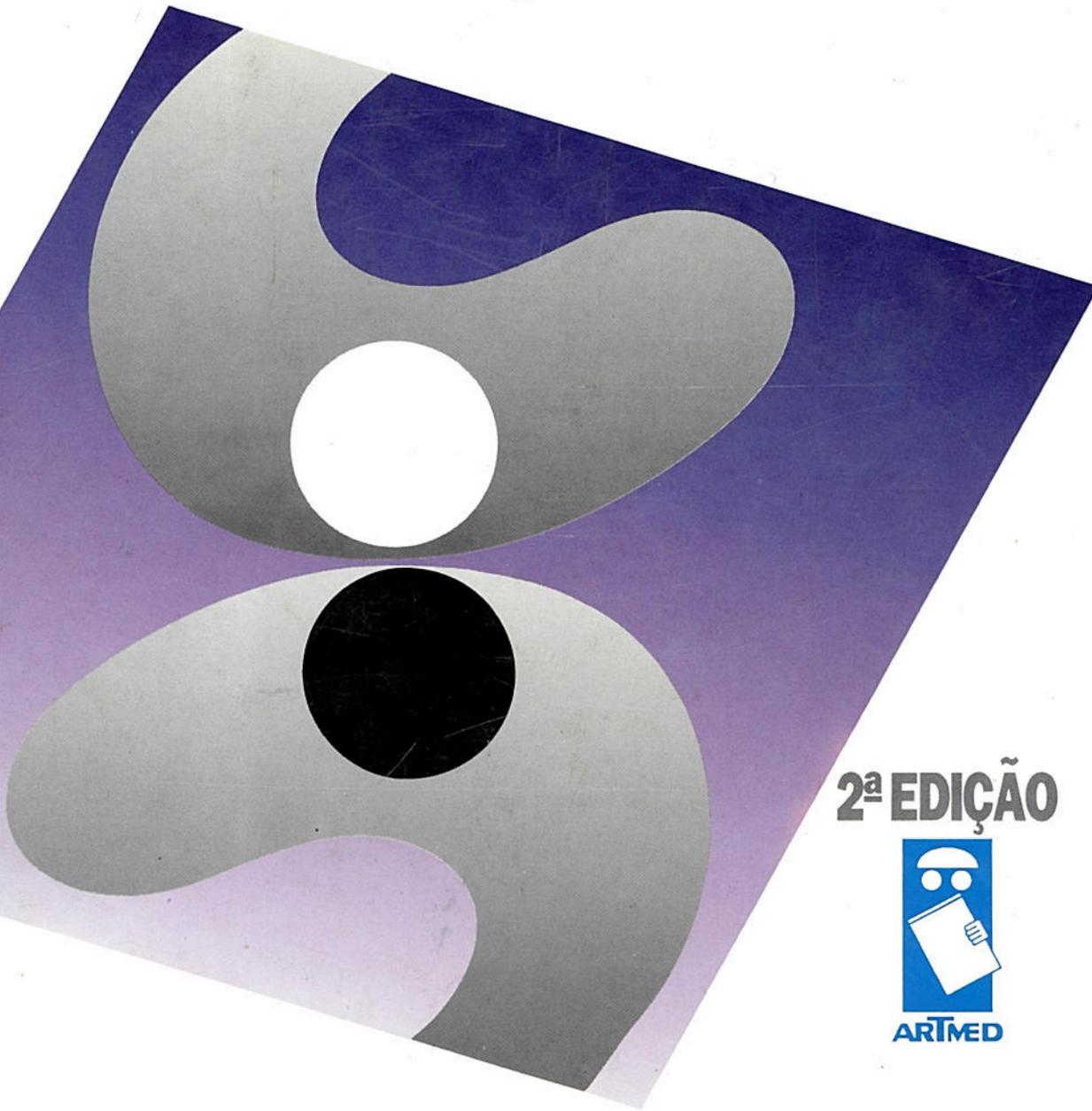


**Bruce B. Duncan**  
**Maria Inês Schmidt**  
**Elsa R. J. Giugliani**

e Colaboradores

# **MEDICINA AMBULATORIAL:**

**Conduas Clínicas em Atenção Primária**



**2ª EDIÇÃO**



**ARTMED**



MED

05186319

WB101 M489 1996

[000146856] Medicina ambulatorial : condutas clínicas em atenção primária. 2. ed.. Porto Alegre : Artes Médicas, 1996. xviii, 854 p. : il.

