



ATUALIZAÇÃO DE CONDUTAS EM PEDIATRIA

ADOLESCÊNCIA

Orientações para cuidados de adolescentes LGBTI+

OFTALMOLOGIA

Epidemia de miopia em crianças

PEDIATRIA AMBULATORIAL

A nova alimentação complementar

103
Outubro
2024

recomendações



WWW.SPSP.ORG.BR



PORTAL DE EDUCAÇÃO CONTINUADA DA
SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO

Faça sua inscrição para
os cursos da SPSP

Acesse as aulas gravadas dos
eventos da SPSP



www.spspeduca.org.br

Expediente

**Diretora da Sociedade de
Pediatría de São Paulo
Triênio 2022–2025**

Diretoria Executiva

Presidente:

Renata Dejtár Waksman

1º Vice-Presidente:

Sulim Abramovici

2º Vice-Presidente:

Claudio Barsanti

Secretário Geral:

Maria Fernanda B. de Almeida

1º Secretário:

Lilian dos Santos R. Sadeck

2º Secretário:

Ana Cristina Ribeiro Zollner

1º Tesoureiro:

Aderbal Tadeu Mariotti

2º Tesoureiro:

Paulo Tadeu Falanghe

Diretoria de Publicações

Diretora:

Cléa Rodrigues Leone

Editora Chefe da Revista Paulista
de Pediatría:

Ruth Guinsburg

Editores Associados da Revista
Paulista de Pediatría:

Fabio Carmona e

Tulio Konstantyner

Membros e Editores Executivos da
Revista Paulista de Pediatría:

Antônio Carlos Pastorino

Antônio de Azevedo Barros Fº

Celso Moura Rebello

Cristiane Kochi

Gil Guerra Jr.

Marina C. de Moraes Barros

Mário Cícero Falcão

Paulo Henrique Manso

Tamara B. Lederer Goldberg

Coordenadora editorial:

Paloma Ferraz

Revisão científica:

Celso Moura Rebello

Produção gráfica:

Lucia Fontes

lf@luciafontes.com

Revisão:

Paloma Ferraz

Imagem de capa:

@didesign

depositphotos.com

Sumário

PÁGINA 4

DEPARTAMENTO DE ADOLESCÊNCIA

Orientações para cuidados de adolescentes LGBTI+

Andrea Hercowitz, Maria Sylvia de S. Vitale, Carolina Mª Soares Cresciulo

PÁGINA 8

DEPARTAMENTO DE OFTALMOLOGIA

Epidemia de miopia em crianças

Marcia Keiko Uyeno Tabuse

PÁGINA 14

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA AMBULATORIAL

A nova alimentação complementar

Deborah C.A. de Almeida Dias, Mª Olívia S.A. de Araújo, Priscila N. Sauretti

Acesse as edições anteriores

→ Arquivos
desde 2007



CLIQUE AQUI

Sociedade de Pediatría de São Paulo

Rua Maria Figueiredo, 595 • 10º andar • São Paulo, SP

Fone: 11 3284-0308 • 11 3284-9809

www.spsp.org.br

pediatria@spsp.org.br



@sociedadespsp nas redes sociais

Orientações para cuidados de adolescentes LGBTI+

Indivíduos LGBTI+ vivenciam frequentemente situações de estigmatização social e discriminação, causadas por sua diversidade sexual e de gênero. Têm, devido a isso, piores marcadores em saúde quando comparados às pessoas cisgêneras e heterossexuais.

Os problemas identificados com maior frequência são: uso e abuso de cigarro, álcool e outras substâncias, IST e HIV, gravidez não planejada, questões com imagem corporal, depressão, ansiedade, ideação suicida e tentativa de suicídio. Esses indicadores têm sido relacionados às experiências de “estresse de minorias”, resultantes da vivência cotidiana de constrangimentos e violências, que acontecem principalmente nos âmbitos familiares, sociais e de saúde,¹ sendo a população trans a mais vulnerável a isso (Tabela 1).²

Para o cuidado integral de adolescentes LGBTI+, é imprescindível que a atuação de profissionais de saúde ultrapasse as paredes dos serviços de saúde e atinjam outros espaços.

Tabela 1 – Comparação de problemas de saúde mental entre jovens trans e cis

	Pessoas trans	Pessoas cis
Autolesão	30,0%	8,0%
Transtornos alimentares	15,8%	1,9%
Sintomas depressivos	50,6 %	8,6%
Tentativa de suicídio	31,0 %	11,0%

Fonte: Adaptado de Connolly MD, et al.²

Autoras: Andrea Hercowitz, Maria Sylvia de Souza Vitalle, Carolina Maria Soares Cresciulo

DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE ADOLESCÊNCIA | Gestão 2022-2025

Presidente: Elizete Prescinotti • Vice-presidente: Elisiane E. Mendes Machado • Secretário: Alexandre Massashi

Atendimento e acompanhamento

→ Serviços de saúde

Os serviços de saúde podem se tornar barreiras de acesso aos cuidados em saúde e gerar ações de violência, por conta de práticas discriminatórias das instituições e dos profissionais que nelas atuam. Isso dificulta a inserção e permanência de pessoas LGBTI+ nesses locais. Para um ambiente mais inclusivo, é necessária a construção de políticas públicas de saúde, educação e sociais. É preciso fazer valer legislações que já existem e implementar novas medidas de proteção, além do combate ativo à discriminação. Atualizações sobre especificidades em saúde da população LGBTI+ precisam ser promovidas de forma continuada.

