

# medicina ambulatorial

condutas clínicas em atenção primária

---

DUNCAN, SCHMIDT & GIUGLIANI

3ª reimpressão  
revista



ARIES  
MEDICAS

M489 Medicina ambulatorial : condutas clínicas em atenção primária /  
Bruce B. Duncan ... [et al.] — Porto Alegre : Artes Médicas,  
1990.  
503p. : il. ; 27 cm.

1. Medicina Ambulatorial 2. Saúde Pública 3. Medicina Preventiva.  
I. Duncan, Bruce B. II. Título

C.D.D. 613  
614.5  
C.D.U. 614  
616-084  
616-058

Índices Alfabéticos para o Catálogo Sistemático

Saúde Pública	614
Medidas de Saúde Pública :	Medicina 616-084
Medicina Social	616-058

(Bibliotecária Responsável: Sonia H. Vieira CRB-10/526)

## Condutas Clínicas na Promoção da Saúde: De 0 a 12 anos

Danilo Blank

Promoção da saúde é o conjunto de ações exercidas contínua e globalmente com o objetivo de diminuir a morbimortalidade e oportunizar um ótimo nível de crescimento e desenvolvimento físico, intelectual e emocional à criança, conduzindo-a a uma vida o mais longa, completa e produtiva possível. Nessa promoção as ações coletivas em saúde pública e o atendimento clínico se complementam. Embora a ênfase deste capítulo esteja na atuação clínica do médico em atenção primária, é fundamental que se tenha em mente a importância do papel do médico na geração, no apoio e na participação em atividades coletivas de seu serviço e das agências de saúde pública.

O conceito de promoção da saúde, no âmbito clínico, engloba a prevenção das doenças e enfatiza a necessidade do envolvimento da família no processo de aprendizagem ativa para a proteção e manutenção da saúde. Trata-se de um conceito aberto e dinâmico, contrapondo-se às idéias de supervisão, acompanhamento ou controle da saúde, que, restritivas e estáticas, de certo modo sabotam o papel dos pais no cuidado global à criança.

A estratégia para alcançar os objetivos gerais expostos inclui: prevenção de doenças, detecção precoce de anormalidades, aconselhamento e continuidade de atendimento.

A prevenção de doenças se faz, basicamente, através da educação para a saúde e, em certos casos, através de intervenções preventivas específicas, como imunização e aplicação de flúor.

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

O aconselhamento sobre aspectos psicossociais inclui a orientação dos pais e, em tempo, da própria criança, quanto a: características individuais de temperamento, com implicações importantes na educação e relações familiares, padrões previsíveis e desvios das normas de comportamento da criança segundo a idade (por exemplo: a anorexia fisiológica do final do primeiro ano de vida e o negativismo do segundo), abordagem familiar da disciplina (mais rígida ou permissiva) e os acordos a serem assumidos entre pais e filhos para tomarem um rumo mais equilibrado dentro do seu estilo de vida, tarefas educacionais específicas, tais como desmame e treinamento esfinteriano, maneiras de influenciar o desenvolvimento emocional da criança, sobretudo estimulando a construção de sua auto-estima, comunicando-se eficientemente com ela, ajudando-a a reconhecer e a usar de forma construtiva os sentimentos negativos, como dependência e agressividade, fornecendo modelos de comportamento e usando apropriadamente técnicas de modificação comportamental.

A continuidade do atendimento é incluída entre as estratégias de promoção da saúde porque aumenta a efetividade da educação e do aconselhamento, facilitando a aplicação de todas as demais estratégias citadas.

### CONSIDERAÇÕES GERAIS

A efetividade de várias das ações promocionais de saúde em modificar significativamente as condições de saúde de uma determinada população infantil carece de uma boa documentação científica.

Apesar dos reiterados comentários sobre a necessidade da geração de dados com peso científico, que orientem e justifiquem a adoção de quaisquer métodos de supervisão de saúde, todos os protocolos até hoje sugeridos são baseados em práticas e tradições, consensos de supostas autoridades e até em modismos. Recomendações rígidas de procedimentos e testes diagnósticos, bem como protocolos com número pré-fixado de consultas de puericultura, têm sido contra-indicados por vários estudos, uma vez que não há documentação convincente da relação de tais procedimentos com o nível de satisfação, com o atendimento médico ou com a diminuição do número de consultas motivadas por problemas.

O uso racional da equipe de saúde é fundamental para a realização dessas atividades preventivas. Muitas das condutas podem ser delegadas pelo médico, que retém a responsabilidade pela sua execução apta e continuada.

Para a plena realização de tais condutas, cabe ao serviço, seja público ou particular, incorporá-las dentro de um programa de promoção da saúde da criança, de conhecimento de todos os funcionários e profissionais do serviço.

Em relação aos objetivos específicos da promoção da saúde, os protocolos de países desenvolvidos, predominantes na literatura, não enfatizam os problemas nutricionais e infecciosos, concentrando-se na chamada "nova morbidade" (distúrbios psicossociais, emocionais e familiares). Em países como o Brasil, contudo, nutrição e imunização continuam sendo tópicos prioritários em qualquer plano de promoção da saúde.

