

4ª EDIÇÃO

**Bruce B. Duncan**  
**Maria Inês Schmidt**  
**Elsa R.J. Giugliani**  
**Michael Schmidt Duncan**  
**Camila Giugliani**

■  
**Medicina  
ambulatorial:**

**Conduas de  
Atenção Primária  
Baseadas em Evidências**





M489 Medicina ambulatorial : condutas de atenção primária baseadas em evidências / Organizadores, Bruce B. Duncan ... [et al.]. – 4. ed. – Porto Alegre : Artmed, 2013. xxiv, 1.952 p. : il. color. ; 28 cm.

Contém conteúdo on-line com material suplementar.  
ISBN 978-85-363-2618-4

1. Medicina. 2. Medicina de família e comunidade.  
3. Saúde pública. 4. Atenção primária à saúde. I. Duncan, Bruce B. II. Schmidt, Maria Inês. III. Giugliani, Elsa R.J. IV. Duncan, Michael Schmidt. V. Giugliani, Camila.

CDU 614

Catálogo na publicação: Ana Paula M. Magnus – CRB 10/2052

## CAPÍTULO 20

# Acompanhamento de Saúde da Criança

Danilo Blank

## A PUERICULTURA NA ERA DA PREVENÇÃO QUATERNÁRIA

Acompanhamento de saúde de crianças, supervisão de saúde, cuidados com a criança saudável e puericultura são termos que se referem a um mesmo constructo: o complexo de ações exercidas contínua e globalmente junto a uma criança – estendendo-se à sua comunidade –, da gestação ao fim da infância, visando propiciar-lhe o melhor desenvolvimento físico, emocional e intelectual e capacitá-la a uma vida mais longa, produtiva e completa.<sup>1-3</sup> Tais ações destacam-se dos chamados cuidados primários de saúde, por não terem como foco precípuo o diagnóstico e o tratamento de doenças agudas ou crônicas, mas a promoção da saúde e a prevenção de doenças, por meio de práticas definidas, como apreciação de fatores individuais e ambientais de risco e proteção, monitoração do desenvolvimento, orientação antecipatória (incluindo uma gama de influenciadores da saúde, como nutrição, hábitos de vida, disciplina, segurança, etc.), exames físicos periódicos, imunizações e testes de triagem.<sup>2,4-6</sup>

**Em um plano conceitual, a puericultura hoje expande seus domínios a partir dos cuidados clínicos preventivos primários e secundários – intervenções que impedem respectivamente a ocorrência de doenças e atenuam sua progressão ou impacto –, confundindo a fronteira com a chamada pediatria comunitária, ao considerar fortemente os determinantes sociais da saúde e a perspectiva da equidade; por outro lado, pauta-se pela noção recente da prevenção quaternária, que contempla tanto proteger o indivíduo da hipermedicalização, como filtrar, debulhar e propagar o conhecimento.<sup>7-12</sup>**

## FUNDAMENTOS

Cinco fatos contemporâneos têm promovido uma verdadeira revolução nas estratégias de acompanhamento da saúde: o olhar ecológico, tendo o indivíduo e sua família como centro da atenção, mas com percepção da diversidade de contextos sociais;<sup>13-15</sup> a afirmação da medicina baseada em evidências, incluindo sua difusão pela internet;<sup>5,16,17</sup> a primazia logística do domicílio “médico”,<sup>18-20</sup> a continuidade dos cuidados, orientada pelas etapas do desenvolvimento, bem como por fatores de risco e resiliência;<sup>1,21</sup> e a prática de decisões compartilhadas.<sup>22,23</sup>

## Olhar ecológico

A diversidade no mundo moderno constitui um desafio permanente para os profissionais de saúde que lidam com crianças e suas famílias.<sup>24,25</sup> Por um lado, deparam-se com situações familiares diversas: mãe/pai solteiro, trabalhando fora do dia todo ou desempregado; adoção em várias formas; crianças na rua ou obrigadas a trabalhar e ficar fora da escola; famílias com valores, crenças ou costumes diferentes dos padrões usuais; imigrantes; além de condições variadas de pobreza. Por outro lado, constata-se as fortes pressões que o meio ambiente exerce sobre a família: influência negativa da mídia, principalmente a televisão; violência urbana e riscos do trânsito; exposição ao fumo, álcool e outras drogas; comportamento sexual inseguro e cada vez mais precoce. Entretanto, uma das linhas mestras da puericultura atual é que todas as crianças – assim como suas famílias – devem receber atendimento de modo equânime.<sup>10,26</sup>

**Para tanto, é essencial assumir a óptica da chamada pediatria contextual, segundo a qual o clínico não toma mais o pulso somente da criança, mas da casa, da escola e da comunidade; é necessário centrar o atendimento na família e estabelecer parcerias efetivas fora do consultório.**

Embora a ênfase deste capítulo esteja na atuação clínica primária do médico e da equipe de saúde, sempre que possível é ressaltado o papel das atividades comunitárias: ações baseadas em escolas, associações de bairros, igrejas ou centros de saúde podem ter tanta ou maior importância que a atuação clínica.<sup>4,24,27,28</sup>

## Percepção crítica das evidências científicas que alicerçam as recomendações

Várias instituições acadêmicas (p. ex., U. S. Preventive Services Task Force [USPSTF],<sup>29</sup> Cochrane Public Health Group,<sup>30</sup> Canadian Task Force on Preventive Health Care,<sup>31</sup> National Guideline Clearinghouse<sup>32</sup>) dedicam-se a estabelecer, por meio de revisões sistemáticas da literatura, quais os procedimentos clínicos que têm embasamento científico suficiente para justificar sua inclusão em um protocolo de supervisão de saúde. Por essas fontes, o profissional de saúde tem acesso fácil a enorme quantidade de informações confiáveis e de aplicabilidade quase imediata. Outros grupos (p. ex., Bright Futures,<sup>33</sup> Healthy People 2020,<sup>11</sup> International Union for Health Promotion and Education [IUHPE],<sup>34</sup> Institute for Clinical Systems Improvement [ICSI],<sup>35</sup> Guide to Clinical Preventive Services,<sup>36</sup> Rourke Baby Record<sup>37</sup>) filtram e sintetizam esse mar de informação em protocolos objetivos – aí, sim – com aplicabilidade direta. Entretanto, as discordâncias não são poucas; é essencial que o clínico empregue seu juízo crítico e adapte as condutas às necessidades da sua população-alvo.<sup>5,17</sup> As recomendações contidas neste capítulo procuram equilibrar tais inconsistências, usando com frequência as opiniões de expertos na área.

