

**Medicina  
ambulatorial:**  
Conduas de  
Atenção Primária  
Baseadas em Evidências

3ª EDIÇÃO

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





B911m Duncan, Bruce B.  
Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências / Bruce B. Duncan, Maria Inês Schmidt, Elsa R.J. Giugliani ... [et al.]. – 3.ed. – Porto Alegre : Artmed, 2004.  
I. Medicina ambulatorial. I. Schmidt, Maria Inês. II. Giugliani, Elsa R.J. III. Título.

CDU 612.01/618.73

---

Catálogo na publicação: Mônica Ballejo Canto – CRB 10/1023

ISBN 85-363-0265-8

Associação Brasileira para a Proteção dos Direitos Editoriais e Autorais

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

Danilo Blank

Sumário



Princípios básicos .....	170
Procedimentos clínicos .....	170
História .....	171
Monitorização do crescimento .....	171
Desenvolvimento .....	171
Comportamento .....	173
Exame físico .....	173
Visão .....	174
Audição .....	174
Dentição .....	175
Hipertensão .....	175
Exames laboratoriais .....	175
Vacinas .....	176
Orientação preventiva e aconselhamento .....	176
Bibliografia .....	177

A promoção da saúde envolve um complexo de ações exercidas contínua e globalmente junto a um indivíduo ou comunidade, com o objetivo de propiciar o melhor desenvolvimento físico, intelectual e emocional e conduzir a uma vida mais longa, produtiva e completa. Nesse processo, que começa pelo controle das doenças, as intervenções clínicas personalizadas e as ações coletivas têm de ser complementares. Além disso, o alcance das medidas promotoras da saúde depende da sua adequação às necessidades específicas das pessoas a quem se dirigem – por meio de um diagnóstico criterioso dos fatores de risco e proteção –, da parceria efetiva dessas pessoas no processo e, finalmente, de uma periodicidade também individualizada.

De uns anos para cá, está em curso uma verdadeira revolução nas estratégias de promoção da saúde, conduzida por dois fatos contemporâneos: a afirmação da medicina baseada em evidências – incluindo sua difusão pela internet – e a diversidade dos contextos familiares e sociais.

Várias instituições acadêmicas se dedicam 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, emitindo, a partir daí, recomendações específicas. Os endereços eletrônicos das principais delas (Canadian Task Force on Preventive Health Care, U.S. Preventive Services Task Force, Cochrane Health Promotion and Public Health Field, National Guideline Clearinghouse) estão listados no final deste capítulo. Por meio dessas fontes, o clínico tem acesso fácil a uma enorme quantidade de informações confiáveis e de aplicabilidade quase imediata. Além disso, outras instituições (Bright Futures, Healthy People 2010, Put Prevention Into Practice, International Union for Health Promotion and Education, Projeto de Promoção da Saúde MS/Brasil, WHO Department of Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion, Institute for Clinical Systems Improvement), cujos endereços também se encontram no fim do capítulo, filtram e sintetizam esse volume de informações em protocolos objetivos com aplicabilidade direta. Contudo, as discordâncias entre essas fontes citadas não são poucas; é essencial que o clínico empregue seu juízo crítico e adapte as condutas às necessidades da sua população-alvo. As recomendações contidas neste capítulo procuram equilibrar tais inconsistências, usando, com frequência, as opiniões de especialistas em promoção de saúde, o que corresponde a um nível de evidência V (◊). Neste capítulo, as recomendações que não estiverem classificadas com nível de evidência referem-se ao nível V.

A diversidade no mundo moderno constitui um desafio crescente para a promoção da saúde.<sup>1</sup> Por um lado, o clínico se depara com situações familiares diversas: mãe/pai solteiro, trabalhando fora o 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; condições

variadas de pobreza. Por outro lado, constata as fortes pressões que o meio 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 de risco e cada vez mais precoce.

Todas as crianças e jovens – assim como suas famílias – precisam receber atendimento e orientação. Para enfrentar esse desafio, o médico precisa assumir a óptica da chamada “pediatria conceitual”,<sup>2,3</sup> segundo a qual ele não toma mais o pulso somente da criança, mas da casa, da escola e da comunidade; é necessário estabelecer parcerias para executar ações promotoras da saúde fora do consultório.

Embora a ênfase deste capítulo esteja na atuação clínica primária do médico ou 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 do que o trabalho do médico.

## PRINCÍPIOS BÁSICOS

A atenção à saúde deve ser, dentro do possível, personalizada. Os procedimentos devem ser adaptados às necessidades da criança e/ou da família, dependendo dos fatores de risco e da resiliência. Todo protocolo deve ser flexível, permitindo que determinadas circunstâncias indiquem a necessidade do aumento do número de consultas. Por outro lado, a ausência de fatores de alto risco ou a presença de trunfos específicos pode determinar uma diminuição do número de consultas, transferindo uma parte maior da responsabilidade aos pais.

Toda criança ou adolescente deve ser visto dentro do contexto de sua família e comunidade. O objetivo é estabelecer uma parceria entre o clínico e a família, visando à promoção da saúde. As consultas mais produtivas costumam ser aquelas baseadas nas questões levantadas pela família ou pela criança ou adolescente.

Porém, sempre que o clínico achar que pode haver informações adicionais relevantes sobre uma determinada criança ou problema, pode lançar mão de perguntas facilitadoras específicas, abertas, que geralmente auxiliam as pessoas a exporem sentimentos negativos ou problemas familiares previamente não percebidos como úteis. Essa estratégia está muito bem desenvolvida no projeto Bright Futures,<sup>4</sup> que apresenta dezenas de sugestões do que os autores chamam de “perguntas-gatilho”, em todas as faixas etárias. Alguns exemplos de “perguntas-gatilho” de natureza geral são: “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 vo-

cês 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 incluem: “Vocês acham que o cigarro, a bebida ou alguma droga é problema para alguém na família?”; “Vocês têm uma arma em casa? Ela está travada?”; “Você já esteve em uma relação em que foi ferido, maltratado ou ameaçado?”.

O uso racional da equipe de saúde é importante para a realização dessas atividades preventivas. Muitas das tarefas podem ser delegadas pelo médico, que retém a responsabilidade por sua execução apta e continuada. A realização plena de tais ações depende de sua incorporação em um programa de promoção da saúde que seja dominado por todos os profissionais envolvidos.

