

PEDIATRIA NA GRADUAÇÃO

SEÇÃO I - PEDIATRIA PREVENTIVA E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Coordenadores da Seção: Renata Dejtiar Waksman e Carlos Augusto Cardim de Oliveira

## Capítulo 1 - O ATENDIMENTO PEDIÁTRICO

Danilo Blank

Carlos Augusto Cardim de Oliveira

### 1. A CONSULTA PEDIÁTRICA

#### 1.1. AMBIENTE, ATITUDES E COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO

Uma das competências essenciais do pediatra é conduzir uma consulta abrangente e concertada, que leve em conta a criança em seu contexto e dialogue de forma efetiva com a família. A boa entrevista permite obter dados e uma noção global do paciente e seu relacionamento com o microambiente.

A atenção aos seguintes elementos básicos facilita o entendimento médico-paciente-família e propicia uma avaliação clínica mais completa:

A consulta tem que ser abrangente quanto aos assuntos de interesse para a saúde. Tratar de sexualidade, drogas, alcoolismo, depressão, doenças graves e dificuldades financeiras requer maior habilidade, mas os pacientes esperam do médico a orientação pertinente. As famílias não costumam trazer espontaneamente temas que lhes sejam tabus e, nesses casos, o médico deve ser capaz de ajudá-los a encarar os problemas.

O local da consulta tem que ser tranquilo, com privacidade e iluminação adequada. As cadeiras devem colocar o paciente, os pais e o médico no mesmo nível de altura, permitindo-lhes visualização direta dos rostos uns dos outros. Quando se trata de escolares ou adolescentes, a distância entre médico e paciente, que em geral é mantida de forma a tornar a entrevista impessoal, pode ser diminuída.

Alguns brinquedos no consultório podem deixar a criança mais à vontade e permitir ao médico observar se é criativa, agressiva, ou reproduz situações vividas em casa.

A duração de uma boa entrevista varia em torno de trinta a quarenta minutos. Quando não se dispõe de tanto tempo, deve-se estabelecer prioridades, ressaltando que outros aspectos não menos importantes serão abordados num outro momento.

Ao iniciar a consulta o médico deve apresentar-se, dizendo o seu nome e esclarecendo o seu papel: se é médico, estudante, se faz parte de uma equipe. Deve perguntar o nome da criança e dos pais. É importante evitar dirigir-se aos pais com expressões impessoais, tais como “mãe/mãezinha” ou “pai/paizinho”, que tendem a despersonalizá-los e colocá-los em situação de inferioridade. Com crianças maiores, perguntar como gostam de ser chamadas, tratando-as da forma à qual estejam habituadas.

O médico precisa saber ouvir; perceber nas entrelinhas problemas que podem ser difíceis de verbalizar; observar posturas, atitudes das mãos, olhares trocados entre a criança e os pais. É essencial identificar claramente o que os pais estão esperando do médico, por que o procuraram e quais são as suas expectativas em relação ao problema da criança.

Durante a consulta o médico é analisado pela criança e pelos pais. Seu modo de vestir-se pode influenciar o relacionamento; de um modo geral, é recomendável mostrar asseio, certo esmero e usar indumentária que se aproxime da neutralidade. Uma roupa menos formal (não estar todo de branco) pode ajudar na aproximação com crianças menores.

A gentileza no falar é percebida pelo paciente, até mesmo um recém-nascido, que reage diferentemente a um tom de voz tranquilo ou agressivo. Sorrir, ver se todos estão confortáveis, apertar a mão e lembrar o nome das pessoas são cuidados com detalhes que demonstram ao paciente, numa linguagem não verbal, que o médico o considera importante.

A comunicação com a criança e a família pode ser substancialmente alterada pelo conjunto específico de frases usadas pelo médico ao transmitir uma mensagem, seja ela interrogativa ou de aconselhamento. Há expressões cuja conotação habitual tende a inibir a comunicação, enquanto outras, transmitindo essencialmente a mesma mensagem, evocam respostas significativas. O médico deve constantemente avaliar seu arsenal próprio de frases padronizadas e usar as que promovem a comunicação. Por exemplo, em vez de perguntar “por que você pensa assim?”, é mais neutro dizer: “Eu gostaria de entender suas razões para tal ideia/sentimento/comportamento.”

A postura de calma pacienciosa do médico não deve ser perturbada por exigências de soluções rápidas ou conselhos precoces, que geralmente só refletem sua ansiedade. Os pais podem perder a confiança em um médico que tira conclusões baseadas em fatos insuficientes, mas respeitam-no ao admitir que ainda não sabe bem o que está errado com a criança e que precisa mais investigação. Não é errado assumir posições firmes em certas recomendações, desde que se evitem expressões pejorativas, humilhantes ou tom de censura.

## 1.2. TÉCNICAS DE CONDUÇÃO DA CONSULTA

A entrevista pode ser feita com perguntas mais objetivas ou de maneira mais solta, mas é preciso ter habilidade para colocar pais e paciente à vontade, deixando-os falar livremente de seus medos e fantasias acerca da doença ou motivo da consulta. Mesmo quando uma anamnese precisa ser mais objetiva pelo fator tempo, perguntas abertas são preferíveis. Procurar não fazer perguntas que induzam respostas tipo “sim ou não”. Ao indagar sobre a alimentação de um bebê, em vez de dizer “Ele se alimenta bem?”, preferir “Como ele está se alimentando?”. É importante não misturar questões; fazer uma pergunta de cada vez e ter tranquilidade para ouvir a resposta.

Algumas técnicas facilitam o relato dos pais ou do paciente e ajudam a manter uma linha de pensamento sem interferir na história. As principais são: facilitação, reflexão, esclarecimento, empatia, confrontação e interpretação. Facilitação é estar atento e fazer silêncio para ouvir o paciente, inclinando-se para frente ou usando expressões como “hum-hum” ou “continue”. Reflexão envolve usar a última palavra de cada frase do paciente para encorajá-lo a prosseguir, induzindo-o a associações que não faria com perguntas diretas. Esclarecimento é pedir que o paciente explique o que significam para ele expressões como “razoável”, “regular”, “muito” ou “pouco”. Empatia é demonstrar que se entende o que o paciente está sentindo, com frases simples, tais como “eu compreendo” ou “imagino como isto deve ser difícil para você”. É possível ser empático de forma não-verbal, fazendo silêncio e dando um tempo para que o paciente se recomponha se por

acaso chorar. Confrontar o paciente com seus sentimentos é necessário, mas exige tato e delicadeza. Para dizer a um adolescente que suas mãos tremem quando fala certo assunto e por isso é importante falar sobre ele, o médico precisa inspirar confiança, para que o jovem saiba que ele deseja ajudar e não o veja como um espião que só se interessa em observá-lo. Por fim, interpretação é fazer inferências a respeito dos sentimentos do paciente e não apenas confrontá-lo com eles. Dizer, por exemplo: “Você já fez inúmeras perguntas sobre o resultado dos exames. Está preocupado com o diagnóstico?” Esta forma de abordar um assunto requer ainda maior habilidade por parte do médico, pois uma interpretação errada pode por todo um trabalho a perder.

### **1.3. COMO CONVERSAR COM CRIANÇAS**

- a. Não ser condescendente. É preciso saber impor limites e manter a autoridade de médico durante a consulta.
- b. Não dar a impressão de que se considera o paciente apenas uma “criancinha”. Deixar claro que ela é o paciente e que o médico dá importância às suas queixas.
- c. Não rir delas, exceto quando ficar claro que é para rir. Para a criança, o modo como ela se comunica é o correto e ela pode achar desagradável a mania dos adultos verem graça nas suas falas.
- d. Não tentar ser engraçado. A consulta tem que ser acolhedora, mas a criança sabe que veio ao médico e não a um local para se divertir.
- e. Não caçoar, exceto quando já estiver estabelecido um certo clima de intimidade.
- f. Eventualmente pode-se usar o cochicho para tratar de assuntos que digam respeito à relação privada do médico com a criança, de modo que esta se sinta especial, independentemente do resto da família.
- g. Procurar discutir com a criança sintomas, diagnósticos e tratamentos numa linguagem ao nível do seu entendimento.
- h. Usar o poder da força quando necessário, porém consciente de que isto trará aspectos negativos à relação médico-paciente.

### **1.4. CARACTERÍSTICAS ESPECIAIS DA CONSULTA COM ADOLESCENTES**

O médico que atende o adolescente precisa ser natural, precisa gostar de adolescentes, ser compreensivo e dar apoio a ele sem reproduzir o papel de pai ou censor. Um erro comum é tentar aproximar-se fingindo assemelhar-se ao jovem, usando seu linguajar e assumindo posturas estereotipadas.

Alguns itens são importantes ao atender um adolescente:

- a. Deixar bem claro para o adolescente que é ele o paciente e não os pais. Garantir apoio a ele e sigilo sobre tudo que for tratado na consulta, exceto situações que o ponham em risco de prejuízo grave.
- b. Entrevistar sempre o adolescente sozinho. Quando vem acompanhado dos pais, iniciar a entrevista na presença deles, pedindo depois que aguardem na sala de espera.

- c. Dar orientações terapêuticas diretamente ao paciente, levando em conta que às vezes o adolescente não segue as prescrições médicas por fantasiar acerca do medicamento ou sobre seu corpo ter que reagir sozinho por meio de suas próprias defesas.
- d. Nem sempre a queixa principal é o real motivo da consulta. Por trás de queixas como cefaleia, tonturas, cansaço ou dores musculares podem se esconder problemas familiares, com a escola ou dúvidas acerca do desenvolvimento físico.
- e. O adolescente pode ser inicialmente calado, desconfiado e hostil. Cabe ao médico quebrar essa barreira, podendo usar a revisão de sistemas como uma forma neutra de tentar fazer o paciente falar ou pedir que ele fale sobre si, seus hábitos, sua rotina, família, escola e amigos, o que mais gosta e o que não gosta de fazer.
- f. O médico deve saber discernir o uso sistemático de tabaco, álcool e outras drogas do comportamento natural de busca de identidade pessoal.
- g. A sexualidade deve ser abordada mesmo que não venha como uma queixa. Os adolescentes bem esclarecidos acerca de sexo seguro poderão ser elementos de divulgação de informação correta aos seus pares.
- h. Em caso de problema de ordem emocional, evitar encaminhar um adolescente imediatamente ao especialista, mas discutir as soluções possíveis, de modo que ele não fique com a impressão de estar sendo passado adiante.

## **1.5. ROTEIRO DA ANAMNESE**

### **a. IDENTIFICAÇÃO**

Registrar o nome completo, data do nascimento, idade atual, sexo, origem étnica, naturalidade, procedência, nome do informante, relação de parentesco com a criança, fidedignidade presumida do informante, data da consulta.

### **b. MOTIVO DA CONSULTA**

Registrar por que o médico está sendo procurado ou a(s) queixa(s) que motivou(aram) a consulta, em uma lista que respeite prioridades. Usar as palavras do informante e identificar com a expressão latina sic diagnósticos ou afirmativas que não tenham sido comprovados objetivamente.

### **c. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL**

Caracterizar objetivamente cada queixa ou motivo da consulta, com ênfase nos seguintes aspectos:

Certificar-se de que os sinais e sintomas descritos pelo paciente ou responsável correspondem àqueles utilizados na terminologia médica (por exemplo: não registrar como diarreia o aumento do número de evacuações).

Registrar a data de início dos sintomas sempre vinculada ao momento da consulta (p.ex.: registrar “teve uma crise convulsiva há seis dias” em vez de “teve uma crise convulsiva na quarta-feira passada”).

Registrar todas as características relevantes dos sintomas, tais como: duração (em cada episódio), intensidade, frequência (periodicidade), fatores de intensificação e alívio (medicação, alimentos, posição, relação com a respiração, esforço, eliminações).

