



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2009/2010

Jacinta Rodrigues Fonseca
Relatório de Estágio da Prática
Clínica de Pediatria do 6ºano

Maio, 2010

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Jacinta Rodrigues Fonseca
Relatório de Estágio da Prática
Clínica de Pediatria do 6ºano

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Pediatria

Trabalho efectuado sob a Orientação de:

Prof. Dr. Manuel Fontoura

Maior, 2010

FMUP

Nome: Jacinta Rodrigues Fonseca

Endereço electrónico: jacintafonseca@hotmail.com

Relatório de Estágio: Relatório de Estágio da Prática Clínica de Pediatria do 6ºano

Nome completo do Orientador: Manuel Jorge Fontoura Pinheiro Magalhães

Ano de conclusão: 2010

Designação da área do projecto de opção: Pediatria (prática clínica)

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: Jacinta Rodrigues Fonseca

Projecto de Opção do 6º ano - DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Eu, Jacinta Rodrigues Fonseca, abaixo assinado, nº mecanográfico 040801139, 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: Jacinta Rodrigues Fonseca

Agradecimentos

Agradeço ao Tutor do Estágio e Orientador do Relatório, Professor Doutor Manuel Fontoura, por toda a disponibilidade e dedicação ao longo do estágio, assim como relativamente à realização deste relatório.

Agradeço ao Regente da disciplina, Professor Doutor Álvaro Machado de Aguiar.

Agradeço ao Serviço de Pediatria, em especial ao pessoal médico que acompanhei nas actividades presenciadas, pela sua atitude pedagógica e profissional.

Agradeço à secretária D. Aurora Ramos, do Serviço de Pediatria, pela colaboração na pesquisa de dados bibliográficos.

Agradeço aos meus pais e amigos pelo apoio incondicional ao longo do meu percurso de vida.

“Nenhuma oportunidade, nenhuma responsabilidade ou obrigação maior pode ser conferida a um ser humano do que a de tornar-se médico. Ao assistir pessoas que sofrem o médico precisa ter habilidade técnica, conhecimento científico e compreensão humana...Tacto, solidariedade e compreensão são o que se espera do médico, pois o paciente não é uma mera colectânea de sinais, sintomas (...)”

(Harrison, 1st Edition)

Resumo

Este relatório reporta ao estágio realizado no âmbito da Prática Clínica Pediátrica, enquadrado no 6º ano curricular do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, que decorreu no período entre 19 de Outubro e 20 de Novembro.

Pretende salientar-se as diversas actividades presenciais frequentadas durante o período de estágio, as aprendizagens, os pontos de ligação entre os conteúdos teóricos e a sua aplicação na prática desenvolvida, assim como proceder a uma avaliação do resultado pedagógico do estágio, apontando os aspectos que, de futuro, poderiam ser melhorados na formação académica.

O estágio permitiu a rotação pelas diversas áreas que asseguram a assistência às crianças e adolescentes, durante quatro semanas no Serviço de Pediatria Médica do Hospital São João, no Porto, e durante uma semana, na Unidade de Saúde de Vale Formoso.

O estágio realizado foi no geral ao encontro dos objectivos previamente estabelecidos, permitindo, por um lado a aquisição viva e participada de conhecimentos e, por outro, o desenvolvimento de normas de conduta clínica no âmbito da Pediatria, imprescindíveis à formação básica, e que serão úteis no futuro em qualquer área de diferenciação, ainda que com alguns condicionalismos: grupos de trabalho com número excessivo de discentes, tempo insuficiente para adquirir a informação teórica mínima e participar na actividade clínica prática, o reduzido número de horas contempladas para as actividades assistenciais como consulta externa e serviço de urgência e ausência da abordagem ao modelo criança e adolescente no plano de estudos médicos no decorrer dos primeiros anos de licenciatura.

Abstract

This report relates to the stage carried out during the Pediatric Clinical Practice that belongs to the 6th grade curriculum of the Master in Medicine of Oporto Faculty and occurred from 19th October to 20th of November.

It is intended to highlight the various welfare activities attended during the period, the learning, the connection points between the theoretical and its practical application developed as well as undertake a pedagogical evaluation of the outcome of the stage, pointing out aspects that could be improved in future in academic training.

The internship allowed the rotation through the various areas that provide assistance to children and adolescents during four weeks in the Medical Pediatric in Hospital São João, and during a week in Heath Center of Vale Formoso.

The stage happened according the objectives established in advance, allowing in one hand acquiring knowledge in a dynamic way, and secondly, the development of standards of conduct within the pediatrics clinic, mandatory basic training, that will be useful in the future in any area of differentiation. However I can identified some difficulties: working with too many students, not enough time to acquire the minimum theoretical information and participate in clinical practice activity, the reduced number of hours covered for activities such as assistance outpatient and emergency department and the absence of approach the model of child and adolescent in terms of medical studies during the early years of graduation.

Índice

1. Introdução	7
1.1. Objectivos	8
2. A criança e o direito à saúde	9
3. A Pediatria	10
3.1. Contextualização do plano de estudos de Pediatria	11
4. A Prática Clínica	12
4.1 Reuniões de serviço	12
4.2 Internamento	12
4.3 Consultas externas	13
4.4 Serviço de Urgência	13
4.5 Seminários	14
4.6 Centro de Saúde	14
5. Discussão	15
6. Conclusão	18
7. Bibliografia	19
Apêndices	20
Anexo	45

Lista de abreviaturas e siglas

ECTS – European Credit Transfer and Accumulation System / Sistema Europeu de Transferência e Acumulação de Créditos

FMUP – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

HSJ – Hospital São João

USVF – Unidade de Saúde de Vale Formoso

CE – Consulta Externa

SI – Saúde Infantil

SU – Serviço de Urgência

PedA – Pediatria A

PedB – Pediatria B

1. Introdução

Este relatório reporta ao estágio realizado no Serviço de Pediatria do Hospital de São João (HSJ) no âmbito da Prática Clínica Pediátrica enquadrado no 6º ano curricular do Mestrado Integrado em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), que decorreu no período de 19 de Outubro a 20 Novembro. A regência da disciplina a cargo do Professor Doutor Álvaro Machado de Aguiar, permitiu a participação activa diária dos discentes nos grupos de trabalho médicos que asseguram a assistência às crianças e adolescentes, nos sectores de Internamento, Ambulatório e de Urgência, bem como em Centro de Saúde.

A realização deste Relatório de Estágio de Pediatria, no âmbito do Projecto de Opção da estrutura curricular do 6º ano do Mestrado Integrado de Medicina da FMUP, foi motivada pelo interesse nas patologias de uma população alvo singular (0-18 anos) dirigidas ao indivíduo em contínuo crescimento, sua importância para a formação médica em geral e pelo desejo de conhecer melhor as actividades diárias realizadas pelos especialistas da área, dado ser uma especialidade que se coloca como opção futura.

Uma vez que a prática clínica constitui a última etapa de formação pré-graduada e como discentes que entramos num ciclo clínico, independentemente do desempenho futuro como clínico geral, pediatra ou especialista, é importante no fim do curso e após um período de prática tutelada, o aperfeiçoamento de conhecimentos, atitudes, aptidões na abordagem semiológica, diagnóstica e terapêutica, assim como o desenvolvimento de uma capacidade crítica no desempenho clínico diário, fundamentais à formação académica e experiência clínica.

1.1. Objectivos

Neste relatório proponho-me a descrever e rever as diversas actividades assistenciais frequentadas durante o período de estágio, as aprendizagens, os pontos de ligação entre os conteúdos teóricos e a sua aplicação na prática desenvolvida, assim como proceder a uma avaliação do resultado pedagógico do estágio.

Considerando a Pediatria como uma medicina integral de um grupo etário desde a concepção até ao fim da adolescência, são estabelecidos objectivos pedagógicos genéricos, em termos de conhecimento (saber), atitudes (saber estar) e aptidões (demonstradas: saber fazer; ou evocadas: saber como fazer).

São objectivos da prática clínica pediátrica:

- Ser capaz de comunicar com as crianças dos diferentes grupos etários e com seus familiares, adequando-se aos diferentes contextos sociais e étnicos;
- Saber observar crianças, 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;
- 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 tomar algumas decisões terapêuticas;
- Ser capaz de acompanhar a evolução da doença, adequando as decisões terapêuticas;
- Saber adiantar algumas perspectivas sobre o prognóstico;
- Ter sempre presente nas suas atitudes referências de comportamento ético.

2. A criança e o direito à saúde

A criança deve beneficiar de uma protecção especial e devem ser-lhes proporcionadas possibilidades e facilidades, a fim de que possa desenvolver-se de maneira saudável e normal. No plano internacional, foram atingidos marcos importantes quando no preâmbulo da constituição da Organização Mundial de Saúde se afirmou que “a possessão do melhor estado de saúde que se é capaz de atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano”(1). Em 20 de Novembro de 1989, as Nações Unidas adoptaram por unanimidade a Convenção sobre os Direitos da Criança, documento que enuncia um amplo conjunto de direitos fundamentais de todas as crianças, bem como as respectivas disposições para que sejam aplicados.

De entre as várias disposições impera lembrar:

- O interesse superior da criança deve ser uma consideração prioritária em todas as acções e decisões que lhe digam respeito;
- A criança tem direito a gozar do melhor estado de saúde possível e a beneficiar de serviços médicos (2).

3. A Pediatria

A pediatria pode ser considerada como o sector da Ciência Médica que encara todos os aspectos da saúde da criança normal *versus* criança doente, numa visão global dos seus problemas (1). Ocupando-se especificamente do ser humano desde o nascimento à puberdade, a Pediatria tornou-se uma das disciplinas fundamentais ao conhecimento do Homem, estudando-o no período em que sofre as transformações somato-psíquicas mais profundas e significativas. A Pediatria têm como objectivo primordial possibilitar e assegurar à criança, quer seja saudável, quer, quando portadora de deficiências físicas ou mentais, a sua entrada na vida adulta num estado óptimo de desenvolvimento físico, mental e social (3).

