompendo, portanto, a transmissão destas doenças, o que resultará em seu controle (SOUSA, VIGO, PALMEIRA, 2012; BRASIL, 2023).

No Brasil, a vacinação vem contribuindo para a erradicação de algumas doenças, a exemplo da varíola, em 1973, e a poliomielite, em 1989, e ainda para a redução do sarampo, tétano neonatal e acidental, formas graves da tuberculose, a difteria e a coqueluche (SOUSA, VIGO, PALMEIRA, 2012).

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, que ocorreu em Alma-Ata no ano de 1978, ressaltou a importância de os países em desenvolvimento adotarem políticas de saúde que contribuíssem para a melhoria dos indicadores de morbimortalidade, especialmente por meio do controle de doenças transmissíveis, sendo a vacinação uma das principais medidas. Nesse contexto, foi implementado um programa pelo Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Imunizações, que visa promover a vacinação em todo o país (MOLINA et al., 2007).

Criado em 1973, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) é reconhecido como um dos programas de vacinação mais eficazes em nível mundial, com o propósito central de diminuir a morbimortalidade relacionada a doenças evitáveis por imunização. Seu objetivo primordial é assegurar que vacinas recomendadas estejam disponíveis de forma universal e gratuita, abrangendo todas as faixas etárias, desde crianças e adolescentes até adultos e idosos. (LOUZEIRO et al., 2014)

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) é responsável por estabelecer o Calendário Nacional de Vacinação, o qual é regularmente atualizado e determina quais vacinas devem ser

administradas em cada grupo etário. Além disso, o programa coordena campanhas nacionais de vacinação com o propósito de reforçar a imunização em grupos específicos ou para combater doenças específicas. (BRASIL, 2023)

Atualmente, o Calendário Nacional de Vacinação recomenda a administração de dezessete vacinas para as crianças recém nascidas até os 14 anos, são elas as vacinas: BCG (tuberculose), Hepatite B, Vacina pentavalente, Vacina contra poliomielite inativada (VIP), Vacina oral contra poliomielite (VOP), Vacina pneumocócica 10-valente, Vacina contra rotavírus humano, Vacina meningocócica C conjugada, Vacina contra febre amarela, Vacina tríplice viral, Vacina SCRIV, Vacina contra hepatite A, Vacina DTP, Vacina contra varicela, Vacina dT, Pneumocócica 23-valente e Vacina contra HPV. Lembrando que essa lista pode variar de acordo com as diretrizes do Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Brasil e recomendações específicas para cada região (BRASIL,2023).

Para garantir a alta qualidade do programa de imunização, é fundamental que o indivíduo receba todas as doses requeridas de vacinas, aderindo ao calendário vacinal e cumprindo as datas recomendadas, especialmente durante o primeiro ano de vida, pois, dentre os cuidados primários de saúde, a vacinação é um dos que propicia resposta quase que imediata (MOLINA et al., 2017).

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A vacinação é utilizada no Brasil desde o século XIX, quando o médico Oswaldo Cruz notou sua importância para o controle de doenças, como febre amarela e varíola, na época que ficou conhecida pela Revolta da Vacina, no ano de 1904 (NOGUEIRA *et al.*, 2021). Desse modo, em 1973, da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), foi formulado o Programa Nacional de Imunizações (PNI), o qual organizou a política nacional de vacinação da população brasileira, para buscar a erradicação e a eliminação de doenças imunopreveníveis (MIRANDA *et al.*, 2022).

Nesse sentido, as imunizações têm sido um dos principais meios para a erradicação e a eliminação de algumas doenças pelo mundo, como a poliomielite, sobretudo durante a infância. Diante disso, o Ministério da Saúde, a Sociedade Brasileira de Imunização (SBIIm) e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) propõe calendários de vacinação e realizações de campanhas, estabelecendo os tipos de vacina administradas em cada faixa etária, o número de doses e reforços e o intervalo necessário entre cada aplicação (MIRANDA *et al.*, 2022).

Sendo assim, essas vacinas têm influenciado positivamente para a redução da mortalidade infantil e para o aumento da expectativa de vida. Além disso, também houve a

redução do número de visitas aos serviços de urgência e emergência, do uso de antimicrobianos e das taxas de internações hospitalares e da presença de sequelas permanentes (DIOCLÉCIO JUNIOR et al., 2021).

No entanto, a recusa vacinal é um fenômeno que está presente desde o surgimento da imunização ativa, como foi visto no Brasil com a Revolta da Vacina, portanto os movimentos de defesa à liberdade individual e ao direito a escolher se vacinar são manifestações ainda comuns na atualidade. Nesse contexto, os indivíduos adeptos ao movimento antivacina questionam a segurança, a eficácia e os efeitos colaterais dos imunobiológicos existentes (CORRÊA *et al.*, 2021).

Por esse motivo, cabe ao pediatra, sendo o principal responsável pelas informações sobre vacinas para toda a população, estar preparado para orientar, informar e esclarecer as famílias sobre o valor e os benefícios da vacinação da criança, além de estimular a imunização adequada durante a infância e a adolescência (DIOCLÉCIO JUNIOR et al., 2021).

A imunização da criança começa ainda antes de seu nascimento, haja vista a necessidade das vacinas recomendadas de rotina durante a gestação, as quais são: influenza, tétano, difteria, pertússis acelular e, recentemente, a vacina contra COVID-19. Essa imunização da gestante é essencial para prevenir a ocorrência de patologias infecciosas que possam causar malefícios à criança, pois durante as primeiras semanas ou meses de vida, os anticorpos maternos reduzem de forma exponencial. Além disso, destaca-se também a importância da passagem de anticorpos, sobretudo IgA e IgG, da mãe para o bebê durante a amamentação (DIOCLÉCIO JUNIOR et al., 2021).

Após o nascimento, o esquema vacinal infantil se inicia logo no primeiro dia de vida, com a aplicação primeira dose da vacina contra a hepatite B, feita, preferencialmente, nas primeiras 12 horas após o parto, podendo prolongar essa imunização até o 30º dia de vida do neonato. Os recém-nascidos recebem na primeira dose a vacina monovalente e a continuidade do calendário é dada com três doses da pentavalente, com intervalo de 30 dias entre a primeira e a segunda dose e de 6 meses entre a primeira e a terceira dose (MIRANDA *et al.*, 2022).

A vacina BCG apresenta, no primeiro ano de vida, eficácia de 84,5 a 99,5% para a proteção das formas de tuberculose que dependem da disseminação hematogênica e suas manifestações mais graves. É aplicada em dose única por via intradérmica na inserção do músculo deltoide do braço direito, preferencialmente ainda na maternidade ou durante as ações do 5º dia, desde que o recém-nascido tenha pelo menos 2.000 gramas (DIOCLÉCIO JUNIOR et al., 2021). A lesão vacinal da BCG passa por fases de nódulos, pústulas, crostas até chegar à

cicatrização, sendo esse processo finalizado em cerca de 12 semanas após a aplicação (MIRANDA *et al.*, 2022).

As vacinas Rotavírus são de uso oral, compostas por vírus vivos atenuados, sendo elas a vacina monovalente VR1, utilizada pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI), e a vacina pentavalente VR5, utilizada na rede privada. Protegem, principalmente, contra as formas graves de diarreia causada pelo rotavírus. A vacina monovalente é administrada em duas doses, aos 2 e 4 meses de idade e o limite de idade para administrar a primeira dose é 3 meses e 15 dias, e para a segunda, de 7 meses e 29 dias. Já a vacina pentavalente é administrada em três doses aos 2, 4 e 6 meses de idade. A idade máxima para iniciar a vacinação é de 3 meses e 15 dias, e a terceira dose deve ser aplicada no máximo até 8 meses, sendo que o intervalo mínimo, entre doses de ambas as vacinas, é de 4 semanas (DIOCLÉCIO JUNIOR *et al.*, 2021).

As vacinas pneumocócicas são indicadas para a prevenção das infecções pneumocócicas. Elas têm potencial de prevenir doenças invasivas, como meningite e bacteriemia, além de doenças pneumocócicas não invasivas como pneumonias não bacteriêmicas e otite média (OM) causadas pelo *Streptococcus pneumoniae* (DIOCLÉCIO JUNIOR *et al.*, 2021). O esquema no PNI é de 2 doses aos 2 e 4 meses de idade e 1 reforço aos 12 meses, podendo ser aplicada até os 4 anos e 11 meses de idade (MIRANDA *et al.*, 2022).

A Meningocócica C conjugada previne contra as doenças provocadas pelo meningococo C, como a meningite. A via de aplicação é intramuscular e o esquema padrão do PNI propõe: 1ª dose aos 3 meses, 2ª dose aos 5 meses, reforço aos 12 meses, que pode ser aplicado até antes da criança completar 5 anos. Outra vacina utilizada na prevenção contra o meningococo é a vacina Meningocócica conjugada quadrivalente (ACWY), esta contém antígenos dos meningococos dos sorogrupos A, C, W e Y, dessa forma apresenta maior espectro de proteção (MIRANDA *et al.*, 2022).

A vacina pentavalente é indicada para proteção contra a difteria, o tétano, a coqueluche, a hepatite B e as infecções causadas pelo *Haemophilus influenzae* b. O esquema vacinal corresponde a 3 doses, sendo a primeira aos 2, a segunda aos 4 e a terceira aos 6 meses de idade, garantindo um intervalo de 60 dias entre as doses. Doses de reforço com a vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis (DTP), devem ser administradas aos 15 meses e aos 4 anos de idade (MIRANDA *et al.*, 2022).

A vacina poliomielite (inativada) (VIP) é uma vacina trivalente, administrada via intramuscular, indicada para prevenir a poliomielite causada pelos vírus do tipo 1,2 e 3. O esquema vacinal é realizado com 3 doses e 2 reforços. As três primeiras doses devem ocorrer aos 2,4 e 6 meses com a VIP. O PNI determina que os reforços devem ser realizados aos

15 meses e aos 4 anos de idade com a VOP (atenuada) de forma oral, sendo duas gotas a cada dose (MIRANDA *et al.*, 2022). Vale destacar que, para aumentar a adesão dessa imunização, no ano de 1990 foi criado o personagem “Zé Gotinha”, o qual cativou muitas crianças na época e é usado até os dias de hoje para promover e estimular diversas campanhas de vacinação (ALMEIDA, 2022).

A vacina Febre Amarela é composta de vírus vivos atenuados, deve ser aplicada por via subcutânea e está indicada para a prevenção da febre amarela. A vacina é altamente eficaz na proteção contra a doença. No esquema vacinal brasileiro são indicadas duas doses da vacina para crianças menores de 5 anos de idade, aos 9 meses e 4 anos. Já quando a vacina é aplicada acima de 5 anos o esquema preconizado é de dose única no PNI, porém a aplicação de uma segunda dose para crianças e adolescentes que iniciaram o esquema acima desta idade é desejável, com o intuito de prevenir eventuais falhas vacinais (DIOCLÉCIO JUNIOR *et al.*, 2021).

A vacina Tríplice Viral protege contra o sarampo, a caxumba e a rubéola, é composta pelos três vírus vivos atenuados e sua aplicação é por via subcutânea. O PNI recomenda a vacinação de rotina na infância com duas doses, sendo a primeira aos 12 meses com a tríplice viral e a segunda aos 15 meses de idade com a tetra viral (DIOCLÉCIO JUNIOR *et al.*, 2021). Devido seu processo de fabricação – cultivada em ovos embrionados de galinha - a vacina apresenta alguns traços de proteína do ovo da galinha, mas somente indivíduos com formas graves de alergia ao ovo não devem receber as vacinas que possuem tal componente (BRASIL, 2019; GUIMARÃES, 2021; MIRANDA *et al.*, 2022).

A vacina Tetra Viral Varicela (SCRV), protege contra sarampo, caxumba, rubéola e varicela e possui o seguinte esquema vacinal: uma dose de vacina tríplice viral aos 12 meses e uma dose de vacina SCRIV aos 15 meses de idade. A dose de SCRIV deve ser administrada após uma dose anterior da SRC. A vacina tetra viral pode ser aplicada até aos menores de seis anos de idade (SANTOS, 2019).

A vacina Varicela protege contra a infecção causada pelo vírus varicela-zóster e é a forma mais eficiente de prevenção, sendo aplicada por via subcutânea e possuindo raros efeitos adversos. No Brasil, a vacina está disponível no PNI em duas doses: aos 15 meses na formulação tetraviral/SCRIV (sarampo, rubéola, caxumba e varicela) e aos 4 anos de idade, na apresentação monovalente (DIOCLÉCIO JUNIOR *et al.*, 2021).

A vacina contra a Hepatite A utiliza o antígeno do vírus inativado aplicada por via intramuscular. O esquema vacinal é oferecido pelo PNI em dose única aos 15 meses, podendo ser aplicada até os 5 anos, sendo raros os seus efeitos adversos (DIOCLÉCIO JUNIOR *et al.*, 2021; MIRANDA *et al.*, 2022).

A vacina HPV realiza a prevenção contra infecções persistentes, lesões pré- cancerosas causadas pelos tipos de papilomavírus humano (HPV), câncer de colo de útero, da vulva, da vagina, do ânus e verrugas genitais. É composta pela forma inativada do vírus e é aplicada via intramuscular. O esquema vacinal proposto pelo PNI possui diferença de aplicação entre os sexos feminino e masculino em relação à idade de aplicação, sendo assim, as meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos devem ser administradas duas doses com intervalo de 6 meses entre elas (MIRANDA *et al.*, 2022).

Atualmente, com a fabricação de vacinas contra a COVID-19, a SBIm propõe a utilização da vacina Pfizer, na forma “baby” com três doses (6 meses a 4 anos), “ped” com duas doses e uma dose de reforço (5 a 11 anos) e normal também com duas doses e uma dose de reforço (adolescentes acima de 12 anos). Outra vacina utilizada nas crianças, porém de maneira alternativa, é a CoronaVac, aplicada em crianças acima de 3 anos de idade, seguindo o esquema com duas doses e mais uma dose de reforço (SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÃO, 2023).

Logo, é importante que todo esse esquema vacinal, classificado como básico no Brasil, seja aplicado de maneira adequada pelas crianças, para que haja o controle, a eliminação e a erradicação de doenças que são facilmente preveníveis pela imunização. Assim, a imunização deve ser entendida como algo positivo, que altera o curso das patologias e reduz a morbimortalidade causada por essas infecções (MARTINS, SANTOS, ÁLVARES, 2019).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A importância de manter o calendário vacinal completo dentro do recomendado pelo Programa Nacional de Imunizações, está na prevenção de doenças e promoção da saúde para a população, garantindo qualidade de vida e evitando que ocorram surtos de doenças que podem ser prevenidas. Por isso, conhecer um pouco do funcionamento de cada uma das vacinas ofertadas desde o nascimento, pode contribuir para maior adesão às imunizações.

Dessa forma, esse estudo busca trazer informações acerca da temática abordada, com intuito de levar conhecimento à população, reforçando que a vacinação é uma das formas mais eficazes para evitar as doenças imunopreveníveis e visando reduzir a morbimortalidade de tais infecções.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F. S. **Evolução e consolidação afetiva da marca Zé Gotinha nas campanhas publicitárias de vacinação.** 2022. 105f. Tese (Doutorado em Pós-Graduação em Design) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Calendário Nacional de Vacinação. 2023 Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-nacional-de-vacinacao>>.

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz: uma instituição a serviço da vida. **Quais as vacinas que contêm ovo na sua composição?** [Manguinhos, RJ]: FIOCRUZ, 2019. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/pergunta/quais-vacinas-que-contem-ovo-na-sua-composicao>

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de procedimentos para vacinação. 4ª ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 2001 [acesso em 2023 jun 06].

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações: 30 anos. Brasília, 2003. Disponível em: . Acesso em: 7 jun. 2023.

CORRÊA, S. M. C. et al. As possíveis causas da não adesão à imunização no Brasil: uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 4, p. e7030, 7 abr. 2021.

DIOCLÉCIO JÚNIOR, C.; BURNS, Dennis Alexander R.; LOPEZ, Fábio A. Tratado de pediatria. v.2. Editora Manole, 2021.

GUIMARÃES, B. N. A. **Reação adversa imediata à vacina febre amarela e alergia ao ovo em uma população pediátrica atendida em um centro de referência para imunobiológicos especiais.** 2021. 73f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Materno-Infantil) – Universidade Federal Fluminense, 2021.

LOUZEIRO, et al. A importância da vacinação em gestantes: uma revisão sistemática da literatura no período de 2003 a 2012. *Revista Interdisciplinar, [S. l.]*, v. 7, n. 1, p. 193– 203, 2014. Disponível em: <https://uninovafapi.homologacao.emnuvens.com.br/revinter/article/view/241>. Acesso em: 6 jun. 2023.

MARTINS, K. M.; SANTOS, W. L.; ÁLVARES, A. C. M. A importância da imunização: revisão integrativa. **Revista de Iniciação Científica e Extensão – REIcEn**, v. 2, n. 2, p. 96-101, 2019.

MIRANDA, A. L. A. O. et al. Imunização Infantil. **Estudos Avançados sobre Saúde e Natureza, [S. l.]**, 2022.

MOLINA, A. C. G. I.; CARVALHO LR, JÚNIOR AC. Situação vacinal infantil e características individuais e familiares do interior de São Paulo. Maringá. *Acta Scientiarum. Health Science*. 2007, v. 29, n. 2, p. 99-106. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article>. Acesso em: 7 jun. 2023.

NOGUEIRA, R. A. S. B. et al. A REVOLTA DA VACINA E SEUS IMPACTOS. **Científic@ - Multidisciplinary Journal**, v. 8, n. 2, p. 1–10, 2021.

SANTOS, M. P. N. **Conhecimento de alunos de escola pública do Recife sobre o Sarampo, sua vacina e situação atual.** 2019. 49f. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Ciências Biológicas) – Universidade Federal Rural de Pernambuco, 2019.

