

PROJETO SAÚDE DIGITAL



PUERICULTURA: ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Este documento introduz conceitos de Puericultura, abrangendo o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança desde o período gestacional até a adolescência. A Puericultura é apresentada como um processo contínuo de preservação da saúde, considerando os determinantes e condicionantes definidos pela lei nº8.080. O documento detalha técnicas de anamnese e exame físico pediátrico, ressaltando a importância da empatia e do vínculo médico-família-criança.

Introdução à Puericultura

A consulta médica pediátrica é caracterizada pela tríade família-criança-médico. Para estabelecer vínculo e confiança mútuos, é necessária empatia, que começa com um acolhimento personalizado e respeito à criança e sua família. O médico deve saber escutar e observar.

Escutar envolve valorizar o discurso do paciente e sua família, mantendo um diálogo profissional. Isso permite compreender a dinâmica familiar em relação à doença e identificar necessidades, inseguranças, medos, fantasias e expectativas, além de detectar situações estressantes.

Observar significa estar atento a tensões, desconfianças e indiferenças que podem gerar omissão, atenuação ou exagero nas respostas.

Competências Clínicas em Pediatria

As circunstâncias sociais da criança na comunidade devem ser investigadas de forma objetiva (anamnese e exame físico) e subjetiva (escutar e observar). Algumas habilidades e exigências são necessárias para adquirir as competências clínicas em Pediatria:

Habilidade Clínica	Exigência
Obtenção de Anamnese	Educação
Exame Físico	Habilidade
Diagnóstico	Lógica Indutiva
Prognóstico	Experiência
Tratamento	Conhecimento

Princípios Fundamentais da Pediatria

■ **Conheça o normal**

Saiba identificar o que é comum e rotineiro em Pediatria.

■ **Conheça as variações do normal**

Nenhuma família é igual a outra. Somos resultado de nossas experiências de vida, e por isso diferentes, mas semelhantes.

■ **Conheça as anormalidades**

Observe que normalidade e anormalidade estão intimamente associadas, e separadas por pequenos limites.

Anamnese em Pediatria

A Anamnese é a base fundamental para a avaliação pediátrica. Informações importantes são obtidas a partir de uma boa Anamnese. Com base em uma Anamnese completa e Exame Físico bem feitos e sistematizados, um raciocínio clínico organizado é fundamentado para uma avaliação correta do paciente.

A sistematização deste roteiro auxilia o profissional a estabelecer uma sequência lógica e cronológica de informações, aumentando a possibilidade da obtenção de algum dado presente ou ausente que possa se constituir em peça chave do diagnóstico.

Adaptação da Anamnese

Apesar de ser um roteiro único padronizado, a interpretação dos dados coletados varia conforme a família e o médico. Durante a aplicação do roteiro de Anamnese, algumas informações podem ser coletadas "fora de ordem" como, por exemplo, uma criança que chega dizendo que quebrou o braço semana passada. Ela vai querer contar sua versão e você deve estar atento às informações relevantes à consulta.

Outro momento, pode ser uma mãe ansiosa por informações sobre vacinas, sem uma queixa específica. Você iniciará a consulta já com perguntas direcionadas sobre o que a mãe já sabe sobre o tema e o que a deixa angustiada. Depois de receber as devidas orientações e sanadas as dúvidas da família, a consulta pode ser conduzida de modo a seguir o roteiro.

Identificação do Paciente

A identificação do paciente é o primeiro passo da anamnese e deve incluir:

- Nome completo do paciente
- Idade (especificar anos e meses / meses e dias)
- Data de nascimento
- Sexo
- Etnia
- Religião
- Naturalidade e procedência

Além disso, é importante registrar o nome do informante da anamnese atual, grau de parentesco e confiabilidade das informações.

Motivo da Consulta e Queixa Principal

Os dados devem ser obtidos de forma precisa e objetiva, utilizando-se de preferência os termos do informante. É crucial registrar o motivo da consulta e a queixa principal exatamente como relatados pelo paciente ou responsável.

História da Doença Atual

Para cada queixa deve ser investigado:

- Início, caracterização e evolução dos sintomas
- Determinar a ordem cronológica dos acontecimentos até o momento atual
- Estado de saúde antes dos sintomas
- Fatores desencadeantes / alívio / piora
- Sinais e sintomas associados
- Tratamentos recebidos (nome dos medicamentos, dose, tempo de uso)
- Última dose de medicação
- Exames realizados
- Ocorrências anteriores similares
- Dados epidemiológicos (família, creche, festas, amigos íntimos, etc.)

