

Roteiro para o atendimento pediátrico da disciplina Pediatria Preventiva e Social a nível ambulatorial:

A melhor maneira de fazer as suspeitas diagnósticas adequadas ao atender uma criança é obter uma história completa e realizar todos os passos de modo sistemático do exame físico, enfatizando-se o contato com os familiares e com a criança, a depender da sua idade.

ANAMNESE

Informação geral e Identificação: Data do exame, nome do paciente, idade, data de nascimento, sexo, raça, procedência e naturalidade. Relação da criança com o acompanhante. Referência quanto à qualidade das informações prestadas.

Queixa principal: Porque o paciente foi trazido ao médico? Usar as palavras do informante sobre a queixa e a duração.

História da moléstia atual: Detalhes sobre todos os sintomas, sinais e tratamentos aplicados com a ordem cronológica. Para as crianças doentes é importante perguntar até quando estava sadia. Se a criança está fazendo uso de medicamentos, deve-se anotar a causa, a duração, a posologia e a resposta.

Qualquer informação do passado importante para a doença atual deve ser anotada.

Para a criança sadia pode-se colocar “sem queixas”; deve-se perguntar sobre a frequência escolar.

História de doenças prévias: Deve-se caracterizar doenças prévias com os e procedimentos e tratamentos realizados.

História pré-natal: Perguntar sobre saúde materna na gestação, especialmente sobre sangramento, infecções, toxemia, outras doenças, uso de medicamentos, exposição a animais, uso de drogas, álcool, fumo, resultados de sorologias, tipagem sanguínea e outras intercorrências, além de outros exames ou amniocentese. Saber se fez pré-natal com quantas consultas; se houve ganho excessivo ou insuficiente durante a gravidez. Número de gestações prévias, abortos, natimortos.

História do nascimento: Duração da gestação, tipo e duração do parto, utilização de anestesia ou analgesia. Peso ao nascer.

História neonatal: Perguntar se houve cianose ou desconforto respiratório ao nascer, escores do Apgar, manobras de ressuscitação, se a criança necessitou de cuidados ou qualquer intervenção, se apresentou icterícia, convulsão, infecção, anomalia congênita ou qualquer anormalidade.

História alimentar: anotar se a criança foi ou é alimentada exclusivamente com leite materno e até quando; se usa leite artificial ou outro tipo de alimentação, mamadeira; se suga de modo adequado, qual o tipo de fórmula e como é preparada; perguntar a dieta em 24 h como é feita. Perguntar sobre necessidade de alimentação complementar e se há

relacionados com a alimentação, a presença de vômitos, regurgitação, desconforto respiratório, evacuação ou outros sintomas. Anotar a época da introdução de outros alimentos, alimentos sólidos, vitaminas ou suplementos alimentares. Em todas as faixas etárias detalhar se há problemas alimentares.

História do desenvolvimento: Deve-se ter o peso e a altura ao nascer, aos 6 meses, 1 ano, 2 anos, 5 anos e 10 anos pelo menos. Qualquer perda ou ganho deve ser anotado para avaliar a relação com doença orgânica ou psicossocial. Deve-se comparar com os dados dos pais e irmãos. Devem ser anotadas as idades em que o paciente começou a seguir as pessoas com o olhar, manteve o pescoço ereto, sorriu em resposta, segurou e transferiu objetos das mãos, começou a andar e falar palavras e frase. A erupção dentária deve ser perguntada, assim como a idade em que começou a se vestir, tomar banho só, andar de bicicleta e como é o desempenho escolar. Devem ser perguntados quando foram adquiridos os controles de diurese e dejeção.

História do comportamento:

Descrever como é o sono e se há alterações. Hábitos alimentares, fumo, álcool ou uso de drogas de adição a depender da idade. Perguntar ao informante se a criança é feliz, sociável, se tem problemas de comportamento, pesadelos; se é adolescente perguntar se namora, se já teve intercurso sexual, avaliando se é necessário sigilo sobre estas questões.

História de imunização: Verificar todas as vacinas administradas e reações apresentadas.

História de doenças passadas: saber da saúde prévia, doenças, exames, traumas, cirurgias, tratamentos específicos, hospitalizações e intoxicações; perguntar se há alergia a medicamentos, alimentos ou asma.

