Semiologia Pediátrica

Uma Abordagem Prática e Objetiva



Haroldo Teófilo de Carvalho
Joelma Gonçalves Martin
José Roberto Fioretto

FACULDADE DE MEDICINA FMB 1963 BOTUCATU unesp

Atheneu

Departamento PEDIATRIA

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

Semiologia Pediátrica

Uma Abordagem Prática e Objetiva

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS


SAL
SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO LEITOR
Tel.: 08000267753
www.atheneu.com.br
(21) 99165-6798 Facebook.com/editoraatheneu Twitter.com/editoraatheneu Youtube.com/atheneueditora

Semiologia Pediátrica

Uma Abordagem Prática e Objetiva

Haroldo Teófilo de Carvalho
Joelma Gonçalves Martin
José Roberto Fioretto

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

FACULDADE DE MEDICINA FMB 1963 BOTUCATU
unesp

Atheneu
Rio de Janeiro • São Paulo
2026

Departamento PEDIATRIA

EDITORA ATHENEU

São Paulo — Rua Maria Paula, 123 – 13º andar
Conjuntos 133 e 134
Tel.: (11) 2858-8750
E-mail: atheneu@atheneu.com.br

Rio de Janeiro — Rua Bambina, 74 – lojas A e B
Tel.: (21) 3094-1295
E-mail: atheneu@atheneu.com.br

Pré-Produção e Produção Gráfica: Equipe Atheneu

Capa: Márcio Alexandre Paranhos de Oliveira

Produção Editorial: Know-How Desenvolvimento Editorial

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

C323s

Carvalho, Haroldo Teófilo de

Semiologia pediátrica : uma abordagem prática e objetiva / Haroldo Teófilo de Carvalho, Joelma Gonçalves Martin, José Roberto Fioretto. - 1. ed. - Rio de Janeiro : Atheneu, 2026.

il. ; 24 cm.

Inclui bibliografia e índice

ISBN 978-85-388-1243-2

1. Semiologia pediátrica. 2. Crianças - Doenças - Diagnóstico. 3. Adolescentes - Doenças - Diagnóstico. I. Martin, Joelma Gonçalves. II. Fioretto, José Roberto. III. Título.

CDD: 618.920075

25-102518.0 CDU: 616-07-053.2-053.6

Carla Rosa Martins Gonçalves - Bibliotecária - CRB-7/4782

18/12/2025 19/12/2025

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

Carvalho HT; Martin JG; Fioretto JR.
Semiologia pediátrica – uma abordagem prática e objetiva

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU – Rio de Janeiro, São Paulo, 2026.

SEÇÃO 1

A PRÁTICA PEDIÁTRICA

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

1 A semiologia e a consulta do lactente

Tadeu Fernando Fernandes • Cátia Regina Branco da Fonseca

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

Insights do capítulo

- **Vínculo é intervenção terapêutica**
  A primeira consulta é mais do que avaliação; é o início do vínculo que sustentará toda a trajetória do cuidado.
- **Determinantes sociais importam**
  Morar, viver, conviver – o contexto familiar influencia diretamente no processo saúde-doença, no crescimento e no desenvolvimento.
- **A caderneta da criança é ferramenta de segurança**
  É documento essencial para vigilância, registro e continuidade do cuidado.
- **Examinar é observar integralmente**
  No lactente, cada detalhe conta: reflexos, icterícia, frênulo, fontanelas, antropometria.
- **Amamentação exige orientação ativa**
  A pega, o ritmo das mamadas e a nutrição materna moldam o curso do aleitamento.
- **Cuidar da família é cuidar do bebê**
  A saúde emocional dos cuidadores influencia o choro, o vínculo e o desenvolvimento.

A primeira consulta de puericultura: 1ª semana de vida

Acolhimento e empatia

O primeiro atendimento ambulatorial em puericultura é, sem dúvida, um dos mais longos e importantes para se estabelecer vínculo entre o pediatra e os pais; é uma consulta pautada basicamente por duas palavras: acolhimento e empatia.[1-3]

Caso tenha ocorrido a consulta pré-natal com o pediatra (prevista no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde – Resolução Normativa n. 338/2013), o andamento será muito mais simples, pois várias orientações já foram transmitidas; do contrário, precisaremos retomar todo o processo desde o começo.[1]

Essa consulta se inicia pelas apresentações, e é essencial conhecer os pais (atualmente prefere-se o termo "cuidadores") e chamá-los pelo nome, pois chamar de "mãezinha" e "paizinho" infantiliza e despersonaliza o relacionamento. Saber o grau de relacionamento dos pais, se moram juntos ou não, quem vai apoiar a mãe nas tarefas diárias, avós, babás ou parentes, conhecer o número de familiares que habitam o mesmo teto, quem é o "arrimo de família", tentar, de modo sutil, conhecer as condições financeiras da família, se a mãe trabalha fora, qual será o tempo de licença-maternidade, enfim, caracterizaremos o ambiente físico, social e familiar no qual o bebê se desenvolverá. Essa caracterização é importante para futuras intervenções.[1] Devemos considerar ainda que, atualmente, os cuidados podem ser compartilhados entre os pais; em casais homoafetivos, é necessário entender quem exerce a função paterna e quem exerce a função materna.