SANTOS, Z. M. S.; ALBUQUERQUE, V. L. M.; SAMPAIO, F. H. S. Vacinação –o que o

SBI. Sociedade Brasileira de Imunização. Covid-19. São Paulo. Disponível em: <https://sbim.org.br/covid-19>

SILVEIRA, et al. Controle de vacinação de crianças matriculadas em escolas municipais da cidade de São Paulo. Rev. esc. enferm. 2007 [acesso em 2023 jun 7];

SOUSA, C. de J.; VIGO, Z. de L.; PALMEIRA, C. S. COMPREENSÃO DOS PAIS ACERCA DA IMPORTÂNCIA DA VACINAÇÃO INFANTIL. Revista Enfermagem Contemporânea, [S. l.], v. 1, n. 1, 2012. DOI: 10.17267/2317-3378rec.v1i1.39. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/39>. Acesso em: 6 jun. 2023.

CAPÍTULO V

DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR

NEUROPSYCHOMOTOR DEVELOPMENT

DOI: 10.51859/amplla.pdp645.1123-5

Maria Eduarda de Sousa Sgeccia Morais¹

Eduardo Lasmar Fernandes¹

Thaís Allemagne Carvalho Vilarinho¹

Laís Moreira Borges Araujo²

¹ Graduando do curso de Medicina, Centro Educacional de Patos de Minas – UNIPAM

² Docente do curso de Medicina, Centro Educacional de Patos de Minas – UNIPAM

RESUMO

Desenvolvimento neuropsicomotor é o meio pelo qual os bebês vão adquirindo habilidades essenciais para a vida em sociedade e para a realização de necessidades vitais. Nesse viés, os pais e responsáveis são os principais fornecedores de estímulos para que capacidades como o movimento de pinça, o sorriso, o controle do xixi e a caminhada, por exemplo, sejam desenvolvidos adequadamente nas crianças. Assim, é preciso conhecer quais os domínios que se desenvolvem nesse processo, bem como as formas corretas de oferecer os estímulos necessários em cada faixa etária e, também, reconhecer os sinais de alerta e saber quem procurar em caso de atraso dos marcos esperados. Muitas informações estão disponíveis nas redes sociais e na credence popular e, nem sempre, são reconhecidas e indicadas pelos órgãos de saúde. Portanto, esse capítulo, por meio de uma revisão bibliográfica dos documentos produzidos pelo Ministério da Saúde, pela Sociedade Brasileira de Pediatria e artigos publicados em revistas de saúde renomadas, objetiva apresentar orientações cientificamente aprovadas e recomendadas de forma clara e objetiva para pais, mães e responsáveis.

Palavras-chave: Atraso no desenvolvimento. Desenvolvimento Infantil. Pediatria.

ABSTRACT

Neuropsychomotor development is the means by which babies acquire essential skills for life in society and for the fulfillment of vital needs. In this bias, parents and guardians are the main stimulus providers so that abilities such as pinching, smiling, pee control and walking, for example, is properly developed in children. Thus, it is necessary to know which domains is developed in this process, as well as the correct ways to offer the necessary stimulus in each age group and recognize the warning signs and know whom to look for in case of delay of the expected milestones. A lot of information is available on social networks and in popular belief and is not always recognized and indicated by health agencies. Therefore, this chapter, through a bibliographic review of the documents produced by the Ministry of Health, by the Brazilian Society of Pediatrics and articles published in renowned health journals, aims to present scientifically approved and recommended guidelines, in clear and objective way, for fathers, mothers and guardians.

Keywords: Child development. Development delay. Pediatrics.

1. INTRODUÇÃO

O desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) é uma transformação complexa, contínua, dinâmica e progressiva que acontece desde a vida intrauterina em diversas áreas do indivíduo (BRITO *et al*, 2021).

Por exemplo, um recém-nascido ainda não consegue levar um alimento à boca sozinho, não consegue interagir com as pessoas ao seu redor, não consegue expressar o que sente e nem caminhar para o banheiro ou para o quarto. Tais habilidades, essenciais para a vida humana, vão se desenvolvendo conforme as estruturas do corpo do bebê amadurecem e conforme os estímulos ambientais são oferecidos à criança (BRASIL, 2012).

O fortalecimento dessas habilidades ao longo dos meses é o que chamamos de DNPM. “Neuro” pois o sistema nervoso, composto pelo cérebro, pela medula, pelos nervos e outras estruturas é o principal sistema que amadurece nesse processo. “Psico”, devido ao ganho de competências como a linguagem, a criatividade, a autonomia e o raciocínio. E motor, pois há o desenvolvimento de capacidades tais como o movimento de pinça dos dedos, o controle do xixi e a caminhada (SBP, 2017).

Diante disso, é notório a importância da atenção tanto de profissionais de saúde quanto responsáveis, pais e familiares sobre o DNPM das crianças devido à necessidade de intervenção precoce assim que detectado alguma alteração e anormalidade (SANTOS *et al.*, 2017). Ademais, é imprescindível o papel que os adultos, principalmente, possuem em estimular desde bebê o potencial de desenvolvimento de habilidades do indivíduo para alcançar uma maior competência neuropsicomotora (MUNIZ *et al.*, 2022).

No entanto, com o fácil acesso às redes sociais, juntamente com as opiniões de amigos e familiares, muitas vezes os pais, principalmente de primeira viagem, se sentem perdidos frente ao mar de informações, as quais, muitas das vezes, não são reconhecidas e indicadas pelos órgãos de saúde, sendo pautadas na credence popular.

Assim, o presente estudo, com base em documentos oficiais do Ministério da Saúde, da Sociedade Brasileira de Pediatria e em outros artigos publicados em boas revistas de saúde, visa a disseminação de informações científicas a fim de que haja uma maior adesão dos pais e responsáveis no empenho e cuidado no período da infância e, conseqüentemente, mais crianças sejam beneficiadas no seu desenvolvimento e auxiliadas pelos profissionais especializados quando necessário.

Portanto, esse estudo tem o objetivo de apresentar os principais marcos do DNPM infantil e suas áreas sensoriais, motoras e sociais, assim como o desenvolvimento cognitivo infantil de Jean Piaget. Nesse viés, de acordo com o que a Caderneta da Criança do Ministério da Saúde (2022) indica, será abordado a importância e a maneira de realizar estímulos a fim de que ocorra o correto desenvolvimento. Logo, esse capítulo também irá expor os sinais que indicam atraso no desenvolvimento neuropsicomotor de acordo com a idade, com o objetivo de alertar os pais a buscarem ajuda.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1. ÁREAS DO DNPM

2.1.1. Desenvolvimento segundo Jean-Piaget

A fim de descrever as áreas de desenvolvimento infantil, Jean Piaget, psicólogo, biólogo e pensador, foi responsável por teorias que contribuíram para o entendimento do desenvolvimento infantil e aprendizagem das crianças. Dessa maneira, foram apresentados quatro estágios, sendo eles o sensório-motor, pré-operatório, operatório concreto e o período das operações formais.

No primeiro estágio ou estágio sensório-motor, delimitado de zero a dois anos, Piaget afirma que os lactentes passam de reflexos e comportamentos aleatórios para crianças orientadas para uma meta. Nesse sentido, foram observados seis subestágios, nos quais o bebê aprende a coordenar os dados e organizar suas atividades em relação ao ambiente de uma forma que a tentativa e o erro são essenciais para concretizar símbolos e conceitos. Não só isso, mas também são observadas as reações circulares, nas quais os bebês reproduzem eventos agradáveis que foram descobertos ao acaso (PAPALIA, 2022).

O segundo estágio, denominado pré-operatório abrange crianças de 2 a 7 anos apresenta uma grande expansão do pensamento simbólico ou capacidade representacional, acompanhado de entendimentos progressivos de espaço, causalidade, identidades, categorização, números e uma certa empatia. São comuns situações em que não são mais necessários estímulos sensoriais para evocar objetos, por exemplo. Desse modo, conseguem vincular mentalmente dois eventos, contar números e lidar com quantidades como repartir igualmente balas. Logo aspectos imaturos típicos são observados, com destaque para a “centração”, ou seja, tendem a se concentrar apenas em um aspecto de uma situação e negligencia o resto, correlacionado ao egocentrismo e ao animismo, no qual atribui vida a objetos inanimados (PAPALIA, 2022).

Por volta dos sete anos, Piaget descreve o terceiro estágio ou operatório concreto o qual é caracterizado pelo uso de operações mentais já consolidadas para resolver problemas concretos com pensamentos mais lógicos. Nesse sentido, as crianças adquirem um melhor entendimento dos conceitos espaciais, causalidade, categorização, raciocínio indutivo e dedutivo. Sob esse ponto de vista, as crianças têm noção sobre a distância de um local para o outro, tirar conclusões a partir de observações, fazer contas matemáticas de cabeça e deduzir relações entre objetos (PAPALIA, 2022).

O último estágio ou estágio das operações formais é descrito aproximadamente dos onze aos quinze anos. Sob esse ponto de vista, os indivíduos desenvolvem um raciocínio hipotético-dedutivo, uso de estruturas lógicas e matemáticas, construção de teorias e abstrações (CAVICCHIA, 2010).

2.1.2. Desenvolvimento da fala

O desenvolvimento normal da fala e da linguagem é baseado na capacidade de ouvir, compreender, lembrar e ter uma interação social. As capacidades receptivas e expressivas das crianças apresenta marcos divididos por idade, para facilitar o acompanhamento e a avaliação. Dessa forma, do nascimento até os três anos, o recém-nascido se assusta com sons altos, reconhece vozes, esboça sorriso quando falam com ela e fazem sons de prazer. Nesse sentido, dos quatro aos seis meses os lactentes movem os olhos em direção aos sons, percebem músicas e brinquedos que emitem sons, balbuciam sons e tentam vocalizar emoções (NELSON, 2017).

A partir dos sete meses o bebê já brinca de “esconde, achou”, bate palmas, se vira em direção aos sons, responde à pedidos, imita diferentes sons e tem uma ou duas palavras como “papá” e “mama”. Desse modo, a partir de um ano a criança aponta para partes do corpo, segue comandos simples, junta duas palavras e aumenta mais palavras a cada mês. Após os dois anos de idade, significados são compreendidos, seguem pedidos mais elaborados, nomeia objetos e usa frases com duas a três palavras. Já a partir dos três anos compreendem perguntas, fala sobre atividades da escola, usa frases com quatro palavras ou mais e fala com mais facilidade. Por fim, dos quatro aos cinco anos entendem a maior parte do que é ouvido tanto em casa quanto na escola, uso de frases detalhadas, conta histórias e se comunicam de uma forma mais fácil e natural (NELSON, 2017)

Os primeiros anos de vida são cruciais para o desenvolvimento correto da fala, logo são necessários estímulos e atenção para a possível presença de algum distúrbio da fala, como a gagueira, por exemplo. Nesse ponto de vista, a aprendizagem pode ser prejudicada por disfunções sensoriais, problemas emocionais ou privação de experiências, logo é visto a importância de uma avaliação ampla para se identificar o que pode causar esse atraso.

2.2. IMPORTÂNCIA DE ESTÍMULOS E DE ESTRATÉGIAS PARA O DNPM INFANTIL

É de extrema importância compreender que a criança ao nascer possui um extremo potencial de DNPM. Entretanto, é necessário ressaltar que quanto mais estímulos e o tipo desses incentivos que ela receber, maior será a possibilidade na aquisição de novas habilidades e na complexidade da execução delas (MUNIZ *et al.*, 2022). Nesse contexto, o acompanhamento

precoce e próximo tanto dos responsáveis quanto de profissionais de saúde visa a amplificação das competências da criança, principalmente na primeira infância, a qual compreende o período de zero a seis anos, e que refletirá ao longo de toda a vida da pessoa. (BRASIL, 2013). Então, há alguns aspectos que são precisos de prestarem atenção de acordo com a idade e o estágio em que a criança está para que diante de qualquer detecção de atraso, uma intervenção possa ser feita e um agravo seja prevenido ou tratado.

Do nascimento até 4 meses de idade, de acordo com a Caderneta de Saúde da Criança de 2013, é imprescindível a demonstração de afeto com o bebê e a comunicação com contato visual para que a criança se sinta amada e com suas necessidades ouvidas, além de que a voz da mãe, por exemplo, costuma acalmar o neném. Também, o estímulo com objetos coloridos e brincadeiras podem incentivar a criança a brincar com a própria voz. Ademais, colocar o bebê de bruços e utilizar brinquedos para chamar sua atenção pode fortalecer os músculos do pescoço e melhorar a sustentação de sua cabeça (BRASIL, 2013).

Já de 4 a 6 meses, o aprendizado sobre a expressão de desejos e desconfortos pode ser estimulado pelo oferecimento de itens para o bebê, com o aguardo para ver suas reações (BRASIL, 2013). Outrossim, na Caderneta de Saúde da Criança de 2013, é enfatizada a necessidade do sono mais prolongado à noite, também de estímulos sonoros fora do alcance da criança para que o bebê tente compreender a localização, além do incentivo ao rolar infantil, com o uso de objetos interessantes para a criança.

De 6 a 9 meses, a atenção é imprescindível para o desenvolvimento infantil, devido a busca da criança por aprovação e satisfação do outro diante de suas ações. Além disso, sobre uma superfície confortável colocada no chão, é importante o estímulo de se sentar, engatinhar e arrastar (BRASIL, 2013). Também, segundo a Caderneta de Saúde da Criança de 2013, o uso de brinquedos de fácil manuseio é bom para que ela brinque de passar de uma mão para outra e a conversação intensificada dos responsáveis pela criança com ela, através de cantos e palavras possíveis de repetição são excelentes recursos para o seu progresso.

De 9 meses a 1 ano, de acordo Caderneta de Saúde da Criança de 2013, brincadeiras utilizando músicas e com gestos buscando reações da criança, além de uso de livros ilustrados para uma conversação dos responsáveis com elas são recursos de extrema importância no desenvolvimento infantil nessa idade. Ademais, colocar objetos pequenos para o uso do movimento de pinça, que consiste na utilização de dois dedos é ótimo, porém precisa ser feito sempre na presença de um adulto para que não ocorra acidentes. Além disso, a criança precisa ser colocada no chão para que possa se levantar e andar se apoiando em móveis próximos a ela, por exemplo (BRASIL, 2013).

De 1 ano a 1 ano e 3 meses, na Caderneta de Saúde da Criança de 2013, é evidenciado nessa idade a necessidade de firmeza e clareza das pessoas com a criança, para compreender o certo e o errado, e alguns afastamentos rápidos são importantes para que a ausência dos responsáveis não seja um temor. Além disso, o incentivo com objetos de tamanhos diferentes é um bom recurso para a criança aprender a encaixar e desencaixar um do outro. Outrossim, a locomoção com segurança deve ser oportunizada para que a habilidade do andar sozinho seja adquirida (BRASIL, 2013).

De 1 ano e 3 meses a 1 ano e 6 meses, a continuidade do estabelecimento de limites é muito importante, além de ordens simples dadas pelos responsáveis e oportunidades criadas para a criança andar para frente e para trás (BRASIL, 2013). Também, conforme estabelecido na Caderneta de Saúde da Criança de 2013, o estímulo da criatividade por meio de rabiscos com papel e giz de cera e a companhia dos familiares em ouvir música, dançar e contar pequenas histórias são grandes incentivos. 1 ano e 6 meses a 2 anos, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde na Caderneta de Saúde da Criança de 2013, primeiramente com ajuda, a criança precisa ser estimulada a vestir e retirar suas roupas, brincar de chutar bola no gol e empilhar brinquedos após os responsáveis demonstrarem. Ademais, nessa idade há a demonstração das vontades próprias e o desafio de limites e elevado uso da palavra não, além da formação de algumas frases simples (BRASIL, 2013).

De 2 anos a 2 anos e 6 meses, é um período em que é preciso um estímulo de independência em atividades de autocuidado diário e o incentivo com leveza no controle das necessidades fisiológicas, sem pressão para a criança, motivando posteriormente o uso do sanitário (BRASIL, 2013). Além disso, a Caderneta de Saúde da Criança de 2013 defende que é extremamente importante a interação com outras crianças em momentos recreativos nessa idade.

De 2 anos e 6 meses a 3 anos, de acordo com o documento de 2013 desenvolvido pelo Ministério da Saúde é necessário estimular brincadeiras envolvendo duas ou mais pessoas e um diálogo constante com a criança sobre seu dia e seus amigos. Ademais, incentivar a criatividade através de atividades lúdicas e motivar a fala da criança questionando sobre objetos domésticos e figuras de animais, por exemplo, para auxiliar na sua linguagem e inteligência (BRASIL, 2013).

Portanto, é irrefutável que o DNPM da criança é um fator a ser estimulado e observado constantemente tanto por pais ou responsáveis e profissionais da saúde, o que é excelente também no vínculo com a criança. Assim, como é defendido na Diretrizes de estimulação precoce crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, de 2016,

além de trazer diversos benefícios para a criança, esses incentivos e acompanhamento de perto podem possibilitar um diagnóstico precoce e intervenções clínico-terapêutica quando detectado necessidade e melhorar significativamente a qualidade de vida desde a infância e ao longo de sua existência.

2.3. ATRASO NO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR

2.3.1. O que é atraso no desenvolvimento?

Atraso no desenvolvimento: é uma condição em que a criança não está se desenvolvendo e/ou não alcança as habilidades de acordo com a sequência esperada nas faixas etárias. O diagnóstico, de acordo com a Academia Americana de Neurologia e o Comitê de Neurologia Infantil é dado quando há atraso em dois ou mais domínios do desenvolvimento -físico, cognitivo, linguístico e socioemocional (DORNELAS, DUARTE, MAGALHÃES, 2015).

