

Capítulo 93

Puericultura: do nascimento à adolescência

Danilo Blank

A PUERICULTURA NA ERA DA SAÚDE COLABORATIVA

Acompanhamento de saúde de crianças e jovens, supervisão de saúde, cuidados com a criança saudável e puericultura são termos que se referem a um mesmo constructo: o complexo de ações promotoras de saúde exercidas contínua e globalmente com foco na criança (mas contemplando sua família e sua comunidade), da gestação ao fim da adolescência, visando a propiciar-lhe o melhor nível de desenvolvimento físico, emocional, intelectual, moral e social e capacitá-lo a uma vida mais longa, produtiva e completa¹⁻⁴. Tais ações destacam-se dos chamados cuidados primários de saúde, por não terem como foco precípua o diagnóstico e tratamento de doenças agudas ou crônicas, mas a promoção da saúde e prevenção de doenças, por meio de 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 físico⁵⁻¹⁰. Além do âmbito clínico, esses serviços preventivos são hoje considerados uma prioridade de saúde pública, a tal ponto que os Centros de Controle e Prevenção de Doenças lançaram uma série periódica de relatórios que examinam criticamente sua utilização real, com o objetivo de prover aos profissionais de saúde e à comunidade informações apoiadas em evidências científicas que contribuam para o aumento de sua efetividade¹¹.

Num plano conceitual, cabe destacar que a puericultura contemporânea, apropriada pela pediatria há mais de um século, transformou gradativamente o que eram técnicas de higiene passadas de mãe para filha – logo, repletas de mitos e tabus – numa ciência verdadeira^{5,7,12,13}. A puericultura hoje expande seus domínios a partir dos cuidados clínicos preventivos primários e secundários – intervenções que respectivamente obstam a ocorrência de doenças e atenuam sua progressão ou impacto –, confundindo a fronteira com a chamada pediatria comunitária, ao considerar fortemente os determinantes sociais da saúde, as zoonoses e a perspectiva da equidade^{14,15}. Nesse sentido, a recomendação atual de consenso é que todo profissional de saúde se engaje também nas ações comunitárias de promoção da saúde^{16,17}.

Por outro lado, a puericultura pauta-se pelas noções modernas de saúde colaborativa – o compartilhamento de poderes com as pessoas e suas circunstâncias, sob forma de informação, engajamento e responsabilidade – e prevenção quaternária, que contempla tanto proteger o paciente da hipermedicalização, como filtrar, debulhar e propagar o conhecimento¹⁸⁻²³.

FUNDAMENTOS

As estratégias atuais de acompanhamento da saúde têm sido norteadas por cinco fatores contemporâneos: o olhar ecológico, tendo o indivíduo e sua família como centro de atenção, mas com percepção da diversidade de contextos sociais²⁴⁻²⁶; a afirmação da medicina baseada em evidências, incluindo sua difusão pela internet^{5,27-29}; a primazia logística dos cuidados coordenados, no âmbito do chamado domicílio “médico”³⁰⁻³²; a continuidade dos cuidados, orientada pelas etapas do desenvolvimento, bem como por fatores de risco e resiliência^{2,33}; e a prática da saúde colaborativa, incluindo decisões compartilhadas^{21,34,35}.

Olhar ecológico e equidade

A diversidade no mundo moderno constitui um desafio permanente para os profissionais de saúde que lidam com crianças e suas famílias³⁶⁻³⁸. Por um lado, deparam-se 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; além de condições variadas de pobreza. Por outro lado, constatam as fortes pressões que o meio ambiente exerce sobre a família: influência negativa da mídia, principalmente a televisão; violência urbana e riscos do trânsito; exposição ao fumo, álcool e outras drogas; comportamento sexual inseguro e cada vez mais precoce. Entretanto, uma das linhas mestras da puericultura atual é que todas as crianças e jovens – assim como suas famílias – têm que receber atendimento de modo equânime^{19,39}. Para tanto, é essencial assumir a ótica da chamada pediatria contextual, segundo a qual o clínico não toma mais o pulso somente da criança, mas da casa, da escola e da comunidade; é necessário centrar o atendimento na família e estabelecer parcerias efetivas fora do consultório. Embora a ênfase deste capítulo esteja na atuação clínica primária do médico e da equipe de saúde, sempre que possível é ressaltado o papel das atividades comunitárias: ações baseadas em escolas, associações de bairros, igrejas ou centros de saúde podem ter tanta ou maior importância do que o trabalho clínico^{36,40-42}.

Percepção crítica das evidências científicas que alicerçam ações preventivas

Várias instituições acadêmicas (por exemplo: U. S. Preventive Services Task Force (USPSTF)⁴³, Cochrane Public Health Group⁴⁴, Canadian Task Force on Preventive Health Care⁴⁵) dedicam-se a estabelecer, 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. Por essas fontes, o profissional de saúde tem acesso fácil a uma enorme quantidade de informações confiáveis e de aplicabilidade quase imediata. Outros grupos (por exemplo: Bright Futures/American Academy of Pediatrics (AAP)⁸, Healthy People 2020⁴⁶, International Union for Health Promotion and Education (IUHPE)⁴⁷, Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)⁴⁸, Guide to Clinical Preventive Services⁴⁹, Rourke Baby Record⁵⁰), filtram e sintetizam esse mar de informação em protocolos objetivos – aí, sim – com aplicabilidade direta. Entretanto, as discordâncias não são poucas; é essencial que o clínico empregue seu juízo crítico e adapte as condutas às necessidades da sua população-alvo^{5,28}. As recomendações contidas neste capítulo procuram equilibrar tais inconsistências, usando com frequência as opiniões de expertos na área.

Do domicílio “médico” aos cuidados coordenados

Os cuidados de saúde ideais de crianças e jovens – com evidências de custo-efetividade em relação a atendimentos em serviços de prontoatendimento – são providos no chamado domicílio médico, cujo conceito engloba um local definido de referência, de acesso fácil, com equipe conhecida de profissionais, capaz de dar atenção abrangente, constante, afetiva, centrada na família, respeitando o seu contexto cultural, mas sobretudo integrada com os recursos da comunidade^{32,51,52}

As aspas colocadas no adjetivo “médico” enfatizam que se trata da atenção à saúde como um todo, não apenas do médico, ainda que a este seja muitas vezes atribuído o papel central⁴². O modelo proposto hoje pelos especialistas é o de cuidados coordenados, baseado no atendimento da família e que abrange a comunicação efetiva dentro dos sistemas de atenção à saúde e responsabilidades compartilhadas com outros serviços da comunidade, com um sistema de informação eletrônico acessível a todos os profissionais e pacientes^{9,23,31}.

Bright Futures, a iniciativa mais ambiciosa de promoção da saúde de crianças e jovens, sugere que a puericultura se baseie na integração efetiva de uma “conexão vertical” – todos os profissionais e pessoal auxiliar do serviço de saúde – com uma “conexão horizontal” – os programas comunitários de creches, escolas, associações de bairro, igrejas e serviços de saúde pública^{8,25}. Nesse modelo, cabe aos integrantes mais capacitados de qualquer um dos eixos zelar pelo domínio do programa de promoção da saúde por todos os profissionais envolvidos, pela uniformidade dos padrões de evidência científica e pelo uso racional dos recursos humanos e materiais¹.

Continuidade e seus fatores

Dois dos pilares do modelo de domicílio médico, a familiaridade com a equipe de saúde e os cuidados permanentes ao longo do desenvolvimento da criança, pressupõem o reconhecimento dos pontos de transição e adaptação dessa trajetória, que devem servir de base para personalizar a frequência de atendimento, de acordo com as necessidades diferentes de cada família, sob a ótica de curso de vida, a partir de um protocolo mínimo de consultas^{2,53,54}. Para isso, um dos melhores modelos é o dos momentos decisivos (touchpoints) de Brazelton, que descreve janelas de oportunidade para intervenção preventiva junto às famílias³³. Contudo, ainda que tais momentos pareçam ser universais, é essencial considerar a sua modulação pelo complexo socioecológico resumido na tabela 93.1.

Há evidências convincentes de que a criança sem necessidades especiais de atenção – a chamada “well-child” dos protocolos de língua inglesa – pode ter somente três consultas de supervisão no primeiro ano de vida, sem detrimento à sua saúde⁵. A identificação e registro efetivo do diagnóstico de saúde, mediante o equilíbrio dos fatores de proteção e risco mostrados na tabela, pode indicar um protocolo de acompanhamento abreviado. Contudo, todos os protocolos de puericultura publicados – que não são documentos científicos, mas opções arbitrárias – tendem a preconizar coberturas mais completas, que acabam por exceder a capacidade dos serviços de saúde^{25,28,55}. Por exemplo, a Caderneta de Saúde da Criança do Ministério da Saúde do Brasil recomenda nove consultas de acompanhamento da saúde nos dois primeiros anos de vida⁵⁶, em sintonia com o Rourke Baby Record⁵⁰, enquanto a AAP preconiza onze¹⁰ e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), doze⁵⁷. De toda forma, há consenso entre tais recomendações que abrangem toda a faixa pediátrica, do nascimento ao final da adolescência, de que existe uma relação entre a continuidade de atendimento e o ritmo de desenvolvimento da criança, sugerindo um número maior de consultas nas fases com mais pontos de transição^{54,58}.

A iniciativa Healthy People do governo estadunidense, que se apoia em metas realistas para indicadores de saúde selecionados para definir a continuidade da atenção à saúde, é digna de consideração. A tabela 93.2 mostra os doze tópicos que regem essa estratégia, com os seus 26 indicadores principais e respectivas metas para o ano de 2020, com destaque ao fato de que pelo menos metade deles têm interesse específico para a pediatria⁴⁶.

Tabela 93.1. Alguns determinantes socioecológicos de saúde/doença em crianças e jovens

	Fatores de proteção	Fatores de risco
Atributos do indivíduo	Genética favorável Desenvolvimento adequado, inteligência alta Temperamento fácil Autoestima alta Autocontrole Habilidade para resolver problemas Habilidade de planejamento Capacidade de exprimir sentimentos	Doença hereditária, doença crônica Déficit de desenvolvimento, inteligência baixa Temperamento difícil Autoestima baixa Deficiência física Dieta inadequada, sedentarismo Consumo de álcool, tabaco, outras drogas Má higiene pessoal HIV positivo
Atributos do microsistema	Bom padrão socioeconômico Hábitos de vida saudáveis Família estável Modelos competentes Religiosidade	Pobreza, situação de rua Doença/perda de um dos pais Eventos estressantes Discórdia entre os pais Falta de afeto Falta de segurança doméstica Violência doméstica Exposição ao fumo História familiar de cardiopatia
Atributos do mesossistema	Apoio social na vizinhança Vizinhança com bons recursos	Isolamento social Bullying Racismo
Atributos do exossistema	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
Atributos do macrosistema	Desenvolvimento econômico Desenvolvimento social Políticas públicas de saúde e educação	Subdesenvolvimento Governo inoperante Desastres naturais

Adaptado de: Amerijckx G, Humblet PC. Child well-being: What does it mean? Child Soc. 2014;28(5):404-15.

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.

Healthy People 2020. www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/social-determinants-of-health.

Saúde colaborativa

O empoderamento da pessoa cuja saúde está em questão, dividindo informações e responsabilidades com os profissionais de saúde quanto às melhores ações clínicas, de acordo com suas circunstâncias, necessidades e preferências, tem sido cada vez mais reconhecido no âmbito da atenção primária^{21,34,35}, também com respeito ao direito de opinião da criança⁵⁹. Tratava-se de um modelo teórico até há pouco, mas já há evidências de que tal sistema tem efeitos positivos mensuráveis nos desfechos em saúde⁶⁰. Assim, a tendência forte e atual é sugerir que todo indivíduo seja informado acerca dos procedimentos preventivos com benefícios claros – incluindo uma discussão sobre danos potenciais, dúvidas e alternativas – e apoiado pelo sistema de saúde na decisão conjunta sobre o que é melhor para si e/ou sua família, guardados os imperativos de saúde pública, como, por exemplo, a imunização contra doenças infectocontagiosas ou o controle do acesso a armas de fogo na comunidade^{21,23,34,61,62}.

Tabela 93.2. Indicadores de saúde principais e metas para 2020, segundo a iniciativa Healthy People

Indicadores de saúde principais		
Tópicos	Indicadores*	Metas†
Acesso a serviços de saúde	Pessoas com convênio de saúde*	100%
	Pessoas com provedor de atenção primária de saúde*	83,9%
Serviços clínicos preventivos	Triagem de câncer colorretal em adultos	70,5%
	Adultos hipertensos sob controle	61,2%
	Diabéticos com hemoglobina glicada > 9%	16,2%
	Crianças que receberam todas as doses recomendadas entre 19 e 35 meses das vacinas contra difteria, tétano, pertussis, pólio, sarampo, rubéola, caxumba, varicela, Hib, hepatite B e pneumococo*	80%
Qualidade do ambiente	Índice de qualidade do ar > 100 (nº de dias, em bilhões, ponderado pela população)	7,639
	Crianças de 3 a 11 anos expostas ao fumo passivo*	47%
Injúrias não intencionais e violência	Mortes por causas externas*	53,7/100.000
	Homicídios*	5,5/100.000
Saúde materno-infantil	Mortalidade infantil*	6/1000
	Prematuros entre os nascidos vivos*	9,4%
Saúde mental	Suicídio	10,2/100.000
	Adolescentes com episódio de depressão maior no último ano*	7,5%
Nutrição e atividade física	Adultos com atividade física adequada	20,1%
	Adultos obesos	30,5%
	Crianças e adolescentes obesos*	14,5%
	Ingestão diária média adequada de vegetais (xícara-equivalente)	1,16/1000cal
Saúde bucal	Consultas com dentista no último anterior	49%
Saúde sexual e reprodutiva	Mulheres sexualmente ativas com atenção à saúde reprodutiva*	86,5%
	Pessoas soropositivas para HIV com conhecimento de seu status	90%
Determinantes sociais	Conclusão do ensino médio sem atraso*	87%
Álcool e outras drogas	Adolescentes que usaram álcool ou drogas no último mês*	12,8%
	Bebedeiras em adultos no último mês	24,2%
Tabaco	Adultos fumantes	12%
	Adolescentes que fumaram no último mês*	16%
* Os indicadores assinalados com asterisco têm importância específica para crianças e adolescentes		
† As metas para 2020 são as determinadas pelo Departamento de Saúde dos Estados Unidos para o seu país e são apresentadas apenas como referências acerca dos indicadores principais de saúde a serem consideradas na atenção à saúde individual e/ou coletiva das pessoas. Todos indicadores devem ser cotejados com dados da realidade brasileira, sobretudo os de acesso à saúde e determinantes sociais.		

