

IMPRESA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
COIMBRA UNIVERSITY PRESS

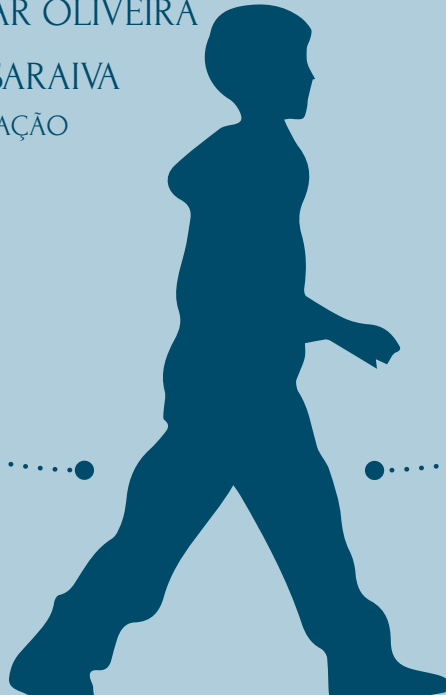
VOL. I

LIÇÕES DE PEDIATRIA

GUIOMAR OLIVEIRA

JORGE SARAIVA

COORDENAÇÃO



**Capítulo 4.
História Clínica**

4

Guiomar Oliveira

DOI: https://doi.org/10.14195/978-989-26-1300-0_4

4.1 CONTEXTO

Esta descrição da história clínica (HC) em Pediatria não é exaustiva, nem esgota o tema, são apenas linhas orientadoras. Por se tratar de uma aprendizagem pilar e estruturante de toda a clínica e arte pediátrica, no final, identifica-se a leitura que complementa esta lição.

A boa prática da medicina deve centrar-se no seu instrumento mais específico que é a história clínica. Nesta lição vamos adaptá-la à idade pediátrica.

Já sabemos que a Pediatria é a especialidade médica que engloba os cuidados integrais de saúde à criança e ao adolescente (dos 0 aos 18 anos) desde a sua conceção, numa perspectiva holística de promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças. Contempla ainda a defesa do seu bem-estar físico, mental e social. Esta visão global da Pediatria, centrada na promoção da melhor qualidade de vida para a criança e jovem, integrados no seu meio ambiente, não deve ser esquecida em nenhuma observação médica.

De salientar que cerca de 90% das consultas de saúde infantil e juvenil se processa ao nível dos cuidados de saúde primários (em 2009 no total de 3. 733. 226 consultas de idade pediátrica, 3. 256. 842 foram de saúde infantil e juvenil a cargo dos cuidados de saúde primários), só uma minoria se faz no Hospital. Na verdade, a maioria das crianças é saudável, e quando adoecem, as situações clínicas são habitualmente benignas e autolimitadas. Não complicar é uma virtude, o que não significa banalizar. Toda a queixa tem que ser valorizada.

Apesar de ser útil seguir um guião na realização duma HC em Pediatria, à semelhança do adulto, aqui a sua flexibilização e redirecionamento tornam-se mais vezes necessários tendo em conta algumas especificidades, tais como: a idade (recém-nascido, lactente, pré-escolar, escolar e adolescente) e o contexto em que o médico observa a criança (rotina – a maioria; doença – aguda, preocupações específicas e seguimento de vigilância; ou doença crónica).

A idade determina não só a anamnese; cada período etário tem características, problemas e doenças específicas, mas também o modo de abordagem condicionado por um estádio de neurodesenvolvimento e físico exclusivo, em constante evolução.

A perspectiva holística e biopsicossocial da colheita da história, da observação, da enumeração dos problemas e vantagens (fatores protetores) da criança e a respetiva intervenção, numa conceção salutogénica, devem ser seguidas.

Recordar que o que o médico diz, e como diz, pode influenciar de um modo positivo ou negativo a qualidade de vida das famílias.

As palavras são a mais poderosa droga utilizada pela humanidade ... Rudyard Kipling.

Os cenários clínicos expectáveis na realização da HC serão então a estes níveis:

1. Consulta de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil (CSIJ) (consultas de rotina).
2. Consulta por queixas/problema específico: situação aguda (cuidados de saúde primários de ambulatório ou hospitalares do

grupo I, II ou III – serviço de urgência ou consulta de agudos e internamento); seguimento hospitalar em colaboração com os cuidados de saúde primários (doença crónica, preocupação...).