---

M489m

Duncan, Bruce B.

Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária / Bruce B. Duncan, Maria Inês Schmidt, Elsa R. J. Giugliani ... [et. al.] – 2.ed. – Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1996.

1. Medicina ambulatorial 2. Saúde pública 3. Medicina preventiva

I. Título.

CDU 614  
616-084  
616-058

## 15

## Condutas Clínicas na Promoção da Saúde da Criança e do Adolescente

Danilo Blank

Promoção da saúde é o conjunto de ações exercidas contínua e globalmente sobre um indivíduo ou uma comunidade, com os objetivos de diminuir a morbimortalidade, propiciar os melhores níveis possíveis de crescimento e desenvolvimento físico, intelectual e emocional e conduzir a uma vida mais longa, completa e produtiva. Ações coletivas em saúde pública e atendimento clínico personalizado se complementam nesse processo. Atualmente, é consenso que o grau de excelência das intervenções preventivas depende de sua adequação às necessidades específicas das crianças e das famílias envolvidas, de sua parceria efetiva no processo, de um diagnóstico criterioso de seus riscos e de seus potenciais positivos e, finalmente, de uma periodicidade também individualizada.

Embora a ênfase deste Capítulo esteja na atuação clínica primária do médico ou da equipe de saúde, é fundamental ressaltar o papel das atividades comunitárias na promoção da saúde. Ações baseadas em escolas, associações de bairros, igrejas ou centros de saúde podem ter tanta ou maior importância do que o trabalho do médico.

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

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

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

A detecção precoce das doenças se faz por meio da história, do exame físico e de 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, como desmame e trei-

namento esfinteriano; e maneiras de influenciar o desenvolvimento emocional da criança, principalmente estimulando a construção de sua auto-estima, comunicando-se eficientemente com ela, ajudando-a a reconhecer e a usar de maneira 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 muitas ações preventivas 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 promoção 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 importante para a realização dessas atividades preventivas. Muitas das condutas podem ser delegadas pelo médico, que retém a responsabilidade pela sua execução apta e continuada. A realização plena de tais condutas depende de sua incorporação em um programa de promoção da saúde da criança e do adolescente, que seja dominado por todos os profissionais envolvidos.

Em relação aos objetivos específicos da promoção da saúde, os protocolos de países desenvolvidos, que predominam na literatura, não costumam enfatizar 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. Por outro lado, mais do que nos países desenvolvidos, a prevenção da violência contra crianças e jovens é prioridade no Terceiro Mundo.

A identificação de fatores de alto risco de uma determinada criança ou população, em relação a problemas específicos de saúde, deve sempre nortear o trabalho de promoção da saúde. Todo protocolo deve ser flexível, permitindo que determinadas circunstâncias indiquem a necessidade do aumento do número de consultas ou da realização de procedimentos não-rotineiros. Por outro lado, a ausência de fatores de alto risco ou a presença de potenciais positivos 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, por intermédio da maior disponibilidade do médico e/ou da equipe de saúde.

