

## **Agradecimentos**

Agradeço à Professora Doutora Inês Azevedo, pela disponibilidade e importante orientação prestada durante toda a elaboração do relatório.

Agradeço à D. Aurora Martins Ramos, pelo fornecimento de material bibliográfico sobre os planos de estudos da Pediatria e informações internas do serviço.

## Resumo

O estágio de Pediatria decorreu entre 17 de Fevereiro e 19 de Março de 2010, durante quatro semanas no Serviço de Pediatria do Hospital de São João e uma semana no Centro de Saúde Aníbal Cunha.

Os objectivos do estágio incluíam a aquisição e consolidação de conhecimentos do foro teórico e prático no âmbito da Pediatria, com o intuito de nos preparar para o acompanhamento quer de crianças saudáveis quer com patologia. Este relatório pretende proceder a uma análise crítica da forma como os referidos objectivos foram atingidos e ainda contextualizar e interpretar o modo como o próprio plano de estudos da cadeira de Pediatria do 6º ano de curso de Mestrado Integrado em Medicina se adapta à realidade nacional, tendo presente a importância actual dos clínicos gerais como prestadores de cuidados primários na área da Pediatria.

Considero que o estágio cumpriu, de um modo geral, os objectivos propostos, enquadrando-se adequadamente na conjuntura dos cuidados pediátricos do país e facultando uma experiência essencial à formação de qualquer médico. Ressalvo alguns aspectos: pude constatar a relevância do estágio num centro de saúde, por permitir o contacto com um tipo de cuidados e de população diferente, pelo que me parece um componente no qual se deveria apostar e valorizar mais; no hospital, lamentei a falta de mais acompanhamento e orientação que permitissem fazer a ligação da prática clínica com os conceitos teóricos.

## **Abstract**

The internship in Paediatrics took place from February 17 to March 19, 2010, at the Paediatric Department of “Hospital de S. João” for four weeks and at the “Aníbal Cunha Medical Centre” for one week.

The objectives of the internship included the acquisition and consolidation of theoretical and practical knowledge in Paediatrics. This report aims to undertake a critical analysis with regard to how those objectives were achieved, but also contextualize and interpret how the study plan of Paediatrics for the 6<sup>th</sup> year of Medicine integrated master’s degree adapts to the national reality, mindful of the current importance of general practitioners as primary care providers in the area of Paediatrics.

I believe that the internship has, in general, accomplished the proposed objectives and fits properly in the context of paediatric care in the country, providing an important training experience. I would like to emphasize some aspects: the relevance of training in a medical centre, which allows the contact with a different type of care and a different population, so it seems to me that we should invest more and enhance this component properly; in the hospital I regretted the lack of more monitoring and guidance, so that we could link clinical practice with theoretical concepts.

**Índice**

Agradecimentos.....	2
Resumo.....	3
Abstract .....	4
Lista de Abreviaturas e Siglas .....	6
Lista de Figuras e Tabelas .....	6
Introdução e Enquadramento.....	7
Contextualização dos planos de estudos na Pediatria e o seu papel na Medicina .....	7
Motivações e Oportunidade.....	8
Objectivos.....	9
Descrição das actividades.....	9
Reuniões de Serviço .....	11
Consulta externa.....	11
Internamento.....	12
Serviço de Urgência .....	13
Centro de Saúde .....	13
Conclusões .....	14
Bibliografia.....	16
Apêndices .....	18
A. A Pediatria no HSJ: Instalações, Funcionamento e Recursos Humanos .....	18
B. História Clínica.....	23
C. Tema apresentado: Alimentação no 1º ano de vida.....	32
Anexos.....	43
Anexo I.....	44
Anexo II.....	45

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

HSJ- Hospital de S. João

CS- Centro de Saúde

SI- Saúde Infantil

SU- Serviço de Urgência

CE- Consulta externa

FMUP- Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

EAD- Exames Auxiliares de Diagnóstico

RN- Recém-nascido

## **Lista de Figuras e Tabelas**

Tabela 1. Programa de actividades

Tabela 2. Doentes observados na CE

Tabela 3. Doentes observados no Internamento

Figura 1. Distribuição, por patologia, dos doentes internados no Serviço de Pediatria (Sector A e B), Tira laranja, em 2009

## **Introdução e Enquadramento**

### **Contextualização dos planos de estudos na Pediatria e o seu papel na Medicina**

No século XIX, começa pela primeira vez a olhar-se para a criança não apenas como um adulto em miniatura, mas como ser humano merecedor de particular atenção, reconhecendo-se diferenças fundamentais relativamente ao adulto no que respeita à sua psicologia, anatomia, fisiologia e imunologia. No entanto, é apenas no século XX que a Pediatria se afirma como especialidade individual e o seu ensino é implementado no nosso país no ano de 1911<sup>1</sup>.

Aquando do seu aparecimento, a Pediatria dedicava-se a crianças que se situavam em idades de limites imprecisos, algures entre o nascimento e a maturidade, esta última de definição difícil e vaga. Hoje, de uma forma geral, o atendimento pediátrico estende-se desde o nascimento até aos 18 anos de idade<sup>2</sup>.

Ao longo do último século, assiste-se, tal como noutros ramos da Medicina, à transição dos cuidados de saúde com intenção essencialmente diagnóstica e curativa para uma abordagem mais abrangente, que visa à prevenção da doença na criança normal. Assumem, assim, uma nova dimensão os conceitos de puericultura e medicina preventiva e social infantil.

A necessidade da Pediatria como especialidade autónoma é justificada não só pelas características peculiares que caracterizam a criança, mas também pela grande quantidade de indivíduos para a qual está vocacionada (em Portugal, a população com idades inferiores a 15 anos em 2008 era de 1 623 000, representando 15,3 % da população nacional<sup>3</sup>).

Contudo, em Portugal, os cuidados pediátricos são prestados, em grande parte, a nível de cuidados primários, não só pela Pediatria, mas também pela Medicina Geral e Familiar. Em 2008, as consultas de Pediatria/Saúde Infantil em centros de Saúde representavam 84,3 %, em comparação com 15,7% atendidos em consulta hospitalar<sup>4</sup>.

Este último aspecto remete-nos para a importância do ensino pré-graduado da Pediatria na formação de futuros clínicos gerais, dado que, actualmente, as consultas de saúde infantil e juvenil representam cerca de 10% das consultas totais nos centros de saúde do nosso país<sup>4</sup>. Se tivermos em conta que a formação do médico generalista exige apenas três meses de treino pediátrico<sup>5</sup>, torna-se ainda mais pertinente o investimento no aluno de Medicina no sentido de o preparar para o contacto com este grupo etário. É de salientar a importância de, neste contexto, conjugar o ensino da patologia clínica com o da medicina preventiva e social.

Neste sentido, importa adequar o ensino universitário e respectivos planos de estudos à realidade da população que pretende servir, tendo em conta as suas condições económicas,

culturais e sociais. Acrescentam-se, também, as próprias características dos cuidados médicos, nomeadamente a distribuição de médicos por região. Pretende-se, no fundo, a formação de médicos capazes de responder às necessidades e exigências do país<sup>6</sup>.

Analisando a distribuição de médicos por regiões em Portugal (no ano de 2008), verificam-se discrepâncias óbvias, com a região de Lisboa claramente beneficiada (527 médicos por 100 000 habitantes) comparativamente com as outras regiões (o Norte conta, para o mesmo número de habitantes, com 339 médicos e o Alentejo, no fim da lista, com apenas 198 médicos)<sup>3</sup>. A mesma relação mantém-se para a distribuição de médicos pediatras pelo país<sup>4,7,8,9,10</sup>. Já no que toca ao número de crianças até aos 14 anos, num total de 1 622 991, a maior proporção (36%) reside na zona Norte, em oposição a 27,7% na região de Lisboa (e proporções ainda menores para as outras regiões)<sup>11</sup>, pondo em evidência a assimetria existente na prestação de cuidados especializados, com menos pediatras para um maior número de crianças na região Norte.

A falta de especialistas poderá ser, em parte, colmatada pelo maior número de clínicos gerais existentes na zona Norte (1745 no Norte<sup>4</sup> em oposição a 1378 na região de Lisboa<sup>7</sup>), o que pode ajudar a explicar o facto de esta região apresentar bons índices de saúde infantil, nomeadamente com as mais baixas taxas de mortalidade infantil do país (2,6%, para uma média nacional de 3,3%<sup>11</sup>).

Em resumo, uma vez que as 332022 crianças (0-14 anos) residentes no Norte<sup>11</sup> são assistidas por 492 especialistas de Pediatria, numa região com 1745 clínicos gerais<sup>4</sup>, poderá afirmar-se que o principal apoio curativo e profiláctico será prestado pelos últimos, que há que preparar nesse sentido. É, novamente, de sublinhar o papel do ensino pré-graduado desta cátedra para fazer face a esta realidade.

## **Motivações e Oportunidade**

Partindo de um interesse pessoal de longa data pela Pediatria, foi apenas natural o desejo de aproveitar esta oportunidade para aprofundar os alicerces desta especialidade, primeiramente enquadrando-a a nível histórico e, depois, justificando-a na actualidade, confrontando os moldes em que é ensinada a Pediatria no curso de Mestrado Integrado em Medicina e a forma como estes se adequam à realidade dos cuidados de saúde em Portugal.

Assim, e à luz da minha interpretação, desejo, por um lado, sublinhar boas práticas, por outro, deixar sugestões com o intuito de contribuir para uma progressiva optimização desta cadeira, facultando o presente relatório como fonte de informação para docentes e alunos.

## Objectivos

O presente relatório visa descrever sumariamente as actividades realizadas durante o estágio clínico de Pediatria, contextualizando o respectivo plano de estudos no curso de Mestrado Integrado em Medicina e na realidade nacional e integrando a relação dos conhecimentos de ordem prática e teórica adquiridos, bem como as condições em que decorreu o estágio. Pretende-se, também, proceder a uma análise crítica e construtiva do mesmo, examinando a extensão e forma como foram cumpridos os objectivos propostos.

São objectivos da Prática Clínica Pediátrica:

- Ser capaz de seguir crianças saudáveis em consulta de saúde infantil, prescrevendo cuidados de puericultura e medicina preventiva;
- Saber observar crianças, dos diferentes grupos etários, e adolescentes, e saber reconhecer sinais de doença;
- Saber comunicar, não só com os doentes e respectivos familiares, adequando a linguagem aos diferentes contextos sociais e étnicos, mas também com todos os profissionais de saúde;
- Saber decidir, com critério, sobre o recurso a exames auxiliares de diagnóstico;
- Saber formular e discutir hipóteses de diagnóstico;
- Saber realizar algumas técnicas correntes de diagnóstico e tratamento;
- Ser capaz de algumas decisões terapêuticas;
- Saber adiantar algumas perspectivas sobre o prognóstico;
- Ter sempre presente, nas diferentes atitudes, referências de comportamento ético.

A leitura deste relatório deverá ser complementada com os respectivos anexos e apêndices.

## Descrição das actividades

O estágio clínico decorreu ao longo de cinco semanas, no período compreendido entre os dias 17 de Fevereiro e 19 de Março de 2010, com um horário de 34 horas semanais. No início do bloco, foi atribuído um tutor a cada grupo de três ou quatro alunos, tendo, no meu caso, ficado sob a orientação da Professora Doutora Inês Azevedo, que nos distribuiu durante quatro semanas pelas enfermarias, serviço de urgência e consulta externa do HSJ. Cumpri,

além do referido, uma das semanas de estágio no Centro de Saúde Aníbal Cunha, sob a tutela da Dra. Fátima Pinto.

No início do bloco, cuja apresentação esteve a cargo do Professor Doutor Manuel Fontoura, foi entregue um caderno de estágio (ver anexo II) com os direitos e deveres dos alunos, objetivos a cumprir e espaço para anotar as suas actividades diárias, incluindo o resumo de dois casos clínicos observados. Foi abordado o método de avaliação do estágio, feita de forma contínua, complementada com a entrega de uma história clínica, a apresentação de um seminário e o caderno de estágio.

