



ARTIGO DE REVISÃO

A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências*Well-child care today: an evidence-based view***Danilo Blank*****Resumo**

Objetivo: a promoção da saúde é atividade essencial do pediatra, mas ainda pouco fundamentada em evidências científicas. Este artigo estuda o apoio científico para as principais intervenções preventivas, quando, como e quem deve realizá-las.

Fontes dos dados: revisão sistemática da literatura recente, por meio de busca nos bancos de dados Medline e Lilacs, usando as palavras puericultura, supervisão de saúde e promoção de saúde (em inglês e português); revisão não sistemática das referências bibliográficas de capítulos de livros; busca não sistemática na Internet de organizações que emitem recomendações sobre supervisão de saúde; e seleção de artigos clássicos na área.

Síntese dos dados: o pediatra deve integrar-se com outros profissionais na prestação de serviços preventivos, bem como estabelecer parcerias efetivas com todos os setores da comunidade. É essencial aprimorar as habilidades em comunicação. O número ideal de consultas de supervisão de saúde nunca foi estabelecido; os procedimentos devem ser adaptados individualmente, segundo fatores de risco contextuais familiares e comunitários. Há documentação científica da efetividade de consulta pré-natal, orientação preventiva, triagem metabólica, imunização, triagem de visão e audição. A monitorização do crescimento e a triagem do desenvolvimento têm que ser racionalizadas. A repetição sistemática do exame físico completo e de exames de laboratório não está justificada.

Conclusões: o pediatra tem um papel fundamental na promoção de saúde da criança e do adolescente, mas suas ações na área da puericultura não devem mais ser totalmente empíricas. Há inúmeros recursos, apoiados em evidências científicas, para guiá-lo quanto aos procedimentos mais efetivos.

J Pediatr (Rio J) 2003;79(Supl.1):S13-S22: supervisão de saúde, promoção de saúde, puericultura.

“Arte de cultivar as crianças, como si estas fossem plantas que exigissem o preparo da terra para a obtenção dos bons productos (...)”.

Carlos Arthur Moncorvo Filho

Abstract

Objective: health promotion is one of the chief activities of pediatricians, although still lacking enough scientific bases. This article reviews the scientific support for the main preventive interventions, as well as who should make them, when and how they should be made.

Sources of data: systematic review of recent literature, through the search of Medline and Lilacs databases, using the terms well-child care, health supervision and health promotion (both in English and Portuguese); non-systematic review of reference lists of book chapters; non-systematic Internet search of organizations that make recommendations on health supervision; selection of classic articles within this field.

Summary of the findings: pediatricians must seek integration with other professionals in providing preventive services, as well as in establishing effective partnerships with all community sectors. It is essential to improve communication skills. The ideal number of health supervision visits has never been established; interventions must be individually adapted according to family and community contextual risk factors. There is scientific evidence of the effectiveness of prenatal visits, preventive guidance, metabolic screening, immunization, and vision and hearing screening. Growth monitoring and development screening must be rationalized. The systematic repetition of complete physical examinations and laboratory tests is not warranted.

Conclusions: pediatricians play a fundamental role in child and adolescent health promotion, but their actions regarding well-child care must no longer be totally empirical. There are innumerable evidence-based resources to guide pediatricians as to the most effective interventions.

J Pediatr (Rio J) 2003;79(Supl.1):S13-S22: health supervision, health promotion, well-child care.

Das avós aos médicos e às equipes de saúde: enfim, a ciência!

A puericultura sofreu mudanças significativas nos últimos anos, que nem todos os pediatras têm sabido aquilatar e incorporar à sua prática de consultório^{1,2}. Até meados do século retrasado, não era mais do que um conjunto de noções e técnicas sobre cuidados de higiene, nutrição e disciplina de crianças pequenas, que era passado de mãe para filha ao longo dos tempos; logo, repleto de mitos e tabus. Foi então apropriada pela pediatria, que tratou de

* Professor do Departamento de Pediatria e Puericultura da Faculdade de Medicina da UFRGS.

transformá-la gradativamente em uma ciência verdadeira, com aplicações muito mais amplas e abrangência etária bem maior^{3,4}.

Hoje se estima que o pediatra devota até 40% de sua atividade clínica do dia-a-dia aos chamados serviços preventivos, desde consultas pré-natais e estendendo-se ao longo da infância até o final da adolescência⁵. A identificação do pediatra com estes serviços é tão grande que, como já disse Eduardo Marcondes, a transcendência da promoção da saúde é uma daquelas percepções de caráter formativo sem as quais não se é pediatra².

Contudo, é bom ressaltar que, durante quase cem anos, as evidências da efetividade dos componentes dessa puericultura medicalizada se distinguiam mais por suas limitações do que por desfechos positivos comprovados; a recomendação dos mais variados procedimentos apoiava-se em consensos e opiniões de expertos, o que sempre gerava muita polêmica⁵⁻⁹. Além disso, a incorporação de tais procedimentos à prática pediátrica de consultório era empírica, não sistemática e sem controle de resultados, motivando-se mais por interesses econômicos do que científicos^{3,5,6}. Em outras palavras, um século depois de ter-se adonado da puericultura, o trabalho do pediatra, em termos de efetividade preventiva, não se tornara muito mais refinado do que o das avós.

Como resposta a esse estado de coisas, incompatível com a medicina moderna, a puericultura passou a ser avaliada de maneira mais crítica. Especialmente nos últimos dez anos surgiram inúmeros estudos controlados e revisões sistemáticas visando a identificar as evidências científicas mais sólidas que fundamentassem a recomendação das intervenções preventivas¹⁰⁻¹⁹. Assim, firma-se o caráter científico da puericultura – ou, como querem muitos, supervisão de saúde –, num momento de transição em que ela deixa de ser estritamente médica e, por consenso dos especialistas, passa a ser desenvolvida mais como um processo multiprofissional e – muito importante –, em parceria com as famílias e comunidades^{9,20-22}.

Esta concepção moderna de uma puericultura interdisciplinar, com forte ênfase nas parcerias com outros setores da comunidade que não o da saúde, faz um contraponto salutar ao feito excessivamente controlador que trazia de sua origem francesa e que se acentuou com a influência da escola alemã, no início do século passado. De acordo com a Declaração de Jacarta sobre a Condução da Promoção da Saúde no Século 21, a promoção da saúde é desenvolvida pelas pessoas e com as pessoas, não para elas²³. Por outro lado, a gestão pluralista desse processo favorece o desenvolvimento de modelos diferentes daqueles tradicionalmente importados, nem sempre tão apropriados à população local e suas necessidades.

Com efeito, a definição contemporânea de puericultura, de acordo com o novo Dicionário Houaiss, é que se trata de uma ciência que reúne todas as noções (fisiologia, higiene, sociologia) suscetíveis de favorecer o desenvolvimento físico e psíquico das crianças desde o período da gestação

até a puberdade. Para melhor corresponder à orientação da Sociedade Brasileira de Pediatria e dos principais protocolos estrangeiros de que o acompanhamento de puericultura se estenda até o final da adolescência^{9,15,17-19,24}, basta apenas espichar um pouco a faixa etária contida na definição.