A identificação de fatores de alto risco de uma determinada criança ou população, em relação a problemas específicos de saúde, deveria sempre nortear o trabalho de promoção da saúde. Todo o protocolo deveria ser flexível, permitindo que determinadas circunstâncias indicassem a necessidade do aumento do número de visitas ou da realização de procedimentos não-rotineiros. Por outro lado, a ausência de fatores de alto risco pode determinar uma diminuição do número de consultas, transferindo uma parte maior da responsabilidade a pais competentes e racionalizando melhor a promoção da saúde da população, através da maior disponibilidade do médico e/ou da equipe de saúde.

### PROCEDIMENTOS CLÍNICOS

O Quadro 1 apresenta, de forma esquemática, os procedimentos que deveriam integrar o processo de promoção da saúde de qualquer criança brasileira. Os seguintes pontos merecem ser devidamente destacados:

— Todas as recomendações de procedimentos, assim como as datas propostas, têm o carácter de sugestão, devendo ser adaptadas a cada caso específico. As considerações gerais feitas anteriormente devem ser lembradas, de modo a permitir que a presença ou ausência de fatores de risco pessoais ou ambientais determinem um aumento ou diminuição do número de consultas e procedimentos.

Quadro 1. Procedimento para a promoção da saúde da criança em diversas faixas etárias

IDADE	HISTÓRIA (inicial/intervalo)	CRESCIMENTO	EXAME FÍSICO			VISÃO	AUDIÇÃO	DESENVOLVIMENTO	COMPORTAMENTO	DENTIÇÃO	VACINAS	ACONSELHAMENTO ANTECIPADO		
			Luxação congênita	Cardiopatias congênitas	Hipertensão							HIGIENE	SEGURANÇA	SOCIAL
RN	Efetuar em todas as consultas	Peso, altura e perímetro cefálico (alterar em todas as consultas até os dois anos)	Manobras de Ortolani e Barlow	Ausculta cardíaca e pulsos periféricos	Reflexo pupilar e piscamento	Fatores de alto risco para surdez (registrar)	Levanta a cabeça (em pronação) Reage à luz e ruído		Prescrição de fluor oral ou orientação	BCG	Seio, fome, eliminações, vômitos, constipação choro, "colícas", sono, orientação, vitaminas, fluor, ferro, vacinas	Orientar sobre asfixia, aspiração de corpo estranho, temp. bamba, transporte (automóvel), queimadura, drogas.	Temperamento Choro e dificuldades visuais de adaptação Papel da mãe e do pai Quarto dos pais	
2M			Abdução (repetir até andar)	Auscultar pulsos			Sorri/Abre mãos			DPT/OPV	Alimentos sólidos (orientação)	Riscos da movimentação	"Dengues"/Nec. sucção	
4M							Rola sem auxílio junta as mãos			DPT/OPV	Frequência infecções respiratórias	Uso do bebê-conforto Queimaduras/Aspiração	Quarto individual Relacionamento c/o pai	
6M				Ausculta e pulsos	Hirschberg	Técnica de distração	Firma a cabeça Apanha objetos			DPT/OPV	Alimentação variada Esfincteres (orient.)	Movimentação/Aspiração Transporte (automóvel)	Medo de estranhos Separação/Choro noturno	
9M							Senta sem apoio Silabas (Ma-Ma)		Orientação escovação	Sarampo	Diminuição do ritmo do apetite e crescimento	Queijas/Banheira Asp. de corpo estranho	Nec. aferir/Disciplina Masturbação	
12M				Ausculta e pulsos	Hirschberg Cobertura	Distração Fala	Ergue-se sozinho Fica em pé	Lista de comportamento				Higiene corpo/dentes Brinquedos/Linguagem	Envenenamento/Queija Queim/Choque elétrico	Negativismo Curiosidade/Exploração
15M						Monitorizar aquisição da fala	Gaminha sem apoio Palavras cinexo			MMR	Vida ao ar livre Sono/Repouso	Mordidas de animais Queijas/Envenenamento	Crises de birra Disciplina/Obediência	
18M					Hirschberg Cobertura		Atra bola Segue instruções			DPT/OPV	Esfincteres (treinam.) Falar corretamente	Comportamento rua/carro Envenenamento/Escada	"Modos"/Comportamento Relação a irmão menor	
2a							Apointa para parte do corpo/Rabisca	Lista de comportamento	Encaminhar dentista	HIBPV	Alteração do apetite Atividade física	Abre portas/escada Alojamento/boia/piscina	Nec. amigos mesma idade Reparar coisas	
3a				Pressão arterial			Controla esfínteres				Dieta mínima prudente Evitar açúcares	Triciclo/Brinquedos Natação/Automóvel	Educação sexual (reprodução, palavrões)	
4a					Teste de acuidade		Identifica cores Diz seu nome			DPT/OPV	Televisão (riscos) Pais fumantes (riscos)	Fogo/fósforos Queijas/Mordidas animais	Ansiedade da escola Masturbação	
6a				Ausculta e pulsos		Audiometria alto risco	Linguagem de adulto				Higiene corpo/dentária Vida ao ar livre	Segurança pedestre Bicicleta	Mudanças humor/Tiques Responsabilidade	
9a							Desempenho escolar	Adaptação escolar			Ativ. Física/esportes Dieta mínima prudente	Natação/Armas de fogo Trânsito/Pedestre	Dinheiro/Mesada Educação sexual	
12a				Ausculta e pulsos	Teste de acuidade						Recreação/esportes Alimentação/obesidade	Automóvel/cinco Bicicleta/Skate/Patins	Relac. familiar/amigos Dependência/Agressão	