Adaptado de: U.S. Department of Health & Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. Healthy People 2020. 2020 Leading Health Indicators Topics. www.healthypeople.gov/2020/leading-health-indicators/2020-LHI-Topics.

PRÁTICA: DIAGNÓSTICO DE SAÚDE ACURADO E FLEXIBILIDADE

A flexibilização das ações de acompanhamento de saúde pautada pelos fundamentos acima depende, em primeiro lugar, de um diagnóstico criterioso dos fatores de risco e resiliência, centrado na família. Certas circunstâncias familiares, ligadas à presença de trunfos específicos e/ou menos de fatores de risco à saúde, orientam a quantidade e as características das consultas de puericultura, com a devida responsabilidade da família em questão^{1,23}.

As consultas mais produtivas costumam ser aquelas baseadas nas questões levantadas pela família ou pela própria criança ou adolescente, mas sempre que o profissional de saúde achar que pode haver informações adicionais relevantes, além daquelas habitualmente obtidas na anamnese, deve lançar mão de perguntas facilitadoras específicas, abertas, que costumam estimular as pessoas a exporem sentimentos negativos ou problemas previamente não percebidos como úteis. Batizadas de perguntas-gatilho por Robert Haggerty e Morris Green⁶³, idealizadores dessa estratégia, são apresentadas na iniciativa Bright Futures sob a forma de centenas de sugestões, cuidadosamente distribuídas em subtópicos de orientação antecipatória, em cada uma das 32 consultas previstas do pré-natal aos 21 anos⁸.

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 os 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?”.

Além do diagnóstico de saúde e/ou de seus determinantes socioambientais, especialistas que propõem um redesenho das práticas clínicas que as torne capazes de dar conta de todas as recomendações de procedimentos, sugerem a adoção de ferramentas inovadoras para otimizar os cuidados – muitas já testadas em estudos –, tais como protocolos estruturados de triagem para necessidades sociais relacionadas à saúde e experiências adversas na infância, ferramentas de saúde digital (a chamada e-Saúde) e o trabalho efetivo de equipes multiprofissionais^{9,12,64}.

RECOMENDAÇÕES DE PROCEDIMENTOS CLÍNICOS

As diretrizes para cuidados de saúde preventivos que são formuladas por organizações como o Ministério da Saúde do Brasil, através do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde, ou a mais concertada e exemplar delas, a iniciativa Bright Futures, costumam incorporar recomendações baseadas em opiniões de especialistas, sob a influência de tradição, política ou considerações econômicas. Como tais diretrizes são sabidamente mais fracas do ponto de vista do suporte efetivo da base da literatura acadêmica, é fundamental que toda seleção de quais procedimentos devem ser integrados à prática clínica de um médico ou equipe de saúde em particular leve em conta primariamente o embasamento científico, à luz do balanço entre custo e benefício, numa atitude ética e humanista⁷.

A título de referência básica, a tabela 93.3 sintetiza as recomendações de procedimentos clínicos preventivos apoiados em evidências científicas da USPSTF, um dos trabalhos mais organizados e consistentes nessa área, em ordem decrescente de prioridade. As recomendações de graus A e B se referem a procedimentos que devem ser oferecidos e aplicados a todas as crianças, sendo os do grau A virtualmente obrigatórios. O grau I se refere 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 se refere a procedimentos contraindicados, por levarem potencialmente a mais danos do que benefícios. Em vista do aprimoramento permanente das recomendações apoiadas em evidências científicas, é altamente recomendável que todo profissional de saúde engajado em ações de puericultura acompanhe as atualizações do site da USPSTF (<http://bit.ly/uspstf>)⁴³.

Tabela 93.3: Recomendações da USPSTF para serviços preventivos para crianças e adolescentes

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

A tabela 93.4 é uma tentativa de síntese das recomendações para cuidados de saúde preventivos baseada no calendário de procedimentos de puericultura da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), nas diretrizes do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde e no protocolo da iniciativa Bright Futures. Nas linhas da tabela estão dispostos os procedimentos preventivos ou doenças a serem triadas, obedecendo uma ordem decrescente de prioridade com referência nas recomendações da USPSTF. Nas colunas, as faixas de idade, do pré-natal até o final da adolescência, evitando vincular muitos dos procedimentos a consultas específicas, tendo em vista o princípio de flexibilidade, já discutido acima. Algumas considerações sobre os principais procedimentos recomendados ou contraindicados são apresentadas a seguir.

Consulta pré-natal

O acompanhamento de saúde da criança deve começar com a consulta pré-natal, que deve ser realizada, sempre que possível, com ambos os pais⁶⁵. Seus objetivos principais são: estabelecer uma relação produtora com a família, antes do parto; avaliar a família, discutindo expectativas, necessidades, preocupações e fatores de risco; detectar problemas médicos gestacionais; responder perguntas dos pais (especialmente 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)⁶⁵.

Frequência das 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 efetivas¹.

Dentre as entidades que sugerem calendários, a AAP, por meio da iniciativa Bright Futures, tem aumentado o número de consultas a cada revisão de suas recomendações; a mais recente, de 2019, recomenda 31 consultas da primeira semana de vida até os 21 anos¹⁰. A Sociedade Brasileira de Pediatria, desde 2010, recomenda 31 consultas de puericultura da primeira semana de vida até os 19 anos⁵⁷.

A conclusão é que a equipe de saúde planeje 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 criança⁶⁶.

História

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 socioambientais 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, pois, embora não haja estudos documentando sua efetividade como teste de triagem de problemas específicos, consolidam a relação médico-família e possibilitam o diagnóstico de saúde necessário para compartilhar decisões.^{6,8,34,67} Nessa tarefa, é extremamente útil o arsenal de perguntas-gatilho da iniciativa Bright Futures, disponível em seu guia de bolso (http://bit.ly/bf4_pocketguide)⁸.

Em entrevistas com adolescentes, pelo menos uma parte da conversa deve ser feita sem a presença dos pais, assegurando uma relação de privacidade e confiança, que permita a discussão de tópicos mais sensíveis, desde o uso dos meios de comunicação, até drogas e homossexualidade⁶⁸.

Em vista da relevância dos fatores de risco para diferentes agravos à saúde, é recomendável que cada profissional tente desenvolver um método sistemático para a sua avaliação^{46,69}.

Também é muito útil que se tenha à mão listas das já referidas perguntas facilitadoras, capazes de introduzir as questões mais pertinentes a cada faixa de idade: nutrição, eliminações, padrão de sono, tópicos de comportamento, adaptação e rendimento escolar, segurança, comportamentos de risco, contato com álcool, tabaco e outras drogas, etc.

Tabela 93.4. Esquema tentativo de procedimentos clínicos no acompanhamento de saúde da criança e do adolescente

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	2a	3a	4a	5a	6a	7a	8a	9a	10a	11a	12a	13a	14a	15a	16a	17a	18a	19a	20a	21a
História	Avaliar em todas as consultas: preocupações dos pais. Revisar em todas as consultas: determinantes socioambientais da saúde e doença, estilos de vida. Registrar no prontuário médico. →																														
Orientação antecipatória	Orientar pais/cuidadores em todas as consultas, conforme prioridades gerais e particulares. →																	Orientar adolescente em separado e pais/cuidadores em todas as consultas, conforme prioridades gerais e particulares. Considerar a tabela 20.3. →													
Crescimento e triagem de obesidade	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. →																											
Desenvolvimento	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 →																							
Comportamento	Avaliar em todas as consultas, com foco na adaptação social/emocional da criança e no contexto da família e do exossistema. Considerar determinantes socioambientais da saúde e doença. →																														
Imunizações	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. →																												
Conjuntivite gonocócica	Medicação preventiva																														
Anemia ferropriva	Triagem			Suplementação de ferro a lactentes de risco →																											
Cárie dentária	Triagem e orientação sobre dieta não-carbogênica e cuidados preventivos			Orientação sobre dentifício fluorado e aplicação de verniz com flúor a partir da erupção do primeiro dente ←																											
Triagem prioritária*	Neonatal †	← • →																													
	Audição	Triagem universal		Monitorizar aquisição da fala →										Audiometria (alto risco) ←				Avaliação da fala (alto risco) ←													
	Visão	Reflexo vermelho		Teste para estrabismo. ←										Teste de acuidade visual aos 3 anos. ←				Teste de acuidade visual aos 11 anos. ←													
	Clamídia e gonococo	Triagem anual em meninas sexualmente ativas. →																													
	HIV	Triagem em adolescentes de alto risco													Triagem universal (uma vez a partir dos 15 anos). Repetir anualmente em adolescentes de alto risco.																
	Sífilis	Triagem em adolescentes de alto risco →																													
	Hepatite B	Triagem em adolescentes de alto risco →																													
	Tabagismo	Triagem de uso de tabaco e/ou exposição ambiental ao tabaco, orientação sobre estratégias de não-iniciação ou cessação do tabagismo. →																													
	Ansiedade	Triagem a partir dos 8 anos →																													
	Depressão	Triagem a partir dos 12 anos →																													
	Assentos de automóvel	Triagem e orientação sobre assento de segurança para automóvel, virado para trás pelo menos 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. →													
Triagem não prioritária †	Hiperbilirrubinemia	Triagem																													
	Displasia do quadril	Ortolani e Barlow																													
	Hipertensão	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								
	Violência doméstica	Triagem e orientação preventiva →																													
	Injúrias domésticas e recreativas	Triagem e orientação preventiva →																													
	Dislipidemia	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 ←									
	Exposição ao chumbo	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, hemoglobinopatias + recomendações legais (No Brasil, o Teste do Pezinho). Triagem de cardiopatia congênita por meio de oximetria de pulso.																															

Adaptado de: 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.

Exame físico

Há evidências convincentes de que a ênfase dada aos exames físicos completos repetidos constitui um desperdício de tempo útil 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 verdadeiros⁷⁰⁻⁷². Logo, a realização compulsória do exame físico em todas as consultas não se apoia em evidências científicas, embora muitos protocolos a recomendem em bases empíricas, enfatizando a utilização de tecnologias mais precisas^{10,73}.

Protocolos apoiados em revisões mais criteriosas recomendam a utilização mais efetiva do tempo, enfocando certos aspectos particulares do exame físico, de acordo com a idade^{50,70}, como nos exemplos a seguir:

Há recomendações empíricas de que se façam a ausculta cardíaca e palpação de pulsos no mínimo três vezes no primeiro semestre de vida, repetindo no final do primeiro ano, na idade pré-escolar, na entrada da escola e no início da adolescência, pois são procedimentos simples, que constituem um teste de triagem sensível e específico para cardiopatias congênitas⁸.

A triagem da displasia evolutiva do quadril se baseia em testes clínicos específicos (Barlow e Ortolani, nos primeiros dez dias, e abdução das pernas, até a criança caminhar), usualmente recomendados em todas as consultas do primeiro ano de vida – ainda que sem apoio em evidências científicas –, uma vez que o diagnóstico precoce permite a recuperação total da criança. Não há indicação de realização de ultrassonografia para triagem^{70,71}.

A USPSTF não encontrou evidências conclusivas para a triagem regular da hipertensão arterial antes dos 18 anos de idade, mas está em processo de reavaliação dessa recomendação, em função da posição oficial da iniciativa Bright Futures⁷⁴. Esta, por sua vez, baseada em evidências moderadas, recomenda que a pressão arterial de crianças assintomáticas seja aferida anualmente a partir dos três anos de idade; para crianças com obesidade, doença renal, diabetes, obstrução ou coarctação do arco aórtico ou em uso de medicações que elevem a pressão arterial, recomenda a aferição em todas as consultas; abaixo de três anos, somente em condições de risco aumentado de hipertensão, tais como prematuridade ou baixo peso ao nascer, cuidados intensivos neonatais, cardiopatia, infecção urinária recorrente, doenças renais, malformações urológicas, história familiar de doença renal congênita, transplante, neoplasia, doenças sistêmicas ou uso de drogas que elevam a pressão arterial, hipertensão intracraniana⁷⁵. Prestar atenção ao equipamento, à técnica, ao ambiente e utilizar as tabelas de referência⁷⁵. A SBP segue a iniciativa Bright Futures em suas recomendações⁷⁶.

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 contraindique a triagem rotineira de escoliose em adolescentes⁷⁷. Porém, em vista da facilidade de execução, a iniciativa Bright Futures recomenda incluí-la nas consultas anuais dos adolescentes⁸.

Não há evidências que apoiem o exame clínico ou o ensino rotineiro do autoexame dos testículos, para a detecção precoce de tumores⁷⁸.

Há evidências suficientes para contraindicar o exame físico das mamas como teste de triagem para o câncer de mama em adolescentes^{8,70}.

Orientação antecipatória

A maioria dos pais espera receber da equipe de saúde o que julgam um aconselhamento abalizado sobre desenvolvimento, comportamento, disciplina, segurança e um sem-número de questões próprias de cada idade^{58,79-81}. A intervenção clínica que tenta responder a tal expectativa, a orientação antecipatória – como se convencionou chamá-la, há mais de setenta anos⁸² – tornou-se um componente chave da puericultura, ainda que haja poucas certezas e muitos senões sobre sua efetividade^{5,28,83}. Contudo, há evidências de que pouquíssimos tópicos sobre os quais os pais gostariam de saber mais (tais como: choro, padrões de sono, disciplina e treinamento esfinteriano) costumam ser abordados de modo consistente nas consultas de puericultura^{81,83,84}. Alternativas realistas para mudar este quadro são a integração de condutas educativas em rotinas clínicas multiprofissionais e a organização de cursos de orientação aos pais, com reuniões coordenadas por vários membros da equipe de saúde, fora do horário normal das consultas médicas. Para a efetividade desse trabalho, têm se mostrado úteis o uso de material audiovisual, a entrega de orientações impressas às famílias ou, mais recentemente, divulgação de orientações pela internet ou mensagens por meio de smartphone⁸⁵⁻⁸⁹.