Precisamos dos dados pessoais da família para contatos telefônicos e/ou de mídia eletrônica e do local da residência, que facilitarão a orientação sobre o centro de saúde e os serviços médicos mais próximos para as vacinações e em casos de urgência. É importante também detectar fatores ecológicos de risco, por exemplo: morar perto de matas nativas aumenta o risco para febre amarela. Resumindo, é o que chamamos de "identificações" ou "sondagens".[1-3]

É preciso, ainda, conhecer as condições da residência, a infraestrutura, o número de cômodos, se existe um quarto somente para o bebê, água encanada, saneamento básico, carpete ou piso frio, onde a criança vai dormir, tomar banho, ser amamentada. Essa é a fase dos determinantes sociais de saúde.[1,2]

Um bom pediatra começa por um bom recepcionista, que deve ser treinado para que, no ato do agendamento da consulta, solicite aos pais, além da pontualidade, os documentos essenciais: o cartão do pré-natal, os exames realizados e a Carteira Nacional de Saúde da criança, que contêm dados fundamentais para a primeira consulta. Os pais devem ser orientados a elaborar uma lista de perguntas previamente escrita. Isso ajuda a otimizar o tempo, garante o diálogo sobre o necessário para o cuidado da criança e evita esquecimentos durante a consulta.[1-3]

Precisamos conhecer os antecedentes pessoais e familiares, e o cartão do pré-natal traz dados importantes da gestação, os quais, associados a um inquérito patológico familiar, poderão determinar fatores de risco para futuras doenças. Os estudos são claros: filhos de mães que durante a gestação ficaram obesas, resistentes à insulina ou diabéticas, hipertensas, disbióticas, ansiosas e/ou depressivas têm um risco maior para doenças crônicas degenerativas e comportamentos psicossociais limítrofes.[1,2] O pediatra, entendendo esses riscos, consegue realizar um cuidado mais individualizado e preventivo durante as consultas de rotina.

A Caderneta de Saúde da criança, além de trazer os dados do nascimento e das intercorrências no berçário, será um instrumento altamente qualificado de vigilância do crescimento, do desenvolvimento e da promoção de saúde. É obrigatória a sua apresentação em toda consulta, assim como o seu preenchimento pelo profissional a cada atendimento.[1-3]

O *Bright Futures* é uma iniciativa do *U.S Bureau of Maternal and Child Health*, nos Estados Unidos, apoiado pela *American Academy of Pediatrics*, que inspira a normatização de rotinas para o atendimento ambulatorial em puericultura por meio de um conjunto de princípios, estratégias e ferramentas fundamentadas na Medicina com base em evidências, visando melhorar a eficácia e a produtividade do atendimento.[4]

Na primeira consulta no pós-alta da maternidade, que deverá ocorrer, preferencialmente, na primeira semana de vida, devemos priorizar os seguintes tópicos:[1,4]

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

Primeiramente, começar com perguntas "provocativas", para que a consulta seja interativa; é um "quebra-gelo":

- "Conte-me sobre você e seu bebê."
- "O seu bebê é como você tinha imaginado durante a gestação? Conte-me sobre suas expectativas e sobre o que você sente agora."
- "Quais são suas principais preocupações e dúvidas?"
- "Como você está se sentindo?" (Pergunta importantíssima e, muitas vezes, ignorada.)
- "Como foram esses dias desde o nascimento até hoje?"
- "Cuidar do bebê está mais fácil ou mais difícil do que você esperava?"

Inquérito alimentar

- Verificar se o bebê está em aleitamento materno exclusivo em livre demanda. É dever do pediatra estimular, amparar e apoiar a amamentação. Investigar dificuldades no processo da amamentação.
- Avaliar o tempo e a periodicidade de cada mamada (deixar claro o diferencial de leite anterior e leite posterior – apesar de atualmente alguns especialistas discordarem dessa terminologia).
- Assistir e orientar uma mamada ao menos na parte inicial; verificar os bicos das mamas. Observar a pega e fazer o *checklist*:
  - O lábio inferior do bebê toca no bico da mama?
  - O bebê abre bem a boca (como um bocejo), abocanha a aréola?
  - O lábio inferior está voltado para fora ("boquinha de peixe")?
- Indagar sobre os períodos de sono e vigília. Se o bebê é dorminhoco, orientar a acordá-lo em um período médio entre 2 e 4 horas.
- Questionar como está a alimentação da mãe. Orientar quanto a mitos e lendas de alimentos que dão cólicas, pois, muitas vezes, as mães estão em regime de dietas restritivas de nutrientes importantes para o binômio mãe-filho.
- Informar às mães que está cientificamente comprovado que mais de dois copos de leite por dia podem provocar cólicas e aumentar riscos para o desenvolvimento de alergia à proteína do leite de vaca.
- Alertar que a ingestão materna de bebidas com cafeína (café, chá preto, chá verde, chá-mate, energéticos e refrigerantes com cafeína) implicará maior excitabilidade do bebê.
- Indagar se a mãe está tendo uma alimentação satisfatória e/ou está suplementando sua dieta com ácidos graxos poli-insaturados da série ômega 3 ricos em DHA (ácido docosahexaenoico), ômega 6, ferro, vitamina D, iodo (muitas mulheres zeram o sal na dieta), zinco, magnésio, cálcio e proteínas de boa qualidade.

Exame físico

- Realizar antropometria, com peso, estatura, perímetros cefálico e torácico, lembrando de já anotar na Carteira Nacional de Saúde e preencher os gráficos de crescimento (a importância deste item será destacada adiante).

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

- Comparar o peso atual ao peso do nascimento e à alta. Calcular quantos gramas o bebê está ganhando por dia. Tranquilizar os pais sobre a perda fisiológica de peso nos primeiros dias de vida.
- Efetuar exame físico geral e específico: inspeção, palpação, ausculta, otoscopia, nasoscopia com o otoscópio e sem espéculo e oroscopia.
- Avaliar presença ou não de icterícia.
- Testar os principais reflexos: moro, sucção e voracidade, preensão, marcha, fuga à asfixia, tônico do pescoço e cutâneo plantar ("Babinski").
- Palpar fontanelas.
- Confirmar se foi realizado o reflexo vermelho no berçário e repetir nessa primeira consulta; é sempre importante e fácil de realizar.
- Avaliar o freio lingual e a presença ou não de anquiloglossia (língua em forma de coração) que, se presente, pode prejudicar a amamentação. É importante verificar se foi realizado na maternidade o "teste da linguinha", obrigatório no nascimento.
- Examinar e orientar sobre a higiene do coto umbilical. Aproveitar para quebrar mitos e tabus como uso de faixas, fita crepe e até moedas para "moldar" a cicatriz umbilical e deixar o "umbigo redondinho".
- Avaliar genitália; nos meninos, verificar a presença de testículos na bolsa escrotal e orientar que não se deve fazer "massagem" na pele balanoprepucial; nas meninas, avaliar a presença de sinequia labial e orientar a higiene anteroposterior para evitar infecções geniturinárias.
- Realizar as manobras de Ortolani e Barlow para avaliar displasia do quadril.