As consultas de puericultura são essenciais para acompanhar o desenvolvimento do bebê e identificar atrasos de forma precoce, permitindo iniciar condutas de tratamento e de reabilitação adequadas o quanto antes. (BRASIL, 2016).

O atraso do desenvolvimento pode ser influenciado por diversas condições da infância, desde a concepção/fecundação, gravidez e parto: subnutrição, doenças do sistema nervoso, doenças genéticas como a Síndrome de Down, contaminação por alguns tipos de vírus como o Zika vírus, entre outros (DORNELAS, DUARTE, MAGALHÃES, *et al*, 2015). É importante destacar essa informação, pois muitos pais e cuidadores se culpam pelo atraso das crianças e saber que muitos fatores podem influenciar tal processo nos fazer perceber que, nem sempre, podemos controlar todos eles.

2.3.2. Quais as consequências desse atraso?

As consequências variam de acordo com o domínio afetado e de acordo com o grau de atraso. O desenvolvimento das áreas motoras, da cognição e da linguagem são importantes para a formação de habilidades necessárias para autonomia, para a vida em sociedade e para a satisfação das necessidades pessoais (BRASIL, 2016).

O domínio motor é necessário para que o bebê adquiria controle sobre sua musculatura, possibilitando-o sentar-se, engatinhar e andar. Um atraso nessa competência prejudica essas atividades. Já um atraso no componente motor fino traria prejuízos na capacidade de segurar um alimento e levá-lo à boca ou até mesmo na pega de uma caneta para escrever, por exemplo (SBP, 2017).

O domínio socioemocional é de extrema importância para a comunicação e se não for desenvolvido adequadamente, o indivíduo apresenta dificuldades de regulação emocional,

autoestima, autocontrole, consciência e comportamento social, entre outros. (MOTTA; ROMANI, 2019).

A linguagem é um dos domínios que se desenvolve nos primeiros anos de vida das crianças e é essencial para que aprendam a pronunciar palavras, se expressar através de gestos, a esperar a vez do outro falar, e muitas outras habilidades. (SBP, 2017). Tais habilidades podem ficar prejudicadas se não forem devidamente desenvolvidas.

2.3.3. Quais os sinais de alerta? O que fazer se eu os identificar na minha criança?

De acordo com a tabela dos marcos de DNPM é possível acompanhar o que o bebê, de acordo com os meses, deve ser capaz de fazer. Assim, caso sua criança não esteja realizando as atividades esperadas na idade em que ela se encontra, é preciso entrar em alerta e conversar com um profissional de saúde.

Por exemplo, aos dois meses, o bebê deve ser capaz de observar os movimentos das coisas, sorrir para as pessoas, levar as mãos à boca e manter a cabeça erguida ao elevar o tronco quando está de bruços. Se alguma dessas habilidades não estiver presente, é importante comunicar ao pediatra, à enfermeira ou à (ao) médica (o) da família da sua Unidade Básica de Saúde (SBNI, 2019).

Existe um material da Sociedade Brasileira de Neurologia Infantil (SBIN) chamado “Aprenda os sinais. Aja cedo” o qual, de uma forma bem prática e didática, mostra o que é esperado que os bebês façam com cada idade e os sinais de alerta em cada uma dessas etapas. É um ótimo guia para pais e cuidadores acompanharem o Desenvolvimento Neuropsicomotor de suas crianças. Ele está disponível de forma online e é facilmente encontrado nas plataformas de busca ao se digitar “Aprenda os sinais. Aja cedo” (SBNI, 2019).

Vale ressaltar que através do estímulo precoce adequado é possível amenizar e até evitar prejuízos nas habilidades dessas crianças. O quanto antes os sinais de alerta forem percebidos, mais rápido será o diagnóstico e mais eficiente serão as estratégias para reabilitação e tratamento dos pequenos (BRASIL, 2016).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse capítulo, escrevemos sobre DNPM, um processo essencial vivido pelos bebês desde a vida intrauterina. Por meio dele, as crianças vão adquirindo diversas habilidades essenciais para a autonomia, para a vida em sociedade e para a realização das necessidades vitais básicas.

Além dos profissionais de saúde, os quais devem estar preparados para acompanhar o desenvolvimento de cada criança durante as consultas de puericultura, os pais e/ou responsáveis pelos pequenos também têm responsabilidades nesse processo: oferecer estímulos de forma adequada, acompanhar se os marcos estão sendo atingidos, estarem atentos a atrasos e procurar ajudar ao perceberem sinais de alerta.

Dessa forma, ao longo dessa seção, procuramos apresentar, de forma clara e objetiva, informações essenciais sobre esses temas, objetivando orientar e apoiar, principalmente, as mães e os pais de primeira viagem. Hoje em dia, além das opiniões de amigos e familiares, as redes sociais também despejam muitas informações em cima das mães e dos pais e é comum encontrá-los perdidos frente a tanto conteúdo, muitas vezes sem boas fontes de recomendação.

Portanto, toda orientação apresentada nesse capítulo foi retirada de documentos elaborados pelo Ministério da Saúde, pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou de obras bem avaliadas pelos pediatras, sendo de excelente qualidade para instruir e orientar sobre o DNPM de nossas crianças.

Vale ressaltar que os artigos, os livros e os demais documentos utilizados ao longo desse texto estão descritos na parte de REFERÊNCIAS e podem ser facilmente encontrados nas plataformas de pesquisa.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta de saúde da criança - menino. 8 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 92p. Passaporte da cidadania.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. Brasília, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_estimulacao_crianças_0a3anos_neuropsicomotor.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento. CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde Materno Infantil. Coordenação-Geral de Saúde Perinatal e Aleitamento Materno. Caderneta da criança: menina: passaporte da cidadania. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. 112 p.

BRITO, Leandro Cardoso Dos Santos, et al. Knowledge of caregivers and factors associated with neuropsychomotor development in children. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília-DF, Vol.75. Nov, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/wzVsd9wL3rwJ99xkLGBZbYH/?lang=en>.

CAVICCHIA , Durlei de Carvalho. O Desenvolvimento Da Criança Nos Primeiros Anos De Vida, UNESP, 2010.

DORNELAS, Lílian de Fátima; DUARTE, Neuza Maria de Castro; MAGALHÃES, Lívia de Castro. Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor: mapa conceitual, definições, usos e limitações do termo. Revista Paulista de Pediatria, São Paulo, vol. 33, nº 1, p. (88-103), 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/rWNf3F7qSTGLbWRP6hzLkRP/?format=pdf&lang=pt>.

MOTTA, Pierre Cerveira; ROMANI Patrícia Fasolo. A educação socioemocional e suas implicações no contexto escolar. Psicologia da Educação, São Paulo, Nº 49, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-69752019000200006#:~:text=As%20caracter%C3%ADsticas%20avaliadas%20mais%20pre-sentes,social%20e%20problemas%20de%20conduta.

MUNIZ, Najla Carolina Thomas et al. A IMPORTÂNCIA DO ESTÍMULO PARA O DESENVOLVIMENTO

NELSON, W. E et al. Nelson Tratado de Pediatria. 20ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

NEUROPSICOMOR INFANTIL. Anais da Semana Universitária e Encontro de Iniciação Científica (ISSN: 2316- 8226), v. 1, n. 1, 2022.

PAPALIA, Diane, E. e Gabriela Martorell. Desenvolvimento humano. Disponível em: Minha Biblioteca, (14th edição). Grupo A, 2022.

SANTOS, Letícia Rocha et al. Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor por meio da escala motora infantil Alberta e a sua importância na intervenção precoce. Revista Pesquisa E Ação, v. 3, n. 2, p. 36- 45, 2017.

SBNI. SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROLOGIA INFANTIL Aprenda os sinais. Aja cedo. São Paulo, 2019. Disponível em: https://sbni.org.br/wp-content/uploads/2019/09/1568137484_livreto_alta.pdf.

SBP. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Tratado de Pediatria, Volume 1. Barueri: Editora Manole, 2017. E-book. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520455869/>. Acesso em: 18 mai. 2023.

CAPÍTULO VI

IMPLICAÇÕES DO USO DE TELAS NO DESENVOLVIMENTO INFANTOJUVENIL

IMPLICATIONS OF SCREEN USE ON CHILD AND YOUTH DEVELOPMENT

DOI: 10.51859/amplla.pdp645.1123-6

Fabiana de Souza Silva ¹
Pedro Augusto Batista Borba ¹
Samantha Stephany Silva Martins ¹
Flávio Rodrigues de Almeida ²

¹ Graduando do curso de Medicina - Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM)

² Graduado do curso de Medicina- Docente do Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM)

RESUMO

A tecnologia trouxe avanços na modernidade, principalmente ao que se refere educação e saúde. A qualidade de vida se tornou cada vez mais positiva na vida das pessoas, decorrente dessa evolução. Porém, o uso de aparelhos eletrônicos precocemente pode ser um prejuízo para o desenvolvimento neuropsicomotor do público infantil, haja vista que o desdobramento desse processo ocorre na infância. Com o auto índice de informações advindas do toque na tela de um dispositivo pode ativar o sistema de recompensa, com a liberação de dopamina, estimulando prazer nesses indivíduos, o que pode gerar dependência do uso desses aparelhos. Ademais, estudos demonstram que o uso exacerbado de dispositivos digitais, por crianças, culmina em distúrbios do sono, atraso da linguagem e problemas comportamentais e psicológicos. Além disso, o uso de telas está relacionado com a maior risco de desenvolvimento de obesidade, transtornos de ansiedade, depressão e sintomas similares ao TDAH, em crianças expostas. Nesse ínterim, diretrizes foram criadas para tentar retardar essas alterações, dentre as quais, o uso de telas em crianças menores de 2 anos não é recomendado e o uso destes por crianças entre 2 e 5 anos deve ser limitada e supervisionada pelos responsáveis.

Palavras-chave: Uso de telas. Desenvolvimento infantil. Tempo de tela.

ABSTRACT

Technology has brought advances in modernity, especially with regard to education and health. Quality of life has become increasingly positive in people's lives as a result of this evolution. However, the early use of electronic devices can be detrimental to the neuropsychomotor development of children, given that the unfolding of this process occurs in childhood. With the auto index of information coming from the touch on the screen of a device, it can activate the reward system, with the release of dopamine, stimulating pleasure in these individuals, which can lead to dependence on the use of these devices. Furthermore, studies show that the exacerbated use of digital devices by children culminates in sleep disorders, language delay and behavioral and psychological problems. In addition, the use of screens is related to a higher risk of developing obesity, anxiety disorders, depression and ADHD-like symptoms in exposed children. In the meantime, guidelines were created to try to delay these changes, among which, the use of screens in children under 2 years of age is not recommended and their use by children between 2 and 5 years of age must be limited and supervised by those responsible.

Keywords: Use of screens. Child development. screen time.

1. INTRODUÇÃO

O uso de telas tornou-se um tema de destaque na atualidade, envolvendo diversas pesquisas médicas e evidências científicas, uma vez que essa é a realidade cada vez mais presente no Brasil e no mundo. A exposição cada vez mais precoce do público infantil aos aparelhos eletrônicos tem gerado grande preocupação nos pais, educadores e profissionais de saúde.

Embora a tecnologia possa ter benefícios para a educação e o entretenimento, o uso excessivo de telas por crianças pode trazer riscos para sua saúde física e mental. Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2019), o uso prolongado de telas está associado a uma série de problemas de saúde, incluindo obesidade, problemas de sono, risco aumentado de transtornos de ansiedade e depressão e mimetização dos sintomas de TDAH, dificultando o diagnóstico correto.

Além disso, uma pesquisa desenvolvida pelo Comitê Gestor da Internet no Brasil em 2019, com crianças e adolescentes entre 9 e 17 anos, revelou que o uso de telas eleva o risco de disseminação de conteúdos sobre automutilação, anorexia, formas de cometer suicídio, uso de drogas, conteúdo sexual e maneiras de discriminação. Outro problema enfrentado é a existência de jogos perigosos que têm causado acidentes, coma, pneumonia e desafios que incentivam eventos violentos e, até mesmo, mortes.

Dessa forma, as intervenções direcionadas para o aprendizado sobre o uso mais ético, seguro, educativo e saudável das tecnologias visam reduzir os prejuízos à saúde a curto e longo prazo, ocasionados pelo uso precoce, excessivo e prolongado das ferramentas durante a infância. Por isso, a discussão desse artigo é essencial e tem como objetivo fornecer uma visão geral sobre o tema do uso de telas na infância, expondo as diretrizes recomendadas pelo Ministério da Saúde, os efeitos potenciais na saúde física e mental das crianças e estratégias para limitar o tempo de exposição.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1. O REAL USO DE TELAS FRENTE AS DIRETRIZES RECOMENDADAS

O ser humano está em constante mudanças ao longo de sua vida, todavia é durante a infância em que há o ápice do desenvolvimento neuropsicomotor. Diante disso, compreende-se essa evolução desde a obtenção dos recursos motores, que se estendem dos primeiros movimentos involuntários até o aperfeiçoamento da coordenação fina. Além disso, há o

desenvolvimento físico do próprio sistema nervoso, o qual passará tanto por um crescimento volumétrico quanto pelo desenvolvimento de circuitos sinápticos e de neurotransmissores. Por fim, no âmbito psicológico haverá a obtenção de habilidades emocionais, de convivência e relacionamento interpessoal.

Ademais, salienta-se que de acordo com Peixoto (2020), a maturação cerebral decorre desde seu surgimento, que se dá entre a segunda e a terceira semana da gestação, encontra seu pico durante a primeira e segunda infância e finaliza durante o período do fim da adolescência e início da vida adulta, após esse período o cérebro terá apenas uma ínfima habilidade de modificações que serão advindas da plasticidade neuronal. Em virtude disso, é nesse intervalo de tempo que as interferências externas terão uma ampla capacidade de repercutir ao longo de toda vida, em razão da possibilidade de modulação das vias e circuitos cerebrais, que ainda se encontram em desenvolvimento nessa fase.

Em consonância a isso, há uma necessidade do envolvimento do ambiente e das experiências vividas para que ocorra essa maturação. Devido a capacidade do cérebro modelar e estruturar-se de acordo com os estímulos internos e externos, é dentro desse contexto que o uso de dispositivos eletrônicos tem a capacidade de influenciar nesse processo. Atualmente, estima-se que o Brasil ocupa o primeiro lugar no ranking mundial de tempo diário de uso de smartphone, tendo como média 5,4 horas de consumo de tela, o que reafirma a influência desse meio de obtenção de informação na formação das novas gerações nativas no meio digital.

Sob essa perspectiva, conforme recomendação da Sociedade Brasileira de Pediatria (2019), preconiza-se que crianças com idade inferior a 24 meses não devem fazer uso dessas ferramentas tecnológicas, com exceção de chamadas de vídeos. Outrossim, para os infantis entre 2 e 5 anos, a exposição deve ser limitada a no máximo 1 hora ao dia, entre 6 a 10 anos, delimitar a 2 horas/dia, e por fim, adolescentes entre 11 e 18 anos, restringir a 3 horas/dia, levando em conta todos os tipos de tela a qual se tem acesso. Além disso, Borges (2021) revela na necessidade de um balanço desse uso, avaliando-se não apenas o tempo despendido nessa atividade, mas a qualidade do que exposto, principalmente aos jovens, sem que haja uma exclusão completa dessa população.

Em contrapartida, Nobre et al. (2021) obteve em sua pesquisa que 94,5% das crianças avaliadas estavam expostas às telas e que 63,3% tinham um tempo superior a 2 horas por dia. Além disso, o mesmo estudo mostrou que o padrão econômico da família releva um preditivo negativo para essa balança, já que, quanto maior a renda, maior o tempo de acesso a telas, grande parte disso devido à variedade de tipos de telas disponível a essa criança. Entretanto, Nobre (2018) revelou uma associação positiva entre o nível de escolaridade dos pais e o uso

benéfico das ferramentas tecnológicas atuais, relatando uma utilização desses meios para oportunidades de estimulação no lar e promoção de aprendizagem.

2.2. POTENCIAIS EFEITOS NOCIVOS DO USO DAS TELAS

O mundo da tecnologia trouxe consigo adventos que possibilitaram a quebra de barreiras, sejam elas físicas, comunicacionais ou intelectuais. Diante disso, com essas inovações, hoje se tem acesso a uma quantidade inimaginável de informações apenas com alguns cliques, superando até a capacidade humana de absorção de conteúdo. Nesse contexto, muito se discute atualmente sobre o uso dessas tecnologias pelas crianças e adolescentes, levando em consideração que seu sistema nervoso ainda em formação pode maximizar a influência das telas nesses indivíduos.

Nesse interim, o Peixoto et al. (2020) relata acerca do alto risco de dependência que esses dispositivos podem gerar, uma vez que, quando utilizados jogos ou vídeos em tela há uma ativação do circuito de recompensa cerebral, causando prazer e tendo como produto a produção de dopamina. Além disso, esse quadro tem o fator agravante, o desenvolvimento incompleto do córtex pré-frontal, devido sua função de modulação não estar ativada, o cérebro não consegue “frear” o impulso viciante do sistema de recompensa.

Devido essa falta de freio, como resultando do aumento do tempo dispendido em frente a tela é possível observar, em um crescente, a ocorrência de distúrbios advindos da modernidade. Segundo Carvalho e Pinto (2023), os distúrbios mais observados causados pelo tempo de tela são os atrasos de linguagem, distúrbios do sono e os problemas comportamentais e psicológicos. Nesse interim, o estudo explica que a qualidade do sono é afetada tanto propriamente pela redução do tempo de sono frente ao aumento do tempo de tela, quanto pela agitação física e psíquica que as mídias sociais provocam, atrapalhando assim o processo de relaxamento do corpo. Ademais, a luz proveniente da tela tem a capacidade de desregular e suprimir a produção de melatonina referente ao ciclo circadiano.

