



Residência **RP** Pediátrica

Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Pediatria

ISSN-Online: 2236-6814

Data de Submissão: 11/03/2019

Data de Aprovação: 02/04/2019

TOP

Anamnese pediátrica: revisão de um tópico consagrado

Pediatric anamnesis: revising a traditional medical topic

Flavia Nardes¹, Giuseppe Mário Carmine Pastura¹

Palavras-chave:

Visita a Consultório Médico, Encaminhamento e Consulta, Pediatria, Anamnese.

Resumo

Objetivos: Revisar os principais elementos que constituem a coleta de história nas consultas em pediatria. **Métodos:** Revisão não-sistemática da literatura científica, abrangendo 280 bases de dados da área das ciências da saúde vinculadas ao portal do Periódico CAPES. **Resultados:** São apresentados os principais pontos encontrados na literatura referentes à periodicidade das consultas e sobre elementos mais importantes da história clínica. **Conclusões:** Apesar da mudança na epidemiologia das condições que afetam a saúde da criança no Brasil, a adequada realização da anamnese pediátrica se mantém como elemento cardinal no cuidado à criança.

Keywords:

Office Visits, Referral and Consultation, Pediatrics, Anamnesis.

Abstract

Objectives: To review the main topics that constitute the medical history in pediatric consultations. **Methods:** Non-systematic review of the scientific literature, covering 280 databases of the area of health sciences linked to the portal of CAPES Journal. **Results:** The main points found in the literature regarding the periodicity of the consultations and the most important elements of the clinical history are presented. **Conclusions:** In spite of the change in the epidemiology of the conditions that affect the health of the child in Brazil, the adequate accomplishment of the pediatric anamnesis remains a cardinal element in the child care.

¹Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG) - UFRJ, Departamento de Pediatria - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro – Brasilja

Endereço para correspondência:

Flavia Nardes

Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG). R. Bruno Lobo, 50 - Cidade Universitária da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. CEP: 21941-912. E-mail: flavianardes@me.com



INTRODUÇÃO

O termo anamnese deriva do grego *anámnesis*, e significa *ana* = trazer de volta, recordar e *mnesis* = memória, isto é, resgatar da memória os sinais e sintomas referentes à doença¹. Em pediatria, é o momento durante a consulta médica no qual os pais e/ou cuidadores relatam as queixas pertinentes à criança.

A primeira diferença entre a consulta pediátrica e a adulta é que não existe referência subjetiva do sintoma pelo paciente, e todo raciocínio clínico fundamenta-se no depoimento dos pais e/ou cuidadores². Durante a consulta pediátrica deve se estabelecer uma relação de confiança entre três sujeitos: o médico, o cuidador (ou pais) e a criança. A boa qualidade da anamnese é dependente tanto de condições inerentes ao informante (memória e cooperação) quanto de habilidades médicas, tais como acolhimento, respeito, valorização da fala do cuidador, paciência ao ouvir, linguagem acessível e compreensível, e capacidade de detalhamento da queixa²⁻⁴. Estes predicados objetivam fortalecer o vínculo da relação médico-família, melhorando assim, a fidedignidade das informações e a adesão ao tratamento. Do ponto de vista histórico, a relação médico-paciente ou médico-família no contexto da pediatria, surgiu juntamente com a medicina hipocrática, cuja meta era o puro benefício humano, tendo em vista a pessoa e não simplesmente a doença⁵.

A prática médica atual não exige apenas uma formação técnica, pautada no conhecimento nosológico, interpretação de exames complexos e prescrição de medicamentos especializados. Igualmente fundamental é a formação humanitária, pautada na empatia, comunicação e na compreensão da perspectiva da doença dentro do núcleo familiar e do seu contexto biopsicossocial⁶. A empatia, compreendida como a capacidade de sentir-se e colocar-se no lugar do outro, é um elemento fundamental para a abordagem humanitária, e tem se tornado um tópico de discussão e treinamento em diversas escolas de medicina do país^{6,7}.

A semiologia pediátrica é também peculiar porque envolve um indivíduo em diferentes fases de crescimento e desenvolvimento. O crescimento é determinado por diversas modificações biológicas que culminam com o aumento da massa corporal, e sua avaliação é determinada por medidas quantitativas antropométricas como peso, estatura, perímetro cefálico, perímetro torácico e perímetro abdominal. O crescimento somático geral apesar de progressivo, não é uniforme, observando-se períodos de maior aceleração: primeiros anos de vida e puberdade. O desenvolvimento refere-se à aquisição de habilidades qualitativas dos domínios neuropsicomotores, cognitivos, afetivo-emocionais e relacionadas ao amadurecimento sexual-reprodutor. De acordo com as particularidades destes processos biológicos, compreendem-se diferentes faixas etárias no campo da pediatria⁸:

- Período pré-natal: embrionário (concepção até 8ª semana) e fetal (segundo e terceiro trimestres gestacionais);

- Período pós-natal: neonatal (0-28 dias), lactente (29 dias até 2 anos, exclusive), pré-escolar (2 anos até 7 anos, exclusive) e escolar (7 anos até 10 anos, exclusive);
- Adolescência: 10 a 20 anos, exclusive.