A tabela 93.5 mostra os principais tópicos nas áreas de higiene física, adaptação psicossocial e segurança, que, de acordo com protocolos publicados, têm prioridade para serem discutidos com os pais, crianças ou adolescentes num sistema adequado de promoção de saúde^{8,90}. Deve servir de guia para todo profissional de saúde envolvido em serviços de puericultura. É importante ressaltar que cada tópico é pertinente não só à idade em que aparece na tabela, mas ao longo das faixas etárias subsequentes, de modo que se recomendam reforços, sempre que o tempo permita. A discussão mais aprofundada de todos os itens enumerados foge ao escopo deste texto. Para tanto, ver os capítulos desta obra que abordam aspectos de desenvolvimento, psicossociais e alimentares, entre outros. Além disso, a iniciativa Bright Futures apresenta abordagens bem fundamentadas e completas da orientação antecipatória⁸.

A efetividade da orientação antecipatória já foi documentada nos seguintes casos: utilização mais adequada de técnicas de promoção da disciplina, maior discussão de problemas de comportamento com o médico, melhora de habilidades sociais e desenvolvimento mental da criança, aumento do contato positivo entre pais e crianças, melhora da interação mãe-filho, melhora do manejo de crianças com temperamento difícil, manejo efetivo de problemas de sono, tratamento racional da febre, melhora nos cuidados com os dentes, colocação de bebês para dormir em posição de supinação, facilitação da alfabetização por meio da leitura para os filhos, incorporação de hábitos nutricionais saudáveis, promoção da amamentação natural e orientação sobre doenças sexualmente transmissíveis para adolescentes sexualmente ativos^{70-72,79,91-94}.

Existem boas evidências científicas de que a inclusão de orientação sobre os riscos de traumas por causas externas – os chamados acidentes e violências – inerentes a cada etapa do desenvolvimento é capaz de melhorar o conhecimento dos pais e a adoção de medidas de segurança⁹⁵⁻⁹⁷. Quanto às injúrias não intencionais, recomenda-se que o profissional de saúde evite abordagens genéricas e oriente sobre as técnicas de prevenção de cada tipo específico, enfatizando aos pais a maior eficácia das medidas de proteção passiva, mais duradouras, que tornem o microambiente “à prova de acidentes” e protejam a criança independentemente de ações específicas suas. O aconselhamento preventivo quanto aos riscos de injúrias no trânsito, principalmente uso de dispositivos restritivos de segurança, como cadeirinhas e assentos reposicionadores do cinto, devem ser sempre enfatizados por terem evidência mais forte de custo-benefício positivo⁹⁸. A USPSTF decidiu não mais atualizar sua recomendação de 2007 acerca de tais dispositivos, que concluía que as evidências então atuais eram insuficientes para avaliar os benefícios adicionais do aconselhamento no âmbito da atenção primária para melhorar os índices de uso adequado, além da eficácia da legislação e das intervenções baseadas na comunidade. Todavia, sugeria que, caso o clínico optasse pelo aconselhamento, os pacientes deveriam entender a incerteza de seu custo-benefício, mas que seus danos potenciais estimados seriam mínimos⁹⁹. É importante ressaltar que a prevenção de traumatismos em passageiros de veículos automotores tem papel tão singular entre as ações de puericultura, que é o único dos inúmeros tópicos de orientação antecipatória que é recomendado pela iniciativa Bright Futures para ser incluído em todas as consultas de supervisão de saúde, do pré-natal até o final da adolescência⁸.

Em relação aos agravos por violência, incluindo todas as formas de abuso, homicídio e autoagressões, especialistas propõem ações multifacetadas com base comunitária, como as orientadas pela estratégia INSPIRE, da Organização Mundial da Saúde¹⁰⁰.

Tabela 93.5. Tópicos prioritários para orientação antecipatória*

	Geral	Social	Segurança
Pré-natal	Orientação sobre riscos do ambiente. Tabagismo, álcool e outras drogas. Atitudes e preparo para a amamentação. Cuidados com o recém-nascido.	Bibliografia para pais. Mudanças esperadas no contexto familiar. Esquema de apoio familiar. Atitudes regressivas de irmãos.	Assento de segurança no automóvel. Segurança do berço (sono seguro) e banho. Preparação para emergências. / Reanimação. Remover armas de fogo do domicílio.
1ª semana até 1 m †	Competências do recém-nascido e cuidados. Avaliar e discutir choro, sono, seio, fome, nutrição, eliminações, vômitos, constipação. Orientar sobre vacinas, vitaminas A e D e ferro.	Apoio familiar / Fatores de proteção / Saídas. Temperamento e dificuldades de adaptação. Papel da mãe e do pai. Dormir no quarto dos pais.	Assento de segurança no automóvel. Asfixia / Corpo estranho / Sono / Intermação. Temperatura do banho, queimaduras. Administração segura de medicamentos.
2 m	Amamentação exclusiva. Orientação sobre sólidos (contraindicar).	Necessidade de sucção. Manhas. Sorriso, estimulação.	Assento de segurança no automóvel. Riscos da movimentação e quedas.
4 m	Frequência de infecções respiratórias. Discutir e retardar introdução de sólidos.	Manter no quarto dos pais. Relacionamento c/ pai (além da mãe) e irmãos.	Uso do bebê-conforto. Aspiração de corpo estranho / Afogamento.
6 m	Oferta gradativa de alimentação variada. Reforçar exposição a tabaco e drogas. Cuidados c/ dentes / Proteção contra raios UV. Orientação esfíncteres (não treinar).	Reforçar apoio familiar. Medo de estranhos, separação / Choro noturno. Ler para a criança. Riscos do uso de telas e meios eletrônicos.	Movimentação / Quedas / Aspiração. Reforçar orientação sobre assento de segurança no automóvel e armas de fogo. Não chacoalhar o bebê.
9 m	Diminuição do ritmo do apetite e crescimento. Evitar sucos de fruta e açúcares. Padrão de sono instável.	Necessidade de afeto. Disciplina. Comunicação interativa.	Quedas / Envenenamento / Queimaduras. Riscos da cozinha. Afogamento.
12 m	Higiene do corpo e dental. / Revisar vacinação. Nutrição saudável / Alimentar-se sozinho. Brinquedos apropriados para a idade. Linguagem / Palavras com nexos.	Negativismo / Limites / Rotinas familiares. Curiosidade / exploração. Riscos de exposição excessiva a telas. Orientação sobre escola infantil. / Reforçar leitura.	Quedas / Envenenamento/ Choque elétrico. Mordidas de animais. Automóvel: manter assento virado para trás. Orientação sobre aulas de natação.
15 m	Vida ao ar livre. / Proteção contra raios UV. Rotina de sono / Sonambulismo / Repouso. Não usar mamadeira na cama.	Temperamento / Crises de birra. Disciplina (contraindicar punição física). Habilidades de comunicação/ Linguagem.	Uso de cinto de segurança pelos adultos. Revisar checagem da segurança da casa. Quedas / Afogamento / Queimaduras.
18 m	Treinamento de esfíncteres. Fala correta. / Desenvolvimento social. Orientar sobre fumo passivo.	Boas maneiras. / Sociabilidade. Telas (restringir o uso) + exposição à TV. Reação a irmão menor.	Manter assento de segurança de costas. Contraindicar armas em casa. Escadas / Envenenamento.
2 a	Dieta saudável: consumo de frutas, vegetais, grãos integrais e alimentos com pouca gordura. Linguagem interativa. / Promover leitura.	Necessidade de amigos da mesma idade, compartilhar brinquedos. Reforçar limites, adaptação a rotinas.	Abre portas, escada. / Riscos com escadas. Afogamento / uso de boia. Riscos em parques. / Queimaduras.
3 a	Dieta mínima prudente. / Atividade física. Reforçar promoção da leitura. Treinamento de esfíncteres.	Desenvolvimento social. / Pré-escola. Reforçar rotinas familiares. Masturbação. / Educação sexual.	Triciclo, brinquedos. / Quedas. / Afogamento. Reforçar segurança com armas de fogo. Automóvel: transição para cadeirinha.
4 a	Dieta saudável e atividade física: reforço. Televisão, violência. / Limites do tempo de tela. Fumo passivo: reforçar.	Ansiedade da escola. Atividades comunitárias. Enurese.	Fogo, fósforos. / Segurança com animais. Segurança fora de casa, parques. Automóvel. / Segurança do pedestre.
5-6 a	Higiene corpo e dentes. Vida ao ar livre, sol. Reforçar atividade física e dieta saudável. Linguagem de adulto.	Mudanças de humor. / Autoestima. Responsabilidade. / Ética nas relações. Exposição à violência. / Controle da raiva. Adaptação à escola. / Amizades.	Quedas em atividades físicas. / Esportes. Automóvel: manter cadeirinha. Bicicleta. Segurança do pedestre.
7-8 a	Desenvolvimento de saúde mental. Esportes. Reforçar atividade física, dieta saudável e telas.	Adaptação escolar, independência, regras. Resolução de conflitos. Dinheiro, mesada. Educação sexual.	Automóvel: transição para booster. Segurança do pedestre. Armas de fogo. Natação.
9-10 a	Puberdade. / Estirão da estatura. Orientação sobre menarca e ejaculação. Reforçar atividade física, dieta saudável e telas.	Sociabilidade, autoestima. / Violência. Problemas escolares, comportamento. Segurança sexual.	Automóvel: manter booster, banco traseiro. Segurança do pedestre. Armas de fogo. Natação.
11-14 a	Imagem corporal, nutrição saudável. / Sono. Atividade física. / Recreação. / Tempo de tela. Trauma acústico.	Relação com a família e pares. / Bullying. Depressão. Atividade social. Namoro. / Sexo seguro. Álcool, tabaco e outras drogas.	Bicicleta, skate, patins, patinete. / Esportes. Armas de fogo e violência interpessoal. Cinto de segurança; banco traseiro. / Pedestre.
15-17 a	Imagem corporal, nutrição saudável. / Sono. Atividade física. / Recreação. Tempo de tela. / Leitura e comunicação.	Conexões com a comunidade. Estresse. / Tomadas de decisões. / Autoestima. Álcool, tabaco e outras drogas. / Sexo seguro.	Armas de fogo e violência interpessoal. Álcool e trânsito; cinto de segurança. / Pedestre. Capacete de ciclista, patinete, motociclista.
18-21 a	Dieta saudável / Atividade física. / Gravidez. Transição para cuidados de saúde do adulto. Álcool, tabaco, drogas lícitas e ilícitas.	Profissão, dinheiro, independência, limites. / Família. Estresse. / Tomadas de decisões. / Autoestima. Bem-estar emocional. / Sexualidade. / Sexo seguro.	Habilitação, segurança do motorista e passageiros. Capacete de ciclista, patinete, motociclista. Armas de fogo e violência interpessoal e urbana.

* Adaptado de: 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: AAP; 2017.

† Lembrar que todos os tópicos são pertinentes não só à idade em que aparecem na tabela, mas ao longo das faixas etárias subsequentes, de modo que se recomendam reforços, sempre que o tempo permita, abrangendo as orientações de consultas passadas recentes.

Monitorização do crescimento e obesidade

A colocação sistemática de dados antropométricos em curvas padronizadas é historicamente consagrada como um indicador do estado de saúde da criança^{101,102}. Embora seja pobre o fundamento científico do valor da monitorização do crescimento como teste de triagem¹⁰³⁻¹⁰⁶, há evidências clássicas de que seja útil na educação e/ou tranquilização dos pais^{107,108}. Todos os protocolos baseados em consensos recomendam 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^{8,10,56,109}. Quanto à monitorização do índice de massa corporal, a corrente epidemia global de obesidade levou à classificação desse procedimento como um teste de triagem com benefícios apoiados em evidências¹¹⁰. As curvas de crescimento da Organização Mundial de Saúde, adotadas como padrão referencial para crianças e adolescentes^{111,112}, são discutidas no capítulo sobre crescimento.

Técnicas adequadas e precisas são essenciais para monitorar o crescimento sem erros de interpretação: os instrumentos têm que ser bem calibrados; pesar a criança sem roupas ou com o mínimo de roupas leves; aferir a estatura e o perímetro cefálico com cuidado; traçar as curvas com linhas retas unindo pontos em vez de bolotas; e utilizar as curvas da Organização Mundial da Saúde^{101,103,113,114}. Especialistas recomendam que, com o emprego generalizado de registros eletrônicos no âmbito da atenção primária – como o software “e-SUS Atenção Básica”, cuja versão 3.2.14 inclui a funcionalidade de registro de medições no módulo de acompanhamento de puericultura¹¹⁵ – os profissionais de saúde deem preferência a esse tipo de instrumento, muito mais preciso que os tradicionais gráficos impressos^{102,116}.

Embora a monitorização do crescimento seja uma tradição quase religiosa da prática pediátrica, não há evidências científicas fortes de que tenha benefícios em si, como procedimento sistemático em todas as consultas¹⁰⁵. É importante lembrar 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^{106,113}. Por isso, 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 triagem¹⁰³.

Desenvolvimento

Testes formais para detecção de problemas de desenvolvimento costumam ter baixo valor preditivo – mesmo quando aplicados por pessoal treinado –, alta incidência de falso-positivos, podendo causar ansiedade desnecessária; além da carência de evidências sobre os benefícios reais do diagnóstico precoce^{70,117,118}. Por outro lado, a simples avaliação clínica do desenvolvimento – baseada nos marcos tradicionalmente descritos em todo livro texto de pediatria – detecta menos da metade das crianças com retardos¹¹⁹.

Apesar disso, é consenso entre os especialistas que a triagem de problemas de desenvolvimento é tarefa precípua do “domicílio médico” e que o diagnóstico e intervenção precoces contribuem para modificar os desfechos¹²⁰⁻¹²². Assim, ainda que não haja evidências conclusivas sobre a frequência das ações de monitorização do desenvolvimento, todos os protocolos preconizam a busca ativa de preocupações dos pais acerca do desenvolvimento dos filhos, a identificação de fatores de risco para retardos, a avaliação objetiva de habilidades (motoras, cognitivas, de comunicação e de interação social) e o registro sequencial dessas informações em todas as consultas de acompanhamento de saúde^{10,71,120,123}.

A tabela 20.4 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 partir da idade escolar, recomenda-se avaliar o desempenho acadêmico^{8,120}.

