GASTROENTEROLOGIA para PEDIATRAS

FLUXOGRAMA PARA DIAGNÓSTICO EFETIVO







Nilton Carlos **Machado**
Mary de **Assis Carvalho**

FACULDADE DE MEDICINA FMB 1963 BOTUCATU unesp

Atheneu

Departamento PEDIATRIA

Gastroenterologia para Pediatras

FLUXOGRAMA PARA DIAGNÓSTICO EFETIVO

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS



Gastroenterologia para Pediatras

FLUXOGRAMA PARA DIAGNÓSTICO EFETIVO

Editores
Nilton Carlos **Machado**
Mary de **Assis Carvalho**

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

FACULDADE DE MEDICINA FMB 1963 BOTUCATU unesp

Atheneu
Rio de Janeiro • São Paulo
2023

Departamento PEDIATRIA

EDITORA ATHENEU

São Paulo — Rua Maria Paula, 123 – 18º andar
Tel.: (11) 2858-8750
E-mail: atheneu@atheneu.com.br

Rio de Janeiro — Rua Bambina, 74
Tel.: (21) 3094-1295
E-mail: atheneu@atheneu.com.br

CAPA: Equipe Atheneu
PRODUÇÃO EDITORIAL: MWS Design

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

G233

Gastroenterologia para pediatras : fluxograma para diagnóstico efetivo / editores Nilton Carlos Machado, Mary de Assis Carvalho. - 1. ed. - Rio de Janeiro : Atheneu, 2023.
: il. ; 24 cm.

Inclui bibliografia e índice
ISBN 978-65-5586-675-9

1. Gastroenterologia pediátrica. I. Machado, Nilton Carlos. II. Carvalho, Mary de Assis.

23-82442 CDD: 618.9233
CDU: 616.33/.34-053.2

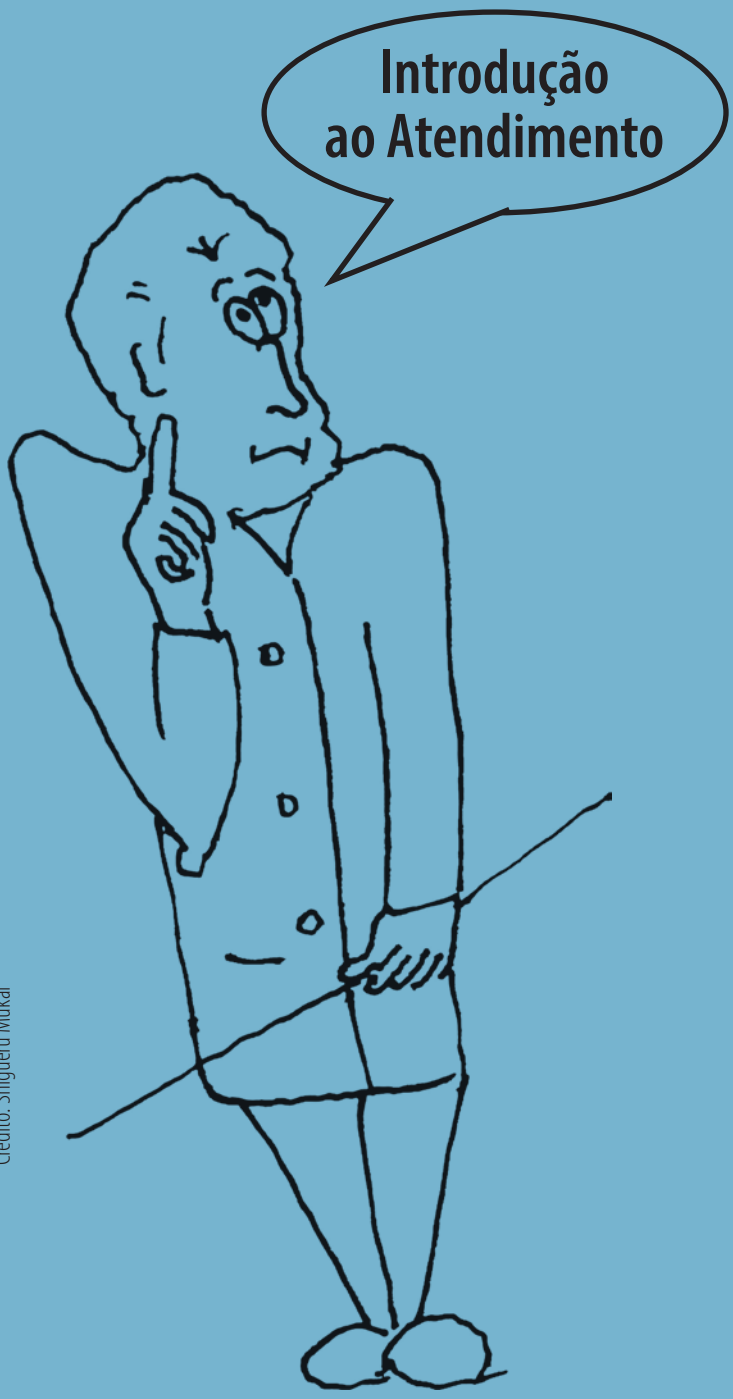
Gabriela Faray Ferreira Lopes - Bibliotecária - CRB-7/6643

08/02/2023 13/02/2023

MATERIAL ... EITOS AUTORAIS

©Direitos reservados à EDITORA ATHENEU – Rio de Janeiro, São Paulo, 2023

Parte 1



Crédito: Shigueru Mukai

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

Capítulo 1

Abordagem do Paciente e Seus Pais/Cuidadores

"A pediatria não lida com homens e mulheres em miniatura, com doses reduzidas e a mesma classe de doenças em corpos menores, mas ... tem seu próprio alcance e horizonte independentes ..." Dr. Abraham Jacobi, 1889.

