



# MANUAL DE PEDIATRIA

Aline C C Mota  
Giulli C C R Lobo  
Fernanda C O Albuquerque  
Giovana D Pereira  
Carla H S de Andrade  
Lorena O Gonçalves  
Luciano S O Abraão  
Larissa F S de Souza  
José Guilherme G Nascimento F.º  
Joyce G M Lopes  
Carla L M V Machado





# MANUAL DE PEDIATRIA

Aline C C Mota  
Giulli C C R Lobo  
Fernanda C O Albuquerque  
Giovana D Pereira  
Carla H S de Andrade  
Lorena O Gonçalves  
Luciano S O Abraão  
Larissa F S de Souza  
José Guilherme G Nascimento F.º  
Joyce G M Lopes  
Carla L M V Machado



2020 by Editora Pasteur  
Copyright © Editora Pasteur  
Copyright do Texto © 2020 Os Autores  
Copyright da Edição © 2020 Editora Pasteur  
Editor Chefe: Prof Dr Guilherme Barroso Langoni de Freitas  
Coordenadores de Edição e Revisão: Durinézio J. De Almeida & Guilherme A. G. Martins  
Diagramação: Editora Pasteur  
Edição de Arte: Editora Pasteur

---

REVISÃO: CORPO EDITORIAL DA EDITORA PASTEUR E AUTORES

---

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

(Editora Pasteur, PR, Brasil)

FR862c FREITAS, Guilherme Barroso Langoni de.

Manual de Pediatria / Aline C C Mota; Giulli C C R Lobo;  
Fernanda C O Albuquerque; Giovana D Pereira; Carla H  
S de Andrade; Lorena O Gonçalves; Luciano S O  
Abraão; Larissa F S de Souza; José Guilherme G  
Nascimento F.º; Joyce G M Lopes; Carla L M V Machado  
. 1. ed. - Irati: Editora Pasteur, 2020.

1 livro digital; 60 p.; il.

Modo de acesso: Internet

DOI: <https://doi.org/10.29327/518535>

ISBN: 978-65-86700-05-3

# PREFÁCIO

Este Manual foi escrito com o intuito de possibilitar um direcionamento nos estudos dos acadêmicos da área da saúde por meio do acesso rápido a um conteúdo de qualidade, conciso e, principalmente, atualizado – com base nas literaturas mais recentes da área da pediatria. Cada colaborador deixa aqui registrado seu reconhecimento acerca da importância dessa especialidade para desenvolvimento de competências e habilidades que envolvem o cuidado com a criança e com adolescente e tantas outras virtudes que são essenciais para o médico em formação como um todo.

Por isso, no processo de desenvolvimento deste projeto buscamos montar uma coletânea com principais tópicos de Introdução à Pediatria a fim de produzir tanto um instrumento de estudo quanto uma fonte de inspiração em uma área tão bonita. Dessa forma, destacamos os diversos aspectos fundamentais para o bom atendimento, que compreendem desde o entendimento da psicologia infanto-juvenil até a semiotécnica pediátrica e suas ramificações para que o manejo do pequeno paciente seja bem-sucedido e o papel do médico executado com a excelência esperada.

O Manual de Pediatria foi resultado de um trabalho conjunto idealizado por acadêmicos Medicina de Instituições de Ensino Superior do estado do Pará para ajudar outros estudantes, assim como servir de material de consulta e suporte teórico para todos que pretendem fazer parte da nossa liga. Nós, da Liga Acadêmica Paraense de Pediatria Clínica e Cirúrgica (LAPPECC), esperamos contribuir de alguma forma para o aprendizado e crescimento profissional de cada um dos nossos leitores.

---

# SUMÁRIO

---

<b>ANAMNESE PEDIÁTRICA .....</b>	<b>01</b>
<b>EXAME FÍSICO PEDIÁTRICO .....</b>	<b>07</b>
<b>CALENDÁRIO VACINAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE 2020 .....</b>	<b>13</b>
<b>ALIMENTAÇÃO NA PEDIATRIA .....</b>	<b>18</b>
<b>CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO .....</b>	<b>30</b>
<b>ANAMNESE DO ADOLESCENTE .....</b>	<b>48</b>
<b>EXAME FÍSICO DO ADOLESCENTE .....</b>	<b>52</b>

---

# 01

## ANAMNESE PEDIÁTRICA

---

A anamnese pode ser compreendida como uma entrevista conduzida pelo médico que objetiva auxiliar o paciente com o recordatório dos eventos que culminam no estado atual do enfermo através de perguntas. Na anamnese pediátrica, dado o fato da pouca idade de alguns pacientes e sua inaptidão em se expressar, o processo de diálogo é mediado pelo responsável e/ou familiar, mas sempre que possível deve-se escutar a criança juntamente com os pais.

Em virtude da necessidade de um acompanhamento periódico para o paciente pediátrico, muitas vezes não há uma causa ou incômodo detrás do motivo da consulta e nesses casos devemos avaliar a nutrição, desenvolvimento e vacinação, além de aproveitar para orientar o(s) responsável(eis). Na abordagem do adolescente, em caso de presença de acompanhante, inicialmente devemos obter as informações do acompanhante junto a questões sobre condições de vacinação, gestação, entre outros, e em um segundo momento, conversar com adolescente separadamente e assegurá-lo sobre o sigilo, salvo em caso de colocar a vida de outros em risco.



## IDENTIFICAÇÃO

A identificação da anamnese da criança é composta por 11 itens, sendo eles: nome, idade, data de nascimento, sexo, cor/etnia, endereço, nacionalidade, procedência, nome da mãe, nome do informante e sua relação com o paciente, plano de saúde. Devemos dar atenção ao registrar seguintes tópicos:

**Idade:** Pois, em menores de um ano deve-se registrar o mês e os dias da criança, por exemplo, 4 meses e 2 dias.

**Procedência:** Possibilita estabelecer relações entre doenças características da região visitada e a clínica relatada.

**Nome do informante:** A partir dessa informação é possível correlacionar a proximidade e a participação no cotidiano do paciente com o grau de relevância da informação.

## QUEIXA PRINCIPAL

Deve ser registrado com as palavras do paciente e entre aspas, evitando texto corrido. É recomendado colocar ao lado do termo "sic", que significa segundo informações colhidas, quando a informação é obtida pelos pais/responsáveis ("e.g. falta de apetite e anemia")

## HISTÓRIA ATUAL DA DOENÇA

Para que seja estabelecida a cronologia dos fatos, primeiramente é necessário que saibamos o início do sinal/sintoma e se surgiu de forma súbita ou gradual. Visando caracterizar o sintoma, podemos perguntar sobre frequência, duração, intensidade, se há algo que melhore ou piore, se faz uso de alguma medicação para alívio (devendo ser registrado não só o nome, mas também quantos comprimidos ou mililitros, qual o intervalo de uma dose para outra e quantas vezes ao dia), saber se há algum sintoma associado ao sintoma guia, e finalizar perguntando como está no momento da consulta para que possa estabelecer a maneira como o quadro está evoluindo. Lembrando que estas informações devem ser registradas de forma clara e utilizando termos médicos.

## INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO

Inicia-se pelos sintomas gerais, seguido pelos sistemas (no sentido cefalopodálico). Quando a fonte da informação for o acompanhante e não o paciente, devemos valorizar mais os sinais em detrimento dos sintomas. Mesmo que a

resposta seja negativa deve ser registrada no prontuário. Abaixo consta, alguns exemplos do que pode ser questionado em cada tópico.

**Gerais:** Febre (aferida?), perda/ganho de peso, edema, choro/irritabilidade;

**Pele e fâneros:** Se houver lesões anotar local e descrever as características;

**Cabeça:** Sintomas neurológicos em geral (*e.g.*: cefaleia). Observando ainda:

- Olhos - Hiperemia, presença de secreções e sua coloração.
- Ouvidos - Otorréia, zumbidos, otalgia.
- Nariz - Epistaxe, presença de coriza e sua respectiva coloração.
- Garganta - Odinofagia, lesões.

**Subcutâneo:** Presença de massas palpáveis ou gânglios, edema;

**Sistema musculoesquelético:** Artralgia, mialgia, câibras;

**Sistema cardiovascular:** Arritmia/ Bradicardia/Taquicardia, Dispneia ao Esforço/Descanso;

**Sistema respiratório:** Dispneia, tosse, rinorreia e sua coloração;

**Sistema digestório:** vômito, dor abdominal, diarreia, obstipação ou eliminação de vermes;

**Sistema geniturinário:** Disúria, polaciúria, poliúria, hematúria;

**Sistema nervoso:** Tremores, parestesias, convulsões ou desmaios;

**Aparelho locomotor:** Dificuldade de movimentação;

**Emocional:** Ansiedade, depressão, agitação;

## GESTAÇÃO/ PARTO/ NASCIMENTO

**Gestação:** Aborda-se como foi realizado o pré-natal, se a mãe teve doenças como toxoplasmose, sífilis ou outras que interfiram na gestação, além de saber se a sorologia, suplementação vitamínica e vacinação foram corretamente realizadas. O uso de álcool ou drogas ilícitas também deve ser questionado.

**Parto:** Saber com quantas semanas nasceu, o tipo (*e.g.*: Normal, Cesárea, Fórceps, se teve intercorrências durante o parto, Apgar do primeiro e quinto minuto (caso a mãe saiba informar).

**Nascimento:** Medidas antropométricas ao nascer, se precisou ser internado ou entubado.

## ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Indagar sobre doenças do quadro infantil (sarampo, rubéola, tuberculose), e o ano em que ocorreram, saber se realizou cirurgias, transfusões sanguíneas, internações (quando, por quanto tempo e porque) e uso de medicamentos.

## ALIMENTAÇÃO

Neste tópico, primeiramente devemos saber o tipo de alimentação do

paciente, que pode ser:

**Aleitamento Materno Exclusivo:** Recebe somente leite materno, seja direto da mama ou leite ordenhado;

**Aleitamento Materno Predominante:** Leite materno associado a chá, suco de frutas, infusões;

**Aleitamento Materno Misto:** Além do leite materno recebe outros tipos de leite;

**Aleitamento Materno Complementado:** Junto ao leite materno, recebe alimento sólido ou semissólido, não visa substituir;

**Apenas alimentos:** Pode ser na forma líquido, pastosa ou sólida.

O prontuário de crianças que realizam o aleitamento materno complementado deve conter o registro do período em que o aleitamento materno exclusivo foi mantido, e como foi realizada a inserção dos alimentos, desde o tipo (líquido/pastoso/sólido) e qual foi o alimento ofertado. Em crianças de maior idade, nas quais a alimentação é realizada exclusivamente por alimentos, devemos saber até qual idade o aleitamento materno exclusivo foi mantido, como foram inseridos os novos alimentos, o número de refeições atualmente, e o que come em cada uma delas, ou seja, fazer um "diário alimentar".

## CRESCIMENTO

Avaliar de acordo com as curvas de crescimento padronizada. Os critérios avaliados normalmente são: peso, altura, índice de massa corpórea (IMC) e relacionam esses dados com a idade.

## DESENVOLVIMENTO

Arguir sobre os marcos do desenvolvimento próprios para cada idade, em caso de atraso devemos orientar como estimular e se estiver adequada, parabenizar a mãe para que ela continue a estimular o filho. Avaliar o desenvolvimento comportamental, como o sono qualitativo e quantitativo, e o controle dos esfíncteres. No caso dos adolescentes, é necessário perguntar sobre a menarca, telarca, pubarca e sexarca.

## SITUAÇÃO VACINAL

Avaliar com base no cartão vacinal da criança, orientar sobre as próximas vacinas e alertar em caso de atraso vacinal, instruindo como a atualização deve ser feita. Perguntar sobre possíveis reações que a criança possa ter apresentado.

## ANTECEDENTES FAMILIARES

Assim como na anamnese geral, este é o tópico em que perguntamos sobre os familiares como pais, irmãos, tios, primos e avós. Se estiverem vivos, saber a idade e se possuem alguma doença ou quadro parecido com o da criança, por outro lado, se já for falecido, saber com quantos anos morreu e a causa.

## HÁBITOS DE VIDA

**Intestinal:** Características das fezes e a frequência de evacuação;

**Urinário:** Características da urina e frequência de micção;

**Higiene bucal:** Saber a frequência e o modo utilizado para fazer a limpeza. Aproveite o momento para orientar a mãe/criança sobre como realizar o procedimento da maneira correta;

**Lazer:** Quais brinquedos utiliza, se brinca só ou se está acompanhado, e o tempo de tela da criança.

## CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E CULTURAIS

**Habitação:** Características da casa (devido doenças infectoparasitárias), da rua (*e.g.*: saneamento, coleta de lixo), do bairro (*e.g.*: presença de parques, escolas, comércio);

**Condições socioeconômicas:** Indagar sobre a renda familiar para que possa adequar o tratamento;

**Condições culturais:** Perguntar sobre escolaridade e religiosidade;

**Relacionamento familiar:** Para que se possa compreender o ambiente em que a criança está crescendo e o risco que expõe a ela.

## REFERÊNCIAS

BURNS, D.A.R. et al. Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. 4º ed. Barueri – SP, 2017. 52-53 p.

CAMPOS, D. et al. Tratado de pediatria. 3º ed. [S.l.]: Manole, 2014. 409-412 p. Disponível: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520438626/cfi/5!/4/4@0.00:42.7>. Acesso em: 07 mai. 2020.

CARMONA, F. Semiologia da Criança e do Adolescente. Departamento de Puericultura e Pediatria. Ribeirão Preto – SP, 2014. 1 p.

CAUDURO, P.J. et al. Pediatria: Consulta Rápida. Artmed. 2ª ed – Porto Alegre, 2018. 5-15 p.

HAY, W. & MYRON, L. Current Pediatria: Diagnóstico e Tratamento. 22º ed. McGraw Hill Brasil, 2015. 54-59 p.

HOCKENBERRY, M.J.W. Manual Clínico de Enfermagem Pediátrica. 8º ed. Elsevier Brasil, 2013. 90-104 p.

LISSAUER, T. & CLAYDEN, G. Manual Ilustrado de Pediatria. 2º ed. Elsevier Brasil, 2003.36 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de atenção a saúde. Saúde da criança: Crescimento e desenvolvimento: caderno 33 da atenção básica. [s.l., s.n.], 2012. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_crescimento\\_desenvolvimento.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf). Acesso em: 07 mai. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de atenção a saúde. Saúde da criança: Aleitamento materno e alimentação complementar: caderno 23 da atenção básica. 2º ed. [s.l., s.n.], 2015. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_aleitamento\\_materno\\_cab23.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf). Acesso em: 07 mai. 2020.

PERNETTA, C. Semiologia pediátrica. 2º ed. [s.l.]: Interamericana, 1980.1-6p.

---

# 02

## EXAME FÍSICO PEDIÁTRICO

A etapa da avaliação clínica em pediatria voltada ao exame físico, configura o contato inicial com a criança, sendo fundamental o estabelecimento da relação médico-paciente nesse momento para a qualidade e quantidade dos achados, colaboração da criança nas consultas futuras, e satisfação dos pais. Em conjunto com o material obtido na anamnese, esta relação constitui um importante instrumento para o raciocínio médico na construção de hipóteses diagnósticas e estabelecimento de conduta para tratamento adequado.