A efetividade de muitas ações preventivas em modificar significativamente as condições de saúde de uma determinada população de crianças e jovens ainda carece de uma boa documentação científica.

Apesar do esforço das várias organizações citadas anteriormente, suas conclusões baseiam-se em revisões sistemáticas da literatura, a qual, no campo da promoção da saúde, é pobre em estudos bem-delineados, com amostras representativas e avaliação efetiva de desfechos clínicos. Alguns autores atribuem esse fato à pequena abrangência dos desfechos medidos<sup>5</sup>; outros, a um erro de foco dos critérios de revisão, que deveriam considerar a qualidade das intervenções em promoção da saúde, além dos delineamentos dos estudos.<sup>6</sup> Os grupos responsáveis por protocolos tentam basear suas recomendações em evidências de boa qualidade científica e em consensos de autoridades, mas ainda há muitas sugestões derivadas de práticas tradicionais e até de modismos.

Com 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” (transtornos 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 cada vez mais prioridade no Terceiro Mundo.

## PROCEDIMENTOS CLÍNICOS

A Tabela 17.1 apresenta, de forma esquemática, os procedimentos que deveriam integrar o processo de 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. Os princípios bási-

cos recém-descritos devem ser lembrados, 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. A Tabela 17.2, adaptada de Haggerty,<sup>7</sup> resume os principais fatores de risco e resiliência em relação à doença de crianças e jovens.

- O número ideal de consultas de supervisão de saúde não está estabelecido. Por exemplo, há evidência suficiente de que crianças de baixo risco – as crianças normais – podem ter somente três consultas de supervisão no primeiro ano de vida, sem prejuízo à sua saúde.<sup>8</sup> De um modo geral, crianças e jovens que se enquadram em um ou mais dos fatores de alto risco mostrados na Tabela 17.2 precisam do 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, da imunização e da triagem de problemas de visão e audição.
- Hoje já é consenso que a supervisão de saúde da criança deve começar com a consulta pré-natal, a ser realizada com ambos os pais, se possível.<sup>4,9,10</sup> Seus objetivos principais são estabelecer uma relação produtora com a família, antes do parto; possibilitar a detecção de problemas gestacionais; permitir uma avaliação geral da família; responder perguntas dos pais (especialmente válido para 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>9,10</sup>
- A orientação preventiva, na Tabela 17.1, é 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  $\diamond$  e a importância das injúrias físicas na morbimortalidade infantil.<sup>11-13</sup> O setor de orientações gerais pode ser adaptado, dependendo do grau de instrução e competência dos pais. O setor psicossocial é completamente 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>14</sup>

## História

A coleta criteriosa dos dados da história inicial ou dos intervalos constitui procedimento essencial em todas as consultas,<sup>4,15</sup> 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.

As entrevistas com adolescentes devem ser feitas sem a presença dos pais, assegurando uma relação de privacidade e confiança, que permita a discussão de tópicos mais íntimos.

Em vista da relevância dos fatores de risco, é recomendável que cada profissional tente desenvolver seu próprio método sistemático de avaliação.

Também é muito útil que se tenha à mão listas de perguntas facilitadoras, capazes de introduzir as questões mais pertinentes a cada faixa etária: nutrição, eliminações, padrão de sono, tópicos de comportamento, adaptação e rendimento escolar, comportamento de risco, contato com álcool, tabaco e outras drogas, etc. O projeto Bright Futures e a Academia Americana de Pediatria<sup>4,10,16</sup> apresentam tais listas em forma bem pormenorizada, inclusive com versões de perguntas a serem dirigidas aos pais e às crianças/adolescentes.

## Monitorização do Crescimento

A colocação sistemática de dados antropométricos em curvas padronizadas foi consagrada como um verdadeiro teste de triagem na promoção da saúde. As curvas de crescimento, principalmente a do peso, são consideradas indicadores sensíveis do estado de saúde da criança. Embora o apoio científico ao valor da monitorização do crescimento como teste de triagem seja pobre, há evidências de que tal procedimento seja útil na educação e tranquilização dos pais.<sup>17</sup>  $\diamond$  É recomendável fazer a aferição – e a plotagem em curvas apropriadas – do peso, da estatura e do perímetro cefálico em todas as consultas até os dois anos de idade; a aferição e a plotagem do peso e da estatura, no mínimo anualmente, dos 2 aos 6 anos; e, a partir de então, a aferição e o registro das medidas antropométricas em intervalos maiores. Durante a adolescência, com o advento do estirão do crescimento, é recomendável aferir – e colocar no gráfico – o peso e a estatura pelo menos uma vez por ano.<sup>18</sup> Recentemente, com a ênfase dada à triagem da obesidade, tem sido recomendado calcular e plotar no gráfico apropriado o índice de massa corporal, o que deve ser feito a partir dos dois anos.<sup>19</sup> As curvas de crescimento adotadas como padrão referencial para crianças são discutidas no Capítulo “Vigilância do Estado Nutricional da Criança”.

## Desenvolvimento

Os testes formais para detecção de problemas de desenvolvimento costumam ter baixo valor preditivo, mesmo quando aplicados por pessoal treinado, e têm alta incidência de falsos positivos, podendo causar ansiedade desnecessária em muitos casos.<sup>20</sup> Além disso, a simples avaliação clínica do desenvolvimento detecta menos da metade das crianças com retardos,<sup>21</sup> havendo muita controvérsia sobre os benefícios do diagnóstico precoce. Apesar disso, em vista da relevância da monitorização do desenvolvimento de crianças e jovens, os principais protocolos preconizam a avaliação objetiva de habilidades motoras de comunicação, de interação social e cognitivas em todas as consultas de supervisão de saúde.<sup>4,10,16</sup> A Tabela 17.1 apresenta, a exemplo desses protocolos, os principais marcos