Bases gerais para o atendimento

Alguns aspectos dos atendimentos clínicos são descritos a seguir:

Subtipos de encaminhamentos

» Sem abordagem do problema.
» Encaminhados com múltiplos diagnósticos e/ou tratamentos.
» Para confirmação diagnóstica.

Os pacientes chegam a uma clínica de gastroenterologia pediátrica com

» Diagnóstico e tratamento corretos.
» Diagnóstico correto e tratamento incorreto.
» Diagnóstico incorreto e tratamento correto.
» Diagnóstico e tratamento incorretos.

Subtipos de pacientes

» Têm doença definida e estão doentes.
» Estão doentes e não têm doença definida.
» Têm doença definida e não estão doentes.

Pais/cuidadores de crianças doentes esperam que o pediatra seja

» Maduro, tranquilo, gentil, receptivo, sincero, digno de confiança.
» Não faz julgamentos precoces e respeita a dignidade do paciente.
» Não é excessivamente eloquente.
» Permite que os pais/cuidadores e/ou paciente falem sem interrupções inúteis.

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

Complicações na relação médico-paciente

» Pais que contestam os serviços de pediatria.
» Famílias que tentam direcionar o comportamento do pediatra.
» Conduta desrespeitosa no consultório.
» Pais que esquecem as consultas.
» Pacientes hostis e defensivos, por experiência prévia.
» Pais negligentes, insensíveis e que cometem abusos físicos e emocionais.

Falhas na abordagem do paciente, cometendo algum dos 7 pecados capitais na pediatria

» Presunção.
» Dogmatismo.
» Alarmismo.
» Intervencionismo.
» Indecisão.
» Displicência.
» Desamor.

Falhas na avaliação da casuística que está sendo atendida

"Estou fazendo com muita frequência um determinado diagnóstico ou raramente um determinado diagnóstico".

Essas preocupações têm dois desdobramentos:

» **Correto:** o erro pode estar nos critérios clínicos para fazer o diagnóstico (rever definições, achados clínicos principais e secundários) ou na investigação laboratorial.
  – Avaliar erros de pré-análise laboratorial, como: coleta, armazenamento, identificação etc.).
  – Erros de análise: do analista (treinamento inadequado, imperícia) ou de erros analíticos por aparelhos e/ou reagentes inadequados.
  – Erros pós-análise (cálculos, transcrições dos resultados e, finalmente, de interpretação do médico).
» **Incorreto:** corresponde à realidade, ou seja, existe uma mudança no perfil da casuística, sendo preciso se adaptar a novas manobras de investigação e condutas terapêuticas.

Princípios de uma abordagem motivacional

Com base em Miller and Rollnick (1991):

A abordagem motivacional é um conjunto de habilidades aprendidas de comunicação, sendo uma maneira de estar com os pacientes, seus pais/cuidadores e ter uma conversa sobre mudanças baseada em compaixão, respeito e empatia e sem julgamentos. Ela é centrada no paciente, enquanto continua sendo objetiva e orientada para mudanças. Ouvir ativamente, refletindo os pensamentos, emoções e compreensão dos pacientes sobre suas situações. Visa a colaborar, fazer parceria, ajudar

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

os pacientes a mudar comportamentos específicos. As estratégias das entrevistas motivacionais são mais persuasivas que coercitivas, mais favoráveis que argumentativas. O entrevistador motivacional deve prosseguir com um forte senso de propósito, estratégias e habilidades claras. Apoiar a autoeficácia dos pacientes (sua crença na própria capacidade de obter sucesso) e apoiar a esperança e o otimismo para uma mudança bem-sucedida.

A prática de entrevistas motivacionais se baseia em cinco princípios gerais:

» Expressar empatia através da escuta reflexiva.
» Desenvolver discrepância entre as metas ou valores dos clientes e seu comportamento atual.
» Evitar discussões e confrontos diretos.
» Ajustar a resistência do cliente em vez de se opor diretamente.
» Apoiar a autoeficácia e o otimismo.

Principais componentes de uma consulta pediátrica

A seguir serão descritos 10 passos fundamentais para o sucesso de um atendimento pediátrico, baseando-se em:

» Atender no modelo centrado no paciente.
» Explorar a doença e a experiência com a doença.
» Compreender as ideias e os sentimentos a respeito da doença.
» Compreender as expectativas.
» Observar o impacto na qualidade de vida.
» Especialmente, “deixar o paciente ter o que ele tem, e não forçar para que ele tenha o que eu mais sei”.