O exame em uma primeira consulta requer do examinado uma combinação de experiência com entendimento de psicologia infantil, a fim de obter sucesso no estabelecimento da relação médico-paciente. A postura do examinador influencia muito no sentido de estabelecer um contexto menos hostil para a criança, isso pode ser feito por meio de atitudes gentis e amistosas, sem elevações do tom de voz, para auxiliar no processo construção de afinidades que resulta em maior fluidez e eficácia da sistemática do atendimento.

A sequência de exame dos sistemas orgânicos, que será detalhada nos tópicos a seguir, deve obedecer a uma lógica e visar manter a criança tranquila durante o procedimento, deixando etapas mais dolorosas e desagradáveis (*e.g.*: otoscopia) para o final. Afinal, o conhecimento acerca do exame físico completo é de suma importância, independente da faixa etária, para a detecção de sinais mesmo em crianças assintomáticas, sendo indispensável para assegurar a qualidade do atendimento e não pode ser negligenciado.



# ELEMENTOS BÁSICOS

## ESTADO GERAL

Descrição geral e classificação do paciente (*e.g.*: bom, regular ou ruim), tipo de expressão facial ou fâcies típicas de determinada doença (*e.g.*: Síndrome de Down) ou atípicas, ou seja, de acordo com o padrão fisiológico.

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

**AValiação ANTROPOMÉTRICA:** Registrar e manter atualizados, a cada nova consulta, dados sobre peso, índice de massa corporal (IMC) e perímetro cefálico, de acordo com os gráficos padronizados.

**AValiação NUTRICIONAL:** Observar panículo adiposo e descrever eventuais sinais de desnutrição (*e.g.*: alterações vasculares do kwashiokor).

## SINAIS VITAIS

**TEMPERATURA:** Pode ser obtida por mensuração retal, oral ou axilar. A primeira sendo a mais fidedigna; contudo, para fins clínicos, não é preciso ter valores tão acurados, assim, por hábito e praticidade, afere-se a temperatura axilar, que é cerca de 0,5 °C menor que a oral, e 0,5 °C menor que a retal.

**FREQUÊNCIA DE PULSO:** Essa medição pode ser obtida pelos métodos: Palpação dos pulsos periféricos (femoral, radial e carotídeo); Ausculta cardíaca direta; Observação da pulsação das fontanelas.

**FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA:** Atentar para avaliação da tríade: Frequência + Amplitude + Movimento Respiratório (*e.g.*: tiragens intercostais), principalmente considerando-se o predomínio da respiração torácica em crianças pequenas. Lembrar de executar a semiotécnica da ausculta pulmonar.

**PRESSÃO ARTERIAL (Pa):** Deve ser aferida na rotina ambulatorial para os pacientes assintomáticos a partir do terceiro ano de vida. Os valores obtidos referentes aos níveis tensionais sistólicos e diastólicos devem ser registrados nos percentis de acordo com os parâmetros de Pa para a idade e altura de cada criança.

**PELE E ANEXOS:** Descrever coloração e textura da pele atentando para a descrição de lesões dermatológicas elementares comuns na infância (*e.g.*: vesículas, máculas, exantemas, nevos) em seu aspecto e localização.

**CABEÇA E PESCOÇO:** Forma, fontanelas, ossos da face e perímetro encefálico. Avaliar presença de meningismo, cistos, gânglios e palpar tireoide.

**OLHOS:** Inspeccionar presença de secreções, coloração da esclerótica, lacrimejamento, fotofobia, nistagmo, anisocoria, exo/enoftalmia dentre outras alterações e, por fim, testar a acuidade visual.

**NARIZ:** Verificar coriza, obstrução, epistaxe, possível desvio de septo.

**ORELHAS:** Realizar a otoscopia e descrever conduto, membrana timpânica e, por fim, testar acuidade auditiva. Atentar para queixa de otorreia, otalgia e vertigem.

**OROFARINGE:** Verificar a dentição, formato da arcada dentária e palato (*e.g.*: rastrear fenda palatina), condição das tonsilas e possíveis lesões.

## ELEMENTOS ESPECÍFICOS

### AVALIAÇÃO DO ABDOME

Em geral realizado na clínica pediátrica, principalmente em 3 situações contextos: rotina do exame físico, em suspeita de Abdome Agudo e em caso de queixas recorrentes de desconforto local (*e.g.*: constipação, distensão, dor).

**INSPEÇÃO:** Em lactentes e pré-escolares hígidos o abdome possui protuberância fisiológica característica. A musculatura abdominal precisa estar relaxada, ou seja, de preferência sem o estímulo do choro, para uma posterior palpação de qualidade. Avaliar a presença de distensão abdominal, muito associada aos cinco “F”: Fofa (sobrepeso, obesidade), Fezes (constipação), Fluidos (síndrome nefrótica), Flatos (obstrução intestinal), Feto (possibilidade do pós-adolescência). Outros sinais: circulação colateral, estrias abdominais.

**PALPAÇÃO:** Fornece informações sobre alterações abdominais superficiais e profundas de textura, sensibilidade, volume, elasticidade, presença de frêmitos, massas ou edemas. Sobre a semiótica, pode ser uni ou bimanual, com as polpas digitais ou mão espalmadas/em garra/em pinça. O paciente precisa ser posicionado em decúbito dorsal, membros superiores relaxados próximos ao tronco, momento crítico onde a confiança e colaboração da criança são essenciais. Em caso de choro, o examinador deve aguardar que a criança faça uma inspiração profunda, realizando a palpação nesse momento.

**PERCUSSÃO:** Identifica, a partir de pequenas batidas com os dedos no local, alterações nas qualidades do som produzido: timbre, intensidade e tonalidade – a depender do processo patológico estabelecido. Sobre a semiótica, pode ser: Direta, com a ponta dos dedos; Dígito-digital, com o terceiro dedo direito sobre o terceiro dedo esquerdo; Punho-percussão, mão fechada e o bordo cubital sobre o local; e, por fim, Piparote, que consiste em “peteleco” em um lado do abdome,

enquanto a outra mão posiciona-se do lado oposto para verificar presença de ondas (*e.g.*: ascite).

**AUSCULTA:** Não faz parte da rotina, mas em caso de suspeita de Abdome Agudo, deve-se atentar para a alteração da dinâmica de peristalse intestinal: Aumento pode ser indicativo tanto de síndromes diarreicas agudas quanto de obstruções mais graves, ao passo que a redução ou abolição da peristalse pode indicar desde um íleo paralítico até uma peritonite.

## **AVALIAÇÃO CARDIOVASCULAR**

Vale ressaltar algumas peculiaridades dos parâmetros de normalidade cardiovascular em crianças como repercussão também da sua estrutura física. Bulhas cardíacas hiperfonéticas, tem estreita relação com a menor espessura da caixa torácica infantil, achado ocasional de arritmia sinusal e desdobramento de segunda bulha (B<sub>2</sub>) são recorrentes.

**INSPEÇÃO:** Procurar possíveis sinais de cardiopatias da infância, como alterações em extremidades por cianose crônica (*e.g.*: baqueteamento digital e/ou unhas em vidro de relógio) ou abaulamento torácico.

**PALPAÇÃO:** Durante essa etapa, ou mesmo na própria ausculta, aproveita-se para fazer o registro da Frequência Cardíaca (FC). Durante a palpação deve-se atentar para a intensidade e simetria tanto de pulsos periféricos quanto centrais, considerando também diferenças entre membros.

**AUSCULTA:** Nessa etapa é esperada a presença de ritmo cardíaco regular em dois tempos com bulhas normofonéticas, sem sopros. Os principais achados anormais são: irregularidade de ritmo, bulhas hiper ou hipofonéticas, presença de B<sub>3</sub> e B<sub>4</sub>, e sopros sistólicos ou diastólicos.

## **AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA**

**INSPEÇÃO:** Avaliação das funções mentais (*e.g.*: atenção, memória), nível de consciência por intermédio da versão adaptada da Escala de Coma de Glasgow, reflexo pupilar, coordenação e marcha, presença ou não de movimentos involuntários.

**NERVOS CRANIANOS:** Avaliar a necessidade de testar cada um, de acordo com a apresentação clínica da criança.

**REFLEXOS:** Utiliza-se de manobras especiais com a finalidade de testar os mais importantes (*e.g.*: bicipital, patelar). No recém-nascido, sempre testar os reflexos próprios (*e.g.*: Moro, preensão palmo-plantar, sucção, marcha automática).

## **AValiação Locomotora**

**INSPEÇÃO:** Presença de alterações e prejuízos funcionais aos membros, bem como deformidades (*e.g.*: genu-varo, genu-valgo). Observar também lesões.

**PALPAÇÃO:** São utilizadas manobras para promover mobilização ativa e passiva de articulações, avaliar amplitude e limitações dos movimentos, crepitações, dor, estabilidade e força muscular. As principais são: i. Quadril: onde é executada a manobra de Ortolani, em suspeita de luxação de quadril e ii. Mãos e Pés: faz-se a correlação de achados da inspeção com a manipulação passiva para avaliar flexibilidade.

## **REGIÃO GENITAL E PERIANAL**

Apesar de frequente na rotina de crianças pequenas, em crianças maiores ou adolescentes a avaliação dessas regiões só deve ser realizada diante de sinais clínicos indicativos de patologias locais (*e.g.*: corrimento, doença anorificial). Alguns cirurgiões defendem que, em suspeita de intussuscepção, o exame retal pode ser útil ao permitir observar massa palpável e fezes com aspecto de geleia de groselha, sugestivo de hemorragia.

# **SIGILO MÉDICO NO ATENDIMENTO PEDIÁTRICO**

A consulta com os pacientes pediátricos partilha dos mesmos preceitos de qualquer atendimento médico. Nesse sentido, o Código de Ética Médica estabelece de acordo com a capacidade de compreensão das crianças e adolescentes o direito ao sigilo. Em seu art. 74 (Capítulo IX – Sigilo Profissional), consta: “É vedado ao médico: revelar sigilo profissional relacionado a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente”.

Existem situações, no entanto, que independentemente da idade do paciente o sigilo deverá ser quebrado. Os médicos precisam conhecer tais cenários. O sigilo não será mantido frente a qualquer tipo violência ou negligência contra o menor. Sendo obrigatória a denúncia do ocorrido aos órgãos competentes. Além disso, outras situações onde existam justa causa em pediatria são: drogadição, gravidez, doença grave, recusa ao tratamento ou demais situações que representem risco para o menor.

É válido salientar que o paciente precisa ser comunicado quanto a quebra do sigilo, nos casos onde a informação possa acarretar riscos para o menor ou terceiros, isso não deve ser realizado. O sigilo é uma peça importante da relação médico-paciente. Este deve ser preservado, exceto quando o menor estiver em situação de risco, onde a proteção do paciente impera sobre este crucial preceito da prática médica.

## REFERÊNCIAS

BURNS, D.A.R. *et al.* Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. 4. ed. Barueri: Manole, 2017. 2568 p

CAMPOS, D. *et al.* Tratado de pediatria. 3 ed. [s.l.] Barueri: Manole, 2014. 28-30 p Disponível em:<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520438626/cfi/5!/4/4@0.00:42.7>. Acesso em: 07 mai 2020.

CARMONA, F. Semiologia da Criança e do Adolescente. Departamento. de Puericultura e Pediatria. Ribeirão Preto – SP, 2014. 10 p

CARDURO, P.J. *et al.* Pediatria: Consulta Rápida. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2018. 1288 p

HAY, W. & MYRON, L. Current Pediatria: Diagnóstico e Tratamento. 22 ed. McGraw Hill Brasil: São Paulo, 2015. 1552 p

HOCKENBERRY, M.J.W. Manual Clínico de Enfermagem Pediátrica. 8. ed. Elsevier: Rio de Janeiro, 2013. 496 p

LISSAUER, T. & CLAYDEN, G. Manual Ilustrado de Pediatria. 3. ed. Elsevier: Rio de Janeiro, 2003. 488 p

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de atenção a saúde. Saúde da criança: Crescimento e desenvolvimento: caderno 33 da atenção básica. [s.l., s.n.], 2012. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_crescimento\\_desenvolvimento.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf). Acesso em: 07 mai. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de atenção a saúde. Saúde da criança: Aleitamento materno e alimentação complementar: caderno 23 da atenção básica. 2º ed. [s.l., s.n.], 2015. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_aleitamento\\_materno\\_cab23.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf). Acesso em: 07 mai. 2020.

PERNETTA, C. Semiologia pediátrica. 4. ed. Interamericana: Rio de Janeiro, 1980. 251-260 p

SANTANA, J.C.B. Saúde da Criança e do Adolescente. 1. ed. EDIPUCRS: Porto Alegre, 2011. 361p.

# 03

## CALENDÁRIO VACINAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE 2020

Vacina	Ao Nascer	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º-11º mês	12º mês	15º mês	18º mês	4-6 anos	10 anos	11-12 anos	13-15 anos	16 anos	17-19 anos
BCG ID	●															
Hepatite B	●	●		●		●						Adolescentes não vacinados deverão receber 3 doses				
Rotavírus		●		●												
DTP/DTPa		●		●		●			●		●					
dT/dTpa														●		
Hib		●		●		●			●							
VOP/VIP		●		●		●			●		●					
Pneumocócica conjugada		●		●		●		●								
Meningocócica conjugada C e ACWY			●		●			●			●		●		●	
Meningocócica B recombinante			●		●			●				Adolescentes não vacinados deverão receber duas doses				
Influenza						A partir dos 6 meses de idade										
SCR/Varicela/SCRV								●	Reforço entre 15 meses a 4 anos			Adolescentes não vacinados deverão receber duas doses de ambas as vacinas				
Hepatite A								●		●		Adolescentes não vacinados deverão receber duas doses				
HPV												Meninos e meninas a partir dos 9 anos de idade				
Febre Amarela							A partir dos 9 meses de idade e 1 reforço aos 4 anos					1 dose para não vacinados previamente				
Dengue												Crianças e adolescentes a partir dos 9 anos de idade com infecção prévia comprovada				

Fonte: Adaptado Sociedade Brasileira de Pediatria, 2020.

**1) BCG ID:** Confere proteção contra as formas graves de tuberculose meníngea e miliar e deve ser realizada no esquema de dose única, o mais precocemente possível em recém-nascidos com peso igual ou maior a 2000 g. Sua administração é intradérmica, na inserção inferior do músculo deltoide direito. A revacinação, caso a cicatriz do local de aplicação não seja percebida, não é mais recomendada. Há contraindicação ou adiamento em casos de recém-nascidos de mães que utilizaram imunossupressores durante a gravidez.

**2) Hepatite B:** Apresenta-se em vacina isolada e na composição da Pentavalente (DTP+Hib+HB). A primeira dose é indicada ao nascer da criança, preferencialmente nas primeiras 12 horas de vida, e pode ser aplicada até 30 dias após o nascimento. A segunda dose é indicada aos 2 meses, e a terceira aos 6 meses. Sua administração é intramuscular no vasto lateral da coxa. Os lactentes que utilizarem a vacina combinada Penta recebem ao total quatro doses da vacina contra Hepatite B. Em recém-nascidos, cujas mães são portadoras da Hepatite B (HbsAg positivas), deve ser aplicada a vacina para Hepatite B e a imunoglobulina específica para Hepatite B (HBIG) na dose de 0,5 mL. Adolescentes não vacinados devem receber as três doses.