Pediatras e hebiatras devem ter conhecimento das necessidades de adolescentes com diversidade sexual e de gênero e estarem treinados para um atendimento empático e inclusivo. Faz parte de sua atuação agir nos ambientes nos quais os jovens estão inseridos, entre eles: famílias, escolas, centros religiosos e outros núcleos sociais.

→ Família

Ambientes familiares harmônicos, com diálogo e respeito à individualidade de cada filho, devem ser estimulados por profissionais de saúde.

Diante da percepção dos familiares de que seus filhos podem ser não cisgêneros ou não heterossexuais, deve ser sugerido que construam um ambiente acolhedor, que demonstrem respeito a todas as pessoas, fortalecendo a ideia de que todos têm valor e que o amor aos filhos é incondicional. É necessário aguardar que o próprio adolescente se perceba LGBTI+, mantendo um ambiente familiar sem preconceitos, para reduzir a insegurança em relação à revelação da diversidade.

É comum que os familiares questionem as percepções de seus filhos LGBTI+, pois acreditam que eles são jovens demais para saberem quem são e o que os atrai, porém, é sabido que a diversidade de gênero já pode ser percebida a partir dos quatro anos de idade e a diversidade sexual costuma ser percebida entre 10 e 12 anos, portanto sempre devem ser respeitados em suas percepções.³ É necessário compreender que a revelação da diversidade de gênero e/ou sexual, conhecida como “saída do armário”, é um processo lento, elaborado gradativamente pela criança e pelo adolescente, muito antes de ser verbalizada a alguém, e, portanto, não deve ser invalidada. Uma das primeiras experiências negativas das vivências dessas pessoas é a negação de sua capacidade de autopercepção como indivíduos por parte de suas mães e pais.³

O maior desafio no atendimento de crianças e adolescentes são as famílias que negam a possibilidade de que seus filhos sejam LGBTI+, o que aumenta o sofrimento vivenciado por eles. É preciso entender o porquê da dificuldade de aceitação. Culpa, sentimento de julgamento pela sociedade, conflitos religiosos, inseguranças com a própria sexualidade e medo de violência são os mais comuns. Profissionais de saúde

devem estar preparados para debater cada um desses pontos e, diante da persistência da negação, recomenda-se que sejam apresentados às famílias dados relacionados às repercussões da rejeição parental, como aumento de incidência de IST e HIV, uso/abuso de substâncias, depressão, autolesão não suicida e tentativas de suicídio.⁴

→ Escolas

Escolas são bases de apoio fundamentais para a saúde e o bem-estar de jovens LGBTI+ e locais onde passam grande parte de seus dias. São ambientes importantes não só pelo conteúdo ensinado, mas também para o desenvolvimento de habilidades sociais, autoestima, autonomia e estreitamento de vínculos de amizade. No entanto, podem ser espaços onde vivenciam as maiores experiências de violências de suas vidas, sejam elas físicas, sexuais ou psicológicas. Estas podem ocorrer em classe, nos intervalos de aulas, nos banheiros, no caminho de ida e volta para a escola ou *online*.³

Situações de violência são muito frequentes e são praticadas tanto pelo corpo discente quanto docente, seja por preconceito ou por falta de informação. A população trans frequentemente é desrespeitada no uso do nome social e de pronomes, lhes sendo negado o direito ao uso de banheiro e uniformes com os quais se sintam confortáveis, à divisão de turmas nas aulas esportivas e de quartos em acampamentos. Escolas que não têm cuidado com a inclusão dos alunos LGBTI+ geram agravamento na sua saúde mental e física, com risco para ansiedade, depressão, estresse, baixa autoestima, prática de autolesão não suicida, isolamento social e suicídio. Como consequência, surgem altos índices de evasão escolar, com prejuízo na inserção no mercado de trabalho e redução da perspectiva de um futuro de qualidade e da expectativa de vida.³

A inexistência de conteúdos programáticos nas áreas de ensino que incluam a existência de pessoas não cisgêneras, não heterossexuais e intersexo, invisibilizam e ferem. Abordar a possibilidade da diversidade sexual, de gênero e de corpos nas escolas promove redução importante nos índices de violência nesse ambiente e traz benefícios para toda a sociedade, que se torna mais compreensiva.

→ Centros religiosos e outros núcleos sociais

Por serem locais usualmente frequentados por adolescentes e jovens, os centros religiosos, escolas de esportes e outros núcleos sociais têm fundamental importância em seu dia a dia e, portanto, em sua inclusão na sociedade. Nesses ambientes, é preciso que se estabeleçam regras de respeito, acolhimento e não violência contra a população LGBTI+. Preconceitos e estigmatização precisam ser reprimidos e condutas educativas devem ser estabelecidas.²

Os centros religiosos habitualmente são locais de estreitamento de relações de indivíduos com as mesmas crenças, permitem a socialização com outros jovens e podem ser espaço de amparo. Estar vinculado a alguma religião costuma ser fator de

proteção contra comportamentos de risco e favorece o desenvolvimento de resiliência. No entanto, diante de vivências de constrangimento, pode ser mais um lugar de exclusão social.² Atualmente, existem líderes de todas as religiões que se posicionam e atuam no acolhimento de pessoas com diversidade sexual e de gênero, reforçando e celebrando a igualdade entre todos os seres humanos. É recomendável que profissionais da saúde possam indicá-los quando questionados sobre o tema.

