

Pediatra ATUALIZESE

BOLETIM DA SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO



O PEDIATRA NO COTIDIANO DA CRECHE

Creche e a mãe que trabalha • Página 4

A atuação do pediatra na creche • Página 7

Síndrome da creche: doenças mais comuns • Página 9

SPSP educa

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

Diretoria da Sociedade
de Pediatria de São Paulo
Triênio 2025-2028

Diretoria Executiva

Presidente
Sulim Abramovici
1º Vice-presidente
Renata Dejtiar Waksman
2º Vice-presidente
Claudio Barsanti
Secretária-geral
Maria Fernanda B. de Almeida
1ª Secretária
Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck
2ª Secretário
Mario Roberto Hirschheimer
1º Tesoureiro
Paulo Tadeu Falanghe
2ª Tesoureira
Ana Cristina Ribeiro Zollner

Diretoria de Publicações

Diretora
Cléa R. Leone
Coordenadores do *Pediatra
Atualize-se*
Antonio Carlos Pastorino
Mário Cícero Falcão

Departamento Científico
colaborador: Pediatria Ambulatorial
e Cuidados Primários

Informações Técnicas

Produção editorial:
Sociedade de Pediatria
de São Paulo
Jornalista responsável:
Paloma Ferraz (MTB 46219)
Revisão: Lucia Fontes
Projeto gráfico e diagramação:
Lucia Fontes

Foto de capa:
peopleimages | depositphotos.com

Periodicidade: bimestral
Versão eletrônica: www.spsp.org.br

Contato comercial:
Karina Aparecida Ribeiro Dias
karina.dias@apm.org.br
Malu Ferreira
malu.ferreira@apm.org.br

Contato produção:
Paloma Ferraz
paloma@spsp.org.br

ISSN 2448-4466

IMPORTÂNCIA DO PEDIATRA NA CRECHE: UM OLHAR DA SAÚDE PARA A EDUCAÇÃO

A presença do pediatra em creches vai além do atendimento clínico individual, pois representa uma ponte essencial entre os setores da saúde e da educação. Em um país onde muitas crianças passam boa parte do dia em instituições de educação, a atuação do pediatra nesse ambiente assume um papel estratégico na promoção da saúde coletiva e no desenvolvimento pleno da criança.

A presença de um pediatra na creche contribui para o monitoramento do crescimento e desenvolvimento das crianças, identifica precocemente agravos à saúde, orienta sobre alimentação adequada, vacinação, higiene, sono e prevenção de doenças. É um agente de promoção da saúde e prevenção de riscos em um ambiente onde vulnerabilidades se manifestam com frequência e onde a intervenção oportuna pode fazer toda a diferença.

Para os profissionais da saúde, especialmente aqueles envolvidos na atenção primária, essa integração representa uma oportunidade concreta de ampliar o alcance das políticas públicas voltadas à infância. Estar presente nas creches é também estar próximo das famílias, facilitando o acompanhamento longitudinal e o trabalho em rede com a educação.

Além disso, o pediatra contribui com a capacitação de professores e cuidadores para reconhecer sinais de alerta, adotar boas práticas sanitárias e manejar intercorrências comuns do dia a dia.

Assim, incluir o pediatra no cotidiano da creche é reconhecer que saúde e educação caminham juntas na formação da criança. É uma estratégia de cuidado integral que precisa ser valorizada, fortalecida e ampliada em todas as regiões do Brasil.

Esta edição do boletim *Pediatra Atualize-se* trata exatamente desse tema.

Aproveitem a leitura!



MÁRIO CÍCERO FALCÃO
EDITOR

ÍNDICE

Creche e a mãe que trabalha 4
por Tadeu Fernando Fernandes

A atuação do pediatra na creche 7
por Regis Ricardo Assad

Síndrome da creche: doenças mais comuns 9
por Déborah C.A. de Almeida Dias e Maria Olívia S.A. de Araújo

CRECHE E A MÃE QUE TRABALHA

Tadeu Fernando Fernandes

Especialista em Pediatria pela SBP. Especialização em Early Nutrition (ENS) pela Ludwig-Maximilians University Munich. Pós-Graduado em Nutrologia Pediátrica pela Boston University School of Medicine. American Academy of Pediatrics – AAP Membership Effective. Membro do Departamento Científico de Pediatria Ambulatorial da SBP. Membro do Departamento Científico de Pediatria Ambulatorial da SPSp.

A relação entre maternidade e mercado de trabalho para as mulheres é complexa e multifacetada, com avanços e desafios. Apesar dos progressos na legislação e na participação feminina no mercado, as mulheres ainda enfrentam desigualdades salariais, dificuldades de ascensão profissional e a pressão da dupla jornada, combinando trabalho e responsabilidades familiares entre elas e filhos, principalmente na primeira infância.¹

Nesse contexto se insere a creche, instaura-se uma mudança de referenciais, na qual o bebê pode, desde cedo, conviver com diversos parceiros de interação. Uma relação exclusiva/diádica dá lugar a um contexto múltiplo de cuidados, no qual a mãe continua sendo a pedra angular, mas agora compartilha com um terceiro o desenvolvimento do seu bebê.²

Essa instituição tem se constituído atualmente em nossa sociedade como uma forma representativa de cuidado às crianças pequenas, com um aumento considerável de demanda por esse serviço, muitas vezes instaurando a primeira forma de cuidado não materno regular para com esse bebê. Nesse cenário, não podemos esquecer, no entanto, que a creche e sua efetivação como instituição, o que ocorreu há poucas décadas, vem sendo construída progressivamente, estando longe de um consenso e de uma organização regular e identitária.^{2,3}

