

A CONSULTA PEDIÁTRICA E DE PUERICULTURA

JOANA COELI LIMA MARINS

PAULA XAVIER PICON

DANILO BLANK

A PUERICULTURA NO CONTEXTO DA CONSULTA PEDIÁTRICA ► A consulta médica pediátrica é a etapa do processo de atenção integral à saúde da criança que envolve procedimentos técnicos, particularmente diagnósticos e terapêuticos, associados a um conjunto de ações comportamentais, cognitivas e humanas, bem como a atitudes e interações que compõem a relação médico-paciente-família. Ela é composta por diversas ações, em especial:

- o acompanhamento do processo de crescimento e desenvolvimento;
- a identificação de situações de risco às quais as crianças estão submetidas;
- a identificação, o diagnóstico e o encaminhamento terapêutico de processos mórbidos;
- o estabelecimento de condutas gerais de acompanhamento de saúde da criança, incluindo a orientação antecipatória.

Entre as consultas pediátricas, as consultas de puericultura, também chamadas de “consultas de revisão”, ocupam uma parcela preponderante da atividade do pediatra e envolvem ações de cuidados de saúde preventivos da criança, desde o pré-natal até o final da adolescência.

O termo puericultura deriva da palavra latina *puer* (criança) e foi empregado pela primeira vez no século XVIII, para designar “a arte de criar, higiênica e fisiologicamente, os meninos”. Na atualidade, a puericultura é uma ciência que agrega noções de fisiologia, de higiene e de sociologia em um complexo abrangente de ações promotoras de saúde exercidas com foco na criança (mas contemplando sua família e sua comunidade), da gestação até o fim da adolescência, de modo a propiciar-lhe o melhor nível de desenvolvimento físico, emocional, intelectual, moral e social. Tais ações incluem práticas definidas, como apreciação de fatores individuais e ambientais de proteção e de ameaça à saúde, monitoração do desenvolvimento, imunizações, testes de rastreamento, orientação antecipatória (sobre inúmeros condicionantes da saúde, como nutrição, hábitos de vida, disciplina e segurança) e aspectos selecionados do exame físico.

A puericultura dos dias de hoje é humanizada, exigindo dos profissionais de saúde um exercício permanente de consideração genuína pelos pacientes, seus sentimentos e angústias, muito além da aplicação de procedimentos técnicos.

A **Tabela 1.1** é uma síntese das diretrizes para os procedimentos de puericultura, segundo recomendações apoiadas em evidências e discriminadas por níveis de prioridade, de instituições como a U.S. Preventive Services Task Force,¹ o Institute for Clinical Systems Improvement² e a American Academy of Pediatrics.³

Em cada período da vida da criança, as características do processo de seu desenvolvimento, os riscos a que está submetida e a existência de condições mórbidas determinam a necessidade e a periodicidade do atendimento médico. Qualquer protocolo de puericultura precisa ser flexível.

Considerando a atuação da pediatria junto à população, os profissionais devem desempenhar um importante papel com relação à atenção dispensada em todos os níveis de complexidade. Desse modo, o pediatra deve tentar influenciar na definição das políticas públicas, com o objetivo de adequar as ações na área, destacando-se as medidas de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Visando manter a qualidade e a abrangência dos cuidados dirigidos à criança e ao adolescente, o pediatra deve buscar uma educação permanente que contemple, além de comportamentos técnicos, estratégias para a resolução de problemas do cotidiano em diversos níveis de complexidade. A esse respeito, convém ressaltar a integração multiprofissional e a utilização de instrumentos da educação em saúde.

A evolução tecnológica não tem sido suficiente para resolver os enormes problemas, conflitos e sofrimento gerados por uma má estruturação econômica, social e cultural, que, em nosso meio, caracteriza-se por extremas diferenças de direitos e estratos sociais. A identificação de fatores de risco, de proteção e o estabelecimento de prioridades e estratégias de intervenção devem constituir etapas do processo de trabalho do pediatra, para a resolução dos principais problemas de saúde da população.

