

2023

Guia resumo das rotinas de Atenção à Saúde da Criança de 0-12 anos¹ - Versão Atualizada em março de 2023 por Maria Lucia Medeiros Lenz e Rafaela Brugalli Zandavalli

[illegible]

Anotações

1. O **cuidado destinado às crianças** deve ser sempre individualizado. Foram aqui descritos aspectos a serem enfatizados/lembrados nas consultas de **Revisão de Saúde – Cid Z001**¹ Linha de cuidado - PUERICULTURA. Da mesma forma, nem toda a sinalização conforme a idade é universal. Recomendamos leitura das referências utilizadas para esta atualização e outras referências, conforme preferência dos profissionais. Caso a criança inicie o acompanhamento em outro período que não a primeira semana de vida ou na ausência à alguma consulta de revisão, o profissional deve sempre procurar observar as recomendações preconizadas para o período anterior e checar se foram ou não realizadas. O Guia resumo foi adaptado da tabela de periodicidade atualizada em 2022 do [Bright Futures/AAP Periodicity Schedule](#)
2. Em relação à antropometria, crianças prematuras necessitam cuidados adicionais (leia mais no folder institucional SSC/HCC do **Bebê Prematuro**), entre eles a utilização de curvas apropriadas para o acompanhamento do crescimento (Intergrowth ou o Graphi App). Caso sejam utilizadas as curvas padrão da OMS, a idade corrigida é recomendada (diminuir da idade cronológica o número de semanas que faltou para completar 40 semanas). O perímetro cefálico deve ser corrigido até os 18m, o peso até 24m e comprimento ou altura até os 3 anos. [Folder Bebê Prematuro - SSC/HCC, 2022. Repositório -> Gerência de Saúde Comunitária -> Apoio Téc Monitoramento e Avaliação.](#)
3. A aferição anual da **Pressão Arterial** a partir dos 3 anos é recomendada e em todas as consultas de crianças obesas, com doença renal, diabetes, cardiopatias ou em uso de medicamentos que possam elevar a PA (Corticoides, AINE, descongestionantes, estimulantes, antidepressivos tricíclicos, anfetaminas, cafeína, cocaína). Pontos de corte para crianças < 13 anos - [link para tabela](#) de n.1. [Pediatric prevention of adult cardiovascular disease: Promoting a healthy lifestyle and identifying at-risk children. UpTo Date, 2023](#)
4. Crianças com **criptorquidia ou testículos retráteis**. Leia mais sobre avaliação e necessidade de encaminhamento em *Como avaliar e qual a conduta em crianças com criptorquidia ou testículos retráteis?* Disponível em: [Telessaude/SES/UFRGS , 2021](#)
5. Os principais testes para **rastreio de problemas visuais** foram melhor descritos no item D do documento anexo. Os testes de rastreio permitem triar e encaminhar as crianças sob maior risco de problemas visuais para avaliação oftalmológica, já que em nosso meio torna-se inviável a avaliação de todas as crianças dentro do primeiro ano de vida, conforme a recomendação da Sociedade Brasileira de Oftalmologia Pediátrica. É importante estar atento para situações de maior risco, tais como prematuridade, história familiar de doenças oculares e atraso no desenvolvimento e/ou dificuldades escolares. O Teste do Reflexo Vermelho é o mesmo realizado na avaliação neonatal (Teste do Olhinho) e deve ser repetido pelo menos 3x/ano nos primeiros 3 anos de vida para triagem ocular de doenças graves como o retinoblastoma e catarata congênita. Após os 3 anos de idade, deve ser repetido anualmente. Em crianças verbais (a partir dos 2 anos), a acuidade visual na APS deve ser mensurada com tabelas de acuidade visual próprias para a idade (figuras, números ou letras). [Bright Futures/AAP Periodicity Schedule , 2022](#)
6. Crianças com fatores de risco para perda auditiva devem ser encaminhadas para avaliação da **acuidade auditiva** pelo menos uma vez entre 24-30 meses de idade. Fatores de risco: história familiar de perda auditiva na infância, internação em UTI ao nascer (especialmente se recebeu antibióticos ototóxicos ou O2), infecções intrauterinas (especialmente citomegalovírus), anomalias craniofaciais, infecções pós natais relacionadas a perda auditiva (ex: meningites), hospitalização por traumatismo craniano, alterações no ouvido médio percebidas na otoscopia, percepção dos pais ou suspeita de déficit auditivo na triagem do desenvolvimento [Bright Futures/AAP Periodicity Schedule](#)
7. **Desenvolvimento/comportamento/contexto familiar**. Vigilância do desenvolvimento compreende atentar para os principais marcos do desenvolvimento (item A do anexo), acompanhar, orientar, estimular fatores de proteção (ex: fortes conexões dentro de uma família amorosa e solidária, envolvimento ativo do cuidador, oportunidades de interagir com outras crianças e de crescer com independência em um ambiente com estrutura adequada) e acolher as dúvidas/relato dos pais no sentido de identificar fatores de risco e/ou atrasos no desenvolvimento. Já o **rastreio/triagem** implica em aplicar testes padronizados e, quando alterados, discutir com profissionais habilitados na equipe e/ou encaminhar para avaliação por profissional especializado, de acordo com o transtorno em questão (item B do anexo). Os principais transtornos do desenvolvimento relacionam-se a aprendizagem, linguagem, comportamento e habilidade motora. [Developmental-behavioral surveillance and screening in primary care. UpToDate, 2023.](#)
8. O [M-CHAT-R](#) e o [M-CHAT-R/F](#) são utilizados para rastreamento do Transtorno do Espectro Autista (**TEA**) em crianças entre 16 e 30 meses de idade. Assim que o pai ou a mãe preencher o M-CHAT-R, escolha os itens da Entrevista de Seguimento do M-CHAT-R/F com base nos itens em que a criança falhou no M-CHAT-R (vide instruções de uso completas no documento da escala). O teste também pode ser encontrado na página 87 da Caderneta da Criança, 4ª edição versão 2022.
9. **Depressão materna**. Recomenda-se a escala de Edimburgo para rastreio de depressão materna do final do 1º ao 6º mês pós parto. [Bright Futures/AAP Periodicity Schedule](#) No entanto, o instrumento ampliado de avaliação de desenvolvimento e comportamento (SBYC-BR) - anotação 10, a seguir - já inclui a referida escala. Cerca de 50 a 80% das mulheres no pós-parto apresenta disforia puerperal, uma forma benigna de estado depressivo leve e autolimitada (alívio espontâneo dentro de 2 a 3 semanas após o parto),