Encontro inicial, apresentação, tipos de cumprimento e contato físico

Dominar o encontro inicial **é uma tarefa fundamental**. A chave para o sucesso no estabelecimento de relacionamento com os pais/cuidadores e os pacientes é garantir uma introdução apropriada. Impressões poderosas são realizadas durante os primeiros momentos da consulta. Um contato físico breve e apropriado pode criar uma grande conexão humanística entre paciente e o pediatra. Na cultura ocidental, apertar a mão é apropriado como parte do encontro inicial. Com base nas informações verbais e não verbais, o paciente faz uma determinação instintiva sobre a confiabilidade no pediatra.

Consulta centrada no paciente

Uma vez que as apresentações estejam estabelecidas, as informações devem ser obtidas. Deve-se criar uma atmosfera que permita aos pais/cuidadores e paciente se relacionarem livremente. Manifestações sutis de afeto e atitudes do pediatra podem ter um efeito significativo sobre como os pacientes relatam suas queixas. A consulta centrada no paciente tende a ser apreciada pelo paciente e permite uma abordagem mais ampla do diagnóstico diferencial.

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

Incluído nessa abordagem deve estar uma pergunta sobre aquilo que mais preocupa o paciente.

Deixar a mãe falar, com perguntas mais amplas, como:

» Conte-me a respeito do problema do seu filho.
» Conte-me o que aconteceu com seu filho.
» Até quando ele esteve bem?

Os pontos a seguir incentivarão os pacientes a fornecerem mais informações:

» Mantenha um contato visual respeitoso e adequado com os pacientes e os pais/cuidadores.
» Quando apropriado, faça declarações iniciais que mostrem que você entende os desafios para a definição diagnóstica e terapêutica.
» Demonstre bondade e preocupação. Um sorriso caloroso ou gestos faciais empáticos em resposta à informação reforçam o interesse do pediatra.
» Expresse que você pretende fornecer cuidados completos e especializados.
» Faça perguntas abertas, como consultas gerais que começam com "como" e "por quê".
» Adicione comentários facilitadores em vez de interruptivos.
» Antes de interromper ou alterar o diálogo, verifique se a mensagem do paciente é totalmente compreendida. Os pacientes podem ter dificuldade em articular as informações ou preocupações.

Isso requer habilidade e experiência, mas pode ser realizado por:

» Sentar durante a consulta, em vez de ficar de pé.
» Usar breves interjeições de humor de bom gosto, quando apropriado.
» Tolerar curtos intervalos de silêncio.
» Aceitar momentos de conversas não médicas.
» Ouvir para entender como o paciente está lidando com seus problemas.
» Oferecer expressões de carinho.
» Fornecer garantia de sigilo sobre as informações.

Pais de crianças doentes procuram diferentes informações.

» O que ela tem?
» O que causou?
» O que está errado?
» Como isso acontece?
» Vai acontecer de novo?
» Quais as complicações?
» O que vai acontecer no futuro?
» *"Sempre pensar nos temores da família e nas informações* não *verbalizadas."*

Obter e interpretar achados do exame físico usando a sua sensibilidade.

Durante o exame físico, aproxime-se da criança cautelosamente e com gentileza, usando uma maneira amigável e uma voz calma. Não toque na criança; primeiro

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

observe-a à distância. Permita que a criança olhe para você. Observe a aparência geral; deixe-a brincar em sua presença. A criança é interativa? Converse com sua mãe. Não faça movimentos bruscos e aproxime-se.

Exame físico do abdome

A regra básica é: "Olhe primeiro, toque depois".

» O exame físico do abdome deve ser um componente do exame físico pediátrico completo, e a história clínica deve orientar para se concentrar nas partes mais relevantes do exame abdominal.

» A criança deve estar deitada em decúbito dorsal, os braços ao lado do corpo e os pés juntos. Os músculos abdominais ficam mais relaxados nesta posição. Os joelhos podem ser flexionados se essa posição ajudar a criança a se sentir mais confortável. Crianças pequenas que podem resistir a essas manobras podem ser examinados no colo dos pais.

» O abdome deve estar totalmente exposto. Escolares e adolescentes devem usar um lençol para cobrir o corpo. O exame da região inguinal, genitália externa e área perianal (em casos selecionados) faz parte do exame abdominal.

» O exame abdominal deve seguir a sequência clássica, ou seja, inspeção, palpação, percussão e ausculta. A ausculta pode ser realizada antes da palpação ou percussão, supondo que os ruídos intestinais induzidos pela palpação podem mascarar sopros vasculares. No entanto, para algumas crianças, o estetoscópio pode ser intimidante se usado no início do exame abdominal.

» Para descrever a localização de qualquer anormalidade, é útil dividir o abdome em quatro quadrantes (recém-nascidos ou lactentes) com uma linha horizontal através do umbigo e uma linha vertical do apêndice xifoide à sínfise púbica, através do umbigo. Para escolares e adolescentes, o abdome pode ser dividido em nove regiões (Figura 1.1).

Inspeção

» O simples olhar para o abdome pode fornecer informações importantes para o diagnóstico subjacente. É plano, distendido ou escavado? A distensão pode ser causada por ar no intestino, fluido na cavidade abdominal (ascite) ou aumento de órgãos sólidos.