A Sociedade Brasileira de Pediatria publicou o Manual de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento [http://bit.ly/sbp_manualdes], que apresenta uma descrição dos principais testes passíveis de aplicação na atenção primária¹²⁴. Além disso, 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 praticidade¹¹⁹. A Seção de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento da AAP organizou um site especialmente dedicado aos testes de triagem [<http://www.aap.org/sections/dbpeds/>], com todas as informações relevantes para implementação no âmbito do atendimento primário.

A partir dos oito anos de idade, recomenda-se começar a avaliação clínica da maturação sexual¹²⁵. (Ver o capítulo 33 - “Acompanhamento de Saúde do Adolescente”).

Comportamento e autismo

Não há evidências robustas que indiquem a aplicação de procedimentos de triagem específicos ou que documentem a eficácia dos métodos de tratamento dos distúrbios de comportamento, particularmente quanto aos transtornos do espectro

autista, em crianças e jovens essencialmente saudáveis^{126,127}. Entretanto, especialistas têm recomendado a triagem universal do autismo, com base na ideia de que a intervenção precoce, sobretudo por meio de terapias comportamentais com base em ações comunitárias, seja capaz de reduzir as deficiências de comunicação ao longo da vida^{71,126,128,129}. A iniciativa Bright Futures recomenda o emprego de um teste de triagem específico nas consultas de puericultura aos 18 e aos 24 meses e, para tanto, indica os principais instrumentos validados^{130,131}.

Por outro lado, é consenso que o emprego de perguntas específicas sobre o comportamento da criança ou jovem, selecionadas com critério, aumenta o número de problemas identificados e discutidos nas consultas, sem aumentar significativamente o tempo⁸. A coluna do meio da tabela 93.5 lista os principais tópicos na área do comportamento a serem considerados nas diferentes fases do desenvolvimento. É importante ressaltar que as ações de orientação antecipatória se associem a estratégias de diagnóstico contextual, com foco sobre temperamento, suas variações e influência no comportamento¹³²⁻¹³⁴.

Imunização contra doenças infectocontagiosas

A imunização contra doenças transmissíveis é um dos poucos componentes do acompanhamento de saúde cuja eficácia está clara e amplamente documentada, há muitos anos^{49,70}. A aplicação de todas as vacinas do Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde é procedimento virtualmente obrigatório¹³⁵.

Quanto às vacinas de eficácia já amplamente comprovada em outros países, porém não incluídas no calendário oficial do governo, é recomendável adicioná-las, caso a família possa arcar com os custos. Assim, se possível, aplicar as vacinas meningocócica conjugada (ACWY), meningocócica B recombinante, influenza (anualmente acima dos seis anos, idade a partir da qual não há cobertura pelo calendário oficial) e dengue (para crianças e adolescentes a partir de 9 anos que sejam soropositivos)¹³⁶.

Para discussão mais detalhada das normas de imunização, ver o capítulo “...”.

Conjuntivite gonocócica

A profilaxia medicamentosa tópica da oftalmia gonocócica neonatal, tem embasamento científico forte e está indicada a todo recém-nascido, mediante a instilação de nitrato de prata ou unguento com antimicrobiano¹³⁷.

Anemia por deficiência de ferro

Não há, até o momento, estudos com delineamento adequado para avaliar a eficácia ou efetividade da triagem de anemia em crianças assintomáticas. A USPSTF não achou evidências suficientes para recomendar ou contraindicar a triagem rotineira de lactentes assintomáticos entre 6 e 12 meses, mas recomenda a administração preventiva de ferro a crianças com fatores de risco, 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 crescimento¹³⁸. 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^{131,139}.

No Brasil, o Programa Nacional de Suplementação de Ferro recomenda suplementação a todas as crianças de 6 a 24 meses, iniciando a partir do nascimento em crianças de baixo peso ao nascer e prematuras. Desde que tal orientação seja efetivamente seguida, não haveria necessidade de triagem universal¹⁴⁰.

Prevenção de cárie dentária

A responsabilidade pelo cuidado inicial dos dentes tem que ser assumida pela equipe responsável pela puericultura, uma vez que o número de consultas de saúde geral nos primeiros anos é muito superior ao das consultas com dentistas¹⁴¹⁻¹⁴³.

Embora a efetividade da orientação sobre saúde bucal careça de embasamento científico, consensos de especialistas recomendam aconselhar a família, a partir das consultas pré-natais, acerca de redução das bactérias cariogênicas – por meio de dieta livre de açúcares e escovação adequada com dentifrício fluorado –, fazer o registro de fatores de risco para cárie (baixo nível socioeducacional, história prévia de cárie na família ou na criança, açúcar na dieta no primeiro ano de vida, aquisição precoce de *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^{141,142,144}.

A escovação dos dentes deve ser recomendada a partir da erupção do primeiro dente, com escova macia e dentifrício 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^{131,145-147}.

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

Procedimentos de triagem prioritários

Os procedimentos listados na tabela 20.4 sob a classificação de triagem prioritária são aqueles que utilizam testes laboratoriais ou instrumentos específicos e cujo benefício líquido, segundo a USPSTF, é moderado a substancial, de modo que sua realização é mais fortemente recomendada; diferentemente daqueles com benefício incerto, que só devem ser fornecidos mediante julgamento compartilhado com os pacientes, depois de pesar criteriosamente os custos e benefícios⁴³. Incluem a triagem neonatal metabólica, de cardiopatias, surdez e reflexo vermelho; triagem de surdez e de distúrbios da visão em idades indicadas; triagem de depressão e de infecção por clamídia, HIV e hepatite B, em adolescentes; e triagem de tabagismo, exposição ao tabaco e uso de dispositivos de segurança para automóvel, em todas as idades.

Triagem neonatal

Todo recém-nascido deve ter amostra de sangue colhida para a triagem de fenilcetonúria, hipotireoidismo e hemoglobinopatias; trata-se dos poucos procedimentos cujos benefícios são considerados substanciais pela USPSTF⁴³. Não há evidências científicas suficientes para a recomendação do uso universal de outros testes de triagem metabólica neonatal, mas o Programa Nacional de Triagem Neonatal brasileiro inclui fibrose cística, hiperplasia adrenal congênita e deficiência de biotinidase¹⁴⁸. 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, além do protocolo brasileiro oficial, a triagem de galactosemia clássica, doença do xarope de bordo, homocistinúria, citrulinemia, homocistinúria, 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 orgânicos¹⁴⁹. A colheita do sangue deve ser feita a partir de 24 horas de vida, até o sétimo dia, preferentemente entre o terceiro e o quinto dia; caso a amostra seja retirada antes das primeiras 24 horas, o teste deve ser repetido até a terceira semana de vida¹⁵⁰.

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^{151,152}.

O Grupo de Trabalho de Prevenção da Cegueira da SBP recomenda realizar o teste do reflexo vermelho (teste do olho) antes da alta da maternidade e repetido na primeira consulta de puericultura, aos dois, seis, nove e 12 meses de vida¹⁵³.

A triagem de cardiopatias é feita por meio de oximetria de pulso, depois das primeiras 24 horas de vida¹⁵⁴.

Audição

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, oxigenação por membrana extracorpórea, ventilação assistida, uso de medicações ototóxicas ou diuréticos de alça, hiperbilirrubinemia em nível de exsanguinotransfusão; infecção perinatal congênita por toxoplasmose, rubéola, sífilis, citomegalovírus, herpes ou HIV; malformações anatômicas na cabeça e pescoço; síndrome genética associada com surdez ou sinais físicos sugestivos; doença neurodegenerativa; infecção pós-natal associada com surdez, incluindo meningite viral ou bacteriana; traumatismo craniano; quimioterapia; otite média recorrente ou persistente por pelo menos três meses¹⁵⁵.

Até o final da adolescência, a monitorização da aquisição da fala é um procedimento que se impõe pela simplicidade, ainda que não existam evidências empíricas da efetividade da detecção precoce de comprometimento auditivo em crianças assintomáticas¹⁵⁶. A iniciativa Bright Futures recomenda a realização de audiometria com altas frequências a partir da idade escolar, especialmente em casos de exposição a ruído excessivo^{131,157}.

Visão

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^{131,158}. 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 idade¹⁵⁹. A partir dos três anos e no início da adolescência, está indicada a triagem da acuidade visual por meio de tabelas de optótipos – ou, se houver disponibilidade, dispositivos eletrônicos –, 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^{158,160}.

Infecções sexualmente transmissíveis

O aconselhamento comportamental intensivo acerca da prevenção contra infecções transmitidas por sexo, independentemente de procedimentos de triagem, é fortemente recomendado pelo Ministério da Saúde, AAP e USPSTF para todos os adolescentes sexualmente ativos, incluindo estratégias de adiamento da iniciação sexual¹⁶¹⁻¹⁶³.

A triagem universal de infecção por HIV, uma vez a partir dos 15 anos, é consenso entre os especialistas, mas está indicada a partir do início da adolescência em casos de alto risco (usuários de drogas injetáveis, homossexuais masculinos, 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^{162,164}. O Ministério da Saúde recomenda a triagem anual para HIV e sífilis em todos os adolescentes, preferentemente com teste rápido; todavia, embora enfatize que os dois principais fatores de risco para infecções transmitidas por sexo são práticas sexuais sem uso de preservativos e idade mais baixa, a discussão do risco é inconsistente¹⁶³. Quanto à triagem de sífilis fora da gestação, a AAP e a USPSTF só a recomendam para jovens com comportamentos acima citados como de alto risco^{165,166}.

Em relação às demais infecções não virais, AAP e USPSTF recomendam a triagem anual para clamídia e gonorreia em mulheres sexualmente ativas com 24 anos ou menos; mas as evidências atuais são insuficientes para propor a triagem universal em homens, exceto homossexuais e/ou comportamento de risco e/ou exposição a um parceiro infectado nos últimos dois meses¹⁶⁷.

A triagem para a infecção pelo vírus da hepatite B é recomendação de consenso em adolescentes com alto risco, tais como homossexuais masculinos, contatos domiciliares e parceiros sexuais de pessoas HBsAg-positivas, pacientes em hemodiálise, imunossuprimidos e HIV-positivos¹⁶⁸.

A USPSTF contraindica a triagem sorológica de rotina para a infecção pelo vírus do herpes simples genital em adolescentes e adultos assintomáticos, incluindo as grávidas.¹⁶⁹

Tabaco, álcool e outras drogas

Há evidências científicas que apoiam a triagem repetida do uso e/ou exposição ambiental ao tabaco, a partir 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^{170,171}.

Quanto a ações preventivas do uso abusivo de outras drogas, particularmente por adolescentes, não existe um consenso. A USPSTF não considera as evidências atuais suficientes para avaliar o equilíbrio entre benefícios e prejuízos de intervenções comportamentais para prevenir ou reduzir o uso de álcool e de drogas ilícitas ou farmacêuticas em crianças e adolescentes, no âmbito da atenção primária^{172,173}. Já a AAP, além de enfatizar a importância de incluir na orientação antecipatória mensagens claras contra o uso de álcool por adolescentes e adultos jovens com menos de 21 anos, avalia que os resultados emergentes dos estudos disponíveis constituem base suficiente para a incorporação das práticas do modelo SBIRT (screening, brief intervention, and/or referral to treatment) na rotina do atendimento de adolescentes, mesmo com pequenas reduções no uso de substâncias^{174,175}. Para a triagem do uso abusivo de bebidas alcoólicas, recomenda técnicas objetivas validadas, como o CRAFFT (car, relax, alone, friends, forget, trouble)^{176,177}.

Depressão

A iniciativa Bright Futures, apoiada em evidências analisadas pela USPSTF, recomenda a triagem universal de adolescentes de 12 a 18 anos de idade para depressão maior, desde que tenham acesso a diagnóstico, tratamento e acompanhamento adequados^{131,178}. Os testes de triagem considerados mais sensíveis e específicos são o Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A)¹⁷⁹ e o Beck Depression Inventory-Primary Care Version (BDI-PC)¹⁸⁰.

Dispositivos de retenção para a segurança de passageiros de veículos automotores

Por fim, a triagem rotineira acerca do uso de assentos de segurança de automóvel – ou cintos de segurança, para adolescentes –, acompanhada de orientação acerca dos tipos apropriados ao tamanho da criança, está incluída entre os procedimentos prioritários em vista do grande impacto dos traumas no trânsito na mortalidade de crianças e jovens. Apesar do consenso científico de que as estratégias de proteção passiva são muito mais efetivas na prevenção de injúrias – no caso específico da proteção de passageiros de veículos motorizados, implementadas por meio de legislação apoiada por fiscalização severa, associada a ações educativas no âmbito da atenção primária à saúde –, os especialistas em segurança são unânimes em recomendar que a triagem sobre o uso dos assentos específicos para cada idade sejam incluídos como parte integrante dos cuidados de rotina de crianças e adolescentes saudáveis^{96,181}.

Procedimentos de triagem não prioritários

A tabela 93.4 ressalta alguns procedimentos de triagem cuja indicação é controversa e/ou cujo benefício é incerto, de acordo com as evidências científicas, mas que são frequentemente incluídos em protocolos de puericultura baseados em opiniões de especialistas. Cabem comentários acerca de alguns que não foram abordados acima, nas seções sobre orientação antecipatória e exame físico, mas que são percebidos por profissionais e pacientes como ações preventivas válidas.

Exames de fezes, urina e sangue

É sempre importante frisar junto aos profissionais de saúde que não há nenhuma evidência mesmo empírica de que a realização rotineira de exames de fezes e urina – assim como quaisquer exames de sangue, além dos já discutidos acima – em crianças e jovens assintomáticos, no âmbito da atenção primária, tenha algum benefício para a sua saúde¹⁸²⁻¹⁸⁴. Ao contrário, testes laboratoriais solicitados sem indicação clínica ou sob pressão dos pacientes, costumam gerar uma quantidade excessiva de resultados falso-positivos e danos ponderáveis, além de onerar o sistema de saúde e as famílias¹⁸⁵⁻¹⁸⁷.

A AAP, que no passado recomendava a realização de exames qualitativos de urina e testes rápidos para triagem de bacteriúria assintomática, com bases empíricas, retirou essa recomendação do seu protocolo de puericultura há muitos anos^{7,8}.