Em Portugal a CSIJ tem por base uma estrutura organizativa bem sedimentada, com uma experiência de quase 25 anos, através da implementação do Programa Nacional de Vigilância em Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) (primeiro em 1992) pela Direção Geral da Saúde do Ministério da Saúde. As revisões subsequentes deram-se em 2002, 2005 e a última em 2013.

No atual PNSIJ (<http://www.dgs.pt/?cr=24430>) o número e a periodicidade de consultas de vigilância recomendadas são: primeiro ano de vida – sete (primeira semana de vida, 1, 2, 4, 6, 9 e 12 meses de idade); entre o 1 e os 3 anos – quatro consultas (15 e 18 meses, 2 e 3 anos); dos 4 aos 5 – duas consultas (4 e 5 anos); entre os 6 e os 9 anos – duas consultas [6 ou 7 anos (final 1º ano do 1º ciclo) e 8 anos]; dos 10 aos 18 anos - três consultas [10 anos (início 2º ciclo), 12/13 anos e 15/18 anos]. Detalhes dos objetivos, estrutura, temas de conversa e cuidados antecipatórios destas consultas, constam na última edição do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ) **que deve ser de leitura obrigatória** (disponível nas maternidades ou centros de saúde).

Apesar desta calendarização prévia da cronologia das consultas, não deveremos perder o sentido do oportunismo e examinar a criança quando for conveniente.

O diálogo entre o médico e a família/criança, para realização da HC, deve ser encarado como um

ato médico. Deve iniciar-se de um modo formal e amistoso, em espaço próprio e condigno. O médico, previamente, deve saber quem vai receber, e estar a par da informação disponível. Deve estar identificado e apresentar-se. É útil saber o nome da criança, idade, de onde vem, uma ou outra característica “positiva” que possa ser utilizada como frase inicial “quebra gelo”. Deve falar calmamente e com linguagem adaptada à circunstância (cuidado com a utilização de termos médicos não compreensíveis, mas deve-se utilizar linguagem diferenciadora da população geral; é um médico...). Saber ouvir sem pressas (ou pelo menos não dar a perceber...). Registrar (pode ser mentalmente) o importante da história e também as preocupações dos pais ou da criança, que deveremos reter, para esclarecimento posterior. Mostrar conhecimento e profissionalismo, dirigir o “diálogo” sem ser fundamentalista. Deve seguir-se uma ordem, mas poderemos usar o oportunismo “se vier à conversa”. A experiência mostra que devemos ser cautelosos nas conclusões, o que parece à primeira informação, pode não ser; aguardar a emissão de “opinião” para o fim, depois da história completa. Até lá, vamos formulando hipóteses que vamos rejeitando ou apurando, mas só para nós. A família espera que no final se comprometa com um parecer clínico, mas fundamentado (pela história natural, pela fisiologia ou fisiopatologia). Se explicarmos de um modo compreensível a fundamentação para a nossa hipótese, a consulta torna-se psicoterapêutica. Este nível exige muito conhecimento e experiência.

A mensagem a reter para os alunos é que PRATIQUEM a HC, sempre que possível, quanto mais vezes, melhor. Não há histórias iguais.

O interrogatório (anamnese) e a inspeção (sem tocar na criança) ocupam a maior parte do tempo dispensado à realização duma HC. A restante parte do exame físico é breve (cerca de um quarto do total). A observação deve ser completa e minuciosa, o que não significa invasiva (pode-se examinar a criança por “partes” sem a exigência de “despir e deitar” à semelhança do que se faz no adulto). A criança “pode não colaborar”; a arte do médico é observar sem ser necessária “negociação”.

Faz sempre parte da HC a análise do BSIJ, bem como a avaliação do boletim de vacinas também conhecido por boletim individual de saúde. Ou seja, uma “consulta” sem recorrer a estes dois elementos pecará por ser incompleta. Recomenda-se um registo breve no BSIJ “do problema ou doença”.