Atividades físicas, além de fundamentais para a saúde, são ferramentas para a inclusão social, estreitamento de amizades e melhora de autoestima. Adolescentes LGBTI+ devem ter direito de praticar o esporte que mais os atrai, e se quiserem jogar em algum time, que seja na equipe na qual se sintam confortáveis.

Considerações finais

Diante das consequências negativas na saúde de adolescentes LGBTI+, resultantes de julgamentos, preconceitos, estigmatização e discriminação, ter uma rede de apoio forte, constituída pela família e pelos núcleos sociais, é fundamental. Caso isso não aconteça, esses ambientes podem se tornar os primeiros perpetradores de violências.

A escassez de estudos sobre adolescentes LGBTI+ demonstra a falta de atenção às especificidades em saúde desse grupo populacional e perpetua a carência de aptidão dos profissionais de saúde no atendimento e no acompanhamento desses indivíduos, que ficam à margem das possibilidades de tratamento e acesso à saúde a que têm direito.² O suporte necessário para a prevenção em saúde física e mental diante das violências a que estão expostos no seu dia a dia tem se mostrado falho.

Profissionais de saúde devem estar habilitados para o atendimento desses jovens, assumindo papel relevante na prevenção e promoção de saúde. Fazem parte de sua atuação: cuidar da ambientação para um atendimento inclusivo; proporcionar acolhimento individual e familiar; fortalecer os vínculos familiares; ser fonte de informação para famílias, escolas e núcleos sociais; trabalhar com equipe transdisciplinar da saúde e outros setores; realizar pesquisas que possam auxiliar na melhoria de cuidados; promover educação continuada em centros universitários, com foco em diversidade sexual e de gênero.²

Referências:

1. Crescilio CM, Hercowitz A, Vitalle MS. Desafios no atendimento de adolescentes LGBTQIAPN+. In: Andrade EP, Machado EE, Hirata AM, editors. Desafios atuais para a saúde e bem-estar dos adolescentes. Rio de Janeiro (RJ): Atheneu; 2024. p. 83-9.
2. Connolly MD, Zervos MJ, Barone II CJ, Johnson CC, Joseph CL. The mental health of transgender youth: Advances in understanding. *J Adolescent Health*. 2016;59:489-95.
3. Hercowitz A, Santos TE. Desenvolvimento da infância e adolescência das pessoas LGBTQIAPN+. In: Ciasca SV, Hercowitz A, Junior AL, editors. Saúde LGBTQIAPN+ - práticas de cuidado transdisciplinar. Santana do Parnaíba (SP): Manole; 2021. p. 113-20.
4. Hercowitz A, Fernandes EC, Crenzel G. Incongruência de gênero e afetivo-sexual. In: Tratado de Pediatria - Sociedade Brasileira de Pediatria. Santana do Parnaíba (SP): Manole; 2021. p. 871-6.

Disclaimer: Parágrafos não referenciados correspondem à opinião e/ou prática clínica do autor.

Epidemia de miopia em crianças

A miopia e a alta miopia têm se tornado uma preocupação crescente em crianças ao redor do mundo, sendo frequentemente referidas como uma epidemia e apontadas como as principais causas de deficiência de visão à distância em todo o mundo. Existem variações na prevalência entre regiões e grupos étnicos, com previsões de que, até 2050, metade da população mundial será acometida¹ (Figura 1, página 9).

O fato da miopia começar na infância antes dos 12 anos, com aumento progressivo do grau, e levando a alta miopia (acima de seis graus na idade adulta), pode ter consequências graves como catarata, glaucoma, descolamento da retina e degeneração da mácula (Figura 2, página 10).

A intervenção e detecção precoces são a chave para reduzir o impacto da miopia na saúde ocular em longo prazo, reduzindo os riscos de doenças oculares graves. Além disso, os benefícios da abordagem da miopia em curto prazo incluem a melhoria da função visual da criança, com um impacto positivo na aprendizagem.²

Causas da epidemia de miopia

1. Aumento do tempo em ambientes fechados:

a. Crianças permanecem cada vez mais tempo em ambientes fechados, seja em casa ou na escola. A falta de exposição à luz natural, que é importante para o desenvolvimento saudável dos olhos, está associada ao aumento da miopia.³

b. Revisão sistemática mostrou que o estilo de vida relacionado à pandemia de covid-19 afetou adversamente o grau em uma direção mais míope. Os pesquisadores concluíram que as possíveis consequências negativas do estilo de vida relacionado à pandemia com relação à miopia precisam ser cuidadosamente consideradas no projeto de futuras medidas de restrição, com interrupção mínima das atividades ao ar livre em crianças.⁴