Quadro 1. Procedimentos para a promoção da saúde da criança e do adolescente

Idade	História (inicial/intervalo)	Crescimento	Desenvolvimento	Visão	Audição	Exame físico	Hipertensão	Comportamento	Dentição	Vacinas	Exames Laborat.	Aconselhamento antecipado		
												Nutrição/Higiene	Segurança	Social
RN	Efctuar em todas as consultas	Peso, estatura e perímetro cefálico (aléir e registrar nas curvas)	Levanta a cabeça (em pronhação) Reage à luz e ruído	Reflexo pupilar e piscamento	Fatores de alto risco para surdez	Manobras de Ortolani e Barlow Ausculta/pulsos		Avaliação do temperamento e orientação	Prescrição de fluor oral ou orientação	BCG Hepatite B	Triagem metabólica (FKU, T4 e outros)	São, fome, eliminações, vômitos, constipação. Choro, cólicas, sono. Vitamínicos, fluor, ferro.	Orientação sobre vacinas. Orientar sobre asfixia, aspiração de corpo estr., temperatura do banho, transporte (automóvel), quimaduras, drogas.	Temperamento Choro e dificuldades usuais de adaptação. Papel da mãe e do pai. Quarto dos pais
2 m			Sorri. Abre mãos.			Abdução Ausculta/pulsos				DPT/OPV Haemophilus		Amamentação exclusiva. Orientação sobre sólidos.	Riscos da movimentação e quedas. Assento para carro.	Necessidade de sucção. Mãos, estimulação. Sorriso.
4 m			Rola sem auxílio. Junta as mãos.							DPT/OPV Haemophilus		Frequência de infecções respiratórias. Introdução de sólidos	Uso do bebê-conforto Aspiração de corpo estranho	Quarto individual. Relacionamento c/ o pai
6 m			Firma a cabeça. Apanha objetos.	Hirschberg	Técnica de distração	Abdução Ausculta/pulsos				DPT/OPV Haemophilus	Anemia (alto risco)	Alimentação variada. Orientação esfinteres	Movimentação/ aspiração Transporte no automóvel	Medo de estranhos, separação/choro noturno
9 m			Senta sem apoio. Silabas (ma-ma).						Orientação escovação	Sarampo		Diminuição do ritmo do apetite e crescimento.	Quedas, Riscos da cozinha	Necessidade de afecto, disciplina
1 a			Erge-se sozinho. Fica em pé.	Hirschberg/ cobertura	Distração/ fala	Abdução Ausculta/pulsos		Lista de comportamento	Escovação	Fezes(?)		Higiene corpo e dentes Brinquedos. Linguagem	Envenenamento. Choque eléctrico	Negativismo/limites Curiosidade/explosão
15 m			Caminha sem apoio. Palavras com novo.		Monitorizar aquisição da fala					Triplex viral Haemophilus		Vida ao ar livre, sol. Sono, repouso	Mordidas de animais Quedas	Cress de birra Disciplina/obediência
18 m			Altra bola. Segue instruções.	Hirschberg/ cobertura				Lista de comportamento		DPT/OPV		Treinamento esfinteres Fala correcta	Proteção na rua/carro. Escadas	Boas maneiras Reação a fôrma menor
2 a			Aponta parte do corpo. Rabisca.						Encaminhar ao dentista		Coolesterol (alto risco)	Atividade física Alterações do apetite	Abre portas, escala Alojamento/bola/piscina	Necessidade de amigos da mesma idade, repartir
3 a		Peso e estatura (aléir e registrar nas curvas)	Controla esfinteres				Afêir pressão arterial		Dentista. Escovação com uso do fio dental			Dieta mínima prudente. Evitar açúcares	Triciclo, brinquedos. Natação	Masturbação. Educação sexual.
4 a		Identifica cores. Diz seu nome.		Teste de acuidade.						DPT/OPV		Fumo passivo.	Fogo, fósforos. Quedas.	Ansiedade da escola, enurase.
6 a		Linguagem de adulto.			Audiometria (alto risco)	Ausculta/pulsos	Afêir pressão arterial			BCG		Higiene corpo e dentes. Vida ao ar livre, sol.	Bicicleta. Segurança do pedestre.	Mudanças de humor. Responsabilidade.
9 a		Desempenho escolar.					Afêir pressão arterial	Adaptação escolar				Esportes. Dieta saudável.	Transito, pedestre. Armas de fogo. Natação	Dinheiro, mesada. Educação sexual.
12 a		Teste de acuidade		Teste de acuidade		Ausculta/pulsos. Escoliose	Afêir pressão arterial			Triplex viral	Anemia (meninas)	Alimentação, obesidade. Recreação.	Cinto de segurança. Bicicleta, skate, patins.	Relação c/ a família. Dependência.
15 a						Escoliose Tanner Mamas Genitalia masc.	Afêir pressão arterial			Td	Coolesterol (alto risco)	Auto-exame das mamas. Dieta mínima prudente.	Drogas. Violência. Natação.	Namor, sexo. DST. Atividade social.
18 a							Afêir pressão arterial					Exercício físico. Coolesterol.	Transito, habilitação. Moto/capacê.	Profissão, dinheiro, independência, limites.
21 a							Afêir pressão arterial					Alcool, fumo, drogas. Promoção da saúde.	Segurança no trabalho. Violência urbana.	Casamento, filhos, família.

\*Ver calendário de imunizações.

## PROCEDIMENTOS CLÍNICOS

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

- Todas as recomendações de procedimentos, assim como as datas propostas, têm o caráter 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.
- As crianças e jovens 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 abreviado, desde que não haja prejuízo da monitorização do crescimento e do desenvolvimento, do calendário de vacinações e dos exames de triagem dos órgãos dos sentidos (visão e audição).
- 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 e, principalmente, adolescentes, 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.

