

CENBRAP

EXCELÊNCIA EM PÓS MÉDICA

PEDIATRIA + PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA



Saúde infantil integral:
por que corpo,
desenvolvimento e
comportamento precisam
ser avaliados juntos

Como usar este guia

Este e-book organiza a primeira avaliação integrada de uma criança com queixa física, comportamental ou escolar. O objetivo é sair da consulta com prioridades, hipóteses e plano, mesmo sem um rótulo definitivo.

A consulta integrada em cinco eixos	3
Múltiplos informantes	4
Vigilância e rastreamento	5
Prioridades de segurança	6
Vinheta aplicada	7
Produto da consulta e roteiro	8

Conteúdo destinado a médicos. A decisão clínica deve considerar a avaliação individual de cada paciente.

A consulta integrada em cinco eixos

Uma criança pode chegar por dor, mudança de comportamento ou dificuldade escolar. A primeira tarefa é organizar a queixa sem decidir cedo demais que a causa é orgânica, emocional ou ambiental. Corpo, desenvolvimento e comportamento pertencem à mesma história, mas associação não prova causalidade.^{1,2}

1. QUEIXA E LINHA DO TEMPO

Pergunte: início, curso, contexto, sintomas associados e o que veio antes.

Decida: o que exige ação agora e o que pode ser acompanhado.

2. ESTADO CLÍNICO E EXAME

Procure: sinais vitais, crescimento, dor, hidratação e exame dirigido.

Evite: atribuir a queixa ao comportamento antes da avaliação clínica.

3. DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM

Reconstrua: linguagem, motricidade, autonomia, rendimento e perda de habilidades.

Interprete: uma tarefa pode exceder habilidades ou apoios disponíveis.

Complete os cinco eixos e transforme dados em decisão

4. COMPORTAMENTO E SAÚDE MENTAL

Explore: humor, ansiedade, irritabilidade, sono, sintomas somáticos e segurança.

Ouçã: a experiência da criança em linguagem adequada à idade.

5. FAMÍLIA, ESCOLA, CONTEXTO E PREJUÍZO

Compare: onde ocorre, quem observa, quais demandas e apoios mudam.

Registre: frequência escolar, pares, rotina, recursos e o que deixou de fazer.

Comece pelo eixo que define risco. Depois percorra os demais para testar explicações alternativas. Dados negativos específicos também importam: ausência de febre, perda ponderal ou despertar noturno pode ser mais útil do que anotar apenas “exame geral normal”.

Aplicação: ao final, escreva duas ou três frases que liguem temporalidade, contextos, prejuízo, segurança e dados faltantes.

Conheça as Pós em Pediatria e Psiquiatria da Infância e Adolescência do CENBRAP

Múltiplos informantes: divergência também é dado

Criança, responsáveis, escola e observação clínica respondem a perguntas diferentes. A criança relata experiência subjetiva. A família descreve trajetória e rotina. A escola observa aprendizagem, pares e comportamento em grupo. O médico integra história, exame e coerência entre as fontes.^{2,4}

QUANDO OS RELATOS DIVERGEM

Não conclua: que uma fonte está errada.

Pergunte: o que muda na demanda, na relação, no ambiente ou no apoio.

Registre: a fonte de cada informação e as lacunas que ainda precisam ser preenchidas.

Uma criança silenciosa na consulta e desorganizada em sala pode responder a exigências muito diferentes. Peça exemplos observáveis: tarefa, horário, adulto presente, duração, recuperação e consequência.

Utilidade clínica: divergência entre contextos ajuda a formular hipóteses e escolher a próxima informação necessária.

Vigilância do desenvolvimento não é rastreamento

Vigilância é contínua e cumulativa: escuta de preocupações, história longitudinal, observação, riscos, fatores protetores e documentação. Rastreamento usa instrumento padronizado em momentos definidos ou quando surge preocupação.^{1,3}

Lipkin e Macias tratam especificamente de lactentes e crianças pequenas. O relatório recomenda vigilância nas consultas de supervisão e rastreamento padronizado aos 9, 18 e 30 meses. Esses intervalos não devem ser transportados para escolares ou adolescentes.³

NA INFÂNCIA MÉDIA E ADOLESCÊNCIA

Mantenha: vigilância da trajetória e das tarefas do desenvolvimento.

Use: instrumentos dirigidos para perguntas específicas, quando indicados.

Não faça: diagnóstico apenas pela escala ou por uma observação isolada.

Prioridades de segurança por domínios

O risco atual muda a ordem da consulta. Domínios devem ser nomeados com precisão, sem contrapor Psiquiatria a Medicina.

RISCO PSIQUIÁTRICO E COMPORTAMENTAL

Priorize: ideação suicida atual com intenção ou plano, autoagressão com risco, agressividade grave ou psicose com ameaça imediata.

Aja: proteção, avaliação de risco e acesso ao nível de cuidado apropriado.^{2,5}

ALTERAÇÃO NEUROLÓGICA OU DA CONSCIÊNCIA

Priorize: confusão, rebaixamento, crise convulsiva, déficit neurológico focal de início agudo, regressão aguda ou cefaleia com alarme.