**3) VIP/VOP:** Previnem contra Poliomielite. A VIP é a vacina inativada e protege contra os tipos 1, 2 e 3, e a VOP é atenuada e protege contra os tipos 1 e 3. As três primeiras doses são obrigatoriamente feitas com a VIP, aos 2, 4 e 6 meses. As doses de reforço são realizadas com a VIP ou VOP, preferencialmente com a VIP, aos 15 meses e 4 anos. A VIP é intramuscular e a VOP oral. O intervalo mínimo entre as doses da VIP é de 30 dias, mas o recomendado é de 60 dias.

**4) Rotavírus humano:** Previne diarreia por Rotavírus e é realizada em esquema de duas doses, aos 2 meses (limite de até 3 meses e 15 dias) e 4 meses (limite de 7 meses e 29 dias). Sua administração é oral e caso a criança vomite ou cuspa o conteúdo, deve-se considerar a dose válida. O intervalo mínimo entre as doses é de 30 dias, mas o recomendado é de 60 dias.

**5) Penta (DTP/Hib/HB):** Previne contra Difteria, Tétano, Coqueluche, *Haemophilus influenzae B* e Hepatite B. Aplicada em 3 doses, aos 2, 4 e 6 meses, com 2 reforços com a vacina DTP (tríplice bacteriana). De aplicação intramuscular no vasto lateral da coxa. Recomendado intervalo de 60 dias entre as doses.

**6) Pneumocócicas conjugadas:** Previne Contra Pneumonias, Meningites, Otites e Sinusites pelos sorotipos específicos dos quais a vacina é composta. São feitas 2 doses, aos 2 e 4 meses, com reforço aos 12 meses, que pode ser realizada até 4 anos e 11 meses. Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), a vacina conjugada 13-valente é mais indicada em detrimento da Pneumocócica 10-valente, pelo seu maior espectro de proteção, sendo realizada em três doses, aos 2, 4 e 6 meses com reforço entre 12 e 15 meses. Em crianças que possuem maior risco de desenvolver

doença pneumocócica invasiva, é recomendada a vacina polissacarídica 23-valente, a partir dos 2 anos. São de administração intramuscular no vasto lateral da coxa. Quando utilizada a Pneumocócica 10-valente, recomenda-se mínimo de 30 dias da primeira dose para a segunda e 60 dias da segunda dose para o reforço.

**7) Meningocócica C:** Previne contra Meningite meningocócica tipo C, feita no esquema de duas doses, aos 3 e 5 meses, com reforço aos 12 meses sendo de administração intramuscular no vasto lateral da coxa. Em adolescentes, deve-se aplicar uma dose entre 11 e 12 anos.

**8) Tríplice Viral (SCR)/Tetraviral (SCRV):** A Tríplice Viral previne contra Sarampo, Caxumba e Rubéola, e a Tetra previne contra as mesmas doenças com adição da Varicela. São realizadas em esquema de 2 doses, sendo a primeira com a SCR aos 12 meses e a segunda com a SCR, com intervalo mínimo de 30 dias. Em situações de risco como surtos ou contato íntimo, deve-se aplicar a vacina Varicela a partir de 9 meses. Em adolescentes deve-se iniciar ou completar o esquema de acordo com o histórico vacinal.

**9) Varicela:** Uma segunda dose da vacina varicela é indicada aos 4 anos de idade e pode ser aplicada até os 6 anos, 11 meses e 29 dias. É indicada para toda população indígena a partir dos 7 anos de idade.

**10) Febre Amarela:** Previne contra a Febre Amarela e é realizada com uma dose aos 9 meses e reforço aos 4 anos de idade. De administração subcutânea na região deltoideana. A vacina contra Febre Amarela e a Tríplice Viral devem ser evitadas de serem aplicadas no mesmo dia por possível interferência na resposta imune, sendo indicado intervalo mínimo de 30 dias entre as aplicações.

**11) Hepatite A:** O Programa Nacional de Imunizações (PNI) oferece dose única aos 15 meses de idade, entretanto a SBP recomenda a oferta de 2 doses a partir de 12 meses.

**12) DTP/DTPa:** Previne contra Difteria, Tétano e Coqueluche. São feitas 3 doses considerando as doses da Penta (DTP/Hib/BH) e são feitos 2 reforços com a DTP, aos 15 meses e 4 anos de idade. A DTPa (acelular) deve ser preconizada em relação a DTP (células inteiras) por ter eficácia similar e por ser menos reatogênica.

**13) dT/dTPa:** Previne contra Difteria e Tétano. São realizadas 3 doses, sendo consideradas as doses realizadas com a Penta e a DTP. A dT deve ser realizada a cada 10 anos, porém em casos de ferimentos mais graves pode ser feita a cada 5 anos. Adolescentes com esquema completo devem receber preferencialmente a DTPa aos 14 anos.

**14) HPV:** Previne contra o Papilomavírus Humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante). Esquema realizado em 2 doses, de 9 a 14 anos para as meninas, e de 11 a 14 anos para os meninos, sendo feito reforço 6 meses após a primeira dose. Aplicação intramuscular no músculo deltoide. Imunodeprimidos devem fazer o esquema de 3 doses, seja imunossupressão por doença ou tratamento. Também é disponibilizada para adultos entre 9 e 26 anos que convivem com HIV/Aids, pacientes oncológicos e transplantados.

**15) Influenza:** Dose anual para crianças de 6 meses a 6 anos, sendo a aplicação intramuscular no vasto lateral da coxa para menores de 2 anos e no músculo deltoide para maiores de 2 anos.

**16) Pneumocócica 23-valente:** Considerada para indígenas aos 5 anos de idade.

**17) Dengue:** A vacina apresenta-se no esquema de três doses (0, 6 e 12 meses) para pessoas entre 9 e 45 anos que já tiveram infecção prévia pelo vírus da Dengue.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Calendário de Vacinação da Criança 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/04/Calendario-Vacinacao-2020-Crianca.pdf>. Acesso em: 25 mai. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES. Calendário de Vacinação Criança 0-10 anos 2020/2021. Calendários de Vacinação. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-crianca.pdf>. Acesso em: 25 mai. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Calendário de Vacinação da SBP 2020. Documentos científicos. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/22268g-DocCient-Calendario\\_Vacinacao\\_2020.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22268g-DocCient-Calendario_Vacinacao_2020.pdf). Acesso em: 25 mai. 2020.

---

# 04

## ALIMENTAÇÃO NA PEDIATRIA

---

### ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL - UM DIREITO DE TODOS

A alimentação adequada é um direito humano fundamental garantido pela Constituição Brasileira, sendo uma obrigação do Estado respeitá-lo e promovê-lo. Logo, qualquer pessoa deve ter acesso permanente a alimentos em quantidade e qualidade suficiente, a fim de garantir nutrição e evitar a fome. A alimentação adequada deve atender às necessidades das pessoas, obedecendo as fases da vida, preferências e restrições (BRASIL, 2019).

Uma alimentação apropriada é essencial para garantir que a criança se desenvolva em todo o seu potencial, diminuindo doenças, como a obesidade, a qual tem crescido a cada ano no Brasil. Infelizmente, ainda existe uma grande desigualdade em nosso país, incluindo alimentar. Por isso, nem todas as crianças possuem uma alimentação adequada e saudável (BRASIL, 2019).

O Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 anos (BRASIL, 2019) segue alguns princípios: 1) a saúde da criança é prioridade absoluta e responsabilidade de todos; 2) o ambiente familiar é espaço para a promoção de saúde; 3) os primeiros anos de vida são importantes para a formação dos hábitos alimentares; 4) o acesso a alimentos e à informação de qualidade fortalece a autonomia das famílias; 5) a alimentação é uma prática social e cultural; 6) adotar uma alimentação adequada e saudável para a criança é uma forma de fortalecer sistemas alimentares sustentáveis; e 7) o estímulo à autonomia da criança contribui para o desenvolvimento de uma relação saudável com a alimentação.

Todos possuem o compromisso de zelar por uma boa alimentação da criança, sendo a família detentora de um papel essencial na manutenção de um ambiente seguro e propício para isso. Estabelecer hábitos saudáveis nos primeiros anos de vida é fundamental para criar um adulto com boas escolhas alimentares. Além disso, é necessário que as famílias tenham acesso a informações confiáveis sobre alimentação, assim como acesso aos alimentos, dando as ferramentas para que essa criança também tenha autonomia nas escolhas alimentares. As recomendações devem ser adaptadas ainda de acordo com as realidades regionais, culturais e éticas (BRASIL, 2019; BRASIL, 2018).



## ALEITAMENTO MATERNO

O leite materno é o primeiro alimento e o ideal para a criança, pois é capaz de atender todas as necessidades nos primeiros anos de vida. Ele é único, contém anticorpos e outras substâncias que protegem o bebê de infecções, sendo a amamentação essencial para o desenvolvimento adequado e para minimizar doenças nessa criança (SBP, 2018).

A amamentação (Figura 1) permite a percepção de estímulos que a ajudam a desenvolver-se, por exemplo, a troca de calor, cheiros, sons, toques e olhares, fundamentais no estabelecimento de laços afetivos. É um direito da mãe e da criança, e dever de toda a sociedade colaborar com a amamentação. Amamentar não gera gastos com preparo, tempo, água e gás, é econômico, faz bem à sociedade e ao planeta (SBP, 2018).

**Figura 1.** Aleitamento materno



**Fonte:** elaborado pelo autor, 2020.

A recomendação é de que a criança receba o leite materno já na primeira hora de vida, por 2 anos ou mais. Nos primeiros 6 meses, é recomendada a amamentação exclusiva, ou seja, apenas o consumo do leite materno, sem nenhum outro alimento ou líquidos, como água, chás, papinhas e mingau. O leite materno possui toda a água necessária para a hidratação de crianças de qualquer região, mesmo que regiões secas. Não existe leite fraco. Oferecer outros alimentos antes dos 6 meses pode ser prejudicial para o bebê, tendo em vista que pode aumentar o risco de doenças e prejudicar a absorção de nutrientes.

O leite materno evita doenças, tal qual diarreia, pneumonia e otite, e previne outras doenças, como asma, diabetes e obesidade. É responsável também pelo estímulo ao desenvolvimento físico e mental, favorecendo também a saúde bucal. Na mãe, os benefícios também são diversos e envolvem a diminuição do risco de desenvolver câncer de mama, ovário e de útero, e diabetes do tipo 2,

umentando ainda a saúde mental, autoestima, o tempo entre partos e o empoderamento da mulher. Não há um tempo máximo para mamar, sendo recomendado até dois anos de idade ou mais (BRASIL, 2019).

O leite dos primeiros dias chama-se colostro e possui mais proteínas e anticorpos para proteger o recém-nascido. A quantidade de leite que a mulher produz depende de quanto leite a criança consome ou quanto é retirado, uma vez que a maior parte do leite é produzida enquanto o bebê suga, não dependendo do tamanho das mamas. A cor não fala sobre a qualidade do leite materno, depende da dieta da mãe e da fase da mamada, mas ele sempre é de boa qualidade e capaz de atender às necessidades da criança (SBP, 2017).

A fim de evitar problemas na amamentação, deve-se cuidar para que a posição e a pega sejam adequadas: a mãe e o bebê devem ficar confortáveis, com o corpo da criança virado para a mãe e alinhado ao seu corpo e não podem haver obstáculos entre a parte da mama e a boca do bebê, o nariz da criança deve ficar bem na frente do mamilo, com a boca bem aberta, ocupando a maior área possível da aréola, a qual deve ser vista mais acima do que abaixo da boca do bebê, os lábios virados para fora e o queixo encostado na mama (BRASIL, 2018).

Mamar não deve doer; deve-se iniciar o mais precoce possível, de preferência na primeira hora de vida; é necessária atenção no período de apojadura, por volta do 3º ao 5º dia pós-parto, em que ocorre maior produção e saída de leite, em quantidade maior que a criança consome, sendo necessário a mãe retirar um pouco; deve-se dar tempo suficiente para o bebê sugar uma mama antes de passar para a outra; e amamentar sempre que a criança pedir. Ademais, é essencial que a mulher cuide de sua saúde física e mental, principalmente os aspectos ligados com alimentação, hidratação e descanso. Logo, é fundamental uma rede de apoio para amparar a criança e a mãe nesse processo (BRASIL 2019).

Utilizar fórmulas e outros alimentos antes de 6 meses, oferecer mamadeira e chupeta, fumar, usar medicamentos e ingerir bebida alcoólica durante a amamentação são fatores prejudiciais. Essas práticas podem aumentar o risco de doenças nas crianças, tais como asma, candidíase oral e problemas ortodônticos, afetando todo o seu desenvolvimento (BRASIL, 2018).

O aleitamento materno é contraindicado em mães portadoras do HIV, HTLV 1 e 2 ou em mães usuárias de alguns medicamentos, drogas e álcool regularmente. Não é recomendado que outra mulher que não seja a mãe amamente a criança, pelo alto risco de transmissão de doenças infectocontagiosas (BRASIL, 2019).

No caso de demora na descida do leite, pode-se estimular a mama com sucção frequente do bebê. Também é fundamental que a mulher se mantenha confiante, contando com o apoio profissional e da família. O profissional da saúde deve observar a mamada logo após o nascimento, a fim de identificar dificuldades na pega ou se possui “língua presa” (frênulo lingual curto). Se houver dificuldade inicial para sugar, pode ser feita a retirada do leite manualmente ou com uso de bomba e oferecer para o bebê em um copo ou na colher. É importante suspender

o uso de bicos de mamadeiras, silicone e chupetas, pois também podem causar essa dificuldade (BRASIL, 2019; BRASIL, 2018).

O bebê chora por muitas razões, como sono, calor, frio, cólicas, fome, entre outras. Com o tempo, a mãe passa a aprender a interpretar o que a criança está precisando no momento (BRASIL, 2019).

Dor e machucados nos mamilos podem estar relacionados à pega ou posicionamentos inadequados do bebê; ao mamilo invertido ou plano; à língua presa; ao uso inapropriado de bombas de extração de leite; à tração do mamilo para interromper a mamada; ao uso de bicos de silicone; ao uso de cremes e óleos que podem causar alergia; e até mesmo a frequente umidade dos mamilos, que pode causar infecções por fungo. Mulheres com mastite (inflamação da mama) devem procurar imediatamente um serviço de saúde (BRASIL, 2019).

Toda mulher que amamenta é uma possível doadora de leite. No Brasil, doar leite é uma atitude voluntária, bastando ser saudável e não tomar nenhum medicamento contraindicado na gravidez. Ela deve apenas entrar em contato com um posto de coleta ou banco de leite humano para ser orientada quanto a extração, armazenamento e transporte do leite materno a ser doado. A Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano disponibiliza na internet a lista dos postos de coleta e bancos de leite humano (BRASIL, 2019; SBP, 2018).

## **IMPLEMENTAÇÃO DE NOVOS ALIMENTOS NA ROTINA**

O desmame não pode ser forçado e deve ocorrer de forma natural após os 2 anos, evitando o desmame repentino. A criança precisa de suporte e atenção extras nesse processo (BRASIL, 2019).

