



SEMIOLOGIA PEDIÁTRICA



A CONSULTA PEDIÁTRICA CONSTA DE QUATRO PARTES

1. Anamnese
2. Exame físico

3. Hipóteses diagnóstica
4. Conduta

Roteiro da Anamnese

1. Identificação: Nome, idade, data nascimento, sexo, cor, nome dos pais, etc...

2. Q.P. – Motivo da Consulta: nas palavras do informante ou da criança.

3. H.D.A - História da Doença Atual.

ROTEIRO DA HDA: 1. Desde quando está doente. 2. Como se iniciou a doença (de modo lento ou súbito - características da primeira manifestação). 3. Ordem de aparecimento dos sinais e sintomas. 4. Como tem evoluído (evolução da doença até o momento).

5. Tratamentos aplicados e respostas obtidas. 6. Exames complementares efetuados

Interrogatório complementar ou anamnese especial com perguntas dirigidas.

4. História Progressa: informações sobre a saúde geral da criança.

4.1. Antecedentes Pessoais: descrever enfermidades prévias, internações, cirurgias, etc...

4.2. Antecedentes perinatais: condições da gestação, parto e do nascimento.

4.3. Alimentação progressa e atual: uso de leite materno, alimentos que recebe, etc...

4.4. Vacinação: verificar a situação das vacinas no cartão da criança.

4.5. Desenvolvimento neuro-psicomotor: principais etapas evolutivas e pesquisar desvios.

5. História familiar: proporciona evidências para considerar doenças familiares, bem como as infecções ou doenças contagiosas. Saúde dos pais e irmãos vivos.

6. História Social: escolaridade da criança e dos pais, condições de higiene, tipo de habitação, profissão dos pais, renda familiar, nº de pessoas que habitam na casa.

Roteiro do Exame Físico

1. Ectoscopia - 2. Exame dos aparelhos e sistemas.

- com a experiência profissional que será conseguida e com uma autocrítica freqüente, o examinador adquire uma série de habilidades para melhor aproximação da criança;

- antes de começar o exame físico, deve-se lavar as mãos;

Ectoscopia, fase inicial do exame, em que se avalia o paciente como um todo.

Compreende:

1. Impressão geral: saudável, enfermo, irritado, prostrado, obnubilado e comatoso.

2. Fácies: de dor, ansiedade, depressão, medo, pavor e tristeza.

3. Comportamento: comunicativa, tímida, agressiva, ativa, passiva e hiperatividade.

4. Estado de hidratação: perda de turgor e elasticidade (sinal da prega), hipotonia de globos oculares (encovados), sede intensa ou inaparente devido ao mau estado, mucosas secas ou muito secas, depressão de fontanela anterior no lactente.

5. Pele e anexos: cianose, icterícia, palidez, edema e erupções cutâneas.

6. Estado nutricional: normal e desnutrido.

7. Aspectos do crescimento e desenvolvimento: normal ou alterado.

Passos fundamentais para a realização do exame dos sistemas:

Inspeção, palpação, percussão e ausculta

1ª PARTE - A CONSULTA PEDIÁTRICA – FORNECENDO INFORMAÇÕES

SINAIS VITAIS: Temperatura – Frequência cardíaca, Frequência respiratória e Pressão arterial

Temperatura axilar: Nomenclatura das variações térmicas do organismo

Classificação	Variação em °C
Normotermia	36,0 – 37,0
Hipotermia	Abaixo de 36,0
Temperatura subfebris	37,0 – 37,5
Febre baixa	37,5 – 38,5
Febre moderada	38,5 – 39,5
Febre alta	39,5 – 40,5
Febre muitoalta - hiperpirexia	Acima de 40,5

Verifica-se a temperatura, na axila, deixando o termômetro durante pelo menos 3 minutos.

Frequência Cardíaca - Pulso: variáveis fisiológicas em repouso

Faixa etária pediátrica	Frequência – batimentos cardíacos/minuto
Recém-nascidos – de 0 a 28 dias de vida	130 – 160
Primeiro ano de vida	120 – 140
Segundo ano de vida	110 – 130
De 3 a 5 anos de vida	100 – 120
De 6 a 11 anos de vida	090 – 120

Verifica-se a FC observando-se as pulsações da fontanela anterior, palpando as artérias centrais: femorais e braquiais no lactente até um ano de vida e carótidas nas crianças acima de um ano de vida ou auscultando diretamente o coração.

As FC acima da média recebem o nome de **taquicardia** e as abaixo, de **bradicardia**

Frequência Respiratória: variáveis fisiológicas em repouso

Faixa etária pediátrica	Frequência – movimentos respiratórios/minuto
Recém-nascidos – de 0 a 28 dias de vida	40 – 45
Lactente – até 2 anos de idade	25 – 35
Pré-escolar	20 – 25
Escolar	18 – 20
Adolescente	16 - 20

Verifica-se a FR, com o paciente em completo repouso físico e emocional, de preferência, dormindo, devendo ser observado, no mínimo, por 60 segundos.

As FR acima da média recebem o nome de **taquipnéia** ou polipnéia e as abaixo, de **bradpnéia**

Dispnéia: são movimentos respiratórios difíceis, os quais podem ser predominantemente inspiratórios, expiratórios ou mistos.

Atualmente, considera-se segundo a OMS que uma criança estará **taquipnéica** se a FR estiver:

Faixa etária pediátrica	Frequência – movimentos respiratórios/minuto
De recém-nascidos até 2 meses de idade	Acima de 60
De 2 meses até 1 ano de idade	Acima de 50
Entre 1 ano e 4anos de idade	Acima de 40
Acima de 4 anos de idade	Acima de 30

2ª PARTE - CONSULTA PEDIÁTRICA – FORNECENDO INFORMAÇÕES

Pressão Arterial: variáveis fisiológicas em repouso

Faixa etária pediátrica	PA sistólica – medida em milímetros de mercúrio
Recém-nascidos – ao nascimento	50
No primeiro mês de vida	60
Aos 6 meses	70
Primeiro ano de vida	95
De 6 a 9 anos de vida	100
Aos 10 anos de vida	110
Aos 16 anos de vida	120

A pressão diastólica atinge cerca de 60 mmHg, por volta de 1 ano de idade, e eleva-se aos poucos, durante a infância, até cerca de 75 mmHg.

Os níveis de pressão em pessoas normais variam com exercícios físicos, choro e tensão emocional.

Tabela 1. Pressão sanguínea normal em crianças.

Idade	P. sistólica	P. diastólica
Nascimento (12h, < 1000g)	39 - 59	16 - 36
Nascimento (12h, 3000g)	50 - 70	25 - 45
Recém-nascido (96 horas)	60 - 90	20 - 60
Lactente (6 meses)	87 - 105	53 - 66
Criança (2 anos)	95 - 105	53 - 66
Idade escolar (7 anos)	97 - 112	57 - 71
Adolescente	112 - 128	66 - 80

Para crianças acima de 1 ano usar a fórmula:
Pr. média sistólica = 2 x (idade em anos) + 90
 Pressão diastólica = sistólica x 0.66

Pr. sistólica limite inferior = 2 x idade em anos + 70

Tabela 2. Variáveis Fisiológicas

FC Média	FR Média	P.Art. Média
150	50	50/30
140	40	60/35
140	40	70/35
130	34	90/60
110	28	95/65
80	20	100
75	16	110

Pressão arterial mínima = diastólica

Mn = máxima/2 + 10

Tabela 3. Condições que requerem rápida avaliação cardiopulmonar e potencial suporte cardiorrespiratório

Frequência respiratória:

Em neonatos acima de 60 irn
 2 meses até 1 ano > 50
 Acima de 1 ano maior que 40

Frequência cardíaca

Recém-nascido	< 80 ou > 200 bpm
0 - 1ano	< 80 ou > 180 bpm
1 - 8 anos	< 80 ou > 180 bpm
Acima de 8 anos	< 60 ou > 160 bpm

Aumento do esforço respiratório (retração, batimento de asa de nariz, gemido)

Diminuição dos sons inspiratórios

Cianose ou diminuição na saturação da oxihemoglobina

Alteração no nível de consciência: irritabilidade ou letargia inesperada ou ausência de resposta aos estímulos de familiares.

Convulsões - Febre acompanhada de petéquias - Trauma.

Queimaduras, totalizando acima de 10% de área de superfície corpórea.

3ª PARTE - CONSULTA PEDIÁTRICA – FORNECENDO INFORMAÇÕES

ANTROPOMETRIA: Peso – Estatura – Perímetros: Cefálico – Torácico, Abdominal e Braquial

Peso: ganho ponderal médio esperado

Faixa etária pediátrica	Ganho de peso esperado por mês	Ganho de peso esperado por dia
No 1º trimestre	700 gramas	25 a 30 g
No 2º trimestre	600 gramas	20 a 25 g
No 3º trimestre	500 gramas	15 a 20 g
No 4º trimestre	400 gramas	10 a 15 g

Idade da criança	Ganho de peso esperado por ano
No 2º ano de vida	2,5 Kg
Do 3º ao 5º ano de vida	2,0 Kg
Do 6º ao 10º ano de vida	3,0 Kg

Dos 2 aos 8 anos funciona:
 $P = 2 \times \text{idade (em anos)} + 9$
Dos 3 aos 12 meses funciona:
 $P = 0,5 \times \text{idade (em meses)} + 4,5$

Nos primeiros dias de vida, há uma perda normal de até 10% do peso do nascimento, o qual deve estar recuperado no décimo dia de vida. O peso dobra aos 4 para os 5 meses, triplica com 1 ano e quadruplica com 2 anos de idade.