Outrossim, os atrasos na fala estão intimamente ligados a perda da conexão familiar e interpessoal que as crianças sofrem ao imergir no uso de telas.

De acordo com o jornal da American Academy of Pediatrics (2016), a associação entre os atrasos de linguagem e o consumo de telas pode ser explicada por alguns mecanismos. Crianças abaixo de 2 anos requerem uma exploração e uma interação social ativas, com cuidadores capacitados, para o desenvolvimento cognitivo, motor, socioemocional e de fala. Em decorrência da imaturidade de suas habilidades de memória, simbolismo e atenção, crianças não conseguem aprender com uso de mídias digitais como aprendem com as interações com seus cuidadores, e existe uma dificuldade de transferência do conhecimento adquirido em telas sua para a experiência tridimensional. (CARVALHO E PINTO, 2023, p. 08)

Consoante a isso, a falta de sono junto ao uso crescente das telas está ligada ao aumento dos níveis de estresse vividos pelos infantis, o que poderia implicar em transtornos comportamentais e psicológicos. Além disso, o consumo de mídias não adequadas a idade, de jogos de videogames, o afastamento social e interiorização de problemas, acabam por alterar o entendimento e a percepção de si mesma e do mundo em que vivem dos que consomem exacerbadamente as telas. Por fim, de acordo com Passos (2021), essas atividades ligadas à tela, na infância, têm sido correlacionadas com um declínio da interação social, pior qualidade dos relacionamentos interpessoais e baixa competência social.

Além disso, outra consequência advinda do aumento do consumo das mídias sociais é a sua utilização durante as refeições. Segundo Oliveira et al (2016), o uso de telas durante os hábitos alimentares tem influenciado diretamente na qualidade desses, o estudo mostra quanto maior o tempo assistindo televisão, menor era o consumo de frutas e verduras e maior era a ingestão de aperitivos como doces, salgados e bebidas com alto teor de açúcar. Ademais, o artigo ainda aborda as questões da perda da conexão familiar durante as refeições e falta de atenção que desencadeia em uma mastigação de uma maneira não adequada.

2.3. ESCOLHAS MAIS SAUDÁVEIS

Como abordado durante todo presente estudo, o público infanto-juvenil está sendo exposto cada vez mais cedo e em maior quantidade ao mundo da tecnologia. Tendo isso em vista, sabe-se que é de dever dos pais e responsáveis regular e ofertar da melhor forma possível esse acesso. Segundo Moreira et al (2023), os adultos desempenham um importante papel na orientação e educação das crianças e adolescentes, auxiliando na tomada de decisões, porém vale ressaltar que o texto ainda cita sobre a necessidade de bons exemplos por parte dos pais, uma vez que as crianças tendem a se espelhar mais em atitudes do que ordens dadas. Além disso, o fato de os responsáveis conversarem e darem exemplo favorece no âmbito do desenvolvimento da autonomia.

Diante disso, a principal medida necessária a aqueles infantis que ficam demasiadamente em frente as telas é a redução do tempo de uso. Para que essa diminuição aconteça de forma saudável e estável recomenda-se que toda a dinâmica da residência acompanhe esse processo, sendo assim, que os pais também reduzam o tempo de tela. Outrossim, deve ser oferecido outras experiências para serem vividas no tempo que antes era ocupado pela tecnologia, possibilitando assim um maior contato familiar com jogos, disputas, esportes ou contato com a natureza.

Ademais, para o tempo restante e adequando para o uso de telas é necessário que ele seja gasto de maneira adequada e produtiva. Nesse contexto, a Sociedade Brasileira de Pediatria debate em seu manual sobre a qualidade do material ofertado à criança e umas das maneiras de verificar a relevância e adequação do que está sendo exposto é pela Classificação Indicativa.

Os critérios da Classificação Indicativa, do Ministério da Justiça e Cidadania existem com portal e guia prático, já na 3ª edição de 2018, e estão acessíveis online para consultas sobre games, filmes e vídeos e sobre quais conteúdos são (ou não) recomendados de acordo com a idade e a compreensão das crianças e adolescentes. Os conteúdos não estão proibidos ou censurados, mas são sugestões indicativas em relação aos programas de televisão, filmes, desenhos animados, jogos eletrônicos e de interpretação (RPG) em relação aos conteúdos de sexo, drogas e violência. (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2018)

Consoante a isso, outra ferramenta útil para a melhoria do acesso a telas é a ferramenta do controle parental, disponível em uma infinita gama de eletrônicos, o que possibilita os responsáveis filtrarem o tempo e o tipo de conteúdo acesso pelos menores.

Por fim, na vigência da sociedade contemporânea em que o mundo se encontra, tornou-se quase impossível o não contato dos infanto-juvenis com as telas e com isso, algumas outras dicas para ser uteis para melhorar o aproveitamento do tempo despendido nas atividades com as telas.

- Evitar o uso de recursos tecnológicos como medida para acalmar as crianças;
- Deve-se monitorar o acesso aos conteúdos nas mídias sociais e desincentivar a publicação de fotos e vídeos das crianças nessas redes;
- Desaconselha-se a manutenção de televisores e outros dispositivos eletrônicos dentro do quarto da criança;
- Recomenda-se que haja interação dos pais e aquilo que a criança está vendo, seja por explicação aplicadas a realidade vivida ou por introdução de brincadeiras inspiradas nas virtuais;
- Desaconselha-se o uso de telas durante as refeições para qualquer idade e é recomendado que o cessar do uso desses aparelhos aconteça de 1 a 2 horas antes de dormir;
- Deve ser limitado o acesso a salas de bate papo com pessoas desconhecidas e encontros com esses na realidade devem ser evitados;
- Denuncie qualquer conteúdo com teor de violência, abusos, nudez, pornografia ou outras questões deletérias ao desenvolvimento psíquico e mental da criança, sendo também responsabilidade das empresas a retirada desses conteúdos.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das considerações expostas, é evidente que o ser humano passa por um intenso processo de desenvolvimento neuropsicomotor durante a infância. Nessa fase crucial, ocorrem avanços significativos na obtenção de recursos motores, no crescimento e desenvolvimento físico do sistema nervoso, bem como na aquisição de habilidades emocionais e sociais.

É importante ressaltar que a maturação cerebral ocorre desde o início da gestação até a vida adulta, com um pico durante a primeira e segunda infância. Durante esse período, o cérebro é altamente suscetível a influências externas, devido à plasticidade neuronal e a capacidade de modulação das vias e circuitos cerebrais em desenvolvimento.

No entanto, o uso excessivo de dispositivos eletrônicos, como smartphones e tablets, tem se tornado uma preocupação cada vez maior. O Brasil, por exemplo, ocupa o primeiro lugar no ranking mundial de tempo diário de uso de tecnologias, o que reflete na influência significativa desses dispositivos na formação das novas gerações.

Estudos mostram que o uso excessivo de telas pode ter efeitos nocivos, especialmente em crianças e adolescentes. A dependência desses dispositivos pode ser uma consequência, uma vez que a ativação do circuito de recompensa cerebral e a liberação de dopamina proporciona prazer, enquanto o desenvolvimento incompleto do córtex pré-frontal dificulta o controle dos impulsos viciantes.

Distúrbios como atraso de linguagem, sono desregulado, problemas comportamentais e psicológicos têm sido associados ao tempo excessivo de uso de telas. Além disso, o consumo de mídias inadequadas para a idade e o afastamento social tem impactos negativos no desenvolvimento cognitivo, emocional e interpessoal das crianças.

Para promover escolhas mais saudáveis, é fundamental que os pais e responsáveis exerçam um papel ativo na regulação do acesso as telas. Isso envolve reduzir o tempo de uso, tanto para crianças quanto para os próprios adultos, e oferecer alternativas de atividades que estimulem o contato familiar, a prática de esportes e o contato com a natureza.

Além disso, é importante garantir a qualidade do conteúdo oferecido as crianças, utilizando a classificação indicativa como referência para verificar a adequação dos programas, filmes, jogos e vídeos de acordo com a faixa etária. O controle parental também é uma ferramenta útil para filtrar o tempo e o tipo de conteúdo acessado pelos menores.

Outras dicas relevantes incluem evitar o uso de dispositivos tecnológicos como medida para acalmar as crianças, monitorar o acesso a mídias sociais, desestimular o uso de telas

durantes as refeições, promover a interação entre pais e filhos sobre o conteúdo visualizado e denunciar qualquer conteúdo inapropriado ou prejudicial.

Em suma, o uso das telas na infância e adolescência deve ser cuidadosamente gerenciado, considerando os potenciais efeitos nocivos e buscando alternativas saudáveis e equilibradas. É responsabilidade dos pais, responsáveis, educadores e sociedade como um todo garantir que as novas gerações possam usufruir das tecnologias sem prejuízos a curto e longo prazo, tendo em vista que as interferências externas terão uma ampla capacidade de repercutir ao longo de toda a vida da criança.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maíra Lopes et al. Intervenção educativa sobre uso de mídias digitais na primeira infância. *Revista da SPAGESP*, v. 23, n. 1, p. 103-116, 2022.

AQUINO, Jayne Cristina Franco de; CAETANO, Luís Miguel Dias; DE AQUINO, Carla Cristiane Franco. Tecnologias digitais na primeira infância: experiências e riscos na interação com telas. *Interfaces da Educação*, v. 13, n. 38, 2022.

BORGES, Janice de Oliveira. Os Impactos do Uso dos Eletrônicos na Primeira Infância (0 a 3 anos). *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, v. 20, n. 2, 2021.

BRITO, Paloma Karen Holanda. Uso de telas digitais na primeiríssima infância, sob a ótica de mães e profissionais. Tese (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa. 2022.

CÂMARA, Hortência Veloso et al. Principais prejuízos biopsicossociais no uso abusivo da tecnologia na infância: percepções dos pais. *ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA*, v. 14, n. 51, p. 366-379, 2020.

CARVALHO, Lia Rezende; PINTO, Patricia Martins. A associação entre o uso de telas eo desenvolvimento infantil: uma revisão de literatura. *Research, Society and Development*, v. 12, n. 4, p. e2812440885-e2812440885, 2023.

CETIC.BR. Pesquisa TIC Kids Online Brasil 2019: Resumo Executivo. São Paulo: NIC.br, nov. 2020. Disponível em: https://cetic.br/media/docs/publicacoes/2/20201123093441/resumo_executivo_tic_kids_online_2019.pdf. Acesso em: 04 maio 2023.

FRIZZO, Giana Bitencourt. O uso de telas na primeira infância: o que mudou na pandemia COVID-19 e que lições ainda temos a aprender?. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)*, v. 18, n. 2, p. 5-7, 2022.

MOREIRA, Celeste; DE FÁTIMA MARTINS, Esmeralda. USO CONSCIENTE DOS RECURSOS TECNOLÓGICOS: QUALIDADE DE VIDA DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES. *RECISATEC-REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA- ISSN 2763-8405*, v. 3, n. 3, p. e33260-e33260, 2023.

NOBRE, Juliana Nogueira Pontes et al. Fatores determinantes no tempo de tela de crianças na primeira infância. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 1127-1136, 2021.

NOBRE, Juliana Nogueira Pontes. O uso de mídias interativas por crianças na primeira infância: qualidade e tempo de tela. Tese (Mestrado em Saúde, Sociedade e Ambiente) – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Diamantina. 2018.

OLIVEIRA, Anna Laura Silva et al. Os impactos do uso de telas no neurodesenvolvimento infantil. *Revista Educação em Saúde*, v.9, suplemento 3, 2021.

OLIVEIRA, Juliana Souza et al. ERICA: uso de telas e consumo de refeições e petiscos por adolescentes brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, v. 50, 2016.

PASSOS, Tawanna Pereira. Uso de telas na infância: revisão bibliográfica sobre riscos e prejuízos para o desenvolvimento cognitivo e linguístico. Monografia em Fonodiologia – Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiana. 2021.

PEIXOTO, Maristela Jaqueline Reis; CASSEL, Paula Argemi; BREDEMEIER, Juliana. Implicações neuropsicológicas e comportamentais na infância e adolescência a partir do uso de telas. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 9, p. e772997188-e772997188, 2020.

ROSA, Priscilla Maria Faraco; DE SOUZA, Carlos Henrique Medeiros. Ciberdependência e infância: as influências das tecnologias digitais no desenvolvimento da criança. *Brazilian Journal of Development*, v. 7, n. 3, p. 23311- 23321, 2021.

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de Orientações sobre o Uso Saudável de Telas para Crianças e Adolescentes. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/_22246c-ManOrient_MenosTelasMaisSaude.pdf. Acesso em: 04 maio 2023.

CAPÍTULO VII

CUIDADOS GERAIS COM O RECÉM-NASCIDO

GENERAL CARE FOR NEWBORN

DOI: 10.51859/amplla.pdp645.1123-7

Maryelle de Oliveira Ferreira¹
Isabelly Stefani de Souza¹
Maria Luisa Alves Peres¹
Agnes Silva Mello²

¹ Graduanda do Curso de Medicina – Centro Universitário de Patos de Minas- UNIPAM

² Médica, Docente do Curso de Medicina – Centro Universitário de Patos de Minas- UNIPAM

RESUMO

Os cuidados gerais com o recém-nascido envolvem todo o processo de higiene pessoal e ambiental em que ele vive. Nesse viés, pôr a criança possuir um organismo muito sensível, os pais devem mantê-la em um ambiente limpo e arejado e deter de alguns cuidados básicos, com os seguintes quesitos: banho, área de fralda, unha, coto umbilical, higiene bucal e higiene do sono. O sabonete, shampoo e hidratante devem ser sempre neutros para não danificar a pele do bebê. Já a área de fralda, é indicado que o cuidador limpa e seca bem, com intuito de evitar dermatite de contato. As unhas devem estar sempre bem limpas e curtas, evitando que a criança se corte ou prolifera bactérias. O coto umbilical precisa ser mantido bem seco e arejado, sem faixa cobrindo e apertando a estrutura. A limpeza da gengiva pode começar desde o nascimento com gases e após a erupção do primeiro dentinho é indicado a escovação dos dentes com pasta de dente com flúor. E por fim, o sono deve ser sempre estimulado, na mesma hora do dia, com um ambiente tranquilo, escuro e sem telas. É perceptível a dificuldade e as dúvidas das mães de primeira viagem nesses cuidados gerais que é essencial para a proteção efetiva da criança. Portanto, se faz necessário um estudo revisional da literatura para auxiliar melhor essa classe a cuidar dos recém-nascidos.

Palavras-chaves: cuidado. Ambiente. Higiene.

ABSTRACT

General care for newborns involves the entire process of personal hygiene and cleanliness of the environment in which they live. In this regard, because the child has a very sensitive body, parents should keep them in a clean and airy environment and provide basic care, especially in areas such as: the bath, diaper area, nails, umbilical stump, oral hygiene and sleep hygiene. Soap, shampoo and moisturizer should always be neutral so as not to damage the baby's skin. As for the defrauding area, it is indicated that the caregiver cleans and dries well, in order to avoid contact dermatitis. Nails should always be very clean and short, preventing the child from cutting himself or proliferating bacteria. The umbilical stump needs to be kept dry and airy, without a band covering and tightening the structure. Gum cleaning can start from birth with gauze and after the eruption of the first tooth, brushing teeth with fluoride toothpaste is indicated. And finally, sleep should always be encouraged, at the same time of day, in a quiet, dark, screen-free environment. The questions and doubts of first-time mothers about the general care of the baby is common, which is why education is essential for the effective protection of the child. Therefore, a revisional study of the literature is necessary to better help this class take care of newborns.

Keywords: Care. Environment. Hygiene.

1. INTRODUÇÃO

A maternidade é um evento único na vida da mulher, repleto de expectativas e sentimentos, vivenciado de modo diferente para cada pessoa. Para os pais, principalmente para os de primeira viagem, o momento de maior apreensão, é a volta para a casa com o bebê nos braços, é na saída da maternidade que surgem as principais dúvidas sobre como cuidar de um ser tão frágil e sensível. É imprescindível ter conhecimentos acerca dos cuidados básicos que os recém-nascidos demandam relacionados principalmente à higiene, à alimentação e à segurança (ANDRADE et al., 2012).

Os cuidados gerais na maternidade envolvem desde o primeiro banho, os produtos usados na pele e cabelo, como cuidar do coto umbilical, área da fralda, das unhas, até o banho de sol. A transição da vida fetal para a neonatal é um processo complexo para o bebê, envolve modificações em todos os seus órgãos e sistemas. A pele, por exemplo, tem a função de proteger contra perda de água, luz, irritações e trauma mecânico, além de agir contra agentes infecciosos e trabalhar na regulação térmica. Por isso, o primeiro banho deve remover apenas resíduos indesejados, como mecônio e sangue, deixando o verniz caseoso no corpo do bebê (SCHNEIDER, 2015).

Durante os primeiros meses de vida, os cuidados com a pele são fundamentais, a fim de garantir um desenvolvimento saudável. Por isso, é necessário se atentar aos produtos usados na pele do bebê, como sabonetes, xampus, hidratantes, óleos naturais, que podem tanto ser benéficos, como prejudiciais. O uso desses produtos de higiene no neonato deve ser feito de forma moderada, preferindo-se aqueles que sejam indicados para crianças, líquidos, suaves, sem fragrância e com pH neutro. Para realizar uma boa escolha, é necessário ficar atento aos produtos com menor número de aditivos, para diminuir o risco de irritação (ANDRADE, 2012).