ocorrendo nos primeiros 10 dias pós-parto, tendo seu pico sintomatológico entre o 3º e o 6º dia. 20% podem ter um episódio depressivo maior, e 13% podem ter transtornos ansiosos. [Duncan et al. Medicina Ambulatorial, 2022 5ª edição.](#)

10. A Associação Americana de Pediatria recomenda para a APS um instrumento de rastreio ampliado que, além do desenvolvimento, avalia questões comportamentais, sociais, familiares (Instrumento [SWYC-BR](#)) em crianças de 0-5 anos, que especialmente deveria ser feito aos 9, 18, 24 e 30 meses. O instrumento, a princípio, seria preenchido pelos pais/cuidadores, mas uma sugestão de quem já o utiliza em nosso serviço seria a opção de preencher com os pais, no modelo entrevista, para observar além das respostas o modo como respondem, possibilitando perceber aspectos do contexto familiar, da relação entre pais ou cuidadores com a criança, investimento na criança, detecção de possíveis sinais de violência, entre outras questões. Salientamos que o **registro da triagem do desenvolvimento** é importante, pois o que ocorre na prática é que muitas vezes os pais não lembram as idades em que as crianças adquiriram habilidades e os profissionais referenciados/especializados ficam com muita dificuldade para avaliar a evolução da criança. Link para [SWYC-BR formulários e SWYC-BR Manual](#).