Para uma nova concepção de intervenção em saúde, devem-se considerar os determinantes do processo saúde-doença. Nesse sentido, é de fundamental importância o envolvimento de outras áreas de conhecimento, promovendo a confluência de diversos saberes para a resolução de problemas de maior complexidade e uma nova organização do processo de trabalho em saúde. Isto significa que, além de uma visão ampliada da questão saúde, é necessária a reorganização do sistema de prestação de serviço, incluindo-se atividades de interconsultas e terapias em grupo, entre outras. Outra questão importante refere-se à redefinição da absorção e utilização de tecnologias e à recomposição da equipe de trabalho.

Além disso, a puericultura deve contemplar a integralidade das ações de saúde: atuação biopsicossocial, que atenda o indivíduo e a coletividade nos vários níveis de atenção, nos aspectos preventivos e curativos, com enfoque na produção social da saúde. A abordagem integral da criança e de sua família, em um mundo em constante transformação, exige do pediatra e da equipe de saúde um enfoque interdisciplinar, com a possibilidade de superar a fragmentação do conhecimento em disciplinas ou departamentos, assim como romper o aprisionamento do conhecimento em áreas circunscritas.

Convém enfatizar as questões éticas que devem pautar a relação do pediatra com a criança, em especial considerando sua situação de vulnerabilidade orgânica, psicológica e social. Deve-se entender e respeitar as etapas de desenvolvimento, quer seja nas manifestações de ansiedade e medo, quer seja nas manifestações de pudor. O exame da criança deve ser acompanhado de uma conversa, explicando-lhe o que está sendo feito e dizendo-lhe a verdade, de uma forma adaptada à idade. A busca do consentimento explícito é um marco ético fundamental.

As decisões devem sempre ser compartilhadas com os pais e com a criança. Não se deve menosprezar a capacidade da criança de decidir e de ser ela própria uma educadora, repassando para a família estilos de vida mais saudáveis. Seu direito de opinião deve ser sempre valorizado.

ANAMNESE ► A anamnese é o procedimento no qual os pais ou a própria criança fornecem informações que definirão seu contexto e sua história, bem como a história de uma eventual situação mórbida. Trata-se de um momento fundamental, já que aí se reconhece a relação de dependência da criança com seu microambiente, compondo um complexo de dados que precisam ser adequadamente interpretados.

A compreensão integral da criança requer o conhecimento e a avaliação dos principais sistemas e aparelhos, bem como de todos os fatores do cotidiano sociocultural que podem interferir no processo saúde-doença e no desenvolvimento socioafetivo.

Antes de iniciar a anamnese, o médico deve apresentar-se, dizendo o seu nome e explicando o objetivo da consulta.

A extensão e a direção da história dependem das circunstâncias que cercam cada caso. Mesmo quando uma anamnese precisa ser mais objetiva, pelo fator tempo, devem ser feitas perguntas diretas, sem, no entanto, dirigir as respostas. Não se devem fazer perguntas que induzam a respostas tipo “sim ou não”. Como exemplo, ao indagar a respeito da alimentação do bebê, não se deve usar: “Ele se alimenta bem?”. Preferir: “Como ele está se alimentando?”. Por outro lado, diante de crianças com enfermidades agudas e em situações de emergência, a tomada da história pode limitar-se à obtenção dos dados essenciais ao diagnóstico, pois, muitas vezes, a exploração além dos fatos imediatamente pertinentes pode retardar a intervenção.

O médico precisa saber ouvir o paciente e seus familiares. Mesmo quando não se está falando diretamente do motivo da consulta, é importante saber escutar e perceber, nas entrelinhas, problemas que muitas vezes são difíceis de verbalizar. Devem-se observar posturas, atitudes das mãos, olhares trocados entre a criança e os pais. Considera-se muito importante que as famílias possam estabelecer uma relação de mútua cooperação com o pediatra, tendo alguém de confiança a quem recorrer nos casos de dúvidas, seja quanto ao seguimento preventivo ou nos casos de doença.

ROTEIRO DE ANAMNESE ►

IDENTIFICAÇÃO ► Nome completo, data do nascimento, idade atual, sexo, cor e/ou etnia, naturalidade, procedência, nome do informante, relação de parentesco com a criança, fidedignidade presumida do informante, data da entrevista.