A descrição de HC que se segue para colheita e redação é uma proposta; pode e deve ser adaptada e flexibilizada de acordo com a circunstância clínica.

4.2 DESCRIÇÃO DO TEMA

1. Identificação

Nome completo; sexo; raça;
data de nascimento;
data atual/de observação;
idade atual (meses ou anos);
nome dos pais; residência.

2. Local e data da colheita;

informante/acompanhante
(grau de confiança).

3. Motivo de consulta

(preferível - palavras do acompanhante ou adolescente)/motivo internamento, se for o caso (atenção: o motivo de internamento pode ser diferente do da consulta, já é uma decisão médica). Usar palavras chave (vómitos; tosse; dor abdominal ...se for internamento, tem que se especificar: vómitos incoercíveis, crise de asma com necessidade de oxigenoterapia...).

O motivo pode também ser: consulta de vigilância dos ...dois meses.

4. História da doença atual

(ou do/s problema/s/ queixa/s ou outras preocupações dos pais/ou rotina).

Se a conversa for enquadrada em consulta de rotina é importante começar por perguntas em que se obtenham respostas “positivas”, que dispõem bem a família: já anda, já fala, já conseguiu positiva a português...deixar para o fim as questões que abordam temas que frequentemente representam problemas difíceis de resolver: higiene do sono, tempo de contacto com ecrã, aprendizagem e comportamento escolar, de entre outros.

Se a consulta de rotina se transformar num espaço que é só para detetar problemas e emitir “correções” torna-se num momento desagradável. Realçar factos positivos, merecedores de elogio para a criança e para os pais, deve ser um objetivo a não descurar.

Quando o motivo da consulta é por “queixas” deve-se dar a devida atenção, ainda que pareçam banalidades. A criança/jovem, pais e eventualmente avós, estão preocupados. O estado

emocional do médico deve ser adequado à situação, não pode perder o domínio.

O curso do interrogatório é uma arte. O equilíbrio entre o dirigismo necessário do médico, naquela circunstância clínica, e a permissividade da catarse “daquele doente” deve ser conseguido. Mais uma vez as perguntas “oportunas - fora de guião” podem ajudar nesta relação. Um cuidado que recomendo é que não se deve repetir perguntas que obriguem a respostas já múltiplas vezes dadas, e que podem ser facilmente obtidas em documentos escritos fiáveis (por exemplo no BSIJ, os factos relativos ao período pré-natal...). Podemos esclarecer dúvidas, mas já neste enquadramento...*anteriormente referiu que, está registado que...pode-me esclarecer se...*

Nesta fase ir observando o estado emocional da criança e da família...(tranquilos, preocupados, a confiar?), de modo a adequar os passos seguintes.

Os dados semiológicos “chave” devem ser escalpelizados: o quê, quanto, quando começaram (primeiro dia de doença – nem sempre fácil de obter, cabe ao médico essa decisão), 2º, 3º... onde, como (súbito, progressivo) ...

A interação semiológica, evolução e sequência dos acontecimentos: primeiro a febre ou o exantema? Primeiro o vómito ou a dor? (ajudar a esclarecer, mas não se deve sugerir ou induzir a resposta...).

Questionar sobre a medicação prescrita (registar o fármaco por denominação comum internacional – DCI), a posologia (mg/Kg/dia), se conseguiu tomar (vomitou, cuspiu...) e outras medidas terapêuticas instituídas. Registar o efeito verificado.

Apesar da história se dirigir para uma situação clínica específica, não deveremos deixar de fazer brevemente uma revisão por sistemas orgânicos e perguntas genéricas sobre se está tudo

bem com a alimentação, o sono, o crescimento, o neurodesenvolvimento e o comportamento de entre outros temas pediátricos.

5. Antecedentes pessoais

5.1. Pré e perinatais

Pré e perinatais: Gravidez (gesta nº) - duração, incidentes e factores de risco, ecografias, diagnóstico pré-natal; parto (para nº), local, tipo, intercorrências, qualidade da adaptação imediata à vida extrauterina (índice de Virgínea Apgar), cuidados na sala de parto, necessidade de reanimação, somatometria (classificação de acordo com idade gestacional - assinalar tabelas usadas); primeiros dias de vida - permaneceu junto da mãe? (ou necessidade de internamento em unidade de cuidados intensivos neonatais? Motivo e evolução - ver resumo de alta - normalmente anexo no BSIJ), quantos dias permaneceu na maternidade, se mamava bem. Incidentes neonatais: icterícia (história, níveis máximos de bilirrubina, necessidade de fototerapia ou exsanguíneotransfusão). Resultado de otoemissões acústicas. Registar as vacinas administradas na maternidade a idade do “rastreo neonatal” e o resultado.