A puericultura é a área da pediatria direcionada a assegurar o perfeito desenvolvimento físico e mental da criança, desde o período de gestação até os 5 anos, e por extensão até à puberdade. Essa definição está baseada na pressuposição de que a atenção à criança em todos os seus aspectos biopsicossociais, pode prevenir doenças, auxiliar na expressão genética e resultar em um adulto mais saudável, com melhor qualidade de vida⁹.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que entre 2000 e 2012, 74% das mortes entre adultos de 30 a 70 anos de idade ocorreram por doenças crônicas não-transmissíveis, dentre elas as de origem cardiovascular (31%), câncer (17%), problemas nutricionais, maternos e perinatais (13%), isto é, condições cuja origem se encontra na infância¹⁰. De acordo com a teoria de programação metabólica precoce, os primeiros mil dias de um indivíduo - a contar da data de sua concepção intrauterina -, formam uma janela de grande plasticidade celular, na qual a citogênese, organogênese, respostas endócrino-metabólicas e expressão genética (epigenética) são modificáveis por fatores externos (ambientais e estilo de vida) e influenciam o desenvolvimento de doenças crônicas no futuro. Segundo esta lógica, obesidade materna, ganho de peso excessivo e qualidade da dieta durante a gestação, diabetes mellitus, superalimentação pós-natal, aleitamento materno exclusivo breve, e aporte proteico excessivo nos primeiros meses de vida são fortes determinantes para a adiposidade visceral, resistência insulínica, síndrome metabólica, hipertensão arterial, coronariopatias, acidentes vasculares encefálicos e asma¹¹. A puericultura do século XXI depara-se assim, com um novo cenário social, no qual coexistem novas estruturas familiares, diferentes formas de comunicação e interação social, aceleração do consumismo, imediatismo nas relações, interação com novas tecnologias, modificações alimentares e de estilo de vida, os quais podem comprometer a saúde da criança no presente e no futuro¹⁰.

Partindo-se, portanto, da relevância dos cuidados preventivos de saúde, da formação médica humanitária e do papel fundamental da puericultura neste contexto, objetivou-se realizar uma revisão não-sistemática da literatura científica sobre aspectos inerentes à anamnese pediátrica e suas especificidades, levantando-se atualizações neste tema consagrado e propondo-se um modelo atualizado de anamnese pediátrica do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG) - Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

MÉTODOS

Foi realizada uma revisão não-sistemática da literatura científica, abrangendo 280 bases de dados da área das ciências da saúde vinculadas ao portal do Periódico CAPES.

Os principais termos de busca foram “*pediatric interview*”, “*pediatric consultation*”, “*pediatric anamnesis*”, “*pediatric semiology*”, “*puericultura*”, “*empatia*” no campo “*título*”, sem restrição ao período de tempo. Por se tratar de uma temática de base para formação clínica, livros relacionados à semiologia pediátrica também foram incluídos na pesquisa. Bases de dados institucionais pertencentes ao Ministério da Saúde, Sociedade Brasileira de Pediatria e Sociedade de Pediatria do Rio de Janeiro foram utilizadas para seleção de subtemas pertencentes à grande área da puericultura, tais como: testes de triagem neonatal, acompanhamento puerperal, reanimação neonatal, orientações nutricionais, orientações de higiene oral, prevenção de acidentes, desenvolvimento neuropsicomotor e adolescência.

RESULTADOS

A partir leitura analítica de artigos científicos, livros e documentos científicos institucionais e de conhecimentos tradicionais da prática clínica, propôs-se uma ficha de anamnese pediátrica e de acompanhamento do desenvolvimento neuropsicomotor, cujo detalhamento encontra-se na Figuras 1 e 2, respectivamente.

DISCUSSÃO

Periodicidade da consulta pediátrica

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria, a frequência e regularidade das consultas de puericultura são¹⁰: a) lactentes: 1ª semana de vida, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9 e 12 meses; b) pré-escolares: 15, 18, 24, 30, 36, 42 e 48 meses; c) escolares e adolescentes: anual. O Ministério da Saúde propõe uma periodicidade maior entre as consultas: 1ª semana, 1, 2, 4, 6, 9, 12, 18 e 24 meses; após 2 anos, consultas anuais¹⁴.

Período neonatal

A anamnese do neonato inicia-se na história do pré-natal, avaliando-se o número de consultas, se a gestação foi planejada e/ou desejada. Gravidezes planejadas permitem que a mulher interrompa completamente a ingestão de álcool¹⁵, drogas e tabagismo¹⁶ antes da concepção, bem como inicie uma dieta saudável¹¹ acrescida de ferro e suplementação com ácido fólico periconcepcional para prevenção de defeitos de tubo neural¹⁷. São preconizadas também vacinas para a gestante, a saber: vacina contra a hepatite B (3 doses), dupla adulto (3 doses), influenza sazonal anual (em qualquer época da gestação) e dTpa (1 dose a cada gestação a partir da 20ª semana)¹⁸. Avaliar os resultados das sorologias para sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes, HIV e zika, bem como problemas intercorrentes da gestação (diabetes gestacional, síndromes hipertensivas, infecções urinárias, perda de líquido, sangramentos e crescimento intrauterino restrito)¹⁹.

Condições associadas à asfixia perinatal e isquemia tais como hemorragias, compressões de cordão umbilical, ruptura

uterina, distócia de ombro, bem como necessidade de reanimação neonatal e baixos índices de Apgar devem ser avaliados na história, em função da elevada frequência de consequência sistêmicas: renais (50%), encefalopatia hipóxico-isquêmica (28%), sistema cardiovascular (25%) e pulmões (23%)²⁰.