— As crianças de alto risco ou o protocolo podem ter prejuízo orgânico dos órgãos dos torácicos de tria — O aconselhamento por motivos em relação à tendo em vista a importância O setor de saúde é completam comprovando a melhor

### História

É necessários intervalos em documentação problemas no processo solidificar a relação

I. Fatores Risco Pais incultos, Primeiro filho Criança adotada Família numerosa Separação ou Mãe que trabalha Temperatura Criança não é

II. Fatores Risco Relativos à criança

Baixo peso do Espaçoamento Curva de crescimento Presença de lesões Injúrias físicas

Relativos à família

Morte de irmão Pais desnutridos Pais com poucas Doenças familiares

\* Adaptado de: S

### Crescimento

A colocação métricas em crianças um teste de teste individuais, práticos do estado ao valor da nutrição seja útil na educação fazer a aferição cefálica e o resto 2 aos 6 anos; métricas a intencionalidades como parâmetros de

— As crianças que se enquadram em um ou mais dos fatores de alto risco mostrados no Quadro 2 necessitam receber o protocolo completo de promoção da saúde. As demais podem ter um protocolo bem abreviado, desde que não haja prejuízo do calendário de vacinações, dos exames de órgãos dos sentidos (visão e audição) e dos testes laboratoriais de triagem.

— O aconselhamento antecipado é dividido em três setores por motivos didáticos e de prioridades. O aconselhamento em relação à segurança é obrigatório para todas as crianças, tendo em vista a comprovação científica de sua eficácia e a importância das injúrias físicas na morbimortalidade infantil. O setor de higiene deve ser adaptado, dependendo do grau de instrução e competência dos pais. O setor psicossocial é completamente opcional, pois não há experiência suficiente comprovando que um aconselhamento tão abrangente possa melhorar a saúde da criança e da família.

## História

É necessária a coleta de dados da história inicial ou dos intervalos em todas as visitas, pois, embora não haja estudos documentando sua efetividade como teste de triagem de problemas específicos, tal procedimento é parte importante no processo de detecção de muitos distúrbios, além de consolidar a relação médico-família.

Quadro 2. Fatores de alto risco\*

I. Fatores Ambientais
Pais incultos, com necessidade especial de aconselhamento
Primeiro filho
Criança adotada ou que não vive com os pais verdadeiros
Família numerosa
Separação ou morte de um dos pais
Mãe que trabalha fora
Temperatura ambiental muito baixa ou elevada
Criança não é trazida ao local de atendimento médico
II. Fatores Biológicos
Relativos à criança:
Baixo peso de nascimento
Espaçamento do nascimento com o irmão mais próximo (menos de 2 anos)
Curva de crescimento oscilante ou estacionária
Presença de malformação congênita ou doença crônica
Injúrias físicas repetidas
Relativos à família:
Morte de irmãos antes de 1 ano
Pais desnutridos
Pais com pouca competência ou inteligência
Doenças familiares

\* Adaptado de: Stanfield e de Morley

## Crescimento

A colocação e o acompanhamento de dados antropométricos em curvas de crescimento padronizadas tornou-se um teste de triagem na promoção da saúde, pois as curvas individuais, principalmente a do peso, são indicadores sensíveis do estado de saúde da criança. Embora o apoio científico ao valor da monitorização do crescimento como teste de triagem seja pobre, é consenso que tal procedimento é muito útil na educação e tranqüilização dos pais. É recomendável fazer a aferição e o registro do peso, da estatura e do perímetro cefálico em todas as visitas até os 2 anos de idade; a aferição e o registro do peso e da estatura, anualmente, dos 2 aos 6 anos; a partir de então, aferir as medidas antropométricas a intervalos maiores. As curvas de crescimento adotadas como padrão referencial para crianças acham-se reproduzidas no capítulo "Promoção do Crescimento".

## Exame Físico

Há evidências convincentes de que a ênfase dada atualmente aos exames físicos completos repetidos constitui um desperdício de tempo do médico, pois um número insignificante de diagnósticos novos surge depois da primeira avaliação completa.

A realização compulsória do exame físico em todas as visitas não parece estar justificada, embora alguns protocolos de países desenvolvidos a recomendem em bases empíricas.