11. Rastreio para ansiedade (grau de evidência B): nova recomendação é a de rastrear transtornos de ansiedade em criança a partir dos 8 anos com questionário padronizado. O [SCARED Brief](#) apresenta apenas 5 perguntas (a seguir). Nos últimos 3 meses: 1- Preocupo-me sem motivos; 2- Dá-me medo estar sozinho(a) em casa; 3- As pessoas me dizem que eu me preocupo demais; 4- Tenho medo de ir à escola; 5- Eu sou tímido(a). Pontuação: 0=Não é verdade ou quase nunca é verdade; 1=Algo Verdadeiro ou Por vezes Verdadeiro; 2=Muito Verdadeiro ou Muitas vezes Verdadeiro. Pontuação ≥ 3 indica avaliação diagnóstica confirmatória e acompanhamento. Pode-se também utilizar a versão [SCARED](#) aplicada aos pais (positivo se pontuação maior ou igual a 37 pontos, sendo que para cada item pontua-se: 0- ausente; 1- raramente; 2- freqüentemente; 3- sempre) ou o [SCAS](#) aplicado em crianças ([positivo se pontuação maior ou igual a 60 pontos](#), sendo que para cada item pontua-se: 0- ausente; 1- raramente; 2- freqüentemente; 3- sempre). [Triagem para ansiedade em crianças e adolescentes UPSTF, 2022](#); [Bright Futures/AAP Periodicity Schedule](#); [Souza, D.A. et al, 2012, Bright Futures/AAP Periodicity Schedule, 2022](#).

12. Rastreio para Transtorno Depressivo (grau de evidência B): anual entre 12-21 anos com questionário padronizado (PHQ-2): Nas últimas duas semanas, como que frequência você ficou incomodado por algum dos seguintes problemas: 1. Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? 2. Sentindo-se para baixo, deprimido ou sem esperança? Para cada item pontua-se: 0-de jeito nenhum; 1-vários dias; e 3- quase todos os dias. Adolescentes com pontuação ≥ 3 devem ser submetidos a avaliação adicional para transtorno depressivo, incluindo sempre que possível, discussão prévia com equipe multiprofissional. [Bright Futures/AAP Periodicity Schedule](#); [Bonin, L. Overview of prevention and treatment for pediatric depression. UpToDate, abril 2022](#)

13. Para aprofundamento sobre o tema, veja o Capítulo “Violência: Prevenção, Manejo e Identificação de Vulnerabilidade na Infância e Adolescência” do protocolo “Atenção de Saúde da Criança de 0-12 anos 3ª edição 2018” do SSC/GHC, disponível no Repositório -> Gerência de Saúde Comunitária -> Apoio Téc Monitoramento e Avaliação. Leia também o documento da OMS [INSPIRE](#).

14. A triagem universal de anemia é controversa, mas a Associação Americana de Pediatria recomenda pelo menos uma vez entre 9-12m e nova dosagem entre 15-18m* na presença de sintomas ou de [fatores de risco para deficiência de ferro](#) (*ou quando o risco for identificado): mãe com deficiência de ferro, prematuros, baixo peso ao nascer, eventos hemorrágicos perinatais, não suplementação de ferro durante a amamentação, uso de fórmula não enriquecida em ferro, alimentação com leite de vaca não modificado/de cabra/de soja, alimentação complementar pobre em ferro (< 2 porções/dia de alimentos ricos em ferro -carnes ou cereais infantis fortificados- dos 6 aos 12m de idade e, < 3 porções/d em maiores de 12m de idade), desnutridos, doença de má absorção, sangramentos intestinais, obesidade. Se fatores de risco estão presentes, recomenda-se solicitar também Ferritina sérica no momento da triagem inicial. Nova triagem deve ser feita entre 2-5 anos nas crianças com infecção crônica, distúrbios inflamatórios, disfunção gastrointestinal crônica, histórico de cirurgia intestinal ou dietas restritas. [Deficiência de ferro em bebês e crianças <12 anos: triagem, prevenção, manifestações clínicas e diagnóstico. UpToDate, 2023](#).

15. Sobre pesquisar perfil lipídico, as recomendações incluem avaliar idade e a presença de fatores de risco. Crianças < 2 anos, não realizar triagem; crianças entre 2-10 anos, solicitar perfil lipídico na presença de situações de risco (obesidade, dislipidemia, diabetes, hipertensão, história familiar de DCV prematura, tabagismo passivo, hipercolesterolemia familiar e outras condições clínicas); crianças entre 9-11 anos, triagem universal e uma segunda triagem entre 17 e 21 anos. Obs: na idade de 12-16 anos e sem fator de risco, não se recomenda triagem, pois a puberdade altera os níveis lipídicos. [Dyslipidemia in children and adolescents: Definition, screening, and diagnosis. UpToDate, 2023](#).