MOTIVO DA CONSULTA ► Registro das queixas que motivaram a consulta ou seus objetivos, usando as palavras do informante e uma numeração que respeite prioridades.

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL ► Resumo cronológico do problema, duração, progressão, intervenções prévias e procedimentos terapêuticos (orientados ou não por profissional de saúde).

REVISÃO DOS SISTEMAS ► Geral (febre, cefaleia, irritabilidade, ganho ou perda ponderal), pele (alterações nos fâneros, ardência, cianose, coloração anormal, equimoses, lesões, palidez, petéquias, prurido, rubicundez, seca), olhos (secreção, hiperemia), nariz (coriza, obstrução nasal), orelha (otalgia, acuidade auditiva), respiratório (tosse, expectoração), digestório (vômito, dor abdominal, diarreia, constipação, eliminação de vermes), geniturinário (disúria, hematúria, enurese, polaciúria), musculoesquelético (dor, calor, rubor em articulações ou músculos, parestesias ou paralisias de grupos musculares especiais), sistema nervoso (tremores, convulsões, desmaio), personalidade (desobediência, hiperatividade, irritabilidade, medo, preguiça, temperamento difícil ou destrutivo, timidez, tristeza), comportamento (hábito de chupar dedo, dificuldade de relacionamento, fobia escolar, gagueira, masturbação, transtornos alimentares, distúrbios do sono, problemas sexuais, roubo, uso de drogas [álcool, tabaco, outras drogas]).

SUPERVISÃO DE SAÚDE ► Teste de triagem (neonatal/teste do pezinho, visão, audição e coraçãozinho/oximetria de pulso); história vacinal (número de doses e idade em que foram aplicadas as vacinas, assim como possíveis efeitos adversos); prática de exercício físico (frequência, tipo de exercício); hábitos de segurança (assento/cinto de segurança no automóvel, grades em piscinas/janelas, uso de boia/colete salva-vidas, conhecimento de normas de conduta do pedestre no trânsito, possibilidade de contato com medicamentos, plantas tóxicas e produtos químicos); cuidados dentários (visitas ao dentista, aplicação tópica de flúor, escovação, fio dental).

HISTÓRIA PERINATAL ► Número de consultas pré-natais, testes sorológicos, intercorrências durante a gestação, tipo de parto, idade gestacional, peso e comprimento ao nascer, índice de Apgar, dados antropométricos ao nascer (peso, comprimento, perímetro cefálico, perímetro torácico), período neonatal imediato (problemas respiratórios, cianose, icterícia, problemas alimentares, infecção, convulsão, necessidade de tratamento especial – incubadora, oxigênio, medicação, fototerapia, cateterismo de vasos umbilicais, ventilação mecânica, tempo de hospitalização, condições de alta, peso na alta).

CRESCIMENTO ► Uso de curvas padronizadas para monitoração do crescimento. Tendência à obesidade ou ao emagrecimento. Desenvolvimento de caracteres sexuais secundários.

DESENVOLVIMENTO ► Conquista de marcos do desenvolvimento (controle esfincteriano, disciplina, relacionamentos, marcos sociais, períodos do sono, despertares noturnos, onde dorme), processo de adaptação e rendimento escolar.

HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA ► Resumo de doenças significativas, traumas, internações, cirurgias, alergias, doenças crônicas e uso de medicamentos em longo prazo, uso de hemoderivados.

HISTÓRIA ALIMENTAR ► Período de amamentação exclusivo, início do processo de desmame, aceitação dos alimentos pela criança, padrão alimentar atual.

HISTÓRIA FAMILIAR ► Desenho de um heredograma; registro da idade e do estado de saúde de pais e irmãos e doenças familiares (alergia, asma, diabetes, cardiopatia, convulsões com ou sem febre, hemofilia, hipertensão arterial, pneumopatia crônica, retardo de desenvolvimento, tuberculose).