Tabela 1. Programa de actividades

Dia	DS	Internamento	Serviço de Urgência	Consulta Externa	Temas
17-Fev	Qua	RS; CC			
18-Fev	Qui	RS; CC			
19-Fev	Sex	RS; CC			
20-Fev	Sáb				
21-Fev	Dom				
22-Fev	Seg	Centro de Saúde			
23-Fev	Ter				
24-Fev	Qua				
25-Fev	Qui				
26-Fev	Sex				
27-Fev	Sáb				
28-Fev	Dom				
01-Mar	Seg	RS; CC			Dificuldades de Aprendizagem
02-Mar	Ter	RS		Gastroenterologia	Diarreia Aguda e Desidratação; Diarreias Crónicas
03-Mar	Qua	RS; CC			Atraso do Desenvolvimento Psicomotor
04-Mar	Qui	RS; CC			
05-Mar	Sex	RS; CC			Anemias/Doenças hematológicas
06-Mar	Sáb				
07-Mar	Dom		Equipa C'		
08-Mar	Seg	RS; CC			Infecções Respiratórias altas
09-Mar	Ter	RS		Desenvolvimento	Patologia Cardíaca no Lactente
10-Mar	Qua	RS; CC			Variantes normais na Aquisição da marcha
11-Mar	Qui	RS; CC			Convulsões Febris
12-Mar	Sex	RS; CC			Febre sem foco no lactente; Infecções do trato urinário
13-Mar	Sáb				
14-Mar	Dom				
15-Mar	Seg	RS		Pneumologia	Obesidade Infantil; Pneumonias
16-Mar	Ter	Rs; CC			Atraso de crescimento
17-Mar	Qua	RS	Equipa C'		Alterações da puberdade; Queixas frequentes; Alimentação no 1º ano de vida
18-Mar	Qui	RS; CC			Consulta de Saúde Infantil; Interpretação de exames complementares
19-Mar	Sex	RS		Nefrologia	Bronquiolites

Legenda: RS- reunião de Serviço; CC- caso clínico

## Reuniões de Serviço

As reuniões de Serviço, às 8.30h, funcionavam em regime facultativo para os alunos e consistiam em:

- 2<sup>a</sup>-feira: apresentação de temas de revisão pelos internos complementares
- 3<sup>a</sup>-feira: apresentação e discussão dos casos clínicos do internamento
- 4<sup>a</sup>-feira: apresentação de temas pediátricos, casos clínicos ou clube de leitura
- 5<sup>a</sup>-feira: reuniões temáticas de actualização e aperfeiçoamento em Pediatria
- 6<sup>a</sup>-feira: apresentação e discussão dos casos clínicos do internamento

## Consulta externa

Tive a oportunidade de assistir a consultas de diferentes sub-especialidades da Pediatria, nomeadamente: Gastrenterologia, Desenvolvimento, Pneumologia e Nefrologia.

Tabela 2. Doentes observados na CE

Data observação	Sub-especialidade	Motivo da consulta	Sexo	Idade (Anos)
02-Mar	Gastrenterologia	Doença de Crohn	F	6
		Doença de Crohn e artrite psoriática	F	13
		Colite ulcerosa	M	15
		Vómitos de repetição	F	4
		Diarreias de repetição em estudo	M	3
09-Mar	Desenvolvimento	Atraso ligeiro do desenvolvimento	M	1
		Disartria	M	5
		DHDA	M	8
15-Mar	Pneumologia	Suspeita de asma; realização de espirometria	F	9
		Asma	M	7
		Infecções respiratórias recorrentes em doente com epilepsia, atrasos de desenvolvimento e encefalopatia	F	16
		Sibilância recorrente	M	3
		Pneumonite crónica da infância	F	10
19-Mar	Nefrologia	Refluxo vesico-ureteral grau III; ITU's de repetição	M	2
		Dilatação pielocalicial; ITU's de repetição	M	2
		Rim único (pós-nefrectomia) com hidronefrose	F	4
		Dilatação pielocalicial bilateral	F	10

Legenda: M- masculino; F- feminino; DHDA- Distúrbio de Hiperactividade e Défice de Atenção; ITU- infecção do tracto urinário

## Internamento

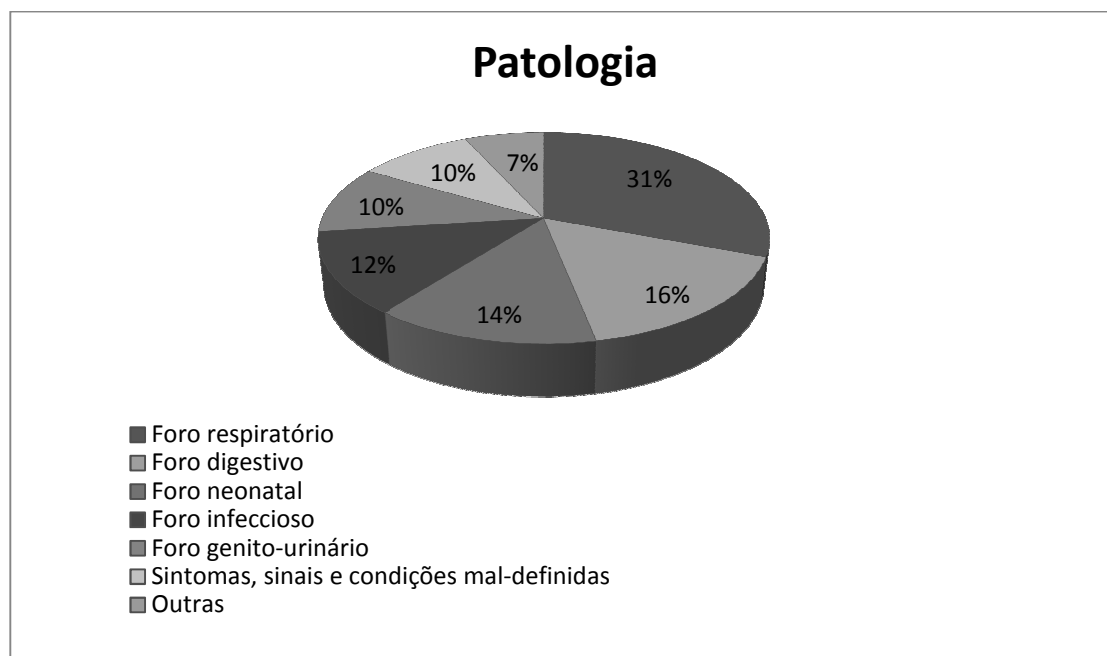
O nosso grupo distribuía-se pelo Internamento (Pediatria A: crianças entre os dois e dezoito anos; Pediatria B: crianças com idades inferiores a dois anos) nas manhãs em que não assistíamos a consultas, em que não íamos ao SU e não reuníamos com a nossa orientadora. Colhemos histórias e examinámos os doentes internados, discutindo, quando possível, os casos observados com a Prof. Doutora Inês Azevedo.

Tabela 3. Doentes observados no Internamento

Data observação	Motivo de internamento	Sexo	Idade
17-Fev	Bronquiolite	M	5 m
18-Fev	Gastrenterite aguda	M	5m
02-Mar	ITU	M	2 m
	DII	M	11 m
04-Mar	Bronquiolite	M	10 m
08-Mar	Celulite periorbitária por sinusite etmoidal	F	4 a

Legenda: M- masculino; F- feminino; a- anos; m- meses; ITU- infecção do tracto urinário; DII- doença inflamatória intestinal

Figura 1. Distribuição, por patologia, dos doentes internados no Serviço de Pediatria (Sector A e B), Tira laranja, em 2009<sup>12</sup>



## **Serviço de Urgência**

Pudemos frequentar o SU, aonde recorreram maioritariamente casos de bronquiolite (todos com menos de 7 meses de idade) e que nos proporcionou a oportunidade de ver crianças com patologias de diferente ordem de gravidade (desde uma amigdalite a uma otomastoidite com trombose dos seios cavernosos) e prevalência (ex. Síndrome de Marfan).

## **Centro de Saúde**

Durante a semana que passei no CS com a médica especialista de Pediatria, pude contactar com consultas de SI (observei crianças entre os 23 dias e os 9 anos de idade), em que se fazia o seguimento de crianças saudáveis, rastreando anomalias/atrasos de crescimento ou desenvolvimento psicomotor e promovendo a responsabilização dos pais através de informações relativas à prevenção da doença. Assisti a consultas de rastreio oftalmológico, consultas urgentes (por diarreia e dermatite atópica) e a consultas de acompanhamento e reavaliação de crianças com patologia (ex. sibilância recorrente).

## Conclusões

Considero, antes de mais, que este estágio me permitiu contactar com uma amostra representativa do que é a Pediatria no HSJ e, sendo este hospital o centro de referência de cuidados secundários e terciários da Pediatria na região Norte (ver apêndice), então também com uma amostra representativa da patologia pediátrica nesta zona do país.

A passagem pelo CS possibilitou-me, por outro lado, estender a minha experiência para além da abordagem de crianças doentes, com o acompanhamento e rastreio de crianças saudáveis em consultas de SI.

Pude reconhecer, efectivamente, o papel fundamental dos cuidados Primários, quer na consciencialização dos pais - elementos fundamentais para a promoção de um desenvolvimento psicomotor adequado - no que refere à fomentação de hábitos saudáveis (ex. alimentação da criança, desde a amamentação), quer no correcto estudo e encaminhamento de crianças a cuidados mais diferenciados (cuidados secundários e terciários), quando necessário.

Neste sentido, e analisando os métodos como o estágio pretende atingir os objectivos propostos, é, indubitavelmente, uma mais-valia para os alunos a possibilidade de estagiar num CS. Lamenta-se, contudo, que isto não abranja todos os estagiários. Assim, penso que deveria, em primeiro lugar, ser aplicável a todos e, em segundo, se possível, prolongar a duração da estadia. Com isto, teríamos a ganhar pelo estágio em si, libertando simultaneamente o HSJ de tanta gente, o que, infelizmente, é um factor frequentemente limitativo de mais e melhores experiências: as CE estão geralmente cheias de internos e alunos e, no internamento, sobra pouco espaço para o repouso de pais e crianças, que nem sempre estão psicologicamente disponíveis para a colheita de histórias clínicas.

Seguindo, ainda, a mesma linha de raciocínio relativamente aos moldes em que decorreu o bloco, penso que é de aproveitar o plano elaborado pela Prof. Doutora Inês Azevedo, orientadora do meu grupo (ver anexo I), com uma proposta de actividades para as semanas de estágio de cada aluno (ainda que frequentemente não fosse possível o seu cumprimento rigoroso), uma vez que um dos maiores problemas passa pelo abandono a que somos deixados, em especial no internamento, carecendo de uma orientação relativa às tarefas que devemos realizar. Salienta-se, também, a necessidade de mais tempo com os orientadores para a discussão de casos observados, já que fica muitas vezes a faltar uma melhor correlação entre a prática clínica e os conceitos teóricos.

Por último, penso que os temas apresentados pelos alunos constituem uma boa base para recordar noções teóricas, permitindo tirar maior proveito do estágio clínico. Estes teriam, no

entanto, maior aceitação por parte dos alunos se pudessem ser melhor integrados com os horários da cadeira (num panorama ideal, ao final da manhã), atendendo às exigências do 6º ano de curso, que, infelizmente, não nos permite uma concentração exclusiva no bloco a decorrer.

Em síntese, considero atingidos os objectivos da cadeira de Pediatria, ressaltando alguns aspectos que poderiam eventualmente permitir uma maior concretização dos mesmos e uma melhor adequação do estágio à realidade do país (nomeadamente, apostando mais nos protocolos com os CS). No geral, penso que foram sedimentados os conhecimentos e experiências essenciais à formação de médicos (generalistas, pediatras ou outros), garantindo uma base sólida que nos permitirá partir, bem preparados, para as várias especialidades com que nos depararemos num futuro próximo.

## Bibliografia

- 1- Santos NT. O ensino da Clínica Pediátrica e Puericultura (Relatório pedagógico). Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 1979. p. 15
- 2- Barak S, Rubino A, Grguric J, Ghenev E, Branski D, Olah E. The future of primary paediatric care in Europe: reflections and Report of the EPA/UNEPSA Committee. Acta Paediatrica. 2010; 99: 13-18
- 3- Indicadores Sociais 2008. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.; 2009. p. 15, 150 [acesso em 2010 Abril 09]. Disponível em: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOE\\_Spub\\_boui=62622412&PUBLICACOESTema=55538&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOE_Spub_boui=62622412&PUBLICACOESTema=55538&PUBLICACOESmodo=2)
- 4- Anuário Estatístico da região Norte 2008. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.; 2009. p. 131, 135, 139 [acesso em 2010 Abril 09]. Disponível em: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOE\\_Spub\\_boui=809872&PUBLICACOESTema=55538&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOE_Spub_boui=809872&PUBLICACOESTema=55538&PUBLICACOESmodo=2)
- 5- Coordenação do Internato Médico de Medicina Geral e Familiar- Zona Norte. Caderneta de estágio; 2009 [acesso em 2010 Abril 09]. Disponível em: [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Internatos/Medicina%20Geral%20e%20Familiar/Ficheiros/Manuais%20de%20Forma%C3%A7%C3%A3o/Caderneta%202009\\_0.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Internatos/Medicina%20Geral%20e%20Familiar/Ficheiros/Manuais%20de%20Forma%C3%A7%C3%A3o/Caderneta%202009_0.pdf)
- 6- Cordeiro Mário, Santos NT, Sousa JS, Levy ML, Mota HC, Silva AT, e al. Ensino Pré-Graduado de Pediatria. Reunião Conjunta das Sociedades de Pediatria de Espanha e Portugal. Madrid; 1929. p. 3, 4
- 7- Anuário Estatístico da região Lisboa 2008. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.; 2009. p. 100 [acesso em 2010 Abril 09]. Disponível em: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOE\\_Spub\\_boui=79281887&PUBLICACOESTema=55538&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOE_Spub_boui=79281887&PUBLICACOESTema=55538&PUBLICACOESmodo=2)
- 8- Anuário Estatístico da região Alentejo 2008. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.; 2009. p. 139 [acesso em 2010 Abril 09]. Disponível em: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOE\\_Spub\\_boui=79281617&PUBLICACOESTema=55538&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOE_Spub_boui=79281617&PUBLICACOESTema=55538&PUBLICACOESmodo=2)
- 9- Anuário Estatístico da região Centro 2008. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.; 2009. p. 139 [acesso em 2010 Abril 09]. Disponível em:

[http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOE\\_Spub\\_boui=79281345&PUBLICACOESTema=55538&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOE_Spub_boui=79281345&PUBLICACOESTema=55538&PUBLICACOESmodo=2)

10- Anuário Estatístico da região do Algarve 2008. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.; 2009. p. 100 [acesso em 2010 Abril 09]. Disponível em:

[http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOE\\_Spub\\_boui=79280987&PUBLICACOESTema=55538&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOE_Spub_boui=79280987&PUBLICACOESTema=55538&PUBLICACOESmodo=2)

11- Estatísticas Demográficas 2008. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.; 2009. p. 22, 56 [acesso em 2010 Abril 09]. Disponível em:

[http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOE\\_Spub\\_boui=71446801&PUBLICACOESTema=55466&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOE_Spub_boui=71446801&PUBLICACOESTema=55466&PUBLICACOESmodo=2)

12- Gabinete de Análises e Gestão, Hospital de São João, EPE

## Apêndices

### A. A Pediatria no HSJ: Instalações, Funcionamento e Recursos Humanos

#### 1. Serviço de Pediatria Médica

O Serviço de Pediatria Médica do HSJ, centro de referência secundária e terciária da região Norte do país, é dirigido pelo Professor Doutor Caldas Afonso (Chefe de Serviço e Professor Auxiliar da FMUP) e tinha, até Novembro de 2009, a lotação oficial de 60 camas distribuídas por doze enfermarias, dois quartos de internamento e dois quartos de adolescentes, às quais foi necessário acrescentar transitoriamente oito camas, devido à necessidade de adaptar o Serviço à pandemia de gripe.