2. Uso excessivo de dispositivos eletrônicos:

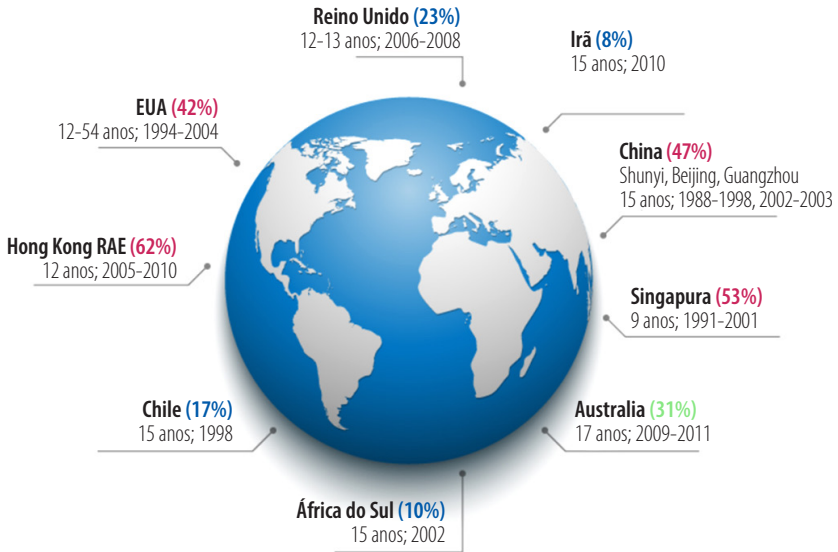
a. O uso prolongado de smartphones, tablets e computadores exige foco em ob-

Autora: Marcia Keiko Uyeno Tabuse

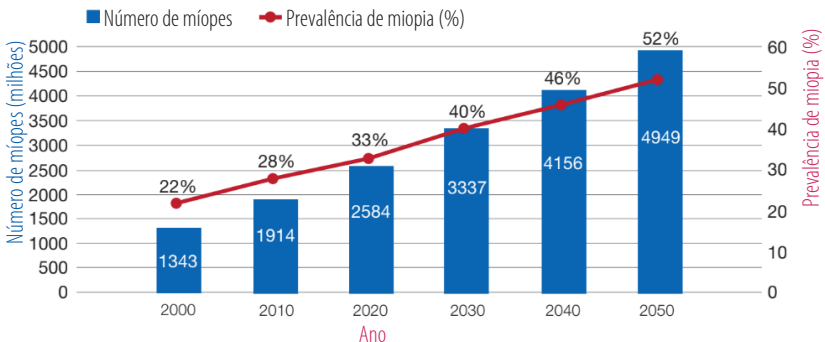
DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE OFTALMOLOGIA | Gestão 2022-2025

Presidente: Márcia K. Uyeno Tabuse • Vice-presidente: Marcelo Alexandre A.C. Costa • Secretária: Iara Debort

Figura 1 – Frequência de miopia pelo mundo e a previsão para até 2050 de aumento na prevalência para quase 50% da população mundial



Resultados: Miopia - Agora e em 2050



Brien Holden Vision Institute

Adaptado de Holden et al. 2016 Ophthalmology

jetos próximos, o que pode causar esforço ocular e promover o alongamento do globo ocular, característico da miopia.

3. Genética:

a. A predisposição genética também desempenha um papel significativo. Crianças com pais míopes têm maior probabilidade para desenvolverem a condição. Quando um dos pais é míope, a chance da criança ser míope é de 20% e quando os dois são míopes, essa taxa pode chegar a 40%.⁵





A miopia não tratada pode ter diversas implicações negativas em crianças. A dificuldade para enxergar de longe pode afetar o seu desempenho acadêmico, pois elas podem ter dificuldade para ler quadros-negros ou telas de projeção, além de limitar a participação em atividades esportivas e recreativas. O fato da miopia começar antes dos 12 anos implica em aumentos progressivos até a idade adulta, podendo chegar a mais de cinco graus. Miopia severa aumenta o risco de desenvolver outras doenças oculares graves no futuro, como descolamento de retina, glaucoma, catarata e degeneração macular miópica.

Estratégias de prevenção e controle

→ Estudos indicam que passar mais tempo ao ar livre, onde a luz natural é mais intensa, pode reduzir o risco de desenvolver miopia. Recomenda-se que crianças passem pelo menos 1 a 2 horas por dia fazendo atividades ao ar livre, o que estimula o uso da visão para longe e conta com a luminância natural do sol, que é 100x maior que a luz artificial, propiciando a miose, reduzindo o esforço aco-

Figura 2 – Risco em vezes de desenvolver degeneração macular, descolamento de retina, catarata e glaucoma para cada faixa de miopia

Prescrição	1 Degeneração macular ¹	2 Descolamento de retina ²	3 Catarata ³	4 Glaucoma ⁴
-1.00 a -3.00	2.2	3.1	2.1	1.65
-3.00 a -6.00	9.7	9.0	3.1	2.46
-6.00 a -9.00	40.6 x risco	21.5	5.5	2.46

Fonte: Vongphanit, 2002. Ogawa e Tanaka, 1988. Lim, et al, 1999. Marcus, et al, 2011.

modativo do cristalino e liberando dopamina intraocular, que é um inibidor do crescimento do globo ocular.