O bebê e suas experiências precoces de socialização, nos diversos espaços pelos quais ele circula, têm sido focalizados de forma mais convergente, apontando para a importância do olhar sobre a primeira infância em uma perspectiva contextual e sociocultural.^{2,3}

A mulher ganha espaço no mercado de trabalho

A taxa de participação das mulheres no mercado de trabalho brasileiro ainda é inferior à dos homens, mas tem apresentado avanços significativos ao longo do tempo. Em 2023, a taxa de participação feminina foi de 53,3%, enquanto a dos homens foi de 73,2%, de acordo com o IBGE.⁴

Apesar da diferença, a participação feminina tem crescido, impulsionada pelo aumento da escolaridade e o acesso a mais oportunidades no mercado. No entanto, persistem desafios como desigualdade salarial e dificuldades de conciliar a vida profissional com as responsabilidades familiares, entre elas o cuidado com os filhos, especialmente ainda na primeira infância, na qual a disponibilidade de creches desempenha um papel importante nesse contexto.⁴

O acesso a creches e pré-escolas aumenta a probabilidade de mulheres estarem empregadas e formalizadas, além de poderem receber salários maiores. No entanto, a falta de vagas ou custos elevados de creches podem dificultar a participação feminina no mercado de trabalho.⁴

Atualmente, inclui-se no atendimento em creche crianças com idade de zero a três anos, naquelas entre quatro a cinco anos utiliza-se o termo pré-escola.⁵

O acesso às creches no Brasil

A deficiência de creches no Brasil é um problema significativo, com milhões de crianças de até três anos sem acesso a vagas, especialmente em áreas de maior vulnerabilidade. Essa situação impacta o desenvolvimento infantil e a vida das famílias, dificultando o acesso à educação e a participação das mães no mercado de trabalho.⁶

Segundo o censo escolar da educação básica de 2022, publicado em 2023, tivemos quatro milhões de crianças matriculadas em creche e cinco milhões de crianças matriculadas na pré-escola, somando as instituições públicas e privadas (Gráfico 1), que correspondem a aproximadamente 15% da população infantil do Brasil.⁵

A creche é a primeira etapa da educação básica, apesar de não haver obrigatoriedade de matrícula, a oferta de vagas é dever constitucional e um direito das crianças. Cerca de seis em cada 10 famílias gostariam que seus filhos frequentassem a creche, mas apenas quatro são atendidas.⁹ Veja os dados representado no Gráfico 2.

Creche: pontos positivos e negativos

A presença da creche na vida da criança é algo que se torna impactante e único. Uma vez que a criança tenha o contato com a creche, esta irá se desenvolver com mais amplitude. Ela oferece a possibilidade de a criança aprender e evoluir de forma sutil, levando consigo todo o conhecimento quando ingressar na pré-escola, a segunda etapa da educação infantil.^{2,3}

A creche não só proporciona um ambiente prazeroso, mas, também garante grandes impactos que vão desde o falar até o movimentar e suas emoções, que são assegurados com o intuito de construir o conhecimento da criança para um futuro promissor.^{2,3}

A creche desempenha um papel crucial no neurodesenvolvimento infantil, oferecendo um ambiente rico em estí-

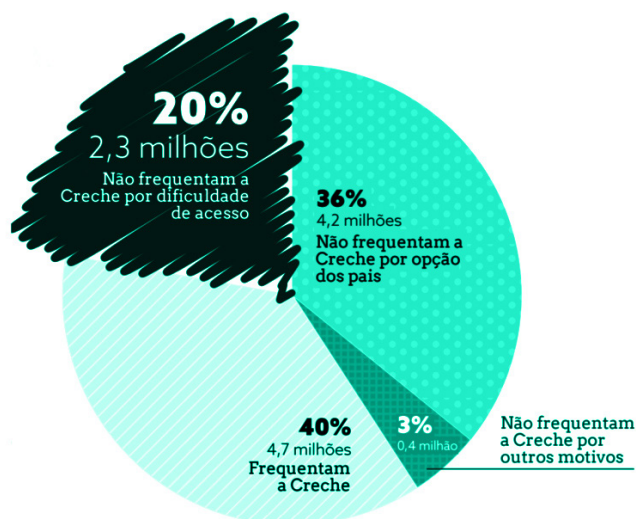
mulos e oportunidades para o desenvolvimento cognitivo, emocional e social da criança. Ela vai além do cuidado e da segurança, proporcionando interações sociais, atividades educativas e experiências que contribuem para a formação de bases sólidas para a vida.^{2,3,7}

Pontos positivos da creche:

- **Estímulo cognitivo:** ela oferece atividades que promovem o desenvolvimento do raciocínio lógico, da percepção visual e auditiva, da linguagem e de outras habilidades cognitivas essenciais.
- **Desenvolvimento emocional:** a interação com outras crianças e adultos na creche auxilia no desenvolvimento da inteligência emocional, na expressão de sentimentos, na resolução de conflitos e no aprendizado da empatia.
- **Socialização:** é um espaço onde a criança aprende a conviver em grupo, a compartilhar, a respeitar regras e a desenvolver habilidades sociais importantes para a vida em sociedade.
- **Estímulo à criatividade e à imaginação:** através de atividades artísticas, musicais e de brincadeiras estimula a criatividade, a imaginação e a expressão individual.
- **Apoio à família:** permite que os pais trabalhem com tranquilidade enquanto seus filhos são cuidados em um ambiente seguro e estimulante.
- **Acesso a bens culturais e educativos:** oferecer acesso a livros, brinquedos educativos e outras ferramentas que contribuem para o desenvolvimento da criança, complementando o que é oferecido (ou deveria ser) em casa.

Em resumo, a creche não é apenas um local de cuidado, mas um ambiente educativo fundamental para o neurode-

Gráfico 2 – O grave problema da desigualdade de oportunidades no acesso à creche no Brasil



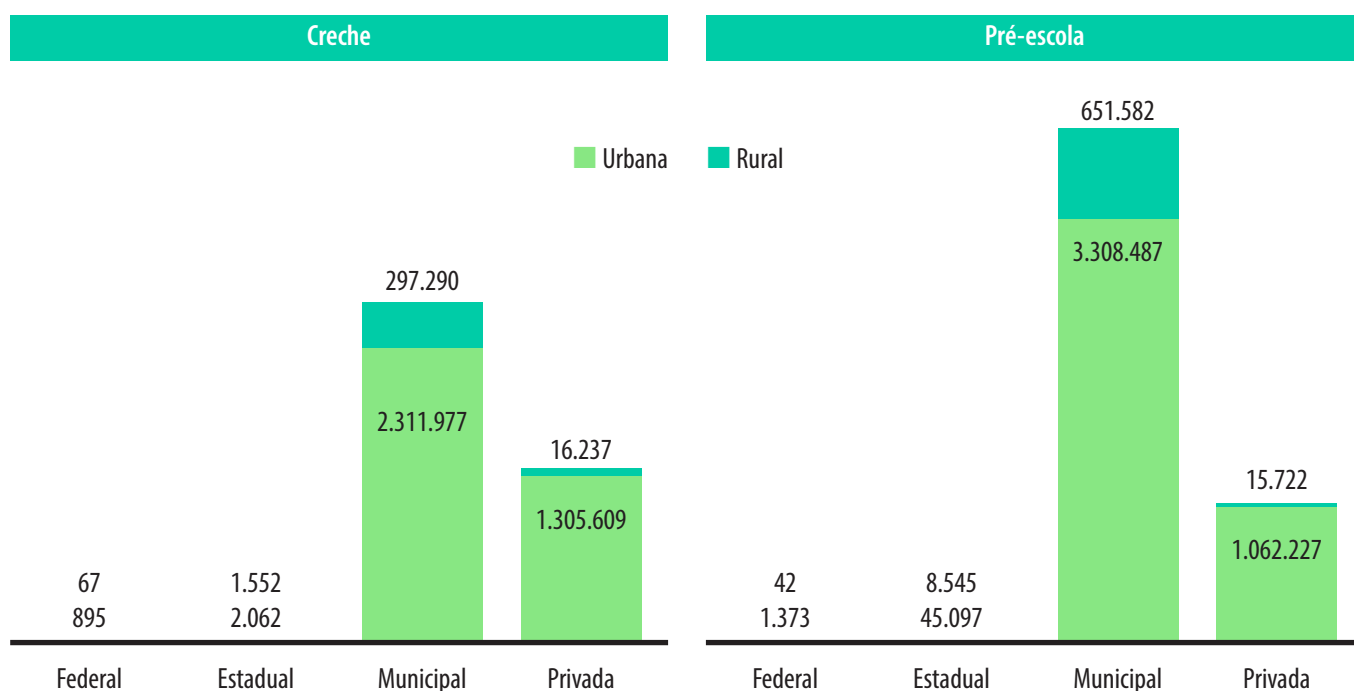
Fonte: IBGE - PNAD Contínua - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2023. Acesso em julho 2025.⁹

senvolvimento infantil, proporcionando estímulos essenciais para o desenvolvimento cognitivo, emocional e social da criança, além de oferecer apoio às famílias.

Por outro lado, é óbvio que crianças aglomeradas em um mesmo ambiente, durante um significativo período de tempo, têm maior exposição aos agentes etiológicos das infecções respiratórias, justamente em uma faixa etária na qual temos uma imaturidade fisiológica do sistema imunológico.¹⁰

O recém-nascido apresenta redução progressiva dos níveis séricos de IgG, adquiridos passivamente através de

Gráfico 1 – Número de crianças matriculadas em creche e pré-escola no Brasil em 2022 (publicado em 2023)



Fonte: Brasil - Ministério da Educação. Censo Escolar da Educação Básica 2022. Brasília-DF: Inep/MEC 2023.⁵



passagem transplacentária. Essa redução se inicia por volta do quarto mês de vida, estendendo-se até o oitavo mês na maioria dos lactentes.¹⁰

Ainda no contexto da maturação imunológica, sabe-se que o lactente apresenta níveis bastante reduzidos de IgA, que é a principal imunoglobulina presente nas mucosas dos tratos respiratório e gastrointestinal, o que pode facilitar a penetração de alérgenos e patógenos através desses epitélios.¹⁰

Os fatores de agravo vão se multiplicando, justamente na época em que a grande maioria dos lactentes vai para creche e são retirados de sua grande fonte de IgA específica, o leite materno.^{10,11}

Sabe-se, ainda, que nos dois primeiros anos de vida a capacidade de produzir anticorpos específicos contra patógenos dotados de cápsula polissacarídica é limitada, tornando-os susceptíveis às infecções causadas por esses microrganismos nessa fase da vida.^{11,12}

Uma metanálise postulou que o risco para infecções respiratórias em creches é proporcional ao número de colegas que a criança esteja em contato e conclui: a creche é o maior fator de risco para infecções respiratórias, com nível de evidência IIa.¹³

Referências:

1. Leitão FM. Dificuldades de ascensão na liderança feminina. Dissertação de Mestrado 2024. Acesso em julho 2025. Disponível em: https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/33885/2/master_bilga_monteiro_leitao.pdf
2. Miranda CMM de, Santos LR dos, Oliveira MLM de, Oliveira MA, Sergio MZ. A importância da creche no desenvolvimento infantil. Revista Ibero-Americana De Humanidades 2021, Ciências E Educação, 7(6), 1188-1198.
3. Sa DJ de, Oliveira DBA, Alves FIBM, Brinzel MFA. Educação Infantil: O Impacto da Creche na Vida da Criança de 0 A 3 anos. Id on Line Rev. Psic., Dezembro/2024, vol.18, n.74, p. 116-126.
4. IBGE Brasil 2023. Mercado de trabalho reflete desigualdades de gênero. Acesso em julho de 2025. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/20232-estatisticas-de-genero-responsabilidade-por-fazeres-saeta-insercao-das-mulheres-no-mercado-de-trabalho>
5. Brasil - Ministério da Educação. Censo Escolar da Educação Básica 2022. Brasília-DF Inep/MEC 2023. Acesso em junho 2023. Disponível em: https://download.inep.gov.br/publicacoes/institucionais/estatisticas_e_indicadores/resumo_tecnico_censo_escolar_2022.pdf
6. Agência Brasil. Mais de 2 milhões de crianças no país estão sem vagas em creches. Acesso em julho de 2025. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/educacao/noticia/2024-04/mais-de-2-milhoes-de-criancas-no-pais-estao-sem-vagas-em-creches>
7. Adurens FDL. Desenvolvimento de bebês na creche: percepções de professoras e auxiliares 2020.
8. Fundação Maria Cecília Souto Vidigal. Educação infantil no PNE: uma análise do novo Plano Nacional de Educação. Publicado em 21/01/2025. <https://fundacao-mariacecilia.org.br/noticias/educacao-infantil-pne-fundacao-analise-plano-nacional-de-educacao/>
9. IBGE - PNAD Contínua - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2023. Acesso em julho 2025. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html>
10. Roxo Júnior P, Carvalho BTC, Tavares FS. Infecções de repetição: o que é importante para o pediatra. Rev Paul Pediatr 2009;27(4):430-5.
11. Oliveira PD, Bertoldi AD, Silva BGC, Domingues M, Neumann NA, Silveira MF. Day care attendance during the first 12 months of life and occurrence of infectious morbidities and symptoms. J Pediatr (Rio J). 2018.
12. Nesti MM, Goldbaum M. Creches e pré-escolas e as doenças transmissíveis. J Pediatr (Rio J). 2007;83(4):299-312.
13. Uhari M, Mantysaari K, Niemela M. A meta-analytic review of the risk factors for acute otitis media. Clin Infect Dis. 1996;22: 1079-83.

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

Mensagem final do autor

Diante dessas constatações, devemos conhecer e ponderar todos os itens relatados para a inclusão de uma criança na creche, uma difícil decisão que os pais têm que tomar nesse início de vida, principalmente para as mães que criam um maior vínculo durante a licença maternidade e agora tem a difícil missão de decidir sobre o ingresso de seu filho na creche. É desafiador, mas será uma decisão que formará a base, o alicerce, o fundamento para que tenhamos um futuro saudável e produtivo.

A ATUAÇÃO DO PEDIATRA NA CRECHE

Regis Ricardo Assad

Título de especialista em Pediatria pela SBP e AMB. Presidente do Departamento Científico de Pediatria Ambulatorial e Cuidados Primários da SPSP.

O pediatra desempenha um papel fundamental na promoção da saúde dentro da creche. Desde a orientação para práticas de higiene até a supervisão de imunizações, sua atuação garante um ambiente mais seguro e saudável para o crescimento das crianças.

A palavra creche foi usada no século XVIII para designar o estabelecimento criado na França para cuidar de crianças pobres desamparadas.¹

O papel das creches mudou ao longo da história e teve desenvolvimentos diferentes conforme o país. Antes da revolução industrial, as instituições que abrigavam crianças pequenas estavam voltadas para cuidar de crianças abandonadas, eram administradas principalmente por pessoas vinculadas à igreja e o objetivo principal era dar um suporte mínimo em relação à alimentação e cuidados básicos. Com as mudanças econômicas e sociais que a industrialização e a urbanização trouxeram, seu papel começou a mudar com a absorção da mão de obra das mulheres no mercado de trabalho.²

A Constituição Federal do Brasil de 1988 legitimou a educação infantil como direito da criança e o nosso Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), reafirmou esse direito, como uma obrigação do Estado e direito da criança.³ A Lei de Diretrizes e Bases da Educação de 1996, disciplina a educação escolar no Brasil e estabelece que a educação infantil seja oferecida em creches para as crianças de zero a três anos de idade. As creches, que antes tinham autorização para funcionamento e fiscalização pela Secretaria de Saúde, passaram a ser vinculadas à Secretaria de Educação.⁴ Os municípios brasileiros hoje, são responsáveis para regulamentar e adaptar as leis observando-se uma preocupação com condições estruturais, espaço físico, deixando de ser “abrigo” para se tornar um espaço educacional e desempenhar a função integral para a saúde da criança.⁴

Com o avanço de novos conhecimentos científicos e novas descobertas, como a epigenética, programação metabólica, importância da nossa microbiota e a comprovação



das vantagens em se investir nos primeiros 1.100 dias de vida, a presença e participação do pediatra na creche se torna fundamental. Com a mudança da legislação, na qual a Secretaria da Educação e não mais a da Saúde conduziu a regulamentação das creches, nós, pediatras, perdemos o protagonismo e não fomos treinados para atuar nessa faixa etária com as demandas que as creches exigem. Elas, como primeiro ambiente frequentado pela criança fora do contexto familiar, foram criadas para oferecer ótimas condições para o desenvolvimento integral e harmonioso da criança, estimulando-a nas esferas biológica, psicossocial, cognitiva e espiritual.⁵

As creches públicas, e algumas particulares, no Brasil, dirigidas para atender as demandas das camadas mais pobres, de maneira geral, têm o seu funcionamento precário, com escassez de recursos, falta de infraestrutura, despreparo de seus funcionários e um interesse social orientado para o assistencialismo, e não para a promoção do crescimento e desenvolvimento das crianças. Os cuidados com a promoção do bem-estar e do desenvolvimento infantil não são priorizados nesses locais, as atividades desenvolvidas não são criadas a partir das necessidades das crianças, mas em função da maior facilidade, disposição e conforto do adulto.⁶

As demandas apresentadas pelas crianças que frequentam as creches, cuja idade pode variar de quatro meses a três anos de idade, são muitas e a presença de um pediatra, trabalhando em conjunto interdisciplinar com profissionais de outras áreas como nutricionistas, psicopedagogos, recreadores, assistentes sociais, fonoaudiólogos e demais colaboradores, vai proporcionar uma oportunidade única para que essas crianças tenham um pleno desenvolvimento físico, psíquico e social.⁶

A Tabela 1 resume as principais demandas nas quais o pediatra teria uma participação importante:⁶

Devemos lutar para aumentar a licença maternidade para 180 dias, evitando o ingresso precoce das crianças na creche e aumentando o período de amamentação. Melhorar o currículo da graduação e residência para que o médico que atende crianças possa estar familiarizado com o ambiente

da creche e, por fim, estimular os municípios para que contratem pediatras para trabalhar em creches, para que este seja um ambiente de educação e promoção da saúde.

Referências:

1. Merisse A. Origem das instituições de atendimento à criança: o caso das creches. In: Merisse A, Justo JS, Rocha LC. Lugares da infância: reflexões sobre a história da criança na fábrica, creche e orfanato. São Paulo: Arte Ciência; 1997. P.25-51.
2. Rosenberg F. O movimento de mulheres e a abertura política no Brasil: o caso da creche – 1984. In: Rosenberg F, org. Temas em destaque: creche. São Paulo: Cortez; 1989. P.90-102.
3. Brasil. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília; 1990. P.92.
4. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. Política nacional de educação infantil: pelo direito das crianças de zero a seis anos à educação. Brasília: MEC/SEB;2006.
5. Gonçalves FD, Catrib AMF, Vieira NFC, Vieira LIES. A promoção da saúde na educação infantil. Interface Comunic Saúde Educ.2008;12(24):181-92.
6. Residência Pediátrica- Creche e a mãe que trabalha. Artigo de Revisão - Ano 2014- Volume 4 - 3 Supl. 1.

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

Mensagem final do autor

Todas as demandas listadas constituem a nossa Puericultura e a presença do pediatra é indispensável para contribuir para o bom crescimento e desenvolvimento das crianças na faixa etária de acesso à creche. Não precisamos ser os protagonistas de todas as intervenções, mas a presença do pediatra nesses locais é indispensável, temos que fazer parte da equipe multidisciplinar que trabalha nas creches. Como é um espaço de responsabilidade dos municípios, estes precisam contratar pediatras para estas funções. Por outro lado, as escolas médicas precisam colocar no seu currículo, desde a graduação à residência médica, estágios e treinamento para que o pediatra possa exercer essas habilidades e aprender a trabalhar em equipe. O objetivo geral da atuação do pediatra na creche é promover o bem-estar físico, emocional e social das crianças por meio do acompanhamento médico, prevenção de doenças, apoio à equipe pedagógica e orientação às famílias.⁶

Tabela 1 – Principais demandas das crianças na creche

Alimentação	Violência e maus tratos
Vacinação	Espaço e atividades
Crescimento e desenvolvimento	Uso de telas
Treinamento esfinteriano	Stress toxico precoce
Prevenção de acidentes	Alterações do bioma
Uso de bicos	Estimulação e leitura

Fonte: Residência Pediátrica - Creche e a mãe que trabalha. Artigo de revisão-Ano2014-Volume 4-3 Supl.1

SÍNDROME DA CRECHE: DOENÇAS MAIS COMUNS

Déborah Cardoso Albernaz de Almeida Dias

Título de especialista em Pediatria pela SBP. Mestre em Saúde Materno-infantil pela UFRJ. Docente do curso de Medicina da Universidade Anhembi Morumbi. Membro do Departamento Científico de Pediatria Ambulatorial e Cuidados Primários da SPSP.

Maria Olívia Stanislau Affonso de Araújo

Título de especialista em Pediatria pela SBP. Docente do curso de Medicina da Universidade Anhembi Morumbi. Coordenadora da Residência de Pediatria do Hospital Municipal de São José dos Campos. Membro do Departamento Científico de Pediatria Ambulatorial e Cuidados Primários da SPSP.

A “síndrome da creche” não constitui um diagnóstico médico, mas sim um termo de uso clínico e epidemiológico informal, amplamente utilizado para descrever a ocorrência recorrente de infecções, sobretudo do trato respiratório e gastrointestinal,¹ em crianças que passam a frequentar ambientes coletivos, como creches e pré-escolas.

Crianças que frequentam esses locais podem apresentar de oito a 12 episódios de infecções por ano,² principalmente nos primeiros 12 a 24 meses de exposição. Este fenômeno decorre, fundamentalmente, da maior exposição a patógenos circulantes em espaços de convivência com alta densidade populacional infantil. A proximidade física, o contato interpessoal constante e o compartilhamento de objetos favorecem a transmissão de vírus e bactérias, especialmente entre crianças pequenas, cujo sistema imunológico encontra-se em processo de amadurecimento.¹

As infecções associadas à síndrome da creche são predominantemente virais e autolimitadas, ocorrendo, principalmente, nos meses de outono e inverno e, não indicam por si só, disfunção imunológica.^{1,2}

Dentre as diversas doenças de frequente transmissão em creches, as mais diagnosticadas são:

→ Resfriado comum (nasofaringite aguda)

Consiste em uma inflamação aguda da mucosa nasal ou

faríngea, de etiologia viral, geralmente com evolução benigna e autolimitada, sendo rara a complicação para infecção bacteriana secundária (5% dos casos). Os principais agentes virais envolvidos são rinovírus, coronavírus, influenza, parainfluenza e vírus sincicial respiratório (VSR).^{1,2} O quadro clínico consiste em sintomas nasais como congestão, rinorreia e espirros, além de tosse. Esses sintomas se intensificam a partir do segundo ou terceiro dia de infecção, melhorando a partir do quinto dia, podendo durar de 10 a 14 dias em crianças pequenas. Febre baixa pode estar presente no início do quadro.³ O tratamento é realizado com medicações sintomáticas (como analgésicos e antitérmicos), higiene nasal e hidratação adequada. Mel em crianças maiores de um ano e hidratação com líquidos quentes, como chás e sopas, parecem ter um efeito calmante sobre a mucosa respiratória e contribuem para a mobilização das secreções. O uso de antitussígenos, anti-histamínicos e descongestionantes não é recomendado, pois possuem pouca evidência de melhora clínica, além dos riscos de efeitos colaterais, principalmente na faixa etária pediátrica.¹

→ Rinossinusite aguda

Doença caracterizada pela inflamação da mucosa nasal e dos seios paranasais, cuja etiologia pode ser inicialmente viral e associada a um resfriado comum, mas possível de

Tabela 1 – Doenças comumente observadas na síndrome da creche

Resfriado comum (nasofaringite aguda)	Conjuntivite viral
Rinossinusite aguda	Roséola ou exantema súbito
Otite média aguda	Varicela
Influenza	Escarlatina e faringotonsilites estreptocócicas
Bronquiolite viral aguda	Eritema infeccioso
Gastroenterite aguda	Escabiose
Síndrome mão-pé-boca	Pediculose

Fonte: American Academy of Pediatrics. Managing Infectious Diseases in Child Care and Schools. 5th ed., 2024.³

evoluir para sinusite bacteriana por *S. pneumoniae*, *H. influenzae* não tipável ou *M. catarrhalis*.¹ O quadro clínico da rinosinusite bacteriana é caracterizado por:

- Persistência dos sintomas de um resfriado comum, como rinorreia anterior e posterior e/ou tosse após 10 dias de sintomas, sem sinais de melhora clínica;
- Piora clínica ou retorno da febre após um resfriado que já havia melhorado;
- Presença de febre alta (maior ou igual a 39°C) e rinorreia purulenta já no início dos sintomas, persistindo por três a quatro dias consecutivos.

O diagnóstico da sinusite é clínico, exames de imagem não diferenciam o quadro viral de bacteriano. O tratamento da sinusite bacteriana consiste em lavagens nasais repetidas e antibioticoterapia. Frequentar creche é um fator de risco para resistência à amoxicilina, portanto, neste caso, o tratamento deve ser feito com amoxicilina com clavulanato (80-90mg/kg/dia de amoxicilina e 6,4mg/kg/dia de clavulanato de 12/12h) por 10 dias. Outros fatores de risco são: idade menor que dois anos, uso de antibiótico nas últimas quatro semanas e vacinação incompleta para pneumococo. Crianças maiores de dois anos e sem fatores de risco devem receber amoxicilina 90mg/kg/dia de 12/12h por 10 dias.⁴

→ Otite média aguda (OMA)

É uma infecção da orelha média e sua etiologia pode ser viral ou bacteriana (*H. influenzae*, *S. pneumoniae*, e *M. catarrhalis*), geralmente precedida de uma infecção de via aérea superior. Estudos descrevem um aumento de duas a três vezes no risco de aquisição de OMA em crianças que frequentam creches.³ Os achados característicos são: abaulamento da membrana timpânica (mais específico), otorreia não relacionada à otite externa, otalgia (considerar ato de segurar, esfregar ou apontar em crianças que não falam) ou hiperemia intensa da membrana timpânica.^{1,2} O diagnóstico é clínico e a antibioticoterapia está indicada nos pacientes portadores de comorbidades, em todas as crianças menores de seis meses, em crianças maiores quando for bilateral e na presença de sintomas graves (otalgia importante sem melhora com analgesia, sintomas com duração maior de 48 horas ou temperatura maior ou igual a 39°C). Nos demais casos, a conduta deve ser expectante, com medicação analgésica e observação. Quando indicado, a pri-

meira escolha de antibiótico é a amoxicilina 50-90mg/kg / dia (optar por 90mg nos pacientes que frequentam creche, nos menores de seis meses e com vacinação incompleta para pneumococo).⁴

→ Influenza

Consiste em uma infecção viral aguda causada predominantemente pelos tipos A e B do vírus influenza, que se apresenta com elevada transmissibilidade e tendência a epidemias sazonais e pandemias.⁵ Apesar de acometer especialmente o sistema respiratório, seu quadro clínico pode variar, dependendo principalmente da idade do paciente. Nos primeiros meses de vida, podem ocorrer quadros de bronquiolite, laringite ou quadro semelhante à sepse bacteriana. Menores de dois anos são considerados grupo de risco para complicações e doença grave devido à baixa imunidade e ao pequeno calibre das vias aéreas. Entre dois e cinco anos, a criança tende a apresentar febre e sinais de infecção de vias aéreas superiores.⁶ A transmissão do vírus ocorre por gotículas respiratórias, seja pessoa a pessoa ou através de superfícies contaminadas. As crianças excretam o vírus mais precocemente, com maior carga viral e por períodos mais longos, podendo transmiti-lo por sete a 10 dias, tempo este em que devem permanecer afastadas da creche. O tratamento consiste em medidas de suporte, como hidratação e repouso, e sintomáticos, além de antivirais específicos. O uso do oseltamivir está indicado em todas as crianças menores de cinco anos com síndrome gripal, preferencialmente nas primeiras 48 horas após o início dos sintomas, com a dose variando de acordo com o peso e idade (Tabela 2).⁵ A melhor forma de se proteger contra a influenza é pela vacinação, com os antígenos atualizados no ano vigente. A vacina está disponível pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) para crianças de seis meses até menores de seis anos, devido ao maior risco de complicações nessa faixa etária.^{5,7}

→ Bronquiolite viral aguda (BVA)

É uma doença inflamatória inespecífica, causada principalmente pelo VSR, que afeta as vias aéreas de pequeno calibre. Consiste em uma das principais causas de morbidade e internação hospitalar, dentre as afecções infecciosas respiratórias no primeiro ano de vida.⁶ Devido à sua fácil transmissibilidade através de gotículas res-

Tabela 2 – Dose de oseltamivir na faixa etária pediátrica

Criança menor de um ano de idade	0 a 8 meses	3mg/kg, 12/12h, 5 dias
	9 a 11 meses	3,5mg/kg, 12/12h, 5 dias
Criança maior de um ano de idade	≤ 15kg	30mg, 12/12h, 5 dias
	> 15kg a 23kg	45mg, 12/12h, 5 dias
	> 23kg a 40kg	60mg, 12/12h, 5 dias
	> 40kg	75mg, 12/12h, 5 dias

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria. Atualização tratamento e prevenção da infecção pelo vírus influenza-2020-São Paulo:SBP;2020.³

piratórias, seja pessoa a pessoa ou através de superfícies contaminadas e compartilhadas, associada à ocorrência da primoinfecção nos primeiros dois anos de vida, é comum a ocorrência de surtos de VSR em creches.⁸ O diagnóstico é clínico: em geral o quadro tem início com coriza, espirro, obstrução nasal e febre, evoluindo em dois a três dias para acometimento de vias aéreas inferiores, com tosse, taquipneia e sibilos, podendo evoluir para dispnéia, esforço respiratório moderado a grave e hipoxemia. Não há tratamento efetivo para a BVA, sendo indicadas apenas medidas de suporte, como hidratação e fisioterapia respiratória. Na maioria dos pacientes a evolução da doença é benigna, mas a hospitalização pode ser necessária, principalmente nos menores de um ano e prematuros. Como medida de prevenção, orienta-se minimizar o risco de exposição, lavagem frequente das mãos, evitar o contato com pessoas com doença respiratória aguda, evitar o tabagismo passivo e incentivar o aleitamento materno. Alguns estudos recomendam que crianças mais suscetíveis a apresentar doença grave (como menores de seis meses, prematuros ou com comorbidades) devem considerar retardar a entrada na creche durante a sazonalidade do vírus. Creches e escolas devem ter políticas para evitar a transmissão e surtos, como incentivo à higienização de mãos, desinfecção de brinquedos e superfícies potencialmente contaminadas.⁸ Atualmente, existem também duas estratégias importantes de prevenção: através da vacinação da gestante entre 24 a 36 semanas de gestação, e anticorpos monoclonais administrados ao bebê no período de sazonalidade (nirsevimabe ou palivizumabe).⁷

→ Diarreia aguda infecciosa

A diarreia aguda é caracterizada pela mudança do hábito intestinal com eliminação de três ou mais evacuações menos consistentes ou líquidas por dia, com duração de até 14 dias (neonatos e lactentes em aleitamento materno exclusivo podem apresentar esse padrão de evacuação sem que seja considerado diarreia aguda), podendo estar associada a náuseas, vômitos, febre, dor abdominal, presença de muco e sangue (disenteria) e desidratação.⁹ As diarreias agudas de origem infecciosa têm como principais agentes vírus, bactérias e protozoários, sendo o rotavírus o agente mais prevalente e o principal causador de diarreia grave em crianças menores de cinco anos de idade. A vacinação contra o rotavírus é um fator determinante para a redução dos casos e está disponível no PNI (monovalente - VRH1), administrada aos dois e quatro meses de idade, e na rede particular (pentavalente - VRH5) aos dois, quatro e seis meses de idade.⁷ A terapia de reidratação oral (TRO) e o suporte nutricional representam os pilares para o tratamento da diarreia aguda. O tratamento medicamentoso deve ser avaliado de forma criteriosa, podendo ser utilizados antipiréticos (em caso de febre e dor), antiemético (apenas se vômitos persistentes) e antibióticos (nos casos de disenteria e comprometimento do estado geral). O uso oral do zinco está indicado em menores de cinco anos com diarreia aguda durante um período de 10 a 14

dias, na dose de 20mg/dia (10mg até seis meses de idade, pelo mesmo período), e o uso de probióticos pode ser útil para reduzir a gravidade e a duração da diarreia aguda infecciosa infantil.^{6,9}

→ Síndrome mão-pé-boca

Doença infectocontagiosa causada pelo vírus coxsackie com grande potencial de transmissão e surto em escolas. Na grande maioria dos acometidos, evolui de forma benigna e autolimitada, com duração de aproximadamente uma semana.¹⁰ O quadro clínico é caracterizado por febre, dor de garganta e mal-estar, associado ao aparecimento de lesões eritematosas pápulo-vesiculares nas mãos e pés (incluindo palmas e plantas) e úlceras/aftas na mucosa bucal e língua. As lesões também podem acometer glúteos e região genital. Três a oito semanas após a infecção aguda pode ocorrer onicomadese, que é o descolamento da unha a partir da sua base, nas mãos e/ou pés. Não existe tratamento específico para a síndrome mão-pé-boca, sendo indicado o tratamento sintomático com analgésicos e antitérmicos. A desidratação é a complicação mais comum, pois as lesões na cavidade oral podem levar à dificuldade de ingestão de líquido e à recusa alimentar. Outras complicações graves podem ocorrer, como encefalite e miocardite, mas são mais raras. Medidas de higiene, especialmente após a troca das fraldas, são recomendadas para diminuir o risco de transmissão, além de desinfecção de superfícies, objetos e utensílios utilizados pelos indivíduos acometidos.^{1,10}

Referências:

1. Kliegman, R.M. et al. Nelson Tratado de Pediatria. 22ª ed. Elsevier, 2020.
2. Upper Respiratory Infection (Common Cold) —Child Care and Schools. Pediatric Patient Education 2023; 10.1542/ppe_document087.
3. AAP American Academy of Pediatrics. Managing Infectious Diseases in Child Care and Schools. 5th ed., 2024.
4. Winter DEA, Oliveira LH. Recomendações quanto ao uso de antimicrobianos em infecções de vias aéreas superiores em pediatria. *Resid Pediatr.* 2019;9(3):284-289 DOI: 10.25060/residpediatr-2019.v9n3-15.
5. Sociedade Brasileira de Pediatria - Departamentos Científicos de Imunizações, Infectologia, Alergia, Otorrinolaringologia e Pneumologia. Atualização no tratamento e prevenção da infecção pelo vírus influenza – 2020. São Paulo: SBP; 2020.
6. Pediatria, Sociedade Brasileira de. Tratado de pediatria. 6. ed. Barueri: Manole, 2024.
7. Sociedade Brasileira de Pediatria - Departamentos Científicos de Imunizações e Infectologia. Calendário de vacinação da SBP - Atualização 2024/2025. São Paulo: SBP; 2024.
8. Sociedade Brasileira de Pediatria - Departamentos Científicos de Cardiologia, Imunizações, Infectologia, Neonatologia e Pneumologia. Diretrizes para o manejo da infecção causada pelo vírus sincicial respiratório - VSR - 2017 - São Paulo: SBP; 2027.
9. Sociedade Brasileira de Pediatria - Departamento Científico de Gastroenterologia. Diarreia Aguda Infecciosa. São Paulo: SBP; 2023.
10. Sociedade Brasileira de Pediatria - Departamentos Científicos de Dermatologia e Infectologia. Síndrome Mão Pé Boca – 2019. São Paulo: SBP; 2019.

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

Mensagem final das autoras

A síndrome da creche reflete um processo fisiológico de maturação imunológica diante da exposição a novos agentes patogênicos. Embora suas manifestações possam ser frequentes e motivo de preocupação para pais e cuidadores, a maior parte dos casos é benigna. A atuação preventiva, com base em vacinação atualizada, medidas sanitárias eficazes e educação dos cuidadores é fundamental para a condução segura dessas crianças.



1º CONGRESSO MUNDIAL,
5º BRASILEIRO e 5º PAULISTA de

Urgências e Emergências Pediátricas

25 a 28 de março de 2026

Centro de Convenções Frei Caneca • São Paulo

27 de junho de 2025 vence o segundo prazo de inscrições com desconto!



Trabalhos científicos: novidades!

Nesta edição do Congresso temos novidades incríveis em relação aos trabalhos científicos:

Os 10 melhores terão apresentação oral na grade do Congresso e serão publicados na Revista Emergencias Pediátricas da SEUP e SLEPE, em inglês e espanhol;

O autor principal do melhor trabalho científico submetido ganhará um mês de estágio como observador no Children's National Hospital of Washington-DC nos Estados Unidos.

Trabalhos científicos – Prazo para envio: 12 de janeiro de 2026

Acesse o site oficial do evento e confira a programação!

emergenciaspediatricas2026.com.br

Realização:

Sociedade de Pediatria de São Paulo e Sociedade Brasileira de Pediatria

Coorganização Científica:

Sociedad Latinoamericana de Emergencias Pediátricas
e Sociedad Española de Urgencias de Pediatría

Secretaria executiva:

Ekiye de Eventos

41 3022-1247

ekipe@ekipedeeventos.com.br