SMMR

Série Manual do Médico-Residente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Coordenadores da Série

José Otávio Costa Auler Junior

Luis Yu

Pediatria

Editores do Volume

Sandra Josefina Ferraz Ellero Grisi

Magda Maria Sales Carneiro Sampaio • Werther Brunow de Carvalho

Uenis Tannuri • Vicente Odone Filho • Clovis Artur Almeida da Silva

Coeditora Filumena Maria da Silva Gomes

HC FMUSP

MEDICINA USP

HC FMUSP EEP Escola de Educação Permanente

Instituto da Criança Hospital das Clínicas - FMUSP

Atheneu

SÉRIE MANUAL DO MÉDICO-RESIDENTE

PEDIATRIA

HC FMUSP · MEDICINA USP · HC FMUSP EEP Escola de Educação Permanente · Instituto da Criança Hospital das Clínicas - FMUSP · Atheneu

SÉRIE MANUAL DO MÉDICO-RESIDENTE

Coordenadores da Série
José Otávio Costa Auler Junior
Luis Yu

- *Acupuntura e Medicina Tradicional Chinesa*
- *Anestesiologia*
- *Cardiologia*
- *Cirurgia da Mão*
- *Cirurgia de Cabeça e Pescoço*
- *Cirurgia Geral*
- *Cirurgia Plástica*
- *Cirurgia Torácica*
- *Cuidados Paliativos*
- *Dermatologia*
- *Endocrinologia e Metabologia*
- *Endoscopia*
- *Genética Médica*
- *Geriatria*
- *Imunologia Clínica e Alergia*
- *Infectologia*
- *Mastologia*
- *Medicina de Família e Comunidade*
- *Medicina do Trabalho*
- *Medicina Esportiva*
- *Medicina Física e Reabilitação*
- *Nefrologia*
- *Neurologia*
- *Neurologia Infantil*
- *Oftalmologia*
- *Ortopedia e Traumatologia*
- *Otorrinolaringologia*
- *Pediatria*
- *Pneumologia*
- *Radiologia e Diagnóstico por Imagem*
- *Reumatologia*
- *Urologia*



SMMR



Série Manual do Médico-Residente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Coordenadores da Série

JOSÉ OTÁVIO COSTA AULER JUNIOR

LUIS YU

VOLUME PEDIATRIA

Editores do Volume

SANDRA JOSEFINA FERRAZ ELLERO GRISI

MAGDA MARIA SALES CARNEIRO SAMPAIO

WERTHER BRUNOW DE CARVALHO

UENIS TANNURI

VICENTE ODONE FILHO

CLOVIS ARTUR ALMEIDA DA SILVA

Coeditora

FILUMENA MARIA DA SILVA GOMES

HC FMUSP

MEDICINA USP

HC FMUSP EEP Escola de Educação Permanente

Instituto da Criança Hospital das Clínicas - FMUSP

Atheneu

EDITORA ATHENEU

São Paulo — *Rua Maria Paula, 123 – 18º andar*
Tel.: (11)2858-8750

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

CAPA: Equipe Atheneu
DIAGRAMAÇÃO: Know-How Editorial

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

P394

Pediatria / coordenadores da série José Otávio Costa Auler Junior, Luis Yu ; editores do volume Sandra Josefina Ferraz Ellero Grisi ... [et al.] ; coeditora Filumena Maria da Silva Gomes. - 1. ed. - Rio de Janeiro : Atheneu, 2022.
1.132p. : il. ; 24 cm. (Manual do médico-residente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo)

Inclui bibliografia e índice
ISBN 978-65-5586-350-5

1. Pediatria. 2. Residentes (Medicina). I. Auler Junior, José Otávio Costa. II. Yu, Luis. III. Grisi, Sandra Josefina Ferraz Ellero. IV. Gomes, Filumena Maria da Silva. V. Série.

21-73440 CDD: 618.92
CDU: 616-053.2

Camila Donis Hartmann - Bibliotecária - CRB-7/6472

22/09/2021 23/09/2021

GRISI, S. J. F. E., SAMPAIO, M. M. S. C., CARVALHO, W. B., TANNURI, U., ODONE FILHO, V.
Série Manual do Médico-Residente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Volume Pediatria

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU – Rio de Janeiro, São Paulo, 2022.