Muito importante: integrar aqui os conhecimentos de obstetrícia e neonatologia. Consultar lição de neonatologia.

5.2. História alimentar

História alimentar: aleitamento - tipo; diversificação alimentar - quando e como, reacções adversas. Alimentação atual (exemplo da véspera, se padrão normal). Especificar suplementos mineralo - vitamínicos e respectivas doses.

Pesquisar especificamente erros alimentares comuns: por exemplo no lactente, prolongamento de alimentos passados, carga láctea e de cereais excessiva, de entre outros.

Muito importante: integrar aqui os conhecimentos de alimentação.

5.3. Crescimento

Crescimento: desde o nascimento - peso, altura/estatura e perímetro cefálico (referir os percentis e velocidade de crescimento). Índice de massa corporal; relação peso/idade estatural. Proporção entre o segmento superior e inferior (se de acordo com a idade). Interpretação do perfil do crescimento. Estatura alvo familiar se adequado.

Muito importante: integrar aqui os conhecimentos de crescimento.

5.4. Desenvolvimento psicomotor e comportamento

Desenvolvimento psicomotor e comportamento (expressão clínica do neurodesenvolvimento): testar as aquisições das quatro áreas do neurodesenvolvimento em idades chave (postura e motricidade global; visão e motricidade fina; audição e linguagem; comportamento e adaptação social). Monitorizar e rastrear défices sensoriais (audição e visão). Pesquisar especificamente padrões de sono e de comportamento.

Muito importante: integrar aqui os conhecimentos de neurodesenvolvimento, sono e adolescência.

5.5. Analisar o boletim de vacinas

Registar as vacinas administradas e respetivas datas (idade cronológica), as reações adversas e as que estão em atraso.

Muito importante: integrar aqui os conhecimentos de vacinas.

5.6. Doenças anteriores

Doenças anteriores: agudas, crónicas, alérgicas, intoxicações/acidentes, internamentos - motivo, medicação crónica, reações adversas a fármacos, cirurgias, seguimento hospitalar ou privado. Identificar o médico assistente. Verificar se tem sido cumprido o estabelecido no PNSIJ.

(Consultar sempre o BSIJ).

6. Antecedentes familiares

Especificar data de nascimento (idade) dos pais e irmãos, assim como a literacia e profissão dos pais, e se são consanguíneos.

De um modo breve registar as doenças e outros problemas de relevo como dificuldades de aprendizagem, problemas de comportamento, história de atopia e doenças heredofamiliares, entre outras. Devem abordar-se três gerações (irmãos, pais - tios, primos, avós e tios avós). Importante registar história de abortos espontâneos, nado mortos e mortes precoces. Pode ser útil em circunstâncias específicas desenhar a árvore genealógica.

Ambiente social em que vive: tipo de habitação, condições sanitárias e de espaço, animais domésticos.

Avaliar dinâmica familiar e rede de suporte sócio familiar (família nuclear, alargada, ou monoparental), rede de estabelecimentos de ensino e apoios sociais.

7. Exame objetivo

O ambiente deve ser bem iluminado, agradável e climatizado. Pode ter brinquedos e livros, mas não muitos, senão é neles que se foca a atenção da criança. Um foco luminoso na mão do médico pode fazer milagres, e entreter uma criança enquanto se ausculta ou procede à palpação abdominal.

O médico deve adequar a atitude à idade funcional e emocional da criança. A observação deve ser delicada, o médico deve ter um ar amigável mas dirigente. As mãos acabadas de lavar, devem estar quentes, assim como o estetoscópio. Mostrar o que se vai fazer (*i.e.* "auscultar" a mão...). Conquistar a confiança e respeito da criança e acompanhante/s. Pode-se ir informando o que se está, ou vai fazer, e para quê.