- Reduzir o tempo de uso de dispositivos eletrônicos e promover intervalos regulares durante atividades de leitura e uso de telas.
- Exames oftalmológicos anualmente ou conforme recomendado por um profissional de saúde ocular são cruciais para a detecção precoce e manejo da miopia.
- Óculos e lentes de contato específicos para miopia, bem como o uso de colírios de atropina, em baixas concentrações, têm mostrado eficácia na redução da progressão da miopia.^{6,7}
- Campanhas de conscientização para pais, educadores e crianças sobre a importância da saúde ocular e as práticas preventivas da miopia.

Como funciona o colírio de atropina na progressão da miopia

A atropina é um antagonista muscarínico e impede a ação da acetilcolina, um neurotransmissor envolvido no alongamento do globo ocular. Ao bloquear esses receptores, a atropina pode reduzir os sinais que promovem o crescimento axial do olho. Existem evidências de que a atropina pode afetar diretamente a retina e a coroide (a camada vascular do olho), alterando a sinalização bioquímica que regula o crescimento do globo ocular.

Os colírios de atropina são utilizados em várias concentrações, desde 0,01% até 1%. Concentrações mais baixas, como 0,01%, são frequentemente usadas porque têm menos efeitos colaterais, como dilatação da pupila e dificuldade de foco para perto, enquanto ainda são eficazes na redução da progressão da miopia.

Estudos têm mostrado que o uso de colírio de atropina pode reduzir a progressão da miopia em até 50-60%. A eficácia pode variar dependendo da concentração utilizada e da resposta individual da criança ao tratamento. A atropina em baixas concentrações é geralmente segura e bem tolerada em crianças.

A interrupção abrupta do uso do colírio de atropina pode levar a um “efeito rebo-te”, onde a miopia pode progredir rapidamente. Por isso, é importante que a interrupção do tratamento seja feita de forma gradual e sob orientação médica.

Como funcionam os óculos e lentes de contato de *defocus*

Os óculos de *defocus* são uma inovação recente no combate ao aumento da miopia em crianças. Eles funcionam com base em um princípio óptico que visa reduzir o estímulo que causa o alongamento do globo ocular, uma das principais causas da progressão da miopia.

1. *Defocus* miópico periférico:

a. A miopia corrigida com óculos convencionais envolve a focalização nítida da imagem na retina central, enquanto a imagem na periferia da retina pode estar

desfocada. Esse desfocamento periférico pode, paradoxalmente, sinalizar ao olho para crescer mais, exacerbando a miopia.

b. Os óculos de *defocus* têm uma zona central que corrige a visão, permitindo que a criança veja claramente. Em torno desta zona central, há anéis ou áreas que criam um desfoque miópico periférico intencional. Isso significa que, enquanto a visão central é clara, a visão periférica é desfocada de uma maneira controlada (Figura 3), reduzindo o estímulo para o crescimento axial do olho. Em outras palavras, o olho recebe sinais menos intensos para alongar, o que é o principal mecanismo de progressão da miopia.

c. Estudos clínicos têm mostrado que crianças que usam óculos de *defocus* apresentam uma taxa de progressão da miopia mais lenta em comparação a aquelas que usam óculos convencionais.

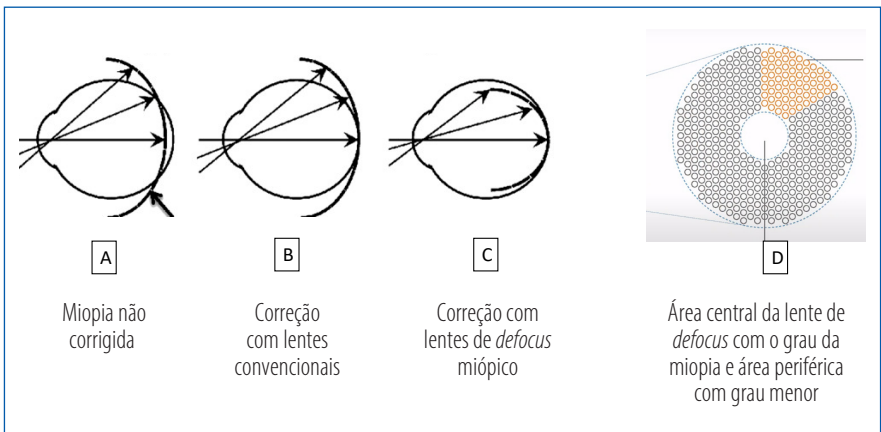
2. Adaptação inicial:

a. Algumas crianças podem levar um tempo para se acostumar com a sensação de desfoque periférico. No entanto, a maioria se adapta rapidamente sem grandes problemas.

b. As lentes de contato de *defocus* podem ser prescritas a partir dos oito anos de idade, são de uso e descarte diário e devem ser utilizadas por no mínimo 10 horas por dia.

c. Como se trata de uma tecnologia relativamente nova, a disponibilidade pode ser limitada e os custos mais elevados em comparação aos óculos e lentes de contato convencionais.

Figura 3 – *Defocus* miópico periférico



Fonte: Elaborado pela autora.