Calendário vacinal: imunizações[5]

Nosso calendário vacinal é atualizado quase anualmente pelo Departamento de Imunizações e Infectologia da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP); entretanto, é recomendada sempre uma pesquisa em www.sbp.com.br para verificar atualizações (**Tabela 1.1**).[5]

Exame de triagem neonatal

- Verificar se o exame de triagem neonatal colhido na maternidade foi o simplificado ou o ampliado e cobrar o resultado (a maioria dos cuidadores não busca o resultado).
- Orientar a trazê-lo na próxima consulta ou enviar pela via eletrônica para que seja anexado à ficha do paciente.

Prescrição

A primeira prescrição deve contemplar todas as possíveis dúvidas sobre eventos que frequentemente ocorrem nos primeiros meses de vida.[6]

- Reforçar a importância do aleitamento materno exclusivo.
- Prescrever vitamina D na dose de 400 UI ao dia (inclusive para prematuros que ultrapassem os 1.500 gramas).
- Indicar "banho de sol" de 10 a 15 minutos por dia antes das 10 horas da manhã, com uma grande novidade: agora passa a se chamar "passeio ao ar livre".

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

Tabela 1.1. Calendário de vacinação 2024/2025 (recomendação da Sociedade Brasileira de Pediatria).

Idade	Ao nascer	Meses									Anos					
		2	3	4	5	6	7 a 11	12	15	18	4 a 6	10	11 a 12	13 a 15	16	17 a 19
BCG ID	●															
Hepatite B	●	●		●		●						Adolescentes não vacinados deverão receber 3 doses				
Rotavírus		●		●		○										
DTP/DTPa		●		●		●			●		●					
dT/dTpa														●		
Hib		●		●		●			●							
VIP		●		●		●			●		●					
Pneumocócica conjugada		●		●		●		●								
Meningocócica conjugada C e ACWY			●		●			●			●		●		●	
Meningocócica B recombinante			●		●			●				Adolescentes não vacinados deverão receber 2 doses				
Influenza		A partir de 6 meses de idade														
SCR/Varicela/SCRV								●	Segunda dose entre 15 meses e 4 anos			Adolescentes não vacinados deverão receber 2 doses				
Hepatite A								●		●		Adolescentes não vacinados deverão receber 2 doses				
HPV												Meninos e meninas a partir de 9 anos de idade				
Febre amarela							A partir de 9 meses de idade e segunda dose aos 4 anos					2 doses para não vacinados previamente				
Covid-19 a partir dos 6 meses		Vacinação recomendada para crianças e adolescentes segundo recomendações vigentes														
Dengue											Crianças e adolescentes a partir de 4 anos de idade					
Nirsevimabe	●	Aplicar dose única no 1º ano de vida o mais precocemente possível														

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2024/2025.[5]

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

Atualmente entendemos este último mais como um passeio ao ar livre, sair de dentro de casa e ter contato com o meio ambiente. Na Pediatria, tornou-se um paradigma; há décadas recomenda-se o famoso banho de sol para prevenção da deficiência de vitamina D (VD), com limitação dos horários: antes das 10 horas e após as 16 horas. Entendia-se que essa prática atenderia às necessidades básicas.[6] Entretanto, a Academia Americana de Pediatria (AAP) alertou que não é o sol que estimula a produção de vitamina D, mas o comprimento de onda solar conhecido como radiação ultravioleta B, que realmente converte o seu precursor na pele em pré-vitamina D. Este é, então, seguido de um posterior metabolismo para o produto final, a vitamina D3.[7]

Estudos destacam que a estação, a hora do dia, a duração do dia, a nebulosidade, a presença de poluição e de partículas em suspensão, a duração da exposição, a quantidade de pele exposta, o tom da pele e os filtros solares afetam a quantidade de exposição à radiação UV e a consequente produção de VD.[7]

Com respeito ao horário de exposição ao sol, cabe salientar que, antes das 10 e após as 15 horas, o ângulo de incidência é mais oblíquo, semelhante ao que ocorre no inverno, e, por isso, pouca vitamina D3 é sintetizada pela pele. Por outro lado, a exposição ao sol no período das 10 às 15 horas pode ser associada ao aumento no risco de câncer de pele.[6,7]

Alguns pesquisadores sugeriram que aproximadamente 5 a 30 minutos de exposição direta ao sol entre as 10 e as 15 horas, pelo menos duas vezes por semana, em áreas como rosto, braços, pernas ou costas, sem protetor solar, podem levar à síntese de vitamina D suficiente para uma criança. No entanto, em decorrência da associação da radiação ultravioleta com o desenvolvimento de câncer de pele e danos futuros à pele (fotoenvelhecimento), a *American Academy of Dermatology* aconselha a proteção da pele, incluindo filtros solares e a limitação da exposição ao sol durante o pico de radiação.[7]

Os Departamentos Científicos de Dermatologia e Neonatologia (2019-2021) da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) publicaram em 2021 um Documento Científico se posicionando sobre o "banho de sol" para prevenção das deficiências e insuficiências de VD. Afirma-se:

> *Os lactentes e recém-nascidos (RN) possuem camada epidérmica mais fina e menor produção de melanina e, por isso, são mais suscetíveis aos danos da radiação ultravioleta à pele. A exposição excessiva ao sol na primeira infância está associada ao aumento do risco de câncer de pele no futuro. Reconhecidamente, a exposição solar é a principal fonte de vitamina D, porém, a exposição intencional e desprotegida, com o objetivo de suplementar a vitamina, não é recomendada. A suplementação de vitamina D é recomendada no Brasil para todo RN a termo, desde a primeira semana de vida até os dois anos de idade.*[8]

É importante reforçar que tanto a AAP quanto a SBP orientam evitar a exposição direta ao sol em crianças abaixo de seis meses. A recomendação é utilizar protetores mecânicos como sombrinhas, guarda-sóis, bonés e roupas de proteção, mantendo, entretanto, o contato com a natureza.[8]

A SBP e todos os pediatras devem reconhecer o direito e dever da criança brincar e conviver do lado de fora de casa, ao ar livre, em contato com a natureza. Esse direito é fundamentado em diversos marcos legais ligados à infância e é reconhecido pela SBP como uma prioridade, mas é essencial exercê-lo com toda a segurança possível.[9]

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

- Orientar sobre as cólicas do lactente a partir da terceira semana de vida. Neste item voltamos a destacar a quebra de mitos e tabus, como o uso de bolsas de água quente que aumentam o risco de acidentes como queimaduras e o uso indiscriminado de medicamentos analgésicos, antiespasmódicos, entre outros, que elevam o risco de intoxicações. Um estudo mostrou que o uso de medicamentos nos primeiros 42 dias de vida foi de 76,8%, enquanto no decorrer de um ano aumentou para 99%; a automedicação foi realizada em 27,8% das crianças.[10]

Segundo os Critérios Roma IV, as cólicas do lactente atualmente são classificadas como:

> *Uma Síndrome Comportamental caracterizada por períodos prolongados de choro, de difícil controle, sem uma causa explicável, frequentemente no período vespertino e noturno, com tendência a se revolver entre os 3 e 4 meses de idade. O pico de incidência ocorre entre 4 e 6 semanas de vida, destacando-se: em bebês com boa saúde e condição nutricional.*[11]

A etiologia das cólicas do lactente é multifatorial e envolve aspectos gastrointestinais, biológicos e psicossociais. A interação desses fatores com o sistema nervoso central (eixo cérebro-intestino) modula a ocorrência e a intensidade da cólica. Nos primeiros meses de vida, o lactente tem uma deficiência transitória e fisiológica da lactase, apesar do leite materno ter, entre todos os mamíferos, o maior teor de lactose. Esse fato é explicado pela necessidade de sobrar um aporte maior de lactose após a passagem pelo intestino delgado para servir de substrato para alimentação, por fermentação, da microbiota intestinal, o que pode gerar uma quantidade maior de gases intestinais, caso não se tenha uma microbiota intestinal de boa qualidade, quantidade e diversidade (**Figura 1.1**).[12]

Associam-se uma barreira intestinal imatura, com maior permeabilidade, e uma coordenação da motilidade intestinal ainda incipiente.[12]

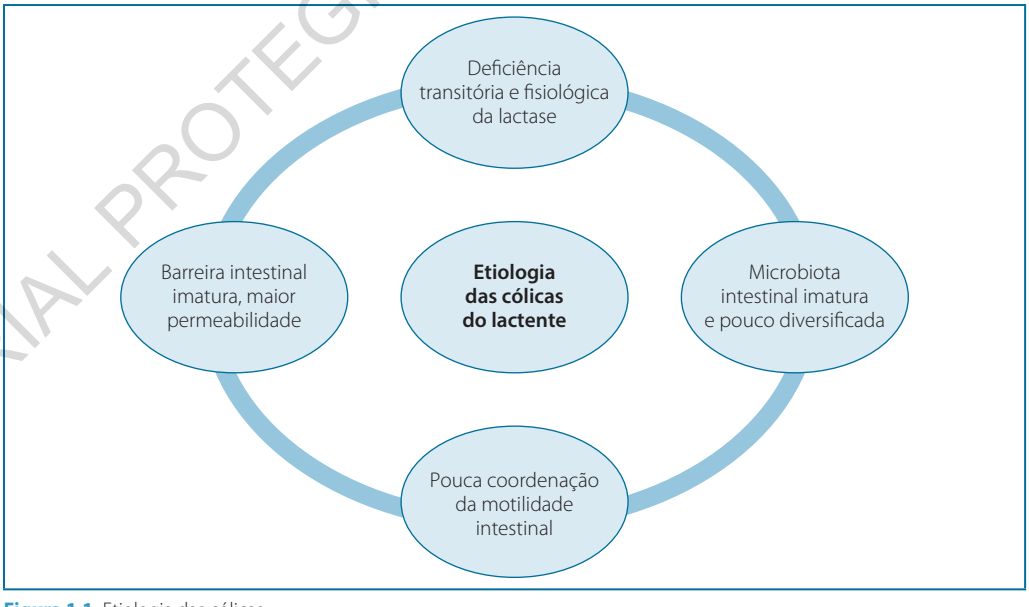

Figura 1.1. Etiologia das cólicas.
Fonte: Adaptada de Fernandes TF, 2021.[12]

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

Atenção

As cólicas do lactente impactam na sua qualidade de vida e da sua família; o choro, a irritabilidade e a agitação do bebê geram ansiedade, estresse, desmame precoce e – o que é pior – muitos casos de discórdia familiar, depressão pós-parto, além do uso indiscriminado de analgésicos e medicações sedativas. Estudos mostram que o choro excessivo sem resolução rápida em lactentes é uma das principais causas da síndrome do bebê sacudido (*the shaken-baby syndrome*).[12]