HISTÓRIA SOCIAL ► Perfil socioeconômico, característica da habitação (quantas pessoas residem, condições de saneamento básico, umidade, ventilação, animais domésticos), formação educacional dos pais, situação conjugal dos pais, lazer (quais brincadeiras, com quem brinca, frequência de passeios, quantas horas diárias assiste televisão, utiliza computadores, videogames ou telefone celular), quem toma conta da criança e onde, ocorrência de *bullying* no ambiente escolar. Convém ressaltar que o *bullying* é um problema de saúde pública com dimensões cada vez maiores. Envolve atos de violência física ou psicológica, intencionais e repetidos. Ocorre principalmente nas escolas e pode ser detectado precocemente com a observação da alteração do comportamento. A revelação pela criança quanto à ocorrência de maus-tratos é rara, por ter vergonha ou medo de represálias.

Reconhecendo o problema, cabe ao pediatra orientar as formas de prevenção e conduta a pais, crianças e docentes; quando necessário, deve-se encaminhar para auxílio psicológico; deve-se atuar na prevenção da violência escolar defendendo os direitos da criança.

EXAME FÍSICO ► O exame começa no instante em que a criança entra no consultório. A simples observação fornece informações valiosas sobre o desenvolvimento, a postura e o relacionamento.

Deve-se oferecer à criança alguns momentos para que se familiarize com o examinador e com o ambiente.

A ordem em que os sistemas orgânicos são examinados deve levar em conta a manutenção de uma criança tranquila. Torna-se importante o estabelecimento de um grau de confiança, evitando-se a iminência de dor ou uma resposta emocional. Os procedimentos dolorosos ou desagradáveis devem ser deixados para o fim do exame.

ESTADO GERAL ► Deve-se caracterizar genericamente como bom, regular ou ruim, e descrever o tipo de expressão facial ou a presença de fácies típicas de determinadas doenças (p. ex., síndrome de Down). No caso de fácies

incaracterística, deve-se evitar o uso da expressão “atípica”, a qual indica desvio da normalidade.

ATITUDE ► Devem ser observados atividade, posições eletivas, choro fácil, irritabilidade, depressão, torpor.

AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA ► Devem-se registrar os dados de peso, estatura, índice de massa corporal, perímetro cefálico nos gráficos apropriados.

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL ► Devem ser observados panículo adiposo ou emaciação.

SINAIS VITAIS ►

TEMPERATURA ► Em recém-nascidos, deve-se aferir a temperatura axilar com termômetro eletrônico; entre um mês e cinco anos, a temperatura axilar deve ser medida com termômetro eletrônico ou de mudança de fases (matriz de pontos), ou ainda termômetro infravermelho timpânico; em maiores de cinco anos, a temperatura oral ou retal deve ser medida com termômetro eletrônico.

FREQUÊNCIA DE PULSO ► A medida da frequência de pulso na criança é feita por palpação dos pulsos periféricos ou ausculta cardíaca direta.

FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA ► Devem ser observadas, além da frequência, a amplitude e a facilidade ou dificuldade dos movimentos respiratórios, das incursões abdominais (principalmente no início da infância, quando predomina a respiração diafragmática e a incursão torácica é mínima); ausculta do tórax e observação direta ou palpação do movimento torácico, nas crianças maiores. Os valores das frequências cardíaca e respiratória variam de acordo com a idade.

PRESSÃO ARTERIAL (PA) ► A PA deve ser medida rotineiramente a partir dos três anos na criança assintomática. A escolha do manguito apropriado para cada criança é essencial na mensuração adequada da PA. A bolsa de borracha do manguito deve circundar 80 a 100% da circunferência do braço; sua largura deve ser no mínimo igual a 40% da circunferência do braço. Ao ser colocado no braço, o manguito deve deixar espaço suficiente, tanto na fossa antecubital, para a colocação do estetoscópio, como na parte superior, evitando a obstrução da axila. É conveniente, ao registrar o exame físico, descrever o manguito utilizado e a posição em que foi mensurada a PA. Devem-se registrar os percentis correspondentes aos níveis tensionais sistólico e diastólico, consultando as tabelas de PA para idade e altura.

PELE E ANEXOS ► Devem-se observar alterações na coloração (cianose, icterícia, palidez, rubicundez) e na textura da pele. Devem-se também descrever as lesões (hemangiomas, nevos, máculas, pápulas, pústulas, petéquias, etc.), bem como sua localização.