Parte 1

Pediatria Geral

Coordenação

Sandra Josefina Ferraz Ellero Grisi

Capítulo 1

Consulta Ambulatorial da Criança

Ana Cecília Silveira Lins Sucupira

A consulta constitui um momento singular da prática médica que ocorre a partir de uma relação entre indivíduos e, portanto, é carregada de sentimentos, emoções, sofrimentos e desejos.

As consultas, de modo geral, têm como eixo comum um problema e a busca de meios para resolvê-lo, seja de maneira mais reducionista ou ampliada, e com a incorporação de maior ou menor tecnologia. A consulta ambulatorial pode ser realizada pela demanda de um sofrimento trazido pela criança ou para orientações que visem à promoção da sua saúde.

O fato de lidar com um ser em crescimento confere características peculiares à prática pediátrica. Há uma preocupação em ampliar a compreensão da criança para além do biológico, procurando entender suas relações com os fatores psicológicos, ambientais e sociais envolvidos.

Características da consulta pediátrica

A consulta pediátrica tem base nas características de cada criança e de suas relações familiares e sociais:

1. As peculiaridades da criança, principalmente do lactente, são expressas na dificuldade em localizar os processos mórbidos, sendo necessária a avaliação do indivíduo na sua totalidade.
2. A preocupação com o cuidado de crianças caracteriza um atendimento de puericultura dirigido às informações e orientações sobre alimentação, vacinação, desenvolvimento, crescimento e cuidados gerais.
3. As consultas têm dois eixos, o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento e o atendimento de uma queixa específica de doença. São chamadas consultas de rotina aquelas agendadas segundo um cronograma de retornos; e consultas eventuais as que ocorrem em função de um problema de saúde. Na criança que adoece, as orientações alimentares visam principalmente à anorexia presente, à vigilância das repercussões da doença no seu crescimento e desenvolvimento e

às orientações à família para lidar com os aspectos emocionais que acompanham as doenças.

4. A relação médico-paciente na Pediatria é uma relação a três: médico, criança e mãe (ou cuidadora ou pai), sendo que esta última deve ser vista a partir de sua especificidade própria nessa relação. O aspecto vulnerável da criança, principalmente o significado que o filho doente assume para os pais, gera ansiedade e expectativas, e ainda devem ser consideradas as diferenças culturais e linguísticas que podem determinar formas próprias de percepção de uma dada situação, tanto pelos pais como pelo médico.

Roteiro da consulta pediátrica

As bases da consulta visam a:

- Acompanhar o processo de crescimento e desenvolvimento da criança.
- Identificar situações de risco e hábitos de vida que tornam a criança vulnerável.
- Evidenciar processos mórbidos.
- Estabelecer condutas e um plano geral de seguimento da criança.

No modelo sugerido por Calgary-Cambridge, a consulta compreende três funções, contidas nos seis momentos da consulta: construir um relacionamento, coletar informações e gerar um plano de tratamento mutuamente acordado (Quadro 1.1).

Quadro 1.1. Roteiro da consulta pediátrica.

1.	O acolhimento da criança e dos pais
2.	Os pais ou a própria criança fornecem informações: a anamnese
3.	A identificação de sinais pelo médico: o exame físico
4.	A formulação do diagnóstico
5.	A elaboração do plano terapêutico
6.	A finalização da consulta

Fonte: Desenvolvido pela autoria do capítulo.

Acolhimento da criança e dos pais

O modo como o médico acolhe a criança e os pais marca a relação durante a consulta e é o primeiro passo para personalizar o atendimento. É importante que o médico receba o paciente de pé, como se acolhe qualquer visita, dizendo seu nome e sua intenção de cuidar dele, e deve perguntar o nome da criança e dos pais.

O ambiente onde se realiza a consulta deve favorecer o acolhimento. Oferecer uma cadeira, não só para o pai ou para a mãe como para a criança, quando for o caso, é um gesto importante para o conforto da família durante a consulta.

A dimensão afetiva da consulta tem sua expressão no acolhimento. O ato de acolher implica uma relação de respeito e solidariedade com os pais e a criança, entendendo seus medos diante do sofrimento do filho, suas expectativas e suas desconfianças.