Aja: estabilização e investigação imediata; comece por ABCDE quando indicado.⁶

SUSPEITA TOXICOLÓGICA

Defina: agente, formulação, via, horário, quantidade máxima, peso, sintomas e sinais.

Interprete: o destino depende da avaliação de risco e da orientação toxicológica aplicável.⁷

Violência, desproteção e deveres distintos

PRIMEIRO: CUIDADO E SEGURANÇA

Trate: lesões e risco imediato.

Organize: proteção e rede local.

No Brasil, suspeita ou confirmação de castigo físico, tratamento cruel ou degradante ou maus-tratos deve ser comunicada ao Conselho Tutelar, sem prejuízo de outras providências legais.⁸

A comunicação protetiva não substitui a notificação sanitária. Violência doméstica e outras violências integram o VIVA/SINAN; violência sexual e tentativa de suicídio têm notificação imediata no fluxo oficial citado.⁹

Vinheta fictícia: retome os eixos antes de concluir

Vinheta clínica fictícia. Menino de 9 anos chega por dor abdominal recorrente e recusa escolar. A família pede investigação “do estômago”; a escola informa irritabilidade e dificuldade para terminar tarefas.

Linha do tempo. Compare dias letivos e fins de semana. Pergunte por mudança de rotina, sono, alimentação, evacuação, medicamentos e eventos recentes. Coincidência temporal gera hipótese; não demonstra causa.

Clínica e desenvolvimento. Sinais vitais, crescimento e exame abdominal procuram doença e alarme. História de linguagem, autonomia, alfabetização e desempenho situa a dificuldade acadêmica.

Comportamento e contexto. Ouça a criança sobre medo, tristeza, colegas e o que imagina que ocorrerá na escola. Solicite dados objetivos: frequência, tarefas, momentos de piora, pares e intervenções já tentadas.

Releitura: a dor continua sendo investigada. O contexto escolar e o comportamento ajudam a definir hipóteses, prejuízo e seguimento, sem substituir o exame.

O produto da consulta pode vir antes do rótulo

Uma formulação inicial útil registra o que se sabe, o que falta e o que faria a prioridade mudar. No caso fictício: dor abdominal recorrente sem sinal de alarme identificado na primeira avaliação; associação temporal com recusa escolar e faltas; necessidade de completar história gastrointestinal, sono, alimentação, aprendizagem e experiência escolar.

PLANO PROPORCIONAL

Agora: investigação clínica, medidas sintomáticas seguras e orientação à família.

Depois: informação escolar objetiva e instrumento dirigido, se houver indicação.

Seguimento: prazo definido, critérios de retorno antecipado e responsável por cada ação.

Encaminhar não transfere o caso inteiro. O médico de origem continua integrando informações, segurança e seguimento. A especialidade ou equipe escolhida depende da hipótese e da pergunta clínica.

Roteiro de saída da primeira avaliação

ANTES DE ENCERRAR

1. Formulação: descrição operacional e linha do tempo.
2. Hipóteses: concorrentes, hierarquizadas e sem causalidade presumida.
3. Segurança: risco atual, proteção e destino.
4. Plano: ações, responsáveis e dados faltantes.
5. Reavaliação: prazo e critérios de retorno antecipado.
6. Coordenação: destino e pergunta de cada encaminhamento.^{2,4}

A consulta integrada não transforma todo sintoma em transtorno mental nem exige que um único profissional domine todas as áreas. Ela protege a criança de atribuições prematuras e ajuda a decidir o que fazer agora.

Nota formativa: a pós-graduação pode aprofundar conhecimento e prática, mas não confere título de especialista nem RQE automático.

Conheça as Pós em Pediatria e Psiquiatria da Infância e Adolescência do CENBRAP

Referências

1. Hagan JF Jr, Shaw JS, Duncan PM, eds. Bright Futures: Guidelines for Health Supervision. 4th ed. AAP; 2017. [Acessar fonte](#)
2. Foy JM, Green CM, Earls MF, et al. Mental Health Competencies for Pediatric Practice. Pediatrics. 2019;144:e20192757. [Acessar fonte](#)
3. Lipkin PH, Macias MM, et al. Promoting Optimal Development. Pediatrics. 2020;145:e20193449. [Acessar fonte](#)
4. AACAP. Practice Parameters for the Psychiatric Assessment of Children and Adolescents. 1997;36:4S-20S. [Acessar fonte](#)
5. Saidinejad M, et al. Pediatric Mental and Behavioral Health Emergencies. Pediatrics. 2023;152:e2023063255. [Acessar fonte](#)
6. Royal Children's Hospital Melbourne. Altered conscious state. [Acessar fonte](#)
7. Royal Children's Hospital Melbourne. Poisoning: acute initial management. [Acessar fonte](#)
8. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei 8.069/1990, art. 13. [Acessar fonte](#)
9. Brasil. Ministério da Saúde. VIVA/SINAN, Vigilância Contínua. [Acessar fonte](#)