### Luxação Congênita do Quadril

O diagnóstico precoce da luxação congênita do quadril, através de testes simples e rápidos, permite a recuperação total da criança. Nos primeiros 10 dias de vida são usados os testes de Barlow e Ortolani e, a partir de então, é testada a abdução das pernas, em todas as consultas, até a criança caminhar. No teste de Barlow, palpa-se o trocânter menor na face interna da coxa e pressiona-se para trás, fazendo com que a cabeça do fêmur saia do acetábulo. No teste de Ortolani, palpa-se a redução da luxação.

### Cardiopatias Congênitas

A maior parte das cardiopatias congênitas pode ser identificada através do exame físico cuidadoso, por ser um teste de triagem bastante sensível e específico, além de facilmente executável. Deve-se fazer a ausculta cardíaca e a 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 na pré-adolescência.

### Hipertensão

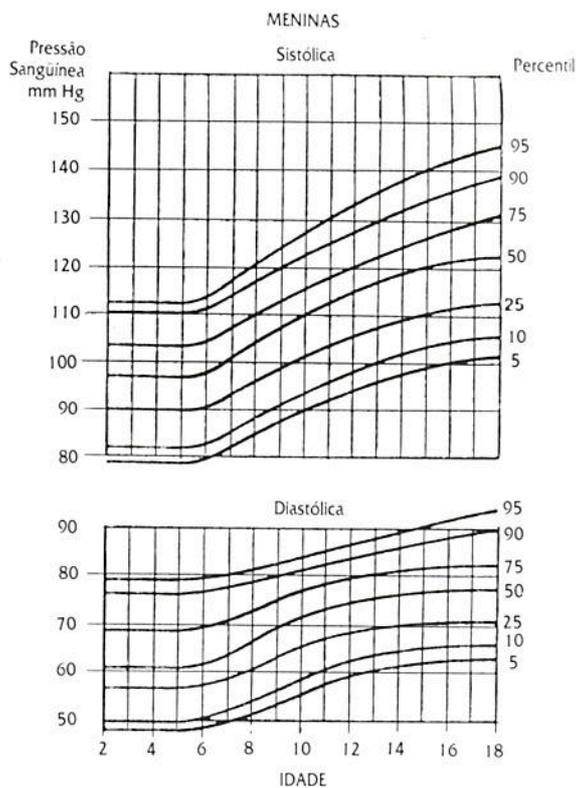
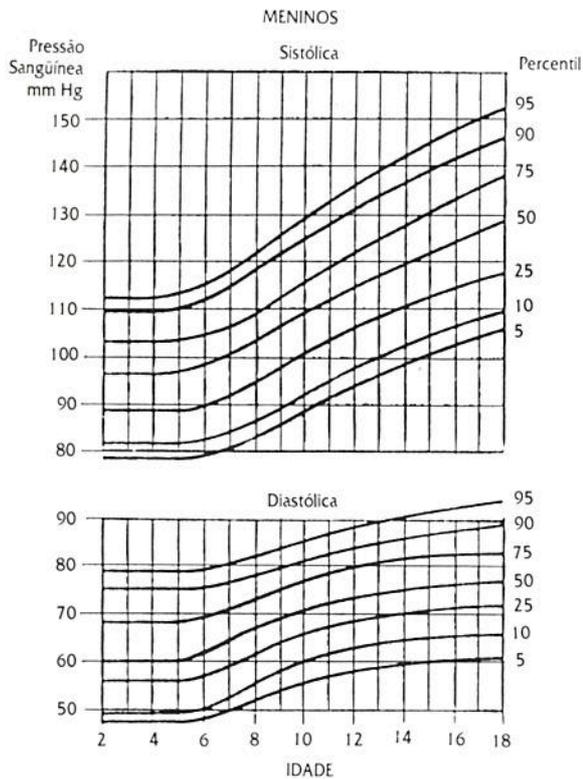
A triagem da hipertensão arterial em crianças é controversa devido ao grande número de falsos positivos e do risco subsequente de exames diagnósticos desnecessários. A pressão arterial deve ser medida aos 3 anos, no início da idade escolar e na pré-adolescência, prestando-se muita atenção às condições do equipamento (manguito 20% mais largo do que o diâmetro do membro), à técnica e ao ambiente. Deve-se fazer investigação subsequente somente em crianças cujas cifras estiverem persistentemente acima do percentil 95 (Quadro 3).

### Visão

A triagem para estrabismo é mandatória, a partir do nascimento, pela alta eficácia na prevenção da ambliopia. O teste de Hirschberg deve ser realizado durante o primeiro ano de vida e repetido anualmente, junto com o teste da cobertura, até a idade escolar. No teste de Hirschberg, um reflexo de luz (proveniente de uma lanterna ou otoscópio colocado a 30cm da criança) é observado nas pupilas; qualquer desvio do reflexo do centro da pupila é manifestação clínica de estrabismo. No teste da cobertura, cobre-se um dos olhos da criança, atraindo a atenção do olho descoberto com uma fonte luminosa; descobre-se rapidamente o olho, observando se realiza algum movimento, o que indica estrabismo.