O objetivo deste artigo é discutir, à luz do conhecimento corrente, as questões mais relevantes sobre quem deve fazer o acompanhamento de puericultura, como e quando ele deve ser realizado e, finalmente, o que deve ser feito. Esta discussão leva em conta a efetividade, a exequibilidade e a relação custo-benefício das intervenções preventivas, bem como a satisfação dos pacientes e os desfechos positivos para a saúde. É bom lembrar que os procedimentos abordados são aqueles indicados a todas as crianças essencialmente saudáveis, sem consideração de problemas específicos de saúde, que devem ser tratados paralelamente.

Em tempo: quase todas as fontes encontradas são estrangeiras, em vista da escassa produção brasileira neste campo. Portanto é importante saber adaptar as recomendações às condições e necessidades peculiares de cada indivíduo, família ou comunidade, o que é feito por meio do diagnóstico dos fatores de risco e proteção.

Quem?

O modelo tradicional de prática pediátrica, restrito às quatro paredes do consultório, baseado em consultas rápidas de um médico com uma família, hoje em dia já não dá conta de todas as demandas de um trabalho integral de promoção da saúde. É mais do que evidente que as exigências modernas de atenção abrangente às chamadas “novas morbidades” (problemas familiares e sociais, problemas escolares e de comportamento, violência e maus-tratos, injúrias físicas, risco de suicídio, obesidade, influências da mídia, abuso de drogas, riscos da atividade sexual, etc.), somadas às ações tradicionais (monitorização do crescimento, orientação nutricional, imunizações, etc.), excederam em muito a capacidade de atendimento do referido modelo^{7,25,26}. Além disso, tal descompasso é de certa forma acentuado pelo avanço tecnológico, que aumenta muito as possibilidades de intervenção. Assim, os principais protocolos sobre procedimentos preventivos costumam recomendar um número excessivo de consultas de puericultura^{9,15,24,27}, que o pediatra sozinho não consegue aplicar de forma efetiva a todas as crianças^{5,11}. Por outro lado, há o fato inegável da formação deficiente proporcionada pelas escolas médicas na área da promoção da saúde^{25,28}.

A questão da formação pobre na área preventiva tem sido uma prioridade dos educadores, cujo desafio principal é treinar o estudante de medicina em habilidades práticas, que ele possa realmente usar na atividade clínica, em vez da simples transmissão de conhecimentos teóricos^{1,28}. Quanto à exaustão do modelo tradicional de prática pediátrica, dizem os especialistas que o caminho é a integração do médico com outros profissionais na prestação de serviços

preventivos, desde a simples utilização de auxiliares no ambulatório, passando pela divisão real de tarefas com enfermeiros e educadores, até a utilização efetiva de todos os recursos da comunidade^{5,9,20-22,25,29-32}. Vários estudos têm demonstrado que enfermeiros investem mais tempo do que os médicos nas ações de promoção de saúde, com os mesmos resultados e nível de satisfação das famílias, podendo exercer um papel relevante, ainda pouco aproveitado^{18,20,22,23}.

O projeto *Bright Futures* – a iniciativa mais ambiciosa de promoção da saúde de crianças e jovens, capitaneado por Morris Green e patrocinado pelo *US Bureau of Maternal and Child Health*⁹ – sugere que a puericultura se baseie numa “conexão vertical” dentro dos serviços de saúde, envolvendo todos os profissionais e pessoal auxiliar, associada a uma “conexão horizontal” com os programas comunitários de creches, escolas, associações de bairro, igrejas e serviços de saúde pública. Neste sistema, cabe aos integrantes mais capacitados de qualquer um dos eixos zelar pela uniformidade dos padrões de evidência científica aplicados por todos os profissionais envolvidos. De acordo com alguns autores, a responsabilidade de coordenar esta rede de atenção à criança seria do pediatra, pela sua capacidade de atuar em todo o espectro dos cuidados de saúde, do diagnóstico até todas as formas de tratamento^{21,34,35}, mas esta é uma tese a ser avaliada por cada equipe, visando ao trabalho mais produtivo.

Como?

Apesar da reiterada carência de comprovação científica de efeitos mensuráveis da puericultura na saúde da criança, ela continuará por muito tempo sendo a base da prática pediátrica, principalmente por causa da satisfação e sensação de apoio dos pais. Além disso, há inúmeras questões que preocupam os pais cujo manejo não foi avaliado, mas que exigem algum tipo de intervenção do médico^{20,36,37}. Portanto, o pediatra precisa estar atento às estratégias e avanços que podem melhorar seu desempenho, além da atuação multiprofissional coordenada já discutida.

Em primeiro lugar, vale lembrar que, como em qualquer consulta médica, é essencial um diagnóstico adequado da saúde da criança e de seu microambiente; todo paciente tem que ser visto dentro do contexto de sua família e comunidade^{30,31}. A grande diversidade no mundo atual constitui um obstáculo e um desafio a esta tarefa: o pediatra encontra as mais variadas condições familiares (mãe/pai solteiro, trabalhando fora o dia todo ou desempregado; adoção; crianças na rua; famílias com valores ou costumes diferentes do padrão; imigrantes; níveis diversos de pobreza), além das pressões negativas do meio ambiente (violência urbana e riscos do trânsito; exposição ao fumo, álcool e outras drogas; comportamento sexual inseguro e precoce; influência da mídia, principalmente a televisão)³². Além destes fatores de risco mais gritantes, é importante detectar elementos como temperamento difícil, doença crônica na família, discórdia entre os pais, falta de afeto, isolamento

social, racismo, escola deficiente e eventos estressantes em geral³⁸.

Aprimorar as habilidades em comunicação é um segundo ponto crucial. Há pelo menos dois grupos que desenvolvem trabalhos com profundidade neste campo e que merecem a atenção do pediatra: o projeto *Bright Futures*⁹ defende a idéia de que as consultas mais produtivas costumam ser aquelas baseadas nas questões levantadas pela família ou pelo paciente. Em material facilmente acessível na Internet, apresenta dezenas de sugestões, para todas as idades, das chamadas “perguntas gatilho”. Trata-se de perguntas facilitadoras específicas, abertas, que geralmente auxiliam as pessoas a exporem sentimentos negativos ou problemas familiares previamente não percebidos como úteis. Alguns exemplos de “perguntas gatilho” de natureza geral: “Que preocupações você gostaria de me contar hoje?”; “Ocorreu alguma mudança importante na família, desde a nossa última consulta?”; “Como vocês estão se dando na família?”; “Como está a comunicação na família?”; “O que vocês fazem como família?”; “O que vocês gostam mais no Fulano?”; “O que o Fulano tem feito de novo?”; “Existe algo no comportamento do Fulano que os preocupa?”. Algumas “perguntas gatilho” mais diretas: “Vocês acham que o cigarro, a bebida ou alguma droga é problema para alguém na família?”; “Vocês têm uma arma em casa? Ela está trancada?”; “Você já esteve em uma relação em que foi ferido, maltratado ou ameaçado?”.