Atualmente as intervenções para lactentes em aleitamento materno exclusivo se baseiam nas orientações dos cuidadores e naqueles em que há a probabilidade da diversidade na microbiota intestinal estar reduzida, como, por exemplo, filhos de mães disbióticas pelo uso de antibióticos no período gestacional, nascidos de parto cesariana, entre outros fatores de risco. Podemos lançar mão do uso de probióticos de cepas específicas, validados pelos *Guidelines* e Consensos para este fim, por 21 dias a 3 meses segundo a necessidade do lactente. No caso de o lactente estar recebendo fórmulas infantis, as intervenções dietéticas têm a preferência das academias.[12,13]

- Explicar que as fezes do recém-nascido oscilam em cor, consistência e frequência.[12]
- Pontuar sobre os principais motivos de choro nas primeiras semanas de vida: fome, frio, calor e lembranças da vida intrauterina, como o balanço do andar, o calor e o odor materno (aconselhar o cuidado com o excesso de colo).[1]
- Segurança no trânsito: recomendar cadeirinhas tipo "ovo", fabricadas de modo que o bebê não escorregue para baixo e para que o arnês não lhe roce as orelhas.[1]
- Segurança no sono: ensinar que o bebê não deve dormir de bruços (risco de morte súbita no lactente).[1]
- Cuidados no banho do recém-nascido: no começo, é bom contar com um auxiliar.[1]
- Orientar sobre os sinais de alerta para procurar o profissional de saúde, verificar se:[1]
  - o bebê não consegue acordar direito, chora fraco ou está muito sonolento, especialmente se estiver diferente em relação aos outros dias;
  - há dificuldade para respirar: o bebê está cansado, especialmente durante as mamadas e/ou gemente;
  - há palidez ou alterações da cor das mãos e dos pés (como arroxeamento/cianose);
  - há recusa de várias mamadas seguidas ou aceitação de poucas;
  - ocorrem vômitos em grande quantidade, especialmente se forem acompanhados de febre ou diarreia;
  - houve aumento do número de evacuações ou fezes muito líquidas ou com sangue, especialmente se acompanhadas por vômito, recusa alimentar e/ou febre;
  - o abdome está distendido (barriga estufada);
  - o lactente está sem urinar (fralda seca) nas últimas 12 horas;
  - a urina tem cor escura e/ou cheiro forte;
  - houve piora da icterícia (cor amarelada da pele), atingindo a região abaixo do umbigo ou os braços e as pernas;
  - há vermelhidão ou secreção com mau cheiro no umbigo.
  - a temperatura corporal está menor que 35,5 °C ou maior que 37,8 °C;
  - há tremores em todo o corpo, convulsão (ataque) ou o bebê parece "desmaiado".

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

Finalizando a consulta do lactente[1]

- Deixar um contato para dúvidas e outro para urgências.
- Recomendar *sites* oficiais para informações gerais:
  - SBP: www.pediatriaparafamilias.com.br;
  - SPSP: www.pediatraorienta.org.br.
- Agendar o próximo atendimento para o primeiro mês de vida, ou antes, caso tenha se detectado algum problema nessa primeira consulta.

Acompanhamento do lactente até o 2º ano de vida

Crescimento[14]

O crescimento é um processo biológico complexo, definido como as mudanças no aspecto físico do indivíduo, iniciado desde a vida intrauterina até a idade adulta e influenciado por fatores genéticos, nutricionais, hormonais, sociais, econômicos, emocionais e ambientais.[14]

É imprescindível avaliar o crescimento durante as consultas de rotina de puericultura para que possa ser identificada qualquer alteração em momento oportuno. Durante a avaliação do crescimento, também podemos consolidar o vínculo com a família, orientando e tranquilizando diante das dúvidas sobre possíveis alterações no peso ou na estatura da criança.[15]

Parte dessa avaliação do crescimento consiste na realização da antropometria (peso, estatura e perímetro cefálico) em toda consulta de puericultura, anotando os dados na Caderneta de Saúde do Ministério da Saúde, que todas as crianças devem ter, assim como é essencial que as famílias compreendam a importância desse documento.[16]

As curvas de crescimento são feitas para guiar o pediatra ou o profissional de saúde que atende crianças e para comparar valores antropométricos (peso, estatura, PC) de uma criança que está sendo atendida, de acordo com o sexo e a idade com uma curva de referência. Atualmente utilizamos no Brasil as curvas da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2006,[17] recomendadas pela SBP e pelo Ministério da Saúde do Brasil para crianças até os 5 anos. A Caderneta de Saúde do Ministério da Saúde utiliza e disponibiliza essas curvas; elas também podem ser encontradas no *site* da SBP: www.sbp.com.br. Deve-se sempre considerar se há alguma curva específica para o lactente que está em consulta, como a das crianças com síndrome de Down e a dos prematuros.[18,19]

É importante sempre lembrar que, para nascidos prematuros, a utilização das curvas do projeto Intergrowth-21st permite classificar os RN em pequenos (< P10), adequados (entre P10 e P90) e grandes (> P90) para idade gestacional (IG), sendo este um parâmetro sobre como ocorreu o crescimento intrauterino. São curvas prescritivas construídas a partir de estudo multicêntrico, multiétnico de base populacional, que avaliou desde as 14 semanas de gestação até os 2 anos, com medidas de crescimento, nutrição e desenvolvimento, em modelo semelhante ao das curvas da OMS de 2006.[17,19]

Ao avaliarmos uma criança que não ganha peso de maneira adequada, devemos questionar:[14]

- A ingesta calórica está inadequada?
- Há alguma doença sistêmica?
- Há quanto tempo isso vem ocorrendo?