Os fatores de risco para icterícia neonatal por hiperbilirrubinemia indireta, tais como tipagem sanguínea materna O ou Rh negativo, irmão prévio com icterícia, diabetes mellitus materno, baixo peso ao nascer ou prematuridade, baixo aporte de leite materno na primeira semana de vida associada à perda de peso acentuada (>10%) devem ser verificadas²¹.

Os testes de triagem neonatal são ferramentas diagnósticas imprescindíveis para detecção precoce de patologias e são regulamentados por lei no país. Dispõe-se atualmente dos testes dispostos na Tabela 1²²⁻²⁴:

História nutricional e a saúde oral

O aleitamento materno deve ser mantido idealmente sob a forma exclusiva até 6 meses, e complementado até 2 anos ou mais. Diante da impossibilidade de aleitamento materno, o lactente poderá receber fórmulas infantis de partida (0 até 6 meses) e fórmulas infantis de seguimento (a partir de 6 meses), uma vez que todas disponíveis no Brasil são seguras por seguirem as resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. O leite de vaca (in natura, integral, em pó ou fluido) não é considerado apropriado para menores de um ano em função de suas características bioquímicas: baixos teores de ácidos graxos essenciais, alto teor proteico, altas taxas de sódio, baixos níveis de vitaminas C, D e E, e baixa biodisponibilidade de ferro e zinco²⁵. Entretanto, o Ministério da Saúde contempla a utilização do leite de vaca modificado para crianças abaixo de 1 ano que não podem receber leite materno ou fórmulas modificadas. Neste caso, o leite de vaca deve ser diluído até 4 meses, e após esta idade, oferecido na forma integral. As crianças que estiverem neste regime de alimentação láctea, poderão iniciar a alimentação complementar a partir de 4 meses, para evitar carências nutricionais²⁶.

A alimentação complementar deve ser iniciada a partir de 6 meses para lactentes em aleitamento materno ou uso de fórmulas infantis. Não é recomendado o acréscimo de sal à papa principal dos lactentes ou açúcar/leite à papa de frutas até 12 meses. Os alimentos industrializados (processados e ultraprocessados) em conserva, sorvetes, refrigerantes, pós para sucos, biscoitos doces e salgados, achocolatados, mistura para bolo, pizzas, extratos de carne (ex: nuggets, salsichas, empanados e hambúrgueres), maioneses, balas e guloseimas devem ser abolidos nos primeiros anos de vida. Não se deve acrescentar mel à dieta do lactente de até 12 meses, pela possibilidade de esporos de *Clostridium botulinum* capazes de produzir toxina na luz intestinal provocando o botulismo. A partir do 6º mês deve-se oferecer frutas sob a forma de papas ou raspas e uma papa principal de misturas múltiplas (cereal + tubérculo, leguminosas, carne/ovo, e legumes + verduras). Entre o 7º e 8º mês, acrescenta-se a segunda papa principal

Testes de triagem neonatal		Teste bioquímico sanguíneo: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado. Alteração: Teste da oximetria: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado. ECO: Teste da orelhinha (EOA): <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado. BERA: Teste do reflexo vermelho: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado. Fundoscopia: Teste de Barlow e Ortolani: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado. USG quadril:			
História familiar					
Heredograma ¹²		<input type="checkbox"/> Homem normal <input type="checkbox"/> Mulher normal <input checked="" type="checkbox"/> Homem afetada <input checked="" type="checkbox"/> Mulher afetada <input type="checkbox"/> Sexo não-assinalado <input checked="" type="checkbox"/> Intersexo <input checked="" type="checkbox"/> Abortos ou natimortos <input type="checkbox"/> Casal <input type="checkbox"/> Casal Consanguíneo			
Consanguinidade?		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Grau de parentesco:			
Outras doenças					
História patológica progressiva					
<input type="checkbox"/> Nada digno de nota		Outra(s):			
História alimentar					
Aleitamento		Exclusivo? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Duração:		Complementado? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Duração total:	
Outros leites		<input type="checkbox"/> Fórmula infantil <input type="checkbox"/> Leite de vaca		Volume/Frequência:	
Refeições		Café			
		Colação			
		Almoço			
		Lanche			
		Jantar			
Ceia					
Micronutrientes		Ferro: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Dose?		Vitamina D: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Dose?	
Vitamina A: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Dose?					
Higiene oral		Frequência:		Problemas?	
Exposição solar		Horário:		Fotoproteção?	
História fisiológica e programa diário					
Enurese? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		Constipação? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		Dor Abdominal? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
				Diarreia? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
				Vômitos? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
				Cefaleia? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
História escolar		Série/Ano:		Aula de reforço? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
				Dificuldade de aprendizagem? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual?	
Esporte		Tipo/Frequência:			Tempo total de Tela (incluindo TV, celular, tablet, videogame): h
Higiene sono		Horário de dormir/levantar-se:		Problemas?	
		Duração do sono:			
História do desenvolvimento neuropsicomotor (vide ficha anexa)					
Motor grosseiro		<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Atrasado, compatível com a idade de:			
Motor fino/adaptativo		<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Atrasado, compatível com a idade de:			
Linguagem		<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Atrasado, compatível com a idade de:			

Pessoal-social	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Atrasado, compatível com a idade de:			
História vacinal				
Atualizada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Vacinas atrasadas:				
Prevenção de acidentes	<input type="checkbox"/> Doméstico <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Lazer		Situação de risco? Qual?	
Situação de violência	<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Negligência		Outro?	
História socioeconômica				
Moradores	<input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Irmãos () Outros:			
Nº cômodos	Água filtrada? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		Esgoto fechado? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Animais? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Quantos?
Grau de escolaridade	Mãe: Pai:	Ocupação	Mãe: Pai:	Renda familiar:

Siglas: DN: Data de nascimento; DHEG: Doença hipertensiva específica da gravidez; DM: Diabetes mellitus; PC: Perímetro cefálico; DPP: Descolamento prematuro de placenta; VPP: Ventilação com pressão positiva; MCE: Massagem cardíaca externa.