Interrogatório sistemático:

Esta revisão funciona como uma checagem de informações de todos os sistemas que possam ter sido omitidas ou esquecidas previamente.

- Cabeça
- Olhos
- Ouvidos
- Nariz
- Boca e garganta
- Pescoço
- Mamas
- Pulmões
- Coração
- Trato gastrointestinal
- Trato genitourinário
- Extremidades
- Sistema nervoso
- Pele
- Quadro psiquiátrico

História familiar: Evidências podem ser importantes para várias patologias. Deve-se fazer um heredograma, incluindo pais, irmãos, avós, com idades, estado de saúde ou causa de morte.

História social: Detalhes sobre número de pessoas que habitam na mesma casa; estrado civil dos pais, presença de doméstica, atividade profissional dos pais, se há problemas escolares.

EXAME FÍSICO

Observar cuidadosamente antes de examinar, avaliar a postura, ter cuidado de descobrir apenas as áreas examinadas e examinar a criança completamente. Apenas retardar o exame completo nas crianças com quadro críticos e emergenciais com risco de vida (convulsões, apnéia, choque, ausência de pulso).

Sinais vitais: Temperatura, pulsos em membros superiores e inferiores, ritmo respiratório, tensão arterial, altura, peso e circunferência craniana. Avaliação nutricional.

Impressão geral: Descrever a impressão causada pela criança. Observar se a criança está alerta, qual seu estado nutricional, desenvolvimento, posturas atípicas, apreensão ou cooperação, posição anti-álgica e odor anormal.

Pele: cor, turgor, tipo de lesões, condições da pele, unhas e cabelo. Avaliar se há cianose, palidez, icterícia, edema, desidratação, exantema e outras alterações.

Cabeça e pescoço: forma, simetria, alterações, distribuição de cabelo, tamanho e tensão das fontanelas; identificar se há micro ou macrocefalia. Avaliar se a face lembra alguma síndrome.

Olhos: Devem-se testar objetos coloridos com a criança pequena e usar os cartões escritos para as crianças maiores. Avaliar estrabismo, movimentos oculares, ptose, epicanto, conjuntivas, esclera, córnea, pupilas (tamanho e forma), cor da íris, resposta à luz e exame de fundo de olho (hemorragias, áreas pigmentadas, catarata, mácula, reflexo corneano).

Ouvidos: Posição e deformidades do ouvido externo, implantação, avaliação da acuidade auditiva, otoscopia (canal, membrana timpânica, alterações presentes, movimentação).

Nariz: Olhar ambas as narinas com luz, avaliar descargas, sangramentos, deformidades; dor à pressão nos seios nasais, saída de ar.

Boca e garganta: Pela resistência da criança, pode-se postergar este exame para o final. Avaliar, lábios, mucosa, gengivas, dentes, palato, língua, amígdalas, e faringe posterior. Verificar se há exsudato, reflexo de deglutição, voz, choro; Avaliar obstrução respiratória.

Pescoço: Examinar linfonodos e descrevê-los (tamanho, sinais inflamatórios, dor). Palpar traquéia, tireóide, e avaliar detalhadamente outras massas. Flexão e extensão do pescoço.

Linfonodos: Além de examinar detalhadamente os cervicais, também avaliar os inguinais, epitrocleares, supraclaviculares, axilares e occipitais posteriores.

Tórax: Observar a forma e a simetria. Respiração predominante abdominal até 6 anos e após, torácica. Observar se há retrações intercostais, supraesternal ou subcostal; edema na junção costal ou na parede torácica; Assimetria na expansão torácica.

Mamas: hipertrofiadas ao nascimento regredindo até 6 meses; telarca em geral assimétrica. Palpação para identificar nódulos, calor, rubor e dor.

Pulmões: Observar o tipo de respiração, o ritmo, identificando taquipnéia, bradipnéia ou dispnéia ins ou expiratória; realizar percussão torácica completa para identificar consolidação ou ressonância. Na ausculta utilizar o diafragma corretamente dependendo da idade da criança; avaliar o murmúrio vesicular e a presença de estertores (roncos, creptos, sibilos) ou ausência de ausculta e determinar a área.

Coração: Além do pulso, ritmo, tensão arterial, observar a forma, a qualidade do som e a altura do pulso, além da presença de sopros, caracterizando-os detalhadamente, impulso paraesternal ou precordial, localizar o pré-córdio, avaliar o tamanho da área cardíaca. Percutir e palpar a área cardíaca; auscultar o paciente na posição sentado e na posição supina, seguindo a seguinte ordem: área mitral, área tricúspide, área pulmonar e área aórtica; em seguida na axila, resto do precórdio, nas costas e no pescoço. Identificar sopros sistólicos e diastólicos, caracterizando-os. Pulso venoso, pulsos centrais e periféricos.

Abdomen: Observa-se a forma e o tônus; se há distensão, abdome plano ou alguma massa localizada. Deve-se auscultar antes de percutir e palpar; os ruídos hidroaéreos devem ser ouvidos a cada 10 ou 30 segundos; a palpação deve ser gentil, iniciando pelo quadrante inferior esquerdo, seguindo-se o quadrante superior esquerdo, o quadrante superior direito, o quadrante inferior direito e as áreas medianas. Em seguida uma palpação profunda deve ser feita em todas as áreas e deve ser caracterizado o tamanho, a consistência e as bordas do fígado, do baço e de qualquer outras massas; na presença de massas, deve-se fazer transiluminação. Avaliar a presença de dor, aumento súbito de órgãos. Realizar percussão em todo abdome.

Genitália: Caracterizar o estágio de desenvolvimento puberal em que a criança se encontra através dos pelos pubianos, tamanho das mamas e aumento da velocidade do crescimento. Não esquecer do cuidado com este exame em adolescentes. Fazer inspeção da genitália avaliando se há descarga uretral. Na menina avaliar a presença de sangramento vaginal, corpo estranho, fusão de pequenos lábios, hímen perfurado, descarga vaginal, dor na região baixa do abdome e avaliação do tamanho do útero; este exame deve ser acoplado com o toque retal. Nas adolescentes com vida sexual ativa, deve-se fazer exame vaginal completo. Nos meninos deve-se observar reflexo cremasteriano, toda região escrotal, jato urinário e afastar a presença de hidroceles, hérnias, além da palpação sistemática dos testículos.

Reto: inspeção do ânus para identificar fissuras, inflamação ou perda de tônus; este último pode indicar abuso sexual. O toque retal de rotina deve ser feito nas crianças com obstipação e sangramento retal.

Extremidades e dorso: Avaliar presença de assimetrias, anomalias, dor, calor, edema. Avaliar alterações inflamatórias das articulações além de limitação de movimentos. Deve-se observar a criança andando e identificar baqueteamento digital. A coluna deve ser observada para identificar lordose, cifose, escoliose, massas, limitação de movimentos, espinha bífida, cisto pilomidal, tufo de cabelos, má formação, infecções ou tumores. Deve-se anotar se há fraqueza, paresia ou alterações musculares outras.

Exame neurológico: deve-se determinar o estado mental e a orientação da criança, considerando suas condições ambientais. Deve-se avaliar sua posição em repouso, movimentos anormais como tremores, coreia, atetose, incordenação, sinal de Kernig e Brudzinski. A avaliação de todos os nervos cranianos deve ser sempre feita além do exame dos reflexos tendinosos (bíceps, tríceps, patelar e aquileu). Toda a seqüência do exame neurológico deve ser realizada.

Observação: **Peculiaridades do exame do recém-nascido** (a ser encaminhado)



Primeira possibilidade: Método tradicional

1. **FORMULAÇÃO DIAGNÓSTICA**
2. **DIAGNÓSTICOS SINDRÔMICOS E SUSPEITAS DIAGNÓSTICAS**
(diagnóstico diferencial)
3. **PLANO DIAGNÓSTICO** (solicitação racional de exames complementares)
4. **PLANO TERAPÊUTICO**

Segunda possibilidade: Prontuário baseado em problema

1. **DADOS (HISTÓRIA + EXAME FÍSICO + LABORATÓRIO)**



2. **LISTA DE PROBLEMAS**
3. **PLANO INICIAL**
4. **NOTAS DE EVOLUÇÃO**
5. **SUMÁRIO DE ALTA**