16. Recomenda-se solicitar hemoglobina glicada ou glicemia de jejum nas crianças com sobrepeso ou obesidade e com mais um (ou mais) fator de risco adicional: história familiar de DM em parente de 1º ou 2º grau; raça/etnia de alto risco -nativo americano, afro-americano, hispânico, asiático-americano, ilhéu do Pacífico-; história materna de DM

ou DMG durante a gestação da criança; sinais de resistência à insulina no exame físico (ex: acantose nigricans); presença de condições associadas à resistência insulínica tais como dislipidemia, síndrome ovário policístico, peso ao nascer pequeno para idade gestacional. Iniciar a triagem aos 10 anos (ou no início da puberdade, se essa ocorrer antes dos 10 anos) e repetir a cada 3 anos ou com frequência maior se o IMC estiver aumentando. Pediatric prevention of adult cardiovascular disease: [Promoting a healthy lifestyle and identifying at-risk children. UpToDate, 2023](#).

17. Rastreamento de ISTs (HIV, Clamídia, gonococo, sífilis, Hepatite B), se vida sexual ativa. [CDC, 2021, Bright Futures/AAP Periodicity Schedule](#)

18. Rastreio para risco de morte súbita. Perguntas: 1. Já desmaiou ou teve alguma convulsão inexplicável, especialmente durante exercício ou em resposta a ruídos altos repentinos? 2. Já teve dor no peito relacionada ao exercício ou falta de ar? 3. Alguém de sua família (pais, avós, irmãos, tios, primos) morreu devido a problemas cardíacos (ou morte súbita antes dos 50 anos) 4. Você tem familiares com problemas cardíacos tais como cardiomiopatias, arritmias, síndrome de Marfan ou que usam marca-passo ou desfibrilador implantável com < 50 anos? Uma ou mais perguntas com resposta “sim”, referenciar ao cardiologista e suspender atividade esportiva até que seja concluída a avaliação. [Bright Futures/AAP Periodicity Schedule](#)

19. Apoiar o aleitamento materno é altamente recomendado. O profissional deve também orientar leite materno exclusivo (LME) até os 6m, **introdução de alimentos complementares**, “ambiente” de **alimentação saudável** (reconhecer sinais de fome e saciedade, equilibrar necessidade de auxílio e autoalimentação), atividade física e hábitos de sono. Leite de vaca, leite à base de plantas (não modificados) e sucos de frutas não devem ser oferecidos às crianças menores de 12m. O consumo de bebidas adoçadas deve ser evitado durante toda a infância. Recomenda-se, em cada consulta, identificar fatores de risco para obesidade infantil (1.Obesidade nos pais ou de outros familiares, 2.Pouca atividade física/tempo maior destinado a atividades sedentárias e em telas, 3.Hábitos inadequados de sono - duração e qualidade). [Prevention and management of childhood obesity in the primary care setting. UpToDate, 2023](#).

20. Dose de suplementação de Ferro: em crianças < 12m (RN a termo - 1mg/Kg e RN prematuro e de baixo peso - 2-4mg/Kg) até max de 15mg. Em crianças de 1-3 anos (7mg/dia), de 4-8 anos (10mg/dia) e de 9-13 anos (8mg/dia). No Brasil, o Programa Nacional de Suplementação de Ferro recomenda suplementação a todas as crianças de 6 a 24 meses e iniciando aos 30 dias de vida em crianças de baixo peso ao nascer e pré-termo. **Suplementação de Vit D** - doses diárias de 400 UI (10 mcg) para < 12 m e 600 UI (15mcg) para > 12m. Não há consenso até quando suplementar Vit D, pois existem riscos para recomendar exposição ao sol (câncer de pele) e nem todos têm acesso a alimentos fortificados (ou ricos) em vit D. [Iron deficiency in infants and children <12 years: Screening, prevention, clinical manifestations, and diagnosis. UpToDate, 2023](#) e [Vitamin D insufficiency and deficiency in children and adolescents. UpToDate, 2023](#)

