



DOCUMENTO
CIENTÍFICO

◆
PEDIATRIA AMBULATORIAL

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

SUMÁRIO

RESGATE DO PEDIATRA GERAL

1. SOS – Pediatria Geral	4
2. Puericultura (atual e eterna)	5
3. Puericultura – Consultas de Seguimento	10
4. Divulgação para a mídia	15
5. A (perigosa) cultura do Pronto Socorro	16
6. Vacinação	18
7. Inteligência Emocional	19
8. Disciplina – Regras e Disciplina	19
9. Marcos do Desenvolvimento	20
10. Amamentação	23



SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA
DOCUMENTO CIENTÍFICO

PEDIATRIA AMBULATORIAL

F E V E R E I R O D E 2 0 0 4

RESGATE DO PEDIATRA GERAL

**CONSENSO
DO DEPARTAMENTO CIENTÍFICO
DE PEDIATRIA AMBULATORIAL
DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA**

1. SOS – PEDIATRA GERAL

A Clínica Médica se desmembrou em numerosas especialidades. Com isso ganhou o tratamento das doenças específicas e graves. Mas com isso perdeu o enfoque global do paciente que deixou de ter um médico que o conhecesse como um todo, e o auxiliasse na promoção da saúde levando em conta seu ambiente familiar, suas preocupações profissionais e seu temperamento. A Pediatria está correndo o mesmo risco. Vamos nos unir para evitar a extinção dessa preciosa espécie – **o pediatra geral**. Para isso é necessário reeducar concomitantemente o público e o próprio pediatra. É preciso que a população acredite no pediatra geral e que o pediatra geral acredite nele mesmo. O Departamento de Pediatria **Ambulatorial** da **Sociedade Brasileira de Pediatria** está assumindo a responsabilidade desse resgate.

Missão

“A missão do Departamento de Pediatria **AMBULATORIAL** da SBP é resgatar o papel do **pediatra geral** na **promoção da saúde** da **criança** e do **adolescente** no contexto de sua família e da sua comunidade. Para atingir esse objetivo, o Departamento deve atuar em três frentes:

a) público em geral:

- 1) exortando-o a fazer consultas periódicas de puericultura com ênfase na prevenção e educação em saúde, através da criação de vínculo/empatia com a família.
- 2) divulgando que, concomitantemente, o pediatra geral é capaz de resolver a grande maioria das doenças habituais das crianças.
- 3) alertando-o dos riscos da atual cultura do pronto-socorro e das consultas intempestivas a especialistas.

- 4) dando orientação, inclusive intermédio da mídia, em questões básicas de saúde.

b) pediatra geral:

- 1) conscientizando-o de sua importância na promoção da saúde e estimulando-o a não atuar apenas como socorrista mas aproveitar todas as consultas para exercer ação preventiva e educadora sem prejuízo para sua atuação eficaz na resolução das doenças habituais da infância;
- 2) ajudando-o com informações e material úteis para a execução dessa tarefa.

c) órgãos responsáveis por política de saúde pública e privada:

- 1) proporcionando condições adequadas para a prática pediátrica ambulatorial:
 - (a) o direito da criança ser protegida por seu pediatra deve ser exercida por meio de consultas periódicas de puericultura com a garantia de se poder agendar consultas mais frequentes, de acordo com a necessidade e independente da idade da criança.
 - (b) montagem de uma estrutura mínima de apoio contando com profissionais de saúde aptos a executar avaliação antropométrica (peso e medidas) e testes de acuidade visual, fazer o treinamento da amamentação, completar a explicação da prescrição, demonstrar o preparo de refeições de bom valor nutricional e de baixo custo, ensinar medidas de higiene e executar terapia psicológica e de mediação familiar.
- 2) proporcionando remuneração adequada para essa prática.
- 3) proporcionando participação especial do pediatra no Programa de Saúde da Família.

2. PUERICULTURA (atual e eterna)

A **Pediatria** tem por **missão** a promoção da saúde da criança em toda sua plenitude.

Cabe ao **pediatra** ajudar a criança (e sua família) em todas as fases de seu desenvolvimento de modo que ao atingir a fase adulta ela esteja apta a exercer plenamente seu potencial.

Para isso cabe ao pediatra acompanhar, vigiar e proteger o crescimento e o desenvolvimento da criança desde o momento do seu nascimento (ou mesmo antes) até o final da adolescência (ou até depois).

A Pediatria quando trata de doenças da criança pode ser considerada uma especialidade mas quando incorpora a Puericultura transforma-se na anti-especialidade porque não trata de só um órgão ou sistema mas do indivíduo como um todo, um ser indivisível do ponto de vista físico e psíquico. A **meta é a saúde**, um processo continuado de preservação da vida com qualidade.

Isto significa ajudar a criar uma criança saudável, considerando-se saúde no seu sentido abrangente de estado (processo estável) de bem estar físico, psíquico e social, o que implica não só em estar livre de doença mas também estar emocionalmente equilibrado e socialmente integrado na família e na comunidade.

A **Puericultura** se baseia na consulta médica.

A **consulta médica** pediátrica tem a peculiaridade de se constituir, no mínimo, numa tríade pediatra-criança-mãe ou substituta (família).

A **consulta pediátrica** representa um ato de confiança na qual o pediatra deve estabelecer com a criança/família um vínculo especial que é a **empatia**.

Empatia não é sinônimo de simpatia.

Empatia significa sintonia. Significa “sentir o que o outro está sentindo” e até “se sentir no lugar do outro”.

A empatia começa com um acolhimento personalizado que implica em respeito e valorização do paciente/família.

O médico deve saber escutar o paciente. Escutar não é só o ato mecânico (acústico) de ouvir. Escutar é compreender e introjetar o que o outro está falando, é a valorização do discurso do paciente e se completa pela manutenção de um diálogo (no sentido real do termo). Isso permite compreender a dinâmica da mãe em relação à doença e fazer a leitura de suas necessidades, inseguranças, medos, fantasias de culpa e expectativas além de detectar situações estressantes pelas quais a família pode estar passando.

Cabe ao puericultor atuar na **prevenção**, isto é, ele age mais para evitar, afastar ou controlar os **fatores de risco** do que propriamente nas doenças.