Revisão dos Sistemas

A revisão dos sistemas é uma parte importante da anamnese, onde se investiga sintomas relacionados a diversos sistemas do corpo:

Geral

- Febre
- Edema
- Alteração de peso
- Dores
- Anorexia
- Fadiga
- Sudorese
- Astenia

Pele e anexos

- Cianose
- Icterícia
- Palidez
- Prurido
- Exantema
- Alteração de fâneros

Revisão dos Sistemas - Continuação

Cabeça

- Alterações em olhos, orelha, ouvidos, nariz, boca, orofaringe
- Cefaleia

Pescoço

- Contratura muscular
- Torcicolos
- Linfonodos
- Massas

Cardiopulmonar

- Palpitação
- Dificuldade respiratória
- Dor
- Tosse
- Falta de ar
- Expectoração

Revisão dos Sistemas - Gastrointestinal e Geniturinário

Gastrointestinal

- Alteração no número, volume e cor de evacuações habituais
- Presença de muco, pus ou sangue
- Náuseas, vômitos
- Prurido anal
- Alteração do apetite
- Sede intensa
- Eliminação de vermes
- Dor

Geniturinário

- Alteração no número de micções
- Cor e volume habitual de urina
- Dor lombar
- Disúria (dor e dificuldade)
- Enurese
- Corrimento
- Prurido

Revisão dos Sistemas - Músculo Esquelético e Sistema Nervoso

Músculo esquelético

- Mialgia
- Artralgia
- Edema articular
- Mobilidade limitada
- Traumas

Sistema Nervoso

- Alteração motora e da sensibilidade
- Perda da consciência
- Tonturas, vertigens
- Crises convulsivas
- Alteração do equilíbrio
- Alteração do humor
- Desejo de brincar

Antecedentes Pessoais - História Gestacional e Pré-natal

A investigação dos antecedentes pessoais começa com a história gestacional e pré-natal:

- Gestação planejada / desejada?
- GxPxAx (número de gestações, partos e abortos)
- Número de consultas de pré-natal
- Grupo sanguíneo e fator RH
- Intercorrências durante gestação
- Doenças
- Internações
- Medicamentos utilizados
- Triagem gestacional

Antecedentes Pessoais - História do Parto

A história do parto é um componente importante dos antecedentes pessoais:

- Local do parto
- Tipo e indicação de parto
- Apresentação do feto
- Duração de trabalho de parto

Antecedentes Pessoais - História Neonatal

A história neonatal fornece informações cruciais sobre os primeiros momentos de vida da criança:

- Apgar 1º / 5º minuto
- Capurro somático
- Peso, comprimento, perímetro cefálico
- Internações
- Icterícia
- Queda do coto umbilical
- Aleitamento materno em sala de parto
- Alta com quantos dias de vida
- Triagem neonatal (biológica, auditiva, cardiológica, oftalmológica)

Antecedentes Pessoais - História Alimentar

A história alimentar é essencial para avaliar o desenvolvimento e a saúde da criança:

- Tempo de aleitamento materno
- Uso de mamadeiras
- Uso de fórmulas
- Uso de leite de vaca
- Início e evolução da alimentação complementar
- Dia alimentar habitual OU recordatório das últimas 24 horas (ou último final de semana) com horários e quantidade

Em casos específicos, pode-se solicitar o cardápio da escola/creche ou um diário alimentar de 5 ou 7 dias. Para casos de obesidade, desnutrição ou transtornos alimentares, é importante questionar sobre os alimentos que a criança gosta, consistência e outros hábitos relacionados à alimentação.

Antecedentes Pessoais - História Imunológica

A história imunológica é crucial para garantir a proteção adequada da criança contra doenças preveníveis:

- Verificação do calendário vacinal segundo Programa Nacional de Imunização (PNI)
- Eventos adversos pós vacinais
- Questionar se houve vacinação em rede privada
- Orientar sobre demais vacinas disponíveis na rede privada

Antecedentes Pessoais - História do Desenvolvimento Neuropsicomotor

A história do desenvolvimento neuropsicomotor ajuda a avaliar o progresso da criança em relação aos marcos importantes:

1

0-3 meses

- Sorriso social: entre 2 e 3 meses
- Sustentação cefálica: até o 4º mês

2

4-6 meses

- Preensão voluntária das mãos: aos 4 meses
- Sentar com apoio: 6 meses

3

7-12 meses

- Sentar sem apoio: a partir 7 meses
- Primeiras palavras: 8 a 12 meses
- Fica em pé sem apoio: Aos 10 meses

Antecedentes Pessoais - História do Desenvolvimento Neuropsicomotor (continuação)

1

1-2 anos

- Anda sozinho sem apoio: 12 a 18 meses
- Correr: 18 a 24 meses
- Frases com duas palavras e torre com seis blocos: até 24 meses

2

2-3 anos

- Subir escadas: aos 2 anos
- Diz nome: aos 2 anos
- Diz idade e sexo: aos 3 anos
- Pula e fica num pé só: aos 3 anos

3

4-5 anos

- Veste-se com auxílio: 3 a 4 anos
- Descer escadas alternando o passo: 4 a 5 anos
- Despe-se: aos 5 anos

Antecedentes Pessoais - História Escolar

A história escolar fornece informações importantes sobre o desenvolvimento cognitivo e social da criança:

1

2 a 5 anos

Inventa pequenas histórias, egocêntrico, frases longas até 10 palavras

2

5 a 7 anos

Ganhos cognitivos, capacidade de aproveitar formação formal

3

7 a 14 anos

Pensamento lógico e concreto, julgamento global autovalor, influência dos pares aumenta e dos pais diminui

História Médica / Mórvida Pregressa

Na história médica pregressa, é importante indagar sobre a idade em que ocorreram, exames realizados, tratamentos, complicações, evolução e recidivas de:

- Doenças infectocontagiosas e/ou infecções de repetição
- Doenças crônicas e/ou sinais e sintomas crônicos
- Medicamentos em uso
- Reações alérgicas
- Internações, cirurgias, acidentes

História Familiar

A história familiar é crucial para identificar fatores de risco genéticos e ambientais:

- Consanguinidade
- Doenças familiares:

Doenças crônicas

Diabetes,
hipertensão arterial
sistêmica,
dislipidemia

Doenças genéticas

Deficiência
intelectual, TDAH,
autismo

Outras condições

Neoplasias,
obesidade,
alergias,
alcoolismo, doença
psiquiátrica

História Socioeconômica

A história socioeconômica ajuda a identificar possíveis riscos sociais, demográficos e culturais para a criança:

- Idade, tempo de estudo e profissão dos pais
- Idade, profissão e parentesco do cuidador (caso a criança fique com algum parente ou conhecido)
- Hábitos dos pais (uso de bebidas alcoólicas, drogas, tabagismo, medicamentos)
- Animais domésticos
- Saneamento, água encanada
- Quantidade de cômodos na casa
- Tipo de moradia (apartamento/casa)
- Área para o lazer

Hábitos de Vida

Os hábitos de vida da criança são importantes indicadores de saúde e bem-estar:

- Uso de chupetas, mamadeira
- Eliminações (hábitos intestinais e micção)
- Tempo de exposição a telas (TV, celular, computador, tablet)
- Tempo e higiene do sono
- Onde e com quem dorme (coleito)
- Tempo de exposição solar
- Atividade física/lazer
- Escola/creche
- Higiene oral e dentição

Exame Físico - Introdução

O Exame Físico inicia-se quando a criança entra no consultório. Ao acolher a família, deve-se observar seus acompanhantes e como estes interagem com a criança.

Antes de iniciar o Exame Físico, explique o que vai ser feito e lave as mãos. O examinador deve passar álcool gel antes e após o exame do paciente. A lavagem prévia demonstra para os pais a preocupação do médico em relação aos cuidados de higiene, e a eliminação de possíveis riscos de transmissão de uma doença. O estetoscópio ou outros instrumentos não descartáveis também devem ser sempre desinfetados.

Cada passo do que é observado no Exame Físico deve ser mencionado por exemplo, "o coração está ótimo"; "a pressão está normal"; "o exame não mostra qualquer sinal de gravidade"; etc. As anormalidades devem ser explicadas detalhadamente, procurando não esconder nada dos pais ou da criança, utilizando-se de uma linguagem simples.

Exame Físico - Ectoscopia e Antropometria

Ectoscopia

Observar as condições do paciente, ter uma impressão geral sobre o paciente, incluindo cuidados com a higiene da criança, biotipo, atitudes posturais estática e dinâmica, fâcias.