O cordão umbilical é responsável, durante a fase gestacional, pela ligação entre o feto e a placenta, que após o parto é seccionado e passa ser chamado de coto umbilical. O cuidado a essa estrutura precisa ser realizado com muito critério por constituir-se em uma porta de entrada para diversos microrganismos patogênicos (ALMEIDA et al., 2016). Quanto à troca de fraldas, devem ser trocadas frequentemente, evitando deixar a criança úmida por longos períodos, com limpeza suave e aplicação de cremes. Além disso, os cuidadores também devem ser orientados sobre a higiene das unhas, que devem ser sempre mantidas limpas e curtas, sendo o corte mais adequado em linha reta com pouca profundidade (ANDRADE, 2012); (SBP, 2021).

Contudo, em muitos casos, predomina a insegurança da mãe em realizar esses cuidados, ocasionada, principalmente, pela falta de orientação. Assim, torna-se premente que a mãe inicie o cuidar do seu filho antes mesmo do seu nascimento, para que possa aprender algo que venha minimizar as dificuldades de cuidado no ambiente domiciliar.

2. REVISÃO DE LITERATURA

As mães de primeira viagem possuem um medo comum de não conseguir cuidar dos seus filhos, ou até mesmo, possuem dúvidas em vários cuidados que envolve o primeiro ano do bebê, por não ter uma padronização das orientações recebidas pelos profissionais de saúde ou porque esses não conseguem abranger todos os assuntos nas consultas ou nas visitas domiciliares (BUSATTO et al, 2021). Com isso, para que a mãe consiga ter autonomia sobre os cuidados com o seu filho é necessário a abordagem dos seguintes temas:

2.1. AMBIENTE

O sistema de defesa do bebê demora um tempo para se desenvolver. Logo, ele fica mais exposto a agentes patogênicos nos primeiros anos de vida, necessitando de um cuidado mais prioritário. Os cuidados envolvem o ambiente e o corpo do bebê. Os cuidadores devem sempre está com roupas e mãos limpas para pegá-lo, com intuito de não ser transmissor de bactéria, fungos ou outros microrganismos que podem prejudicar a saúde da criança (BUSATTO et al, 2021).

O ambiente de circulação desse pequeno ser também é preocupante, devendo sempre ser bem limpo e arejado para manter uma temperatura agradável e não ser causa de alergias por poeira, por exemplo, uma vez que o sistema respiratório da criança pode ser prejudicado quando exposto a algumas substâncias antes da sua formação completa. Dessa forma, não deve, também, realizar algumas atividades perto da criança, como fumar, para que ela não receba substâncias tão complexas e prejudiciais no organismo de forma passiva sem o completo desenvolvimento do seu sistema de defesa (BUSATTO et al, 2021).

2.2. BANHO

A higiene do bebê envolve primeiramente o banho, o qual é indicado ser diariamente. Recomenda-se ser em horas mais quentes, com duração de no máximo 10 minutos e com a temperatura da água em torno de 37 graus, a qual pode ser medida a sensação térmica colocando o punho da mãe. Os produtos utilizados no banho como sabonete, shampoo e

condicionador devem ser neutros e apenas em um banho no dia para não prejudicar a proteção da pele contra fatores externos que podem entrar no corpo por ela (SBP,2021). O banho deve seguir uma ordem para a criança não assustar. É recomendado que lave o rosto primeiro, em seguida ensaboa braços, tronco, pernas e pé e enxague, e por fim lave as genitálias (LIMA,2018).

2.3. HIGIENE BUCAL

Segundo o Ministério da Saúde a higiene da boca do bebê deve ocorrer desde os primeiros dias, com uso de gases limpas umedecidas com água filtrada. Com erupção do primeiro dente é necessário que os cuidadores comecem a utilizar escovas, macias e compatível com o tamanho da boca da criança, e pasta de dente com flúor para fazer a limpeza dos dentes. O flúor é necessário por ser um componente que ajuda na prevenção de cáries.

2.4. USO DE HIDRATANTE

É recomendado também o uso de hidratante, com objetivo de melhorar ou até mesmo prevenir contra o ressecamento e conseqüentemente a coceira na pele, porém é mais indicado ser sem perfume e com menor número de conservantes, com intuito de não causar alergia. Esse produto deve ser bem dissolvido na pele para não ter umidade em algum local, principalmente nas dobras da pele, por ser áreas com maior chance de proliferação de patógenos (SBP,2021).

2.5. CUIDADO COM O COTO UMBILICAL

O coto umbilical deve manter sempre limpo e seco para evitar infecções e facilitar que ele caia no máximo com duas semanas. De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria há uma diferença de cuidado dependendo do local de nascimento da criança. Se a criança nascer em locais com baixa mortalidade, na maternidade, por exemplo, não é necessário a utilização de nenhum produto no local, mas se o nascimento ocorrer em ambiente domiciliar, que é considerado de alta mortalidade, deve utilizar o antisséptico clorexidina 4% na primeira semana de vida do bebê, pelo menos uma vez ao dia. Já para Lima (2018) a utilização de álcool 70% deve ser usada em todos os bebês após cada troca de fralda. Além disso, é recomendado, também, que a fralda do bebê seja mantida abaixo do coto umbilical para que a estrutura fique livre e exposta ao ar. (SBP,2021); (LIMA,2018).

2.6. CUIDADOS COM A FRALDA

As áreas de fralda são totalmente sensíveis e podem sofrer algumas danificações por conta da alteração do pH, principalmente, se for exposta por muito tempo a urina ou fezes. Assim, as fraldas devem ser trocadas com uma grande frequência, a área deve ser bem limpa, seca e hidratada com creme antibacteriano para evitar dermatite de contato, a qual além de gerar coceira, causa irritação no bebê (SBP,2021). A limpeza da genitália deve ser realizada de dentro para fora, com intuito de evitar que bactéria do ânus prolifere na genitália e cause infecção, principalmente no sexo feminino em que o órgão é mais exposto. É importante, também, que os lenços de limpeza não contenham produtos ativados, e se possível utilizar somente algodão umedecido em água morna para não causar irritação na pele (LIMA, 2018).

2.7. BANHO DE SOL

O banho de sol é algo muito questionado entre as literaturas, porém atualmente os estudos não recomendam como medida terapêutica, já que possuem mais chance de queimaduras do que proteção, em razão da pele do bebê ser muito sensível. De 0 aos 6 meses é bom evitar a exposição direta ao sol, utilizando protetores mecânicos como sombrinhas, bonés e roupas que cubram maior parte a pele, e após essa idade até os dois anos é relevante o uso de protetor solar (LIMA, 2018); (SBP,2021).

2.8. CUIDADOS COM AS UNHAS

As unhas da criança devem sempre estar bem limpas e cortadas corretamente para evitar que o bebê se corte ou garre suas unhas nas roupas. Nos primeiros dias de vida a unha não alcançou seu desenvolvimento completo, mas pode causar pequenas lesões nos rostos dos bebês ou levar a contaminação por via oral. Logo, com intuito de evitar acidentes, os cuidadores podem fazer uso de lixa para deixar as unhas dos seus pequenos curtas e retas. (SBP,2021).

2.9. SONO

O sono é algo essencial para o crescimento e desenvolvimento da criança. Assim, é necessário que os cuidadores propiciem um ambiente adequado para a criança saber diferenciar dia e noite. Ao dia deve manter as janelas da casa aberta para receber iluminação natural, além de brincar e conversar com a criança. Já a noite é interessante não fazer barulho, evitar brincadeiras e manter o ambiente mais escuro. Em relação a posição de dormir, é

recomendado que o bebê esteja deitado com a barriga para cima para ter uma melhor troca respiratória (LIMA,2018).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, visto que o período neonatal é de grande vulnerabilidade e apresenta vários riscos para a criança, é muito importante ter cuidados especiais, para proteger os recém-nascidos e cuidá-los de uma forma integral. Assim, visto que a maioria das famílias não tem esses conhecimentos e apresentam dificuldades no cuidado com o bebê, é imprescindível promover conhecimento. (GOMES, 2015).

Nesse sentido, é preciso ter os cuidados com a pele do bebê, pois são sensíveis. Dessa maneira, não é mais recomendado dar o banho de sol, visto o perigo de queimaduras e o aumento da incidência de câncer de pele. Além disso, é indicado usar sabonete somente em um dos banhos por dia e a água deve estar em temperatura indicada. Os agentes de limpeza devem ser suaves, com PH neutro, para não irritar a pele. Aja visto que a pele tem função de barreira cutânea, é importante ter esses cuidados (FERNANDES, 2011).

É necessário a limpeza do cordão umbilical, pois reduz o risco de infecções. As unhas devem ser mantidas curtas e limpas. As fraudas devem ser trocadas com frequência, e a higiene deve ser feita com água morna e algodão. Dessa forma, são necessários diversos cuidados essenciais com os recém-nascidos e esses diminuem a mortalidade e a morbidade neonatal. (FERNANDES, 2011).

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. M. *et al.* Prática educativa no cuidado ao coto umbilical: relato de experiência. **Revista de enfermagem UFPE**, p. 4383-4388, nov. 2016.

ANDRADE, L. C. *et al.* Conhecimentos de puérperas internadas em um alojamento conjunto acerca da higiene do neonato. **Cogitare enfermagem**, p. 99-105, fev. 2012.

BUSATTO, E.; DIAZ, C. M. G. .; TEIXEIRA, D. A. .; OLIVERA, P. P. de .; BENEDETTI, F. J. .; COSTENARO, R. G. S. . Cuidados com o recém-nascido após alta hospitalar: orientações aos pais. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 2, p. e30610212541, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i2.12541.

FERNANDES, Juliana Dumêt; MACHADO, Maria Cecília Rivitti; OLIVEIRA, Zilda Najjar Prado de. Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 86, p. 102-110, 2011.

GOMES, Ana Leticia Monteiro et al. Conhecimentos de familiares sobre os cuidados com recém-nascidos. 2015.

LIMA, Tereza Mônica de Sousa. **Conhecimento das puerperas sobre cuidados gerais com o recém-nascido: impacto de uma intervenção educativa.** 2018. 50 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Fortaleza – Ceará, 2018.

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Atualização sobre os Cuidados com a Pele do Recém-Nascido.** 2019-2021. Elaborado por Departamentos científicos de Dermatologia e Neonatologia. Disponível em: Atualização sobre os Cuidados com a Pele do Recém-Nascido.

SCHNEIDER, A. S. Repercussões do primeiro banho na pele do recém-nascido: uma revisão integrativa. **Escola de Enfermagem UFRS**, Porto Alegre, 2015.

CAPÍTULO VIII

PRIMEIROS SOCORROS NA INFÂNCIA

FIRST AID IN CHILDHOOD

DOI: 10.51859/amplla.pdp645.1123-8

Luiza Nascimento Pereira¹
Larissa de Oliveira Rocha¹
Sofia Fonseca Cunha Mattos¹
Juliana Rocha Cavalcanti Barros²

¹ Graduanda do Curso de Medicina – Centro Universitário de Patos de Minas- UNIPAM

² Docente do curso de medicina do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM. Mestre em Pediatria pela Universidade Federal de Minas Gerais. – UFMG

RESUMO

Os primeiros socorros são técnicas utilizadas em situações de emergência, as quais têm como objetivo manter a estabilidade da vítima, preservando seus sinais vitais, até a chegada do atendimento especializado. No que se diz respeito ao ambiente familiar, percebe-se uma escassez de conhecimento por parte dos pais de primeira viagem acerca do assunto. Situações do cotidiano, como cortes, queimaduras ou quedas são comuns, mas, caso não tratadas com a devida atenção, podem acabar acarretando consequências piores. Muitas vezes, o nervosismo toma conta das pessoas quando algo inesperado acontece, principalmente em situações mais graves. O ideal é manter a calma e a tranquilidade, de modo a preservar a vida da vítima até que o socorro chegue. Diversas pessoas não sabem quais atitudes tomar em situações adversas, porém, buscar informações sobre os primeiros socorros e saber como colocá-los em prática pode ser decisivo quando há risco de morte. Aprender sobre as técnicas e principais manobras que podem ser utilizadas em situações emergenciais é fundamental e todas as pessoas deveriam estar atentas a isso.

Palavras-chave: Primeiros socorros infantis. Manobras. Emergências.

ABSTRACT

First aid are techniques used in emergency situations, which aim to maintain the victim's stability, preserving their vital signs, until the arrival of specialized care. With regard to the family environment, there is a lack of knowledge on the part of first-time parents about the subject. Everyday situations, such as cuts, burns or falls are common, but if not treated with due care, they can end up causing worse consequences. People are often nervous when something unexpected happens, especially in more serious situations. The ideal is to remain calm and calm, in order to preserve the victim's life until help arrives. Several people do not know what actions to take in adverse situations, however, seeking information about first aid and knowing how to put it into practice can be decisive when there is a risk of death. Learning about the techniques and main maneuvers that can be used in emergency situations is essential and everyone should be aware of this.

Keywords: Children's first aid. Maneuvers. Emergencies.

1. INTRODUÇÃO

Acidentes são situações que resultam de variadas causas externas e geram danos ou até óbito aos indivíduos envolvidos. Nesse contexto, crianças estão bastante sujeitas a ocorrência desses acontecimentos devido a sua condição de desenvolvimento neuropsicomotor, de

curiosidade em explorar o mundo ao seu redor e de ausência de percepção de perigos (BASSAM, 2022). Com isso, esse grupo torna-se vulnerável a diversos tipos de acidentes e de emergências, como queimaduras, quedas, envenenamentos, asfixias, afogamentos, convulsões e alergias (WANI et al., 2022).

Nesse sentido, os primeiros socorros são considerados medidas realizadas com nenhum ou mínimo aparato médico e feitas rapidamente após algum acidente ou agravo, com o objetivo de estabilizar a situação, evitar complicações, até que seja possível o atendimento médico ou suporte hospitalar (BRAGA, et al., 2022). Com isso, os pais ou cuidadores das crianças têm papel fundamental tanto na prevenção de lesões quanto no suporte inicial caso esses incidentes venham a ocorrer, o que é importante para evitar adversidades. (WEI et al., 2013).

Entretanto, os conhecimentos em relação aos primeiros socorros muitas vezes são limitados e a inabilidade em realizar uma assistência correta resulta em ações ineficazes, o que pode promover dano a integridade da criança e gera pânico nos pais por não saberem agir diante da condição instável de seus filhos (FERNANDES et al., 2023).

Além disso, algumas práticas inadequadas de suporte inicial são orientadas por crenças e valores populares, como ocorre com o manejo de queimaduras, em que se aplica diversas substâncias sem eficácia científica sobre a lesão. Assim, algumas condutas que permeiam as emergências infantis devem ser esclarecidas e evitadas, para que não piorem o quadro ou gerem agravos nas crianças (HABEEB, 2020; ALARFAJ, 2020).

Dessa forma, torna-se de extrema importância a educação em saúde para promover o acesso a orientações seguras e eficazes de primeiros socorros, diante de possíveis ocorrências (OLIVEIRA et al., 2021).

Portanto, esse capítulo tem como objetivo orientar os familiares e cuidadores de crianças, para que entendam a importância desses cuidados iniciais. Além disso, será abordado como agir diante de determinadas situações, a fim de promover suporte adequado para as crianças.

2. CONHECENDO OS PRIMEIROS SOCORROS

A Organização Mundial de Saúde define acidente como qualquer acontecimento, independente da vontade do homem, caracterizado pela libertação súbita de uma força externa. As crianças em idade escolar são mais susceptíveis a acidentes domésticos, incluindo quedas, intoxicações e queimaduras, que são as mais frequentes e que ocorrem nas residências e escolas (SANTOS et al., 2019).

Os primeiros socorros constituem-se no atendimento inicial e temporário prestado a acidentados e/ou vítimas de doença súbita, com o objetivo de prevenir, alertar ou socorrer, num esforço de preservar a vida e diminuir o sofrimento. Nesse sentido, é importante destacar que paralelamente sempre deverá ser contactado um serviço de urgência, ou seja, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU (192) ou até o Corpo de Bombeiros (193) (SANTOS et al., 2019). Primeiramente, vamos destacar algumas manobras básicas dos primeiros socorros, direcionadas ao público em geral, pais e cuidadores.

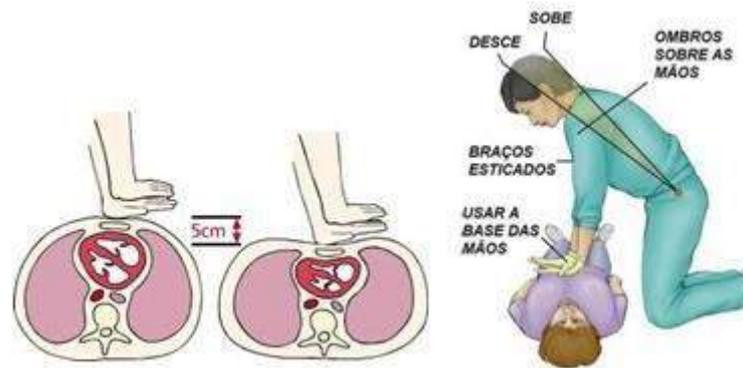
3. PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (PCR)

A parada cardiorrespiratória (PCR) pode ser ocasionada por ataque de asma, choque elétrico intenso, afogamento, asfixia, inalação de gases tóxicos, problemas cardíacos, reações alérgicas, queimaduras, dentre outros. É possível perceber uma parada respiratória pelo tórax, que não se expande, pela falta de ruído da respiração, ou por não se sentir a saída de ar pelo nariz. Essa ocorrência pode se dar em conjunto com a parada cardíaca, na qual se observa a ausência de pulsação nas artérias. (AZEVEDO et al., 2018).

Primeiro, deve-se chamar a criança pelo nome e balançá-la à procura de respostas. Caso ela não responda, verifique o pulso e a respiração. Assim, se ainda não tiver respostas, chame um serviço de urgência e comece a Reanimação Cardiopulmonar (RCP) imediatamente (AZEVEDO et al., 2018).