O Serviço de Pediatria encontra-se dividido em dois sectores: a Pediatria A, com crianças de idades compreendidas entre os 2 e os 18 anos, e a Pediatria B, onde são internadas crianças de idades inferiores a dois anos.

O internamento nas diferentes enfermarias é feito de acordo com as patologias e o nível de cuidados.

Existe uma sala de técnicas de diagnóstico, utilizada para a execução de endoscopias digestivas, pHmetrias, broncofibroscopias e biopsias hepáticas, renais, de pele e musculares.

Desde Março de 2003, o Internamento do Serviço de Pediatria funciona segundo um sistema de “Tiras” (designadas por cores). Cada equipa de urgência é responsável pelo seguimento de doentes internados por si ou pela equipa “espelho”. Os médicos do Serviço de Pediatria estão distribuídos por quatro grupos de trabalho, compostos pelos médicos que constituem as quatro equipas de urgência organizadas no Serviço e são responsáveis pelo seu dia de urgência e pela residência interna nos dias em que as equipas de outros hospitais asseguram aquele serviço no âmbito da Urgência Pediátrica do Porto. As equipas efectuam o seguimento do doente desde o internamento até à alta clínica e na CE, quando necessário.

Tabela 1. Equipas- Tiras de trabalho

Tira	Urgência	Residência	Equipa Externa
Amarela	A	A'	Centro Hospitalar do Porto
Verde	B	B'	Centro Hospitalar do Porto
Laranja	C'	C	Centro Hospitalar do Porto
Azul	D'	D	Hospital Pedro Hispano

O Serviço de Pediatria está organizado em diferentes Unidades Funcionais: Assistência Social, Desenvolvimento, Doenças Metabólicas, Educação Infantil, Endocrinologia e Diabetologia, Gastrenterologia, Hemato-Oncologia, Infecçiology/Imunodeficiências, Nefrologia, Neuropediatria, Nutrição, Pneumologia e Imunoalergologia, Pedopsiquiatria, Psicologia e Reumatologia.

## **2. Serviço de Neonatologia**

Dirigido pela Professora Doutora Hercília Guimarães (Chefe de Serviço e Professora Associada da FMUP).

O Serviço é responsável pela assistência aos RN do HSJ e a RN de risco provenientes da sala de partos, berçário ou de outros hospitais. Constitui o centro de referência do Norte do país para os RN com patologia cirúrgica e cardíaca.

A sua actividade assistencial desenrola-se em cinco sectores (Serviço de Cuidados Intensivos Neonatais, Berçário/Unidade de Cuidados Perinatais, Sala de Partos do SU de Obstetrícia, CE e SU).

Uma vez por semana, a orientação do INEM-RN (transporte do RN de risco) é da responsabilidade do HSJ.

## **3. Serviço de Pediatria Cirúrgica**

Dirigido pelo Dr. António Bessa Monteiro (Chefe de Serviço).

A sua actividade assistencial desenvolve-se no Internamento, Bloco Operatório, CE, SU e Unidade de Cirurgia de Ambulatório.

O Internamento tem uma lotação de 20 camas, distribuídas por quatro enfermarias, uma sala de realização de pensos ou técnicas específicas, duas salas de recobro pós-operatório e um bloco operatório próprio.

## **4. Serviço de Cardiologia Pediátrica**

Dirigido pelo Professor Doutor José Carlos Areias (Chefe de Serviço e Professor Catedrático da FMUP).

A sua actividade assistencial desenvolve-se no Internamento (incluindo Unidades de Cuidados Intensivos), CE, SU, Laboratório de Hemodinâmica, Serviço de Cirurgia Cardiorácica, arritmologia e registos electrocardiográficos.

O Internamento do Serviço de Cardiologia Pediátrica está física e funcionalmente integrado no sector de internamento do Serviço de Pediatria.

O Serviço é, também, responsável pela realização de exames complementares de diagnóstico como ecografia, electrocardiografia, provas de esforço, electrocardiografia ambulatória, angiografia arterial, cateterismo cardíaco e estudo electrofisiológico a doentes externos.

### **5. Serviço de Cuidados Intensivos e Intermédios Pediátricos (CIP)**

Dirigido pelo Dr. Augusto Ribeiro (Assistente Hospitalar graduado).

Tem capacidade para seis doentes, distribuídos por uma enfermaria e um quarto de isolamento.

A sua actividade assistencial distribui-se pelo Internamento, Sala de Emergência e CE.

### **6. Serviço de Urgência Pediátrico do Porto**

Dirigido pela Dra. Irene Pinto de Carvalho (Assistente Hospitalar graduada).

Desde 2002, funciona na cidade do Porto a Urgência Pediátrica Única. Deste modo, deslocam-se ao HSJ equipas de urgência dos Hospitais de Pedro Hispano, Especializado de Crianças Maria Pia e Hospital Geral de Santo António (estes dois últimos constituindo o Centro Hospitalar do Porto). Actualmente, o HSJ é responsável pela organização de quatro equipas.

Nos dias em que a urgência fica sob a responsabilidade de outros hospitais, criaram-se equipas de residência interna, destinadas a resolver situações de carácter urgente de crianças internadas no HSJ.

O Serviço dispõe de uma sala de emergência (sob responsabilidade do CIP), uma sala de pré-triagem, seis gabinetes médicos, uma enfermaria de OBS/Cuidados Intermédios, duas salas de espera (uma delas destinada a adolescentes), uma sala de pequena cirurgia, uma sala polivalente, duas salas de trabalho de enfermagem, um espaço destinado a aerossoloterapia, uma sala de espera após primeira observação (com um espaço isolado para amamentação) e áreas de apoio.

### **7. Centro de Ambulatório**

#### **Consulta externa**

Coordenada pelo Dr. Eduardo Dias da Silva (Assistente Hospitalar graduado de Cardiologia Pediátrica).

Possui 17 consultórios, três salas de trabalho de enfermagem, uma sala de apoio à Cirurgia Pediátrica, um gabinete para realização de EAD de Cardiologia Pediátrica, duas áreas administrativas e duas salas de espera com uma área lúdica comum.

Existe, também, uma sala destinada preferencialmente à Endocrinologia Pediátrica, onde se efectua o controlo analítico e o ensino dos doentes com Diabetes Mellitus tipo I, e uma sala ligada às sub-especialidades de Imunoalergologia e de Pneumologia Pediátrica, onde se realizam testes cutâneos, aerossoloterapia e ensino na utilização de terapêutica inalatória.

Na CE, para além das consultas de Pediatria Geral, realizam-se consultas de várias especialidades e sub-especialidades pediátricas como Cardiologia, Cirurgia, Cuidados Intensivos, Desenvolvimento Infantil, Doenças Metabólicas, Endocrinologia, Gastrenterologia, Genética, Hematologia, Imunoalergologia, Imunologia, Infeciologia, Nefrologia, Neuropediatria, Neonatologia, Nutrição, Pneumologia, Pedopsiquiatria, Psicologia Clínica e Reumatologia.

### **Hospital de Dia Pediátrico**

Permite a realização de terapêutica endovenosa e outros cuidados, em doentes ambulatoriais.

## **8. Arquivo Clínico**

A informatização do Serviço é da responsabilidade do Serviço de Informática, sendo a codificação pelos grupos de Diagnóstico Homogêneos efectuada por médicos da Unidade Autónoma de Gestão da Mulher e da Criança. A informatização do internamento iniciou-se em 1988 e da CE em 1990.

## **9. Biblioteca**

Equipada com material informático e material de suporte para apresentações clínicas, a Biblioteca destaca-se pela vasta selecção de publicações nacionais e internacionais, sobretudo no âmbito da Pediatria e suas múltiplas sub-especialidades, o que inclui a assinatura de 78 revistas pediátricas nacionais e estrangeiras actualizadas e 840 livros de texto. De forma a facilitar a consulta, foi criada uma base de dados informatizada, onde estão registadas todas as monografias e publicações periódicas existentes no HSJ. A Biblioteca não dispõe, ainda, de diversos computadores facilmente acessíveis a todos os elementos do Serviço e acesso permanente à internet.

### **10. Anfiteatro Professor Doutor Norberto Teixeira dos Santos**

Este anfiteatro foi inaugurado em Dezembro de 1998, em resultado de uma parceria entre a FMUP e o HSJ e dispõe de modernos meios audiovisuais. É aqui que se realizam as reuniões semanais do serviço, bem como aulas do ensino pré-graduado e acções de formação pós-graduada.

## **B. História Clínica**

### **História Clínica**

Data de recolha da informação: 01/03/2010

Data de internamento: 26/02/2010

Local: HSJ, Serviço de Pediatria B, cama 259

Fonte da informação: a mãe, processo clínico da criança e respectivo Boletim de Saúde Infantil e Juvenil.

#### **Identificação**

RSBA, género masculino, 2 meses e 2 semanas (15/12/2009), caucasiano, natural e residente no Porto

#### **Queixa Principal**

Recusa alimentar parcial

#### **História da doença actual**

A 26/Fev/2010, é transportado pela mãe ao Serviço de Urgência (SU) do HSJ por recusa alimentar parcial com três dias de evolução. Geralmente ingere 150 mL de LA Aptamil Confort de 3/3h e desde dia 23 bebia apenas 40mL, em intervalos mais espaçados (de 4 a 5h). Nega a existência de vómitos, alterações do trânsito intestinal (quer na frequência, quer na consistência das fezes), urinárias (cor ou cheiro) febre ou tosse. Refere, contudo, que o filho chorava mais que o habitual (choro mais forte e mais prolongado) e dormia menos (apenas cerca de 2h seguidas, quando antes dormia 5-6h durante a noite). Dia 26 nota, também, ligeira congestão nasal.

Durante a semana antes de recorrer ao SU, terá convivido com o pai, na altura com início de “síndrome gripal” (sic.).

Ao exame objectivo, na admissão, apresentava bom estado geral, corado e hidratado, sem sinais de dificuldade respiratória, exantemas ou sinais meníngeos. A fontanela anterior era normotensa e pulsátil. Não apresentava alterações na auscultação cardíaca (S1 e S2 audíveis em todos os focos, rítmicos, sem sopros) ou pulmonar (sons respiratórios presentes bilateralmente, simétricos, sem ruídos adventícios) e o abdómen era mole e depressível, sem

massas, adeno ou organomegalias, indolor à palpação. Não tinha lesões visíveis na otoscopia e orofaringe.

Realizou exames laboratoriais, com Bioquímica e Hemograma dentro dos valores normais para a idade, e fez exame sumário da urina, com colheita em saco, que revelou nitritúria e leucocitúria. Foi pedida urocultura (ainda em curso no momento da colheita da história).

Foi, então, internado com o diagnóstico de infecção de trato urinário.

### **Antecedentes pré-natais e neonatais**

#### **Gravidez e parto:**

Gestação de 39 semanas de duração, vigiada no centro de saúde (ecografias realizadas todos os trimestres). Às 28 semanas, necessário internamento hospitalar de 7 dias por ameaça de parto pré-termo e alta com indicação para repouso. Nega hipertensão arterial (HTA) ou Diabetes mellitus (DM) gestacional, eclâmpsia, pré-eclâmpsia, infecções ou outras intercorrências durante a gravidez. Nega, também, consumo alcoólico, tabágico ou de drogas ilícitas/recreativas. Nega exposição a radiações.

Serologias (realizadas todos os trimestres da gravidez): imune para a rubéola, mas não para a toxoplasmose. Serologias negativas para Ag HBs, Atc anti-HCV, HIV e VDRL.

Grupo sanguíneo: A Rh+.

O parto, que decorreu em meio hospitalar (Hospital Pedro Hispano), foi eutócito, sob anestesia epidural, sem complicações para a mãe ou filho.

#### **Nascimento:**

Peso: 3070 g (P25)

Comprimento: 48 cm (P25)

Perímetro cefálico: 35 cm (P50)

Índice de Apgar: 9/10 ao 1º minuto, 10/10 ao 5º minuto

Grupo sanguíneo A Rh+.

Sem necessidade de reanimação.

Sem movimentos anormais ou convulsões.

#### **Período neonatal:**

Sem hemorragias, sem icterícia. Sem sinais de dificuldade respiratória. Sem outras intercorrências.

**Antecedentes pós-natais:****Alimentação:**

Aleitamento materno até cerca das 3 semanas de vida. Por hipogalactia materna, passou a alimentar-se a leite de fórmula (LA Aptamil Confort), fazendo, de acordo com a mãe, doses de 150 mL de 3/3h.

Para um peso actual de 4950g, as suas necessidades nutricionais rondariam os 742 mL/dia (aproximadamente 600 kcal/dia). Nos três dias antes de recorrer ao SU, estaria a fazer apenas cerca de 200-240 mL diários (160-190 kcal/dia), claramente insuficiente para o seu peso e idade. Não chegou, no entanto, a verificar-se impacto sobre a evolução estatura-ponderal devido à pouca duração dos sintomas.

Faz suplemento com vitamina D (*vigantol*) e C (*cebiolon*).

**Crescimento e desenvolvimento:**

Evolução estatura-ponderal adequada (aumento de cerca de 26 g/dia).

Desenvolvimento psicomotor de acordo com o esperado para a idade, nomeadamente sorriso social, manutenção de contacto visual, controle axial e capacidade de seguir objectos com o olhar.

**Vacinação:**

PNV em dia. 1 dose de vacina anti-pneumocócica.

**Doenças anteriores:**

A mãe nega infecções congénitas ou de outro tipo, nomeadamente sarampo, escarlatina, rubéola, gastroenterite, tuberculose, sífilis, entre outras.

Sem doenças dos diferentes aparelhos e sistemas, sem outras patologias.

Sem história de internamentos, cirurgias ou acidentes.

**Antecedentes hereditários e familiares:**

Mãe: 36 anos, empregada de balcão. Nega HTA, DM, doenças cardiovasculares ou respiratórias. Duas gestações, dois filhos. Sem história de partos prematuros ou nados mortos. Nega hábitos tabágicos ou alcoólicos. Não faz medicação crónica.

Pai: 41 anos, chefe de armazém. Nega HTA, DM, doenças cardiovasculares ou respiratórias. Fumador de 12 UMA, consumidor de álcool esporádico, em pequenas quantidades (“1 cerveja às vezes ao fim-de-semana” *sic.*). Não faz medicação crónica.

Irmãos: uma irmã de 14 anos, saudável.

Não existe consanguinidade entre os pais.

Sem doenças familiares/hereditárias conhecidas.

**História social:**

O agregado familiar consiste em 4 pessoas: pais (casados) e os 2 filhos. A mãe é habitualmente a principal cuidadora de ambos os filhos.

Residem em apartamento alugado, com todas as condições de habitabilidade e saneamento básico.

Não têm animais domésticos.

São assistidos, geralmente, no centro de saúde.

**Exame Físico** (à data da colheita da história, no internamento):

**Estado geral**

Bom estado geral.

Sem fácies característica.

Corado e hidratado, anictérico.

Sem malformações e sem lesões aparentes.

Sem edemas.

**Sinais vitais**

FC- 150 bpm

FR- 34 cpm

Temperatura auricular – 36,2°C

**Parâmetros antropométricos**

Peso – 4950 g (P50)

Comprimento – 58 cm (P50)

**Observação dos diferentes segmentos:**

1. Pele e faneras:

Sem alterações da coloração da pele. Sem edemas, sem lesões visíveis.

Distribuição pilosa obedecendo a um padrão normal para a idade.

Unhas de configuração e consistência normais.

## 2. Cabeça:

Crânio de configuração normal, sem dismorfias ou tumefacções. Fontanela anterior aberta (2 cm no plano coronal, 1 cm no plano sagital), normotensa, as restantes encerradas. Suturas cranianas sem irregularidades, cavalgamentos ou afastamentos.

Cabelo de consistência e distribuição normal.

Sem lesões no couro cabeludo ou pontos dolorosos; sem adenomegalias occipitais, pré-auriculares ou submandibulares.

### Olhos

Fendas palpebrais simétricas, sem alterações da orientação. Sem epicanto.

Pálpebras simétricas, com preservação da mobilidade. Sem ptose ou retracção; sem edema ou sinais inflamatórios.

Sem exo/enofthalmia.

Arcada supraciliar de configuração e distribuição pilosa normais.

Conjuntivas sem alterações da coloração, sem sinais inflamatórios. Esclerótica sem alterações da coloração.

Sem estrabismo.

### Ouvidos

Pavilhões auriculares de implantação normal; sem otorreia, sem nódulos na cartilagem.

Sem adenomegalias retro-auriculares.

Sem dor à palpação da região mastóideia.

Canal auditivo externo sem lesões ou escorrências visíveis.

Sem alterações na otoscopia.

### Fossas nasais:

Pirâmide nasal de configuração normal, sem desvios do septo nasal; sem rinorreia ou epistáxis; sem edemas.

### Cavidade oral e faringe:

Dentição ainda ausente (normal para a idade).

Lábios de coloração normal, hidratados; sem lesões; sem alterações de simetria das comissuras labiais. Língua e mucosa oral coradas e hidratadas, sem exsudados ou ulcerações.

Amígdalas sem alterações de tamanho ou coloração, sem exsudados.

## 3. Pescoço

Configuração normal, sem dismorfias, sem tumefacções visíveis.

Mobilidade passiva e activa normais.

Sem adenomegalias cervicais ou supraclaviculares.

Tiróide não palpável.

Traqueia em posição mediana, com mobilidade aparentemente normal.

#### 4. Tórax

Configuração normal, simétrico, sem tumefacções visíveis ou massas palpáveis. Sem malformações ou alterações dos diâmetros ântero-posterior/transverso. Sem cicatrizes.

Sem circulação venosa superficial. Sem pontos dolorosos.

Sem adenomegalias axilares.

#### Sistema cardiovascular e auscultação cardíaca

Pulsos radiais palpáveis, simétricos, rítmicos, amplos e regulares.

Sem turgescência venosa jugular.

Coração: área de impulso máximo palpável na linha médio-clavicular esquerda, 5º espaço intercostal. Sem frémitos palpáveis ou pulsatilidades anormais.

Auscultação: S1 e S2 presentes, rítmicos, audíveis em todos os focos. Sem sopros ou outros sons adicionais.

Sem edemas dos membros inferiores.

#### Sistema respiratório e auscultação pulmonar

Respiração obedecendo a um padrão normal, sem tiragens ou utilização de músculos acessórios. Expansibilidade normal, movimentos simétricos.

Sem frémitos. Sem zonas de hipersensibilidade.

Auscultação: sons respiratórios presentes bilateralmente, simétricos. Sem ruídos adventícios.

Sem alterações do tempo inspiratório ou expiratório.

#### 5. Abdómen

Abdómen globoso, simétrico, sem circulação colateral ou pulsatilidades visíveis.

Sem cicatrizes, sem massas visíveis. Pigmentação normal. Cicatriz umbilical de configuração normal.

Sem adenomegalias inguinais.

Ruídos hidroaéreos presentes, de timbre e intensidade normais. Sem sopros.

Abdómen mole e depressível, não doloroso à palpação. Sem tumefacções palpáveis. Fígado e baço não palpáveis.

#### 6. Membros

Sem deformidades ou assimetrias. Sem tumefacções ou adenopatias. Sem atrofia das massas musculares.

Sem varicosidades ou nódulos subcutâneos.

Sem edemas ou sinais inflamatórios.

Sem alterações do tónus muscular.

Dedos de configuração normal.

#### 7. Região anal

À inspecção, ausência de fissuras ou fístulas, pólipos, condilomas ou prolapsos rectais. Sem sinais inflamatórios. Sem hemorragias visíveis.

Toque rectal não efectuado.

#### 8. Região Genital

Sem alterações no pénis, escroto ou testículos. Testículos nas bolsas escrotais.

#### 9. Exame neurológico

Alerta, boa interacção com o meio.

Sem movimentos anormais ou fasciculações musculares.

Tónus e força muscular activa e passiva preservados.

Reflexos primitivos presentes, nomeadamente: reflexo de sucção, de preensão palmar e plantar, reflexo tónico assimétrico do pescoço, reflexo de marcha automática, reflexo de Moro.

Reflexos tendinosos de intensidade normal, simétricos. Reflexo cutâneo-plantar em dorsiflexão bilateral.

### **Revisão por aparelhos e sistemas:**

Não apresenta outros sintomas para além dos referidos na *História da doença actual e Antecedentes*.

### **Epicrise:**

Lactente do sexo masculino, de 2 meses e meio de idade, é transportado ao SU com recusa alimentar parcial de três dias de evolução, intensificação do choro e alterações do padrão de sono habitual (menos horas de sono), associados a congestão nasal que surge no dia em que recorre ao SU. Sem outros sintomas, nomeadamente febre, vómitos, alterações urinárias ou do trânsito gastrointestinal.

Na admissão, sem alterações de relevo ao exame físico.

Leucocitúria e nitritúria em sedimento urinário.

### **Lista de problemas:**

- Recusa alimentar parcial
- Alterações do sono

- Irritabilidade
- Congestão nasal
- Leucocitúria e nitritúria
- Convivente com síndrome gripal

### **Diagnósticos diferenciais:**

- Infecção respiratória alta: diagnóstico a ponderar dada a presença de obstrução nasal e a convivência com o pai com início de síndrome gripal, e uma vez que se trata de uma época de elevada incidência de rinofaringites (ex. por vírus *sincicial respiratório*, *rhinovirus*, *influenza*). Não existiam, contudo, outros sintomas que permitissem elevar o índice de suspeição, como sejam febre ou tosse. Será relevante, para esta hipótese diagnóstica, essencialmente o exame físico (ex. pesquisa de rinorreia, exame da orofaringe).
- Infecção urinária: pela frequência desta infecção no lactente e pela inespecificidade dos sintomas que provoca, é mandatária a sua exclusão na presente situação. Importante, para o seu despiste: colheita de urina com realização imediata de Combur-test e, posteriormente, sedimento urinário e urocultura. Podia complementar-se, também, com análises laboratoriais gerais (hemograma e bioquímica), facultando-nos, entre outras, informações sobre a função renal e possíveis alterações electrolíticas (ex. em situação de desidratação).

### **Exames complementares de diagnóstico:**

De acordo com as hipóteses diagnósticas apresentadas, foi investigada uma possível infecção urinária e realizaram-se:

- Combur-test e sedimento urinário: revelaram leucocitúria (7,1/cp) e nitritúria.
- Urocultura: ainda em curso no momento de colheita da história.
- Hemograma: sem alterações de relevo [Hb 9.8 g/dL; Leuc 6.76/uL (N-20.8%; L- 67.3%); Pla 509000/uL]
- Bioquímica: sem alterações de relevo [Proteínas totais 61.7 g/L; Albumina 40.5 g/L; AST 34 U/L; ALT 19 U/L; GGT 22 U/L; FA: 254 U/L; Bilirrubina total 5.4 mg/L; Bilirrubina directa 1.3 mg/L; Glicose 0.85 g/L; Ureia 0.19 g/L; Creatinina 3.7 mg/L; Ácido úrico 38.0 mg/L; Ca<sup>2+</sup> 5.1 mEq/L; Fósforo 64.3 mg/L; Mg<sup>2+</sup> 1.91 mEq/L; Na<sup>+</sup> 137 mEq/L; K<sup>+</sup> 5.2 mEq/L; Cl<sup>-</sup> 104 mEq/L; PCR 1.0 mg/dL]

**Diagnóstico definitivo:**

Infecção de trato urinário.

**Orientação:**

- Uma vez que se trata de uma criança com idade inferior a 3 meses (faixa etária que apresenta um risco particularmente elevado de urosepsis), tem critério para internamento e tratamento endovenoso: ceftriaxone/cefotaxime. A recusa alimentar parcial justifica, além da administração do antibiótico, fluidoterapia para hidratação.
- Estudo imagiológico (ecografia renovesical) para despiste de anomalias anatómicas que possam predispor à infecção do tracto urinário.
- Prognóstico e follow-up: um primeiro episódio de infecção urinária, quando não complicada e não associada a alterações anatómicas, apresenta um bom prognóstico, geralmente com boa resposta à antibioterapia e baixo risco de desenvolver lesão renal a longo prazo. Assim sendo, não está indicado um acompanhamento médico especial após a alta clínica. É importante, não obstante, alertar os pais para, numa eventual recorrência dos sintomas/aparecimento de febre, ser feito um exame de urina. Prognóstico e follow-up: um primeiro episódio de infecção urinária, quando não complicada e não associada a alterações anatómicas, apresenta um bom prognóstico, geralmente com boa resposta à antibioterapia e baixo risco de desenvolver lesão renal a longo prazo. Assim sendo, não está indicado um acompanhamento médico especial após a alta clínica. É importante, não obstante, alertar os pais para, numa eventual recorrência dos sintomas/aparecimento de febre, ser feito um exame de urina.

### C. Tema apresentado: Alimentação no 1º ano de vida

Orientação pela Dr.ª Diana Silva.

**ALIMENTAÇÃO NO PRIMEIRO ANO DE VIDA**



Maria Teresa Chuva, turma 4  
Pediatria 6º ano  
2009/2010



---

---

---

---

---

---

---

---

**Aleitamento materno**

Leite materno

- Nutricionalmente suficiente para a alimentação exclusiva do lactente de termo nos primeiros 6 meses de vida
- Método barato e seguro
- O "Gold Standard"

---

---

---

---

---

---

---

---

**Aleitamento materno**

- Deve ser
  - Sem complementação com outros alimentos até ao fim dos primeiros 4 - 6 meses
  - Em regime livre
  - Sem intervalos nocturnos

---

---

---

---

---

---

---

---

**Aleitamento materno**  
**Constituição**

- Lípidos (55%)
- Hidratos de carbono (38%)
- Proteínas (7%) (caseína, proteínas do soro)

- Lactose
- Sais minerais
- Hormonas
- Vitaminas
- Enzimas
- Imunoglobulinas
- Interferão
- ...

➢ A composição média do leite materno não é fixa, varia com a duração da lactação!

---

---

---

---

---

---

---

---

**Aleitamento materno**  
**Vantagens**

Lactente:	Mãe:
<ul style="list-style-type: none"><li>• Protecção imunológica</li><li>• Protecção contra alergias</li><li>• Protecção gastrointestinal</li><li>• Melhor adaptação a novos alimentos</li><li>• Prevenção de Diabetes, obesidade, doenças cardiovasculares</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Desenvolvimento do vínculo afectivo mãe/filho</li><li>• Involução uterina precoce</li><li>• Perda de peso mais marcada</li><li>• Contracepção natural</li><li>• Diminuição risco de cancro da mama, do ovário e do endométrio</li></ul>

---

---

---

---

---

---

---

---

**Aleitamento materno**  
**Desvantagens**

- Impossibilidade de quantificar o volume ingerido
- Transmissão de infecções
- Passagem de fármacos e drogas
- Pode resultar em inadequação nutricional quando demasiado prolongada

---

---

---

---

---

---

---

---

### Aleitamento materno

#### Contra-indicações

- > Temporárias
  - Doenças infecciosas (varicela, herpes com lesões mamárias, tuberculose não tratada)
  - Medicção temporária
- > Definitivas
  - Doenças graves, crónicas ou debilitantes da mãe (infecção HIV/SIDA, neoplasias, cardiopatias, nefroses, ...)
  - Medicção obrigatória que seja nociva para o lactente
  - Problemas psiquiátricos maternos
  - Patologia mamária materna
  - Defeitos anatómicos do lactente (língua solitária, lábio leporino)
  - Doenças metabólicas do lactente (ex. galactosemia)

---

---

---

---

---

---

---

---

> Quando o aleitamento materno não é possível

↓

#### Recurso a leites/ fórmulas industriais

```
graph TD; A[Questão à fonte proteica] --> B[Leite]; A --> C[Fórmula]; B --- D["- Excluíram-se proteínas leite vaca"]; C --- E["- Inclui proteínas de outras fontes como soja"]
```

- Excluíram-se proteínas leite vaca
- Inclui proteínas de outras fontes como soja

---

---

---

---

---

---

---

---

### LEITES/FÓRMULAS INDUSTRIAIS

> Pretendem substituir nutricionalmente o leite materno (macro e micronutrientes), mas também imita-lo a nível funcional

---

---

---

---

---

---

---

---

**Leites/Fórmulas industriais**  
Algumas diferenças relativamente ao leite materno...

- Níveis mais baixos de a.a. essenciais → teor proteico mais elevado para suprir deficiências (>15 g/L vs. 9-11 g/L) → efeitos deletérios renais, obesidade infantil?
- Proteínas de menor valor biológico que as do leite materno: proporção de proteínas do soro/caseína no leite materno 60/40 vs. 20/80 no leite de vaca → aproximação progressivamente maior das fórmulas infantis à mistura de alimentos na fração de proteínas do soro

---

---

---

---

---

---

---

---

**Leites/Fórmulas industriais**

1. Leites e fórmulas para lactentes

Satisfatórias em lactentes nos primeiros 4 a 6 meses

- a) Preparações à base de proteínas do leite de vaca
- b) Preparações à base de proteínas de soja

---

---

---

---

---

---

---

---

**Leites/Fórmulas industriais**

2. Fórmulas de transição

- Indicadas entre os 6 e 36 meses; componente líquido principal de uma dieta diversificada.

3. Fórmulas de crescimento

- Indicadas do 1º ao 3º ano de vida; complemento alimentar

4. Outras

- Alimentos destinados a fins medicinais específicos

---

---

---

---

---

---

---

---

**Leites/Fórmulas industriais**

**...Outras**

- Acidificadas
- Parcialmente hidrolisadas
- Extensamente hidrolisadas
- Anti-regurgitação
- Para recém-nascidos pré-termo ou leves para a idade gestacional
- Sem lactose

---

---

---

---

---

---

---

---

**Diversificação alimentar**

Fornecimento de qualquer alimento líquido ou sólido para além do leite, independentemente da fonte láctea ser materna ou fórmula

> Fracção da energia fornecida pelo leite (materno ou de fórmula) nos primeiros 2 anos de vida:

- até aos 6 meses: 100%
- 6-8 meses: 66%
- 9-11 meses: 50%
- 12-24 meses: 33%

---

---

---

---

---

---

---

---

**Diversificação alimentar**

> Cinco novos grupos de novos alimentos:

- Farinhas (glicídios)
- Legumes frescos (sais minerais)
- Frutas (vitaminas)
- Gorduras (ácidos gordos )
- Alimentos de origem animal (proteínas)

---

---

---

---

---

---

---

---

**Diversificação alimentar**

**Recomendações**

- A dieta deve ser adaptada à família - avaliar os hábitos alimentares e hábit de preparar
- Adaptada ao desenvolvimento anatómico e metabólico do lactente
- A cronologia da introdução de novos alimentos não pode ser rígida - deverá ter-se como base os sinais de maturidade, que são variáveis e dependem da espécie alimentar
- A introdução dos alimentos deve ser progressiva, em pequenos volumes e não mais de um alimento de cada vez - evitando assim complicações que possam comprometer a aceitação dos alimentos e que favoreçam o desenvolvimento de alergias alimentares

○  não cumprimento destas recomendações pode levar a desequilíbrios nutricionais

---

---

---

---

---

---

---

---

**Diversificação alimentar**

**Porquê?**

- ⇒ Exigências nutricionais e inerentes ao desenvolvimento neurosensorial, motor e social do lactente

**Quando?**

- ⇒ Não deve ser introduzida antes das 17 semanas e todos os lactentes devem iniciá-la pelo menos cerca das 26 semanas de vida

---

---

---

---

---

---

---

---

**Diversificação alimentar**

**...Quando?**

**Demasiado precoce**

- Menor qualidade nutricional dos substitutos do leite -> comprometido do crescimento e maturação (baixa ingestão energética e sobrealimentação)
- > Risco de sensibilização e consequente resposta alérgica a alimentos
- > Risco de doença infecciosa
- Perseguição macromuscular inadequada (dificuldade na mastigação, > risco de regurgitação e aspiração)
- Dificuldade de digestão de alimentos sólidos e comprometimento do apetite
- Diminuição da produção de leite materno

---

---

---

---

---

---

---

---

**Diversificação alimentar**  
**...Quando?**

**Demasiado tardia**

- Risco de insuficiência energética do leite em exclusivo → compromisso do crescimento e desenvolvimento
- Compromisso em certos micronutrientes (ex. zinco, ferro) → consequências imunológicas, do crescimento e maturação
- Compromisso da aquisição e desenvolvimento das capacidades motoras (mastigação, deglutição) e do paladar e texturas diferentes

---

---

---

---

---

---

---

---

**Diversificação alimentar**  
**Como?**

Não há regras rígidas ou verdades absolutas!

↓

Necessidade de adaptar à realidade de cada lactente e de cada contexto sócio-cultural!

---

---

---

---

---

---

---

---

**Diversificação alimentar**  
**Cereal**

**Faixas licéas/não licéas**

- Sem glúten construídas apenas por um cereal (milho/aveia) - 4<sup>o</sup> mês
- Com glúten construídas por misturas de cereais - 6<sup>o</sup> mês
- Elevado teor energético (400kcal/100g) e prático

> **Fontes de fibra**

- Misturas de cereais (polivalentes e não polivalentes)
- Pastilhas de origem vegetal (3kg)
- Açúcares naturais (3kg)
- Fibra de aveia (3kg)
- Fibra de milho (3kg)
- Fibra de trigo (3kg)

---

---

---

---


---

---

---

---

**Diversificação alimentar**  
**Legumes**



- ▶ Os mais habituais para início deste grupo: brócolos, abóbora, alho, alho francês, alface, couve branca
- ▶ **ATENÇÃO:** espinafre, nabo, berinjela e cenoura têm alto teor de nitrato e fitato → risco aumentado de metahemoglobinemia – Introduzir a partir dos 12 meses
- ▶ Valor energético (40-60 kcal/100g)
- ▶ Importante fonte de micronutrientes (vitaminas) e macronutrientes (carboidratos) → adicionar 3-7,5 ml de azeite em cru a cada dose de calorificos de legumes

---

---

---

---

---

---

---


---

**Diversificação alimentar**  
**Fruita**

- ▶ Alimento introduzido precocemente (a partir dos 4,5-6 meses), habitualmente o primeiro (maçã, pera, banana)
- ▶ Não costuma constituir uma refeição isoladamente
- ▶ Algumas frutas potencialmente alergénicas ou fibrosas de facilitar (passiflora, laranja, melão, melancia) no 1º ano de vida

**Compostos de:**

- ▶ Vitamina
- ▶ Fibra
- ▶ Água
- ▶ Anticídianos



→ Com as frutas deve ser incluído, além da polpa, a casca, sementes, fibras e nutrientes, desde que não seja perigoso

---

---

---

---

---

---

---

---

**Diversificação alimentar**  
**Carne**

- ▶ Introduzir-se a 6 meses de idade
- ▶ Preferir carnes de aves (frango, peru) ou peixes (carilhos, coelho)
- ▶ Inicialmente no caldo de legumes e depois em preparados como farinha de tou ou acordos (2ª ao 10ª mês)

**Compostos de:**

- ▶ Proteínas de alto valor biológico
- ▶ Fibras de elevada biodisponibilidade (por zinco e ferro)
- ▶ Ácidos gordos (AC) polinsaturados, importantes no desenvolvimento cerebral

---

---

---

---

---

---

---

---

**Diversificação alimentar**  
**Peixe**

- Introduzir peixe magro (cozido, frito) ao 7º mês e peixes mais ricos em gordura (ex. salmão) ao 10º mês em pequenas porções (1 colher)
- Inicialmente no caldo de legumes e depois em preparados como farinha de ovo ou arroz (8º ao 10º mês)

**Fornecedor de:**

- Proteínas de alto valor biológico
- Gordura rica em AG poliinsaturados
- Iodo (peixe de mar)

---

---

---

---

---

---

---

---

**Diversificação alimentar**  
**Ovo**

- Introduzido progressivamente até aos 12 meses
- Inicialmente a gema (9 meses), num máximo de 2-3 gemas /semana e só depois a clara (>12 meses), devido a proteínas potencialmente alergénicas

**Fornecedor de:**

- Proteínas de alto valor biológico
- Lípidos (elevado teor de AG poliinsaturados)
- Ferro

---

---

---

---

---

---

---

---

**Diversificação alimentar**  
**Leguminosas**

Felão, ervilha, fava, lentilha, grão

- Introduzir cerca dos 9-11 meses de idade
- Importante fonte de energia

**Fornecedoras de:**

- Proteína vegetal
- Hidratos de carbono
- Minerais (cobre, zinco, magnésio, fósforo, cálcio)
- Fibra

---

---

---

---


---

---

---

---

**Diversificação alimentar**  
Produtos lácteos



- > Leite de vaca: contra-indicado no 1º ano de vida (em alguns países introduzido a partir dos 9 meses)
- > Iogurte:
  - Utilização permitida a partir dos 9 meses, desde que natural
  - Alimento completo, com proteínas de alto valor biológico, vitaminas e minerais (ex. cálcio)
  - Importante papel probiótico → protector de infeções gastrointestinais, regulizador da flora colica

---

---

---

---

---

---

---

---

**Diversificação alimentar**  
Sacarose e sal

Deve ser respeitada uma total evicção de açúcar e sal como aditivos alimentares no 1º ano de vida

---

---

---

---

---

---

---

---

**Diversificação alimentar**  
Vitaminas, Minerais e Ferro

- > Não é necessário qualquer suplemento vitamínico ou mineral, para além da Vitamina D, quer no aleitamento materno quer no lactente alimentado por fórmula
- > Utilizar suplementos de Ferro a partir do 2º semestre apenas no lactente de risco

---

---

---

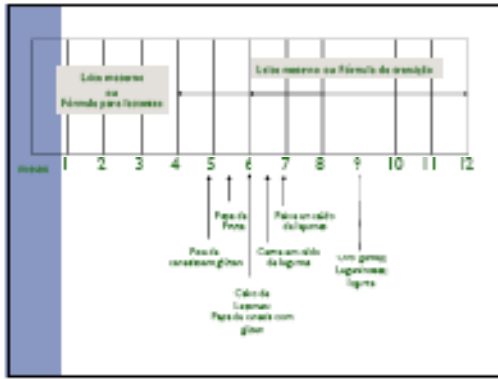
---

---

---

---

---




---

---

---

---

---

---

---

---

### Bibliografia

- Alimentação e Nutrição nos Primeiros Anos de Vida. 7ª Conferência Nacional de Nutrição (2007). Terceira, Açores, Portugal. Portugal: Instituto Nacional de Saúde.
- Agostoni C, Decsi T, Fernández FL, Goulet O, Kolacek S, Noleiro G, et al; Complementary Feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 46: 99-113.
- Rêgo C, Ribeiro L, Guarná A. Leite e Fórmulas infantis: Uma Visão Atualizada da Realidade em Portugal. *Acta Pediatr Port*. 2002;13(4): 22-27-74.
- Agostoni C, Aralozon J, Goulet O, Kolacek S, Michaelsen KE, Pinto J. Soy protein Infant Formulae and Follow-on Formulae: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. April 2004; 40: 250-261.

---

---

---

---

---

---

---

---




---

---

---

---

---

---

---

---

## **Anexos**

Anexo I- Programa de Actividades em Pediatria

Anexo II- Caderno de Estágio de Pediatria

### Anexo I

PROGRAMAÇÃO DE ACTIVIDADES EM PEDIATRIA  
(sujeita a alterações)

Aluno 1 Teresa Chuva

	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5
SEG	CE Pneumo	CS	SU/Int	SU/Int	SU/Int
TER	Int	CS	CE Gastro	CE Desenv.	
QUAR	Int/RD	CS	Int/RD	Int/RD	Int/RD
QUIN	CE Ped Ger	CS	CE Ped Ger	CE Desenv.	CE Nutr
SEX	SU	CS	Int/RD	Int/RD	Int/RD

Aluno 2 Joana Medeiros

	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5
SEG	CE Pneumo	SU/Int	CS	SU/Int	SU/Int
TER	SU/Int	CE Gastro	CS	CE Neo?	CE Ped
QUAR	CE Desenv.		CS	Int/RD	CE Desenv.
QUIN	CE Nutrição	CE Ped Ger	CS	CE Ped Ger	Int
SEX	SU	Int/RD	CS	Int/RD	Int/RD

Aluno 3 Joana Leal

	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5
SEG	CE Pneumo	SU/Int.	SU/Int	CS	SU/Int
TER	SU/Int	Int/RD		CS	CE Gastro
QUAR	Int/RD	CE Nutr	CE Desenv	CS	Int/RD
QUIN	CE Desenv	Int	CE Neo (?)	CS	Int
SEX	SU	CE Ped Ger	CE Ped Ger	CS	Int/RD

Aluno 4 Pedro Lopes

	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5
SEG	CE Pneumo	CE Pneumo	CE Desenv	CE Gastro	CS
TER	SU/Int	SU/Int	SU/Int	SU/Int	CS
QUAR	Int/RD	Int/RD	Int/RD	Int/RD	CS
QUIN	CE Desenv	CE Neo(?)	CE Desenv	CE Nutr	CS
SEX	Int/RD	Int/RD	Int/RD	CE Ped Ger	CS

CE Consulta Externa; RD Reunião com docente

Reuniões:

2ª: Internos (Biblioteca)

3ª Visita

4ª Casos clínicos

5ª R Temática

**Anexo II**

FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO



**PRÁTICA CLÍNICA - 6º ANO**

CADERNO DE ESTÁGIO  
- PEDIATRIA -

**Ano Lectivo 2009/2010**

Regente - Álvaro Machado de Aguiar  
Professor Catedrático

**IDENTIFICAÇÃO do Aluno / Estagiário**

- Ano Lectivo 2009/2010 -

Nome:	Maria Teresa Carlos Duarte Rodrigues Chuva
Bloco:	Pediatria
Orientador	Professora Doutora Tereza Almeida
Período:	de 17/02/2010 a 19/03/2010

Centro de Saúde	<del>Anfibólio Costa</del> ACES Foz de Ovar
Director	Dr Rui Mendes
Orientador	Dr. Fátima Pinto
Período:	de 22/02/2010 a 26/02/2010

## INTRODUÇÃO

Os alunos que cumprem a Prática Clínica como última etapa de formação pré-graduada devem atender ao conteúdo de alguns *Documentos Fundamentais* tais como: a Declaração Universal dos Direitos do Homem, o Código Internacional de Ética Médica, o Julgamento de Hipócrates, a Declaração de Genebra, a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, a Carta dos Direitos das Crianças Hospitalizadas, o Código Deontológico da Ordem dos Médicos, a Declaração de Helsínquia ... Mas para os alunos que frequentam a Prática Clínica – Pediatria é particularmente importante o conhecimento da Carta de Direitos e Deveres do Aluno de Medicina no Ciclo Clínico, redigida pelo Professor Doutor Norberto Teixeira Santos, e assumida como sua pela Comissão Coordenadora da Faculdade de Medicina do Porto, e a Declaração Universal dos Direitos da Criança, que Portugal subscreveu.

### *Carta de Direitos e Deveres do Aluno de Medicina no Ciclo Clínico*

*Comissão Coordenadora da Faculdade de Medicina do Porto*

*Professor Doutor Norberto Teixeira Santos*

#### *Objectivos:*

*Pretende-se com esta CARTA DE DIREITOS E DEVERES fomentar atitudes e práticas fundamentais dos alunos das áreas clínicas nas instituições em que se processa a respectiva aprendizagem, em ordem a que todos sejam beneficiados: alunos, instituições e doentes.*

#### *Introdução:*

*Os discentes que iniciam o ciclo clínico e, assim, se integram na prática hospitalar, de saúde pública, medicina comunitária ou outras, vão estar agora em contacto com o homem saudável ou com doenças somáticas, psicossomáticas ou perturbações comportamentais, determinadas pelo ambiente e pela sociedade onde está inserido. Para a sua adequada aprendizagem e o seu correcto comportamento importa que sejam definidos os seus direitos e deveres indispensáveis.*

*A este respeito, há que ter em conta que os alunos quando entram no ciclo clínico, têm já a sua personalidade formada e que a sua educação básica, familiar, social e cultural é muito diferente entre eles, designadamente quanto aos seus conceitos morais e às práticas deles decorrentes.*

*Contudo, quase tudo será em vão se a prática diária de todo o pessoal de saúde, especialmente dos médicos, com quem convivem, não for conforme à ética e à deontologia.*

*Na vida médica, têm de estar presentes as virtudes indispensáveis àqueles que se dedicam à medicina: fidelidade à verdade para com os outros e para consigo próprio; compaixão, capacidade de compreender o sofrimento dos outros em todas as dimensões; equidade que procura apaixonadamente a justiça; fortaleza e temperança, integridade e modéstia e, ainda, como reconhecia Aristóteles, a virtude da sabedoria prática no contexto moral, algo que poderíamos chamar Bom Senso.*

#### *DIREITOS DOS ALUNOS*

- 1. Os alunos do ciclo clínico deverão usufruir de todas as facilidades que lhes permitam a aprendizagem médica nas enfermarias, consultas externas, urgências, laboratórios, serviços complementares de diagnóstico, arquivos clínicos, centros de saúde, visitas domiciliárias ou outras quaisquer actividades ou funções que possam contribuir para a sua formação global e integrada, que englobe o raciocínio clínico, o diagnóstico, a terapêutica, a recuperação e a integração social.*

2. *À Faculdade de Medicina e ao Hospital de S. João, bem como a outras instituições, compete, em conjunto, numa colaboração activa e dinâmica, proporcionar e facilitar tais meios.*
3. *Os alunos, uma vez integrados nos grupos de trabalho, Serviços, Departamentos, Centros de Saúde ou outros, deverão ser considerados por todos, como um dos seus e tratados por todos os médicos, como futuros colegas. A sua situação de dependência e insuficiência relativa, enquanto alunos, deve ser motivo para ajuda acrescida.*
4. *Os alunos devem ter o direito de colocar dúvidas e questões relativas aos actos médicos, condutas clínicas, éticas ou deontológicas, em privado ou em grupos de trabalho profissional.*
5. *Os alunos, sempre que devidamente autorizados pelos seus tutores, poderão informa-se sobre os processos de outros doentes para melhor compreensão e integração de conhecimentos.*
6. *Os alunos, em cada serviço, têm direito a que lhes sejam dadas a conhecer as regras específicas de actuação e conduta, escritas sempre que possível.*
7. *Os alunos deverão ser introduzidos/ apresentados pelos seus tutores ao doente, ao qual deverá ser pedido assentimento para a sua colaboração no ensino.*

#### DEVERES DOS ALUNOS

1. *Os alunos, tal como todos os profissionais da Instituição, deverão ter bem visível a sua identificação (nome, ano de curso e Serviço onde se integram).*
2. *Os alunos deverão ter apresentação condigna com a sua futura profissão e com a imagem que os doentes têm de um profissional médico.*
3. *Os alunos deverão usar de trato urbano, designadamente com o doente e familiares (cada doente é um Senhor ou uma Senhora), abstenendo-se de utilizar tratamentos familiares ou paternalistas, muito embora nas crianças e adolescentes o tratamento pelo primeiro nome possa e deva ser, em muitos casos, o usado.*
4. *Em todas as situações, os alunos deverão identificar-se perante o doente e solicitar a sua anuência para a entrevista e / ou observação.*
5. *Os alunos deverão ter presente a disciplina do Serviço e usar de trato correcto, urbano e hierarquizado com todo o grupo de trabalho em que se integrem.*
6. *Aos alunos não é permitido fazer quaisquer comentários, sugestões ou críticas que envolvam actos médicos, de enfermagem ou outros, na presença dos doentes.*
7. *Os alunos estão obrigados ao sigilo profissional, quer no que diz respeito aos doentes, quer no que concerne aos Serviços onde praticam.*

#### DECLARAÇÃO DOS DIREITOS DA CRIANÇA

Assembleia Geral das Nações Unidas - 1959

##### I

*A criança deve gozar de protecção especial e ter oportunidades e facilidades para se desenvolver de maneira sadia e normal e em condições de liberdade e dignidade.*

##### II

*A criança tem direito, desde que nasce, a um nome e a uma nacionalidade.*

##### III

*A criança deve beneficiar de segurança social.*

##### IV

*A criança tem direito a alimentação adequada e alojamento a distrações e a cuidados médicos.*

## V

*A criança física e mentalmente diminuída ou socialmente desfavorecida, deve receber o tratamento, a educação e os cuidados especiais que o seu estado ou situação exige.*

## VI

*A criança tem necessidade de amor e compreensão para o desabrochar harmonioso da sua personalidade.*

## VII

*A sociedade e os poderes públicos têm o dever de tomar um cuidado especial em relação às crianças sem família ou às que não têm meios de subsistência suficientes. É desejável que sejam facultados às famílias numerosas, alojamentos do Estado ou outros para o cuidado das crianças.*

## VIII

*A criança tem direito a uma educação que deve ser gratuita e obrigatória pelo menos ao nível elementar.*

## IX

*Deve beneficiar de uma educação que contribua para a sua cultura geral e lhe permita, em condições de igualdade de classes desenvolver as suas faculdades, opiniões pessoais, sentido de responsabilidades morais e sociais e de se tomar uma realidade à sociedade.*

## X

*A criança em tempo de perigo deve estar entre as primeiras a receber protecção e socorros.*

## XI

*A criança deve ser protegida de todas as formas de negligência, crueldade ou exploração.*

## XII

*A criança não deve trabalhar antes de atingir a idade mínima apropriada; não deve em nenhum caso ser constrangida ou autorizada a aceitar uma ocupação ou emprego que prejudique a sua saúde ou a sua educação e entrave o seu desenvolvimento físico, mental e moral.*

## XIII

*A criança deve ser protegida contra as práticas que possam levar à discriminação racial, à discriminação religiosa ou qualquer outra forma de discriminação.*

## XIV

*Deve ser educada num espírito de compreensão, de tolerância, de amizade entre os povos, de paz e fraternidade universal e no sentimento que lhe é próprio de consagrar a sua energia e o seu talento ao serviço dos seus semelhantes.*

## Prática Clínica - Pediatria

### DOCENTES

Regente: Álvaro de Aguiar (Professor Catedrático).

Equipa docente: Álvaro de Aguiar (Professor Catedrático); Manuel Fontoura (Professor Associado); Caldas Afonso, Helena Jardim, Júlia Eça Guimarães, Inês Azevedo e Carla Rego (Professores Auxiliares); Cíntia Castro-Correia, Susana Soares, Andreia Leitão Tavares (Assistentes voluntários).

### OBJECTIVOS

Objectivos gerais: Aperfeiçoamento de conhecimentos, atitudes e aptidões que permitam ao estudante assegurar cuidados de saúde à criança no contexto do seu meio familiar e social.

Objectivos específicos: O estudante deve sedimentar conhecimentos anteriormente aprendidos sobre a criança normal: Crescimento e desenvolvimento e suas variantes; Temperamento e comportamento e seus principais factores determinantes; Integração no meio familiar, escolar e social; Necessidades nutricionais nos diferentes grupos etários; Prevenção da doença por vacinação; Conselhos para promoção de hábitos saudáveis e educação para a saúde; Medidas sociais de protecção à criança e rede de cuidados de saúde. Deve aprender a diagnosticar e tratar doenças pediátricas comuns na sua comunidade; a rastrear e orientar doenças raras que ultrapassem a sua competência; a prestar cuidados imediatos em situações de urgência; Reconhecer o impacto das doenças na criança e na família.

### COMPETÊNCIAS

No final do estágio o estudante deve: ser capaz de comunicar com as crianças dos diferentes grupos etários e com os seus familiares, adequando-se aos diferentes contextos sociais e étnicos; saber observá-la, adaptando o exame ao seu grupo etário, e reconhecer sinais de doença; estar habilitado a seguir crianças saudáveis numa consulta de saúde infantil, prescrevendo cuidados de puericultura e de medicina preventiva; reconhecer e tratar as doenças correntes da comunidade; requisitar e interpretar meios de diagnóstico adequados; prescrever terapêuticas; definir o prognóstico; manter o doente e os familiares ao corrente da situação, de acordo com os princípios éticos fundamentais.

### CONTEÚDOS

O ensino e a aprendizagem efectuam-se através da participação activa diária dos discentes nos grupos de trabalho médico que asseguram a assistência às crianças e adolescentes, nos sectores de internamento, de ambulatório e de urgência, bem como em centro de saúde. O estágio neste último, durante uma semana, visa o melhor conhecimento da criança normal integrada na sua família, comunidade e escola, e dos cuidados preventivos, nomeadamente do esquema de imunizações.

Em resumo, são objectivos da Prática Clínica Pediátrica:

- Saber comunicar com os doentes, familiares e com todos os profissionais de saúde.
- Saber observar crianças, dos vários grupos etários, e adolescentes.
- Saber decidir, com critério, sobre o recurso a exames subsidiários de diagnóstico.
- Saber formular e discutir hipóteses de diagnóstico.
- Saber realizar algumas técnicas correntes de diagnóstico e de tratamento.
- Ser capaz de algumas decisões terapêuticas.
- Ser capaz de acompanhar a evolução da doença, adequando as decisões terapêuticas.
- Saber adiantar algumas perspectivas sobre o prognóstico.
- Ter sempre presentes nas suas atitudes referências de comportamento ético.

O Caderno de Estágio Clínico reúne as recomendações quanto às regras da sua utilização e da validação do estágio: impressos da anotação de todas as actividades formativas, da listagem de desempenhos e procedimentos, do registo da avaliação dos *alunos/estagiários*, do desenvolvimento do estágio, da avaliação contínua e do aproveitamento em cada uma das áreas e sub-áreas, da avaliação do desempenho pelo orientador e pelo aluno, e do documento de justificação de faltas.

**MÉTOS DE ENSINO E APRENDIZAGEM**

O ensino decorre durante cinco semanas, correspondente a 25 dias úteis, com horário de 34 horas semanais. Durante quatro semanas os estudantes estagiarão nas enfermarias, na consulta externa e no serviço de urgência, de acordo com as escalas designadas pelo seu tutor. Assistirão, de forma obrigatória, às reuniões de serviço, designadamente: a) segundas-feiras, reunião da consulta externa, com discussão de casos clínicos e apresentação de temas genéricos de índole prática; b) terças e sextas-feiras, visitas dos doentes internados nas enfermarias de Pediatria; c) quartas-feiras, reunião de casos clínicos, de clube de leitura e de formação contínua; d) quintas-feiras, temas teóricos de aperfeiçoamento e actualização. No centro de saúde os estudantes cumprirão as normas vigentes em cada um deles, de acordo com as instruções dos tutores nele designados. Todos os estudantes devem preparar um tema de entre 20 propostos, de índole prática, para apresentação aos seus pares, mediante discussão guiada por um docente. A cada discente será distribuído um Caderno de Estágio, onde constam os objectivos da disciplina e a metodologia a cumprir. Devem registar em local próprio as actividades desenvolvidas, a assiduidade, os resumos de histórias clínicas. A apreciação sobre a sua actividade e a classificação final fundamentada será preenchida pelo tutor.

O ensino e a aprendizagem efectua-se através da participação activa diária dos discentes nos grupos de trabalho médico que asseguram a assistência às crianças e adolescentes, nos sectores de internamento, de ambulatório e de urgência, bem como em centro de saúde. O estágio neste último, durante uma semana, visa o melhor conhecimento da criança normal integrada na sua família, comunidade e escola, e dos cuidados preventivos, nomeadamente do esquema de imunizações.

**BIBLIOGRAFIA**

**Nelson Essentials of Pediatrics.** Robert Kliegman, Karen Marcante, Hal Jenson Richard Behrman (esd). Elsevier Saunders 2006 (5<sup>a</sup> edition). **Illustrated Textbook of Paediatrics** - Tom Lissauer and Graham Clayden. Mosby, 2007 (3<sup>a</sup> edition); **Nelson's Textbook of Pediatrics** - Beheram and Vaughan Eds. Saunders Company. 18<sup>th</sup> Edition, 2008; **Essential Pediatrics** - D Hull and D Johnston Eds. Churchill Livingstone; **Hospital Pediatrics** - D Milner and D Hull Eds. 3rd Edition, Churchill Livingstone.

São fornecidos aos estudantes vários textos de apoio, resumos alargados dos diferentes temas tratados, bem como alguns protocolos do Departamento de Pediatria.

**Regras/Recomendações**

- O Caderno de Estágio será fornecido na semana anterior ao início de cada período formativo no sector Administrativo do Departamento de Pediatria.
- Todos os *documentos* que compõem este caderno deverão ser preenchidos.
- Todas as ausências serão justificadas por escrito, em impresso próprio, rubricado pelo respectivo orientador/monitor.
- A apreciação positiva de desempenhos, de atitudes e de aptidões, determinantes para a obtenção de aproveitamento, deverá ser confirmada com a rubrica do orientador/monitor.
- Marcar no Caderno de Estágio as reuniões de trabalho previstas com o orientador/tutor.
- Registe no local próprio as observações, as recomendações e os reparos do seu Orientador.
- Registar outras observações sobre aspectos a estudar ou a exercitar mais profundamente.
- O caderno de estágio deverá ser entregue ao Orientador no fim do período formativo.
- Use sempre a bata quando frequenta os Serviços do Departamento de Pediatria.
- Use sempre o cartão de identificação de aluno de forma visível.
- É indispensável que o seu Orientador certifique, através de uma rubrica, os progressos que vai alcançando.

**AValiação**

A avaliação é feita de modo contínuo. Preenchidos os requisitos que permitem a avaliação de Apto, que incluem a assiduidade (mínima de 90% do previsto), a elaboração de duas histórias clínicas, informação favorável do Centro de Saúde e a obtenção de suficiente nos itens da grelha de avaliação, e o cumprimento dos objectivos atrás descritos, será atribuída classificação máxima de 17 valores. Os estudantes que pretendam classificação superior ou melhoria da atribuída deverão submeter-se a exame, que inclui observação de criança, elaboração do respectivo relatório e discussão perante um júri.

ACTIVIDADES

↳

Durante o Estágio Clínico, para verificar os progressos do aluno/estagiário, prevêem-se três reuniões com o orientador/tutor, cujo conteúdo deverá ficar registado no Caderno de Estágio.

O aluno efectuará comentários/reflexões que irão servir de base para as reuniões de trabalho com o orientador/tutor.

1ª Reunião - Apresentação e definição de objectivos

Dia: 17/02/2010 ; hora: \_\_\_\_\_

Observações:

Quando ocorreu a 1ª reunião do meu grupo com a nossa orientadora, encontrava-me em estágio no Centro de Saúde, pelo que não assisti ao essencial da apresentação e definição de objectivos. Por este motivo, a principal apresentação do bloco foi feita, no meu caso, durante a reunião inicial com o professor Doutor Fontana, no 1º dia de estágio, em que foram introduzidas as objectivas da "Prática Clínica Pediátrica", competências que devemos adquirir e os meios em que irá decorrer o estágio (passagem pelo internamento, consultas externas e serviço de Urgência), bem como a sua forma de avaliação.

2ª Reunião - No final da 2ª semana

Dia: 05/03/2010 ; Hora: \_\_\_\_\_

Observações:

Aluno: Reflexão sobre o desenvolvimento do estágio

Esta semana foi particularmente dedicada à observação de crianças internadas e colheita de histórias clínicas com a posterior discussão das mesmas. Foram-nos, em especial, na discussão de meningococis.

Resumo de História Clínica:

lactente do sexo masculino, 5 meses de idade, natural e residente no Porto, raça negra. Antecedentes de laringotraqueobronquial cirurgia a atesia esofágica, malformações cardíacas congénitas (CIA, FOP), 3 episódios de bronquite com necessidade de 2 internamentos e cirurgia a laringite inquirida esquerda. No dia 03/Fev/2010, inicia quadro de febre intenso, irritabilidade, respiração ruidosa e tosse produtiva com um episódio de vômito após uma refeição, de conteúdo alimentar, associado à tosse. Noq febre, alterações do apetite, minúscias ou do trânsito gastrointestinal. Recorre ao SU no dia 03/Fev. Ao exame objetivo, verificava-se traqueia supra-clavicular e subcostal, taquipneia, sibilos e rales bilaterais difusos. Estava agitada, sem alterações na auscultação cardíaca, exame abdominal, orofaringe e otoscopia. Sem exantemas, petéquias ou sinais meningéicos. Foi internado para oxigenoterapia, antioboterapia e aspiração de secreções. Teclado VSR das secreções respiratórias durante o internamento.

Hipóteses de diagnóstico: bronquite, sibilância recorrente, asma, pneumonia de aspiração, cardiopatia das corações.

Orientador: Comentários e avaliação

Assinatura do Orientador: \_\_\_\_\_

Assinatura do Aluno: Teresa Chuva



DESEMPENHOS E PROCEDIMENTO

- Ano Lectivo 2009/2010 -

- De âmbito geral -

A serem desenvolvidos em todas as áreas de estágio	Nível	O orientador
Obtenção de consentimento informado do doente	1	/
Elaboração da nota de alta	1	/
Procedimento perante alta a pedido	1	/
Procedimento para verificação de óbito	1	/
Procedimento de comunicação de óbito á família	1	/
Comunicação médico-doente, médico-família e inter-pares.	2	/
Relação médico-doente	3	/
Relação inter-pares e inter-institucional (incl. não médicos)	1	/
Trabalho em Equipa	3	/
Gestão da consulta e da prática	1	/
Diagnóstico (aspectos físicos, psicológicos e sociais)	2	/
Uso de dados epidemiológicos, estatísticos e demográficos	1	/
Colheita, registo e tratamento da informação clínica	2	/
Anamnese e exame físico	3	/
Pedido e interpretação de exames auxiliares de diagnósticos	2	/
Prescrição medicamentosa e avaliação dos seus efeitos	1	/
Identificação da informação clínica necessária à referenciação	1	/
Avaliação do efeito terapêutico da relação médico-paciente	1	/
Avaliação familiar relacionada com a saúde e a doença	2	/
Aplicação dos protocolos de vigilância	2	/
Identificação de pessoas em risco e respectiva actuação	2	/
Aplicação de protocolos e procedimentos de rastreio	2	/
Aconselhamento em saúde	2	/
Certificação de estados de saúde e de doença	1	/
Cálculo da dose do medicamento a administrar	1	/
Elaboração da prescrição terapêutica	1	/
Aconselhamento sobre estilos de vida	2	/

Nível 1 - Conhecer

Nível 2 - Conhecer e ver fazer

Nível 3 - Conhecer e saber executar

DESEMPENHOS E PROCEDIMENTOS

- Ano Lectivo 2009/2010 -

- Específicos -		
	Nível	o orientador
Aptidões Práticas Globais	3	
Aconselhamento em Saúde Infantil	3	
Aplicação de protocolos de vigilância de Saúde Infantil	3	
Aplicação de programas de rastreio	3	
A entrevista e a comunicação na colheita da anamnese	3	
Observação da criança em função do grupo etário	3	
Avaliação do crescimento: estatura e peso	3	
Avaliação do desenvolvimento psico-motor e sensorial	3	
Exame do recém-nascido e do lactente	3	
Medição do perímetro cefálico	3	
Medição da temperatura corporal	3	
Medição da tensão arterial	3	
Avaliação familiar	3	
Identificação da criança de risco - actuação	3	
Colheita de produtos para análise	2	
Colheita de sangue venoso	2	
Punção lombar	2	
O regime alimentar adaptado ao nível cultural da mãe	3	