A **meta** é fazer o diagnóstico e listar os problemas detectados, em relação à alimentação, estado nutricional (desnutrição, anemia, obesidade), imunização, crescimento, desenvolvimento neuropsicomotor e pubertário e comportamento.

Para isso o puericultor conta com os dados de anamnese e exame físico.

A **anamnese** exige técnicas de comunicação de acordo com o nível da família com a agravante de que geralmente

se faz por intermédio de um familiar (mãe) que se identifica com a criança, sofrendo mesmo uma certa regressão para ficar ao nível da mesma, além da ansiedade que toda ocasião de doença acarreta.

Cabe ao médico dirigir o diálogo para obter, em tempo curto, dados objetivos.

Impressos padronizados e prontuários informatizados são inegavelmente úteis mas não substituem uma entrevista sobre as condições de vida da criança e as condições familiares e ambientais, incluindo:

1. Condições econômicas e sociais da família (risco social).
2. Condições de moradia (salubridade) e da creche/escola.
3. Alimentação (detalhada) habitual, ênfase no aleitamento materno.
4. Funcionamento intestinal.
5. Habilidades de acordo com a etapa do desenvolvimento.
6. Temperamento e personalidade, comportamento.
7. Linguagem.
8. Acuidade visual.
9. Sono.
10. Disciplina (erros educativos).
11. Atividades lúdicas e sociais (brincadeiras).
12. Escolaridade.
13. Vacinação.

Os dados obtidos vão servir de base para a **orientação da família**:

Considerar sempre que o processo de decisão clínica deve ser compartilhado com o paciente, isto é, após uma boa comunicação e interação que garanta o paciente como agente ativo do tratamento, o plano terapêutico deve ser elaborado em conjunto para garantir a adesão via responsabilidade compartilhada e conscientemente adequada à realidade.

1. Encaminhar, se for o caso, para assistência social/serviço de psicologia familiar.
2. Promover correção ou melhoria, dentro das possibilidades, das condições da moradia (particularmente do quarto em que a criança dorme) e da creche.
3. Instituir alimentação adequada à etapa de crescimento da criança e às condições da família: ênfase no aleitamento materno; fórmulas lácteas adequadas; passagem gradual para a alimentação da família; a partir dos 5 anos – dieta prudente (prevenção das doenças cardiovasculares e da obesidade do adulto). Aproveitar a oportunidade para influir e corrigir a alimentação da família.
4. Corrigir, através da dieta, o funcionamento intestinal (atenção para constipação).
5. Estimular atividade física (inclusive para os pais).
6. Conscientizar da importância da vacinação (correção das falhas).
7. Advertir quanto à prevenção de acidentes.
8. Orientar quanto as peculiaridades das diferentes fases do desenvolvimento afetivo, social e cognitivo.

9. Orientar quanto à disciplina e ao estabelecimento de limites.
10. **Agendar** consultas de **puericultura** (*seguimento*) com a seguinte programação *mínima*: 1ª consulta precoce – 3 a 7 dias após a alta da maternidade (para solucionar problemas da amamentação e para detectar icterícia neonatal com os retornos indicados; nova consulta no final do 1º mês e, daí em diante: mensalmente no 1º semestre, consultas aos 6,9 e 12 meses, consultas trimestrais no 2º ano, semestrais no pré-escolar e anuais, no escolar. Se em qualquer ocasião forem detectados problemas ou desvios da normalidade, consultas extras devem ser marcada mensalmente ou quantas vezes forem necessárias.
11. Esclarecer a família quanto aos meios disponíveis (telefone, fax, e-mail) para esclarecer dúvidas bem como proceder em situações de emergência.

A doença incide em um ser humano que além de somático é também mental e social, por isso “toda doença é psicossomática”. Toda doença é pluricausal obedecendo a fatores biológicos (que inclui a genética e a etapa de maturação), físicos e químicos aos quais se deve acrescentar o fator “estresse psicossocial”.

Como corolário não existe um diagnóstico único e nem mesmo principal mas sim uma lista de problemas detectados e que devem ser enfocados concomitantemente embora possa haver necessidade de priorização.

Cabe ainda ao puericultor e ao pediatra detectar e tratar as doenças mais comuns e frequentes da infância que incluem infecções das vias aéreas superiores (IVAS), asma, pneu-

monia, infecção urinária, GNDA, diarreia, anemia, constipação, dor abdominal, doenças exantemáticas, afecções da pele, parasitoses, acne, distúrbios do comportamento.

Para isso, o pediatra deve ter conhecimentos médicos com bases sólidas, saber manejar os medicamentos essenciais, conhecer a tecnologia atual e aproveitar medicação caseira culturalmente aceita.

O pediatra deve comunicar o **diagnóstico** sem o uso de jargão médico, informar o que se espera da evolução da doença e explicar os sinais de alerta que indicariam uma evolução não satisfatória da doença. Deve ainda colocar à disposição da família meios de comunicação (telefone) pessoal ou do serviço e instruções para caso de emergência além de retorno marcado para reavaliação do caso.

Em relação à **prescrição** de medicamentos, obedecer às regras básicas: poucos (só os essenciais e de valor demonstrado); levar em conta o preço (genéricos), horário adaptado à família, uso de sintomáticos úteis (evitar a repetição), horário exequível, letra legível, nunca usar abreviaturas, siglas ou símbolos matemáticos.

Além de sua atuação no ambulatório/consultório, o pediatra geral pode exercer sua atividade no serviço de emergência e na enfermaria (pacientes hospitalizados). O pediatra geral precisa estar apto a fazer pelo menos a investigação inicial dos casos complexos e sem se transformar no pediatra triador, o pediatra “au, au” (“ao” ORL, “ao” dermatologista. “ao” alergista) ter o bom senso de encaminhar ao especialista, os casos que escapem da sua alçada.