CABEÇA ►

CONFORMAÇÃO GERAL E TAMANHO ► Devem-se observar e registrar formato e simetria do crânio e da face, e medir o perímetro cefálico regularmente durante

os dois primeiros anos (após, deve-se medir a cada dois anos e em todos os exames iniciais em qualquer idade).

FONTANELAS ► A fontanela anterior mede, ao nascer, 4 a 6 cm no diâmetro frontoparietal e se fecha entre 4 e 26 meses. A posterior mede 1 a 2 cm e costuma fechar-se por volta dos dois meses.

OLHOS ► Devem-se avaliar presença e aspecto de secreção, lacrimejamento, fotofobia, nistagmo, anisocoria, exoftalmia ou enoftalmia, microftalmia, hipertelorismo, cor da esclerótica, estrabismo ou outras alterações. A acuidade visual deve ser avaliada.

NARIZ ► Devem-se verificar obstrução, epistaxe, e pesquisar desvio de septo.

ORELHAS ► Devem-se verificar implantação, conduto externo, membrana timpânica, e avaliar a acuidade auditiva.

OROFARINGE ► Devem-se inspecionar dentes, gengiva, face interna das bochechas, língua, freio lingual e abóbada palatina, presença de hiperemia, placas ou lesões petequiais.

NEUROLÓGICO ► Deve-se avaliar a função cerebral por meio de comportamento geral, consciência, memória, orientação, comunicabilidade e compreensão, fala, escrita e atividade motora. Os reflexos, a motricidade e a função cerebelar devem ser avaliados por meio de testes simples de coordenação, de equilíbrio e de marcha.

CARDIOVASCULAR ► Deve-se palpar o *ictus* e avaliar presença de frêmitos, ausculta cardíaca (deve-se determinar se há sopros ou estalidos, aspecto das bulhas), palpação de pulsos.

RESPIRATÓRIO ► Devem-se avaliar expansibilidade torácica, tipo respiratório, ritmo, ausculta murmúrio vesicular e ruídos adventícios (crepitantes, sibilos, estridor).

ABDOMEN ► A forma e o volume devem ser avaliados, assim como hérnias, ausculta de ruídos hidraéreos, palpação superficial e profunda, determinação da presença ou ausência de massas e/ou visceromegalia.

REGIÃO GENITAL E PERIANAL ► Na genitália feminina, devem-se inspecionar a vulva e o orifício himenal, e verificar a presença de secreção vaginal e sinéquia de pequenos lábios. Na genitália masculina, deve-se verificar a retração do prepúcio e palpar os testículos.

A criança deve ser colocada em um dos cinco estágios de desenvolvimento sexual segundo os critérios de Tanner.

MEMBROS ► Devem-se descrever deformidades e simetria, e avaliar articulações, observando sinais inflamatórios (edema, calor, rubor e dor), alterações da mobilidade (limitação ou hiper mobilidade), nódulos.

ARTICULAÇÃO DO QUADRIL ► No recém-nascido, deve-se realizar a manobra de Ortolani: posiciona-se a criança com as coxas flexionadas em ângulo reto e se realizam manobras de abdução. Suspeita-se de luxação quando há limitação da abdução, assimetria ou percepção tátil da fuga da cabeça do fêmur

do acetábulo. Nos lactentes, deve-se comparar a simetria da abdução, das pregas glúteas e das fossas poplíteas.

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

AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA BÁSICA ► Deve sempre ser feita durante o exame físico, assim como durante a anamnese. A avaliação dos seguintes itens poderá dar um perfil psiquiátrico da criança, acrescido da história relatada pelo responsável: (a) atitude frente ao ambiente e ao examinador, (b) temperamento, (c) desenvolvimento perceptivo, (d) nível intelectual, (e) comportamento emocional, (f) expressão verbal.