As palavras iniciais, a postura do médico, suas atitudes, o tom de voz, as expressões faciais, que constituem as formas de comunicação verbal e não verbal, são decisivas. No primeiro momento deve-se buscar saber o motivo da procura por atendimento, sendo importante ouvir atentamente o paciente, sem interrompê-lo, para que exponha suas demandas. Será

preciso negociar o plano da consulta, levando em consideração as agendas do paciente e do médico, ou seja, construir uma programação do que será priorizado naquele momento.

Anamnese: os pais ou a própria criança fornecem informações

O roteiro para a anamnese é um instrumento para organizar e direcionar as perguntas, abertas ou fechadas, que devem ser feitas ao paciente. A percepção do processo saúde/doença como socialmente determinado direcionará essa investigação, voltando o olhar, também, para as condições de vida do sujeito que contribuíram para aquela doença/sofrimento. É importante que o roteiro não iniba a iniciativa e a curiosidade do médico, que deve flexibilizá-lo e personalizá-lo a partir das respostas e perguntas formuladas pelo paciente.

História da doença atual (HDA) ou história da moléstia atual (HMA)

A família traz uma queixa que deve ser transformada em uma história. É fundamental que a criança participe desse momento e, dependendo da idade, as perguntas deverão ser formuladas diretamente a ela – que deve, ainda, identificar se sabe por que veio ao médico. É importante esclarecer para a criança o que se pretende com aquela entrevista, explicando-lhe todos os momentos da consulta.

O processo para construir essa história deve seguir a lógica de uma investigação, levantando suspeitas ou dúvidas que desencadeiam mais perguntas e afastam outras. É preciso esclarecer a cronologia dos fatos ligados à queixa, os fatores associados, as providências tomadas quanto ao tratamento, os resultados iniciais desses tratamentos e as repercussões de todo esse processo na vida da criança e da família. A habilidade de comunicação do médico pode garantir uma lógica nas perguntas que ajude a família a relatar todos os fatos que aconteceram, da maneira mais objetiva possível.

Perguntas abertas facilitam a narrativa do paciente, enquanto perguntas fechadas nos momentos adequados ajudam a esclarecer dúvidas que vão surgindo. Uma atitude receptiva, de escuta atenta, propicia a participação ativa do paciente e permite ao médico agregar novos dados para a compreensão do seu problema. Um recurso importante é, de vez em quando, resumir o que foi dito até então para verificar, junto com a família, se as informações foram corretamente entendidas pelo médico. Um outro recurso é parafrasear a história obtida enquanto se anotam os dados, evitando silêncios cansativos para a família e a criança.

É fundamental identificar quais as hipóteses diagnósticas que a família já formulou e que a motivaram a procurar ajuda, para que o médico possa desfazer medos incompatíveis e conseguir tranquilizar a criança e a família. A sistematização canadense da medicina centrada na pessoa tem a regra mnemônica chamada FIFE – *feelings, ideas, fears and expectations* (sentimentos, ideias, medos e expectativas) – que ajuda a entender o significado do que o paciente dá para os dados que traz. A anamnese compreende o esclarecimento da *disease* (doença e sofrimento) e da *illness* (sentimentos, ideias, medos e expectativas). A compreensão que o paciente tem da doença indica ao médico que tipo de explicações deverão ser dadas e o modo como devem ser repassadas. Importante ressaltar que compreender a experiência da doença do paciente complementa, mas não substitui, a compreensão de sua doença.

Interrogatório sobre os diversos aparelhos

O médico busca identificar outros problemas não referidos na HDA. Alguns deles podem estar diretamente relacionados à queixa principal e precisam ser detalhados. É importante esclarecer como estão as funções fisiológicas, perguntando sobre as evacuações, a diurese e o sono.

