

Unimax • AULA PARA O INTERNO • PEDIATRIA
DR José Roberto Stefani

Reconhecer gravidade na criança

Medicar e seguir, observar ou internar — a decisão a partir do triângulo de avaliação e da fisiologia da compensação

Baseado em PALS, NICE NG143, Surviving Sepsis pediátrica e AIDPI / Ministério da Saúde

A pergunta que você vai responder em todo plantão

1

Medicar e seguir ambulatorialmente

A criança pode ir para casa hoje, com tratamento e retorno marcado?

2

Observar no serviço

Preciso de mais tempo e de mais reavaliações antes de decidir?

3

Internar

A criança precisa de suporte, monitorização ou tratamento que só o hospital oferece?

As três respostas dependem de uma única leitura: o quanto a criança ainda consegue compensar. É isso que esta aula ensina a enxergar.

O erro que esta aula quer evitar

A frase que aparece em quase toda revisão de óbito evitável em pediatria

"Mas ela estava bem quando eu examinei."

Por que isso acontece

A criança compensa muito bem

Ela sustenta pressão arterial e nível de consciência normais mesmo já bastante doente. O exame "normal" pode ser o exame de uma criança que está gastando toda a sua reserva.

A compensação é silenciosa

Taquicardia e taquipneia são fáceis de atribuir à febre, ao choro ou ao medo. Extremidades frias passam despercebidas se você não tocar a criança.

E quando falha, falha rápido

A criança não desce em rampa: ela desce em degrau. O intervalo entre "parece bem" e "parada" pode ser muito curto — e a deterioração já vinha acontecendo antes, sem alarde.

PARTE 1

O que o corpo faz para não morrer

A fisiologia da compensação — e por que quase tudo que chamamos de "sinal de gravidade" é, na verdade, o organismo funcionando bem.



Por que a criança compensa com frequência cardíaca

A equação que explica quase todos os sinais que você vai procurar

$$\text{Débito cardíaco} = \text{frequência cardíaca} \times \text{volume sistólico}$$

O que a criança NÃO consegue fazer

Aumentar o volume sistólico. O miocárdio infantil tem menos massa contrátil, é menos complacente e já opera perto do topo da curva de Frank-Starling. A margem para aumentar o volume ejetado a cada batimento é pequena.

O que ela faz em compensação

Acelera. Se o volume sistólico é praticamente fixo, o único jeito de manter o débito cardíaco é subir a frequência. Por isso a taquicardia é o primeiro e o mais sensível sinal de que algo está errado.

Corolário que salva vidas: bradicardia em criança gravemente doente não é melhora — é o miocárdio hipóxico falhando. É sinal pré-terminal.

Os quatro mecanismos compensatórios

1

Taquicardia

Mantém o débito cardíaco quando o volume sistólico não pode aumentar.

É o primeiro a aparecer e o mais sensível.

2

Vasoconstrição periférica

Aumenta a resistência vascular sistêmica e sustenta a pressão arterial.

A pressão fica normal às custas da pele.

3

Taquipneia

Elimina CO₂ para compensar a acidose metabólica da hipoperfusão.

Taquipneia sem esforço respiratório é choque, não pulmão.

4

Centralização do fluxo

Desvia sangue de pele, músculo, rim e intestino para cérebro e coração.

O rim é sacrificado antes de a pressão cair.

Nenhum deles é a doença. Todos são o organismo trabalhando para manter a homeostase — e cada um deles produz um sinal que você consegue ver ou tocar.

Cada sinal de gravidade é um mecanismo em ação

Traduzindo o que você vê para o que está acontecendo por dentro

O que você observa	Mecanismo	O que está sendo compensado	O que isso significa
Taquicardia	Aumento da frequência cardíaca	Queda do débito cardíaco	Sinal mais precoce. Some quando o mecanismo falha — e aí vem bradicardia.
Extremidades frias, moteamento, tempo de enchimento capilar alargado	Vasoconstricção periférica	Manutenção da pressão arterial	A pressão está normal porque a pele foi sacrificada. Não é tranquilizador.
Taquipneia sem esforço respiratório	Hiperventilação	Acidose metabólica da hipoperfusão	Se não há tiragem nem ruído, procure a causa fora do pulmão.
Oligúria	Centralização do fluxo	Perfusão de cérebro e coração	O rim é desligado cedo. Perguntar sobre fraldas e diurese é exame físico.
Irritabilidade que evolui para letargia	Falência da centralização	Já não consegue preservar o cérebro	Sinal tardio. A reserva está no fim.