## Domicílio “médico” vertical × horizontal

Os cuidados de saúde ideais de crianças – com evidências de custo-efetividade em relação a atendimentos em serviços de pronto-atendimento – são providos no chamado domicílio médico, cujo conceito engloba um local definido de referência, de acesso fácil, com equipe conhecida de profissionais, capaz de dar atenção abrangente, constante, afetiva, centrada na família, respeitando o seu contexto cultural, mas sobretudo integrada com os recursos da comunidade.<sup>18-20,38</sup>

As aspas colocadas no adjetivo “médico” enfatizam que se trata da atenção à saúde como um todo, não apenas do médico, ainda que a este seja muitas vezes atribuído o papel central.<sup>4</sup> O projeto Bright Futures, a iniciativa mais ambiciosa de promoção da saúde de crianças e jovens, sugere que a puericultura se baseie na integração efetiva de uma “conexão vertical” – todos os profissionais e pessoal auxiliar do serviço de saúde – com uma “conexão horizontal” – os programas comunitários de creches, escolas, associações de bairro, igrejas e demais entidades envolvidas com questões de saúde.<sup>15,33</sup>

**Nesse modelo, cabe aos integrantes mais capacitados de qualquer um dos eixos zelar pelo domínio do programa de promoção da saúde por todos os profissionais envolvidos, pela uniformidade dos padrões de evidência científica e pelo uso racional dos recursos humanos e materiais.<sup>3</sup>**

## Continuidade e seus fatores

Dois dos pilares do modelo de domicílio médico, a familiaridade com a equipe de saúde e os cuidados permanentes ao longo do desenvolvimento da criança, pressupõem o reconhecimento dos pontos de transição e adaptação dessa trajetória, que devem servir de base para personalizar a frequência de atendimento, de acordo com as necessidades diferentes de cada família, a partir de um protocolo mínimo de consultas.<sup>1,39</sup> Para isso, um dos melhores modelos é o dos momentos decisivos (*touchpoints*) de Brazelton, que descreve janelas de oportunidade para intervenção preventiva junto às famílias.<sup>21</sup> Contudo, se por um lado tais momentos pareçam ser universais, é essencial considerar a sua modulação pelos fatores de risco e resiliência quanto a problemas de saúde, discriminados na TABELA 20.1.

Há evidências convincentes de que crianças de baixo risco – as crianças saudáveis – podem ter somente três consultas de supervisão no primeiro ano de vida, sem detrimento à sua saúde.<sup>5</sup> De modo geral, crianças que possuem um ou mais dos fatores de alto risco mostrados na TABELA 20.1 precisam do protocolo completo de promoção da saúde; as demais poderiam ter um protocolo abreviado.<sup>40</sup> Entretanto, todos os protocolos de puericultura publicados – que não são documentos científicos, mas opções arbitrárias – tendem a preconizar coberturas mais completas, que excedem a capacidade dos serviços de saúde.<sup>15,17,41</sup> Por exemplo, a Caderneta de Saúde da Criança do Ministério da Saúde do Brasil recomenda nove consultas de acompanhamento da saúde nos dois primeiros anos de

TABELA 20.1 → Fatores de risco e resiliência para problemas de saúde

	RISCO	RESILIÊNCIA
PESSOAIS	Temperamento difícil	Temperamento fácil
	Baixa autoestima	Genética favorável
	Inteligência baixa	Alta autoestima
	Deficiência física	Inteligência alta
	Dieta inadequada	Habilidade para resolver problemas
	Sedentarismo	Autocontrole
	Consumo de álcool, tabaco, outras drogas	Habilidade de planejamento
	Má higiene pessoal	Capacidade de exprimir sentimentos
	Doenças hereditárias	Religiosidade
	História familiar de cardiopatia	
	Doença crônica	
HIV positivo		
AMBIENTAIS	Pobreza	Bom padrão socioeconômico
	Eventos estressantes	Família estável
	Discórdia entre os pais	Modelos competentes
	Doença/perda de um dos pais	Apoio social
	Falta de apego/falta de afeto	Vizinhança com bons recursos
	Isolamento social	Acesso a bons cuidados médicos
	Racismo/violência	Escolas de qualidade
	Escolas deficientes/bullying	Segurança pública
	Falta de acesso ou maus cuidados médicos	
	Criança sem-teto	
	Desastres naturais	

Fonte: Adaptada de Healthy People<sup>11</sup> e Haggerty.<sup>40</sup>

vida,<sup>42</sup> em sintonia com a American Academy of Pediatrics (AAP)<sup>43</sup> e o Rourke Baby Record;<sup>44</sup> enquanto a Sociedade Brasileira de Pediatria preconiza três consultas a mais.<sup>45</sup>

**Dentre as recomendações que abrangem a faixa pediátrica, existe consenso em reconhecer a relação entre continuidade de atendimento e desenvolvimento, com maior número de consultas nas fases com mais pontos de transição.<sup>43,45</sup>**

## Decisões compartilhadas

A inclusão do paciente na responsabilidade de decidir junto com o profissional de saúde qual o melhor curso de ação clínica, de acordo com suas circunstâncias, necessidades e preferências, tem sido prática cada vez mais recomendada no âmbito da atenção primária,<sup>22,23</sup> também com respeito ao direito de opinião da criança.<sup>46</sup> Tratava-se de um modelo teórico até há pouco, mas já começam a ser publicadas evidências de que tal parceria tem efeitos positivos mensuráveis na qualidade do atendimento.<sup>47</sup>

**Assim, a tendência forte e atual é sugerir que os pacientes sejam informados acerca dos procedimentos preventivos com benefícios claros – incluindo discussão sobre danos potenciais, dúvidas e alternativas – e apoiados na decisão conjunta sobre o que é melhor para a sua saúde ou de sua família.<sup>22,48</sup>**

## PRÁTICA: DIAGNÓSTICO DE SAÚDE ACURADO E FLEXIBILIDADE

A flexibilização das ações de acompanhamento de saúde pautada pelos fundamentos descritos depende de diagnóstico criterioso dos fatores de risco e resiliência, centrado na família.

**O número de consultas de puericultura pode ser tanto aumentado em virtude de certas circunstâncias familiares, como diminuído graças à presença de trunfos específicos ou ausência de fatores de alto risco, transferindo uma parte maior da responsabilidade aos pais.<sup>3</sup>**

As consultas mais produtoras costumam ser aquelas baseadas nas questões levantadas pela família ou pela própria criança. Mas sempre que o profissional de saúde achar que pode haver informações adicionais relevantes, além daquelas habitualmente obtidas na anamnese, deve lançar mão de perguntas facilitadoras específicas, abertas, que costumam estimular as pessoas a exporem sentimentos negativos ou problemas previamente não percebidos como úteis. Batizadas de “perguntas gatilho” por Robert Haggerty e Morris Green,<sup>49</sup> idealizadores dessa estratégia, são apresentadas no projeto Bright Futures sob a forma de centenas de sugestões, distribuídas de maneira cuidadosa em subtópicos de orientação antecipatória, em cada uma das 32 consultas previstas do período pré-natal aos 21 anos.<sup>33</sup>

Alguns exemplos de “perguntas gatilho” de natureza geral: “Que preocupações você gostaria de me contar hoje?”; “Ocorreu alguma mudança importante na família, desde a nossa última consulta?”; “Como vocês estão se dando na família?”; “Como está a comunicação na família?”; “O que vocês fazem como família?”; “O que vocês gostam mais no Fulano?”; “O que o Fulano tem feito de novo?”; “Existe algo no comportamento do Fulano que os preocupa?”.

Algumas “perguntas gatilho” mais diretas: “Quanto você bebia antes de engravidar e depois?”; “Vocês acham que o cigarro, a bebida ou alguma droga é problema para alguém na família?”; “Qual foi o maior período que o seu bebê dormiu de uma só vez?”; “Como o seu filho se comporta perto de outras crianças?”; “Vocês têm uma arma em casa? Ela está trancada?”; “Quais programas de TV o seu filho assiste? Quantas horas por dia ele passa defronte a uma tela, seja TV ou computador?”; “Que tipo de protetor solar você usa no seu filho?”; “Alguém fuma em casa ou no carro? Quem?”; “Você já esteve em uma relação em que foi ferido, maltratado ou ameaçado?”; “Quais são os seus interesses fora da escola? Quais são suas responsabilidades dentro de casa? Quem são os adultos importantes na sua vida?”