O valor da triagem da acuidade visual em crianças através do uso de tabelas de letras ou figuras é opcional, recomendando-se a sua realização sempre que as condições materiais e de tempo permitirem. Devem ser encaminhadas ao oftalmologista crianças de 4 anos que tenham acuidade inferior a 20/40 ou diferença, entre os olhos, de 20 ou mais. Nos casos em que a triagem visual não é realizada pelo pediatra ou escola, a avaliação por especialista é indispensável no início da idade escolar.

Quadro 3. Valores normais da pressão sanguínea em crianças (em percentis)



### Audição

A prevalência e a importância da surdez justificam a sua triagem a partir do período neonatal. É necessário fazer o registro dos fatores de alto risco para diminuição da acuidade auditiva na primeira visita. Os fatores significativos são os seguintes:

- História familiar de surdez infantil.
- Infecção perinatal congênita (toxoplasmose, rubéola, sífilis, citomegalovírus, herpes).
- Malformações anatômicas na cabeça e no pescoço.
- Peso de nascimento inferior a 1500g.
- Hiperbilirrubinemia (BT maior que 20 mg/dl) no período neonatal.
- Meningite bacteriana neonatal.
- Asfixia neonatal severa (Apgar 0-3 no primeiro minuto, ausência de respiração em 10 min, hipotonia com mais de duas horas de vida).

Não é recomendável testar a audição durante o primeiro semestre de vida, exceto em lactentes com um ou mais fatores de alto risco, que devem ser encaminhados para avaliação especializada. Nenhuma técnica de avaliação de audição feita em consultório pode ser recomendada com bases científicas, mas as técnicas de distração (até os 12 meses) e a monitorização da aquisição da fala (1 a 6 anos) são procedimentos cuja simplicidade os torna quase obrigatórios. A audiometria é um teste de alto valor preditivo, sendo recomendada antes do ingresso no 1º grau, em torno dos 6 anos e constitui procedimento compulsório apenas para crianças com um ou mais fatores de alto risco. Durante a idade pré-escolar, é recomendável encaminhar para avaliação especializada crianças que se enquadrem nos seguintes critérios: nenhuma articulação de sílabas ou imitação vocal aos 12 meses, nenhuma palavra aos 18 meses, vocabulário menor

do que dez palavras aos 2 anos, vocabulário menor do que 200 palavras, ausência de frases telegráficas, fala ininteligível aos 3 anos.

### Desenvolvimento

Testes formais de problemas de desenvolvimento não são recomendados para a população de baixo risco porque, além de terem baixo valor preditivo, mesmo quando aplicados por pessoal altamente treinado, têm alta incidência de falsos-positivos, podendo causar ansiedade desnecessária em muitos casos. Além disso, não há documentação clara dos benefícios do diagnóstico precoce. Assim, testes formais, como o de Denver (DDST), só estão recomendados em crianças de alto risco (prematuridade, subnutrição severa, asfixia neonatal), devendo ser aplicados antes dos 2 anos onde houver programas comunitários de atendimento ao excepcional. Crianças aparentemente normais devem ser avaliadas através de um protocolo simples de perguntas e observações sobre os marcos principais de desenvolvimento (Ver capítulo "Promoção do Desenvolvimento").

### Comportamento

Problemas de comportamento têm um peso relativamente maior em populações nas quais as doenças nutricionais e infecciosas estejam sob controle. Contudo, não há dados estatísticos seguros que indiquem a aplicação de qualquer teste de triagem específico, ou que documentem a eficácia dos métodos de tratamento dos distúrbios de comportamento. Tem sido demonstrado que o uso de listas de perguntas específicas sobre o comportamento da criança aumenta o número de problemas identificados e discutidos com os pais, sem aumentar significativamente o tempo da

consulta m  
tipo de lista  
em crianças  
bado) ou m  
sulta permit  
e objetivos  
e o manejo  
primários, c  
tempo (ver

- Nome da  
Idade:  
O seu filh  
Atenção: /  
e preocupam:  
1. É teimo  
2. Desobe  
3. Castigo  
4. Mente  
5. Muito e  
6. Ciúme  
7. Brigas e  
8. Destrói  
9. Proble  
10. Proble  
11. Xixi na  
12. Urina  
13. Pesad  
14. Sono  
15. Dificul  
16. Qualq  
Qual?  
17. Chupa  
18. Gague  
19. Hábitc  
Qual?  
20. Mago  
21. Exige i  
22. Muito  
23. Muito  
24. Muito  
25. Muito  
26. Timidc  
27. Acabru  
28. Qualq  
Qual?

\* Adaptado de

### Dentiçã

Tanto a  
ser eficiente  
ção primári  
inicial dos di  
por via oral,  
o grau de flu  
no Quadro !  
mendada, in  
dentes, enfa  
da idade es  
feito entre o  
ver capítulo

Idade (anos)

- 0 a 2
- 2 a 3
- 3 a 13

\* Retirado de K

consulta médica. É recomendável fazer a aplicação desse tipo de lista (ver Quadro 4) anualmente, de forma opcional, em crianças de alto risco (doentes crônicos, ambiente perturbado) ou mesmo em todas as crianças, se o tempo da consulta permitir. Christophersen apresenta um dos mais amplos e objetivos planos estratégicos para incorporar a avaliação e o manejo de problemas de comportamento aos cuidados primários, com o aproveitamento mais racional possível de tempo (ver bibliografia).