Nos primeiros 2 anos de vida da criança, os hábitos de alimentação estão sendo formados, sendo merecida atenção da família para a escolha de alimentos saudáveis. Acima de 6 meses a criança pode comer a mesma comida do grupo familiar, podendo ser necessária a alteração da consistência. Sempre dar preferência a frutas em vez de doces, ensinando a criança a fazer boas escolhas alimentares desde cedo. É importante envolvê-la no processo de escolha e preparo das refeições, apresentando a maior variedade de alimentos saudáveis possíveis. Caso ela recuse um alimento por não gostar, é fundamental continuar oferecendo, sem forçar (SBP, 2018).

Os alimentos sofrem variadas formas de processamento, as quais são responsáveis por diferentes sabores, composições de nutrientes e presença de aditivos. Podem ser classificados, de acordo com o Guia Alimentar para a População Brasileira em: alimentos minimamente processados, ingredientes culinários processados, alimentos processados e alimentos ultraprocessados.

Os alimentos minimamente processados ou *in natura* (frutas, água, legumes e verduras) são os mais saudáveis, mas alguns não são recomendados para crianças, como café, chá verde, chá preto, entre outros. Ingredientes processados, tais quais os açúcares, melado, rapadura e mel não devem ser administrados para

crianças menos de 2 anos. Além disso, somente alguns alimentos processados (conserva de legumes, queijos e pães) podem ser oferecidos a crianças entre 6 meses e 2 anos, enquanto os alimentos ultraprocessados (refrigerantes, sorvetes, chocolates) não devem ser ofertados às crianças e devem ser evitados pelos adultos (BRASIL, 2014).

As papinhas industrializadas devem ser evitadas na alimentação da criança, pois a consistência não incentiva a mastigação; contêm diversos alimentos misturados, não estimulando a percepção dos diferentes sabores; não favorece o conhecimento dos temperos regionais e familiares; e as vitaminas e minerais dessas papinhas não são tão aproveitados como as dos alimentos *in natura* (BRASIL, 2014).

Os alimentos *in natura* podem ser agrupados em grandes grupos de acordo com os tipos e quantidades de nutrientes que possuem. Esses são os principais na culinária brasileira, de acordo com o Ministério da Saúde (2014):

### **1. Feijões (leguminosas)**

Grupo composto por todos os tipos de feijão, assim como ervilha, grão de bico, soja e lentilha. Boas fontes de proteínas, fibras, ferro, zinco e vitaminas do complexo B. Podem ser oferecidos para crianças acima de 6 meses.

### **2. Cereais**

Inclui arroz, aveia, milho, trigo, centeio e farinhas. Contêm, além de carboidratos, fibras, minerais e vitaminas, principalmente os integrais.

### **3. Raízes e tubérculos**

Composto pelas batatas, inhame e macaxeira. A composição nutricional é parecida com a dos cereais, contendo carboidratos, fibras, vitaminas e minerais.

### **4. Legumes e verduras**

Exemplos de legumes são: abóbora, berinjela, beterraba, cenoura, jiló, maxixe, pepino, pimentão, quiabo, tomate e vagem. Entre as verduras estão: acelga, alface, brócolis, cebola, couve, repolho e jambu. São alimentos ricos em vitaminas e minerais, como vitamina A (vegetais alaranjados e verde escuros) e ferro, além de fibras.

### **5. Frutas**

As frutas são ricas em fibras, vitaminas e minerais e incluem uma grande variedade de alimentos, como: abacate, abacaxi, banana, caju, cereja, goiaba, laranja, uva e muitos outros exemplos. Deve-se oferecer as frutas para as crianças sem adição de açúcar. Os sucos são menos recomendados do que comer a fruta, mesmo que amassadas ou raspadas, pois assim a criança exercita a mastigação e

obtém mais fibras e menos açúcares, que são normalmente adicionados. Logo, não é recomendado oferecer sucos antes de um ano.

## **6. Carnes e ovos**

Inclui carne bovina, suína, de aves, frutos do mar e ovos, além das partes internas desses animais. Possuem proteínas, gordura, ferro, zinco, vitamina B12 e vitamina A (fígado).

## **7. Leite e queijos**

O leite materno é o mais importante desse grupo para menores de 2 anos. Leite de outros animais, iogurtes naturais sem açúcar, queijos e coalhadas também fazem parte desse grupo. São fontes de proteínas, gordura, cálcio e vitamina A. Não é recomendado oferecer café com leite para crianças menores de 2 anos.

## **8. Amendoim e castanhas**

Composto por amêndoas, amendoim, castanha do Pará e do Brasil, e pistache. São ricos em minerais, vitaminas, fibras, gorduras e substâncias antioxidantes. Não se deve oferecer esses alimentos inteiros a crianças, pois podem causar engasgos por serem de consistência dura.

## **9. Condimentos naturais, especiarias, ervas frescas e secas**

Temperos naturais que acrescentam sabores à comida, como alecrim, canela, açafrão, cebolinha, cheiro-verde, coentro, cominho, cravo, orégano, pimentas e salsa.

## **10. Água**

A criança até 6 meses em amamentação exclusiva não necessita beber água, mas, a partir dessa idade, ela pode receber a água em copo nos intervalos das refeições. É importante oferecer a água, pois a criança não percebe que está com sede. Deve-se lembrar que a água precisa estar limpa, filtrada e tratada.

As crianças entre 6 meses e 2 anos possuem mais chance de desenvolver deficiência de ferro e vitamina A, podendo necessitar da suplementação desses nutrientes, os quais só podem ser prescritos por profissionais de saúde (BRASIL, 2019; SBP, 2018).

A alimentação deve ser um momento de experiências positivas, que envolvem afeto e aprendizado, sendo a casa o ambiente alimentar mais importante na vida da criança. Esse ambiente irá determinar suas escolhas alimentares futuras e como será o seu desenvolvimento e crescimento. Comer junto, elogiar a comida e conversar com a criança são bons estímulos para criar uma relação prazerosa, entretanto o foco deve ser na refeição. Atividades como brincar, ver televisão ou usar o celular são desaconselhadas, por causarem distrações e a criança pode se desinteressar pela comida. Além disso, aparelhos eletrônicos podem super expor os infantes a alimentos ultraprocessados e atraentes, os quais não devem ser

consumidos. Deve-se atentar para os sinais de fome e saciedade que a criança demonstra. Chantagens e pressão para comer são práticas a serem evitadas (BRASIL, 2019).

Mesmo com a implementação de novos alimentos na rotina do bebê acima de 6 meses, é fundamental continuar oferecendo o leite materno. Os alimentos deverão ser amassados com garfo logo no início, evoluindo para alimentos raspados, picados ou desfiados. Entretanto, não é necessário usar o liquidificador, *mixer* ou peneira, pois futuramente a criança tenderá a recusar alimentos mais sólidos, ter engasgos e ânsia de vômito. Lembrar de utilizar o sal nas quantidades mínimas necessárias (BRASIL, 2019; SBP, 2018).

No início, a quantidade de alimentos aceita pelas crianças é pequena e vai aumentando com o tempo. Acompanhar o peso e a altura nas curvas de crescimento é essencial, devendo ser registrado na caderneta da criança por profissionais de saúde (BRASIL, 2019).

O açúcar não deve ser oferecido a crianças menores de dois anos de idade em nenhum dos seus formatos: branco, mascavo, cristal, rapadura, melado, mel - que também não é recomendado, pois pode estar contaminado com uma bactéria associada ao botulismo -, xarope de milho, demerara e açúcar de coco. Além disso, alimentos que contenham açúcar não devem ser oferecidos, e adoçantes não são recomendados devido sua composição. O consumo de açúcar pode causar ganho de peso excessivo em crianças, aumenta a chance de desenvolvimento de obesidade e outras doenças, e dificulta a aceitação de alimentos saudáveis uma vez que as crianças estão acostumadas com o sabor açucarado (BRASIL, 2019).

Ao ser alimentada a criança deve estar sentada, reta e confortável e o responsável deve estar de frente para ela, o que, aumenta a capacidade de se relacionar com o cuidador, que deve sempre estimular a criança a interagir com a comida e a se alimentar sozinha. Ainda que os dentes da criança ainda não tenham nascido, aos seis meses de idade a gengiva já se encontra endurecida, o que é suficiente para promover a mastigação. É necessário lembrar que nem sempre a criança aceita um alimento na primeira vez que o prova e que o mesmo deve ser oferecido várias vezes, e até juntamente com outro que ela tenha aceitado melhor, para que ela tenha chance de conhecê-lo bem (BRASIL, 2019).

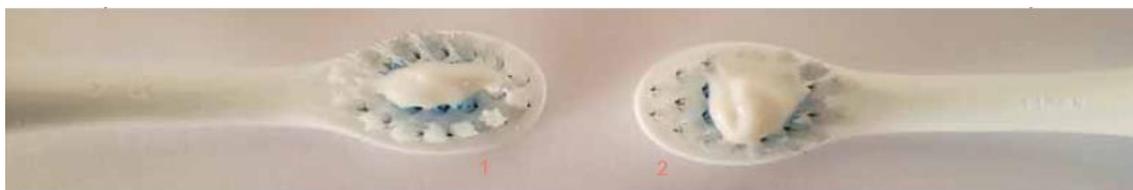
Com a introdução alimentar, as fezes da criança que antes eram amareladas e amolecidas se tornam mais parecidas com as de um adulto e é comum achar pedaços de feijões e legumes. Deve-se sempre lembrar de oferecer água porque ela contribui para o bom funcionamento do intestino, evitando prisão de ventre. A criança também deve sempre ser exposta ao sol para que haja a produção de vitamina D, como forma de complementar a alimentação (BRASIL, 2019).

É comum que crianças tenham cáries nos dentes de leite, mas medidas simples podem ser realizadas para evitá-las. Entre as medidas está a escovação dos dentes assim que eles começam a aparecer pelo menos duas vezes por dia e, principalmente, antes de dormir. Em crianças que não sabem cuspir, a quantidade de pasta de dentes utilizada na escovação deve ser do tamanho de um grão de arroz e, caso a criança consiga cuspir, a quantidade deve ser do tamanho de um grão de ervilha (Figura 5). Quando os dentes molares surgirem também deve ser utilizado o fio dental para retirar a placa bacteriana (BRASIL, 2019).

Para uma refeição balanceada no almoço e no jantar devem ser incluídos alimentos do grupo dos feijões, cereais ou raízes ou tubérculos, carnes ou ovos, legumes e verduras. Para complementar a refeição pode ainda ser oferecido um pedaço de fruta. É necessário que no decorrer da semana os alimentos dos grupos sejam variados (BRASIL, 2019).

No café da manhã, no lanche da manhã e no lanche da tarde o leite materno deve continuar sendo oferecido até os dois anos de idade ou mais, sempre que a criança quiser. Uma fruta pode ser oferecida nos lanches após os seis meses, e após o primeiro ano de idade pode ser oferecido, de forma alternada, representantes do grupo dos tubérculos, dos cereais e das raízes, não sendo recomendado a oferta de alimentos ultraprocessados (BRASIL, 2019).

**Figura 2.** Quantidade ideal de pasta na escova para cada criança.



**Legenda:** (1) Quantidade de pasta de dente equivalente a um grão de arroz, ideal para a criança que não saber cuspir. (2) Quantidade de pasta de dente equivalente a um grão de ervilha, adequada para a criança que sabe cuspir. **Fonte:** BRASIL, 2019.

Nessa idade os sinais de saciedade costumam incluir a perda do interesse na alimentação, fechar a boca e empurrar a mão do responsável que está alimentando. Os sinais de fome incluem choro e inclinação para frente quando de frente com a colher, além da abertura da boca (BRASIL, 2019).

Entre sete e oito meses de idade, o leite materno deve continuar sendo oferecido de acordo com a vontade da criança. Quatro refeições devem ser ofertadas ao longo do dia: almoço, jantar e o lanche da manhã e da tarde, ambos contendo fruta. Devem ser ofertados alimentos cada vez menos amassados de acordo com a aceitação da criança e a quantidade aceita costuma ser de três a quatro colheres de sopa no total. Nessa faixa etária os sinais de saciedade incluem comer mais devagar e ficar com a comida na boca sem engolir e os sinais de fome incluem apontar para o alimento e pegar a comida. Nessa idade devem ser oferecidos alimentos um pouco maiores para que a criança pegue com as próprias mãos e tente comer sozinha e deve ser oferecida uma colher para que ela tente manuseá-la (BRASIL, 2019).

Entre nove e onze meses de idade a criança deve ser ainda mais encorajada a pegar os alimentos com as mãos e deve ser ensinada a cortar os alimentos com os dentes da frente para melhorar o desenvolvimento da mandíbula. Os sinais de fome incluem ficar feliz quando vê o alimento, apontar e pegar no alimento, já os de saciedade são comer mais devagar, fechar a boca e empurrar o alimento (BRASIL, 2019).

Após os nove meses os tipos de refeições continuam os mesmos: almoço, jantar e os dois lanches com frutas e o leite materno ainda deve ser ofertado

quando for de desejo da criança. A quantidade aceita costuma ser de quatro a cinco colheres de sopa no total (BRASIL, 2019).

A partir de um ano de idade a criança já consegue pedir o alimento de sua preferência, controla melhor a colher e segura o copo com as duas mãos. No segundo ano de vida a criança costuma resistir a experimentar novos alimentos e pode até rejeitar aqueles que gostava. Isso, aliado ao fato de que após o primeiro ano a criança ganha menos peso do que ganhou até o primeiro ano de vida, pode passar aos pais a sensação de que a criança não está se alimentando bem, o que leva a família a ter atitudes inadequadas para fazer a criança comer mais, incluindo chantagens, oferecer alimentos preferidos mesmo que eles não sejam saudáveis e alimentar a criança com distrações ao redor, como uma televisão ligada (BRASIL, 2019).

Entre um e dois anos de idade os sinais de saciedade incluem balançar a cabeça, dizer que não quer e brincar com o alimento, além de jogá-lo para longe. Os sinais de fome incluem levar a pessoa que o alimenta até o local que os alimentos estão, apontar os alimentos e combinar gestos e palavras para dizer o que quer. Nessa faixa etária, além do leite materno de acordo com a vontade da criança, devem ser oferecidos o café da manhã, o lanche da manhã, o almoço, o lanche da tarde e o jantar (BRASIL, 2019).

No lanche da tarde, às vezes a fruta pode ser substituída por um alimento do grupo dos tubérculos ou do grupo de cereais. Derivados do leite podem ser utilizados em receitas feitas em casa a partir dos seis meses de idade. Os alimentos devem ser oferecidos em pedaços maiores e na mesma consistência que a família come. É necessário lembrar que a oferta de suco de frutas naturais é desaconselhada, e que o consumo de fruta *in natura* deve sempre ser estimulado para estimular a mastigação e melhorar o consumo de fibras. Caso o suco seja oferecido, é ideal que ele seja dado após os dois anos de idade, por volta de 120 mL ao dia (BRASIL, 2019).

Envolver a criança na escolha da alimentação da família e no preparo dos alimentos a estimula a se alimentar melhor. Em casos em que a criança esteja negando um alimento é necessário que a família continue oferecendo no prato e que a família consuma esse alimento de forma a mostrar para criança que esse alimento é bom e necessário, especialmente em caso de legumes e vegetais. Também é interessante preparar o alimento rejeitado de outras maneiras e com outros temperos naturais, além de apresentá-lo no prato de forma diferente, o que pode ajudar na sua aceitação (BRASIL, 2019).

## **ALIMENTAÇÃO DE CRIANÇAS NÃO AMAMENTADAS EXCLUSIVAMENTE**

Em crianças menores de seis meses de idade que não estão sendo amamentadas exclusivamente, a orientação depende da idade da criança. Caso a criança possua menos de quatro meses de vida e o responsável possua pouco leite materno armazenado para alimentação da criança, ou não tenha como alimentá-la

com leite materno, deve-se utilizar fórmula infantil ou leite de vaca diluído que não pode ser oferecido sem ser modificado (BRASIL, 2019).

Caso a criança possua entre quatro e seis meses de vida e o responsável possua pouco leite materno armazenado para alimentação da criança, ou caso não possua, devem ser oferecidos outros alimentos, como fórmulas infantis e outros tipos de leite. Ainda dependendo do desenvolvimento da criança em questão e dependendo da avaliação de um profissional, pode ser oferecido à criança frutas no lanche e a introdução de almoço e jantar. Caso seja necessário alimentar com outro tipo de leite, mamadeiras devem ser evitadas, e a alimentação deve ser feita em copos, xícaras e colheres (BRASIL, 2019).

A oferta de água não deve existir quando a criança se alimenta exclusivamente de leite materno ou de fórmulas infantis. Somente deve ser oferecido água quando a criança ingerir outros alimentos que não esses dois citados acima, e sempre no intervalo entre as refeições (BRASIL, 2019).

Quando a criança não é amamentada a primeira alternativa deve ser oferecer a fórmula infantil, haja vista que ela é o produto mais adequado ao organismo devido às modificações para torná-lo mais próximo do leite materno do que o leite de vaca integral, que não oferece todos os nutrientes que o bebê precisa. Em casos no qual não seja possível a utilização de fórmula infantil, seja por questões financeiras ou por falta de disponibilidade, o profissional de saúde deve orientar a diluição do leite de vaca integral para crianças até os quatro meses de idade. Após essa idade não é mais necessário a diluição. É necessário chamar atenção aqui para a existência dos compostos lácteos, que não são indicados para crianças abaixo de dois anos pela enorme quantidade de açúcar e aditivos em sua composição (BRASIL, 2019).

Para o preparo de fórmula infantil, diluição de leite de vaca integral e preparo de leite em pó, deve ser utilizada água fervida e filtrada e deve-se sempre seguir as orientações dadas pelo profissional de saúde, ou seguir as instruções dadas pelo fabricante no caso da preparação de leite em pó (BRASIL, 2019).

Em crianças que recebem exclusivamente a fórmula infantil, a introdução alimentar deve começar a partir dos seis meses de vida. Aos nove meses, a fórmula pode ser substituída por leite integral de vaca, ambos sempre oferecidos de acordo com a vontade da criança. As demais orientações sobre introdução alimentar continuam as mesmas já citadas neste manual (BRASIL, 2019).

Em crianças que recebem exclusivamente leite de vaca modificado por diluição, a introdução alimentar deve começar a partir dos quatro meses de idade para suprir possíveis déficits nutricionais que a criança possa vir apresentar. É a partir dessa idade que o leite diluído deve ser substituído por leite de vaca integral, ou leite de vaca em pó devidamente preparado. Caso o profissional de saúde que acompanha a criança oriente a introdução alimentar, a mesma deve começar com a oferta de frutas amassadas de manhã e à tarde, e almoço ou jantar, além de água nos intervalos das alimentações (BRASIL, 2019).

No entanto, caso não tenha possibilidade de a criança ser avaliada por profissional de saúde, alguns sinais podem ser indicativos de que a criança já está apta para receber alimentos sólidos e semissólidos: posição sentada com cabeça

firme, coordenação entre os olhos, engolir e mastigar sem engasgar (BRASIL, 2019).

Aos cinco meses, crianças não amamentadas devem receber frutas de manhã e à tarde, e almoço e jantar, assim como água nos intervalos. O leite deve ser oferecido de acordo com a vontade da criança, porém não deve ultrapassar 500 mL por dia (BRASIL, 2019).

Quando a criança está doente a rotina de alimentação muda, pois frequentemente ela sente falta de apetite. Para manter a criança sempre hidratada e bem alimentada é preciso que os alimentos sejam oferecidos em menores quantidades e mais vezes ao dia, sendo flexível com os horários da rotina normal, além de variar bem os alimentos oferecidos incluindo os preferidos pela criança, mas nunca deixando de oferecer uma refeição saudável (BRASIL, 2019).

O Guia alimentar para as crianças brasileiras menores de 2 anos inclui a criação de doze passos para alimentação saudável, uma forma de resumir o conteúdo do guia didaticamente.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Criança: Passaporte da Cidadania. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 12 ed., 2018. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta\\_saude\\_crianca\\_menino\\_12ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menino_12ed.pdf)>. Acesso em: 25 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Alimentar para a População Brasileira. 2 ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_alimentar\\_populacao\\_brasileira\\_2ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf)>. Acesso em: 25 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 Anos. Brasília: 2019. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia\\_da\\_crianca\\_2019.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf)>. Acesso em: 25 mai. 2020.

DELBONI, C. 5 Maiores Dificuldades das Mães e Como Resolvê-las. Disponível em: <<https://revistacrescer.globo.com/Bebes/Amamentacao/noticia/2017/08/amamentacao-5-maiores-dificuldades-das-maes-e-como-resolve-las.html>>. Acesso em: 25 mai. 2020.

FAGUNDES, M. Amamentação com mamilos invertidos já é uma realidade. Disponível em: <<https://www.inlaser.me/2019/03/28/amamentacao-com-mamilos-invertidos-ja-e-uma-realidade/>>. Acesso em: 25 mai. 2020.

FIOCRUZ. Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano. Aleitamento Materno. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=384>>. Acesso em: 25 mai. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento de Nutrologia. Manual de Alimentação: da infância à adolescência. São Paulo: SBP, 4 ed., 2018. 176 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Tratado de Pediatria. Barueri- SP: Manole, 4 ed., 2017. 2568 p

---

# 05

## CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

---

Os marcos do desenvolvimento infantil são tidos como referências para avaliação da aquisição de habilidades pela criança, sejam elas quantitativas ou qualitativas, em diferentes áreas, a citar: motora, cognitiva, sensorial, psicossocial e linguagem. Apesar de um marco estar relacionado a uma idade, cada criança tem seu próprio tempo de desenvolvimento, pois este é um fenômeno complexo influenciado por fatores genéticos, biológicos, ambientais e sociais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017).

Os primeiros anos de vida são uma janela de oportunidades para a criança, uma vez que há grande plasticidade do sistema nervoso, sendo um período oportuno para intervenções. Do mesmo modo, este também é um período de vulnerabilidade e adversidades ocorridas do período perinatal até os três anos de vida podem acarretar graves prejuízos no desenvolvimento neuropsicomotor (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017).



As mudanças no comportamento podem ser:

QUANTITATIVA	QUALITATIVA
Mudança no número ou quantidade. <i>E.g.</i> : Crescimento em altura, peso, número de palavras/sons, frequência de comunicação ou interação social.	Mudança no tipo, na estrutura ou na organização.

Fonte: Adaptado de PAPALIA *et al.*, 2006.

\*Observação: o mais importante é avaliar como ocorre a progressão do desenvolvimento e não o momento exato em que um comportamento ocorre (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017).

O comportamento é dividido em quatro áreas:

MOTOR	Locomoção, prensão e postura. Compreende a habilidade motora grossa (grandes grupos musculares envolvidos na marcha, transferência de posição, sentar) e fina (desenhar, brincar e manipulação de objetos com as mãos, comer).
COGNITIVO	Aprender elementos de uma situação; utilizar a experiência presente e passada na adaptação de novas situações. Resolver problemas através da percepção, raciocínio verbal e não verbal.
LINGUAGEM	Formas de comunicação e compreensão por gestos ou sons. Habilidades de articulação, linguagem receptiva e expressiva; uso de símbolos não verbais.
SOCIOPESSOAL	Reações individuais a outras pessoas e culturas. Interações da criança; respostas na presença do outro. Habilidade de autocuidado em atividades da vida diária, como a alimentação, vestimenta e higiene pessoal.

Fonte: Adaptado de MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020.

O desenvolvimento infantil é a soma da influência de vários fatores que, quando interagem, implicam em comportamento esperado para aquela idade cronológica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

A Caderneta de Saúde da Criança do Ministério da Saúde disponibiliza uma sistematização para a vigilância do desenvolvimento infantil até os três anos de idade e com base na presença ou ausência de alguns fatores de risco e de alterações fenotípicas, orientando para tomada de decisão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017).

## MARCOS DO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR

O crescimento e desenvolvimento físico seguem os princípios de maturação cefalocaudal e próximo-distal. Primeiro ocorre o desenvolvimento da cabeça, seguida do tronco, membros superiores e posteriormente, os inferiores. As extremidades, mãos e pés, representados pela função motora fina, são os últimos a se aperfeiçoarem (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017).

**DESENVOLVIMENTO MOTOR:** refere-se à postura, tônus muscular, movimentos voluntários e involuntários, conforme especificado nos quadros abaixo:

REFLEXOS PRIMITIVOS	Necessidades instintivas, de sobrevivência e proteção.
REFLEXOS POSTURAIIS	Mudanças de posição e equilíbrio.
REFLEXOS LOCOMOTORES	Não se sabe ao certo se esses reflexos preparam o caminho para posteriores movimentos voluntários que lhe são equivalentes, como nadar e andar.

**Fonte:** Adaptado de MINISTÉRIO DA SAÚDE - Infográfico Marcos do Desenvolvimento da Criança, 2020.

## REFLEXOS NA CRIANÇA

REFLEXO	ESTIMULAÇÃO	COMPORTAMENTO	IDADE TÍPICA DE APARECIMENTO/ DESAPARECIMENTO
MORO	Bebê em decúbito dorsal. Estendem-se os membros superiores do bebê, soltando-os.	Bebê estica os membros superiores e posteriormente faz movimento leve de abraço. Também é comum chorar.	Nascimento/6 meses
SUCÇÃO	Tocar a bochecha ou lábio inferior do bebê. Também presente quando a mãe toca com o mamilo no lábio do bebê.	Vira a cabeça, abre a boca e inicia os movimentos de sucção.	Nascimento/6 meses
PREENSÃO PALMAR	Leve aperto na palma da mão do bebê, logo abaixo dos dedos.	Fecha o punho com força.	Nascimento/6 meses
PREENSÃO PLANTAR	Leve aperto na palma do pé do bebê, no nível das metatarsofalangianas	Flexão de todos os dedos.	Nascimento/11 meses
TÔNICO CERVICAL ASSIMÉTRICO (RCTA)	Deitar o bebê de costas e vire apenas a cabeça dele para o lado.	Assume a posição de esgrimista, com braços e pernas estendidos para o mesmo lado da face e flexão dos membros do lado oposto (occipital).	Nascimento/3 meses
MARCHA	Segurar o bebê por baixo dos braços, com pés nus tocando uma superfície plana.	Faz movimentos semelhantes aos de caminhar.	1 mês/4 meses
BABINSKI OU CUTANEO-PLANTAR	Estimular a borda do pé (região inframaleolar).	Hálux em extensão e os demais dedos em leque	Nascimento/13 meses
NATATÓRIO	Bebê é colocado na água com o rosto voltado para baixo.	Faz movimentos natatórios coordenados.	1 mês/4 meses

Fonte: Adaptado de MINISTÉRIO DA SAÚDE - Infográfico Marcos do Desenvolvimento da Criança, 2020.

## DESENVOLVIMENTO INFANTIL DE 0 A 3 MESES

<b>MOTOR - EM SUPINO</b>	Flexão simétrica dos 4 membros
	RTCA
	Movimentação espontânea dos 4 membros
<b>MOTOR – EM PRONO</b>	Flexão dos 4 membros e quadril elevado
	Eleva a cabeça com lateralização
<b>MOTOR – QUANDO PUXADO PARA SENTAR</b>	A cabeça pende para trás
<b>MOTOR - QUANDO SENTADO</b>	Flexão da cabeça
	Flexão do tronco
<b>MOTOR – DE PÉ</b>	Reflexo de apoio plantar
	Reflexo de colocação
	Reflexo de marcha
<b>MOTOR FINO</b>	Preensão palmar reflexa
<b>VISÃO</b>	Brusca oclusão com luz forte
	Fixa objetos de alto contraste e vira-se para a luz
<b>AUDIÇÃO</b>	Reage a estímulos sonoros com: diminuição da atividade espontânea, enrugamento da testa, reação de susto
<b>LINGUAGEM</b>	Choro alto com fome e emissão de sons laríngeos
<b>REFLEXOS E AÇÕES</b>	Reflexos orais: sucção, deglutição, vômito, mordida, reflexo de busca
	Reflexo cervical de retificação
	Reação de retificação labiríntica
	RTL – Reflexo Tônico Labiríntico
	RTCA – Reflexo Tônico Cervical Assimétrico
	Reflexo de moro com os quatro membros
	Reflexo de Galant (encurvamento lateral do tronco)
	Reflexo de preensão palmar e plantar
Reflexos plantares: cutâneo-plantar, de defesa e de extensão cruzada.	

**Fonte:** Adaptado de MINISTÉRIO DA SAÚDE - Infográfico Marcos do Desenvolvimento da Criança, 2020.

## DESENVOLVIMENTO INFANTIL DE 4 A 6 MESES

<b>MOTOR - EM SUPINO</b>	Diminuição gradativa da flexão dos membros
	Assimetria mais frequente devido ao RTCA
	Movimento de pedalagem
<b>MOTOR – EM PRONO</b>	Extensão progressiva da região cervical em direção ao quadril
	Quadril menos elevado
	Mantém a cabeça mais elevada (reação de retificação labiríntica)
	Braços situados lateralmente e apoio instável sobre os antebraços
<b>MOTOR – QUANDO PUXADO PARA SENTAR</b>	A cabeça pende cada vez menos para trás, chegando a acompanhar o tronco.
<b>MOTOR – QUANDO SENTADO</b>	Apoiado, inicia retificação da cabeça
	Tronco encurvado
<b>MOTOR – DE PÉ</b>	Reflexos em diminuição progressiva até o desaparecimento
<b>MOTOR FINO</b>	Preensão reflexa e pelo tato
	Leva a mão à boca (quebra do padrão imposto pelo RTCA)
<b>VISÃO</b>	Fixa e segue a face de outras pessoas e objetos em supino
	Coordenação oculocefálica
<b>AUDIÇÃO</b>	Mantém as reações anteriores e pode virar a cabeça para a fonte sonora
	Coordenação audiocefálica
<b>LINGUAGEM</b>	Choro diferenciado
	Vocalizações
	Sorrisos
<b>REFLEXOS E AÇÕES</b>	Reflexos orais em modificação
	Reação de retificação labiríntica
	RTCA – Reflexo Tônico Cervical Assimétrico
	Reflexo de moro em diminuição
	Reflexo de Galant em diminuição
	Reflexo de preensão plantar

**Fonte:** Adaptado de MINISTÉRIO DA SAÚDE - Infográfico Marcos do Desenvolvimento da Criança, 2020.

## DESENVOLVIMENTO INFANTIL DE 7 A 9 MESES

<b>MOTOR – EM SUPINO</b>	Simetria da cabeça e dos membros
	Eleva as pernas e alcança os pés
	Rola “dissociando” ombros e quadris (usando o reflexo corporal de retificação)
<b>MOTOR – EM PRONO</b>	Quadril mais estendido
	Mantém a cabeça muito mais elevada
	Evolução do apoio nos antebraços para as mãos
<b>MOTOR – QUANDO PUXADO PARA SENTAR</b>	Elevação cada vez mais ativa da cabeça
<b>MOTOR – QUANDO SENTADO</b>	Controle da cabeça estável
	Aumenta a base e pernas em flexão
	Apoio nas mãos à frente; cifose a nível lombar
<b>MOTOR – DE PÉ</b>	No início do período: não se apoia nos MMII móveis com boa transferência de peso. No final do período: início do apoio nos MMII
<b>MOTOR FINO</b>	Leva objetos à boca; junção das mãos na linha média.
	Sacode o objeto sonoro e bate em objetos suspensos
	Coordenação óculo-manual
	Pega objetos com uso de supinação
<b>VISÃO</b>	Acompanha objetos em supino e prono
	Coordenação oculocefálica (COC)
<b>AUDIÇÃO</b>	Localiza fonte sonora lateralmente
	Coordenação audiovisocefálica (CAVC)
<b>LINGUAGEM</b>	Vocalizações
	Combinação e repetição de sons
	Risos e gargalhadas
<b>AÇÕES</b>	RTCS – Reflexo Tônico Cervical Simétrico
	Reflexo corporal de retificação
	Reação de Landau
	Reflexo de paraquedas

**Fonte:** Adaptado de MINISTÉRIO DA SAÚDE - Infográfico Marcos do Desenvolvimento da Criança, 2020.

## DESENVOLVIMENTO INFANTIL DE 10 A 12 MESES

<b>MOTOR – EM SUPINO</b>	Leva objetos à boca
	Junção das mãos na linha média
	Sacode o objeto sonoro e bate em objetos suspensos
<b>MOTOR – EM PRONO</b>	Arrasta-se
	Gira em torno de si
	Fica de gatas e faz balanceio
<b>MOTOR – QUANDO SENTADO</b>	Engatinha, evoluindo do padrão simétrico para o assimétrico.
	Tronco inteiramente retificado, braços livres para alcançar e segurar objetos.
	Apoio lateral
	Rotação dentro do próprio eixo
	Pernas em extensão
<b>MOTOR – EM PÉ</b>	Passa para prono ou gatas
	Apoiado pelas axilas, sustenta o peso do corpo sobre as pernas, saltita (jogo corporal)
	Mantém-se de pé, segurando na grade do berço.
<b>MOTOR FINO</b>	Preensão palmar com movimento de varredura
	Transfere um objeto de uma mão para outra
	Manipulação bimanual – bate um objeto no outro
	Solta objetos voluntariamente
<b>VISÃO</b>	Acompanha objetos em supino, prono e sentado
	Campo visual de 180°
<b>AUDIÇÃO</b>	Localiza a fonte sonora acima e abaixo do nível do ouvido
<b>LINGUAGEM</b>	Balucio - autolimitação
	8 meses – fonemas linguodentais (tatata, dada, nenê)
	9 meses – sílabas labiais (mama, papa)
	Vocalizações
<b>REFLEXOS E AÇÕES</b>	Sorrisos
	Mantém as reações anteriores
	RTCS – em diminuição até desaparecimento
	Reação de extensão protetora dos braços: - Para frente – 6 meses - Para os lados – 8 meses
	Reação de equilíbrio: em supino, em prono e sentado.

**Fonte:** Adaptado de MINISTÉRIO DA SAÚDE - Infográfico Marcos do Desenvolvimento da Criança, 2020.

## DESENVOLVIMENTO INFANTIL DE 12 A 15 MESES

<b>MOTOR – EM PRONO</b>	Engatinha rapidamente com padrão cruzado
	Pode passar para sentado, se joelhos a de pé
	Postura plantígrada (como um urso)
<b>MOTOR – EM PÉ</b>	Inicialmente: puxa-se para ficar de pé
	Posteriormente: fica de pé apoiando-se em objeto/pessoa, passando pela posição semi-ajoelhada.
	Marcha lateral: anda segurando nos móveis com boa transferência de peso
	Fica de pé sem apoio por instantes
	Marcha livre com instabilidade e base alargada
<b>MOTOR – QUANDO PUXADO PARA SENTAR</b>	Puxa-se ativamente
<b>MOTOR – QUANDO SENTADO</b>	Bom equilíbrio de tronco
	Inicialmente: senta a partir de gatas com facilidade.
	Posteriormente: senta a partir de supino
	Senta em um banquinho com os pés apoiados no chão
<b>MOTOR FINO</b>	Pinça: fina com oposição de polegar
	Exploração maior de objetos
	Empina cubos
	Bate palmas
	Dá tchau
	Brinca
<b>VISÃO</b>	Acompanha objetos em qualquer postura
<b>AUDIÇÃO</b>	Localiza a fonte sonora em qualquer direção
<b>LINGUAGEM</b>	Linguagem simbólica: dá significados aos sons (papa, mama)
	Usa sons onomatopeicos
	Fala de uma a três palavras
	Vocalizações
	Sorrisos
<b>REFLEXOS E AÇÕES</b>	Reação de extensão protetora dos braços: - Para trás – 11 meses
	Reação de equilíbrio: -Em supino -Em prono - Sentado - Gatas

**Fonte:** Adaptado de MINISTÉRIO DA SAÚDE - Infográfico Marcos do Desenvolvimento da Criança, 2020.

## DESENVOLVIMENTO DA FUNÇÃO MANUAL

<b>1º mês</b>	Mãos comumente fechadas; presença do reflexo de preensão palmar/aperta firmemente o dedo que lhe é oferecido.
<b>2º mês</b>	Abre e fecha as mãos espontaneamente.
<b>3º mês</b>	Descoberta das mãos/leva as mãos à boca, podem ocorrer as primeiras tentativas de alcance dos objetos. Transição entre a preensão reflexa e voluntária/agarra o lençol e puxa-o para si.
<b>4º mês</b>	Preensão voluntária, tipo Cúbito Palmar (envolvimento principalmente da região ulnar da palma da mão, sem oponência do polegar). Pega objetos e leva-os à boca.
<b>5º mês</b>	Preensão cúbito palmar
<b>6º mês</b>	Preensão palmar simples ou de aperto. Amplia exploração dos objetos: bate, balança, puxa (com mais intencionalidade), transfere objetos de uma mão para outra.
<b>7º mês</b>	Preensão rádio-palmar, permite a pinça inferior ou em chave. Derruba os objetos voluntariamente. Segura pequenos objetos na palma da mão, os dedos em forquilha. Consegue segurar um objeto em cada mão.
<b>8º mês</b>	Pinça inferior, inicia o soltar.
<b>9º mês</b>	Começa a aprender a dar o objeto quando solicitado. Preensão radio-digital ou em pinça superior; segura pequenos objetos entre o polegar e dígito de outros dedos.
<b>10º mês</b>	Dissocia movimento do indicador (dedo tateador). Retira e coloca objetos de um recipiente, inicia uso do copo.
<b>11º mês</b>	Preensão digital.
<b>12º mês</b>	Realiza pinça fina (preensão entre o dígito do polegar e indicador), solta os objetos quando solicitado, realiza encaixes amplos, lança a bola em uma direção.
<b>12-24 meses</b>	Segura copo, inicia o uso da colher e empilha objetos.
<b>24-36 meses</b>	Consegue carregar um copo cheio de água sem derramá-lo. Copia linhas e círculos, arremessa bolas. Preensão trípole: segura o lápis entre o polegar e o indicador, apoiando-o sobre o dedo médio.

Fonte: Adaptado de MINISTÉRIO DA SAÚDE - Infográfico Marcos do Desenvolvimento da Criança, 2020.

## DESENVOLVIMENTO SENSORIAL

### DESENVOLVIMENTO AUDITIVO

<b>0 – 4 meses</b>	Deve reagir a sons altos, acalma-se à voz da mãe, interromper atividades momentaneamente durante a apresentação de som em níveis de conversação.
<b>5 – 6 meses</b>	Deve localizar corretamente o som apresentado em um plano horizontal, iniciar a imitar sons em repertório próprio da fala ou pelo menos vocalizar reciprocamente com um adulto.
<b>7 – 12 meses</b>	Deve localizar corretamente o som apresentado e responder ao nome, mesmo quando falado baixo.
<b>13 – 15 meses</b>	Deve apontar em direção a um som inesperado, ou objetos familiares, ou pessoas quando solicitado.
<b>16 – 18 meses</b>	Deve seguir instruções simples, sem gestos ou indicações visuais; pode ser treinado para alcançar um brinquedo interessante, quando um som é apresentado.
<b>19 – 24 meses</b>	Deve apontar para partes do corpo quando solicitado; com cerca de 21 meses podem ser treinados para realizar audiometria condicionada.

Fonte: Adaptado de MINISTÉRIO DA SAÚDE - Infográfico Marcos do Desenvolvimento da Criança, 2020.

## DESENVOLVIMENTO VISUAL

<b>30 a 34 semanas de idade gestacional</b>	Reação pupilar à luz, fechar as pálpebras diante de luz intensa; reflexo de fixação.
<b>Ao nascimento</b>	Busca da fonte luminosa, fixação visual presente, mas breve, tentativas de seguir objeto em trajetória horizontal.
<b>1 mês</b>	Contato visual e fixação visual por alguns segundos, seguimento visual em trajetória horizontal em arco de 60 graus, preferência por objetos de alto contraste e figuras geométricas simples.
<b>2 meses</b>	Fixação estável e muito bem desenvolvida, inicia coordenação binocular, seguimento visual em trajetória vertical, interesse por objetos novos e com padrões mais complexos, inicia sorriso social.
<b>3 meses</b>	Desenvolve acomodação e convergência, inicia observação das mãos e faz tentativas de alcance para o objeto visualizado. Até o 3 mês, a esfera visual é de 20 a 30 centímetros.
<b>4 meses</b>	Pode levar a mão em direção ao objeto visualizado e agarrá-lo.
<b>5 a 6 meses</b>	Fixa além da linha média, aumento da esfera visual, capaz de dissociar os movimentos dos olhos dos movimentos da cabeça, acuidade visual bem desenvolvida, reconhece familiar, amplia o campo visual para 180 graus, movimentos de busca visual são rápidos e precisos. Pode apresentar desvio ocular, mas se for persistente é necessária avaliação oftalmológica.
<b>7 a 10 meses</b>	Interessa-se por objetos menores e detalhes, interessa-se por figuras, esfera visual bastante ampliada, busca e reconhece objetos parcialmente escondidos.
<b>11 a 12 meses</b>	Orienta-se visualmente no ambiente familiar, reconhece figuras, explora detalhes, comunicação visual é efetiva.
<b>12 a 24 meses</b>	Atenção visual; aponta para o objeto desejado mesmo que distante; muda o foco da visão de objetos próximos para distantes com precisão, identifica em si, no outro ou em bonecos as partes do corpo; reconhece o próprio rosto no espelho; reconhece lugares; rabisca espontaneamente.
<b>24 a 36 meses</b>	Tenta copiar círculos e retas, constrói uma torre com três ou quatro cubos. Percepção de profundidade está quase completa.

Fonte: Adaptado de MINISTÉRIO DA SAÚDE - Infográfico Marcos do Desenvolvimento da Criança, 2020.

## RESUMO DOS MARCOS DO DESENVOLVIMENTO

<b>2 meses</b>	Observa um rosto
	Segue objetos ultrapassando a linha média
	Reage ao som
	Vocaliza (emite sons diferentes do choro)
	Eleva a cabeça e os ombros na cama na posição prona.
Sorri	
<b>4 meses</b>	Observa sua própria mão
	Grita
	Segue com o olhar até 180°
	Senta com apoio, sustenta a cabeça
Agarra um brinquedo colocado em sua mão	
<b>6 meses</b>	Tenta alcançar um brinquedo
	Procura objetos fora do alcance
	Volta-se para o som
	Rola no leito
Inicia uma interação	
<b>9 meses</b>	Transmite objetos de uma mão para a outra
	Pinça polegar-dedo
	Balbuca
	Senta sem apoio
	Estranhamento (prefere pessoas de seu convívio)
Brinca de esconde-achou	
<b>12 meses</b>	Bate palmas, acena
	Combina sílabas
	Fica em pé
	Pinça completa (polpa a polpa)
Segura o copo ou a mamadeira	
<b>15 meses</b>	Primeiras palavras
	Primeiros passos
	É ativa e curiosa
<b>18 meses</b>	Anda
	Rabisca
	Obedece a ordens
	Nomeia objetos
<b>24 meses</b>	Sobe escadas
	Corre
	Formula frases simples
	Retira uma vestimenta
Tenta impor sua vontade	

Fonte: Adaptado de SBP, 2017.

## ATRASO NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Termo usado para identificar uma condição clínica em que a criança apresenta uma demora em adquirir um comportamento/habilidade, de acordo com a faixa etária correspondente a cada marco, em alguma área do desenvolvimento. Sempre que houver suspeita de atraso, a criança deve ser avaliada em cada área especificamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

<b>ATRASO MOTOR</b>	Atraso significativo nas habilidades motoras sem o comprometimento em outras categorias do desenvolvimento.
<b>ATRASO NA LINGUAGEM</b>	Qualquer atraso significativo na linguagem ou na habilidade de comunicação sem comprometimento em outras áreas do desenvolvimento é classificado como uma desordem do desenvolvimento da linguagem, disfasia ou deficiência específica da linguagem.
<b>ATRASO COGNITIVO</b>	Compreende a dificuldade quanto a habilidade de aprender e entender, mas também de reter essa informação e aplicá-la quando necessário.
<b>ATRASO PSICIOSSOCIAL</b>	Comportamento atípico pela quantidade, severidade, natureza e resposta nestas tarefas.

**Fonte:** Adaptado de MINISTÉRIO DA SAÚDE - Infográfico Marcos do Desenvolvimento da Criança, 2020.

## CRESCIMENTO

Avaliar o crescimento da criança é uma atividade indispensável na prática pediátrica. O acompanhamento do peso, da altura (comprimento) e do perímetro craniano (este nos 3 primeiros anos de vida) pode orientar o pediatra sobre as condições de saúde de seu paciente. O Ministério da Saúde (MS) e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) recomendam o acompanhamento do crescimento da criança como rotina na prática clínica.