Figura 2. Ficha de desenvolvimento neuropsicomotor 0 a 6 anos (Modificado a partir de Gesell e Amatruda)¹³.

Idade	Motor grosseiro	Motor Fino/Adaptativo	Pessoal-social	Linguagem
1ª Semana	Supino: postura semifletida e levemente rígida; Prono: mantém semiflexão; libera vias aéreas ; cabeça abaixo do plano do corpo na manobra de suspensão ventral; Reflexos primitivos* : Moro, marcha, preensão palmoplantar.		Fixa a face humana ou a luz Movimentos de "olhos de boneca" durante a movimentação do corpo.	
1º Mês	Supino: predomina posição lateral da cabeça (RTCA); ao puxar para sentar, cabeça pende para trás; Sentado: cabeça pende para frente; Prono: movimentos de rastejar; levanta momentaneamente a cabeça.	Supino: mãos predominantemente fechadas; Chocalho: mão se fecha ao contato e deixa cair; Argola pendente: acompanha até a linha média; Sino: presta atenção.	Observa a face do examinador.	Pouca mínima facial; Ruído com a garganta (sons guturais).
2º Mês	Sentado: cabeça ereta, oscilante; Prono: levantar por mais tempo a cabeça; cabeça no plano no corpo durante a manobra da suspensão ventral.	Chocalho: segura brevemente. Argola pendente: acompanha após a linha média.	Acompanha a pessoa em movimento.	Mímica facial alerta; Sorriso social Sons vocálicos (a, e, u).
4º Mês	Supino: posição média da cabeça, as mãos juntam-se na linha média; Sentado: cabeça firme, inclinada à frente; senta-se com apoio completo de tronco; Prono: cabeça levanta, pernas estendidas, prestes a rolar.	Chocalho, argola pendente: olha, agita os braços, agarra/tateia/arranha, olha o objeto na mão, leva o objeto à boca.	Vocaliza/Sorri quando puxado para sentar; Alegra-se ao ver o alimento; Puxa roupas/pano sobre o rosto.	Gargalhadas; Excita-se.
6º Mês	Supino: levanta as pernas estendidas; rola para prono ; Quando puxado para sentar, ergue a cabeça; Sentado: tronco inclinado à frente apoiando ambas as mãos na superfície.	Cubo: pega com a palma da mão ; Chocalho, argola, cubo, sino: aproxima-se para pegar; tenta pegar dois; Aos 7 meses, transfere objetos de uma mão para outra.	Início da discriminação de estranhos ; Pega o pé; Espelho : sorri e vocaliza ao ver sua imagem.	Vocaliza espontaneamente com brinquedos ; Sons vocálicos polissilábicos.
9º Mês	Sentado: tronco ereto , inclina-se e volta à posição original; De pé: segura o peso total do corpo; Aos 10 meses, engatinha.	Cubo: pega radial com 3 dedos ; preensão em tesoura; Argola pendente: manipula a corrente.	Segura a mamadeira; Come biscoito sozinha.	Vocaliza sons consonantais ("da-da"); Imita sons; Compreende: "não-não" e quando chamado pelo nome.

12º Mês	Anda com as duas mãos apoiadas.	Bola pequena: preensão perfeita em pinça ; Sino: mexe no badalo.	Mostra o brinquedo sem soltar ; Aos 13 meses, coopera ao vestir-se e oferece a bola à imagem do espelho.	Aos 13 meses, fala duas palavras além de ("ma-ma" e "pa-pa"); Compreende: "dá o brinquedo".
18º Mês	Aos 15 meses, anda sem apoio; Aos 18 meses, anda bem e não cai ; Corrida: ainda rígida; Escada: sobe com apoio de uma das mãos.	Cubos: torre de 3 cubos ; Álbun: vira 3 folhas ; Desenho: rabisca; Molde: insere peça redonda.	Entrega o prato vazio; Carrega o brinquedo, afaga a boneca.	Vocabulário: 10 palavras ; Compreende: duas ordens com a bola.
24º Mês	Corrida: sem quedas ; Escada: sobe e desce sozinho; Bola: chuta.	Cubos: torre de 6 cubos ; Álbun: vira uma folha por vez; Desenho: imita risco vertical e circular; Molde: insere peça quadrada.	Início do controle esfinteriano diurno e noturno ; Veste peça simples.	Vocabulário: frases com 3 palavras; usa pronomes " eu, mim e você "; Conta sobre experiências imediatas; Compreende: quatro ordens com a bola.
30º Mês	Anda na ponta dos pés; Pula com dois pés fora do chão ; Tenta ficar em um só pé.	Cubos: torre de 8 cubos ; Desenho: imita risco horizontal e vertical; segura o lápis entre os dedos; Molde: encaixa 3 peças.	Ajuda a guardar coisas; Carrega objetos quebráveis.	Vocabulário: diz seu nome completo ; Diz para que servem os objetos Conta até 3.
3 Anos	Escada: alterna os pés ao subir e descer; Salta do degrau inferior; Pedala o triciclo.	Coloca 10 pelotas (feijões) na garrafa em 30 segundos; Desenho: nomeia; figura humana incompleta; Molde: nomeia 4 formas geométricas.	Come sozinho e derrama pouco; Despeja líquido da jarra; Calça sapatos; Desabotoa botões.	Vocabulário: usa plurais ; canta músicas e versinhos; Compreende revezamento.
4 Anos	Dá um salto amplo; Arremessa a bola acima do ombro.	Desenho: figura humana com duas partes; Molde: nomeia 8 formas geométricas.	Lava e enxuga mãos e rosto; Escova os dentes; Veste-se e despe-se com ajuda; Distingue frente e verso das roupas.	Vocabulário: conta histórias fantasiosas ; dá ordens; critica.
5 Anos	Salta com pés alternadamente.	Desenho: figura humana com cabeça, tronco e membros; desenha triângulo.	Veste-se e despe-se sem ajuda.	Indica valores de moedas; Conta até 10. Demonstra números com os dedos; Pergunta significado das palavras.
6 Anos	Arremessa a bola bem distante.	Desenho: figura humana com pescoço, mãos, pés e roupas; desenha o losango.	Dá laços nos sapatos.	Conta até 30; Soma e subtração: até 5; Conhece direita e esquerda.

Siglas: *Reflexo de procura e busca; Reflexo de Babkin; Reflexo de propulsão; Reflexo de Gallant; Reflexo extensor suprapúbico; Reflexo extensor cruzado; Reflexo de liberação de vias aéreas; RTCA: Reflexo tônico cervical assimétrico.

de misturas múltiplas. Entre o 9º e 11º transiciona-se a consistência dos alimentos para próximo da refeição da família. São necessárias de 8 a 15 exposições a um mesmo alimento para avaliar a sua aceitação e palatabilidade pela criança²⁵.

A vitamina D é recomendada na dose de 400UI/dia (0-12 meses) e 600UI/dia (1-3 anos) mesmo que os lactentes estejam em aleitamento materno ou uso de fórmula infantil. O ferro, elemento fundamental para o metabolismo eritrocitário e inteligência, deve ser suplementado na dose de 1mg de ferro elementar/kg de peso/dia de 3 meses até 24 meses para lactentes que foram a termo e estiverem em aleitamento exclusivo ou não, ou em uso de fórmula infantil de partida com menos de 500ml/dia. Os lactentes que tiverem nascido com menos de 2.500g, deverão receber 2mg de ferro elementar/

kg de peso/dia de 1 mês até 12 meses, e após este prazo 1mg/kg/dia até 2 anos. Aqueles que tiverem nascido com menos de 1.500g, deverão receber 3mg de ferro elementar/kg de peso/dia de 1 mês até 12 meses, e após este prazo 1mg/kg/dia até 2 anos. Aqueles que tiverem nascido com menos de 1.000g deverão receber 3mg de ferro elementar/kg de peso/dia de 1 mês até 12 meses, e após este prazo 1mg/kg/dia até 2 anos²⁵. O Ministério da Saúde, através do Programa de Suplementação de Vitamina A, recomenda que crianças de 6 a 11 meses recebam 100.000UI vitamina A por via oral uma dose e que crianças de 12 a 59 meses recebam 200.000UI a cada 6 meses em municípios prioritários em todo o país, pois considera-se que nestas regiões a vitamina não consiga ser ingerida de forma suficiente através da alimentação²⁷.

Tabela 1. Testes de triagem neonatal.

Teste	Técnica - Interpretação	Alterações - Doenças
Triagem biológica (teste do pezinho)	<ul style="list-style-type: none"> Coleta de sangue através da punção de calcanhar, idealmente no 3º dia de vida (até 5º dia); Fenilcetonúria: nível de fenilalanina; Hipotireoidismo congênito: nível de TSH; Hemoglobinopatia; Fibrose Cística: nível de tripsina imunorreativa; Hiperplasia adrenal congênita: nível de 17-OH-progesterona; Deficiência de biotinidase: dosagem da biotina, 	<ul style="list-style-type: none"> Fase* I: hipotireoidismo congênito e fenilcetonúria; Fase* II: anterior + doença falciforme; Fase* III: anteriores + fibrose cística; Fase* IV: anteriores + hiperplasia adrenal congênita e deficiência de biotinidase.
Triagem cardíaca (teste do coraçãozinho)	<ul style="list-style-type: none"> Entre 24-28h de vida do neonato, realizar a medida da oximetria de pulso no membro superior direito (pré-ductal) e em algum dos membros inferiores (pós-ductal). O valor deverá ser anotado quando a curva de pulso do oxímetro estiver estabilizada. Teste alterado ou positivo: quando houver $SaO_2 < 95\%$ ou uma diferença $\geq 3\%$ entre as duas medidas. Repetir o teste após 1 hora, e na presença de um segundo teste positivo, solicitar o ecocardiograma. 	<ul style="list-style-type: none"> Hipoplasia de ventrículo esquerdo; Atresia pulmonar com septo interventricular íntegro; Tetralogia de Fallot; Drenagem anômala total de veias pulmonares; Transposição das grandes artérias; Atresia tricúspide; Truncus arteriosus; Coarctação de aorta; Dupla via de saída de ventrículo direito; Anomalia de Ebstein; Interrupção de arco aórtico; Ventrículo único.
Triagem visual (teste do reflexo vermelho ou teste do olhinho)	<ul style="list-style-type: none"> Oftalmoscópio direto seguro próximo ao olho do examinador e à 40-50cm do olho da criança; Resposta normal: reflexo vermelho pupilar; Resposta anormal: leucoria (reflexo branco), pontos pretos, assimetrias. Se anormal, encaminhar para oftalmologista; Periodicidade: antes da alta na maternidade, 1ª semana de vida, 2 meses, 6, 9, 12 meses de vida; bianual a partir de 1 ano. 	<ul style="list-style-type: none"> Catarata congênita; Retinoblastoma; Glaucoma congênito; Hemorragias; Inflamações; Descolamento de retina; Retinopatia da prematuridade.
Triagem auditiva (teste da orelhinha)	<ul style="list-style-type: none"> Período ideal: 24-48 h de vida; Teste: EOAE (emissões otoacústicas evocadas); Se alterado, repetir o EOAE. Se mantiver falha, solicitar o PEATE (potencial evocado de tronco encefálico). 	<ul style="list-style-type: none"> Deficiência auditiva neonatal.

O aleitamento materno é a estratégia mais adequada para o desenvolvimento das funções estomatognáticas, mas se houver contraindicação ou impossibilidade materno-infantil, o uso de mamadeiras é permitido. As mães devem ser orientadas a não aumentarem o furo do bico, pois é justamente o esforço de sucção que ajuda o desenvolvimento dos músculos orofaciais. Antes da erupção dos dentes decíduos, a gengiva e língua do bebê podem ser limpos com gaze ou pano com água. Após a erupção dos primeiros dentes pode-se utilizar uma escova com cerdas pequenas e muito macias, com creme dental apropriado para a idade em quantidade mínima (0,01g = 1 grão de arroz), e regularmente (pela manhã, à noite e depois das refeições). Dentes decíduos e dentes permanentes²⁸.

História escolar, esportes, lazer e a higiene do sono

A aprendizagem é um processo complexo e do qual participam diversas funções corticais de modo interdependente e integrado. Habilidades sensoriais (visão, audição, paladar, olfato, tato e propriocepção), de linguagem (recepção e expressão), sociais, afetivo-emocionais e cognitivas (atenção,

memória e raciocínio abstrato) concorrem sinergicamente para que um novo conhecimento seja incorporado e possa contribuir para a resolução de um determinado problema do dia-a-dia. Portanto, cabe ao pediatra a identificação de fatores de risco para o baixo rendimento acadêmico, tais como: 1) doenças orgânicas: anemia ferropriva e carências vitamínicas, hipotireoidismo, déficit sensorial (visual e auditivo), apneia do sono e doenças crônicas; 2) doenças psiquiátricas: depressão, ansiedade, mutismo seletivo, transtorno do espectro autista, transtorno opositor-desafiador e transtorno de conduta; 3) doenças do neurodesenvolvimento: deficiência intelectual, transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, transtorno de linguagem e transtornos específicos da aprendizagem da leitura, escrita e matemática; 4) problemas relacionados ao ambiente socioeconômico e cultural; 5) inadequações no ambiente escolar e pedagógico²⁹.

Os exercícios físicos na infância e adolescência possuem múltiplos benefícios, como a promoção de saúde e bem-estar, redução da gordura corporal, aumento da autoestima, responsabilidade individual e de grupo, e diminuição do estresse e ansiedade. Atualmente, preconiza-se de 20 a 30 minutos de

atividade física por dia. De 2 a 5 anos, as atividades devem estar ligadas à descontração e à liberdade, pois nesta fase a criança ainda está desenvolvendo a coordenação/equilíbrio, orientação no tempo e espaço, socialização e ritmo. De 6 a 12 anos, as atividades podem ser mais organizadas, com regras pré-definidas (ex.: natação, futebol, artes marciais, ginástica), pois a atenção e as habilidades motoras (força, resistência, velocidade, flexibilidade, coordenação) melhoram bastante. A partir da adolescência o interesse por esportes coletivos e de competição aumenta, sendo permitido maior trabalho aeróbico e de força³⁰.

Recomenda-se que todas as crianças e adolescentes adotem fotoproteção solar devido aos riscos cutâneos (câncer de pele, fotoenvelhecimento e nevos melanocíticos) e oculares (fotoceratite) da exposição ao sol. A proteção pode ser obtida a partir de medidas comportamentais e do uso de filtros solares com FPS acima de 30. As medidas comportamentais são: horário de “sol amigo” (antes das 10h e depois das 16h), uso de roupas, bonés/chapéus e óculos e preferência por locais à sombra. Os filtros solares físicos (inorgânicos), à base de dióxido de titânio e óxido de zinco, são usados preferencialmente entre 6 e 24 meses, com função protetora imediata contra raios UVA e UVB. Os filtros solares químicos (orgânicos) podem ser usados a partir de 2 anos, e requerem 20 minutos após a aplicação para uma proteção eficaz contra raios UVB e UVA. Lactentes abaixo de 6 meses devem evitar a exposição solar direta, e quando necessário utilizar sombrinhas, bonés, guarda-sóis e roupas de proteção³¹.