Com a evolução social e as modificações do comportamento do homem e da comunidade face à doença, tal como em outras áreas da Medicina, a Pediatria passou do domínio da prestação de cuidados individuais, que tinham como objectivo, quase que exclusivo, o diagnóstico e a cura do doente, à prevenção da doença na criança e na comunidade infantil. Os médicos desempenham um importante papel na optimização da saúde infantil, mediante a aplicação prática da pediatria social, que se visiona não como uma sub-especialidade da Pediatria, mas como uma “atitude” que terá de estar presente na assistência médica, que assim encara todos os aspectos que integram a saúde da criança normal ou doente, numa visão holística, global e integrada dos seus problemas, nos quais estão incluídos os da própria família, grupo social ou comunidade em que se insere (criança e família; criança e meio ambiente, criança e comunidade) (1) (3).

Assim sendo, compete à pediatria a responsabilidade de conhecer a criança normal nos seus diversos aspectos, promover a saúde, prevenir a doença e conduzi-la a um futuro (de adulto) saudável.

3.1. Contextualização do plano de estudos de Pediatria

A Pediatria como ramo diferenciado da Ciência Médica surgiu em meados do século XIX e apenas se afirmou no 1.º quartel do século XX (1).

Em Portugal o ensino oficial desta disciplina passou a ser integrado nos programas das Faculdades de Medicina na Grande Reforma de 1911 (4).

Em 1911, surgiram no país três Faculdades de Medicina: Lisboa, Coimbra e Porto. O curso passou a ter a duração de seis anos e, face à valorização do ensino pediátrico, surge a disciplina de Clínica Pediátrica. Com a reforma em 1918 promulgou-se uma nova organização geral do ensino médico com um curso de duração de cinco anos, sendo a disciplina de Pediatria leccionada no 5.º ano. Em 1930, um novo Estatuto da Instrução Universitária determinou um plano curricular para seis anos de curso, do qual constava a Pediatria como disciplina anual. As reformas posteriores do ensino não alteraram o plano de estudos da Pediatria até ao ano lectivo de 1988/89, altura em que o ensino de Pediatria na FMUP passou a ser leccionado no 4.º, 5.º e 6.º anos de curso, sendo semestralmente no 4.º e 5.º ano (respectivamente Pediatria I e Pediatria II) e anual no 6.º ano (Clínica Pediátrica e Pediatria Social), permanecendo este plano de estudos em vigor até 1996/1997. A partir desta data, a Pediatria passou a ser leccionada em regime de blocos com tempo lectivo de cinco semanas, correspondentes a cinco unidades de crédito, no 5.º ano (Pediatria) e de quatro semanas, correspondente a 4 unidades de crédito, no 6.º ano (Pediatria - Prática Clínica) (4).

De acordo com o actual plano de estudos da Pediatria em vigor desde a homologação do curso no âmbito do processo de Bolonha no ano de 2007, o respectivo ensino pré-graduado de Pediatria da FMUP realiza-se em regime de blocos no 5.º ano (Pediatria, 8ECTS), durante 4 semanas, e no 6.º ano (Pediatria - Prática clínica, 11ECTS), durante 5 semanas.

4. A Prática Clínica

O bloco formativo decorreu durante cinco semanas, no período de 19 de Outubro a 20 de Novembro de 2009. Durante quatro semanas, o estágio decorreu no serviço de Pediatria Médica do HSJ, sob a orientação do Prof. Dr. Manuel Fontoura, coordenador da Unidade de Endocrinologia Pediátrica. Na quinta semana frequentei a Unidade de Saúde de Vale Formoso (USVF), Porto – Paranhos, do qual é directora a Dr.^a Carolina Oliveira, sob a orientação do Dr. Ribeiro Domingues.

No primeiro dia de estágio os discentes foram recebidos pelo Regente da disciplina, Prof. Dr. Álvaro Aguiar, tendo sido abordados os aspectos relativos às regras de funcionamento do bloco e do Serviço de Pediatria, assim como expostos os objectivos da prática clínica pediátrica, nomeadamente no que concerne ao plano de actividades (ver apêndice I), à integração nas diferentes actividades assistenciais, à listagem de desempenhos e procedimentos a cumprir.

Foi atribuído um caderno de estágio a cada discente, para registo das actividades formativas frequentadas e validação da listagem de desempenhos e procedimentos a serem realizados no decorrer do estágio (ver anexo).

Durante as quatro semanas de estágio hospitalar tive a oportunidade de integrar nos grupos de trabalho médico de assistência às crianças e adolescentes, repartindo a minha actividade assistencial nos sectores de internamento, de ambulatório e de urgência, de acordo com as escalas designadas pelo Tutor.

4.1 Reuniões de serviço

As reuniões de Serviço, às 8h30 eram de frequência obrigatória por parte dos discentes, sendo apresentados e discutidos os doentes internados, apresentados temas genéricos de índole prática, casos clínicos e temas teóricos de aperfeiçoamento e actualização.

4.2 Internamento

O período de estágio no Internamento sensibilizou-me para a metodologia específica da pediatria e de cada grupo etário através da comunicação com as crianças dos diferentes grupos etários e seus familiares, realização de histórias clínicas completas (ver apêndice IV), exame objectivo e reconhecimento de sinais de doença. Permitiu-me adquirir noções pormenorizadas e concretas sobre a etiologia, a fisiopatologia e a sintomatologia das patologias pediátricas mais comuns, recurso a exames auxiliares de diagnóstico e prescrição de terapêuticas.

Sendo objectivo do estágio familiarizarmo-nos com os aspectos peculiares da semiologia da clínica pediátrica e da vivência da criança na doença, realizei a história clínica a catorze doentes internados no serviço de Pediatria A (PedA) e Pediatria B (PedB).

Nas reuniões clínicas com o Tutor, apresentei as histórias clínicas e discuti os diagnósticos diferenciais, as propostas terapêuticas e os aspectos relativos à decisão criteriosa sobre o recurso a exames subsidiários de diagnóstico, forma de actuação global e formulação do prognóstico, referentes aos casos que observei no internamento.

4.3 Consultas externas

Na consulta externa (CE) tive a oportunidade de contactar com a área da Endocrinologia Pediátrica, aperfeiçoando a habilidade e técnica de realização de anamnese e exame físico em crianças e adolescentes portadores de patologia endócrina.

Observei crianças com as mais variadas patologias, nomeadamente, Atraso Constitucional do Crescimento, Baixa Estatura Familiar, Deficiência da Hormona de Crescimento, Hipotiroidismo e Diabetes Mellitus.

4.4 Serviço de Urgência

O estágio no Serviço de Urgência (SU) permitiu-me adquirir competências em termos da identificação das diferentes etapas de estudo de um caso clínico, nomeadamente a correlacionar os dados da anamnese, exame físico e laboratoriais na formulação de hipóteses de diagnóstico e de possíveis etiologias. Possibilitou-me o treino de gestos e actos clínicos de relevo, assim como o desenvolvimento da minha

capacidade de resolução de situações da patologia infantil de necessária e indispensável actuação urgente e imediata.

Durante o período de estágio destacam-se como motivos mais frequentes de admissão no SU a febre, a diarreia aguda, os vómitos, a infecção urinária e a dificuldade respiratória.

4.5 Seminários

Para facilitar e orientar o estudo dos alunos, a cada discente foi atribuída a preparação e apresentação de um tema de índole prática pediátrica. Mediante a discussão guiada por um docente, aos discentes foi dada a oportunidade de participar directamente nas apresentações, esclarecer dúvidas e abordar questões relacionadas (ver apêndice II).

Sob a orientação da Prof. Dr.^a Júlia Guimarães, realizei a apresentação do seminário “Variantes Normais na aquisição da marcha” (ver apêndice III).

4.6 Centro de Saúde

Durante a 5ª semana de estágio, na USVF, acompanhei a actividade de um médico especialista em Pediatria, na consulta de Saúde Infantil (SI). O estágio proporcionou-me o contacto com a criança normal e um melhor conhecimento dos cuidados preventivos, nomeadamente no esquema de imunizações, na promoção de hábitos saudáveis, na prescrição de cuidados de puericultura e de medicina preventiva. Este estágio extra-hospitalar permitiu-me aumentar e sedimentar conhecimentos e aptidões práticas no âmbito da SI, assim como aumentar a minha capacidade de realização de gestos e manobras específicas do exame físico em pediatria através da realização repetida do exame físico, da avaliação do crescimento, desenvolvimento e estado nutricional da criança (medição da estatura, peso, perímetro cefálico e da avaliação do desenvolvimento psicomotor e sensorial).

5. Discussão

Considero que o estágio foi bastante proveitoso a nível pessoal e académico, tendo sido possível evoluir na abordagem semiológica, diagnóstica e terapêutica de várias patologias de um grupo etário singular, adquirir conhecimentos que não detinha até então, bem como sedimentar e colocar em prática conhecimentos anteriores.

Durante as quatro semanas de estágio no HSJ tive a oportunidade de contactar com uma amostra representativa da patologia pediátrica mais frequente e da patologia internada no serviço neste período, através de uma participação activa diária nos grupos de trabalho médico ao frequentar as áreas de internamento, de ambulatório e de urgência.

A possibilidade de integração na prática hospitalar permitiu a aquisição de uma percepção global do modo de funcionamento do serviço, do trabalho em equipa, da interacção entre profissionais de saúde, do dia-a-dia num serviço hospitalar e da realidade clínica pediátrica, enriquecedores na formação de futuros médicos.

Tendo em vista os objectivos genéricos e específicos a alcançar durante o estágio clínico, a atribuição de um tutor a cada grupo, permitiu que de uma forma pro-activa sem prejuízo da minha atitude de iniciativa própria, de acordo com as directivas e sugestões do orientador pudesse integrar nas diversas actividades formativas e assistenciais.