Antropometria e Sinais Vitais

Aferir:

- Peso
- Estatura
- Perímetro cefálico
- Temperatura axilar
- Frequência cardíaca e respiratória
- Pulso
- Perfusão periférica
- Pressão arterial

Exame Físico - Sistemas Específicos

Pele e Subcutâneo

- Cor: cianose, palidez, icterícia
- Textura, turgor, elasticidade, umidade
- Edema, enfisema, nódulos, tumefações
- Vasos sanguíneos
- Erupções
- Hemorragias, descamações, estrias, cicatrizes

Fâneros

- Unhas: cianose, palidez, coloração, infecção
- Cabelos: distribuição, coloração, textura

Linfonodos

Avaliar localização, tamanho, consistência, mobilidade, sinais inflamatórios.

Exame Físico - Cabeça e Pescoço

Cabeça

- Posição, forma, suturas, fontanelas, couro cabeludo

Face

- Conformação, paralisias, glândulas salivares

Olhos

- Esclera, conjuntiva, córnea
- Exoftalmia, estrabismo, nistagmo
- Ptose palpebral, pupilas
- Fotofobia, lacrimejamento
- Fundoscopia, acuidade visual

Ouvidos

- Forma e posição das orelhas
- Secreções do conduto auditivo
- Membrana timpânica
- Região retro auricular e mastóide

Nariz

- Forma, batimentos de asas de nariz
- Mucosa, secreções, epistaxe
- Septo nasal, pólipos, tumores
- Corpo estranho, odor

Exame da Cavidade Oral e Pescoço

Dentes e Gengivas

Dentes: dentição decídua e permanente, higiene oral, conservação, número

Gengivas: infecção, coloração, sangramento, cistos, hipertrofia

Mucosa Oral e Língua

Mucosa oral: aspecto, coloração, umidade, presença de placas esbranquiçadas (candidíase), enantema, ulcerações, petéquias

Língua: aspecto, cor, tamanho, mobilidade, paralisias

Palato e Faringe

Palato: fissuras, lesões, conformação

Faringe: hiperemia, secreções, retrofaringe (secreções, placas)

Amígdalas e Pescoço

Amígdalas: simetria, sinais inflamatórios, tamanho pela classificação de Brodsky

Pescoço: edema, assimetrias, massas visíveis ou palpáveis, musculatura, tireóide

Exame Físico do Tórax

1. Exame das Mamas

- Desenvolvimento e simetria
- Sinais inflamatórios e nódulos
- Ginecomastia

2. Inspeção do Aparelho Respiratório

- Forma e simetria torácica
- Alterações visíveis (massas, rosário costal)
- Padrão respiratório (tipo e ritmo)
- Frequência e sintomas associados

3. Palpação Torácica

- Frêmito toracovocal
- Massas e sensibilidade
- Expansibilidade

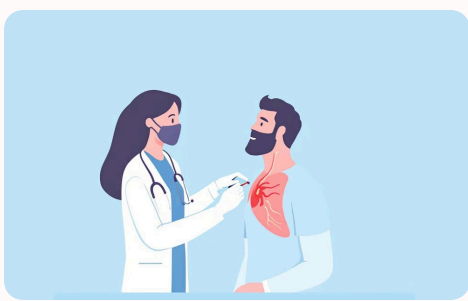
4. Percussão

- Som pulmonar normal
- Alterações (maciço/submaciço)
- Som timpânico

5. Ausculta Respiratória

- Sons normais (bronquial, vesicular)
- Distribuição e intensidade
- Ruídos adventícios
- Sopro tubário e atrito pleural

Exame do Aparelho Cardiocirculatório



Inspeção Cardíaca

Avaliação de abaulamentos da área cardíaca, ingurgitamento venoso, pulsações venosas no pescoço e impulsões sistólicas



Palpação Cardíaca

Verificação dos pulsos (radial, femoral, pedioso), avaliando ritmo, intensidade e sincronismo. Localização do ictus cordis, frêmitos e impulsões



Percussão

Método raramente utilizado na avaliação cardíaca



Ausculta Cardíaca

Avaliação dos focos aórtico, pulmonar, tricúspide e mitral. Análise das bulhas cardíacas, ritmo e sopros (sistólico, diastólico, contínuo), incluindo tipos, irradiação e modificações com respiração e posição

Exame Físico do Abdome

1

1. Inspeção

Avaliação da forma, distensão, movimentos respiratórios, cicatriz umbilical, diástases de retos abdominais, veias normalmente visíveis, circulação colateral e movimentos peristálticos