O encaminhamento ao especialista não exime o pediatra-puericultor de sua responsabilidade. Ao contrário, além

de apoiar a prescrição do especialista, continua cabendo ao **pediatra/puericultor a tarefa intransferível de educação médica da família para uma qualidade de vida melhor no presente e no futuro.**

Referências especiais:

01. Prof. Pedro Alcântara, Eduardo Marcondes, Ana Cecília Silveira Lins Sucupira.

Pediatria Geral

Competência médica

Toda doença atinge a criança globalmente

Manuais

Protocolos de diagnósticos

Protocolos de tratamento

Impressos

Informática

- Comunicação do diagnóstico (sem jargão médico)
- O que se espera da evolução da doença
- Os sinais de alerta
- A comunicação telefônica
- O retorno/reavaliação
- Conduta nas emergências
- Prescrição
 - identificar expectativas, necessidades, medo, circunstâncias estressantes

- elaboração conjunta (responsabilidade compartilhada) do plano terapêutico
- realista (respeitar a cultura, fazer as correções)
- poucos remédios (só os essenciais)
- considerar o preço
- letra legível
- horário exequível
- nunca usar abreviaturas, siglas ou símbolos
- encaminhamento criterioso ao especialista

Pediatra/puericultor

Tarefa intransferível de educação em saúde (promoção de saúde)

Meta: qualidade de vida melhor no presente e no futuro, para criança/família.

Puericultura

Objetivo: manter a saúde = preservação da saúde = estar fisicamente livre de doença, emocionalmente equilibrado, socialmente integrado e útil.

A **consulta:** empatia = sintonia (sem perda dos limites entre médico/paciente)

- acolhimento personalizado, respeito, valorização
- saber escutar e manter diálogo, comunicação e interação

Puericultor: orientação da criança, educação em saúde da família.

Intervenções suaves no ambiente.

Atendimento em grupo (troca de experiência)

Puericultura: prevenção, controlar os fatores de risco.

Anamnese – técnica de comunicação

Diálogo dirigido

Condições de vida da criança/família

Impressos padronizados

Informática

- Condições econômicas e sociais da família
- Condições de moradia/creche/escolinha
- Alimentação
- Funcionamento intestinal
- Habilidades de desenvolvimento
- Temperamento, comportamento, disciplina

- Linguagem
- Sono
- Brincadeiras
- Escolaridade
- Vacinação
- Antecedentes pessoais/familiares

Exame físico

Paciência, delicadeza, firmeza, determinação
Prioridade para inspeção geral

Lista de problemas detectados

Detectar casos de risco físico e social

Orientação

*Encaminhamento para serviços de assistência
Social/psicologia*

Generosa em explicações/informações

- Melhoria das condições de habitação
- Alimentação (criança/família)
- Correção do funcionamento intestinal
- Estímulo de atividade física (criança/família)
- Vacinação
- Prevenção de acidentes
- Psicologia comportamental, normas disciplinares

3. PUERICULTURA – CONSULTAS DE SEGUIMENTO

A assistência **global** à criança deve ser feita de maneira evolutiva, para acompanhar o crescimento e o desenvolvimento do paciente. Assim, em cada consulta, a anamnese deve incluir dados de desenvolvimento, possíveis queixas ou dificuldades, e o exame físico deve comprovar os progressos do desenvolvimento e registrar os parâmetros de crescimento. **A prescrição deve incluir alimentação, vacinação e orientação.**

Toda consulta pediátrica, independente da queixa, deve incluir a Puericultura.

A seguir, alguns lembretes para o pediatra geral em consultas em idades-chaves do desenvolvimento.

1º Mês (0-30 dias)

1ª consulta – 3 a 7 dias depois da alta da maternidade.

Detectar crianças com risco físico/famílias em risco social.

(Encaminhamento por assistência social, psicóloga; atendimento individualizado).

Avaliar icterícia, controlar o peso, revisar a técnica da amamentação (assistir a uma mamada) verificando se a mamada é eficiente.

Estabelecer empatia (sintonia com as dificuldades da mãe), proporcionar apoio, e estímulo, garantir disponibilidade para resolver as dúvidas e os problemas, atrair marido e familiares para uma base de sustentação à amamentação.

Se as condições da amamentação persistirem instáveis, marcar retornos a intervalos curtos para estímulo, correção das falhas e controle ponderável.

Advertir contra o uso de chupeta pelo menos nas 3 primeiras semanas e para a desnecessidade e desvantagens do uso de chá ou água nos intervalos das mamadas.

Colocar a criança no berço em decúbito dorsal (não de bruços) ou de lado.

Estímulos visuais e auditivos.

Prevenir a família que as cólicas vespertinas começam a partir de 3 semanas de vida.

Proibido fumar perto da criança.

1º Ano

Crescimento

Acompanhar com as **curvas de crescimento**; completar a avaliação nutricional, observando vivacidade e humor, tônus muscular e turgor do subcutâneo.

Desenvolvimento – Perguntas para rápida avaliação

1 mês – Quando de bruços é capaz de erguer a cabeça? Fixa o rosto da mãe, quando ela lhe fala?

2 meses – 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 quando apoiada nas costas?

5 meses – É capaz de se virar? (cuidado!). 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”)?

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? (cuidado com objetos pequenos). Fala ma-ma, da-da? 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 segura por uma das mãos? Localiza sons produzidos abaixo e acima da cabeça? Obedece comando dado junto com um gesto (“me dá”)? Olha para um objeto que cai ou foi escondido?

Observação – nas crianças que tem desenvolvimento em “câmara lenta” é importante que esse desenvolvimento seja progressivo, na sequência certa e que cada etapa atingida seja de boa qualidade.

Sinais de alerta no fim do 1º trimestre

- Ausência de sorriso social
- Olhar vago, pouco interessado

- O menor ruído provoca grande sobressalto
- Nenhuma reação a ruídos fortes (surdez)
- Mãos persistentemente fechadas

Sinais de alarme no fim do 2º trimestre

- Não vira a cabeça para localizar sons (4 meses)
- Hipertonia (rigidez) dos membros inferiores
- Hipotonia do eixo do corpo: controle deficiente da cabeça
- Criança exadatamente lenta e sem interesse
- Movimentos bruscos do tipo “descarga motora”
- Não dá risada
- Falta de reação aos sons (surdez?)

Sinais de alarme aos 9 meses. Obrigatório tomar providência

- Não senta sem apoio (hipotonia do tronco)
- Pernas duras, “em tesoura” (espasticidade)
- Pernas moles em “posição de rã” (hipotonia)
- Mãos persistentemente fechadas
- Não tem preensão em pinça
- Incapacidade de localizar um som (surdez?)
- Ausência de balbucio (distúrbio articulatorio?)
- Sorriso social pobre
- Não tem interesse no jogo “esconde-achou”

Sinais de alarme no 1º aniversário

- Ausência de sinergia pés-mãos (colocada em pé com apoio não procura ajudar com as mãos)
- Criança parada ou mumificada

- Movimentos anormais
- Psiquicamente inerte ou irritada, sorriso social pobre
- Não fala sílabas; cessação do balbucio (surdez?)