ORIENTAÇÕES GERAIS ► O pediatra deve realizar todas as orientações necessárias para promover cuidados adequados à saúde da criança. As áreas de preocupação incluem: escolhas de alimentação saudável, evitando o excesso de sal, açúcar, carboidratos, colesterol e gorduras trans e hidrogenadas; prevenção de acidentes e intoxicações; questões ligadas ao desenvolvimento e ao comportamento, desaconselhando o excesso de atividades sedentárias, estimulando a prática esportiva regular, evitando as de muito estresse competitivo ou de alto impacto físico e promovendo a saúde, a valorização da vida, a participação em programas nacionais como o de vacinação e a notificação de doenças de caráter obrigatório.

As orientações gerais aos pais devem utilizar palavras fáceis de serem compreendidas e ser fornecidas por escrito.

As comunicações estruturadas, valendo-se da estratégia de educação em saúde e incorporando meios mais modernos, como audiovisual, folders, mensagens estruturadas na internet, podem ser consideradas como de grande auxílio nas ações da puericultura.

É importante ressaltar que, se, por um lado, o médico precisa ter muito tato e consideração ao transmitir suas mensagens, nada há de errado em assumir posições firmes em certas recomendações, desde que se evitem expressões pejorativas, humilhantes ou com tom de censura.

► LEMBRE-SE!

1. **O pediatra tem importante papel social em proporcionar orientações preventivas de saúde e rastreamento de problemas no âmbito familiar.**
2. **A periodicidade das consultas deve ser individualizada de acordo com a idade e a clínica do paciente.**
3. **As orientações e as intervenções preventivas devem ser apoiadas em evidências científicas e respeitar a diversidade de contextos sociais e a prática de decisões compartilhadas.**

REFERÊNCIAS ►

1. Uspreventiveservicestaskforce.org [Internet]. Rockville: USPSTF; 2016 [capturado em 21 out. 2016]. Disponível em: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/>.
2. Icsi.org [Internet]. ICSI; c2016 [capturado em 21 out. 2016]. Disponível em: https://www.icsi.org/about_icsi/.
3. Aap.org [Internet]. Geneva: AAP; 2016 [capturado em 21 out. 2016]. Disponível em: <https://www.aap.org/en-us/Pages/Default.aspx?nfstatus=401&nftoken=00000000-0000-0000-0000-000000000000&nfstatusdescription=ERROR%3a+No+local+token>.

LEITURAS RECOMENDADAS ►

Almeida KL, Silva AC, Campos JS. Importância da identificação precoce da ocorrência do bullying: uma revisão de literatura. *Rev Pediatr.* 2008;9(1):8-16.

Caravita SCS, Colombo B. Bullying behavior, youth's disease and intervention: which suggestions from the data for research on bullying in the Brazilian context? *J Pediatr (Rio J).* 2016;92(1):4-6.

Colomer RJ. ¿Cuántos controles son necesarios en el programa de actividades preventivas? In: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Curso de Actualización Pediatría 2004. Madrid: Exlibris; 2004.

Demarzo MMP, Almeida RCC, Marins JN, Trindade TG, Anderson MIP, Stein AT, et al. Diretrizes para o ensino na atenção primária à saúde na graduação em medicina. *Rev Bras Educ Med.* 2012;36(1):145-50.

Garg A, Dworkin P. Surveillance and screening for social determinants of health. *JAMA Pediatrics.* 2016;170(3):189-90.

Glew GM, Frey KS, Walker WO. Bullying update: are we making any progress? *Pediatr Rev.* 2010;31(9):e68-74.

Grossman DC, Kemper AR. Confronting the need for evidence regarding prevention. *Pediatrics.* 2016;137(2):e20153332.

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: Elsevier; 2016.

Hagan Jr JF, Shaw JS, Duncan PM, editors. *Bright futures: guidelines for health supervision of infants, children and adolescents.* 3rd ed. Elk Grove Village: APA; 2008.

Simon GR, Baker CN, Barden GA, Brown OSW, Hackell JM, Hardin AP, et al. 2016 recommendations for Preventive Pediatric Health Care. *Pediatrics.* 2016;137(1). Yamamoto RM, Campos Jr D, coordenadores. *Manual prático de atendimento em consultório e ambulatório de pediatria.* Rio de Janeiro: SBP; 2006.