Conhecendo a criança: antecedentes pessoais de saúde

- **Pré-natal:** os antecedentes maternos e os dados sobre a gravidez são as primeiras informações sobre a criança. Indagar se a gravidez foi planejada e como foi aceita fornece informações a respeito das condições emocionais da mãe durante a gestação.
- **Parto:** conhecer as condições do parto. É importante saber a indicação da cesariana, quando for o caso, e quais os sentimentos da mãe com relação ao parto.
- **Período neonatal:** as informações sobre as condições de nascimento devem estar anotadas na Caderneta de Saúde da Criança. O Apgar no 1º e no 5º minuto e o registro do peso, do comprimento e do perímetro cefálico ao nascer são fundamentais para o acompanhamento do processo de crescimento nos primeiros anos de vida. Relatos sobre se o choro foi imediato ou se houve necessidade de manobras de reanimação indicam as condições de oxigenação do recém-nascido. O número de dias que a criança ficou na unidade neonatal, particularmente em Unidades de Tratamento Intensivo, é um dado que informa se houve complicações no período. Outras informações importantes referem-se à presença de icterícia e ao tipo de tratamento recebido, assim como a permanência em incubadoras, o tratamento com antibióticos e os exames realizados, como os testes que constituem a Triagem Neonatal.
- **Doenças, acidentes e internações hospitalares anteriores:** quando a queixa é de uma doença crônica ou recorrente, as informações sobre internações e tratamentos realizados já aparecem na história da moléstia atual. A ocorrência frequente de agravos, principalmente de acidentes, pode levar à suspeita de maus-tratos.

Situação nutricional: alimentação pregressa e atual

A avaliação nutricional é feita com a história alimentar pregressa, a identificação do padrão alimentar atual e com os dados do exame físico. Na história alimentar, perguntar como foi a amamentação, as dificuldades enfrentadas, a idade de início e fim e os motivos do desmame. A época de início de cada tipo de alimento é uma informação nem sempre muito precisa, entretanto, diante de uma queixa de anemia, é importante saber a idade de introdução da refeição de sal, para se avaliar a oferta alimentar de ferro. As reações à introdução dos alimentos informam sobre intolerâncias e possíveis reações alérgicas.

A descrição do padrão alimentar atual, na maioria das vezes, corresponde a um dia alimentar idealizado, com base no que seria uma alimentação adequada, o que, em geral, não corresponde à realidade da maioria da população. Um outro fato muito frequente no relato do dia alimentar é a não referência ao consumo de guloseimas, salgadinhos, refrigerantes, balas e biscoitos. É fundamental conhecer como acontecem as refeições da criança: o número e horário, o ambiente (p. ex., televisão ligada durante as refeições), o local onde são realizadas, a apresentação dos alimentos, preferências e recusas alimentares e o modo como a família lida com a recusa alimentar da criança. Finalmente, entender a questão alimentar no contexto da família, o papel das refeições na dinâmica familiar, os hábitos alimentares, os rituais, o valor da alimentação, o poder de compra e a disponibilidade de alimentos na comunidade. As inadequações alimentares decorrentes da falta de uma rotina, com ingestão de alimentos fora do horário ou pelo excesso de guloseimas, demonstram a ausência de uma disciplina alimentar que pode estar expressando a falta de limites presente em outras áreas do comportamento da criança. Esses dados ajudam a compreender e lidar com duas queixas muito frequentes em Pediatria: a obesidade e *meu filho não come nada!* As condições de habitação e de saneamento básico são decisivas para o conhecimento das possibilidades de armazenamento dos gêneros alimentares e da higiene alimentar.

Quando o conhecimento do conteúdo da alimentação é fundamental para o diagnóstico e definição da terapêutica, está indicado solicitar o preenchimento, por um dos responsáveis pela criança, do recordatório ou registro alimentar de 24 horas, no qual são anotados

todos os tipos de alimentos ingeridos pela criança, especificando-se a hora, a qualidade, a quantidade e a aceitação.

Todas essas formas de coletar a história alimentar constituem tentativas de se aproximar do real. Deve-se entender os mecanismos de defesa que podem fazer o paciente *falsear* as informações. Estas pessoas precisam de apoio e necessitam ser entendidas nas suas dificuldades para seguir uma dieta.

Imunização

É obrigatório sempre verificar na Caderneta de Saúde da Criança o registro das vacinas, conhecer as suas reações às vacinas e esclarecer os motivos nos casos de um esquema incompleto.

Desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM)

O pediatra pergunta aos pais o que a criança já sabe fazer e observa o que ela faz no consultório. Quando a família não sabe especificar o desenvolvimento anterior, pode-se perguntar "se foi tudo no tempo certo". Para os menores de 2 anos, uma maneira interessante de conhecer o desenvolvimento da criança é perguntar "que gracinhas ela já faz". As "gracinhas" expressam o que ela aprendeu com os adultos ou outras crianças. Quando se detectam pequenos atrasos, é preciso diferenciar se são devidos às condições vividas pela criança ou se decorrem de doenças. Vale lembrar que as circunstâncias culturais, os hábitos e os costumes próprios a uma dada comunidade determinam as habilidades que serão aprendidas por ela no seu processo de desenvolvimento.

Rotina de vida

É necessário conhecer como a criança passa o seu dia, a interação com os adultos e com outras crianças e que tipo de vivências lhe são oferecidas. Perguntar diretamente à criança o que faz durante o dia, desde que acorda, que atividades realiza, como vai para a escola, que brincadeiras prefere, quais programas de televisão assiste, são informações sobre o seu desenvolvimento. O tipo de atividades realizadas pela criança nos permite avaliar a coordenação motora fina e ampla, o equilíbrio estático e dinâmico, entre outros. O relato de atividades e a descrição de programas assistidos informa sobre a memória visual, temporal, grau de compreensão e outros. Assim, de maneira indireta, é possível avaliar o desenvolvimento da criança.

Informações sobre a escolarização, o histórico escolar e as relações da criança na escola complementam a avaliação do desenvolvimento.

O conjunto de dados obtidos até aqui permite ir construindo a imagem da criança, mas ainda não é possível individualizá-la, uma vez que faltam informações para contextualizá-la na família e no seu ambiente sociocultural.

Conhecendo a família: composição familiar

A inserção da criança em uma dada família é outro passo na definição de possibilidades diagnósticas e terapêuticas. Para isso é importante construir o familiograma, que deve ser atualizado periodicamente com seus componentes, idades, relações de parentesco e estado de saúde, o que ajuda a entender o meio familiar em que vive a criança. Núcleos familiares com evidente comprometimento da dinâmica de suas relações podem sugerir componentes emocionais na gênese da doença ou na agudização das enfermidades crônicas.

O levantamento das condições de saúde da família ajuda a compreender como lidam com o processo saúde/doença. A relação dos adultos com a criança durante a consulta pode dar uma ideia sobre o modo como a doença repercute no conjunto da família.

Antecedentes familiares

Os antecedentes familiares de saúde permitem associar a queixa apresentada pela criança com doenças hereditárias da família.

Conhecendo as condições sociais e o ambiente de moradia

A situação social é um dado importante no direcionamento do diagnóstico e do tratamento, além de informar sobre o tipo de serviços de saúde que a família tem acesso. A renda familiar é um dado difícil de obter, sendo avaliada indiretamente pelas informações sobre a ocupação e o grau de escolarização dos pais. É importante ressaltar que a escolarização expressa também o grau de acesso às informações sobre saúde. O local de moradia nas cidades onde há estratificação sociocultural geograficamente definida ajuda a formar uma ideia sobre as condições de vida da família. As condições de habitação e a presença de fatores alergênicos – fumantes, animais, excesso de pó – são fundamentais para identificar fatores de risco para manifestações alérgicas e para orientações de higiene ambiental. A investigação sobre as condições ambientais de risco para acidentes deve fazer parte do atendimento de puericultura.

Essas informações direcionam o exame físico, a decisão sobre o tipo de investigação laboratorial a ser feita, as hipóteses diagnósticas e os planos terapêuticos para aquela criança.

Exame físico: a identificação de sinais pelo médico

O exame físico é o momento no qual se dá a relação mais direta entre o paciente e o pediatra. Do ponto de vista semiológico, ele possibilita obter os sinais e manifestações objetivas da doença e o estado de saúde da criança. É um momento de muita tensão para a criança. O medo dos procedimentos que serão realizados, muitas vezes desconhecidos para ela, pode provocar diferentes reações, desde expressões de medo e choro até comportamentos de recusa explícita. É importante que o médico explique o que irá realizar para tranquilizá-la. Em todas as consultas é preciso pesar, medir a altura e, nas menores de 3 anos, medir o perímetro cefálico, registrando-se esses dados para que se possa fazer a avaliação sequencial do crescimento. A aferição da pressão arterial pode ser feita de rotina a partir dos 3 anos e sempre que necessário. Recomenda-se que os procedimentos mais desagradáveis, como a oroscopia e a otoscopia, sejam deixados para o final do exame físico. É preciso seguir uma sistemática que organize os procedimentos, para que não seja esquecido nenhum componente. O exame é feito por segmentos, no sentido craniocaudal ou vice-versa.