A avaliação do crescimento da criança tem três aspectos fundamentais:

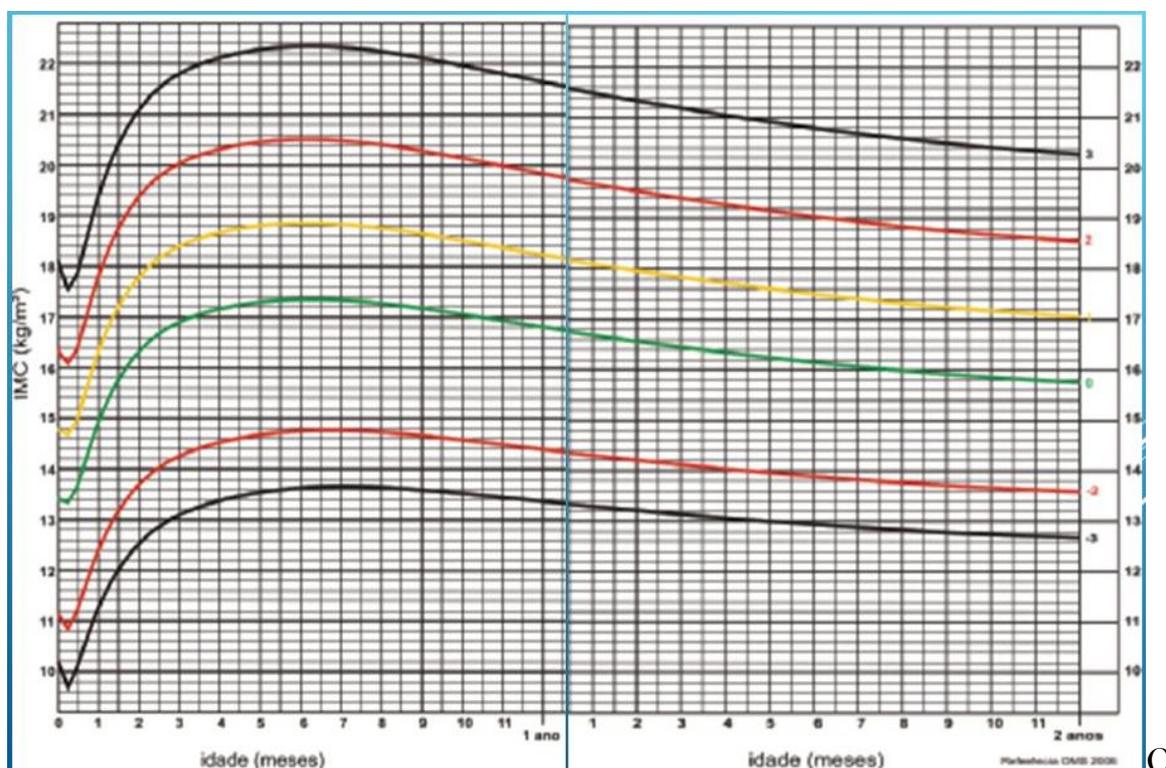
- (1) Detectar de forma antecipada o que afeta o crescimento da criança para intervir e promover a recuperação;
- (2) Identificar os padrões e oscilações da normalidade;
- (3) Identificar problemas que não podem ser curados, mas podem ser minimizados, promovendo maior bem estar para família e o paciente.

## CURVAS DE CRESCIMENTO

Este é o instrumento que foi criado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e é utilizado pelo médico pediatra para avaliar o crescimento da criança, sendo realizado de modo comparativo entre as datas das aferições das medidas antropométricas.

As medidas de altura, peso, índice de massa corporal (IMC), perímetro cefálico e perímetro torácico são os pilares da avaliação nutricional e antropométrica da criança. Essas medidas são úteis apenas se o clínico puder interpretá-las corretamente convertendo valores absolutos em padrões relativos para a população de referência apropriada.

**Figura 3. Curva de Crescimento do IMC por idade.**



Fonte: WHO Child Growth Standards. 2006 (<http://www.who.int/childgrowth/em/>)

MS do Brasil adotou as curvas da OMS, e são elas que fazem parte da caderneta de saúde de cada criança. São apresentadas curvas do nascimento até 2 anos, dos 3 aos 5 e dos 5 aos 20, para comprimento/altura, e índice de massa corporal (IMC), e para o peso até os 10 anos, para os sexos masculino e feminino.

Além disso, gráficos padronizados de IMC para bebês de até os cinco anos de idade foram criados. As linhas de referência nos gráficos de crescimento da OMS são linhas de percentis ou escores Z; Escores Z são unidades de desvio padrão (DP) da média da população.

Nesses gráficos, o intervalo normal é geralmente definido como entre -2 DP e +2 DP (ou seja, escores Z entre -2,0 e +2,0), o que corresponde aproximadamente aos percentis 2 e 98.

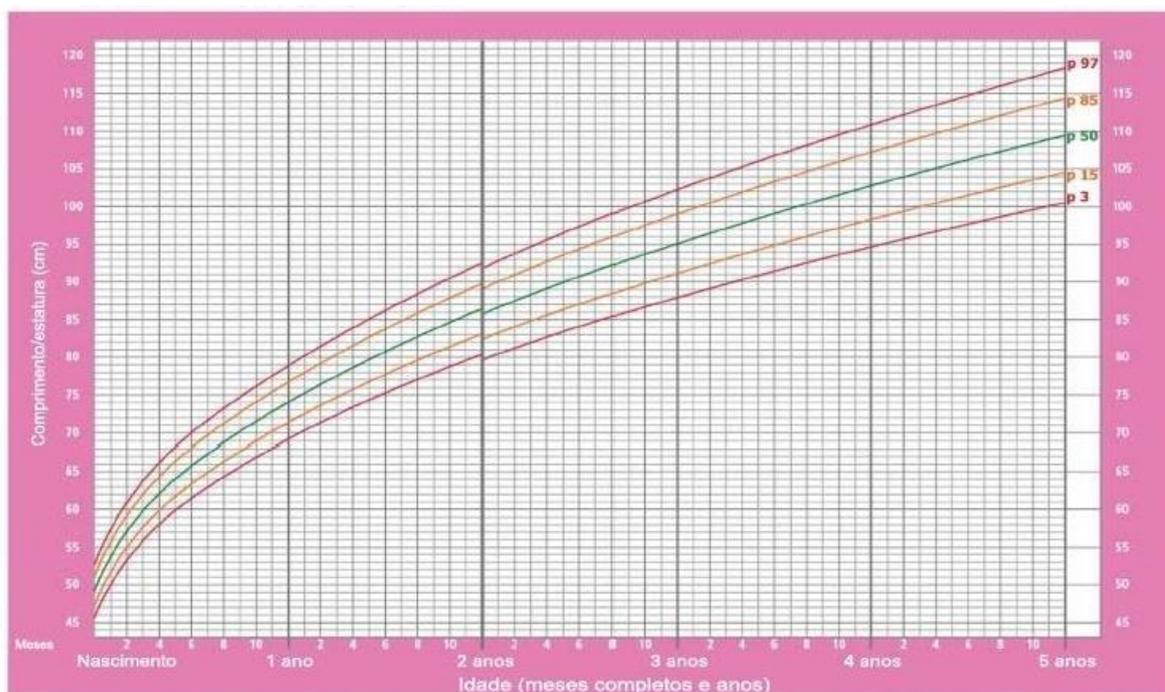
Bebês de 0 a 2 anos - Nesses gráficos da OMS, o intervalo normal é geralmente definido entre -2 DP e +2 DP (ou seja, escores Z entre -2,0 e +2,0), o que corresponde aproximadamente aos percentis 2 e 98.

Crianças e adolescentes de 2 a 20 anos - nesses gráficos de crescimento do CDC / NCHS, o intervalo normal é geralmente definido entre os percentis 5 e 95, embora também sejam usadas categorias adicionais (por exemplo, definindo uma categoria de "Excesso de peso" entre os 85 e Percentil 95).

## COMPRIMENTO/ALTURA

As medidas de comprimento ou altura exigem uma superfície firme, plana, horizontal ou vertical com superfícies perpendiculares em cada extremidade. O comprimento é medido em crianças menores de dois anos, que são medidas em posição deitada. A estatura é medida em crianças com mais de dois anos que são medidas em pé. O comprimento e a estatura devem ser medidos no valor mais próximo de 0,1 cm. Idealmente, a medição deve ser realizada três vezes para melhorar a precisão, e a média deve ser plotada em um gráfico de crescimento padronizado. As medições de comprimento e altura são suscetíveis à variabilidade devido a erro do operador.

**Figura 4. Curva de crescimento comprimento/estatura por idade (meninas).**

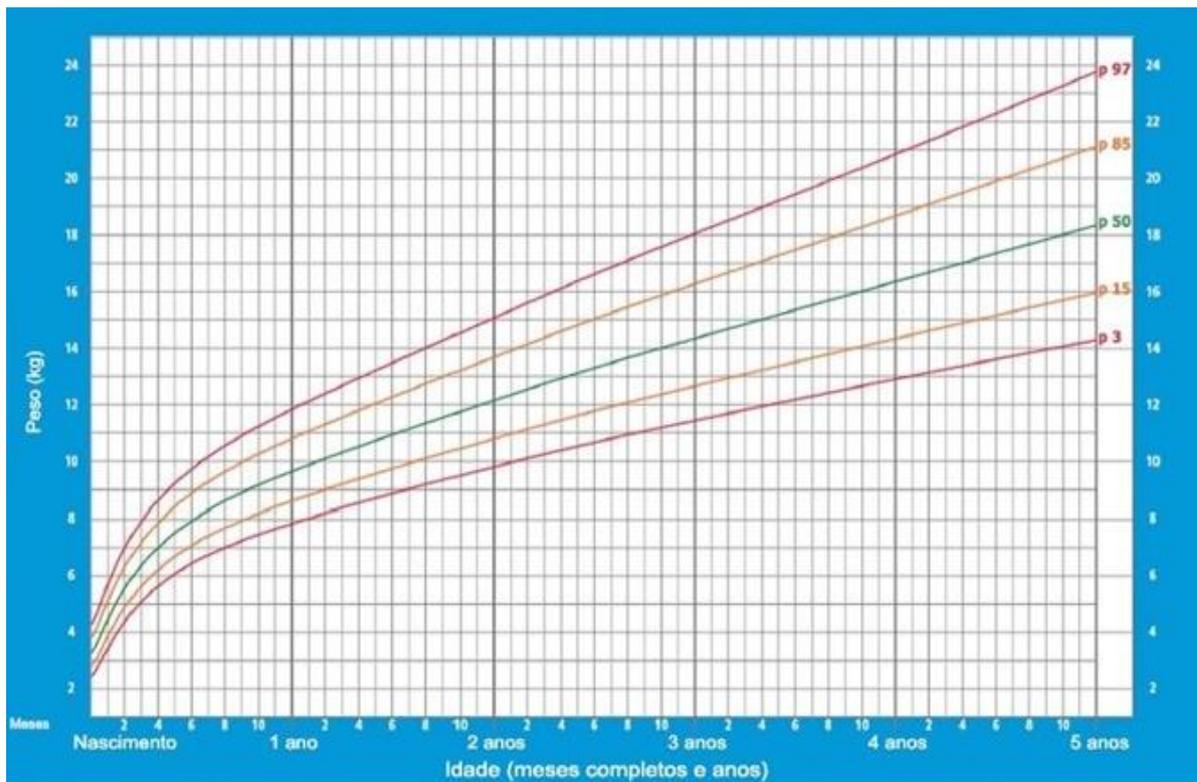


Fonte: WHO Child Growth Standards. 2006 (<http://www.who.int/childgrowth/em/>)

## PESO

As medições de peso devem ser obtidas em uma balança calibrada corretamente. O bebê deve ser pesado sem fraldas e com o valor mais próximo de 0,01 kg. A criança mais velha deve ser medida sem sapatos, com pouca ou nenhuma roupa exterior e com o mais próximo de 0,1 kg. A medição deve ser registrada em um gráfico de crescimento padronizado.

**Figura 5. Curva de crescimento peso por idade (meninos)**



**Fonte:** WHO Child Growth Standards. 2006 (<http://www.who.int/childgrowth/em/>)

## REFERENCIAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderneta de Saúde da Criança Menino. 10 ed., 2015. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta\\_saude\\_crianca\\_menino\\_10ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menino_10ed.pdf). Acesso em: 15 de maio de 2020

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderneta de Saúde da Criança Menina. 10 ed., 2015. Disponível em: [http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2017/09/caderneta\\_saude\\_crianca\\_menina\\_10ed.pdf](http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2017/09/caderneta_saude_crianca_menina_10ed.pdf). Acesso em: 15 de maio de 2020

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Coordenação-Geral de Ações Estratégicas, Inovação e Avaliação da Educação em Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Coordenação - Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência. Universidade Aberta do SUS da Universidade Federal do Maranhão - UNA-SUS/UFMA. E-book: Saúde da pessoa com deficiência na infância – Desenvolvimento Infantil. 2020. Disponível em curso de saúde da pessoa com deficiência na infância: <https://saiteava.org/course/view.php?id=4&page=introduction>. Acesso em: 20 de maio de 2020

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Universidade Aberta do SUS da Universidade Federal do Maranhão - UNA-SUS/UFMA. Infográfico: Marcos do Desenvolvimento. 2020. Disponível em: <https://saiteava.org/course/view.php?id=4&page=introduction>. Acesso em: 21 de maio de 2020

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA - SBP. Tratado de pediatria. 4º ed., v.1, seção 2, capítulo 3, p. 59-62. SP, Manole, 2017. 2568 p.

---

# 06

## ANAMNESE DO ADOLESCENTE

---

Segundo a OMS, a adolescência compreende entre 10 a 20 anos incompletos. É um momento com várias transformações físicas e emocionais, com o surgimento da puberdade. A SBP divide a consulta com o adolescente em três importantes momentos: consulta com o paciente e o responsável; consulta apenas com o paciente; e o retorno do médico (a) com informações para o paciente e o responsável (1). O acompanhamento com o adolescente deve estar aliado à atenção primária à saúde (APS), com o auxílio da Caderneta de Saúde do Adolescente.



## O PRIMEIRO MOMENTO

No primeiro momento devem ser abordados: motivos da consulta, histórico da situação atual, interrogatório sintomatológico, história pessoal pregressa, história familiar e informações complementares. Os motivos da consulta não necessariamente são referentes às patologias, mas podem ser queixas em relação ao desenvolvimento do adolescente. A história da situação atual, conta com agravos e doenças. No caso de haver doenças, devem ser registrados o tempo de doença presente, forma de evolução (abrupta ou lenta), caracterização dos sintomas (focais ou sistêmicos), exames e tratamentos realizados. O interrogatório sintomatológico precisa identificar a ausência ou presença, especificada, de cada sistema (aspectos gerais, pele, olhos, ouvidos, nariz, boca e orofaringe, sistema respiratório, cardiovascular, digestório, geniturinário, musculoesquelético e nervoso).

A história pessoal pregressa registra a história da gestação (intercorrências, exames realizados no pré-natal e número de consultas do pré-natal), história do parto (tipo de parto, local e tempo de duração), nascimento (classificação do RN como termo, pré-termo, a termo ou pós-termo; intercorrências do nascimento; exames e tratamentos realizados), patologias pregressas (todas as patologias anteriores, internações, alergias, transfusões e cirurgias), alimentação (horário das refeições, quantidade e qualidade dos nutrientes, hábitos de guloseimas), desenvolvimento (saber se há alguma alteração nas perguntas orientadas pela Ficha de Acompanhamento de Desenvolvimento do MS) e estado vacinal (verificar a regularidade das vacinas). A história familiar pesquisa sobre doenças congênitas, hereditárias e comorbidades existentes na família (LIMA et al, 2008).