## RECOMENDAÇÕES DE PROCEDIMENTOS CLÍNICOS

A TABELA 20.2 apresenta, de forma esquemática, os procedimentos que deveriam integrar o processo de promoção da saúde de qualquer criança brasileira, segundo recomendações de painéis de especialistas.<sup>33,36,43,48,50</sup> Apesar deste capítulo abordar prioritariamente o período do nascimento até o final da infância, a tabela inclui o período da adolescência, considerando a continuidade da promoção da saúde da criança e do adolescente. Ver o Capítulo Acompanhamento de Saúde do Adolescente” para maiores detalhes da atenção à saúde nessa faixa etária.

As 31 linhas da TABELA 20.2 correspondem às consultas recomendadas para as idades respectivas, seguindo o protocolo vigente da Sociedade Brasileira de Pediatria;<sup>45</sup> trata-se de opção de conveniência, uma vez que não há evidências científicas que apoiem um calendário em particular.<sup>1</sup> As colunas são apresentadas em ordem decrescente de prioridade de recomendação dos vários procedimentos: mais à esquerda estão os procedimentos de execução obrigatória, com base nos altos níveis de evidência de benefício líquido,<sup>35,41</sup> como imunização contra doenças infectocontagiosas, triagem neonatal para hemoglobinopatias, hipotireoidismo e fenilcetonúria, triagem para clamídiase em meninas sexualmente ativas, triagem de problemas visuais em menores de cinco anos.<sup>36,48,50</sup> Em direção à direita da tabela, a maioria das recomendações de procedimentos, assim como as datas propostas, apoiam-se em consensos de expertos e observações não sistematizadas – evidências da categoria D do sistema GRADE<sup>35,51</sup> –; logo, têm caráter de sugestão e devem ser adaptadas às diferentes circunstâncias clínicas.

Há poucas recomendações baseadas em evidências de nível moderado, como triagem de obesidade, triagem auditiva neonatal, promoção do aleitamento materno, orientação para que o recém-nascido durma em supinação, aconselhamento em saúde bucal, orientação sobre assentos de segurança para crianças em veículos automotores, orientação geral sobre prevenção de injúrias físicas e triagem do uso de tabaco em adolescentes. Os fundamentos já descritos devem ser lembrados, de modo a permitir que a presença ou ausência de fatores de risco e resiliência pessoais ou ambientais determinem aumento ou diminuição do número de consultas e procedimentos.

A orientação antecipatória é colocada em evidência nas três colunas que seguem à da tomada de dados de anamnese para reforçar o seu papel na consulta de puericultura e dividida em três setores por motivos didáticos e de prioridades.

**O aconselhamento em relação à segurança é obrigatório para todas as crianças e, principalmente, adolescentes, tendo em vista a comprovação científica de sua eficácia e a importância das injúrias físicas na morbimortalidade infantil.<sup>52,53</sup>**

O setor de orientações gerais pode ser adaptado, dependendo do grau de instrução e competência dos pais/cuidadores.<sup>33</sup> O setor psicossocial é opcional, pois, exceto na área de prevenção de gravidez indesejada, não há experiência suficiente comprovando que um aconselhamento tão abrangente possa melhorar a saúde da criança e da família.<sup>48</sup>

O acompanhamento de saúde da criança deve começar com a consulta pré-natal, que deve ser realizada, sempre que possível, com ambos os pais.<sup>53</sup> Seus objetivos principais são estabelecer uma relação produtora com a família, antes do parto; avaliar a família, discutindo expectativas, necessidades, preocupações e fatores de risco; detectar problemas médicos gestacionais; responder perguntas dos pais, especialmente quando envolve primeiras gestações, gestações complicadas, mães solteiras, casos de adoção; e iniciar a orientação preventiva (com ênfase na amamentação, primeiros cuidados com o recém-nascido, segurança e apego).<sup>54</sup>

## Imunização contra doenças infectocontagiosas

A imunização contra doenças transmissíveis é um dos poucos componentes do acompanhamento de saúde cuja eficácia está clara e amplamente documentada, há muitos anos.<sup>36,48</sup>

O calendário de vacinas dos órgãos oficiais de saúde é procedimento obrigatório.<sup>55,56</sup> Quando o referido calendário não incluir rotineiramente vacinas de eficácia já amplamente comprovada em outros países, como acontece no Brasil, é recomendável adicioná-las. Assim, se possível, devem-se aplicar as vacinas contra varicela e hepatite A (a partir de um ano de idade) e a vacina contra papilomavírus humano (a partir dos nove anos).<sup>57</sup> Para discussão mais detalhada das normas de imunização, ver o Capítulo Imunizações.

## Triagem laboratorial

### Triagem metabólica neonatal

Todo recém-nascido deve ter amostra de sangue colhida para a triagem de fenilcetonúria, hipotireoidismo e hemoglobinopatias.<sup>50</sup> Não há evidências científicas suficientes para a recomendação do uso universal de outros testes de triagem metabólica neonatal. Muitos protocolos ampliados, de acordo com prioridades definidas pelos órgãos de saúde pública local, sugerem o painel básico do American College of Medical Genetics, que inclui a triagem de deficiência de biotinidase, hiperplasia adrenal congênita, galactosemia clássica, fibrose cística, doença do xarope de bordo, homocistinúria, citrulinemia, acidemia argininosuccínica, tirosinemia tipo I, deficiências de acil-CoA desidrogenase, deficiência proteica trifuncional, defeito de captação da carnitina e vários distúrbios do metabolismo de ácidos orgânicos.<sup>58,59</sup>

A colheita do sangue deve ser feita a partir de 24 horas de vida, até o sétimo dia; caso a amostra seja retirada antes

das primeiras 24 horas, o teste deve ser repetido até a terceira semana de vida. Além disso, especialistas orientam que se faça busca ativa dos resultados.<sup>59</sup>

### Anemia

Não há, até o momento, estudos com delineamento adequado para avaliar a eficácia ou efetividade do rastreamento de anemia em crianças assintomáticas. Deve-se levar em consideração que todas as recomendações sobre triagem de anemia apoiam-se em estudos que a associam a desfechos mórbidos e estão sujeitos a vieses.

A AAP recomenda triagem universal no final do primeiro ano de vida, composta pela dosagem de hemoglobina sérica e busca dos seguintes fatores de risco: prematuridade e/ou baixo peso ao nascer, exposição ao chumbo, uso de leite de vaca integral no primeiro ano de vida, alimentação complementar pobre em ferro, pobreza e déficit de crescimento.<sup>33,60</sup> O ICSI e a USPSTF não acharam evidências suficientes para recomendar ou contraindicar a triagem rotineira de lactentes assintomáticos entre 6 e 12 meses.<sup>48,61</sup>

Por outro lado, o Projeto Bright Futures recomenda ainda a triagem periódica (a partir dos quatro meses e anualmente até os cinco anos) em crianças com os fatores de risco mencionados; entre 6 e 10 anos em crianças com alimentação vegetariana; e em meninas adolescentes com perdas menstruais excessivas ou dieta pobre em ferro.<sup>33</sup>

No Brasil, atualmente o Programa Nacional de Suplementação de Ferro do Ministério da Saúde recomenda suplementação universal de ferro para as crianças entre 6 e 23 meses, sob a forma de sulfato ferroso, em doses diárias de 1 mg/kg/dia.<sup>62</sup> Desde que tal orientação seja efetivamente seguida, não haveria necessidade de triagem universal. Para mais detalhes sobre anemia em crianças e sua prevenção, ver Capítulo Deficiência de Ferro e Anemia na Criança.