Registrar consultas médicas anteriores, diagnóstico(s), exames realizados e medicações usadas.

#### d. REVISÃO DE SINTOMAS

GERAIS: Astenia, fraqueza, tonturas; alteração no humor, peso, temperatura, sono.

PELE: Alterações nos fâneros, ardência, cianose, coloração anormal, equimoses, lesões, palidez, petéquias, prurido, rubicundez, secura.

SUBCUTÂNEO: Edema, nódulos.

MÚSCULO-ESQUELÉTICO: Dor, calor, rubor em articulações ou músculos, parestesias ou paralisias de grupos musculares especiais.

CABEÇA: Cefaleia, alteração da acuidade visual, dor nos olhos, lacrimejamento, uso de lente corretiva, vermelhidão nos olhos, visão dupla, audição, otalgia, otorreia, zumbidos, condições dos dentes e gengivas.

RESPIRATÓRIO: Dor torácica ventilatório-dependente, dispneia, epistaxe, espirros, hemoptise, obstrução nasal, prurido nasal, rinorreia, rouquidão, sibilância, tosse.

CARDIOVASCULAR: Alteração do ritmo cardíaco, cianose, dispneia, palpitações, sopros.

DIGESTIVO: Vômitos, regurgitação, disfagia, halitose, pirose, dor abdominal, constipação, diarreia, eliminação de vermes, encoprese, sangramento digestivo, tenesmo.

GENITOURINÁRIO: Alteração da cor da urina, alteração do jato urinário, alterações menstruais, corrimento vaginal ou uretral, dor ou massas testiculares, disúria, enurese, incontinência, polaciúria, hematúria, hérnias, mictúria, poliúria.

NEUROLÓGICO: Alteração da marcha ou do equilíbrio, cefaleia, convulsões, desmaios, dislalias, paralisias, paresias, parestesias, perda de memória, vertigens.

ENDÓCRINO: Bócio, fome ou sede excessivas, instabilidade ao calor ou frio, sudorese excessiva.

PSIQUIÁTRICO: Agitação, alteração do humor, ansiedade, depressão, nervosismo, tensão.

PERSONALIDADE: Desobediência, hiperatividade, irritabilidade, medo, preguiça, temperamento difícil ou destrutivo, timidez, tristeza.

COMPORTAMENTO: Chupar dedo, dificuldade de relacionamento, enurese, encoprese, fobia escolar, gagueira, masturbação, perversão do apetite, problemas de sono, problemas sexuais, roubo, uso de drogas (álcool, tabaco, outras drogas).

#### e. CONDIÇÕES SOCIOAMBIENTAIS:

Registrar informações sobre tipo e condições da habitação (incluindo condições de saneamento e segurança, instalação de água, luz, esgoto), localização da residência (cidade, campo), número de cômodos, eletrodomésticos (geladeira, televisor, computador), número de pessoas no domicílio, local onde dorme o paciente; quem toma conta da criança durante o dia; grau de instrução, ocupação e situação conjugal dos pais; uso de automóvel, bicicleta ou outros meios de transporte; escola (pública ou privada, tamanho,

distância, transporte); atividades paraescolares (esporte, música, artes); horas gastas por dia em frente a telas; acesso a praças e piscina; contato com animais e substâncias tóxicas; contato com delinquentes.

#### f. SUPERVISÃO DE SAÚDE

Registrar as informações sobre os seguintes tópicos: acompanhamento médico regular (se afirmativo, registrar o local e a data da última consulta); testes de triagem (visão, audição, pressão arterial); prática de exercício físico (frequência; tipo de exercício); hábitos de segurança (assento/cinto de segurança no automóvel, grades em piscinas/janelas, uso de boia/colete salva-vidas, armas de fogo em casa, conhecimento de normas de conduta do pedestre no trânsito, contato com medicamentos, plantas tóxicas, produtos químicos, esportes perigosos); relato da dieta do dia anterior; cuidados dentários (visitas ao dentista, aplicação tópica de flúor, escovação, fio dental); imunizações (registrar data de aplicação de cada dose de vacina); se adolescente, verificar orientação sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, contracepção, drogadição; exames laboratoriais realizados.

#### g. ANTECEDENTES PERINATAIS

**GESTAÇÃO:** Planejamento e aceitação da gravidez, duração, pré-natal (quantas consultas), intercorrências (sangramento, infecção urinária, hipertensão, diabete, convulsões, obesidade, cirurgia, rubéola, outras doenças, radiografia nos primeiros 3 meses), ferro, vitaminas, medicamentos, drogas ilícitas, fumo, álcool.

**PARTO:** Tipo (se cesariana, motivo), local, sofrimento fetal, condições de nascimento, índice de Apgar (primeiro e quinto minutos), manobras de reanimação.

**DADOS ANTROPOMÉTRICOS AO NASCER:** Peso, comprimento, circunferências craniana e torácica.

**PERÍODO NEONATAL IMEDIATO:** Problemas respiratórios, cianose, icterícia, problemas alimentares, infecção, convulsão, necessidade de tratamento especial, tempo de hospitalização, condições de alta, peso na alta, testes de triagem neonatal.

#### h. CRESCIMENTO

Conferir as curvas de peso, estatura, perímetro cefálico e índice de massa corporal nos gráficos padronizados para monitorização do crescimento.

#### i. DESENVOLVIMENTO

Registrar a idade de aquisição dos principais marcos (firmar a cabeça, sorriso espontâneo, segurar objetos, sentar sem apoio, engatinhar, andar sem apoio, controlar esfíncteres, primeiras frases, correr sem dificuldade, subir escadas, linguagem de adulto, beber em copo, usar colher, vestir-se) e desenvolvimento de caracteres sexuais secundários. Verificar rendimento escolar.

#### j. ANTECEDENTES MÓRBIDOS

Registrar doenças relevantes, hospitalizações, cirurgias, uso de medicamentos por longo prazo, reações a drogas, alimentos, picada de insetos.

#### k. ANTECEDENTES ALIMENTARES

Registrar tempo de aleitamento materno; causa do desmame, suplementação de ferro e vitaminas, alimentação atual.

#### l. ANTECEDENTES FAMILIARES

Desenhar heredograma (o mais completo possível); registrar idade e estado de saúde de pais e irmãos; doenças na família (alergia, asma, diabete, cardiopatia, convulsões com ou sem febre, hemofilia, hipertensão arterial, pneumopatia crônica, retardo de desenvolvimento, tuberculose).

### **1.6. ROTEIRO DO EXAME FÍSICO**

#### a. ABORDAGEM DA CRIANÇA

A condução do exame físico é decisiva no relacionamento entre o médico e a criança e pode condicionar a qualidade e quantidade dos achados, a adesão e atitude da criança nas consultas subsequentes e o relacionamento pais-pediatra. Requer do médico carinho, delicadeza e muita paciência, sem deixar de lado a firmeza. É importante atentar para a predominância dos sinais gerais sobre os regionais, determinada pela maior sinergia entre os órgãos da criança, que dificulta a ocorrência de manifestações exclusivas de um órgão, embora a lesão determinante o seja. Além disso, existe a dificuldade prática de enfoque dos fenômenos regionais, em virtude das características próprias da criança, como menor tamanho e rebeldia ao manuseio.

O exame deve ser feito em um ambiente com temperatura agradável, com a criança completamente despida. Em lactentes, deve ser iniciado com a criança no colo da mãe, vestida e dormindo, realizando-se primeiro aqueles procedimentos que o choro pode prejudicar mais, tais como a ausculta pulmonar e cardíaca e otoscopia. A seguir, removem-se as roupas gradativamente, mas é recomendável que as fraldas somente sejam retiradas no momento em que for examinada a região correspondente. Os procedimentos desagradáveis ou mais temidos em particular por cada criança (exame da orofaringe, otoscopia, remoção de toda a roupa) são deixados para o final. Pode ser importante distrair um bebê com brinquedos ou outros objetos, tais como a lanterna ou o abaixador de língua.

No exame do pré-escolar, pode haver maior resistência, choro ou luta física. Mais do que em outras idades, é importante o médico saber como “quebrar o gelo”, com uma conversa amigável, uma brincadeira, uso de brinquedos ou os próprios objetos de exame. É importante avisar sobre todos os procedimentos, especialmente os desagradáveis ou dolorosos; se possível, demonstrando em si mesmo ou em algum boneco. Com as crianças mais velhas desta faixa de idade, conversar durante o exame, evitando períodos prolongados de silêncio. A ordem do exame é variável; geralmente inicia-se com a criança sentada, de pé ou no colo da mãe, colocando-a em decúbito apenas para os procedimentos necessários, de modo que ela se sinta menos vulnerável. Frequentemente é necessário conter a criança para procedimentos específicos, como a otoscopia e o exame da garganta; nesse caso, explicar aos pais a técnica mais adequada de contenção e assegurar-lhes que a reação da criança é normal para a idade. É melhor deixar esses procedimentos para o final do exame,

mas, se a criança estiver muito ansiosa em relação aos mesmos, realizá-los logo de início pode fazer com que se sinta livre do problema e se deixe examinar.

Com escolares praticamente não se encontram problemas de resistência ao exame. A chave é uma conversa amigável sobre assuntos variados, passando daí a explicações sobre cada procedimento. Contudo, nessa idade é bom atentar para o pudor da criança, conservando parte da roupa enquanto se examina o resto do corpo. Geralmente os escolares preferem os irmãos e/ou o progenitor do sexo oposto fora da sala. A ordem do exame pode ser a mesma usada em adultos.

Adolescentes podem preferir que o exame seja feito na ausência dos pais; essa decisão fica a critério do paciente, pois os jovens gostam de ser tratados como adultos e esperam isso do médico. O exame físico deve ser aproveitado para orientar sobre mudanças do corpo típicas da adolescência. Levar em consideração o pudor do paciente no tocante ao exame dos genitais, pesando o benefício e o desconforto ou constrangimento causados eventualmente pelo procedimento.

## b. EXAME GERAL

**IMPRESSÃO GERAL:** Avaliação geral do grau de bem-estar (bom, regular ou mau estado geral).

**ATITUDE:** Observar atividade, posições eletivas, choro fácil, irritabilidade, depressão, torpor.

**FÁCIES:** Descrever o tipo de expressão facial (exemplo: fâcies de sofrimento ou medo) ou a presença de fâcies típicas de determinadas doenças (exemplo: síndrome de Down). No caso de fâcies incomum, evitar o emprego do termo “atípica”, que indica desvio da normalidade.

**ESTADO NUTRITIVO:** Observar panículo adiposo ou emaciação.

**SINAIS VITAIS:**

**TEMPERATURA:** Em recém-nascidos, aferir a temperatura axilar com termômetro eletrônico; entre um mês e 5 anos, a temperatura axilar com termômetro eletrônico ou de mudança de fases (matriz de pontos), ou ainda termômetro infravermelho timpânico; em maiores de 5 anos, a temperatura oral ou retal com termômetro eletrônico.

**FREQUÊNCIA DE PULSO:** A medida da frequência de pulso na criança é feita pela palpação dos pulsos periféricos (femoral, radial e carotídeo), ausculta cardíaca ou observação da pulsação das fontanelas. Ver valores normais na tabela 1.

Tabela 1: Frequência cardíaca normal (batimentos/minuto)

Idade	Frequência média	Desvio padrão
<b>Nascimento</b>	140	25
<b>Até 6 meses</b>	130	25
<b>6 a 12 meses</b>	115	20
<b>1 a 2 anos</b>	110	20
<b>2 a 6 anos</b>	103	17,5
<b>6 a 14 anos</b>	95	17,5
<b>&gt; 14 anos</b>	70	10

**FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA:** Observar a frequência, a amplitude e a facilidade ou dificuldade dos movimentos respiratórios, por meio da observação das excursões abdominais e movimento torácico, ausculta do tórax ou colocação do estetoscópio diante da boca e narinas. Em lactentes, medir frequências cardíaca e respiratória antes de despi-los, quando estão tranquilos. Ver valores normais na tabela 2.