Por que a pressão arterial engana

O erro de aferir a pressão, achá-la normal e concluir que a criança está bem

30 – 40 %

do volume circulante é o que a criança consegue perder antes de ficar hipotensa. Até esse ponto, a pressão arterial permanece normal.

A pressão não é o que está sendo compensado — ela é o RESULTADO da compensação

Pressão arterial média $\approx$ débito cardíaco $\times$ resistência vascular sistêmica.
Enquanto a criança conseguir subir a frequência e fechar a periferia, a pressão fica normal. Ela só cai quando os dois mecanismos já se esgotaram.

Pressão normal NÃO exclui choque

Se há sinais de má perfusão com pressão normal, o nome disso é choque compensado — e é exatamente o momento de tratar.

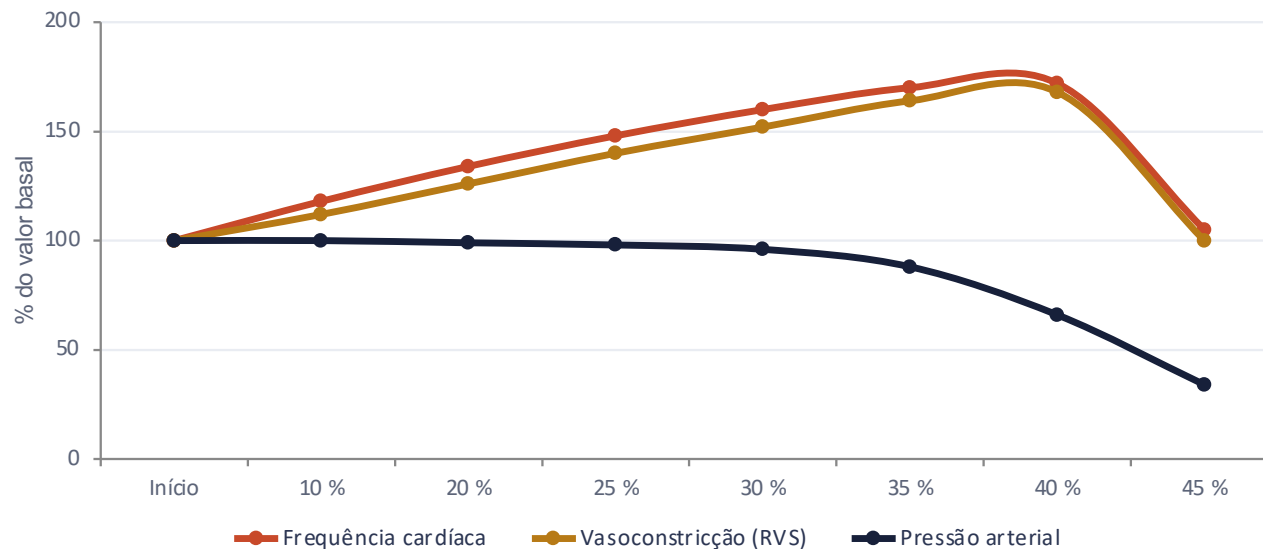
Pressão baixa é o fim da linha

A hipotensão em pediatria não é o início do choque: é o anúncio de que a compensação acabou. Tratar aqui já é tarde.

Em adultos a hipotensão é um sinal de alerta precoce. Em crianças, é um sinal de alarme tardio. A transposição automática do raciocínio do adulto é uma das causas mais frequentes de subestimação de gravidade em pediatria.

A compensação é finita

O que acontece com cada variável à medida que a criança perde reserva



Eixo horizontal: perda progressiva de reserva (aqui representada como perda volêmica). Curvas ilustrativas, para ensino.