O estágio na USVF foi bastante oportuno, proporcionando-me um contacto com crianças maioritariamente saudáveis em consultas de promoção de saúde. Permitiu-me também adquirir uma visão global no sentido do conhecimento do que é a criança “normal” integrada na sua família, comunidade e escola, para a compreensão da criança doente nas suas reacções patológicas, com o fim de detectar e solucionar precocemente quaisquer desvios.

O curso de medicina em hospitais-escola ao utilizar para o ensino prático doentes muito especializados, portadores de patologias que na maioria das vezes justificam o seu internamento, favorece a aprendizagem de conhecimentos especializados e aquisição de uma visão desvirtuada da patologia mais frequente, sendo a comunidade raramente utilizada como campo de trabalho e ensino. Atendendo à

necessidade de colocar a par o ensino da pediatria com o da pediatria preventiva e social seria oportuno aumentar a carga horária definida para o estágio em Centro de Saúde.

No que concerne ao estágio no SU, a aprendizagem prática através do binómio visualização-experiência permitiu-me contactar com um grande número de doentes, cuja patologia, no geral banal, virá a ser a que como futuros médicos observaremos mais frequentemente na comunidade. Verifiquei que uma elevada proporção de situações que recorreram ao SU correspondiam a casos não urgentes ou que constituíam urgências extra-hospitalares, tornando evidente a crescente necessidade de reforçar os cuidados de saúde primários com meios e materiais humanos e de implementar campanhas de sensibilização e educação para a saúde na comunidade, de forma a otimizar a utilização do SU.

Na aprendizagem desta disciplina existem alguns aspectos particulares, alguns condicionalismos referentes ao seu ensino teórico e prático, os quais exponho:

- Os grupos de trabalho com número excessivo de discentes, dificulta o cumprimento dos preceitos de uma pedagogia moderna que tem por objectivo a individualização da aprendizagem no aluno, como um processo de lhe facilitar a aprendizagem;
- No plano de estudos, após uma abordagem à embriologia humana no primeiro ano de licenciatura (integrada no programa curricular da cadeira de Anatomia), decorrem 5 anos em que só casualmente são citadas algumas particularidades ou aspectos especiais respeitantes à criança, a propósito de uma ou outra patologia, uma ou outra excepção relativamente ao que se verifica no adulto. É dado um maior relevo ao quadro clínico presente no adulto, transmitindo a ideia por vezes simplista da criança como uma miniatura do adulto. Neste sentido, considero que os conhecimentos deste grupo etário singular nas diversas áreas, como na anatomia, fisiologia, semiologia, patologia e farmacologia, deveriam acompanhar impreterivelmente o ciclo básico de estudos.
- A aprendizagem prática durante o estágio, fundamentalmente baseada na observação de doentes hospitalizados nas enfermarias, torna reduzido o tempo disponibilizado para outras actividades assistenciais designadamente CE e SU. Para

colmatar algumas destas lacunas observadas, seria oportuno organizar um esquema rotativo que permitisse o contacto dos discentes com a consulta das diferentes especialidades médicas pediátricas e atribuição de uma maior carga horária à frequência do SU.

- Tendo em conta a especificidade da medicina pediátrica, haveria vantagem em destinar algumas sessões de carácter teórico-prático à formação específica dos protocolos de suporte básico de vida e suporte avançado de vida pediátricos, dada a lacuna existente no plano de estudos médicos no que respeita à área de emergência médica.

- Seria oportuno o ensino e consequente aprendizagem dos cuidados básicos pediátricos a exercer à periferia social, particularmente em zonas rurais ou zonas suburbanas, muitas vezes sem acesso imediato ou com acesso limitado a tecnologias de diagnóstico e tratamento especializado, através da realização de um período de estágio em Centro de Saúde Rural.

- O tempo insuficiente para adquirir a informação teórica mínima e participar na actividade clínica prática. De facto, o número reduzido de horas contempladas no actual plano de estudos, condiciona um curso “condensado”, intensivo que se restringe a 4 semanas no 5.ºano e a 5 semanas no 6.º ano. Esta condição não permite a necessária “sedimentação”, integração e maturação dos conhecimentos ministrados durante o curso médico sobre os aspectos do desenvolvimento e clínica da população pediátrica.

6. Conclusão

O estágio realizado no Serviço de Pediatria foi no geral ao encontro dos objectivos previamente estabelecidos, permitindo, por um lado a aquisição viva e participada de conhecimentos e, por outro, o desenvolvimento de normas de conduta clínica no âmbito da Pediatria, imprescindíveis à formação básica, e que serão úteis no futuro em qualquer área de diferenciação.

Depreendo que embora o ensino da pediatria não vise a formação de um pediatra, é fundamental à formação de médicos que não temam defrontar-se com aquele que no futuro, e na dependência de tudo o que acontecer antes, tornar-se-á um adulto.

O exercício da pediatria em pleno pressupõe, para além das competências estritamente técnicas, a intervenção em áreas que transpõem o âmbito biomédico, em espírito de humanismo e de cidadania, reconhecendo o papel da família/pais como prestadores privilegiados de cuidados e tendo em conta o pormenor importante que é a relação triangular médico-doente-pais que é estabelecida.

É objectivo do exercício da prática clínica pediátrica, a saúde e o bem-estar da criança e adolescente como pessoas, valorizando potencialidades e minorando condições adversas.

7. Bibliografia

1. **Santos, Norberto Teixeira.** *Relatório de índole pedagógico sobre o ensino da clínica pediátrica e puericultura.* Porto : s.n., 1979.
2. *Convenção sobre os direitos da criança, Assembleia Geral das Nações Unidas.*
3. **Lissauer, T e Clayden, G.** *Illustrated textbook of Pediatrics.* 2ª Edição. s.l. : Mosby, 2001.
4. **Ferraz, AR e Guimarães, H.** *O ensino da Pediatria na Escola Médica do Porto.* Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto : s.n., 2004.

Apêndices

Apêndice I - Cronograma das Actividades

Apêndice II - Calendário dos Seminários

Apêndice III - Apresentação de índole teórico-prática

Apêndice IV - História Clínica

Apêndice I - Cronograma das Actividades

Hospital São João			
Data	Internamento	Serviço de Urgência	Consulta Externa
1ª Semana			
19/10	RS; HC		
20/10	RS		Endocrinologia
21/10	RS; HC; RT		
22/10	RS; HC		
23/10	RS; HC; RT		
2ª Semana			
26/10	RS; HC; RT		
27/10	RS; HC		Endocrinologia
28/10	RS; HC; RT		
29/10	RS		
30/10	RS; HC; RT		
3ª Semana			
2/11	RS; HC; RT		
3/11	RS		Endocrinologia
4/11	RS; RT		
5/11	RS; HC		
6/11	RS; RT		
4ª Semana			
8/11	RS	Equipa A'	
9/11	RS; RT		Endocrinologia
10/11	RS	Equipa A'	
11/11	RS; HC; RT		
12/11	RS; HC		
13/11	RS	Equipa D	
Unidade de Saúde de Vale Formoso			
5ª Semana 16 a 20/11			

[Nota: **RS** – reunião de serviço; **HC** – história clínica; **RT** – reunião com o tutor]

Apêndice II - Calendário dos Seminários

Data	Tema
27/10	Obesidade Infantil
28/10	Consulta de Saúde Infantil
30/10	Interpretação de Exames Auxiliares de diagnóstico
2/11	Dificuldades na Aprendizagem
3/11	Abordagem diagnóstica da Baixa Estatura
3/11	Diarreia aguda e desidratação
3/11	Diarreia crónica/ Má nutrição
4/11	Convulsões Febris
4/11	Alimentação no primeiro ano de vida
6/11	Pneumonias
9/11	Queixas frequentes
10/11	Distúrbios da puberdade
10/11	Patologia Cardíaca no lactente
10/11	Bronquiolites e Asma Infantil
13/11	Anemias
18/11	Atraso do desenvolvimento Psicomotor
18/11	Variantes Normais*

* Apresentação de índole teórico-prática orientada pela professora Dr.ª Júlia Guimarães;

Apêndice III - Apresentação de índole teórico-prática



Variantes normais

Aquisição da Marcha

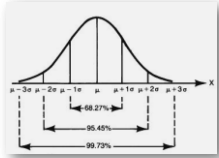
Pediatria 09-10
 Jacinta Rodrigues Fonseca
 Orientadora: Prof. Júlia Guimarães

SÃO JOÃO

Introdução

Normal:

- O mais comum, frequente
- Não condiciona doença
- Normal para uma cultura
- O melhor



Meehan J. "What is normal?" SA Medical Journal (1990) 83: 47-50.
 Wellman M. "The concept of normal in medicine" Can.M.A.G. (1989)

Introdução

Variabilidade em Medicina

Variante: que difere do outro sem condicionar doença.

VS

Patológico/doença: "desvio ou interrupção da estrutura ou funcionamento normal de uma parte do corpo, órgão ou sistema, que se manifesta por sintomas ou sinais característicos e cuja etiologia, patogenicidade e prognóstico podem ser ou não conhecidos"¹.


"Quanto mais longe se encontra uma criança do esperado, em qualquer parâmetro, menor a probabilidade de ser normal!"¹
 (Illingworth, 1988)

1. Diction's Medical Dictionary for Health Consumers. © 2007 by Saunders

Introdução

Variabilidade em Medicina

- As idades medianas de aquisição de uma capacidade indicam-nos quando metade da população padrão adquire esse nível, mas não nos diz se as capacidades da criança estão no intervalo normal;
- **Idades limites** são reconhecidas, isto é, idade pela qual determinado marco de desenvolvimento deveria ter sido adquirido

Monitorização do desenvolvimento 


Variantes normais

Aquisição da marcha




Desenvolvimento Motor

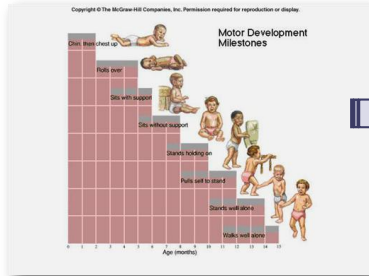
Processo contínuo e multifactorial




Motor development of the Child and Precocious Stimulation. Oliveira D, Oliveira K, uma revisão da literatura, 2006
 Lissauer T, Clayden G, Illustrated Textbook of Paediatrics, second edition, p(25-27)

Desenvolvimento Motor

Marcos do desenvolvimento



A evolução neuromotora no 1º ano de vida está bem determinada!