Mais recentemente, um grupo de trabalho inspirado no projeto *Bright Futures*³⁹ formulou estratégias práticas para facilitar a interação entre médicos, pacientes e famílias nas consultas de puericultura. Na verdade, apresentam de um modo sistematizado aquilo que todo pediatra sabe que tem que fazer parte da sua consulta padrão: aplicar medidas básicas de comunicação (por exemplo: chamar as pessoas pelos seus nomes, demonstrar empatia, incorporar conversa social à consulta, não usar jargão médico, valorizar as preocupações do paciente e da família, dar informações claras, treinar habilidades verbais e não verbais de ouvir as pessoas); criar uma parceria efetiva com a família (reconhecendo capacidades e dividindo as tarefas com os pais e outros membros da família); aprimorar o uso de momentos próprios para ações educativas (por exemplo: fragmentos de informação associados ao exame físico); prestar ajuda objetiva no uso de recursos externos (por exemplo: achar uma escola especial para uma criança com retardo, contatar especialistas, indicar produtos seguros); personalizar a orientação preventiva (utilizando perguntas diretas e sugestões com foco nas condições reais da família); e gerenciar o tempo de forma eficaz (revisão do prontuário antes da consulta, uso de formulários na sala de espera, treinamento dos auxiliares para dirimir dúvidas menores)^{9,39}.

O atendimento de puericultura em grupo, introduzido e recomendado há mais de vinte anos⁷, é uma estratégia em que o pediatra age como facilitador da discussão de temas de saúde entre famílias com filhos de idades similares. Tem a vantagem de mesclar a orientação preventiva com a troca

de experiências entre os pais, com resultados positivos em termos de aquisição de conhecimentos, satisfação e índice de retorno⁴⁰. Só recentemente o atendimento em grupo foi alvo de um escrutínio maior, em que ele se comprovou tão efetivo quanto o atendimento individual em conferir conhecimento às mães e promover a interação mãe-filho^{41,42}. Trata-se de uma técnica particularmente apropriada para famílias de condição socioeconômica mais baixa, que precisa ser mais explorada no Brasil⁸.

Há evidências de que as famílias gostariam de obter mais informações sobre a saúde da criança do que os pediatras costumam dar, que preferem receber material escrito e, mais recentemente, pela Internet^{37,43,44}. Assim, é importante que o pediatra use todos os recursos audiovisuais complementares ao seu trabalho no consultório. Pais e pacientes respondem melhor à informação relacionada às suas áreas de interesse específico; meios de comunicação mais amplos como campanhas na televisão, ou mesmo pôsteres afixados no consultório, são úteis para ampliar a faixa de interesse, mas as mensagens dadas pelo médico são mais assimiladas. Orientação oral só funciona para informações breves, particularmente fora de situações de estresse; temas mais complexos exigem uma mensagem por escrito, que costuma ser mais efetiva quando acompanhada de uma recomendação explícita do médico⁴⁰. Embora não possa ser considerada uma estratégia de comunicação corrente para a maioria das famílias brasileiras, o envio de mensagens por e-mail já mostrou ser um meio barato, prático e efetivo na promoção da saúde⁴⁴, sendo um recurso promissor para o futuro próximo.

Quando?

O número ideal de consultas de supervisão de saúde nunca foi estabelecido e talvez nunca o seja, em virtude das dificuldades técnicas e éticas em realizar estudos controlados, que envolveriam grandes grupos de crianças, ao longo de muito tempo e, principalmente, privando os grupos controles de ações preventivas consideradas úteis^{13,20}. Dentre as entidades que emitem recomendações a esse respeito, a *American Academy of Pediatrics* aumentou o número de consultas (nascimento até 21 anos) de 14 para 28, excluindo a consulta pré-natal^{4,24}, o que sempre foi muito contestado⁵. De fato, há evidências convincentes de que, nos primeiros dois anos de vida, metade das consultas recomendadas levam a resultados sem diferenças significativas quanto ao número de problemas físicos detectados, bem como à utilização subsequente de serviços de emergência e à satisfação e nível de ansiedade dos pais^{45,46}. Por outro lado, nos Estados Unidos, não mais do que um terço das crianças de classes pobres recebem todas as consultas recomendadas para os dois primeiros anos de vida⁴⁷. No Brasil, os poucos levantamentos realizados revelam uma média de 7,5 consultas de puericultura no primeiro ano de vida⁴⁸, também com maior incidência em classes mais altas, o que seria mais do que suficiente, de acordo com o consenso atual.

No momento, várias entidades norte-americanas (*American Academy of Pediatrics*, *American Academy of Family Physicians* e *Bright Futures*) mantêm em consenso a recomendação de 28 consultas do nascimento aos 21 anos, com indicação de inúmeros procedimentos que não levam em conta o embasamento científico^{4,9,15,24}. O *Institute for Clinical Systems Improvement*, que publica diretrizes apoiadas em evidências científicas, emitiu um protocolo com intervenções muito bem discriminadas, com uma redução considerável no número de consultas, sugerindo 10 a 12, dependendo de necessidades específicas da família¹⁸. O *Rourke Baby Record*, desenvolvido no Canadá e considerado uma inovação significativa nesta área, apresenta recomendações de ações preventivas, cada uma acompanhada do nível de evidência científica que a apóia⁴⁹. Abrange apenas a faixa etária do nascimento até os cinco anos, mas sugere 8 a 10 consultas, em comparação com as 14 do consenso norte-americano. A recomendação mais radical em termos de racionalização de recursos e embasamento científico é a do programa *Health for All Children*, do Reino Unido^{11,21}, que sugere apenas duas consultas médicas de puericultura – uma ao nascimento e outra entre 4 e 8 semanas –, com possibilidade de consultas opcionais, a critério da família, aos 8 meses, aos 2 e aos 4 anos. O programa prevê, evidentemente, uma grande e bem preparada equipe multiprofissional (enfermeiros, visitantes domiciliares, ortoptistas, professores, voluntários), responsável pelos testes de triagem metabólica, imunização, monitorização do peso, testes de visão e orientação preventiva. David Hall, o próprio coordenador do programa, reconhece que “alguns acharão difícil engolir um programa que não oferece nenhum *check up* de saúde para crianças depois das 8 semanas de idade”, mas todos os procedimentos são estritamente baseados em evidências científicas da eficácia da puericultura médica⁵⁰.

Como se vê, quando uma criança ou jovem deve ser visto para procedimentos de promoção de saúde é uma questão muito controversa, em torno da qual não deverá haver um consenso global tão cedo. A Sociedade Brasileira de Pediatria está prestes a implantar, em parceria com o Ministério da Saúde, a nova Caderneta Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente, que destina várias páginas em branco ao acompanhamento de saúde, deixando a critério do pediatra quantas e quando serão as consultas específicas para esse fim.

Ao planejar o calendário de puericultura que melhor se adapte ao seu contexto, o pediatra precisa lembrar que a atenção à saúde deve ser personalizada. Os procedimentos devem ser adaptados às necessidades da criança e/ou da família, dependendo de fatores de risco e resiliência e, evidentemente, da estrutura e recursos do serviço de saúde³⁸. Todo protocolo deve ser flexível, permitindo que determinadas circunstâncias indiquem a necessidade do aumento do número de consultas. Por outro lado, a ausência de fatores de alto risco ou a presença de trunfos específicos pode determinar uma diminuição do número de consultas,

transferindo uma parte maior da responsabilidade aos pais ou às iniciativas da comunidade. Em todo caso, à luz do conhecimento atual, não há justificativa para a manutenção dos sistemas tradicionais de consultas mensais, com aferição sistemática do peso e da estatura, em detrimento de outras medidas de promoção da saúde.

O quê?