Em crianças maiores de 1 ano de idade (figura 1), deite-a de costas em uma superfície dura e plana, ajoelhe-se ao lado dela e identifique no peito da criança o espaço entre os dois mamilos, coloque a mão dominante, apoiando somente a região inferior da palma da mão. Dependendo do tamanho da criança pode ser utilizada uma mão ou duas (uma sobreposta à outra). Afaste os dedos da mão das costelas da criança para evitar fraturas. Mantenha o braço esticado e faça pressão sobre o tórax da criança até o socorro chegar. Amenize a pressão totalmente, sem perder o contato da mão com o peito da criança. Faça uma sequência de 30 massagens cardíacas por 2 respirações boca a boca, esse último somente caso necessário, podendo apenas levantar a cabeça da vítima para que o ar flua naturalmente (figura 2) (AZEVEDO et al., 2018).

Figura 1 – Posicionamento correto dos braços para compressões torácicas



Fonte: AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2012

Figura 2 – RCP sem a utilização de ventilação



Fonte: AZEVEDO et al., 2018

Em crianças de até 1 ano de idade, coloque-a deitada de costas em uma superfície dura e plana com o peito descoberto. Depois, identifique os mamilos da criança e coloque os dois dedos do meio ao nível da linha que os une, ou então, apoie o bebê em ambas as mãos, junte os dedos e comprima o tórax, faça pressão forte e sincronizada até o socorro chegar (AZEVEDO et al., 2018).

Figura 3 - Demonstração de RCP em bebê.



Fonte: DIAS, 2020

A ventilação ou respiração boca a boca é feita com uma das mãos tracionando bem a cabeça da criança para trás e a outra mão pinçando o nariz da mesma. Deve-se ocluir totalmente a boca da criança (em caso de bebês, tempa-se a boca e o nariz) e soprar duas vezes bem forte. Entretanto, após a pandemia de COVID-19, as avaliações de risco dos serviços de primeiros socorros ocupacionais foram revisados. O risco representado pela respiração boca a boca e a incerteza sobre o controle efetivo estão sendo debatidos e, mesmo que as diretrizes para primeiros socorros e RCP ainda não foram alteradas, diversos especialistas desse meio já não indicam mais a respiração boca a boca devido a vulnerabilidade dessa manobra às infecções (MAGNAVITA et al., 2020).

Figura 4 - demonstração de ventilação boca-a-boca.



Fonte: AZEVEDO et al., 2018

4. QUEIMADURAS

Os primeiros socorros eficazes para queimaduras minimizarão a progressão da queimadura e aliviarão a dor. O cuidado adequado da ferida promoverá a cicatrização ideal e potencializará resultados favoráveis. Embora uma pequena queimadura possa não atender aos critérios de encaminhamento inicial para o hospital, a família é encorajada a encaminhar a criança se houver alguma preocupação em relação à cicatrização, à dor ou gravidade da lesão (TRAN et al., 2019).

Antes de tudo, deve-se interromper o processo de queima, a fonte de calor deve ser eliminada. Em uma queimadura de chama, pode-se extinguir as chamas rolando no chão ou usando a técnica “parar, soltar, cobrir e rolar”, sempre procurando interromper o fluxo de oxigênio para o fogo, assim a melhor maneira sempre é cobrir a chama com um pano ou toalha. Qualquer jóia deve ser removida, pois pode reter o calor ou causar mais inchaço. Em uma queimadura por escaldadura (líquido quente), a roupa deve ser removida, pois roupas encharcadas continuarão o processo de queimadura. Se a roupa estiver aderente à pele, basta cortar ao redor da área. Queimaduras químicas requerem irrigação abundante com água para atenuar o processo de queimadura (TRAN et al., 2019).

Recomenda-se 5 a 20 minutos de resfriamento com água corrente fria (aproximadamente 15 °C). A água corrente é preferível, pois o fluxo é constante e a água permanece a uma temperatura consistentemente fria. Nunca utilizar pomadas, pasta de dentes, manteiga, clara de ovo e gelo ou água muito gelada, pois, nesse último caso, podem aumentar o risco de hipotermia e levam à vasoconstrição, que por sua vez pode levar a uma queimadura mais profunda (AZEVEDO et al., 2018).

Logo após, deve-se avaliar a gravidade da queimadura. A profundidade de uma queimadura varia dependendo do mecanismo, duração da exposição à fonte de calor, temperatura da fonte de calor e espessura da pele. É avaliada pela cor da pele, quantidade de pelos, presença de bolhas e sensibilidade. As queimaduras mais superficiais consistem apenas em manchas vermelhas secas e não são muito preocupantes. Porém, quando as queimaduras superficiais são rosadas e dolorosas ou com presença de bolhas, deve-se encaminhar a criança para um centro hospitalar urgentemente. As queimaduras mais profundas têm um aspecto rosado mais escurecido. Quando a queimadura está branca, marrom e preta então há um alto risco para outras lesões profundas e, nesse caso, requer cirurgia de intervenção (TRAN et al., 2019).

Por outro lado, se houver queimaduras no olho, deve-se realizar lavagem do globo ocular por 15 a 20 minutos, com chuveirinho ou sob uma torneira, pois algumas substâncias, como a cal, são extremamente agressivas e demoram a ser removidas. Tome cuidado para que essa lavagem não atinja o olho não acometido. Água corrente não causa danos e ainda pode salvar da cegueira, mas, atenção, não use jatos, para evitar o deslocamento da córnea (AZEVEDO et al., 2018).

Em casos de queimaduras leves, cubra-a com uma gaze limpa ou curativo adequado depois da lavagem. Não é necessário apoiar a parte ferida com tipóias ou algo semelhante. As queimaduras são dinâmicas e podem evoluir após a avaliação inicial. É importante que uma queimadura seja revisada novamente 2 a 3 dias depois para garantir que ela permaneça apropriada para tratamento atual (TRAN et al., 2019).

5. AFOGAMENTO

Uma criança pequena pode se afogar em poucos centímetros de água, num tanque, balde, ou até mesmo na banheira, durante o banho. A criança é incapaz de gritar por socorro, pois, instintivamente, o inspirar é sua prioridade. Ela só resiste a essa condição por apenas 10- 20 segundos. A prevenção é a mais poderosa intervenção (AZEVEDO et al., 2018).

Primeiramente, deve-se retirar imediatamente a criança da água, preferencialmente em posição vertical (a cabeça acima do nível do corpo) e verificar se ela está consciente, se respira e, caso possível, verificar o pulso. Se ela está respirando, mesmo com dificuldade (tosse ou espuma na boca), tente tranquilizá-la e a coloque de lado (Posição Lateral de Segurança). Retire as roupas molhadas e a mantenha aquecida. Caso ela não responde nem respira, acione um Serviço de Urgência e comece os primeiros socorros (AZEVEDO et al., 2018). Para isso, deite a criança de costas e inicie imediatamente a Reanimação Cardiopulmonar (RCP) seguida de ventilação boca a boca e, caso haja mais de uma pessoa para ajudar, o ciclo é de 15 massagens cardíacas por 2 respirações boca a boca. Assim que ela respirar normalmente, coloque-a de lado e mantenha-a confortavelmente aquecida (DIAS et al., 2020).

Figura 5 - Demonstração de RCP em criança e bebê



Fonte: Manual de Atendimento Pré-hospitalar - SIATE, 2018

ATENÇÃO: A ação de levantar a criança de cabeça para baixo pelos tornozelos e mantê-la dessa maneira não é recomendada, conforme claramente expresso nas diretrizes, tanto pelo tempo que requer, quanto pelos possíveis efeitos adversos como vômitos e aspiração de ácido gástrico (CIANCHETTI, 2020)

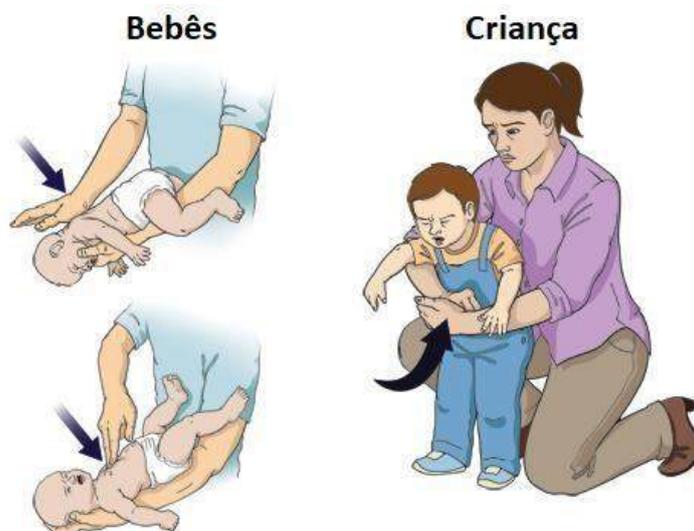
6. ASFIXIA E SUFOCAMENTO

As causas de asfixia ou sufocação podem ser variadas, sendo a mais comum a obstrução das vias respiratórias por corpos estranhos (LIMA et al., 2020).

Na criança, se ela consegue ainda falar, tossir ou emitir sons, fique próximo, procure acalmá-la, incentivando-a a inspirar lentamente e tossir com vigor. Se ficar preocupado com o estado da respiração da criança, acione o SAMU (192). Se ela não conseguir mais falar, tossir, emitir sons ou respirar, aja rapidamente, executando a manobra de Heimlich: Posicione-se por trás da criança, de pé ou ajoelhado, dependendo da sua altura, e passe-lhe os braços em volta da cintura; feche uma mão em punho e coloque-a logo acima do umbigo e bem abaixo do esterno; cubra o punho com a outra mão e comprima rápido o abdome para dentro e para cima, até a criança expelir o objeto, conseguir tossir, falar ou respirar (AZEVEDO et al., 2018).

Em bebês, observe a cavidade oral com atenção e, se o corpo estranho ainda estiver visível, tente extraí-lo usando o seu dedo indicador (em pinça), com muito cuidado para não o empurrar. Não tente remover o corpo estranho caso este não seja visível. Chame por ajuda e segure o bebê de barriga para baixo, apoiado em seu antebraço e apoie sua cabeça e mandíbula com sua mão; dê até cinco pancadas no meio das costas, entre as escápulas, com a outra mão aberta. Se o objeto não for expelido com as cinco pancadas, vire o bebê de frente, sobre o outro antebraço, sustentando sua cabeça com as mãos; administre, então, cinco compressões torácicas com dois dedos da outra mão (similar à RCP de bebês) (AZEVEDO et al., 2018).

Figura 6 – Manobra de Heimlich



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Paraná

7. TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

O trauma cranioencefálico (TCE) tem como principal causa as quedas de lugares altos e pancadas na cabeça, quando a criança bate a cabeça em móveis, brinquedos, parede ou porta. Alguns sinais de deterioração das condições neurológicas são alterações da consciência (por exemplo, estava consciente e passa a ficar sonolento ou evolui para inconsciência), agitação, agressividade, confusão mental ou outras alterações de comportamento, além de convulsão e vômitos (AZEVEDO et al., 2018).

Sempre considere a possibilidade de lesão da coluna cervical, por isso, mantenha a cabeça e o pescoço da criança estabilizados. Caso a criança não consiga reagir, chame imediatamente o socorro e mantenha os olhos nela até a chegada do atendimento médico (AZEVEDO et al., 2018).

Se a criança vomitar, vire ela em bloco para um dos lados (preferencialmente o esquerdo), estabilizando a coluna cervical, para evitar que o conteúdo do vômito seja aspirado.

Não comprima ou aperte os ossos da caixa craniana (pois, se houver fraturas, os ossos poderão penetrar no cérebro), não retire objetos encravados no crânio (AZEVEDO et al., 2018).

Depois de sofrer uma queda, a criança geralmente fica assustada e reage por meio do choro, em uma sensação imediata de desespero. Nesse momento, deve-se tentar conversar e acalmar a criança (POSSUELO et al., 2022).

8. FERIMENTOS CORTANTES

Se houver sangramento após uma queda com ferimento cortante, você deve lavar o ferimento com água limpa para remover as impurezas, utilizando uma gaze ou pano limpo, depois pressionar o ferimento, por no máximo 10 minutos, a fim de interromper o fluxo do sangue e por fim, cobrir o ferimento com uma gaze estéril. Todavia, caso o ferimento seja profundo, não pare de sangrar e precise ser suturado, é necessário levar a criança a um serviço de saúde o mais rápido possível (POSSUELO et al., 2022).

Não usar borra de café, sal, açúcar ou qualquer outro produto para conter hemorragia. Se houver objetos cortantes ou perfurantes do corpo da vítima, não tente retirá-los no local do acidente (AZEVEDO et al., 2018).

9. SANGRAMENTO NASAL

O sangramento nasal infantil costuma ocorrer devido ao rompimento de pequenos vasos presentes no nariz, o que acontece na maioria dos casos devido ao ressecamento na mucosa nasal (em estações secas), lesões no nariz, assoar o nariz muito forte (exercendo pressão) ou por rinites e sinusites (POSSUELO et al., 2022).

Para o primeiro socorro, sente a criança e incline ligeiramente sua cabeça para frente. Depois, aperte a narina que está sangrando durante, pelo menos, 10 minutos. Por fim, alivie a pressão e verifique se o sangramento parou ao final de 10 minutos. Caso o sangramento seja muito intenso, o sangue pode sair pela boca, sendo uma situação normal (AZEVEDO et al., 2018).

ATENÇÃO: Não deite a criança, nem coloque sua cabeça para trás; Não introduza cotonetes no nariz, pois podem causar traumatismos; Não coloque água quente no nariz; Não é recomendável assoar o nariz durante pelo menos 4 horas após o sangramento (AZEVEDO et al., 2018).

10. CONCLUSÃO

Através da escrita do presente capítulo, conclui-se que o treinamento dos primeiros socorros em toda a população adulta, especialmente dos pais e cuidadores é uma medida muito importante, que visa um melhor prognóstico dos acidentes na infância. Esse suporte inicial deve ser adequadamente realizado, seguindo as manobras indicadas e iniciando-as o mais rápido possível. Além disso, a prevenção das lesões e a educação em saúde é essencial para a segurança das crianças e a tranquilidade dos seus responsáveis.

Sendo assim, esse texto enfatiza a importância e contribui para o conhecimento em primeiros socorros, trazendo informações sobre as medidas socorristas de acidentes bastante comuns na infância e pode servir como objeto de estudo.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Cláudio Roberto Freire de; BARRETO, Gerly Anne Nóbrega; ALMEIDA, Janaína Rocha de Sousa. Manual de Prevenção de Acidentes e Primeiros Socorros no Ambiente Escolar. Fortaleza (Município). Secretaria Municipal da Educação.; Fortaleza (Município). Secretaria Municipal da Saúde. Fortaleza; Prefeitura Municipal de Fortaleza; 2018 Cianchetti C. First Aid for a Drowning Child. *Wilderness Environ Med.* 2020 Sep;31(3):373-374. doi: 10.1016/j.wem.2020.02.002. Epub 2020 Jun 5. PMID: 32507632.

BASSAM, S. E. A. Evaluate maternal knowledge and attitude regarding first aid among their children in Buraidah city, Saudi Arabia kingdom (KSA). *Medical archives (Sarajevo, Bosnia and Herzegovina)*, v. 76, n. 3, p. 164–169, 2022.

BRAGA, E. C. et al. SUPORTE BÁSICO DE VIDA NA PEDIATRIA: UMA PESQUISA EM ÂMBITO ESCOLAR. *Facit Business and Technology Journal*, v. 1, n. 39, 2022.

DIAS, MARIANA NUNES LIMA et al. Manejo do afogamento em pacientes pediátricos. *Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)*(Editora Pasteur, PR, Brasil) FR862c FREITAS, Guilherme Barroso Langoni de. *Fundamentos e Práticas Pediátricas e Neonatais*, p. 679, 2020.

FERNANDES, V. de O. et al. CUIDADOR ORIENTADO, CRIANÇA SEGURA: ENSINO EM PRIMEIROS SOCORROS E SINAIS DE PERIGO. Disponível em: <<https://propex.ufcg.edu.br/encontro-de-extensao/resumos/xvienexufcg-2053.pdf>>. Acesso em: 15 may. 2023.

HABEEB, K. A.; ALARFAJ, G. Saudi parents awareness regarding burn, choking, and drowning first aid in children. *Journal of family medicine and primary care*, v. 9, n. 3, p. 1370–1375, 2020.

LIMA, Kleysla Kawny de Aquino Lima et al. Instruções de primeiros socorros em casos de asfixia por corpos estranhos em crianças, para a população em geral, por meio da estratégia drawmylife. *Mostra de Inovação e Tecnologia São Lucas (2763-5953)*, v. 1, n. 1, 2020.

MAGNAVITA, Nicola; SACCO, Ângelo; NUCERA, Gabriela; CHIRICO, Francisco. First aid during the COVID- 19 pandemic. Oxford University Press; Society of Occupational Medicine. 2020
POSSUELO, Lia Gonçalves et al. Primeiros socorros na educação infantil. 2022.

Manual do Atendimento Pré-Hospitalar – SIATE /CBPR - 119 - CAPÍTULO 9 RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR. https://www.bombeiros.pr.gov.br/sites/bombeiros/arquivos_restritos/files/documento/2018-12/rcp.pdf

OLIVEIRA, G. F. et al. CONSTRUÇÃO DE CARTILHA EDUCATIVA SOBRE PRIMEIROS SOCORROS PARA PAIS E CUIDADORES DE CRIANÇAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA. Educação Ciência e Saúde, v. 8, n. 1, 2021.

SANTOS, Carolai Conceição et al. Conhecimento de pais e cuidadores Portugueses sobre primeiros socorros em acidentes domésticos. Revista Baiana de Enfermagem, v. 33, 2019.

Secretaria Municipal de Saúde. Governo do Estado do Paraná. Manobras de Desengasgo. Governo Federal. <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Manobras-de-Desengasgo>.