Zona compensada

Frequência e resistência sobem. A pressão permanece normal. É aqui que a criança "parece bem" — e é aqui que você tem tempo.

Zona descompensada

Os mecanismos se esgotam. A pressão despenca e a frequência cai. Daqui em diante o desfecho é bradicardia, atividade elétrica sem pulso e parada.

A janela terapêutica inteira está na zona compensada. Quando a curva da pressão vira para baixo, você deixou de tratar e passou a reanimar.

Choque compensado × choque descompensado

A mesma doença em dois momentos — e duas urgências completamente diferentes

COMPENSADO

Sinais de má perfusão COM pressão arterial normal para a idade

- Taquicardia
- Tempo de enchimento capilar ≥ 3 segundos
- Extremidades frias, moteamento, pulsos periféricos finos
- Pressão de pulso estreita
- Taquipneia sem esforço respiratório
- Oligúria
- Irritabilidade ou ansiedade

É AQUI QUE SE TRATA.

DESCOMPENSADO (HIPOTENSIVO)

Pressão sistólica abaixo do limiar para a idade, somada à má perfusão

- Hipotensão para a idade
- Rebaixamento do nível de consciência
- Pulsos centrais fracos
- Pele fria, moteada ou acinzentada
- Anúria
- Bradicardia — o miocárdio já falhando
- Respiração irregular ou apneia

AQUI JÁ SE REANIMA.

A transição entre as duas colunas não é gradual. É o ponto em que os mecanismos compensatórios se esgotam — e ela pode acontecer enquanto você preenche o prontuário.

Três sinais que significam que o tempo acabou

1

Hipotensão

A resistência vascular já está no máximo e a frequência já não sustenta o débito. Não é o começo do choque — é o fim da compensação.

2

Bradicardia

O miocárdio hipóxico falhando. Em criança grave, frequência que "normaliza" sem melhora clínica é deterioração, não resposta ao tratamento.

3

Respiração irregular, gasping ou apneia

O centro respiratório perdendo o comando. Precede a parada em minutos.

A parada cardiorrespiratória da criança quase nunca é súbita: é o desfecho previsível de uma hipóxia ou de um choque que ninguém interrompeu a tempo. Por isso ela é, quase sempre, evitável.

PARTE 2

Como reconhecer em 30 segundos

O triângulo de avaliação, os sinais de má perfusão, os parâmetros por idade e os sistemas de triagem que você vai usar na UBS e no pronto-socorro.



Triângulo de Avaliação Pediátrica

Da porta da sala, sem tocar na criança, em 30 a 60 segundos — antes de qualquer aparelho

Aparência

TICLS

Tônus · Interatividade · Consolabilidade ·
Olhar e contato visual · Choro e fala

Reflete perfusão cerebral, oxigenação e homeostase metabólica. É o vértice mais importante.

Respiração

Ver e ouvir

Ruídos audíveis (estridor, gemência, sibilos) ·
posição de tripé ou de cheirador · tiragem ·
batimento de asa nasal · head bobbing

Distingue esforço aumentado de esgotamento respiratório.

Circulação cutânea

Só olhar

Palidez · moteamento (livedo) · cianose

Traduz a vasoconstricção compensatória. Aparece antes de qualquer queda de pressão.

Regra de bolso: aparência alterada é doença grave até prova em contrário. Qualquer vértice alterado impede alta sem reavaliação.

O que cada combinação de vértices significa

O triângulo não dá diagnóstico — dá o estado fisiológico e a pressa

Aparência	Respiração	Circulação	Estado fisiológico	O que fazer
Normal	Normal	Normal	Estável	Avaliação em ritmo habitual
Normal	Alterada	Normal	Desconforto respiratório	Tratar e reavaliar; observar
Alterada	Alterada	Normal ou alterada	Insuficiência respiratória	Oxigênio e suporte imediatos
Normal	Normal	Alterada	Choque compensado	Tratar agora — a janela está aberta
Alterada	Normal ou alterada	Alterada	Choque descompensado	Emergência: reanimação
Alterada	Normal	Normal	Disfunção do SNC ou metabólica	Glicemia imediata; pensar em intoxicação, sepse precoce, trauma
Alterada	Alterada	Alterada	Falência cardiopulmonar	Pré-parada: reanimação imediata

A linha "aparência alterada com respiração e circulação normais" é a mais traiçoeira: é a criança hipoglicêmica, a intoxicada e a séptica no início. Glicemia capilar em toda criança com aparência alterada.