21. A questão da exposição a telas vai bem além de diminuir o tempo de atividade física e aumentar a exposição à propaganda de alimentos industrializados, por exemplo. A incidência de miopia na infância tem aumentado exponencialmente em função das mudanças no estilo de vida da sociedade. O uso excessivo de eletrônicos (principalmente a curtas distâncias) e a redução de atividades ao ar livre têm papel fundamental no desenvolvimento e/ou progressão da miopia na infância. Recomendação a todas as crianças: exposição ao ar livre/ luz natural de 2h/dia além de restrição do uso de eletrônicos na infância conforme a idade. Menores de 2 anos: nenhum contato com telas; Dos 2 aos 5 anos: até uma hora por dia; Dos 6 aos 10 anos: entre uma e duas horas por dia; Dos 11 aos 18 anos: entre duas e três horas por dia. Além do tempo total no dia, devem ser observados o tempo por vez de uso (não exceder mais de 45 minutos contínuos) e a distância de uso (não ser mais próximo que 25 cm do rosto) - [Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019](#).

22. Hábitos de sono - observar regularidade e duração, dificuldades para dormir, sonolência diurna, despertar noturno, ronco. Tempo médio: 14-17h/d (0-3 meses), 12-15h/d (4-11m), 11-14h/d (1-2 anos), 10-13h/d (3-5 anos), 9-11h/d (6-13 anos) e 8-10h/d (14 a 17 anos). [National Sleep Foundation](#). Acesse orientações sobre [“Práticas de sono saudável para crianças”](#).

23. As orientações preventivas de lesões/traumas são guiadas por faixa etária e contexto em que vive a criança. De um modo geral, os bebês são mais propensos a lesões fatais por sufocamento, acidentes com veículos motorizados, afogamentos e queimaduras; as crianças pequenas e pré-escolares à afogamento, colisões de veículos motorizados, incêndios e queimaduras e sufocamento; em idade escolar lesões veículos motorizados (ocupantes e pedestres), lesões em bicicleta, afogamento, arma de fogo e, aos adolescentes, incluem-se envenenamentos, quedas, queimaduras e lesões intencionais. [Pediatric injury prevention: Epidemiology, history, and application. UpToDate, 2023](#)

Atenção:

Leite de vaca ou leite à base de plantas (não modificados) e sucos de frutas não devem ser oferecidos às crianças menores de 12m. O consumo de bebidas adoçadas (refrigerantes, achocolatados, etc) deve ser evitado durante toda a infância. Recomenda-se, a cada consulta e de forma universal, identificar fatores de risco para obesidade infantil (1.Obesidade nos pais ou de outros familiares, 2.Pouca atividade física/tempo maior destinado a atividades sedentárias e em telas, 3.Hábitos inadequados de sono - duração e qualidade) e seguir algoritmo específico (SSC/GHC Prevenção, Diagnóstico e Manejo de Sobrepeso e Obesidade Infantil na APS)

Anexo

A. Marcos do desenvolvimento para vigilância em crianças (2m-2anos)

Provável atraso: ausência de um ou mais marcos para a faixa etária anterior (referir para avaliação neuropsicomotora)	
Possível atraso: ausência de um ou mais marcos para a sua faixa etária . Em crianças sem outros achados de gravidade (como dismorfias, convulsão, entre outros) orientar a mãe sobre estimulação de seu filho e reavaliar se atraso persiste após 30 dias. Retornar antes se intercorrências.	
Para os prematuros até 12 meses de idade cronológica utilize a idade corrigida (semanas da idade cronológica- semanas que faltaram para completar 40 semanas)	
2 meses	Fixa o olhar no rosto do examinador ou dos pais Segue objeto na linha média Reage ao som Eleva a cabeça
4 meses	Responde ao examinador Segura objetos Emite sons Sustenta a cabeça
6 meses	Alcança um brinquedo Leva objetos a boca Localiza o som Rola
9 meses	Brica de esconde-achou Transfere objetos de uma mão para outra Duplica sílabas Senta sem apoio
12 meses	Imita gestos (ex: bater palminhas) Faz pinça (ex: segura pequenos objetos com a ponta dos dedos em forma de pinça) Produz jargão (conversação incompreensível consigo mesma ou com outros Anda com apoio
15 meses	Executa gestos a pedido Coloca cubos na caneca Produz uma palavra Anda sem apoio
18 meses	Identifica 2 objetos Rabisca espontaneamente Produz três palavras Anda para trás
24 meses	Tira a roupa Constrói torre com 3 cubos Aponta duas figuras Chuta a bola