Nível 1 - Conhecer

Nível 2 - Conhecer e ver fazer

Nível 3 - Conhecer e saber executar

## REGISTOS DE PRESENCAS

- Ano Lectivo 2009/2010 -

Tempo de Serviço Escolar - 35 horas semanais

Data	(Rubrica Aluno)	Observações	(Rubrica Orientador)
17/02	M. Teresa Chuva	Internamento	
18/02	M. Teresa Chuva	Internamento; Discussão das Histórias	
19/02	M. Teresa Chuva	Internamento	
01/03	M. Teresa Chuva	Internamento	
02/03	M. Teresa Chuva	Consulta Externa de Gastro	
03/03	M. Teresa Chuva	Internamento	
04/03	M. Teresa Chuva	Internamento; Visitas <sup>Cuidados</sup> Internas	
05/03	M. Teresa Chuva	Discussão sobre abordagem do doente com meningite crónicas; Discussão de Casos Clínicos	
07/03	M. Teresa Chuva	Serviço de Urgência	Raimon SCS
08/03	M. Teresa Chuva	Folga	
09/03	M. Teresa Chuva	Consulta externa do Desenvolvimento	
10/03	M. Teresa Chuva	Internamento Estado de alimentação no 1º ano de vida	
11/03	M. Teresa Chuva	Discussão de Histórias Clínicas	
12/03	M. Teresa Chuva	Internamento	
15/03	M. Teresa Chuva	Consulta externa Pneumonia	
16/03	M. Teresa Chuva	Internamento	
17/03	M. Teresa Chuva	Serviço de Urgência	
18/03	M. Teresa Chuva	Internamento. Discussão de Histórias Clínicas	
19/03	M. Teresa Chuva	Consulta Externa Nefrologia	

**AVALIAÇÃO CONTÍNUA PELO ORIENTADOR/TUTOR**

- Ano Lectivo 2009/2010 -

Assinale a célula que melhor corresponde às competências e aos desempenhos do(a) aluno(a):

**Nível dos Conhecimentos**

Insuficiente	Suficiente	Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Muito Bom
--------------	------------	-----	---

**Capacidade de integração de conhecimentos, aptidões e atitudes na prática clínica**

Insuficiente	Suficiente	Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Muito Bom
--------------	------------	-----	---

**Aspectos quantitativos e qualitativos da realização de procedimentos e gestos**

Insuficiente	Suficiente	Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Muito Bom
--------------	------------	-----	---

**Qualidade da comunicação com os pacientes e com os profissionais de saúde**

Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom <input checked="" type="checkbox"/>
--------------	------------	-----	---

**Trabalho e integração em equipa**

Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom <input checked="" type="checkbox"/>
--------------	------------	-----	---

**Comportamento e atitudes na prática clínica**

Insuficiente	Suficiente	Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Muito Bom
--------------	------------	-----	---

**Empenhamento pessoal do formando na sua aprendizagem**

Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom <input checked="" type="checkbox"/>
--------------	------------	-----	---

Insuficiente < 10  
 Suficiente 10 - 13  
 Bom 14 - 16  
 Muito Bom > 16

**Avaliação - Média das avaliações parcelares.**

DESEMPENHOS E PROCEDIMENTOS

- Ano Lectivo 2009/2010-

CENTRO DE SAÚDE

Aptidões Práticas Globais	Nível	O orientador
Aconselhamento em Saúde Infantil	3	[assinatura]
Aplicação de protocolos de vigilância de Saúde Infantil	3	[assinatura]
Aplicação de programas de rastreio	3	[assinatura]
A entrevista e a comunicação na colheita da anamnese	3	[assinatura]
Observação da criança em função do grupo etário	3	[assinatura]
Avaliação do crescimento - estatura e peso	3	[assinatura]
Avaliação do desenvolvimento psico-motor e sensorial	3	[assinatura]
Exame do recém-nascido e do lactente	3	[assinatura]
Avaliação familiar	3	[assinatura]
Identificação da criança de risco e respectiva actuação	3	[assinatura]
O regime alimentar adaptado ao nível cultural da mãe	3	[assinatura]

AValiação CONTÍNUA PELO ORIENTADOR/TUTOR

- Ano Lectivo 2009/2010 -

CENTRO DE SAÚDE

Assinale a célula que melhor corresponde às competências e aos desempenhos do(a) aluno(a):

Nível dos Conhecimentos

Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	α
--------------	------------	-----	-----------	---

Capacidade de integração de conhecimentos, aptidões e atitudes na prática clínica

Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Λ
--------------	------------	-----	-----------	---

Aspectos quantitativos e qualitativos da realização de procedimentos e gestos

Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	κ
--------------	------------	-----	-----------	---

Qualidade da comunicação com os pacientes e com os profissionais de saúde

Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Λ
--------------	------------	-----	-----------	---

Trabalho e integração em equipa

Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	κ
--------------	------------	-----	-----------	---

Comportamento e atitudes na prática clínica

Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	κ
--------------	------------	-----	-----------	---

Empenhamento pessoal do formando na sua aprendizagem

Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Λ
--------------	------------	-----	-----------	---

Insuficiente < 10  
 Suficiente 10 - 13  
 Bom 14 - 16  
 Muito Bom > 16

Avaliação - Média das avaliações parcelares.

REGISTOS DE PRESENCAS – CENTRO de SAÚDE

Ano Lectivo 2009/2010 -

Data	O aluno	Observações	O orientador
23/02/2010	Teresa Chuva		Dr. João Pinho
23/02/2010	Teresa Chuva		Dr. João Pinho
24/02/2010	Teresa Chuva		Dr. João Pinho
25/02/2010	Teresa Chuva		Dr. João Pinho
26/02/2010	Teresa Chuva		Dr. João Pinho

Reunião - No final do estágio do Centro de Saúde

Dia: 25/2/2010 ; Hora: 11.30h

Observações:

Aluno: reflexão sobre o estágio

Considero este estágio particularmente importante/interessante pela oportunidade de contactarmos com o acompanhamento de crianças saudáveis, bem como a avaliação do seu desenvolvimento psicoevolutivo. Por outro lado, somos, também, confrontados com patologias diferentes das que, em regra, são observadas no hospital (quer em consultas especializadas, quer no internamento).

Faço, portanto, um balanço em todo positivo desta semana de estágio.

Discussão dos itens de desempenho:

Orientador: comentários e avaliação

Concordo com todo o trabalho e a compreensão das coisas que lhe foram confiadas. Demonstrou muito bom nível de conhecimentos técnicos e muito boa capacidade de lidar com a criança e a família. Boa interação e trabalho com crianças e pais. Muito bom.

O aluno/estagiário: Teresa Chuva

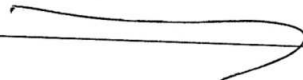
O Orientador: Dr. João Pinho

**CERTIFICADO DA AVALIAÇÃO CONTÍNUA**  
- Ano Lectivo 2009/2010 -

Nome:	Mário Teresa Chuva	
Bloco nº		
Período:	de 11/02/2010 a 19/03/2010	

A classificação da avaliação contínua do Estágio Clínico deverá ser quantificada numa escala de 0 a 20 valores. Os critérios que definem um Estágio Com Aproveitamento (Quadro I) permitem a classificação máxima de 17 valores. Classificações superiores obrigarão a exame individual.

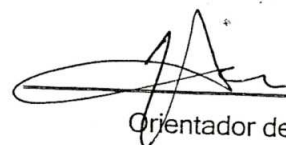
No Quadro II são indicados os critérios que definem um Estágio Sem Aproveitamento. A obtenção de classificação inferior a 10 valores implica não-aprovação.

Classificação (\*) Dezessete  Valores

(\*) Segundo a alínea a) do ponto 1 do anexo ao Despacho nº 34/2003 datado de 2 de Julho de 2003, a classificação deverá ser um número inteiro na escala de 0 a 20 valores.

Data: 9/4/2010

\_\_\_\_\_  
Aluno/estagiário

  
Orientador de Estágio

\_\_\_\_\_  
Regente

O Caderno deve ser entregue ao REGENTE na semana após o termo do Bloco

## Quadro I

**Critérios Individuais que definem a Prática Clínica Com Aproveitamento**

## 1. Competência Clínica

- Demonstra conhecimentos, realiza procedimentos e evidencia atitudes essenciais para actuação clínica adequada em situações comuns.
- Avalia correctamente as situações clínicas, determina as prioridades das medidas para a resolução de problemas comuns.
- Revela capacidade para tomar decisões com sentido de responsabilidade individual merecedora da confiança da equipa em que está integrado.
- Acompanha conscienciosamente a situação dos doentes, procedendo ao registo regular de relatórios e dos processos clínicos, verificando o cumprimento e os resultados das mediadas estipuladas.

## 2. Comportamento e Atitudes do Estagiário

- Considera e valoriza as perspectivas, preocupações e /ou expectativas dos doentes/familiares.
- Reconhece as dificuldades próprias e esforça-se por corrigir rapidamente os seus erros ou limitações.
- Reconhece atempadamente quando deve solicitar auxílio e procede adequadamente.
- Tem bom relacionamento com os restantes elementos da equipa clínica, colaborando nas actividades que lhe foram atribuídas, como elemento activo e disponível.
- Tem capacidades de comunicação com os doentes, os familiares e outros profissionais de saúde.
- Demonstra interesse e motivação para melhorar, na prática clínica, os conhecimentos, capacidades e atitudes.
- Evidencia equilíbrio emocional, preserva a própria saúde e tem comportamento social ajustado.
- Evidencia honestidade, integridade de relacionamento pessoal e respeito pela confidencialidade e direitos dos doentes.

## Quadro II

**Critérios Individuais que definem a Prática Clínica Sem Aproveitamento**

## 1. Competência Clínica do Estagiário

- Revela incapacidade na obtenção correcta de anamneses e/ou na execução do exame objectivo.
- Revela incapacidade em relacionar os dados da anamnese e do exame objectivo com hipóteses de diagnóstico e/ou de terapêutica.
- Toma decisões precipitadas.
- Mostra conhecimento insuficiente de medidas de diagnóstico e de terapêutica comuns, e/ou respectiva pertinência, efeitos secundários, contra-indicações e custo económico.
- Carece de rigor e de regularidade no acompanhamento de situações clínicas, no preenchimento de relatórios ou fichas clínicas e na verificação do cumprimento ou dos resultados das medidas clínicas estipuladas.
- Não acompanha regular e cuidadosamente os doentes que lhe foram distribuídos.
- Revela incapacidade ou deficiência em distinguir prioridades, em acompanhar situações clinicamente urgentes ou noutras situações geradoras de instabilidade.

## 2. Comportamento e Atitudes do Estagiário

- Não atende nem respeita as instruções ou correções do seu orientador e/ou dos outros membros da equipa clínica em que está integrado.
- Não considera e não valoriza as perspectivas, preocupações e/ou expectativas dos doentes/familiares.
- Não reconhece as dificuldades, as deficiências ou os erros próprios.
- Não reconhece quando a situação ultrapassa todas as suas capacidades e deve procurar auxílio.
- Revela acentuadas limitações de colaboração e de relacionamento com os outros elementos da equipa clínica, dela se excluindo.
- Não é merecedor de confiança e/ou não tem sentido das responsabilidades profissionais.
- É indelicado no relacionamento com doentes, superiores e outros membros da equipa clínica.
- Revela instabilidade emocional e/ou dependências que põem em risco a saúde própria e do doente.
- Evidencia comportamento anti-social e/ou desonestidade.
- Revela incapacidade ou limitações na gestão eficaz do tempo de serviço próprio como futuro profissional.
- Revela falta de assiduidade e de pontualidade, pondo em causa a possibilidade de aprendizagem e a validação do seu estágio.

JUSTIFICAÇÃO DE FALTA  
- Ano Lectivo 2008/2009

Nome: \_\_\_\_\_ (nº \_\_\_\_\_)

Dia(s) em que faltou: \_\_\_\_\_

Motivo (\*): \_\_\_\_\_

O Aluno \_\_\_\_\_

Tomada de conhecimento e aceitação

\_\_\_\_\_  
O Orientador (ou o Director de Serviço)

(\* Juntar atestado médico, sendo por doença.



JUSTIFICAÇÃO DE FALTA  
- Ano Lectivo 2008/2009 -

Nome: \_\_\_\_\_ (nº \_\_\_\_\_)

Dia(s) em que faltou: \_\_\_\_\_

Motivo (\*): \_\_\_\_\_

O Aluno \_\_\_\_\_

Tomada de conhecimento e aceitação

\_\_\_\_\_  
O Orientador (ou o Director de Serviço)

(\* Juntar atestado médico, sendo por doença.

PEDIATRIA – Prática Clínica (Temas) - 6º Ano

ALUNO Maria Teresa Chuva TEMA Alimentação no 1º ano de vida

Comentário do Orientador Helena dos Anjos Soares de Sá  
Seminário "Alimentação no 1º ano de vida"

	DATA	TEMA	PRESENÇA
1	01/03/2010	Dificuldades de Aprendizagem	
2	02/03/2010	Diarreia aguda e desidratação	
3	02/03/2010	Diarreias crônicas	
4	03/03/2010	Atraso do Desenvolvimento Psicomotor	
5	05/03/2010	Anemias / Doenças Hematológicas	
6	08/03/2010	Infeções Respiratórias Agudas	
7	09/03/2010	Patologia Cardíaca no lactente	
8	10/03/2010	Variantes normais na aquisição da marcha	
9	11/03/2010	Convulsões Febris	
10	12/03/2010	Febre sem foco no lactente	
11	12/03/2010	ITU: Polinefrite Aguda	
12	15/03/2010	Obesidade Infantil	
13	15/03/2010	Pneumonias	
14	16/03/2010	Atraso do crescimento	
15	17/03/2010	Alterações da Puberdade	
16	17/03/2010	Alimentação no 1º ano de vida	
17	17/03/2010	Quedas Frequentes	
18	18/03/2010	Consulta de Saúde Infantil	
19	18/03/2010	Exames Complementares de Diagnóstico	
20			

17/3/10