**TABELA 17.1 Procedimentos clínicos em promoção de saúde da criança e do adolescente**

Idade	História (inicial ou intervalo)	Crescimento	Desenvolvimento	Comportamento	Visão	Audição	Exame físico (aspectos selecionados)	Dentição	Hipertensão	Exames laboratoriais	Imunização	Orientação preventiva / aconselhamento		
												Geral	Segurança	Social
Pré-natal	Elaborar em todas as consultas: - Pesquisar estilos de vida saudáveis			Orientação sobre temperamento e adaptação do recém-nascido.		Fatores de alto risco (história familiar)		Registro de fluorização da água		HIV	dT pré-natal Orientação sobre calendário vacinal	Assento de segurança para recém-nascido no automóvel. Segurança do berço e banho. Preparação para emergências. Treinamento em manuseio.	Bibliografia para pais. Mudanças esperadas no convívio familiar. Esquema de apoio familiar. Atitudes regressivas de irmãos.	
Recém-nascido	Peso, estatura e perímetro cefálico: - Ativar e registrar nas curvas de referência. - Promover a relação nutricional adequada e crescimento.	Levanta a cabeça (em pronação). Reage à luz e ruído.		Avaliação do temperamento e orientação.	Reflexo pupilar e piscamento.	Fatores de alto risco (período neonatal).	Manobras de Ortolani e Barlow. Auscultação pulsos.	Prescrição de fluor oral ou orientação.		Triagem metabólica (PKU, T4 e outros).	BCG Hepatite B	Orientar sobre estufa, aspiração de corpo estranho, temperatura do banho, transporte (automóvel), queimaduras, drogas. Assento de segurança para lactente no automóvel.	Choro e dificuldades visuais de adaptação. Papéis da mãe e do pai.	
1 m		Acompanha com olhar.	Choro excessivo.				Abdução. Auscultação pulsos.					Assento de segurança para lactente no automóvel.		
2 m		Sorriso social. Abre mãos e segura objeto.	Rotina para o sono.	Rotina para o sono.							DTP1/OPV. Haemophilus. Pneumococo.	Riscos da movimentação e quedas. Assento para automóvel.	Necessidade de sucção. Mamadas. Sorriso, estimulação.	
4 m		Rota sem auxílio. Junta as mãos. Reconhece pessoas.	Reconhecimento de pessoas. Rotina diurna.								DTP1/OPV. Haemophilus. Pneumococo.	Uso do bebê-conforto. Aspiração de corpo estranho.	Quarto individual. Relacionamento com o pai.	
6 m		Firma a cabeça. Apanha objetos. Imita sons.	Interação social. Reação a frustrações.		Hirschberg	Técnica de distração.	Abdução. Auscultação pulsos.	Orientação sobre escovação.			DTP1/OPV. Haemophilus. Pneumococo.	Movimentação/aspiração. Transporte no automóvel.	Medo de estranhos, separação/ choro noturno.	
9 m		Senta sem apoio. Syllabas (mãe-mã).	Disciplina. Rotina noturna.					Escovação.		Anemia (alto risco).		Quedas. Riscos da cozinha.	Necessidade de alfabetização. Disciplina.	
12 m		Fige-se sozinho. Fica em pé.	Relatar métodos efêvos de disciplina.		Hirschberg/ cobertura.	Distração/fala.	Abdução. Auscultação pulsos.				Varicela.	Envenenamento. Choque elétrico.	Negativismo/limites. Curiosidade/exploração.	
15 m		Caminha sem apoio. Palavras com nome.	Limites. Necessidade de autoridade e liderança dos pais.			Monitorar aquisição da fala.						Normidias de animais. Quedas.	Crises de birra. Disciplina. obediência (contraindicar punição corporal).	
18 m		Atraído. Segue instruções. Rabasca.	Espontaneidade. Alargas de fala. Controle do negativismo.		Hirschberg/ cobertura.							Proteção na malcarru. Escadas.	Boas maneiras. Respeito à irmão menor.	
2 a		Controla esfriores. Identifica cores. Linguagem de adulto.	Liberdade de escolha. Relacionamento com crianças. Independência e autodisciplina.		Teste de acuidade.						Hepatite A	Atividade física. Alergia do apêndice.	Atividade de amigos da mesma idade, reparar.	
3 a	Peso, estatura e índice de massa corporal. - Ativar e registrar nas curvas de referência. - Promover a relação nutricional adequada e crescimento.		Controla esfriores. Identifica cores. Linguagem de adulto.	Relacionamento com pais. Regras familiares e independência. Auto-estima. Modelos para comportamento sexual.	Teste de acuidade.	Autometria (alto risco).						Triciclo, brinquedos. Natação. Fogo, fósforos. Quedas.	Masturbação. Educação sexual. Ansiedade da escola, enurese.	
4 a		Desempenha escor. Esboço de Turner.	Influências dos pais. Regras familiares e independência. Auto-estima. Modelos para comportamento sexual.									Triciclo, brinquedos. Natação. Fogo, fósforos. Quedas.	Masturbação. Educação sexual. Ansiedade da escola, enurese.	
6 a			Regras familiares e independência. Auto-estima. Modelos para comportamento sexual.									Triciclo, brinquedos. Natação. Fogo, fósforos. Quedas.	Masturbação. Educação sexual. Ansiedade da escola, enurese.	
8 a			Regras familiares e independência. Auto-estima. Modelos para comportamento sexual.									Triciclo, brinquedos. Natação. Fogo, fósforos. Quedas.	Masturbação. Educação sexual. Ansiedade da escola, enurese.	
10 a			Regras familiares e independência. Auto-estima. Modelos para comportamento sexual.									Triciclo, brinquedos. Natação. Fogo, fósforos. Quedas.	Masturbação. Educação sexual. Ansiedade da escola, enurese.	
11 a			Regras familiares e independência. Auto-estima. Modelos para comportamento sexual.		Teste de acuidade.	Avaliação da fala.	Auscultação pulsos. Escoliose.							
12 a			Regras familiares e independência. Auto-estima. Modelos para comportamento sexual.											
13 a			Regras familiares e independência. Auto-estima. Modelos para comportamento sexual.											
14 a			Regras familiares e independência. Auto-estima. Modelos para comportamento sexual.											
15 a			Regras familiares e independência. Auto-estima. Modelos para comportamento sexual.											
16 a			Regras familiares e independência. Auto-estima. Modelos para comportamento sexual.											
17 a			Regras familiares e independência. Auto-estima. Modelos para comportamento sexual.											
18 a			Regras familiares e independência. Auto-estima. Modelos para comportamento sexual.											
19 a			Regras familiares e independência. Auto-estima. Modelos para comportamento sexual.											
20 a			Regras familiares e independência. Auto-estima. Modelos para comportamento sexual.											
21 a			Regras familiares e independência. Auto-estima. Modelos para comportamento sexual.											

	Risco	Proteção
<b>Pessoais</b>	Temperamento Genética Doença física crônica	Temperamento Genética Auto-estima Habilidade para resolver problemas Autocontrole Habilidade de planejamento Inteligência Religiosidade Capacidade de exprimir sentimentos
<b>Ambientais</b>	Eventos estressantes Discórdia entre os pais Doença de um dos pais Perda de um dos pais Pobreza Racismo Escolas deficientes Cuidados médicos insuficientes Criança/jovem sem-teto Violência Falta de apego Isolamento social Falta de amor	Família estável Modelos competentes Apoio social Escolas de qualidade Vizinhança com bons recursos

Adaptada de Haggerty.<sup>7</sup>

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, basta perguntar sobre o desempenho acadêmico.

Os testes formais de triagem de problemas de desenvolvimento só estão recomendados em crianças de alto risco (prematuidade, desnutrição grave, asfixia neonatal), devendo ser aplicados antes dos dois anos onde houver programas comunitários de atendimento ao excepcional. Se houver tempo disponível, os testes formais podem ser utilizados em crianças aparentemente normais, como um auxílio no trabalho de promoção do desenvolvimento. A Academia Americana de Pediatria apresenta uma listagem detalhada dos principais testes disponíveis e passíveis de aplicação no contexto primário, sendo o mais experimentado e validado o teste de Denver II.<sup>22</sup> Recentemente, tem havido uma valorização dos testes baseados em informações objetivas dos pais, como o *Parent's Evaluation of Development Status* (PEDS), pela alta sensibilidade e especificidade e pela praticidade.<sup>21</sup>

A partir dos oito anos de idade, recomenda-se começar a avaliação clínica da maturação sexual.<sup>23</sup> (ver Capítulos "Ginecologia Infanto-Juvenil" e "Adolescência: Problemas mais Comuns").

## 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 transtornos de comportamento. 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 significativamente o tempo da consulta médica.<sup>4,10,16</sup> A Tabela 17.1 lista os principais tópicos na área do comportamento a serem abordados nas diferentes faixas etárias. É essencial que o processo se inicie com a orientação sobre temperamento, suas variações e influência no comportamento.<sup>24</sup> Dentre os vários planos estratégicos para incorporar a avaliação e o manejo de problemas de comportamento aos cuidados primários, o artigo de Christophersen<sup>25</sup> permanece, depois de 20 anos, como um dos mais amplos e objetivos.

## Exame Físico

Há evidências convincentes de que a ênfase dada aos exames físicos completos repetidos constitui um desperdício de tempo do clínico, pois um número insignificante de diagnósticos novos surge depois da primeira avaliação completa.<sup>16</sup> A realização compulsória do exame físico em todas as consultas não está justificada, embora vários protocolos a recomendem em bases empíricas.<sup>4,10</sup>

Alguns procedimentos específicos do exame físico, frequentemente recomendados, merecem destaque: testes para displasia do quadril, ausculta cardíaca e palpação de pulsos, triagem para escoliose, exame das mamas e genitália masculina.

### Displasia Evolutiva do Quadril

O diagnóstico precoce da displasia evolutiva do quadril permite a recuperação total da criança. Embora sua prevalência seja baixa, a triagem baseia-se em procedimentos clínicos muito simples e específicos, cuja realização é recomendada em todas as consultas do primeiro ano de vida.<sup>26</sup> **II** Nos primeiros dez 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 trocanter 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 Capítulo "Problemas mais Comuns no Recém-Nascido e no Lactente"). Não há indicação de ultra-sonografia para triagem.<sup>26,27</sup> **II**

### 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 executável. Não há evidências científicas que permitam recomendações seguras sobre a frequência das avaliações. Segundo os protocolos que preconizam empiricamente o exame físico repetido,

é aconselhável 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, no ingresso à escola e no início da adolescência.<sup>4,10</sup>

## Escoliose

A triagem rotineira para escoliose em adolescentes costuma ter um número excessivo de falso-positivos e encaminhamentos desnecessários. As evidências atuais são insuficientes para que se recomende ou contra-indique a triagem rotineira de escoliose em adolescentes.<sup>8,28</sup> Porém, em vista da facilidade de execução, muitos autores sugerem incluí-la nas consultas anuais entre 11 e 16 anos. Primeiramente, avalia-se assimetria dos ombros, cintura e cristas ilíacas. A seguir, o jovem se inclina para frente com a cabeça e braços pendendo para o chão, enquanto o examinador avalia assimetrias do dorso.<sup>4-10</sup>


## Exame das Mamas

Não há evidências suficientes para recomendar ou contra-indicar o exame físico das mamas como teste de triagem para o câncer de mama. Por outro lado, existe evidência razoável de que ensinar mulheres a fazerem o auto-exame das mamas pode estar associado a um risco aumentado de resultados falso-positivos e biópsias.<sup>29,30</sup> Não há dados específicos sobre adolescentes. A recomendação da inclusão do exame das mamas como teste de triagem nas consultas de meninas adolescentes, visando ao diagnóstico de massas e também para estimular a prática do auto-exame, tem sido feita em bases empíricas.<sup>4,10</sup>


## Exame da Genitália Masculina

Alguns autores recomendam a inclusão do exame da genitália dos meninos adolescentes, para avaliar anormalidades penianas, como fimose e hipospádia, e de conteúdo escrotal, como tumores e varicocele, assim como o ensino rotineiro do auto-exame dos testículos, para a detecção precoce de tumores.<sup>4,10</sup> Entretanto, protocolos mais rígidos somente indicam o exame clínico dos testículos em meninos de alto risco, com história de criptorquidia, orquidopexia ou atrofia testicular.<sup>16</sup>

## Visão

O teste de triagem para ambliopia e estrabismo é recomendado para todas as crianças normais, pelo menos uma vez, a partir dos três anos de idade.<sup>16,31,32</sup>  Até então, o consenso é de que seja feita uma avaliação subjetiva em todas as consultas de supervisão de saúde.