TRAN, S.JACQUES, M.A. HOLLAND, A.J. Assessment and management of minor burns in children. Aust J Gen Pract. 2019 Sep;48(9):590-594. doi: 10.31128/AJGP-04-19-4919. PMID: 31476838.

WANI, J. I. et al. Pediatric first aid, trauma knowledge, and attitude among parents and general population in Aseer region, Southern Saudi Arabia. SAGE open medicine, v. 10, p. 20503121221126760, 2022.

WEI, Y.-L. et al. Self-efficacy of first aid for home accidents among parents with 0- to 4-year-old children at a metropolitan community health center in Taiwan. Accident; analysis and prevention, v. 52, p. 182– 187, 2013.

CAPÍTULO IX

MANEJO DA CÓLICA

COLIC MANAGEMENT

DOI: 10.51859/amplla.pdp645.1123-9

Chrystian Silva Pereira ¹
Amanda Beatriz Ferreira Castro ¹
Talita Ferreira do Carmo ¹
Francis Jardim Pfeilsticker ²

¹ Discentes do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM, MG-Brasil

² Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM, MG-Brasil

RESUMO

O choro dos bebês é considerado como um mecanismo saudável, pois é através dele que podemos identificar situações de desconforto, fome ou dor e pode auxiliar com o diagnóstico de um quadro de cólica infantil. Esse quadro se refere a uma situação benigna, que surge subitamente entre a segunda e a terceira semana de vida e se estende até o quarto mês, quando cessa espontaneamente. As orientações e os cuidados variam mediante aos elementos informacionais e à interação com fatores sociais, como familiares e diferentes profissionais de saúde, evidenciando o desencontro de informações e a ausência de uma conduta bem delimitada para a questão. A cólica infantil é caracterizada como um evento fisiológico costumeiro aos bebês e associado com a imaturidade do sistema gastrointestinal e deglutição de ar nas mamadas. A cólica do lactente é definida como eventos de choro por mais de 3 horas por dia, por mais de 3 dias por semana, durante 3 semanas seguidas, em uma criança saudável. É perceptível que pode haver um conflito entre as orientações do profissional de saúde e àquelas advindas da família transmitidas de geração a geração, fato que pode aumentar as dúvidas e inseguranças das puérperas. É possível notar que o tema manejo da cólica requer grande atenção e deve ser mais abordado na comunidade científica, para auxiliar os cuidadores, e também deixar os profissionais de saúde mais seguros e com maior direcionamento quando forem instruir as mães com medidas terapêuticas não farmacológicas.

Palavras-chave: Manejo da cólica. Cólica infantil. Técnicas não medicamentosas.

ABSTRACT

The crying of babies is considered a healthy mechanism, as it is through it that we can identify situations of discomfort, hunger or pain, and it can help us with the diagnosis of infant colic. This picture refers to a benign situation, which appears suddenly between the second and third week of life and lasts until the fourth month, when it ceases spontaneously. Guidance and care vary according to informational elements and interaction with social factors, such as family members and different health professionals, highlighting the mismatch of information and the absence of a well-defined approach to the issue. Infant colic is characterized as a physiological event customary to babies and associated with the immaturity of the gastrointestinal system and air swallowing during feedings. Infant colic is defined as crying events for more than 3 hours a day, for more than 3 days a week, for 3 weeks in a row, in an otherwise healthy infant. It is noticeable that there may be a conflict between the health professional's guidelines and those coming from the family transmitted from generation to generation, a fact that can increase the doubts and insecurities of the puerperal women. It is possible to note that the issue of colic management requires great attention and should be more addressed in the scientific community, to help both caregivers, but also to make health professionals safer and with greater direction when instructing mothers with non-pharmacological therapeutic measures.

Keywords: Colic management. Infant colic. Non-drug techniques.

1. INTRODUÇÃO

A maneira como os bebês indicam desconforto, fome ou dor é pelo choro, sua primeira forma de comunicação, sendo esse um mecanismo saudável que simboliza um bom desenvolvimento da criança (ANDRADE, 2022). Com o convívio, é possível diferenciar os tipos de choro e entender quais as necessidades do recém-nascido, promovendo maior vínculo e facilitando a tomada de ações para a resolução das demandas.

Entretanto, há situações que geram uma certa desorientação, como quando o choro é excessivo e inconsolável e temos, então, a desconfiança de um quadro de cólica infantil. Trata-se de uma situação benigna, que surge subitamente entre a segunda e a terceira semana de vida e se estende até o quarto mês, quando cessa espontaneamente. (GUSSO, LOPES e DIAS, 2019). Nota-se, também, expressão facial de dor, eritema corporal (vermelhidão), flexão das pernas no abdome, presença de gases e, conseqüentemente, distensão abdominal. (SIMIONATO *et al*, 2021).

Nesse sentido, de acordo com Abreu-D'Agostini, *et al* (2020) esse cenário promove um sentimento de angústia entre os pais, pela dificuldade de tratar a cólica de forma eficaz e, dessa forma, por não conseguirem resolver o desconforto de seus filhos. Em vista disso, entende-se que é fundamental solidarizar-se com os cuidadores, validando os sentimentos de culpa, frustração e exaustão desses e esclarecendo que, quando excluídas causas secundárias, não há nada de errado em suas condutas, sendo essencial reforçar a importância de manter a tranquilidade para lidar com essa etapa (GUSSO, LOPES e DIAS, 2019).

Portanto, o manejo da cólica é um assunto que merece atenção tanto dos pais quanto da equipe médica, devido a sua elevada incidência. Discute-se quais as melhores formas de tratamento e alívio dos sintomas, entressendo pela administração de fármacos, uso de plantas alternativas, os saberes populares ou a realização de manobras e massagens nos neonatos e lactentes. As orientações e os cuidados variam mediante aos elementos informacionais e à interação com fatores sociais, como familiares e diferentes profissionais de saúde, evidenciando o desencontro de informações e a ausência de uma conduta bem delimitada para a questão, justificando a necessidade de aprimoramento de estudos que abordem esse tema. (ABREU-D'AGOSTINI, 2020).

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A cólica infantil é entendida e caracterizada tanto pelas mães quanto pelos profissionais como um evento fisiológico costumeiro aos bebês e associado com a imaturidade do sistema

gastrointestinal e deglutição de ar nas mamadas. Ademais, são mais comuns após o entardecer e cursam com choro inconsolável, junto com sinais indicativos de dor e desconforto, com destaque para movimentos retorcidos das pernas considerando intensidade, repetição e associação dos sintomas (ABREU-D'AGOSTINI *et al.*, 2020). A cólica é um diagnóstico de exclusão para o choro prolongado na primeira infância, não tem até a atualidade uma justificativa ou manejo padrão estabelecido, além de ser uma condição benigna e autolimitada. Normalmente o pico de prevalência e frequência acontece em torno de 6 a 8 semanas de idade (ANDRADE, 2022).

Há estudo que demonstra que a cólica em neonatos não varia de acordo com sexo, e está presente independentemente do tipo de parto e da idade gestacional. As situações socioeconômicas das mães, como baixa escolaridade e baixa renda familiar, condições perinatais e tabagismo mostram-se como variáveis que interferem na cólica infantil e que impactam negativamente na qualidade do sono e o desenvolvimento da criança; é possível que a nicotina tenha significativa função na patogênese da cólica na criança (CHRISTOFFEL *et al.*, 2013).

Desde a década de 50, já havia sido definida por Wessel, cólica do lactente como eventos de choro por mais de 3 horas por dia, por mais de 3 dias por semana, durante 3 semanas seguidas, em uma criança hígida. Esses são considerados critérios diagnósticos clássicos. Ademais, depois foi acrescentado que bebês com cólica choram frequentemente à noite por volta do mesmo horário todos os dias, embora sejam saudáveis (ANDRADE, 2022).

Hoje, o conceito de cólica do lactente segue os critérios de Roma IV, de 2016, em que ficou caracterizada como um distúrbio gastrointestinal funcional, preenchendo alguns requisitos como: a criança ter menos de 5 meses de idade quando a sintomatologia inicia e cessa, intervalos frequentes e duradouros de choro, inquietação e irritabilidade do bebê sem causa aparente e não podem ser solucionados pelos cuidadores, além da ausência de restrição de crescimento infantil, febre ou doença (BENNINGA *et al.*, 2016).

Destaca-se que essa queixa acarreta em relevantes repercussões na dinâmica familiar, principalmente no binômio pais-filhos, além de trazer impactos para a convivência no âmbito da família e em sociedade, e gerar um quadro ansioso e angustiante aos pais. Esse contexto afeta o manejo da cólica infantil pelos responsáveis da criança a curto e a longo prazo, de maneira desfavorável e profunda (ABREU-D'AGOSTINI *et al.*, 2020).

O leite materno possui níveis consideráveis de melatonina que está relacionado a diminuição da irritabilidade e atenuação da cólica, no qual o bebê tem uma predisposição em adormecer mais no turno da noite em comparação com os lactentes que usam fórmula. Alguns

autores indicam que uma dieta hipoalergênica da mãe contribui para diminuir a ocorrência de cólicas. Além disso, em crianças amamentadas com fórmula, em relação à cólica, nota-se benefícios após alterar a fórmula do leite de vaca padrão para outra fórmula proteica hidrolisada ou à base de soja (CHRISTOFFEL *et al.*, 2013).

É evidente que a puérpera e o recém-nascido nos primeiros dias pós-parto recebem cuidados respaldados nos conhecimentos familiares consolidados culturalmente. Além disso, embora a puérpera seja orientada na maternidade, ao voltar para o ambiente domiciliar alguns cuidados não são seguidos, o que pode impactar de maneira desfavorável na saúde da criança. Tendo isso em vista, torna-se perceptível que pode haver um conflito entre as orientações do profissional de saúde, que se pautam em recomendações do Ministério da Saúde, e àquelas advindas da família que são baseadas nas vivências de cada membro e foram culturalmente transmitidas de geração a geração, fato que pode aumentar as dúvidas e inseguranças das gestantes e puérperas, e que se não identificadas e sanadas influenciam na promoção, prevenção e assistência à saúde dirigidas ao recém-nascido (LINHARES, 2012; RAPOSO *et al.*, 2019).

Em estudo realizado foi perceptível que boa parte dos voluntários não eram aptos a identificar uma cólica em bebês e o que as causava. Notou-se, por sua vez, que a principal conduta adotada objetivando alívio era ofertar algum fármaco ou simplesmente não se sabia como proceder (SILVA *et al.*, 2021). Essa informação corrobora o trabalho realizado por Raposo *et al.* (2019), em que gestantes e puérperas relataram dúvidas acerca da identificação e tratamento das cólicas no bebê, no qual indicaram principalmente a ingesta alimentar materna como causa.

Numa intervenção educativa realizada na atenção ao pré-natal, todas as participantes relataram episódios de cólica em suas crianças e relacionaram principalmente com a maneira que o bebê mamava, baseado no raciocínio de que a pega incorreta provocava deglutição de ar e resultaria em cólica. Observou-se também que no manejo da cólica precisaram lidar com recomendações provenientes das redes sociais, que eram altamente sustentadas em crenças e mitos (LINO *et al.*, 2020).

A automedicação feita na população pediátrica é algo rotineiro e alarmante, adotada em momentos incômodos, como dor, cólica e febre, que induzem choro, estimulando os cuidadores a praticar esta ação, fundamentada na leitura subjetiva dos sintomas da criança, porém na ausência de orientação médica, torna-se um risco à saúde. Em pesquisa demonstrou-se que 76,8% dos bebês utilizaram medicamentos nos primeiros 42 dias de vida. Dentre os fármacos da classe dos antifiséticos e antiespasmódicos, a dimeticona foi o mais utilizado,

aproximadamente 45%, vale mencionar que algumas também fizeram uso de escopolamina. Dessa amostra de crianças até 42 dias de vida, apenas próximo de 35% dos cuidadores afirmaram ter feito uso da medicação sob orientação de um profissional de saúde, nesse grupo as mães utilizaram o fármaco por causa da cólica abdominal no bebê (SOUZA *et al.*, 2020).

Nota-se que a maioria dos profissionais adotam, de imediato, iniciar com a terapia farmacológica, defendendo que assim reduzem o retorno à unidade, fato abordado como comum e desconfortável para a equipe. Tais profissionais também afirmam haver incômodo com a escassez de direcionamentos e protocolos científicos conclusivos para agir. Relatam ainda insegurança ao recomendar práticas não farmacológicas com medo de ficarem mal vistos e, mesmo quando adotam em sua terapêutica associação entre medicamentos e técnicas não medicamentosas, orientam com desconfiança, já que alegam que o pediatra disponibiliza na maternidade prescrição de antiespasmódico (ABREU-D'AGOSTINI *et al.*, 2020).

É importante que informações corretas sejam transmitidas aos cuidadores acerca do manejo adequado da cólica para reduzir o uso desnecessário ou inadequado de fármacos. Por isso, torna-se pertinente instruções sobre a alimentação materna e a recomendação de técnicas não farmacológicas, como fazer a massagem do abdome da criança, que dura de 20 a 30 minutos e pode ser auxiliada por movimentos passivos de 5 a 10 no sentido horário, mover as pernas do bebê em direção ao corpo e posicionar a barriga do bebê em contato com a barriga da mãe. O uso de medidas não farmacológicas é alternativa para alívio da dor na criança, pois promovem conforto, abstração, e diminui agentes estressores, impedindo, portanto, o uso inadequado de medicamentos, tendo em vista que a cólica é um acontecimento comum em bebês (SILVA *et al.*, 2021; LINO *et al.*, 2020).

Também pode ser utilizado o banho de imersão em água morna, para maior alívio da criança, pois essa estratégia gera um ambiente favorável e familiar para o bebê que pode fazer uso das características da água para se acalmar e obter uma melhora fisiológica da cólica. Para a técnica do banho no balde é recomendado que seja rápido e a uma temperatura que varie entre 36,5 e 37,5°C. Deve-se envolver a criança em uma fralda e deixá-la com cuidado com o corpo submerso na água até o pescoço e descobri-lo só após estar dentro dela (BRASIL, 2014).

Algumas mães relatam ainda a sensação de maior repertório para intervir mediante à cólica infantil e se sentem mais alegres com a combinação entre estratégias farmacológicas e não farmacológicas, além do pensamento de realmente auxiliar para o bem-estar da criança. Ademais, descrevem maior utilização de técnicas não medicamentosas por acreditarem que o fármaco não é tão bom para o bebê, embora seus relatos indiquem amplo e frequente uso de medicamentos (LINO *et al.*, 2020; ABREU-D'AGOSTINI *et al.*, 2020). É destacado em um trabalho

a relevância do auxílio familiar no período de cólica da criança pois é um momento estressante que pode originar desde pensamentos violentos por parte da mãe, até suspeitas de que o recém-nascido possui alguma doença mais grave que os médicos não foram capazes de identificar. Por isso, as participantes relatam ser de grande valia a rede de apoio, com destaque para o companheiro nos cuidados ao binômio mãe e filho, favorecendo a formação de conexões e vínculos familiares, logo, devem ser estimulados pelos profissionais de saúde a envolver-se desde a gestação e puerpério (GUILHERME *et al.*, 2020).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível notar que o tema manejo da cólica requer grande atenção e deve ser mais abordado na comunidade científica, devido a grande quantidade de cuidadores que utilizam informações baseadas em opiniões de familiares as quais são baseadas em crenças e mitos. Além disso, há evidência de que as mães fazem uso indiscriminado da automedicação nos momentos em que há dificuldade de conter o choro e a dor do bebê e, assim, proporcionando imenso risco à saúde. Ademais, fica evidente que os profissionais de saúde possuem uma predisposição a prescrever terapias medicamentosas como antiespasmódicos e possuem certa resistência em instruir os cuidadores a fazerem uso de técnicas não farmacológicas no manejo da cólica e, dessa forma, evitar a utilização de fármacos em bebês com poucos meses de vida. A propagação de informações baseadas em orientações do Ministério da Saúde em relação ao manejo de cólicas de maneira não medicamentosa é de extrema importância para auxiliar não só os cuidadores, mas também deixar os profissionais de saúde mais seguros e com maior direcionamento quando forem instruir as mães com medidas terapêuticas não farmacológicas.

REFERÊNCIAS

- ABREU-D'AGOSTINI, Flávia Corrêa Porto de et al. Childhood colic management under the optics of mothers and of the family health team. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, 2020.
- ANDRADE, Danielle Oliveira de et al. Choro excessivo na infância: já sabemos qual o manejo ideal?. 2022.
- BENNINGA, Marc A. et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology*, v. 150, n. 6, p. 1443-1455. e2, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Hospitalar às Urgências. **Protocolos de Suporte Básico de Vida**; Brasília, 2014.
- CHRISTOFFEL, Marialda Moreira et al. Cólica do lactente: estudo descritivo das práticas de cuidados maternos para o alívio da dor. *Rev enferm UFPE [periódico na internet]*, v. 7, n. 10, p. 5876-82, 2013.

GUILHERME, JALUSA MUNHOZ et al. CONHECIMENTO DAS PUÉRPERAS SOBRE A CÓLICA NO RECÉM NASCIDO. Revista Científica da Saúde, v. 2, n. 1, p. 15-26, 2020.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José M C.; DIAS, Lêda C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade - 2 volumes: Princípios, formação e prática. Artes Médicas, 2019.

LINHARES, Eliane Fonseca et al. Influência intergeracional no cuidado do coto umbilical do recém-nascido. Texto & Contexto-Enfermagem, v. 21, p. 828-836, 2012.

LINO, Amanda de Assunção et al. Intervenção educativa na atenção pré-natal e o cuidado ao recém-nascido. Revista Brasileira Multidisciplinar-ReBraM, v. 23, n. 2Supl., p. 47-55, 2020.

