



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2010/2011

António Manuel Pereira de Oliveira
Relatório de Estágio Profissionalizante em Pediatria

Abril, 2011

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

António Manuel Pereira de Oliveira
Relatório de Estágio Profissionalizante em Pediatria

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Pediatria

Trabalho efectuado sob a Orientação de:

Dr. Henrique Soares

Abril, 2011

FMUP

**Projecto de Opção do 6º ano - DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE****Unidade Curricular "Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio Profissionalizante"**

Eu, António Manuel Pereira de Oliveira, abaixo assinado, nº mecanográfico 050801151, 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, 19/04/2011

Assinatura: António Manuel Pereira de Oliveira



**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: António Manuel Pereira de Oliveira

Endereço electrónico: a.m.p.oliveira@hotmail.com **Telefone ou Telemóvel:** 914358897

Número do Bilhete de Identidade: 13232697

Relatório de Estágio Profissionalizante: Relatório de Estágio Profissionalizante em Pediatria

Orientador: Henrique Edgar Correia Soares

Ano de conclusão: 2011

Designação da área do projecto: Pediatria

É autorizada a reprodução integral deste Relatório de Estágio para efeitos de investigação e de divulgação pedagógica, em programas e projectos coordenados pela FMUP.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 19/04/2011

Assinatura: António Manuel Pereira de Oliveira

Agradecimentos

Ao Dr. Henrique Soares, por todo o apoio e disponibilidade evidenciados ao longo da elaboração deste Relatório de Estágio.

À Dra. Andreia Leitão, pela orientação prática durante o período do Estágio.

Ao Serviço de Pediatria do Hospital de S.João e a todos os seus profissionais, pela possibilidade de realização deste Relatório.

Resumo

Este relatório visa descrever as actividades realizadas no âmbito do estágio clínico realizado na disciplina de Pediatria, efectuado entre 18 de Outubro e 19 de Novembro de 2010, e a inserção actual e histórica da Pediatria, quer no contexto médico como no contexto social.

A Pediatria é actualmente responsável pelos cuidados médicos prestados aos indivíduos com idades compreendidas entre os 0 e os 18 anos de idade. Esta é uma área com características particulares dentro da Medicina.

As crianças foram consideradas ao longo da história como “adultos em ponto pequeno”. Esta noção mudou irreversivelmente nos últimos 2 séculos.

Durante o estágio clínico foi possível frequentar, por um período de uma semana, a Unidade de Saúde Familiar das Camélias, em Vila Nova de Gaia e, durante um período de quatro semanas, o Serviço de Pediatria do Hospital de S. João.

Neste relatório é também feita uma alusão à organização do Serviço de Pediatria do Hospital de S. João, actualmente dirigido pelo Professor Doutor Caldas Afonso (Chefe de Serviço e Professor Auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto) bem como às diferentes Unidades Funcionais que o constituem.

Realizou-se ainda uma breve análise de alguns dados estatísticos das crianças internadas durante o período do estágio, bem como uma descrição e respectiva contextualização teórica de vários casos clínicos.

Nas conclusões deste relatório é feita uma referência a possíveis aspectos merecedores de reparo, bem como algumas sugestões para os minimizar.

Abstract

This internship report aims to describe the activities that took place during the internship period, between October 18 and November 19, 2010, and the nowadays and historical contextualization of Pediatrics, in both medical and social terms.

Pediatrics is responsible for the healthcare of all individuals up to 18 years old. This is an area with specific characteristics.

Children were throughout history viewed as “little adults”. This concept changed irreversibly in the last couple of centuries.

During the internship it was possible to attend, for the period of a week, the Family Health Unit of Camélias, in Vila Nova de Gaia and, for the period of four weeks, the Hospital of S.João Pediatrics Service.

In this report it is made an allusion to the organization of the Pediatrics Service in Hospital of S.João, currently directed by Professor Doutor Caldas Afonso, and the different Functional Unities which compose it.

A brief analysis of some statistical data concerning the admitted children during the internship period was made. Some case reports were also included, with a case description and its theoretical contextualization.

In the report conclusions section there is a reference to some internship problems subject to adjustments, with suggestions how to minimize them.

Índice

1. Introdução.....	7
2. A Pediatria.....	9
3. A História da Pediatria	11
4. O ensino da Pediatria no currículo médico	14
5. O Serviço de Pediatria do Hospital de S.João.....	15
6. O treino clínico.....	17
6.1. Centro de Saúde.....	17
6.2. Reuniões de Serviço	17
6.3. Internamento	18
6.4. Consultas Externas.....	21
6.5. Serviço de Urgência.....	26
6.6. Aulas teórico-práticas	26
7. Conclusões	27
8. Bibliografia.....	29
Apêndice I.....	32
Apêndice II.....	41
Anexo	56

Lista de abreviaturas e siglas

BCG – Bacillo Calmette-Guérin

CS – Centro de Saúde

EPE – Entidade Pública Empresarial

EUA – Estados Unidos da América

FMUP – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

HSJ – Hospital de S.João

IgA – Imunoglobulina A

IgE – Imunoglobulina E

IgG – Imunoglobulina G

IgM – Imunoglobulina M

MIM – Mestrado Integrado em Medicina

PNV – Plano Nacional de Vacinação

SAM – Sistema de Apoio ao Médico

SCID – Imunodeficiência Combinada Severa

SU – Serviço de Urgência

UAG-MC – Unidade Autónoma de Gestão da Mulher e Criança

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCP – Unidade de Cuidados Perinatais

UDP – Uridina Difosfato

USF – Unidade de Saúde Familiar

Lista de figuras e tabelas

Figura 1 – Distribuição dos doentes internados no Serviço de Pediatria do Hospital de S.João durante o período do estágio por tipo de patologia.

Figura 2 – Distribuição dos doentes internados no Serviço de Pediatria do Hospital de S.João durante o período do estágio por sexo.

Figura 3 – Distribuição dos doentes internados no Serviço de Pediatria do Hospital de S.João durante o período do estágio por idade aquando do momento do internamento.

Figura 4 – Distribuição do destino da alta dos doentes internados no Serviço de Pediatria do Hospital de S.João durante o período do estágio.

Figura 5 – Duração do internamento dos doentes internados no Serviço de Pediatria do Hospital de S.João durante o período do estágio.

1. Introdução

Este relatório refere-se ao período de estágio no âmbito do bloco de Prática Clínica de Pediatria, realizado entre 18 de Outubro e 19 de Novembro de 2010, e enquadrado no 6º ano do currículo do Mestrado Integrado em Medicina (MIM) da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP). Tem como regente o Professor Doutor Álvaro Machado de Aguiar, Professor Catedrático da FMUP.

Neste período de estágio foram frequentadas várias valências da Prática Clínica no Serviço de Pediatria do Hospital de S.João (HSJ), nos quais se destacam as Reuniões de Serviço, Internamento, Consultas Externas e Serviço de Urgência (SU). Foi também possível a frequência por um período de uma semana em um Centro de Saúde (CS), no caso, a Unidade de Saúde Familiar (USF) das Camélias, em Vila Nova de Gaia.

Importa contextualizar este período de estágio clínico na formação do estudante de medicina da FMUP. No 5º ano é leccionado um bloco de Pediatria, com a duração de 4 semanas, que pretende dar uma visão mais teórica da vastidão de conhecimentos que a Pediatria abrange. Neste bloco é também incluído um componente prático, de duração e exigência e trabalho inferiores ao que o componente teórico exige, pelo que acaba por constituir apenas uma “introdução” à Prática Clínica da Pediatria, realizada no 6º ano do MIM.

A opção pela elaboração deste Relatório de Estágio no âmbito do bloco de Prática Clínica de Pediatria passou um pouco pela extrema diversidade e variedade de doenças (mas também doentes) que atingem a faixa etária mais jovem. Este facto torna o diagnóstico e a abordagem do doente pediátrico algo de desafiante, até pelos obstáculos e problemas que muitas vezes provoca, por frequentemente ser incapaz de expressar as suas queixas e sintomas. A Pediatria é uma área do conhecimento médico que abrange um largo espectro de condições, sendo necessário um conhecimento em actualização constante, bem como uma capacidade de integrar e relacionar conceitos que, muitas vezes, não ocorre em outros campos da Medicina. Em diversos casos, e por ser uma especialidade geral, torna-se necessário recorrer a outras áreas, tais como a Cirurgia Pediátrica, Cardiologia Pediátrica, Nefrologia Pediátrica, Gastroenterologia Pediátrica, Pneumologia e Alergologia Pediátricas, Neuropediatria, Hemato-oncologia Pediátrica, Infeciologia Pediátrica, Neonatologia, Nutrição e Desenvolvimento.

No contexto do trabalho efectuado durante o período do estágio, foi efectuada uma revisão teórica sobre algumas situações e patologias observadas durante este período, no Internamento, Consultas Externas e SU Realizou-se ainda uma breve análise estatística em relação às crianças internadas durante o período do estágio.

2. A Pediatria

A palavra “pediatria” origina-se etimologicamente nas palavras gregas *παῖς* (*pais* = child) e *ἰατρός*, (*iatros* = médico ou curador). O médico especialista nesta área designa-se por pediatra.

A pediatria actual define-se como o ramo da medicina actual que tem a cargo a prevenção e o tratamento médico de recém-nascidos, lactentes, crianças e adolescentes. Nos aspectos preventivos da pediatria estão incluídas acções como o aleitamento materno, imunizações, orientações necessárias a um crescimento e desenvolvimento estatura-ponderal adequado, bem como a prevenção de acidentes. Em relação ao tratamento médico, a pediatria abrange todos os procedimentos e tratamentos de variadas patologias, exclusivas ou não, da criança e adolescente. A questão das alterações genéticas ou de erros inatos de metabolismo é de evidente importância nesta área, pelo facto de se manifestarem mais provavelmente, se com maior gravidade, em idades precoces.

A noção da idade limite para tratamento dos adolescentes tem sofrido alterações recentemente, variando entre os 12 anos (em alguns países em vias de desenvolvimento), e os 21 anos. Em Portugal, a Pediatria tratava de crianças até aos 14 anos, mas tem vindo a haver um progressivo alargamento da idade limite, sendo actualmente defendido que a Pediatria deve cuidar de todos os jovens até aos 18 anos. [1] Poderão no entanto ocorrer casos em que o doente, já para além da idade limite, continue a ser seguido por um Pediatra, que muitas vezes o acompanhou desde a infância, e é assim conhecedor profundo do estado de saúde e das patologias de que padece o jovem.

A bioética actual assenta sobre 4 princípios éticos fundamentais, definidos por Beauchamp e Childress: beneficência, não-maleficência, justiça e respeito pela autonomia, constituindo uma área de especial relevo na Pediatria.

Os princípios éticos da beneficência e não-maleficência relacionam-se de forma próxima. A beneficência define-se como o balanço entre os benefícios de um determinado tratamento ou intervenção, quando comparado com os riscos e custos associados, enquanto a não-maleficência se caracteriza pela ausência de provocação de mal (relaciona-se com o conceito clássico “*primum non nocere*”). No entanto como é comum a existência de algum tipo de dano infligido por um tratamento, na prática o princípio da não-maleficência defende que o mal causado por uma determinada intervenção terapêutica não poderá exceder os benefícios

que possam daí advir. O princípio ético da justiça consiste na obrigação moral de actuar de forma equitativa de acordo com os recursos disponíveis, direitos pessoais e leis moralmente aceites.

A autonomia define-se como a capacidade de efectuar uma decisão livre, sem influência indevida, por uma pessoa competente com todo o conhecimento da informação relevante para tomar a decisão de forma consciente. Importa destacar o princípio do respeito pela autonomia, dada a relevância de que se reveste, o que se deve ao facto de os menores de idade estarem sob jurisdição dos pais ou tutores, e por isso não serem os próprios a ponderar sobre eventuais decisões, tratamentos e atitudes médicas mais adequadas. No entanto é importante que o Pediatra tenha a sensibilidade de avaliar a opinião da criança, principalmente nos adolescentes, a partir de um certo grau de maturidade, tendo sempre em conta este facto no momento de efectuar uma decisão clínica.

3. A História da Pediatria

A Pediatria contextualiza-se como uma especialidade de aparecimento relativamente recente na história da Medicina, surgindo apenas em meados do século XIX. Este tardio aparecimento poderá ser explicado pela forma como a sociedade, em geral, olhava para as crianças, a quem era dada pouca importância. Eram vistas como adultos em ponto pequeno, sendo importantes na ajuda que desempenhavam no meio familiar, na execução das mais variadas tarefas. Esta perspectiva reflectia-se também na prestação dos cuidados médicos já que, quando doentes, eram tratadas tal como adultos, muitas vezes partilhando inclusivamente as mesmas camas.