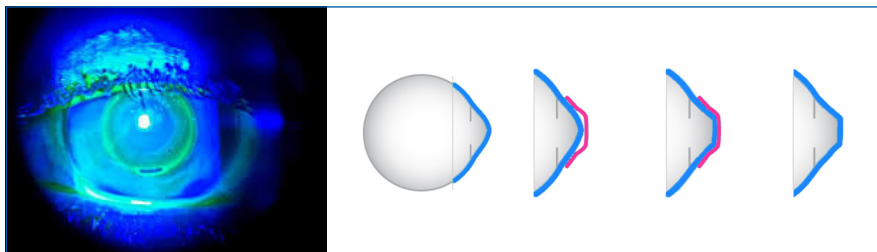
Como funcionam as lentes de ortoceratologia

A ortoceratologia é uma técnica de correção temporária da miopia que utiliza lentes de contato rígidas gás-permeáveis para remodelar a curvatura da córnea durante o sono (Figura 4). Essas lentes são usadas durante a noite e removidas pela manhã, permitindo uma visão clara sem a necessidade de óculos ou lentes de contato durante o dia. Para crianças, a ortoceratologia tem se mostrado uma opção eficaz no controle da progressão da miopia, possivelmente devido à redistribuição do estresse mecânico na córnea e ao impacto na elongação do globo ocular.

Conclusão

A epidemia de miopia em crianças é um desafio crescente que requer atenção e ação imediata. Compreender as causas, reconhecer as consequências e implementar estratégias eficazes de prevenção e controle são passos essenciais para proteger a visão das futuras gerações e garantir que as crianças possam crescer com uma visão saudável e clara do mundo.

Figura 4 – Olho com lente de ortoceratologia Orto-K e o efeito sobre a curva da córnea aplanando e corrigindo a miopia



Fonte: Arquivo da autora, adaptado da CooperVision.

Referências:

- Holden BA, Fricke TR, Wilson DA, Jong M, Naidoo KS, Sankaridurg P, et al. Global prevalence of myopia and high myopia and temporal trends from 2000 through 2050. *Ophthalmology*. 2016;123:1036-42.
- Congdon N, Wang Y, Song Y, Choi K, Zhang M, Zhou Z, et al. Visual disability, visual function, and myopia among rural chinese secondary school children: the Xichang Pediatric Refractive Error Study (X-PRES)-report 1. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2008;49:2888-94.
- Rudnicka AR, Kapetanakis VV, Wathern AK, Logan NS, Gilmartin B, Whincup PH, et al. Global variations and time trends in the prevalence of childhood myopia, a systematic review and quantitative meta-analysis: implications for aetiology and early prevention. *Br J Ophthalmol*. 2016;100:882-90.
- Li M, Xu L, Tan CS, Lanca C, Foo LL, Sabaranyagam C, et al. Systematic review and meta-analysis on the impact of COVID-19 pandemic-related lifestyle on myopia. *Asia-Pacific J Ophthalmol*. 2022;11:470-80.
- Han X, Liu C, Chen Y, He M. Myopia prediction: a systematic review. *Eye (Lond)*. 2022;36:921-9.
- Huang J, Wen D, Wang Q, McAllinden C, Filtrcroft I, Chen H, et al. Efficacy comparison of 16 interventions for myopia control in children: a network meta-analysis. *J Ophthalmology*. 2016;123:697-708.
- Ezenbaum F, Schaefer TM, Cunha C, Rosseto JD, Godinho IF, Nakanami CR, et al. Diretrizes brasileiras para o tratamento da miopia (SBOP/SOBLEC). SBOP; 2023.

Disclaimer: Parágrafos não referenciados correspondem à opinião e/ou prática clínica do autor.

A nova alimentação complementar

A alimentação complementar, definida como o processo de introdução de novos alimentos, além do leite materno ou fórmula láctea, geralmente se inicia aos seis meses de idade e prossegue até os 23 meses.¹ Esse intervalo de tempo constitui um período fundamental para o estabelecimento de bons hábitos alimentares na infância, porém, também representa uma fase de grande risco para carências nutricionais e/ou excessos alimentares.² Diversas consequências imediatas e de médio e longo prazo podem ser observadas quando ocorre uma alimentação inadequada nesse período (Quadro 1).

Com base nas recomendações atuais da Organização Mundial de Saúde (OMS) (Quadro 2, página 15), Ministério da Saúde e Sociedade Brasileira de Pediatria, destacamos as principais diretrizes sobre a introdução alimentar para crianças em aleitamento materno e não amamentadas. Ressaltamos que tais recomendações não contemplam bebês prematuros, baixo peso ao nascer, crianças com doenças alérgicas e alterações neurológicas.