As informações complementares tentam abordar os questionários que não foram integralmente abordados durante a consulta. Assim, pesquisa-se sobre as condições de habitação (quantidade de compartimentos, pessoas na residência e tipo de construção, se de madeira, alvenaria etc.), qualidade do sono, rendimento escolar, relações interpessoais (se há amizades), lazer, exercício físico e religião (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2019).

## O SEGUNDO MOMENTO

É considerado talvez o momento mais importante uma vez que o adolescente poderá contar e tirar dúvidas de uma forma mais aberta. Nesse sentido, pergunta-se ao paciente as seguintes informações: percepção corporal e autoestima, relacionamento familiar, lazer, locais os quais frequenta, crenças e espiritualidade, situações de risco e vulnerabilidade, contato com drogas lícitas e ilícitas, comportamentos sexuais, gênero e orientação sexual, saúde sexual (uso de contraceptivos, gestações não planejadas e infecções sexualmente transmissíveis) e uso de aparelhos eletrônicos (tempo de exposição e uso).

## **TERCEIRO MOMENTO**

Caso haja alguma doença ou agravo, devem ser repassadas as terapêuticas e condutas necessárias. Caso haja algum conflito com o adolescente e a família, ou outro qualquer, será necessário mais uma etapa com uma conversa a sós com os responsáveis.

## REFERÊNCIAS

1 – Departamento Científico da Adolescência. Consulta do adolescente: abordagem clínica, orientações éticas e legais como instrumentos ao pediatra. Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019.

2 – Lima, E.J.F. *et al.* Pediatria Ambulatorial. Instituto Materno Infantil Professor Fernando Nogueira. Editora Científica, 2008.

1 – Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacao\\_basica\\_saude\\_adolescente.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacao_basica_saude_adolescente.pdf)>. Acesso em: 15/06/2020.

2 – CHIPKEVITCH, E. Avaliação clínica da maturação sexual na adolescência. *Jornal de Pediatria*, v. 77, S135, 2001.

---

# 07

## EXAME FÍSICO DO ADOLESCENTE

---

O exame físico exige acomodações que permitam privacidade e ambiente em que o adolescente se sinta mais à vontade. É recomendado estar na presença do responsável ou de outro profissional de saúde da equipe.



É importante esclarecer ao adolescente, antes do exame, tudo o que vai ser realizado. O uso adequado de lençóis e camisolas torna o exame mais fácil. É incluído no roteiro (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2019):

- (a) Análise dos aspectos gerais: aparência física, humor, hidratação da pele, respiração e coloração da pele;
- (b) Percepção do emocional do adolescente: ansiedade, tristeza, euforia, orientação mental, física e/ou espacial;
- (c) Avaliação do peso e altura, IMC/altura, altura/idade segundo a OMS, com acompanhamento da Caderneta de Saúde do Adolescente;
- (d) Realizar o exame abdominal;
- (e) Realizar o exame do aparelho respiratório;
- (f) Realizar o exame do aparelho cardiovascular;
- (g) Avaliar o Estadiamento Puberal (critérios de Tanner) feminino e masculino;
- (h) Cuidado à acuidade visual e auditiva;
- (i) Avaliação de possíveis sinais de violência e maus-tratos.

## **ESTADIAMENTO PUBERAL**

Na adolescência, com as diversas mudanças que ocorrem no organismo, o médico precisa de um meio para avaliar qual é a fase de mudanças da puberdade que está ocorrendo naquele paciente, uma vez que as fases de transformação não correspondem à idade de forma igualitária em todos os jovens. Desse modo, há o estadiamento da puberdade para contemplar o serviço da pediatria com os adolescentes, pois de acordo com as fases em que estão, o médico poderá propor diferentes condutas.

O estadiamento da maturação para meninas é feito pela avaliação das mamas (em tamanho, forma e característica) e dos pelos pubianos (quantidade e distribuição), nos meninos é a partir das genitálias (em tamanho forma e característica) e dos pelos pubianos (quantidade e distribuição). O estadiamento divide-se em 5. O primeiro e o último correspondem, respectivamente, à infância (impúbere) e à vida adulta (pós-puberal). Então, os estágios de maturação sexual ou critérios de Tanner correspondem ao segundo, terceiro e quarto estágios. Para as meninas, classificam-se as mamas em “M” e os pelos pubianos em “P”, os meninos em “G” para as genitálias e em “P” para os pelos pubianos (LIMA et al, 2008).

**Tabela 1.** Características dos estágios de maturação da mama (sexo feminino)

Estágios	Características das mamas
M1	Mama infantil, com elevação da papila.
M2	Formação do broto mamário: aumento da glândula mamária, com elevação da aréola e papila, formando uma saliência. Aumenta o diâmetro da aréola, e modifica-se sua textura.
M3	Aumento continuado da mama e da aréola, mas sem separação de seus contornos.
M4	Aumento continuado da mama e da aréola, sendo que esta agora forma uma segunda saliência acima do contorno da mama.
M5	Mama adulta. O contorno areolar incorpora-se ao contorno da mama.

Fonte: CHIPKEVITCH, 2001.

**Tabela 2.** Características dos estágios de maturação das genitálias (sexo masculino)

Estágios	Características das genitálias
G1	Genitália com características infantis.
G2	Aumento maior que 4 ml dos testículos. Pele escrotal inicia a mudança de textura e torna-se avermelhada. Aumento mínimo ou ausente do pênis.
G3	Crescimento peniano sobretudo em comprimento. Aumento maior dos testículos e escroto.
G4	Crescimento peniano agora em comprimento e diâmetro, desenvolvendo a glândula. Aumento maior dos testículos e escroto, onde há maior pigmentação da pele.
G5	Genitália com características adultas.

Fonte: CHIPKEVITCH, 2001.

**Tabela 3.** Características dos estágios de maturação dos pelos pubianos (ambos os sexos)

<b>Estágios</b>	<b>Características dos pelos pubianos</b>
P1	Inexistência de pelos pubianos, podendo haver poucos na parede abdominal.
P2	Surgimento de pelos longos e finos, levemente pigmentados, lisos ou pouco encaracolados, principalmente na base do pênis (ou ao longo dos grandes lábios
P3	Maior quantidade de pelos, agora mais grossos, escuros e encaracolados, espalhando-se esparsamente pela sínfise púbica.
P4	Pelos do tipo adulto, cobrindo mais densamente a região púbica, mas ainda sem atingir a face interna das coxas.
P5	Pilosidade pubiana igual à do adulto, em quantidade e distribuição, invadindo a face interna das coxas.

**Fonte:** CHIPKEVITCH, 2001.

## REFERÊNCIAS

1 – Departamento Científico da Adolescência. Consulta do adolescente: abordagem clínica, orientações éticas e legais como instrumentos ao pediatra. Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019.

2 – Lima, E.J.F. *et al.* Pediatria Ambulatorial. Instituto Materno Infantil Professor Fernando Nogueira. Editora Científica, 2008.

1 – Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacao\\_basica\\_saude\\_adolescente.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacao_basica_saude_adolescente.pdf)>. Acesso em: 15/06/2020.

2 – CHIPKEVITCH, E. Avaliação clínica da maturação sexual na adolescência. *Jornal de Pediatria*, v. 77, S135, 2001.

## ÍNDICE REMISSIVO

### CAP. 1 – ANAMNESE PEDIÁTRICA

Acompanhamento  
Acompanhante  
Adolescente  
Agitação  
Álcool  
Aleitamento  
Alimento  
Altura  
Anamnese  
Ansiedade  
Apgar  
Arritmia  
Artralgia  
Bradicardia  
Bucal  
Cabeça  
Cãibras  
Cesárea  
Choro  
Cirurgias  
Comportamental  
Consulta  
Convulsões  
Coriza  
Crescimento  
Criança  
Culturais  
Curvas  
Depressão  
Desenvolvimento  
Desmaio  
Diálogo  
Diarreia  
Dispneia  
Disúria  
Doenças  
Dor  
Drogas  
Edema  
Emocional

Entrevista  
Entubado  
Epistaxe  
Escolaridade  
Escolas  
Evacuação  
Exclusivo  
Familiar  
Familiares  
Febre  
Fezes  
Fórceps  
Frutas  
Gânglios  
Gestação  
Habitação  
Hábitos  
Hematúria  
Higiene  
História  
Idade  
Índice de massa corpórea  
Informação  
Internações  
Interrogatório  
Intestinal  
Irritabilidade  
Leite  
Lesões  
Locomotor  
Mama  
Massas  
Medicação  
Médico  
Medidas  
Menarca  
Mialgia  
Micção  
Movimentação  
Nascimento  
Nervoso  
Neurológicos  
Nutrição  
Obstipação

Odinofagia  
Olhos  
Otalgia  
Otorreia  
Ouvidos  
Parto  
Pele  
Peso  
Polaciúria  
Poliúria  
Pré natal  
Prontuário  
Pubarca  
Refeições  
Rinorreia  
Rubéola  
Sarampo  
Secreções  
Sexarca  
Sífilis  
Sigilo  
Sinal  
Sintoma  
Socioeconômicas  
Sono  
Sorologias  
Suco  
Suplementação  
Taquicardia  
Tela  
Telarca  
Tosse  
Toxoplasmose  
Transfusões  
Tratamento  
Tremores  
Tuberculose  
Urina  
Vacinação  
Vermes  
Vômito  
Zumbidos

### CAP. 2 – EXAME FÍSICO PEDIÁTRICO

Abdome  
Amplitude  
Antropométricas  
Atitude  
Ausculta

Avaliação  
Avaliação  
Bulhas  
Cabeça  
Cardiopatias

Cardiovascular  
Cranianos  
Deformidades  
Denúncia  
Descrição

Desnutrição  
Discernimento  
Ética  
Frequência  
Glasgow  
Infantil  
Inspeção  
Intensidade  
Intussuscepção  
Lesões  
Locomotor  
Médica  
Mentais  
Nariz  
Nervos  
Neurológico

Olhos  
Orelhas  
Orofaringe  
Paciente  
Padrão  
Palpação  
Percentis  
Percussão  
PESCOÇO  
Posições  
Preceito  
Pressão  
Proteção  
Psicologia  
Pulmonar  
Pulso

Qualidade  
Reflexos  
Risco  
Rotina  
Satisfação  
Semiotécnica  
Sequência  
Sigilo  
Simetria  
Sinais  
Síndromes  
Temperatura  
Tiragens  
Violência

### **CAP. 3 - CALENDÁRIO VACINAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE 2020**

Caxumba  
Coqueluche  
Dengue  
Difteria  
Febre Amarela  
Hepatite B  
HIV/Aids  
Influenza  
Intradérmica

Intramuscular  
Meningite meningocócica  
Meningites  
Otites  
Papilomavírus humano  
Pentavalente  
Pneumonias  
Poliomielite  
Rotavírus

Rubéola  
Sarampo  
Sinusite  
Tétano  
Tuberculose meníngea  
Vacina  
Varicela

### **CAP. 4 - ALIMENTAÇÃO NA PEDIATRIA**

Açúcar  
Aleitamento materno  
Alimentação adequada  
Alimentos in natura  
Alimentos processados  
Amamentação  
Amamentação exclusiva  
Amendoim  
Anticorpos  
Apojadura  
Banco de leite humano  
Café  
Cáries  
Carnes  
Castanhas  
Cereais  
Choro  
Chupeta  
Colostro

Condimentos naturais  
Dentes  
Desmame  
Diluição do leite de vaca  
Doar leite  
Doenças  
Feijões  
Fibras  
Fio dental  
Fórmula infantil  
Frutas  
Gordura  
Guia alimentar  
Hábitos saudáveis  
Legumes  
Leguminosas  
Leite materno  
Leites  
Mamada  
Mamadeira

Mamas  
Mamilo  
Mastigação  
Mastite  
Minerais  
Mingau  
Nutrição  
Nutrientes  
Obesidade  
Ovos  
Papinhas  
Pega  
Placa bacteriana  
Queijos  
Raízes  
Saciedade  
Sucos  
Tubérculos  
Verduras  
Vitaminas

## **CAP. 5 - CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO**

Alimentação,	Genéticos	Plasticidade
Altura	Habilidade	Posição
Ambientais	Habilidade motora grossa e fina	Postura
Antropométrica	Habilidades de articulação	Preensão
Atraso	Habilidades motoras	Preensão plantar
Atraso cognitivo	Hálux	Próximo-distal
Atraso motor	Higiene pessoal	Psicossocial
Atraso na linguagem	Idade	Reação de landau
Atraso no desenvolvimento infantil	Idade cronológica.	Reação de retificação
Atraso psicossocial	Índice de massa corporal (imc)	Reação de retificação Labiríntica
Audição	Labiríntica	Reflexo
Audiocefálica	Labiríntico	Reflexo cervical
Audiovisocéfálica	Linguagem	Reflexo corporal de retificação
Avaliação nutricional	Locomoção	Reflexo de galant
Babinski	Mãos	Reflexo de moro
Biológicos	Marcha	Reflexo de paraquedas
Cabeça	Marco	Reflexo de preensão
Cefalocaudal	Marcos do desenvolvimento infantil	Reflexo tônico cervical assimétrico
Cervical	Membros superiores	Reflexo tônico cervical simétrico
Cognitiva	Moro	Reflexos locomotores
Comprimento	Motor	Reflexos orais
Comprimento/altura	Motor fino	Reflexos plantares
Crescimento	Motora	Reflexos posturais
Criança	Movimentos voluntários	Reflexos primitivos
Cutâneo-plantar	Natatório	Sensorial
Decúbito dorsal	Oclusão	Sistema nervoso,
Deficiência	Oculocefálica	Sociais
Desenvolvimento	Oculocefálica	Sucção
Desenvolvimento auditivo	Pediatra	Tônico cervical assimétrico
Desenvolvimento infantil	Pediátrica	Tônus muscular
Desenvolvimento motor	Perímetro cefálico	Tronco
Desenvolvimento neuropsicomotor.	Perímetro craniano	Vestimenta
Desenvolvimento sensorial	Perímetro torácico	Vida
Desenvolvimento visual	Período perinatal	Visão
Disfasia	Pés	
Equilíbrio	Peso	
Flexão	Pinça fina	
Função motora fina,		

## **CAP. 6 e 7 - ANAMNESE E EXAME FÍSICO DO ADOLESCENTE**

Abdominal	Drogas	Infecções
Adolescência	Espiritualidade	Lazer
Adulta	Euforia	Mamas
Alimentação	Exercício	Maturação
Ansiedade	Gênero	Maus tratos
Autoestima	Genitálias	Nascimento
Cardiovascular	Gestação	Orientação
Comportamentos	Habitação	Parto
Contraceptivos	Hidratação	Pele
Crenças	IMC	Percepção
Desenvolvimento	Infância	Pré natal

Puberdade  
Relacionamento  
Relações  
Religião  
Rendimento  
Respiratório

Risco  
Saúde  
Sexual  
Sono  
Tanner  
Tristeza

Vacinal  
Violência  
Vulnerabilidade