Quanto aos exames parasitológicos de fezes, sempre foram indicados somente com base em sintomas sugestivos de parasitoses, como diarreia ou dor abdominal¹⁸⁸. A Organização Mundial da Saúde preconiza a quimioterapia preventiva (desverminação) anual, sem a realização prévia de exames, como intervenção de saúde pública – não para indivíduos, mas para toda a população de crianças de 12 a 59 meses – apenas em áreas onde a prevalência de qualquer geo-helmintíase (ascaridíase, tricuriase, ancilostomíase, necatoríase) é igual ou maior do que 20%, o que hoje não é o caso de grande parte das regiões brasileiras¹⁸⁹⁻¹⁹⁴.

Dislipidemia

A USPSTF não achou evidências suficientes para recomendar ou contraindicar a triagem rotineira de distúrbios dos lipídios em crianças e adolescentes abaixo de 20 anos¹⁹⁵. A AAP endossa a recomendação do National Heart, Lung e Blood Institute de triagem universal por meio de um perfil lipídico (colesterol total, lipoproteínas de baixa e alta densidade, triglicerídios), em jejum, antes da adolescência (9 a 11 anos) e novamente após a puberdade (17 a 21 anos). Além disso, recomendam triagem seletiva a partir dos dois anos de idade, em crianças ou adolescentes com obesidade (IMC ≥ 2 escores z), hipertensão, diabetes, tabagismo, ou história familiar positiva para dislipidemia ou doença cardiovascular precoce (55 anos para homens e 65 para mulheres)¹⁹⁶.

Intoxicação por chumbo

A exposição ao chumbo ainda é comum, especialmente entre as crianças que vivem em situação de pobreza, mas as recomendações sobre sua triagem são conflitantes em vista de não haver evidências de que intervenções para reduzir níveis sanguíneos de chumbo em crianças assintomáticas tragam benefícios no neurodesenvolvimento^{131,197}.

A USPSTF concluiu que as evidências atuais são insuficientes para avaliar o equilíbrio entre benefícios e prejuízos da triagem de níveis elevados de plumbemia em crianças assintomáticas¹⁹⁸. Já a AAP recomenda a triagem com base nos requisitos federais, estaduais e locais; em crianças de 12 a 24 meses de idade que vivem em áreas de alto risco (comunidades com $\geq 25\%$ das moradias construídas antes de 1960 ou uma prevalência $\geq 5\%$ de plumbemia $\geq 5 \mu\text{g/dL}$); podendo ser as dosagens repetidas até os cinco anos em crianças com contato identificado com fontes de chumbo ou que moram em uma casa construída antes de 1960, em mau estado de conservação ou reformada nos últimos 6 meses; ou em crianças imigrantes, refugiadas ou adotadas do estrangeiro¹⁹⁹.

No Brasil, o Ministério da Saúde desenvolve ações de vigilância de populações expostas ao chumbo em diversas frentes, por meio da Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Contaminantes Químicos (Vigipeq), mas não há recomendações acerca de monitoração de plumbemia em crianças²⁰⁰.

Câncer do colo do útero

A triagem do câncer do colo do útero por meio do teste de Papanicolau, que pode ser encarado como um exame laboratorial, só está indicada a partir dos 21 anos de idade, em virtude do caráter autorresolutivo da grande maioria das displasias cervicais em adolescentes, a fim de evitar diagnósticos excessivos, com tratamentos desnecessários e suas implicações emocionais, econômicas e em gestações futuras^{201,202}. Em vista disso, a iniciativa Bright Futures excluiu de seu protocolo a sua prévia recomendação de exames pélvicos anuais em adolescentes sexualmente ativas antes dos 21 anos de idade^{10,131}.

Câncer de pele

A USPSTF recomenda orientar adolescentes, crianças e pais de crianças pequenas de pele clara sobre como minimizar a exposição à radiação ultravioleta a partir dos 6 meses de idade, para reduzir o risco de câncer de pele. As orientações sugeridas incluem o uso de filtro solar de amplo espectro com um fator de proteção solar igual ou superior a 15; uso de chapéus, óculos de sol ou roupas de proteção solar; evitar a exposição ao sol; procurar sombra no período das 10 às 16 horas; e evitar bronzeamento artificial. Por outro lado, a USPSTF concluiu que as evidências atuais são insuficientes para avaliar o equilíbrio entre benefícios e prejuízos da orientação de adolescentes e adultos jovens sobre o autoexame da pele como estratégia para prevenir o câncer de pele²⁰³.

REFERÊNCIAS

- Blank D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. *J Pediatr (Rio J)*. 2003;79(Supl 1):S13-22. doi: 10.1590/S0021-75572003000700003. <http://www.scielo.br/pdf/jped/v79s1/v79s1a03.pdf>.
- Schor EL. Rethinking Well-Child Care. *Pediatrics*. 2004;114(1):210-6. doi: 10.1542/peds.114.1.210. <http://pediatrics.aappublications.org/content/114/1/210.short>.
- Kuo AA, Inkelas M, Lotstein DS, Samson KM, Schor EL, Halfon N. Rethinking Well-Child Care in the United States: An International Comparison. *Pediatrics*. 2006;118(4):1692-702. doi: 10.1542/peds.2006-0620. <http://pediatrics.aappublications.org/content/118/4/1692.abstract>.
- Balog EK, Hanson JL, Blaschke GS. Teaching the essentials of "well-child care": inspiring proficiency and passion. *Pediatrics*. 2014;134(2):206-9. doi: 10.1542/peds.2014-1372. PubMed PMID: 25070303. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25070303>.
- Dinkevich E, Hupert J, Moyer VA. Evidence based well child care. *BMJ*. 2001;323(7317):846-9. doi: 10.1136/bmj.323.7317.846. <http://www.bmj.com/content/323/7317/846.short>.
- Riley M, Locke AB, Skye EP. Health Maintenance in School-aged Children: Part I. History, Physical Examination, Screening, and Immunizations. *Am Fam Physician*. 2011;83(6):683-8.
- Grossman DC, Kemper AR. Confronting the Need for Evidence Regarding Prevention. *Pediatrics*. 2016;137(2). doi: 10.1542/peds.2015-3332. <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/137/2/e20153332.full.pdf>.
- 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. <https://brightfutures.aap.org/materials-and-tools/guidelines-and-pocket-guide/Pages/default.aspx>.
- Freeman BK, Coker TR. Six Questions for Well-Child Care Redesign. *Acad Pediatr*. 2018;18(6):609-19. doi: <https://doi.org/10.1016/j.acap.2018.05.003>. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876285918303073>.
- American Academy of Pediatrics, Committee on Practice and Ambulatory Medicine, Bright Futures Periodicity Schedule Workgroup. 2019 Recommendations for Preventive Pediatric Health Care. *Pediatrics*. 2019;143(3):e20183971. doi: 10.1542/peds.2018-3971. <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/143/3/e20183971.full.pdf>.
- Yeung LF, Shapira SK, Coates RJ, Shaw FE, Moore CA, Boyle CA, et al. Rationale for Periodic Reporting on the Use of Selected Clinical Preventive Services to Improve the Health of Infants, Children, and Adolescents — United States. *MMWR*. 2014;63(2):3-13. https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/su6302a2.htm?s_cid=su6302a2_w.
- Schor EL. Improving pediatric preventive care. *Acad Pediatr*. 2009;9(3):133-5. doi: 10.1016/j.acap.2009.01.008. PubMed PMID: 19450769. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19450769>.
- Melnyk BM, Grossman DC, Chou R, Mabry-Hernandez J, Nicholson W, DeWitt TG, et al. USPSTF Perspective on Evidence-Based Preventive Recommendations for Children. *Pediatrics*. 2012;130(2):e399-e407. doi: 10.1542/peds.2011-2087. <http://pediatrics.aappublications.org/content/130/2/e399.abstract>.
- Fouad MN, Oates GR, Scarinci IC, Demark-Wahnefried W, Hamby BW, Bateman LB, et al. Advancing the Science of Health Disparities Through Research on the Social Determinants of Health. *Am J Prev Med*. 2017;52(1 Suppl 1):S1-S4. doi: 10.1016/j.amepre.2016.09.032. PubMed PMID: PMC5333867. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5333867/>.
- Singer M, Bulled N, Ostrach B, Mendenhall E. Syndemics and the biosocial conception of health. *Lancet*. 2017;389(10072):941-50. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30003-X. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)30003-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)30003-X/fulltext).
- Palfrey JS. Transforming child health care. *Pediatrics*. 2013;132(6):1123-4. doi: 10.1542/peds.2013-3096. PubMed PMID: 24249822. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24249822>.
- Community Preventive Services Task Force. *Guide to Community Preventive Services (The Community Guide)*. In: Atlanta, GA. 2019 [cited Aug 6, 2019]. Available from: <https://www.thecommunityguide.org/>.
- Starfield B, Hyde J, Gervas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health*. 2008;62(7):580-3. doi: 10.1136/jech.2007.071027. <http://jech.bmj.com/content/62/7/580.abstract>.
- Starfield B. The hidden inequity in health care. *Int J, Equity Health*. 2011;2011(10):15. <http://www.equityhealthj.com/content/10/1/15>.
- Welch HG, Schwartz L, Woloshin S. *Overdiagnosed: making people sick in the pursuit of health*. Boston, MA: Beacon Press; 2011.
- Millenson ML. When "patient centred" is no longer enough: the challenge of collaborative health: an essay by Michael L Millenson. *BMJ*. 2017;358:j3048. doi: 10.1136/bmj.j3048. <https://www.bmj.com/content/bmj/358/bmj.j3048.full.pdf>.
- Pellin PP, Rosa RS. Prevenção quaternária – conceito, importância e seu papel na educação profissional. *Saberes Plurais: Educação na Saúde*. 2018;2(3):9-22. doi: <https://seer.ufrgs.br/saberesplurais/article/view/87351>. <https://seer.ufrgs.br/saberesplurais/article/view/87351>.
- Schor EL. Ten Essential Characteristics of Care Coordination. *JAMA Pediatrics*. 2019;173(1):5-. doi: 10.1001/jamapediatrics.2018.3107. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.3107>.
- Starfield B. New paradigms for quality in primary care. *Br J Gen Pract*. 2001;51(465):303-9.
- Hoekelman R. Commentary: Pre-Primary Care Pediatrics. *Pediatrics*. 2005;115(Supplement 3):1148-9. doi: 10.1542/peds.2004-2825I. http://pediatrics.aappublications.org/content/115/Supplement_3/1148.short.
- Hagan Jr JF, Shaw JS, Duncan PM. What Is Bright Futures? In: Hagan Jr JF, Shaw JS, Duncan PM, editors. *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents*. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2017. <https://brightfutures.aap.org/materials-and-tools/guidelines-and-pocket-guide/Pages/default.aspx>.
- Juneau CE, Jones CM, McQueen DV, Potvin L. Evidence-based health promotion: an emerging field. *Global Health Prom*. 2011;18(1):79-89. doi: 10.1177/1757975910394035. <http://ped.sagepub.com/content/18/1/79.abstract>.
- Moyer VA, Butler M. Gaps in the Evidence for Well-Child Care: A Challenge to Our Profession. *Pediatrics*. 2004;114(6):1511-21. doi: 10.1542/peds.2004-1076. <http://pediatrics.aappublications.org/content/114/6/1511.abstract>.