Sinais de má perfusão: o que procurar

Tempo de enchimento capilar

Normal < 2 s · ≥ 3 s é anormal · $> 4-5$ s indica choque avançado. O AIDPI, no Brasil, adota > 2 s como sinal de perigo.

Gradiente térmico

Linha de frio que sobe do pé para o joelho e a coxa, com tronco quente. Toque a criança: este sinal não se vê, se sente.

Pulsos

Periféricos finos com centrais preservados indica compensação. Centrais fracos indica descompensação. Pressão de pulso estreita.

Débito urinário

Alvo acima de 1 mL/kg/h. Oligúria: menos de 1 mL/kg/h no lactente e pré-escolar; menos de 0,5 mL/kg/h no adolescente.

Nível de consciência

Irritabilidade → letargia → não responsivo. Avaliar por TICLS ou AVPU a cada reavaliação, sempre pelo mesmo método.

Lactato

Acima de 2 mmol/L indica disfunção metabólica; 5 mmol/L ou mais pontua critério cardiovascular de choque séptico. A tendência de queda é o que informa resposta.

Nenhum destes sinais depende de exame complementar. Todos aparecem antes de a pressão arterial se alterar.

Parâmetros normais por idade

Frequência cardíaca e respiratória — valores de referência do PALS, na criança acordada

Faixa etária	Frequência cardíaca (bpm)	Frequência respiratória (irpm)
Recém-nascido	100 – 205	30 – 53
Lactente (1 mês a 1 ano)	100 – 180	30 – 53
1 a 2 anos	98 – 140	22 – 37
Pré-escolar (3 a 5 anos)	80 – 120	20 – 28
Escolar (6 a 11 anos)	75 – 118	18 – 25
Adolescente (12 a 15 anos)	60 – 100	12 – 20

Como usar sem se enganar

- Conte por um minuto inteiro, com a criança calma.
- Febre, dor, choro e medo elevam a frequência: reavalie depois de tratar.
- O que informa é a tendência entre duas medidas, não uma medida isolada.

Taquicardia persistente após controlar febre e dor não é da febre. Investigue.

Limiar de hipotensão por idade

Abaixo destes valores de pressão sistólica, a criança é formalmente hipotensa — PALS

Recém-nascido a termo
(0 a 28 dias)

< 60 mmHg

Lactente
(1 a 12 meses)

< 70 mmHg

1 a 10 anos

**< 70 + (2 ×
idade
em anos)**

Acima de 10 anos

< 90 mmHg

Exemplo de conta

Criança de 4 anos: $70 + (2 \times 4) = 78$ mmHg.
Pressão sistólica de 80 mmHg está "normal" — e
pode conviver com choque compensado. Pressão
de 76 mmHg já é choque descompensado.

**Esta tabela Não é um critério para começar a
tratar. É o limiar que define quando você já
perdeu a janela. A decisão de tratar se toma
pelos sinais de má perfusão, com a pressão
ainda normal.**

Manguito adequado: a largura da bolsa deve cobrir cerca de 40 % da circunferência do braço. Manguito pequeno superestima e pode mascarar hipotensão.

Semáforo do NICE: os sinais VERMELHOS

Qualquer um deles indica encaminhamento urgente a serviço de emergência pediátrica

Cor	Pálido, moteado, acinzentado ou azulado
Atividade	Não responde a estímulos sociais; parece doente ao profissional de saúde; não acorda ou não se mantém acordado; choro fraco, agudo ou contínuo
Respiração	Gemência; frequência respiratória acima de 60 irpm; tiragem torácica moderada ou grave
Circulação e hidratação	Turgor cutâneo reduzido
Outros	Menor de 3 meses com temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$; exantema que não desaparece à digitopressão; fontanela abaulada; rigidez de nuca; estado de mal epilético; sinais neurológicos focais; convulsões focais

"Parece doente ao profissional de saúde" é um item formal da diretriz. A sua impressão clínica é um dado, não um palpite — registre-a no prontuário.