<http://www.mhhe.com/socscience/fmtra/ibank/set1.htm>

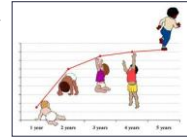
Desenvolvimento Motor

Aquisição da marcha

Marcha voluntária

Implica uma aprendizagem contínua e sequencial

- Balanço do tónus flexor e extensor
- Declínio dos reflexos primitivos
- Evolução das Reacções Posturais
 - Reacções de verticalização
 - Reacções de equilíbrio
 - Reacções Protectoras



Levine M, Carey W, Grossi R. Development: Behavioral Pediatrics. Saunders Company 1989 (p88-89)
 Farber and Arnold's Textbook of Pediatrics, 7th Edition, Neil McIntosh, Helen Smyth, Eleanor (p110-111)

Etapas do desenvolvimento da motricidade grosseira



Posição de Decúbito Ventral

- Ao Nascimento** - Postura de flexão generalizada
- 6 Semanas** - Achatamento pélvico
Levanta a cabeça 25 a 40°
- 3 meses** - Levanta a cabeça e ombros com o apoio nos antebraços; Coxas em extensão
- 6 meses** - Apoia-se nas mãos, com braços estendidos

Rudolf, Levine: Paediatrics and Child Health, Blackwell Science
 Text of Sheridan, avaliação do desenvolvimento psicomotor

Etapas do desenvolvimento da motricidade grosseira



Tracção pelas mãos

- 4-6 semanas** - Cabeça cai
- 3 meses** - Cabeça na linha média, coluna dorsal direita
- 6 meses** - Faz força para se sentar, controla a cabeça

Rudolf, Levine: Paediatrics and Child Health, Blackwell Science
 Text of Sheridan, avaliação do desenvolvimento psicomotor

Etapas do desenvolvimento da motricidade grosseira



Posição de Sentado

- 6 semanas** - Dorso em arco e mãos fechadas. Necessita de suporte por um adulto
- 6 meses** - Mantém-se sentado sem apoio
- 9 meses** - Senta-se sozinho e fica 10-15min.

Rudolf, Levine: Paediatrics and Child Health, Blackwell Science
 Text of Sheridan, avaliação do desenvolvimento psicomotor

Etapas do desenvolvimento da motricidade grosseira



Posição de pé

- 6 meses** - Permanece em pé com ajuda. Faz apoio (intermitente)
- 9 meses** - Põe-se de pé com apoio mas não consegue baixar-se
- 12 meses** - Põe-se de pé sozinho e baixa-se com apoio. Anda com apoio de uma mão
- 12 - 15 meses** - Anda sozinho
- 18 meses** - Anda bem sozinho e pára para apanhar objectos do chão. Capaz de subir escadas

Rudolf, Levine: Paediatrics and Child Health, Blackwell Science
 Text of Sheridan, avaliação do desenvolvimento psicomotor

Etapas do desenvolvimento da motricidade grosseira

- 4 meses • Controlo da cabeça
- 9 meses • Senta-se sem apoio
- 12 meses • Levanta-se sozinho
- 18 meses • Anda sozinho

Likavau T, Clayden G, Illustrated Textbook of Pediatrics, second edition, p25-27
 Malina R, Motor Development during Infancy and Early Childhood: Overview and Suggested Directions for Research. Int Journal of Sport and Health Science vol2, 50-66,2004.
 Casarini. Análise do desenvolvimento da marcha em prematuros nascidos no Hospital Universitário do Oeste do Paraná, e sua relação com os fatores idiosincráticos. 2005.

Pendulum mechanism of walking

Figure 1. Schematic representation of the inverted pendulum mechanism of walking in adults; the hip vaults over the stance limb resulting in mechanical energy fluctuations of the center of body mass (COM). Based on this inverted pendulum model, animals cannot walk faster than the speed at which the centripetal force ($m a = m V^2/R$, where m is the mass, V is the speed, a is the acceleration and R is the radius of curvature) required to keep the COM moving along the curved path exceeded the force provided by gravity ($m g$) ($V^2 < gL$, where L is a characteristic leg length and g is the acceleration of gravity) (1).

1) "Development of Independent Walking in toddlers", Y Ivanenko et al, Exerc Sport Sci Res 2007

Desenvolvimento Motor

Variação na Aquisição da Marcha

Desenvolvimento Motor

Variação na Aquisição da Marcha

- Existe variabilidade no padrão de desenvolvimento motor entre as crianças;
- Aprendem a deslocar-se de diferentes formas;
- Diferentes estratégias de locomoção pré-marcha condicionam diferentes idades de início da marcha;

Desenvolvimento Motor

Variação na aquisição da marcha

Commando crawl 1%
 Gatinhar 83%
 Shuffling 9%
 Levantar e andar 7%

Robson P, Prewalking locomotor movements and their use in predicting standing and walking. Child Health and Development, 1984 Vol 10, Issue 5, 517-530
 Likavau T, Clayden G, Illustrated Textbook of Pediatrics, second edition, p25-27

Aquisição da Marcha

Estratégias de locomoção pré-marcha

- Ausência de estratégia locomotora pré-marcha
- Shuffling
- Commando Crawl

↳ "Idiopathic delayed walking syndrome"

↳ Início precoce da marcha

↳ Há atraso do início da marcha, sem causa aparente com desenvolvimento futuro normal!

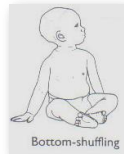
Likavau T, Clayden G, Illustrated Textbook of Pediatrics, second edition, p25-27
 Meriani M. Focusing on dissociated motor development. Arq Neuropsiquiatr, 2002;59(3-8):686-690

Aquisição da Marcha

Variantes Normais

Shuffling:

- Variante do gatinhar em que a criança apoia uma mão e a nádega homolateral para se locomover. Mantém tronco erecto e MI flectidos.
- Pode usar pés ou mãos para realizar a propulsão
- Mais comum em rapazes
- Padrão familiar
- É um padrão habitualmente hipotónico que não condiciona patologia.
- Pode provocar atraso, não valorizável do início da marcha.
Aos 18 meses apenas 50% tem marcha independente;
Aos 27 meses, 97,5% já andam;



Aquisição da Marcha

Variantes Normais

Commando crawl:

- Variante do gatinhar em que a criança se apoia sobre o abdómen, mantendo movimentos livres ao nível da cintura pélvica e escapular;
- Movimento de propulsão é realizado pelos quatro membros;
- Início da marcha ainda mais tardio



Minami M. Focusing on dissociated motor development. *Arq Neuropsiquiatr.* 2001;59(3-B):686-690

Aquisição da Marcha

Estratégias de locomoção pré-marcha



Minami M. et al (2001) propõe uma classificação:

1. Padrão Cruzado ou típico – Crianças com o padrão típico de gatinhar;
A propulsão é feita na posição de bruços, com suporte sobre os quatro membros, mãos Joelhos ou mãos-pés flectidos (joelhos estendidos)
Inclui crianças que apresentam previamente outras formas de locomoção pré-marcha (shuffling, commando crawl, rolling...)
2. Padrão Atípico de gatinhar
Sobre nádegas – Shuffling
Sobre abdomen – Commando crawl
3. Ausência de estratégia locomotora pré-marcha

Minami M. Focusing on dissociated motor development. *Arq Neuropsiquiatr.* 2001;59(3-B):686-690

Desenvolvimento Motor

Variação na Aquisição da Marcha

Lactentes

- Raça negra
- Baixo nível sócio-económico
- Primeiros filhos
- Filhos de mães adolescentes



Parecem completar um ou mais marcos do desenvolvimento motor, em média, mais cedo

(Hindley,1968; Neligan and Pruthi, 1969; Super, 1976)

Levine M, Carey W, Gross R. Development Behavioral Pediatrics. Saunders Company, 1989 (p88-89)

Desenvolvimento Motor

Variação na Aquisição da Marcha

Lactentes

- Raça negra
- Baixo nível sócio-económico
- Primeiros filhos
- Filhos de mães adolescentes



Parecem completar um ou mais marcos do desenvolvimento motor, em média, mais cedo

(Hindley,1968; Neligan and Pruthi, 1969; Super, 1976)

Levine M, Carey W, Gross R. Development Behavioral Pediatrics. Saunders Company, 1989 (p88-89)

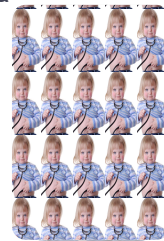
Atraso da aquisição da Marcha

Quando investigar ?



Investigar quando atraso da motricidade grosseira está associada com:

- Atrasos globais
- Opistotonus
- Punhos cerrados persistentemente
- Não usar um hemicorpo/ membro
- Manutenção dos reflexos primitivos
- Incapacidade de executar movimento fino de pinça ao ano de vida



Levine M, Carey W, Gross R. Development Behavioral Pediatrics. Saunders Company, 1989 (p88-89)

Variantes normais

O conceito de normal e média são percebidos de forma estatística mas muitas vezes induzidos por políticas e com certeza irrelevante do ponto de vista humano, em muitas ocasiões.



Apêndice IV - História clínica

Local e data da admissão: Doente transferido do Hospital de Famalicão para o HSJ na madrugada de 23/10/09; internado no Serviço de Pediatria A.

Data de recolha da informação: 27/10/09

Fonte: Recolheram-se os dados da história clínica em diálogo com a mãe, que se mostrou disponível e colaborante, por consulta do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil e do Boletim Individual de Saúde.