No Mundo Ocidental, o primeiro hospital reconhecidamente de cariz pediátrico abriu em Paris, no ano de 1802 (*Hôpital des Enfants Malades*, ainda hoje um hospital pediátrico de referência mundial). França era, nesta altura o centro da medicina a nível global. Apesar de alguma mudança na atitude face à população pediátrica, com a tentativa de evitar a exposição das crianças às doenças dos adultos, os cuidados prestados permaneceram extremamente básicos, e isso reflectiu-se na mortalidade em crianças internadas, que oscilava entre os 50% e os 100%. [2]

Abraham Jacobi é considerado como o “pai da Pediatria”, pelas suas muitas contribuições para a área. Foi da sua responsabilidade a abertura de várias unidades pediátricas em diversos Hospitais na área de Nova Iorque. Foi ainda um dos fundadores da Sociedade Americana de Pediatria, em 1888. Ideias como o isolamento de crianças com sépsis ou a pasteurização do leite foram fundamentais na diminuição da mortalidade infantil nas unidades de saúde, na viragem do século. [3]

No início do século XX cerca de metade das faculdades de medicina apresentavam a Pediatria no seu currículo, sendo por esta altura que se começa a aceitar a Pediatria como uma especialidade distinta no campo da medicina, na sequência de estudos que mostravam que as crianças não eram simplesmente adultos pequenos, mas sim um grupo com necessidades médicas particulares. Um passo importante na afirmação da Pediatria como uma especialidade deu-se com a preocupação para com a criança saudável, hoje parte integrante da prática clínica. [2]

Assim, a mortalidade infantil começava a diminuir. No entanto, mais importante na redução da mortalidade que o desenvolvimento da Pediatria e medidas terapêuticas realizadas

na criança doente, foram as medidas no âmbito da saúde pública, como um maior abrangimento no abastecimento de água potável, a introdução de fórmulas para substituição do leite materno, e melhorias a nível da higiene pessoal. [2]

Um importante passo na história da Pediatria ocorreu no início do século XX, nos Estados Unidos da América (EUA), com a constatação da elevada taxa de mortalidade neonatal e puerperal, e o reconhecimento da importância na relação entre recém-nascido e mãe. A preocupação com tal facto levaria a uma melhoria na saúde de ambos. Na sequência de movimentos sociais reformistas, que geraram alguma controvérsia mesmo por parte da classe médica da altura, foram aprovadas leis que permitiram uma melhoria nos cuidados de saúde prestados às mães e recém-nascidos. Estas estiveram na génese da criação da Associação Americana de Pediatria, em 1930, o que solidificou e consagrou a posição da Pediatria no contexto médico nos EUA. [2]

A Pediatria contribuiu ao longo do século XX de uma forma fundamental para o combate a doenças infecciosas infantis, que provocavam uma extrema morbidade e mortalidade, com custos económicos e sociais de valores incalculáveis. O advento de antibióticos como as sulfonamidas e a penicilina, bem como os programas de vacinação para doenças como a varíola, poliomielite, sarampo, rubéola, difteria ou varicela, entre outras. Tais medidas foram responsáveis pela erradicação total da varíola a nível mundial, alcançada em 1979, bem como a enorme redução nos casos de poliomielite, que poderá ser declarada extinta a nível mundial nos próximos anos. No entanto em Portugal já não há registo de casos de poliomielite, sarampo, rubéola ou difteria, pelo que estas doenças se consideram praticamente erradicadas. No entanto importa manter as atitudes que levaram a estes resultados, pelo que implica a continuação da vacinação preventiva para estas infecções, até que estejam totalmente eliminadas a nível mundial. [2]

O desenvolvimento da Neonatologia reveste-se de extrema relevância na história da Pediatria. Esta subespecialidade tem como objectivo o tratamento médico de recém-nascidos, especialmente os prematuros, baixo peso ao nascimento, atraso no crescimento intra-uterino, malformações congénitas e asfíxias durante o parto. A disseminação da ventilação mecânica para recém-nascidos, nos anos 50, constituiu o primeiro avanço significativo. Nos anos 80 a terapia médica para substituição do surfactante constitui outro marco importante. A evolução nos cuidados neonatais permitiu uma maior probabilidade de sobrevivência para recém-nascidos. A análise da viabilidade (definida em Neonatologia como o “potencial para

sobreviver”) permite verificar esse mesmo pressuposto. Antes das 22 semanas esta é rara, enquanto após as 27 semanas é quase universal. Entre as 23 e 26 semanas de idade gestacional verifica-se uma ampla progressão na viabilidade ao longo dos últimos anos (viabilidade marginal). Em Portugal, actualmente, verifica-se que abaixo das 23 semanas de idade gestacional raramente há sobreviventes, enquanto acima das 25 semanas a viabilidade é maior de 50%, sendo que a maioria não apresentará sequelas significativas. As 24 semanas representam a zona cinzenta, já que apesar da probabilidade de sobrevivência poder atingir os 50%, apenas 15 a 20% o farão sem sequelas importantes. Assim, em Portugal é defendido que os recém-nascidos com menos de 24 semanas de idade gestacional não devem ser tratados, enquanto os com idade gestacional superior a 25 semanas o devem ser. Entre as 24 e 25 semanas é discutível, não havendo o consenso generalizado sobre a melhor atitude a tomar. [4]

Actualmente a Pediatria lida ainda com questões cada vez mais prevalentes na sociedade contemporânea, como o abuso de droga, gravidez na adolescência, violência, abusos físicos e emocionais, entre outras preocupações. Cabe aos especialistas nesta área serem capazes de enfrentar estes e novos desafios que venham a surgir no futuro, de modo a que Pediatria continue uma área em constante actualização e em sintonia com os ditames das novas tendências sociais dos dias de hoje.

4. O ensino da Pediatria no currículo médico

Na organização do plano de estudos da Escola Médico-Cirúrgica do Porto, criada em 1836, a Pediatria estava confinada a apenas uma pequena parte de uma cadeira pertencente ao 4º ano do currículo da altura (“Partos, Moléstias da mulheres de parto e dos Recém-Nascidos, Clínica Cirúrgica). Em 1911 é criada a FMUP, e ocorre uma significativa alteração do plano de estudos, que passa a contemplar uma cadeira exclusivamente dedicada à pediatria, com a designação de “Clínica Pediátrica”, sendo leccionada no 5º ano do curso. [5]

O curso de Medicina veio a sofrer sucessivas alterações ao longo das décadas, mas o ensino da Pediatria manteve-se no 5º ano, como disciplina anual, até o ano lectivo de 1988/89. Nesta altura o ensino da Pediatria passa a constar do plano de estudos do 4º, 5 e 6º ano, sendo semestral no 4º e 5º ano (Pediatria I e Pediatria II) e anual no 6º ano (Clínica Pediátrica e Pediatria Social), o que ocorreu até o ano lectivo de 1996/1997. [5]

A partir de 1997/1998 a Pediatria passou a ser leccionada no 5º e 6º ano, no regime de blocos que se encontra actualmente em vigor.

5. O Serviço de Pediatria do Hospital de S.João

O HSJ é uma referência a nível médico da zona Norte do país. A área pediátrica não escapa a este paradigma, sendo este o Hospital responsável pela prestação de cuidados de saúde diferenciados a toda a população infantil nos distritos do Porto (com excepção de alguns concelhos mais interiores), Braga e Viana do Castelo. O Serviço de Pediatria esteve integrado no Departamento de Pediatria do HSJ, tendo este sido criado em Dezembro de 1995. Em 2005, no contexto da reestruturação do Hospital como Entidade Pública Empresarial (EPE) foi criada a Unidade Autónoma de Gestão da Mulher e Criança (UAG-MC, dirigida pelo Professor Doutor Luís Almeida Santos, Chefe de Serviço e Professor Auxiliar da FMUP), onde se integra o Serviço de Pediatria. É actualmente dirigido pelo Professor Doutor Caldas Afonso, que sucedeu em 2002 ao Professor Doutor Álvaro Aguiar.

O internamento do Serviço de Pediatria tem uma lotação de 50 camas, e encontra-se subdividido em 2 sectores: Pediatria A, destinado a crianças entre os 2 e os 17 anos e 364 dias, e Pediatria B, para crianças com menos de 2 anos de idade. Os internamentos relacionados com doenças infecciosas são também actualmente da responsabilidade do Serviço de Pediatria, que faz o diagnóstico e orientação terapêutica destes doentes. A presença dos pais junto da criança internada é estimulada e incentivada em todas as situações, de modo a minimizar o trauma que muitas vezes representa um internamento hospitalar em idades jovens.

No Centro de Ambulatório encontra-se a Consulta Externa e o Hospital de Dia Pediátrico, que possuem espaços próprios. O desenvolvimento destas áreas permitiu uma melhoria na prestação de cuidados de saúde pediátricos, bem como o tratamento de diversos casos que, outrora, necessitariam de internamento, com todos os custos, tanto sociais como económicos que isso representava. O HSJ possui ainda colaboração por parte de assistentes sociais e educadores de infância.

No quadro do Serviço de Pediatria encontram-se especialistas distribuídos pelas seguintes Unidades funcionais: Desenvolvimento Infantil, Doenças Metabólicas, Endocrinologia, Gastroenterologia, Hemat oncologia, Imunoalergologia, Nefrologia Pediátrica, Infecciologia, Neuropediatria, Nutrição e Pneumologia. Há também apoio por parte de especialistas nas áreas da Pedopsiquiatria e Psicologia.

Importa ainda destacar o papel preponderante do Serviço de Neonatologia, actualmente dirigido pela Professora Doutora Hercília Guimarães (Chefe de Serviço e Professora Associada de Pediatria da FMUP), dentro da orgânica dos cuidados pediátricos do Hospital, ao proporcionar assistência a todos os recém-nascidos do HSJ, bem como a doentes de risco deste e de outros hospitais. Este Serviço representa a referência a nível do Norte do país na prestação de cuidados a recém-nascidos com patologia cardíaca e cirúrgica. Neste Serviço encontram-se 5 sectores específicos: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), Berçário/Unidade de Cuidados Perinatais (UCP), Sala de Partos do SU de Obstetrícia, SU e Consulta Externa. O Serviço de Neonatologia foi criado em 1983, por solicitação do Professor Norberto Teixeira Santos, à altura Director do Serviço de Pediatria.

Para além do Serviço de Neonatologia, fazem parte da rede de cuidados pediátricos do Hospital os Serviços de Cirurgia Pediátrica, Cardiologia Pediátrica, Cuidados Intensivos e Intermédios Pediátricos e SU Pediátrico.

6. O treino clínico

Na primeira semana do estágio, entre 18 e 22 de Outubro, foi dada a oportunidade de frequentar a Unidade de Saúde Familiar (USF) das Camélias, em Vila Nova de Gaia, sob a orientação da Professora Doutora Luciana Couto. Nas restantes 4 semanas, entre 25 de Outubro e 19 de Novembro de 2011, o estágio decorreu no Serviço de Pediatria do HSJ, sob a orientação da Dra. Andreia Leitão, Interna Complementar de Pediatria do 5º ano e Docente Voluntária da FMUP.

As actividades realizadas ao longo do período do estágio foram constituídas por:

6.1. Centro de Saúde

Assistiu-se às actividades aí desenvolvidas no âmbito da Pediatria, nomeadamente consultas pediátricas de rotina e medição dos parâmetros antropométricos em crianças, especialmente peso, altura e perímetro cefálico. Adquiriu-se aqui a perspectiva da criança saudável, e dos diversos temas e assuntos que importa abordar numa consulta de rotina, de forma a verificar se o crescimento e desenvolvimento psicomotor da criança se adequa ao esperado, e se não surgem desvios do normal. O importante aspecto da prevenção na saúde foi algo com que também se teve possibilidade de contactar, ao assistir a imunizações previstas no Plano Nacional de Vacinação (PNV), bem como à educação para a saúde, no âmbito da nutrição, hábitos de higiene e exercício físico. Foi ainda possível verificar a interacção entre pai/mãe e criança no seu ambiente natural, e observar a comunicação que se estabelece nesta relação, algo que se torna mais complicado em ambiente hospitalar, pela maior necessidade de cuidados médicos, e pela existência de patologia, que altera de forma brusca a normal dinâmica relacional.

6.2. Reuniões de Serviço

Realizadas de segunda a sexta-feira, às 8.30, sendo de frequência obrigatória por parte dos alunos. Nestas eram apresentados e abordados alguns casos de doentes internados, cuja maior complexidade requeria uma discussão conjunta. Foram também apresentados alguns temas teóricos e casos clínicos, de relevância para a prática clínica da Pediatria, bem como

discutidos assuntos de premência no funcionamento do Serviço de Pediatria do HSJ.

6.3. Internamento

Após a Reunião de Serviço diária os alunos eram encaminhados para o Internamento do Serviço de Pediatria, onde contactavam com as crianças internadas, bem como os familiares. Acompanhava-se a visita ao Internamento, realizada pela equipa à qual pertencia a Orientadora de Estágio, possibilitando o reconhecimento de diversas patologias que acometiam as crianças internadas, bem como a sua evolução diária. No final da visita era realizada uma pequena reunião em que se debatiam os diversos casos, e diferentes atitudes a tomar perante cada caso, nomeadamente alteração da terapêutica, requisição de exames complementares, e discussão do prognóstico.