Semáforo do NICE: âmbar e verde

ÂMBAR — risco intermediário

Cor	Palidez relatada pelo cuidador
Atividade	Não responde normalmente a estímulos sociais; sem sorriso; acorda apenas com estímulo prolongado; atividade diminuída
Respiração	Batimento de asa nasal; FR > 50 irpm dos 6 aos 12 meses ou > 40 irpm acima de 12 meses; saturação ≤ 95 % em ar ambiente; estertores
Circulação	Taquicardia: > 160 bpm abaixo de 12 meses, > 150 bpm dos 12 aos 24 meses, > 140 bpm dos 2 aos 5 anos; enchimento capilar ≥ 3 s; mucosas secas; má aceitação alimentar; diurese reduzida
Outros	3 a 6 meses com temperatura ≥ 39 °C; febre há 5 dias ou mais; calafrios; edema de membro ou articulação; não apoia o peso ou não usa uma extremidade

VERDE — baixo risco

Cor normal; responde normalmente a estímulos sociais; contente ou sorri; acordada ou acorda rápido; choro forte normal ou ausente; pele, olhos e mucosas normais. Nenhum item âmbar ou vermelho.

O que fazer com cada cor

- Verde: manejo domiciliar com orientação de sinais de alarme.
- Âmbar: avaliação presencial especializada ou observação com reavaliação definida.
- Vermelho: encaminhamento urgente à emergência pediátrica.

Sinais gerais de perigo do AIDPI

Na UBS: a presença de qualquer um deles indica referência urgente ao hospital, iniciar estabilização até remoção

1

Não consegue beber
nem mamar no peito

2

Vomita tudo o que
ingere

3

Teve convulsões ou
movimentos anormais

4

Está letárgica ou
inconsciente

5

Tempo de enchimento
capilar maior que 2
segundos

6

Batimento de asa do
nariz e/ou gemência

Limiares de frequência respiratória do AIDPI para pneumonia

2 a 11 meses: 50 irpm ou mais. 1 a 4 anos: 40 irpm ou mais.

Tiragem subcostal ou estridor em repouso classificam como pneumonia grave ou doença muito grave — referência urgente.

PARTE 3

A decisão de destino

Medicar e seguir ambulatorialmente, observar no serviço ou internar — e o que fazer nos primeiros sessenta minutos enquanto a decisão amadurece.



Medicar e seguir ambulatorialmente

Todos os critérios precisam estar presentes — não é uma lista de onde se escolhe alguns

Critérios clínicos

- Triângulo de avaliação normal nos três vértices
- Nenhum sinal vermelho ou âmbar do semáforo; nenhum sinal geral de perigo do AIDPI
- Parâmetros vitais adequados para a idade após controlar febre e dor
- Aceita líquidos por via oral e mantém hidratação e diurese
- Foco identificado e tratável fora do hospital, ou febre sem foco de baixo risco para a idade
- Fora dos grupos de risco: menor de 3 meses, imunossuprimido, falciforme, cardiopata, vacinação incompleta

Critérios de segurança da alta

- Cuidador capaz de compreender e reconhecer os sinais de alarme
- Orientação ESCRITA de retorno imediato, entregue e explicada
- Reavaliação agendada em 24 a 48 horas — agendada, não apenas recomendada
- Transporte e telefone disponíveis; distância compatível com retorno rápido
- Prescrição compreendida: dose em mililitros, intervalo e duração
- Resultados pendentes com responsável identificado para conferir

Se um único critério falhar, a criança não vai para casa: ela vai para observação. A vulnerabilidade social é critério clínico, não burocrático.