**Quadro 2.** Fatores de alto risco\*

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

*Fatores Biológicos*

Relativos à criança  
 Baixo peso de nascimento  
 Espaçamento de nascimento com o irmão mais próximo menor de 2 anos  
 Curva de crescimento oscilante ou estacionária  
 Presença de malformação congênita ou doença crônica  
 Injúrias físicas repetidas  
 Relativos à família  
 Mortes de irmãos antes de 1 ano  
 Pais desnutridos  
 Pais com pouca capacidade ou inteligência  
 Doenças familiares

Adaptado de Stanfield e de Morley.

## História

A coleta 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.

## Monitorização do 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 tranquilização dos pais. É recomendável fazer a aferição e o registro do peso, da estatura e do perímetro cefálico em todas as consultas até os 2 anos de idade; a aferição e o registro do peso e da estatura, no mínimo 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 são discutidas no Capítulo "Vigilância do Estado Nutricional da Criança".

## Exame Físico

Há evidências convincentes de que a ênfase dada 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 consultas não está justificada, embora alguns protocolos de países desenvolvidos a recomendem em bases empíricas.

Cinco procedimentos específicos do exame físico merecem destaque: testes para diagnóstico de luxação congênita do quadril, ausculta cardíaca e palpação de pulsos, triagem para escoliose, exame das mamas e genitália masculina.

*Luxação Congênita do Quadril*

O diagnóstico precoce da luxação congênita do quadril, feito por meio 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 (Ver o Capítulo "Problemas mais Comuns no Recém-Nascido e no Lactente").

*Cardiopatia Congênita*

A maior parte das cardiopatias congênitas pode ser identificada pelo exame físico cuidadoso, por ser um teste de triagem bastante sensível e específico, além de facilmente

exequível. Deve-se fazer a 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.

### *Escoliose*

A triagem rotineira para escoliose em adolescentes costuma ter um número excessivo de falsos-positivos e encaminhamentos desnecessários. Porém, em vista da facilidade de execução, é consenso incluí-la em todas as consultas anuais entre 11 e 16 anos. Primeiramente, deve-se avaliar assimetria dos ombros, cintura e cristas ilíacas. A seguir, o jovem se inclina para a frente com a cabeça e braços pendendo para o chão, enquanto o examinador avalia assimetrias do dorso.

### *Exame das Mamas*

O exame das mamas deve ser incluído como teste de triagem em todas as consultas de meninas adolescentes, visando ao diagnóstico de massas e também para estimular a prática do auto-exame. Esse momento deve ser aproveitado para fazer a avaliação do estágio de Tanner, importante como parâmetro de desenvolvimento (Ver o Capítulo "Ginecologia Infanto-Juvenil").

### *Exame da Genitália Masculina*

O exame da genitália deve ser incluído como teste de triagem em todas as consultas de meninos adolescentes, para avaliar anormalidades penianas, como fimose e hipospádia, e de conteúdo escrotal, como tumores e varicocele. Alguns autores recomendam que seja ensinado e estimulado o auto-exame dos testículos para a detecção precoce de tumores. A avaliação do estágio de Tanner, importante como parâmetro de desenvolvimento, deve ser feita nesse momento.

### *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 pelo 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 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.

### *Audição*

A prevalência e a importância da surdez justificam a sua triagem a partir do período neonatal. É fundamental fazer, na primeira consulta, o registro dos fatores de alto risco para diminuição da acuidade auditiva, que são os seguintes(1):

- história familiar de surdez infantil,
- infecção perinatal congênita (toxoplasmose, rubéola, sífilis, citomegalovírus, herpes, HIV),
- malformações anatômicas na cabeça e pescoço,
- peso de nascimento inferior a 1500g,
- hiperbilirrubinemia (BT maior que 20mg/dL) no período neonatal,
- meningite bacteriana neonatal e
- asfixia neonatal grave (Apgar 0-3 no primeiro minuto, ausência de respiração em 10 min, hipotonia com mais de 2 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 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 cuja simplicidade os torna quase obrigatórios. A audiometria é um teste de alto valor preditivo, sendo recomendada antes do ingresso no primeiro 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 enquadrarem nos seguintes critérios: nenhuma articulação de sílabas ou imitação vocal aos 12 meses, nenhuma palavra aos 18 meses, vocabulário menor do que 10 palavras aos 2 anos, vocabulário menor do que 200 palavras, ausência de frases telegráficas e 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 Denver II(2), só estão recomendados em crianças de alto risco (prematuidade, má-nutrição grave, 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. Se houver tempo disponível, testes formais podem ser utilizados em crianças aparentemente normais, como um auxílio no trabalho de promoção do desenvolvimento (Ver o Capítulo "Promoção do Desenvolvimento da Criança").