Fonte: Figueiras et al, 2005 em protocolos de Encaminhamento para Neurologia Pediátrica, 2018. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/>

B. Triagem para atrasos motores em bebês e crianças pequenas*

As seguintes habilidades motoras devem ser observadas na criança na visita especificada. Essas habilidades são normalmente adquiridas em idades mais precoces, e sua ausência nessas idades indica atraso. A perda de habilidades motoras anteriormente alcançadas também deve causar preocupação	
Visita de 9 meses	Rola para os dois lados Senta-se bem sem apoio Demonstra simetria motora sem lateralidade estabelecida Agarra e transfere objetos de mão em mão
Visita de 18 meses	Senta, fica em pé e anda de forma independente Agarra e manipula pequenos objetos
Visita de 30 meses	Avaliar deficiências motoras grossas sutis, motoras finas, fala e motora oral Avaliar a perda de habilidades motoras grossas ou finas previamente alcançadas
Visita de 48 meses	Avaliar coordenação, motricidade fina, caligrafia, motricidade grossa, comunicação, habilidades de alimentação Aborde qualquer preocupação da equipe da creche, pré-escola sobre o desenvolvimento motor Avaliar perda de habilidades motoras grossas ou finas previamente alcançadas

*Se a triagem revelar uma preocupação neuromotora, o clínico deve obter uma história expandida e realizar um exame neurológico detalhado. Se tônus anormal for detectado no exame físico, o encaminhamento para a intervenção precoce e/ou consulta com um neurologista pediátrico pode ser justificado. Testes adicionais (ex neuroimagem) também podem ser necessários.Referência: [Developmental-behavioral surveillance and screening in primary care. UpToDate, 2022.](#)

C. Triagem de desenvolvimento/comportamento ampliado - Instrumento (**SWYC-BR**) para crianças de 0-5anos. Inclui múltiplos domínios:

Marcos do desenvolvimento (2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24, 30, 36, 48 e 60 meses)
Triagem para Transtorno do Espectro Autista – POSI- (aos 18, 24 e 30 meses)
Lista de sintomas comportamentais e emocionais em bebês (2, 4, 6, 9, 12 e 15 meses) e em crianças (18, 24, 30, 36, 48,60 meses).
Rastreio de depressão materna (com Escala de Edimburgo aos 2, 4, 6 meses)
Questiona sobre preocupações dos pais com o comportamento, aprendizado ou desenvolvimento (2, 4, 6 ,9, 12, 15, 18, 24, 30, 36, 48 e 60 meses)
Questiona sobre situações de estresse no ambiente familiar, incluindo insegurança alimentar e depressão parental e (9, 12, 15, 18, 24, 30, 36, 48 e 60 meses)

OBS: A aplicação do questionário é especialmente importante nas seguintes faixas etárias: 9, 18, 24 e 30 meses

D. Exame oftalmológico na APS

Reflexo de fixação – apresentar um alvo visual (de preferência colorido) a 30cm do rosto da criança e mover de um lado e para o outro no espaço visual da criança. Cada olho é testado separadamente, ocluindo o outro olho. A precisão melhora se o teste de fixação for repetido várias vezes. As crianças com estrabismo e visão igual podem manter a fixação estável com qualquer um dos olhos e normalmente não têm uma forte preferência de fixação por um olho. Por outro lado, crianças com estrabismo e ambliopia raramente manterão a fixação com o olho ambliope quando ambos os olhos estiverem descobertos. Em crianças não verbais a falta de interesse e/ou reação de objeção à oclusão pode ser um sinal útil de visão desigual.

Reflexo de luz da córnea — O teste de reflexo de luz da córnea, também chamado de teste de Hirschberg, geralmente é usado como triagem inicial para estrabismo. Nesse teste, um alvo acomodativo (por exemplo, um pequeno brinquedo) é colocado vários metros à frente do rosto da criança e uma lanterna próxima ao brinquedo. Se o alinhamento ocular for normal, o reflexo da luz é posicionado central e simetricamente em cada olho. A deflexão do reflexo de luz da córnea em um olho é notada se um desalinhamento ocular moderado a grande estiver presente. Como o teste de reflexo de luz da córnea pode ignorar pequenos desvios, ele deve ser usado em conjunto com o teste de cobertura e o teste de cobrir/descobrir.