Observação no serviço

Observar não é esperar para ver: é um procedimento, com hipótese, tempo e critérios definidos

Quando observar

- Um vértice do triângulo alterado, com expectativa de melhora após medida simples
- Qualquer sinal âmbar do semáforo
- Desidratação leve ou moderada em terapia de reidratação oral
- Resposta incerta a antitérmico, broncodilatador ou analgesia
- Dúvida diagnóstica ou impressão clínica desconfortável
- Cuidador inseguro, ou distância que inviabiliza retorno rápido

Como observar

- Defina de antemão o tempo (em geral 2 a 6 horas) e o que espera que aconteça
- Reavalie em intervalos fixos, não quando sobrar tempo
- Registre em cada reavaliação: triângulo, FC, FR, saturação, enchimento capilar, aceitação oral e diurese
- Compare medidas: a tendência informa mais que qualquer valor isolado
- Reavaliação é feita pelo médico, à beira do leito — não pela ficha

Como terminar a observação

- Melhorou e cumpre todos os critérios de alta: liberar com seguimento agendado
- Não melhorou dentro do tempo previsto: internar — a ausência de melhora É a informação
- Piorou em qualquer momento: internar imediatamente, sem completar o tempo
- Prolongar a observação porque "está quase melhorando" é a forma mais comum de perder o momento certo

Uma observação sem hipótese, sem tempo definido e sem reavaliação registrada não é observação — é adiamento.

Internação

Qualquer item isolado já indica — não é preciso somar critérios

Por gravidade fisiológica

- Aparência alterada persistente ao triângulo de avaliação
- Qualquer sinal de má perfusão, mesmo com pressão arterial normal
- Hipotensão, bradicardia ou respiração irregular — emergência
- Necessidade de oxigênio suplementar ou de suporte ventilatório
- Qualquer sinal vermelho do semáforo ou sinal geral de perigo do AIDPI

Por necessidade terapêutica ou de contexto

- Necessidade de acesso venoso, hidratação venosa ou antibiótico parenteral
- Falha da hidratação oral bem conduzida
- Recém-nascido com febre; lactente menor de 3 meses conforme o protocolo
- Imunossupressão, neutropenia, doença falciforme, cardiopatia ou dependência de tecnologia
- Impossibilidade de seguimento ou vulnerabilidade social
- Piora ou ausência de melhora após o período de observação

Na dúvida entre observar e internar em criança menor de 3 meses, com comorbidade ou com seguimento incerto, interne. O custo do erro não é simétrico.

Enquanto você decide: os primeiros 60 minutos

O que fazer na criança com sinais de má perfusão, em qualquer serviço

1	Via aérea e oxigênio	Garantir via aérea pérvia. Oxigênio suplementar. Ventilação com bolsa-válvula-máscara eficaz tem prioridade sobre intubação precoce.
2	Monitorização e acesso	Monitor, oximetria e pressão. Dois acessos venosos periféricos calibrosos. Se não conseguir em poucos minutos, via intraóssea.
3	Glicemia capilar	Em toda criança com aparência alterada, convulsão ou choque. Hipoglicemia é causa tratável de aparência alterada isolada.
4	Expansão volêmica	Cristaloide balanceado, por veia periférica, acesso central ou intraóssea em alíquotas de 10 a 20 mL/kg, reavaliando perfusão e sinais de sobrecarga a cada alíquota.
5	Antibiótico se suspeita de sepse	Dentro de 1 hora no choque séptico; dentro de 3 horas na sepse sem choque. Colher exames antes (hemocultura, lactate, etc.), sem atrasar o antibiótico.
6	Reavaliar e escalar	Se o choque persistir após a ressuscitação volêmica, iniciar droga vasoativa — por veia periférica diluída, sem esperar acesso central.

Nenhum destes passos exige aguardar exame. Todos começam pela avaliação clínica que você já fez.

Expansão volêmica no choque séptico

A recomendação muda conforme haja ou não terapia intensiva disponível — Surviving Sepsis pediátrica

COM terapia intensiva disponível

Até 40 a 60 mL/kg na primeira hora, em alíquotas de 10 a 20 mL/kg, com reavaliação a cada alíquota.