O peso constitui uma medida de grande valor com índice do estado nutritivo. Uma observação isolada no entanto tem valor relativo devendo-se valorizar sempre a curva ponderal.

Estatura: ganho estatural médio esperado

Idade	Nascimento	1º semestre	2º semestre	2º ano	3º ao 5º ano	6º ao 10º ano
Crescimento	50 cm	15 cm	10 cm	12 cm	7cm/ano	6 cm/ano

Medida mais fiel que o peso para se detectar anormalidades, porém menos prática e menos sensível. As alterações aparecerão mais tardiamente do que em relação ao peso. Maior valor da curva obtida por uma série de observações do que uma observação isolada.

Quando afetada por fatores ambientais, a estatura sofre mais tardiamente os efeitos do que o peso, mas também sua recuperação é mais lenta.

Até 2 anos: predomínio de fatores ambientais

Dos 2 aos 4 anos: há equilíbrio

Acima dos 4 anos: predomínio da hereditariedade, especialmente na puberdade.

Evolução dinâmica do crescimento:

Velocidade de crescimento (Turner): a velocidade na fase de crescimento constante (3 a 12 anos) é de 6 a 6,5 cm/ano; O estirão é um período de aceleração que ocorre em todas as crianças que varia de intensidade e duração. O estirão do crescimento na puberdade, se inicia aproximadamente aos 10 anos nas meninas e aos 12 anos nos meninos. No estirão da puberdade a criança aumenta progressivamente até atingir 9,5 a 10,5 cm/ano.

Fórmula Prática para o cálculo aproximado da altura ideal dos 3 aos 11 anos de idade

$$E = (n - 3) \times 6 + 95$$

n = idade em anos

4ª PARTE - CONSULTA PEDIÁTRICA – FORNECENDO INFORMAÇÕES

Perímetro cefálico: medidas no primeiro ano de vida

Faixa etária	RN	3 meses	6 meses	9 meses	1 ano
Valor do PC	34 – 35 cm	40 cm	42 – 43 cm	44,5 cm	45 – 46
Aumento PC cm/mês		2 cm	1 cm	0,5 cm	0,5 cm

A medição do perímetro do PC até os 3 anos de vida, quando atinge o valor médio máximo de 49,5 cm, principalmente no primeiro ano, é de grande importância para a monitorização do crescimento craniano. Reflete o crescimento do cérebro em condições fisiológicas ou traduz um crescimento patológico (tumor, hidrocefalia). Fita métrica passa pela glabella e o ponto mais saliente do occipital. **Com um ano de idade a criança deve ter aumentado cerca de 10 a 12 cm de PC e mais 10 cm nos 20 anos seguintes; 80 a 85% do crescimento do PC se faz até 4-5 anos e 95% até 6 anos.**

O PC é maior que o torácico ao nascimento.

O PC é a última medida a ser comprometida nos casos de desnutrição..

Fontanelas

Anterior: fecha totalmente entre o 9º e o 18º mês de vida

Posterior: fecha aos 2 meses. Pode não ser palpável desde o nascimento.

Perímetro Torácico: medidas no primeiro ano de vida

Faixa etária	RN	3 meses	6 meses	9 meses	1 ano
Valor do PC	33 cm	40 cm	43 cm	45,5 cm	47 cm

É a medida da circunferência do tórax em centímetros.

Até os 2 anos de idade tem valor como índice do estado nutricional; a seguir: influência do exercício. Fita métrica passa pelos mamilos, com a criança em decúbito dorsal até os 3 anos de idade ou em pé no apêndice xifóide nos adolescentes com o tórax moderadamente cheio

Perímetro abdominal

É a medida da circunferência do abdômen. Tem valor relativo, pois a medição pode variar bastante num mesmo indivíduo, se for realizada após a alimentação ou em caso de meteorismo excessivo. É útil para monitorizar a evolução de certas patologias: ascite, tumores e visceromegalias.

Fita métrica passa pela cicatriz umbilical.

Perímetros

Até os 2 anos: aproximadamente $PT = PC = PA$; em seguida passa a predominar o PT
Até 6 meses: até 6 meses PC maior que PT; a seguir, PT ligeiramente maior que PC.

Linha de Cuidado Integral da Saúde da Criança – Coordenação: Dr. Jorge Manes Martins