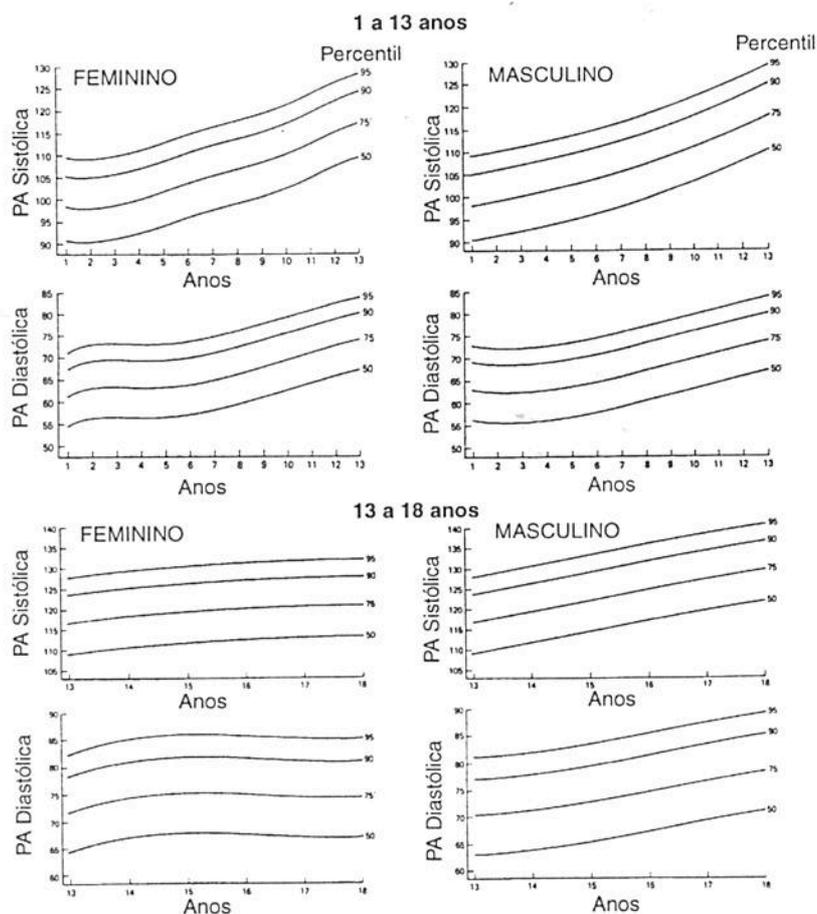


Figura 1. Valores normais da pressão arterial em crianças e adolescentes.

Fonte: Task Force on Blood Pressure Control in Children(3).

## Hipertensão

A triagem da hipertensão arterial em crianças é controversa, por causa do 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 anualmente ao longo da adolescência. Prestar 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 e jovens cujas cifras estiverem persistentemente acima do percentil 95 (Figura 1)(3).

## Hipercolesterolemia

A triagem da hipercolesterolemia, um fator de risco cardiovascular comprovado, está indicada somente nas crianças e adolescentes com história familiar positiva para doença cardiovascular prematura ou hiperlipidemia. Adolescentes com níveis de colesterol total persistentemente acima de 180 a 200mg/dL devem ser investigados por cardiologista.

## 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 fluoração da água ingerida, nas doses apresentadas no Quadro 3(4). A ingestão de alimentos comprovadamente cariogênicos, principalmente os açúcares refinados, deve ser enfaticamente desestimulada a partir do primeiro ano de vida. 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. Embora não haja indicações ou contra-indicações médicas formais para o uso de chupetas, é lógico desestimulá-las para prevenir problemas ortodônticos.

## Quadro 3. 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	0,25mg/dia	0,0mg/dia	0,0mg/dia
2 a 3	0,5mg/dia	0,25mg/dia	0,0mg/dia
3 a 13	1,0mg/dia	0,5mg/dia	0,0mg/dia

Retirado de Kula.

## 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 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 e adolescentes, se o tempo da consulta permitir(5). Christophersen(6) 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.

#### Quadro 4. Questionário de comportamento

Nome da criança:

Idade: ..... anos e ..... meses

O seu filho (a) causa-lhe preocupação em alguma das seguintes áreas?