O exame físico começa no instante em que a criança entra no consultório, quando se pode observar desde o seu estado geral até as características da marcha. A simples observação enquanto o pediatra conversa com a mãe fornece informações valiosas sobre o estado geral, o desenvolvimento, a postura e as relações entre a criança e o adulto.

Formulação do diagnóstico

O diagnóstico vai sendo elaborado ao longo de toda a consulta. As hipóteses iniciais são confirmadas ou afastadas. É possível, também, terminar a consulta sem que um diagnóstico final possa ser firmado. Pode ser requerida a participação de profissionais de outras áreas médicas e não médicas para agregar mais informações que completem a avaliação clínica. As evidências resultantes desta avaliação orientam os exames subsidiários necessários e fornecem os elementos para a definição do plano terapêutico.

A solicitação de um exame subsidiário deve ser precedida de uma hipótese sobre o que se deseja esclarecer com ele, ou seja, confirmar ou refutar um prognóstico levantado pela clínica.

O encaminhamento para o especialista deve ocorrer a partir do momento em que há uma hipótese de tratar-se de uma enfermidade mais rara – portanto, que não é do domínio do generalista – ou que demande exames laboratoriais mais específicos, que requeiram práticas igualmente específicas para o seu manejo.

O diagnóstico é acompanhado do prognóstico, ou seja, o que é possível pensar em termos de evolução dos problemas. Uma vez formuladas as hipóteses diagnósticas, um grande desafio para o médico é o modo como essa informação será transmitida para a família, por isso, é importante verificar qual a compreensão sobre esse problema e que expectativas surgiram após o anúncio do diagnóstico. A comunicação nesse aspecto é fundamental, incluindo tanto as habilidades de comunicação quanto os sentimentos que são colocados na relação: os sentimentos por parte do médico que vão definir atitudes de continência, de indiferença ou de pouca importância com relação às repercussões do diagnóstico para a criança e para a família; e os sentimentos por parte da família que podem tornar a comunicação mais difícil. Muitas vezes, o conhecimento do diagnóstico, principalmente quando se trata de doença grave ou de prognóstico fechado, pode causar reações inesperadas, como de revolta, negação, contestação e até agressividade com o médico. O profissional precisa estar preparado para reagir adequadamente a essas manifestações e jamais entendê-las no plano pessoal, como uma reação a sua pessoa.

O médico deve empregar termos que possam ser compreendidos devidamente e certificar-se de que os pais realmente estão entendendo as implicações e as consequências do problema de saúde. Saber se a família já tinha informações sobre aquela doença e acerca do seu tratamento e evolução fornece elementos para conduzir o processo de discussão do plano terapêutico. É preciso identificar as explicações que os pais fazem sobre a doença/sofrimento da criança para que lhes seja possível assimilar as informações dadas pelo médico.

No registro dos diagnósticos na consulta ambulatorial, uma experiência interessante é o método de anotação por problemas. Um exemplo é a queixa de febre, que pode ser anotada como "febre a esclarecer". Uma queixa de sibilância pode ser anotada como "crise de sibilância a esclarecer", até o momento em que os exames e a evolução clínica permitam afirmar um diagnóstico mais preciso, como asma. A sistemática de anotar os diagnósticos com números facilita acompanhar o que sucedeu com ele nas consultas seguintes. Os números são fixos ao problema inicialmente referido. Assim, o diagnóstico de pneumonia terá o mesmo número em todas as consultas, até que, uma vez resolvido, ele desaparece e aquele número não será utilizado para outro diagnóstico. No Ambulatório de Pediatria do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), as crianças recebem sempre os cinco diagnósticos básicos: 1. Crescimento; 2. Nutrição; 3. Alimentação; 4. Desenvolvimento; e 5. Imunização. O diagnóstico de número 6 convencionou-se que seria o principal. O conceito de principal não guarda relação com a gravidade, mas refere-se à preocupação maior do paciente, portanto, é o diagnóstico do problema que motivou a ida à consulta. Isso ajuda a lembrar qual a maior expectativa trazida pelo paciente, que deve ser atendida de alguma forma.