É recomendável realizar o teste de Hirschberg durante o primeiro ano de vida, principalmente no segundo semestre, e

repeti-lo anualmente, junto com o teste da cobertura, até a idade escolar.  No teste de Hirschberg, o reflexo de um foco de luz (colocado a 30 cm 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 coberto, observando se realiza algum movimento, o que indica estrabismo.

A partir dos três anos, está indicada a triagem da acuidade visual, usando-se tabelas de letras ou figuras. 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 e crianças de 6 anos ou mais que tenham acuidade inferior a 20/30 ou diferença de duas linhas entre os olhos.<sup>32</sup> 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.<sup>16</sup>

## Audição

A triagem de surdez no período neonatal é assunto de muita controvérsia. Nos Estados Unidos, o Comitê Conjunto de Audição Infantil (JCIH), entidade da qual faz parte a Academia Americana de Pediatria, preconiza a triagem universal de recém-nascidos, por meio de programas hospitalares, utilizando técnicas de emissão otoacústica e resposta auditiva de tronco.<sup>33</sup> Entretanto, não sugere como tais programas poderiam ser implantados. Os Centros de Controle de Doenças (CDC), com sua iniciativa Healthy People 2010, sugerem apenas que se tente aumentar a proporção de recém-nascidos triados para surdez.<sup>34</sup> A Força-Tarefa para Serviços Clínicos Preventivos<sup>35</sup> concluiu que não há evidências suficientes para recomendar ou contra-indicar a triagem universal de surdez em recém-nascidos.

A prevalência e a importância da surdez justificam que se tente realizar sua triagem a partir do período neonatal. Na primeira consulta, deve ser feito o registro dos fatores de alto risco para diminuição da acuidade auditiva, que são os seguintes: história familiar de surdez infantil, infecção perinatal congênita (toxoplasmose, rubéola, sífilis, citomegalovírus, herpes, HIV), malformações anatômicas na cabeça e no pescoço, peso de nascimento inferior a 1.500 g, hiperbilirrubinemia (BT maior que 20 mg/dL) no período neonatal, meningite bacteriana neonatal e asfixia neonatal grave (Apgar 0-3 no primeiro minuto, ausência de respiração em 10 minutos, 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 chamadas técnicas de distração, nas quais o examinador avalia a resposta da criança a sons emitidos por um auxi-



liar colocado atrás dela, e a monitorização da aquisição da fala são procedimentos que se impõem por sua simplicidade. A partir do segundo ano de vida, todo clínico deve estar atento para a aquisição da fala. A audiometria é um teste de alto valor preditivo, sendo recomendada em torno dos seis anos apenas para crianças com um ou mais fatores de alto risco. ◊ II

## Dentição

A cárie e muitos problemas ortodônticos podem ser prevenidos e tratados. O médico de atenção primária deve assumir a responsabilidade pelo cuidado inicial dos dentes ou orientar as famílias a procurarem um dentista assim que irrompam os primeiros dentes. Dentre todos os procedimentos preventivos, o único que tem embasamento científico sólido é a suplementação oral de flúor.<sup>36</sup> Muitos autores recomendam a suplementação de flúor, por via oral, dos 6 meses até os 16 anos, de acordo com o grau de fluoretação da água ingerida, nas doses apresentadas na Tabela 17.3.<sup>37</sup> ◊ II

	Concentração de flúor na água ingerida (ppm†)		
	<0,3	0,3-0,6	>0,6
Nascimento até 6 meses	Nada	Nada	Nada
6 meses a 3 anos	0,25 mg/dia	Nada	Nada
3 a 6 anos	0,5 mg/dia	0,25 mg/dia	Nada
6 a 16 anos	1,0 mg/dia	0,5 mg/dia	Nada

\* Retirada de: American Academy of Pediatrics.<sup>37</sup>  
 † 1,0 ppm = 1 mg/L; 2,2 mg de fluoreto de sódio contém 1 mg do ion flúor.

Sabe-se que o flúor efetivo para a prevenção da cárie é o de uso tópico; desta forma, o uso de um dentífrico fluoretado é o meio mais eficaz de aplicação do produto. Como no Brasil grande número de cidades tem água fluoretada e os dentífricos popularmente usados são todos fluoretados, a suplementação de flúor por via oral não traria benefício significativo em termos de redução dos índices de cárie, mas poderia aumentar significativamente os níveis de fluorose dental.

Embora a efetividade do aconselhamento sobre saúde bucal não tenha sido suficientemente avaliada, é recomendável que o médico estimule o aleitamento materno, desestimule enfaticamente a ingestão de alimentos comprovadamente cariogênicos, em especial açúcares refinados, e recomende o início da escovação dentária a partir da erupção dos primeiros dentes, enfatizando a necessidade de supervisão até o final da idade escolar.<sup>36</sup> O encaminhamento ao dentista deve ser feito até os dois anos de idade,<sup>10</sup> embora as entidades odontopediátricas sugiram que seja feito ainda no primeiro ano de vida.

Não há indicações formais para o uso de chupetas; é lógico desestimulá-las para prevenir problemas ortodônticos.

## Hipertensão

Há evidências suficientes para recomendar a triagem da hipertensão arterial em crianças a partir dos três anos de idade.<sup>4,10,16</sup> Embora a periodicidade ideal para a medida da pressão arterial nunca tenha sido estabelecida,<sup>38</sup> a maioria dos protocolos sugere que seja incorporada à rotina das consultas de supervisão de saúde.<sup>4,10,39</sup> Deve-se prestar muita atenção às condições do equipamento, à técnica e ao ambiente (ver técnicas para a medida correta da pressão arterial em crianças e adolescentes no Apêndice). Deve-se fazer uma investigação subsequente somente em crianças e jovens cujas cifras estiverem persistentemente acima do percentil 95 das tabelas de referência (ver Tabelas 172.2 e 172.3 no Apêndice).<sup>39</sup>