IDENTIFICAÇÃO

Nome: J.L.C.L.

Sexo: masculino

Idade: 6 anos (data de nascimento: 5/5/2003)

Raça: caucasiana

Naturalidade: Vila Nova de Famalicão

Residência: Vila Nova de Famalicão

Filiação: M.E.O.C.L. (mãe) e P.J.C.L. (pai)

MOTIVO DE INTERNAMENTO

Internado em Pediatria A para tratamento e vigilância de pneumonia LIE com derrame metapneumónico de pequeno volume homolateral.

I. HISTÓRIA DA DOENÇA ACTUAL

Doente assintomático até há 8 dias atrás, altura em que inicia um quadro de tosse seca irritativa, terá sido medicado com betametasona por diagnóstico compatível com laringite. Mãe refere que cerca de 24 horas antes do internamento, a criança iniciou um quadro de odinofagia, mialgias generalizadas, hipertermia (38,8°C), dor abdominal do tipo cólica, vômitos de

conteúdo alimentar (2 episódios), prostração e anorexia, pelo que se dirigiu ao SU do Hospital de Famalicão.

No Hospital de Famalicão, foi realizada pesquisa de H1N1 (negativo), tendo sido administrado paracetamol rectal e soro fisiológico, com redução da temperatura, mas manutenção das mialgias generalizadas e dor abdominal. Analiticamente apresentava leucocitose com neutrofilia e elevação da PCR, sem outras alterações; sem alterações das funções renal e hepática. Sedimento urinário foi normal e radiografia de tórax revelou infiltrado intersticial discreto, sem imagens de condensação.

Por agravamento clínico (subida de marcadores analíticos de infecção e suspeita de abdómen agudo), o doente foi transferido na madrugada de 23 de Outubro do Hospital de Famalicão para o HSJ.

À admissão no HSJ, apresentava-se pálido, embora com mucosas coradas e húmidas, sem exantemas. Encontrava-se hemodinamicamente estável. Apresentava um tempo de perfusão capilar <2 segundos; uma temperatura de 37,5°C; uma PA de 107/ 56 (78 mmHg); uma FC 127 bpm; uma FR 26 cpm e uma SatO₂ 96%. Ao exame objectivo: sem alterações ao exame otorrinolaringológico; auscultação cardíaca: S1 e S2 presentes e sem sopros audíveis; auscultação pulmonar: murmúrio vesicular presente e simétrico bilateralmente, sem ruídos adventícios; abdómen mole e depressível, difusamente doloroso à palpação, mas sem sinais de irritação peritoneal; fígado palpável 3-4 cm abaixo da grade costal na linha medioclavicular direita, de consistência elástica; baço não palpável; ausência de adenomegalias cervicais, axilares ou inguinais palpáveis. Apresentava rigidez terminal da nuca, sem outras alterações ao exame neurológico.

Analiticamente apresentava leucocitose com neutrofilia, elevação da PCR, bem como trombocitopenia – Hb 11,1 g/dl; Plaquetas $153 \times 10^3/\text{mm}^3$; Leucócitos $30590/\text{mm}^3$ (84,6% neutrófilos), PCR 394,5 mg/L; pesquisa H1N1 negativo; hemocultura e urocultura negativas. Estudo da coagulação apresentava alterações - aPTT 41,3; TP 21,9; fibrinogénio 759 mg/dL; P&P 0,25; ATIII 0,97; D-dímeros 0,87 $\mu\text{g}/\text{mL}$; Hb 11,1. Iniciou correcção com vitamina K e plasma fresco congelado e ceftriaxona em doses meníngeas.

Doente foi observado por Cirurgia Pediátrica que excluiu patologia cirúrgica aguda.

A Ecografia abdominal revelou derrame pleural esquerdo, hepatomegalia homogénea e proeminência bilateral dos bacinetes com hiperecogenicidade cortical bilateral.

No decurso das avaliações clínicas, criança manteve-se hemodinamicamente estável, com picos febris 6/ 6 horas e com aparecimento de crepitações nos 2/3 inferiores do HT esquerdo à

auscultação pulmonar. Rx tórax e ecografia torácica identificaram pneumonia LIE com derrame metapneumónico de pequeno volume homolateral.

Foi internado para tratamento e vigilância no serviço de Pediatria A.

II. ANTECEDENTES PRÉ-NATAIS

1. GESTAÇÃO E PARTO

a) Gestação

- 2ª gravidez, desejada e planeada. Gestação de termo (37S, com base nos métodos ecográfico e amenorreia), vigiada, com consultas frequentes e seriadas – sem alterações; análises sanguíneas em todos os trimestres da gravidez.
- Grupo sanguíneo da mãe: O Rh+.
- Serologias negativas para VDRL, Atg HBs, CMV e HIV; imunizada para a rubéola e toxoplasmose; nega outras doenças infecciosas (sífilis, tuberculose, sarampo, varicela, hepatite, entre outras), bem como doenças endócrinas ou metabólicas (como diabetes ou tireopatias), febris e exantemáticas durante a gravidez; nega ter tido contacto com doenças infecto-contagiosas durante a gravidez.
- Mãe refere uma dieta equilibrada e variada durante a gravidez. Efectuou suplementos de ferro e ácido fólico.
- Nega hábitos tabágicos, etílicos e consumo de drogas ilícitas previamente e durante a gestação. Marido fumador, mas não fumava em casa.
- Nega ter efectuado qualquer tipo de medicação durante o período gestacional; nega a exposição a radiações ionizantes e imunizações.
- Ameaça de parto pré-termo às 35 semanas (contrações uterinas), tendo permanecido em repouso até ao parto (às 37 semanas de gestação).
- Sem outras intercorrências (nega eclâmpsia, pré-eclâmpsia, hemorragias, hipertensão e edema).
- Sem doenças durante a gravidez.
- PNV actualizado.

b) Parto

- Parto realizado no Hospital de Famalicão, eutócito, não induzido e sem necessidade de reanimação.
- Apresentação cefálica.
- Iniciou trabalho de parto às 10h30min e nascimento ocorreu às 14h15min.
- Líquido amniótico de características normais, sem mecónio ou sangue.
- Placenta e cordão umbilical com características normais.
- Mãe nega a ocorrência de quaisquer complicações durante o parto.

2. NASCIMENTO

- Peso: 3300g (P25)
- Comprimento: 47,5 cm (P10)
- PC : 34 cm (P10-25)
- Índice APGAR: 9 (1ºminuto); 10 (5ºminuto)
- Sem necessidade de reanimação.
- Ausência de convulsões ou movimentos anormais.

3. PERÍODO NEONATAL

- Período neonatal sem intercorrências.
- Rastreio endócrino metabólico realizado ao 7.º dia de vida.
- Boa adaptação ao aleitamento materno; 1.ª mamada logo após nascimento.
- Ausência de cianose, palidez, hemorragias, edemas, convulsões, onfalite, sinais de dificuldade respiratória, alterações gastrointestinais ou genitourinárias.
- Tônus muscular adequado.
- Dejeção de mecónio e 1.ª micção no 1º dia de vida, com características normais.
- Tipo sanguíneo: A Rh+.
- Teve alta do hospital com a mãe ao 3º dia de vida.
- Queda do coto umbilical cerca de 8 dias após o parto.

III. ANTECEDENTES PÓS-NATAIS

1. ALIMENTAÇÃO

- Leite materno exclusivo até aos 3 meses; leite materno com suplementos de leite adaptado dos 3 aos 5 meses; aos 5 meses introduziu sumo de fruta; aos 6 meses a sopa; mais tarde iogurtes. Iniciou leite Nestlé® adaptado aos 2 anos e leite de vaca aos 3 anos.
- Sem alergias ou intolerância alimentar.
- Administração de vitaminas C e D aos 2 meses e aos 4 meses; vitaminas C+D e fluór aos 6 meses (administrados na forma de gotas por via oral).

2. CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

- **Peso:** Ao nascimento encontrava-se no percentil 25. Posteriormente, terá atingido o percentil 90, onde se manteve até aos 8 meses, quando passou a estar no P75 (até ao momento).
- **Altura:** Ao nascimento encontrava-se no percentil 10. Posteriormente, manteve-se sempre entre o percentil 75 e 90.
- **Encerramento das fontanelas:** Fontanela posterior encerrou aos 2 meses de idade e fontanela anterior aos 2 anos.
- **Dentição:** 1.º dente surgiu aos 5 meses. Dentição permanente iniciada aos 5 anos (actualmente quase completa). Ausência de cáries dentárias.
- **Desenvolvimento psicomotor (marcos do desenvolvimento):**
 - ✓ Começou a andar aos 13 meses; contenção de esfíncteres diurna aos 2 anos e meio.
 - ✓ Mãe não sabe especificar datas de outros marcos do desenvolvimento.
 - ✓ Nega enurese.
 - ✓ Dorme sozinho desde os 6 meses.
 - ✓ Sem alterações da visão e audição.
 - ✓ Bom aproveitamento escolar.

3. IMUNIZAÇÕES

- PNV actualizado + antipneumocócica (3 doses). Mãe refere que foram 3 e não as 4 doses recomendadas porque esteve aos cuidados dos avós até aos 3 anos.

4. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

- Rastreio metabólico ao 7.º dia negativo.
- Sem doenças ou malformações congénitas conhecidas.