Quadro 1 – Consequências da alimentação inadequada no período de introdução alimentar

Curto e médio prazo	Longo prazo
Crescimento inadequado	Diabetes mellitus tipo 2
Obesidade ou desnutrição	Hipertensão arterial
Carência de micronutrientes	Obesidade
Déficit no desenvolvimento motor, cognitivo e socioemocional	Doenças cardiovasculares
Doenças infectocontagiosas	Redução da capacidade de trabalho
	Baixa renda

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria.²

Autoras: Deborah Cardoso Albernaz de Almeida Dias, Maria Olívia Stanislau Affonso de Araújo, Priscila Nalin Sauretti

DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE PEDIATRIA AMBULATORIAL | Gestão 2022-2025

Presidente: Cristina H. Lima Delambert • Vice-presidente: Adriana M. Barros Pires • Secretária: Lygia M. Santos Border

Lactentes e pré-escolares que recebem aleitamento materno têm maior probabilidade de sobreviver, crescer e desenvolver todo o seu potencial.³ O aleitamento materno deve ser exclusivo até os seis meses de vida e mantido até dois anos ou mais. Após os seis meses, deve ser iniciada a alimentação complementar com a introdução de novos alimentos, visando suprir as necessidades nutricionais do lactente, estimular o desenvolvimento e, a longo prazo, criar hábitos e padrões alimentares saudáveis.¹

Aos seis meses de vida, os sistemas digestório, renal e imunológico estão prontos para receber alimentos diferentes aos da alimentação exclusivamente líquida,⁴ mas também é necessário que haja o desenvolvimento neuropsicomotor adequado com a presença dos chamados sinais de prontidão: sustentar a cabeça e o tronco, sentar sem apoio, demonstrar interesse nas refeições dos adultos, levar objetos à boca, desaparecimento do reflexo de protrusão e o aparecimento dos movimentos voluntários e independentes da língua, fazendo com que a criança consiga mastigar o alimento.⁵

A introdução alimentar deve seguir os hábitos dietéticos das famílias, permitindo que a criança tenha contato com todos os grupos alimentares, inicialmente ofertando uma refeição principal e lanche (fruta *in natura*) e, 30 dias após, segunda refeição principal e mais uma fruta no lanche.^{1,2} Deve-se evitar sal, gordura trans e sucos e alimentos ultraprocessados. Doces e açúcar são contraindicados nos dois primeiros anos de vida (Quadro 3, página 16). Destaca-se a importância da oferta de água potável a partir do início da introdução alimentar.¹ Alimentos mais alergênicos como ovo, trigo, castanhas, amendoim, peixes e frutos do mar devem ser introduzidos de forma precoce entre seis e 12 meses e, preferencialmente, em vigência de aleitamento materno, pela maior chance, nesse período, do desenvolvimento de tolerância imunológica ao invés de alergia alimentar.⁶

Quadro 2 – Recomendações das diretrizes da Organização Mundial de Saúde

1. O aleitamento materno é recomendado até dois anos de idade ou mais;
2. Lactentes não amamentados, de seis a 11 meses, devem receber fórmulas infantis à base de leite de vaca ou leite de vaca não modificado; e de 12 a 24 meses o leite de vaca não modificado pode ser oferecido;
3. A introdução de alimentos complementares deve acontecer por volta dos seis meses de idade, mantendo-se a amamentação;
4. Lactentes devem consumir uma dieta diversificada e com vários grupos alimentares desde o início da alimentação complementar (janela de oportunidades);
5. O consumo de alimentos não saudáveis deve ser evitado;
6. Em contextos de risco nutricional, o uso de suplementos nutricionais e fortificação de alimentos é indicado;
7. Recomenda-se estimular a alimentação responsiva, incentivando a criança a comer de forma autônoma e respeitando suas preferências e apetite.

Durante o processo de introdução alimentar, a autonomia do lactente deve ser estimulada, respeitando suas preferências e observando com atenção sinais de fome e saciedade, importantes para o desenvolvimento da autorregulação, e prevenindo a oferta excessiva ou insuficiente de calorias.¹

O ambiente das refeições deve ser calmo e proporcionar experiências positivas. O alimento pode ser oferecido em colher, mas é importante permitir que a criança explore e manuseie os alimentos cortados estimulando o seu desenvolvimento sensorial e motor.⁴⁻⁶ Telas e outros distratores não são recomendados.

Lactentes não amamentados

A recomendação atual é que lactentes não amamentados podem receber produtos lácteos a partir dos seis meses de vida, sendo esses: fórmula infantil ou leite de vaca integral não modificado. A partir dos 12 meses de vida, não está recomendado o uso de fórmulas infantis e as crianças devem continuar recebendo uma alimentação variada com leite de vaca integral não modificado.¹ Estudos mostraram que nessa faixa etária as fórmulas infantis não apresentam vantagens nutricionais em relação ao leite de vaca não modificado e o consumo excessivo das fórmulas pode prejudicar a diversidade da dieta e a formação de hábito alimentar.⁷

Quadro 3 – Exemplos de alimentos de acordo com a extensão e propósito de seu processamento

Alimentos <i>in natura</i> ou minimamente processados	Feijões, arroz (branco, integral ou parbolizado), milho (grão ou espiga), farinhas (mandioca, milho, trigo, aveia), macarrão (farinha e água), raízes ou tubérculos (<i>in natura</i> ou embalados), legumes e verduras (frescos ou embalados), leites (líquido ou pó), iogurtes, coalhadas, amendoim, castanhas, nozes, ervas (frescas ou secas)
Alimentos processados	Conservas, extrato ou concentrado de tomate (com açúcar e sal), carnes salgadas, peixe conservado em óleo ou água e sal, frutas em calda ou cristalizadas, queijos (minas, prato, mussarela, ricota, cottage) e pães (feitos de farinha de trigo refinada ou integral, leveduras, água e sal)
Alimentos ultraprocessados	Refrigerantes, refrescos (pó ou pronto adoçado), “salgadinhos de pacote”, sorvetes, chocolates, balas, gelatinas em pó, pães (doces ou de forma), biscoitos, bolos prontos, “cereais matinais”, “barras de cereais”, achocolatados, iogurte com sabores e tipo <i>petit suisse</i> , compostos lácteos, temperos “instantâneos”, maioneses, molhos prontos, <i>nuggets</i> , salsicha, hambúrguer, macarrão “instantâneo”