## Exames Laboratoriais

### Anemia

Não existem dados que justifiquem a triagem rotineira de anemia ferropriva em crianças ou jovens assintomáticos de baixo risco.<sup>16,40,41</sup> A maioria dos protocolos recomenda determinar a hemoglobina e o hematócrito entre 9 e 12 meses de idade nas crianças de alto risco (prematuridade, baixo peso, aleitamento artificial, muito pobres). Não há documentação da eficácia da triagem periódica, sendo recomendável a realização da dosagem de hemoglobina e hematócrito apenas em meninas, na época da menarca.<sup>10</sup> ◊ II

### Hipercolesterolemia

A triagem da hipercolesterolemia, um fator de risco cardiovascular comprovado, está indicada somente nas crianças (a partir de dois anos de idade) e adolescentes com pais ou avós que tenham tido doença cardiovascular antes dos 55 anos, ou com pais cujos níveis de colesterol sejam iguais ou superiores a 240 mg/dL.<sup>42</sup> Recomenda-se dosar o nível de colesterol total, fora de jejum, a partir dos dois anos de idade e no início da adolescência. ◊ II

### Clamídia, HIV e Outras Doenças Sexualmente Transmissíveis

Recentemente, a Força-Tarefa para Serviços Clínicos Preventivos emitiu recomendação enfática para que todas as jovens sexualmente ativas sejam triadas para infecção por clamídia.<sup>43</sup> Quanto às demais doenças sexualmente transmissíveis, não há evidências suficientes para indicar sua triagem em adolescentes de baixo risco, ou seja, que não tenham apresentado episódios repetidos de tais infecções.<sup>16</sup> A triagem para infecção por HIV está indicada em todas as adolescentes grávidas.<sup>44</sup>

## Chumbo

A dosagem de níveis sanguíneos de chumbo está indicada em crianças entre 9 meses e 6 anos que têm alto risco para exposição ao chumbo.<sup>16,45</sup> Os principais fatores de risco são: viver em (ou visitar com frequência) casa construída antes de 1950; viver em (ou visitar com frequência) casa construída antes de 1978, que tenha sido reformada recentemente; ter contato domiciliar que tenha sido tratado por níveis sanguíneos de chumbo superiores a 10 µg/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.

## Exames de Fezes e Urina

Não há nenhuma documentação de que a realização rotineira de exames de fezes e urina em crianças e jovens assintomáticos modifique a morbidade ou a mortalidade.<sup>16</sup> Muitos protocolos recomendam, com bases empíricas,<sup>4,10</sup> a realização de exames qualitativos de urina e testes rápidos para triagem de bacteriúria assintomática. 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.

## Triagem Metabólica Neonatal

Todo recém-nascido deve ter amostra de sangue colhida para triagem de fenilcetonúria, hipotireoidismo e hemoglobinopatias. A coleta deve ser feita a partir de 24 horas de vida, até o sétimo dia. Caso a amostra seja retirada antes das primeiras 24 horas, deve ser repetida até a terceira semana de vida.<sup>46</sup> Não há evidências científicas que permitam a recomendação de outros testes de triagem metabólica neonatal. Alguns protocolos incluem a triagem para deficiência de biotinidase, hiperplasia adrenal congênita, fibrose cística, galactosemia, homocistinúria e tirosinemia.<sup>4,10</sup>

## Teste Tuberculínico

Com a aplicação da vacina BCG no primeiro mês de vida e aos seis anos, estratégia que será mantida em todo o território brasileiro até que medidas mais eficazes de controle epidemiológico da tuberculose possam ser implementadas, não há indicação de triagem rotineira dessa doença em crianças e jovens assintomáticos. Nas populações em que a vacina BCG não seja usada de rotina, a sugestão atual é que se faça a reação de Mantoux anualmente em crianças soropositivas para HIV e adolescentes em instituições, e a cada dois anos em crianças sem-teto, contatos de soropositivos para HIV, contatos de usuários de drogas ilícitas, ou pertencentes a famílias de agricultores migrantes.<sup>47</sup>

## Vacinas

A imunização contra doenças transmissíveis é o único componente da promoção de saúde cuja eficácia está clara e amplamente documentada há muitos anos.<sup>48</sup> 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, deve-se aplicar a vacina contra o pneumococo (durante o primeiro ano de vida), a vacina contra varicela (a partir de um ano de idade) e a vacina contra hepatite A (a partir dos dois anos). Além disso, é importante lembrar que a vacina dT, conhecida como “dupla tipo adulto” (contra difteria e tétano), recomendada para aplicação em adolescentes, não é rotineiramente oferecida aos jovens brasileiros.<sup>49</sup> Para discussão mais detalhada das normas de imunização, ver Capítulo “Imunizações”.

## Orientação Preventiva e Aconselhamento

A Tabela 17.1 inclui os principais tópicos nas áreas de higiene física, segurança e adaptação psicossocial que deveriam ser discutidos com os pais e com a criança ou adolescente em um sistema ideal de promoção de saúde. Embora recomendações específicas constem de todos os principais protocolos,<sup>4,10,50</sup> há estudos demonstrando que mais da metade dos pais jamais discutiu com seus médicos tópicos como choro do lactente, padrões de sono, disciplina e treinamento esfinteriano.<sup>51</sup> Tal 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. Essas 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.

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 17.1, é capaz de melhorar o conhecimento dos pais e a adoção de medidas de segurança.<sup>11-13</sup> 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 pas-

siva, mais duradouras, que tornem a casa “à prova de acidentes” e protejam a criança independentemente de ações específicas suas (ver Capítulo “Promoção da Segurança da Criança e do Adolescente”).

Nos últimos dez anos, tem havido uma recomendação geral para que todos os lactentes sejam sempre colocados para dormir em posição de supinação, em vista da associação entre pronação e síndrome da morte súbita do lactente. Depois de alguma polêmica inicial, principalmente pelo temor, nunca verificado, de complicações relacionadas à aspiração, seguiram-se vários relatos de redução da incidência de morte súbita associada ao aumento da adoção da posição supina.<sup>52</sup> O consenso atual é de que qualquer lactente seja colocado para dormir em posição “não-pronação”, preferentemente de barriga para cima. ◊

A discussão de todos os itens citados na Tabela 17.1 foge aos objetivos do presente texto. Os Capítulos “Aleitamento Materno: Aspectos Gerais”, “Alimentação da Criança Pequena”, “Promoção da Saúde Mental na Infância”, “Vigilância do Estado Nutricional da Criança” e “Promoção e Proteção do Desenvolvimento da Criança” abordam aspectos alimentares, psicossociais, de crescimento e desenvolvimento. Nas Referências Bibliográficas 4 e 10, pode-se encontrar abordagens completas e fundamentadas da orientação preventiva.