**Quadro 4. Questionário de comportamento\***

Nome da criança:  
 Idade:            anos e            meses  
 O seu filho(a) causa-lhe preocupação em algumas das seguintes áreas?  
 Atenção: Assinale apenas nos problemas que realmente o(a) angustiam e preocupam:

1. É tímido(a) ou do contra?
2. Desobediente?
3. Castigo inadequado: recebe demais ou de menos?
4. Mente demais?
5. Muito egoísta?
6. Ciúme dos irmãos ou irmãs?
7. Brigas com outras crianças?
8. Destroí coisas de propósito?
9. Problemas de alimentação?
10. Problemas de evacuação?
11. Xixi na cama?
12. Urina-se de dia?
13. Pesadelos?
14. Sono agitado?
15. Dificuldade de pegar no sono à noite?
16. Qualquer outro problema de sono?  
Qual? .....
17. Chupa o dedo?
18. Gagueira?
19. Hábitos nervosos de qualquer tipo?  
Qual? .....
20. Magoa-se com facilidade?
21. Exige muita atenção?
22. Muito dependente?
23. Muito sensível ou irritado(a)?
24. Muito inquieto(a)?
25. Muito medroso(a) ou tem temores especiais?
26. Tímido(a)?
27. Acabrunhado(a) ou emburrado(a)?
28. Qualquer problema de comportamento não citado?  
Qual? .....

\* Adaptado de Haggerty

### Dentição

Tanto a cárie como os problemas ortodônticos podem ser eficientemente prevenidos e tratados. O médico de atenção primária deve assumir a responsabilidade pelo cuidado inicial dos dentes. É recomendável a suplementação de flúor, por via oral, do nascimento até os 13 anos, de acordo com o grau de fluoretação da água ingerida, nas doses apresentadas no Quadro 5. O início da escovação dentária deve ser recomendada, insistentemente, a partir da erupção dos primeiros dentes, enfatizando a necessidade de supervisão até o final da idade escolar. O encaminhamento ao dentista deve ser feito entre os 2 e os 3 anos de idade (Para maiores detalhes, ver capítulo "Enfermidades Bucais").

**Quadro 5. Doses para administração de flúor\***

Idade (anos)	Concentração de Flúor (ppm) da Água Ingerida		
	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

\* Retirado de Kula

### Vacinas

A imunização contra doenças transmissíveis é o único componente da promoção de saúde cuja eficácia está claramente documentada. Deve ser aplicado o calendário de vacinas dos órgãos oficiais de saúde, adicionando, se possível, a MMR (vacina contra o sarampo, caxumba e rubéola) aos 15 meses, nos casos em que o referido calendário oficial não incluir o seu uso rotineiro, como acontece no Brasil. Para discussão mais detalhada das normas de imunização, ver o capítulo "Imunizações".

### Aconselhamento Antecipado

O Quadro 1 inclui os principais tópicos nas áreas de segurança, higiene física e adaptação psicossocial que deveriam ser discutidos com os pais e com a criança num sistema ideal de promoção de saúde. Além do que já foi exposto na introdução e nas recomendações gerais deste capítulo, quanto aos objetivos e obrigatoriedade de realização do aconselhamento, cabe registrar que ele costuma ocupar, em média, menos de um minuto da consulta pediátrica de puericultura, sendo sua duração progressivamente menor até a adolescência. A sua omissão demonstra ignorância ou falta de valorização do aconselhamento por parte do médico, que ainda é pressionado pela exigüidade de tempo destinado às consultas. As únicas maneiras realistas de vencer tais dificuldades práticas são a integração de condutas educativas dentro das rotinas clínicas dos outros membros da equipe de saúde e a organização de cursos de orientação aos pais, com reuniões coordenadas por vários membros da equipe multidisciplinar de saúde, fora do horário normal de consulta médica. Estas atividades educacionais devem ser planejadas não só para pais competentes e bastante inteligentes, mas também para pais menos competentes, experientes e/ou inteligentes, cujas crianças são, comumente, as de maior risco. Em tais atividades, o uso de material audiovisual, inclusive com entrega de orientações impressas às famílias, tem-se mostrado útil. Assim, após contato com as informações básicas sobre os cuidados de higiene, segurança e problemas potenciais de seus filhos, os pais podem discutir dúvidas específicas com o médico.

Nas consultas médicas, é obrigatório fazer referência aos riscos de injúria física inerentes a cada etapa do desenvolvimento, conforme esquema do Quadro 1. O médico deve orientar sobre as técnicas de prevenção de cada tipo específico de injúria, enfatizando aos pais 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 (por exemplo: instalação de grades impedindo o acesso da criança à cozinha; eliminação de plantas tóxicas da casa; manutenção preventiva de fios elétricos; conservação de medicamentos, bebidas alcoólicas e substâncias tóxicas em geral, dentro de armários chaveados; eliminação de armas de fogo das moradias; cobertura das tomadas elétricas com protetores plásticos; instalação de detectores de fumaça; instalação de grades nas janelas e extremidades de escadas; etc.).