Alimentação

Leite materno exclusivo até os 6 meses de idade

Não há necessidade de suplemento vitamínico ou de ferro.

Recomendar banhos de sol pela manhã e passeios ao ar livre.

Aos 4 meses, se a mãe volta ao trabalho, recomendar leite materno ordenhado; eventualmente antecipar a alimentação do 2º semestre.

Na falta irreversível do leite materno, recomendar “fórmulas” adaptadas para o 1º ou 2º semestre (segundo as recomendações do Codex alimentar).

Aos 6 meses iniciar: papa de carne, legumes, verduras, cereais e leguminosas com óleo/azeite em consistência pastosa; papa e suco de frutas. Aos 7-8 meses: 2 papas (almoço e jantar). Aproveitar os alimentos mais facilmente disponíveis.

Aos 10 meses: papa amassada com o garfo; estimular uso de copo e a mastigação.

Com 1 ano: “comidinha” da mesa do adulto, em pedaços pequenos, incluindo arroz, feijão, carne ou frango ou peixe, ovo, legumes, verduras, frutas, óleo, azeite, leite com ferro.

Orientar quanto ao preparo de alimentos de bom valor nutricional e de baixo custo.

Vacinação

De acordo com o **calendário** (orientação) da SBP.

Algumas orientações aos pais

1. Estímulos auditivos e visuais; conversar.
2. Banho de sol e passeios ao ar livre.
3. Transporte no carro em assento tipo conchinha com acessório que firma o pescoço (com selo de certificação; leia as instruções).
4. Nunca fumar perto da criança, no quarto, no carro.
5. A partir dos 6 meses é útil o “quadrado” (chiqueirinho”) ao nível do chão.
6. Ao atravessar a rua puxe o carrinho pela frente.
7. Aos 6 meses – retirar a criança do quarto dos pais.
8. Aos 9 meses: liberdade para engatinhar (prevenção de acidentes).
9. Cuidado com objetos pequenos que podem ser colocados na boca e aspirados.
10. Desencorajar andador.
11. Calçado tipo tênis, flexível.

2º Ano

Crescimento – a velocidade do crescimento diminui

Desenvolvimento

15 meses: É capaz de andar sozinha? Consegue comunicar seus desejos apontando e emitindo sons? É capaz de construir uma torre de 3 blocos? Fala 3 palavras?

24 meses – É capaz de correr? Consegue subir e descer escadas segurando-se no corrimão? É capaz de se expressar com frase de 2 palavras?

Vacinação – de acordo com o **calendário** recomendado pela SBP.

Algumas orientações aos pais

1. Estimular o uso do copo e reduzir mamadeira.
2. Deixar a criança comer com as próprias mãos e exercitar o uso da colher.
3. Estimular o desenvolvimento da linguagem (conversar, ler).
4. Brincar ao ar livre.
5. Pés aparentemente chatos, membros inferiores em arco, com joelhos afastados.
6. Considerar a birra como normal mas ignorar os comportamentos inadequados.
7. Os pais devem observar se as crianças enxergam bem com os 2 olhos em separado.

Pré-Escolar (3-5 anos)

Crescimento: fase de crescimento lento com estirão (estatura predominando sobre o peso): criança “espigada”.

Desenvolvimento

30 meses: consegue pular erguendo os 2 pés do chão? Quando solicitada é capaz de apontar partes de seu corpo?

3 anos: É capaz de pedalar? Sabe seu primeiro nome? Linguagem inteligível? Controla evacuação? Controla micção diurna?

4 anos: Consegue manter-se sobre um pé só? Sabe seu nome inteiro? Controla micção noturna?

5 anos: É capaz de executar 3 ordens? Desenha um homem com cabeça, corpo, braços e pernas? Consegue saltar? Controla micção noturna?

Alerta a distúrbios sérios do comportamento/humor que podem sugerir maus tratos.

Nos casos suspeitos, notificar e buscar orientação junto ao Conselho Tutelar da localidade e ao Juizado da Infância e da Juventude.

Algumas orientações aos pais

1. Estimular a independência, economizar as “não pode”, estabelecer limites definidos. Brincar com outras crianças.
2. Retirada da chupeta.
3. Visita ao dentista.
4. Parque infantil, escolinha, centro de educação infantil.
5. Televisão limitada, compatível com a idade.
6. Prevenção de acidentes. Ensinar a nadar mas manter a supervisão.
7. Explicar aos pais que nesta fase a criança tem freqüentes infecções respiratórias virais e que elas devem ser acompanhadas pelo pediatra.

Capacete para andar de bicicleta. No carro: cadeirinha instalada de frente para o painel e presa ao banco, usar travas bloqueando a abertura interna das portas trazeiras e manter os vidros quase totalmente levantados.

Aos **3 anos** encaminhar ao oculista quando a criança parece não enxergar bem (franze os olhos para enxergar), os prematuros e quando os familiares usam óculos de grau médio ou forte. Convém testar a acuidade visual com os “Cartões de Teller” com listas zebreadas.

Aos **4 anos**: Teste com o Quadro dos E.

Escolar (6-10 anos)

Crescimento: peso e estatura proporcionais (“criança robusta”)

Peso = $2 \times \text{idade} + 8$ (ou 10).

Estatura = $(n-3) \times 6 + 95$ (ou 97).

Início de repleção pré-puberal aos 8-9 anos.

Desenvolvimento – avaliar o aproveitamento escolar.

Algumas orientações aos pais

1. Teste de acuidade visual (Quadro dos E)
2. Dieta prudente para evitar obesidade e aterosclerose: carne magra, frango sem a pele, peixe, cereal (arroz integral), leguminosa (feijão), legumes, verduras, frutas; leite semidesnatado, iogurte, queijo magro; evitar doces, salgadinhos, refrigerantes.
3. Estimular atividade física regular.
4. Estimular a ler livros.
5. Mostrar interesse pelas atividades das crianças.

6. Reforçar independência e auto-responsabilidade.
7. Estabelecer regras quanto à hora de deitar, ver televisão.
8. Ensinar a atravessar a rua, regras de trânsito, usar capacete quando andar de bicicleta, ensinar a nadar e boiar.

ADOLESCÊNCIA

10 anos

Fase de repleção (começa aos 9 anos)

Medir pressão arterial, avaliar visão e audição; observar escoliose.

Dieta prudente.

Cinto de segurança no carro.

Revisar a vacinação.

Desenvolvimento

Meninas – início da puberdade: botão mamário; depois pêlos pubianos.

Meninos – permanecem impúberes (pênis pequeno, um pouco escondido no tecido gorduroso pré-pubiano).

Educação sexual com participação dos pais.

12 anos

Meninas – estirão; menarca aos 12 anos e meio.

Meninos – ainda em repleção; aumento dos testículos com pênis pequeno.

14 anos

Observar estágio de Tanner.

Suspeitar de puberdade retardada se: a) sexo masculino – ainda não ocorreu aumento do testículo; b) sexo feminino – ausência de botão mamário.

Educação sexual: livros, preparar para menarca, poluição noturna, masturbação, ginecomastia, o direito de dizer “não” ao grupo.

15 anos

Indicar providências se persistir irregularidade menstrual acentuada ou se o adolescente masculino persistir com ginecomastia acentuada.

Orientação ao adolescente

1. Dieta prudente.
2. Atividade física regular, esporte.
3. Bicicleta (usar capacete). Cinto de segurança.
4. Não aceitar carona quando o motorista bebeu, usou drogas ou dirige imprudentemente.
5. Não aceitar carona de estranhos.
6. Enfatizar o direito de dizer “não” (e treinar o adolescente como dizer “não”).
7. Discutir contracepção e senso de responsabilidade.

4. DIVULGAÇÃO PARA A MÍDIA/ REFLEXÃO PARA O PEDIATRA

Este texto é para ser divulgado em folhetos e pela mídia.

O **pediatra** é profissional da doença ou promotor da saúde?

O pediatra moderno tem que unir essas duas atribuições. Por isso sua tarefa não é fácil. É preciso ter conhecimentos técnicos, ter sólida experiência conjugada com atualização constante e ter conhecimento da família, o que lhe permite desenvolver a empatia, isto é, a sintonia com a própria criança e seus familiares.

A *missão* do pediatra é ajudar a criança a se transformar num adulto saudável fisicamente, equilibrado emocionalmente e socialmente integrado.

O pediatra trata a doença do presente mas com a perspectiva do futuro.

O pediatra se interessa pelos problemas *psicológicos e de comportamento* da criança; não hesite em pedir sua orientação.

O pediatra pode ajudar *toda a família* a levar uma vida saudável para servir de exemplo para a criança e também para que os pais estejam em boas condições para acompanhar seus filhos por muitos anos.

Pronto socorro é importante mas só para urgências verdadeiras. O pediatra deve ser sempre comunicado e deve acompanhar o restante do tratamento e assim ajudar na recuperação do paciente.

Centros de vacinação são úteis mas hoje o esquema de vacinação se enriqueceu com o aparecimento de novas vacinas. O pediatra que acompanha a criança pode determinar quais vacinas são indicadas e o momento melhor para sua aplicação.

Conte com o seu pediatra para esclarecer dúvidas e discutir com a família as melhores soluções para os problemas da prática diária pois ele é o perito nos problemas de saúde na criança. Lembre-se que amigos e familiares são bem intencionados mas tem visão limitada e às vezes distorcida dos problemas da criança.

O *especialista* pode ser necessário mas cabe ao pediatra, em comum acordo com a família, indicar a ocasião, fornecer as informações ao especialista e participar da conduta estabelecida.

Seu pediatra estará sempre à disposição para auxiliá-los na tarefa de tratar as doenças bem como promover a saúde de suas crianças.

5. A (PERIGOSA) CULTURA DO PRONTO SOCORRO

Para o pediatra refletir e orientar seus pacientes.

Há 50 anos atrás, praticamente não existiam pronto-socorros pediátricos. Em caso de emergência ou quando as condições não permitiam levar o doente ao consultório, o médico era chamado para uma consulta a domicílio. Geralmente o médico atendia o chamado após o horário do consultório e não eram raras as visitas já tarde da noite ou até de madrugada. Os mais velhos conhecem pessoalmente e os jovens ouviram falar de médicos lendários que ficavam na casa do paciente em longas conversas sem pressa que começavam com uma toalha limpa para enxugar as mãos e terminavam com um cafezinho caprichado.

Aí surgiram os pronto-socorros, ao mesmo tempo que o trânsito nas grandes cidades se transformava num complicador para as visitas a domicílio.

O PS pediátrico presta grandes serviços, mas nos últimos anos está havendo uma (perigosa) distorção do uso desse serviço. O que era (e é) apenas para atender emergências está sendo utilizado como recurso para consultas pediátricas comuns. E essa nova e perigosa “cultura do pronto-socorro” contaminou todas as camadas sociais, tanto as menos favorecidas como até as de melhor nível sócio-econômico. Hoje é comum o plantonista atender tosses de 2 semanas de duração, asma fora de crise, resfriados e faringites comuns. E se a criança não melhora... a família volta ao PS (o mesmo ou outro) mas sempre atendido por um plantonista diferente... Qual o problema? Mesmo sendo um excelente médico, o plantonista nunca viu, não conhece as características da criança e vai ter que receitar para esse paciente, o qual provavelmente nunca mais verá.

Talvez para agradar o paciente, vê-se receita de 14 dias de antibiótico para uma sinusite. É errado? Não necessariamente. Mas como essa criança vai tomar antibiótico durante todo este tempo sem que se faça uma revisão no meio do tratamento?

Qual a explicação para essa “cultura do PS”?

Em primeiro lugar, provavelmente um certo comodismo da sociedade atual que prefere ir a um lugar que atende as 24 horas do dia. Mas essa comodidade, não raro, custa caro, com espera prolongada na sala de espera.

Outros dizem que fica mais fácil para fazer exames de laboratório. Mas exatamente por essa facilidade e aliado ao fato do plantonista não conhecer o doente e não ter possibilidade de pedir retornos e contatos telefônicos, ocorre um exagero no pedido de exames e RX, nem sempre necessários. E aí mais tempo dispendido.

A facilidade de consulta gratuita apenas no Pronto Socorro ou o mal funcionamento dos serviços de ambulatório é uma distorção que precisa ser corrigida.

O pediatra que acompanha regularmente a criança é o clínico que pode dar uma orientação contínua e pedir os exames realmente indicados.

Então como é que fica?

Oriente seu paciente para:

- 1) Levar ao PS nas emergências verdadeiras como falta de ar, convulsão, febre altíssima, vômitos que não param.... e no caso em que o pediatra não pode ser encontrado.
- 2) Assim que possível, comunique o ocorrido ao seu pediatra. Ele vai orientar a continuação do tratamento.

- 3) Nunca procure fazer tratamentos completos no PS, fazendo retornos frequentes com plantonistas diferentes.

- Pronto socorro é ótimo para cuidar de urgências.
- Não deixe de comunicar ao seu pediatra para que ele oriente a continuação do tratamento.
- Seu pediatra deve ser consultado regularmente para que ele possa cuidar da saúde (não só da doença) de seu filho.

REFLEXÕES/SUGESTÕES

1. Ao pediatra geral:

No ambulatório/consultório não aja como socorrista, isto é, não se limite a tratar a queixa mas seja um promotor da saúde. Indague e oriente sobre o tipo de vida de toda família (alimentação, atividade física, condições de habitação, alimentação, desenvolvimento, vacinação, hábito intestinal, problemas de comportamento. O pouco tempo disponível para a consulta não é pretexto para que as atitudes de promoção de saúde não sejam feitas de uma maneira criativa.

2. Aos serviços de Pronto Socorro

Colocar uma mensagem impressa (educativa e até de defesa profissional) no receituário:

Aos responsáveis pela criança
Neste Pronto Socorro foi feito um atendimento de urgência.
Comunique ao seu pediatra para que ele acompanhe o tratamento.

6. VACINAÇÃO

O pediatra deve estimular, supervisionar e orientar a família para que a criança receba todas as vacinas constantes do **Calendário básico de imunização** do Ministério da Saúde e das Secretarias estaduais.

O pediatra deve estimular as famílias a participar de todas as **campanhas** de vacinação patrocinadas pelas autoridades sanitárias.

Quando a família dispõe de recursos, o pediatra deve orientá-la quanto as vacinas úteis mas ainda não disponíveis em saúde pública: (recomendadas pela Sociedade Brasileira de Pediatria).

Algumas considerações sobre as vacinas complementares

1. **BCG** – se no foi dado na maternidade, aplicar com 1 ou 2 meses de idade.
2. **Hepatite B** – em caso de mãe comprovadamente negativa para vírus da HB, pode ser aplicada aos 2 meses junto com as outras.
3. **Tríplice acelular** – tão eficaz quanto a clássica mas com reação sintomática muito menor.

4. **Pólio injetável** (tipo Salk) – evita o pequeníssimo risco de paralisia infantil associada à vacina oral. Depois de pelo menos 2 doses, a vacina oral pode ser ministrada sem risco.
5. **Tríplice viral** (sarampo, caxumba, rubéola) aplicada com 1 ano; convém reforço aos 6 anos (ou aos 12 anos).
6. **Varicela** – com 1 ano.
7. **Pneumococos** conjugada heptavalente – aos 2, 4 e 6 meses. Se for iniciada já no 2º semestre de vida: 2 doses com intervalo de 2 meses; reforço aos 15 meses. Se for iniciada no 2º ano de vida: 2 doses com intervalo de 2 meses.
8. **Meningococos** conjugada tipo C – aos 3, 5 e 7 meses; a partir do 1 ano de idade: dose única (convém indicar até os 5 anos).
9. **Hepatite A** – 2 doses com intervalo de 6 meses, a partir de 1 ano de idade.
10. **Gripe** (Influenza) – indicada dos 6 meses a 2 anos, especialmente em crianças que frequentam creche, escolinha; a partir dos 2 anos em crianças com problemas respiratórios crônicos.
11. **Febre amarela** – em regiões de risco epidemiológico ou viagem para essas regiões.

7. INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

Amor é essencial mas não suficiente

Pais: paciência, otimismo, **disponibilidade**.

Importância do **pai** como apoio para a mãe poder desempenhar suas funções o mais adequadamente possível, sobretudo nos dois primeiros anos de vida e como símbolo de firmeza e segurança.

Empatia = sintonia (sentir o que o filho está sentindo e vice versa, ou seja permitir/facilitar que o filho perceba o que os pais estão sentindo).

Ajudar os filhos a **verbalizar** seus sentimentos e também nomear corretamente os sentimentos dos pais

Ouvir e **compreender**

Dar e repetir **explicações**

Ouvir e **compreender** (o que está por trás das palavras)

Paternidade não autoritária mas com autoridade

Premissa: todos os sentimentos são respeitáveis mas nem todos comportamentos são aceitáveis.

(Reprimir não as emoções mas sim as atitudes incompatíveis)

Estabelecer **limites** (fundamental para o desenvolvimento saudável e profilático para evitar problemas posteriores).

Lembrar que a forma e qualidade da relação dos pais e outros membros da família servirão de modelo para a criança.

Pais devem ser companheiros e se posicionarem confirmando sempre a posição de um dos pais frente à criança. Crianças tentam manipular e colocar os pais em contradição. Se um dos pais não concordar com a posição do outro, esta discussão deve ocorrer entre os dois e não na frente das crianças.

8. DISCIPLINA

Um modo de abordar a família

“Os pais das crianças em idade de seu filho frequentemente se preocupam a respeito de disciplina; vocês também têm alguma dúvida ou preocupação?”

Regras e Disciplina

1. As regras são importantes para a criança criar um padrão de conduta apropriada.
2. Devem ser:
 - a) em número reduzido.
 - b) só para assuntos importantes.
 - c) justas (coerência).
 - d) devem estar de acordo com o nível de compreensão da criança.
 - e) a criança não aprende logo na 1ª vez (nem mesmo nas primeiras vezes).
 - f) os pais devem agir sempre igual (consistência e persistência).
 - g) admite-se o relaxamento de regras em ocasiões especiais.
 - h) estar aberto a discutir as regras, mas a decisão final deve ser dos pais.
 - i) a melhor forma de diminuir a frequência de comportamentos inadequados é ignorá-los, até o limite estabelecido.
 - j) o comportamento adequado da criança deve ser reforçado por elogios e recompensas.