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

Failure to thrive é uma expressão utilizada para demonstrar uma má evolução de peso e crescimento, com diversas situações clínicas e ambientais que a justifiquem, como doenças sistêmicas, privação emocional, condições socioeconômicas e ambientais, causas genéticas e nutricionais.[14]

Ao analisarmos em consulta de rotina os dados antropométricos de uma criança no 1º semestre de vida, devemos avaliar alguns aspectos, como o peso para a idade e para a estatura, sendo considerados inadequados quando peso/idade ou peso/estatura forem menores do que 2 desvios-padrão (ou escore z) em relação à média para a mesma idade e sexo (z < -2DP). O ganho de peso esperado para a idade e a evolução da curva de crescimento devem ser ascendentes, nunca lineares nem descendentes.[14]

No primeiro ano de vida, ao identificar as alterações de peso/idade ou peso/estatura (< 2 DP em relação à média para mesma idade e sexo), o ganho diário de peso abaixo do esperado para idade e a alteração na curva de crescimento (retificada ou descendente), é importante se lembrar da qualidade e do tipo de alimentação oferecida, da forma de início da alimentação complementar e da alimentação atual de maneira criteriosa.[14]

O exame físico deve ser realizado de forma detalhada com atenção aos estigmas sindrômicos e aos sinais de doenças crônicas.[14]

Quadros de carência de micronutrientes são frequentes nessa faixa etária, principalmente de ferro, independentemente do estado nutricional. Além disso, infecções urinárias assintomáticas podem ser a causa de baixo ganho pôndero-estatural. Assim, hemograma e exame de urina com urocultura podem contribuir com a investigação do quadro clínico.[14]

O tratamento deve ser realizado de acordo com o diagnóstico, as necessidades e as realidades da criança e de sua família e o ambiente em que está inserida. Está relacionado com a gravidade do quadro de desnutrição, do comprometimento de estatura, do tempo de instalação, da presença de complicações, como a desidratação, e de causas secundárias ao quadro.[14]

Devemos lembrar que no Brasil, e em todo o mundo, percebemos nos últimos anos uma mudança do perfil nutricional em todas as faixas etárias, com taxas cada vez maiores de crianças e lactentes com excesso de peso (sobrepeso e obesidade).[15]

Desde o nascimento, mas com ênfase a partir do 2º semestre de vida, quando ocorre a introdução da alimentação complementar, devemos dialogar e orientar sobre a importância da alimentação saudável e adequada, e explicar para os cuidadores que esses cuidados têm relação direta com a prevenção dos distúrbios nutricionais, com consequências que perduram para toda a vida e atuam de maneira significativa na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (que representam a principal causa de morbidade e de mortalidade na vida adulta).[14,15]

Desenvolvimento

O desenvolvimento neuropsicomotor da criança, segundo Gesell, ocorre de acordo com o seu potencial genético, em uma sequência fixa de etapas, e depende da integridade do sistema nervoso central acrescido de estímulos múltiplos (afetivos, ambientais, sociais e psicológicos).[20,21]

Assim, a carga genética, influenciada pelos diferentes determinantes, propiciará a cada criança o seu próprio desenvolvimento.[20,21]

No 1º semestre de vida, o cérebro do RN ainda está em crescimento, iniciado no período intrauterino, e sua velocidade diminuirá a partir do 7º mês de vida até os 6 anos de idade. Para

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

que o pediatra possa observar e acompanhar o desenvolvimento infantil, é de fundamental importância uma abordagem integral, que considere e envolva toda a família e o ambiente no qual ela está inserida.[20]

A partir de uma avaliação sistemática e programada do desenvolvimento, o diagnóstico oportuno e o quanto antes nos casos de desvios deve ser rapidamente percebido pelos médicos e pediatras. Entre os testes disponíveis para essa avaliação, o mais utilizado no Brasil e em vários países do mundo, por ser de simples aplicação e interpretação, é o teste de triagem do desenvolvimento de Denver (TTDD), criado por Frankenburg e colaboradores em 1967 e revisto em 1990, conhecido então como teste de triagem do desenvolvimento de Denver revisado (TTDD-R) ou Denver II.[22]

Esse teste está distribuído em quatro áreas do desenvolvimento: motor-grosseiro, motor-adaptativo, pessoal-social (relacionamento com as pessoas e cuidado consigo mesmo) e linguagem.[22]

Para uma boa avaliação, o lactente deve ser observado em diferentes posições e posturas (prona, supina, puxado para se sentar e levantado pela axila), consciente e acordado, calmo e sem choro, em uma avaliação global e completa de suas áreas do desenvolvimento.[20]

No 1º semestre de vida, os principais marcos do desenvolvimento estão no 1º, 2º, 4º e 6º mês, sendo referências utilizadas para identificar parâmetros de como está ocorrendo o desenvolvimento da criança. Isso pode promover uma comparação e preocupação em alguns pais e familiares, o que é absolutamente normal; no entanto, devemos lembrar que são apenas padrões, e não regras, pois cada criança é única e tem o seu próprio ritmo.[19]

A seguir, são apresentadas algumas perguntas-chave, considerando os marcos do desenvolvimento conforme a idade média que costumam ocorrer, a serem sempre verificados e assinalados na escala de Denver II.[23]

Desenvolvimento: perguntas para rápida avaliação[23]

- 1 mês — Quando de bruços, é capaz de erguer a cabeça?
  Fixa o rosto da mãe quando ela lhe fala?
- 2 meses — Apresenta sorriso social?
- 3 meses — Acompanha com o olhar um objeto em movimento?
  Mantém as mãos abertas a maior parte do tempo?
- 4 meses — Segura um chocalho?
  Ri alto?
  Senta-se quando apoiado nas costas?
- 5 meses — É capaz de se virar?
  Alcança e segura objetos?
- 6 meses — Senta com apoio e os braços esticados para a frente e para baixo?
- 7 meses — Senta sem apoio?
  Transfere objetos de uma mão para outra?
  Balbucia?
- 8 meses — Estranha pessoas?
  Participa do jogo "esconde-achou"?