SEM terapia intensiva e SEM hipotensão

NÃO fazer bolus. Apenas fluidos de manutenção. Recomendação forte, com alta certeza de evidência.

SEM terapia intensiva e COM hipotensão

Até 40 mL/kg na primeira hora, em alíquotas de 10 a 20 mL/kg.

Como infundir

- Cristaloide balanceado (Ringer lactato) é preferível ao soro fisiológico.
- Cada alíquota em 5 a 20 minutos, com pressurização ou seringa.
- Se houver suspeita de componente cardiogênico: 5 a 10 mL/kg em 10 a 20 minutos.
- Sinais de sobrecarga que interrompem a expansão: crepitações, hepatomegalia, ritmo de galope.

Por que a regra muda sem terapia intensiva

Porque a expansão agressiva sem capacidade de suporte ventilatório e de monitorização aumentou a mortalidade nos estudos. Em serviço sem UTI, na criança sem hipotensão, a conduta correta é manutenção e transferência — não volume.

Doses de referência da emergência

Para consulta rápida — confirme sempre com o protocolo do seu serviço

Situação	Droga e apresentação	Dose	Observação
Parada cardiorrespiratória	Adrenalina 1:10.000 (0,1 mg/mL)	0,01 mg/kg = 0,1 mL/kg IV ou IO Máximo 1 mg por dose	Repetir a cada 3 a 5 minutos
Anafilaxia	Adrenalina 1:1.000 (1 mg/mL)	0,01 mg/kg IM na face anterolateral da coxa Máximo 0,5 mg	Nunca por via subcutânea. Repetir em 5 minutos se necessário
Hipoglicemia	Glicose 10 %	2 mL/kg IV ou IO em bolus	Seguir com manutenção. Evitar soluções acima de 25 % em veia periférica
Choque com má perfusão	Cristaloide balanceado	10 a 20 mL/kg por alíquota	Reavaliar perfusão e sobrecarga a cada alíquota
Choque refratário a volume	Adrenalina ou noradrenalina	A partir de 0,05 µg/kg/min	Iniciar por veia periférica diluída, sem aguardar acesso central

Anote o peso estimado da criança no início do atendimento. Calcular dose durante a emergência é a principal fonte de erro de medicação em pediatria.

Erros que custam caro

Aferir pressão, achar normal e relaxar

Pressão normal é o esperado no choque compensado. Ela é o último parâmetro a cair.

Atribuir toda taquicardia à febre

Reavalie depois de tratar febre e dor. O que persiste não era da febre.

Não tocar a criança

Gradiente térmico e pulsos periféricos não se veem da porta. O triângulo abre a avaliação; não a encerra.

Confundir melhora com resposta ao antitérmico

A criança que melhora com antitérmico e volta a piorar em duas horas não melhorou.

Observar sem reavaliar

Tempo em maca não é observação. Sem reavaliação registrada, é apenas espera.

Esquecer a glicemia

Aparência alterada com respiração e circulação normais é hipoglicemia até prova em contrário.

Pontos-chave

- Quase todo sinal de gravidade é um mecanismo compensatório ficando visível — o organismo trabalhando, não falhando.
- A criança compensa aumentando a frequência cardíaca, fechando a periferia, hiperventilando e centralizando o fluxo.
- A compensação é finita. A janela terapêutica inteira está antes de ela se esgotar.
- Pressão arterial normal não exclui choque: ela é o resultado da compensação, não o que está sendo compensado.
- Sinais de má perfusão com pressão normal são choque compensado — e é exatamente o momento de tratar.
- Hipotensão, bradicardia e respiração irregular significam que a reserva acabou: parada iminente.
- O triângulo de avaliação decide a pressa; o exame físico e os parâmetros por idade decidem a conduta.
- Medicação e seguir exige TODOS os critérios, inclusive os sociais. Um único critério ausente move a criança para observação.
- Observação tem hipótese, tempo definido e reavaliação registrada. Sem isso, é adiamento.
- Na dúvida, o custo do erro não é simétrico: interne.