29. Lieu TA, Freed GL. Unbounded—Parent-Physician Communication in the Era of Portal Messaging. *JAMA Pediatrics*. 2019. doi: 10.1001/jamapediatrics.2019.2309. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.2309>.
30. Fuentes M, Coker TR. Social Complexity as a Special Health Care Need in the Medical Home Model. *Pediatrics*. 2018;142(6):e20182594. doi: 10.1542/peds.2018-2594. <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/142/6/e20182594.full.pdf>.
31. American Academy of Pediatrics Council on Children with Disabilities and Medical Home Implementation Project Advisory Committee. Patient- and Family-Centered Care Coordination: A Framework for Integrating Care for Children and Youth Across Multiple Systems. *Pediatrics*. 2014;133(5):e1451-e60. doi: 10.1542/peds.2014-0318. <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/133/5/e1451.full.pdf>.
32. American Academy of Pediatrics. National Resource Center for Patient/Family-Centered Medical Home [internet]. In: Itasca, IL. American Academy of Pediatrics; 2019 [cited Aug 1, 2019]. Available from: <http://www.medicalhomeinfo.org/>.
33. Brazelton TB, Sparrow JD. Touchpoints - Birth to three - Your child's emotional and behavioral development. Cambridge, MA: Da Capo Lifelong Books; 2006.
34. Sheridan SL, Harris RP, Woolf SH. Shared decision making about screening and chemoprevention: A suggested approach from the U.S. Preventive Services Task Force. *Am J Prev Med*. 2004;26(1):56-66. <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0749379703002873?showall=true>.
35. Murray E, Charles C, Gafni A. Shared decision-making in primary care: Tailoring the Charles et al. model to fit the context of general practice. *Patient Educ Couns*. 2006;62(2):205-11. <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738399105002247?showall=true>.
36. Green M. No child is an island - Contextual pediatrics and the "new" health supervision. *Pediatr Clin North Am*. 1995;42:79-87.
37. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. The New Morbidity Revisited: A Renewed Commitment to the Psychosocial Aspects of Pediatric Care. *Pediatrics*. 2001;108(5):1227-30. <http://pediatrics.aappublications.org/content/108/5/1227.abstract>.
38. Krist AH, Davidson KW, Ngo-Metzger Q. What Evidence Do We Need Before Recommending Routine Screening for Social Determinants of Health? *Am Fam Physician*. 2019;99(10):602-5.
39. Raphael JL. Differences to Determinants: Elevating the Discourse on Health Disparities. *Pediatrics*. 2011;127(5):e1333-e4. doi: 10.1542/peds.2011-0182. <http://pediatrics.aappublications.org/content/127/5/e1333.short>.
40. Kemper KJ. Holistic Pediatrics = Good Medicine. *Pediatrics*. 2000;105(Supplement 2):214-8. http://pediatrics.aappublications.org/content/105/Supplement_2/214.short.
41. Blank D. Controle de injúrias sob a ótica da pediatria contextual. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81(5 Supl):S123-36. doi: 10.1590/S0021-75572005000700002.
42. American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Workforce. Pediatric Primary Health Care. *Pediatrics*. 2011;127(2):397. doi: 10.1542/peds.2010-3416. <http://pediatrics.aappublications.org/content/127/2/397.short>.
43. Agency for Healthcare Research and Quality (US). U.S. Preventive Services Task Force [internet]. In: Rockville (MD). Agency for Healthcare Research and Quality; 2019 [cited Aug 1, 2019]. Available from: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/>.
44. The Victorian Health Promotion Foundation. Cochrane Public Health Group [internet]. In: Carlton, Australia. The Cochrane Collaboration; 2019 [cited Aug 1, 2019]. Available from: <http://ph.cochrane.org/>.
45. Canadian Task Force on Preventive Health Care [internet]. Canadian Task Force on Preventive Health Care. In: Ottawa (ON), Canada. 2019 [cited Aug 1, 2019]. Available from: <http://www.canadiantaskforce.ca>.
46. Department of Health & Human Services (US). Healthy People 2020 [internet]. In: Washington (DC). U.S. Department of Health & Human Services (US); 2019 [cited Aug 1, 2019]. Available from: <https://www.healthypeople.gov>.
47. International Union for Health Promotion and Education [internet]. In: Saint-Denis Cedex, France. IUHPE; 2011 [cited Aug 1, 2019]. Available from: <http://www.iuhpe.org/>.
48. Institute for Clinical Systems Improvement. Institute for Clinical Systems Improvement [internet]. In: Bloomington (MN). ICSI; 2019 [cited Aug 1, 2019]. Available from: <http://www.icsi.org/>.
49. Agency for Healthcare Research and Quality. Guide to Clinical Preventive Services, 2014. Content last reviewed June 2014. In: Rockville, MD. 2014 [cited Jul 14, 2019]. Available from: <https://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/guide/index.html>.
50. Rourke Baby Record, Evidence-based infant/child health maintenance guide. In: St. John's, NL, Can. Rourke Baby Record; 2017 [cited Aug 1, 2019]. Available from: <http://www.rourkebabyrecord.ca/>.
51. Strickland BB, Jones JR, Ghandour RM, Kogan MD, Newacheck PW. The Medical Home: Health Care Access and Impact for Children and Youth in the United States. *Pediatrics*. 2011;127(4):604-11. doi: 10.1542/peds.2009-3555. <http://pediatrics.aappublications.org/content/127/4/604.abstract>.
52. Cooley WC, McAllister JW, Sherrieb K, Kuhlthau K. Improved Outcomes Associated With Medical Home Implementation in Pediatric Primary Care. *Pediatrics*. 2009;124(1):358-64. doi: 10.1542/peds.2008-2600. <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/abstract/124/1/358>.
53. Bedingfield B. Pediatric Health Maintenance in the 21st Century: A View From the Trenches. *Pediatrics*. 2006;118(4):1734-7. doi: 10.1542/peds.2006-0500. <http://pediatrics.aappublications.org/content/118/4/1734.short>.
54. Simon JL, Daelmans B, Boschi-Pinto C, Aboubaker S, Were W. Child health guidelines in the era of sustainable development goals. *BMJ*. 2018;362:bmj.k3151. doi: 10.1136/bmj.k3151. <https://www.bmj.com/content/bmj/362/bmj.k3151.full.pdf>.
55. 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. doi: 10.1542/peds.2008-2351. <http://pediatrics.aappublications.org/content/124/3/849.abstract>.
56. Brasil. Ministério da saúde. Saúde da Criança: o que é, cuidados, políticas, vacinação, aleitamento [internet]. In: Brasília. Ministério da Saúde; 2019 [cited Aug 3, 2019]. Available from: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/crianca#caderneta>.
57. Associação Médica Brasileira, Câmara Técnica Permanente CBHPM. Ata da Câmara Técnica Permanente CBHPM AMB - Atendimento Ambulatorial de Puericultura. In: São Paulo. Associação Médica Brasileira; 2010 [cited Aug 4, 2019]. Available from: <http://www.sbp.com.br/pdfs/Ata-AMB.pdf>.
58. 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. 37-40.
59. Gabe J, Olumide G, Bury M. 'It takes three to tango': a framework for understanding patient partnership in paediatric clinics. *Soc Sci Med*. 2004;59(5):1071-9. doi: 10.1016/j.socscimed.2003.09.035. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953603006919>.
60. Légaré F, Ratté S, Stacey D, Kryworuchko J, Gravel K, Graham ID, et al. Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 5 Art No: CD006732 DOI: 10.1002/14651858CD006732pub2. 2010. <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab006732.html>.
61. Galea S. Making the case for a world without guns. *The Lancet Public Health*. 2019;4(6):e266-e7. doi: 10.1016/S2468-2667(19)30021-0. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30021-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30021-0).
62. van den Hoven M. Why One Should Do One's Bit: Thinking about Free Riding in the Context of Public Health Ethics. *Public Health Ethics*. 2012;5(2):154-60. doi: 10.1093/phe/phs023. <https://doi.org/10.1093/phe/phs023>.
63. Green M, Haggerty RJ, Weitzman ML. *Ambulatory Pediatrics*. Philadelphia: WB Saunders; 1999.
64. Coker TR, Windon A, Moreno C, Schuster MA, Chung PJ. Well-Child Care Clinical Practice Redesign for Young Children: A Systematic Review of Strategies and Tools. *Pediatrics*. 2013;131(Supplement 1):S5-S25. doi: 10.1542/peds.2012-1427c. https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/131/Supplement_1/S5.full.pdf.
65. Yogman M, Lavin A, Cohen G. The Prenatal Visit. *Pediatrics*. 2018;142(1):e20181218. doi: 10.1542/peds.2018-1218.
66. Escobar AMU, Grisi SJFE. 21st century well-child care. *Rev Assoc Med Bras*. 2016;62:479-81. doi: 10.1590/1806-9282.62.06.479. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302016000600479&nrm=iso.

67. Waksman RD, Blank D. Diagnóstico e orientação sobre segurança na consulta pediátrica. In: Silva LR, editor. Diagnóstico em Pediatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. Cap. 112. p. 1098-107
68. Michaud PA, Baltag V. Core competencies in adolescent health and development for primary care providers. Geneva: WHO Press; 2015. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/core_competencies/en/.
69. Haggerty RJ. Risks and protective factors in childhood illness. In: Green M, Haggerty RJ, Weitzman M, editors. Ambulatory pediatrics. 5 ed. Philadelphia: WB Saunders; 1999. 6-8
70. 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>.
71. Rourke L, Leduc D, Constantine E, Carsley S, Rourke J. Update on well-baby and well-child care from 0 to 5 years. *Can Fam Physician*. 2010;56(12):1285-90. <http://www.cfp.ca/content/56/12/1285.abstract>.
72. Dinkevich E, Ozuah PO. Well-Child Care: Effectiveness of Current Recommendations. *Clin Pediatr (Phila)*. 2002;41(4):211-7. doi: 10.1177/000992280204100403. <http://cpj.sagepub.com/content/41/4/211.abstract>.
73. Nelson WG, Rosen A, Pronovost PJ. Reengineering the Physical Examination for the New Millennium? *JAMA*. 2016;315(22):2391-2. doi: 10.1001/jama.2016.4470. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.4470>.
74. U.S. Preventive Services Task Force. Blood Pressure in Children and Adolescents (Hypertension): Screening. In: Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality; 2013 [cited Aug 6, 2019]. Available from: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/blood-pressure-in-children-and-adolescents-hypertension-screening?ds=1&s=blood%20pressure%20child>.
75. Flynn JT, Kaelber DC, Baker-Smith CM, Blowey D, Carroll AE, Daniels SR, et al. Clinical Practice Guideline for Screening and Management of High Blood Pressure in Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2017;140(3):e20171904. doi: 10.1542/peds.2017-1904. <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/140/3/e20171904.full.pdf>.
76. Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Nefrologia. Hipertensão arterial na infância e adolescência. Rio de Janeiro: SBP, 2019. https://www.sbp.com.br/index.php?eID=cw_filedownload&file=430.
77. U.S. Preventive Services Task Force. Adolescent Idiopathic Scoliosis: Screening. In: Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality; 2018 [cited Aug 6, 2019]. Available from: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/adolescent-idiopathic-scoliosis-screening1?ds=1&s=scoliosis>.
78. U.S. Preventive Services Task Force. Testicular Cancer: Screening. In: Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality; 2011 [cited Aug 6, 2019]. Available from: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/testicular-cancer-screening?ds=1&s=testicular>.
79. Nevin JE, Witt DK. Well child and preventive care. *Prim Care*. 2002;29(3):543-55.
80. Brosco JP. Weight Charts and Well-Child Care: How the Pediatrician Became the Expert in Child Health. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2001;155(12):1385-9. doi: 10.1001/archpedi.155.12.1385. <http://archpedi.ama-assn.org/cgi/content/abstract/155/12/1385>.
81. 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(12):1191-8. doi: 10.1001/archpedi.154.12.1191. <http://archpedi.ama-assn.org/cgi/content/abstract/154/12/1191>.
82. Olmsted RW, Svibergson RI, Kleeman JA. The value of rooming-in experience in pediatric training. *Pediatrics*. 1949;3(5):617-21. <http://pediatrics.aappublications.org/content/3/5/617.abstract>.
83. Norlin C, Crawford MA, Bell CT, Sheng X, Stein MT. Delivery of Well-Child Care: A Look Inside the Door. *Acad Pediatr*. 2011;11(1):18-26. <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1876285910003530?showall=true>.
84. Olson LM, Inkelas M, Halfon N, Schuster MA, O'Connor KG, Mistry R. Overview of the Content of Health Supervision for Young Children: Reports From Parents and Pediatricians. *Pediatrics*. 2004;113(Supplement 5):1907-16. http://pediatrics.aappublications.org/content/113/Supplement_5/1907.abstract.
85. Glascoe FP, Trimm F. Brief Approaches to Developmental-Behavioral Promotion in Primary Care: Updates on Methods and Technology. *Pediatrics*. 2014;133(5):884-97. doi: 10.1542/peds.2013-1859. <http://pediatrics.aappublications.org/content/133/5/884.abstract>.
86. Garg P, Eastwood J, Liaw S-T, Jalaludin B, Grace R. A case study of well child care visits at general practices in a region of disadvantage in Sydney. *PLoS one*. 2018;13(10):e0205235. doi: 10.1371/journal.pone.0205235. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205235>.
87. Callejas E, Byrne S, Rodrigo MJ. 'Gaining health and wellbeing from birth to three': a web-based positive parenting programme for primary care settings. *Early Child Development and Care*. 2018;188(11):1553-66. doi: 10.1080/03004430.2018.1490896. <https://doi.org/10.1080/03004430.2018.1490896>.
88. Singh A, Wilkinson S, Braganza S. Smartphones and Pediatric Apps to Mobilize the Medical Home. *J Pediatr*. 2014;165(3):606-10. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2014.05.037>. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022347614004879>.
89. Erkoboni D, Radesky J. The Elephant in the Examination Room: Addressing Parent and Child Mobile Device Use as a Teachable Moment. *J Pediatr*. 2018;198:5-6. doi: 10.1016/j.jpeds.2018.03.063. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.03.063>.
90. Rourke L, Godwin M, Rourke J, Pearce S, Bean J. The Rourke Baby Record Infant/Child Maintenance Guide: do doctors use it, do they find it useful, and does using it improve their well-baby visit records? *BMC Family Practice*. 2009;10(1):28. PubMed PMID: doi:10.1186/1471-2296-10-28. <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/10/28>.
91. Regalado M, Halfon N. Primary Care Services Promoting Optimal Child Development From Birth to Age 3 Years: Review of the Literature. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2001;155(12):1311-22. doi: 10.1001/archpedi.155.12.1311. <http://archpedi.ama-assn.org/cgi/content/abstract/155/12/1311>.
92. Nelson CS, Wissow LS, Cheng TL. Effectiveness of anticipatory guidance: recent developments. *Curr Opin Pediatr*. 2003;15(6):630-5. http://journals.lww.com/co-pediatrics/Fulltext/2003/12000/Effectiveness_of_anticipatory_guidance__recent.15.aspx.
93. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. The Changing Concept of Sudden Infant Death Syndrome: Diagnostic Coding Shifts, Controversies Regarding the Sleeping Environment, and New Variables to Consider in Reducing Risk. *Pediatrics*. 2005;116(5):1245-55. doi: 10.1542/peds.2005-1499. <http://pediatrics.aappublications.org/content/116/5/1245.abstract>.
94. LeFevre ML, on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral Counseling Interventions to Prevent Sexually Transmitted Infections: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement Behavioral Counseling Interventions to Prevent STIs. *Ann Intern Med*. 2014;161(12):894-901. doi: 10.7326/m14-1965. <https://doi.org/10.7326/M14-1965>.
95. Gardner HG, American Academy of Pediatrics Committee on Injury, Violence, and Poison Prevention. Office-Based Counseling for Unintentional Injury Prevention. *Pediatrics*. 2007;119(1):202-6. doi: 10.1542/peds.2006-2899. <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/abstract/119/1/202>.
96. Zonfrillo MR, Gittelman MA, Quinlan KP, Pomerantz WJ. Outcomes after injury prevention counselling in a paediatric office setting: a 25-year review. *BMJ Paediatrics Open*. 2018;2(1):e000300. doi: 10.1136/bmjpo-2018-000300. <https://bmjpaedsopen.bmj.com/content/bmjpo/2/1/e000300.full.pdf>.
97. McDonald EM, Mack K, Shields WC, Lee RP, Gielen AC. Primary Care Opportunities to Prevent Unintentional Home Injuries: A Focus on Children and Older Adults. *Am J Lifestyle Med*. 2018;12(2):96-106. doi: 10.1177/1559827616629924. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1559827616629924>.
98. Durbin DR, Hoffman BD, Council on Injury Violence Poison Prevention. Child Passenger Safety - Technical Report. *Pediatrics*. 2018;142(5):e20182461. doi: 10.1542/peds.2018-2461. <https://pediatrics.aappublications.org/content/142/5/e20182461>.

99. U.S. Preventive Services Task Force. Counseling about Proper Use of Motor Vehicle Occupant Restraints and Avoidance of Alcohol Use while Driving: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med.* 2007;147(3):187-93. doi: 10.7326/0003-4819-147-3-200708070-00008. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-147-3-200708070-00008>.
100. World Health Organization. INSPiRE: seven strategies for ending violence against children. WHO: Geneva; 2016. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/inspire/en/.
101. WHO Expert Committee on Physical Status. Physical status: The use and interpretation of anthropometry. Technical Report Series 854. Geneva: WHO; 1995. http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_854.pdf.
102. Saari A. Modern methods for auxological screening of growth disorders in children. [Doctoral thesis]. Kuopio, Finland: University of Eastern Finland; 2015. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-1723-2>.
103. Garner P, Panpanich R, Logan S. Is routine growth monitoring effective? A systematic review of trials. *Arch Dis Child.* 2000;82(3):197-201. doi: 10.1136/adc.82.3.197. <http://adc.bmj.com/content/82/3/197.abstract>.
104. Ross A, English M. Early infant growth monitoring – time well spent? *Trop Med Int Health.* 2005;10(5):404-11. doi: 10.1111/j.1365-3156.2005.01405.x. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-3156.2005.01405.x>.
105. Hall DMB. Growth monitoring. *Arch Dis Child.* 2000;82(1):10-5. doi: 10.1136/adc.82.1.10. <http://adc.bmj.com/content/82/1/10.short>.
106. van Dommelen P, van Buuren S. Methods to obtain referral criteria in growth monitoring. *Stat Methods Med Res.* 2014;23(4):369-89. doi: 10.1177/0962280212473301. <http://smm.sagepub.com/content/23/4/369.abstract>.
107. Morley D. Growth monitoring. *Arch Dis Child.* 2001;84(1):89. doi: 10.1136/adc.84.1.89c. <http://adc.bmj.com/content/84/1/89.6.short>.
108. Davies DP, Williams T. Is weighing babies in clinics worth while? *Br Med J (Clin Res Ed).* 1983;286(6368):860-3. doi: 10.1136/bmj.286.6368.860. <http://www.bmj.com/content/286/6368/860.abstract>.
109. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations for growth monitoring, and prevention and management of overweight and obesity in children and youth in primary care. *Can Med Assoc J.* 2015;187(6):411-21. doi: 10.1503/cmaj.141285. <http://www.cmaj.ca/content/cmaj/187/6/411.full.pdf>.
110. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Obesity in Children and Adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA.* 2017;317(23):2417-26. doi: 10.1001/jama.2017.6803. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.6803>.
111. de Onis M. Growth Monitoring. In: Caballero B, editor. *Encyclopedia of Human Nutrition (Third Edition)*. Waltham: Academic Press; 2013. 408-16. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780123750839001409>.
112. World Health Organization. The WHO Child Growth Standards. In: Geneva. WHO; 2006 [cited Aug 28, 2019]. Available from: <https://www.who.int/childgrowth/en/>.
113. Weintraub B. Growth. *Pediatr Rev.* 2011;32(9):404-6. doi: 10.1542/pir.32-9-404. <https://pedsinreview.aappublications.org/content/pedsinreview/32/9/404.full.pdf>.
114. Wright CM. The use and interpretation of growth charts. *Current Paediatrics.* 2002;12(4):279-82. doi: <https://doi.org/10.1054/cupe.2002.0299>. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S095758390290299X>.
115. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. e-SUS Atenção Básica. In: Brasília. Ministério da Saúde; 2019 [cited Aug 28, 2019]. Available from: <http://aps.saude.gov.br/ape/esus/download>.
116. Sankilampi U, Saari A, Laine T, Miettinen PJ, Dunkel L. Use of Electronic Health Records for Automated Screening of Growth Disorders in Primary Care. *JAMA.* 2013;310(10):1071-2. doi: 10.1001/jama.2013.218793. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.218793>.
117. U. S. Preventive Services Task Force. Final Recommendation Statement: Speech and Language Delay and Disorders in Children Age 5 and Younger: Screening. In: Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality; 2015 [cited Aug 28, 2019]. Available from: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/speech-and-language-delay-and-disorders-in-children-age-5-and-younger-screening>
118. Urkin J, Bar-David Y, Porter B. Should We Consider Alternatives to Universal Well-Child Behavioral-Developmental Screening? *Front Pediatr.* 2015;3(21). doi: 10.3389/fped.2015.00021. <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fped.2015.00021>.
119. Glascoe FP, Robertshaw NS. Five reasons to screen well for developmental and behavioral problems. *Contemp Pediatr.* 2007(Jul 1, 2007). <http://www.modernmedicine.com/modernmedicine/Child+Behavior+and+Development/Five-reasons-to-screen-well-for-developmental-and-ArticleStandard/Article/detail/441184>.
120. Council on Children With Disabilities, Section on Developmental Behavioral Pediatrics, Bright Futures Steering Committee, Medical Home Initiatives for Children With Special Needs Project Advisory Committee. Identifying Infants and Young Children With Developmental Disorders in the Medical Home: An Algorithm for Developmental Surveillance and Screening. Reaffirmed August 2014. *Pediatrics.* 2006;118(1):405-20. doi: 10.1542/peds.2006-1231. <http://pediatrics.aappublications.org/content/118/1/405.abstract>.
121. Scharf RJ, Scharf GJ, Stroustrup A. Developmental Milestones. *Pediatr Rev.* 2016;37(1):25-38. doi: 10.1542/pir.2014-0103. <https://pedsinreview.aappublications.org/content/pedsinreview/37/1/25.full.pdf>.
122. Coelho R, Ferreira JP, Sukiennik R, Halpern R. Child development in primary care: a surveillance proposal. *J Pediatr (Rio J).* 2016;92:505-11. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572016000600505&nrm=iso.
123. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf.
124. Sukiennik R, Coelho R, Halpern R. Triagem e vigilância dos transtornos do desenvolvimento e comportamento na infância. In: Halpern R, editor. *Manual de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento*. Barueri, SP: Manole; 2015. 105-22
125. Bordini B, Rosenfield RL. Normal Pubertal Development: Part II: Clinical Aspects of Puberty. *Pediatr Rev.* 2011;32(7):281-92. doi: 10.1542/pir.32-7-281. <http://pedsinreview.aappublications.org/content/32/7/281.short>.
126. Zwaigenbaum L, Penner M. Autism spectrum disorder: advances in diagnosis and evaluation. *BMJ.* 2018;361:k1674. Epub 2018/05/21. PubMed PMID: 29784657. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29784657>.
127. Siu AL, and the US Preventive Services Task Force. Screening for Autism Spectrum Disorder in Young Children: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA.* 2016;315(7):691-6. doi: 10.1001/jama.2016.0018. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.0018>.
128. Johnson CP, Myers SM, and the Council on Children With Disabilities. Identification and Evaluation of Children With Autism Spectrum Disorders. *Pediatrics.* 2007;120(5):1183-215. doi: 10.1542/peds.2007-2361. <http://pediatrics.aappublications.org/content/120/5/1183.abstract>.
129. Al-Qabandi M, Gorter JW, Rosenbaum P. Early Autism Detection: Are We Ready for Routine Screening? *Pediatrics.* 2011;128(1):e211-e7. doi: 10.1542/peds.2010-1881. <http://pediatrics.aappublications.org/content/128/1/e211.abstract>.
130. Zwaigenbaum L, Bauman ML, Fein D, Pierce K, Buie T, Davis PA, et al. Early Screening of Autism Spectrum Disorder: Recommendations for Practice and Research. *Pediatrics.* 2015;136(Supplement 1):S41-S59. doi: 10.1542/peds.2014-3667D. https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/136/Supplement_1/S41.full.pdf.
131. Hagan Jr JF, Shaw JS, Duncan PM, eds. Bright Futures Evidence and Rationale, Health Supervision Visits. In: *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents*. [internet]. Elk Grove Village, IL. American Academy of Pediatrics; 2017 [cited 21/06/2019]. Available from: <https://brightfutures.aap.org/materials-and-tools/guidelines-and-pocket-guide/Pages/default.aspx>.
132. Carey WB. Teaching Parents About Infant Temperament. *Pediatrics.* 1998;102(Supplement E1):1311-6. http://pediatrics.aappublications.org/content/102/Supplement_E1/1311.abstract.

133. Carey WB. Rapid, Competent, and Inexpensive Developmental-Behavioral Screening Is Possible. *Pediatrics*. 2002;109(2):316-7. <http://pediatrics.aappublications.org/content/109/2/316.short>.
134. Weitzman C, Wegner L. Promoting Optimal Development: Screening for Behavioral and Emotional Problems. *Pediatrics*. 2015;135(2):384-95. doi: 10.1542/peds.2014-3716. <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/135/2/384.full.pdf>.
135. Brasil, Ministério da Saúde. Orientações sobre Vacinação [internet]. In: Brasília. Ministério da Saúde; 2019 [cited Aug 5, 2019]. Available from: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/vacinacao/orientacoes-sobre-vacinacao>.
136. Sociedade Brasileira de Pediatría. Calendário de Vacinação da SBP 2019. In: Rio de Janeiro. SBP; 2019 [cited Aug 5, 2019]. Available from: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21273m-DocClient-Calendario_Vacinacao_2019-ok1.pdf.
137. US Preventive Services Task Force. Ocular Prophylaxis for Gonococcal Ophthalmia Neonatorum: US Preventive Services Task Force Reaffirmation. *JAMA*. 2019;321(4):394-8. doi: 10.1001/jama.2018.21367. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.21367>.
138. Siu AL, US Preventive Services Task Force. Screening for Iron Deficiency Anemia in Young Children: USPSTF Recommendation Statement. In: Rockville, MD. USPSTF; 2015 [cited Aug 4, 2019]. Available from: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/iron-deficiency-anemia-in-young-children-screening?ds=1&s=iron%20deficiency>.
139. Baker RD, Greer FR, AAP Committee on Nutrition. Diagnosis and Prevention of Iron Deficiency and Iron-Deficiency Anemia in Infants and Young Children (0–3 Years of Age). *Pediatrics*. 2010;126(5):1040-50. doi: 10.1542/peds.2010-2576. <http://pediatrics.aappublications.org/content/126/5/1040.abstract>.
140. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Suplementação de Ferro: manual de condutas gerais. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 24 p. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_suplementacao_ferro_condutas_gerais.pdf.
141. American Academy of Pediatrics, Section on Oral Health. Maintaining and Improving the Oral Health of Young Children. *Pediatrics*. 2014;134(6):1224-9. doi: 10.1542/peds.2014-2984. <http://pediatrics.aappublications.org/content/134/6/1224.full>.
142. Dalal M, Clark M, Quiñonez RB. How to integrate oral health into pediatric primary care: Part 1. *Contemp Pediatr*. 2019;36(1). <https://www.contemporarypediatrics.com/pediatrics/how-integrate-oral-health-pediatric-primary-care-part-1>.
143. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf.
144. Milgrom PM, Cunha-Cruz J. Are Tooth Decay Prevention Visits in Primary Care Before Age 2 Years Effective? *JAMA Pediatrics*. 2017;171(4):321-2. doi: 10.1001/jamapediatrics.2016.4982. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2016.4982>.
145. Moyer VA. Prevention of Dental Caries in Children From Birth Through Age 5 Years: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Pediatrics*. 2014;133(6):1102-11. doi: 10.1542/peds.2014-0483. <http://pediatrics.aappublications.org/content/133/6/1102.abstract>.
146. Clark MB, Slayton RL, AAP Section on Oral Health. Fluoride Use in Caries Prevention in the Primary Care Setting. *Pediatrics*. 2014;134(3):626-33. doi: 10.1542/peds.2014-1699. <http://pediatrics.aappublications.org/content/134/3/626.abstract>.
147. Dalal M, Clark M, Quiñonez RB. Pediatric oral health: Fluoride use recommendations. *Contemp Pediatr*. 2019;36(2). <https://www.contemporarypediatrics.com/pediatrics/pediatric-oral-health-fluoride-use-recommendations>.
148. Brasil, Ministério da Saúde. Programa Nacional de Triagem Neonatal In: Brasília. Ministério da Saúde; 2019 [cited Aug 31, 2019]. Available from: <http://saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-nacional-da-triagem-neonatal>.
149. Boyle CA, Bocchini JA, Kelly J. Reflections on 50 Years of Newborn Screening. *Pediatrics*. 2014;133(6):961-3. doi: 10.1542/peds.2013-3658. <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/133/6/961.full.pdf>.
150. Newborn Screening Authoring Committee. Newborn Screening Expands: Recommendations for Pediatricians and Medical Homes Implications for the System. *Pediatrics*. 2008;121:192-217.
151. Yoshinaga-Itano C, Sedey AL, Wiggin M, Chung W. Early Hearing Detection and Vocabulary of Children With Hearing Loss. *Pediatrics*. 2017;140(2):e20162964. doi: 10.1542/peds.2016-2964. <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/140/2/e20162964.full.pdf>.
152. Brasil, Presidência da República, Casa Civil. Lei nº 12.303. Dispõe sobre a obrigatoriedade de realização do exame denominado Emissões Otoacústicas Evocadas. Brasília: Casa Civil; 2010. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12303.htm.
153. Gianini NOM. Reflexo Vermelho - Teste do Olhinho. SBP Ciência [Internet]. 2010. Jul 24, 2011. Available from: http://www.sbp.com.br/sbpciencia/show_item.cfm?id_categoria=8&id_detalhe=729&tipo=D.
154. Kemper AR, Hudak ML. Revisiting the Approach to Newborn Screening for Critical Congenital Heart Disease. *Pediatrics*. 2018;141(5):e20180576. doi: 10.1542/peds.2018-0576. <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/141/5/e20180576.full.pdf>.
155. Harlor ADB, Bower C, AAP Committee on Practice and Ambulatory Medicine, Section on Otolaryngology - Head and Neck Surgery. Hearing Assessment in Infants and Children: Recommendations Beyond Neonatal Screening. *Pediatrics*. 2009;124(4):1252-63. doi: 10.1542/peds.2009-1997. <http://pediatrics.aappublications.org/content/124/4/1252.abstract>.
156. Nelson HD, Bougatsos C, Nygren P. Universal Newborn Hearing Screening: Systematic Review to Update the 2001 US Preventive Services Task Force Recommendation. *Pediatrics*. 2008;122(1):e266-e76. doi: 10.1542/peds.2007-1422. <http://pediatrics.aappublications.org/content/122/1/e266.abstract>.
157. Sekhar DL. Adolescent Hearing Loss: Rising or Not, It Remains a Concern. *Pediatrics*. 2017;140(6):e20173084. doi: 10.1542/peds.2017-3084. <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/140/6/e20173084.full.pdf>.
158. Loh AR, Chiang MF. Pediatric Vision Screening. *Pediatr Rev*. 2018;39(5):225-34. doi: 10.1542/pir.2016-0191. <https://pedsinreview.aappublications.org/content/pedsinreview/39/5/225.full.pdf>.
159. U. S. Preventive Services Task Force. Vision Screening in Children Aged 6 Months to 5 Years: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2017;318(9):836-44. doi: 10.1001/jama.2017.11260. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.11260>.
160. Donahue SP, Baker CN. Procedures for the Evaluation of the Visual System by Pediatricians. *Pediatrics*. 2016;137(1):e20153597. doi: 10.1542/peds.2015-3597. <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/137/1/e20153597.full.pdf>.
161. U. S. Preventive Services Task Force. Final Recommendation Statement: Sexually Transmitted Infections: Behavioral Counseling. In: Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality; 2014 [cited Aug 31, 2019]. Available from: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/sexually-transmitted-infections-behavioral-counseling1>.
162. American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric AIDS. Adolescents and HIV Infection: The Pediatrician's Role in Promoting Routine Testing. *Pediatrics*. 2016;138(2):e20161650. doi: 10.1542/peds.2016-1650 <https://pediatrics.aappublications.org/content/138/2/e20161650>.
163. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. 248 p. http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/57800/pcdt_ist_fnal_24_06_2019_web.pdf?file=1&type=node&id=57800&force=1.
164. US Preventive Services Task Force. Screening for HIV Infection: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2019;321(23):2326-36. doi: 10.1001/jama.2019.6587. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.6587>.
165. Murray PJ, AAP Committee on Adolescence. Screening for Nonviral Sexually Transmitted Infections in Adolescents and Young Adults. *Pediatrics*. 2014;134(1):e302-e11. doi: 10.1542/peds.2014-1024. <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/134/1/e302.full.pdf>.

166. U. S. Preventive Services Task Force. Screening for Syphilis Infection in Nonpregnant Adults and Adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2016;315(21):2321-7. doi: 10.1001/jama.2016.5824. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.5824>.
167. U. S. Preventive Services Task Force. Final Recommendation Statement: Chlamydia and Gonorrhea: Screening. In: Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality; 2014 [cited Aug 31, 2019]. Available from: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/chlamydia-and-gonorrhea-screening>.
168. U.S. Preventive Services Task Force. Final Recommendation Statement: Hepatitis B Virus Infection: Screening. In: Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality 2014 [cited Aug 31, 2019]. Available from: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/hepatitis-b-virus-infection-screening-2014>.
169. U. S. Preventive Services Task Force. Serologic Screening for Genital Herpes Infection: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2016;316(23):2525-30. doi: 10.1001/jama.2016.16776. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.16776>.
170. Farber HJ, Walley SC, Groner JA, Nelson KE, AAP Section on Tobacco Control. Clinical Practice Policy to Protect Children From Tobacco, Nicotine, and Tobacco Smoke. *Pediatrics*. 2015;136(5):1008-17. doi: 10.1542/peds.2015-3108. <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/136/5/1008.full.pdf>.
171. U.S. Preventive Services Task Force. Final Recommendation Statement: Tobacco Use in Children and Adolescents: Primary Care Interventions. In: Rockville, MD. . Agency for Healthcare Research and Quality; 2013. Available from: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/tobacco-use-in-children-and-adolescents-primary-care-interventions>.
172. Moyer VA, U. S. Preventive Services Task Force. Primary Care Behavioral Interventions to Reduce Illicit Drug and Nonmedical Pharmaceutical Use in Children and Adolescents: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. *Ann Intern Med*. 2014;160(9):634-9. doi: 10.7326/M14-0334. <https://doi.org/10.7326/M14-0334>.
173. U. S. Preventive Services Task Force. Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2018;320(18):1899-909. doi: 10.1001/jama.2018.16789. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.16789>.
174. Levy SJL, Williams JF, AAP Committee on Substance Use Prevention. Substance Use Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment. *Pediatrics*. 2016;138(1):e20161210. doi: 10.1542/peds.2016-1210. <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/138/1/e20161210.full.pdf>.
175. Quigley J, AAP Committee on Substance Use and Prevention. Alcohol Use by Youth. *Pediatrics*. 2019;144(1):e20191356. doi: 10.1542/peds.2019-1356. <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/144/1/e20191356.full.pdf>.
176. Shenoi RP, Linakis JG, Bromberg JR, Casper TC, Richards R, Mello MJ, et al. Predictive Validity of the CRAFFT for Substance Use Disorder. *Pediatrics*. 2019;144(2):e20183415. doi: 10.1542/peds.2018-3415. <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/144/2/e20183415.full.pdf>.
177. Knight JR, Sherritt L, Harris SK, Gates EC, Chang G. Validity of Brief Alcohol Screening Tests Among Adolescents: A Comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE, and CRAFFT. *Alcohol Clin Exper Res*. 2003;27(1):67-73. doi: 10.1111/j.1530-0277.2003.tb02723.x. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1530-0277.2003.tb02723.x>.
178. Siu AL, U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Depression in Children and Adolescents: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med*. 2016;164(5):360-6. doi: 10.7326/m15-2957. <https://doi.org/10.7326/M15-2957>.
179. Johnson JG, Harris ES, Spitzer RL, Williams JBW. The patient health questionnaire for adolescents: Validation of an instrument for the assessment of mental disorders among adolescent primary care patients. *J Adolesc Health*. 2002;30(3):196-204. <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1054139X01003330?showall=true>.
180. Winter LB, Steer RA, Jones-Hicks L, Beck AT. Screening for major depression disorders in adolescent medical outpatients with the Beck Depression Inventory for Primary Care. *J Adolesc Health*. 1999;24(6):389-94. <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1054139X98001359?showall=true>.
181. Durbin DR, Hoffman BD, Council on Injury Violence Poison Prevention. Child Passenger Safety - Position Statement. *Pediatrics*. 2018;142(5):e20182460. doi: 10.1542/peds.2018-2460. <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/142/5/e20182460.full.pdf>.
182. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd29.pdf.
183. Tabas GH, Vanek MS. Is 'routine' laboratory testing a thing of the past? *Postgrad Med*. 1999;105(3):213-20. doi: 10.3810/pgm.1999.03.639. <https://doi.org/10.3810/pgm.1999.03.639>.
184. Faulkner A, Reidy M, McGowan J. Should we abandon routine blood tests? The BMJ Opinion [Internet] 2017 [cited Aug 31, 2019]. Available from: <https://blogs.bmj.com/bmj/2017/04/26/should-we-abandon-routine-blood-tests/>.
185. Harris RP, Sheridan SL, Lewis CL, Barclay C, Vu MB, Kistler CE, et al. The Harms of Screening: A Proposed Taxonomy and Application to Lung Cancer Screening. *JAMA Intern Med*. 2014;174(2):286. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.12745. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.12745>.
186. Shaked M, Levkovich I, Adar T, Peri A, Liviatan N. Perspective of healthy asymptomatic patients requesting general blood tests from their physicians: a qualitative study. *BMC Family Practice*. 2019;20(1):51. doi: 10.1186/s12875-019-0940-9. <https://doi.org/10.1186/s12875-019-0940-9>.
187. Dickinson JA, Pimlott N, Grad R, Singh H, Szafran O, Wilson BJ, et al. Screening: when things go wrong. *Can Fam Physician*. 2018;64(7):502-8. <https://www.cfp.ca/content/cfp/64/7/502.full.pdf>.
188. Weatherhead JE, Hotez PJ, Mejia R. The Global State of Helminth Control and Elimination in Children. *Pediatr Clin North Am*. 2017;64(4):867-77. doi: 10.1016/j.pcl.2017.03.005. [PubMed PMID: 28734515](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28734515). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28734515>.
189. World Health Organization. Preventive chemotherapy to control soil-transmitted helminth infections in at-risk population groups. Geneva: WHO; 2017. <https://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/deworming/en/>.
190. Barbosa JA, Alvim MM, Oliveira MM, Siqueira RA, Dias TR, Garcia PG. Análise do perfil socioeconômico e da prevalência de enteroparasitoses em crianças com idade escolar em um município de Minas Gerais. *HU Revista*. 2017;43(3):391-7. <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/13902>.
191. Goes GC, Gonçalves KCC, Sudre AP, Mattos DPBG, Brener B, Cruz PB, et al. Frequency of enteroparasitoses in preschool children attending daycare centers: a survey applying parasitological and immunological methods. *Revista de Patologia Tropical*. 2019;48(2):121-33. doi: 10.5216/rpt.v48i2.58571. <https://www.revistas.ufg.br/iptsp/article/view/58571>.
192. Dantas SH, Chaves MF, Souza SA, Silva AB, Freitas FIS, Cavalcante UMB, et al. Perfil socioeconômico e qualidade de vida dos pacientes com protozooses intestinais. *Revista Saúde (Sta Maria)*. 2019;45(2). doi: 10.5902/2236583438076. <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/38076>.
193. Pereira GLT, Ribeiro CA, Costa IO, Silva JNC, Calado LSO, Nunes BRM, et al. Prevalência de infecções parasitárias intestinais oriundas de crianças residentes em áreas periféricas, município de Juazeiro do Norte - Ceará. *Rev Interfaces*. 2017;5(14):21-7. doi: 10.16891/2317-434X.V5.E14.A2017.Pp21-27. <http://www.interfaces.leaosampaio.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/587>.
194. Zannotto M, Cavagnoli NI, Breda JC, Spada PDS, Bortolini GV, Rodrigues AD. Prevalence of intestinal parasites and socioeconomic evaluation of a country town in the serra gaucha region, Rio Grande do Sul, Brazil. *Revista de Patologia Tropical*. 2018;47(1):19-30. doi: 10.5216/rpt.v47i1.52259. <https://www.revistas.ufg.br/iptsp/article/view/52259>.
195. US Preventive Services Task Force. Screening for Lipid Disorders in Children and Adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2016;316(6):625-33. doi: 10.1001/jama.2016.9852. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.9852>.

196. Expert Panel on Integrated Guidelines for Cardiovascular Health and Risk Reduction in Children and Adolescents. Summary Report. *Pediatrics*. 2011;128(Supplement 5):S213-S56. doi: 10.1542/peds.2009-2107C. https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/128/Supplement_5/S213.full.pdf.
197. Brown CM, Samaan ZM, Glance A, Haering A, Steele B, Newman N. Standardizing Clinical Response to Results of Lead Screening: A Quality Improvement Study. *Pediatrics*. 2019;143(6):e20183085. doi: 10.1542/peds.2018-3085. <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/143/6/e20183085.full.pdf>.
198. U. S. Preventive Services Task Force. Screening for Elevated Blood Lead Levels in Children and Pregnant Women: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2019;321(15):1502-9. doi: 10.1001/jama.2019.3326. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.3326>.
199. Lanphear BP, AAP Council on Environmental Health Executive Committee. Prevention of Childhood Lead Toxicity. *Pediatrics*. 2016;138(1):e20161493. doi: 10.1542/peds.2016-1493. <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/138/1/e20161493.full.pdf>.
200. Brasil, Ministério da Saúde. Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Contaminantes Químicos (Vigipeq). In: Brasília. Ministério da Saúde; 2019 [cited Aug 31, 2019]. Available from: <http://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-ambiental/vigipeq>.
201. ACOG Practice Bulletin No. 109: Cervical Cytology Screening. *Obstet Gynecol*. 2009;114(6):1409-20. http://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2009/12000/ACOG_Practice_Bulletin_No_109_Cervical_Cytology.49.aspx.
202. US Preventive Services Task Force. Screening for Cervical Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2018;320(7):674-86. doi: 10.1001/jama.2018.10897. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.10897>.
203. US Preventive Services Task Force. Behavioral Counseling to Prevent Skin Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2018;319(11):1134-42. doi: 10.1001/jama.2018.1623. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.1623>.

Leituras recomendadas

- 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. Texto completo gratuitamente disponível em: <https://brightfutures.aap.org/materials-and-tools/guidelines-and-pocket-guide/Pages/default.aspx>.
Publicação da iniciativa Bright Futures, abrangente, minucioso e amparado em evidências científicas, em que um grupo de expertos descreve os procedimentos detalhados de promoção de saúde a serem executados em cada uma das consultas do protocolo de puericultura recomendado pela American Academy of Pediatrics. Leitura obrigatória para pediatras e médicos de família. Texto completo gratuito online.
- Agency for Healthcare Research and Quality. *Guide to Clinical Preventive Services, 2014*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2014. Texto completo gratuitamente disponível em: <https://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/guide/index.html>.
Recomendações da U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) para triagem, aconselhamento e prevenção, fonte de apoio essencial para todo profissional de saúde nas decisões clínicas sobre serviços preventivos.
- Blank D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. *J Pediatr (Rio J)*. 2003;79 Supl 1:S13-22. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v79s1/v79s1a03.pdf>.
Artigo de revisão sobre a puericultura, com avaliação crítica dos procedimentos clínicos sugeridos na literatura.
- Brazelton TB, Sparrow JD. *Touchpoints - Birth to three - Your child's emotional and behavioral development*. 2 ed. Cambridge, MA: Da Capo Lifelong Books; 2006.
Brazelton TB, Sparrow JD. *Touchpoints - Three to six - Your child's emotional and behavioral development*. Cambridge, MA: Da Capo Lifelong Books; 2001.
Leitura altamente aconselhável para pediatras e pais; descrição clara das influências do temperamento no desenvolvimento e comportamento da criança; boa base para orientação preventiva.

Sites recomendados

- Bright Futures - <http://brightfutures.aap.org/>
Projeto abrangente, minucioso e amparado em evidências científicas, em que um grupo de expertos descreve os procedimentos detalhados de promoção de saúde a serem executados em cada uma das consultas do protocolo de puericultura recomendado pela American Academy of Pediatrics. Leitura obrigatória para pediatras e médicos de família.
- Canadian Task Force on Preventive Health Care - <http://www.canadiantaskforce.ca>
Organização originalmente responsável pela estratégia de recomendações de procedimentos clínicos apoiados em evidências científicas.
- U.S. Preventive Services Task Force - <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/>
Iniciativa governamental estadunidense devotada a avaliar as bases científicas para recomendar ou contraindicar procedimentos clínicos preventivos.