### Testes Laboratoriais

#### Tuberculínico

As recomendações sobre a realização rotineira deste teste têm sido controversas, principalmente por causa do número elevado de falsos positivos em áreas de prevalência de

tuberculose inferior a 1%. Além disto, com a aplicação da vacina BCG no primeiro mês de vida, estratégia que será mantida em todo o território brasileiro até que medidas mais eficazes de controle epidemiológico possam ser implementadas, desaparece a necessidade de triagem da tuberculose. Nas populações em que a vacina BCG não seja usada de rotina, a sugestão mais comumente aceita é a de que se faça a reação de Mantoux anualmente em crianças de alto risco (famílias ou grupos sociais com um ou mais casos de tuberculose) e, nos casos de baixo risco, uma vez no primeiro ano de vida, na idade escolar e na pré-adolescência.

#### Hematócrito

Não existem dados que justifiquem a triagem rotineira de anemia ferropriva em crianças assintomáticas de baixo risco. É recomendável determinar a hemoglobina e o hematócrito em torno dos seis meses de idade nas crianças de alto risco (prematuridade, baixo peso). Não há documentação da eficácia da triagem periódica, sendo recomendável a realização da dosagem de hemoglobina e hematócrito apenas em meninas pré-adolescentes.

#### Exames de Fezes e Urina

Atualmente não há nenhum documento de que a realização rotineira de exames de fezes e urina modifiquem a morbidade ou mortalidade em crianças. O exame qualitativo de urina é destituído de qualquer valor como teste de triagem, enquanto a triagem de bacteriúria, que costumava receber muita ênfase na década passada, não tem sido recomendada. O exame parasitológico de fezes pode ser realizado em crianças que vivam em áreas de alto risco, mas não existem recomendações a respeito da frequência ideal.

A discussão de todos os itens citados no Quadro 1 foge aos objetivos do presente texto. Os capítulos "Aleitamento Materno", "Desmame e Alimentação na Infância", "Principais Distúrbios de Conduta na Infância", "Promoção do Crescimento" e "Promoção do Desenvolvimento" abordam aspectos alimentares, psicossociais, de crescimento e desenvolvimento. Brazelton, Christophersen e Haggerty apresentam abordagens completas e fundamentadas do aconselhamento antecipado (ver bibliografia).

#### BIBLIOGRAFIA COMENTADA

- American Academy of Pediatrics. **Guidelines for health supervision**. Evanston: AAP, News and comments 1982:6-7.
- Atualização das recomendações feitas na referência nº 3; apoio bibliográfico fraco, pois deixa muitas dúvidas no ar.
- American Academy of Pediatrics. **Report of the committee on infectious diseases** (red book). Elk Grove Village: AAP, 1986:1-51.
- Recomendações atualizadas sobre prevenção e manejo de doenças infecciosas; capítulo sobre vacinas é leitura obrigatória para pediatras.
- American Academy of Pediatrics. **Standards of child health care**. Evanston: AAP, 1977:175p.
- Padrão de referência oficial da Academia Americana de Pediatria em relação à supervisão de saúde, com recomendações baseadas em documentações científicas rígida ou consenso de autoridades.
- Bailey EN, Kiehl PS, Akram DS, et alii. Screening in pediatric practice. **Pediatric Clin North America** 1974; 21:123-65.
- Conjunto de recomendações bem abrangentes para triagem de problemas em crianças saudáveis, com a mais criteriosa revisão da literatura até agora feita especificamente em pediatria.
- Bass, JL; Kishor AM, Marvin O, et alii. Educating parents about injury prevention. **Pediatric Clin North America** 1985; 32:233-41.
- Excelente revisão demonstrando a eficácia do aconselhamento na prevenção de certos tipos de injúrias físicas.
- Brazelton TB. Anticipatory guidance. **Pediatric Clin North America** 1975; 22:533-44