- k) punição (nunca bater) pode ser usada ocasionalmente para desestimular uma conduta muito prejudicial ou perigosa.
- l) a punição deve ser:
 - justa
 - imediata
 - coerente (mesma falta, mesma punição)
 - dizer firme mas calmamente: “você não pode fazer isso”, adicione explicação breve
 - retirar uma regalia ou brinquedo
 - retirar a criança para um lugar monótono, por tempo curto (quanto menor a criança, em idade, menor o castigo, em duração)
 - quando tirar a criança do castigo, vale a pena, repetir o motivo que o colocou de castigo e perguntar “você entendeu porque ficou de castigo”?

9. MARCOS DO DESENVOLVIMENTO

Considerações

1. Um desenvolvimento normal não é garantia contra uma deterioração mental no futuro.
2. Pelo desenvolvimento não é possível prever a futura inteligência ou sucesso.
3. Desenvolvimento motor acelerado não indica superioridade mental; no entanto, uma consistente e significativa aceleração na linguagem antes dos 2 anos de idade é um dos mais frequentes sinais de inteligência superior.
4. As **idades críticas** para a avaliação do desenvolvimento são: **3, 8 e 10 meses**; nos casos duvidosos, fazer acompanhamento atento e não fazer prognóstico nem começar fisioterapia intempestiva antes de ultrapassar a **barreira dos 9 meses**, quando já se pode notar a tendência evolutiva, que se torna especialmente nítida após o 1º aniversário.

Marcos do Desenvolvimento

IDADE	MOTOR	INTERAÇÃO COM O MEIO DE VIDA	LINGUAGEM
< 1 m	Vira a cabeça, atitude de flexão dos 4 membros.	Tem preferência visual pela face humana.	Tem choro pela fome, pela posição em que é colocada.
1 m	Segue pessoas com o olhar. Pernas mais estendidas.	Reage a estímulos sonoros e luminosos. Movimenta o corpo em resposta à voz. Começa a sorrir.	
2 m	Levanta a cabeça quando deitada em decúbito ventral. Cabeça sustentada no nível da cabeça, se levantada pela barriga.	Sorriso social.	Emitte sons em resposta à voz humana.
3 m	Sustenta totalmente a cabeça. Quando deitada, levanta a cabeça e o peito. Mantém braços estendidos. Cabeça sustentada acima da cabeça, se levantada pela barriga.	Interage com as pessoas de maneira mais prolongada.	Emitte espontaneamente sons que imitam vogais (“aaaa”, “éééé”).
4 m	Predomina postura assimétrica. Mãos na linha média. Apanha objetos e leva-os à boca. Gosta de ficar sentada com suporte completo do tronco. Quando colocada em pé, empurra o apoio com os pés.	Dá gargalhadas. Fica agitada ao visualizar refeições preparadas. Pode resmungar ou chorar ao afastar-se de pessoas com as quais estabeleceu contato social.	
5 m	Segura seus pés.		

continua ...

... continuação (Marcas do Desenvolvimento)

IDADE	MOTOR	INTERAÇÃO COM O MEIO DE VIDA	LINGUAGEM
6 m	Senta-se com apoio. Transfere objetos de uma mão à outra.	Inclina-se para ir ao encontro de pessoa que lhe estendeu as mãos. Prefere a mãe a outras pessoas (estranha).	Emite sons formados por sílabas repetidas (lalação). Balbúcia.
8 m	Senta-se sem apoio. Arrasta-se ou engatinha. Apanha objetos com movimento de pinça (dedos polegar e indicador)	Responde quando chamada pelo nome. Faz movimento com as mãos simbolizando “até logo”.	Fala duas palavras
12 m	Anda pelo menos com apoio. Pode andar sem apoio a partir dos dez e no máximo até os 16 meses.	Solta objeto que está segurando quando solicitada por voz ou gesto.	Fala quatro palavras.
15 m	Anda sozinha. Arrasta-se para subir em objetos.	Segue ordens simples.	Pode falar nomes de objetos de fácil pronúncia.
18 m	Ao correr, movimenta o corpo em bloco. Senta-se a partir da posição ereta.	Come sozinha. Procura ajuda em situações de perigo. Beija familiares.	Fala dez palavras. Pode reconhecer partes do corpo.
2 a	Corre com desenvoltura. Abre portas. Sobe em cadeiras.	Ajuda no vestir. Manuseia bem colheres.	Começa a formar frases.
3 a	Pula. Fica em um pé só.	Participa de jogos e brincadeiras. Controla evacuação e micção diurna.	Diz a sua idade e sexo. Conta até três objetos.
4 a	Joga objetos. Escala obstáculos.	Interage bem com crianças.	Conta histórias.
5 a		Veste-se e despe-se. Pergunta sobre o significado das palavras.	Forma frases longas, de até 10 palavras.

10. AMAMENTAÇÃO

Por que?

- Família de baixo nível sócio-econômico:
Diminui o risco de morte e de desnutrição

- Para todos, reduz:

Infecções, alergia, cáries, defeitos de mastigação e ortodônticos, neoplasias.

Aumenta o quociente de inteligência.

- **O pediatra pode influir?** Sim

Se for convicto, entusiasta e tiver bons conhecimentos técnicos

E conseguir sintonia com as dificuldades da mãe

Deve influir/insistir para que marido e família apoiem o trabalho e o esforço da mãe

- **Quando iniciar?**

Na 1ª meia hora de vida ou o mais cedo possível

- **Como?**

O bebê deve abocanhar quase toda a auréola e não só o bico da mama.

- **Duração?**

Até esvaziar o 1º peito (nos primeiros dias dura 20 minutos, depois vai diminuindo (5 a 10); em seguida passar para o 2º peito, quanto quiser.

- **Intervalo?**

Livre demanda.

Nos primeiros dias a cada 2 1/2 horas; não deixar ultrapassar 3 ou 4 horas

- Como saber se o **leite de peito é suficiente?**

Nas primeiras semanas: bebê vigoroso, evacua depois de quase todas as mamadas, molha com urina mais de 6 fraldas por dia, ganha peso.

Sinais de alarme: mamadas muito curtas ou muito longas, dorminhoco, chorão, poucas evacuações, urina pouco, ganha menos de 150g por semana.

