



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2010/2011

Tiago Manuel Ferreira de Castro Fernandes
Relatório de Estágio Profissionalizante em Pediatria

Abril, 2011

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Tiago Manuel Ferreira de Castro Fernandes
Relatório de Estágio Profissionalizante em Pediatria

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Pediatria

Trabalho efectuado sob a Orientação de:

Prof.^a Doutora Inês Azevedo

Abril, 2011

FMUP

Unidade Curricular "Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio Profissionalizante"

Eu, Tiago Manuel Ferreira de Castro Fernandes, abaixo assinado, nº mecanográfico 010801151, estudante 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, 18/04/2011

Assinatura: Tiago Manuel Ferreira de Castro Fernandes

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
2010/2011

Unidade Curricular "Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio Profissionalizante"

Projecto de Opção do 6º ano – DECLARAÇÃO DE REPRODUÇÃO

Nome: Tiago Manuel Ferreira de Castro Fernandes

Endereço electrónico: tiagofernandes@live.com **Telemóvel:** 918417693

Número do Bilhete de Identidade: 12307374

Título do Relatório de Estágio Profissionalizante:

Relatório de Estágio Profissionalizante em Pediatria

Orientador:

Maria Inês Ferreira Águeda de Azevedo

Ano de conclusão: 2011

Designação da área do projecto:

Pediatria

É autorizada a reprodução integral desta Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio Profissionalizante (cortar o que não interessar) para efeitos de investigação e de divulgação pedagógica, em programas e projectos coordenados pela FMUP.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 18/04/2011

Assinatura: Tiago Manuel Ferreira de Castro Fernandes

Agradecimentos

Expresso o meu agradecimento a todos aqueles que colaboraram na minha formação neste estágio de pediatria, entre eles:

- Professora Doutora Inês Azevedo - Orientadora Tutora do Estágio e Orientadora do Relatório, pela disponibilidade e orientação;
- Médicos e Enfermeiros do Serviço de Pediatria, pelas suas atitudes do ponto de vista pedagógico e profissional;
- Professor Doutor Álvaro Machado Aguiar – Regente da Disciplina, pela dedicação ao ensino;
- D. Aurora Martins Ramos – Secretária do Serviço de Pediatria pelo fornecimento de material bibliográfico.

Resumo

O presente relatório retrata o estágio realizado no âmbito da Prática Clínica de Pediatria, o qual faz parte do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina leccionado pela FMUP.

Este estágio decorreu entre 18 de Outubro e 19 de Novembro de 2010, no espaço temporal de 5 semanas. Assim, durante 4 semanas estive presente diariamente no Serviço de Pediatria Médica do Hospital de São João, no Porto, e durante 1 semana desloquei-me ao Centro de Saúde de Ermesinde, onde acompanhei as consultas de saúde infantil, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários.

Neste relatório, vou salientar as diferentes valências de cuidados de saúde a crianças e adolescentes, os conhecimentos adquiridos e as relações entre informação teórica e a sua aplicação na prática desenvolvida. A este relatório, está também inerente uma avaliação do efeito pedagógico do estágio.

Com a realização deste estágio, considero que cumpri os objectivos previamente estabelecidos, no que diz respeito à aquisição e consolidação de conhecimentos teórico – práticos pediátricos e desenvolvimento de normas de conduta clínica.

Considero que este estágio foi bastante enriquecedor pelo facto de que as experiências vivenciadas permitiram o aprofundamento de conhecimentos, para que a minha prática de exercício profissional num futuro breve seja confiante e segura.

Abstract

This report depicts the internship within the clinical practice of Pediatrics, that belongs to the 6th year of the Master in Medicine in FMUP.

This internship took place between October 18 and November 19, 2010, within the time span of five weeks. Thus, during 4 weeks I attended daily the Medical Pediatrics Service of Hospital São João, Porto, and during one week I visited the Health Center of Ermesinde, where I followed consultations of child health, within the framework of primary health care.

In this report, I will highlight the different approaches to children and adolescents health care, the skills acquired and the relationship between knowledge and skills of practice-based learning. An educational impact assessment of the internship is also made in this report.

With the completion of this internship, I believe that I fulfilled the objectives previously established about the acquisition and consolidation of Pediatrics theoretical and practical knowledge and the development of clinical skills.

I believe that this internship was very enriching because the experience allowed the deepening of my understanding for a more confident and secure professional activity in the near future.

Índice

Introdução e Enquadramento	7
Objectivos	9
A Pediatria no Hospital de São João	10
Serviço de Pediatria Médica	10
Serviço de Urgência Pediátrica.....	11
Consulta Externa.....	11
Dados Estatísticos.....	11
Descrição das Actividades	13
Reuniões de Serviço	14
Internamento	14
Serviço de Urgência.....	15
Consultas Externas.....	16
Centro de Saúde.....	18
Conclusão	20
Bibliografia	22
Anexos	
Anexo A – Tema Apresentado: Diabetes Mellitus	
Anexo B – História Clínica	
Apêndices	
Apêndice A – Caderno de Estágio	

Lista de Abreviaturas e Siglas

CE – Consulta Externa

CPP – Cuidados Primários Pediátricos

CS – Centro de Saúde

FMUP – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

HSJ – Hospital de São João

IO – Idade Óssea

ITU – Infecção do Trato Urinário

TAC – Tomografia Axial Computadorizada

UAG – Unidade Autónoma de Gestão

UPIP – Urgência Pediátrica Integrada do Porto

UPP – Urgência Pediátrica do Porto

VC – Velocidade de Crescimento

n – Frequência Absoluta

u - Unidade

% - Percentagem

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Unidade Autónoma de Gestão da Mulher e da Criança

Tabela 2 – Movimento Assistencial do Internamento dos Serviços

Tabela 3 – Movimento Assistencial do Serviço de Urgência Pediátrico

Tabela 4 – Programa das Actividades

Tabela 5 – Doentes observados no Internamento

Tabela 6 – Doentes observados no Serviço de Urgência

Tabela 7 – Doentes observados na Consulta Externa

Introdução e Enquadramento

Desde a antiguidade reconhece-se que as doenças das crianças são específicas e especiais (1). No que diz respeito à prestação de cuidados, existem diferenças fundamentais entre os cuidados de saúde nas crianças e nos adultos, os quais requerem conhecimentos especiais, éticos e sempre baseados nas relações de empatia. A prática em Pediatria é caracterizada pela importância dada a temas menos relevantes no cuidado dos adultos, como a genética, anomalias congénitas, vacinas, entre outros. A sua característica principal e específica é a de se dirigir ao indivíduo em constante e contínuo crescimento bem como a garantia dada à criança, quer seja saudável ou portadora de deficiência, a sua entrada na vida adulta num estado óptimo de desenvolvimento (2).

Em Portugal, 15,2% (1 616 900) da população é jovem (com menos de 15 anos de idade) e ocorreu, em 2009, uma subida da taxa de mortalidade infantil, para 3,6%, o que contrariou a longa trajectória descendente deste indicador (3,4). Com o aparecimento da obesidade e de certas doenças como a diabetes e a dislipidémia entre os jovens, há um risco de uma queda substancial da esperança média de vida. As drogas, o tabaco e o abuso de álcool são frequentes entre os jovens, tanto nas sociedades mais ricas como nos países em desenvolvimento. Os jovens estão também expostos a grandes riscos de contrair doenças sexualmente transmissíveis. Os responsáveis pela saúde dos adolescentes devem ser “vistos” como a oportunidade mais importante para o tratamento precoce dos problemas emergentes e para a prevenção de problemas de saúde através da educação dos jovens sobre o que se entende por uma vida saudável e inculcar o desejo de ter uma.

Ao contrário de outras especialidades médicas, grande parte da prática em Pediatria envolve os cuidados primários, ou seja, a vigilância da criança normal integrada na sua família, comunidade e escola, e os cuidados preventivos. Em Portugal existem 1542 pediatras, com uma distribuição claramente não homogénea, aonde, por exemplo, no Alentejo existem apenas 56 pediatrias (5,6,7,8,9). Além do referido, em Portugal, os cuidados primários pediátricos (CPP), na generalidade dos casos, são assegurados por médicos de Medicina Geral e Familiar, médicos cuja formação pediátrica tem a duração, em média, de 4 meses e, geralmente, é realizada em ambiente hospitalar no qual as crianças saudáveis ou com patologias minor são raramente vistas (10).

Com o objectivo de identificar as diferenças nos padrões dos CPP encontrados em países europeus, *Katz et al*, concluiu que a mortalidade infantil em países europeus é menor quando os CPP são da responsabilidade de um médico especialista em Pediatria (11), ao passo

que, *Barak et al* refere que os países com nenhum ou poucos pediatras no CPP têm resultados satisfatórios em termos de indicadores de saúde, tais como a mortalidade neonatal e infantil (12). Por sua vez, *Álvarez et al*, verifica que nos países desenvolvidos, os CPP prestados pelos pediatras tem um melhor cumprimento dos programas de imunização e das recomendações no tratamento de doenças de alta incidência e prevalência (13). Os poucos estudos que existem para avaliar qual será o melhor especialista para prestar os CPP, permitem, apesar das suas limitações, concluir que a formação em pediatria recebida pelos médicos generalistas é claramente insuficiente. Na actualidade, não existem dados claros sobre quanto tempo de formação deve ter um médico em pediatria para poder prestar cuidados de saúde com conhecimentos sólidos em pacientes pediátricos. A formação com duração entre 9 e 12 meses, é provavelmente o mínimo necessário para adquirir conhecimentos básicos e generalizados no que toca aos problemas de saúde específicos dos pacientes pediátricos (10).

Katz et al, refere que outro factor significativamente associado a uma menor taxa de mortalidade infantil deve-se ao nível de renda per capita do país (por cada 100 euros de aumento da renda per capita se produz uma diminuição de 0,7/1000 na mortalidade infantil) (11). Em relação à média europeia, em Portugal, existe uma situação de maior desigualdade de distribuição do rendimento. Estima-se que em 2008 o rendimento monetário líquido equivalente de 20% da população com maior rendimento tenha sido 6 vezes superior ao rendimento de 20% da população com menor rendimento (3).

Numa sociedade em que cada vez mais só as crianças favorecidas têm acesso a cuidados médicos especializados, através do sistema privado, e na qual o médico generalista assume um papel de destaque na saúde infantil, é crucial a melhor preparação do aluno de Medicina (pré-graduado), procurando adoptar o ensino cada vez mais para a situação real da comunidade. Desta forma, pretende-se contribuir para um melhor acompanhamento da criança e, portanto, uma melhor prática futura do exercício profissional.

Objectivos

Este relatório tem como objectivo geral fazer uma breve descrição, analisando do ponto de vista crítico e construtivo as diversas actividades realizadas durante o estágio clínico de Pediatra, contribuindo não só para adquirir conhecimentos teórico-práticos e consolidar outros, como também, para melhor compreender a dinâmica e dificuldades dos diferentes cuidados em Pediatria (primários, secundários e terciários).

São objectivos da Prática Clínica Pediátrica:

- Saber comunicar com as crianças, adolescentes, 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 complementares de diagnóstico;
- Saber formular e discutir hipóteses de diagnóstico;
- Saber realizar algumas técnicas correntes de diagnóstico e de tratamento;
- Ser capaz de tomar 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 da prática clínica diária, referências de índole ética.

A Pediatria no Hospital de São João

De seguida, vou descrever sucintamente o Serviço de Pediatria e outras áreas do Departamento de Pediatria do Hospital de São João (HSJ), local onde decorreu o meu estágio clínico de Pediatria.

O Serviço de Pediatria no HSJ, dirigido pelo Prof. Doutor Caldas Afonso, está integrado numa Unidade Autónoma de Gestão (UAG), designada por UAG da Mulher e da Criança, que é constituída por 7 Serviços e 1 Unidade, como se pode observar na Tabela 1.

Tabela 1 – Unidade Autónoma de Gestão da Mulher e da Criança

Serviço de Ginecologia e Obstetrícia
Serviço de Pediatria Médica
Serviço de Neonatologia
Serviço de Cirurgia Pediátrica
Serviço de Cardiologia Pediátrica
Serviço de Cuidados Intensivos e Intermédios Pediátricos
Serviço de Urgência Pediátrica
Unidade de Hemat oncologia

Serviço de Pediatria Médica

O Serviço de Pediatria do HSJ é um dos centros de referência secundária e terciária da região Norte do país, prestando assistência a crianças referenciadas do distrito do Porto, Braga e Viana do Castelo. Está localizado no piso 2, ala poente do HSJ e destina-se ao internamento de crianças com idade inferior aos 18 anos. A sua lotação oficial é de 60 camas. Encontra-se subdividido em 2 sectores, A e B, aonde são internadas crianças com idade superior a 2 anos e inferior a 2 anos, respectivamente. A presença dos pais junto da criança é permitida e incentivada; durante o dia pode permanecer tanto o pai como a mãe e durante a noite é norma do serviço ficar apenas um progenitor ou outro membro familiar que assim seja designado.

No internamento, os médicos estão distribuídos por quatro equipas de trabalho, segundo um sistema de “Tiras” (designadas de cores), isto é, cada equipa é responsável pelo seguimento dos doentes internados por si, ou pela equipa “espelho”, e pela residência interna nos dias em que as equipas de outros hospitais asseguram a Urgência.

Serviço de Urgência Pediátrica

Desde Agosto de 2002 que funciona na cidade do Porto a Urgência Pediátrica do Porto (UPP), uma urgência pediátrica única. Deste modo, deslocam-se ao HSJ, equipas de urgência do Hospital Pedro Hispano e do Centro Hospitalar do Porto. A UPP está integrada na rede UPIP (Urgência Pediátrica Integrada do Porto), que se configura sobre a forma de uma rede que integra os Centros de Saúde, os Hospitais com Atendimento Pediátrico Referenciado e a UPP. A UPIP foi projectada com o objectivo de dar uma resposta eficaz a crianças e adolescentes com doença aguda na cidade do Porto, articulando os vários níveis de cuidados existentes de modo a oferecer a melhor assistência no local mais apropriado, evitando deslocações desnecessárias ao hospital.

Consulta Externa

Na Consulta Externa, para além das consultas de Pediatria Geral, realizam-se consultas de várias subespecialidades e áreas específicas como: Cardiologia Pediátrica, Cirurgia Pediátrica, Cuidados Intensivos, Desenvolvimento Infantil, Doenças Metabólicas, Endocrinologia, Gastroenterologia, Hematologia, Imunoalergologia, Nefrologia, Neonatologia, Nutrição, Pneumologia, Pedopsiquiatria e Psicologia Clínica.

A Consulta Externa recebe crianças provenientes dos centros de saúde e hospitais distritais da área de referência ou orientadas do internamento ou serviço de urgência.

Dados Estatísticos

De seguida, apresento os dados estatísticos referentes aos anos 2006-2009, fornecidos pelo Gabinete de Análise e Gestão do HSJ:

Tabela 2 – Movimento Assistencial do Internamento dos Serviços

	2006	2007	2008	2009*
Pediatria Médica				
N.º de internamentos (n)	1993	2257	2640	2387
Taxa de ocupação (%)	64,71	66,64	60,33	61,60
Demora média (dias)	6,77	5,53	5,19	4,82
Mortalidade (%)	0,10	0,20	0,26	0,17

Fonte: Gabinete de Análise e Gestão, Hospital de São João, EPE

* Dados referentes aos 3 primeiros trimestres de 2009.

De uma forma geral, o número de internamentos aumentou na Pediatria Médica, acompanhando o número crescente de crianças e adolescentes observados no Serviço de Urgência.

Tabela 3 - Movimento assistencial do Serviço de Urgência Pediátrico

	2006	2007	2008	2009
Triagem				
N.º de doentes (n)	69553	71184	80983	-
N.º médio diário (n)	190,5	195,0	221,2	-
OBS (Observação) (n)	3037	2882	2955	-

Fonte: Gabinete de Análise e Gestão, Hospital de São João, EPE.

Face a esta tabela destaca-se o aumento do número de doentes observados no Serviço de Urgência, principalmente em 2008, ano em que ocorreu a abertura de novas instalações.

Na Consulta Externa são observados cerca de 40 000 doentes por ano, dos quais 8% em Pediatria Geral e os restantes pelas diferentes subespecialidades.

Descrição das Actividades

O estágio profissionalizante decorreu durante 5 semanas (tabela 1), no período entre 18 de Outubro e 19 de Novembro de 2010, correspondente a 25 dias úteis, com horário de 34 horas semanais. A prática clínica foi dividida em quatro semanas no Serviço de Pediatria do Hospital de São João, sob a orientação da Prof.^a Doutora Inês Azevedo, aonde frequentei as reuniões de serviço, o internamento, o serviço de urgência e a consulta externa, e uma semana, no Centro de Saúde de Ermesinde, sob a orientação da Dr.^a Isabel Gonçalves.

A apresentação do estágio foi realizada pelo Prof. Doutor Álvaro Aguiar, regente da disciplina, que entregou um caderno de estágio (apêndice I), onde consta os direitos e deveres dos alunos, os objectivos e o registo das actividades desenvolvidas. Além da assiduidade e do registo das actividades, a avaliação englobou um resumo de dois casos clínicos, a apresentação de um tema (anexo I) e a entrega de uma história clínica (anexo II).

Tabela 4 - Programa das Actividades

		Temas
1ª Semana		
18/10	CE Pneumologia	
19/10	Serviço de Urgência	
20/10	Internamento	
21/10	CE Endocrinologia	
22/10	CE Pediatria Geral	
2ª Semana		
25/10	CE Endocrinologia	Dificuldades de aprendizagem
26/10	Internamento	Diabetes
27/10	Internamento	Obesidade Infantil; Enurese e Encoprese/Caso Clínico
28/10	Internamento; Cirurgia Pediátrica	Atraso de Crescimento
29/10	Serviço de Urgência	
3ª Semana		
02/11 a 05/11	Centro de Saúde de Ermesinde	
4ª Semana		
08/11	CE Pneumologia	
09/11	CE Endocrinologia	Diarreia Aguda/Crónica
10/11	Serviço de Urgência	Necessidades Educativas Especiais
11/11	CE Neurodesenvolvimento	Convulsões Febris; Icterícia Neonatal
12/11	CE Nefrologia	Infecção do Tracto Urinário
5ª Semana		
15/11	Internamento	
16/11	CE Gastroenterologia	Bronquiolites; Asma Infantil
17/11	CE Pediatria Geral	Alimentação no 1º ano de vida
18/11	Internamento	Febre e Sepsis na criança até aos 36 meses
19/11	Internamento	Pneumonia

Reuniões de Serviço

As reuniões diárias de serviço, às 8h30, eram de frequência facultativa por parte dos alunos. Estas consistiam na apresentação e discussão de casos clínicos, por exemplo do internamento, e na apresentação de temas genéricos de índole prática, de temas de revisão, de actualização e aperfeiçoamento em Pediatria.

Internamento

O estágio no internamento de Pediatria permitiu o contacto com crianças desde o período recém-nascido até aos 18 anos, da Pediatria A e B, onde integrado no grupo de trabalho desenvolvi as seguintes actividades: colheita de histórias clínicas; realização de exames físicos; participação na elaboração de diários clínicos, de relatórios de entrada e de alta; discussão de diagnósticos diferenciais, propostas terapêuticas e recurso a exames complementares de diagnóstico. Além do referido, foi possível observar a realização, por parte da Prof.^a Doutora Inês Azevedo, de broncofibroscopias, como por exemplo, a uma criança de 8 anos com antecedentes de Lisencefalia e pneumonias de repetição, que se deslocam ao HSJ para colheita de lavado bronco-alveolar.

Tabela 5 – Doentes observados no Internamento

	Identificação	Motivo de Internamento	Observações
20/10	TJOM, 21 meses, ♂	Faringoamigdalite	Adenomegalias cervicais; febre elevada; TAC cervical revela foco séptico pulmonar.
26/10	TPSG, 7 anos, ♂	Meningite	Febre com 3 dias de evolução; cefaleias frontais intermitentes, não pulsáteis, e vômitos com 24h de evolução.
	ABLSC, 22 meses, ♀	ITU	Suspeita de convulsão febril; eritema perineal; não tolera antibioterapia oral.
27/10	PMCL, 10 meses, ♂	Broncospasmo	Tosse irritativa e agravamento progressivo da dificuldade respiratória: polipneia e tiragem subcostal; com recusa alimentar. Iniciou nebulizações com Salbutamol e Brometo de ipratrópio de 4/4h.
28/10	ASMC, 5 anos, ♂	Dificuldade respiratória	Enfisema subcutâneo; TAC cervical revela abscesso retrofaringeo.
15/11	VRS, 8 anos, ♂	Meningite	Cefaleias, vômitos alimentares, fotofobia e rigidez da nuca; valores do LCR inespecíficos, aguarda virulógico e bacteriológico.
18/11	AMFCO, 10 meses, ♂	Bronquiolite	Tem alta com indicação de antibioterapia com Amoxicilina e nebulizações com Atrovent durante 5 dias, com diagnóstico de pneumonia.

Serviço de Urgência

Durante o período de estágio que estive no Serviço de Urgência (SU) os motivos mais frequentes de admissão das crianças foram a febre, dificuldade respiratória, vômitos e dor abdominal.

A breve passagem pelo SU permitiu adquirir competências na resolução de algumas das patologias urgentes mais frequentes em Pediatria (tabela 8). A elaboração de uma anamnese e um exame físico mais sucinto (muito dependentes de uma boa relação com os pais), a exclusão dos diagnósticos diferenciais mais frequentemente observados num SU, a proposta de qual terapêutica a aplicar e a necessidade, ou não, de pedir a avaliação suplementar por outras especialidades (por exemplo, otorrinolaringologia), são alguns dos passos que realizei durante o estágio no SU.

Tabela 6 – Doentes observados no Serviço de Urgência

	Identificação	Motivo de Admissão	Observações
19/10	NDRD, 4 anos, ♂	Dor abdominal	Pielonefrite aguda por <i>Proteus</i> aos 12 meses, realizou profilaxia com Bactrim® até aos 2 anos; refere também dor lombar; exame objectivo e tira-teste sem alterações; tem alta.
	DFMB, 8 meses, ♂	Tosse nocturna e congestão nasal	Pneumonia há 15 dias; acorda durante a noite por causa da tosse, sem outras queixas; ao exame objectivo revela secreções abundantes na orofaringe e a auscultação pulmonar com sibilância bilateral e roncos grosseiros dispersos; inicia nebulizações com Salbutamol.
	LMRG, 5 anos, ♀	Febre e odinofagia	Diagnóstico de amigdalite aguda complicada com abscesso; inicia Paracetamol de 8/8h e faz Lentocilin S®.
29/10	FAVQ, 2 anos, ♂	Febre	Quadro com 6 dias de evolução; ao exame objectivo revela amígdalas ruborizadas, com exsudado; faz penicilina intramuscular.
	DMAN, 14 anos, ♂	Dor abdominal, vômitos e diarreia	Dor tipo cólica e periumbilical, vômitos de conteúdo alimentar e dejectões diarreicas com 6h de evolução; colhe estudo analítico; internado para fluidoterapia endovenosa e paragem alimentar.
	RFCB, 2 anos, ♂	Febre e tosse produtiva	Ao exame objectivo revela febre de 38,5°C e na auscultação pulmonar crepitações há direita; é pedido radiografia torácica.
	MJAPP, 14 anos, c	Febre	Febre com 8 dias de evolução, tomou Azitromicina durante 3 dias sem melhoria; colhe estudo analítico e é pedido radiografia pulmonar.
	VMRS, 12 anos, ♂	Intoxicação	Trazido pelos Bombeiros por suspeita de intoxicação de drogas de abuso, terá aceite um comprimido, tendo ficado sonolento; mantém sonolência, mas sem outras alterações ao exame objectivo; realiza lavagem gástrica (carvão activado 30mg), colhe estudo analítico, é feita pesquisa de drogas de abuso na urina e inicia fluidoterapia endovenosa.
10/11	DAC, 2 anos, ♀	Febre e tosse produtiva	Subfebril(37,8°C) e tosse produtiva há 2 dias; exame objectivo revela auscultação pulmonar com roncos dispersos e tempo expiratório aumentado; otoscopia esquerda ruborizada; é pedido colaboração de otorrinolaringologia e inicia nebulizações com Salbutamol e Brometo de Ipratrópio.

10/11	PIMR, 8 anos, ♂	Febre e vômitos	Febre de 40°C e vômitos alimentares desde há 2 dias, sem outras queixas; ao exame físico apresenta orofaringe ruborizada, sem exsudados, e revela sinais de desidratação; inicia hidratação oral com Miltina Electrolit®; diagnóstico diferencial: amigdalite / gastroenterite aguda.
	CMBP, 19 meses, ♀	Dificuldade respiratória e tosse	Queixas de obstrução nasal e tosse com expectoração há 5 dias; automedicada desde há 3 dias com Levotuss® xarope; exame objectivo revela orofaringe ruborizada, sem exsudados, e rinoscopia anterior com marcada congestão nasal; é pedido colaboração de otorrinolaringologia por difícil realização de otoscopia devido a cerúmen.
	PCV, 4 anos, ♀	Exantema papular	Aparecimento de exantema papular pruriginoso há 3 dias, disperso na face e tronco; sugestivo de urticária, pelo que é medicada com Metilprednisolona e Clemastina.

Consultas Externas

Numa perspectiva de seguimento da criança com patologias mais específicas, tive a oportunidade de observar e participar nas consultas de diferentes subespecialidades de Pediatria, entre elas: Endocrinologia; Gastreenterologia; Nefrologia; Neurodesenvolvimento; Pediatria Geral e Pneumologia.

Tabela 7 – Doentes Observados na Consulta Externa

Sub-especialidade	Motivo da consulta	Identificação	Observações
Endocrinologia	Atraso de Crescimento	SMA, 11 anos, ♂	Baixa estatura familiar; VC de 6 cm/ano; IO de 8 anos; doença celíaca é excluída e pede-se estudo hormonal.
		TAG, 11 anos, ♂	VC de 5cm/ano; IO de 11,5 anos; altura de 150cm dentro do canal percentil [75-90]; ressonância magnética cerebral normal.
		RR, 15 anos, ♀	Medicada desde há 2 anos com Genotropin®; VC de 4 cm/ano.
		NMCC, 15 anos, ♂	Medicado com Genotropin® 1,8 mg/dia; altura 164cm dentro do canal percentil [10-25]; marca radiografia óssea da mão e do punho, para cálculo da IO.
		LFS, 22 meses, ♀	Altura de 84cm dentro do canal percentil [25-50]; marca radiografia da mão e do punho para cálculo da IO.
	Puberdade precoce	MAV, 11 anos, ♀	Antecedentes de medicação com Decapeptyl®; menarca em Fevereiro/2010 e ciclos menstruais irregulares; percentil 90 para o peso e altura; VC de 3 cm/ano; IO de 13 anos.
	Diabetes	MPN, 3 anos, ♂	Mau controlo glicémico, com hipoglicemias sintomáticas (trémulos, sudorese); HbA1C de 7%; factor de sensibilidade de 200; muda esquema de insulina para Lantus® 5U de manhã e Humalog às refeições
		BDCM, 6 anos, ♂	Diabetes desde há 2 anos; HbA1C de 8%; muda esquema de insulina para Humulin NPH 11U de manhã e Humalog (almoço+jantar).
		MAF, 17 anos, ♂	Esquema de insulina: Lantus® à ceia (38U) e Novorapid® às refeições; aprende a calcular os hidratos de carbono da alimentação.
		SBCA, 4 anos, ♀	Diabetes tipo I inaugural; inicia esquema de insulina: Humulin NPH (6U+3U) e Humalog (1U+1U +1U).

Gastroenterologia	Doença de Crohn	TPC, 7 anos, ♂	Medicado com Prednisolona, Azatioprina, Messalazina e ácido fólico; suspende dieta polimérica; refere astenia e perda de apetite; analiticamente com anemia e trombocitopenia; ecografia abdominal sem alterações; marca endoscopia digestiva alta e baixa.
	Dor abdominal tipo cólica e diarreia	NMGS, 17 anos, ♂	Fundoplicatura de Nissen aos 13 anos; Refere diarreia e dor abdominal tipo cólica com muita frequência no último mês e nota agravamento com o stress escolar; inicia tratamento com Duspatal® e Valdispert®.
	Atrésia das vias biliares	RFRV, 2 anos, ♂	Com síndrome polimalformativa: Síndrome de Kabuki; recentemente submetido a uma correção da atrésia das vias biliares, técnica de Kasai; com boa evolução do ponto vista psicomotor; medicação: Destolit®, Protovit® e Eutirox®; marca ecografia abdominal e estudo analítico.
	Encoprese	PMGR, 14 anos, ♂	Sem perdas nas últimas 3 semanas; Medicado com Valdispert®.
	Colite	JFLS, 10 anos, ♂	Medicado com Imuran®, Salofalk® e Folicil®; refere última intercorrência a 22/10/2010 com quadro de vômitos e cólicas; neste momento assintomático; mantém terapêutica.
Nefrologia	Infecção do tracto urinário	LAAG, 2 anos, ♀	Antecedentes de infecção do tracto urinário e duplicação pieloureteral sob profilaxia com Bactrim®; sem infecções há mais de 1 ano, pelo que suspende antibioterapia profiláctica; marca ecografia renal e é explicado sinais de alarme.
	Refluxo vesicoureteral	INA, 14 anos, ♀	Nefropatia de refluxo grau III há esquerda, com múltiplas cicatrizes; antecedentes de microalbuminúria de 300mg/L aos 11 anos; medicada com Triatec®; pede-se colaboração de Ginecologia por candidíase vaginal e menometrorragias.
		DJJC, 13 anos, ♂	Correcção cirúrgica de dilatação pielocalicial; cintigrafia renal (DMSA) revela rim esquerdo com menor função e múltiplas cicatrizes; função renal normal, sem microalbuminúria.
	Agénia renal congénita	EOS, 19 meses, ♀	Único rim à direita com dilatação (bacinte ampoliforme) e com aspecto vicariante; inicia profilaxia com Bactrim® por refluxo vesicoureteral, devido a uréter pélvico.
Pediatria Geral	Asma	RAODS, 6 anos, ♂	1ª crise aos 3 meses de idade; refere recentes crises; inicia tratamento com nebulizações de Plumicort®.
	Fenda Lábio-Palatina	MGM, 3 anos, ♀	Desconhecimento da fenda antes de nascer; Palatoplastia no Hospital Maria Pia; fenda tipo 3 incompleta e deiscência da úvula; programação ortodôntica.
		MJGR, 11 anos, ♀	Desconhecimento da fenda antes de nascer; Palatoplastia aos 2 anos na Colômbia; atrésia maxilar e palato com deiscência – sequência de Pierre Robin; há atingimento auditivo; marca nasofibrosopia e pondera-se cirurgia palatina.
		CPDFM, 15 anos, ♀	Desconhecimento da fenda antes de nascer; seguida em terapia da fala; Palatoplastia no Hospital Maria Pia.
Eczema atópico	NFVB, 4 meses, ♂	Pele eritematosa e áspera a nível das pregas sobretudo dos membros superiores, zonas de pele seca descamativa a nível do membro inferior esquerdo; mantém cuidados dermatológicos com creme hidratante ATL® e Pandermil® (SOS), inicia leite hipoalergénico.	

Pneumologia	Asma e rinite	SDMB, ♀	Refere prurido nos braços; teste cutâneo de alergia positivo para muitos pólenes, pondera-se dessensibilização; refere crise asmática há cerca de 1 semana; auscultação pulmonar sem alterações; medicado com Plumicort®, Bricanyl Turbohaler® (em SOS), Aerius® e Nasomat®.
		MBFLC, 12 anos, ♀	Doença poliquística renal e alergia a ácaros, cão e gato; asma de esforço; auscultação pulmonar normal; medicação habitual: Avamys®, Singulair® e Salbutamol(em SOS).
		GBO, 4 anos, ♂	Amigdalectomia em 2009; crise asmática há 2 semanas; refere gotejamento nasal; auscultação pulmonar normal; Mantém Singulair® e inicia Zyrtec®.
		RPPC, 11 anos, ♂	Atleta federado de natação; sem crises; medicação habitual: Singulair®, Salbutamol(SOS), Avamys® e Cetirizina; auscultação pulmonar sem alterações; marca provas funcionais respiratórias.
		TSCM, 7 anos, ♀	Crise de asma ligeira e rinite a 25 de Maio; ao exame objectivo: hipertrofia dos cornetos; auscultação pulmonar normal; mantém Singulair®.
		ACP, 4 anos, ♂	Atrésia esofágica intervencionada e traqueomalácia; internamento recente de 24h, radiografia torácica revela infiltrado bilateral; ao exame objectivo: rouquidão, tosse traqueal e auscultação pulmonar com roncospiratórios; medicação habitual: Singulair®, Omeprazol® e Broncho-Vaxom®; é proposto toma de Pevnar 13®.
	Tosse	JPR, 6 anos, ♂	Cirurgia com 1 mês de idade por coarctação da aorta, estenose sub-glótica grau 1 e paralisia das cordas vocais; ao esforço apresenta dispneia inspiratória com estridor, recentemente com agravamento; medicação habitual: Risperidona, Depakine®, Fluticasona, Cetirizina; para a inflamação da garganta inicia Brufen®.
	Paralisia cerebral grave	MFRC, 18 anos, ♀	Hidrocefalia, mielomeningocele e escoliose grave; auscultação pulmonar revela roncospersos; proposta vacina da gripe.
MAC tipo III	AICF, 3 anos, ♀	Diagnóstico pré-natal às 25 semanas e 6 dias de malformação adenomatóide cística(MAC) tipo III e sequestro pulmonar direito; radiografia torácica de controlo revela múltiplas imagens quísticas no lobo superior direito; já efectou profilaxia com Pevnar 13® e vacina da gripe.	

Centro de Saúde

No âmbito dos cuidados primários em Pediatria, durante a terceira semana do estágio clínico, pude acompanhar, no Centro de Saúde (CS) de Ermesinde, a Dr.^a Isabel Gonçalves, especialista em Pediatria.

No CS participei em consultas de Saúde Infantil, aonde observei crianças entre os 22 dias e os 8 anos de idade. Assim, realizei exames físicos, avaliei o crescimento (medição da estatura, peso, perímetro cefálico) e o desenvolvimento psicomotor, apliquei protocolos de

vigilância e programas de rastreio (obesidade e saúde oral), destacando a importância dada aos conselhos alimentares, adequados tanto ao nível socioeconómico e cultural dos pais, como à idade da criança. Além do referido, aconselhei o encaminhamento das crianças a cuidados mais diferenciados (secundários e terciários), quando necessário.

Conclusão

Perante o estágio clínico em Pediatria, considero que a sua realização foi bastante positiva. Para tal contribuiu, entre outros aspectos, uma tutora fixa, que organizando um esquema rotativo, permitiu-me o contacto, ao nível da Consulta Externa, com diferentes subespecialidades de Pediatria e portanto com diferentes médicos e diferentes abordagens clínicas. Dada a disponibilidade e dedicação ao ensino da Tutora Prof.^a Doutora Inês Azevedo, foi-me possível colocar dúvidas, aprender com a sua experiência clínica e integrar-me no seu grupo de trabalho. Essa integração, num ambiente descontraído e informal, possibilitou uma melhor compreensão das patologias mais frequentes no internamento, bem como perceber a dinâmica envolvida entre os diferentes Profissionais de Saúde/Serviços do Departamento de Pediatria e a importância dos pais como agentes imprescindíveis para o sucesso terapêutico.

Destaco também, a observação de um elevado número de crianças que recorreram ao SU com patologias sem necessidade urgente, patologias essas que poderiam e deveriam ser assistidas ao nível dos Cuidados de Saúde Primários. Portanto, torna-se necessário uma melhor articulação dos diferentes cuidados de saúde e educação da comunidade, de forma a evitar deslocações desnecessárias ao SU. É emergente uma melhor formação dos profissionais, ao nível dos CPP, e da criação de projectos como o UPIP, já referido anteriormente.

É ainda de mencionar, que as reuniões de serviço e os temas apresentados pelos alunos foram claramente benéficos para o estágio, permitindo adquirir e consolidar conhecimentos teórico-práticos actuais.

No entanto, o ensino prático em crianças com patologias muito especializadas, a nível hospitalar, que não representam a situação real da comunidade onde posteriormente terei de agir, não contribuiu para uma melhor formação pré-graduada. Apesar de poder considerar que tive contacto com uma amostra representativa de casos que retratam a Pediatria em Portugal, a passagem pelo Centro de Saúde (aprendizagem com a criança saudável e com patologias menos graves) deve ser alargada, com o intuito de promover uma Pediatria de carácter mais preventivo.

O número de alunos que não auferem dos recursos logísticos e humanos mais adequados, é outro problema que identifiquei no estágio, constatável por exemplo, com o excesso de alunos / internos nos gabinetes das consultas externas.

Posso ainda considerar vantajoso a criação de um livro / dossier com Protocolos do Serviço, uma vez que eram poucos os protocolos disponíveis na intranet do HSJ e, em alguns casos, até já desactualizados.

Por último, é de ponderar a realização de formações para os alunos pré-graduados na temática Suporte Básico / Avançado de Vida pediátrico, uma lacuna existente na formação do aluno de medicina, bem como noções relacionadas com a economia da saúde em Pediatria (custo-benefício, custo-efectividade, etc) uma área que cada vez mais está envolvida na prática clínica, especialmente, em situações sociais mais desfavorecidas, aonde as crianças, geralmente, são as primeiras a ser atingidas.

Em resumo, posso considerar os objectivos previamente definidos atingidos. Com o presente estágio, adquiri uma diversidade de conhecimentos em Pediatria que para além de me permitirem compreender melhor a dinâmica e dificuldades dos diferentes cuidados em Pediatria, vão com toda a certeza possibilitar uma prática profissional futura com melhor desempenho.

Bibliografia

- 1 - Coln PA. Nurturing children: a history of pediatrics. Westport, CT: Greenwood Press 1999
- 2- Santos NT. O ensino da Clínica Pediátrica e Puericultura (Relatório pedagógico). Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 1979.
- 3- Anuário Estatístico de Portugal 2009. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.; 2010.
- 4- Estatísticas Demográficas 2009. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.; 2010.
- 5- Anuário Estatístico da região Norte 2009. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.; 2010.
- 6- Anuário Estatístico da região Centro 2009. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.; 2010.
- 7- Anuário Estatístico da região Lisboa 2009. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.; 2010.
- 8- Anuário Estatístico da região Alentejo 2009. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.; 2010.
- 9- Anuário Estatístico da região Algarve 2009. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.; 2010.
- 10- Van Esso D, Torso S, Hadjipanayis A, et al. Paediatric primary care in Europe: variation between countries. Arch Dis Child. 2010.
- 11- Katz M, Rubino A, Collier J, Rosen J, Ehrich JH. Demography of pediatric primary care in Europe: delivery of care and training. Pediatrics. 2002; 109:788-96.

12- Barak S, Rubino A, Grguric J, Ghenev E, Branski D, Olah E. The future of primary paediatric care in Europe: reflections and Report of EPA/UNEPSA Committe. Acta Paediatrica. 2010;

13- Álvarez J, Vera C, Rodriguez P, Rodrigo M, Espadero D, et al. Qué profesional médico es el más adecuado para impartir cuidados en salud a niños en Atención Primaria en países desarrollados? Revisión sistemática. Revista Pediatría de Atención Primaria. 2010;12:(Supl 18): s9-s72.

ANEXO A – TEMA APRESENTADO

Orientação pelo Prof. Doutor Manuel Fontoura

DIABETES MELLITUS

Tiago Manuel Ferreira de Castro Fernandes
Turma 6

Índice

- Definição
- Epidemiologia
- Diagnóstico
- Tipo 1 vs Tipo 2
- Casos Clínicos
- Tratamento

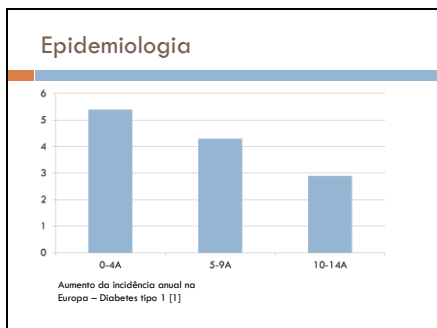
Definição

Grupo de doenças metabólicas, de etiologias múltiplas, caracterizado por **hiperglicemia crónica** com alteração do metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas, resultante de defeitos na secreção de **insulina**, na sua ação ou em ambos e caracterizado por **complicações** distintas dos olhos, dos rins, dos nervos e com **risco** aumentado de doença cardiovascular.

(American Diabetes Association, 2009)

Epidemiologia

- Em Portugal, diabetes afecta 11,7% da população
- Diabetes é a 2ª doença crónica mais prevalente em Pediatria
- Nos EUA, diabetes tipo 1 é responsável por cerca de dois terços dos novos diagnósticos de diabetes em pacientes com menos de 19 anos de idade
- Aumento da incidência anual na infância de diabetes tipo 1 em cerca de 2-5% na Europa, Médio Oriente e Austrália
- Aumento da diabetes tipo 2 na infância em paralelo com uma crescente prevalência de obesidade nas crianças



Diagnóstico

- Glicemia plasmática ocasional $\geq 200\text{mg/dL}$ + sintomas de hiperglicemia (poliúria, polidipsia, emagrecimento inexplicado)
- ou
- Glicose plasmática em jejum $\geq 126\text{ mg/dL}$ (jejum de pelo menos 8h)
- ou
- PTGO(1,75g/kg): glicemia às 2h $> \text{ou} = 200\text{mg/dL}$

Tipo 1 vs Tipo 2

- É necessário classificar o tipo de diabetes
- A diferenciação entre os dois é baseada na apresentação clínica, história e análises laboratoriais.

Tipo 1 vs Tipo 2

- Crianças com diabetes tipo 2 geralmente são obesas com IMC > percentil 85 para idade e sexo.
- Crianças com diabetes tipo 1 geralmente não são obesas e apresentam história recente de perda de peso.

Tipo 1 vs Tipo 2

- Crianças com diabetes tipo 2 tem idade de apresentação da doença depois da puberdade enquanto que as com tipo 1 em idade precoce. Apresentação nas crianças com tipo 1 é bimodal.
- Crianças com diabetes tipo 2 têm frequentemente associado acantose nigricans, hipertensão, dislipidemia e SOP.
- Auto-anticorpos pancreáticos?

Caso Clínico 1

Criança com 4 anos iniciou quadro com **polidipsia, poliúria, anorexia e astenia** ligeiramente progressiva. Sem náuseas, vômitos e sem diarreia. Mãe refere **perda ponderal** de 2kg nos últimos 2 meses.



Por estes motivos foi observado no CS da sua área, aonde foi detectada glicemia de 389 mg/dL, pelo que foi enviado para o SU do HSJ

Como Avaliar?

Caso Clínico 1

Exame Físico

- Bom estado geral
- Sem sinais de desidratação
- Espúnelco
- P: 18kg
- ACP: N
- Abdómen mole e depressível, sem organomegalias

Ex. Laboratoriais

- Hemograma normal
- Glicemia 237 mg/dL
- pH: 7,4
- HCO₃: 22,8 mg/dL
- Glicosúria: > 1000 mg/dL
- Cetonúria: 150 mg/dL

Caso Clínico 1

- Tratamento
 - Não foi necessário insulina em perfusão endovenosa
 - Esquema de insulina

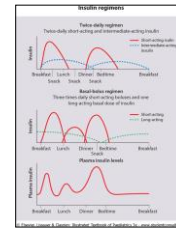


NPH (6+3)
Humalog (1+1+1)

Caso Clínico 1

- Apresentação clínica Clássica de Diabetes tipo 1
 - Hiperglicemia sem acidose – poliúria (noctúria, enurese), polidipsia, perda de peso (apesar de polifagia inicial) e letargia.
 - Candidíase perineal
 - Distúrbios visuais

Tratamento – DM1



Caso Clínico 2

“Amy”, 9 anos, apresenta sintomas típicos de gripe com vômitos desde há 3 dias. Foi encontrada pelos pais inconsciente de manhã na cama. Equipe de emergência refere que a criança se encontra fria.

Como Avaliar?

Caso Clínico 2

Exame Físico

- Apresenta sinais de desidratação
- Pulso periféricos fracos
- Responde apenas a estímulos dolorosos
- T: 33,5°C
- FC: 138
- FR: 32
- TA: 89/45 mmHg

Ex. Laboratoriais

- Glicose: 1092 mg/dL
- pH: 6,75
- HCO₃: 27
- K⁺: 5,3
- Na⁺: 123

Cetoacidose diabética

- Critérios Bioquímicos (ISPAD)
 - Hiperglicemia, glicemia > 200mg/dL
 - Acidose metabólica, definida com pH ≤ 7,3: ligeira, moderada ou severa
 - Cetonemia e cetonúria

Cetoacidose diabética

- Corrigir a desidratação
- Restaurar o nível glicêmico - insulina em perfusão 0,1 U/kg/hora
- Mantém níveis adequados de K⁺ e Monitorizar a função cardíaca
- Corrigir a acidose e reverter a cetose
- Evitar complicações da terapêutica
- Identificar e tratar os eventos precipitantes

- Os pais/cuidadores/adolescentes devem ser educados para medir os níveis de cetonas urinárias durante estados de doença ou quando a glicose em jejum é superior a 240 mg/dl

Caso Clínico 2

□ Cetoacidose diabética

- Hiperglicemia + cetoacidose
- Desidratação; Náuseas e vômitos; Resp. Kussmaul; Dor Abdominal; Perda progressiva da consciência
- Crianças <6 anos ou de baixo nível socioeconômico têm maior risco de ter cetoacidose diabética como apresentação inicial

Caso Clínico 3

MPN, 3 anos, sexo masculino, com história de Pielonefrite por E.Coli no período neonatal, é seguido em Consulta de Endocrinologia Pediátrica desde os 2 anos de idade por Diabetes. Diagnóstico foi realizado após ter sido detectado glicosúria, num exame de rotina.



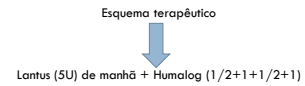
Caso Clínico 3

□ Apresentação Clínica Assintomática

- Menos frequente e com história familiar
- Pesquisa de auto-anticorpos pancreáticos?
- HbA1C?

Caso Clínico 3

Atualmente com HbA1C de 7%, pai refere **hipoglicemias** assintomáticas e uma sintomática (tremulo, sudorese) de 50-55 mg/dL



Hipoglicemia

□ Glicemia \leq 60-70 mg/dL

- Ensinar a reconhecer os sintomas, a tratar rapidamente os episódios e, sobretudo, a prevenir a sua ocorrência

Palidez	Al. do Comportamento
Suorilidade	Confusão
Tremor	Ataxia
Sedação	Convulsões
Ansiedade	Dano neurológico permanente
Arritmia	Coma/Morte

Hipoglicemia

□ Factores de Risco

- Alterações da terapêutica insulínica
- Não cumprir horas das refeições
- Exercício físico
- Crianças mais pequenas
- Baixos níveis de HbA1C
- Sono – hipoglicemias nocturnas

Hipoglicemia

Ligeira/Moderada
Permite tratamento oral

- Administração pronta de glicose ou H.C. absorvíveis por via oral;
- Repetir doseamento da glicemia.

Severa
Alterações do estado da consciência.

- Tratamento urgente;
- Injeção glicagénia IM, ou s.c. - 0.3 ml se < 5 anos ou 0.5 ml se > 5 anos ;
- Dextrose EV.

Tratamento

Educação

Nutrição

Exercício Físico

Monitorização do Controlo Glicémico

Insulina e antidiabéticos orais

Tratamento das complicações

Acompanhamento Psicológico

Diabetes Mellitus

Questões?

ANEXO B – HISTÓRIA CLÍNICA DE PEDIATRIA

Local: Cama 226, Serviço de Pediatria, HSJ

Data: 15/11/2010

Fonte: mãe do doente, disponível e colaborante; Boletim de Saúde Infantil e Juvenil; Processo clínico.

IDENTIFICAÇÃO

Nome: VRS

Idade: 8 anos

Sexo: Masculino

Raça: Caucasiana

Naturalidade: Porto

Residência: Porto

Data e hora de admissão: 10/11/2010; 21:00

MOTIVO DE INTERNAMENTO

Cefaleias e vômitos alimentares.

HISTÓRIA DA DOENÇA ACTUAL

Criança do sexo masculino, 8 anos, iniciou quadro de cefaleias intensas, de localização frontal, sem irradiação, sem característica pulsátil ou relação com o exercício físico, no dia 8 de Novembro. Sem febre ou outros sintomas acompanhantes. No mesmo dia, os pais recorrem ao Hospital CUF onde a criança realizou TAC cerebral, que segundo a mãe foi normal, tendo alta sem diagnóstico. Por persistência das cefaleias e aparecimento de vômitos alimentares, os pais da criança recorrem ao SU do HSJ no dia 10 de Novembro. Na admissão, a criança apresentava-se subfebril, queixosa e prostrada. Segundo a mãe foram realizadas análises laboratoriais e punção lombar, e decidiu-se por internamento, com diagnóstico de meningite, para vigilância clínica.

Actualmente, no internamento, a criança apresenta-se sem queixas, a alimentar-se bem e com boa tolerância. Mãe refere ainda história de internamento no HSJ por meningite por Enterovírus em Abril de 2008,

HISTÓRIA PREGRESSA E ANTECEDENTES

GESTAÇÃO

- Gravidez programada com duração total de 39 semanas.
- Gestação acompanhada medicamente desde o início. A mãe nega doenças infecciosas, eclâmpsia e pré-eclâmpsia durante a gestação.
- Serologias maternas: Rubéola I, Toxoplasmose NI, VDRL neg, AtgHBs neg e HIV neg..
- Nega consumo de álcool, hábitos tabágicos e frequência de locais poluídos durante a gravidez.
- Nega vacinação, exposição a radiações ionizantes e acidentes na gravidez.
- Nega qualquer restrição alimentar ou dieta prescritas.
- Medicação efectuada: Suplementos de ferro (não recorda quantidades).

PARTO

- Parto no HSJ, eutócico.

NASCIMENTO

- **Peso:** 2860g
- **Comprimento:** 47,5 cm
- **Perímetro cefálico:** 32 cm
- **Índice APGAR:** 9/10
- Sem necessidade de reanimação
- Ausência de convulsões e de movimentos anormais

PERÍODO NEONATAL

- Sem intercorrências

VACINAÇÕES E RASTREIOS

- Vacinações do PNV (actualizado)
- Reacções Vacinais
- Nunca teve reacções a vacinas

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

- **Infecção congénita por CMV**, assintomática e sem tratamento.
- Varicela aos 3 anos de idade.
- **Meningite por Enterovírus** em Abril de 2008.
- Ausência de intervenções cirúrgicas e acidentes.
- Ausência de reacções alérgicas alimentares ou medicamentosas conhecidas.

ANTECEDENTES PÓS-NATAIS

Alimentação

O aleitamento materno exclusivo no 1º mês e a partir do 2º mês também leite de fórmula. Início da diversificação alimentar aos 4 meses. Aos 2 anos integração na dieta familiar.

Fez suplementação:

- vitamina D nos 2 primeiros meses.
- Flúor no 2º mês
- Ferro do 5º mês até ao 1º ano de vida.

A mãe nega alergias durante a diversificação alimentar.

Boa evolução estatura-ponderal em relação à alimentação.

Crescimento e Desenvolvimento

- Evolução do peso: Do nascimento até à data houve sempre aumento progressivo do peso, dentro do canal percentil 50-75.

- Evolução do comprimento: Do nascimento até à data houve sempre aumento progressivo do crescimento, dentro do canal percentil 50-75 até aos 6 meses, cruzando o percentil 75 aos 6 meses. Estando actualmente no intervalo P75-90.

Ossificação

A mãe não se recorda quando as fontanelas encerraram.

Dentição

Primeira erupção dentária aos 6 meses (incisivo superior).

ANTECEDENTES FAMILIARES

MÃE

- Idade: 37 anos.
- Grupo sanguíneo: O, Rh+.
- G1P1
- Nega problemas ginecológicos, hábitos alcoólicos ou tabágicos.
- Nega hipertensão arterial, Diabetes mellitus, hipercolesterolemia, doenças infecciosas (nomeadamente rubéola, tuberculose, sífilis, hepatite).
- Sem medicação habitual.
- Plano Nacional de Vacinação actualizado.

PAI

- A informação foi obtida através da mãe da criança.
- Idade: 38 anos.
- Grupo sanguíneo: mãe não soube especificar.
- Nega hábitos alcoólicos ou tabágicos.
- Nega hipertensão arterial, Diabetes mellitus, hipercolesterolemia, doenças infecciosas.

Nenhum dos pais revela história de doença hereditária ou alérgica.

- Sem Irmãos.

Conviventes próximos

Asma no avô materno.

HISTÓRIA SOCIAL

- Não foi possível apurar aspectos pormenorizados da história social dada a inexistência de ambiente propício.
- A criança vive num meio semi-urbano. Habita na casa dos pais, em boas condições de habitabilidade, com água canalizada, saneamento, electricidade e aquecimento, não está equipada com quaisquer elementos potencialmente alérgicos, como alcatifas ou papéis de parede. Agregado familiar constituído por três elementos: a criança e os pais. Os pais são caucasianos e de religião católica.
- Não existem problemas de tabagismo, alcoolismo ou toxicodependência na família.
- A mãe completou o ensino superior, é educadora de infância, e o pai é assistente administrativo. A assistência médica da criança é assegurada pelo médico de família e por um pediatra.
- Tem contacto frequente com outras crianças.
- A alimentação da família é diversificada e não há recusa de qualquer alimento ou preferências especiais que limitem a dieta.
- Classificação social de Graffar: IV

EXAME FÍSICO

ASPECTO GERAL

Doente em decúbito dorsal no leito, encontrando-se vigil e colaborante.

Bom estado geral e nutricional. Idades real e aparente coincidentes.

Pele hidratada, sem palidez, cianose ou icterícia.

Mucosa labial corada e hidratada

Sem malformações aparentes.

Uma petéquia na região peitoral alta direita.

Ausência de erupções cutâneo-mucosas ou exantemas.

Turgescência dos tecidos: normal

SINAIS VITAIS

FR: 30 cpm

FC: 96 bpm

TA: 103/63(81) mmHg

Temperatura axilar: 37,3° C

ANTROPOMETRIA

Peso: 35 kg

Estatura: 135 cm

Crescimento estatura-ponderal adequado em relação à idade.

Criança apresenta-se eutrófica relativamente ao estado nutricional para a sua idade.

OBSERVAÇÃO DOS DIFERENTE SEGMENTOS

1.CABEÇA

- À inspecção e palpação o crânio mostra configuração normal, sem deformidades, tumefacções ou assimetrias. Cabelo preto, liso, sem rarefacção e sem sinais de infestação. Sem adenomegalias.
- Simétrica, sem dismorfias ou tumefacções. Ausência de fácies característica. Sem expressão de dor, ansiedade, irritabilidade.
- Olhos: globos oculares simétricos, sem ptose ou exoftalmia, sem estrabismo manifesto. Conjuntivas de coloração normal, hidratadas. Escleróticas brancas, ausência de opacidades da córnea ou cristalino. Pupilas isocóricas e isoreactivas.
- Nariz: com forma normal. Com rinorreia aquosa.
- Ouvidos: pavilhões auriculares com forma e implantação normais, simétricos. Canal auditivo externo sem otorreia.
- Boca e orofaringe: lábios e mucosa oral corados e hidratados, sem cianose. Língua corada e hidratada. Mucosa da orofaringe não ruborizada e sem exsudados.

2.PESCOÇO

- Configuração normal, sem dismorfias, sem massas evidentes.
- Mobilidade preservada e sem dor.
- Sem adenomegalias palpáveis, tiróide não palpável, pulsos carotídeos simétricos e de amplitude normal.
- À auscultação não se identificam sopros.

3.TÓRAX

- À inspecção tórax simétrico, sem malformações ou cicatrizes. Mobilidade torácica preservada, com movimentos respiratórios toracoabdominais simétricos e rítmicos. Sem evidência de circulação colateral.
- À palpação não detectados pontos dolorosos ou adenomegalias palpáveis. Frémito vocal táctil simétrico.
- Percussão dos campos pulmonares ressonante e simétrica.
- Na auscultação pulmonar murmúrio vesicular presente bilateralmente; sem ruídos adventícios.
- Na auscultação cardíaca, S1 e S2 rítmicos, sem sopros ou atritos pericárdicos.

4.AXILAS

- Ausência de adenomegalias.

5.ABDÓMEN

- À inspecção, abdómen móvel com os movimentos respiratórios, sem lesões cutâneas, circulação colateral ou peristaltismo visível. Cicatriz umbilical sem sinais inflamatórios ou herniação.
- Sinal da prega ausente.
- À percussão macicez hepática a nível do rebordo costal inferior e timpanismo na área gástrica.
- À palpação abdómen mole e depressível, sem massas ou pontos dolorosos. Fígado, baço e rins não palpáveis.
- À auscultação ruídos intestinais audíveis. Ausência de sopros.
- Região inguinal sem evidência de herniações.

6.PERÍNEO não avaliado.

7.COLUNA VERTEBRAL

- Sem deformidades aparentes, mobilidade preservada. Ausência de dor à palpação.

8.MEMBROS

- Membros superiores sem deformidades. Com mobilidade preservada e não dolorosa na articulação do punho, cotovelo e ombro. Sem dor ou crepitações à palpação articular. Sem sinais inflamatórios, cicatrizes ou lesões cutâneas. Bom tônus muscular. Pulsos radiais amplos, rítmicos e simétricos.
- Membros inferiores sem deformidades. Com mobilidade preservada e não dolorosa na articulação da coxa, joelho e pé. Sem dor ou crepitações à palpação articular. Sem sinais inflamatórios, cicatrizes ou lesões cutâneas. Bom tônus muscular. Pulsos pediosos amplos, rítmicos e simétricos.
- Em ambos os membros os dedos são normais em configuração e número. Unhas e leito ungueal sem palidez, cianose, hemorragia.

9.SISTEMA NERVOSO

- Estado de consciência: criança vígil com interacção espontânea com o meio.

- Sem movimentos anómalos ou fasciculações musculares. Tônus normal.
- Reflexo osteotendinoso rotuliano mantido e simétrico.
- Reflexos cutâneo-plantares simétricos em flexão.
- **Com sinais de irritação meníngea: rigidez da nuca**, mas com sinais de Brudzinski/Kernig negativos.

REVISÃO POR APARELHOS e SISTEMAS

Sintomas gerais: Criança com bom estado geral, sem emagrecimento. Mãe refere cansaço para médios esforços.

Aparelho respiratório: A mãe refere rinorreia. Nega que apresente tosse, adejo nasal, dispneia, expectoração, taquipneia, hiperpneia, polipneia, rouquidão, estridor, afonia, pieira, episódios prévios de apneia ou dificuldade respiratória nocturna.

Aparelho cardiovascular: Nega palpitações, dispneia, toracalgia ou edemas dos membros inferiores.

Aparelho digestivo: As dejectões são regulares, uma vez/dia ou em dias alternados. A criança controla o esfíncter.

Aparelho urinário: controla o esfíncter vesical.

Sistema hemolinfopoiético: nega hemorragias gengivais, equimoses ou hemartroses. A mãe não detectou adenomegalias.

Sistema locomotor: sem artralguas, mialguas, alterações do movimento ou utilização preferencial ou negligência de algum membro.

Sistema nervoso: Refere fotofobia. Nega alterações da audição e sensibilidade. Nega regressão de qualquer capacidade adquirida.

EPICRISE

Criança do sexo masculino, 8 anos, trazida ao SU do HSJ por quadro de cefaleias e vômitos com 2 dias de evolução, aonde lhe foi diagnosticada meningite sem etiologia esclarecida, tendo sido internada para vigilância clínica. Ao exame físico destaca-se rigidez da nuca e fotofobia. Com história de infecção congénita por CMV e meningite por Enterovírus em Abril de 2008. Sem antecedentes familiares e sociais relevantes.

LISTA DE PROBLEMAS

- **Cefaleias**
- **Vómitos**
- **Fotofobia**
- **Rigidez da nuca**
- **Infecção congénita por CMV**

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS / DISCUSSÃO CLÍNICA

Tendo em conta a anamnese e o exame físico as minhas hipóteses de diagnóstico por ordem decrescente são:

- Meningite bacteriana/vírica
- Enxaqueca
- Meningoencefalite
- Tumor cerebral

A favor de meningite bacteriana/vírica temos um quadro com cefaleias, vômitos, fotofobia e rigidez da nuca. Como a criança se apresentou sempre com bom estado geral e com uma melhoria progressiva da sintomatologia, a meningite vírica é a principal hipótese de diagnóstico.

No entanto, cefaleias com duração de 4-72 horas, associado a vômitos e fotofobia é também característico de enxaqueca, mas as cefaleias, neste caso, não apresentam 2 das 4 características necessárias para o diagnóstico: localização unilateral, característica pulsátil, grau moderado ou severo, intensificadas pela actividade física. Além de que, estes critérios tinham que estar presentes em pelo menos cinco episódios separados, o que na criança não se verifica.

A ausência, de alterações do comportamento ou do estado de consciência e de sinais neurológicos focais, não favorece as hipóteses de meningoencefalite e de tumor cerebral., assim como, o resultado de um TAC cerebral normal (no Hospital CUF).

Pedido de exames complementares de diagnóstico:

Hemograma com contagem de leucócitos e plaquetas – pesquisa de citopenias ou citoses, especificamente esperaria encontrar leucocitose como sinal de infecção.

PCR – esperaria um aumento como sinal de infecção.

Glicose para valorização de glicorráquia e para despiste de hipoglicemia.

Creatinina, ureia e ionograma – despiste de desequilíbrio hidroelectrolítico

Punção Lombar – bioquímica(glicose e proteínas) e citológico(contagem diferencial de células); exame directo com Gram; exame cultural; pesquisa de vírus por PCR (enterovírus, vírus do grupo herpes) – para esclarecimento de etiologia vírica ou bacteriológica. Contra-indicação absoluta em evidência clínica de hipertensão intracraniana.

Resultados dos Exames Complementares (10/11/2010)

Análises - leucocitose, neutrofilia, PCR de 36,9 mg/L, glicose de 88 mg/dL.

Avaliação da Punção Lombar: 515 céls/mm³ ; 80% PMN ; 20% Linfócitos; Glicose 56 mg/dL(64%); proteínas 100 mg/dL;

- Critérios de diagnóstico

	Valores normais do LCR	Dados sugestivos de:	
	Lactente/criança	Meningite bacteriana	Meningite vírica
Pressão de abertura (mmH₂O)	< 200	100-300	80-150
Glicose(mg/dL)	>50	< 40	>50
Glicose LCR/sangue(%)	>75%	< 50%	>75%
Proteínas(mg/dL)	20-45	100-500	50-200
Células(céls/mm³)	< 5	300-2000	< 1000
Célula predominante	≥ 75% Linfócitos	PMNs	Inicialmente PMNs; depois linfócitos

Por estarmos perante valores do LCR muito inespecíficos não é possível confirmar se a etiologia é vírica ou bacteriana. Os valores de proteinorráquia (≥ 80 mg/dL) e os neutrófilos no sangue (≥ 10000 /mm³) permite prever um risco de meningite bacteriana.

A 11/11/2010 a **pesquisa de vírus por PCR** (VHS 1 e 2;Enterovírus) deu negativa. A 15/11/2010 o **exame bacteriológico** deu negativo.

A boa evolução clínica durante o internamento, apresentando-se sempre apirético e sem queixas de cefaleias, o virulógico e o bacteriológico negativos e o facto de estar a alimentar-se bem e com boa tolerância **permite confirmar o diagnóstico de meningite vírica**. A meningite por Enterovírus pode apresentar inicialmente um predomínio de polimorfonucleares no LCR, como é o caso, que se transforma habitualmente num predomínio de linfócitos.

TERAPÊUTICA

A terapêutica específica da meningite vírica, excepto na suspeita de infecção por vírus Herpes simplex 1 e 2(meningoencefalite), é tratamento de suporte, alimentação e vigilância clínica.

PROGNÓSTICO

A meningite vírica tende a regredir espontaneamente e raramente é fatal. Alguns pacientes queixam-se de fadiga, irritabilidade, dificuldade de concentração, fraqueza muscular e espasmos, e incoordenação durante várias semanas após a doença aguda.

ORIENTAÇÃO

A depuração imunológica do Enterovírus depende de uma resposta adequada mediada por anticorpos. Indivíduos com deficiências hereditárias ou adquiridas dos linfócitos B podem desenvolver meningite crónica ou meningoencefalite. Este já é o segundo caso de meningite vírica nesta criança em 2 anos, daí ponderar o seu estudo imunológico. A avaliação para a fraqueza muscular, também deve ser realizada várias semanas após os sintomas da meningite viral terem melhorado.

APÊNDICE A – CADERNO de ESTÁGIO

**FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO**



PRÁTICA CLÍNICA - 6º ANO

**CADERNO DE ESTÁGIO
- PEDIATRIA -**

Ano Lectivo 2010/2011

Regente - Álvaro Machado de Aguiar

Professor Catedrático

IDENTIFICAÇÃO do Aluno / Estagiário

- Ano Lectivo 2010/2011 -

Nome:	Tiago Manuel Ferreira de Castro Fernandes
Bloco:	
Orientador	Prof. Inês Azevedo
Período:	de 18/10/2010 a 19/11/2010

Centro de Saúde	de Ermesinde
Director	Dr. Bomba Pais
Orientador	Dra. Isabel Gonçalves
Período:	de 02/11/2010 a 05/11/2010

INTRODUÇÃO

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

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

Comissão Coordenadora da Faculdade de Medicina do Porto

Professor Doutor Norberto Teixeira Santos

Objectivos:

Preende-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

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

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

DEVERES DOS ALUNOS

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

DECLARAÇÃO DOS DIREITOS DA CRIANÇA

Assembleia Geral das Nações Unidas - 1959

I

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

II

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

III

A criança deve beneficiar de segurança social.

IV

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

V

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

VI

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

VII

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

VIII

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

IX

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

X

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

XI

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

XII

A criança não deve trabalhar antes de atingir a idade mínima apropriada; não deve em nenhum caso ser constrangida ou autorizada a aceitar uma ocupação ou emprego que prejudique a sua saúde ou a sua educação e 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, Júlia Eça Guimarães, Inês Azevedo e Carla Rego (Professores Auxiliares); Cíntia Castro-Correia, Susana Soares, Andreia Leitão Tavares, Carla Costa, Joana Rebelo, Liane Correia da Costa, Mafalda Sampaio, Maria do Céu Espinheira, Ricardo Bianchi (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 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.

Em resumo, são objectivos da Prática Clínica Pediátrica:

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

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

MÉTOS DE ENSINO E APRENDIZAGEM

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

O ensino e a aprendizagem 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.

BIBLIOGRAFIA

Nelson Essentials of Pediatrics. Robert Kliegman, Karen Marcdante, Hal Jenson Richard Behrman (esd). Elsevier Saunders 2006 (5ª edition). (Illustrated Textbook of Paediatrics - Tom Lissauer and Graham Clayden. Mosby, 2007 (3ª edition); Nelson's Textbook of Pediatrics - Beheram 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 classificação máxima de 17 valores. Os estudantes que pretendam classificação superior ou melhoria da atribuída deverão submeter-se a exame, que inclui observação de criança, elaboração do respectivo relatório e discussão perante um júri.

ACTIVIDADES

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

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

1ª Reunião - Apresentação e definição de objectivos

Dia: 18/10/2010 ; hora: 9h00

Observações:

Discussão sobre regras de funcionamento do bloco e do Serviço de Pediatria.
 Breve introdução sobre os objectivos da cadeira. Atribuição dos locais das aulas práticas aos grupos previamente formados.
 Distribuição dos Centros de Saúde, a frequentar pelos alunos.
 Entrega dos cadernos de estágio.
 Discussão e conselho acerca do Relatório de Estágio Profissionalizante em Pediatria.

2ª Reunião - No final da 2ª semana
Dia: 29/10/2010 ; Hora: _____

Observações:

Aluno: Reflexão sobre o desenvolvimento do estágio

A superar as expectativas, principalmente ~~por~~ pela diversidade de áreas na pediatria com qual está a contactar: Pneumologia, Endocrinologia, Intenamento, Pediatria Geral, Serviço de Urgência, etc.

Resumo de História Clínica:

Criança do sexo masculino, com 2 anos de idade, sem antecedentes patológicos relevantes, veio ao SU do HSP por febre com 6 dias de evolução. Há dois dias que está medicado com Amoxicilina + Ac. Clavulânico por este médico agudo. Refere também vômitos, sem outros sintomas. Ao exame objectivo, apresenta razoável estado geral, pele e mucosas coradas e hidratadas, sem exantemas ou petéquias. Sem SDR. Febreil. ACP. N, Abdómen sem alterações. Otoscopia: membrana timpânica rubrizada bilateralmente. Orefaringe: amígdalas rubrizadas e com exudado. Sem secreções nasais. Como terapêutica fez penicilina IM, ~~está~~ é orientado para o médico assistente.

Orientador: Comentários e avaliação

Assinatura do Orientador: _____

Assinatura do Aluno: Luís Fernandes

3ª Reunião - No final do estágio
 Dia: 18/11/2020 ; Hora: _____

Observações:

Aluno: Reflexão sobre o estágio

Além da diversidade de ^{com Pediatras} áreas pelas quais tive a possibilidade de observar e participar, adquirindo não só conhecimentos e práticas que me vão permitir um melhor exercício profissional no futuro, acho também muito importante, a consciência com a qual se vai acerca das dificuldades e limitações da Pediatria no HSJ, assim como a extrema importância que a lectura ~~de~~ ~~publica~~ ~~reproduz~~ ~~em~~ ~~uma~~ ~~revista~~ ~~com~~ ~~este~~ ~~tipo~~ ~~de~~ ~~conteúdos~~ ~~com~~ ~~dificuldades~~.

Unimã de sexo masculino, com ~~idade~~ 6 anos, aparentemente bem até há cerca de uma semana, altura em que iniciou poliúria, polidipsia e anorexia. Aeterna ligeiramente progredida. Sem convulsões, vomitos e sem diarreia. Mãe refere que perdeu 2kg nos últimos 2 meses por estes motivos e observou no Centro de Saúde de sua casa, que o referenciou para consulta de Endocrinologia do HSJ por possível diagnóstico de diabetes tipo 2. ~~com~~ Ao exame físico apresenta bom estado geral, sem sinais de desidratação, ingenuidade, sem SDR. Orelhas e discopelas sem alterações. ACP.N, abdómen mole e depressível, sem organomegalias, indurice e ruídos hidroacústicos patológicos. Ao análise laboratorial revelam glicemia de 237 mg/dL, o que permitiu o diagnóstico de diabetes tipo 2. Índices plasmáticos de insulina: NPH (6U+3U) e Normalog (1+1+1).

Orientador: Comentários e avaliação

Assinatura do Orientador: _____

Assinatura do Aluno: Diogo Fernandes

DESEMPENHOS E PROCEDIMENTO

- Ano Lectivo 2010/2011 -

- 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	①	
Gestão da consulta e da prática	①	
Diagnóstico (aspectos físicos, psicológicos e sociais)	②	
Uso de dados epidemiológicos, estatísticos e demográficos	1	
Colheita, registo e tratamento da informação clínica	②	
Anamnese e exame físico	③	
Pedido e interpretação de exames auxiliares de diagnósticos	②	
Prescrição medicamentosa e avaliação dos seus efeitos	①	
Identificação da informação clínica necessária à referenciação	①	
Avaliação do efeito terapêutico da relação médico-paciente	①	
Avaliação familiar relacionada com a saúde e a doença	②	
Aplicação dos protocolos de vigilância	②	
Identificação de pessoas em risco e respectiva actuação	②	
Aplicação de protocolos e procedimentos de rastreio	②	
Aconselhamento em saúde	②	
Certificação de estados de saúde e de doença	①	
Cálculo da dose do medicamento a administrar	①	
Elaboração da prescrição terapêutica	①	
Aconselhamento sobre estilos de vida	②	

Nível 1 - Conhecer

Nível 2 - Conhecer e ver fazer

Nível 3 - Conhecer e saber executar

DESEMPENHOS E PROCEDIMENTOS

- Ano Lectivo 2010/2011 -

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

Nível 1 - Conhecer

Nível 2 - Conhecer e ver fazer

Nível 3 - Conhecer e saber executar

AVALIAÇÃO CONTÍNUA PELO ORIENTADOR/TUTOR

- Ano Lectivo 2010/2011 -

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

Nível dos Conhecimentos

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

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

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

Aspectos quantitativos e qualitativos da realização de procedimentos e gestos

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

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

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

Trabalho e integração em equipa

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

Comportamento e atitudes na prática clínica

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

Empenhamento pessoal do formando na sua aprendizagem

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

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

Avaliação - Média das avaliações parcelares.

DESEMPENHOS E PROCEDIMENTOS

- Ano Lectivo 2010/2011 -

CENTRO DE SAÚDE

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

AVALIAÇÃO CONTÍNUA PELO ORIENTADOR/TUTOR

- Ano Lectivo 2010/2011 -

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

Aspectos quantitativos e qualitativos da realização de procedimentos e gestos

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

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

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

Trabalho e integração em equipa

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

Comportamento e atitudes na prática clínica

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

Empenhamento pessoal do formando na sua aprendizagem

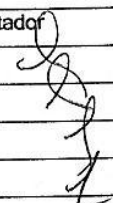
Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------	------------	-----	-----------	-------------------------------------

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

Avaliação - Média das avaliações parcelares.

REGISTOS DE PRESENCAS - CENTRO de SAÚDE

Ano Lectivo 2010/2011-

Data	O aluno	Observações	O orientador
02/11/10		Consulta	
02/11/10		Consulta	
04/11/10		Consulta	
05/11/10		Consulta	

Reunião - No final do estágio do Centro de Saúde

Dia: 05/11/2010 ; Hora: 13h00

Observações:

Aluno: reflexão sobre o estágio

O estágio foi uma mais valia na minha formação académica permitindo aumentar e consolidar os meus conhecimentos e aptidões práticas no âmbito de Saúde Infantil. Assim como me permitiu compreender melhor a dinâmica do cuidado de saúde primário em Pedestras, a realidade em Portugal. Assim como me permitiu melhorar as minhas capacidades de trabalho em equipa com outros profissionais de saúde.

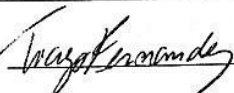
Discussão dos itens de desempenho:

Permitiu-me a participação num programa de rastreio de Saúde Infantil na idade escolar (saúde oral, exame físico geral e análise do Boletim de Saúde). Aumentar as minhas capacidades de realização de gestos e manobras específicas do exame físico em Pediatria (RN e crianças), assim como, a análise do Boletim de Saúde Infantil, a experiência notável na realização de história clínica, diagnósticos e exames complementares de diagnóstico. Destaco a importância que foi dada aos conselhos alimentares consoante a idade.

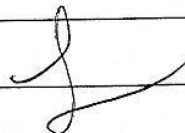
Orientador: comentários e avaliação

Assistiu e colaborou no consulto de pediatria do ambulatório de maternidade infantil e "dermatologia" no domínio de crianças e dirigiu a sua

O aluno/estagiário:



O Orientador



CERTIFICADO DA AVALIAÇÃO CONTÍNUA

- Ano Lectivo 2010/2011 -

Nome:	Tiago Manuel Castro Fernandes	
Bloco nº		
Período:	de 18/10/2010	a 19/11/2010

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

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

Classificação (*) Dezete _____ 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: 6/12/2010

Amo Alfredo _____
 Aluno/estagiário Orientador de Estágio

 Regente

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

Quadro I

Critérios Individuais que definem a Prática Clínica Com Aproveitamento

1. Competência Clínica

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

2. Comportamento e Atitudes do Estagiário

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

Quadro II

Critérios Individuais que definem a Prática Clínica Sem Aproveitamento

1. Competência Clínica do Estagiário

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

2. Comportamento e Atitudes do Estagiário

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

Prática Clínica - 6º ano

Registo da actividade diária (Reuniões, enfermaria, consulta, doentes observados, outras,...)

Semana 1

Docente

2ª feira	Consulta de Pneumologia	
3ª feira	Serviço de Urgência	
4ª feira	Internamento	
5ª feira	Consulta de Endocrinologia Pediátrica	Ricardo Ped. 43158
6ª feira	Consulta de Pediatria Geral; Consulta Fenda - Leão - Palatoma	
Sábado		
Domingo		

Semana 2

Docente



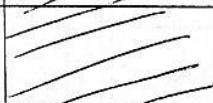

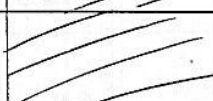
2ª feira	Consulta de Endocrinologia Pediátrica	Ricardo Ped. 43158
3ª feira	Internamento	
4ª feira	Internamento; UCI Pediátrica	
5ª feira	Internamento; Cirurgia Pediátrica	
6ª feira	Serviço de Urgência	
Sábado		
Domingo		

Prática Clínica - 6º ano

Registo da actividade diária (Reuniões, enfermaria, consulta, doentes observados, outras,...)

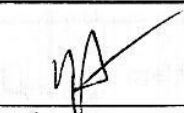

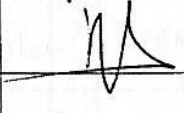
Semana 3

Docente

2ª feira	Fernado	
3ª feira	CS de Enfermaria	
4ª feira	CS de campo	
5ª feira	CS de Enfermaria	
6ª feira	CS de Enfermaria	
Sábado		
Domingo		

Semana 5

Docente




2ª feira	Internamento	
3ª feira	Consulta de Gastroenterologia	Marta Tavares
4ª feira	Consulta de Pediatria Geral	Amael
5ª feira	Discussão de histórias clínicas	
6ª feira	Discussão de histórias clínicas	
Sábado		
Domingo		

Prática Clínica - 6º ano

Registo da actividade diária (Reuniões, enfermaria, consulta, doentes observados, outras,...)

Semana 4

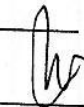
Docente

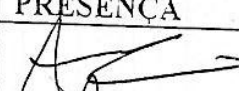
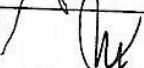
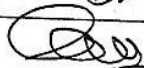

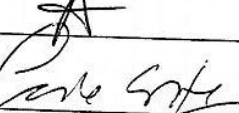
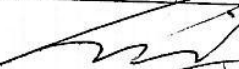
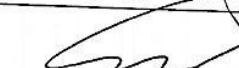
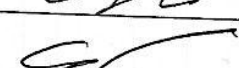


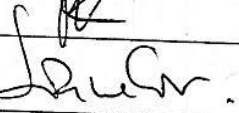
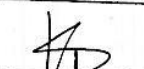

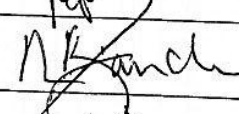

		Docente
2ª feira	Consulta de Pneumologia	
3ª feira	Consulta de Endocrinologia	
4ª feira	S. Urgência	DePinto
5ª feira	Consulta de Neurodesenvolvimento	
6ª feira	Consulta Nefrologia Pediátrica	DePinto
Sábado		
Domingo		

PEDIATRIA - Prática Clínica (Temas) - 6º Ano

ALUNO Tiago Manuel Ferreira de Castro Fernandes TEMA Diabetes

Comentário do Orientador _____

M^{te} bonu 

	DATA	TEMA	PRESENÇA
1	25/10/2010	Dificuldades de aprendizagem	
2	26/10/2010	Diabetes	
3	27/10/2010	Obesidade Infantil	
4	27/10/2010	Emmen e Funcoprese, História Clínica	
5	28/10/2010	Atraso de crescimento	
6	09/11/2010	Diarréia Aguda	
7	09/11/2010	Diarréia Crônica	
8	10/11/2010	Necessidades Educativas Especiais	
9	11/11/2010	Convulsões Febris	
10	11/11/2010	Ictericia Neonatal	
11	12/11/2010	Infecção do Tracto Urinário	
12	16/11/2010	Bronquite / Asma Infantil	
13	17/11/2010	Alimentação no 1º ano de vida	
14	18/11/2010	Febre e Sepsis na criança até 36 meses	
15	19/11/2010	Pneumonias	
16			
17			
18			
19			
20			