- Texto clássico sobre o aconselhamento antecipado; idéias muito pessoais, sem grande embasamento científico, mas o autor tem grande experiência.
- Brazelton TB. **Bebês e mães**. Rio de Janeiro, Campus, 1981, 299p.
- Leitura obrigatória para pediatras e pais; descrição clara das influências do tempo no desenvolvimento e comportamento da criança; boa base para aconselhamento antecipado.
- Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. The periodic health examination. **Can Med Assoc J** 1979; 121:1193-254
- Protocolo bem completo contendo recomendações para a supervisão de saúde até a idade adulta, com farto embasamento bibliográfico e critérios muito rígidos; dá idéia clara de como prevenir e atacar "patologias-alvo" relevantes.
- Casey P, Sharp M, Loda F, et alii. Child-health supervision for children under 2 years of age: a review of its content and effectiveness. **J Pediatr** 1979; 95:1-9.
- Revisão bibliográfica muito boa e completa, mas a discussão é meio confusa e não abrangente; útil como leitura complementar.
- Christopher ER. Incorporating behavioral pediatrics into primary care. **Pediatric Clin North America** 1982; 29:261-96.
- Enfoque eminentemente prático de como prevenir, detectar precocemente e manejar problemas de comportamento em crianças, dentro de um quadro bem realista do atendimento de puericultura; boa discussão da essência do aconselhamento antecipado.
- Eggertsen SC, Schneicweiss R, Bergam J, et alii. An updated protocol for pediatric health screening. **J Fam Pract** 1980; 10:25-37.
- Recomendações para triagem de problemas em crianças saudáveis, usando critérios muito objetivos e ótima revisão bibliográfica.
- Feldman W. Well-baby visits: how many? **Can Med Assoc J** 1984; 130:849-50.
- Comentário editorial bem fundamentado, enfatizando a necessidade de individualizar os cuidados primários e fugir de protocolos muito rígidos.
- Gilbert JR, Feldom W, Sieger LS, Nills DA, Dunnet C, Stoddart G. How many well-baby visits are necessary in the first 2 years of life? **Can Med Assoc J** 1984; 130:857-62.
- Estudo randomizado demonstrando que crianças de baixo risco necessitam menos consultas de supervisão do que recomendam os protocolos mais comumente usados.
- Haggerty RJ. Health promotion. In: Haggerty RJ, ed. **Ambulatory pediatrics III**. Philadelphia, WB Saunders, 1984: 27p.
- Abordagem concisa e clara dos objetivos e técnicas da promoção de saúde, com embasamento bibliográfico adequado, seguida de pormenorizada descrição dos procedimentos do nascimento à adolescência; leitura obrigatória para pediatras.
- Hoekelman RA. Well-child visits revisited. **Am J Dis Child** 1983; 137:17-20.
- Texto inteligente escrito por uma das maiores autoridades em pediatria ambulatorial, contestando certas recomendações da AAP, com a tese que cuidados contínuos e muito abrangentes podem não ir totalmente ao encontro dos interesses da saúde infantil.
- Korsch BM. Issues in evaluating child health supervision. **J Pediatr** 1986; 108:933-34.
- Comentário editorial muito atualizado enfatizando que ainda hoje há grande carência de documentação científica que justifique a supervisão de saúde. Revisão bibliográfica interessante.
- Kula K, Timanoff N. Fluoride therapy for the pediatric patient. **Pediatric Clin North America** 1982; 29:669-80.
- Discussão detalhada do papel do flúor na prevenção da cárie, com recomendações específicas e atualizadas.
- Marcondes E. **Guia básico de controle de saúde**. São Paulo, FMUSP, 1984: 68p.
- Guia completíssimo de cuidados do nascimento aos 18 anos. Não tem embasamento científico objetivo, mas é a única publicação brasileira abrangente sobre o tema "Promoção da Saúde".
- Matkin ND. Early recognition and referral of hearing-impaired children. **Pediatric Rev** 1984; 6:151-56.
- Protocolo bem prático e atualizado de triagem de surdez em crianças nos primeiros anos de vida; bom embasamento bibliográfico.
- McCall RB. A hard look at stimulating and predicting development: the case of bonding and screening. **Pediatric Rev** 1982; 3:205-12.
- Discussão inteligente e bem fundamentada da eficácia dos testes de triagem de desenvolvimento em crianças de baixo risco.
- Morley D. The at-risk child. In: Morley D, ed. **Pediatric priorities in the developing world**. London: Butterworth, 1973: 158p.
- Conceituação da criança de alto risco, com alguma ênfase no problema nutricional, mas muito útil para a compreensão do tema.
- Richmond JB. An idea whose time has arrived. **Pediatric Clin North America** 1975; 22:517-23.
- Texto básico, colocando idéias sobre atendimento da criança saudável que ainda hoje são discutidas. Leitura complementar.
- Willoughby JA, Faggerty RJ. A simple behavior questionnaire for preschool children. **Pediatrics** 1964; 34:798.
- Estudo demonstrando a utilidade da lista de problemas de comportamento na identificação dos mesmos e discussão com os pais.
- Yankauer A. Child health supervision — Is it worth it? **Pediatrics** 1973; 52:272-77.
- Discussão crítica do papel da supervisão de saúde e de seu embasamento científico, com uma perspectiva histórica do empirismo nessa área.

O crescer físicos do indi quanto o des e a maturaç ciáveis e for da concepçã

O crescer metro de sa monitorizaçã desenvolvim ção e infecç e no desenv

A promo ção. Crianças como aconte apresentar ba tal. Depois d feita através mente, reduz mo a incidêr o nascimento mente nos de vimento do c

O crescer físicos, bioquí baseiam-se ni me físico, e sã os métodos f cio, fósforo, fe tropométrico:

A antrop tico que tem avaliar o cresc minar a veloci dos de temp indivíduos isc métrico é ráp Exige apenas técnica, pode pe de saúde, tário e agente quer criança, s metida à antrvios do cresci tivo ou curati

As medic o comprimen e braquial.

O intervã tricas varia cor mento e os pc infantil. Crianç