- Varicela aos 4 anos. Sem outras doenças infecciosas como sarampo, rubéola, parotidite epidémica, escarlatina, tosse convulsa, febre tifóide, disenteria, tuberculose, sífilis, infecções de pele.
- Sistema respiratório: Bronquiolite por duas vezes na lactância; Pneumonia em 2006, tratada em regime de hospital de dia (com ceftriaxona) no Hospital de Famalicão, com evolução favorável, sem necessidade de O2 suplementar; Em Dezembro de 2008 teve traqueobronquite e amigdalite, e em Junho teve amigdalite e otite à direita. Ausência de asma e bronquite.
- Sistema gastrointestinal: sem alterações.
- Sistema cardiovascular: Ausência de alterações sugestivas de patologia cardiovascular como dispneia, edemas ou cianose. Foi realizado ecocardiograma fetal devido a história familiar de cardiopatia congénita (tia materna), que não identificou alterações.
- Sistema genitourinário: Ausência de alterações do domínio vesical, enurese, nictúria, criptorquidia e ectopia testicular.
- Muscular e osteoarticular: Ausência de alterações/ dores articulares ou musculares e de deformidades.
- Sistema nervoso: Ausência de alterações do sono, espasmos, convulsões, paralisias.
- Conduta: Boa adaptação à família, escola e social.
- Dermatite atópica. Ausência de alergias ou intolerância alimentar.
- Nega acidentes e intoxicações.
- Nega intervenções cirúrgicas ou internamentos prévios.

IV. HISTÓRIA FAMILIAR

- PAI P.J.C.L.,
 - 42 anos , natural de Famalicão.
 - Profissão: gerente comercial.
 - Saudável. Nega diabetes mellitus, hipertensão arterial, dislipidemia e doenças infecciosas (nomeadamente rubéola, tuberculose, sífilis, hepatite). Sem alergias.
 - Fumador de 5 cigarros por dia. Hábitos alcoólicos moderados. Nega consumo de drogas ilícitas.
 - Grupo sanguíneo: A Rh+.
 - PNV actualizado.

- **MÃE** M.E.O.C.L.,

- 38 anos, natural de Famalicão.
- Profissão: enfermeira.
- Nega diabetes mellitus, hipertensão arterial, dislipidemia e doenças infecciosas (nomeadamente rubéola, tuberculose, sífilis, hepatite). Sem alergias.
- Nega hábitos tabágicos, alcoólicos ou consumo de drogas ilícitas, prévios e actuais.
- Grupo sanguíneo: O Rh+.
- PNV actualizado.
- História obstétrica: G2P2, partos eutócitos, sem intercorrências (recém-nascidos saudáveis, sem necessidade de reanimação ou sinais de sofrimento fetal).

- **IRMÃO**

- 13 anos, sexo masculino, saudável.

- **AVÓS**

Avô materno: 65 anos, saudável.

Avó materna: 62 anos, com HTA e depressão crónica.

Avô paterno: 70 anos, com DPOC e problema cardíaco adquirido (não sabe especificar).

Avó paterna: 65 anos, teve linfoma MALT gástrico em 2008 (em fase de follow-up após tratamento).

- **DOENÇAS FAMILIARES**

Tia materna apresentava cardiopatia congénita (comunicação interventricular, atresia pulmonar e hipertensão pulmonar).

- **CONVIVENTES E POSSÍVEIS CONTACTOS**

Ausência de animais domésticos em casa; contacto com cães em casa dos avós.

V. HISTÓRIA SOCIAL

Residência: com boas condições de habitabilidade, electricidade, saneamento básico; sem animais domésticos.

Estado civil dos pais: casados.

Número de familiares do agregado: 4 elementos (2 adultos; 2 crianças)

Assistência Médica: consultas de pediatria de rotina, realizadas semestralmente.

EXAME OBJECTIVO

I. ASPECTO GERAL

- Criança com um bom estado geral e nutricional.
- Consciente, colaborante e orientado no tempo e no espaço.
- Fácies incharacterístico.
- Sem posição preferencial no leito.
- Idade aparente coincidente com idade real.
- Sem malformações aparentes e cicatrizes.
- Pele e mucosa hidratadas, sem icterícia ou cianose, mas com discreta palidez cutânea.
- Sinal da prega negativo.
- Ausência de erupções cutâneo-mucosas e edemas.
- Boa tonicidade muscular.

II. SINAIS VITAIS

Frequência cardíaca - 110 bpm

Frequência Respiratória – 23 cpm

Pressão Arterial - 103/56 mmHg (PAM 75 mmHg)

Temperatura - 36,3°C

III. AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

Peso – 22 Kg (P75)

Altura – 116 cm (P75)

IMC – 16,35 (P75)

Restantes parâmetros antropométricos não avaliados.

IV. OBSERVAÇÃO DOS DIFERENTES SEGMENTOS

Auscultação pulmonar revelou murmúrio vesicular presente bilateralmente, com redução discreta na base pulmonar esquerda. Palpação e percussão abdominais identificaram o bordo inferior do fígado 1 cm abaixo da grade costal. O restante exame físico foi normal como seguidamente se descreve.

1. Cabeça

a) Crânio

Inspeção: Configuração e dimensões normais para a idade. Sem deformidades aparentes. Cabelo castanho, não quebradiço, sem rarefacção, com implantação e distribuição de acordo com a idade e género, sem descamação ou infestação. Couro cabeludo sem lesões visíveis.

Palpação: Sem deformidades palpáveis. Consistência óssea sem alterações. Ausência de irregularidades, cavalgamentos ou afastamentos ao nível das suturas cranianas à palpação.

b) Face

- Simétrica em repouso e com os movimentos.
- Fácies incharacterístico.
- Ausência de alterações faciais localizadas visíveis ao exame objectivo.
- Ausência de adenomegalias palpáveis, pré-auriculares ou occipitais.

c) Olhos

- Fendas palpebrais simétricas, com forma e orientação normais. Ausência de prega epicântica e de hipo ou hiper-telorismo.
- Globos oculares simétricos, ausência de estrabismo ou nistagmo. Sem eno ou exoftalmia, lagofthalmia e ptose. Esclerótica de cor branca e íris castanha.

- Conjuntivas palpebrais rosadas e hidratadas, sem lesões ou exsudados.
- Pupilas isocóricas, com reflexo de acomodação/ convergência preservado bilateralmente. Não foi avaliado o reflexo pupilar à luz.

d) Ouvidos

- Pavilhões auriculares de implantação, morfologia, consistência e coloração normais; sem lesões ou pontos dolorosos.
- Canal auditivo externo permeável e sem escorrências.
- Não foi realizada otoscopia.

e) Nariz

- Morfologia normal, sem desvio do septo. Fossas nasais permeáveis. Ausência de lesões ou rinorragia.
- Rinoscopia não realizada.

f) Boca e nasofaringe

- Lábios rosados, sem fissuras ou lesões.
- Mucosa bucal e gengivas coradas e húmidas, sem lesões aparentes.
- Língua corada, hidratada, móvel, sem movimentos anormais em repouso ou em protusão e sem lesões.
- Palato e úvula de morfologia e mobilidade normais. Ausência de fenda palatina ou úvula bífida.
- Dentição definitiva quase completa. Ausência de cáries dentárias.
- Amígdalas de dimensões e coloração normais, sem exsudados.

2. Pescoco

Inspecção: Conformação e dimensão normais. Ausência de dismorfias ou massas evidentes. Mobilidade (activa e passiva) preservada e sem dor. Sem ruídos respiratórios laringotraqueais audíveis. Ausência de turgescência venosa jugular.

Palpação: Tiróide não palpável. Bloco laringotraqueal centrado. Sem massas ganglionares palpáveis. Pulsos carotídeos palpáveis, amplos e simétricos.

Auscultação: Sem sopros audíveis.

3. Tórax

Inspecção:

Tórax simétrico, sem dismorfias ou malformações músculo-esqueléticas aparentes. Ausência de cicatrizes, lesões cutâneas ou circulação venosa superficial.

Aparelho respiratório:

- Tórax móvel com movimentos respiratórios simétricos, amplos e rítmicos. Sem movimentos paradoxais. Ausência de tiragem (intercostal, subcostal, supraclavicular). Evidência de respiração predominantemente torácica. Relação inspiração/ expiração aparentemente normal.
- Ausência de tosse e de respiração ruidosa. Sem estridor, pieira, gemido ou adejo nasal.
- Eupneico. Frequência respiratória: 23 cpm.

Coração e grandes vasos:

- Área cardíaca sem alterações à inspecção (sem abaulamentos da região pré-cordial). Choque da ponta não visível.

Palpação:

Sem pontos dolorosos.

Aparelho respiratório:

- Vibrações vocais palpáveis de forma simétrica.
- Sem alterações à palpação.

Coração e grandes vasos:

- Ausência de frémitos e lifts palpáveis.
- Choque da ponta não palpável.

Axilas:

- Ausência de adenomegalias palpáveis.

Percussão

Não foi efectuada.

Auscultação**Aparelho respiratório:**

- Murmúrio vesicular presente bilateralmente, com redução discreta na base pulmonar esquerda. Ausência de ruídos adventícios ou atrito pleural.

Coração e grandes vasos:

- S1 e S2 presentes e rítmicos.
- Sem sopros ou ritmo de galope.
- Sem atrito pericárdico.
- Frequência cardíaca: 110 bpm.

4. Abdómen***Inspecção:***

- Abdómen com conformação normal, simétrico, sem dismorfias ou malformações aparentes. Ausência de cicatrizes, lesões cutâneas e circulação venosa superficial. Sem distensão.
- Abdómen móvel com os movimentos respiratórios e aparentemente sem alterações da tonicidade.
- Cicatriz umbilical sem escorrências, sinais inflamatórios ou herniação. Anéis inguiniais superficiais e linha média sem evidência de herniação.

Auscultação:

- Ruídos intestinais presentes por todos os quadrantes abdominais, com intensidade e frequência normais.
- Ausência de sopros à auscultação.

Percussão:

- Predomínio de timpanismo à percussão.

- Macicez hepática até cerca de 1 cm abaixo da grade costal à direita.

Palpação:

- Abdómen mole e depressível, não doloroso, sem sinais de irritação peritoneal à palpação. Ausência de massas palpáveis. Panícula adiposa de acordo com a idade.
- Baço e rins não palpáveis. Bordo hepático palpável a cerca de 1 cm do rebordo costal direito, não doloroso, com bordos regulares.
- Cicatriz umbilical não dolorosa e sem herniação. Anéis inguinais superficiais e linha média sem evidência de herniação e não dolorosos. Ausência de adenomegalias palpáveis ao nível da cadeia ganglionar inguinal superficial.