Sob a supervisão da Orientadora de Estágio, foram realizadas 3 histórias clínicas, que possibilitaram a apreensão, reconhecimento e solidificação dos conhecimentos já adquiridos no 5º ano, nomeadamente no que respeita às características particulares subjacentes à colheita de dados numa história clínica Pediátrica, bem como aos aspectos semiológicos a ter mais em conta nestes doentes. No final da recolha de dados era realizada uma breve discussão com a nossa Orientadora de Estágio, onde se abordavam os aspectos mais relevantes da anamnese, sendo discutidos os diagnósticos diferenciais mais prováveis, o tratamento e o prognóstico.

Durante o período de estágio foi possível consultar o Sistema de Apoio ao Médico (SAM), que permitiu elaborar uma breve análise estatística a partir de alguns dados das 174 crianças internadas durante esse período, e das quais foi possível a recolha da informação.

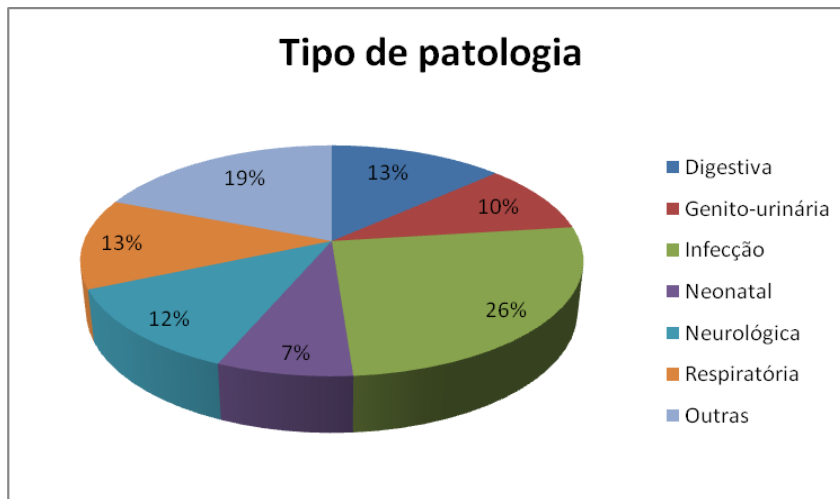


Figura 1 – Distribuição dos doentes internados no Serviço de Pediatria do HSJ durante o período do estágio por tipo de patologia.

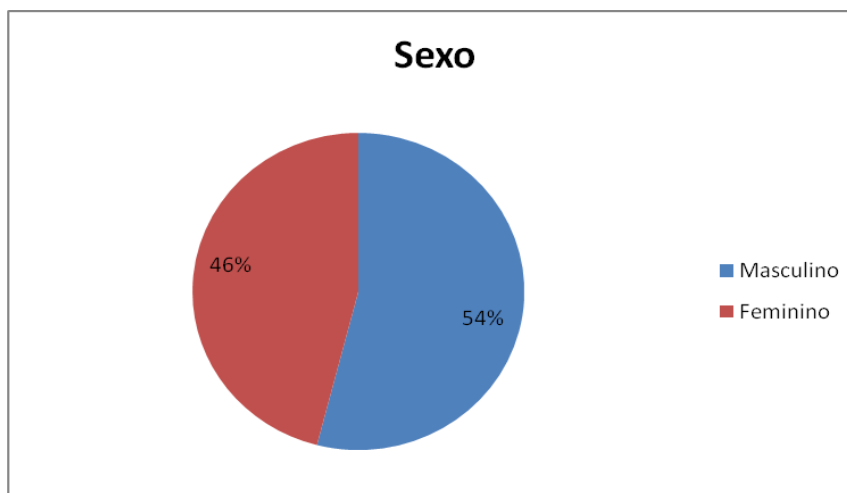


Figura 2 – Distribuição dos doentes internados no Serviço de Pediatria do HSJ durante o período do estágio por sexo.

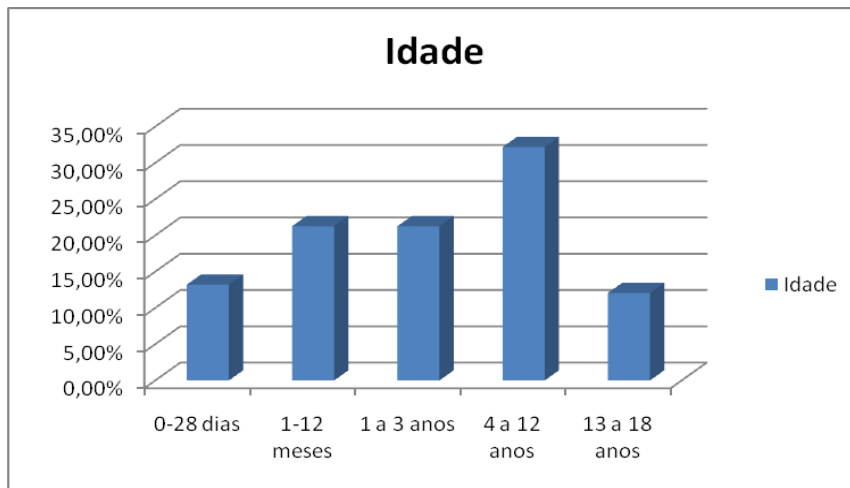


Figura 3 – Distribuição dos doentes internados no Serviço de Pediatria do HSJ durante o período do estágio por idade aquando do momento do internamento.

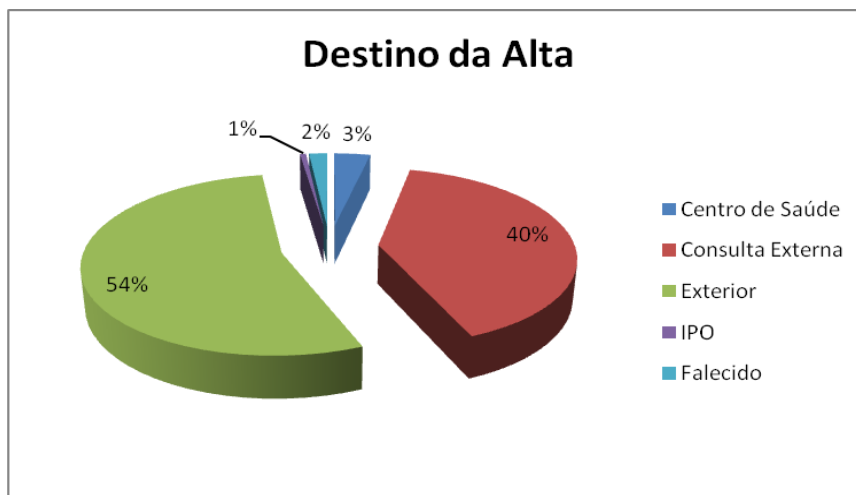


Figura 4 – Distribuição do destino da alta dos doentes internados no Serviço de Pediatria do HSJ durante o período do estágio.

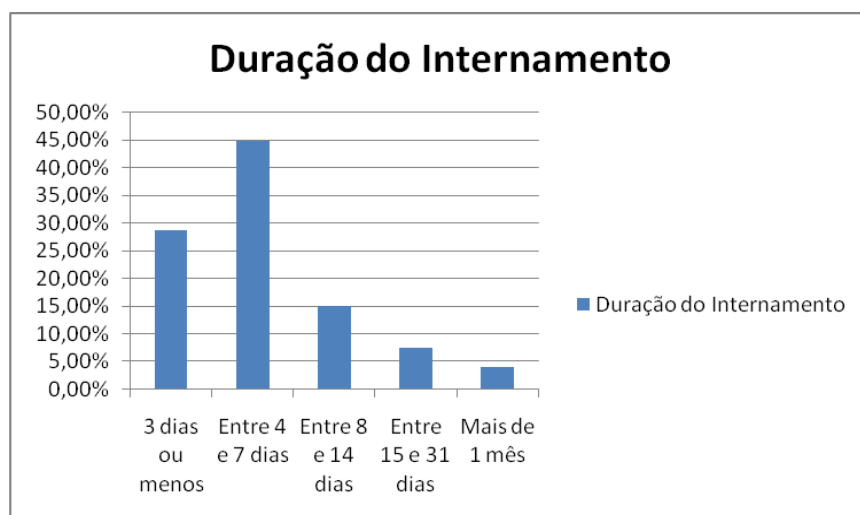


Figura 5 – Duração do internamento dos doentes internados no Serviço de Pediatria do HSJ durante o período do estágio.

6.4. Consultas Externas

Em alguns dias acompanhou-se a Orientadora de Estágio até às Consultas Externas, onde se teve a oportunidade de contactar de uma forma mais regular com as Consultas de Imunoalergologia e Imunodeficiências, realizadas pelo Dr. Bonito Vítor. Observou-se crianças com variadas patologias, como alergias, asma, bronquite crónica, eczema atópico, deficiência de Imunoglobulina A ou imunodeficiência combinada severa. Destes, destaca-se alguns casos:

Criança do sexo masculino, 5 anos de idade, com episódios de “constipações” (sic) frequentes com tosse seca sem pieira. Mau desenvolvimento estaturoponderal (no percentil 5). Apresenta alergia a proteínas do leite e pólen. Irmã tem história de alergias. História de bronquiolites na lactância. Apresentava hipertrofia amigdalina palatina e faríngea, pelo que fora submetido a intervenção cirúrgica 1 ano antes. Prescrito Zyrtec®.

Criança do sexo masculino, 3 anos de idade. Tem bronquite “crónica”. Queixas frequentes (atingimento respiratório) após a ingestão de certos alimentos, compatíveis com quadro de alergia. Realizou testes de sensibilidade cutânea, apresentando reacção para a gema do ovo, proteínas do leite, ácaros e salmão. Medicado com Xysall®. Fará indução à tolerância para as proteínas do leite quando tiver 5 anos de idade.

Contextualizando...

A alergia consiste numa reacção de hipersensibilidade do sistema imunitário, representando o tipo 1 das reacções de hipersensibilidade. [6] Este tipo de reacções ocorre normalmente em resposta a alergénios inócuos, sendo as mais comuns a alimentos, como os amendoins, ovo (principalmente gema), leite de vaca, soja ou mesmo peixe, frutas ou vegetais. Outros agentes não-alimentares causadores de alergias são o pólen, ácaros, pó, pêlos de animais, látex ou relva. [7]

O elevado título de Imunoglobulina E (IgE), produzido pelos linfócitos B (por sua vez estimulados pela interleucina 4) liga-se a mastócitos e basófilos, provocando activação excessiva destes, que estão envolvidos na resposta inflamatória aguda. As células revestidas pela IgE ficam sensibilizadas ao alergénio causador da reacção levando a que, na presença de nova exposição ao agente alergénico, haja activação das células sensibilizadas. A activação leva à libertação de histamina e outros mediadores da inflamação, como citocinas, leucotrienos, interleucinas e prostoglandinas, que são muitas vezes alvo de agentes terapêuticos. [8]

Nos casos de inalação dos alergénios por via aérea, os sintomas mais comuns são a irritação nasal, olho vermelho, escorrimento nasal, espirros, tosse e broncoconstrição, que pode mesmo culminar em sibilos e dispneia. Os sintomas mais comuns de alergias alimentares são a dor abdominal, náuseas, vómitos, diarreia e angioedema. No caso de reacções alérgicas graves, desenvolve-se um quadro de anafilaxia, em que pode haver atingimento multi-orgânico. [9]

Esta patologia tem vindo a aumentar substancialmente nas últimas décadas, especialmente no Mundo Ocidental. [10] Nos países menos desenvolvidos a incidência de atopia e todas as condições relacionadas com a patologia do foro alérgico tem permanecido muito mais estável. [11] Nesse espectro encontram-se condições como asma alérgica, rinite alérgica ou eczema atópico. [12]

O diagnóstico é geralmente feito pelo Teste de Prick, em que pequenas quantidades de agentes suspeitos de desencadarem alergia são introduzidos na pele, efectuando-se em seguida uma picada na pele. Os locais mais comuns para se efectuarem estes testes são o antebraço e o dorso. De acordo com a reacção inflamatória subsequente, que varia de uma

ligeira reacção eritematosa até uma urticária exuberante, conclui-se da severidade da alergia ao agente em causa. [13]

A terapêutica baseia-se essencialmente no antagonismo da acção dos mediadores inflamatórios. Assim, anti-histamínicos, corticóides, anti-leucotrienos, adrenalina e teofilina são os agentes de escolha nestas situações. Outros fármacos, como anti-colinérgicos e descongestionantes nasais (β -adrenérgicos) constituem possibilidades de segunda linha no tratamento desta patologia. No entanto, estes fármacos não apresentam grande interesse no tratamento crónico da doença alérgica. A dessensibilização alérgica através de vacinação baseia-se na produção de Imunoglobulina G (IgG) para contra-balançar a produção excessiva de IgE, e tem sido cada vez mais utilizada com segurança e sucesso em casos de rinite alérgica, asma alérgica e conjuntivites de repetição. [14]

Criança do sexo masculino, 3 anos de idade, apresenta eczema atópico, tendo a pele com manchas eritematosas. Doente apresenta algumas alergias, estando medicado com Xysall®. Tem desenvolvimento estaturoponderal aparentemente normal. Apresenta ainda galactosémia.