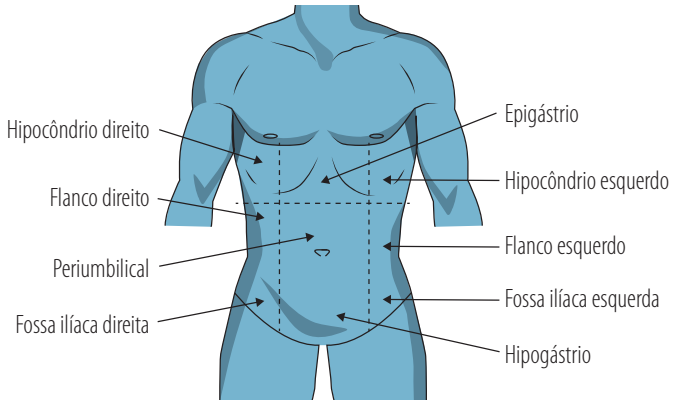


Figura 1.1. Regiões abdominais. (Fonte: Autoria própria.)

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

» Crianças saudáveis costumam ter um abdome normalmente protuberante como resultado do aumento fisiológico da lordose lombar. Não confundir essa aparência com distensão patológica.
» A distensão abdominal é um sinal importante de obstrução intestinal. Quanto mais baixa a obstrução no intestino, mais acentuada é a distensão. O peristaltismo pode ser visível em pacientes com obstrução intestinal.
» A ligeira separação dos músculos retos abdominais (diástase) é normal em crianças, especialmente em prematuros.
» Cicatrizes na parede abdominal confirmarão a intervenção cirúrgica anterior.
» A parede abdominal normalmente se move com a respiração, especialmente em lactentes. A perda desse movimento secundária à dor pode ser um indicador importante de inflamação abdominal, como peritonite.
» A simetria abdominal é mais bem avaliada pela inspeção ao pé da cama. A assimetria pode resultar de massa intra-abdominal, ascite etc.
» Exame da área inguinal. O aumento da pressão intra-abdominal com tosse ou esforço torna a alteração mais evidente.

Palpação

» O abdome relaxado é essencial à palpação. As mãos devem estar aquecidas e o toque deve ser suave. A criança não deve rir durante o exame. A atenção da criança deve ser desviada por uma conversa.
» Use a palpação superficial para detectar áreas de sensibilidade. Observe o rosto da criança para qualquer expressão de desconforto. Se a criança apresentar queixas em uma área específica, comece a palpar longe dessa área e, a seguir, mova-se gradualmente em direção ao local da dor. Verifique se há defesa e/ou rebote sempre que avaliar uma área sensível à palpação.
» A palpação profunda deve ser seguida de rápida liberação da pressão. Se o paciente sentir mais dor quando a mão é liberada, é sinal de sensibilidade de rebote (sinal importante de irritação peritoneal). Uma palpação mais profunda deve seguir para detectar qualquer massa ou aumento de órgãos.
» Sempre comece a palpação na fossa ilíaca direita. Coloque as pontas dos dedos no abdome e pressione-os suavemente de forma intermitente.
» As excursões respiratórias da criança farão com que o fígado desça para fazer contato com os dedos. Uma ou ambas as mãos (uma em cima da outra) podem ser usadas. Avance seus dedos para cima em direção à margem costal em incrementos de 1 a 2 cm.
» Se a borda do fígado não for palpável, confirme sua borda por percussão. Registre qualquer hepatomegalia em centímetros abaixo da margem costal, não na largura dos dedos. Palpe o epigástrio, pois pode haver aumento isolado do lobo esquerdo.
» O fígado pode ser palpável porque está aumentado (hepatomegalia) ou porque foi deslocado para baixo por um grande derrame pleural do lado direito ou hiperinsuflação pulmonar.
» A textura do fígado pode fornecer informações sobre a causa da hepatomegalia. Um fígado mole e dilatado sugere inflamação ou congestão. Um fígado firme pode representar fibrose, doença metabólica ou neoplasia primária ou secundária.

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

» Medir a extensão do fígado fornece uma estimativa de seu tamanho e ajuda a distinguir entre alargamento e deslocamento:
  – A borda inferior do fígado deve ser marcada.
  – Comece a percussão para a borda superior a partir do terceiro espaço intercostal e desça um espaço intercostal de cada vez. O dedo deve estar no espaço intercostal paralelo às costelas.
  – A distância entre as bordas superior e inferior (vão) deve ser medida na linha médio-clavicular.
  – Um fígado palpável com extensão normal implica deslocamento e não hepatomegalia.

Baço

» A ponta do baço é frequentemente palpável em recém-nascidos e em cerca de 10% das crianças saudáveis. Em lactentes, o baço aumenta para baixo em direção ao quadrante inferior esquerdo, enquanto em crianças maiores o aumento ocorre em direção ao quadrante inferior direito.
» A palpação deve começar na fossa ilíaca direita para não perder um baço muito grande. O tamanho deve ser registrado em centímetros abaixo da margem costal esquerda.
» Se o baço não for palpável com a criança em decúbito dorsal, coloque a criança em decúbito lateral direito. Com a mão esquerda levantando a parte mais inferior da caixa torácica esquerda e o flanco anterior, sua mão direita deve ser usada para sentir a ponta do baço na inspiração.