RAPOSO, Haysha Laianne Oliveira et al. Pesquisa-ação: a importância de ações educativas sobre o cuidado com o recém-nascido. Brazilian Journal of Development, v. 5, n. 11, p. 25889- 25911, 2019.

SILVA, Maria Jocelane Nascimento et al. Conhecimento de mães e familiares relacionados a cuidados dispensados a recém-nascidos a termo. Revista Enfermagem Atual In Derme, v. 95, n. 33, 2021.

SIMIONATO, Laís Helena Valio et al. Probióticos e prebióticos na cólica infantil: uma revisão sistemática Probiotics and prebiotics in infant colic: a systematic review.

SOUZA, Andressa Larissa Dias Müller de et al. Uso de medicamentos em crianças menores de um ano. Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped. | v. 20, n. 1, p. 31-9, 2020

CAPÍTULO X

REFLUXO GASTROESOFÁGICO EM LACTENTES

GASTROESOPHAGEAL REFLUX IN INFANT

DOI: 10.51859/amplla.pdp645.1123-10

Andyara Fernanda Batista dos Santos¹

Ana Flávia Eugênio Santos Mori¹

Ana Laura Clasen Pich¹

Nathalia Luzias de Matos e Silva²

¹ Graduanda do curso de Medicina. Centro Universitário de Patos de Minas - UNIPAM

² Graduada em Medicina pela Universidade Católica de Brasília. Residência Médica em Pediatria no Hospital Infantil Joana de Gusmão. Especialista em Gastroenterologia Pediátrica pelo Hospital das Clínicas - UFMG.

RESUMO

O presente capítulo se trata de uma revisão bibliográfica sobre o Refluxo Gastroesofágico (RGE) em lactentes, buscando a conscientização sobre os episódios e a orientação às mães em amamentação. O Refluxo Gastroesofágico (RGE) é uma condição comum em lactentes, cuja ocorrência está relacionada à imaturidade do sistema gastrointestinal, apresentando-se, geralmente, com vômitos e regurgitação. Trata-se de uma condição que desaparece naturalmente. Entretanto, a evolução do quadro pode ser patológica, configurando a DRGE. Como sua apresentação é semelhante ao quadro fisiológico, é uma doença de difícil manejo e diagnóstico. Existe uma variedade de opções para o tratamento da DRGE, sendo o tratamento conservador, que envolve alterações no estilo de vida, geralmente eficaz para a resolução dos sintomas. Entretanto, caso esse tratamento não seja efetivo, também existem opções medicamentosas, e, para casos mais graves, que não respondam aos demais tratamentos, se reserva as intervenções cirúrgicas.

Palavras-chave: Refluxo gastroesofágico. Doença do refluxo gastroesofágico. Lactentes.

ABSTRACT

This chapter is a bibliographic review on Gastroesophageal Reflux (GER) in infants, seeking awareness about the episodes and guidance to breastfeeding mothers. Gastroesophageal reflux (GER) is a common condition in infants, whose occurrence is related to the immaturity of the gastrointestinal system, usually presenting with vomiting and regurgitation. It is a condition that disappears naturally. However, the evolution of the condition can be pathological, configuring GERD. As its presentation is similar to the physiological picture, it is a disease that is difficult to manage and diagnose. There are a variety of options for the treatment of GERD, and conservative treatment, which involves changes in lifestyle, is generally effective in resolving symptoms. However, if this treatment is not effective, there are also drug options, and for more severe cases that do not respond to other treatments, surgical interventions are reserved.

Keywords: Gastroesophageal reflux. Gastroesophageal reflux disease. Infants.

1. INTRODUÇÃO

O Refluxo Gastroesofágico (RGE) consiste no retorno do conteúdo presente no estômago para o esôfago. Essa condição pode ser normal, como no caso de lactentes (criança que recebe

leite, ou com idade entre um mês e 24 meses), em que há a volta do leite sem que haja perda peso ou outros sintomas associados. A RGE pode afetar até 60% dos bebês que mamam, sendo mais comum entre o segundo e o quarto mês de vida, reduzindo a ocorrência de episódios até o primeiro ano, desaparecendo sem qualquer tratamento em lactentes de 12 a 18 meses na maioria dos casos (SANTOS et al., 2020).

Porém, caso haja sintomas associadas ao RGE, como vômitos constantes relacionado a dificuldade de ganho de peso, irritabilidade, perda de sangue no vômito, dificuldade respiratória e atraso no desenvolvimento, o RGE passa a ser considerado uma doença, sendo caracterizado como Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) (SOUSA et al., 2022).

O RGE tem origem multifatorial, ou seja, sofre influência de fatores genéticos, ambientais e hormonais. Sobre os sintomas do RGE em crianças, eles podem variar conforme a idade da criança, sendo que em lactentes, as manifestações como o refluxo e os vômitos são as mais frequentes. Já em crianças maiores e adolescentes, é comum a presença de dor no abdômen, queimação, dificuldade de engolir e dor no peito, nos quais são sintomas mais característicos de DRGE em adultos (MATOS, 2017).

Vale ressaltar a importância da diferenciação entre RGE e DRGE, que deve ser feita baseada na história e exame físico do lactente, o que determina a necessidade ou não de tratamento. Desse modo, é importante investigar sinais de alarme, como vômitos frequentes, presença de sangue, além de avaliar a idade do início dos sintomas, as características do refluxo e a evolução do paciente (ROSEN et al., 2018).

Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo evidenciar os aspectos do RGE em lactentes, a fim de informar as mães que estão amamentando, auxiliando no manejo adequado dos lactentes com RGE.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. O QUE É O REFLUXO GASTROESOFÁGICO (RGE)

Para entender o refluxo, também chamado popularmente de “golfadas” ou regurgitação em bebês ou lactentes, e crianças pequenas (até o primeiro ano de vida) precisamos inicialmente entender uma pouco mais sobre a anatomia da porção inicial do sistema digestório. Dos componentes envolvidos no RGE temos primeiramente a boca ou cavidade oral, que é a responsável por realizar a sucção durante as mamadas, através de movimento coordenado entre língua, músculos e ossos da face (MARTINELLI, 2013) dela

seguimos o caminho em direção ao esôfago, um tubo muscular, que fica encarregado de levar, através das contrações rítmicas, o alimento até o estomago (MARCHESAN, 1999).

Passado essa breve explicação, temos então que o refluxo gastroesofágico (RGE) consiste na passagem retrograda do conteúdo estomacal para o esôfago, com ou sem a presença de regurgitação ou vômito (SBP, 2017). É uma das principais causas de consultas ao gastroenterologista pediátrico (PENNA, 2000), porém não está associada a presença de outros sintomas ou perda de peso, mesmo com vários episódios diários. Além disso, é considerado um processo natural e frequente em lactentes, com resolução progressiva espontânea em cerca de 90% dos casos no primeiro ano de vida (Santos et al., 2020).

Ele ocorre devido ao mal funcionamento dos mecanismos antirrefluxo por imaturidade do sistema gastrointestinal (GASTROENTEROLOGIA, 2017). Entre eles destaca-se o relaxamento indevido de uma válvula muito importante, localizada entre o esôfago e o estomago, o esfíncter esofágico inferior (EEI), responsável por manter os alimentos no estomago, evitando assim a passagem retrograda do conteúdo alimentar para esôfago e vias aéreas superiores (SOUZA et al., 2022). Cerca de 5% das crianças têm seis ou mais episódios de regurgitação diariamente, e sua frequência é variável, havendo um aumentando em número e volume quando o lactente alcança a idade de dois a quatro meses, após esse período normalmente tem-se uma regressão contínua, até a resolução do quadro (GASTROENTEROLOGIA, 2017)

Como visto anteriormente, as regurgitações se tornam mais evidentemente por volta dos dois a quatro primeiros meses de vida, e costumando ser um quadro autolimitado, sem grandes repercussões na saúde da criança, ocorrendo em geral após o período de alimentação. Mesmo assim pode ocasionar desconforto a criança, e ser alvo de grande preocupação dos pais, porém a maioria dos lactentes não necessitará de intervenções e tratamentos (SBP, 2017). E mesmo sendo um dos principais os motivos de procura por atendimento médico, é classificado como um distúrbio funcional gastrointestinal comum e transitório, que reserva recomendações de critérios específicos para o diagnóstico clínico (GASTROENTEROLOGIA, 2017)

2.2. REFLUXO GASTROESOFÁGICO E A DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO

Se por um lado temos o RGE como um distúrbio natural, autolimitado e sem associação de demais sintomas, por outro temos a apresentação patológica, designada Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) que está associada a complicações e sintomas que pioram a qualidade

de vida da criança (BRASIL,2022). É a doença esofágica mais comum em idade pediátrica e a principal causa de referenciação ao gastroenterologista, responsável por uma prevalência de 11,15%, encontra-se em idades variadas, principalmente nos 12 primeiros anos de vida, e redução da incidência nos meses seguintes (Santos et al., 2020).

A fonte do problema é a mesma do RGE, a falha nos mecanismos antirrefluxo. Entre eles o aumento da pressão abdominal, lentidão no esvaziamento gástrico, alterações na deglutição, ocorrência de hernias de hiato e alterações do EEI, podendo ainda ser relacionado com fatores genéticos, estresse, dieta e postura (SOUZA et al.,2022). Assim para a identificação do DRGE e descarte de distúrbios mais graves é necessário uma avaliação médica minuciosa, com a apresentação de toda história da doença para o profissional, como idade de início, padrões alimentares, presença ou não de vômitos, características das “golfadas”, bem como o desenvolvimento da criança (ROSEN et al., 2018).

A apresentação do quadro clínico/sintomas é diversa e dependente de variáveis como idade, presença de comorbidades ou complicações. De forma que se apresenta mais prevalente em crianças com histórico prévio de prematuridade, doenças neurológicas, doenças pulmonares e obesidade, sendo associadas a maior gravidade e cronicidade da DRGE (BRASIL, 2022). Outro elemento importante, a idade, como nos adultos, influencia negativamente o quadro, sendo que quanto maior a idade maiores chances de se tornar crônico, outra característica é que os episódios em crianças maiores tendem ser intermitentes durante os anos, alternando em momentos de remissão e recidiva, justificando a maior gravidade das complicações esofágicas nessa faixa etária (SBP, 2017).

Já quanto a apresentação dos sintomas inconstante, geralmente nas crianças menores de 18 meses temos em maior periodicidade a regurgitação frequente acompanhada de vômitos, recusa alimentar, irritabilidade, baixo ganho de peso e alterações no sono, são predominantes (SOUZA et al.,2022). Vale lembrar também que existem sinais de alarme para crianças com regurgitação ou vômito, como vômito com sangue, febre, persistência do vômito após o primeiro ano de vida, convulsões, dor ao urinar, parada no crescimento ou perda de peso (SBP, 2017).

Na prática o atendimento a crianças com refluxo gastroesofágico ainda é alvo de dificuldades de manejo por parte dos profissionais (CORDEIRO et al., 2014). E após a discussão acima é possível entender que diante do desenvolvimento da Doença do Refluxo Gastroesofágico teremos o refluxo mais prolongado e frequente, acarretando sintomas inflamatórios ligados a ele, porém sem a presença de outros sintomas é difícil determinar o limite entre o refluxo do lactente e a DRGE (Santos et al., 2020).

2.3. MEDIDAS PARA AMENIZAR O RGE E TRATAMENTO CONSERVADOR PARA DRGE

Primeiramente devemos ter em mente que a grande maioria dos casos de regurgitação em menores de 1 ano se deve a imaturidade de mecanismos específicos que controlam essa passagem retrograda do conteúdo alimentar, porém diante de dúvidas a melhor medida é conversar com o médico, para esclarecimento (PENNA, 2000). Há também a necessidade da adesão dos pais, dessa maneira é necessário que haja um acompanhamento mais próximo afim de obter uma maior efetividades das intervenções. Para tanto, além do acompanhamento médico, deve-se introduzir outros profissionais, como o enfermeiro, a fim de dar uma correta atenção e continuidade do cuidado com a criança (CORDEIRO et al., 2014).

Como medidas voltadas aos pais, orientamos algumas mudanças nos hábitos de vida como: que se deve evitar roupas apertadas; trocas de fraldas antes das mamadas e evitar tabagismo passivo (SBP, 2017). Também é recomendado manter o bebe na posição vertical por 20 a 30 minutos após o aleitamento, pois facilita o esvaziamento gástrico e a eructação (aroto), observamos que existe uma posição conhecidamente antirrefluxo para se deitar, sendo que os aultos devem ser para o lado esquerdo e os lactentes de barriga para cima (BRASIL, 2022).

Outras estratégias que também devem ser adotadas são: a elevação da cabeceira da cama ou berço em 30° (aproximadamente 20cm) com a suspensão dos pés da mesma. Realizar o espessamento do leite com fórmulas antirregurgitantes (AR) caso o bebê esteja em aleitamento artificial, porém não se deve substituir o aleitamento materno para iniciar as fórmulas antirregurgitação (DA SILVA, 2012). O aleitamento deve ser mantido sob demanda, devendo-se corrigir apenas erros técnicos como o tempo prolongado de sucção sem nutrição (BRASIL, 2022).

O uso de medição é indicado em casos patológicos, nos quais não se obteve sucesso com as medidas conservadoras, porém esse tipo de tratamento segue sendo alvo de grandes debates e controvérsias (SOUZA et al.,2022). Segundo a SBP deve ser empregado apenas em casos mais graves após avaliação criteriosa (GASTROENTEROLOGIA, 2017). Atualmente as classes recomendadas para esse tipo de tratamento são os antiácidos, procinéticos e inibidores da secreção do suco ácido do estomago (SBP, 2017). A terapia cirúrgica só está indicada em casos extremos, onde não há resposta ao tratamento conservador ou intolerância aos medicamentos (SOUZA et al.,2022).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se, portanto, que o Refluxo Gastroesofágico (RGE) é uma condição normal e autolimitada em crianças em período de amamentação, sendo que os episódios aumentam entre os dois e quatro meses de idade e costumam regredir após esse período. Essas manifestações ocorrem por causa da imaturidade do sistema gastrointestinal dos bebês, de modo que há um mau funcionamento dos mecanismos antirrefluxo, especialmente o esfíncter esofágico inferior (EEI). Entretanto, caso haja a continuidade dos sintomas e a associação de outros, é importante investigar, pois pode se tratar de Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE).

A DRGE está associada a diversos sintomas que pioram a qualidade de vida da criança, por isso, é necessária uma detalhada avaliação médica para o descarte de distúrbios mais graves. Também deve-se ressaltar que existem diversas apresentações para o quadro, e que crianças com histórico de prematuridade, doenças neurológicas, doenças pulmonares e obesidade estão associadas a maior prevalência e gravidade da doença. A idade também é um fator importante, já que, em crianças mais velhas, assim como em adultos, há chances maiores de a DRGE se tornar crônica.

Existem diversas maneiras de manejar e tratar a DRGE, sendo o tratamento de primeira linha o tratamento conservador, que envolve mudanças nos hábitos de vida e alimentação da criança. Porém, em casos nos quais esse tratamento não obtenha sucesso, se recomenda o tratamento medicamentoso, com o uso de antiácidos, procinéticos e inibidores da secreção do ácido gástrico. As cirurgias apenas são indicadas em casos extremos, quando nem o tratamento conservador nem o medicamentoso são eficazes.

REFERÊNCIAS

BRASIL.Ministerio da Saúde. Protocolo clínico: Abordagem da doença do refluxo gastroesofágico em pediatria. MG, 2022.

CASTELÃO, Filipa Neves. Doença do refluxo gastroesofágico em idade pediátrica. 2018. Tese de Doutorado.

CORDEIRO, J. A. B. L.; GUALBERTO, S. M.; BRASIL, V. V.; OLIVEIRA, G. B. d. *et al.* Dificuldades enfrentadas pelos pais de crianças com doença do refluxo gastroesofágico. 27, p. 255-259, 2014.

GASTROENTEROLOGIA, s. b. d. p. d. d. Regurgitação do lactente (Refluxo Gastroesofágico Fisiológico) e Doença do Refluxo Gastroesofágico em Pediatria. p. 16, 2017. documento científico

MARCHESAN, I. Q. J. D. o. S. P. P.-F. Deglutição-normalidade. p. 3-18, 1999.

MARTINELLI, R. L. d. C. **Relação entre as características anatômicas do frênulo lingual e as funções de sucção e deglutição em bebês.** 2013. -, Universidade de São Paulo.

MATOS, Nathalia Luzias et al. Refluxo gastroesofágico no primeiro ano de vida: fisiológico ou patológico? 2017.

PENNA, R. C. N. e. F. J. Refluxo gastroesofágico. **Jornal de Pediatria** 76, n. 2, p. 218- 224, 2000. Artigo de revisão.

ROSEN, R. et al. Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines: Joint Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, v. 66: p. 516–554, 2018.

SANTOS, J. P. da R.; GÉO, L. S.; BRAGA, A. A. P.; PEREIRA, B. C. *et al.* Doença do Refluxo gastroesofágico em lactentes: análise global. **Brazilian Journal of Health Review**, 3, n. 5, p. 14663-14677, 2020. artigo de revisão.

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. Tratado de Pediatria, 4ed. Volume 1e 2. Editora Manole, 2017.

SILVA, A. K. da. **Refluxo gastroesofágico em bebês: uma proposta de intervenção na Estratégia Saúde da Família.** 2012. 31 f. -, UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS MG, Brasil.

SOUZA, A. J. O. d.; OLIVEIRA, A. F. d.; OLIVEIRA, M. K.; RODRIGUES, M. C. S. *et al.* Doença do refluxo gastroesofágico em lactentes: revisão atualizada do diagnóstico ao manejo Gastroesophageal reflux disease in infants: an updated review from diagnosis to management. **Brazilian Journal of Health Review**, 5, n. 2, p. 4702-4712, 2022.