### Dislipidemia

A USPSTF não achou evidências suficientes para recomendar ou contraindicar a triagem rotineira de distúrbios dos lipídeos em crianças e adolescentes.<sup>63</sup> A AAP e o ICSI recomendam a triagem por meio de perfil lipídico (colesterol total, lipoproteínas de baixa e alta densidade, triglicerídeos), em jejum, a partir dos dois anos de idade, em crianças com sobrepeso ou obesidade, ou com história familiar positiva para dislipidemia ou doença cardiovascular precoce (55 anos para homens e 65 para mulheres).<sup>48,64</sup>

### Intoxicação por chumbo

As recomendações para a dosagem de níveis sanguíneos de chumbo em crianças são conflitantes. A USPSTF recentemente posicionou-se contra, pela ausência de evidências convincentes de que o rastreamento, mesmo em crianças de alto risco, seria capaz de melhorar desfechos clínicos.<sup>65</sup> A AAP recomenda testagens anuais para níveis sanguíneos de

TABELA 20.2 → Esquema tentativo de procedimentos clínicos no acompanhamento de saúde da criança e do adolescente

IDADE	IMUNIZAÇÃO	TRIAGEM LABORATORIAL	VISÃO	AUDIÇÃO	SAÚDE BUCAL	HISTÓRIA (INICIAL OU INTERVALO)	ORIENTAÇÃO ANTECIPATORIA			EXAME FÍSICO (ASPECTOS SELECIONADOS)
							GERAL	SEGURANÇA	SOCIAL	
Pré-natal	Td pré-natal Orientação sobre calendário vacinal	HIV		Fatores de alto risco (história familiar)	Registro de fluorotação da água	Efetuar em todas as consultas: → avaliar fatores sociais-determinantes da saúde; → pesquisar estilos de vida saudáveis; → registrar no prontuário médico	Atitude quanto à amamentação Sono em supinação Tabagismo e outras drogas Preparação para emergências Treinamento em resuscitação	Asento de segurança para recém-nascido no automóvel Segurança do berço e banho Preparação para emergências Treinamento em resuscitação	Bibliografia para pais Mudanças esperadas no contexto familiar Esquema de apoio familiar Atitudes regressivas de irmãos	Discutir percepções e expectativas dos pais sobre o recém-nascido em áreas motoras, comunicação, cognição e socioemocional Orientação sobre tempo e adaptação do recém-nascido
Recém-nascido	BCG - ID Hepatite B	Triagem metabólica (PKU, T4 e outros) e hemoglobinas	Prevenção de oftalmia neonatal e reflexo vermelho	Emissão otoacústica Fatores de alto risco	Prescrição de fluor oral (SII) ou orientação		Seio, tórax, choro, eliminação, vômitos, constipação, sono Orientação sobre vacinas	Adáxia (corpo extra, rima, temperatura do banho, transporte (automóvel), queimaduras, drogas)	Temperamento Choro e dificuldades usuais de adaptação Papel da mãe e do pai	Avaliação do tempo e orientação Manobras de Ortolani e Barlow Ausculta pulmonar
1ª semana			Reflexo pupilar e piscamento				Avaliação e discussão sobre choro, sono	Asento de segurança para lactante no automóvel (conversível ou Debe-conforto)	Aranjos para dormir	Choro excessivo Abdução Ausculta pulmonar
1 m					Orientação sobre dieta cariogênica Contraindicar sucos no primeiro semestre		Amanentação exclusiva Orientação sobre sólidos (contraindicar)	Riscos da movimentação e quedas Assento para automóvel	Manhas Sorriso, estimulação	Rotina para o sono
2 m	Pentavalente (DIP + Hib + HB) Poliomielite inativa (VIP) Rotavírus Pneumocócica						Uso do bebê-conforto Aspiração de corpo estranho			
3 m										
4 m	Pentavalente (DIP + Hib + HB) Poliomielite inativa (VIP) Rotavírus Pneumocócica				Orientação sobre escovação com dentifricado					
5 m										
6 m	Pentavalente (DIP + Hib + HB) Poliomielite oral (VOP) Pneumocócica		Hirschberg	Técnica de distração			Movimentação/aspiração Reforçar orientação sobre transporte no automóvel Proteção contra raios UV			
9 m	Febre amarela						Quedas Riscos da cozinha			
12 m	SGI (Tríplice viral) Pneumocócica Varicela Hepatite A	Anemia (avaliar necessidade de triagem)	Hirschberg/ cobertura	Distração/fala	Encaminhar ao dentista e orientar sobre "domicílio dentário"		Higiene do corpo e dentes Briquetes Linguagem Vida ao ar livre Proteção contra raios UV Sono, repouso	Quedas/envenenamento Choque elétrico Modificações de animais Automóvel: manter assento virado para trás até 1 ano e cadeira no tipo infantil para crianças, virada para frente até 4 anos, segundo Código de Trânsito Brasileiro Aulas de natação	Necessidade de afeto Disciplina	Disciplina Rotina noturna
15 m	Tríplice bacteriana (DIP) Poliomielite oral (VOP) Meningocócica C SGI (Tríplice viral)			Monitorizar aquisição da fala						
18 m	Hepatite A		Hirschberg/ cobertura				Treinamento dos esfíncteres Fala correta	Proteção na rua/carro Escadas	Boas maneiras Reação a irmão menor	Egocentrismo Ataques de fúria

Idade	Doença/Condição	Diagnóstico	Prevenção	Tratamento	Monitoramento	Impacto
2 a	Dislipidemia (alto risco)	Teste de acuidade	Consumo de frutas, vegetais, grãos integrais e alimentos com pouca gordura	Abre portas, escala Afogamento/boia/piscina	Aponta parte do corpo Rubrica Teste de triagem	Controle do negativismo
3 a		Teste de acuidade	Dieta mínima prudente Atividade física	Triciclo, brinquedos Quedas Automóvel: assentos de elevação (booster)	Controla esfínteres	Liberdade de escolha
4 a	Triplice bacteriana (DTP)	Teste de acuidade	Dentista Escovação e fio dental Reforçar orientação sobre dieta cálcio-gênica	Fogo, fósforos Quedas Automóvel: assentos de elevação (booster)	Identifica cores Diz seu nome	Relacionamento com crianças
5 a		Teste de acuidade	Televisão, violência Fumo passivo	Quedas Automóvel		
6 a		Audiometria (alto risco)	Higiene do corpo e dos dentes Vida ao ar livre, sol	Bicicleta Segurança do pedestre	Linguagem de adulto	Independência Autodisciplina
7 a				Automóvel: manter booster até 7 anos e meio	Desempenho escolar	
8 a			Esportes Dieta saudável	Tênis (bisco traseiro até 10 anos), Armas de fogo Natação	Desempenho escolar Estádios de fãmer	Modelos e estilos de vida
9 a	HPV					
10 a	Febre amarela					
11 a	Dislipidemia (alto risco)	Teste de acuidade		Bicicleta, skate, patins		Influências dos pares
12 a	Anemia (♀)	Avaliação da fala	Alimentação, obesidade, recreação	Cinto de segurança		Regras familiares e independência
13 a	Clamídia (♀)		Triagem do uso de tabaco			Autoestima
14 a	Gonococo (♀ alto risco) HIV (alto risco: baixo risco) Sífilis (alto risco)		Orientação sobre álcool, drogas Dieta mínima prudente Exercício físico	Atividade social Namoro, sexo, doenças sexualmente transmissíveis Alcool, tabaco e outras drogas		Modelos para comportamento sexual Triagem de depressão
15 a			Drogas Violência Alcool Trânsito, cinto de segurança			Privacidade Responsabilidade Sentimento, ambientais
16 a						
17 a						Comportamento de risco Atividade sexual Atividades de grupo
18 a			Triagem do uso de tabaco Orientação sobre álcool, drogas Dieta saudável/ Exercício físico Promoção da saúde do adulto	Trânsito, habilitação Moto/capacete		Responsabilidade Relações sociais Comportamento de risco
19 a				Segurança no trabalho Violência urbana		Ausculta/pulsos Pressão arterial