Quais são os procedimentos clínicos preventivos que têm embasamento científico suficiente para justificar sua inclusão num protocolo de supervisão de saúde? Várias instituições acadêmicas (Tabela 1) se dedicam a responder esta pergunta por meio de revisões sistemáticas da literatura, a partir das quais emitem recomendações específicas. O simples acesso aos endereços eletrônicos de tais instituições fornece uma enorme quantidade de informações confiáveis e de aplicabilidade quase imediata. Contudo, o acordo completo entre as recomendações não é a regra. Cada pediatra deve empregar seu juízo crítico e, junto com a equipe de saúde, adaptar as condutas às necessidades da sua população-alvo. A seguir, uma discussão breve de tópicos selecionados.

Consulta pré-natal

Atualmente já é consenso que a primeira atividade de puericultura é a consulta pré-natal, que deve ser realizada com ambos os pais^{4,9,51}. Seus objetivos principais são estabelecer um vínculo afetivo e uma relação de trabalho com a família, antes do parto; permitir a detecção de problemas gestacionais; permitir uma avaliação geral da família; responder perguntas dos pais (especialmente válido para primeiras gestações, gestações complicadas, mães solteiras, casos de adoção); e iniciar a orientação preventiva (com ênfase na amamentação, apego, primeiros cuidados com o recém-nascido, segurança e imunizações)^{4,51,52}. Tópicos que não podem deixar de ser discutidos: riscos do fumo passivo⁵³, assento de segurança para recém-nascido no automóvel⁵⁴, riscos do coleito e posição do recém-nascido em pronação ao dormir⁵⁵ e malefícios da chupeta e introdução de chás⁵⁶. Ressalte-se que estas recomenda-

ções são fruto de consenso e que o impacto da consulta pré-natal com o pediatra ainda não foi documentado.

Orientação antecipatória

Trata-se de uma expressão esdrúxula – ainda que apropriada –, cunhada há cerca de quarenta anos por pediatras norte-americanos para descrever o que T. Berry Brazelton chamou de “arte da medicina”, isto é, a promoção de uma relação produtiva com os pais, através do reconhecimento de suas capacidades, aconselhamento e apoio, com o objetivo de fomentar o desenvolvimento saudável da criança⁵². Com o tempo, seu escopo passou a incluir toda orientação dirigida para a promoção da saúde: da nutrição à prevenção do uso de drogas, dos cuidados com os dentes à prevenção de injúrias físicas, do combate ao sedentarismo ao aconselhamento contraceptivo, entre outros.

Embora seja considerada o melhor veículo para a promoção da saúde⁹, há evidências de que os pediatras abordam pouquíssimos tópicos sobre os quais os pais gostariam de saber mais (tais como: choro, padrões de sono, disciplina e treinamento esfinteriano) e destinam um tempo desprezível à orientação preventiva^{13,16,43}. Alternativas realistas para mudar este quadro são a integração de condutas educativas dentro das rotinas clínicas dos outros membros da equipe de saúde e a organização de cursos de orientação aos pais, com reuniões coordenadas por vários membros da equipe multidisciplinar de saúde, fora do horário normal de consulta médica. O uso de material audiovisual e a entrega de orientações impressas às famílias, como já referido, têm-se mostrado úteis^{7,40}.

A efetividade da orientação antecipatória já foi documentada nos seguintes casos: utilização mais adequada de técnicas de promoção da disciplina, maior discussão de problemas de comportamento com o médico, melhora de habilidades sociais e desenvolvimento mental da criança, aumento do contato positivo entre pais e crianças, melhora da interação mãe-filho, melhora do manejo de crianças com temperamento difícil, manejo efetivo de problemas de sono, tratamento racional da febre, melhora nos cuidados com os dentes, incorporação de hábitos nutricionais saudáveis e promoção da amamentação natural^{12,13,16}.

Recentemente surgiram avaliações conflitantes sobre a promoção da atividade física e de dieta saudável: a *US Preventive Services Task Force* não encontrou evidências suficientes para recomendar o aconselhamento sobre ambos os tópicos^{57,58}; entretanto, o *Institute for Clinical Systems Improvement* concluiu que há boas evidências que apóiam a inclusão dos mesmos nas atividades de orientação preventiva, bem como aconselhamento sobre infecções de vias aéreas superiores (para lactentes) e uso de tabaco e álcool (adolescentes)⁵⁹.

Existem boas evidências científicas de que a inclusão de orientação sobre os riscos de injúria física inerentes a cada etapa do desenvolvimento é capaz de melhorar o conhecimento dos pais e a adoção de medidas de segurança⁶⁰. O pediatra deve orientar sobre as técnicas de prevenção de

Tabela 1 - Instituições que fazem revisões sistemáticas das evidências de efetividade dos serviços clínicos preventivos

Canadian Task Force on Preventive Health Care:

<http://www.ctfphc.org/>

The Cochrane Collaboration:

<http://www.cochrane.org/>

Institute for Clinical Systems Improvement:

<http://www.icsi.org/>

National Guideline Clearinghouse:

<http://www.guideline.gov/index.asp>

U.S. Preventive Services Task Force:

<http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm>

cada tipo específico de injúria, enfatizando aos pais a maior eficácia das medidas de proteção passiva, mais duradouras, que tornem a casa “à prova de acidentes” e protejam a criança independentemente de ações específicas suas. Considerando ainda que a entrega de material escrito aumenta a efetividade do aconselhamento⁴⁰, dois materiais confiáveis sobre segurança estão à disposição do pediatra brasileiro, ambos em formato próprio para impressão e livre reprodução: o Passaporte para a Segurança, disponível no *site* da SBP (www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=24&id_detalhe=392&tipo_detalhe=s), e o Calendário de Aconselhamento em Segurança, disponível no *site* da SPRS (www.sprs.com.br/areacientificacalendario20002001.htm). Ambos têm embasamento científico e são inspirados em *The Injury Prevention Program*, já testado nos Estados Unidos (www.aap.org/family/tippmain.htm).

Como se vê, a chamada orientação antecipatória é um tema polêmico, com poucas certezas e muitos senões. Contudo, continua sendo um componente chave da puericultura, pois a maioria dos pais espera receber do pediatra aconselhamento sobre questões de desenvolvimento, disciplina, segurança e outros assuntos próprios de cada idade^{16,43,52}. O mais completo apoio da literatura para o pediatra é o projeto *Bright Futures*⁹, cujas sugestões detalhadas de como fazer o aconselhamento em cada faixa etária estão disponíveis na Internet (www.brightfutures.org/guidelines.html).

Triagem metabólica neonatal

A realização de testes laboratoriais para triagem metabólica devem seguir as normas locais^{14,18}. No Brasil, o Programa Nacional de Triagem Neonatal (www.saude.gov.br/sas/dsra/prtn_arquivos/frame.htm) definiu três fases de implantação do chamado “teste do pezinho”: na primeira, triagem de fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito; na segunda, se adiciona a triagem de doenças falciformes e outras hemoglobinopatias; a última inclui a triagem de fibrose cística. A colheita deve ser feita a partir de 24 horas de vida, até o sétimo dia. Caso a amostra seja retirada antes das primeiras 24 horas, deve ser repetida até a terceira semana de vida¹⁸.

Não há evidências científicas que permitam a recomendação de outros testes de triagem metabólica neonatal. Alguns protocolos incluem a triagem para deficiência de biotinidase, hiperplasia adrenal congênita, galactosemia, homocistinúria e tirosinemia⁴⁹.