No entanto, cabe ressaltar a alta prevalência da anemia ferropriva no Brasil,⁸ recomendando-se, portanto, evitar o uso de leite de vaca *in natura* antes dos 12 meses e limitando o seu consumo a 500mL/dia após os 12 meses, sendo uma estratégia protetora contra a deficiência de ferro e o desenvolvimento de anemia ferropriva.

Suplementação nutricional medicamentosa

Por fim, devemos orientar a suplementação profilática de ferro a partir de 180 dias para todos os lactentes a termo, de peso adequado para a idade gestacional e sem outros fatores de risco para deficiência de ferro, na posologia de 1mg de ferro elementar/kg/dia até os dois anos de vida. Além disso, também deve ser realizada a suplementação de vitamina D para todos os lactentes de 0 a 12 meses de 400UI e de 12 a 24 meses na posologia de 600UI.^{2,8}

Devido à alta vulnerabilidade para carência de micronutrientes nessa faixa etária, outras estratégias de suplementação podem ser avaliadas individualmente.²

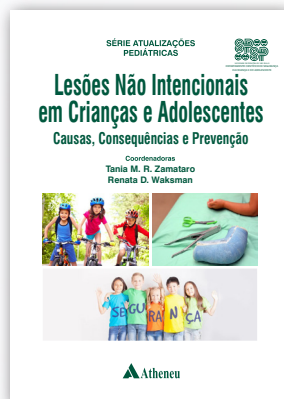
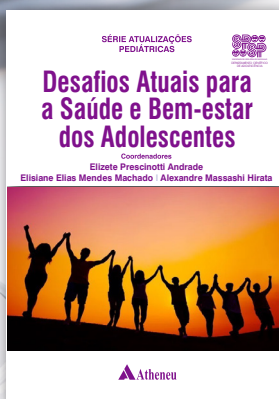
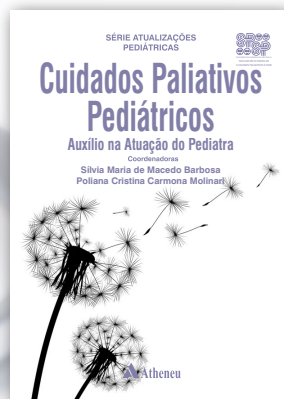
A diretriz atual está disponível no site da OMS, site de nutrição da OMS e Biblioteca Eletrônica de Evidências para Ações de Nutrição da OMS. Pesquisas sobre alimentação complementar mantêm-se em desenvolvimento continuamente, permitindo futuras atualizações da diretriz, em atualização e revisão embasados em evidências científicas apropriadas.

Referências:

1. World Health Organization. Guideline for complementary feeding of infants and young children 6–23 months of age. Geneva: World Health Organization; 2023.
 2. Sociedade Brasileira de Pediatria - Departamentos Científicos de Aleitamento Materno e Nutrologia. Aleitamento e alimentação complementar - Análise sobre as recomendações da Organização Mundial de Saúde – 2023. Nº 115. São Paulo: SBP; 2023.
 3. Pérez-Escamilla R, Tomori C, Hernández-Cordero S, Baker P, Barros AJ, Bégin F, et al. Breastfeeding: crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world. *Lancet*. 2023;401:472-85.
 4. Sociedade Brasileira de Pediatria - Departamentos Científicos de Nutrologia e Pediatria Ambulatorial. Guia prático de alimentação da criança de 0 a 5 anos-2021. São Paulo: SBP; 2021.
 5. Sociedade Brasileira de Pediatria - Departamento Científico de Nutrologia. A alimentação complementar e o método BLW (Baby-Led Weaning) - Guia Prático de atualização. Nº3. São Paulo: SBP; 2017.
 6. Franco JM, Lopes-Oliveira LC, Castro AP, Pomiecinski F, Reali AC, Yang AC, et al. Introdução dos alimentos no primeiro ano de vida e prevenção da alergia alimentar: quais as evidências? *Arq Asma Alerg Immunol*. 2022;6:49-57.
 7. Fuchs GJ III, Abrams SA, Amevor AA; Committee on Nutrition. Older infant-young child "formulas". *Pediatrics*. 2023;e2023064050.
 8. Sociedade Brasileira de Pediatria - Departamentos Científicos de Nutrologia e Hematologia. Consenso sobre anemia ferropriva: atualização: destaques. Nº 2. São Paulo: SBP; 2021.
- Disclaimer: Parágrafos não referenciados correspondem à opinião e/ou prática clínica do autor.

Atualizações pediátricas

Confira os lançamentos recentes da série
em parceria com a Editora Atheneu



WWW.SPSP.ORG.BR