5. Região anal e genital

Exame físico não executado.

6. Coluna vertebral

Ausência de alterações morfológicas detectáveis à inspecção e palpação. Mobilidade preservada e não dolorosa. Ausência de dor à palpação.

7. Membros superiores

- Configuração normal, simétricos e sem deformidades aparentes.
- Ausência de sinais inflamatórios, cicatrizes e lesões cutâneas.
- Mobilidade preservada e não dolorosa nas várias articulações.
- Palpação osteoarticular sem dor e sem crepitações.
- Sem alterações do tónus muscular.
- Pulsos braquiais presentes bilateralmente, amplos, rítmicos, regulares e simétricos.

8. Membros inferiores

- Configuração normal, simétricos, sem deformidades aparentes dos membros, sem sinais inflamatórios. Sem cicatrizes. Ausência de lesões cutâneas.
- Mobilidade preservada e não dolorosa nas várias articulações.

- Ausência de dor ou crepitações à palpação osteoarticular e sem alterações do tónus muscular.
- Pulsos femorais presentes bilateralmente, amplos, rítmicos, regulares e simétricos.

9. Sistema Nervoso

- Criança consciente, colaborante e orientada no tempo e no espaço. Desenvolvimento psicomotor de acordo com a idade.
- Tónus muscular passivo e activo adequados.
- Sem alterações da coordenação visual e motora.
- O exame possível não detectou alterações sensoriomotoras ou sensitivas no território dos nervos cranianos ou raquidianos. Não foram avaliados os reflexos osteotendinosos.
- Ausência de rigidez da nuca.

LISTA DE PROBLEMAS

- Hipertermia (38,8°C);
- Odinofagia;
- Mialgias generalizadas, prostração;
- Dor abdominal tipo cólica, vômitos de conteúdo alimentar, anorexia;
- Tosse seca irritativa;

- Hepatomegalia;
- Rigidez da nuca (ao EO na admissão no HSJ);
- Crepitações nos 2/3 inferiores do hemitórax esquerdo (surgiu posteriormente no decurso das avaliações clínicas, não estando presente à admissão);
- Evidência analítica de quadro séptico (a favor de infecção bacteriana);

- Antecedentes de infecções respiratórias de repetição;

HIPÓTESES DE DIAGNÓSTICO

Em relação ao doente em particular, atendendo à lista de problemas previamente apresentada - os diagnósticos a considerar em primeiro lugar são os seguintes:

- **Gripe A (ou outro síndrome viral)**
- **Patologia cirúrgica, nomeadamente apendicite aguda**
- **Pneumonia**
- **Infecção do tracto respiratório superior e médio (laringotraqueobronquite)**
- **Hepatite aguda**
- **Gastroenterite**
- **Meningite**
- Infecção do tracto urinário
- Tuberculose

EXAMES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

Pesquisa H1N1 (importante avaliar risco de contágio)

Avaliação do estado geral do doente:

- Hemograma com plaquetas;
- Leucograma;
- Doseamento da Proteína C reactiva (PCR);
- Bioquímica (funções renal e hepática);
- Amílase, lípase;
- Urina tipo II.

Esclarecimento etiológico:

- Ecografia abdominal (perante quadro de abdómen agudo);
- Punção lombar;
- Estudo da coagulação;
- Leucograma;
- Rx tórax (frente + perfil);
- Hemocultura;
- Urocultura.

Resultados dos exames complementares de diagnóstico:

- Pesquisa H1N1 negativa;
- Leucocitose com neutrofilia, trombocitopenia;

- Elevação da PCR;
- Funções renal e hepática normais;
- Sedimento urinário normal;
- Estudo da coagulação com alterações;
- Rx tórax (HSJ) revelou evidências de pneumonia do lobo inferior esquerdo;
- Ecografia abdominal revelou derrame pleural esquerdo, hepatomegalia homogénea e proeminência bilateral dos bacinetes com hiperecogenicidade cortical bilateral;
- Ecografia torácica: derrame metapneumónico de pequeno volume esquerdo;
- Urocultura e Hemocultura negativas.

Com os resultados obtidos nos exames complementares de diagnóstico, pode-se excluir gripe A (H1N1 negativo), apendicite (ausência de alterações ecocardiográficas sugestivas), hepatite aguda (função hepática normal) e ITU (sedimento urinário normal). Não se pode, contudo, excluir meningite, já que não foi realizada punção lombar.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Pneumonia de provável etiologia bacteriana NCOP. Derrame pleural esquerdo, simples, de pequeno volume.

TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Foi efectuada a seguinte terapêutica:

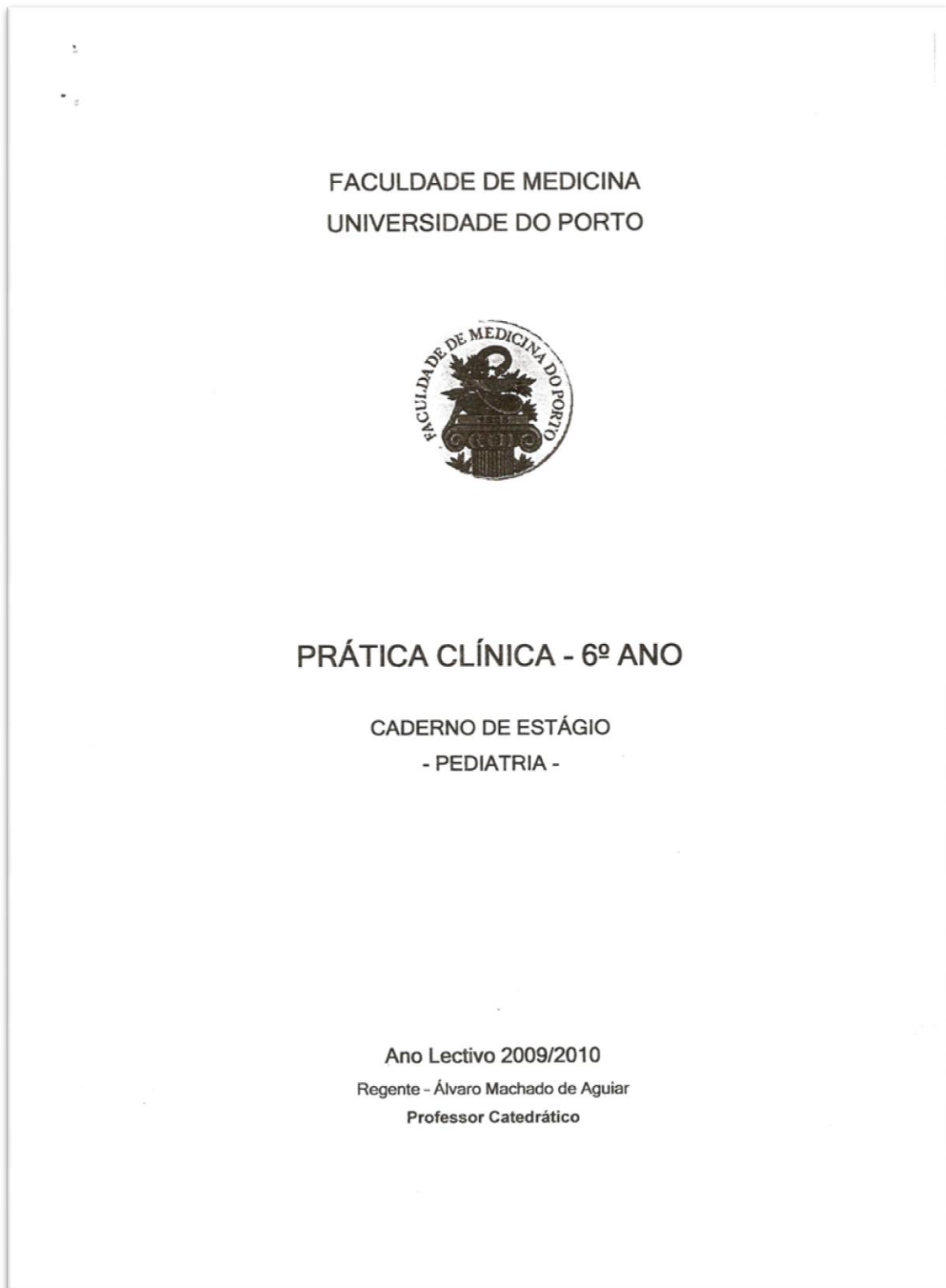
- Ceftriaxona 100 mg/Kg/dose, e.v., 24/ 24 horas (10 dias);
- Vitamina K e Plasma fresco congelado (1x);
- Fluidoterapia e.v. até D2
- Antipiréticos em SOS.

Durante o internamento, doente manteve-se hemodinamicamente estável, sem necessidade de O2 suplementar. Manteve-se apirético desde D3 de internamento. Apresentou uma rápida melhoria do estado geral (inclusive sem queixas de dor abdominal e mialgias

generalizadas e recuperação do apetite), progressiva normalização das alterações à auscultação pulmonar e resolução da hepatomegalia constatada à admissão. Alimentou-se com boa tolerância; trânsito intestinal e diurese mantidos de características habituais. Estudo analítico a 27/10: Hb 11,1 g/dl; Plaquetas 231×10^3 ; Leucócitos 20620 (neutrófilos 71,2%); PCR 258,5 mg/L.

Doente teve alta na manhã do dia 27/10, com indicação para completar em ambulatório os 10 dias de ceftriaxona e.v..

Anexo - Caderno de Estágio



Caderno de Estágio - Prática Clínica

Pediatria

IDENTIFICAÇÃO do Aluno / Estagiário

- Ano Lectivo 2009/2010 -

Nome:	Jacinta Rodrigues Fonseca
Bloco:	2
Orientador	Prof. Dr. Manuel Fontoura
Período:	de 19/10/2009 a 20/11/2009

Centro de Saúde	UNIDADE SAÍDE VALE FUMOSO (ACES ORIENTAL)
Director	Dr.曹aulino Oliveira (ACES ORIENTAL)
Orientador	Dr. R. L. S. Domingos
Período:	de 16/11/09 a 20/11/10

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 Helsinquia ... 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 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 (ed). Elsevier Saunders 2006 (5ª edition). Illustrated Textbook of Paediatrics - Tom Lissauer and Graham Clayden. Mosby, 2007 (3ª edition); Nelson's Textbook of Pediatrics - Behrman and Vaughan Eds. Saunders Company. 18ª 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 a classificação máxima de 17 valores. Os estudantes que pretendam classificação superior ou melhor da atribuída deverão submeter-se a exame, que inclui observação de criança, elaboração do respectivo relatório e discussão perante um júri.

Caderno de Estágio - Prática Clínica

Pediatria

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: 19/10/2009 ; hora: 11h30

Observações:

Na reunião foram tratados os objectivos da prática clínica pediátrica no decorrer das 5 semanas. Estabeleceu-se que ao longo da 1ª semana iriam ser abordadas questões associadas à terapêutica (farmacos mais frequentemente usados, correcta prescrição, doses aplicadas, fluidoterapia) e aos aspectos gerais da Medicina Pediátrica.

Na 2ª, 3ª e 4ª semanas a prática clínica seria mais diversificada em diferentes patologias dos vários sistemas através de acompanhamento das actividades diárias realizadas na dependência de serviços, nomeadamente no internamento (colheita de história clínica e exame físico), consultas externas, serviços de urgência e reuniões de serviço.

3ª Reunião - No final do estágio

Dia: 20 / 11 / 2009 ; Hora: 11h30

Observações:

Aluno: Reflexão sobre o estágio

Resumo de História Clínica:

RAOR, o Amónio, equívoco, internado por reuza alimentar em estado de bronquite aguda. História actual: lactente em manutenção do estado de saúde habitual até 7 dias antes de intercorrência, data em que iniciou tosse seca, obstrução nasal e rinite crónica e reuza alimentar parcial. Sem outras queixas, nomeadamente vómitos, diarreia, alterações urinárias, hipertensão, alterações da pele ou instabilidade. Por agravamento da quadro, a doente foi hospitalizada no SDR. À admissão apresentava - febre baixa, com SDR ligeira com imagem intercostal. A auscultação pulmonar, as auscultações eram ductais, sibilantes, com rancos dispersos bilateralmente mobilizáveis / a tosse, sibilos expiratórios. FR: 30cpm, Temperatura: 38.2°C (plantares). Passado, hidratado, bem alimentado com apetite moderado, sem febre, tosse moderada e otite média com alterações. Auscultação pulmonar normal, sem rancos ou sibilos. Abdomen mole e deprimível sem sinais de irritação peritoneal.

FA normal
toça e
pulmões!

EAD - hemograma + PCR, iureograma, gasimetria arterial/capilar
Kx pulmonar: sem infiltrados ou condensações, sem evidência de pneumotórax ou atelectasias

exame virológico do nasossecos resp. → negativo
Requiza de Rhinovirus e Metapneumovirus em eurasia

Antecedentes: Bronquite aguda (2 episódios) até 7 meses, sem necessidade de internamento

terapêutica: Acetaminofeno e elsalbutamol

Paracetamol SOS

Bom evolução clínica com a terapêutica instituída, sem necessidade de O₂ suplementar durante todo o internamento. Melhoria alimentar gradual, melhora clínica com

Orientador: Comentários e avaliação diminuição do grau de obstrução respiratória e das

acções de tosse.

Assinatura do Orientador: _____

Assinatura do Aluno: Jacinta Rodrigues Fonseca

Caderno de Estágio - Prática Clínica

Pediatria

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 à 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

Caderno de Estágio - Prática Clínica

Pediatria

DESEMPENHOS E PROCEDIMENTOS

- Ano Lectivo 2009/2010 -

- Especificos -		
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

Caderno de Estágio - Prática Clínica

Pediatria

REGISTOS DE PRESENÇAS

- Ano Lectivo 2009/2010 -

Tempo de Serviço Escolar - 35 horas semanais

Data	(Rubrica Aluno)	Observações	(Rubrica Orientador)
19/10	Jacinta Fonseca	Internamento - recolha de história clínica	
20/10	Jacinta Fonseca	Internamento - recolha de história clínica + de	
21/10	Jacinta Fonseca	Internamento - recolha de história clínica + discussão	
22/10	Jacinta Fonseca	Internamento - recolha de história clínica	
23/10	Jacinta Fonseca	Reunião com o orientador - terapêutica geral	
26/10	Jacinta Fonseca	Internamento - recolha de história clínica + discussão	
27/10	Jacinta Fonseca	Conqueta externa	
28/10	Jacinta Fonseca	Internamento - recolha de história clínica + discussão (gru)	
29/10	Jacinta Fonseca	Internamento - HTA na europa	
30/10	Jacinta Fonseca	Internamento - recolha de história clínica	
2/11	Jacinta Fonseca	Internamento - exame físico	
3/11	Jacinta Fonseca	Internamento - recolha de história clínica	
4/11	Jacinta Fonseca	Internamento - Atazanavir	
5/11	Jacinta Fonseca	Internamento - recolha de história clínica	
8/11	Jacinta Fonseca	Serviço de Urgência	Jacinta Fonseca (49319)
10/11	Jacinta Fonseca	Serviço de Urgência	Caros (n)
9/11	Jacinta Fonseca	Internamento - recolha de história clínica + discussão	
11/11	Jacinta Fonseca	Internamento - exame físico	
12/11	Jacinta Fonseca	Internamento	
13/11	Jacinta Fonseca	Serviço de Urgência	

PEDIATRIA – Prática Clínica (Temas) - 6º Ano

ALUNO Jacinta Rodrigues Fonseca TEMA Variantes Normais

Comentário do Orientador _____

	DATA	TEMA	PRESENÇA
1	27.10.09	Obesidade infantil P	
2	28.10.09	Conduta de saúde infantil	
3	30.10.09	Interpretação de exames complementares de diagnóstico	
4	2.11.09	Dificuldades na aprendizagem	
5	3.11.09	Avaliação diagnóstica da baixa estatura	
6	3.11.09	Diarreia aguda e desidratação	
7	3.11.09	Diarreia crónica / má nutrição	
8	4.11.09	Convulsões febris	
9	4.11.09	Alimentação no 1º ano de vida	
10	6.11.09	Pneumonias	
11	9.11.09	Queixas frequentes	
12	10.11.09	Distúrbios da puberdade	
13	10.11.09	Patologia endócrina no lactente	
14	10.11.09	Bronquolites. Asma infantil.	
15	13.11.09	Anemias	
16	18.11.09	Atraso do desenvolvimento Bacterem	
17	18.11.09	Variantes Normais	
18			
19			
20			

O orientador o teve com interesse
 frequência e motivação de
 Jacinta Rodrigues Fonseca

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.

Caderno de Estágio - Prática Clínica

Pediatria

DESEMPENHOS E PROCEDIMENTOS

- Ano Lectivo 2009/2010 -

CENTRO DE SAÚDE

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

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

Trabalho e integração em equipa

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

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

Insuficiente < 10

Suficiente 10 - 13

Bom 14 - 16

Muito Bom > 16

Avaliação - Média das avaliações parcelares.

Faculdade de Medicina do Porto

16 de 21

Caderno de Estágio - Prática Clínica

Pediatria

REGISTOS DE PRESENÇAS – CENTRO de SAÚDE

Ano Lectivo 2009/2010 -

Data	O aluno	Observações	O orientador
16/M	Jacinta Fonseca		N
17/M	Jacinta Fonseca		N
18/M	Jacinta Fonseca		N
19/M	Jacinta Fonseca		N
20/M	Jacinta Fonseca		N

Reunião - No final do estágio do Centro de Saúde

Dia: 20/11/09 ; Hora: 12h

Observações: A minha estadia na Unidade de Saúde do Vale Formoso foi importante para a minha formação académica na medida que me permitiu aumentar e sedimentar conhecimentos, aplicar práticas no âmbito da saúde infantil e aumentar a minha capacidade de qualificação de gestões e monitorizar expectativas do ensino em Pediatria. É ainda de destacar a qualidade da equipa multidisciplinar que nos permitiu observar durante as diferentes consultas de Pediatria/Saúde Infantil a que me permitiu ter uma visão mais realista neste âmbito. Tive ainda a oportunidade de assistir não somente a consultas de rotina, mas também visualizar alguns dos casos de urgência que são surgindo durante a manhã. Durante a tarde assisti a consultas de desenvolvimento.

Discussão dos itens de desempenho: que se basearam na realização do teste Sheraton com objectiva de melhorar algumas patologias neste campo.

Durante a estadia na unidade de saúde tive a oportunidade de realizar todos os itens previstos.

Orientador: comentários e avaliação A Jacinta, durante o Estágio de Prática Clínica de Saúde Infantil, foi interessada e dedicada. Cumpriu com eficácia o realizado dos itens de desempenho. O Gestor do DUM/Unil-Bem O Ter. do grupo.

O aluno/estagiário: Jacinta Rodrigues Fonseca O Orientador: [Assinatura]

Caderno de Estágio - Prática Clínica

Pediatria

CERTIFICADO DA AVALIAÇÃO CONTÍNUA

- Ano Lectivo 2009/2010 -

Nome:	
Bloco nº	
Período:	de ___/___/___ a ___/___/___

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 (*) Desassus (16) 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: 20/11/09

Aluno/estagiário



Orientador de Estágio

Regente

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

Faculdade de Medicina do Porto

18 de 21

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.

Caderno de Estágio - Prática Clínica

Pediatria

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.