Primeiro observa-se a criança onde estiver, fazendo-se uma inspeção cuidadosa. Depois fazemos uma abordagem por sistemas. Se estiver ao colo, é aí que a observamos. Os mais velhos podem deitar-se na marquesa, mas não é indispensável. Devemos observar todo o corpo, mas não é necessário que a criança esteja completamente despida. Podemos fazê-lo por áreas. Observar o tronco, depois o abdómen...este cuidado deve ser sobretudo aplicável às crianças entre os 12 meses e os dois a três anos, período em que têm um temperamento difícil, caracterizado por um comportamento de desafio e oposição. Antes e depois deste período podemos pedir para despir e deitar...

Só no final procedemos às manobras mais desagradáveis de observação da orofaringe, e otoscopia.

Especificando:

7.1 Observação preliminar: Estado da criança e da família (noção de gravidade do problema, família confiante, ansiosa, tranquila...).

7.2 Inspeção: Estado geral, disposição, olhar, características da pele e mucosas, estado de hidratação e nutrição, padrão respiratório.

7.3 Sinais vitais: Tempo de reperfusão capilar, frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação periférica de oxigénio (se justificado), temperatura axilar, tensão arterial.

7.4 Somatometria: Peso/altura/estatura/perímetro cefálico (respetivos percentis), suas relações; índice de massa corporal.

7.5 Aquisições do neurodesenvolvimento. (ver lição de neurodesenvolvimento e comportamento).

Nota: o exame neurológico está integrado na avaliação geral (relação da criança com o meio) e do neurodesenvolvimento. O exame neurológico clássico com pesquisa da função dos pares cranianos; da força muscular; do tónus; da marcha; das provas de coordenação motora; dos reflexos osteotendinosos, cutaneoabdominais, cutaneoplantar; da sensibilidade (táctil, térmica, postural, vibratória e dolorosa) e da fundoscopia deverá ser realizado se justificado pelas queixas ou achados prévios.

7.6 Avaliação clínica da acuidade auditiva e visual (ver lição de neurodesenvolvimento e comportamento).

7.7 Pele, mucosas e fâneros (cabelos, pelos e unhas): morfologia, cor, hidratação, tumorações, angiomas, alterações da pigmentação.

7.8 Cabeça/face: morfologia geral (ver dismorfologia), fontanelas e suturas, olhos (distância interocular, pálpebras, estrabismo, epicanto, nistagmos, pupilas, córnea, conjuntiva e esclerótica), ouvidos (morfologia pavilhões auriculares, otoscopia), nariz (morfologia, permeabilidade aérea), boca (morfologia, mucosas, dentes, úvula, palato, orofaringe, amígdalas e pilares amigdalinos).

7.9 Pescoço: morfologia geral (ver dismorfologia), mobilidade, tumefações, adenopatias, tireoide.
A flexão da nuca é por sistema verificada, assim como a pesquisa dos restantes sinais meníngeos (de relevo em contextos febris).

7.10 Tórax: morfologia geral (ver dismorfologia), sinais de dificuldade respiratória, auscultação cardiopulmonar (ritmo cardíaco, sopros, murmúrio vesicular e ruídos adventícios) e percussão.

7.11 Abdómen: inspeção geral, palpação superficial e profunda (fígado, baço, massas, defesa, dor – características), percussão e auscultação. Verificar sinais de irritação peritoneal.

7.12 Períneo, genitais e ânus: inspeção e palpação (ver lição patologia frequente em cirurgia de ambulatório), avaliar estádio pubertário (ver lição de adolescência).

7.13 Membros, coluna e articulações: morfologia geral (dismorfologia), simetria, mobilidade, sinais inflamatórios, pesquisar sinais de anomalias do desenvolvimento da anca. Pulsos femorais. (ver lição de Ortopedia variantes da normalidade e problemas frequentes).

8. Resumo

Deve ser conciso e conclusivo. Deve relevar os factos que pela sua positividade, ou negatividade, sejam importantes relativamente à queixa que traz a criança ao médico e aos dados que foram detetados através da anamnese e da observação global.

9. Lista de problemas

Escrevê-los por ordem de relevância no contexto “desta” história.