Imunização

A imunização contra doenças transmissíveis é o único componente da promoção de saúde cuja eficácia está clara e amplamente documentada, há muitos anos¹⁹. Portanto, não há justificativa para não se recomendar enfaticamente a aplicação de todas as vacinas disponíveis, ressalvadas as contra-indicações específicas, como situações de imunodeficiência e corticoterapia prolongada. O calendário de va-

cinas dos órgãos oficiais de saúde é procedimento obrigatório (ver: www.funasa.gov.br/). Nos casos em que o calendário oficial não incluir rotineiramente vacinas de eficácia já amplamente comprovada em outros países, como acontece no Brasil, é recomendável adicioná-las. Assim, se possível, considerar a aplicação das vacinas contra o pneumococo (durante o primeiro ano de vida), influenza (a partir dos seis meses), varicela (a partir de um ano de idade) e hepatite A (a partir dos 2 anos) e a vacina conjugada contra o meningococo C (no primeiro ano de vida)^{21,24}.

Anamnese

Não há estudos que tenham documentado a efetividade da colheita de dados como teste de triagem, mas a detecção precoce de problemas por meio da anamnese é possível, ainda que diretamente proporcional à habilidade clínica do médico¹³. Assim mesmo, é consenso entre os expertos que a colheita criteriosa dos dados da história inicial ou dos intervalos entre as consultas constitui procedimento essencial na puericultura, porque consolida a relação entre o pediatra e a família, constituindo a base da continuidade do processo de promoção de saúde^{4,9,16,18,27,49}.

Existem boas evidências científicas de que os pais revelam um número significativamente maior de informações aos pediatras que demonstram mais empatia e apoio, que praticam a escuta ativa e que indagam mais sobre o desenvolvimento da criança, o estilo de vida e problemas psicológicos¹³. Neste sentido, é útil ter à mão perguntas facilitadoras, conforme referido acima, para introduzir as questões mais pertinentes a cada faixa etária: nutrição, eliminações, padrão de sono, comportamento, adaptação e rendimento escolar, comportamento de risco, contato com álcool, tabaco e outras drogas, etc. *A American Academy of Pediatrics* e o projeto *Bright Futures* apresentam listas pormenorizadas de perguntas, a serem dirigidas para os pais e para as crianças ou adolescentes^{4,9}. Além disso, é recomendável que cada profissional desenvolva um método sistemático para avaliar os fatores de risco³⁸.

Entrevistas com adolescentes devem ser feitas sem a presença dos pais, assegurando uma relação de privacidade e confiança, que permita a discussão de tópicos mais íntimos^{4,9}.

Exame físico

A realização sistemática do exame físico completo em todas as consultas não está justificada, embora vários protocolos a recomendem em bases empíricas^{4,9}, pois um número insignificante de diagnósticos novos surge depois das primeiras avaliações, nos primeiros meses de vida^{13,18}.

Protocolos apoiados em revisões mais criteriosas recomendam a utilização mais efetiva do tempo, enfocando certos aspectos específicos do exame físico, de acordo com a idade^{18,27,49}, como nos exemplos a seguir.

Há recomendações de consenso de que se faça a ausculta cardíaca e palpação de pulsos no mínimo três vezes no primeiro semestre de vida, repetindo no final do primeiro

ano, na idade pré-escolar, na entrada da escola e no início da adolescência^{4,9}. Estes procedimentos simples constituem um teste de triagem sensível e específico para cardiopatias congênitas.

A triagem da displasia evolutiva do quadril se baseia em testes clínicos específicos (Barlow e Ortolani, nos primeiros dez dias, e abdução das pernas, até a criança caminhar), recomendados em todas as consultas do primeiro ano de vida, uma vez que o diagnóstico precoce permite a recuperação total da criança. Não há indicação de realização de ultra-sonografia para triagem⁶¹.

A medida rotineira da pressão arterial está indicada a partir dos 3 anos de idade, embora a periodicidade ideal não tenha sido estabelecida^{4,9,18}. A fim de evitar um grande número de falso-positivos e exames desnecessários, uma recomendação conservadora é de que a pressão arterial seja aferida aos 3 anos, no início da idade escolar e pelo menos duas vezes ao longo da adolescência. Prestar muita atenção ao equipamento (esfigmomanômetro calibrado, manguito com largura de 40% e comprimento superior a 80% do perímetro braquial, cobrindo cerca de dois terços da distância do acrômio ao olecrânio; evitar equipamentos eletrônicos), à técnica (criança sentada, braço direito apoiado sobre superfície firme, na altura do coração, inflar o manguito até cerca de 20-30 mmHg acima da pressão sistólica, desinflar cerca de 2-3 mmHg/s, considerar a quinta fase de Korotkoff representativa da pressão diastólica) e ao ambiente⁶². Deve-se fazer investigação subsequente somente em crianças e jovens cujas cifras estiverem persistentemente acima do percentil 95 das tabelas de referência⁶².

Alguns autores recomendam o exame da genitália dos meninos adolescentes, como teste de triagem de fimose, hipospádia, massas escrotais e varicocele^{4,9}. Porém, protocolos mais rígidos só indicam o exame clínico dos testículos em meninos de alto risco, com história de criptorquidia, orquidopexia ou atrofia testicular¹⁸. Da mesma forma, a recomendação do exame das mamas em adolescentes como teste de triagem para câncer e também para estimular a prática do auto-exame tem sido feita apenas em bases empíricas^{4,9,63}.

A triagem rotineira para escoliose em adolescentes costuma ter um número excessivo de falso-positivos e encaminhamentos desnecessários. As evidências atuais são insuficientes para que se recomende ou contra-indique a triagem rotineira de escoliose em adolescentes^{8,19}. Porém, em vista da facilidade de execução, muitos autores sugerem incluí-la nas consultas anuais entre 11 e 16 anos.

Monitorização do crescimento

A colocação seqüencial de dados antropométricos em curvas padronizadas foi consagrada como um indicador sensível do estado de saúde da criança⁶⁴, embora o apoio científico ao valor da monitorização do crescimento como teste de triagem seja pobre^{65,66}. Há evidências de que seja útil na educação e tranquilização dos pais⁶⁵.

Até o momento, a maioria dos protocolos^{4,9,15,17,18} recomenda fazer a aferição – e a plotagem em curvas de referência apropriadas – do peso, da estatura e do perímetro cefálico, em todas as consultas até os 2 anos de idade. Entre os 2 e os 6 anos, recomendam aferir e plotar o peso e a estatura anualmente. A partir de então, aferir e registrar as medidas antropométricas a intervalos maiores. Durante a adolescência, com o advento do estirão do crescimento, é recomendado aferir – e colocar no gráfico – o peso e a estatura pelo menos uma vez por ano⁶⁴. Recentemente, com a ênfase dada à triagem da obesidade, tem sido recomendado calcular e plotar no gráfico apropriado o índice de massa corporal, o que deve ser feito a partir dos dois anos⁶⁴.

Entretanto, muitos autores questionam o investimento excessivo de tempo na monitorização sistemática do crescimento de crianças saudáveis, um ritual clínico que teria pouco impacto efetivo na sua saúde⁶⁶. Dentre as publicações recentes sobre o assunto, uma das mais criteriosas, que merece ser avaliada com espírito crítico e atenção, é o Consenso de Coventry (www.healthforallchildren.co.uk/pdf/supporting_docs/coventry_concensus.pdf). Trata-se de uma análise crítica das práticas correntes de monitorização do crescimento feita por um grupo de especialistas ingleses, que apresentam conclusões por vezes bem radicais, como a que diz não haver uma diretriz sobre o quanto de cruzamento de faixas de percentil poderia ser encarado como um sinal para encaminhamento.