- **Até quando**

Exclusivo até completar 6 meses; com alimentos complementares a partir do 7º mês; útil no 2º ano.

No 2º ano de vida, o leite humano mantém suas propriedades, mas precisa ser acompanhado de alimentação da família.

- **Chupeta?**

Contra-indicada nas primeiras 3-4 semanas;

Tolerável nas horas das cólicas.

- **Mãe que trabalha fora** (depois dos 4 meses)

Recomendar a extração do leite antes da volta ao trabalho (guardar no congelador) e durante as horas de serviço; ministrar em copo ou mamadeira com bico ortodôntico.

Recomendável: Cartilhas e folhetos ilustrativos sobre a técnica da amamentação.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

Diretoria - (Trinênio 2001/2003)

Presidente

Lincoln Marcelo Silveira Freire

1º Vice-presidente

Dioelécio Campos Júnior

2º Vice-presidente:

João Cândido de Souza Borges

Secretário Geral

Eduardo da Silva Vaz

1º Secretário

Vera Lúcia Queiroz Bomfim Pereira

2º Secretário

Marisa Bicalho Pinto Rodrigues

3º secretário

Fernando Filizzola de Mattos

1º Diretor Financeiro

Carlimdo de Souza Machado e Silva Filho

2º Diretor Financeiro

Ana Maria Seguro Meyge

Diretor de Patrimônio

Mário José Ventura Marques

Diretoria de Publicações Científicas:

Renato Soibelman Procianny

Diretoria de Cursos e Eventos

Dircceu Sole

Diretoria de Cursos e Eventos Adjunta

Álvaro Machado Neto

Diretoria de Defesa Profissional

Mario Lavorato da Rocha

Diretoria de Qualificação e Certificação Profissional

Clóvis Francisco Constantino

Diretoria de Relações Internacionais

Fernando José de Nóbrega

Diretoria dos Departamentos Científicos

Nelson Augusto Rosário Filho

Diretoria de Ensino e Pesquisa

Lícia Maria Oliveira Moreira

Diretoria de Benefícios e Previdência

Guilherme Mariz Maia

Diretoria de Benefícios e Previdência Adjunta

Roberto Rezende

Diretoria de Promoção Social da Criança e do Adolescente

João de Melo Régis

Diretoria do Selo de Qualidade

Cláudio Leone

CEXTEP

Hélcio Villaza Simões

Comissão de Sindicância:

Euze Márcio Souza Carvalho

José Gonçalves Sobrinho

Rossiclei de Souza Pinheiro

Antônio Rubens Alvarenga

Mariângela de Medeiros Barbosa

Conselho Fiscal:

Raimunda Nazaré Monteiro Lustosa

Sara Lopes Valentim

Nilizete Liberato Bresolin

Assessoria da Presidência:

Luciana Rodrigues Silva

Reinaldo Menezes Martins

Nelson de Carvalho Assis Barros

Pedro Celiny Ramos Garcia

Fernando Antônio Santos Werneck Cortés

Cláudio Leone

Coordenador de Áreas de Atuação

José Hugo Lins Pessoa

Coordenador de Recertificação

José Martins Filho

Coordenador de Relações com o Mercosul

Remaelo Fischer Júnior

Representante junto à Academia Americana de Pediatría

Conceição Aparecida de Mattos Segre

Curso de Reanimação Neonatal

José Orleans da Costa

Curso de Reanimação Pediátrica

Paulo Roberto Antonacci Carvalho

Coordenação dos Serões

Edmar de Azambuja Salles

Centro de Treinamento em Serviços

Mário Cicero Falcão

Coordenador dos Correios SBP

Antônio Carlos Pastorino

Coordenação dos CIRAPs

Maria Odete Esteves Hilário

Grupo de Trabalho de Residência

Credenciamento

Cleide Enoir Petean Trindade

Programas

Aloisio Prado Marra

Grupo de Trabalho de Pesquisa

Marco Antônio Barbieri

Grupo de Trabalho Atensão Integral à Criança de Risco ou Deficiente

Olga Penalva

Editor do Jornal de Pediatría

Renato Soibelman Procianny

Coordenação do PRONAP

João Coniollano Régio Barros

Centro de Informações Científicas

Ercio Amaro de Oliveira Filho

Grupo de Trabalho de Graduação

Dalva Coutinho Sayeg

Grupo de Trabalho de Pós-Graduação

Francisco José Penna

Grupo de Trabalho de Febre Reumática

Cleonice Carvalho de Coelho Mota

Grupo de Trabalho de Natalidade

Jocicleide Sales Campos

Conselho Acadêmico

Nelson Barros (Presidente)

Reinaldo Menezes Martins (Secretário)

DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE PEDIATRIA AMBULATORIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

Presidente:

Jayne Murahovschi (SP)

Membros:

Isabel Rey Madeira (RJ)

Renato Minoru Yamamoto (SP)

Leda Amar de Aquino (RJ)

Rosa Resegue (SP)

Lucia Ferro Bricks (SP)

Rudolph Wechsler (SP)

Marizilda Martins (PR)

Vera Lucia Maia (ES)

RELATÓRIO (Sumário) 2002-2003

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA AMBULATORIAL SBP

- Participação na organização (programação e execução) dos Congressos.
 - 3º Congresso Integrado de Pediatría, Cuiabá 2002
 - 32º Congresso Brasileiro de Pediatría, S. Paulo 2003
 - 4º Congresso Integrado de Pediatría, Aracaju 2004
- Participação nas reuniões dos Departamentos da SBP.
- Participação no Grupo de Trabalho sobre especialidade “Pediatría Preventiva e Social”.
- Contribuição para o site da SBP (11 temas): Catapora, Desenvolvimento, Esportes, Calendário Vacinal, Novas vacinas, Visão, Ambliopia, Diarréia, Puberdade precoce, A (perigosa) cultura do Pronto Socorro, O pediatra Janusz Korczak.
- Atendimento à mídia em questões de Pediatría Ambulatorial.
- Esforço para integração de todos os inscritos no Departamento de Pediatría Ambulatorial.
- Estabelecimento da missão do Dep. Pediatría Ambulatorial: O resgate do pediatra geral (promoção de saúde).
- Elaboração do Documento científico.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

Rua Santa Clara, 292 - Telefone: (021) 548.1999 - CEP 22041-010 - Rio de Janeiro - RJ