10. Hipóteses de diagnóstico

Destacar apenas as plausíveis “desta” história.

Discuti-las “telegraficamente” tendo em conta os diagnósticos diferenciais. Ou seja em cada uma das hipóteses de diagnóstico do problema ou “doença”, listar os dados que estão a favor e os que estão contra.

Poderá ser necessário realizar exames complementares de diagnóstico (ECD) ou NÃO...

Ter em conta que a requisição de um ECD (decisão médica exclusiva) deve ser justificada.

Ou seja, o seu resultado deve interferir na decisão médica subsequente, senão for o caso, pedir para quê?

11. Exames complementares de diagnóstico

O pedido deve ser adequado à situação clínica (i.e. radiografia do tórax projeção pósterio-anterior ou antero-posterior? Sumária de urina - método de colheita?) e a sua justificação expressamente assinalada.

Atenção: os ECD devem ser solicitados sequencialmente. Decidir qual deve ser o primeiro e de acordo com o seu resultado, eventualmente requisitar outro/s.

12. Diagnóstico/s mais provável/eis ou somente os problemas

(integrando agora na HC os resultados do/s ECD e a sua interpretação)

Listar por ordem de probabilidade e de importância o/s diagnóstico/s da/s doença/s ou problema/s.

13. Diagnóstico definitivo (podemos não ter)

14. Plano de intervenção

Focar todos os diagnósticos e ou problemas previamente listados.

Informar sobre a evolução esperada (deve fazer parte do plano de intervenção médica).

Medicação: registos do fármaco por DCI, da posologia (dose por kg e por dia, dose total por toma), da via de administração, do número de administrações por dia e da duração. Medicamentos

prescritos em SOS devem seguir o mesmo rigor e registar uma informação clara de quando administrar.

Situações clínicas a vigiar: especificar.

Sinais ou sintomas de alarme que devem motivar nova observação médica, “neste” contexto: especificar.

15. Informação sobre prognóstico

História natural da doença ou problema (por exemplo: variante do normal).

4.3 FACTOS A RETER

A história clínica é o instrumento mais específico do médico e essencial em toda a abordagem clínica.

A história clínica é um ato médico. Deve ter o formalismo e a ética inerentes.

Não há duas histórias iguais...mesmo que seja outra vez “uma bronquiolite”. Se quiser ter um bom desempenho dê conta que é diferente e única, e convença os outros.

Uma boa HC exige um vasto conhecimento teórico e prático. Pratique-a...parece fácil.

Apesar do guião, deve ser oportunista e flexível, mas sempre completo, e não perca o fio à meada...

O grupo etário, para além do motivo de consulta é o que mais determina a diferenciação da HC em Pediatria.

Não faça perguntas cuja resposta já foi dada várias vezes, retire a informação dos documentos escritos. Confirme só se tiver dúvidas.

Dirija as perguntas, mas não induza as respostas.

A uma criança não se pede. Às mais pequenas leva-se a que façam, as mais velhas informam-se.

Nunca perca o domínio. Há situações difíceis.

Tudo que disser aos pais, fundamente-o de um modo compreensível. Reside aqui a parte psicoterapêutica da consulta e a confiança que a família depositará no médico.

Lembre-se que um médico é avaliado pelo conhecimento, pelo desempenho e pela atitude. A HC reflete isso tudo. Cuide-a.

Leitura complementar

Mota HC. Para uma história clínica (I). *Acta Pediatr Port* 2011;42(1):43-8.

Mota HC. Para uma história clínica II. *Acta Pediatr Port* 2011;42(2):84-9.

Carrilho EM. História clínica em pediatria. In: Palminha JM, Carrilho E. *Orientação diagnóstica em pediatria: dos sinais e sintomas ao diagnóstico referencial*. Lisboa: Lidel; 2002-2003.

Mota HC. Bases do raciocínio clínico. In: Palminha JM, Carrilho E. *Orientação diagnóstica em pediatria: dos sinais e sintomas ao diagnóstico referencial*. Lisboa: Lidel; 2002-2003. p 57-60.

History and examination. In: Lissauer T, Clayden G. *Illustrated Textbook of Paediatrics*. 4th ed. Elsevier Health Sciences. 2011. p 13-29.