Contextualizando...

A galactosémia é uma doença genética rara, que afecta a capacidade de metabolização da galactose. Existem 3 enzimas responsáveis pela degradação de galactose em glicose: uridil transferase da galactose 1-fosfato, galactocínase e epimerase da Uridina Difosfato galactose (UDP galactose). Os défices nestas enzimas resultam respectivamente na galactosémia tipo I (galactosémia clássica), tipo II (deficiência na galactocínase) e tipo III (deficiência na epimerase da galactose). [15]

Os sintomas desta doença não são específicos, o que dificulta o diagnóstico. Vómitos, diarreia, letargia costumam estar presentes nesta doença. Esta doença pode ser precocemente identificada pelo teste de Guthrie (vulgarmente conhecido como “teste do pezinho”), realizado entre o 3º e 6º dia de vida. O diagnóstico pode também ser feito por amniocentese, no caso de existir história familiar da doença. [16,17] No entanto tais medidas de rastreio não são realizadas em Portugal.

O tratamento passa pela eliminação da dieta de todos os alimentos contendo galactose e lactose. Caso tal não seja cumprido podem surgir complicações como alterações neurológicas (défices na linguagem, ataxia, dismetria), bem como desmineralização óssea ou cataratas. [18]

Criança do sexo masculino, 14 anos de idade, asmático. Tem Síndrome de Marfan, apresentando mãos longas, hiperlaxidez articular e escoliose, compatíveis com este Síndrome. Apresenta aumento da pressão intra-ocular, pelo que tem indicação para iniciar Xalatan®.

Contextualizando...

O Síndrome de Marfan constitui uma doença genética dominante do tecido conjuntivo, que apresenta vários graus de gravidade na forma como se manifesta.

Os sinais e mais característicos são a presença de membros longos, dilatação da raiz da aorta (com risco para dissecação da aorta) e subluxação do cristalino. [19]

É também comum existirem outras alterações como escoliose, protrusão do esterno, alterações musculares, articulares e ósseas, miopia, astigmatismo, glaucoma de início precoce, palpitações, angina de peito, sopro cardíaco ou prolapso da válvula mitral e aórtica. [18] Este síndrome é também factor de risco para o desenvolvimento de pneumotórax, hérnias recorrentes na pele ou ectasia dural. [19]

O tratamento é essencialmente sintomático. Importa também impedir possíveis complicações, especialmente no que respeita à dilatação da raiz da aorta, e prevenção da sua progressão para aneurisma e dissecação da aorta. [19]

Criança de sexo masculino, 2 anos e 1 mês de idade. Apresentou reacção inflamatória à vacina do Bacillo Calmette-Guérin (BCG). Está com febre. Apresenta pus no local de administração da vacina. Bom desenvolvimento estaturoponderal. Bom estado geral. Sem história prévia de infecções.

Contextualizando...

A reacção à vacina do BCG designa-se por BCGite, e pode ser um sinal que alerta para a possível presença de uma imunodeficiência. [20] Esta reacção caracteriza-se pela presença de uma linfadenopatia regional, seguida pela formação de pústulas e induração no local da injeção. Estas manifestações podem permanecer por um período de 3 meses. [21]

Podem ainda surgir reacções mais graves, como ulceração no local da injeção, linfadenite supurativa regional, e lesões caseosas com drenagem purulenta. No caso de evolução da infecção para uma forma sistémica, muito mais comum em doentes imunocomprometidos, torna-se prudente a administração de fármacos anti-tuberculosos. [20]

Criança do sexo masculino, 3 anos de idade. Apresenta Deficiência de IgA. Mãe tem Imunodeficiência Comum Variada. Constipações frequentes, com agravamento da frequência e gravidade desde a entrada no infantário. Adenoidites, gastroenterites e faringites frequentes.

Contextualizando...

Esta alteração é considerada como a imunodeficiência primária mais comum, definindo-se como a ausência ou diminuição dos níveis da IgA, na presença de níveis normais de IgG e Imunoglobulina M (IgM). O diagnóstico apenas pode ser feito com segurança após os 4 anos de idade, por variabilidade sem significado patológico no início da síntese da IgA, após o nascimento. [6,22]

A maioria das crianças com esta condição não apresentam qualquer sintoma, mas em algumas podem haver infecções recorrentes, que alertam para a possível presença deste défice imunológico. [22]

É fundamental o tratamento sintomático e das infecções. No caso de haver associação com deficiência de IgG ou de anticorpos pode ser administrado por via intravenosa ou subcutânea um preparado de imunoglobulinas com IgA em pequena quantidade. [23]

Criança do sexo feminino, 5 anos de idade. Tem imunodeficiência combinada severa. Já realizara transplante de medula óssea. Apresentava no momento da consulta exantema

maculopapular a nível do terço superior do abdómen. Este encontrava-se timpanizado. Refere ainda diarreia na véspera e no próprio dia da consulta.

Contextualizando...

A imunodeficiência combinada severa (SCID) é uma doença genética na qual tanto a linhagem B como a linhagem T está afectada, podendo-se afirmar que o sistema imune está praticamente ausente. As crianças que padecem desta doença são extremamente vulneráveis a infecções. A maioria dos casos de SCID está associada a mutações genéticas no cromossoma X, sendo por isso de transmissão materna. A deficiência de adenosina deaminase está também associada a alguns casos de SCID (cerca de 15%). [6, 24]

Diarreia crónica, infecções auditivas, pneumonia recorrente por *P.Jiroveci* e candidíase oral são algumas das manifestações clínicas mais exuberantes e comuns. [6]

O prognóstico desta condição é extremamente desfavorável, sendo que a maioria das crianças falece antes do primeiro ano de vida caso não seja submetida a transplantes de medula óssea, que constitui o esteio da terapêutica. [6.25]

6.5. Serviço de Urgência

No período do Estágio, teve-se a possibilidade de estar 3 dias no SU, em média 4 horas durante cada dia. Para além do contacto com a colheita de dados de crianças que recorreram ao SU, e respectiva discussão diagnóstica, foi possível assistir a alguns procedimentos, como uma punção lombar, em uma criança com suspeita de meningite. As queixas mais comuns que traziam as crianças ao SU eram diarreia, dor abdominal, vómitos, tosse, febre e otalgia.

6.6. Aulas teórico-práticas

Todos os alunos participaram nestas aulas, estando cada um responsável pela elaboração de uma apresentação sobre um tema específico, relevante para a prática clínica em Pediatria. No final desta, era feita uma breve discussão sobre o tema com os alunos presentes, bem como dada resposta a eventuais dúvidas que pudessem ter surgido no decorrer da prelecção. Estas eram feitas sob a orientação de um interno de especialidade ou especialista do Serviço de Pediatria do HSJ.

7. Conclusões

Considero que este estágio efectuado no Serviço de Pediatria do HSJ permitiu a aquisição de conhecimentos, capacidades e aptidões que serão essenciais, no futuro quer para uma prática clínica em qualquer área de diferenciação, quer para a eventualidade de especialização numa área pediátrica. O HSJ constitui um centro de referência, tanto a nível dos cuidados pediátricos secundários como terciários na região Norte de Portugal, pelo que representa um local de excelência na formação de futuros profissionais, tanto nesta como em outras áreas de especialização médica.

Julgo que é de fulcral importância a presença durante uma semana em um CS, ao permitir o contacto com os cuidados de saúde primários prestados a uma população pediátrica saudável. Apercebi-me assim de algumas particularidades relevantes, características da consulta pediátrica, a nível da entrevista clínica e exame físico. A importância dos pais ficou naturalmente demonstrada, já que são na maioria das vezes os responsáveis pela verbalização de eventuais problemas que de que as crianças possam padecer.

No entanto sinto que o facto de apenas no 6º ano ter contactado pela primeira vez com a experiência dos cuidados de saúde primários, no que respeita a CS, representa um ponto a rever na formação e aprendizagem do currículo da FMUP. O elevado número de alunos a frequentar os espaços do HSJ limita a aprendizagem e formação. Assim, penso que a possibilidade de um contacto mais próximo com os cuidados de saúde primários seria algo a ponderar no plano de estudos, tendo como objectivo libertar um pouco de alunos os espaços físicos do Hospital, ao mesmo tempo que garantia uma melhor formação a nível desta área, de vital importância para muitos dos futuros profissionais, já que grande parte das vagas destinadas à especialização encontram-se precisamente na área de Medicina Geral e Familiar. Julgo portanto que o tempo destinado ao estágio no CS poderia eventualmente ser prolongado.

Na minha perspectiva deveria ainda haver uma maior compreensão por parte da organização hospitalar no que respeita à importância de que se reveste a formação de futuros médicos. Muitas vezes o nosso orientador de estágio tinha responsabilidades inadiáveis, relacionadas com a prática clínica hospital, que eram inconciliáveis com a orientação dos alunos. Penso que deveria haver uma maior articulação destas 2 vertentes, de modo a que os orientandos pudessem usufruir e aproveitar da melhor forma o período de estágio efectuado.

Ainda assim, sinto que o balanço é francamente positivo, e fui capaz de adquirir competências e capacidades que me virão a ser úteis enquanto futuro médico.

8. Bibliografia

- 1 - Carta Hospitalar de Pediatria. Comissão Nacional de Saúde da Criança e Adolescente 2008;11.
- 2 - Mahnke CB. The growth and development of a specialty: the history of pediatrics. Clin Pediatr (Phila) 2000 Dec; 39(12): 705-14.
- 3 - Ligon-Borden BL. Abraham Jacobi, MD: father of American pediatrics and advocate for children's health. Semin Pediatr Infect Dis. 2003 Jul; 14(3): 245-9.
- 4 - Valido AM, Guimarães H, Amaral J, Januário L, Carrapato R, Tomé T et al. Consensos Nacionais em Neonatologia. Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria 2004.
- 5 - Ferraz, AR e Guimarães, H. O ensino da Pediatria na Escola Médica do Porto. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2004.
- 6 - Rudolph AM, Kamei RK, Overby KJ. Rudolph's fundamentals of pediatrics. 3rd ed. San Francisco: McGraw-Hill; 2002.
- 7 - Høst A, Andrae S, Charkin S, Diaz-Vázquez C, Dreborg S, Eigenmann PA et al. Allergy testing in children: why, who, when and how? Allergy 2003 Jul; 58(7): 559-69.
- 8 - White M. Mediators of inflammation and the inflammatory process. J Allergy Clin Immunol 1999 Mar; 103(3 Pt 2): S378-81.
- 9 - Ring J, Behrendt H. Anaphylaxis and anaphylactoid reactions. Classification and pathophysiology. Clin Rev Allergy Immunol 1999 Winter; 17(4): 387-99.
- 10 - Ring J, Krämer U, Schäfer T, Behrendt H. Why are allergies increasing? Curr Opin Immunol 2001 Dec; 13(6): 701-8.
- 11 - Bloomfield SF, Stanwell-Smith R, Crevel RW, Pickup J. Too clean, or not too clean: the hygiene hypothesis and home hygiene. Clin Exp. Allergy 2006; 36(4): 402-25.

- 12 - Arshad SH, Tariq SM, Matthews S, Hakim E. Sensitization to common allergens and its association with allergic disorders at age 4 years: a whole population birth cohort study. *Pediatrics* 2001 Aug; 108(2): E33.
- 13 - Verstege A, Mehl A, Rolinck-Werninghaus C, Staden U, Nocon M, Beyer K, et al. The predictive value of the skin prick test weal size for the outcome of oral food challenges. *Clin Exp Allergy*. 2005 Sep; 35(9): 1220-6.
- 14 - Bousquet J, van Cauwenberge P, Ait Khaled N, Bachert C, Baena-Cagnani CE, Bouchard J et al. Pharmacologic and anti-IgE treatment of allergic rhinitis ARIA update (in collaboration with GA2LEN). *Allergy* 2006 Sep; 61(9): 1086-96.
- 15 - Holden HM, Thoden JB, Timson DJ, Reece RJ. Galactokinase: structure, function and role in type II galactosemia. *Cell Mol Life Sci* 2004 Oct; 61(19-20): 2471-84.
- 16 - Schweitzer S. Newborn mass screening for galactosemia. *Eur J Pediatr* 1995; 154(7 Suppl 2): S37-9.
- 17 - Jakobs C, Kleijer WJ, Allen J, Holton JB. Prenatal diagnosis of galactosemia. *Eur J Pediatr* 1995; 154(7 Suppl 2): S33-6.
- 18 - Ridel KR, Leslie ND, Gilbert DL. An updated review of the long-term neurological effects of galactosemia. *Pediatr Neurol* 2005 Sep; 33(3): 153-61.
- 19 - Lebreiro A, Martins E, Cruz C, Almeida J, Maciel MJ, Cardoso JC et al. Marfan syndrome: clinical manifestations, pathophysiology and new outlook on drug therapy. *Rev Port Cardiol* 2010 Jun; 29(6): 1021-36.
- 20 - al-Bhlal LA. Pathologic findings for bacille Calmette-Guérin infections in immunocompetent and immunocompromised patients. *Am J Clin Pathol* 2000 May; 113(5): 703-8.
- 21 - Hoft DF, Leonardi C, Milligan T, Nahass GT, Kemp B, Cook S, Tennant J et al. Clinical reactogenicity of intradermal bacille Calmette-Guérin vaccination. *Clin Infect Dis* 1999 Apr; 28(4): 785-90.

22 - Conley ME, Notarangelo LD, Etzioni A. Diagnostic criteria for primary immunodeficiencies. Representing PAGID (Pan-American Group for Immunodeficiency) and ESID (European Society for Immunodeficiencies). *Clin Immunol* 1999 Dec; 93(3): 190-7.

23 - Yel L. Selective IgA deficiency. *J Clin Immunol* 2010 Jan; 30(1):10-6. Epub 2010 Jan 26.


24 - Hershfield, M. Genotype is an important determinant of phenotype in adenosine deaminase deficiency. *Curr Opin Immunol* 2003; 15: 571–577.

25 - Grunebaum E, Mazzolari E, Porta F, Dallera D, Atkinson A, Reid B et al. Bone marrow transplantation for severe combined immune deficiency. *JAMA* 2006 Feb 1; 295(5): 508-18.

Apêndice I – Apresentação do tema teórico-prático

Bronquiolites / Asma infantil

Pediatria 6ºano
 Regente: Professor Doutor Aguiar Machado
 Orientador: Dra. Luísa Vaz
 Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
 Novembro de 2010
 António Manuel Pereira de Oliveira



Definição

Bronquiolite

Infecção aguda do trato respiratório inferior, normalmente causada por um vírus, e que ocorre predominantemente em crianças entre os 2 e 24 meses.

Importância clínica

Bronquiolite

- Causa comum de doença na criança
- Causa mais frequente de hospitalização em lactentes e crianças jovens
- Praticamente todas as crianças são infectadas até aos 2 anos de idade
- Associação a sintomas respiratórios crónicas no adulto

Epidemiologia

Bronquiolite

- Crianças com menos de 2 anos, com o pico de incidência entre 2 a 6 meses.
- Incidência anual de 11.4% em crianças com menos de 1 ano, e de 6% em crianças de 1 a 2 anos (E.U.A.), com tendência para aumentar
- Ocorre em crianças até aos 5 anos
- Mais frequente no sexo masculino
- **Incidência mais alta no Inverno** (93% entre Novembro e início Abril)

Etiologia

Bronquiolite

Por contacto directo com secreções nasais e por via aérea

- Vírus sincicial respiratório (85%)
- Parainfluenza (11%)
- Adenovírus (epidemias, ocorrem a cada 2 anos)
- Outros agentes (*Mycoplasma Pneumoniae*, Enterovirus, Influenza e Rinovirus)

Factores de risco

Bronquiolite

- Idade (menos de 6 meses)
- Sem história de aleitamento materno
- Prematuridade
- Exposição a fumo de cigarro
- Falta de condições na habitação
- Imunodeficiência adquirida

Fisiopatologia

Bronquiolite

Infecção trato respiratório baixo causa

- Aumento secreção de muco
- Apoptose e descamação epitelial
- Infiltrado linfocítico peribronquiolar
- Edema submucosa

Combinação edema com resíduos descamação epitelial - estreitamento e obstrução via respiratória

Consequência – diminuição da ventilação pulmonar, com hipóxia e hipercapnia na doença grave

Trabalho respiratório aumentado, devido a aumento do volume pulmonar expiratório e diminuição no compliance do pulmão.

Evolução clínica

Bronquiolite

Sintomatologia começa por ser a de uma infecção respiratória alta, com **rinorreia, tosse e febre ligeira**

Em 60% dos casos não há progressão dos sintomas!

No entanto nos outros 40% progride para acometimento do trato respiratório inferior em 1-2 dias, com tosse paroxística e dispneia

Sinais e sintomas

Bronquiolite

- Tosse
- Sibilos
- Taquipneia
- Diminuição amplitude movimentos respiratórios
- Adejo nasal
- Febre (38.5-39.0°C)
- Cianose
- Vômitos
- Irritabilidade
- Anorexia

Sintomas menos acentuados em crianças mais velhas, nas quais o edema bronquiolar é melhor tolerado.

Diagnóstico

Bronquiolite

- Sibilos e crepitações na auscultação
- Prolongamento da fase expiratória da respiração
- Oximetria de pulso com níveis de O₂ diminuídos
- Gasimetria com eventual acidose respiratória
- Testes para antígenos de VSR

Diagnóstico

Bronquiolite

- Radiografia torácica com hiperinsuflação pulmonar, broncogramas aéreos e atelectasia



Diagnósticos diferenciais

Bronquiolite

- Asma
- Pneumonia
- Inalação de corpo estranho
- Fibrose cística
- Bronquite
- Insuficiência cardíaca congestiva

Tratamento

Bronquiolite

Medidas de suporte

- Fluidos IV
- Oxigénio
- Drenagem postural e *chest clapping* para remoção de muco
- Antipiréticos

Fármacos

- Adrenalina
- Ipratrópio
- Salbutamol (controverso)
- Corticosteróides (controverso)
- Ribavirina (apenas em casos graves)

Critérios para internamento

Bronquiolite

- Saturação de O₂ menor que 94% após tratamento
- Dificuldade respiratória (mais 60 ventilações/min)
- Apneia
- Idade menor que 2 meses ou história de prematuridade
- Doença cardiopulmonar subjacente ou imunossupressão

Prevenção

Bronquiolite

Importante em doentes com alto risco para desenvolver doença grave do trato respiratório baixo (displasia broncopulmonar, história de prematuridade, doença cardíaca congénita)

Deve ser feita com **palivizumab**

A dose recomendada é de 15mg/kg mensalmente, durante a época de maior actividade do VSR (Novembro-Abril)

Complicações

Bronquiolite

- Infecção secundária, como pneumonia
- Insuficiência respiratória

Risco aumentado para desenvolver asma!

História de bronquiolites é reconhecida como factor de risco para asma, mas isso não implica que seja causa. A relação entre estas 2 entidades não está completamente esclarecida

Prognóstico

Bronquiolite

- A maioria das crianças não tem sequelas, e recupera totalmente em 7-10 dias. Em casos mais raros pode haver sintomas por 4 semanas.
- Morbilidade é rara
- Hospitalização requerida em apenas 3% dos casos. Desses, 3 a 7% necessitam de ventilação mecânica
- A mortalidade é de 1 a 2% nos pacientes hospitalizados
- Pode chegar a 4% se doença cardíaca ou pulmonar subjacente
- Maioria dos casos em crianças com menos de 6 meses.

Definição

Asma

Doença inflamatória crónica das vias aéreas, com episódios recorrentes de obstrução, que é causada por hiperreactividade a diferentes estímulos.

Importância

Asma

- Doença crónica mais comum na criança
- Causa mais frequente de absentismo escolar
- Morbilidade e mortalidade associadas com factores ambientais
- Cerca de 250 mil mortes anualmente

Epidemiologia

Asma

- Aumento significativo da prevalência desde 1970
- Prevalência de 15% na infância
- Maior prevalência no mundo ocidental
- Em idade pediátrica é ligeiramente mais comum nos rapazes (2:1)

Etiologia

Asma

Interação entre factores de risco ambientais e genéticos

Causas ambientais

- Poluição do ar
- Infecções respiratórias víricas
- Stress psicológico
- Uso de antibióticos
- Parto por cesariana
- Hipótese da higiene

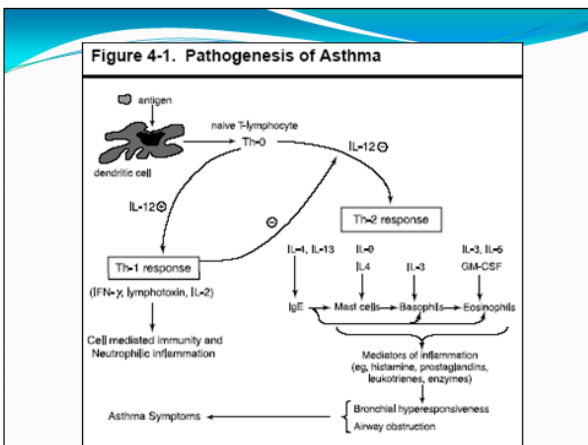
Causas genéticas

- Concordância entre gémeos monozigóticos, bem como a frequente história familiar de atopia e asma apoia a hipótese.

Fisiopatologia

Asma

- Perda do equilíbrio normal entre células T, com predomínio das Th2, causa inflamação
- A inflamação associada causa limitação do fluxo aéreo com aumento da resposta brônquica a diferentes estímulos, broncoespasmo, produção aumentada de muco, edema da mucosa e remodelação da parede.
- A obstrução das vias aéreas é de gravidade variável, sendo geralmente reversível, quer espontaneamente, quer com tratamento



Factores desencadeantes

Asma

- Alergénios (pólen, esporos, pêlos de animais, baratas, fumo, perfumes, agentes de limpeza)
- Fármacos (ácido acetilsalicílico, beta-bloqueadores)
- Factores físicos (exercício, ar frio)
- Factores fisiológicos (stress, rinite, refluxo GE, infecções respiratórias)

História natural

Asma

- Geralmente associação com atopia e alergias
- A doença surge quase sempre antes dos 6 anos, podendo-se iniciar nos primeiros meses de idade (difícil diagnóstico, facilmente confundida com bronquiolite)
- Pode desaparecer na adolescência (30 a 50%), mas reaparece em idade adulta

Diagnóstico

Asma

Sinais e sintomas (mais acentuados à noite e madrugada)

- sibilos
- tosse
- dispneia
- sensação de aperto torácico
- hiperexpansão do tórax,
- uso de músculos respiratórios acessórios
- aumento da fase expiratória da respiração
- secreção nasal aumentada
- dermatite atópica
- eczema

Diagnóstico

Asma

Espirometria

- Pode ser feita antes e depois da administração de β -agonista, toma continuada de glicocorticóide, prova de provocação com metacolina ou após exposição a factor desencadeante
- Variação maior de 20% no FEV1 é sugestiva de asma
- Útil na avaliação da resposta ao tratamento e na avaliação de rotina da função respiratória

Diagnóstico

Asma

Débito expiratório máximo

- Barato
- Pode ser usado em ambulatório
- Mais útil para monitorizar o estado basal do que propriamente para diagnóstico

Diagnósticos diferenciais

Asma

- Rinite e sinusite alérgica
- Bronquiolite
- Refluxo gastroesofágico
- Inalação de corpo estranho
- Laringotraqueomalácia
- Fibrose cística
- Displasia broncopulmonar
- Insuficiência cardíaca

Classificação

Asma

Terapêutica "step-up" e "step-down" baseia-se nas diferentes categorias de gravidade da doença

O doente é classificado na categoria mais alta para a qual apresenta um critério

Classificação

Asma

Leve intermitente

- Sintomas durante o dia ≤ 2 vezes por semana
- Sintomas durante a noite ≤ 2 vezes por mês
- PEF ou FEV1 $\geq 80\%$ do esperado para a idade
- Variabilidade do PEF $< 20\%$

Classificação

Asma

Leve persistente

- Sintomas durante o dia ≥ 2 vezes por semana, mas ≤ 1 vez por dia
- Sintomas durante a noite ≤ 1 vez por semana
- PEF ou FEV1 $\geq 80\%$ do esperado para a idade
- Variabilidade do PEF entre 20% e 30%

Classificação

Asma

Moderada persistente

- Sintomas todos os dias
- Sintomas à noite ≥ 1 vez por semana
- PEF ou FEV1 entre 60% a 80% do esperado para a idade
- Variabilidade do PEF $> 30\%$

Classificação

Asma

Severa persistente

- Sintomas contínuos durante o dia
- Sintomas à noite frequentes
- PEF ou FEV1 $\leq 60\%$ do esperado para a idade
- Variabilidade do PEF $> 30\%$

Tratamento

Asma

Objectivos

- controlar sintomas crónicos e nocturnos
- manter actividade normal, incluindo exercício
- prevenir episódios agudos
- minimizar recurso a SU e hospitalizações
- diminuir necessidade de medicação SOS
- evitar efeitos adversos

Tratamento

Asma

Estratégia

- parceria médico/doente no controlo da doença
- avaliar e monitorizar a severidade da doença com comunicação de sintomas e medição da função pulmonar regular
- evitar exposição a factores de risco
- estabelecer plano de medicação para manutenção
- estabelecer planos individuais em caso de exacerbação
- fazer follow-up regular do doente

Tratamento Asma

Conceitos gerais

- Objectivo primordial passa por reduzir a inflamação com corticoesteróide, diminuindo a necessidade de beta-agonista e reduzindo o número de exacerbações
- Devem ser utilizados quando possível dispositivos de inalação, que aumentam a disponibilidade dos fármacos na via respiratória.

Children age 5-12 yrs

Patients should start treatment at the step most appropriate to the initial severity of their asthma. Check concordance and re-evaluate diagnosis if response to treatment is unexpectedly poor.

STEP 1 Mild intermittent asthma

STEP 2 Regular preventer therapy

STEP 3 Initial add-on therapy

STEP 4 Persistent poor control

STEP 5 Continuous or frequent use of oral steroids

* BDP or equivalent

Children age 5-12 yrs

Inhaled short-acting β_2 agonist as required

STEP 1 Mild intermittent asthma

STEP 2 Regular preventer therapy

STEP 3 Initial add-on therapy

STEP 4 Persistent poor control

STEP 5 Continuous or frequent use of oral steroids

* BDP or equivalent

Children age 5-12 yrs

Patients should start treatment at the step most appropriate to the initial severity of their asthma. Check concordance and re-evaluate diagnosis if response to treatment is unexpectedly poor.

Add inhaled steroid 200-400 mcg/day* (other preventer drug if inhaled steroid cannot be used) 200 mcg is an appropriate starting dose for many patients

Inhaled short-acting β_2 agonist as required

Start at dose of inhaled steroid appropriate to severity of disease.

STEP 1 Mild intermittent asthma

STEP 2 Regular preventer therapy

STEP 3 Initial add-on therapy

STEP 4 Persistent poor control

STEP 5 Continuous or frequent use of oral steroids

* BDP or equivalent

Children age 5-12 yrs

Patients should start treatment at the step most appropriate to the initial severity of their asthma. Check concordance and re-evaluate diagnosis if response to treatment is unexpectedly poor.

Inhaled short-acting β_2 agonist as required

Add inhaled steroid 200-400 mcg/day* (other preventer drug if inhaled steroid cannot be used) 200 mcg is an appropriate starting dose for many patients

Start at dose of inhaled steroid appropriate to severity of disease.

1. Add inhaled long-acting β_2 agonist (LABA)

2. Assess control of asthma:

- good response to LABA + continue LABA
- benefit from LABA but control still inadequate + continue LABA and increase inhaled steroid dose to 400 mcg/day* (if not already on this dose)
- no response to LABA + stop LABA and increase inhaled steroid to 400 mcg/day.* If control still inadequate, institute trial of other therapies, leukotriene receptor antagonist or SR theophylline

Increase inhaled steroid up to 800 mcg/day*

Use daily steroid tablet in lowest dose providing adequate control

Maintain high dose inhaled steroid at 800 mcg/day*

Refer to respiratory paediatrician

STEP 1 Mild intermittent asthma

STEP 2 Regular preventer therapy

STEP 3 Initial add-on therapy

STEP 4 Persistent poor control

STEP 5 Continuous or frequent use of oral steroids

* BDP or equivalent

Children age 5-12 yrs

Patients should start treatment at the step most appropriate to the initial severity of their asthma. Check concordance and re-evaluate diagnosis if response to treatment is unexpectedly poor.

Inhaled short-acting β_2 agonist as required

Add inhaled steroid 200-400 mcg/day* (other preventer drug if inhaled steroid cannot be used) 200 mcg is an appropriate starting dose for many patients

Start at dose of inhaled steroid appropriate to severity of disease.

1. Add inhaled long-acting β_2 agonist (LABA)

2. Assess control of asthma:

- good response to LABA + continue LABA
- benefit from LABA but control still inadequate + continue LABA and increase inhaled steroid dose to 400 mcg/day* (if not already on this dose)
- no response to LABA + stop LABA and increase inhaled steroid to 400 mcg/day.* If control still inadequate, institute trial of other therapies, leukotriene receptor antagonist or SR theophylline

Increase inhaled steroid up to 800 mcg/day*

Use daily steroid tablet in lowest dose providing adequate control

Maintain high dose inhaled steroid at 800 mcg/day*

Refer to respiratory paediatrician

STEP 1 Mild intermittent asthma

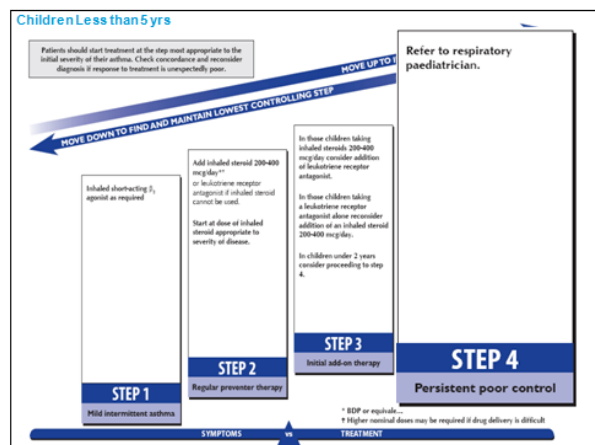
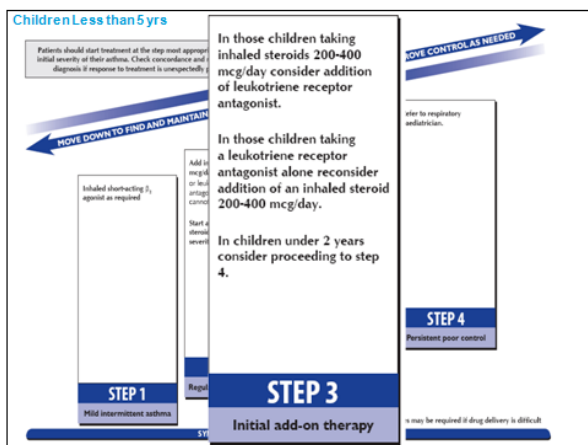
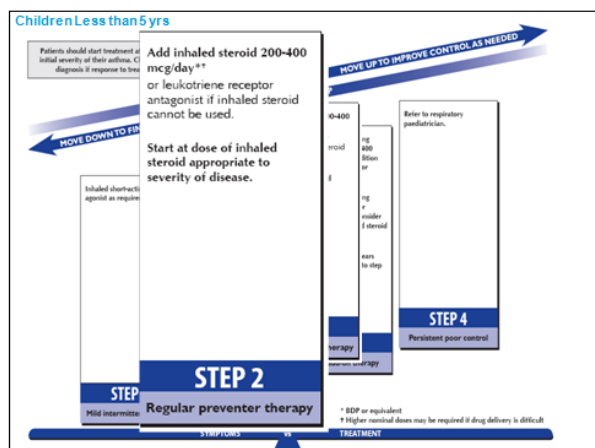
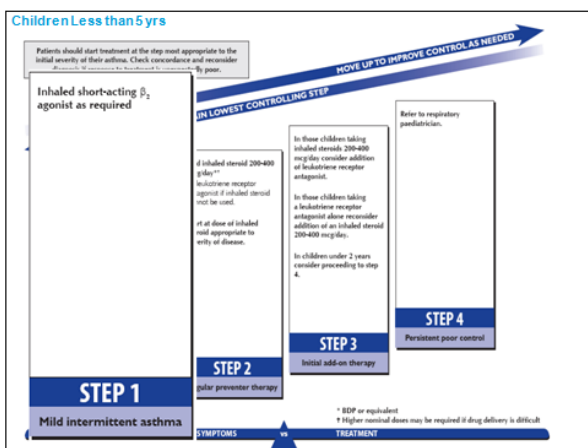
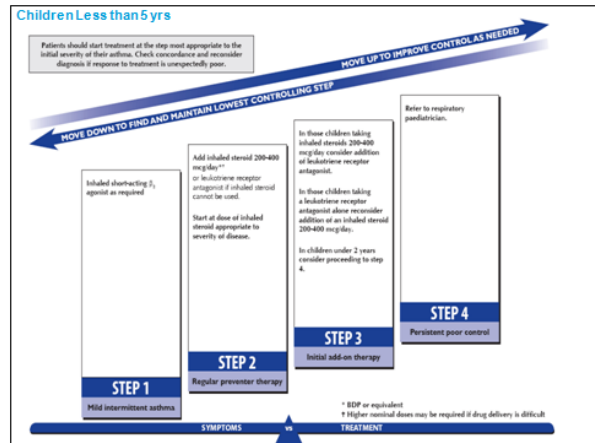
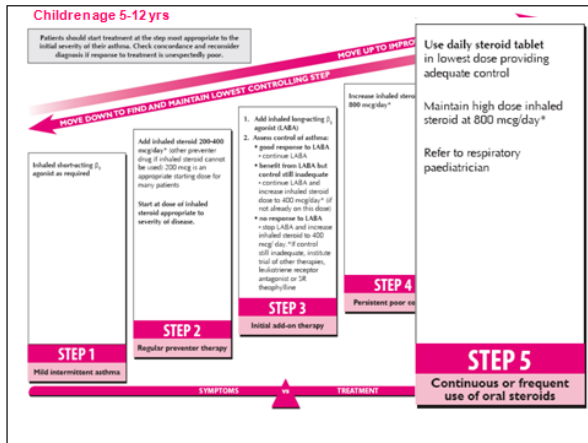
STEP 2 Regular preventer therapy

STEP 3 Initial add-on therapy

STEP 4 Persistent poor control

STEP 5 Continuous or frequent use of oral steroids

* BDP or equivalent



Prognóstico

Asma

- Favorável, especialmente em crianças com doença leve
- Nos casos mais moderados a toma regular de corticosteróides permite a realização de uma vida normal
- A probabilidade de manutenção é tanto maior quanto mais grave a doença
- Parece não haver associação com perda de função respiratória a longo prazo
- Melhor reconhecimento da doença e melhorias no tratamento levaram a uma redução drástica da mortalidade, que é residual nos países ocidentais

Bibliografia

- Kliegman R, Behrman R, Jenson Hand Stanton B, **Nelson Textbook of Pediatrics**, 18th edition, Elsevier
- **Bronchiolitis in infants and children**, http://www.uptodate.com/patients/content/topic.do?topicKey=~mmVxd9FPZU9EG_
- **Asthma treatment in children**, <http://www.uptodate.com/patients/content/topic.do?topicKey=~UbUb9AdpEgkdJdZ>
- **Asthma**, <http://emedicine.medscape.com/article/296301-overview>
- **Bronchiolitis**: <http://emedicine.medscape.com/article/800428-overview>

Apêndice II – História Clínica

História Clínica – Pediatria 6º Ano

António Oliveira



Data da colheita: 10 de Novembro de 2010.

Local da colheita: Hospital de São João, Serviço de Pediatria A, piso 2.

Fonte de Informação: Mãe, foi colaborante.

Fiabilidade da informação: informação prestada fiável e credível.

IDENTIFICAÇÃO

Nome: BIVL

Sexo: Feminino

Raça: Caucasiana

Data de Nascimento: 07/07/2010

Idade: 4 meses

Data e local de admissão: Urgência do HSJ a 09/11/2010

Naturalidade e Residência: Águas Santas, Maia

Filiação:

– **Pai:** MFML (37 anos)

– **Mãe:** SAPV (24 anos)

MOTIVO DE INTERNAMENTO

Febre e intolerância alimentar.

HISTÓRIA PREGRESSA E ANTECEDENTES

ANTECEDENTES PRÉ-NATAIS E NEONATAIS

1 - Gravidez e parto

a) Gestação

Duração e decurso

- Gravidez não planeada, vigiada a partir dos “5 meses” (sic), com a duração de 40 semanas;
- Menciona a realização da 1ª ecografia aos “5 meses” (sic) de gestação.

Estado de saúde da mãe:

- Mãe saudável, sem qualquer patologia ou carência proteica/vitamínica conhecida ou diagnosticada;
- Nega diabetes mellitus gestacional ou patologias como sífilis, tuberculose, doenças febris, exantemáticas, metabólicas, tireopatias ou doenças hipertensivas da gravidez - eclâmpsia e pré-eclâmpsia;
- VDRL não reactivo, HIV negativo, Toxoplasmose não imune, Rubéola não imune, AgHbs negativo, sem rastreio de Estreptococos do grupo B;
- Plano Nacional de Vacinação (PNV) actualizado; não efectuou vacinas extra-PNV;
- Hábitos tabágicos de cerca de 5 cigarros/dia durante a gravidez;
- Nega hábitos alcoólicos, bebe apenas socialmente;
- Não foram obtidos dados acerca do aumento ponderal durante a gravidez e da sua evolução.

Medicações efectuadas pela mãe:

- Afirma a toma de ácido fólico;
- Nega outras medicações.

Exposição da mãe a radiações ionizantes:

- Nega exposição a radiografias, radioscopia, radioisótopos e outros exames análogos.

b) Parto

- Eutócico, na maternidade;
- Ausência de qualquer complicação materna tais como hemorragia ou retenção da placenta.

2 - Nascimento

- **A Rh+**;
- **Peso:** 2640 g (leve para a idade gestacional – P3);
- **Comprimento:** 48,0 cm;
- **Perímetro cefálico:** 33 cm;
- **Estado ao nascer:** índice de Apgar ao 1º minuto – 9 e ao 5º minuto – 10;
- **Respiração:** sem necessidade de reanimação;
- **Tónus muscular:** adequado;
- **Sinais de pré ou pós maturidade:** ausentes.

3 - Período neonatal (precoce e tardio)

- **Anóxia e cianose:** ausentes;
- **Edemas:** ausentes;
- **Motilidade:** normal;
- **Icterícia:** ausente;
- **Primeira mamada:** durante os primeiros 30 minutos de vida;
- **Primeira dejeção:** nas primeiras 24 horas;
- **Convulsões:** ausentes;
- **Onfalite:** ausente;
- **Sinais de dificuldade respiratória:** ausentes, assim como de outros sistemas – gastrointestinal ou genitourinário;
- **Rastreios neonatais negativos** (VDRL, AtgHbs, HIV, HCV);
- **Queda do coto umbilical:** queda ao 10º dia sem sinais de infecção ou outro tipo de complicações;
- **Rastreo de doenças metabólicas:** realizado ao 4º dia de vida, os resultados foram negativos para todas as doenças rastreadas.

ANTECEDENTES PÓS-NATAIS**1- Alimentação****a) Aleitamento**

- **Materno e artificial:** leite materno até aos dois meses, após esse período exclusivamente leite artificial.

2 - Crescimento e desenvolvimento

Segundo os parâmetros normais.

3 – Vacinação

Vacina	Número de doses	Idades em que foram administradas
BCG	1	Ao nascimento
VHB	1	Ao nascimento

4 – Suplementos vitamínicos: toma diária de 666 UI de vitamina D (colecalfiferol).

5 – Doenças anteriores

Congénitas: nega.

Infeciosas: nega.

Outras doenças dos vários aparelhos e sistemas: durante as primeiras semanas de vida registou má progressão ponderal.

Reacções alérgicas: nega reacções alérgicas medicamentosas ou alimentares. Refere intolerância ao leite quando dado leite artificial e materno na mesma mamada.

Intervenções cirúrgicas: nega.

Acidentes: nega.

ANTECEDENTES HEREDITÁRIOS E FAMILIARES

1 - Pais

- **Pai:** 37 anos, A Rh+, saudável. Hábitos tabágicos de cerca de 2 maços/dia desde os 13 anos.
- **Mãe:** 24 anos, A Rh+, saudável. Hábitos tabágicos de cerca de 1 maço/dia desde os 14 anos (durante a gravidez reduziu para cerca de 5 cigarros/dia). PNV actualizado, nomeadamente vacina do tétano.

2- História obstétrica da mãe: G2P2.

3 - Irmãos:

- 1 irmão materno com asma e dois irmãos paternos saudáveis.

4 - Doenças familiares

- Destaca-se doença cardíaca e osteoporose na avó materna;
- Avô paterno com hábitos alcoólicos e tabágicos marcados;
- Avós paternos saudáveis.

5 - Conviventes

- Desconhece convívio com portadores de infecções activas ou latentes;
- Vive com os pais e irmão.

HISTÓRIA SOCIAL

A criança reside num meio urbano, em habitação própria. Trata-se de uma moradia arejada, com saneamento básico, água canalizada e electricidade. Os pais vivem como casal e o agregado familiar é constituído por 4 pessoas (pai, mãe, um irmão e criança). A mãe está actualmente desempregada, estuda à noite. O pai está também desempregado.

A criança encontra-se aos cuidados dos pais. Existe uma relação aparentemente harmoniosa e emocionalmente estável entre todos os membros do agregado.

A assistência médica da criança é assegurada pelo pediatra.

Higiene da criança adequada, assim como a dos pais.

A alimentação familiar é diversificada, com boa base alimentar, sem recusa de qualquer alimento ou preferências que limitem a dieta. Mãe nega consumo elevado de sal e fritos no agregado familiar.

Não existem problemas de alcoolismo e toxicodependência na família nuclear.

Classificação social de Graffard: III

HISTÓRIA DA DOENÇA ACTUAL

Lactente do sexo masculino, 4 meses, saudável até ao dia 8 de Novembro de 2010, altura em que inicia intolerância e recusa alimentar, febre com evolução de 24h com dois picos, 38,7°C (dia 08/11) que cedeu ao Ben-U-Ron® e 40°C dia 09/11 altura que recorreu ao SU do HSJ. Apresenta um quadro clínico de tosse escassa que a mãe refere estar presente desde o nascimento. Sem outras queixas.

LISTA DE PROBLEMAS

- Febre (pico máximo de 40°C)
- Recusa alimentar
- Tosse escassa
- Mãe fumadora

EXAME FÍSICO

ASPECTO GERAL

1 - Aspecto geral e mucosas

- Bom estado geral, consciente, nutrida e com coloração normal.
- Sem fácies característico.
- Pele e mucosa coradas.
- Sem malformações ou cicatrizes aparentes.
- Sem exantemas ou petéquias.

2 - Turgescência dos tecidos

- Aparentemente normal.
- Ausência de sinais de desidratação cutânea (sinal da prega ausente).

3 - Tonicidade muscular

- Sem aparente hipo ou hipertonicidade.

4 - Sinais vitais

- Frequência respiratória: 28 cpm
- Frequência cardíaca: 116 bpm
- Pressão arterial: 79/50 mmHg
- Temperatura axilar: 38.5°C (última medição)

5 - Antropometria

- Peso: 6.200 g (percentil 15)
- Estatura: 61 cm (percentil 25)

OBSERVAÇÃO DOS DIFERENTES SEGMENTOS**1 - Cabeça****a) Crânio**

Sem deformidades aparentes, simétrico, suturas sem irregularidades, cavalgamentos ou afastamentos. Fontanela anterior de forma losângica, de bordos regulares, normotensa e normopulsátil. Fontanela posterior encerrada. Suturas justapostas.

Cabelo com implantação adequada à idade e ao sexo, castanho, liso, não quebradiço, sem rarefação e sem descamação. Ausência de pontos dolorosos. Consistência óssea sem alterações.

Pulsos temporais palpáveis, simétricos, rítmicos e regulares.

Sem adenomegalias palpáveis.

b) Face

Olhos: íris de cor castanha, esclerótica de cor branca e córnea sem opacidades. Fendas palpebrais simétricas e com orientação normal, sem epicanto. Ausência de ptose ou lagofthalmia, enoftalmia, nistagmo ou estrabismo. Pupilas isocóricas e normocóricas.

Ouvidos: pavilhões auriculares de implantação alinhada com o canto dos olhos, sem alterações e pontos dolorosos. Canal auditivo externo permeável, sem escorrências. Tímpano: otoscopia não efectuada por ausência de otoscópio no serviço.

Nariz: sem deformidades ou lesões. Permeável, sem rinorreia ou epistáxis. Ausência de adejo nasal.

Boca: lábios e mucosa oral sem alterações. Gengivas, véu do paladar e língua húmidos, corados e sem lesões. Língua sem lesões ou desvios anormais.

Orofaringe: sem exsudado, sem outras alterações.

2- Pescoço

Simétrico, sem dismorfias ou massas evidentes. Sem alterações na mobilidade. Sem adenomegalias. Tiróide não palpável, pulsos carotídeos amplos, regulares, rítmicos e simétricos. Sem turgescência jugular ou sopros audíveis à auscultação.

3- Tórax

Inspecção: tórax simétrico, móvel, sem evidência de tiragem, deformidades ou alteração do diâmetro antero-posterior. Sem visualização da área de choque de ponta. Sem lesões cutâneas, cicatrizes, rede venosa superficial.

Palpação: expansibilidade normal e simétrica. Ausência de *lifts* ou frêmitos. Sem tumefacções palpáveis. Choque de ponta não palpável.

Percussão: ressonância pulmonar presente bilateralmente e simétrica, macicez cardíaca dentro da área normal.

Auscultação pulmonar: presença de sons respiratórios em todo o campo pulmonar de forma simétrica, com algumas crepitações dispersas nas bases, bilateralmente. Tempo expiratório preservado.

Auscultação cardíaca: S1 e S2 audíveis e de características normais, rítmicos. Sem S3, S4 ou sopros audíveis e sem atrito pericárdico.

4 - Abdómen

Inspeção: simétrico, sem distorções, malformações, lesões cutâneas e sem cicatrizes. Pele corada e hidratada. Sem circulação venosa superficial. Movimentos conjugados com a respiração normais. Sem distensão abdominal. Cicatriz umbilical sem alterações. Boa evolução da cicatriz umbilical (com posição mediana, sem herniações, escorrências ou odores característicos)

Auscultação: ruídos hidroaéreos presentes por todo o abdómen, de intensidade, timbre e frequência normais. Ausência de sopros.

Percussão: timpanismo na área epigástrica.

Palpação: abdómen mole, depressível e indolor. Fígado, baço e rins não palpáveis. Sem massas abdominais, contractura muscular, organomegalias, adenomegalias palpáveis, pontos de fragilidade da parede abdominal ou pontos dolorosos. Pulsos femorais palpáveis, simétricos e de amplitude normal, sincronizados com os pulsos radiais.

5 – Região anal

À inspeção: região anorrectal normal, normoposicionado, sem evidência de fissuras, fístulas, pólipos ou prolapso rectal.

Toque rectal não realizado.

6 – Região genital

Períneo limpo.

Sem escorrências ou evidência de hemorragia na área peri-vulvar.

Sem sinais inflamatórios.

7 - Membros

Sem deformidades ou assimetrias. Sem limitações aparentes da mobilidade. Tônus sem alterações. Articulações sem sinais de inflamação, aparentemente não dolorosas em repouso ou em mobilidade e sem crepitações. Sem sinais inflamatórios, cicatrizes ou lesões cutâneas. Mancha congénita hiperpigmentada na região supra-rotuliana esquerda, de contorno triangular, e outra na região posterior da coxa direita, de contornos circulares. Ausência de edemas.

8 – Sistema nervoso

Lactente alerta, com boa vitalidade, interage com o meio e quando estimulado. Actividade muscular espontânea, com movimentos simétricos.

a) Avaliação da sensibilidade auditiva e visual

Abertura espontânea das pálpebras ao som.

b) Reflexos primitivos

Reflexo dos pontos cardeais - Não volta a cabeça para o lado estimulado.

Reflexo de sucção-deglutição - Sucção vigorosa e sincronismo perfeito da sucção e deglutição.

Reflexo da preensão palmar - Sem resposta em flexão dos dedos.

Reflexo da preensão plantar - Sem resposta em flexão dos dedos do pé após

estimulação plantar.

Reflexo tónico-assimétrico do pescoço - Não presente.

c) Reflexos osteotendinosos

Reflexo cutâneo-plantar - Resposta em dorsiflexão bilateralmente.

Conclusão do exame neurológico: de acordo com a idade gestacional.

EPICRISE

Doente do sexo feminino, com 4 meses de idade, sem antecedentes patológicos de relevo, recorre ao SU por febre com evolução de 24h. Apresenta intolerância e recusa alimentar, e um quadro clínico de tosse escassa desde o nascimento. Mãe é fumadora, não tendo efectuado cessação tabágica total durante a gestação. Ao exame físico verificou-se crepitações dispersas em ambas as bases, na auscultação pulmonar.

HIPÓTESES DE DIAGNÓSTICO

Infecção do tracto respiratório inferior

Uma vez que o lactente apresenta um quadro de tosse e posteriormente febre, é um diagnóstico a considerar. A presença de alterações na auscultação pulmonar é ainda fortemente sugestiva deste diagnóstico.

Infecção do tracto urinário

Tem em conta a sintomatologia inespecífica, e o quadro febril é sempre um diagnóstico a colocar num lactente, pois é uma patologia frequente.

EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO (a pedir. e seus resultados)

Hemograma com plaquetas (avaliação de eventual infecção, por alteração na quantidade de leucócitos e eventual aumento da proteína C reactiva): leucocitose (19.15×10^9) e aumento da PCR (17.0 mg/L), sem outras alterações de relevo.

Radiografia de tórax (avaliação de eventual alteração sugestiva de infecção pulmonar): rodado, sem imagens sugestivas de opacidades ou condensações, sem alterações pleuro-parenquimatosas.

Sedimento urinário (pedido para avaliação de alteração a nível do trato urinário – colheita asséptica): urina turva, sem leucocitúria.

Punção lombar (caso fossem excluídas as 2 principais possibilidades diagnósticas, e não fosse encontrada outra causa possível para a febre).

Ecografia renovesical (exclusão de alguma alteração morfológica do trato urinário): “rins com normal topomorfologia e com dimensões conservadas. Adequada diferenciação corticomedular e parênquima sinusal bilateralmente com espessura de parênquima regular e conservado. Ausência de dilatação dos sistemas excretores. Bexiga moderadamente distendida sem espessamentos parietais focais ou difusos com conteúdo sonolúcente.”

Urocultura (exclusão de infecção do trato urinário): negativa.

Hemocultura (exclusão de eventual bacteriémia): negativa.

Exame virológico de secreções para vírus sincicial respiratório, adenovírus, influenza, parainfluenza e metapneumovirus (exclusão de infecção respiratória por agente vírico): não efectuado.