Teste de cobertura — Um dos testes mais importantes na detecção de estrabismo manifesto. Neste teste, a criança é solicitada a fixar visualmente um alvo à distância ou próximo. O examinador cobre brevemente um olho enquanto observa o movimento do olho oposto. Se a criança tiver alinhamento ocular normal, nenhum movimento é detectado ao cobrir qualquer um dos olhos (ortotropia). O estrabismo manifesto (tropia) está presente se o olho que não está ocluído com o teste de cobertura se desloca para refixar no alvo quando o outro olho que estava fixando anteriormente está coberto. O teste deve ser repetido em cada olho. A criança deve ser encaminhada a um oftalmologista pediátrico se for detectado estrabismo manifesto.

E. Monitoramento e Avaliação da Saúde da Criança

Para fins de monitoramento e avaliação de ações prioritárias relacionadas à saúde da criança, ressaltamos a importância do preenchimento na **Linha de Cuidado Puericultura -PEP** das seguintes informações:

1. Data da **“Primeira Consulta”** de puericultura na US (utilizado para calcular indicador do SSC) e, dependendo da situação, o motivo da consulta ter sido após 10 dias de vida
2. **“Alimentação”** (possibilidade de monitorar indicador % de aleitamento materno exclusivo aos 4m e 6m)
3. Registro do **peso e altura na tela dos sinais vitais** (será calculado o IMC e o estado nutricional de maneira automática pelo sistema) que possibilitará monitorar indicadores da Linha de Cuidado da Obesidade Infantil - LICO

Teste de cobrir/descobrir — Usado para detectar estrabismo latente (foria). Um tampão é colocado sobre um olho por alguns segundos e, em seguida, é rapidamente removido. O olho que estava sob o tampão é observado para movimento de refixação. Se uma foria estiver presente, esse olho previamente coberto mudará de volta para a posição ortotrópica (para a frente) para restabelecer a fusão sensorial com o outro olho. Se tal movimento for detectado, estrabismo latente está presente. O estrabismo latente é controlado pela fusão ocular. Forias pequenas, quase imperceptíveis, são comuns e não patológicas. Grandes forias podem estar associadas a astenopia (cansaço visual), cefaleia e diplopia e devem ser avaliadas por um oftalmologista.

Teste de Brückner (Teste do Reflexo Vermelho - TRV - Teste do Olhinho) — O teste de Brückner, também conhecido como teste do reflexo vermelho simultâneo, é outro teste útil na detecção de estrabismo de pequeno ângulo. Nesse teste, o examinador se posiciona a uma distância de 45cm do rosto da criança e usa um oftalmoscópio direto com o maior diâmetro de luz para visualizar os dois reflexos vermelhos da criança simultaneamente. As lentes do oftalmoscópio são ajustadas até que a pele ao redor dos olhos esteja em foco e a atenção da criança seja direcionada para um alvo adjacente ao oftalmoscópio direto. Isso permite que ambos os reflexos vermelhos pupilares sejam examinados ao mesmo tempo. Eles devem ser idênticos em **tamanho, forma, cor e brilho**. Escurecer o ambiente do exame aumenta a sensibilidade do teste e facilita a detecção de alterações pelo examinador. A criança deve ser encaminhada a um oftalmologista pediátrico se for observada uma diferença de tamanho, forma, cor ou brilho entre os dois olhos. A assimetria dos reflexos vermelhos no teste de Brückner pode indicar um distúrbio ocular grave, incluindo estrabismo, anisometropia significativa (desequilíbrio do erro de refração) ou opacidade obstruindo o eixo visual (por exemplo, catarata, distúrbio da câmara anterior ou vítreo, coloboma ou tumor retiniano).

Acuidade visual – Em crianças verbais, a acuidade visual deve ser mensurada com tabelas de acuidade visual próprias para a idade (figuras, números ou letras). A medida deve ser feita de forma monocular, ocluindo completamente o olho não examinado. O alvo do exame é 20/20 (em pés) ou 1,0 (decimal), que corresponde à visão normal. Crianças até 5 anos podem apresentar visão de 20/30 ou 0,67 e ainda estarem dentro da normalidade em função da imaturidade do sistema visual. Toda suspeita de baixa acuidade visual deve ser encaminhada para exame oftalmológico completo.