
Acompanhamento da Criança Normal

Dr. Danilo Blank ¹

Dra. Sandra Krieger Gomes Ceccin ²

Dra. Sandra Abrantes Krug Seabra ²

RESUMO

Este artigo se propõe ser um guia de orientação para a utilização da ficha de acompanhamento da criança normal adotada no Ambulatório do HCPA. Conceitua a supervisão de saúde e descreve seus objetivos fundamentais: prevenção e detecção precoce das doenças e aconselhamento sobre aspectos psicossociais da criação da criança. Revisa os procedimentos considerados indispensáveis para a efetiva supervisão de saúde de toda criança, incluindo a avaliação do crescimento, desenvolvimento e imunizações, aconselhamento antecipado, testes de triagem de visão, audição, sistemas cardiovascular, locomotor e genitourinário, cuidados com os dentes e exames laboratoriais essenciais.

I – INTRODUÇÃO

A ficha de acompanhamento da criança normal é um guia para a supervisão de saúde de crianças saudáveis. Entende-se como supervisão de saúde o conjunto de procedimentos ou métodos de avaliação necessários para prevenir doenças e oportunizar um nível ótimo de crescimento e desenvolvimento físico, intelectual e emocional. Entende-se como criança saudável aquela que não tem doença importante, que tem pais competentes e que está crescendo e se desenvolvendo satisfatoriamente. Qualquer problema que exclua a criança desta definição requer tratamento especial apropriado, independente da supervisão de saúde.

A supervisão de saúde da criança normal inclui: 1 - prevenção de doenças; 2 - detecção precoce de anormalidades; 3 - aconselhamento.

A prevenção de doenças se faz através da imunização contra doenças específicas e da educação sanitária, que engloba orientação sobre cuidados dos dentes, nutrição e acidentes próprios da infância.

A detecção precoce das doenças se faz através da história, exame físico e testes de triagem

recomendados de acordo com a faixa etária.

O aconselhamento sobre aspectos psicossociais inclui basicamente a orientação adequada dos pais quanto a: a) padrões previsíveis de comportamento da criança segundo a idade (por exemplo, a anorexia fisiológica do final do primeiro ano e o negativismo do segundo ano); b) características individuais de temperamento da criança, com implicações importantes no tipo de educação; c) maneiras de influenciar o desenvolvimento da criança, principalmente estimulando a construção de sua auto-estima, comunicando-se eficientemente com ela, ajudando-a a reconhecer e usar construtivamente sentimentos negativos (tais como dependência e agressividade), fornecendo modelos de comportamento e usando apropriadamente técnicas de modificação do mesmo.

Além dos três objetivos acima descritos, um programa de supervisão da criança normal propicia, através dos encontros constantes do médico com a família, um melhor relacionamento global entre todos, facilitando tarefas de aconselhamento, prescrições e discussão de problemas.

A ficha de acompanhamento da criança normal proposta para uso rotineiro nos prontuários do HCPA apresenta dois objetivos fundamentais: em primeiro lugar, funcionando como uma "folha de fluxo", apresenta, logo após a lista de

¹ Professor Assistente – Depto. Pediatria – FM-UFRGS

² Médicas Residentes da Pediatria – HCPA

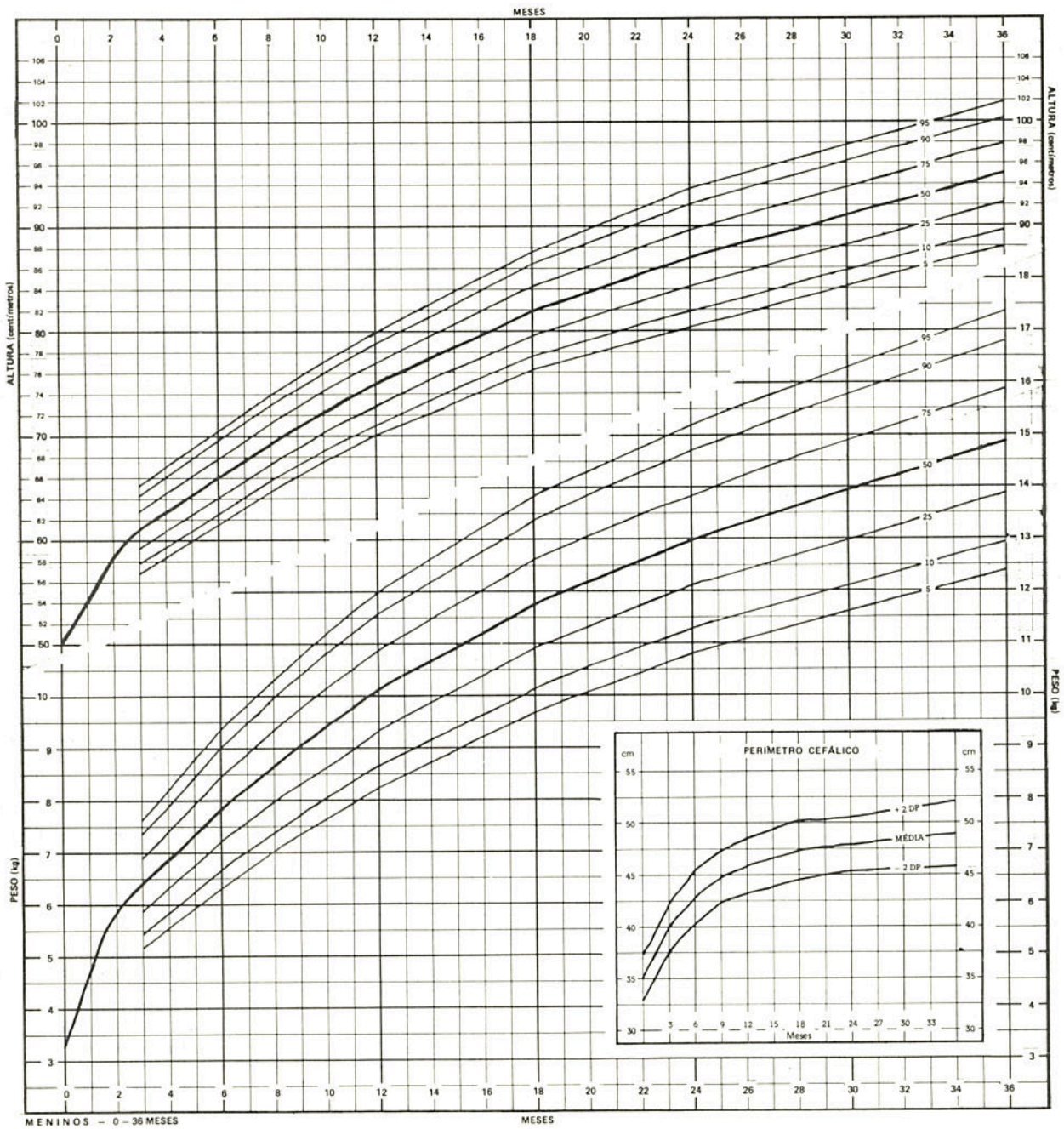
- 1 – CADA QUADRO NÃO SOMBREADO INDICA UM PROCEDIMENTO OBRIGATÓRIO. REGISTRAR A DATA DA REALIZAÇÃO SEGUIDA DE UMA INDICAÇÃO DE NORMALIDADE (LETRA "N") OU ANORMALIDADE (LETRA "A"). IMPORTANTE: QUALQUER ANORMALIDADE DEVE SER APROPRIADAMENTE ANOTADA NA LISTA DE PROBLEMAS.
- 2 – O SINAL ↑ INDICA PROCEDIMENTO OBRIGATÓRIO APENAS SE NÃO REALIZADO NA ÚLTIMA DATA RECOMENDADA.

	VISÃO	AUDIÇÃO	CARDIO-VASCULAR	LOCO-MOTOR	GENITO-URINÁRIO	DENTIÇÃO	LABORATÓRIO				VACINAS
							Hb / Ht	Urocultura	Mantoux	EPF	
R N	R. Pupilar Piscamento	Fatores de Alto Risco	Ausculta Pulsos	Barlow Ortolani	Jato Urin Test /Himen		Efetuar em Alto Risco				
2 m	↑	↑	Ausculta Pulsos	Abdução	↑						DPT/Polio
4 m	↑	↑	↑	Abdução	↑						DPT/Polio
6 m	Hirschberg	Vira-se Para o Som	Ausculta Pulsos	Abdução	Jato Urin Test /Himen						DPT/Polio Sarampo
9 m	↑	↑	↑	Abdução	↑	Incisivo Central	Efetuar em Alto Risco				
12 m	Hirschberg	Imita Sons	Ausculta Pulsos	Abdução	Jato Urin Test /Himen	Oito Dentes	↑	↑	↑	↑	
15 m	↑	↑	↑		↑			↑	↑	↑	MMR
18 m	↑	↑	↑		↑	Cáries		↑	↑	↑	DPT/Polio
2 a	Hirschberg Cobertura	Segue Instruções	Ausculta Pulsos		Jato/Himen	Dentista		↑			
3 a	↑	↑	Ausculta P.Arterial		Jato/Himen	Dentista		Efetuar em Meninas			
4 a	Allen Hirschberg	↑	Ausculta P. Arterial		Jato/Himen	Dentista		↑			DPT/Polio
6 a	Snellen Hirschberg	Audiometria em alto risco	Ausculta P. Arterial	Escoliose		Dentista					BCG
9 a	Snellen	↑	Ausculta P. Arterial	Escoliose		Dentista					↑
12 a	Snellen	↑	Ausculta P. Arterial	↑	Caracteres Sexuais	Dentista	Efetuar em Meninas				↑

ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA NORMAL


MARCOS DE DESENVOLVIMENTO		ACONSELHAMENTO ANTECIPADO		
		HIGIENE	ACIDENTES	SOCIAL
Levanta Cabeça Reação Luz – Ruído	RN	Seio, Fezes, Urina, Sono Choro, Cólicas Fome, Obesidade Regurgitação, Constipação Vitaminas, Ferro, Fluor Imunizações	Temp. Banho Temp. Mamadeira Transporte	Pai – Mãe Dormir Sozinho
Sorri Abre Mãos	2m	Alimentos sólidos	Acidentes por Movimentação	“Dengues” Sucção do Polegar
Rola sobre o corpo Junta as mãos	4m	Frequência de Infecções Respiratórias	Movimentação Queimaduras Bebê-Conforto	Quarto Individual
Firma Cabeça Apanha Objetos	6m	Alimentação variada Esfínteres (Orientação)	Corpo Estranho	Medo de Estranhos Separação Choro Noturno
Senta sem Apoio Segura Mamadeira Sílabas (Mama, Papa)	9m	Diminuição Apetite Diminuição Ritmo de Crescimento	Corpo Estranho Quedas Banheira	Necessidade de Afeto Disciplina Masturbação
Levanta e fica em pé	12m	Retirada da Mamadeira	Quedas, Queimaduras Choque Elétrico Envenenamento	Negativismo Curiosidade Exploração
Caminha Bem	15m		Animais Quedas Envenenamento	Birra Obediência Disciplina
Atira Bola Segue Instruções	18m	Alteração Apetite Dentes Desenv. Linguagem Esfínteres (Treinamento)	Comportamento na Rua Automóvel	“Modos” Reação a Irmão Menor
Aponta para parte do corpo nomeada Rabisca Sobe escadas	2a	Dentes	Abre Portas Sobe em Móveis Afogamento	Necessita amigos mesma idade Repartir Coisas
Controla Esfínteres	3a	Padrões de Crescimento Pais Fumantes Televisão	Triciclo Natação Automóvel	Educação Sexual (Palavrões, Reprodução)
Identifica Cores Diz seu Nome	4a	Dentes	Fogo Fósforos Quedas	Masturbação Brinquedos de “Doutor” Ansiedade da Escola
Linguagem de Adulto	6a		Cinto de Segurança Bicicleta	Mudanças de Humor Tiques Indecisão Responsabilidade
	9a	Esportes	Armas	Dinheiro Mesada Educação Sexual (Menstruação, Reprodução)
	12a	Obesidade Recreação	Bicicleta Patins Skate Automóvel	Relac. com Família, Amigos Agressão Dependência Limites e Responsabilidade Educação Sexual

FIGURA 1 – Verso



REFERÊNCIAS:

1. MARCONDES, E. Desvio-Padrão vs. Percentil. *Pediat. (S.Paulo)* 1: 148-158, 1979.
2. MARCONDES, E. et alii. Estudo Antropométrico de Crianças Brasileiras de Zero a Doze anos de Idade. *Anais Nestlé* 84, 1971.



Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**GRÁFICO DE CRESCIMENTO
PONDERO-ESTATURAL**

MENINOS

HC-264 - 13.03.254/3 - artes gráficas hcpc - mar81

FIGURA 2 – Frente

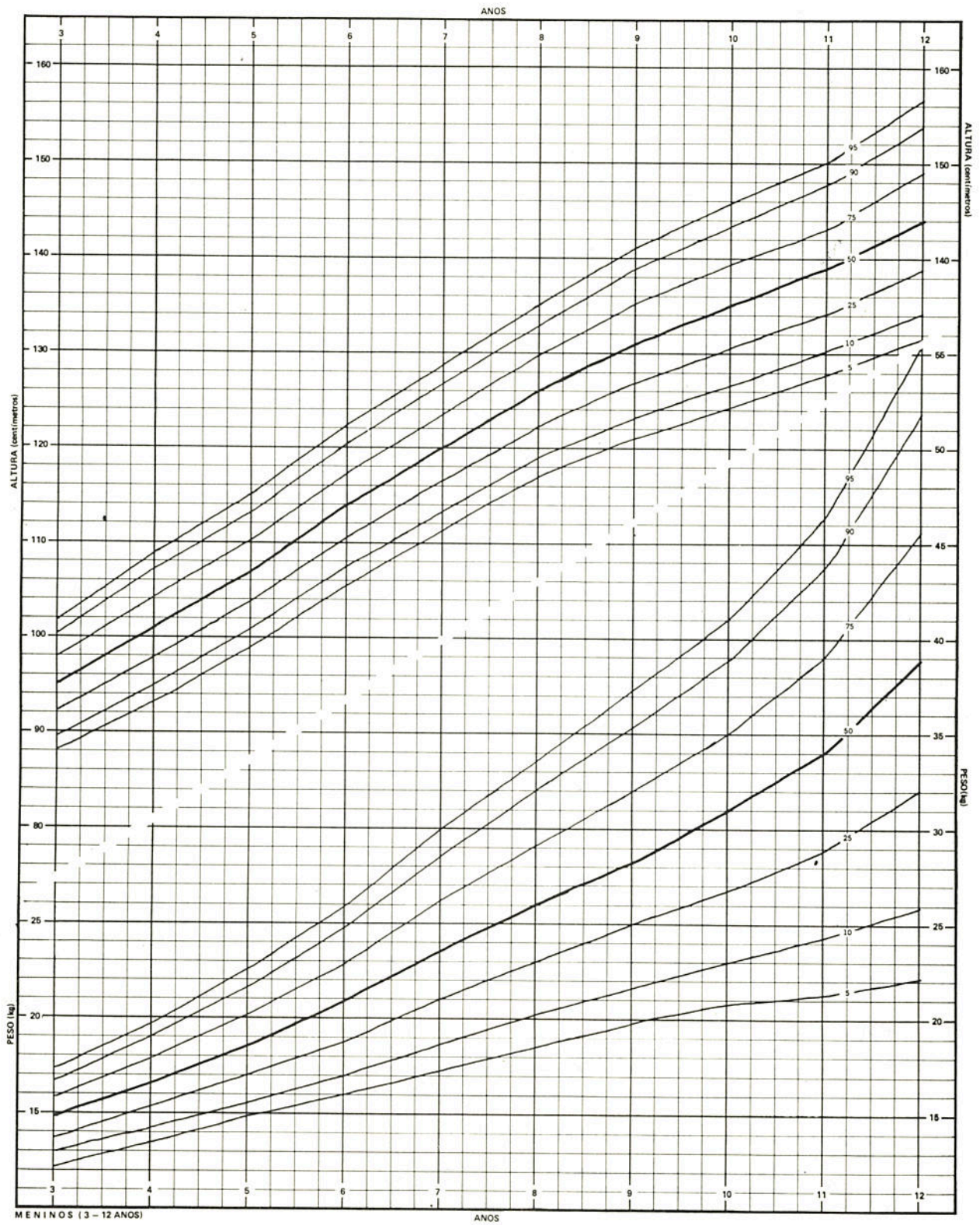
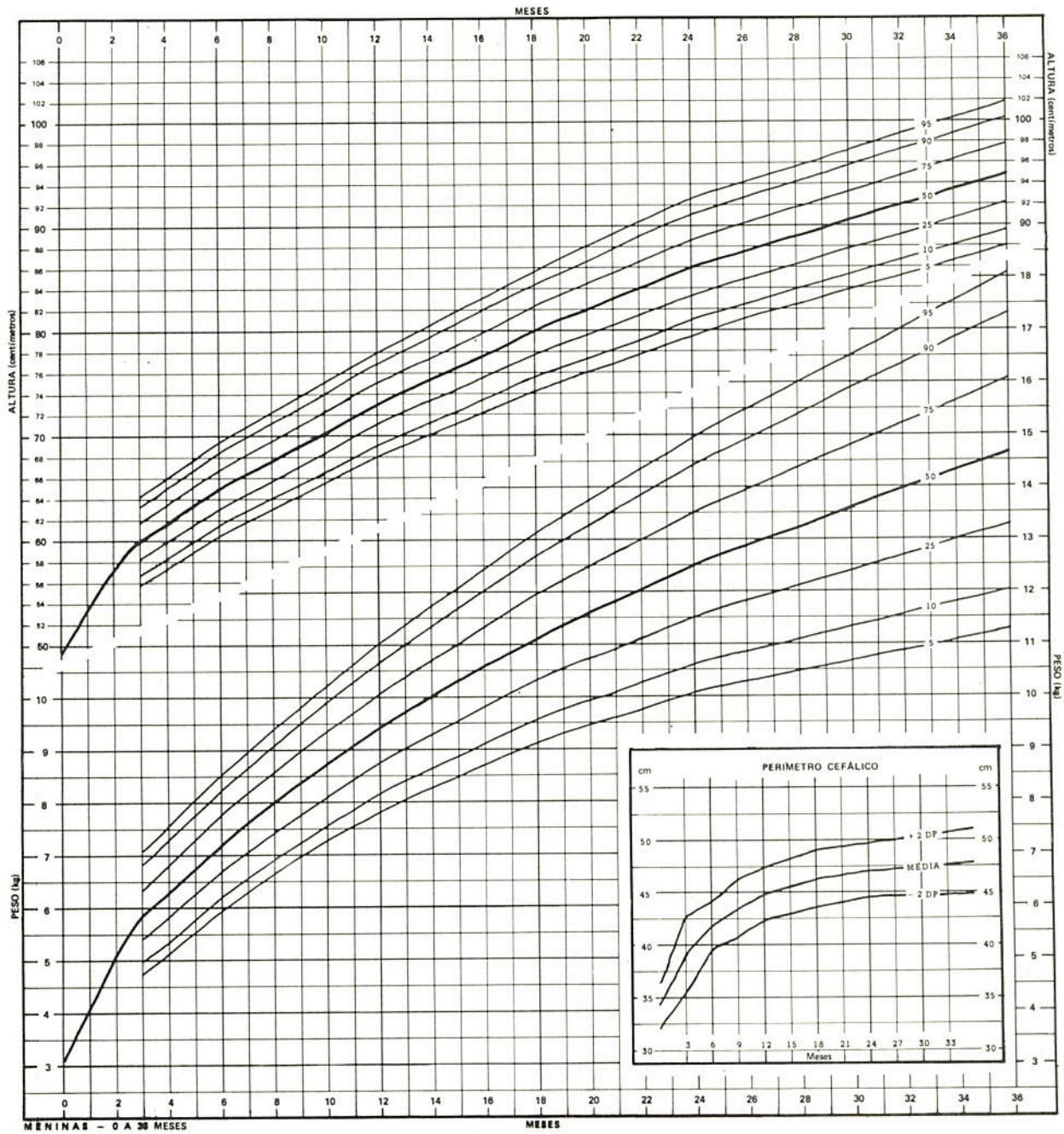


FIGURA 2 – Verso



REFERÊNCIAS:

1. MARCONDES, E. Desvio-Padrão vs. Percentil. *Pediat. (S.Paulo)* 1: 148-158, 1979.
2. MARCONDES, E. et alii. Estudo Antropométrico de Crianças Brasileiras de Zero a Doze anos de Idade. *Anais Nestlé* 84, 1971.



Hospital de Clínicas de Porto Alegre

GRÁFICO DE CRESCIMENTO
PONDERO-ESTATURAL

MENINAS

HC-263 - 13.03.275/8 - artes gráficas hcpa - mar81

FIGURA 3 – Frente

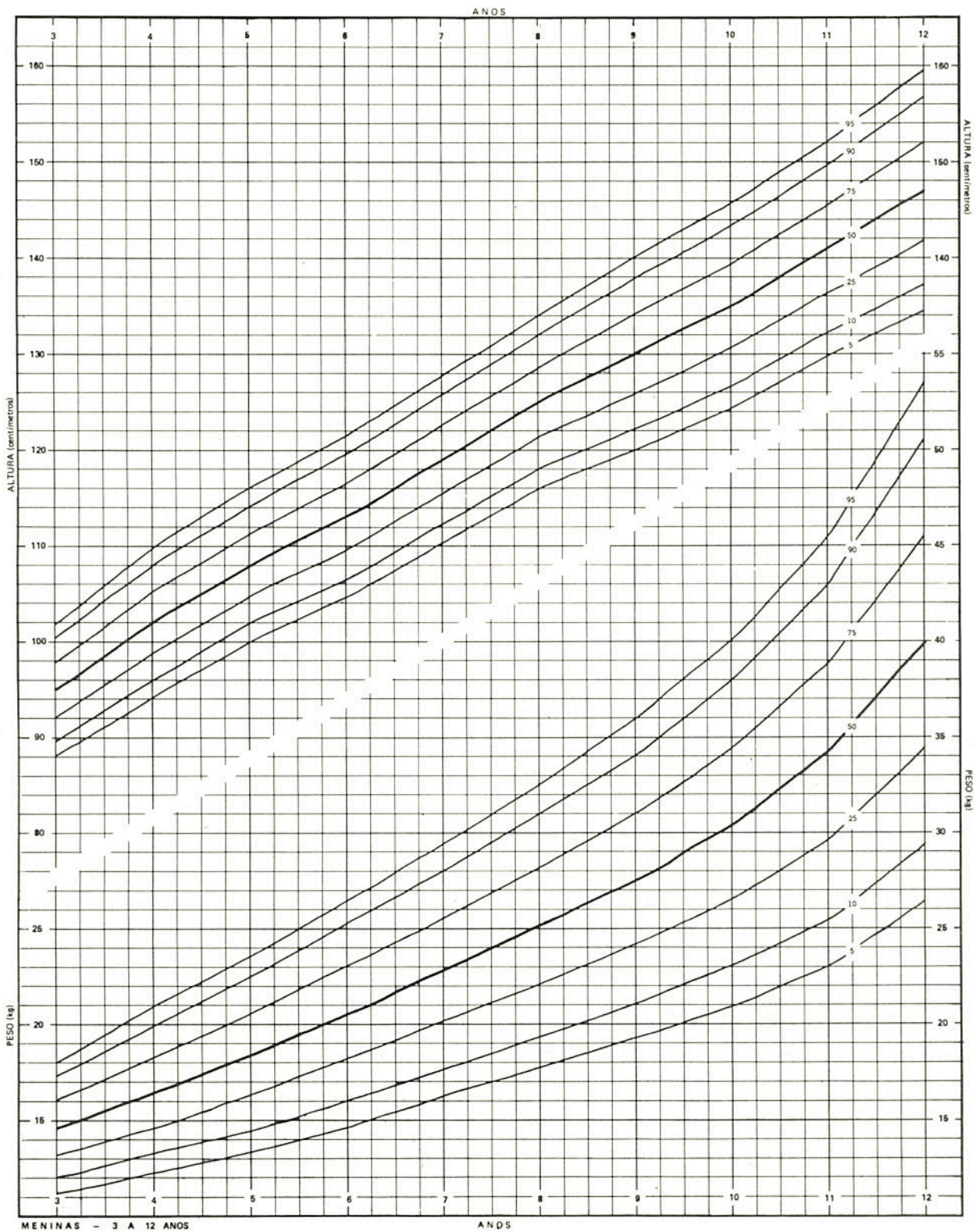


FIGURA 3 – Verso

problemas, um resumo objetivo de todos os procedimentos de rotina aos quais a criança foi ou deve ser submetida. Na ausência desta ficha, seria muito difícil visualizar claramente tais procedimentos no meio das evoluções narrativas do prontuário. Em segundo lugar, facilita a manutenção de um atendimento uniforme, tendo em vista o fato de no Ambulatório do HCPA a criança ser vista por vários médicos num curto período de tempo. (Figura 1, p. 100-1).

II – CRESCIMENTO

Sua avaliação é realizada através da aferição seriada de peso, altura e perímetro cefálico. As medidas devem ser colocadas em gráficos, observando-se a permanência da criança em um determinado percentil e avaliando-se a necessidade de investigação, caso sejam cruzadas as linhas de percentil. (Figuras 2 e 3, p. 102-5).

Recomenda-se a medida de peso, altura e perímetro cefálico em todas as visitas nos dois primeiros anos de vida. Segue-se a medida anual de peso e altura até os doze anos.

III – DESENVOLVIMENTO

O desenvolvimento deve ser avaliado em todas as consultas, através da observação da criança e de entrevista objetiva com os pais, visando a estabelecer claramente os marcos de desenvolvimento psicomotor alcançados. Uma vez que critérios clínicos de avaliação deixam de detectar muitas crianças com graus moderados de retardo de desenvolvimento, é aconselhável incorporar aos procedimentos rotineiros de triagem algum teste padronizado simples, como o Teste de Denver abreviado, que pode ser aplicado em menos de 15 minutos.

IV – ACONSELHAMENTO

A educação dos pais na área do desenvolvimento leva a uma melhora comprovada do comportamento e da aquisição de habilidades da criança. Além da orientação sobre problemas específicos que estejam perturbando o relacionamento entre os pais e a criança, todas as consultas devem incluir o aconselhamento antecipado, que é a discussão sobre os principais aspectos do desenvolvimento que exercem influência previsível na saúde e adaptação social da criança.

V – VISÃO

Deve-se atentar às crianças de alto risco: crianças de mãe com infecção durante a gravidez, prematuros, partos prolongados ou nascimento difícil, administração de oxigênio no período neo-natal, paralisia cerebral, doenças metabólicas,

surdos, retardados mentais, história de miopia ou outro defeito visual na família, crianças com estrabismo ou história de estrabismo.

A presença de visão deve ser testada no berçário, observando-se a reação pupilar em resposta à luz. Desde o nascimento deve-se atentar para os olhos anormalmente grandes, sensibilidade à luz, visão embaralhada, inflamação, movimentos oculares anormais, dificuldade de focalização (o desvio persistente de um olho após os seis meses é de caráter patológico; até então pode ser encarado como normal).

Avalia-se também o conceito dos familiares sobre as habilidades da criança, tais como falha em pegar pequenos objetos.

A investigação de estrabismo inclui história, teste de Hirschberg e cobertura. Na história, pergunta-se à mãe se a criança apresentou alguma vez os olhos desviados ou se o desvio ocorre sempre.

No teste de Hirschberg, um reflexo de luz (proveniente de lanterna ou otoscópio a 30 cm da criança) é observado nas pupilas do paciente. Qualquer desvio da luz do centro da pupila é manifestação clínica de estrabismo.

O teste de cobertura destina-se ao diagnóstico de estrabismo latente. Deve-se cobrir um dos olhos da criança, segurando a lanterna próxima de sua face e atrair sua atenção para a luz, movendo a lanterna ligeiramente. Enquanto a criança está olhando para a luz, descobrir rapidamente o olho, observando se este realiza um desvio. Fazer o mesmo para o outro olho. Se a lanterna falha em interessar a criança, usar um brinquedo.

A partir dos 4 anos, testa-se a acuidade visual através da tabela de letras (crianças alfabetizadas) ou tabela de figuras (crianças não alfabetizadas). Pendurar a tabela em local bem iluminado, sem ofuscamento e a cerca de 150 cm do chão. Levar a criança até junto da tabela e verificar se reconhece as letras e figuras. Colocar a criança a cerca de 5 m da tabela e, cobrindo um olho com cartão, testar o outro. Os dois olhos devem ser mantidos abertos. Apontar os sinais com um lápis preto, começando de cima para baixo, indicando 2 ou 3 sinais por linha. Registrar a fração correspondente à última linha lida sem dificuldade, anotando separadamente o resultado para cada olho. Encaminhar ao oculista a criança que tiver dificuldade de leitura, sendo que aos 3 anos ela deve identificar até 20/70, aos 4 anos 20/30 e a partir dos 6 anos até 20/20. Durante a aplicação do teste, observar outros sinais que possam indicar dificuldade para a leitura: lacrimejamento, inclinação de cabeça, piscar contínuo, procurar fechar um dos olhos, etc.

VI – AUDIÇÃO

1. Recém-nascido – Detectar e registrar os seguintes fatores de risco:

- a) família afetada (qualquer perda auditiva que não seja presbiacusia);
- b) nível de bilirrubina acima de 20 mg/dl;
- c) infecção congênita: rubéola, citomegalovírus, herpes, toxoplasmose;
- d) malformação de ouvidos, nariz e garganta;
- e) peso de nascimento inferior a 1500 g;
- f) meningite neonatal;
- g) asfixia neonatal severa (Apgar menor do que 3 no primeiro minuto ou menor do que 5 em 5 minutos, ausência de respiração em 10 minutos, e hipotonia com mais de 2 horas de vida);
- h) apnéias de repetição;
- i) exsanguinotransfusão.

2. Dos 2 aos 6 meses – Testar a audição somente se houver fator de alto risco.

3. A partir dos seis meses – Avaliar:

- a) preocupação familiar relativa à audição da criança (suspeita de deficiência);
- b) resposta adequada aos testes de audição;
- c) despertar em resposta aos sons;
- d) respostas adequadas ao nível de desenvolvimento e comunicação esperados.

Dos 6 aos 8 meses deve-se executar o teste de distração: a criança senta no colo da mãe, o examinador posiciona-se atrás da cadeira, fora do campo visual da criança, e segura algum objeto ou brinquedo, estendendo-o para atrair a sua atenção. Assim que isto foi conseguido, o examinador faz um barulho com outro objeto, escondido na outra mão. Obtendo resposta com um lado, repete-se o mesmo do lado oposto.

Os padrões de resposta esperados para o teste audiológico dependem da idade da criança. Aos 4 meses, a criança pode virar os olhos em direção ao som, apresentar um discreto movimento da cabeça ou ter uma atitude quieta de escuta. Aos 6 meses, espera-se que a criança vire a cabeça em direção ao som. Aos 8 meses ou mais, ela deve virar a cabeça (45° ou mais), geralmente podendo determinar se o som vem de baixo ou de cima.

É importante salientar que, ao redor dos 6 meses, a criança surda balbucia, vocaliza e aumenta suas vocalizações quando os pais estão perto, tanto quanto a criança normal. Estas respostas são indicadoras do desenvolvimento social e não necessariamente um reflexo da habilidade de ouvir.

Recomenda-se a audiometria ao entrar na escola nas crianças de alto risco e repete-se a mes-

ma a intervalos regulares, conforme indicações por problemas de comportamento.

VII – CARDIO-VASCULAR

Ausculta cardíaca e palpação dos pulsos devem ser feitas em todas as crianças, com precaução aumentada nas famílias em que há uma doença congênita. Este exame deve ser realizado no período neonatal e repetido aos 2 meses, 6 meses, 1 ano e depois anualmente.

No que se refere à pressão arterial, recomenda-se um controle anual a partir dos 3 anos, devendo a detecção de hipertensão incorporar a criança a um programa de cuidados de saúde.

Coloca-se a PA em gráficos e se o nível se mantiver acima do percentil 95 em pelo menos 3 ocasiões, será considerado anormal (Figura 4).

O tamanho do manguito deve ser o indicado a seguir:

	Largura (cm)	Comprimento (cm)
Recém nascido	2,5 – 4,0	5,0 – 10,0
Lactente	6,0 – 8,0	12,0 – 13,5
Criança	9,0 – 10,0	17,0 – 22,5
Adulto	12,0 – 13,0	22,0 – 23,5

VIII – LOCOMOTOR

Pesquisa-se a presença de luxação congênita do quadril. A incidência é maior em meninas, partos pélvicos, crianças com outras anormalidades congênitas, certos grupos étnicos e história de família afetada.

Todos os lactentes devem ser testados no hospital, usando os métodos de Barlow e Ortolani.

Barlow: palpa-se o trocanter menor, na face interna da coxa, para pesquisar o quadril luxável. Na abdução a 45° (com a perna fletida sobre a coxa), uma pressão sobre o trocanter faz com que este saia do acetábulo – sinal positivo.

Ortolani: redução da luxação na abdução. Palpa-se o trocanter maior, com os membros inferiores na mesma posição acima descrita e sente-se o estalido de redução – sinal positivo.

Depois de 7 a 10 dias, as manobras de Barlow e Ortolani são de pouco valor, devendo ser usado o teste de abdução, aceitável em qualquer idade. Recomenda-se sua realização aos 2, 4, 6, 9 e 12 meses. O normal é fazer abdução bilateral maior que 75° , sendo que 4 % das crianças têm abdução desigual. Na luxação congênita, o ângulo de abdução é menor do que 35° . Devido à possibilidade de diagnóstico tardio, essa manobra deve ser usada em todas as visitas até que a criança inicie a caminhar.

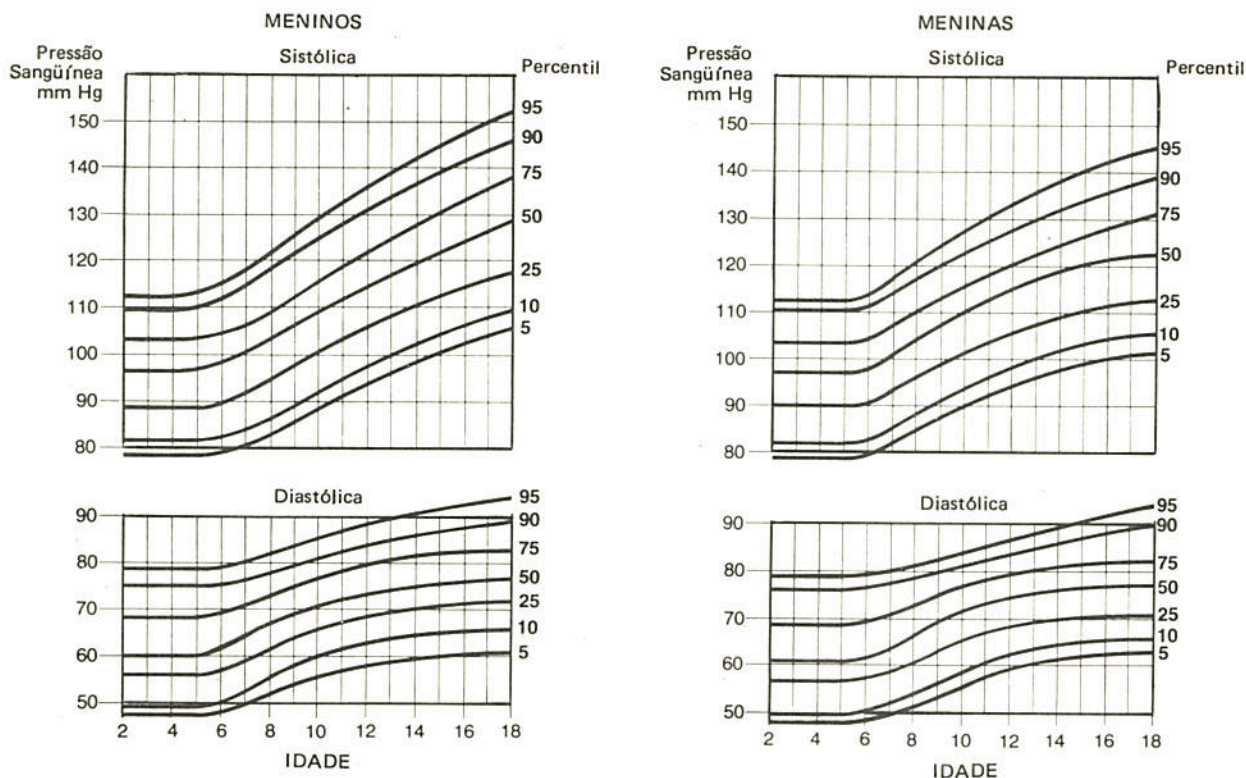


FIGURA 4 – Pressão Sanguínea (valores normais em percentis)

IX – GÊNITO-URINÁRIO

No recém-nascido deve-se observar o jato urinário, presença de testículos na bolsa escrotal e aspecto do hímen, atentando para imperfuração e sinéquias.

A partir dos 12 anos deve-se atentar para o desenvolvimento de caracteres sexuais secundários.

X – DENTIÇÃO

Recomenda-se a suplementação de fluor, do nascimento até os 13 anos, de acordo com a concentração da água ingerida.

Idade (anos)	Concentração de Fluor (ppm)		
	0,0 a 0,3	0,3 a 0,7	0,7
0 a 2	0,25 mg/dia	0,0 mg/dia	0,0 mg/dia
2 a 3	0,5 mg/dia	0,25 mg/dia	0,0 mg/dia
3 a 13	1,0 mg/dia	0,5 mg/dia	0,0 mg/dia

O início da escovação deve ser logo após a erupção dentária.

A partir dos 2 anos, a criança deve freqüentar o dentista anualmente.

XI – LABORATÓRIO

1. Hematócrito/Hemoglobina – Nos recém-nascidos e aos 9 meses, efetuar em casos de alto

risco: baixo hematócrito neonatal; prematuros; pequeno para a idade gestacional; baixo nível sócio-econômico; fatores presumivelmente causadores de deficiência de ferro.

Na adolescência, há um aumento da prevalência de anemia, principalmente em meninas, devendo ser solicitados hematócrito e hemoglobina.

2. Urocultura – Aos 9 meses realiza-se urocultura. Devido à incidência de infecções urinárias que as meninas apresentam, recomenda-se novo exame no período pré-escolar (3 anos).

3. Reação de Mantoux – Deve ser solicitada rotineiramente aos 6 meses (antes da vacina de sarampo) e repetido anualmente.

4. Exame parasitológico de fezes – Deve ser solicitado rotineiramente aos 12 meses, repetindo-se anualmente.

XII – VACINAS

Aplicar o seguinte esquema de vacinação:

- 2, 4, 6 meses: DPT e Polio
- 7 meses: Sarampo
- 15 meses: MMR
- 18 meses: DPT e Polio
- 4 anos: DPT e Polio.

Uma interrupção no esquema de vacinação não implica início de nova série. Sem considerar

o intervalo, verifica-se apenas onde havia parado.

Infecção de vias aéreas superiores não é contra-indicação, a menos que exista febre.

MMR pode ser dado com outras vacinas e para filhos de mães grávidas.

SUMMARY

This paper intends to set up guidelines for the correct use of the well child health supervision flow sheet which is employed at the

HCPA outpatient department. Child health supervision is conceptualized and its main objectives are described, namely prevention and early detection of disease and guidance in the psychosocial aspects of child rearing. The procedures considered indispensable for the effective health supervision of all children are reviewed, including growth and developmental appraisal, immunization control, anticipatory guidance, sensory, cardiovascular, locomotor and genitourinary screening, dental care, and essential laboratory tests.

BIBLIOGRAFIA

1. AMERICAN Academy of Pediatrics: Standards of Child Health Care. Evanston, AAP, 1972.
2. AMERICAN Academy of Pediatrics: Guidelines for health supervision. News and Comment, May 1982.
3. AMERICAN Academy of Pediatrics — Joint Committee on infant hearing. Position Statement 1982. Pediatrics, 70 (3): 496, 1982.
4. BAILEY, Edward N., M.D. et alii. Screening in Pediatric Practice. Pediatrics Clinics of North America, 1: 123-57, February 1974.
5. BARKER, John, M.D. et alii. The Denver Eye Screening Test. Univ. of Colorado, 1972.
6. BEUMENTHAL, Sidney, M.D. et alii. Report of the task force on blood pressure control in children. Pediatrics, 59(5) (supplement), May 1977.
7. DOWNS, Marion P., M.A. et alii. The Denver Audiometric Screening Test. Univ. of Colorado, 1972.
8. EGGERSTEN, Sam C. et alii. An Updated Protocol for Pediatric Health Screening. The Journal of family practice, 1: 25-37, 1980.
9. GAMMON, J.A., M.D. MPH. Visual system screening in infants and young children. Pediatrics in Review, 4 (3): 71, September, 1982.
10. HAGGERTY, R. Health Promotion. In: Id. Ambulatory Pediatrics II. Philadelphia, W.B.Saunders, 1977, Cap. 45.
11. HOEKELMAN, R. Child Health Supervision. In: Id. Principles of Pediatric Practice. N.York, McGraw-Hill, 1978.
12. KULA, K. e TIMANOFF, N. Fluoride Therapy for the Pediatric Patient. Ped. Clin. of N.A., 29(3): 669-680, 1982.
13. NEWCASTLE Covert Bacteriuria Research Group. Covert Bacteriuria in Schoolgirls in Newcastle upon Tyne: a 5 year follow-up. Archives of disease in Childhood, 56(8): 585, August 1981.