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

- 9 meses — Avaliar com atenção o desenvolvimento atingido até esta fase:
  Mantém-se de pé apoiado nos móveis?
  Engatinha? (não obrigatório).
  Pega em pinça polegar-indicador?
  Fala "ma-ma", "da-da"?
  Tem ansiedade de separação dos pais?
  Recupera um objeto escondido por um lenço?
- 11 meses — Anda apoiado pelas duas mãos ou apoiado nos móveis?
- 12 meses — Anda segurado por uma das mãos?
  Localiza sons produzidos abaixo e acima da cabeça?
  Obedece ao comando dado junto com um gesto "me dá"?
  Olha para um objeto que cai ou foi escondido?



Atenção

Nas crianças que têm desenvolvimento em "câmara lenta", é importante que esse desenvolvimento seja progressivo, na sequência certa e que cada etapa atingida seja de boa qualidade.[23]

São considerados sinais de alerta os que se seguem:

Ao final do 1º trimestre

- Ausência de sorriso social.
- Olhar vago, pouco interessado.
- Sobressalto exagerado ao menor ruído.
- Nenhuma reação a ruídos fortes (surdez).
- Mãos persistentemente fechadas.

Ao final do 2º trimestre

- Incapacidade de virar a cabeça para localizar sons (4 meses).
- Hipertonia (rigidez) dos membros inferiores.
- Hipotonia do eixo do corpo: controle deficiente da cabeça.
- Criança exageradamente lenta e sem interesse.
- Movimentos bruscos do tipo "descarga motora".
- Ausência de risada.
- Falta de reação aos sons (surdez?).

Ao final do 3º trimestre

- Incapacidade de se sentar sem apoio (hipotonia do tronco).
- Pernas duras "em tesoura" (espasticidade).
- Pernas moles em "posição de rã" (hipotonia).
- Mãos persistentemente fechadas.

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

- Ausência de preensão em pinça.
- Incapacidade de localizar um som (surdez?).
- Ausência de balbucio (distúrbio articulatório?).
- Sorriso social pobre.
- Ausência de interesse no jogo "esconde-achou".
- Ausência de sinergia pés-mãos (colocada em pé com apoio não procura ajudar com as mãos).
- Presença de movimentos anormais.
- Inércia psíquica ou irritabilidade excessiva.
- Ausência de fala silábica.

Considerações finais e conclusões

Após o primeiro ano de vida, recomenda-se que o lactente seja avaliado, basicamente, em três consultas: aos 15, aos 18 e aos 24 meses.[1]

A queixa sobre recusa alimentar é muito frequente quando se aproxima do segundo ano de vida, quando a velocidade de crescimento diminui bastante em relação ao primeiro ano e, consequentemente, diminuem também as necessidades nutricionais e o apetite.[2,3]

Nessa idade, a criança encontra-se, naturalmente, no processo de neofobia, em que as novidades são inicialmente rejeitadas; trata-se da fase da seletividade. As crianças devem ser estimuladas a comer vários alimentos, com diferentes gostos, cores, consistências, temperaturas e texturas, explorando-se sua curiosidade e sua fantasia. Para isso, a paciência, a criatividade e a persistência são as principais ferramentas: nunca forçar, ameaçar ou associar eventos negativos ao ato de comer.[2,3]

Também não se deve usar ofertas extras como prêmio pelo alimento que está sendo oferecido; assim, consegue-se a confiança da criança naquilo que ela come, sem reforçar a neofobia.[1]

A dependência de um único alimento, como o leite, ou o consumo de grande volume de outros líquidos, como os sucos, pode provocar um desequilíbrio nutricional.[1]

Quanto ao desenvolvimento de 1 a 2 anos de idade, a criança sente-se desafiada a se fazer entender pela fala e se esforça para aumentar o repertório de palavras a cada dia. Com o interesse do bebê mais aguçado do que nunca por palavras, expressões e sons diferentes, é hora de proporcionar jogos e brincadeiras que permitam ao pequeno tagarela ampliar o vocabulário e melhorar a pronúncia e a dicção.[1-3]

Aos 18 meses, a criança está apta a se comunicar formando frases curtas de duas ou três palavras. Ao mesmo tempo que algumas atitudes da família estimulam a linguagem, outras atrasam os avanços da criança. Embora a aquisição da fala seja um processo que se estende até o terceiro ano de vida, desde agora convém evitar atitudes como imitar o jeito infantilizado do bebê; se ele pede "tete", deve-se responder "quer tomar leite?".[1,2]

Ele está na época das descobertas, andando e buscando novos horizontes, arriscando-se e, assim, aumentando o risco de acidentes domésticos. Com tanta energia para gastar e tantas descobertas pela frente, a criança não quer parar sua atividade para comer e/ou dormir.[1,2]

É importante determinar uma rotina para a criança e para a família, o que, por si só, já é o primeiro contato da criança com as regras da casa. Entretanto, a maneira como as regras são impostas varia conforme a maturidade da criança.

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

Até os 2 anos de idade, o lactente começa a perceber o mundo e as pessoas ao seu redor, mas ainda não sabe dividir; trata-se da tradicional fase do "é meu!". É nesse período que o "não", principalmente relacionado à segurança, passa a fazer parte mais ativamente da vida da criança.

Mais do que um suporte fundamental em orientações técnicas sobre amamentação, vacinação, alimentação e soluções de eventuais problemas de saúde, o papel do pediatra é crucial também como um aparato emocional aos pais/cuidadores do recém-nascido à adolescência ao colaborar para a harmonia familiar e, assim, proporcionar o crescimento e o desenvolvimento saudável, tão cruciais nessa fase da vida.