**Atenção:** Assinale apenas os problemas que realmente o(a) angustiam e preocupam:

1. É teimoso(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. Destroi 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. Timido(a)?
27. Acabrunhado(a) ou emburrado(a)?
28. Qualquer problema de comportamento não citado?  
Qual?

Adaptado de Haggerty.

#### Vacinas

A imunização contra doenças transmissíveis é o único componente da promoção de saúde cuja eficácia está claramente documentada. O calendário de vacinas dos órgãos oficiais de saúde é procedimento obrigatório. Nos casos em que o referido calendário oficial não incluir rotineiramente

vacinas de eficácia já amplamente comprovada em outros países, como acontece no Brasil, é recomendável adicioná-las. Assim, se possível, aplicar a vacina contra hepatite B (três doses, a partir do período neonatal), a vacina tríplice viral contra sarampo, caxumba e rubéola (uma dose aos 15 meses e reforço aos 11 anos) e a vacina contra o *Haemophilus influenzae* tipo B (três doses no primeiro semestre de vida e reforço aos 15 meses). Atualmente o Ministério da Saúde recomenda uma segunda dose da vacina BCG (contra a tuberculose) no início da idade escolar. A vacina dT, conhecida como "dupla tipo adulto" (contra difteria e tétano), recomendada para aplicação em adolescentes, não é rotineiramente oferecida aos jovens brasileiros. 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 ou adolescente 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 1 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. Alternativas realistas para 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(7). Estas atividades educacionais deverão ser planejadas não só para pais competentes e bastante inteligentes, mas também para pais menos competentes, experientes e/ou inteligentes, cujos filhos são, comumente, os 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, instalação de grades nas janelas de apartamentos, conservação de medicamentos, bebidas alcoólicas e substâncias tóxicas 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 extremidades de escadas, etc.).

A Academia Americana de Pediatria divulgou, em 1992, uma recomendação de que todos os lactentes fossem sempre colocados para dormir em posição de supinação, em vista de vários relatos associando a pronação com um número maior de casos de síndrome da morte súbita do lactente. Este assunto tem gerado muita polêmica, principalmente pelo temor de complicações relacionadas à aspiração, o que não tem sido relatado. O consenso atual é de que qualquer lactente seja colocado para dormir em posição "não-pronação", isto é, de barriga para cima ou de lado, exceto prematuros com doença respiratória, lactentes com refluxo gastroesofágico ou com malformações de via aérea alta(8).

A discussão de todos os itens citados no Quadro 1 foge aos objetivos do presente texto. Os capítulos "Alimentação do Lactente: Desmame", "Alimentação Infantil e Prevenção das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis", "Principais Transtornos do Comportamento na Infância", "Vigilância do Estado Nutricional da Criança" e "Promoção do Desenvolvimento da Criança" abordam aspectos alimentares, psicossociais, de crescimento e desenvolvimento. Brazelton(9), Christophersen(6) e First(10) apresentam abordagens completas e fundamentadas do aconselhamento antecipado.

## Testes Laboratoriais

### Anemia

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 6 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

Não há nenhuma documentação de que a realização rotineira de exames de fezes e urina modifique a morbidade ou a mortalidade em crianças. O exame qualitativo de urina é destituído de qualquer valor como teste de triagem, enquanto a triagem de bacteriúria, que já recebeu muita ênfase no passado, 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.

### Teste Tuberculínico

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, crianças soropositivas para HIV,

adolescentes em instituições) e, nos casos de baixo risco, uma vez no primeiro ano de vida, na idade escolar e na pré-adolescência(11).