Desenvolvimento

Testes formais para detecção de problemas de desenvolvimento têm valor preditivo baixo, mesmo quando aplicados por pessoal treinado, e têm alta incidência de falso-positivos, podendo gerar ansiedade desnecessária⁶⁷. Além disso, ainda há muita controvérsia sobre os benefícios efetivos do diagnóstico precoce. Por outro lado, a simples avaliação clínica do desenvolvimento detecta menos da metade das crianças com retardos. Apesar disso, em vista da relevância da monitorização do desenvolvimento de crianças e jovens, os principais protocolos preconizam a avaliação objetiva de habilidades motoras de comunicação, de interação social e cognitivas em todas as consultas de supervisão de saúde^{4,9,18,19,49}.

As bases atuais de evidência científica só permitem recomendar testes formais de triagem de problemas de desenvolvimento em crianças de alto risco (prematuridade, desnutrição grave, asfixia neonatal), devendo ser aplicados antes dos dois anos, onde houver programas comunitários de atendimento ao excepcional. A *American Academy of Pediatrics* publicou uma listagem detalhada dos principais testes disponíveis e passíveis de aplicação no contexto primário, mas as indicações têm base em consenso de especialistas⁶⁷.

Recentemente tem havido uma valorização dos testes baseados em informações objetivas dos pais, como o *Parent's Evaluation of Development Status* (PEDS), pela alta sensibilidade e especificidade e pela praticidade¹².

Comportamento

Não há evidências científicas que indiquem a aplicação de qualquer teste de triagem específico ou que documentem a eficácia dos métodos de tratamento dos distúrbios de comportamento^{12,18}. Porém, é consenso que o emprego de perguntas específicas sobre o comportamento da criança ou jovem aumenta o número de problemas identificados e discutidos, sem aumentar significativamente o tempo da consulta médica^{4,9,13,18}. Por outro lado, há comprovação de que o pediatra pode orientar as famílias sobre temperamento, suas variações e influência no comportamento, com impacto positivo na abordagem de problemas comportamentais⁶⁸.

Audição

A triagem para perda auditiva no período neonatal é assunto de muita controvérsia: nos Estados Unidos, o *Joint Committee on Infant Hearing*, de que faz parte a *American Academy of Pediatrics*, preconiza a triagem universal de recém-nascidos, por meio de técnicas de emissão otoacústica e resposta auditiva de tronco⁶⁹; a *US Preventive Services Task Force* concluiu que não há evidências suficientes para recomendar ou contra-indicar a triagem universal de surdez em recém-nascidos⁷⁰.

A prevalência e a importância da surdez justificam sua triagem a partir do período neonatal. Na primeira consulta, deve ser feito o registro dos fatores de alto risco para diminuição da acuidade auditiva, mostrados na Tabela 2. Não é recomendável testar a audição durante o primeiro semestre de vida, exceto em lactentes com um ou mais fatores de alto risco. Nenhuma técnica de avaliação de audição feita em consultório pode ser recomendada com bases científicas, mas as chamadas técnicas de distração, nas quais o examinador avalia a resposta da criança a sons emitidos por um auxiliar colocado atrás dela, e a monitorização da aquisição da fala são procedimentos que se impõem pela simplicidade. A partir do segundo ano de vida, todo clínico deve estar atento para a aquisição da fala.

A audiometria é um teste de alto valor preditivo, sendo recomendada em torno dos 6 anos, apenas para crianças com um ou mais fatores de alto risco¹⁹.

Visão

Teste de triagem para ambliopia e estrabismo é recomendado para todas as crianças normais, pelo menos uma vez, a partir dos 3 anos de idade^{18,71}. Até então, o consenso é de que seja feita uma avaliação subjetiva, em todas as consultas de puericultura.

É recomendável realizar testes de alinhamento ocular (Hirschberg e cobertura) durante o primeiro ano de vida e repeti-los anualmente até a idade escolar¹⁸.

A partir dos 3 anos, está indicada a triagem da acuidade visual, usando-se tabelas de letras ou figuras. Devem ser encaminhadas ao oftalmologista as crianças de 3 a 5 anos que tenham acuidade inferior a 20/40 ou diferença de duas linhas entre os olhos e as crianças de 6 anos ou mais que

Tabela 2 - Indicadores de alto risco para surdez*

Recém-nascido:

Internação em unidade de cuidados intensivos neonatais por mais de 48 horas
Sinais associados com síndrome que inclua perda auditiva neurosensorial ou condutiva
História familiar de surdez neurosensorial
Anomalias craniofaciais, incluindo orelhas
Infecções intrauterinas, como citomegalovírus, herpes, toxoplasmose ou rubéola
Peso de nascimento inferior a 1.500 g
Meningite bacteriana
Hiperbilirrubinemia com níveis que requerem exanguinotransfusão
Asfixia grave: Apgar 0-3 (5° min)
Medicação ototóxica por mais de 5 dias

29 dias até 2 anos:

Todos os fatores de alto risco para recém-nascido
Preocupação dos pais quanto à audição, fala ou desenvolvimento
Infecções pós-natais associadas com perda auditiva, incluindo meningite
Doenças neurodegenerativas, como síndrome de Hunter, ou neuropatias desmielinizantes, como ataxia de Friedreich's e síndrome de Charcot-Marie-Tooth
Trauma craniano
Otite média secretora por mais de 3 meses

* Adaptado de: Joint Committee on Infant Hearing. Year 2000 position statement: principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. *Pediatrics* 2000;106:798-817.
Cunningham M, Cox EO. Hearing assessment in infants and children: recommendations beyond neonatal screening. *Pediatrics* 2003;111: 436-40.

tenham acuidade inferior a 20/30 ou diferença de duas linhas entre os olhos⁷¹. Nos casos em que a triagem visual não é realizada pelo pediatra ou escola, a avaliação por especialista é indispensável no início da idade escolar.

Dentição

O único procedimento preventivo de saúde bucal que tem embasamento científico sólido é a suplementação oral de flúor^{18,19}. Está recomendada a suplementação de flúor, por via oral, dos 6 meses até os 16 anos, de acordo com o grau de fluoretação da água ingerida. Em comunidades cuja água tenha menos de 0,3 ppm, a dose de flúor é de 0,25 mg/dia para crianças de 6 meses a 3 anos, 0,5 mg/dia para crianças de 3 a 6 anos, e 1,0 mg/dia para crianças de 6 a 16 anos. Se a concentração de flúor na água ingerida estiver entre 0,3 e 0,6 ppm, não está recomendado fornecer suplemento de flúor para menores de 3 anos; para crianças maiores, dar 0,25 mg/dia até os 6 anos e 0,50 mg/dia para crianças entre 6 e 16 anos¹⁹.

Embora a efetividade do aconselhamento sobre saúde bucal não tenha sido suficientemente avaliada, é recomendável que o pediatra estimule o aleitamento materno, desestimule enfaticamente a ingestão de alimentos comprovadamente cariogênicos, principalmente açúcares refinados, e recomende o início da escovação dentária a partir da erup-

ção dos primeiros dentes, enfatizando a necessidade de supervisão até o final da idade escolar¹⁹. O uso de fio dental também deve ser estimulado⁴⁹. O encaminhamento ao dentista deve ser feito entre um e três anos de idade⁴.

Alguns exames laboratoriais

A maioria dos protocolos recomenda determinar a hemoglobina e o hematócrito entre 6 e 12 meses de idade nas crianças de alto risco (condição socioeconômica baixa, prematuridade, baixo peso, leite de vaca integral no primeiro ano de vida)^{18,49}. Não há documentação da efetividade da triagem periódica, sendo sugerida ainda a dosagem de hemoglobina e hematócrito em meninas, na época da menarca⁹. Está contra-indicada a triagem de anemia em crianças mais velhas assintomáticas, em escolas ou para práticas esportivas^{18,19}.

Não há documentação científica de que a realização rotineira de exames de fezes e urina em crianças e jovens assintomáticos tenha qualquer impacto na sua saúde¹⁸.

A triagem da hipercolesterolemia, um fator de risco cardiovascular comprovado, está indicada a partir de 2 anos de idade, em crianças com parentes próximos que tenham tido doença cardiovascular antes dos 55 anos, ou com pais cujos níveis de colesterol sejam iguais ou superiores a 240 mg/dl⁶².

Recentemente, têm havido recomendações de que todas as jovens sexualmente ativas sejam triadas para infecção por Clamídia⁷². Quanto às demais doenças sexualmente transmissíveis, não há evidências suficientes para indicar sua triagem em adolescentes de baixo risco, ou seja, que não tenham apresentado episódios repetidos de tais infecções¹⁸.

A dosagem de níveis sanguíneos de chumbo está indicada em crianças entre 9 meses e 6 anos, que têm alto risco para exposição ao chumbo⁷³. Os principais fatores de risco são: viver em (ou visitar com frequência) casa construída antes de 1950; viver em (ou visitar com frequência) casa construída antes de 1978, que tenha sido reformada recentemente; ter contato domiciliar que tenha sido tratado por ter tido níveis sanguíneos de chumbo superiores a 10 mcg/dl; ter contato com adultos cujo trabalho ou *hobby* envolva exposição ao chumbo (construção, metalurgia, cerâmica); viver perto de local de reciclagem de baterias; viver próximo de rodovias ou depósitos de lixo.

Referências bibliográficas

- Leone C. O pediatra, a puericultura e a criança "normal" (essa desaparecida). *Pediatria (São Paulo)* 1994;16:141.
- Marcondes E. Diretrizes para o ensino da pediatria. *J Pediatr (Rio J)* 1993;69:349-52.
- Brosco JP. Weight charts and well-child care: how the pediatrician became the expert in child health. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001;155:1385-9.
- American Academy of Pediatrics, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. *Guidelines for Health Supervision III*. 3ª ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 1997.
- Hoekelman RA. Well-child visits revisited. *Am J Dis Child* 1983;137:17-20.
- Wilson MEH. Assumptions, prevention, and the need for research. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995;149:356.
- Osborn LM. Effective well-child care. *Current Probl Pediatr* 1994;24:306-26.
- Dinkevich E, Hupert J, Moyer VA. Evidence based well child care. *BMJ* 2001;323:846-9.
- Green M, Palfrey JS. *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents*. 2ª ed. Arlington, VA: National Center for Education in Maternal and Child Health; 2002. Disponível em: www.brightfutures.org/bf2/index.html. Acessado 23 de fevereiro de 2003.
- Panagiotou L, Rourke LL, Rourke JT, Wakefield JG, Winfield D. Evidence-based well-baby care. Part 1: *Can Fam Physician* 1998;44:558-67. Part 2: *Can Fam Physician* 1998;44:568-72.
- Hall D. Promoting the health of children. *Practitioner* 2001;245:614-18.
- Regalado M, Halfon N. Primary care services promoting optimal child development from birth to age 3 years: review of the literature. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001;155:1311-22.
- Dinkevich E, Ozuah PO. Well-child care: effectiveness of current recommendations. *Clin Pediatr (Phila)* 2002;41:211-7.
- Elliman DA, Dezateux C, Bedford HE. Newborn and childhood screening programmes: criteria, evidence, and current policy. *Arch Dis Child* 2002;87:6-9.
- American Academy of Family Physicians. *Summary of Policy Recommendations for Periodic Health Examinations*. Revision 5.3. Leawood (KS): AAFP; 2002. Disponível em: www.aafp.org/exam.xml. Acessado 23 de fevereiro de 2003.
- Nevin JE, Witt DK. Well child and preventive care. *Prim Care* 2002;29:543-55.
- Canadian Task Force on Preventive Health Care. Evidence-Based Clinical Prevention [site na Internet]. Disponível em: www.ctfphc.org/index2.htm. Acessado 23 de fevereiro de 2003.
- Institute for Clinical Systems Improvement. *Health care guidelines: Preventive services for children and adolescents* [site na Internet]. Disponível em: www.icsi.org/guide/PrvSvC.pdf. Acessado 23 de fevereiro de 2003.
- U.S. Preventive Services Task Force. *Guide to Clinical Preventive Services*, 3ª ed. 2000-2003 [site na Internet]. Disponível em: www.ahrq.gov/clinic/cps3dix.htm. Acessado 28 de janeiro de 2003.
- Hoekelman RA. Child health supervision. In: Hoekelman RA, Friedman SB, Nelson NM, Seidel HM, Weitzman ML, Wilson MEH, editores. *Primary pediatric care*. 3ª ed. St. Louis: Mosby; 1997.p.26-30.
- Blair M. The need for and the role of a coordinator in child health surveillance/promotion. *Arch Dis Child* 2001;84:1-5.
- Druss BG, Marcus SC, Olfson M, Tanielian T, Pincus HA. Trends in care by nonphysician clinicians in the United States. *N Engl J Med* 2003;348:130-7.
- The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. The 4th International Conference on Health Promotion; 1997 Jul 21-5; Jakarta, Indonesia. Disponível em: <http://www.who.int/hpr/archive/docs/jakarta/english.html>.
- Committee on Practice and Ambulatory Medicine. *Recommendations for Preventive Pediatric Health Care*. *Pediatrics* 2000;105:645-6.
- Zuckerman B, Parker S. Preventive pediatrics - new models of providing needed health services. *Pediatrics* 1995;95:758-62.
- Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. *The New Morbidity Revisited: A Renewed Commitment to the Psychosocial Aspects of Pediatric Care*. *Pediatrics* 2001;108:1227-30.
- Feldman W. Well-Baby care in the first 2 years of life. In: Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. *Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care*. Ottawa: Health Canada; 1994.p.258-66.
- Stone D, Campbell H. Child health promotion and its challenge to medical education. *BMJ* 1997;315:694-5.
- Margolis PA, Stevens R, Bordley WC, Stuart J, Harlan C, Keyes-Elstein L, et al. From concept to application: the impact of a community-wide intervention to improve the delivery of preventive services to children. *Pediatrics* 2001;108:E42.