Rins

» Os rins são retroperitoneais, profundos e raramente palpáveis em crianças saudáveis.

Exame retal

» Existem poucas indicações para o exame retal em crianças. O consentimento dos pais e da criança é essencial.
» O procedimento deve ser explicado em detalhes. Se a criança se recusar, não insistir. O exame não deve ser tentado em uma criança que não coopere.
» A privacidade deve ser respeitada. Uma enfermeira deve estar presente para auxiliar no exame. Os pais/cuidadores devem ficar na cabeceira da cama e oferecer conforto. Em crianças maiores, o exame retal é mais bem realizado com a criança na posição lateral esquerda com a coluna vertebral e os joelhos totalmente flexionados.
» As nádegas devem ser suavemente abertas para procurar qualquer fissura anal, escoriações, marcas na pele ou fístulas. As fissuras anais agudas costumam ser difíceis de visualizar porque há um espasmo considerável dos esfíncteres anais e a criança não relaxa o suficiente para uma boa visualização. Verifique o reflexo anal estimulando a pele perto da borda anal. Essa manobra causa contração do esfíncter anal, semelhante ao reflexo cremastérico. A ausência desse reflexo anal sugere comprometimento neurológico subjacente.
» Um dedo indicador bem lubrificado é então introduzido no reto. A contração anal normalmente é sentida. A cavidade retal está vazia ou cheia de fezes? As fezes estão

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

duras? Há alguma outra massa presente? O reto normal deve estar vazio e com uma parede lisa. Por fim, o dedo deve ser retirado para verificar a presença de sangue.

Percussão

» A percussão do abdome ajuda a detectar se uma distensão presente é causada por gás, tumor sólido ou ascite.
» Na percussão, o dedo em repouso deve estar paralelo à borda do órgão que está sendo examinado. O contato com a pele deve ser suave. Percorra tocando suavemente o dedo médio da mão direita contra o dedo em contato com a pele. O movimento da mão deve ser feito no pulso, não no cotovelo.
» A sensação de fluidez (onda) são sinais clínicos que confirmam a ascite. O fluido livre fluirá para a parte dependente da cavidade abdominal, enquanto o intestino cheio de ar flutuará no meio. Se a criança estiver em decúbito dorsal, o líquido se acumula posteriormente e nos flancos. A percussão, portanto, será timpânica no centro e maciça nos flancos.

Ausculta

» Para conforto do paciente, aqueça o diafragma do estetoscópio.
» A ausculta do abdome determina a presença (ou ausência) de ruídos intestinais e pode detectar sopros vasculares. Os sons intestinais são sons de gorgolejo produzidos pelo peristaltismo do intestino.
» Como o intestino delgado está localizado principalmente no centro do abdome, esse é o local apropriado para a ausculta. Se os sons intestinais não forem ouvidos, outras áreas devem ser auscultadas. Os sons podem ser infrequentes. É necessário ouvir por vários minutos em áreas diferentes antes de concluir que os ruídos intestinais estão ausentes. Ocasionalmente, os sons intestinais podem ser audíveis à distância (borborigmo).
» A ausculta dos pulmões faz parte do exame abdominal. Crianças com pneumonia do lobo inferior às vezes apresentam febre, dor abdominal e vômitos na ausência de quaisquer sintomas respiratórios.

Organização das informações obtidas na história clínica e exame físico

Conhecendo o paciente

» Idade, posição na família, idade dos pais, condição marital e de vida profissional, social e econômica. Antecedentes gestacionais e neonatais, tipos de aleitamento, morbidade no primeiro ano de vida. Consultas, tratamentos e respostas terapêuticas anteriores para a doença atual e doenças prévias. Perspectivas sobre a doença atual, condição emocional da criança e de seus pais/cuidadores.
» A história pediátrica deve incluir uma revisão da doença atual. Identifique os motivos da visita e liste os problemas atuais da criança. Avalie os problemas com relação ao início, duração, progressão, fatores precipitantes ou exacerbadores, fatores de alívio e associações a outros problemas. Determine o comprometimento funcional em relação a comer, brincar, dormir, outras atividades e ausência na escola.

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

» Entrevistando crianças, procure: saber sobre membros da família (irmãos, avós, tios etc.); vivência escolar; amigos; esportes e recreação; programas favoritos de televisão; jogos no computador; times de futebol ou outros esportes; animais de estimação; personalidades que admira (atletas, cantores, atores etc.).

Principais características das crianças e adolescentes por faixas etárias

Recém-nascido

» Revisar os registros maternos, de nascimento e do berçário antes do exame para ajudar a direcionar o exame e a discussão com os pais.

Primeiro ano de vida

» O primeiro ano de vida é uma época de rápido crescimento e desenvolvimento. A criança muda de um organismo dependente e passivo para interativo e com curiosidade e personalidade. Progride das manobras observacionais e não invasivas para as mais invasivas, do uso das mãos aos instrumentos e das manobras confortáveis para as menos confortáveis.
» As consultas devem ser espaçadas e programadas para coincidir com essa progressão de desenvolvimento.
» Avançar para questões mais específicas para explorar alimentação, sono e comportamento de choro, eliminação e desenvolvimento.
» Observar a interação dos pais e do bebê, a resposta ao bebê e as interações dos pais entre si.
» Fazer um exame físico completo na frente dos pais em cada visita e fazer comentários positivos à medida que o exame progride.
» As crianças de 6 meses são ansiosas para interagir com os cuidadores e iniciam as interações sorrindo, vocalizando e rindo.
» O cuidador deve permanecer visível para o bebê durante o exame.
» Aos 9 meses de idade, deve-se manter o bebê no colo da mãe a maior parte do tempo.
» A introdução de instrumentos de exame deve ser lenta, permitindo que a criança os explore primeiro. O exame físico em si deve evoluir desde os aspectos menos invasivos, como inspeção/observação e palpação, até manobras mais invasivas, como o uso de estetoscópio, otoscópio e abaixadores de língua.
» Aos 12 meses, à medida que a entrevista se desenrola, o médico deve fazer aberturas para a criança, sorrindo, oferecendo brinquedos e tocando suavemente a mão ou o pé da criança para ajudar a dissipar os medos e estabelecer algum senso de harmonia.
» A maioria das crianças de 1 ano apresenta ansiedade significativa com estranhos e pode resistir ao exame. Mantenha a criança no colo da mãe durante a maior parte do exame.

Segundo ano de vida

» Tempo de exploração e desenvolvimento de independência. As crianças aprendem a andar, o que amplia drasticamente sua gama de territórios e atividades lúdicas.

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

» O exame físico pode ser o mais difícil de realizar.
» A melhor abordagem para a consulta da criança é que o médico se concentre na história e faça o exame de modo breve.
» Realizar o exame físico rapidamente e no colo dos pais tanto quanto possível. Algumas crianças reagem com lágrimas e resistência. A reação do pediatra deve refletir calma, consistência, humor, firmeza e afeto, ao mesmo tempo em que estabelece limites.
» Aos 18 meses é uma mistura paradoxal de curiosidade, desafio, charme e carinho. A criança agora está executando as habilidades de socialização e comunicação.

Primeiros anos da infância, com 2 e 3 anos

» Aos 2 anos se concentra na comunicação e nas habilidades sociais.
» A criança fala em frases de duas ou três palavras e tem uma linguagem receptiva. Embora goste da companhia de outras crianças, a criança é egoísta com os brinquedos e tende a brincar ao lado de outras crianças e não com elas.
» Aos 3 anos tornou-se verdadeiramente interativa, com a capacidade de se comunicar de forma compreensível com parentes e outras pessoas.
» Permanece egocêntrica e resiste a compartilhar.
» A maioria das crianças de 3 anos cooperará na maior parte do exame físico se for feito lentamente e se o médico der explicações cuidadosas em cada etapa.

Idades pré-escolares de 4 e 5 anos

» As idades pré-escolares de 4 e 5 anos marcam a entrada da criança em um mundo de interação social ordenada quando ela começa a pré-escola.
» Uma ida ao médico é uma experiência memorável para crianças em idade pré-escolar, sobre a qual eles falarão por semanas.
» O pediatra deve entrar na sala de exame com uma atitude atenciosa e amigável e interagir com a criança como se ele fosse a criança mais importante do mundo.
» A entrevista deve incluir perguntas dirigidas à criança. Os pais geralmente ouvem com orgulho a conversa de seus filhos e podem acrescentar ou complementar as informações.
» O exame físico nessa idade geralmente é recebido com interesse e leve ansiedade, que normalmente podem ser amenizados por explicações cuidadosas de cada etapa. A criança, com frequência, se sentará-se à mesa de exame. Os pais devem estar à vista e o exame pode prosseguir da cabeça aos pés.
» O médico deve conversar com a criança à medida que o exame avança para responder às perguntas e explicar as partes do exame.
» Aos 5 anos de idade a maioria das crianças entrou no ambiente escolar e experimentou a estrutura necessária para ouvir, responder ao professor e realizar as tarefas de aprendizagem. A criança deve ser um participante ativo na história e no exame físico.
» O pediatra deve falar diretamente com a criança enquanto faz perguntas adequadas à idade. À medida que a criança responde, o médico pode pedir aos pais informações complementares.

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

Visita de 6 anos

» No ambiente do consultório pediátrico, a criança está ansiosa para agradar e cooperar com a história e o exame físico.
» O médico pode dirigir muitas perguntas diretamente à criança e esperar respostas totalmente francas. A entrevista deve ser dirigida principalmente à criança, com suplementação dos pais.
» Crianças de 7 a 9 anos adquiriram maior responsabilidade em suas atividades do dia a dia, incluindo áreas como higiene pessoal e tarefas domésticas. O pediatra deve dirigir a maioria das perguntas diretamente à criança, que deve ser capaz de fornecer a maior parte da história pertinente.
» O pré-adolescente, de 10 a 11 anos, está à beira da adolescência, que trará mudanças dramáticas na constituição física e psicológica. Desempenho escolar, atividades extracurriculares e esportes são áreas que podem ser usadas durante a consulta. O exame físico deve ser abrangente, com adequado respeito ao pudor da criança.

Adolescente precoce

» A entrevista deve começar com os pais e o paciente na sala juntos. Se essa for a primeira consulta, o médico deve-se apresentar ao adolescente primeiro e depois aos pais.
» Após a entrevista conjunta, o pediatra deve pedir aos pais que se retirem e entrevistar o adolescente sozinho. O exame físico é realizado com os pais dentro ou fora da sala, dependendo da preferência do adolescente. Se os pais não estiverem na sala, um acompanhante, de preferência do mesmo sexo do adolescente, deve estar presente.
» O pediatra deve observar a interação entre pais e filho.
» O adolescente responde às perguntas do profissional de saúde ou pede respostas aos pais? As questões dos pais e as preocupações com a saúde podem ser tratadas com os dois juntos.
» Se os pais parecerem incomodados com o adolescente na sala por causa das informações que desejam discutir, o adolescente pode ser solicitado a sair da sala para que os pais possam falar livremente.

Modelos de organização das informações

Utilizar os esquemas (Figuras 1.2 a 1.4).

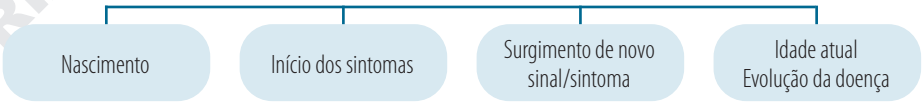


Figura 1.2. Linha da vida. (Fonte: Autoria própria.)

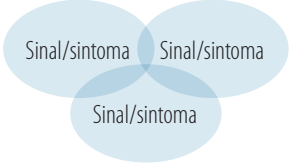


Figura 1.3. Diagrama de Venn. (Fonte: Autoria própria.)

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

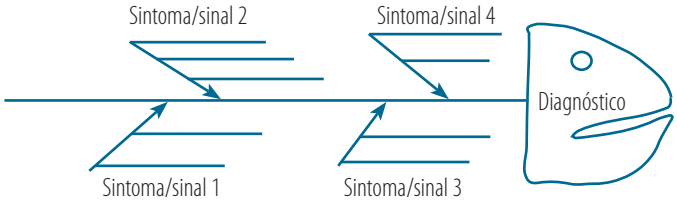


Figura 1.4. Diagrama da espinha de peixe. (Ishikawa.) (Fonte: Autoria própria.)

Construir uma lista de problemas e de diagnóstico diferencial. Preparar um plano de investigação e cuidados com o paciente. Comunicar-se adequadamente com a criança e seus pais/cuidadores

» Após a entrevista inicial, há questões importantes a serem abordadas com o paciente: discussão de possíveis diagnósticos; explicação dos testes necessários para a investigação; quanto tempo, aproximadamente, o paciente deve esperar para o diagnóstico; qualquer tratamento necessário nesse ínterim. É aceitável e até encorajador usar a terminologia médica, desde que seja apresentada uma explicação em linguagem simplificada utilizando termos leigos. Um dos maiores desafios da Pediatria é poder organizar o conhecimento de maneira que as informações apropriadas possam ser usadas com rapidez e precisão. A tomada de decisão clínica apropriada considera a necessidade de fazer um diagnóstico preciso, bem como os custos associados ao uso inadequado ou indiscriminado dos testes laboratoriais. Ele também avalia os custos e possíveis efeitos nocivos das intervenções terapêuticas.

» A tomada de decisão clínica tem três fases integradas: diagnóstico, avaliação da gravidade e manejo. Todas as três fases da tomada de decisão clínica são baseadas na história clínica e exame físico bem-sucedidos. A tomada de decisão clínica geralmente é difícil devido à sobreposição entre muitos tipos de condições, pois um único distúrbio pode produzir amplo espectro de sinais e sintomas, e muitos distúrbios podem produzir sinais e sintomas semelhantes.

» As informações clínicas obtidas a partir da história clínica, exame físico, testes laboratoriais e exames auxiliares são usadas para avaliar o grau de doença que classifica os pacientes em três categorias:
  – Pacientes levemente doentes que têm uma condição autolimitada que se resolve espontaneamente.
  – Pacientes moderadamente doentes requerem tratamento específico em ambiente ambulatorial.
  – Pacientes gravemente doentes necessitam de intervenção e estabilização imediatas para evitar danos irreversíveis e morte ou morbidade grave. Um paciente gravemente doente deve ser hospitalizado por dois motivos:
    ▪ Para receber terapia geralmente não disponível em nível ambulatorial.
    ▪ Para ser observado e monitorado de perto devido ao alto risco de uma complicação ou rápida progressão da doença. A capacidade dos pais e outras pessoas cuidarem de uma criança em casa e a disponibilidade de transporte, isolamento geográfico e clima também podem afetar a decisão de hospitalização.

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

Concluindo a consulta

» Fornecer um diagnóstico, quando possível, ou a exclusão de uma doença, quando apropriado. Definir o plano de tratamento, testes futuros e avaliação adicional.
» É essencial estabelecer um plano eficaz de diagnóstico que leva em consideração as necessidades físicas e emocionais do paciente. Deve incluir alívio dos sintomas, acompanhamento adequado e motivos para procurar atendimento emergencial novamente. Comunicar em termos leigos é essencial e confirmar se os pais/cuidadores e/ou pacientes entenderam as instruções. Instruções escritas devem ser acompanhadas de explicação verbal, resumindo os pontos principais.
» Os pacientes podem ter expectativas não atendidas que devem ser avaliadas. Alguns pais/cuidadores pacientes aceitarão o julgamento do médico, outros não. De qualquer forma, uma discussão honesta com os pacientes pode ser benéfica para todos.
» Os pacientes querem saber: O que eu tenho? O que devo fazer sobre isso? Quando vou me sentir melhor?

Maneiras de melhorar a aderência ao tratamento

» Simplificar o esquema de investigação e terapêutico.
» Perguntar sobre as dificuldades.
» Ajudar a reduzir os custos.
» Periodicamente, revisar o tratamento.
» Dispensar tempo para educar sobre a doença e o tratamento.
» Identificar pacientes com risco de má aderência.

Tipos de erros mais frequentes

» Erro ou atraso no diagnóstico.
» Falha em realizar os testes laboratoriais indicados.
» Não fornecer *handouts* para educação do problema do paciente.
» Atraso no tratamento.
» Erro no planejamento do tratamento (fazer sobrecarga de informações).
» Erro na posologia (dose, via etc.).
» Monitoramento inadequado do acompanhamento.

Explicando as incertezas que podem permanecer

» Alguns pacientes terão dificuldade de entender as incertezas relacionadas com um diagnóstico, mas podem entender que existem próximas etapas necessárias para reavaliação. Discutir as incertezas requer habilidade e um plano de monitoramento.

Diagnósticos

Preferencialmente, devemos elaborar três diagnósticos:

» **Diagnóstico sindrômico:** frequentemente é realizado a partir de informações da história clínica e exame físico. Geralmente obtido no início da consulta,

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS

quando os pais/cuidadores e/ou a criança expressam os sinais/sintomas mais preocupantes.

» **Diagnóstico anatômico ou topográfico:** realizado a partir da história clínica, exame físico e de exames subsidiários. O sistema digestório pode ser subdividido em áreas bem definidas de funções fisiológicas (Figura 1.5).

» **Diagnóstico etiológico:** frequentemente realizado a partir de exames laboratoriais, de imagem e histopatológicos.

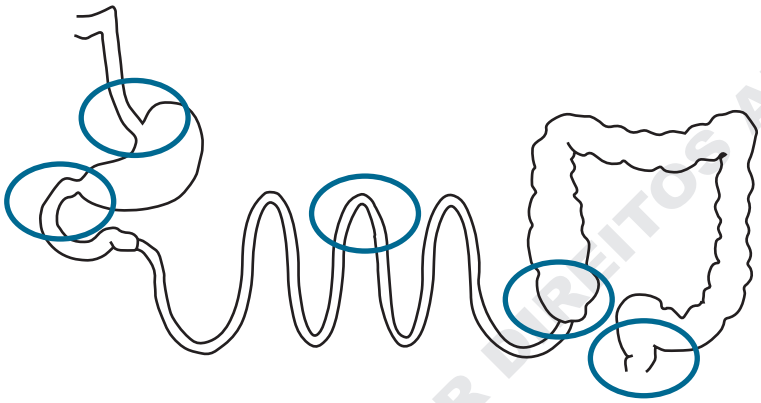


Figura 1.5. Anatomia clínica. (Círculos exemplificando áreas muitos importantes de diagnóstico topográfico.)

Finalmente

Os pacientes devem ter ampla oportunidade de fazer perguntas. Entretanto, nesse ponto, os pacientes geralmente estão exaustos e sobrecarregados. Sair com perguntas não respondidas diminui a adesão do paciente e, portanto, leva a piores resultados na condução da doença. Tudo o que pode ser feito para promover perguntas é incentivado. Tais medidas incluem permanecer sentado direcionar a consulta para outro membro da família. É crucial não parecer apressado.

Leitura recomendada

Collins J, Farrall E, Turnbull DA et al. Do we know what patients want? The doctor-patient communication gap in functional gastrointestinal disorders. Clin Gastroenterol Hepatol. 2009;7:1252-4.

Drossman DA, Chang L, Deutsch JK, Ford AC, Halpert A, Kroenke K et al. A review of the evidence and recommendations on communication skills and the patient-provider relationship: a rome foundation working team report. Gastroenterology. 2021;161(5):1670-88.e7.

Drossman DA, Ruddy J. Improving patient-provider relationships to improve health care. Clin Gastroenterol Hepatol. 2020;18(7):1417-26.

Drossman DA. 2012 David Sun lecture: helping your patient by helping yourself--how to improve the patient-physician relationship by optimizing communication skills. Am J Gastroenterol. 2013;108(4):521-8.

Miller WR and Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford Press, 1991.

MATERIAL PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS