

**MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

2009/2010

Simão Pinto Torres  
Relatório de Estágio de Pediatria

FMUP

Abril, 2010



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

Simão Pinto Torres  
Relatório de Estágio de Pediatria

**Mestrado Integrado em Medicina**

**Área: Pediatria**

**Trabalho efectuado sobre a Orientação de:  
Professor Doutor Manuel Fontoura**

**Abril, 2010**

**FMUP**



Eu, Simão Pinto Torres, abaixo assinado, nº mecanográfico 040801176, aluno do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter actuado com absoluta integridade na elaboração deste projecto de opção.

Neste sentido, confirmo que NÃO incorri em plágio (acto pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 15/04/2010

Assinatura: Simão Pinto Torres

**Nome:** Simão Pinto Torres

**Endereço electrónico:** siiiimon@med.up.pt

**Título da Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio:**

Relatório de Estágio de Pediatria

**Nome completo do Orientador:**

Manuel Jorge Fontoura Pinheiro Magalhães

**Ano de conclusão:** 2010

**Designação da área do projecto de opção:**

Pediatria

É autorizada a reprodução integral deste Relatório de Estágio apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 15/04/2010

Assinatura:



### **Agradecimentos**

Ao Professor Doutor Manuel Fontoura, à D. Aurora Martins Ramos e à Patrícia Amaral  
pelo apoio e disponibilidade.

## Sumário

Actualmente, a Pediatria tem como objectivo o cuidado pela saúde, crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes, de forma a garantir a oportunidade de concretizarem todo o seu potencial quando adultos. Por essa razão, optei por fazer um Relatório de Estágio nesta especialidade, que considero uma das mais importantes na formação de um futuro profissional de saúde.

Este trabalho constitui uma descrição dos objectivos e das actividades desenvolvidas durante as 5 semanas do estágio de Pediatria do 6º ano, valorizados criticamente.

## **Abstract**

Presently, Pediatrics' goal is to assure both children and adolescent's health, growth and development in order for them to achieve adulthood with all their potential. For this reason, I chose to do a Pediatrics Internship Report, a specialty I consider to be one of the most important in a future clinical doctor's formation.

This report is a description of the five week internship's goals and developed activities, from a critical point of view.

## Índice

Introdução.....	5
Objectivos.....	6
Organização do Estágio.....	7
Equipa Docente.....	7
Componentes do Estágio.....	8
Reflexão.....	12
Bibliografia.....	14
Anexos.....	15
Anexo 1.....	16
Anexo 2.....	37
Apêndices.....	38
Apêndice 1.....	39
Apêndice 2.....	54

## Introdução

A Medicina evoluiu ao longo de séculos sem considerar de forma especial a saúde das crianças. Só no final do século XIX, como tentativa de combater os altos índices de mortalidade infantil, surge a Pediatria como uma especialidade autónoma. (1) Desde então, tem adquirido uma ampla abrangência em termos científicos, clínicos, terapêuticos e preventivos, contemplando vários períodos de relevo da maturação humana que devem ser entendidos em todas as suas vertentes específicas – crescimento e desenvolvimento, nutrição, integração familiar, prevenção primária/imunização e patologia – o que obriga a uma complexa articulação multidisciplinar. (2)

Optei por realizar um Relatório de Estágio de Pediatria, no âmbito do Projecto de Opção do Mestrado Integrado de Medicina, visto que a prática clínica constitui a última etapa de formação pré-graduada. Assim, ao iniciar o ciclo clínico e a integração na prática hospitalar, de saúde pública, medicina comunitária e outras, é essencial desenvolver as capacidades criativa e crítica no desempenho clínico diário, que vão fomentar atitudes, virtudes, comportamentos e práticas futuras baseadas, inicialmente, na aprendizagem por imitação de modelos.

Sabe-se hoje que a ‘Medicina da Criança’ vai muito para além da idade convencional, pois está provado que muitas das doenças do adulto, como as cardiovasculares, são consequências do que ocorre durante a vida fetal e nos primeiros anos de idade. Os profissionais de saúde infantil e juvenil estão, assim, na primeira linha da promoção da saúde e na prevenção da doença. (3) É, assim, fundamental um estágio clínico nesta especialidade, no percurso da pré-graduação de qualquer profissional de saúde, independentemente da sua área de acção.

Este trabalho pode ser útil para alunos e docentes como fonte de informação sobre o funcionamento do Serviço de Pediatria, no contexto da aprendizagem/ensino da prática clínica (actividades realizadas e informação assimilada), avaliando o resultado pedagógico e apontando pormenores a melhorar no futuro.

No seguinte relatório descrevem-se os objectivos e as actividades desenvolvidas durante o estágio de Pediatria, associando sempre uma reflexão crítica sobre a sua dinâmica.

Poder-se-á complementar a informação recorrendo aos anexos e apêndices.

## Objectivos

São objectivos da Prática Clínica Pediátrica os seguintes:

- Adquirir conhecimentos e aptidões durante a prática pediátrica hospitalar, valorizando a abordagem clínica e social da criança e adolescente nas vertentes específicas básicas e na sua integração familiar e comunitária;
- Saber comunicar com diferentes grupos etários, incluindo familiares e profissionais de saúde;
- Saber seguir crianças saudáveis nas consultas de saúde infantil, prescrevendo cuidados de puericultura;
- Saber observar e adaptar o exame físico ao grupo etário e reconhecer sinais de doença;
- Saber decidir, com critério, sobre o recurso e interpretação de exames complementares de diagnóstico;
- Saber formular e discutir hipóteses de diagnóstico pediátricas correntes na comunidade;
- Saber realizar algumas técnicas de diagnóstico e tratamento;
- Ser capaz de algumas decisões terapêuticas, acompanhar a evolução da doença e perspectivar o prognóstico;
- Sedimentar e colocar em prática alguns conhecimentos anteriores;
- Reconhecer o impacto das doenças na criança e na família.

## Organização do Estágio

O estágio formativo decorreu no período entre 11 de Janeiro e 8 de Fevereiro de 2010, com a duração de cinco semanas (25 dias úteis). Em quatro dessas semanas, frequentei as diferentes valências pediátricas sob a orientação do Professor Doutor Manuel Fontoura, no Serviço de Pediatria Médica do Hospital de São João (HSJ), no Porto, do qual é regente da disciplina o Professor Doutor Álvaro Aguiar. (Tabela)

A restante semana destinar-se-ia à experiência de Pediatria no contexto de Centro de Saúde, num dos Centros de Saúde que integram a Unidade Coordenadora Funcional (UCF) do Hospital de São João. Houve, no entanto, durante este período, uma sobrecarga de discentes e, os alunos que tinham ingressado no Programa de Mobilidade Erasmus e que entretanto regressaram (no qual me incluo), foram excluídos da oportunidade de usufruir dessa última semana. Deste modo, a quinta semana foi preenchida como um prolongamento das anteriores, no Serviço de Pediatria Médica do Hospital de São João.

### Equipa Docente

- Regente: - Professor Catedrático Álvaro Machado de Aguiar
- Professor Associado: - Professor Doutor Manuel Fontoura
- Professores Auxiliares: - Professor Doutor Caldas Afonso
  - Professora Doutora Helena Jardim
  - Professora Doutora Inês Azevedo
  - Professora Doutora Júlia Eça Guimarães
  - Professora Doutora Carla Rego
- Assistentes Voluntários: - Doutora Cíntia Castro-Correia
  - Doutora Susana Soares
  - Doutora Andreia Leitão Tavares

Componentes do Estágio

**Tabela. Plano de Actividades**

<b>Serviço de Pediatria, Hospital de São João</b>				
<b>Data</b>	<b>Internamento</b>	<b>CE</b>	<b>SU</b>	<b>Seminários</b>
1ª Semana				
11/01	-	-	-	-
12/01	RS	Endocrinologia	-	-
13/01	RS/HC	-	-	-
14/01	-	-	Equipa D	-
15/01	HC	-	-	-
2ª Semana				
18/01	HC	-	-	-
19/01	-	Endocrinologia	-	Diarreia aguda e desidratação/Diarreia crónica e mal-absorção
20/01	RS/HC	-	-	Obesidade Infantil
21/01	-	-	Equipa D	Infeções Respiratórias Altas
22/01	HC	-	-	-
3ª Semana				
25/01	HC	-	-	Dificuldade da Aprendizagem
26/01	-	Endocrinologia	-	Bronquiolite e Asma Infantil
27/01	RS/HC	-	-	Tricotilomania
28/01	-	-	Equipa D	-
29/01	HC	-	-	-

4ª Semana				
01/02	HC	-	-	Queixas Frequentes
02/02	-	Endocrinologia	-	Cardiopatias Congénitas
03/02	RS/HC	-	-	Variantes Normais
04/02	-	-	Equipa D	Interpretação de Exames Complementares de Diagnóstico
05/02	HC	-	-	Atrasos do Crescimento
5ª Semana				
08/02	RS	-	-	Pneumonias
09/02	-	-	-	Alterações Pubertárias
10/02	HC	-	-	-
11/02	-	Endocrinologia	-	Infecções do Tracto Urinário/ Febre no Lactente
12/02	Reunião e avaliação com o tutor			

Nota: RS, reunião de serviço; HC, colheita de história clínica.

O Estágio de Pediatria consistiu na frequência das seguintes unidades:

- **Internamento:** Dividido em Pediatria A (crianças entre os 2 e os 18 anos) e Pediatria B (crianças com idade inferior a 24 meses). Aqui, foi-me permitido pôr em prática e, conseqüentemente, consolidar os conhecimentos adquiridos até então, através do contacto directo com a Pediatria a nível hospitalar (pacientes, respectivas patologias e profissionais de saúde).

Nesta unidade elaborei histórias clínicas detalhadas com exame físico rigoroso e tive a possibilidade de acompanhar os respectivos pacientes durante o seu período de internamento.

As histórias clínicas eram, posteriormente, revistas pelo tutor, com a discussão de diagnósticos diferenciais e terapêutica.

- Consultas Externas: Observei crianças com deficiência da hormona de crescimento e das hormonas sexuais, hermafroditismo, atraso constitucional do crescimento, hipotiroidismo, obesidade, diabetes mellitus, diabetes insípida central, síndrome de Turner e craniofaringioma. Todas patologias da área da Endocrinologia Pediátrica.

Durante as consultas, aprendi a calcular a estatura (nas diferentes idades) e a velocidade de crescimento, assim como a avaliar a maturação, nomeadamente a idade óssea e a maturação sexual.

- Serviço de Urgência: Adquiri toda uma nova perspectiva da Pediatria com o contacto com situações de emergência e conhecimento dos procedimentos a aplicar em situações limite.

De referir o grande recurso de crianças e adolescentes ao Serviço de Urgência (SU), com manifestações de síndrome gripal (nomeadamente febre, tosse seca, congestão nasal, cefaleias, mialgias, inflamação das vias respiratórias altas), coincidente com a época de temperaturas mais baixas, altura em que realizei o estágio.

- Reuniões de Serviço: Onde se promove o trabalho em equipa, assim como a discussão e actualização de casos pertinentes, importantes para a evolução do desempenho profissional de todos os médicos constituintes do serviço.
  - 2<sup>a</sup>-feiras – Reunião da Consulta Externa
  - 3<sup>a</sup>-feiras e 6<sup>a</sup>-feiras – Visitas aos doentes internados na enfermaria do Serviço de Pediatria;
  - 4<sup>a</sup>-feiras – Reunião de casos clínicos, clube de leitura e formação contínua;
  - 5<sup>a</sup>-feiras – Temas teóricos de aperfeiçoamento e actualização.

- Seminários: Cada um deles realizado e aprofundado por um ou dois alunos, com a coordenação de um professor orientador. Eram constituídos por um tema de relevância no panorama da Pediatria.

‘Atrasos do Crescimento’, foi o tema apresentado por mim, juntamente com um colega, com a coordenação do Professor Doutor Manuel Fontoura.  
(Apêndice 2)

## Reflexão

A Unidade Curricular de Pediatria encontra-se bem organizada e abrange todas as áreas da Pediatria importantes à formação médica e expectativas futuras de um aluno de Medicina.

Dentro do campo de conhecimentos que estão incluídos na Pediatria, considero que a informação mais relevante foi adquirida.

Nas Reuniões de Serviço, nos Seminários e nas actividades a que assisti com o tutor, contactei com uma amostra representativa das patologias pediátricas mais frequentes.

Foi-me sempre esclarecido o porquê de cada decisão, muitas vezes num ambiente informal e descontraído, permitindo a aprendizagem e melhoramento de um vasto conjunto de aptidões clínicas, nomeadamente no estabelecimento de um raciocínio clínico fundamentado e completo.

Na área da comunicação interpessoal, o desenvolvimento de uma relação triangular entre o médico, o doente e os pais, revelou-se de extrema importância, sendo o esclarecimento e a participação dos pais imprescindível ao sucesso da terapêutica pediátrica.

Houve, no entanto, alguns aspectos negativos a apontar, entre eles:

O excesso de discentes prejudicou a qualidade do ensino e a homogeneidade da avaliação, na medida em que não foi possível atribuir um Centro de Saúde a todos eles.

Os alunos que tinham ingressado no Programa de Mobilidade Erasmus e que, entretanto, regressaram à sua faculdade de origem (a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto), foram excluídos dessa experiência de forma não aleatória.

Ao fazer parte do grupo acima referido, fui privado de um contacto mais próximo com a pediatria de ambulatório, do conhecimento da criança e do adolescente saudáveis e sua integração na família/comunidade, bem como do exercício da Medicina Preventiva. Sem esta vivência, a percepção global da Pediatria tornou-se mais fragmentada.

A cada ano que passa, aumenta o número de alunos que frequentam o curso de Medicina. Torna-se, portanto, imperativo que o Serviço de Pediatria se adapte a essa realidade e desenvolva capacidades para albergar esses alunos sem que haja comprometimento da sua formação como futuros médicos.

Alargar o número de docentes e estabelecer um protocolo com Serviços de Pediatria de outros hospitais do Grande Porto e com um maior número de Centros de Saúde, são medidas já adoptadas por outros serviços/disciplinas, que poderão ajudar nesse sentido.

A repensar, será o facto de só no 6º ano, o último do curso, o ensino estar mais direccionado para a componente prática, sendo os restantes cinco praticamente envolvidos num mar de teoria, que muitas vezes se perde após ser avaliada por um simples exame.

Numa especialidade com um tão vasto campo de conhecimentos a adquirir, a prática pode incentivar a teoria, mas nem sempre a teoria, por si só, incentiva a prática. O curso de Medicina não pode ser baseado pela pauta, quando a realidade nos obriga a ter quatro mãos.

Atrevo-me, assim, a defender as vantagens de um contacto prático mais precoce dos alunos com a realidade pediátrica.

Em jeito de conclusão, devo dizer que a realização deste estágio e das tarefas nele implicadas, em muito contribuiu para a solidificação de conhecimentos já adquiridos, para a obtenção de novas competências e para o meu crescimento enquanto futuro médico e ser humano.

## **Referências Bibliográficas**

1. Lissauer T, Clayden G, Illustrated textbook of Pediatrics, 2ª edição, Londres, Mosby, 2001
2. Kliegman, Bhrman, Jenson, Stanton BF. Nelson – Textbook of Pediatrics, 18ª edição, Nova Iorque, Sauderns – Elsevier, 2007
3. Alto Comissariado da Saúde – Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente, 2004-2008

# **Anexos**

**Anexo 1 – Caderno de Estágio de  
Pediatría**

**Anexo 2 – Calendário dos Seminários**

**Anexo 1**

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:	Simão Pinto Tomes
Bloco:	Pediatria - Prática clínica
Orientador:	Professor Doutor Manuel Fontoura
Período:	de 11/01/10 a 12/02/10

Centro de Saúde	Não foi atribuído centro de saúde
Director	
Orientador	
Período:	de ___/___/___ a ___/___/___

## 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), abstendo-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 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 tornar 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 entreve 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 de 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 continua 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 (ed). 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.







## 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 -		
Aptidões Práticas Globais	Nível	o orientador
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



### 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	Muito Bom
--------------	------------	-----	-----------

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

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

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

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

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

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

**Trabalho e integração em equipa -**

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

**Comportamento e atitudes na prática clínica**

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

**Empenhamento pessoal do formando na sua aprendizagem**

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

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	
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	
Avaliação familiar	3	
Identificação da criança de risco e respectiva actuação	3	
O regime alimentar adaptado ao nível cultural da mãe	3	

**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	
--------------	------------	-----	-----------	--

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

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

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

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

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

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

**Trabalho e integração em equipa**

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

**Comportamento e atitudes na prática clínica**

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

**Empenhamento pessoal do formando na sua aprendizagem**

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

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

Reunião - No final do estágio do Centro de Saúde  
 Dia: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ ; Hora: \_\_\_\_\_

Observações:

Aluno: reflexão sobre o estágio

Não foi realizado. Foi decidido por uma questão logística, que os alunos de Erasmus não seriam colocados no centro de saúde.

Discussão dos itens de desempenho:

Orientador: comentários e avaliação

O aluno/estagiário: \_\_\_\_\_ O Orientador: \_\_\_\_\_

## CERTIFICADO DA AVALIAÇÃO CONTÍNUA

- Ano Lectivo 2009/2010 -

Nome:	Simão Pinto Tomes	
Bloco nº		
Período:	de 11/01/2010	a 12/02/10

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 (\*) 16 - Dezasseis 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: 12/ Feb/ 2010

Simão Pinto Tomes

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 medidas 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.

**Anexo 2**

PEDIATRIA – Prática Clínica (Temas) - 6º Ano

ALUNO S: nina PT TEMA W - Atrasos do crescimento

Comentário do Orientador \_\_\_\_\_

	DATA	TEMA	PRESENÇA
1	18/01	Diarria aguda e desidratação	
2	19/01	Diarria crónica e malabsorção	
3	20/01	Obesidade infantil	
4	21/01	Infeções Respiratórias Altas	
5	25/01	Dificuldade de aprendizagem	
6	26/01	Bronquiolite e Asma infantil	
7	27/01	Tricotilomania	
8	01/02	Queixas Frequentes	
9	02/02	Cardiopatias Congénitas	
10	03/02	Variantes Normais	
11	04/02	Interpretação de exames complementares de diagnósticos	
12	06/02	Pneumonias	
13	09/02	Alterações Pubertárias	
14	12/02	Infeções de tracto urinário	
15	12/02	Febre no Lactente	
16			
17			
18			
19			
20			

# **Apêndices**

**Apêndice 1 – Histórias Clínicas (1 e 2)**

**Apêndice 2- Seminário (Atrasos do  
Crescimento)**

## **Apêndice 1**

### **História Clínica 1**

#### **IDENTIFICAÇÃO**

Nome: R.A.P.G.

Idade: 4 meses

Data de nascimento: 13/09/2009

Sexo: Masculino

Etnia: Caucasiana

Naturalidade: Porto

Residência: Porto

Filiação: Mãe – P.C.C.P. (16 anos); Pai – J.M.C.G. (17 anos)

Data e hora de admissão (Serviço de Pediatria): 08/01/2010; 21h30m

**DATA DA RECOLHA DA INFORMAÇÃO:** 13/01/2010

**LOCAL:** Hospital de São João - Serviço de Pediatria cama 245

**FONTE E FIABILIDADE DA INFORMAÇÃO:** Pais e processo clínico.

#### **MOTIVO DE INTERNAMENTO:**

Discrasia sanguínea e edema no membro superior direito (MSD) com risco de compressão.

#### **HISTÓRIA PREGRESSA E ANTECEDENTES**

##### **GRAVIDEZ E PARTO**

Gestação de 39 semanas, vigiada, sem intercorrências.

Nega qualquer tipo de doenças infecciosas ou doença febril, endócrina, exantémica, metabólica ou nutricional durante todo o período de gestação.

Serologia (3º trimestre) negativa para sífilis, hepatite B e HIV.

Amniocentese: 46, XY.

Nega história de eclâmpsia, pré-eclâmpsia ou mesmo hipertensão transitória durante a gravidez.

Realizou suplementos de ácido fólico e ferro. Nega toma de qualquer outra medicação durante a gravidez.

Nega exposição a radiações ionizantes ou testes diagnóstico que envolvam radiações ionizantes durante o decurso da gravidez.

Parto eutócico na Maternidade Júlio Dinis.

#### NASCIMENTO

Peso: 2,980 kg (P25)

Comprimento: 48.5 cm (P25)

Apgar 9/10, sem necessidade de reanimação.

Ausência de convulsões ou hemorragias. Movimentos espontâneos.

#### PERÍODO NEONATAL

Icterícia com necessidade de fototerapia, cefalo-hematoma volumoso, sob tensão e equimose palpebral, 3 dias após o nascimento.

Na altura, estudo da coagulação e plaquetas normais.

Eco-Transfontanelar normal; avaliação por Neurocirurgia normal.

Não sabe precisar o momento da primeira micção e da primeira dejeção.

Início da alimentação com leite materno exclusivo, não sabendo precisar a hora.

Nega a presença de convulsões, tremores, onfalite e dificuldade respiratória.

### **ANTECEDENTES PÓS-NATAIS**

**ALIMENTAÇÃO:** Aleitamento materno exclusivo até aos 2 meses e a partir daí com Leite Artificial com boa tolerância.

**CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO:** Evolução do peso e estatura no P50. Sem dentição. Desenvolvimento psicomotor adequado, na altura da colheita da história (segura a cabeça e sorri).

Plano Nacional de Vacinação actualizado (incluindo 1 dose de Prevenar® e RotaTeq®).  
Nega antecedentes patológicos infecciosos, gastrointestinais, cardiovasculares, genitourinários, alérgicos, intervenções cirúrgicas ou intoxicações.  
Nega outros internamentos.

### **ANTECEDENTES HEREDITÁRIOS E FAMILIARES**

Mãe: 16 anos, ORh +, portadora da translocação 21/14. Não fumadora. IIGIP, gestação anterior com feto T21, IVG.

Pai: 17 anos, aparentemente saudável. Não fumador.

Não tem irmãos.

Pais não consaguíneos.

Avô paterno com epilepsia. Sem outras patologias familiares relevantes. Sem doenças hereditárias/familiares conhecidas. Sem história familiar de discrasias sanguíneas.

### **HISTÓRIA DA DOENÇA ACTUAL:**

Lactente aparentemente saudável, é levado ao Serviço de Urgência do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa dia 06/01/2010, devido a quadro de febre (38.5°C), obstrução nasal e tosse com uma semana de evolução.

Refere agravamento da sintomatologia com dejeções mais líquidas do que o habitual, recusa alimentar parcial e vómitos pós-prandiais.

Diagnosticada Otite Média Aguda supurada à esquerda. Foi medicado com ceftriaxone EV e oseltamivir per os 20mg 12/12h e mãe refere melhoria clínica.

Dados relevantes do estudo realizado no Centro Hospital Tâmega e Sousa: Hg de 11g/dL, leucocitose 27100 (39%N e 50.2%L), plaquetas 616000, PCR de 13.5 mg/L; sedimento urinário sem alterações, uroculturas, hemoculturas e pesquisa de H1N1 em curso.

No segundo dia de internamento surge edema no membro superior direito (MSD) com agravamento progressivo, da axila até ao punho, sob tensão, associado a rubor e calor, apresentando equimose na região habitual de punção venosa (tentativa de colheita sem perfusão).

Mobilidade conservada, mão quente, com pulso radial presente.

Rx do MSD não revelou sinais de fractura aparente.

Estudo da coagulação: aumento de apTT (181.6 seg), com TP de 13.4 seg, TT de 19.5 seg e fibrinogénio de 306 mg/dL.

Devido a suspeita de hemartrose e discrasia sanguínea foi transferido para HSJ dia 08/01/2010. A mãe refere que anteriormente a este internamento que terá notado aparecimento de equimoses não traumáticas nos membros inferiores, abdómen e dorso.

### **Exame Físico**

#### Exame físico dia 08/10/2010 – SU do HSJ

Bom estado geral. Boa vitalidade. Pele e mucosas ligeiramente descoradas mas hidratadas. Exantema maculopapular ao nível da fossa ilíaca direita e membro superior esquerdo, desaparecendo à digitopressão. Sem outros exantemas ou petéquias. Sem sinais de dificuldade respiratória, acianótico.

Apirético (37°C) e normotenso.

AC: S1 e S2 presentes, rítmicos, sem sopros. Sem S3/S4

AP: sons respiratórios presentes bilateralmente, simétricos e sem ruídos adventícios.

Abdómen: mole e depressível, aparentemente indolor à palpação superficial ou profunda. Sem defesa ou outros sinais de irritação peritoneal. Sem massas ou organomegalias palpáveis.

Membro superior direito edemaciado desde a axila até ao punho, mais ruborizado e quente que o contralateral, sendo notável uma dificuldade de mobilização do mesmo.

Pulso radial palpável.

Tónus e reflexos adequados.

Genitais adequados ao sexo e idade.

Otoscopia: Otite média aguda supurada à esquerda, ouvido direito sem alterações.

Orofaringe: sem alterações.

### **ESTADO ACTUAL (13/01/2010):**

#### ASPECTO GERAL

##### ASPECTO GERAL E MUCOSAS:

Lactente em decúbito dorsal, bom estado geral.

Boa vitalidade, activo e reactivo. Sorriso social.

Boa alimentação e boa tolerância.

Pele e mucosas coradas e hidratadas. Sem exantemas ou petéquias. Sem sinais de dificuldade respiratória. Acianótico.

##### TURGECÊNCIA DOS TECIDOS:

Normal excepto no MSD que apresenta ligeiro edema e rigidez em relação ao membro contralateral.

##### TONICIDADE MUSCULAR:

Boa tonicidade muscular.

##### SINAIS VITAIS:

Normotenso e apirético.

Frequência cardíaca e respiratória dentro dos parâmetros normais.

#### OBSERVAÇÃO DOS DIFERENTES SEGMENTOS

##### CABEÇA E PESCOÇO:

Sem dismorfias, assimetrias ou tumefacções. Sem sinais meníngeos. Desenvolvimento e apresentação de acordo com o sexo e a idade. Cateter com posicionamento cefálico.

##### TÓRAX:

Sem deformidades ou assimetrias.

AUSCULTAÇÃO CARDÍACA: S1 e S2 presentes, rítmicos, sem sopros. Sem S3/S4.

AUSCULTAÇÃO PULMONAR: Sons respiratórios presentes bilateralmente, simétricos e sem ruídos adventícios.

ABDÓMEN:

Mole e depressível, aparentemente indolor à palpação superficial ou profunda. Sem defesa ou outros SIP. Sem massas ou organomegalias palpáveis.

MEMBROS:

Membro superior direito com ligeiro edema, com ligeiro aumento de temperatura em relação ao contralateral, com hematoma da fossa antecubital em resolução. Flexão total do membro sem dificuldade. Hematoma antecubital no membro esquerdo devido a punção. Penso no membro inferior esquerdo devido ferida secundária a remoção traumática do cateter pelo lactente. Pulsos periféricos palpáveis, amplos, rítmicos e simétricos.

REGIÃO GENITAL E REGIÃO ANAL:

Adequados ao sexo e à idade. Dejeções líquidas amareladas em moderada quantidade.

**LISTA DE PROBLEMAS**

Hematoma e edema de MSD em resolução.

Hematoma MDE

Ferida MIE

Otite média à esquerda supurada

Discrasia sanguínea

**EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO**

Hemograma e plaquetas

Bioquímica

Estudo da coagulação com doseamento de factor VIII e IX

Exame virulógico de fezes

## RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES

Dados relevantes: Hg de 11g/dL, leucocitose, plaquetas ligeiramente aumentadas, PCR de 13.5 mg/L; sedimento urinário sem alterações.

Estudo da coagulação: aumento de aPTT (36 seg), TP normal (13,4 seg), TT ligeiramente aumentado (19.5 seg), fibrinogénio normal (306 mg/dL), doseamento de factor VIII normal, diminuição do factor IX.

Exame virulógico de fezes: rotavírus e adenovírus 40/41 negativo.

## DIAGNÓSTICO FINAL

O aumento do aPTT (muito elevado nas análises anteriores) indica-nos uma alteração da via intrínseca da coagulação, o TP normal exclui alterações da via extrínseca, o TT está ligeiramente elevado o que nos poderia indicar alteração do fibrinogénio, mas neste caso (alteração provavelmente congénita) teria de existir alteração também do TP. Plaquetas normais. Este quadro é sugestivo de hemofilia. Para diagnosticar o tipo de hemofilia é necessário dosear o factor VIII (hemofilia mais prevalente) e o factor IX.

Diagnóstico final: **Hemofilia B moderada** (1% a 5% do factor normal).

## PLANO TERAPÊUTICO

Administração de factor IX como terapêutica profilática, pelo menos com um nível igual ou superior a 1% ou para obtenção de níveis terapêuticos (ex 25 a 30%). As crianças hemofílicas devem realizar infusões frequentes (2x/semana no caso de factor IX) de forma a atingirem a puberdade sem deformações de articulações.

Evitar toma aspirina ou medicamentos que contenham aspirina.

Ceftriaxona EV até resolução de OMA.

Vigilância dos hematomas.

Realização de penso do MIE.

## PROGNÓSTICO

Actualmente com a possibilidade de infusão do factor em deficiência o prognóstico é bom.

Nos casos de hemofilia moderada um trauma pequeno pode induzir hemorragia. As hemorragias, neste caso normalmente traumáticas podem ser subcutâneas, intramusculares ou articulares (hemartroses), estas últimas podem atingir articulações fundamentais e causar deformidades importantes e limitativas (este é a principal consequência da hemofilia). É necessário realizar medidas profiláticas em caso de cirurgia ou qualquer procedimento que possa provocar hemorragia (ex. extracção dentária). Nos casos de trauma grave é necessário cuidado redobrado e agir rapidamente com administração de factor IX.

Uma complicação da terapia é a formação de anticorpos contra o factor IX que o doente recebe. Mas no caso do factor IX a incidência desta complicação é muito baixa.

## **História Clínica 2**

### **IDENTIFICAÇÃO**

Nome: L.M.C.C.

Idade: 3 meses

Data de nascimento: 28/10/2009

Sexo: Masculino

Etnia: Caucasiana

Naturalidade: Ermesinde

Residência: Ermesinde

Filiação: Mãe – A. (40 anos); Pai – J. (38 anos)

Data de admissão (Serviço de Pediatria): 19/01/2010

**DATA DA RECOLHA DA INFORMAÇÃO:** 26/01/2010

**LOCAL:** HSJ- Serviço de Pediatria cama 250

**FONTE E FIABILIDADE DA INFORMAÇÃO:** Mãe

### **MOTIVO DE INTERNAMENTO:**

Agravamento do quadro clínico de Bronquiolite.

### **HISTÓRIA PREGRESSA E ANTECEDENTES**

#### **GRAVIDEZ E PARTO:**

Gestação de 40 semanas, vigiada. Recorreu 2 vezes ao SU devido a perdas hemáticas que não inspiravam cuidados. Após realizar descanso como aconselhado pelo médico obteve melhoria da sintomatologia. Entre o 4º e 6º mês de gravidez foi detectada Diabetes Mellitus Gestacional que corrigiu com medidas alimentares, não sendo necessário recorrer a medidas farmacológicas.

Nega qualquer tipo de doenças infecciosas ou qualquer doença febril, endócrina, exantémica ou nutricional durante todo o período de gestação.

Serologia (3º trimestre) negativa para sífilis, hepatite B e HIV.

Nega história de eclâmpsia, pré-eclâmpsia ou mesmo hipertensão transitória durante a gravidez.

Realizou suplementos de ácido fólico e ferro. Mãe refere que no início da gravidez (1º mês de gestação, desconhecia que estava grávida) teve um período emocional forte devido ao falecimento da sua mãe e tomou “calmantes” que não sabe especificar.

Nega exposição a radiações ionizantes ou testes diagnóstico que envolvam radiações ionizantes durante o decurso da gravidez.

Parto distócico com ventosa no HSJ.

#### NASCIMENTO:

Peso: 3,940 kg (P )

Comprimento: 49.5 cm (P )

Perímetro cefálico: 35.5 cm (P50)

Apgar 9/10, sem necessidade de reanimação.

Ausência de convulsões ou hemorragias. Movimentos espontâneos.

#### PERÍODO NEONATAL:

Cefalo-hematoma ligeiro devido a ventosa com resolução rápida.

Não sabe precisar o momento da primeira micção e da primeira dejeção.

Início da alimentação com leite materno exclusivo, não sabendo precisar a hora.

Nega a presença de convulsões, hemorragias, tremores, onfalite e dificuldade respiratória.

#### ANTECEDENTES PÓS-NATAIS:

#### ALIMENTAÇÃO

Aleitamento materno exclusivo até à presente data.

#### CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

Evolução do peso e estatura no P25-P50. Sem dentição.

Desenvolvimento psicomotor não pode ser avaliado porque o doente não podia ser mobilizado. Mãe refere desenvolvimento psicomotor adequado à idade.

PNV actualizado (incluindo 1 dose de Prevenar® e RotaTeq®).

Nega antecedentes patológicos infecciosos, gastrointestinais, cardiovasculares, genitourinários, alérgicos, intervenções cirúrgicas ou intoxicações.

Nega outros internamentos.

### **ANTECEDENTES HEREDITÁRIOS E FAMILIARES**

Mãe: 40anos, ORh +, saudável. IIGIIP.

Pai: 38 anos, saudável.

Pais casados.

Uma irmã com 7 anos com otites de repetição com necessidade de cirurgia, realizada há pouco tempo.

Pais não consaguíneos.

Avô paterno tinha patologia pulmonar que não sabe especificar. Sem outras patologias familiares relevantes. Sem doenças heredo-familiares conhecidas.

### **HISTÓRIA DA DOENÇA ACTUAL:**

Lactente saudável inicia quadro de tosse dia 17 de Janeiro pelo que é levado ao SU do Hospital de Ermesinde. Foi-lhe diagnosticado início de bronquiolite e foi medicado com Celestone (15mg) de 8h/8h, Bisolvon de 8h/8h e Fenitil. Dia 19 de Janeiro por agravamento do quadro clínico com expectoração, pieira e recusa de alimentação recorre ao SU do HSJ, ficando internado. Dia 21 de Janeiro inicia quadro de febre que se atingiu pico mais alto dia 23 de Janeiro (38.8°C). Dia 24 de Janeiro refere agravamento do quadro com sinais de dificuldade respiratória (utilização dos músculos acessórios, tiragem intercostal e respiração irregular) e dificuldade em se (provavelmente devido à dispneia e fadiga na sucção). Nessa altura surge palidez facial marcada pelo que é realizado novo raio-x e é detectado um pneumotórax. Dia 25 de Janeiro iniciou melhoria, tornando-se apirético mas quando estava a ser alimentado (através do biberão) notava-se alguma dificuldade respiratória.

## Exame Físico

### ASPECTO GERAL

#### ASPECTO GERAL E MUCOSAS:

Lactente em decúbito dorsal a dormir.

Pele e mucosas coradas e hidratadas. Sem exantemas ou petéquias. Sem sinais de dificuldade respiratória. Acianótico.

#### TURGECÊNCIA DOS TECIDOS:

Normal

#### TONICIDADE MUSCULAR:

Boa tonicidade muscular.

#### SINAIS VITAIS:

Apirético.

Frequência cardíaca:

Frequência respiratória: 50 cpm

Saturação de O<sub>2</sub>: 100% com ventilação através de máscara.

#### ANTROPOMETRIA

Peso: 5,840kg (P50)

Altura: P50

Perímetro cefálico: P50

### OBSERVAÇÃO DOS DIFERENTES SEGMENTOS

#### CABEÇA E PESCOÇO:

Sem dismorfias, assimetrias ou tumefacções. Sem sinais meníngeos. Fontanela anterior aberta, pulsátil. Desenvolvimento e apresentação de acordo com o sexo e a idade.

Cateter com posicionamento cefálico. Região malar seca e ruborizada favorável com dermatite atópica.

TÓRAX:

Sem deformidades ou assimetrias.

AUSCULTAÇÃO CARDÍACA: S1 e S2 presentes, rítmicos, sem sopros. Sem S3/S4.

AUSCULTAÇÃO PULMONAR: Sons respiratórios presentes bilateralmente, mais apagados no lado esquerdo inferiormente. Sem ruídos adventícios audíveis. (Não foi possível mobilizar o doente e este possuía uma máscara de ventilação pelo que foi difícil realizar a auscultação).

ABDÓMEN:

Não foi possível realizar o exame físico abdominal

**LISTA DE PROBLEMAS**

- Tosse
- Pieira
- Expectoração
- Recusa de alimentação
- Febre
- Sinais de dificuldade respiratória
- Palidez
- (Agravamento progressivo do quadro apesar de instituída terapêutica)

**DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS**

- Bronquiolite com SDR
- Asma
- Pneumonia bacteriana ou virulógica
- Bronquiolite com pneumotórax (pouco frequente?)
- Aspiração de corpo estranho
- Obstrução da via aérea congénita

### **EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO**

- Hemograma e plaquetas
- Bioquímica
- Teste virulógico das secreções nasofaríngeas (incluindo antígenos H1N1)
- Gasimetria arterial
- Raio-X
- Análise da urina

### **DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:**

Bronquiolite.

### **PLANO TERAPÊUTICO**

- Monitorização cardiorespiratória
- Ventilação assistida
- Oximetria de pulso
- Nebulizações com soluções salinas hipertônicas
- Hidratação
- Cinesioterapia
- Posição sentada
- Alimentação por biberão

### **PROGNÓSTICO**

Bronquiolite: a maioria dos casos resolve completamente mas algumas anormalidade da função pulmonar e hiperactividade dos brônquios podem permanecer durante anos. A recorrência é comum mas tende a ser moderada. A incidência de asma parece ser superior nas crianças que necessitaram de hospitalização devido a bronquiolite quando eram mais novas. A taxa de mortalidade devido a bronquiolite é de 1 a 2%.

### **CRITÉRIOS PARA INTERNAMENTO**

- Crianças com menos de 6 meses
- Dificuldade respiratória moderada a marcada (FR > 50 a 60 bpm)
- Hipoxemia (PO<sub>2</sub> < 60 mmHg ou saturação de O<sub>2</sub> < 92%)
- Apneia
- Intolerância à alimentação oral
- Impossibilidade de cuidados necessários em casa

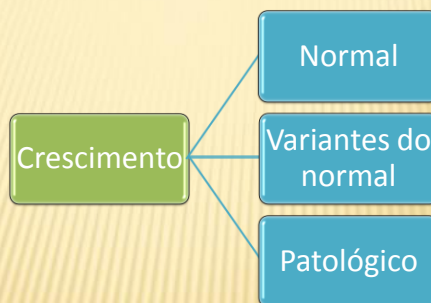
## Apêndice 2

# Atrasos de Crescimento

Serviço de Pediatria

Pedro Teixeira  
Simão Pinto Torres  
2009/2010

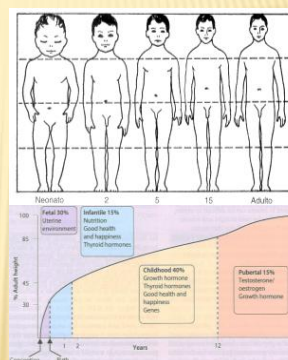
Orientador: Prof. Manuel Fontoura



## CRESCIMENTO NORMAL

Existem diferentes períodos de crescimento:

- **Pré-natal** - desde a concepção até ao nascimento;
- **Primeira infância** - desde o nascimento até aos 2 anos;
- **Segunda infância** - desde os 2 anos até a puberdade;
- **Puberdade** - desde o aparecimento das características sexuais secundárias até a maturação completa.



## CRESCIMENTO PÓS-NATAL

### - Lactente/Infância

- 3 primeiros anos, crescimento rápido mas grande desaceleração do crescimento;
- Transição da influência dos factores intra-uterinos para factores genéticos e hormonais;
- Reflexo importante do crescimento e nutrição fetais.

### - Infância/escolar

- 6-12 meses até ao início da puberdade, crescimento estável e lento;
- Na íntima dependência da GH.

### - Puberdade

- Crescimento rápido;
- Depende da acção da GH e dos esteróides sexuais (fusão das epífises).

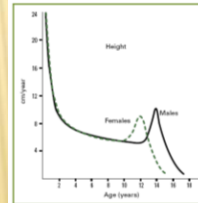


Figure 1. Growth velocity over childhood and adolescence (male and female).

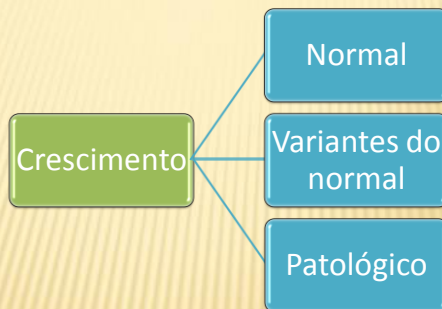
## CRESCIMENTO PÓS-NATAL

Factores que regulam o crescimento:

- Genes
- Nutrição
- Psico-social
- Etnias
- Exercício
- Endócrinos
- Tempo?
- Outros

## BAIXA ESTATURA

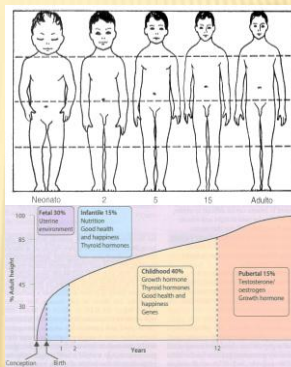
- ✘ Altura < percentil 3
- ✘ Alteração da VC pode preceder o atingimento do percentil patológico
- ✘ Comum na população geral;
- ✘ Múltiplas causas;
- ✘ Diferentes repercussões na criança.



## CRESCIMENTO NORMAL

Existem diferentes períodos de crescimento:

- **Pré-natal** - desde a concepção até ao nascimento;
- **Primeira infância** - desde o nascimento até aos 2 anos;
- **Segunda infância** - desde os 2 anos até a puberdade;
- **Puberdade** - desde o aparecimento das características sexuais secundárias até a maturação completa.



## CRESCIMENTO PÓS-NATAL

- **Lactente/Infância**
  - 3 primeiros anos, crescimento rápido mas grande desaceleração do crescimento;
  - Transição da influência dos factores intra-uterinos para factores genéticos e hormonais;
  - Reflexo importante do crescimento e nutrição fetais.
- **Infância/escolar**
  - 6-12 meses até ao início da puberdade, crescimento estável e lento;
  - Na íntima dependência da GH.
- **Puberdade**
  - Crescimento rápido;
  - Depende da acção da GH e dos esteróides sexuais (fusão das epífises).

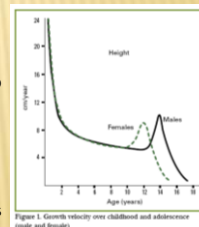


Figure 1. Growth velocity over childhood and adolescence (male and female)

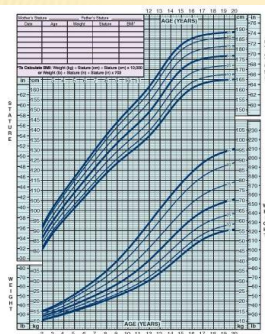
## CRESCIMENTO PÓS-NATAL

Factores que regulam o crescimento:

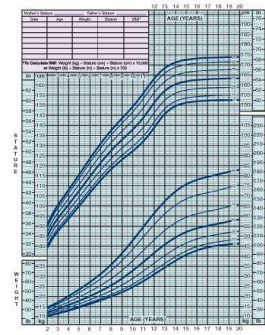
- Genes
- Nutrição
- Psico-social
- Etnias
- Exercício
- Endócrinos
- Tempo?
- Outros

## BAIXA ESTATURA

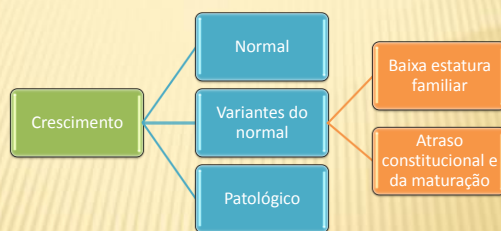
- \* Altura < percentil 3
- \* Alteração da VC pode preceder o atingimento do percentil patológico
- \* Comum na população geral;
- \* Múltiplas causas;
- \* Diferentes repercussões na criança.



© Elsevier. Kliegman et al: Nelson Essentials of Pediatrics 5e - www.studentconsult.com  
Stature-for-age and weight-for-age percentiles for boys, age 2 to 20 years.



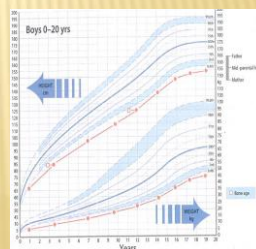
© Elsevier. Kliegman et al: Nelson Essentials of Pediatrics 5e - www.studentconsult.com  
Stature-for-age and weight-for-age percentiles for girls, age 2 to 20 years.



## VARIANTES DO NORMAL

### BAIXA ESTATURA FAMILIAR

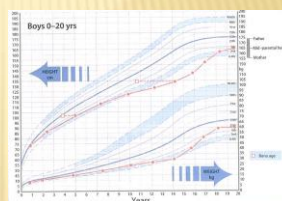
- **Crítérios:**
  1. Estatura prevista de acordo com a média dos pais.
  2. Baixa estatura nos pais ou em familiares próximos.
  3.  $IO=IC$ .
  4. Crescimento paralelo mas abaixo do P3.
  5. Estatura ao nascimento geralmente diminuída.
  6. GH normal.
  7. Diagnóstico de exclusão.

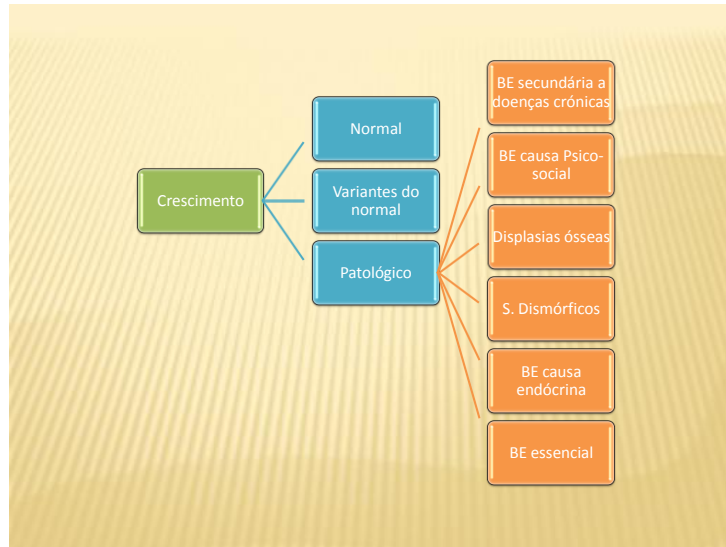


## VARIANTES DO NORMAL

### ATRASO CONSTITUCIONAL E DA MATURAÇÃO

- **Crítérios:**
  1. Estatura ao nascimento normal.
  2. Crescimento regular nos primeiros meses.
  3. Cruzamento dos percentis (estatura e peso).
  4. Aos 3-4 anos é inferior a P3 e evolui paralelamente até à puberdade.
  5.  $IO < IC$ .
  6. Puberdade tardia (14M; 16H).
  7. Estatura final e desenvolvimento sexual normais.
  8. Hx familiar frequente.





## BAIXA ESTATURA PATOLÓGICA

### CAUSAS

- **Primárias** (intrínsecas à placa de crescimento)
- **Secundárias** (extrínsecas, que afectam o ambiente em que se desenvolve a placa de crescimento)
- **Idiopáticas**
  - Familiares
  - Não Familiares

Table 1. Causes of short stature according to the ESPE classification

<p><b>A Primary growth disorders</b></p> <p><b>A1 Clinically defined syndromes</b></p> <p>Tumer syndrome</p> <p>Turner syndrome</p> <p>Comelis de Laage syndrome</p> <p>DiGeorge syndrome (velocardiofacial syndrome)</p> <p>Down syndrome</p> <p>Noonan syndrome</p> <p>Prader-Willi-Labhart syndrome</p> <p>Von Recklinghausen's disease (neurofibromatosis type 1)</p> <p>Silver-Russell syndrome</p> <p><b>A2 Small for gestational age with failure of catch-up growth</b></p> <p>IGF-1 deficiency, IGF resistance</p> <p>Due to known cause, e.g. prenatal infections, drugs, smoking, alcohol</p> <p>Idiopathic</p> <p><b>A3 Skeletal dysplasias</b></p> <p>Achondroplasia</p> <p>Hypochondroplasia</p> <p>Dyschondrosteosis (Leri-Weill and other defects in the SHOX gene)</p> <p>Osteogenesis imperfecta I-VI</p> <p>Mucopolysaccharidosis (type IH, IS, II-VII)</p> <p>Mucopolisidos (type II and III)</p> <p><b>A4 Dysplasias with defective mineralization</b></p>	<p><b>B4 Other disorders of the growth hormone-IGF axis (primary IGF-1 deficiency and resistance)</b></p> <p>Ininactive growth hormone</p> <p>Abnormalities of the growth hormone receptor (growth hormone insensitivity syndrome, Laron syndrome)</p> <p>Abnormalities of GH signal transduction, e.g. STAT5B defect</p> <p>ALS (acid-labile subunit) deficiency</p> <p>IGF-1 deficiency</p> <p>IGF resistance (IGF1R defects, postreceptor defects)</p> <p><b>B5 Other endocrine disorders</b></p> <p>Cushing syndrome</p> <p>Hypothyroidism</p> <p>Leptochiasmus</p> <p>Diabetes mellitus (poorly controlled)</p> <p>Short adult stature caused by accelerated bone maturation, e.g. precocious puberty, hyperthyroidism, congenital adrenal hyperplasia, exogenous estrogens or androgens</p> <p><b>B6 Metabolic disorders</b></p> <p>Disorders of calcium and phosphorus metabolism</p> <p>Disorders of carbohydrate metabolism</p> <p>Disorders of lipid metabolism</p> <p>Disorders of protein metabolism</p> <p><b>B7 Psychosocial</b></p> <p>Emotional deprivation</p> <p>Anorexia nervosa</p> <p>Depression</p> <p><b>B8 Iatrogenic</b></p> <p>Systemic glucocorticoid therapy</p> <p>Local glucocorticoid therapy (inhalation, intestinal, other)</p> <p>Other medication</p> <p>Treatment of childhood malignancy</p> <p>Total body irradiation</p> <p>Chemotherapy</p> <p>Other specified iatrogenic causes</p>
<p><b>B Secondary growth disorders</b></p> <p><b>B1 Insufficient nutrient intake (malnutrition)</b></p> <p><b>B2 Disorders in organ systems</b></p> <p>Cardiac disorders</p> <p>Pulmonary disorders, e.g. cystic fibrosis</p> <p>Liver disorders</p> <p>Intestinal disorders, e.g. Crohn's disease, malabsorption syndromes</p> <p>Short bowel syndrome</p> <p>Renal disorders, e.g. Fanconi syndrome, renal acidosis</p> <p>Chronic anemia</p> <p><b>B3 Growth hormone deficiency (secondary IGF-1 deficiency)</b></p> <p>Idiopathic</p> <p>Genetic (HESX1, PRO1, POU1F1, LHX3, LHX4, GHRHR, GH)</p> <p>Associated with syndromes or cerebral or facial malformations, e.g. septo-optic dysplasia, empty sella syndrome</p> <p>Associated with prenatal infections, e.g. rubella</p> <p>Acquired (craniopharyngomas, other pituitary tumours, e.g. germinoma, hamartoma)</p> <p>Head trauma</p> <p>Central nervous system infections</p> <p>Constitutional diseases, e.g. histiocytosis</p>	<p><b>C Idiopathic short stature</b></p> <p><b>C1 Familial (idiopathic) short stature</b></p> <p><b>C2 Non-familial (idiopathic) short stature</b></p>

Classification according to the ESPE classification [19].

## AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM BAIXA ESTATURA

- História Clínica
- Exame Físico
- Exames Complementares

## AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM BAIXA ESTATURA

### HISTÓRIA CLÍNICA

- Gravidez / parto
- História psicossocial
- Nutrição
- Medicação
- Sinais/sintomas sugestivos de doenças crônicas
- História familiar

## AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM BAIXA ESTATURA

### EXAME FÍSICO

**Aspecto geral:** permite o reconhecimento de características específicas, suspeitar de algumas doenças endócrinas ou síndromes dismórficos.

**Avaliação Antropométrica:**

- **Estatura (cm):**
  - Em crianças acima de 2 anos de idade a estatura é medida em pé;
  - Em crianças abaixo de 2 anos, o comprimento é medido com a criança em posição horizontal, usando-se a mãe para ajudar.
- **Peso (kg)**
- **Perímetro cefálico**
- **Envergadura**
- **Segmentos inferior e superior**
- **Gordura e massa muscular**



## AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM BAIXA ESTATURA

### EXAME FÍSICO

#### Padrão de crescimento

##### – Velocidade de crescimento

- Número de cm que uma criança cresce num determinado intervalo de tempo.
- Implica o registo de determinações seriadas do crescimento.

##### – Avaliação da maturação

###### • Idade óssea:

- Normal quando não se afasta de mais ou menos dois anos da idade cronológica
- Rx de face da mão e punho

###### • Maturação sexual



## AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM BAIXA ESTATURA

### EXAMES COMPLEMENTARES

<b>Rx punho e mão – idade óssea</b>	IO< → atraso constitucional do crescimento e da maturação IO<<< → hipotiroidismo, deficiência de GH ou outras causas endócrinas, D. crónicas, BE causa psico-social
<b>Hemograma</b>	Anemia isolada ou associada a doenças crónicas (D. Celiaca ou D. Crohn,...)
<b>Creatinina e electrólitos</b>	D. Renal Crónica
<b>Estudo da função tiroideia</b>	Hipotiroidismo (TSH)
<b>Cariótipo</b>	S. Turner ( deve ser efectuado em todas as raparigas com estatura inferior ao percentil 3, mesmo sem alterações físicas)
<b>Atc anti-gliadina</b>	D. Celiaca

## AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM BAIXA ESTATURA

### EXAMES COMPLEMENTARES

<b>PCR</b>	D. Crohn
<b>Testes de provocação da GH</b>	Deficiência da GH
<b>RMN ( se sinais/sintomas neurológicos)</b>	Craniofaringioma ou outro tumor intracraniano
<b>Teste do suor</b>	Fibrose cística
<b>Cortisol</b>	Excesso de glicocorticóides
<b>Gonadotrofinas séricas e/ou testosterona</b>	Em indivíduos com puberdade atrasada (ausência de sinais de puberdade depois dos 14 anos na rapariga e dos 15 no rapaz).

## BIBLIOGRAFIA

- Lissauer, T.; Clayden, G; *Illustrated Textbook of Paediatrics*, 3rd Edition, 2007, Mosby Elsevier
- Behrman, Kliegman, Jenson .*Nelson Textbook of Paediatrics*. 17th ed (2004), Saunders
- Oostdijk W, Grote FK, Keizer-Schrama SMPF, Wit JM. Diagnostic Approach in children with Short Stature. *Horm Res* 2009;72:206-217
- Wheeler PG, et al. *Short Stature and Functional Impairment*. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004;158:236-247
- Simm PJ, Werther GA. *Child and adolescent growth disorders-an overview*. *Aust Fam Physician*. 2005 Sep;34(9):731-7
- Denson LA. *Growth hormone therapy in children and adolescents: pharmacokinetic/pharmacodynamic considerations and emerging indications*. *Expert Opin Drug Metab Toxicol*. 2008 Dec;4(12):1569-1580.