## BIBLIOGRAFIA

### Referências Bibliográficas

1. Haggerty RJ. Child health 2000: new pediatrics in the changing environment of children's needs in the 21st century. *Pediatrics* 1995; 96:804-12.
2. Green M. No child is an island. Contextual pediatrics and the “new” health supervision. *Pediatr Clin North Am* 1995; 42:79-87.
3. Palfrey JS. Beyond the office door. In: Green M, Haggerty RJ, Weitzman M, editors. *Ambulatory pediatrics*. Philadelphia: WB Saunders; 1999. p.47-51.
4. Green M, Palfrey JS. Bright futures: guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents. National Center for Education in Maternal and Child Health. Disponível em: <http://www.brightfutures.org/bf2/index.html> [2]. Acesso em: 10 dezembro 2003.
5. Osborn LM. Effective well-child care. *Curr Probl Pediatr* 1994; 24:306-26.
6. Speller V, Learmonth A, Harrison D. The search for evidence of effective health promotion. *BMJ* 1997; 315:361-3.
7. Haggerty RJ. Risks and protective factors in childhood illness. In: Green M, Haggerty RJ, Weitzman M, editors. *Ambulatory pediatrics*. Philadelphia: WB Saunders; 1999. p.6-8.
8. Dinkevich E, Hupert J, Moyer VA. Evidence based well child care. *BMJ* 2001; 323:846-9.
9. American Academy of Pediatrics, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. The prenatal visit. *Pediatrics* 2001; 107:1456-8.
10. American Academy of Pediatrics, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. Guidelines for health supervision III. 3rd.ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 1997.
11. DiGiuseppi C, Roberts IG. Individual-level injury prevention strategies in the clinical setting. *Future Child* 2000; 10:53-82.
12. Towner E, Dowswell T, Jarvis S. Updating the evidence. A systematic review of what works in preventing childhood unintentional injuries: part 1. *Inj Prev* 2001; 7:161-4.
13. Towner E, Dowswell T, Jarvis S. Updating the evidence. A systematic review of what works in preventing childhood unintentional injuries: part 2. *Inj Prev* 2001; 7:249-53.
14. Health care guidelines: preventive counseling and education. Institute for Clinical Systems Improvement. Disponível em: <http://www.icsi.org/guide/PrvCou.pdf>. Acesso em: 23 novembro 2002.
15. American Academy of Pediatrics, Committee on Practice and Ambulatory Medicine. Recommendations for preventive pediatric health care. *Pediatrics* 2000; 105:645-6.
16. Health care guidelines: Preventive services for children and adolescents. Institute for Clinical Systems Improvement. Disponível em: <http://www.icsi.org/guide/PrvSvC.pdf>. Acesso em: 23 novembro 2002.
17. Garner P, Panpanich R, Logan S. Is routine growth monitoring effective? A systematic review of trials. *Arch Dis Child* 2000; 82:197-201.
18. WHO Expert Committee on Physical Status. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: World Health Organization; 1995. (WHO Technical Report Series; 854).
19. Kuczumarski RJ, Ogden CL, Guo SS. 2000 CDC growth charts for the United States: methods and development. National Center for Health Statistics. *Vital Health Stat*. Disponível em: [http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr\\_11/sr11\\_246.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_11/sr11_246.pdf). Acesso em: 23 novembro 2002.
20. American Academy of Pediatrics, Committee on Children with Disabilities. Developmental surveillance and screening of infants and young children. *Pediatrics* 2001; 108:192-6.
21. Glascoe FP. Developmental, behavioral, and educational surveillance. In: Green M, Haggerty RJ, Weitzman M, editors. *Ambulatory pediatrics*. Philadelphia: WB Saunders; 1999. p.90-105.
22. Frankenburg WK, Dodds J, Archer P, Shapiro H, Bresnick B. The Denver II: a major revision and restandardization of the Denver Developmental Screening Test. *Pediatrics* 1992; 89:91-7.
23. Chipkevitch E. Avaliação clínica da maturação sexual na adolescência. *J Pediatr (Rio J)* 2001; 77:135-42.
24. Carey WB. Teaching parents about infant temperament. *Pediatrics* 1998; 102:1311-16.
25. Christophersen ER. Incorporating behavioral pediatrics into primary care. *Pediatr Clin North Am* 1982; 29:261-96.
26. American Academy of Pediatrics, Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Developmental Dysplasia of the Hip. Clinical practice guideline: early detection of developmental dysplasia of the hip. *Pediatrics* 2000; 105:896-905.
27. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Preventive health care, 2001 update: screening and management of developmental dysplasia of the hip in newborns. Disponível em: <http://www.ctfphc.org/Sections/DDH.htm>. Acesso em: 23 novembro 2002.
28. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for adolescent idiopathic scoliosis. U.S. Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996. p.517-29.
29. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for breast cancer. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/breastcancer/brcanrr.htm>. Acesso em: 23 novembro 2002.
30. Baxter N, Canadian Task Force. Preventive health care, 2001 update: should women be routinely taught breast self-examination to screen for breast cancer? Disponível em: <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/164/13/1837>. CMAJ 164:1837-46. Acesso em: 23 novembro 2002.
31. Broderick P. Pediatric vision screening for the family physician. *Am Fam Physician* 1998; 58:691-4.