## BIBLIOGRAFIA

### Leitura Complementar

- American Academy of Pediatrics, Committee on Practice and Ambulatory Medicine. *Recommendations for Preventive Pediatric Health Care*. Elk Grove Village: AAP News, 1991.
- Atualização das recomendações da Academia Americana de Pediatria; apoio bibliográfico fraco, deixa muitas dúvidas no ar.
- American Academy of Pediatrics, Committee on Infectious Diseases. 1994 *Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases*. 23. ed. Elk Grove Village: AAP, 1994:625.
- Recomendações atualizadas sobre prevenção e manejo de doenças infecciosas; capítulo sobre vacinas é leitura obrigatória para pediatras.
- Bass JL, Mehta KA, Ostrovsky M, Halperin SF. Educating parents about injury prevention. *Pediatr Clin North Am*. 1985;32:233-42.
- Revisão excelente demonstrando a eficácia do aconselhamento na prevenção de certos tipos de injúrias físicas.
- Bass JL, Christoffel KK, Widome M et al. Childhood injury prevention counseling in primary care settings: A critical review of the literature. *Pediatrics*. 1993;92:544-50.
- Revisão completa da literatura, apóia a inclusão do aconselhamento sobre prevenção de injúrias físicas na rotina de supervisão de saúde.
- Brazelton TB. Anticipatory guidance. *Pediatr Clin North Am*. 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 Mamães*. Rio de Janeiro: Campus, 1981:299.
- Leitura obrigatória para pediatras e pais; descrição clara das influências do temperamento no desenvolvimento e comportamento da criança; boa base para aconselhamento antecipado.
- Christophersen ER. Incorporating behavioral pediatrics into primary care. *Pediatr Clin North Am*. 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.
- 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.
- First LR. Overview of well child care. In: Avery ME, First LR, eds. *Pediatric Medicine*. 2. ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1994:1-28. Abordagem concisa e clara de objetivos e técnicas da promoção de saúde, com embasamento bibliográfico adequado, seguida de detalhada descrição dos procedimentos do nascimento à adolescência; leitura obrigatória para pediatras.
- Frankenburg WK. Preventing development delays: Is developmental screening sufficient? *Pediatrics*. 1994;93:586-93.
- Discussão por uma das maiores autoridades em desenvolvimento infantil, abordando principalmente as bases do programa "Partners in Health Care", que enfatiza a participação dos pais e da equipe de saúde no processo de prevenção primária.
- Green M, Kessel SS. Diagnosing and treating health: Bright Futures. *Pediatrics*. 1993;91:998-1000.
- Apresentação do projeto "Bright Futures", cujo objetivo principal é desenvolver recomendações para a supervisão de saúde que atendam as necessidades de crianças e adolescentes do início do século XXI; boa discussão de fundamentos.
- Hoekelman RA. *Primary Pediatric Care*. 2. ed. St. Louis: The C.V.Mosby Co., 1992:1823.
- O capítulo *screening* é uma revisão abrangente e crítica de quase todos os procedimentos de triagem recomendados ao longo da infância e adolescência. Leitura essencial a todo pediatra.
- Marcondes E, Penna HA, Dias MH et al. *Guia Básico de Controle de Saúde*. São Paulo: FMUSP, 1984:68.
- Guia de cuidados preventivos do nascimento aos 18 anos. Não tem embasamento científico objetivo, mas é a única publicação brasileira abrangente sobre o tema "Promoção da Saúde".
- Morley D. The at-risk child. In: Morley D, ed. *Pediatric Priorities in the Developing World*. London: Butterworth, 1973:158.

Conceituação da criança de alto risco, com alguma ênfase no problema nutricional, mas muito útil para a compreensão do tema.

US Preventive Services Task Force. *Guide to Clinical Preventive Services: An Assessment of the Effectiveness of 169 Interventions*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1989:488.

Protocolo completo e cientificamente embasado com recomendações para a prevenção das "patologias-alvo" mais relevantes do pré-natal até a idade adulta.

Yankauer A. Child health supervision — is it worth it? *Pediatrics*. 1973;52:272-7.

Discussão crítica do papel da supervisão de saúde e de seu embasamento científico, com uma perspectiva histórica do empirismo nessa área.

### Referências Específicas

1. Matkin ND. Early recognition and referral of hearing-impaired children. *Pediatr Rev*. 1984; 6:151-6.
2. Frankenburg WK, Dodds J, Archer P et al. The Denver II: A major revision and restandardization of the Denver Development Screening Test. *Pediatrics*. 1992;89:91-7.
3. Task Force on Blood Pressure Control in Children. Report of the Second Task Force on Blood Pressure Control in Children. *Pediatrics*. 1987;79:1-25.
4. Kula K, Timanoff N. Fluoride therapy for the pediatric patient. *Pediatr Clin North Am*. 1982; 29:669-80.
5. Willoughby JA, Haggerty RJ. A simple behavior questionnaire for preschool children. *Pediatrics*. 1964;34:798-801.
6. Christophersen ER. Incorporating behavioral pediatrics into primary care. *Pediatr Clin North Am*. 1982;29:261-96.
7. Osborn LM. Group health supervision visits more effective than individual visits in delivering health care information. *Pediatrics*. 1993;91:668.
8. Hunt CE. Infant sleep position and sudden infant death risk: A time for change. *Pediatrics*. 1994; 94:105-7.
9. Brazelton TB. Anticipatory guidance. *Pediatr Clin North Am*. 1975;22:533-44.
10. First LR. Overview of well child care. In: Avery ME, First LR, eds. *Pediatric Medicine*. 2. ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1994:1-28.
11. American Academy of Pediatrics. Committee on Infectious Diseases. Screening for tuberculosis in infants and children. *Pediatrics*. 1994;93:131-4.