30. Palfrey JS. Beyond the office door. In: Green M, Haggerty RJ, Weitzman M, editors. *Ambulatory pediatrics*. 5ª ed. Philadelphia: WB Saunders; 1999.p.47-51.
31. Green M. No child is an island - Contextual pediatrics and the "new" health supervision. *Pediatr Clin North Am* 1995;42:79-87.
32. Haggerty RJ. Child health 2000: New pediatrics in the changing environment of children's needs in the 21st century. *Pediatrics* 1995;96:804-12.
33. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ* 2002;324:819-23.
34. Medical Home Initiatives for Children With Special Needs Project Advisory Committee. American Academy of Pediatrics. The medical home. *Pediatrics* 2002;110:184-6.
35. Committee on Pediatric Workforce. Scope of practice issues in the delivery of pediatric health care. *Pediatrics* 2003;111:426-35.
36. Christakis DA, Wright JA, Zimmerman FJ, Bassett AL, Connell FA. Continuity of care is associated with high-quality care by parental report. *Pediatrics* 2002;109:e54.
37. Busey S, Schum TR, Meurer JR. Parental perceptions of well-child care visits in an inner-city clinic. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002;56:62-7.
38. Haggerty RJ. Risks and protective factors in childhood illness. In: Green M, Haggerty RJ, Weitzman M, editores. *Ambulatory pediatrics*. 5ª ed. Philadelphia: WB Saunders; 1999.p.6-8.
39. Benjamin JT, Cimino SA, Hafler JP, Bernstein HH. The office visit: A time to promote health - but how? [periódico eletrônico]. *Contemp Pediatr* 2002;19:90-7. Disponível em: URL: <http://cp.pdr.net>. [Acessado 23 de fevereiro de 2003.]
40. Glascoe FP, Oberklaid F, Dworkin PH, Trimm F. Brief approaches to educating patients and parents in primary care. *Pediatrics* 1998;101:E10.
41. Rice RL, Slater CJ. An analysis of group versus individual child health supervision. *Clin Pediatr (Phila)* 1997;36:685-9.
42. Taylor JA, Davis RL, Kemper KJ. A randomized controlled trial of group versus individual well child care for high-risk children: maternal-child interaction and developmental outcomes. *Pediatrics* 1997;99:E9.
43. Schuster MA, Duan N, Regalado M, Klein DJ. Anticipatory guidance: what information do parents receive? What information do they want? *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000;154:1191-8.
44. Bauchner H, Adams W, Burstin H. "You've got mail": issues in communicating with patients and their families by e-mail. *Pediatrics* 2002;109:954-6.
45. Hoekelman RA. What constitutes adequate well-baby care? *Pediatrics* 1975;55:313-26.
46. Gilbert JR, Feldman W, Siegel LS, Mills DA, Dunnett C, Stoddart G. How many well-baby visits are necessary in the first 2 years of life? *Can Med Assoc J* 1984;130:857-61.
47. Byrd RS, Hoekelman RA, Auinger P. Adherence to AAP guidelines for well-child care under managed care. *Pediatrics* 1999;104:536-40.
48. Silva AAM, Gomes UA, Tonial SR, Silva RA. Cobertura de puericultura e fatores associados em São Luís (Maranhão), Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 1999;6:266-72.
49. Rourke LL, Leduc DG, Rourke JTB. Rourke Baby Record 2000: Collaboration in action. *Can Fam Physician* 2001;47:333-4.
50. Hall D. Health for all children 4th edition (HFAC4) and The Core Programme [site na Internet]. Disponível em: <http://www.healthforallchildren.co.uk/pdf/hfac4/hfac4.pdf>. Acessado 16 de fevereiro de 2003.
51. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. The prenatal visit. *Pediatrics* 2001;107:1456-8.
52. Brazelton TB. Anticipatory guidance. *Pediatr Clin North Am* 1975;22:533-44.
53. Committee on Environmental Health. Environmental Tobacco Smoke: A Hazard to Children. *Pediatrics* 1997;99:639-42.
54. Committee on Injury and Poison Prevention. Selecting and using the most appropriate car safety seats for growing children: Guidelines for counseling parents. *Pediatrics* 2002;109:550-3.
55. Task Force on Infant Sleep Position and Sudden Infant Death Syndrome. Changing concepts of sudden infant death syndrome: implications for infant sleeping environment and sleep position. *Pediatrics* 2000;105:650-56.
56. North K, Fleming P, Golding J, ALSPAC Study Team. Pacifier use and morbidity in the first six months of life. *Pediatrics* 1999;103:e34.
57. U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral counseling in primary care to promote physical activity: Recommendations and rationale. *Ann Intern Med* 2002;137:205-7.
58. U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral Counseling in Primary Care to Promote a Healthy Diet: Recommendations and Rationale. *Am J Prev Med* 2003;24:93-100.
59. Institute for Clinical Systems Improvement. Health care guidelines: Preventive counseling and education [site na Internet]. Disponível em: www.icsi.org. Acessado 19 de fevereiro de 2003.
60. Towner E, Dowsell T, Jarvis S. Updating the evidence. A systematic review of what works in preventing childhood unintentional injuries: Part 1. *Inj Prev* 2001;7:161-4. Part 2. *Inj Prev* 2001;7:249-53.
61. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Preventive Health Care, 2001 update: Screening and Management of Developmental Dysplasia of the Hip in Newborns [site na Internet]. Disponível em: www.ctfphc.org/Sections/DDH.htm. [Acessado 23 de fevereiro de 2003.]
62. Williams CL, Hayman LL, Daniels SR, Robinson TN, Steinberger J, Paridon S, Bazzarre T. Cardiovascular health in childhood: a statement for health professionals from the Committee on Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in the Young (AHOY) of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, American Heart Association. *Circulation* 2002;106:143-60.
63. Baxter N, with the Canadian Task Force on Preventive Health Care. Preventive health care, 2001 update: Should women be routinely taught breast self-examination to screen for breast cancer? *CMAJ* 2001;164(13):1837-46.
64. WHO Expert Committee on Physical Status. Physical status: The use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO Technical Report Series 854, 1995.
65. Garner P, Panpanich R, Logan S. Is routine growth monitoring effective? A systematic review of trials. *Arch Dis Child* 2000;82:197-201.
66. Hall DMB. Growth monitoring. *Arch Dis Child* 2000;82:10-15.
67. Committee on Children with Disabilities. Developmental surveillance and screening of infants and young children. *Pediatrics* 2001;108:192-6.
68. Carey WB. Rapid, competent, and inexpensive developmental-behavioral screening is possible. *Pediatrics* 2002;109:316-7.
69. Joint Committee on Infant Hearing. Joint Committee on Infant Hearing Year 2000 Position Statement: Principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. *Pediatrics* 2000;106:798-817.
70. U.S. Preventive Services Task Force. Newborn hearing screening [site na Internet]. Disponível em: www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/newhearr.htm. Acessado 22 de fevereiro de 2003.
71. Committee on Practice and Ambulatory Medicine, Section on Ophthalmology. Vision screening guidelines. *Pediatrics* 1996;98:153-7.
72. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for chlamydial infection [site na Internet]. Disponível em: www.ahrq.gov/clinic/ajpmsuppl/chlarr.htm. Acessado 23 de fevereiro de 2003.
73. American Academy of Pediatrics. Committee on Environmental Health. Screening for elevated blood lead levels. *Pediatrics* 1998;101:1072-8.

Endereço para correspondência:

Dr. Danilo Blank

Rua Gen. Jacinto Osório, 150 – apto. 201

CEP 90040-290 – Porto Alegre, RS

Fone: (51) 3286.8092 – Fax: (51) 3331.7435

E-mail: blank@orion.ufrgs.br