Tabela 2: Frequência respiratória normal (respirações/minuto)

Idade	Em sono	Em vigília
<b>0 a 6 meses</b>	35	65
<b>6 a 12 meses</b>	25	65
<b>1 a 4 anos</b>	20	35
<b>4 a 10 anos</b>	18	25
<b>10 a 14 anos</b>	16	20

**PRESSÃO ARTERIAL:** É essencial avisar a criança sobre o procedimento e que ela esteja tranquila, confortavelmente sentada, com o braço direito totalmente exposto e descansando sobre uma superfície de apoio na altura do coração. Em lactentes, pode-se medir com a criança em posição supina. A escolha do manguito apropriado para cada criança é essencial para a aferição adequada: a bolsa de borracha deve ter largura  $\geq 40\%$  e comprimento  $\geq 80$  a  $100\%$  da circunferência do braço; ao ser colocado no braço, o manguito deve deixar espaço suficiente na fossa antecubital para a colocação do estetoscópio e na parte superior, evitando a obstrução da axila. Registrar os valores sistólico e diastólico tensionais e os percentis correspondentes, consultando as tabelas de níveis normais de pressão arterial para idade e altura; registrar também o manguito utilizado e a posição em que foi feita a aferição.

#### c. AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

**PESO:** Lactentes são pesados em balança infantil, despídos. Crianças de um a três anos frequentemente têm medo do procedimento, podendo-se pesar a mãe com a criança no colo e subtrair o seu peso. Crianças maiores devem ser pesadas com o mínimo possível de roupa ou bata hospitalar.

**ESTATURA:** Medir lactentes em posição supina, usando o antropômetro. Estender completamente quadris e joelhos, principalmente em recém-nascidos, que tendem à flexão. Crianças maiores devem ficar eretas, encostadas em uma superfície vertical graduada. Apoiar uma prancha horizontal na cabeça, em ângulo reto com a régua.

**CIRCUNFERÊNCIA CRANIANA:** Aferir com fita métrica não distensível, passando-a sobre a glabella e a protuberância occipital.

Obs.: Os valores de peso, estatura, circunferência craniana e índice de massa corporal devem ser plotados nos gráficos apropriados.

#### d. PELE

Observar alterações na coloração (cianose, icterícia, palidez, rubicundez) e na textura da pele. A luz do dia é preferível à artificial e a luz amarela é preferível à fluorescente.

Descrever as lesões (hemangiomas, nevos, maculas, pápulas, pústulas, petéquias, etc.), bem como sua localização. No caso das lesões permanentes, para posterior acompanhamento, é importante medi-las nos seus dois maiores eixos.

#### e. TECIDO SUBCUTÂNEO

O tecido celular subcutâneo é avaliado pelo pinçamento de uma prega abdominal ou da coxa, devendo-se observar o volume e o turgor (resistência firme e elástica à compressão). Registrar presença, localização e intensidade de edemas.

#### f. MUCOSAS

Observar as mucosas conjuntival e oral, registrando qualquer alteração de coloração (icterícia, cianose, palidez) e umidade, bem como presença de ulcerações, fissuras e outras lesões. Lembrar que o choro e infecções respiratórias causam hiperemia adicional da mucosa conjuntival.

#### g. FÂNEROS

Observar quantidade, distribuição, características e alterações dos pelos, considerando os padrões normais para cada idade. Verificar alterações nas unhas.

#### h. CABEÇA

**CONFORMAÇÃO GERAL E TAMANHO:** Observar e registrar formato e simetria do crânio e da face.

**FONTANELAS:** Pesquisar quando a criança estiver tranquila e sentada. A fontanela anterior mede, ao nascer, 4 a 6 cm no diâmetro frontoparietal, e fecha entre 4 e 26 meses. A posterior mede 1 a 2 cm, e costuma fechar por volta dos 2 meses de idade.

**OLHOS:** Avaliar presença e aspecto de secreção, lacrimejamento, fotofobia, nistagmo, anisocoria, exoftalmia ou enoftalmia, microftalmia, hipertelorismo, cor da esclerótica, estrabismo (testes de Hirschberg e cobertura). Exame de fundo de olho em casos selecionados. Em recém-nascidos, testar o reflexo vermelho (regular o oftalmoscópio na dioptria “0” e visualizar a pupila numa distância de aproximadamente 25 cm) e avaliar presença de visão pela observação de piscamento em resposta à luz brilhante. A partir dos 3 anos, avaliar a acuidade visual utilizando o teste do “E” ou tabela optométrica.

**ORELHAS:** Observar a forma, alterações e implantação das orelhas. O pediatra pode realizar uma avaliação de triagem da acuidade auditiva: no lactente, observar piscamento dos olhos, susto ou direcionamento da cabeça em resposta a um estímulo sonoro; em crianças maiores, sussurrar ordens a uma distância aproximada de 2,5 m. Realizar otoscopia, neutralizando qualquer movimento brusco da cabeça da criança por meio do apoio da mão que segura o otoscópio na superfície do crânio; na criança até um ano, o lobo da orelha deve ser tracionado para baixo; entre um e cinco anos, tracionar o canal para cima e para trás; avaliar o aspecto do conduto auditivo externo quanto à presença de hiperemia, descamação, lesões, corpo estranho; observar perda de transparência, hiperemia, abaulamento, retração ou ruptura da membrana timpânica.

**NARIZ:** Verificar presença e aspecto de secreção (hialina, serro-mucosa, purulenta, sanguinolenta). Pela inspeção e palpação, pesquisar desvio de septo nasal ou outras deformidades. A porção interna anterior do nariz pode ser visualizada facilmente com iluminação, empurrando sua ponta para cima. Para olhar profundamente, usar um espéculo com orifício calibroso preso ao otoscópio; observar coloração da mucosa, condições dos cornetos, calibre da via aérea, secreção.

**BOCA E FARINGE:** Inspeccionar dentes, gengiva, face interna das bochechas, língua e abóbada palatina. Nos dentes, avaliar oclusão dentária, defeitos de alinhamento, presença de cáries, tártaro e placa bacteriana. Observar alterações fisiológicas da língua, como a língua geográfica, ou que sugiram doenças, como a língua em morango da escarlatina, além da inserção do freio lingual. Em lactentes, a faringe é visualizada facilmente durante o choro; acima de um ano, o exame geralmente exige contenção, que é melhor feita com a criança no colo da mãe. Tentar sempre a visualização direta, antes do uso do abaixador de língua; se utilizado, o abaixador deve ser segurado como uma caneta, próximo à ponta que vai ser introduzida, e o dedo mínimo do examinador deve estar em firme contato com a face da criança de modo a neutralizar os movimentos da cabeça. Se a criança cerra os dentes, o abaixador pode ser introduzido entre os lábios e deslizado ao longo da face interna da bochecha até atrás dos molares, ativando o reflexo do vômito, e permitindo visualização completa, embora “fotográfica”, da faringe. Observar tamanho e aspecto das amígdalas, hiperemia, petéquias e gota pós-natal.

#### i. PESCOÇO

Avaliar se há cistos, fistulas, torcicolo congênito. Palpar a tireoide de modo sistemático a partir da idade escolar. Descrever o tamanho, consistência, dor, mobilidade e aderência a planos profundos dos linfonodos cervicais, submandibulares e retroauriculares. Pesquisar rigidez de nuca, mediante a flexão da cabeça.

#### j. TÓRAX

**EXAME GERAL:** Observar forma, simetria, sinais de raquitismo (cintura diafragmática e rosário raquítico). Observar as mamas (ver estadiamento de Tanner, adiante) e realizar exame das mamas nas adolescentes.

**PULMÕES:** Observar tipo respiratório, ritmo, expansibilidade torácica, tiragem e uso de músculos acessórios. Pesquisar frêmito tóraco-vocal durante o choro ou pedindo para a criança contar “1, 2, 3”. Fazer a ausculta pulmonar, descrevendo alterações dos sons respiratórios e sua localização.

**CORAÇÃO:** Observar impulso apical (na altura do quarto espaço intercostal até os sete anos). Palpar ictus; presença de frêmitos. Auscultar o coração, descrevendo o ritmo, alterações das bulhas e sopros.

#### k. ABDÔMEN

**INSPEÇÃO:** Observar alterações globais de forma e volume e abaulamentos localizados. Durante o choro, pode-se perceber se há hérnias umbilicais, ventrais, ou diástases dos retos. Lembrar que o abdômen da criança, principalmente em lactentes, é protuberante devido ao pouco desenvolvimento da musculatura da parede.

**PALPAÇÃO:** Realizar palpação superficial e profunda. Choro moderado pode facilitar a palpação, em virtude das inspirações mais profundas; em caso de choro forte, a tensão da parede muscular pode ser atenuada pelo uso de chupeta ou flexão dos membros inferiores. Se há cocegas, distrair a atenção da criança ou colocar toda a mão rente à superfície abdominal por alguns momentos, sem realizar movimentos exploratórios iniciais com os dedos. Registrar sempre a extensão total do fígado, utilizando palpação e percussão, em vez de anotar somente o que se palpa abaixo do rebordo costal. Observar a presença de dor

abdominal e sua localização, defesa ou rigidez da parede. Na palpação profunda, avaliar visceromegalias ou massas.

**PERCUSSÃO:** Delimitar o tamanho do fígado, confirmar presença de ascite (macicez móvel) ou hipertimpanismo (como nas distensões de alças).

**AUSCULTA:** Observar ruídos hidroaéreos e sopros abdominais.

## I. GENITÁLIA

Nos meninos, observar presença de fimose (a aderência balanoprepucial é fisiológica nos lactentes) e testículos na bolsa escrotal. Reflexos cremastéricos hiperativos originar uma criptorquidia aparente; podem ser abolidos colocando a criança de cócoras e flexionando as pernas ao máximo junto ao tronco. Observar também hidrocele, hipospádia ou hipogonadismo.

Nas meninas, ver orifício himenal, presença de secreção vaginal e aderência dos pequenos lábios. Nas recém-nascidas, pode haver secreção mucoide ou sanguinolenta nos primeiros dias de vida, devido a uma influência estrogênica materna. Em meninas pré-escolares, a inspeção da vagina é facilitada pela posição genupeitoral. Enquadrar a criança em um dos cinco estágios de maturação sexual segundo os critérios de Tanner.

## m. EXTREMIDADES

**EXAME GERAL:** Observar deformidades, hemiatrofia, valgismo/varismo, paralisias, edema, alterações da temperatura, postura, assimetria, alterações da marcha.

**PULSOS:** Palpar pulsos radiais, femorais e pediosos. Lembrar que a diminuição ou ausência dos pulsos femorais, comparado com os radiais, sugere coarctação aórtica.

**ARTICULAÇÕES:** Observar sinais inflamatórios (edema, calor, rubor e dor), alterações da mobilidade (limitação ou hiper mobilidade), nódulos. No recém-nascido, realizar a manobra de Ortolani: posicionar a criança com as coxas flexionadas em ângulo reto e realizar manobra de abdução; suspeita-se de luxação quando há limitação da abdução, assimetria ou percepção tátil da fuga da cabeça do fêmur do acetábulo. Nos lactentes, comparar a simetria da abdução, das pregas glúteas e das fossas poplíteas.

**MÃOS E PÉS:** Observar dedos extranumerários, baqueteamento digital, linha simiesca, clinodactilia, sindactilia. Examinar os pés sob o ponto de vista estático (sem carga: criança sentada; com carga: criança em pé) e dinâmico (observação da marcha). Fazer manipulação passiva para avaliar a flexibilidade dos pés.

## n. COLUNA VERTEBRAL

Examinar rigidez, postura, mobilidade e curvaturas, em diversas posições. Registrar presença de espinha bífida, fosseta ou cisto pilonidal, tufo de pelos, hipersensibilidade. Se há escoliose, pode-se achar deformidade costal e proeminência da musculatura lombar em um dos lados, que se acentua com a inclinação do corpo para frente. Lembrar que a escoliose pode ser causada por uma desigualdade do comprimento das pernas.

#### o. EXAME NEUROLÓGICO

Não há necessidade de realizar um exame neurológico completo de rotina, especialmente quando não existem queixas diretamente relacionadas a esta área. Um roteiro de exame mínimo satisfatório inclui a avaliação da função cerebral (comportamento geral, consciência, memória, orientação, comunicabilidade e compreensão, fala, escrita e atividade motora), dos nervos cranianos, da função cerebelar (testes simples de coordenação, equilíbrio e marcha), do sistema motor (postura, tônus e força muscular, simetria e paralisias) e dos principais reflexos (bicipital, patelar, piscamento). No recém-nascido, testar os reflexos próprios (Moro, preensão palmo-plantar, sucção, fuga à asfixia, pontos cardeais, reptação, marcha automática, tônico cervical).

#### p. AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA BÁSICA

Deve ser sempre feita durante o exame físico, assim como durante a anamnese. A avaliação dos seguintes itens permite delinear um perfil psiquiátrico da criança, acrescido da história relatada pelo responsável: atitude frente ao ambiente e ao examinador, temperamento, desenvolvimento perceptivo, nível intelectual, expressão verbal, comportamento emocional, sinais de ansiedade e depressão.

## 2. ACOMPANHAMENTO DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

### 2.1. CONCEITOS GERAIS: A PUERICULTURA CIENTÍFICA

A noção de cuidados de saúde preventivos da criança e do adolescente remete ao que os pediatras brasileiros costumam chamar de consultas de revisão ou de puericultura. Trata-se de um dos pilares tradicionais da atuação do pediatra – ocupando até 40% de sua atividade clínica do dia a dia –, com tal grau de identificação, que levou Eduardo Marcondes a afirmar que a transcendência da promoção da saúde é uma daquelas percepções de caráter formativo sem as quais não se é pediatra.

A puericultura foi apropriada pela pediatria há mais de cem anos, deixando de ser o conjunto original de técnicas de higiene, nutrição e disciplina de crianças pequenas, passado de mãe para filha – logo, repleto de mitos e tabus –, e foi se tornando gradativamente uma ciência verdadeira. Porém, trata-se de uma ciência multifacetada, que agrega noções de fisiologia, higiene e sociologia num abrangente complexo de ações promotoras de saúde exercidas com foco na criança (mas contemplando sua família e sua comunidade), da gestação até o fim da adolescência, de modo a propiciar-lhe o melhor nível de desenvolvimento físico, emocional, intelectual, moral e social. Tais ações incluem práticas definidas, como apreciação de fatores individuais e ambientais de proteção e de ameaça à saúde, monitoração do desenvolvimento, imunizações, testes de triagem, orientação antecipatória (acerca de inúmeros condicionantes da saúde, como nutrição, hábitos de vida, disciplina e segurança) e aspectos selecionados do exame físico.

A puericultura do século XXI é abrangente, com cuidados clínicos preventivos cobrindo todos os aspectos do equilíbrio entre saúde e doença. É contínua, exercida mediante intervenções periódicas, orientadas pelas etapas do desenvolvimento, do pré-natal à idade adulta; mas deve ser customizada, com calendário flexível, segundo a diversidade de contextos sociambientais e necessidades de cada indivíduo.

A puericultura atual é equitativa, no sentido de que é um direito de todas as crianças e jovens, independentemente de quaisquer atributos individuais ou comunitários. Esta perspectiva de equidade supera de fato o paradigma do acompanhamento da “criança normal” — o *well-child care* da literatura em inglês —, ao estabelecer que todas as crianças, com ou sem necessidades especiais ou doenças crônicas, merecem os mesmos cuidados preventivos. Sobretudo, a puericultura dos dias de hoje é humanizada, exigindo dos profissionais de saúde um exercício permanente de consideração genuína pelos pacientes, seus sentimentos e angústias, muito além da aplicação de procedimentos técnicos.

A puericultura contemporânea é colaborativa. As sucessivas revisões das recomendações de expertos e entidades científicas têm inflacionado e aprofundado de tal forma os procedimentos preventivos, a ponto de não mais caberem na agenda do pediatra. As estratégias mais recomendadas para manter a qualidade e a abrangência dos cuidados são aprimorar as competências do pediatra (por meio da seleção de prioridades de atenção individuais e fontes de preocupação dos pais, uso de questionários pré-consulta, materiais educativos impressos e online, atendimentos em grupo) e, sobretudo, trabalhar em equipe. De acordo com a iniciativa Bright Futures, vinculada à Academia Americana de Pediatria, a puericultura deve ser feita pela integração efetiva entre uma “conexão vertical”, composta por todos os profissionais e pessoal auxiliar do serviço de saúde, e uma “conexão horizontal”, que inclui os programas comunitários de associações de bairro, escolas, igrejas e demais entidades interessadas na promoção da saúde. Nesse modelo, os integrantes mais capacitados de qualquer um dos eixos se responsabilizam pela uniformidade dos procedimentos e pelo uso racional dos recursos. Também aí se insere a prática das decisões compartilhadas, que inclui os pacientes na responsabilidade de definir junto com os profissionais de saúde quais os melhores cursos de ação clínica, de acordo com suas circunstâncias, necessidades e preferências, respeitado inclusive o direito de opinião da criança. Tal prática precisa considerar a tendência corrente dos pacientes terem amplo acesso à informação sobre saúde na internet, o que exige atenção do pediatra e de toda a equipe para a noção recente de prevenção quaternária, que contempla ensiná-los a filtrar o conhecimento adequado.

Por fim, a puericultura do tempo presente é científica. Existem hoje diversas instituições acadêmicas com reputação sólida dedicadas a definir, por meio de revisões sistemáticas da literatura, quais os procedimentos clínicos que têm embasamento científico suficiente para justificar sua inclusão num protocolo de supervisão de saúde. As duas que produzem recomendações mais organizadas e de aplicabilidade quase imediata, inclusive com a discriminação de níveis de prioridade, são a U. S. Preventive Services Task Force (<http://bit.ly/uspstf>) e o Institute for Clinical Systems Improvement ([http://bit.ly/icsi\\_guideline](http://bit.ly/icsi_guideline)). É altamente recomendável que todo profissional de saúde engajado em ações de puericultura conheça e se mantenha atualizado acerca das recomendações de ambas instituições. Além disso, associações profissionais, como a Academia Americana de Pediatria, sintetizam tais recomendações em protocolos objetivos (ver leituras sugeridas). Em vista das muitas discordâncias entre as recomendações, principalmente devidas a critérios diferentes quanto aos níveis variáveis da força das evidências científicas, é essencial julgar criticamente e adaptar as condutas às necessidades individuais de cada paciente. As recomendações contidas neste capítulo buscam equilibrar essas inconsistências, usando com frequência opiniões de especialistas.

## 2.2. FREQUÊNCIA DE CONSULTAS DE PUERICULTURA

O número ideal de consultas de puericultura nunca foi estabelecido e talvez nunca o seja, em virtude das dificuldades técnicas e éticas em realizar estudos controlados, com grandes grupos de crianças, por longo tempo, privando muitas de ações preventivas comprovadamente efetivas.

Dentre as entidades que sugerem calendários, a Academia Americana de Pediatria, por meio da iniciativa Bright Futures, tem aumentado o número de consultas a cada revisão de suas recomendações; a mais recente, de 2016, recomenda 30 consultas da primeira semana de vida até os 21 anos. A Sociedade Brasileira de Pediatria, desde 2010, recomenda 31 consultas de puericultura da primeira semana de vida até os 19 anos. Todavia, ambos os protocolos se baseiam em opiniões de especialistas, dando margem a muita controvérsia. O Institute for Clinical Systems Improvement sugere 12 consultas de supervisão de saúde até os 18 anos de idade, mas com flexibilidade de acordo com as necessidades específicas da família. A recomendação mais radical em termos de racionalização de recursos e embasamento científico é a do programa Health for All Children, do Reino Unido, que sugere apenas duas consultas médicas de puericultura no primeiro semestre de vida, com possibilidade de consultas opcionais, a critério da família, aos 8 meses, aos 2 e aos 4 anos. Tal programa prevê, evidentemente, uma grande e bem preparada equipe multiprofissional (enfermeiros, visitantes domiciliares, ortoptistas, professores, voluntários), responsável pelos testes de triagem metabólica, imunização, monitorização do crescimento, testes de visão e orientação preventiva.

Com efeito, há evidências convincentes de que metade das consultas de puericultura usualmente recomendadas levam a resultados sem diferenças significativas quanto ao número de problemas físicos detectados, à utilização subsequente de serviços de emergência ou à satisfação e nível de ansiedade dos pais. Por outro lado, estudos estadunidenses mostram que menos de um terço das crianças de classes pobres recebem todas as consultas recomendadas para os dois primeiros anos de vida. No Brasil, a média é de 7,5 consultas de puericultura no primeiro ano de vida – também com maior incidência em classes mais altas –, o que seria mais do que suficiente, de acordo com o Ministério da Saúde, ainda que a Sociedade Brasileira de Pediatria recomende nove consultas nesse período.

A conclusão é que o pediatra e sua equipe devem planejar não um calendário de consultas de puericultura, mas um programa de aplicação de procedimentos preventivos que melhor se adapte às prioridades ditadas pelo contexto socioambiental de cada criança. A tabela 3 mostra os principais determinantes socioecológicos da saúde e da doença, que devem ser considerados na definição dessas prioridades. Assim como determinadas circunstâncias podem indicar a necessidade do aumento do número de consultas ou ações preventivas, a ausência de fatores de risco ou a presença de trunfos específicos pode determinar uma diminuição, transferindo uma parte maior da responsabilidade aos pais ou às iniciativas da comunidade. Em todo caso, à luz do conhecimento atual, não há justificativa para a manutenção dos sistemas tradicionais de consultas mensais, com aferição sistemática do peso e da estatura, em detrimento de outras medidas de promoção da saúde.

Tabela 3: Alguns determinantes sociocológicos de saúde/doença em crianças e jovens\*

	<b>Fatores de proteção</b>	<b>Fatores de risco</b>
<b>Atributos do indivíduo</b>	Genética favorável Desenvolvimento adequado Inteligência alta Temperamento fácil Autoestima alta Autocontrole Habilidade para resolver problemas Habilidade de planejamento Capacidade de exprimir sentimentos	Doenças hereditárias Déficit de desenvolvimento Inteligência baixa Temperamento difícil Autoestima baixa Deficiência física Dieta inadequada Sedentarismo Consumo de álcool, tabaco, outras drogas Má higiene pessoal Doença crônica HIV positivo
<b>Atributos do microsistema</b>	Bom padrão socioeconômico Hábitos de vida saudáveis Família estável Modelos competentes Religiosidade	História familiar de cardiopatia Pobreza Doença/perda de um dos pais Eventos estressantes Discórdia entre os pais Falta de afeto Falta de segurança doméstica Violência doméstica Exposição ao fumo Criança sem teto
<b>Atributos do mesossistema</b>	Apoio social na vizinhança Vizinhança com bons recursos	Isolamento social Bullying Racismo
<b>Atributos do exossistema</b>	Segurança pública Escolas de qualidade Programas de saúde escolar Acesso a bons cuidados de saúde	Violência urbana Trânsito violento Escolas deficientes Falta de acesso a cuidados de saúde
<b>Atributos do macrossistema</b>	Desenvolvimento econômico Desenvolvimento social Políticas públicas de saúde e educação	Subdesenvolvimento Governo inoperante Desastres naturais

\* Adaptado de: • Blank D. Acompanhamento de saúde da criança. In: Duncan B, Schmidt MI, Giugliani E, Duncan M, Giugliani C, eds. Medicina ambulatorial: Condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed; 2013. p. 170-80.  
• Amerjckx G, Humblet PC. Child Well-being: What does it mean? Child Soc. 2014;28(5):404-15.  
• Healthy People 2020 [Internet]. Washington (DC): U.S. Department of Health & Human Services (US); c2014. Social Determinants of Health; [acessado em 2014 nov 18]; [3 telas]. Disponível em: <http://bit.ly/HP202SDH>.  
• Halpern R. A criança vulnerável: o papel dos fatores de risco e proteção na determinação do desenvolvimento da criança. In: Id, ed. Manual de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento. Barueri, SP: Manole; 2015. p. 59-71.

### 2.3. TÉCNICAS DE COMUNICAÇÃO APLICADAS À PUERICULTURA

Consultas de puericultura serão mais efetivas se for empregada uma estratégia de comunicação estruturada que facilite o diagnóstico de saúde/doença orientado pelos determinantes sintetizados na tabela 3.

Além das medidas básicas de comunicação descritas no início do capítulo, é importante aprimorar o uso de momentos próprios para ações educativas (por exemplo: fragmentos de informação associados ao exame físico) e gerenciar o tempo por meio de ações simples (como revisão do prontuário antes da consulta, uso de formulários na sala de espera e treinamento de auxiliares para dirimir dúvidas menores).

Um estilo de diálogo centrado no paciente, baseado em perguntas abertas, permite uma aderência maior às recomendações preventivas. A iniciativa Bright Futures disponibiliza em seu site dezenas de sugestões das chamadas perguntas-gatilho, que são perguntas facilitadoras específicas, abertas, que podem estimular as pessoas a exporem sentimentos negativos ou informações previamente não percebidas como úteis. Alguns



exemplos de perguntas-gatilho de natureza geral: “Que preocupações você gostaria de me contar hoje?”; “Ocorreu alguma mudança importante na família, desde a nossa última consulta?”; “Como vocês estão se dando na família?”; “Como está a comunicação na família?”; “O que vocês fazem como família?”; “O que vocês gostam mais no Fulano?”; “O que o Fulano tem feito de novo?”; “Existe algo no comportamento do Fulano que os preocupa?”. Algumas perguntas-gatilho mais diretas: “Quanto você bebia antes de engravidar e depois?”; “Vocês acham que o cigarro, a bebida ou alguma droga é problema para alguém na família?”; “Qual foi o maior período que o seu bebê dormiu de uma só vez?”; “Como o seu filho se comporta perto de outras crianças?”; “Vocês têm uma arma em casa? Ela está trancada?”; “Quais programas de TV o seu filho assiste? Quantas horas por dia ele passa defronte a uma tela, seja TV ou computador?”; “Que tipo de protetor solar você usa no seu filho?”; “Alguém fuma em casa ou no carro? Quem?”; “Você já esteve em uma relação em que foi ferido, maltratado ou ameaçado?”; “Quais são os seus interesses fora da escola? Quais são suas responsabilidades dentro de casa? Quem são os adultos importantes na sua vida?”; “Você já praticou sexo? Consentido? Pressionado? Se já pratica sexo, como você está se protegendo de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez?”. Um conjunto de completo de perguntas-gatilho, categorizadas em 31 consultas de supervisão de saúde recomendadas pela iniciativa Bright Futures, está disponível gratuitamente em seu guia de bolso ([http://bit.ly/BF\\_guide](http://bit.ly/BF_guide)).

Uma técnica que também pode ser incluída nas estratégias de comunicação é a do atendimento de puericultura em grupo, no qual o pediatra age como facilitador da discussão de temas de saúde entre famílias com filhos de idades similares. Estudos comprovaram que pode ser tão efetivo quanto o atendimento individual em conferir conhecimento às mães e promover a interação mãe-filho. Tem a vantagem de mesclar a orientação preventiva com a troca de experiências entre os pais. Além disso, é uma técnica particularmente apropriada para famílias mais pobres, com acesso dificultado ao sistema de saúde.

Por fim, é essencial que a puericultura incorpore todos os meios mais modernos de comunicação audiovisual, desde prosaicos fôlderes até mensagens estruturadas na internet ou por aplicativos de smartphones, cada vez mais disseminados em todos os estratos sociais.

## **2.4. RECOMENDAÇÕES ESPECÍFICAS PARA A PUERICULTURA**

A U. S. Preventive Services Task Force (USPTF) e o Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), as duas instituições citadas acima que produzem os protocolos mais consistentes de procedimentos clínicos preventivos apoiados em evidências científicas, são hoje em dia as mais indicadas para servir de base para recomendações para a prática de puericultura. A partir de suas informações, organizações como a Academia Americana de Pediatria, através da iniciativa Bright Futures, e o Ministério da Saúde do Brasil, através do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde, formulam suas diretrizes para cuidados de saúde preventivos. Entretanto, por influências de tradição, políticas ou econômicas, essas diretrizes costumam incorporar recomendações baseadas em opiniões de especialistas, mais fracas do ponto de vista do suporte efetivo da base da literatura acadêmica.

A seleção dos procedimentos a serem integrados à prática clínica de cada pediatra ou equipe de saúde deve seguir critérios com embasamento científico, mas sempre levando em conta o saldo positivo da relação

entre custo e benefício, numa atitude ética e humanista. É evidente que a presença ou ausência de fatores de risco e resiliência pessoais ou ambientais determinarão aumento ou diminuição do número de consultas e procedimentos.

As tabelas 4 e 5 apresentam respectivamente as recomendações da USPTF e do ICSI, em ordem decrescente de prioridade. Elas têm muito mais pontos de convergência do que diferenças, principalmente quanto aos procedimentos indicados como mais essenciais. As recomendações e graus A e B da USPTF correspondem, com alguma variação, às recomendações dos níveis I e II do ICSI e se referem a procedimentos que devem ser oferecidos e aplicados a todas as crianças, sendo o grau A e o nível I virtualmente obrigatórios. O grau I e o nível III se referem a procedimentos cuja evidência de efetividade é incerta e podem ser oferecidos e aplicados mediante um julgamento compartilhado com os pacientes e responsáveis. O grau D e o nível IV se referem a procedimentos contraindicados, por causarem mais dano do que benefício.

Em vista do aprimoramento contínuo das recomendações apoiadas em evidências científicas, como já foi enfatizado acima, é altamente recomendável que todo profissional de saúde engajado em ações de puericultura acompanhe as atualizações dos sites da USPTF (<http://bit.ly/uspstf>) e do ICSI ([http://bit.ly/icsi\\_guideline](http://bit.ly/icsi_guideline)).

Tabelas 4 e 5 nas próximas páginas

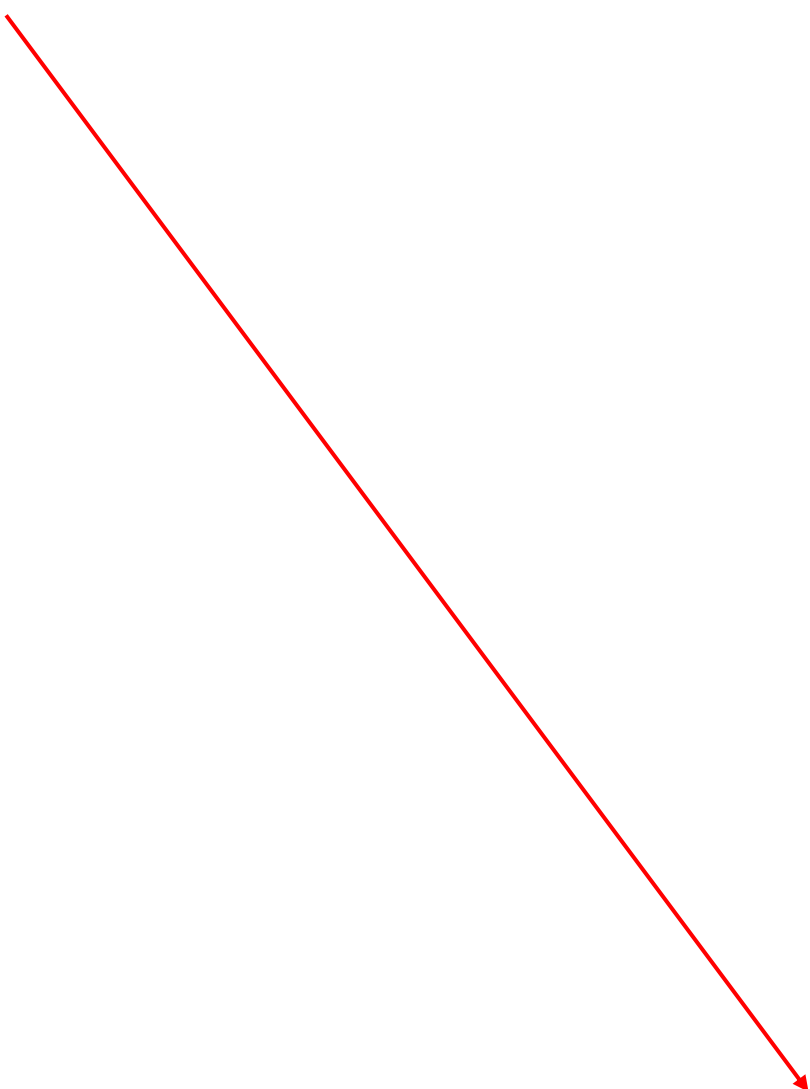


Tabela 4: Recomendações da U.S. Preventive Services Task Force para serviços preventivos para crianças e adolescentes

<b>Recomendação</b>	<b>Grau*</b>
Imunização contra doenças infecciosas	<b>A</b> (recém-nascidos, crianças e adolescentes)**
Conjuntivite gonocócica (medicação preventiva)	<b>A</b> (recém-nascidos)
Hipotireoidismo congênito (triagem)	<b>A</b> (recém-nascidos)
Fenilcetonúria (triagem)	<b>A</b> (recém-nascidos)
Anemia falciforme (triagem)	<b>A</b> (recém-nascidos)
HIV (triagem)	<b>A</b> (adolescentes $\geq 15$ anos) <b>A</b> (adolescentes de alto risco $< 15$ anos)
Surdez (triagem)	<b>B</b> (recém-nascidos)
Aleitamento natural (aconselhamento comportamental)	<b>B</b> (recém-nascidos e adolescentes grávidas)
Anemia ferropriva (medicação preventiva)	<b>B</b> (lactentes de alto risco) <b>I</b> (lactentes de risco médio)
Distúrbio de visão (triagem)	<b>B</b> (crianças entre 3 e 5 anos) <b>I</b> (crianças $< 3$ anos)
Cárie dentária (medicação preventiva)	<b>B</b> (lactentes e crianças $\leq 5$ anos)
Obesidade (triagem)	<b>B</b> (crianças $\geq 6$ anos e adolescentes)
Uso de tabaco (intervenção comportamental)	<b>B</b> (crianças e adolescentes)
Câncer de pele (aconselhamento comportamental)	<b>B</b> (adolescentes)
Hepatite B (triagem)	<b>B</b> (adolescentes de alto risco)
Infecções sexualmente transmissíveis (aconselhamento comportamental)	<b>B</b> (adolescentes sexualmente ativos)
Clamídia e gonorreia (triagem)	<b>B</b> (meninas adolescentes sexualmente ativas) <b>I</b> (meninos adolescentes)
Depressão (triagem)	<b>B</b> (adolescentes) <b>I</b> (crianças)
Displasia de desenvolvimento do quadril (triagem)	<b>I</b> (lactentes)
Hiperbilirrubinemia (triagem)	<b>I</b> (lactentes)
Anemia ferropriva (triagem)	<b>I</b> (lactentes)
Cárie dentária (triagem)	<b>I</b> (lactentes e crianças $\leq 5$ anos)
Atraso da fala e linguagem (triagem)	<b>I</b> (crianças)
Maus-tratos (intervenção comportamental)	<b>I</b> (crianças)
Hipertensão primária (triagem)	<b>I</b> (crianças e adolescentes)
Distúrbios dos lipídios (triagem)	<b>I</b> (crianças e adolescentes)
Uso de drogas ilícitas ou não-médico (aconselhamento comportamental)	<b>I</b> (crianças e adolescentes)
Abuso de álcool (triagem e aconselhamento comportamental)	<b>I</b> (adolescentes)
Risco de suicídio (triagem)	<b>I</b> (adolescentes)
Intoxicação por chumbo (triagem)	<b>I</b> (crianças com alto risco) <b>D</b> (crianças com risco médio)
Câncer de colo uterino (triagem)	<b>D</b> (meninas adolescentes)
Câncer testicular (triagem)	<b>D</b> (meninos adolescentes)
Herpes simples genital (triagem)	<b>D</b> (adolescentes)
Escoliose idiopática (triagem)	<b>D</b> (adolescentes)

\* Recomendações graus A e B: discutir e oferecer como prioridade. Recomendações grau D: desencorajar, exceto em caso de situações especiais. Recomendações grau I: ajudar os pacientes a entender a falta de certeza quanto ao benefício.

\*\* A imunização contra doenças infecciosas recebeu da USPSTF recomendação de grau A em edições passadas de seu "Guide to Clinical Preventive Services". A partir de 2014, a USPSTF não quer duplicar investimentos significativos de recursos e sugere seguir as recomendações do Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) dos Centers for Disease Control and Prevention (CDC), <http://www.cdc.gov/vaccines/>.

Fontes: Melnyk BM, Grossman DC, Chou R, Mabry-Hernandez I, Nicholson W, DeWitt TG, et al. USPSTF Perspective on evidence-based preventive recommendations for children. *Pediatrics*. 2012;130(2):e399-e407.

LeFevre M, Bibbins-Domingo K, Siu A. Fourth Annual Report to Congress on High-Priority Evidence Gaps for Clinical Preventive Services. U.S. Preventive Services Task Force. November 2014. [http://bit.ly/USPTF\\_4report](http://bit.ly/USPTF_4report).

Tabela 5: Níveis de prioridade de serviços preventivos para crianças e adolescentes, segundo critérios do Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)

<p><b>Nível I: Clínicos e/ou sistema de saúde têm que avaliar a necessidade e recomendar estes serviços preventivos a cada paciente.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Calendário completo de imunização</li> <li>• Triagem para clamídia (moças sexualmente ativas, com idade inferior a 25 anos)</li> <li>• Triagem neonatal (hemoglobinopatias, fenilcetonúria, hipotireoidismo + recomendações legais)</li> </ul>
<p><b>Nível II: Clínicos e/ou sistema de saúde devem avaliar a necessidade e recomendar estes serviços preventivos a cada paciente. Serviços com valor demonstrado, mas inferior aos do nível I, devem ser fornecidos sempre que possível.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aconselhamento sobre aleitamento natural</li> <li>• Aconselhamento isento sobre circuncisão</li> <li>• Triagem para depressão (adolescentes)</li> <li>• Aconselhamento sobre ingestão/suplementação de ácido fólico (moças em idade fértil)</li> <li>• Triagem auditiva universal (antes do primeiro mês)</li> <li>• Triagem para HIV (adolescentes a partir dos 15 anos)</li> <li>• Recomendação para que lactentes durmam em supinação</li> <li>• Triagem e aconselhamento sobre assentos de segurança de automóvel</li> <li>• Triagem de obesidade (registrar IMC a partir dos 2 anos de idade)</li> <li>• Aconselhamento sobre uso de dentífrico fluorado e aplicação de verniz com flúor</li> <li>• Triagem e intervenção para evitar o uso de tabaco</li> <li>• Triagem de distúrbio de visão (a partir dos 3 anos de idade)</li> </ul>
<p><b>Nível III: Clínicos e/ou sistema de saúde podem recomendar estes serviços preventivos aos pacientes, mas somente depois de considerar cuidadosamente os custos e benefícios. Serviços cuja evidência de efetividade é incerta, devem ser fornecidos mediante julgamento compartilhado com os pacientes.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Triagem e aconselhamento sobre uso de álcool</li> <li>• Triagem de exposição ao chumbo (1 a 5 anos de idade)</li> <li>• Triagem de problemas de desenvolvimento e comportamento</li> <li>• Triagem e aconselhamento sobre violência doméstica</li> <li>• Triagem de dislipidemia (a partir dos 2 anos de idade, casos de risco aumentado)</li> <li>• Triagem para displasia do quadril</li> <li>• Triagem e aconselhamento sobre injúrias no lar e em atividades recreacionais</li> <li>• Triagem de hiperbilirrubinemia (recém-nascido)</li> <li>• Orientação sobre técnica de lavagem das mãos para prevenção de infecções</li> <li>• Triagem de deficiência de ferro</li> <li>• Aconselhamento nutricional</li> <li>• Aconselhamento pré-concepcional</li> <li>• Aconselhamento para prevenção de gravidez</li> <li>• Triagem de escoliose</li> <li>• Triagem e aconselhamento sobre fumo passivo</li> <li>• Aconselhamento sobre doenças sexualmente transmissíveis</li> <li>• Aconselhamento sobre prevenção de câncer de pele</li> <li>• Triagem de testículos criptorquídicos</li> </ul>
<p><b>Nível IV: Serviços preventivos não apoiados pelas evidências e não devem ser recomendados.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Triagem mediante exames de bioquímica do sangue</li> <li>• Triagem de câncer de colo uterino</li> <li>• Triagem de maus-tratos infantis</li> <li>• Triagem de anemia (acima dos 5 anos de idade)</li> <li>• Triagem de tuberculose (pacientes com risco médio)</li> <li>• Exame qualitativo de urina e urocultura</li> </ul>

Fonte: Wilkinson J, Bass C, Diem S, Gravley A, Harvey L, Maciosek M, et al. Preventive Services for Children and Adolescents. Updated September 2013. Bloomington, MN: Institute for Clinical Systems Improvement; 2013. <http://bit.ly/icsi2013>.

A tabela 6 é uma tentativa de síntese das recomendações para cuidados de saúde preventivos baseada no calendário de procedimentos de puericultura da Sociedade Brasileira de Pediatria, nas diretrizes do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde e no protocolo da iniciativa Bright Futures da Academia Americana de Pediatria. Nas linhas da tabela estão dispostos os procedimentos preventivos ou doenças a serem triadas, obedecendo uma ordem decrescente de prioridade segundo as recomendações da USPSTF e do ICSI. Nas colunas, as faixas de idade, do pré-natal até o final da adolescência, evitando fixar um número rígido de consultas e vincular os procedimentos a idades muito específicas, tendo em vista o princípio de flexibilidade, já discutido acima. Algumas considerações sobre os principais procedimentos recomendados são apresentadas a seguir.

Ver tabela 6 no final do texto →

#### a. ANAMNESE E ORIENTAÇÃO

A coleta de dados de história e a orientação antecipatória encabeçam a lista de procedimentos porque a base da puericultura é a competência em revelar preocupações dos pacientes e cuidadores e orientar segundo as prioridades particulares e aquelas ditadas pelas diretrizes de especialistas. Assim, fazer perguntas abertas acerca das condições sociambientais das famílias e indivíduos objetos dos cuidados, assim como inquirir criteriosamente sobre a história inicial ou dos intervalos entre consultas, constituem procedimentos essenciais em todos os encontros clínicos. Consolidam a relação médico-família e possibilitam o diagnóstico de saúde necessário para compartilhar decisões. Nessa tarefa, é extremamente útil o arsenal de perguntas-gatilho da iniciativa Bright Futures, disponível em seu guia de bolso ([http://bit.ly/BF\\_guide](http://bit.ly/BF_guide)).

Quanto à orientação antecipatória, há poucas evidências científicas de sua efetividade, mas estudos comprovam que pais/cuidadores esperam receber do profissional de saúde o que julgam um aconselhamento apropriado para cada idade sobre desenvolvimento, comportamento, disciplina e segurança. Segundo a USPSTF e o ICSI, devem ser abordados no seu devido tempo os seguintes tópicos: ingestão de ácido fólico para moças em idade fértil, promoção do aleitamento natural, recomendação para que lactentes durmam em posição de supinação, prós e contras da circuncisão neonatal, uso de dentifrício fluorado a partir da erupção do primeiro dente, prevenção do tabagismo, proteção contra o câncer de pele em adolescentes e prevenção de doenças transmitidas sexualmente em jovens com atividade sexual. Além desse grupo prioritário, os seguintes tópicos de efetividade mais incerta devem ser considerados: prevenção de maus tratos e violência doméstica, proteção contra injúrias no lar, uso de álcool, uso não-médico de drogas lícitas, uso de drogas ilícitas, orientação sobre técnica de lavagem das mãos para prevenir infecções, orientação nutricional, prevenção de gravidez, orientação pré-concepcional e prevenção de câncer de pele em crianças. No campo do comportamento, há estudos que apoiam a discussão sobre técnicas de promoção da disciplina, melhora de habilidades sociais e desenvolvimento mental da criança, aumento do contato positivo entre pais e crianças, melhora da interação mãe-filho, manejo de crianças com temperamento difícil, fobia da febre, manejo efetivo de problemas de sono e facilitação da alfabetização por meio da leitura para os filhos.

A orientação para prevenir injúrias por causas externas inerentes a cada etapa do desenvolvimento pode melhorar o conhecimento dos pais/cuidadores e a adoção de medidas de segurança. É recomendável orientar

sobre as técnicas de prevenção de cada tipo específico de trauma, esclarecendo sobre a maior eficácia das medidas de proteção passiva, mais permanentes, como as que tornam a casa “à prova de acidentes”. A orientação para a segurança no trânsito, principalmente uso de dispositivos restritivos de segurança, como cadeirinhas e assentos de elevação, merece destaque, por ter evidência mais forte de custo-benefício positivo.

A tabela 6 ressalta que os cuidados preventivos da criança começam com a consulta pré-natal, que deve ser realizada sempre que possível com ambos os pais. Seus objetivos principais são: avaliar a família, suas expectativas, necessidades, preocupações e fatores de risco; estabelecer uma relação produtora com ambos os pais, antes do parto; detectar problemas médicos gestacionais; esclarecer dúvidas específicas; iniciar a orientação preventiva, com ênfase na amamentação, fumo passivo, saúde oral, imunizações e segurança.

#### b. EXAME FÍSICO

A recomendação para a realização de exame físico completo repetitivo está ausente da tabela 6 (embora conste de muitos protocolos de puericultura como recomendação empírica) porque há evidências convincentes de que a ênfase dada a esse procedimento de forma sequencial constitui um desperdício de tempo do médico, em vista da dificuldade técnica da execução consistente de todos os seus componentes, do número insignificante de diagnósticos novos a partir da primeira avaliação completa e da falta de intervenções efetivas nos positivos verdadeiros.

Revisões mais criteriosas recomendam a utilização mais efetiva do tempo, enfocando certos aspectos específicos do exame físico, de acordo com a idade. Por exemplo, há sugestões empíricas para realizar ausculta cardíaca e palpação de pulsos no mínimo três vezes no primeiro semestre de vida, repetindo no final do primeiro ano, na idade pré-escolar, na entrada da escola e no início da adolescência, pois são procedimentos simples, que constituem testes de triagem sensíveis e específicos para cardiopatias congênitas. Outros exemplos são os testes de Barlow e Ortolani, para triagem da displasia evolutiva do quadril, o exame dos testículos durante o primeiro ano de vida e a aferição rotineira da pressão arterial a partir dos 3 anos de idade, recomendados em vista de sua simplicidade.

#### c. VIGILÂNCIA DO CRESCIMENTO E DO DESENVOLVIMENTO

Quanto ao crescimento, a tabela 6 se alinha à maior parte dos protocolos de puericultura ao recomendar a realização seriada de três procedimentos complementares: a aferição de medidas antropométricas (ou cálculo de índice antropométrico), a plotagem dos valores em curvas padronizadas de referência e a discussão de cada curva com os pacientes/cuidadores. As medidas/índices antropométricos são: o peso, o comprimento e o perímetro cefálico, até os dois anos de idade; e o peso, a altura e o índice de massa corporal a partir de então, até o final da adolescência.

É importante ressaltar que não há evidências científicas de que a monitorização do crescimento, como procedimento sistemático em todas as consultas, tenha benefícios em si, embora seja uma tradição quase religiosa da prática pediátrica. Por exemplo, tanto o ICSI como a USPTF não a recomendam como rotina, exceto como teste de triagem de obesidade, respectivamente a partir dos 2 e 6 anos de idade. O que indicam os estudos é uma percepção de que a monitorização do crescimento pode ser útil na tranquilização dos pais e na sua conscientização quanto à relevância de boas práticas nutricionais. A literatura médica atual chama a

atenção para o fato de que o crescimento de um indivíduo é um processo descontínuo, com alternância de saltos e repousos, que é frequentemente mal interpretado em vista de oscilações transitórias das medidas antropométricas plotadas nas curvas padronizadas, alisadas por procedimentos matemáticos. Especialistas alertam que o excessivo apego à plotagem dos dados nas curvas a intervalos muito pequenos, comumente com frequência mensal, pode desviar a atenção de outras tarefas relevantes de educação e procedimentos de triagem.

Por outro lado, monitorar o crescimento exige técnicas adequadas, como manter os instrumentos bem calibrados, pesar a criança sem roupas ou com o mínimo de roupas leves, aferir a estatura e o perímetro cefálico com precisão, traçar as curvas com linhas retas unindo pontos em vez de bolotas e utilizar as curvas da Organização Mundial da Saúde.

A tendência atual é enfatizar a monitorização do peso até o final do primeiro ano de vida, pelo menos aos 2, 4, 6 e 9 meses, e se concentrar na estatura e índice de massa corporal a partir de então, mas a frequência ideal não está definida. Encaminhamentos para investigação de crescimento deficiente devem levar em conta critérios que incluem a avaliação da estatura dos pais e a diminuição da velocidade do crescimento em pelo menos duas ocasiões.

Em relação à preocupação crescente com a prevalência da obesidade, vale ressaltar que a caderneta de saúde brasileira traz as curvas de índice de massa corporal, que devem ser sempre preenchidas.

Quanto à triagem de problemas de desenvolvimento, não existem evidências conclusivas sobre tipos e frequência de procedimentos, mas todos os protocolos preconizam a busca ativa de preocupações dos pais acerca do desenvolvimento dos filhos, a identificação de fatores de risco para problemas no desenvolvimento, a avaliação objetiva de habilidades (motoras, cognitivas, de comunicação e de interação social) e o registro sequencial dessas informações nas consultas de puericultura.

A tabela 6 acompanha a recomendação da iniciativa Bright Futures de monitorar sistematicamente os marcos de desenvolvimento e aplicar testes formais de triagem de problemas de desenvolvimento em todas as crianças aparentemente normais, nas consultas de 9, 18 e 30 meses de idade. A Sociedade Brasileira de Pediatria publicou recentemente o Manual de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento, que apresenta uma descrição dos principais testes passíveis de aplicação na atenção primária. Há uma tendência corrente de valorizar testes baseados em informações objetivas dos pais/cuidadores, como o Parents' Evaluation of Development Status - PEDS (<http://www.pedstest.com>), pela alta sensibilidade e especificidade e pela praticidade.

#### d. IMUNIZAÇÕES

A imunização contra doenças transmissíveis é um dos raros cuidados de saúde cuja eficácia está clara e amplamente documentada. Assim, todo profissional de saúde deve recomendar severamente o seguimento do calendário de vacinas do Ministério da Saúde. Quanto às vacinas de eficácia já amplamente comprovada em outros países e que estejam ausentes do calendário brasileiro, é recomendável sugerir a sua aplicação se possível. Assim, recomendar as doses extras das vacinas contra varicela e hepatite A, para as quais o calendário oficial indica dose única, as novas vacinas quadrivalentes contra o meningococo e a vacina contra o papilomavírus humano para todas as crianças, independentemente do sexo, a partir dos 9 anos de idade.

#### e. ANEMIA POR DEFICIÊNCIA DE FERRO

Não há, até o momento, estudos com delineamento adequado para avaliar a eficácia ou efetividade do rastreamento de anemia em crianças assintomáticas. A USPSTF e o ICSI não acharam evidências suficientes para recomendar ou contraindicar a triagem rotineira de lactentes assintomáticos entre 6 e 12 meses, mas recomendam a administração preventiva de ferro a crianças com fatores de risco, tais como prematuridade e/ou baixo peso ao nascer, exposição ao chumbo, uso de leite de vaca integral no primeiro ano de vida, alimentação complementar pobre em ferro, pobreza e déficit de crescimento. A iniciativa Bright Futures recomenda triagem universal no final do primeiro ano de vida, composta pela dosagem de hemoglobina sérica e busca dos fatores de risco citados. Além disso, recomenda para essas crianças de risco a triagem periódica a partir dos quatro meses e anualmente até os cinco anos; para crianças com alimentação vegetariana, na idade escolar; e em meninas adolescentes com perdas menstruais excessivas ou dieta pobre em ferro.

No Brasil, o Programa Nacional de Suplementação de Ferro recomenda suplementação a todas as crianças de 6 a 18 meses, iniciando mais cedo para as de baixo peso ao nascer e prematuras. Desde que tal orientação seja efetivamente seguida, não haveria necessidade de triagem universal.

#### f. PREVENÇÃO DE CÁRIE DENTÁRIA

A cárie dentária pode ser prevenida e o pediatra deve assumir a responsabilidade pelo cuidado inicial dos dentes, uma vez que o número de consultas médicas nos primeiros anos é muito superior ao das consultas com dentistas.

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

A escovação dos dentes deve ser recomendada a partir da erupção do primeiro dente, com escova macia e dentifício fluorado. A concentração de flúor do creme dental deve ser de 1000 mg/dL e a quantidade colocada na escova deve ser apenas um esfregão nos dois primeiros anos de vida e do tamanho de uma ervilha dos dois aos seis anos. Especialistas também recomendam a aplicação de verniz fluorado a partir da erupção dos primeiros dentes.

O encaminhamento ao dentista deve ser feito no máximo seis meses depois da erupção do primeiro dente ou 12 meses de idade.

#### g. PROCEDIMENTOS DE TRIAGEM PRIORITÁRIOS

A tabela 6 discrimina os procedimentos de triagem prioritários, que são aqueles cujo benefício líquido, segundo a USPSTF e o ICSI, é moderado a substancial, de modo que sua realização é mais fortemente recomendada, diferentemente daqueles com benefício incerto, que só devem ser fornecidos mediante



juízo compartilhado com os pacientes, depois de pesar criteriosamente os custos e benefícios. Os prioritários incluem a triagem neonatal, da surdez, de distúrbios da visão, de infecção por clamídia e HIV, tabagismo, depressão e uso de assentos de segurança para automóvel.

A triagem neonatal inclui defeitos genéticos e cardiopatias congênitos. Todo recém-nascido deve ter amostra de sangue colhida para a triagem de fenilcetonúria, hipotireoidismo e hemoglobinopatias. Não há evidências científicas suficientes para a recomendação do uso universal de outros testes de triagem metabólica neonatal. Protocolos ampliados, de acordo com prioridades definidas pelos órgãos de saúde pública local, sugerem o painel básico do American College of Medical Genetics, que inclui a triagem de deficiência de biotinidase, hiperplasia adrenal congênita, galactosemia clássica, fibrose cística, doença do xarope de bordo, homocistinúria, citrulinemia, acidemia argininosuccínica, tirosinemia tipo I, deficiências de acil-CoA desidrogenase, deficiência proteica trifuncional, defeito de captação da carnitina e vários distúrbios do metabolismo de ácidos orgânicos. A colheita do sangue deve ser feita a partir de 24 horas de vida, até o sétimo dia; caso a amostra seja retirada antes das primeiras 24 horas, o teste deve ser repetido até a terceira semana de vida. A triagem de cardiopatia é feita por meio de oximetria de pulso, depois das primeiras 24 horas de vida.

A triagem universal de surdez no período neonatal tem embasamento científico suficiente; no Brasil, é obrigatória por lei a realização gratuita do exame de emissões otoacústicas evocadas (teste da orelhinha) em todos os hospitais e maternidades.

Além do período neonatal, só se recomenda outra testagem audiológica formal em crianças com um ou mais fatores de risco para surdez, tais como preocupação dos cuidadores com a audição, fala ou desenvolvimento, história familiar de surdez infantil, atendimento em centro de terapia intensiva neonatal, uso de medicações ototóxicas, hiperbilirrubinemia em nível de exsanguinotransfusão; certas infecções perinatais ou pós-natais associadas com surdez, certas malformações, doença neurodegenerativa, traumatismo craniano e otite média recorrente. Até o final da adolescência, a monitorização da aquisição da fala é um procedimento que se impõe pela simplicidade.

A efetividade dos testes de triagem da visão tem sido muito debatida, mas o consenso de especialistas é de que a identificação de estrabismo, ambliopia e cataratas seja buscada a partir do período neonatal e regularmente nas consultas de puericultura. O Grupo de Trabalho de Prevenção da Cegueira da SBP recomenda realizar o teste do reflexo vermelho (teste do olhinho) antes da alta da maternidade e repetido na primeira consulta de puericultura, aos dois, seis, nove e 12 meses de vida. A USPSTF recomenda triagem para ambliopia, anisometropia e estrabismo, por meio do teste do reflexo luminoso de Hirschberg e de testes de cobertura, acuidade visual e estereoacuidade, para todas as crianças entre três e cinco anos de idade. A partir dos três anos e no início da adolescência, está indicada a triagem da acuidade visual por meio de tabelas de letras ou figuras, com encaminhamento de crianças de 3 a 5 anos com acuidade inferior a 20/40 ou diferença de duas linhas entre os olhos e de crianças de 6 anos ou mais com acuidade inferior a 20/30 ou diferença de duas linhas entre os olhos.

Tanto a USPTF como o ICSI preconizam a triagem de infecção por clamídia anualmente em meninas sexualmente ativas e triagem universal de infecção por HIV uma vez a partir dos 15 anos, sendo indicada a partir do início da adolescência em casos de alto risco (homossexuais masculinos, usuários de drogas

injetáveis, sexo não protegido, parceiros sexuais HIV positivos ou usuários de drogas injetáveis, prostituição e diagnóstico de doenças transmitidas sexualmente), que devem ser submetidos a triagem anual.

Há evidências científicas que apoiam a triagem repetida do uso de tabaco e/ou exposição ambiental ao tabaco, das consultas pré-natais até o final da adolescência, além de intervenções educativas acerca de estratégias de não-iniciação ou cessação do tabagismo tanto para pais como filhos.

Adolescentes devem ser triados para depressão, mediante a utilização de testes específicos, como o Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) e o Beck Depression Inventory-Primary Care Version (BDI-PC).

Por fim, o ICSI recomenda a triagem rotineira acerca do uso de assentos de segurança de automóvel, acompanhada de orientação acerca dos tipos apropriados ao tamanho da criança, conforme resumido na tabela 6.

### **Destaques:**

- O atendimento pediátrico tem que considerar a consulta propriamente dita, assim como o acompanhamento de saúde a longo prazo.
- A consulta começa pelos cuidados com ambiente, atitudes e competências de comunicação e deve seguir um roteiro o mais completo possível, que pode ser adaptado em função do tempo.
- Orientações preventivas de saúde e triagem de problemas são responsabilidades precípuas do pediatra e da equipe de saúde, numa ação colaborativa multiprofissional.
- Devem ser organizadas e aplicadas segundo uma ordem de prioridade apoiada em evidências científicas.
- Devem seguir critérios de abrangência, continuidade e customização.
- Devem respeitar a diversidade de contextos sociais e a prática de decisões compartilhadas.

### **Questões de revisão:**

1. O pediatra precisa ter competência para conduzir uma consulta abrangente, que leve em conta a criança em seu contexto. Descreva pelo menos seis elementos básicos para o bom entendimento médico-paciente-família, que propiciem uma avaliação clínica mais completa.
2. Perguntas abertas são preferíveis na anamnese, mesmo quando precisa ser mais objetiva pelo fator tempo. Dê exemplos de perguntas abertas sobre o hábito de conversar com os pais, relação com amigos, hábitos de alimentação, exercícios físicos, cuidados com segurança, sexualidade e uso de drogas.
3. Cite pelo menos seis condições socioambientais que devem ser registradas na consulta pediátrica.
4. Descreva as medidas antropométricas que têm que ser aferidas na consulta pediátrica e os principais cuidados na aferição e na plotagem nos gráficos apropriados.

5. Caracterize a prática de decisão compartilhada e os principais cuidados que requerem a atenção do pediatra.
6. Cite as duas instituições acadêmicas que produzem recomendações mais organizadas, por meio de revisões sistemáticas da literatura, sobre os procedimentos clínicos que têm embasamento científico para justificar serem incluídos no acompanhamento de saúde da criança e do jovem. Acesse agora os seus respectivos sites e descreva sucintamente os pontos de maior interesse pediátrico.
7. Qual é o calendário ideal de consultas de puericultura e por quê?
8. Quais são os três procedimentos complementares importantes na vigilância do crescimento e quais são as medidas e índices antropométricos envolvidos?
9. Cite cinco técnicas adequadas para a monitorização do crescimento.
10. Cite quatro técnicas recomendadas para a triagem de problemas de desenvolvimento.
11. Descreva a recomendação do Programa Nacional de Suplementação de Ferro para a prevenção de anemia em crianças brasileiras.
12. Quais as recomendações sobre escovação dentária e primeiro encaminhamento ao dentista?
13. Cite os seis procedimentos de triagem considerados prioritários por terem benefício líquido de moderado a substancial, desde o período neonatal até a adolescência.

### **Leituras sugeridas:**

1. Balog EK, Hanson JL, Blaschke GS. Teaching the essentials of “well-child care”: inspiring proficiency and passion. *Pediatrics*. 2014;134(2):206-9. <https://dx.doi.org/10.1542/peds.2014-1372>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. [http://bit.ly/ms\\_rastreamento\\_2010](http://bit.ly/ms_rastreamento_2010).
3. Grossman DC, Kemper AR. Confronting the Need for Evidence Regarding Prevention. *Pediatrics*. 2016;137(2). <https://dx.doi.org/10.1542/peds.2015-3332>.
4. Guyer B, Ma S, Grason H, Frick KD, Perry DF, Sharkey A, et al. Early childhood health promotion and its life course health consequences. *Acad Pediatr*. 2009;9(3):142-9 e1-71. <https://dx.doi.org/10.1016/j.acap.2008.12.007>.
5. Hagan Jr JF, Duncan PM. Maximizing children’s health. Screening, anticipatory guidance, and counseling. In: Kliegman RM, Stanton BF, St. Geme III JW, Schor NF, Behrman RE, editors. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 20th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2016. p. 37-40. [http://bit.ly/hagan\\_nelson\\_2016](http://bit.ly/hagan_nelson_2016).
6. Hagan Jr JF, Shaw JS, Duncan PM, eds. *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children and adolescents*. 4 ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2017. [http://bit.ly/bright\\_futures](http://bit.ly/bright_futures).
7. Melnyk BM, Grossman DC, Chou R, Mabry-Hernandez I, Nicholson W, DeWitt TG, et al. USPSTF Perspective on evidence-based preventive recommendations for children. *Pediatrics*. 2012;130(2):e399-e407. <https://dx.doi.org/10.1542/peds.2011-2087>.
8. Palfrey JS. Transforming child health care. *Pediatrics*. 2013;132(6):1123-4. <https://dx.doi.org/10.1542/peds.2013-3096>.
9. Shaw JS, Duncan PM. Providing health supervision to support high-quality primary care: the time is now. *Acad Pediatr*. 2011;11(1):1-2. <https://dx.doi.org/10.1016/j.acap.2010.12.012>.

10. Simon GR, Baker CN, Barden GA, Brown OSW, Hackell JM, Hardin AP, et al. 2016 Recommendations for Preventive Pediatric Health Care. *Pediatrics*. 2016;137(1). <https://dx.doi.org/10.1542/peds.2015-3908>.
11. Tanner JL, Stein MT, Olson LM, Frintner MP, Radecki L. Reflections on well-child care practice: A National Study of Pediatric Clinicians. *Pediatrics*. 2009;124(3):849-57. <https://dx.doi.org/10.1542/peds.2008-2351>.
12. Wilkinson J, Bass C, Diem S, Gravley A, Harvey L, Maciosek M, et al. Preventive Services for Children and Adolescents. Updated September 2013. Bloomington, MN: Institute for Clinical Systems Improvement; 2013. <http://bit.ly/icsi2013>.

Tabela 6: Recomendações apoiadas em evidências para cuidados de saúde preventivos de crianças e adolescentes

Doenças e procedimentos	Idade	Pré-natal	Primeira semana	Lactente						Pré-escolar	Escolar	Adolescente			
				Idades sugeridas para as consultas:									Consultas anuais	Consultas anuais	Consultas anuais até os 21 anos
				1 m	2 m	4 m	6 m	9 m	12 m	15 m	18 m				
<b>História</b>	Avaliar em todas as consultas; preocupações dos pais. Revisar em todas as consultas: determinantes sociambientais da saúde e doença, estilos de vida. Registrar no prontuário médico.														
<b>Orientação antecipatória</b>	Orientar pais/cuidadores em todas as consultas, conforme prioridades gerais e particulares. Considerar recomendações das tabelas 2 (USPSTF) e 3 (ICS1).								Orientar adolescente em separado e pais/cuidadores em todas as consultas, conforme prioridades gerais e particulares.						
<b>Crescimento e triagem de obesidade</b>	Peso, estatura e perímetro cefálico: registrar nas curvas de referência. (Atenção aos comentários do texto sobre frequência e técnica das aferições.)			Peso, estatura e índice de massa corporal: aferir, registrar nas curvas de referência e discutir com o paciente.											
<b>Desenvolvimento</b>	Vigilância dos marcos de desenvolvimento			Triagem		Vigilância		Triagem		Triagem aos 30 meses e vigilância em todas as consultas, com ênfase no desempenho escolar a partir da idade escolar					
<b>Imunizações</b>	Discutir calendário. Aplicar dTap.		Verificar registro de vacinas aplicadas, encaminhar para aplicação de doses indicadas ou em atraso e recomendar severamente o seguimento do calendário vacinal do Ministério da Saúde e, se possível, o da SBP.												
<b>Conjuntivite gonocócica</b>	Medicação preventiva														
<b>Anemia ferropriva</b>	Triagem			Suplementação de ferro a lactentes de risco											
<b>Cárie dentária</b>	Triagem e orientação sobre dieta não-cariogênica e cuidados preventivos			Orientação sobre dentifício fluorado e aplicação de verniz com flúor a partir da erupção do primeiro dente											
<b>Triagem prioritária*</b>	<b>Neonatal‡</b>	•													
	<b>Audição</b>	Triagem universal		Monitorizar aquisição da fala						Audiometria (alto risco)		Avaliação da fala (alto risco)			
	<b>Visão</b>	Reflexo vermelho		Teste para estrabismo.				Teste de acuidade visual aos 3 anos.				Teste de acuidade visual aos 11 anos.			
	<b>Clamídia</b>											Triagem anual em meninas sexualmente ativas.			
	<b>HIV</b>											Triagem em adolescentes de alto risco		Triagem universal (uma vez a partir dos 15 anos). Repetir anualmente em adolescentes de alto risco.	
	<b>Tabagismo</b>	Triagem de uso de tabaco e/ou exposição ambiental ao tabaco, orientação sobre estratégias de não-iniciação ou cessação do tabagismo.													
	<b>Depressão</b>											Triagem a partir dos 12 anos			
<b>Assentos de automóvel</b>	Triagem e orientação sobre assento de segurança para automóvel, virado para trás até os 2 anos de idade.				Assento de segurança virado para frente				Assento de elevação até 1,45m de estatura		Triagem e orientação sobre uso de cinto de segurança a partir de 1,45m de estatura, no banco traseiro até os 13 anos.				
<b>Triagem não prioritária †</b>	<b>Hiperbilirrubinemia</b>	Triagem													
	<b>Displasia do quadril</b>	Ortolani e Barlow													
	<b>Hipertensão</b>	Avaliação em lactentes de alto risco				Consensos de especialistas recomendam a aferição da pressão arterial nas consultas de rotina						Obrigatória a partir dos 18 anos			
	<b>Violência doméstica</b>	Triagem e orientação preventiva													
	<b>Injúrias domésticas e recreativas</b>	Triagem e orientação preventiva													
	<b>Dislipidemia</b>							Triagem a partir dos 2 anos, se fatores de risco		Triagem universal entre 9 e 11 anos, segundo consensos de especialistas		Triagem se fatores de risco		Triagem universal	
	<b>Exposição ao chumbo</b>							Triagem em situações de alto risco, 1 a 5 anos							
Significado das setas: Realizar procedimento em todas as consultas →; realizar na primeira oportunidade ←; faixa recomendada para a realização ← • →															
* Procedimentos prioritários de triagem; benefício líquido moderado a substancial.															
† Procedimentos de triagem com benefício incerto, segundo as evidências científicas.															
‡ Triagem sanguínea: hipotireoidismo congênito, fenilcetonúria, hemoglobiopatias + recomendações legais. Triagem de cardiopatia congênita por meio de oximetria de pulso.															

Adaptado de: Wilkinson J, Bass C, Diem S, Gravley A, Harvey L, Maciosek M, et al. Preventive Services for Children and Adolescents. Updated September 2013. Bloomington, MN: Institute for Clinical Systems Improvement; 2013. Simon GR, Baker CN, Barden GA, Brown OSW, Hackell JM, Hardin AP, et al. 2016 Recommendations for Preventive Pediatric Health Care. Pediatrics. 2016;137(1) U.S. Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services 2014. Rockville, MD: AHRQ; 2014.