## 16

### Vigilância do Estado Nutricional da Criança

Denise Rangel Ganzo de Castro Aerts  
Elsa R. J. Giugliani

O estado nutricional de uma criança é um excelente indicador de sua saúde global e, portanto, de sua qualidade de vida. Monitorar seu crescimento e ganho ponderal permite avaliar se a criança está desenvolvendo plenamente seu potencial. E, no nível populacional, indica a qualidade de vida de toda a população, bem como o sucesso ou o fracasso de estratégias sócio-econômicas desenvolvidas, como políticas de incentivo à agricultura, controle de preços dos alimentos e utilização e divisão adequada do solo<sup>(1,2)</sup>. O estado nutricional, portanto, é o retrato, no âmbito do indivíduo e da população, da forma de estruturação do modelo de desenvolvimento de uma dada sociedade. Quanto mais justas e democráticas forem as possibilidades de vida, melhor será o estado nutricional.

É sabido que o crescimento somático é muito sensível às condições de saúde e de nutrição dos grupos populacionais. Por essa razão, à medida que os países em desenvolvimento diminuem seus coeficientes de mortalidade infantil e melhoram as condições de vida da população, os estudos sobre crescimento e monitoramento do estado nutricional ocupam, cada vez mais, papel de destaque na avaliação da saúde. Tradicionalmente, a Saúde Pública utiliza indicadores que medem *negativamente* a saúde, ou melhor, medem a "não-saúde", pela doença ou evento extremo, a morte. Os estudos sobre estado nutricional, repetidos com intervalos regulares, medem, de forma *positiva*, as condições de saúde de um determinado grupo, possibilitando o planejamento de estratégias de intervenção mais adequadas às necessidades da população.

Existem diferentes técnicas para a avaliação do estado nutricional: o exame físico, as provas bioquímicas e a antropometria. A baixa concordância entre sinais e sintomas atribuídos à desnutrição, bem como o alto custo dos exames laboratoriais, tornaram a antropometria a técnica universalmente aceita para monitorar o crescimento e diagnosticar seus desvios. A desvantagem apresentada é que os índices antropométricos refletem o desequilíbrio entre ingestão e necessidade nutricional de forma geral, sendo incapazes de identificar os nutrientes em falta ou excesso.

A relação entre antropometria e estado nutricional há muito se encontra estabelecida. Seu uso fundamenta-se no conhecimento de que os desequilíbrios entre ingestão e necessidades nutricionais deixam marcas na morfologia do corpo, assumindo as formas extremas de obesidade, marasmo ou kwashiorkor.

A Organização Mundial de Saúde sugere que a antropometria seja utilizada nas seguintes situações: diagnóstico de saúde da população; identificação de grupos ou áreas prioritárias; inquéritos nutricionais; monitoramento do estado nutricional de grupos populacionais; avaliação do impacto de programas nutricionais; avaliação de situações de emergência; estudos analíticos de associação entre estado nutricional e outras variáveis; e atenção individual à saúde.

A antropometria, como prova diagnóstica, tem como objetivo básico separar os casos de desnutrição através da identificação de desnutridos e bem-nutridos. Esse processo de identificação e de seleção é realizado mediante o uso de um índice e de um ponto de corte (definição de um limite) para esse índice, podendo, todavia, haver uma classificação errônea. Alguns indivíduos bem-nutridos serão identificados como desnutridos (falsos-positivos) e outros, verdadeiramente desnutridos, não serão identificados (falsos-negativos). Isto ocorre pela existência de uma superposição das curvas de distribuição dos índices de indivíduos sãos e doentes.

É correto pensar que o melhor teste diagnóstico é aquele que produz o menor número de falsos-positivos e falsos-negativos. A proporção de indivíduos identificados como desnutridos entre os verdadeiramente desnutridos (sensibilidade) e a proporção dos identificados como não-desnutridos entre os verdadeiramente bem-nutridos (especificidade) não depende da prevalência da doença, e sim do ponto de corte do índice e das propriedades do teste. Por todas essas razões, é importante que se conheçam as características da técnica que se utiliza.