2

2. Palpação

Verificação da elasticidade da parede abdominal, sensibilidade, sinal da descompressão súbita (Blumberg), tensão, reflexos abdominais, rechaço, oliva pilórica, massas, vísceras (fígado, baço, rins, bexiga, intestino), hérnias umbilical e inguinal

3

3. Percussão

Exame para delimitação de vísceras e massas, hepatimetria, espaço de Traube, timpanismo, piparote, macicez móvel

4

4. Ausculta

Avaliação do peristaltismo, sopros arteriais e atrito esplênico

Exame Físico: Região Genital, Ânus e Sistema Músculo-Esquelético

1 Exame dos Genitais

Avaliação de ambigüidade genital, corrimentos (uretral e vaginal), corpo estranho, sinéquia de pequenos lábios, hipertrofia de clitóris. Verificação de epispádias e hipospádias, fimose, balanopostite, hidrocele e hérnias. Exame dos testículos quanto à localização, tamanho, consistência e sensibilidade. Avaliação do desenvolvimento puberal pelos critérios de Tanner.

3 Exame da Coluna Vertebral e Dorso

Avaliação da postura (lordose, cifose, escoliose), mobilidade e opistótono. Verificação de cisto dermóide, fístulas, spina bifida, tufo capilares e massas. Realização de punho percussão em loja renal para sinal de Giordano.

2 Exame do Ânus

Identificação de fissuras anais, prolapso retal, pólipos, hemorróidas, condilomas. Avaliação de dermatite perineal, ânus imperfurado e tônus do esfíncter.

4 Exame das Articulações

Avaliação de deformidades, sensibilidade, edema, hiperemia, mobilidade e efusões.

Avaliação do Sistema Nervoso e Locomotor

Sistema Nervoso

1

Avaliação do Comportamento

Observação da criança: comunicativa, tímida, ativa ou passiva na anamnese e exame físico. Atenção para sinais de medo, ansiedade, agressividade, crises de birra, provocações de tosse, vômitos, perda de fôlego, hiperatividade, desobediência e pudor excessivo.

2

Exame Motor

Avaliação da força muscular, tônus muscular, coordenação (Manobra Romberg), dinâmica (prova dedo-nariz) e exame de marcha.

3

Avaliação de Reflexos

Verificação dos reflexos superficiais/cutâneos, profundos/musculares e transitórios/arcaicos.

4

Desenvolvimento e Estados Específicos

Análise dos marcos do desenvolvimento neuropsicomotor (Teste de Denver II). Em casos específicos: avaliação do estado de consciência (Anexo 4) e exame de sensibilidade e pares cranianos (Anexo 5).

Aparelho Locomotor

Análise Estrutural

Documento detalhado da análise dos ossos, articulações, músculos e estruturas periarticulares.

Inspeção

Identificação de anomalias estruturais, aumento de volume e atrofia.

Palpação

Avaliação de dor, edema, calor e amplitude de movimentação.

Considerações Finais e Orientações Práticas

A realização de uma avaliação pediátrica completa e sistemática é fundamental para garantir um atendimento de qualidade e promover a saúde integral da criança.

Abordagem Humanizada

Mantenha sempre uma postura acolhedora e estabeleça uma boa relação médico-paciente-família, considerando aspectos biopsicossociais.

Documentação Adequada

Registre todas as informações de forma clara e objetiva, incluindo marcos do desenvolvimento e medidas preventivas adotadas.

Sistematização do Atendimento

Siga uma sequência lógica na avaliação, desde a anamnese até o exame físico, garantindo que nenhum aspecto importante seja negligenciado.

Acompanhamento Contínuo

Estabeleça um plano de seguimento apropriado, com retornos programados conforme as necessidades individuais de cada paciente.

Lembre-se que cada criança é única e seu desenvolvimento segue um ritmo próprio. A avaliação pediátrica bem conduzida permite a detecção precoce de alterações e a implementação oportuna de intervenções necessárias.

O sucesso no atendimento pediátrico depende da combinação de conhecimento técnico, habilidades clínicas e sensibilidade para compreender as necessidades específicas de cada criança e sua família.

Organização



Autoria

Ma. Flávia Schaidhauer

Médica Pediatra



Instituição

FIOCRUZ-MS

Projeto Saúde Digital



Referência

Adaptado da "Rotina de Exame Pediátrico" - Departamento de Pediatria - UFSC/SC