chumbo, até os seis anos de idade, dependendo da orientação das autoridades locais e particularmente em crianças que têm alto risco para exposição ao chumbo, como habitar ou visitar com frequência casa construída antes de 1950; habitar ou visitar com frequência casa construída antes de 1978, que tenha sido reformada recentemente; ter contato domiciliar que tenha sido tratado por ter tido níveis sanguíneos de chumbo superiores a 10  $\mu\text{g}/\text{dL}$ ; ter contato com adultos cujo trabalho ou *hobby* envolva exposição ao chumbo (construção, metalurgia, cerâmica); viver perto de local de reciclagem de baterias; viver próximo de rodovias ou depósitos de lixo.<sup>66</sup>

## Exames de fezes, urina e sangue

**É sempre importante frisar junto aos profissionais de saúde que não há nenhuma documentação científica ou empírica de que a realização rotineira de exames de fezes e urina – assim como quaisquer exames de sangue, além dos já discutidos – em crianças e jovens assintomáticos tenha influência sobre qualquer morbidade ou mortalidade.<sup>48,50</sup>**

A AAP, que no passado recomendava a realização de exames qualitativos de urina e testes rápidos para triagem de bacteriúria assintomática, com bases empíricas, retirou essa recomendação na versão mais recente do seu protocolo.<sup>33,43</sup>

## Visão

A efetividade dos testes de triagem da visão tem sido questionada recentemente, apesar do consenso de especialistas de que a identificação de estrabismo, ambliopia e cataratas seja buscada a partir do período neonatal e regularmente nas consultas de puericultura.<sup>33,44,48</sup> A USPSTF recomenda triagem para ambliopia, anisometropia e estrabismo, por meio do teste do reflexo luminoso de Hirschberg e de testes de cobertura, acuidade visual e estereoaquidade, para todas as crianças entre 3 e 5 anos de idade.<sup>67</sup> Para menores de três anos, todavia, julgou insuficientes as evidências correntes para definir o custo-benefício da triagem da visão.<sup>67</sup> Tais assertivas geraram fortes críticas da AAP e de várias sociedades de oftalmologia, que sustentam que há embasamento científico para recomendar a realização do teste do reflexo vermelho do fundo de olho – por eles considerado a espinha dorsal da triagem visual de lactentes e crianças pequenas – no período neonatal e regularmente ao longo do primeiro ano de vida, para afastar retinoblastoma, cataratas e outras opacidades.<sup>68,69</sup> Além disso, recomendam a realização repetida dos testes de Hirschberg (qualquer idade) e cobertura (a partir dos seis meses), mas não definem a sua periodicidade.<sup>69</sup>

O teste de Hirschberg é realizado colocando-se um foco de luz a 30 cm da raiz nasal da criança e observando o reflexo nas pupilas; qualquer desvio do reflexo do centro da pupila é manifestação clínica de estrabismo.<sup>70</sup>

O teste da cobertura é utilizado para diagnósticos de desvios oculares. Utiliza-se um oclutor colocado a 10 a 15 cm de um dos olhos da criança, atraindo a atenção do olho descoberto com uma fonte luminosa. Ao descobrir o olho previamente coberto, observa-se a reação deste. A movimentação em busca da fixação do foco de luz pode indicar estrabismo. Esse procedimento deve ser repetido no outro olho.<sup>70</sup>

O Grupo de Trabalho de Prevenção da Cegueira da SBP, composto por pediatras e oftalmologistas, sugere a realização do teste do reflexo vermelho antes da alta da maternidade e sua repetição na primeira consulta de puericultura, aos dois, seis, nove e 12 meses de vida.<sup>71</sup>

O teste do reflexo vermelho, conhecido como teste do olhinho, é feito em ambiente escurecido, com o auxílio de um oftalmoscópio, que deve ser posicionado a uma distância de 30 cm de cada olho da criança. O reflexo, quando normal, é visto facilmente, e é homogêneo e simétrico em ambos os olhos. Havendo alteração, a criança deve ser encaminhada para especialista. Na ausência de um oftalmoscópio, uma lanterna comum pode detectar uma opacidade nas pupilas, levantando a suspeita de algum problema. No Brasil, existem leis estaduais e municipais tornando obrigatória a adoção desse exame.

A partir dos três anos, está indicada a triagem da acuidade visual por meio de tabelas de letras ou figuras.<sup>67</sup> Devem ser encaminhadas ao oftalmologista crianças de 3 a 5 anos que tenham acuidade inferior a 20/40 ou diferença de duas linhas entre os olhos; crianças de seis anos ou mais que tenham acuidade inferior a 20/30 ou diferença de duas linhas entre os olhos.<sup>72</sup> Quando a triagem visual não é realizada pelo profissional da atenção primária ou escola, a avaliação por especialista é indispensável no início da idade escolar.<sup>48</sup>

## Audição

A triagem universal de surdez no período neonatal tem embasamento científico suficiente, de modo que é unânime a recomendação de programas hospitalares de aplicação de emissão otoacústica e/ou resposta auditiva de tronco, até o final do primeiro mês de vida.<sup>73,74</sup> Entretanto, ainda há incertezas acerca dos desfechos funcionais do processo de detecção e tratamento dos casos a longo prazo.<sup>75</sup> No Brasil, a Lei Nº 12.303, de 2 de agosto de 2010, tornou obrigatória a realização gratuita do exame de emissões otoacústicas evocadas (teste da orelhinha) em todos os hospitais e maternidades, nas crianças nascidas em suas dependências.<sup>76</sup>

Além do período neonatal, a AAP recomenda monitorização contínua das evidências clínicas de comprometimento da audição e pelo menos uma testagem audiológica formal até os dois anos e meio, em crianças com um ou mais fatores de risco para surdez (preocupação dos cuidadores com a audição, fala ou desenvolvimento; história familiar de surdez infantil; atendimento em centro de terapia intensiva neonatal, oxigenação por membrana extracorpórea, ventilação assistida, uso de medicações ototóxicas ou diuréticos de alça, hiperbilirrubinemia em nível de exsanguineotransfusão; in-

fecção perinatal congênita por toxoplasmose, rubéola, sífilis, citomegalovírus, herpes ou vírus da imunodeficiência humana [HIV]; malformações anatômicas na cabeça e pescoço; síndrome genética associada com surdez ou sinais físicos sugestivos; doença neurodegenerativa; infecção pós-natal associada com surdez, incluindo meningite viral ou bacteriana; traumatismo craniano; quimioterapia; otite média recorrente ou persistente por pelo menos três meses).<sup>77</sup>

Nenhuma técnica de avaliação de audição feita em consultório pode ser recomendada com bases científicas, mas as chamadas técnicas de distração, nas quais o examinador avalia a resposta da criança a sons emitidos por um auxiliar colocado atrás dela, e a monitorização da aquisição da fala são procedimentos que se impõem pela simplicidade. A partir do segundo ano de vida, todo clínico deve estar atento para a aquisição da fala, ainda que não existam evidências empíricas da efetividade da detecção precoce de comprometimento auditivo em crianças assintomáticas.<sup>75</sup> A AAP recomenda avaliação clínica da audição em cada consulta do seu protocolo de acompanhamento, até o final da adolescência.<sup>43,77</sup>

A efetividade a longo prazo dos programas de triagem auditiva não depende somente do diagnóstico precoce da perda auditiva, mas principalmente da intervenção precoce e dos recursos adequados a serem aplicados para otimizar cada tratamento e definir a melhor intervenção.<sup>78</sup> Assim, as crianças com suspeita de alteração nos testes de triagem auditiva devem ser prontamente encaminhadas para atendimento especializado.