Vale lembrar que, a partir do primeiro ano de vida, desenvolve-se o córtex pré-frontal, responsável pelas tarefas cognitivas mais sofisticadas e complexas da mente humana; é a "casa" da personalidade, que irá contribuir para a tomada de decisões, a adoção de estratégias e o controle do comportamento emocional. É na puericultura, passo a passo nos dois primeiros anos de vida, que se abrem janelas de oportunidade para a formação de crianças saudáveis, sensíveis e emocionalmente equilibradas.

Referências bibliográficas

1. Fernandes TF, Assad RR. A consulta de puericultura. In: Fernandes TF, Fonseca CRB, editores. Puericultura passo a passo. Rio de Janeiro: Atheneu; 2018. Cap. 8, Seção 2:29-31.
2. Fernandes TF. Os primeiros mil dias. In: Fernandes TF. Pediatria ambulatorial: da teoria à prática. Rio de Janeiro: Atheneu; 2016. p. 37-47.
3. Murahovschi J. Consulta pediátrica no primeiro ano de vida. In: Temas de pediatria Nestlé Nutrition [Internet]. Nestlé Nutrition Institute [citado fev 2024]. Disponível em: https://www.nestlenutrition-institute.org/country/br/publicacoes.
4. American Academy of Pediatrics. Infancy visits. In: Bright futures. 4. ed. Elk Grove Village: AAP; 2017. p. 303-563.
5. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Imunizações; Departamento de Infectologia (2024/2025). Calendário de Vacinação da SBP 2024/25 [Internet]. Rio de Janeiro: SBP; 2024 [citado fev 2024]. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/24727d-DC_Calendario_Vacinacao_-_Atualizacao_2024.pdf.
6. Fernandes TF, Pires AMB. Os primeiros 1.000 dias. O dia a dia do pediatra. Rio de Janeiro: Atheneu; 2021. Cap 1:1-5.
7. American Academy of Pediatrics. Vitamin D recommended by the American Academy of Pediatrics [Internet]. Shoreview Pediatrics; 2018 [citado fev 2024]. Disponível em: https://www.shoreviewpediatrics.com/2018/09/28/vitamin-d-recommended-by-the-american-academy-of-pediatrics/.
8. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamentos Científicos de Dermatologia e Neonatologia. Atualização sobre os cuidados com a pele do recém-nascido [Internet]. Rio de Janeiro: SBP; 2021 [citado fev 2024]. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22978c-DocCient-Atualiz_sobre_Cuidados_Pele_do_RN.pdf.
9. Sociedade Brasileira de Pediatria. Grupo de Trabalho Criança, Adolescente e Natureza (2019-2021). O papel da natureza na recuperação da saúde e bem-estar das crianças e adolescentes durante e após a pandemia de covid-19 [Internet]. Rio de Janeiro: SBP; 2021 [citado fev 2024]. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23207d-NA_-Papel_Natureza_na_recuper_saude_BEstar_cr_e_adl.pdf.
10. Souza AL, Batista FF, Tacla MT, Cardelli AA, Ferrari RA. Medication use in children below one-year-old. Rev Soc Bras Enferm Ped. 2020;20(1):31-9.
11. Di Lorenzo C, Nurko S, Rome IV Pediatric Committee. Rome IV pediatric functional gastrointestinal disorders and disorders of gut-brain interaction. North Carolina: The Rome Foundation; 2016. ISBN: 978-0-9907915-9-1.
12. Fernandes TF. Transtornos gastrointestinais funcionais. In: Fernandes TF, Pires AMB, editores. O dia a dia do pediatra. Rio de Janeiro: Atheneu; 2021, Cap. 2:42-46.
13. Dryl R, Szajewska H. Probiotics for management of infantile colic: a systematic review of randomized controlled trials. Arch Med Sci. 2018 Aug;14(5):1137-1143.
14. Domingues NT, Strufaldi MWL. Crescimento. In: Fernandes TF, Pires AMB, editores. O dia a dia do pediatra. Rio de Janeiro: Atheneu; 2021. Cap. 2:26-28.
15. Filho AAB. Crescimento. In: Sociedade Brasileira de Pediatria. Tratado de pediatria. 4. ed. Barueri: Manole; 2017. p. 63-70.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta da criança: passaporte da cidadania [Internet]. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado fev 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menino_2ed.pdf.

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

17. World Health Organization. WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development. WHO; 2006.
18. Cronk CE. Growth of children with Down's syndrome: birth to age 3 years. Pediatrics. 1978;61:564-8.
19. Villar J, Cheikh Ismail L, Victora CG, Ohuma EO, Bertino E, Altman DG et al. International Fetal and Newborn Growth Consortium for the 21st Century (Intergrowth-21st). International standards for newborn weight, length, and head circumference by gestational age and sex: the Newborn Cross-Sectional Study of the Intergrowth-21st Project. Lancet. 2014 Sep 6; 384(9946):857-68.
20. Fonseca CRB. Desenvolvimento. In: Fernandes TF, Pires AMB, editores. O dia a dia do pediatra. Rio de Janeiro: Atheneu; 2021. Cap. 2:29-32.
21. Gesell A. Diagnóstico del desarrollo. Buenos Aires: Paidós; 1945.
22. Faleiros FTV, Prearo AY, Tiba CAH. Desenvolvimento neuropsicomotor nos primeiros anos e saúde do escolar. In: Rugolo LMSS, Martin JG, Fioretto JR, Bentlin MR, editores. Pediatria: do recém-nascido ao adolescente. Rio de Janeiro: Atheneu; 2020. p. 91-96.
23. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Pediatria Ambulatorial. Resgate do pediatra geral [Internet]. Rio de Janeiro: SBP; 2004 [citado fev 2024]. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/img/documentos/doc_pediatria_ambulatorial.pdf.

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS