

Anamnese Pediátrica: revisão de um tópico consagrado

Pediatric Anamnesis: revising a traditional medical topic

Flavia Nardes

(Autor de Correspondência)

E-mail: flavianardes@me.com / E-mail alternativo: flavianardes@me.com

Afiliação(ões): [1] - Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG) - UFRJ, Departamento de Pediatria - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil

Giuseppe Mário Carmine Pastura

E-mail: pastura.giuseppe@gmail.com

Afiliação(ões): [1] - Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG) - UFRJ, Departamento de Pediatria - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil

Total: 2 Autores

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 a 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.

DESCRITORES: Visita a Consultório Médico. Encaminhamento e Consulta. Pediatria. Anamnese

ABSTRACT

The objective is 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.

HEADINGS: Office Visits. Referral and Consultation. Pediatrics. Medical History Taking

Fonte de financiamento: Não

Conflito de interesses: Não

É Ensaio Clínico? Não

Data de Submissão: Monday, March 11, 2019

Decisão final: Tuesday, April 2, 2019

Anamnese Pediátrica: revisão de um tópico consagrado

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 a 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.

Abstract:

The objective is 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.

Descritores: visita a consultório médico; encaminhamento e consulta; pediatria; anamnese.

Key Words: office visits; referral and consultation; pediatrics; medical history taking.

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 doença.¹ 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 cuidadores.² 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, 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 doença.⁵

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 biopsicossocial.⁶ 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 8º 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), 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 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).

Metodologia

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 figura 1 e figura 2, respectivamente.

História Familiar			
Heredograma ¹²			
	Consanguinidade? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Grau de parentesco:		
Outras Doenças			
História Patológica Progressa			
<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, vídeo-game): h	
Higiene Sono	Horário de dormir/levantar-se:	Problemas?	
	Duração do Sono:		
História do Desenvolvimento Neuropsicomotor (vide ficha anexa)			
Motor Grosso	<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:	Ocupação	Renda Familiar:
	Pai:		
	Pai:		

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 Grossoiro	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, Prensão Palmo-plantar		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 ; prensão 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: prensão 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 sozinha 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 Desabota 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 supra-púbico; reflexo extensor cruzado; reflexo de liberação de vias aéreas; RTCA: reflexo tônico cervical assimétrico;

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 asfíxia 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 a 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:

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	<ul style="list-style-type: none">• Fase* I: hipotireoidismo congênito e fenilcetonúria• Fase* II: Anterior + doença falciforme• Fase* III: Anteriores + fibrose cística

	<ul style="list-style-type: none"> • 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* 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 40-50 cm 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, 1º 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

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,

hambúrgeres), 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 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 400 UI/dia (0-12 meses) e 600 UI/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 500 ml/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 3 mg 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 3 mg 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 100.000 UI vitamina A por via oral uma dose, e que crianças de 12 a 59 meses recebam 200.000 UI 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.

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, propriocepção), de linguagem (recepção, expressão), sociais, afetivo-emocionais e cognitivas (atenção, memória, 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, 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, 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 infanto-juvenil 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 à 60% das mortes em menores de 9 anos e à 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 Bibliográficas

1. Santos JB. Ouvir o paciente: A anamnese no diagnóstico clínico. Brasília Médica. 1999;36(3):90-95.
2. Pernetta C. Semiologia pediátrica. 4ª edição. Rio de Janeiro. Interamericana. 1980.
3. Rodrigues Y.T., Rodrigues P.P.B. Semiologia Pediátrica. 3ª edição. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan. 2009.
4. Melo E.M.S.C, Aquino L.A., Costa C.M.S., Liquornik P.A. A consulta pediátrica. In: Fonseca E.M.G.O. Medicina Ambulatorial - SOPERJ. 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2012. p1-12.

5. Daikos KG. History of medicine: our Hippocratic heritage. *Int J Antimicrob Agents*. 2007;29:617-20.
6. Balduino P.M., Palis F.P., Paranaíba V.F., Almeida H.O., Trindade E.M.V. A perspectiva do paciente no roteiro de anamnese: o olhar do estudante. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2012; 36 (3):335-342.
7. Costa F.D., Azevedo R.C.S. Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 34 (2) : 261–269; 2010.
8. López M., Laurentys-Medeiros J. *Semiologia Médica - As bases do diagnóstico clínico*. Volume II. 4º edição. Rio de Janeiro. Editora Revinter. 2001.
9. Bonilha, L.R.C.M, Rivorêdo C.R.F.S. Puericultura: duas concepções distintas. *Jornal de Pediatria*. 2005;81(1):7-13.
10. Fernandes, T.F. Habilidades Básicas do Pediatra. In: Burns A.A.R, Júnio D.C., Silva, L.R.S., Borges W.G. *Tratado de Pediatria*. 4º Edição. São Paulo. Editora Manole; 2017. p. 79-80.
11. Koletzko B.B., Brands B., Chourdakis M., Veit Grote S.C., 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;64:187–196.
12. Beiguelman B. O registro gráfico da história genealógica. In: Beiguelman B. *A interpretação genética da variabilidade humana*. São Paulo: Editora SBG-Sociedade Brasileira de Genética; 2008. p.71-75
13. Knoblock H. Passamanick B. *Gesell e Amatruda - Psicologia do Desenvolvimento do Lactente e Criança Pequena - Bases Neuropsicológicas e Comportamentais*. 3º Edição. Rio de Janeiro. Editora Atheneu. 2002.
14. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica. Saúde de Criança: Crescimento e Desenvolvimento*. 2012. Brasília - Distrito Federal.
15. Segre C.A., Rego J.D., Cardoso F.C. Síndrome Alcólica Fetal: uma questão que deve ser discutida. *Rev. Ped. SOPERJ*. 2017; 17 (2): 6-7.
16. Camargos P.A.M. Tabagismo: o papel do pediatra. Documento Científico. Departamento Científico de Pneumologia. Sociedade Brasileira de Pediatria. nº 2, 2017.
17. Santos L.M.P., Pereira M.Z. Efeito da fortificação com ácido fólico na redução dos defeitos de tubo neural. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(1):17-24.
18. <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/jpg/2018/janeiro/10/calendario-vacinal-2018.jpg>
19. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica. Atenção ao Pré-Natal de baixo Risco*. Brasília. Distrito Federal. 2012.
http://bvsmms.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; 81:231–233
21. Enk I, Andres L, Enk F.L. Icterícia Neonatal. In: Burns A.A.R, Júnio D.C., Silva, L.R.S., Borges W.G. *Tratado de Pediatria*. 4º Edição. São Paulo. Editora Manole; 2017. p. 1262-1265.
22. Ministério da Saúde. *Triagem Neonatal Biológica - Manual Técnico*. 2016. Brasília - 2016.
23. Ministério da Saúde. *NOTA TÉCNICA Nº 7/2018-CGSCAM/DAPES/SAS/MS*. 2018
24. Ministério da Saúde. *Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal*. 2012. Brasília - Distrito Federal.
25. Sociedade Brasileira de Pediatria - Departamento de Nutrologia. *Manual de Alimentação - da Infância à Adolescência*. 4º edição. Revisada e Ampliada. 2018.
26. Ministério da Saúde. *Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 anos*. 2018. Brasília - Distrito Federal.
27. Ministério da Saúde. *Manual de Condutas Gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A*. 2013. Brasília - Distrito Federal.
28. Sociedade Brasileira de Pediatria. *Guia de Saúde Oral Materno-Infantil*. 2018.
29. Sociedade Brasileira de Pediatria - Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento. 2018. *O Papel do Pediatra Diante da Criança com Dificuldade Escolar*.
30. Akkari M, Resende V.R., Santili C. A criança e o esporte. In: Burns A.A.R, Júnio D.C., Silva, L.R.S., Borges W.G. *Tratado de Pediatria*. 4º Edição. São Paulo. Editora Manole; 2017. p. 2033-2035.
31. Sociedade Brasileira de Pediatria. *Guia de Fotoproteção na Criança e no Adolescente*. 2017. <https://www2.isend.com.br/iSend/external/magazine?encrypt=856C7AD3F35DE85DA917FC6D79749975342476CDB528F629880FDD92D0E28577>
32. Sociedade Brasileira de Pediatria - Departamento Científico da Medicina do Sono. *Higiene do Sono*. 2017. <http://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/higiene-do-sono/>
33. Sociedade Brasileira de Pediatria - Departamento de Adolescência. *Saúde de Crianças e Adolescentes na Era Digital*. 2016. http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2016/11/19166d-MOrient-Saude-Crian-e-Adolesc.pdf
34. Sociedade de Pediatria de São Paulo e Sociedade Brasileira de Pediatria. *Manual de Atendimento às Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência*. 2ª edição. 2018. Brasília - Distrito Federal.

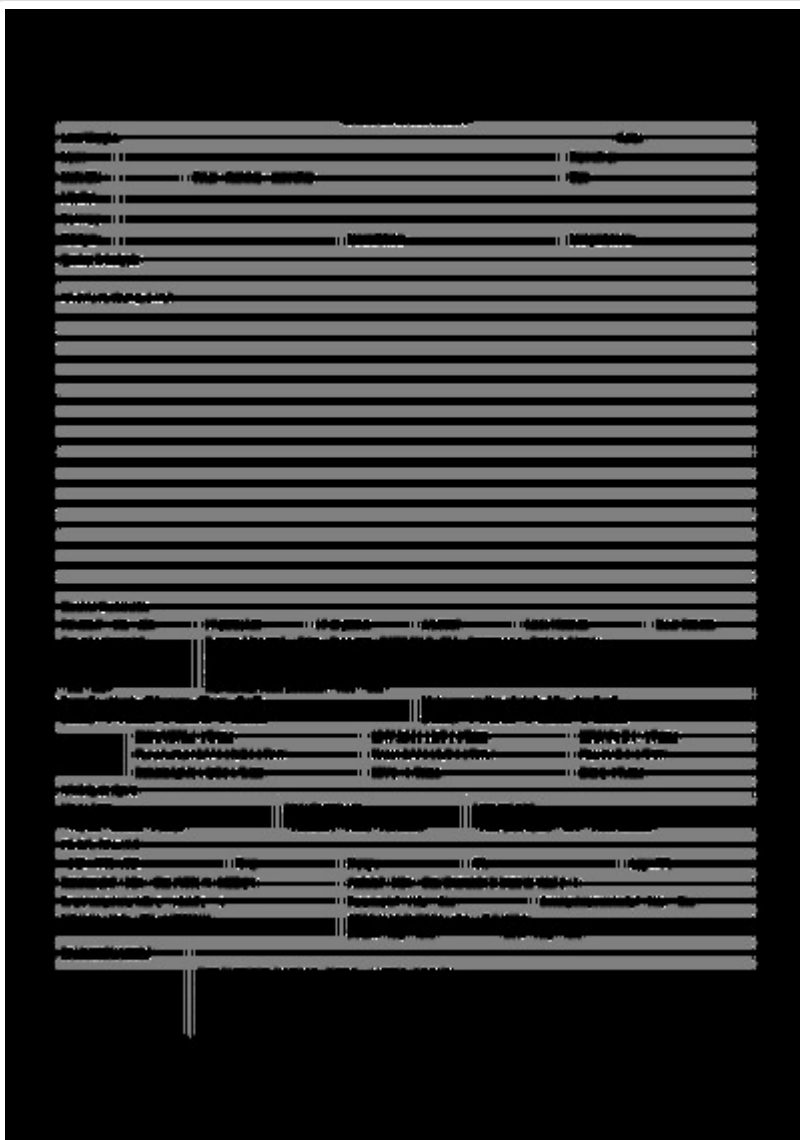


Figura 1: Ficha de Anamnese Pediátrica Figura 2: Ficha de Desenvolvimento Neuropsicomotor