A fim de minimizar transtornos associados ao sono, os pais e cuidadores devem seguir recomendações para uma boa higiene do sono, tais como: evitar cochilos ao final da tarde; colocar a criança para dormir sempre em sua cama, quando ainda estiver acordada; o ambiente deve ser tranquilo, com temperatura adequada e sem barulhos ou estímulos visuais; colocar a criança para dormir sempre no mesmo horário; criar rotina próxima ao horário de sono, como ceia leve (ex.: leite, biscoito, bolo simples e queijo branco), banho, higiene oral, colocação de roupa confortável e leitura de livros; evitar bebidas estimulantes (chocolate, cafeinados, refrigerantes e chá mate); evitar esportes 3 horas antes do horário de dormir; quando a criança acordar à noite, ir até o quarto dela, falar em voz baixa e com luz fraca, acalmando-a, mas avisando-a de que retornará ao quarto assim que ela adormecer³².

A tecnologia digital também deve ser um tópico de abordagem durante a consulta pediátrica, especialmente relacionada aos malefícios à saúde infantojuvenil e ao seu uso criterioso. A utilização precoce e por tempo prolongado de jogos on-line, mídias sociais, filmes, vídeos e diversos aplicativos está associada a problemas de socialização, atraso de linguagem, dificuldades escolares, aumento da ansiedade, exposição à violência, *cyberbullying*, transtornos de sono, alimentação, problemas auditivos por uso de *headphones*, problemas visuais, problemas posturais, lesões por esforço repetitivo, facilitação da violência sexual, compra e uso de

drogas e “brincadeiras e desafios” que podem culminar com o coma e a morte. Sendo assim, algumas ponderações devem ser feitas junto às famílias e escolas: evitar filmes e vídeos inadequados, principalmente na hora das refeições e 2 horas antes de dormir em menores de 2 anos; limitar o uso de telas digitais a no máximo 1 hora/dia para crianças entre 2 e 5 anos; evitar televisores e computadores no quarto de crianças menores de 10 anos; estabelecer limites de tempo para utilização da tecnologia digital, proporcional à idade e desenvolvimento da criança e, preferencialmente, com a mediação dos pais para explicação do conteúdo e das imagens; monitorar sites, programas, aplicativos, filmes e vídeos que as crianças e adolescentes estão acessando, explicando sobre os riscos, uso individual e intransferível das senhas, riscos de carregar fotos e filmes pessoais. Dialogar sempre com as famílias, enfatizando que o comportamento dos pais é o modelo de maior impacto na educação, e que as rotinas e a cultura do lar se perpetuam no futuro³³.

História de violência e acidentes contra a criança e o adolescente

As causas externas (acidentes e todos os tipos de violência) constituem um grupo importante de morbidade e mortalidade na infância e adolescência. Define-se por “acidente” qualquer evento não-intencional, evitável, causador de lesão física e/ou emocional no âmbito doméstico, trabalho, trânsito ou lazer, e por “violência” qualquer evento intencional provocado por indivíduos, grupos ou nações que causa dano físico, moral, emocional ou espiritual a si próprio ou a outrem. De acordo com o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, em 2015, metade de todos os óbitos entre crianças e adolescentes ocorreu em menores de 1 ano e quase 30% ocorreu entre adolescentes de 14 a 19 anos. Em relação às causas de óbito, à exceção do grupo de menores de um ano, em todas as demais faixas etárias existe um predomínio das causas externas, com destaque para os acidentes de transporte relacionados a 60% das mortes em menores de 9 anos e a 50% das mortes entre 10 e 19 anos. Existem diversos indicadores pré-natais e perinatais de risco para ocorrência de violência contra a criança, tais como: gravidez não planejada, não desejada, abandono paterno, tentativa de aborto, conflitos familiares, abuso de substâncias lícitas e ilícitas, histórico de doença mental, sinais de apatia ou tristeza materna, evitar segurar e acariciar o bebê, indiferença ou recusa do aleitamento. Identificar estes comportamentos de risco é uma importante estratégia para prevenção dos maus-tratos na infância³⁴.

A prevenção de acidentes, especialmente aqueles que ocorrem em domicílio e no trânsito, também pertence ao escopo de atuação do pediatra. A proteção passiva, conjunto de medidas que visam eliminar os riscos dentro de casa e áreas externas, são as mais eficazes e devem ser repassadas com a família, especialmente àquelas relacionadas a ambientes como cozinha, banheiro e escadas.

CONCLUSÃO

Ao longo dos anos, as condições clínicas que afetam a saúde das crianças têm se modificado, com predomínio de questões de natureza crônica. Além disso, causas externas de morbimortalidade e condições relacionadas à vida moderna têm afetado cada vez mais a qualidade de vida das crianças. Neste cenário de transformações, o único elemento que se mantém constante é o cuidado que o pediatra deve ter ao colher a história de seus pacientes visando promover a saúde e proporcionar as melhores condições de desenvolvimento das crianças.