Elaboração do plano terapêutico

A definição de um plano terapêutico efetiva-se à medida que os diagnósticos vão se firmando. O plano terapêutico deve englobar todas as condutas, como medicamentos e exames necessários, vacinas, orientações dietéticas e aquelas referentes à adoção de hábitos de vida mais saudáveis. Quando existem vários problemas a serem tratados é preciso estabelecer uma hierarquia para a sua abordagem, definindo-se prioridades. Quanto maior for a participação da família na tomada de decisões, maior será a aderência ao plano terapêutico.

A decisão sobre o tratamento deve ser amplamente negociada com o paciente, escolhendo qual a melhor opção, que se adeque às rotinas e às suas condições de vida. É importante considerar os desejos, os medos, assim como as dificuldades objetivas do paciente com relação às propostas terapêuticas.

A autoridade do médico, fundamentada no saber, é um recurso que pode ser benéfico para adquirir a confiança da família. Na medida em que ela se apropria dos fundamentos das condutas tomadas, torna-se mais fácil administrar as questões relativas ao tratamento.

A maneira como o médico transmite as informações deve ter como um dos principais objetivos mobilizar expectativas de reação da família no sentido de enfrentar da melhor maneira possível as manifestações clínicas que venham a aparecer. A atuação do médico, ou melhor, a relação que é estabelecida com a família, adquire um efeito terapêutico (Balint, 1988).

Não se pode esquecer de que, na situação de atendimento ambulatorial, quem conduz o tratamento é a família. O médico precisa saber das possibilidades da família em aceitar suas propostas terapêuticas, o que coloca limites para suas decisões. Conseguir que a família, e às vezes a criança, possam compreender todos os aspectos envolvidos com a doença/sofrimento e as possibilidades de tratamento disponíveis e adequadas deve ser um dos principais objetivos da consulta. Esse compartilhamento no processo de tratamento envolvendo médico e paciente pode ser obtido mediante um processo educativo de transformação do paciente em sujeito do seu processo de saúde/doença.

Ainda nas orientações terapêuticas, é necessário instruir a família sobre como proceder nas intercorrências que aconteçam antes do retorno agendado. Um aspecto fundamental em todas as consultas é o enfoque educativo quanto à maneira como os indivíduos podem atuar no sentido de alcançar uma qualidade de vida melhor, do ponto de vista da saúde. Orientações de promoção da saúde e medidas específicas de prevenção de agravos, que constituem a puericultura, devem fazer parte de todas as consultas.

Finalizando a consulta

É fundamental que o médico, ao final da consulta, tenha conseguido identificar e atender às expectativas trazidas pelo paciente. Para que ele possa completar sua agenda de demandas é necessário perguntar se o paciente ou a família deseja colocar mais alguma coisa, fazer mais alguma pergunta ou ainda se está tudo bem compreendido. Ao final, deve ser reforçada com o paciente a importância do retorno, quando for o caso.

Fatores que intervêm na consulta

Tempo da consulta

A maioria dos serviços públicos trabalha com o agendamento de 16 consultas em um período de quatro horas, ou seja, de 15 minutos para cada consulta.

Com uma clientela fixa, em que o médico já conhece seus pacientes, é possível organizar o tempo para distribui-lo considerando a necessidade de tempo que cada indivíduo necessita, portanto, este fator não pode ser visto como limitante da qualidade da consulta.

Diante de crianças com problemas que demandam uma investigação clínica mais prolongada, o médico pode completar a anamnese em duas ou três consultas para ter uma ideia mais completa do problema. A estratégia de ouvir a família em várias ocasiões permite um conhecimento melhor da criança e das relações familiares e, consequentemente, oferece mais elementos para que o médico faça suas hipóteses diagnósticas e elabore planos de conduta.

Diálogo na consulta – As habilidades de comunicação

A capacidade de ouvir e manter o diálogo, garantindo a objetividade necessária para a obtenção dos dados relevantes da história do paciente, é essencial na clínica. A facilidade para esse diálogo pode ser aprendida, sendo que aqueles profissionais que se comunicam bem são mais atentos ao que o outro fala, como se movimenta e como se expressa por meio verbal ou não verbal, o que reforça a necessidade de interagir com todas as formas de expressão do paciente.

O diálogo entre o médico e a família e a criança vai depender, portanto, de como o profissional desenvolveu sua capacidade de comunicação e do modo como ele reconhece no outro tanto direitos como condições de participar desse *colóquio singular,* como o define Boltanski. Os valores culturais e as diferenças no equipamento linguístico, quando a relação ocorre entre o médico e pacientes de níveis socioculturais diferentes, não impedem que o diálogo se estabeleça e é preciso que o médico tenha consciência dessas diferenças, para que possa estabelecer uma conversação efetiva com a família e a criança.

O diálogo é o principal instrumento da anamnese. Muitas vezes ele é reduzido a um questionário sobre os diferentes aparelhos e sistemas, abstraindo-se o sujeito, que é visto apenas como o portador de uma doença. A necessidade de garantir a objetividade no diálogo não impede que se desenvolva uma escuta atenta e que se estabeleça a conversa entre o médico e o paciente.

Escuta do paciente

Uma escuta atenta propicia a participação ativa do paciente, que permite ao médico agregar novas informações à anamnese. A escuta do paciente é um dos aspectos mais comprometidos em grande parte das consultas.

Marvel, Epstein, Flowers e Beckman, em um estudo sobre o modo como os médicos identificam a "agenda" de queixas do paciente, observaram que o tempo médio disponível para o paciente inicialmente expressar-se antes de o médico fazer o primeiro redirecionamento da anamnese foi de 23,1 segundos. De acordo com esses autores, essa interrupção ocorre, na maioria das vezes (76%), após a primeira queixa.

Os autores comentam ainda a baixa frequência (28%) com que os médicos solicitam ao paciente que complete suas queixas e, uma vez que a discussão havia sido focalizada em um problema específico, o retorno para a exposição de outras queixas foi muito baixo (8%). A barreira mais frequentemente observada para que o paciente possa completar sua "agenda" é a utilização, pelo médico, de questões fechadas no interrogatório (28,4%) e a não solicitação para que o paciente volte a expor novas queixas (24,6%), sendo que o médico dirige a entrevista de modo que o paciente responda e pergunte apenas o que lhe interessa para fechar o diagnóstico, que já formulou imediatamente após ouvir a queixa, independentemente da história do problema. As diferenças de classe social vão se refletir nas orientações de puericultura. Ao assumir a ignorância da clientela como barreira ao entendimento, as orientações são dadas como ordens, não acompanhadas das razões e dos conhecimentos que as fundamentam e lhes dão sentido, sendo esta uma razão apontada por vários autores para explicar a ineficácia da puericultura.

As informações passadas sobre a doença têm dois níveis de efeitos:

1. Transmitem ao cliente a segurança que o próprio médico tem diante da doença, o que lhe assegura uma imagem de competência, a qual é necessária para que se confie no médico.
2. Proporcionam a aquisição, por parte do cliente, desta confiança como parte do processo terapêutico. A compreensão da doença propicia às mães os meios para o seu enfrentamento. Ao não ter acesso a uma explicação sobre o diagnóstico, as mães estabelecem relações causais que lhes permitem encontrar uma explicação própria, o que muitas vezes gera condutas conflitantes com as determinações médicas.

A identificação destes aspectos, assim como dos pressupostos que embasam estes comportamentos dos profissionais de saúde e do paciente, não deve causar imobilismo ou servir de justificativa para a maneira como o médico tem se relacionado com a clientela. A identificação das variáveis que atuam nesta relação deve ajudar o profissional a entender as dificuldades de compreensão e as resistências, por parte do paciente, às orientações e propostas terapêuticas.

Referências consultadas

1. Balint M. O médico, seu paciente, e a doença. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988.
2. Choudhary A, Gupta V. Teaching communications skills to medical students: introducing the fine art of medical practice. Int J Appl Basic Med Res. 2015;5(Suppl 1):S41-S44.
3. Faustinella F, Jacobs RJ. The decline of clinical skills: a challenge for medical schools. Int J Med Educ. 2018;9:195-7.
4. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda. Have we improved? JAMA. 1999;281(3):283-7.
5. Sucupira ACSL. Relações médico-paciente nas instituições de saúde brasileiras. [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1982.