## Saúde bucal

**A cárie dentária e muitos problemas ortodônticos podem ser prevenidos; o clínico deve assumir a responsabilidade pelo cuidado inicial dos dentes, uma vez que o número de consultas médicas nos primeiros anos é muito superior ao das consultas com dentistas.<sup>79</sup>**

Embora a efetividade da orientação sobre saúde bucal ainda careça de embasamento científico,<sup>48,80</sup> é recomendável aconselhar a família, a partir das consultas pré-natais, acerca de redução das bactérias cariogênicas – por meio de dieta livre de açúcares e escovação adequada com dentifrício fluorado –, fazer o registro de fatores de risco para cárie (baixo nível socioeducacional, história prévia de cárie na família ou na criança, açúcar na dieta no primeiro ano de vida, aquisição precoce de *Streptococcus mutans*, falta de acesso ao “domicílio dentário”, baixo peso ao nascer), estimular o aleitamento materno exclusivo no primeiro semestre de vida e complementado por dois anos ou mais e desestimular o uso de mamadeiras e chupetas.<sup>48,79,81-83</sup>

A escovação dos dentes deve ser recomendada a partir da erupção do primeiro dente, com escova macia e dentifrício fluorado,<sup>44,84</sup> embora haja controvérsias sobre a segurança da presença de flúor no creme dental nos primeiros dois anos de vida.<sup>D,85</sup> O consenso entre os especialistas que re-

comendam o uso de dentifrício fluorado antes dessa data é que a concentração de flúor do creme dental seja de 1.000 mg/dL até os seis anos de idade e que a quantidade colocada na escova seja apenas um esfregaço nos dois primeiros anos de vida e do tamanho de uma ervilha dos 2 aos 6 anos.<sup>79,82,84</sup>

O CDC ainda recomenda a suplementação de flúor por via oral a partir dos seis meses, em doses crescentes até a adolescência, nas localidades em que o grau de fluoretação da água ingerida for inferior a 0,6 mg/L.<sup>C,86,87</sup> Todavia, o consenso atual de especialistas é que não há estudos clínicos controlados justificando tal recomendação quando se dispõe de outros métodos de utilização de flúor tópico, comprovadamente mais eficazes na prevenção da cárie.<sup>88,89</sup>

O encaminhamento ao dentista e a recomendação do estabelecimento de um “domicílio dentário” – nos moldes de domicílio médico – devem ser feitos no máximo seis meses depois da erupção do primeiro dente ou aos 12 meses de idade.<sup>33,77,83,84</sup>

## História

A colheita criteriosa dos dados da história inicial ou dos intervalos constitui procedimento essencial em todas as consultas, pois, embora não haja estudos documentando sua efetividade como teste de triagem de problemas específicos, consolida a relação médico-família – que é a base da continuidade do processo de promoção de saúde – e permite o diagnóstico de saúde das condições da família de compartilhar decisões.<sup>6,22,43,90</sup>

Em vista da relevância dos fatores de risco para diferentes agravos à saúde, é recomendável que cada profissional tente desenvolver um método sistemático para a sua avaliação.<sup>11,40</sup>

Também é muito útil que se tenha à mão listas das já referidas perguntas facilitadoras, capazes de introduzir as questões mais pertinentes a cada faixa de idade: nutrição, eliminações, padrão de sono, tópicos de comportamento, adaptação e rendimento escolar, segurança, comportamentos de risco, contato com álcool, tabaco e outras drogas, etc. O Projeto Bright Futures apresenta tais listas em forma bem pormenorizada, inclusive com versões de perguntas a serem dirigidas para os pais e para as crianças/adolescentes.<sup>33</sup>

## Orientação antecipatória

A maioria dos pais/cuidadores espera receber do profissional de saúde o que julgam um aconselhamento abalizado sobre desenvolvimento, comportamento, disciplina, segurança e um sem-número de questões próprias de cada idade.<sup>91-94</sup>

**A intervenção clínica que tenta responder a tal expectativa, a orientação antecipatória, tornou-se um componente-chave da puericultura, ainda que haja poucas certezas e muitos senões sobre sua efetividade.<sup>5,17,95-97</sup>**

Na TABELA 20.2, as três colunas dedicadas à orientação antecipatória incluem os principais tópicos nas áreas de higiene física, segurança e adaptação psicossocial, que, de acordo com os principais protocolos, deveriam ser discutidos com os pais/cuidadores e com a criança ou adolescente em um sistema ideal de promoção de saúde.<sup>33,48,98</sup> Contudo, há evidências de que mesmo os pediatras abordam pouquíssimos tópicos sobre os quais os pais/cuidadores gostariam de saber mais (como choro, padrões de sono, disciplina e treinamento esfinteriano) e destinam tempo desprezível à orientação antecipatória.<sup>93,97,99</sup> Alternativas realistas para mudar esse quadro são integração de condutas educativas em rotinas clínicas multiprofissionais e organização de trabalho com grupos de pais/cuidadores, com reuniões coordenadas por vários membros da equipe de saúde, fora do horário habitual das consultas médicas. Para a efetividade desse trabalho, o uso de material audiovisual e a entrega de orientações impressas às famílias têm se mostrado úteis.<sup>100,101</sup>

A efetividade da orientação antecipatória já foi documentada nos seguintes casos: utilização mais adequada de técnicas de promoção da disciplina, maior discussão de problemas de comportamento com o médico, melhora de habilidades sociais e desenvolvimento mental da criança, aumento do contato positivo entre pais e crianças, melhora da interação mãe-filho, melhora do manejo de crianças com temperamento difícil, manejo efetivo de problemas de sono, tratamento racional da febre, melhora nos cuidados com os dentes, colocação de bebês para dormir em posição de supinação, facilitação da alfabetização por meio da leitura para os filhos, incorporação de hábitos nutricionais saudáveis, promoção do aleitamento materno e orientação sobre doenças sexualmente transmissíveis para adolescentes sexualmente ativos.<sup>44,48,92,102-106</sup>

Existem boas evidências científicas de que a inclusão de orientação sobre os riscos de injúria física inerentes a cada etapa do desenvolvimento, conforme esquema da TABELA 20.2, é capaz de melhorar o conhecimento dos pais/cuidadores e a adoção de medidas de segurança.<sup>52</sup> O profissional de saúde deve orientar sobre as técnicas de prevenção de cada tipo específico de injúria, enfatizando aos pais/cuidadores a maior eficácia das medidas de proteção passiva, mais duradouras, que tornem a casa “à prova de acidentes” e protejam a criança independentemente de ações específicas suas. O aconselhamento preventivo quanto aos riscos de injúrias físicas no trânsito, sobretudo uso de dispositivos restritivos de segurança, como cadeirinhas e assentos reposicionadores do cinto, deve ser sempre enfatizado por ter evidência mais forte de custo-benefício positivo,<sup>48,107</sup> embora a USPSTF questione a eficácia da orientação no âmbito da atenção primária em modificar comportamentos, além das ações comunitárias e normatizadoras<sup>108</sup> (ver Capítulo Promoção da Segurança da Criança e do Adolescente).

A discussão mais aprofundada de todos os itens citados na TABELA 20.2 foge ao escopo deste texto. Capítulos específicos abordam aspectos alimentares, psicossociais, de crescimento e desenvolvimento. O projeto Bright Futures apresenta abordagens bem fundamentadas e completas da orientação antecipatória.<sup>33</sup>

## Monitorização do crescimento

A colocação sistemática de dados antropométricos em curvas padronizadas foi consagrada como um indicador sensível do estado de saúde da criança.<sup>109</sup>

Embora o apoio científico ao valor da monitorização do crescimento como teste de triagem seja pobre,<sup>110-112</sup> há evidências de que tal procedimento seja útil na educação e tranquilização dos pais.<sup>113,114</sup> Todos os protocolos recomendam fazer a aferição – e a plotagem em curvas de referência apropriadas – do peso, do comprimento e do perímetro cefálico, em todas as consultas até os dois anos de idade; a partir de então, aferir e plotar o peso, a altura e o índice de massa corporal (IMC), no mínimo anualmente.<sup>33,42</sup> Quanto à monitorização do IMC, a corrente epidemia global de obesidade levou a classificação desse procedimento como um teste de triagem com benefícios apoiados em evidências.<sup>115</sup> As curvas de crescimento adotadas como padrão referencial para crianças são discutidas no Capítulo Acompanhamento do Crescimento da Criança.

## Desenvolvimento

Testes formais para detecção de problemas de desenvolvimento costumam ter baixo valor preditivo – mesmo quando aplicados por pessoal treinado –, alta incidência de falso-positivos, podendo causar ansiedade desnecessária, além da carência de evidências sobre os benefícios reais do diagnóstico precoce.<sup>48,116</sup> Por outro lado, a simples avaliação clínica do desenvolvimento – baseada nos marcos tradicionalmente descritos em todo livro-texto de pediatria – detecta menos da metade das crianças com desvios do desenvolvimento.<sup>117</sup>

Apesar disso, é consenso entre os especialistas que a triagem de problemas de desenvolvimento é tarefa precípua do “domicílio médico” e que o diagnóstico e a intervenção precoces são efetivos em modificar os desfechos.<sup>118</sup> Assim, ainda que não haja evidências conclusivas sobre a frequência das ações de monitorização do desenvolvimento, todos os protocolos preconizam a busca ativa de preocupações dos pais acerca do desenvolvimento dos filhos, a identificação de fatores de risco para problemas no desenvolvimento, a avaliação objetiva de habilidades (motoras, cognitivas, de comunicação e de interação social) e o registro sequencial dessas informações em todas as consultas de acompanhamento de saúde.<sup>33,44,118</sup> A TABELA 20.2 apresenta, a exemplo desses protocolos, os principais marcos de desenvolvimento, que devem ser usados como lista de checagem no acompanhamento das crianças, até os seis anos de idade. A partir da idade escolar, recomenda-se avaliar o desempenho acadêmico. Mais embasamento técnico para esses procedimentos podem ser encontrados em revisões atuais<sup>119-121</sup> e no Capítulo Promoção do Desenvolvimento da Criança.

Além da monitorização sistemática do desenvolvimento, a AAP recomenda a aplicação de testes formais de triagem de problemas de desenvolvimento em todas as crianças aparen-

temente normais, nas consultas de nove, 18 e 30 meses.<sup>33,118</sup> Para tanto, publicou uma descrição detalhada dos principais testes disponíveis e passíveis de aplicação na atenção primária.<sup>118</sup> Recentemente, tem havido uma valorização dos testes baseados em informações objetivas dos pais/cuidadores, como o Parent's Evaluation of Development Status (PEDS),\* pela alta sensibilidade e especificidade e pela praticidade.<sup>117</sup> A Seção de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento da AAP organizou um site especialmente dedicado aos testes de triagem, com todas as informações relevantes para implementação no âmbito do atendimento primário.

A partir dos oito anos de idade, recomenda-se começar a avaliação clínica da maturação sexual<sup>33,122</sup> (ver Capítulos Acompanhamento de Saúde do Adolescente e Atendimento Ginecológico na Infância e Adolescência).

## Comportamento

Não há evidências científicas que indiquem a aplicação de qualquer teste de triagem específico ou que documentem a eficácia dos métodos de tratamento dos distúrbios de comportamento em crianças e jovens essencialmente saudáveis. Porém, é consenso que o emprego de perguntas específicas sobre o comportamento da criança ou jovem aumenta o número de problemas identificados e discutidos, sem aumentar de maneira significativa o tempo da consulta médica.<sup>33</sup> A TABELA 20.2 lista os principais tópicos na área do comportamento a serem abordados nas diferentes faixas etárias. É importante que o processo se inicie com a orientação sobre temperamento, suas variações e influência no comportamento.<sup>123,124</sup> Dentre os vários planos estratégicos para incorporar a avaliação e o manejo de problemas de comportamento aos cuidados primários, o Projeto Bright Futures é um dos mais amplos, detalhados e apoiados em evidências científicas.<sup>33</sup>

Especialistas têm recomendado a triagem de distúrbios do espectro do autismo, com base em evidências de que a intervenção precoce, em particular terapias comportamentais, possa melhorar significativamente a evolução,<sup>44,125</sup> mas ainda não há bases sólidas o suficiente para a sua aplicação corriqueira.<sup>48,126</sup>

## Exame físico

**Há evidências convincentes de que a ênfase dada aos exames físicos completos repetidos constitui um desperdício de tempo do médico, em vista da dificuldade técnica da execução consistente de todos os seus componentes, do número insignificante de diagnósticos novos a partir da primeira avaliação completa e da falta de intervenções efetivas nos positivos verdadeiros.**<sup>44,48,103</sup>

Logo, a realização compulsória do exame físico em todas as consultas não se apoia em bases científicas, embora muitos protocolos a recomendem em caráter empírico.<sup>33</sup>

Protocolos apoiados em revisões mais criteriosas recomendam a utilização mais efetiva do tempo, enfocando certos aspectos específicos do exame físico, de acordo com a idade,<sup>37,48</sup> como nos exemplos a seguir:

Há recomendações empíricas para realizar ausculta cardíaca e palpação de pulsos no mínimo três vezes no primeiro semestre de vida, repetindo no final do primeiro ano, na idade pré-escolar, na entrada da escola e no início da adolescência, pois são procedimentos simples, que constituem testes de triagem sensíveis e específicos para cardiopatias congênitas.<sup>33</sup>

A triagem da displasia do desenvolvimento do quadril se baseia em testes clínicos específicos (Barlow e Ortolani, nos primeiros 10 dias, e abdução das pernas, até a criança caminhar), em geral recomendados em todas as consultas do primeiro ano de vida – ainda que sem apoio em evidências científicas –, uma vez que o diagnóstico precoce permite a recuperação total da criança. Não há indicação de realização de ultrassonografia para triagem.<sup>44,48</sup>

Há recomendações para a triagem regular da hipertensão arterial somente a partir dos 18 anos de idade (ver Capítulo Rastreamento de Adultos para Tratamento Preventivo). As evidências são moderadas para a recomendação de aferição da pressão arterial em todas as consultas de acompanhamento de saúde da criança, a partir dos três anos de idade.<sup>33</sup> Crianças menores de três anos devem ter a pressão arterial aferida em circunstâncias especiais, como prematuridade ou baixo peso ao nascer, cuidados intensivos neonatais, cardiopatia, infecção urinária recorrente, doenças renais, malformações urológicas, história familiar de doença renal congênita, transplante, neoplasia, doenças sistêmicas ou uso de drogas que elevam a pressão arterial, hipertensão intracraniana.<sup>127</sup>

Deve-se prestar muita atenção ao equipamento (esfigmomanômetro calibrado, manguito com largura de 40% e comprimento superior a 80% do perímetro braquial), à técnica (criança sentada, braço direito apoiado sobre superfície firme, na altura do coração, inflar o manguito até cerca de 20 a 30 mmHg acima da pressão sistólica, desinflar cerca de 2 a 3 mmHg/s, considerar a quinta fase de Korotkoff representativa da pressão diastólica) e ao ambiente.<sup>127</sup> Recomenda-se fazer investigação subsequente somente em crianças cujas cifras estiverem persistentemente acima do percentil 95 das tabelas de referência<sup>127</sup> (ver Apêndice Tabelas de Valores de Pressão Arterial em Crianças e Adolescentes).

Não há evidências que apoiem o exame clínico ou o ensino rotineiro do autoexame dos testículos, para a detecção precoce de tumores.<sup>33,128</sup> A triagem dos testículos criptorquídicos tem sido recomendada, principalmente durante o primeiro ano de vida, em vista da simplicidade do exame e da eficácia do tratamento<sup>48</sup> (ver Capítulo Problemas Comuns nos Primeiros Meses de Vida).

\*Ver Sites Recomendados (on-line).

## Referências

1. Schor EL. Rethinking well-child care. *Pediatrics*. 2004;114:210-6.
3. Blank D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. *J Pediatr*. 2003;79:S13-22.
8. Grossman DC, Moyer VA, Melnyk BM, Chou R, DeWitt TG; US Preventive Services Task Force. The anatomy of a US Preventive Services Task Force Recommendation: lipid screening for children and adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2011;165:205-10.
11. Healthy People. 2020 topics & objectives [Internet]. Washington: Healthy People; 2010 [capturado em 01 ago. 2011]. Disponível em: <http://www.healthypeople.gov/2020/topicsobjectives2020/overview.aspx?topicid=24>.
13. Green M, Palfrey J. A bright future for every child. In: Hagan JF Jr, Shaw JS, Duncan PM, editors. *Bright futures: guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents* [Internet]. 3rd ed. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics; 2008 [capturado em 08 ago. 2012]. p. xv-xviii. Disponível em: [http://brightfutures.aap.org/pdfs/Guidelines\\_PDF/1-BF-Introduction.pdf](http://brightfutures.aap.org/pdfs/Guidelines_PDF/1-BF-Introduction.pdf).
20. Strickland BB, Jones JR, Ghandour RM, Kogan MD, Newacheck PW. The medical home: health care access and impact for children and youth in the United States. *Pediatrics*. 2011;127:604-11.
21. Brazelton TB, Sparrow JD. *Touchpoints: birth to three: your child's emotional and behavioral development*. Cambridge: Da Capo Lifelong; 2006.
23. Murray E, Charles C, Gafni A. Shared decision-making in primary care: tailoring the Charles et al. model to fit the context of general practice. *Patient Education and Counseling*. 2006;62:205-11.
26. Raphael JL. Differences to determinants: elevating the discourse on health disparities. *Pediatrics*. 2011;127:e1333-4.
33. Hagan JF, Shaw JS, Duncan PM, editors. *Bright futures: guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents* [Internet]. 3rd ed. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics; 2008 [capturado em 08 ago. 2012]. Disponível em: [http://brightfutures.aap.org/3rd\\_Edition\\_Guidelines\\_and\\_Pocket\\_Guide.html](http://brightfutures.aap.org/3rd_Edition_Guidelines_and_Pocket_Guide.html).
35. Institute for Clinical Systems Improvement [Internet]. Bloomington: ICSI; 2011 [capturado em 01 ago. 2011]. Disponível em: <http://www.icsi.org/>.
36. Agency for Healthcare Research and Quality. *Guide to clinical preventive services, 2010-2011: recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force* [Internet]. Rockville: AHRQ; 2010 [capturado em 01 ago. 2011]. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/clinic/pocketgd1011/>.
37. Rourke L, Rourke J, Leduc D. Rourke baby record: evidence-based infant/child health maintenance guide [Internet]. [S.l.]: RBR; 2010 [capturado em 01 ago. 2011]. Disponível em: <http://www.rourkebabyrecord.ca/>.
38. National Center for Medical Home Implementation [Internet]. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics; 2011 [capturado em 01 ago. 2011]. Disponível em: <http://www.medicalhomeinfo.org/>.
43. American Academy of Pediatrics. Committee on Practice and Ambulatory Medicine, Bright Futures Steering Committee. Recommendations for preventive pediatric health care. *Pediatrics*. 2007;120:1376.
48. Institute for Clinical Systems Improvement. Preventive services for children and adolescents [Internet]. Bloomington: ICSI; 2011 [capturado em 08 ago. 2012]. Disponível em: [http://www.icsi.org/preventive\\_services\\_for\\_children\\_guideline/preventive\\_services\\_for\\_children\\_and\\_adolescents\\_2531.html](http://www.icsi.org/preventive_services_for_children_guideline/preventive_services_for_children_and_adolescents_2531.html).
50. Brasil. Ministério da Saúde. Rastreamento [Internet]. Brasília: MS; 2010 [capturado em 08 ago. 2012]. Disponível em: [189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcdad29.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcdad29.pdf).
51. Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(4):401-6.
85. Wong MCM, Glenny AM, Tsang BWK, Lo ECM, Worthington HV, Marinho VCC. Topical fluoride as a cause of dental fluorosis in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(1):CD007693.
86. Rozier RG, Adair S, Graham F, Iafolla T, Kingman A, Kohn W, et al. Evidence-based clinical recommendations on the prescription of dietary fluoride supplements for caries prevention. *J Am Dent Assoc*. 2010;141:1480-9.
87. Ismail AI, Hasson H. Fluoride supplements, dental caries and fluorosis: a systematic review. *J Am Dent Assoc*. 2008;139(11):1457-68.
90. Waksman RD, Blank D. Diagnóstico e orientação sobre segurança na consulta pediátrica. In: Silva LR. *Diagnóstico em pediatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. p. 1098-107.

## CAPÍTULO 21

# Promoção do Desenvolvimento da Criança

*Maria de Lourdes Drachler*

*José Carlos de Carvalho Leite*

A promoção do desenvolvimento da criança é um aspecto fundamental da atenção integral à saúde da criança. O processo de desenvolvimento humano inclui o *estado atual e as mudanças* nas estruturas e funções orgânicas e no modo de pensar e agir dos indivíduos, desde a concepção até a morte, através de sucessivas gerações.

**O desenvolvimento da criança ocorre pela recíproca influência de processos biológicos, psicológicos e sociais envolvendo as estruturas e funções orgânicas, o crescimento e a**