32. American Academy of Pediatrics, Committee on Practice, Ambulatory Medicine Section on Ophthalmology. Vision screening guidelines. *Pediatrics* 1996; 98:153-7.
33. Joint Committee on Infant Hearing. Joint committee on infant hearing year 2000 position statement: principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. Disponível em: <http://www.infanthearing.org/jcih>. *Pediatrics* 2000; 106:798-817. Acesso em: 23 novembro 2002.
34. U.S. Department of Health and Human Services. Healthy people 2010. 2nd.ed. With understanding and improving health and objectives for improving health. 2 vols. U.S. Government Printing Office, November 2000. Disponível em: <http://www.health.gov/healthypeople>. Acesso em: 23 novembro 2002.
35. U.S. Preventive Services Task Force. Newborn hearing screening. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/newhearr.htm>. Acesso em: 23 novembro 2002.
36. U.S. Preventive Services Task Force. Preventing dental and periodontal disease. U.S. preventive services task force. Guide to clinical preventive services. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996. p.711-21.
37. American Academy of Pediatrics, Committee on Nutrition. Fluoride supplementation for children: interim policy recommendations. *Pediatrics* 1995; 95:777.
38. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for hypertension. U.S. preventive services task force. Guide to clinical preventive services. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996. p.36-51.
39. National High Blood Pressure Education Program working group on hypertension control in children and adolescents. Update on the 1987 task force report on high blood pressure in children and adolescents. *Pediatrics* 1996; 98:649-58.
40. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Prevention of iron deficiency anemia in infants. Disponível em: <http://www.ctfphc.org/Abstracts/Ch23abs.htm>. Acesso em: 23 novembro 2002.
41. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for iron deficiency anemia. U.S. preventive services task force. Guide to clinical preventive services. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996. p.231-46.
42. American Academy of Pediatrics, Committee on Nutrition. Cholesterol in childhood. *Pediatrics* 1998; 101:141-7.
43. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for chlamydial infection. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/clinic/ajpmsuppl/chlarr.htm>. Acesso em: 23 novembro 2002.
44. American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists. Human immunodeficiency virus screening. *Pediatrics* 1999; 104:128.
45. American Academy of Pediatrics, Committee on Environmental Health. Screening for elevated blood lead levels. *Pediatrics* 1998; 101:1072-8.
46. American Academy of Pediatrics, Committee on Genetics. Newborn screening fact sheets. *Pediatrics* 1996; 98:473-501.
47. American Academy of Pediatrics, Committee on Infectious Diseases. Update on tuberculosis skin testing of children. *Pediatrics* 1996; 97:282-4.
48. U.S. Preventive Services Task Force. Childhood immunizations. U.S. preventive services task force. Guide to clinical preventive services. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996. p.790.
49. Committee on Infectious Diseases. Recommended childhood immunization schedule-United States, January-December 2002. Disponível em: <http://www.aap.org/family/parents/immunize.htm>. *Pediatrics* 2002; 119.
50. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Evidence-based clinical prevention. Disponível em: <http://www.ctfphc.org/index2.htm>. Acesso em: 23 novembro 2002.
51. Schuster MA, Duan N, Regalado M, Klein DJ. Anticipatory guidance: what information do parents receive? What information do they want? *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000; 154:1191-8.
52. American Academy of Pediatrics. Task Force on Infant Sleep Position and Sudden Infant Death Syndrome. Changing concepts of sudden infant death syndrome: implications for infant sleeping environment and sleep position. *Pediatrics* 2000; 105:650-6.

### Leitura Complementar

- Pickering LK, editor. 2000 Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases. 25th.ed. Elk Grove Village: AAP; 2000. *Recomendações atualizadas sobre prevenção e manejo de doenças infecciosas; o capítulo sobre vacinas é leitura obrigatória para pediatras.*
- Brazelton TB. Touchpoints: your child's emotional and behavioral development. Reading, MA: Addison-Wesley Publishing; 1992. *Leitura altamente aconselhável para pediatras e pais; descrição clara das influências do temperamento no desenvolvimento e comportamento da criança; boa base para orientação preventiva.*
- 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 da orientação preventiva; leitura válida, apesar de seus 20 anos.*
- 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.*
- U.S. Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services. 2nd.ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/clinic/cpsix.htm>. Acesso em: 23 novembro 2002. *Protocolo completo e cientificamente embasado com recomendações para a prevenção das "patologias-alvo" mais relevantes do período pré-natal até a idade adulta.*

### Endereços Eletrônicos

- Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents, Second Edition <http://www.brightfutures.org/bf2/index.html>. *Programa detalhado de supervisão de saúde, do pré-natal ao final da adolescência, com muito material prático e referências atualizadas.*
- Canadian Task Force on Preventive Health Care <http://www.ctfphc.org/> *Portal da força-tarefa canadense pioneira em avaliação e recomendação apoiada em evidências de procedimentos preventivos; leitura obrigatória.*
- Cochrane Health Promotion and Public Health Field <http://www.vichealth.vic.gov.au/cochrane/> *Seção da Colaboração Cochrane, que publica revisões sistemáticas sobre temas de promoção da saúde.*
- Healthy People 2010 <http://www.health.gov/healthypeople/> *Iniciativa do governo dos Estados Unidos, com objetivos bem específicos de melhorar a saúde dos indivíduos e comunidades nos próximos dez anos, com ações específicas em todas as áreas da promoção da saúde.*
- Institute for Clinical Systems Improvement <http://www.icsi.org/> *Organismo não-governamental e independente, que avalia e publica recomendações sobre procedimentos preventivos.*

- International Union for Health Promotion and Education  
<http://www.iuhpe.nyu.edu/>  
*Organização que divulga a promoção da saúde para especialistas em saúde pública e profissionais da saúde em geral.*
- National Guideline Clearinghouse  
<http://www.guideline.gov/>  
*Repositório de protocolos de atenção à saúde; muito completo, visita obrigatória.*
- Projeto de Promoção da Saúde MS/Brasil  
<http://www.saude.gov.br/sps/areatecnicas/promocao/>  
*Área de promoção da saúde do Ministério da Saúde do Brasil; pouca ênfase em ações clínicas, com predomínio de ações na comunidade.*
- Put Prevention Into Practice  
<http://www.ahrq.gov/clinic/ppipix.htm>  
*Orientações práticas para a promoção da saúde feitas pelo governo dos Estados Unidos.*
- U.S. Preventive Services Task Force  
<http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm>  
*Força-tarefa similar à original canadense, que publica recomendações para a promoção da saúde a partir de criteriosas revisões sistemáticas; leitura obrigatória.*
- WHO Department of Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion  
<http://www.who.int/hpr/>  
*Seção da Organização Mundial de Saúde dedicada à promoção da saúde; portal muito completo, com farto material.*