REFERÊNCIAS

1. Santos JB. Ouvir o paciente: a anamnese no diagnóstico clínico. Brasília Med. 1999;36(3):90-5.
2. Pernetta C. Semiologia pediátrica. 4ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Interamericana; 1980.
3. Rodrigues YT, Rodrigues PPB. Semiologia pediátrica. 3ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Editora Guanabara Koogan; 2009.
4. Melo EMSC, Aquino LA, Costa CMS, Liquornik PA. A consulta pediátrica. In: Fonseca EMGO, ed. Medicina ambulatorial - SOPERJ. Rio de Janeiro (RJ): Editora Guanabara Koogan; 2012. p. 1-12.
5. Daikos KG. History of medicine: our Hippocratic heritage. Int J Antimicrob Agents. 2007 Jun;29(6):617-20.
6. Balduino PM, Palis FP, Paranaíba VF, Almeida HO, Trindade EMV. A perspectiva do paciente no roteiro de anamnese: o olhar do estudante. Rev Bras Educ Med. 2012;36(3):335-42.
7. Costa FD, Azevedo RCS. Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. Rev Bras Educ Med. 2010;34(2):261-9.
8. López M, Laurentys-Medeiros J. Semiologia médica - as bases do diagnóstico clínico. 4ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Editora Revinter; 2001. v. 2.
9. Bonilha LRCM, Rivorêdo CRFS. Puericultura: duas concepções distintas. J Pediatr (Rio J). 2005;81(1):7-13.
10. Fernandes TF. Habilidades básicas do pediatra. In: Burns AAR, Júnio DC, Silva LRS, Borges WG, eds. Tratado de pediatria. 4ª ed. Barueri (SP): Manole; 2017. p. 79-80.
11. Koletzko BB, Brands B, Chourdakis M, Grote V, Hellmuth C, Kirchberg F, et al. The power of programming and the early nutrition project: opportunities for health promotion by nutrition during the first thousand days of life. Ann Nutr Metab. 2014;64(3-4):187-96.
12. Beiguelman B. O registro gráfico da história genealógica. In: Beiguelman B, ed. A interpretação genética da variabilidade humana. Ribeirão Preto (SP): Editora Sociedade Brasileira de Genética (SBG); 2008. p. 71-5.
13. Knoblock H, Passamanick B. Gesell e Amatruda - psicologia do desenvolvimento do lactente e criança pequena - bases neuropsicológicas e comportamentais. 3ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Atheneu; 2002.
14. Ministério da Saúde (BR). Cadernos de Atenção Básica. Saúde de criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
15. Segre CA, Rego JD, Cardoso FC. Síndrome alcoólica fetal: uma questão que deve ser discutida. Rev Ped SOPERJ. 2017 Jun;17(2):6-7.
16. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Departamento Científico de Pneumologia. Documento Científico. Tabagismo: o papel do pediatra. Rio de Janeiro (RJ): SBP; 2017.
17. Santos LMP, Pereira MZ. Efeito da fortificação com ácido fólico na redução dos defeitos de tubo neural. Cad Saúde Pública. 2007 Jan;23(1):17-24.
18. Ministério da Saúde (BR). Calendário vacinal 2017 [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017; [acesso em 2019 Mar 01]. Disponível em: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/jpg/2018/janeiro/10/calendario-vacinal-2018.jpg>
19. Ministério da Saúde (BR). Cadernos de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012; [acesso em 2019 Mar 01]. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
20. Bhatti A, Kumar P. Systemic effects of perinatal asphyxia. Indian J Pediatr. 2014 Mar;81(3):231-3.
21. Enk I, Andres L, Enk FL. Icterícia neonatal. In: Burns AAR, Júnio DC, Silva LRS, Borges WG, eds. Tratado de pediatria. 4ª ed. Barueri (SP): Manole; 2017. p. 1262-5.
22. Ministério da Saúde (BR). Triagem neonatal biológica - manual técnico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016.
23. Ministério da Saúde (BR). Nota técnica nº 7/2018-CGSCAM/DAPES/SAS/MS. Orientações para profissionais de saúde quanto à sistematização e padronização do teste de triagem neonatal para cardiopatia congênita crítica (teste do coraçãozinho). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018.
24. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes de atenção da triagem auditiva neonatal. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
25. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Departamento de Nutrologia. Manual de alimentação - da infância à adolescência. 4ª ed. São Paulo (SP): SBP; 2018.
26. Ministério da Saúde (BR). Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018.
27. Ministério da Saúde (BR). Manual de condutas gerais do programa nacional de suplementação de vitamina A. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
28. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Guia de saúde oral materno-infantil. Rio de Janeiro (RJ): SBP; 2018.
29. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento. O papel do pediatra diante da criança com dificuldade escolar. Rio de Janeiro (RJ): SBP; 2018.
30. Akkari M, Resende VR, Santili C. A criança e o esporte. In: Burns AAR, Júnio DC, Silva LRS, Borges WG, eds. Tratado de pediatria. 4ª ed. Barueri (SP): Manole; 2017. p. 2033-5.
31. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Guia de fotoproteção na criança e no adolescente [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): SBP; 2017; [acesso em 2019 Mar 01]. Disponível em: <https://www2.isend.com.br/iSend/external/magazine?encrypt=856C7AD3F35DE85DA917FC6D79749975342476CDB528F629880FDD92D0E28577>
32. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Departamento Científico da Medicina do Sono. Documento Científico. Higiene do sono [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): SBP; 2017; [acesso em 2019 Mar 01]. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/higiene-do-sono/>
33. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Departamento de Adolescência. Manual de Orientação. Saúde de crianças e adolescentes na era digital [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): SBP; 2016; [acesso em 2019 Mar 01]. Disponível em: http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2016/11/19166d-MOrient-Saude-Crian-e-Adolesc.pdf
34. Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP). Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência. 2ª ed. Brasília (DF): Conselho Federal de Medicina (CFM); 2018.