DIAGNÓSTICO

Tendo em conta a clínica e os resultados disponíveis dos exames realizados, o diagnóstico mais provável é de infecção do trato respiratório por agente vírico (apesar da ausência de consolidação ou outras alterações a nível da radiografia torácica). Tendo em conta a urocultura negativa exclui-se a possibilidade de infecção do trato urinário.

TRATAMENTO

Amoxicilina 500 mg + ácido clavulânico 50 mg IV (até resultado de urocultura, suspender se negativa)

Paracetamol oral

Cloreto de sódio + glicose IV

Dieta adequada à idade

Vigilância de sinais vitais, SDR e padrão alimentar

Monitorização da SpO₂

Administração de O₂ para SpO₂ superior a 92%

PROGNÓSTICO

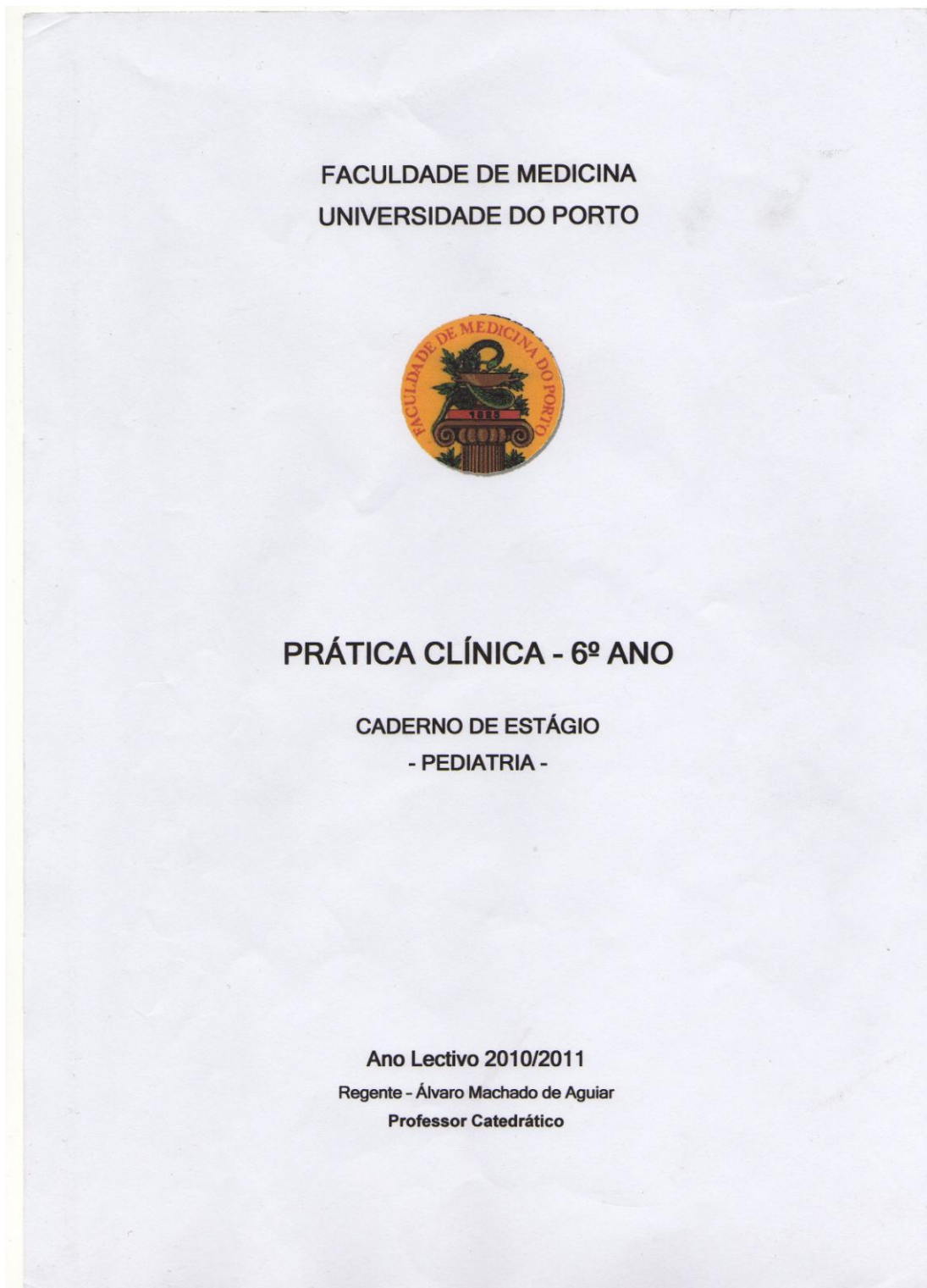
Infecções do trato respiratório são bastante comuns em lactentes, podendo nesta idade afectar também os bronquíolos, os pulmões e mesmo o ouvido médio, causando laringotraqueobronquite, bronquiolite, pneumonia ou otites. Os agentes etiológicos mais comuns são vírus (vírus sincicial respiratório, influenza ou parainfluenza). Desde que o diagnóstico seja feito precocemente, evitando assim complicações da infecção, e não existam intercorrências concomitantes (cardiopatia, imunodeficiências, anemia falciforme) a recuperação deverá ser total, não existindo risco de sequelas.

Assim, o prognóstico do lactente é favorável, e a recuperação deverá ser completa.

ORIENTAÇÃO

O lactente deverá ser orientado para uma consulta de Pediatria, de forma a aferir do estado clínico após a alta. Os pais deverão ser informados acerca de medidas de prevenção de infecções respiratória, assim como de medidas gerais de melhoria do estado da criança, como a cessação tabágica do agregado familiar, aquisição de hábitos saudáveis, atitudes que promovam o bem-estar familiar e medidas de prevenção de acidentes.

Anexo – Caderno de Estágio



Caderno de Estágio - Prática Clínica

Pediatria

IDENTIFICAÇÃO do Aluno / Estagiário

- Ano Lectivo 2010/2011 -

Nome:	António Manuel Pereira do Oliveira
Bloco:	Turma 6
Orientador:	Dra. Anabela Leitão
Período:	de 18/10/2010 a 19/11/2010

Centro de Saúde	USF Camélias
Director:	Dra. Luciana Abreu
Orientador:	Dra. Luciana Abreu
Período:	de 18/10/2010 a 22/10/2010

INTRODUÇÃO

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

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

Comissão Coordenadora da Faculdade de Medicina do Porto

Professor Doutor Norberto Teixeira Santos

Objectivos:

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

Introdução:

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

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

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

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

DIREITOS DOS ALUNOS

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

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

DEVERES DOS ALUNOS

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

DECLARAÇÃO DOS DIREITOS DA CRIANÇA

Assembleia Geral das Nações Unidas - 1959

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

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

III
A criança deve beneficiar de segurança social.

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

V

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

VI

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

VII

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

VIII

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

IX

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

X

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

XI

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

XII

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

XIII

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

XIV

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

Prática Clínica - Pediatria

DOCENTES

Regente: Álvaro de Aguiar (Professor Catedrático).

Equipa docente: Álvaro de Aguiar (Professor Catedrático); Manuel Fontoura (Professor Associado); Caldas Afonso, 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 da anotação de todas as actividades formativas, da listagem de desempenhos e procedimentos, do registo da avaliação dos *alunos/estagiários*, do desenvolvimento do estágio, da avaliação continua e do aproveitamento em cada uma das áreas e sub-áreas, da avaliação do desempenho pelo orientador e pelo aluno, e do documento de justificação de faltas.

MÉTOS DE ENSINO E APRENDIZAGEM

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

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

BIBLIOGRAFIA

Nelson Essentials of Pediatrics. Robert Kliegman, Karen Marcante, Hal Jenson Richard Behrman (esd). Elsevier Saunders 2006 (5ª edition). Illustrated Textbook of Paediatrics - Tom Lissauer and Graham Clayden. Mosby, 2007 (3ª edition); Nelson's Textbook of Pediatrics - Behram 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 objetivos 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.

Os estudantes que não atingirem a classificação máxima de 17 valores, serão avaliados pelo júri de acordo com o seguinte critério: 15 valores - Bom; 14 valores - Satisfatório; 13 valores - Regular; 12 valores - Insatisfatório; 11 valores - Insuficiente; 10 valores - Insuficiente; 9 valores - Insuficiente; 8 valores - Insuficiente; 7 valores - Insuficiente; 6 valores - Insuficiente; 5 valores - Insuficiente; 4 valores - Insuficiente; 3 valores - Insuficiente; 2 valores - Insuficiente; 1 valor - Insuficiente.

BIBLIOGRAFIA

- 1. Manual de Pediatria - 12.ª edição - 2008 - Elsevier
- 2. Tratado de Pediatria - 12.ª edição - 2008 - Elsevier
- 3. Manual de Pediatria - 11.ª edição - 2005 - Elsevier
- 4. Tratado de Pediatria - 11.ª edição - 2005 - Elsevier
- 5. Manual de Pediatria - 10.ª edição - 2002 - Elsevier
- 6. Tratado de Pediatria - 10.ª edição - 2002 - Elsevier
- 7. Manual de Pediatria - 9.ª edição - 1999 - Elsevier
- 8. Tratado de Pediatria - 9.ª edição - 1999 - Elsevier
- 9. Manual de Pediatria - 8.ª edição - 1996 - Elsevier
- 10. Tratado de Pediatria - 8.ª edição - 1996 - Elsevier

Este relatório foi elaborado em conformidade com o Regulamento do Estágio Profissionalizante em Pediatria, aprovado pelo Conselho de Faculdades de Medicina do Porto em 2008.

- O aluno de estágio deve cumprir os requisitos de assiduidade e de elaboração de histórias clínicas.
- O aluno de estágio deve cumprir os requisitos de avaliação de acordo com a grelha de avaliação.
- O aluno de estágio deve cumprir os requisitos de avaliação de acordo com a grelha de avaliação.
- O aluno de estágio deve cumprir os requisitos de avaliação de acordo com a grelha de avaliação.
- O aluno de estágio deve cumprir os requisitos de avaliação de acordo com a grelha de avaliação.
- O aluno de estágio deve cumprir os requisitos de avaliação de acordo com a grelha de avaliação.
- O aluno de estágio deve cumprir os requisitos de avaliação de acordo com a grelha de avaliação.
- O aluno de estágio deve cumprir os requisitos de avaliação de acordo com a grelha de avaliação.
- O aluno de estágio deve cumprir os requisitos de avaliação de acordo com a grelha de avaliação.
- O aluno de estágio deve cumprir os requisitos de avaliação de acordo com a grelha de avaliação.

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: 20/10/2010 ; hora: 11h

Observações:

- Definição dos objectivos
- Apresentação dos protocolos do serviço
- Apresentação do modelo de sistema clínico do serviço
- Discussão sobre as expectativas dos alunos relativamente à disciplina de Pediatria 6º ano
- Esclarecimento de dúvidas relacionadas com o funcionamento das aulas práticas
- Distribuição dos alunos pelas consultas das diferentes sub-especialidades de Pediatria
- Calendarização dos dias de presença no serviço de urgência

2ª Reunião - No final da 2ª semana
 Dia: 29/10/2010 ; Hora: 10.00

Observações:

Aluno: Reflexão sobre o desenvolvimento do estágio

Tem personalidade específica a comunicar com o benéfico através
 por/na coleta de história clínica, algo no nível de dificuldade
 inicialmente. Registo ainda a variedade de patologias que tem
 observado, dando as intervenções, consultas e urgência

Resumo de História Clínica: lactente de 5 meses, sexo feminino. Antecedentes, presença

gestos rigidez, sem intercorrências, sem internamentos, ou cirurgias
 prévias, sem antecedente, patologia ou familiares de relevância
 o PNV atualizado. Recomeço ao SL de 18/10/10 por febre com
 48h evoluções e secura alimentar, parcial. Sem outros sintomas tóxicos
 acompanhante, nomeadamente sem vômitos, sem alterações do
 trânsito intestinal, sem convulsões, etc. Em Bom aspecto geral,
 roseol e hidratação, sem SPO e exatidão, orofaringe e otoscopia
 sem alterações. ACP sem alterações. Abdome, pericardio e órgãos
 vitais sem alterações. Observado por ORL, que excluiu ^{otite média} ~~otite~~
 média ⊕, leuc > 10⁹/cp, bactérias e picos marcados. Contagem
 nitatas ⊕, leucócitos (-) e eritrócitos (++)

Hb: 10 g/dl; leuc 18330/mm³ (40% N, 39,8% linf). Sem alterações

Orientador: Comentários e avaliação de fungo semel. PCR: 766 mg/L

Beto Urocultura e hemocultura em curso. Foi iniciado
 com o diagnóstico de Pneumonia Aguda,
 para iniciar antibioticoterapia EV: amoxicilina
 clavulânica, e anti-inflamatório de ação

Assinatura do Orientador: _____

Assinatura do Aluno: António Manuel Pereira de Oliveira

3ª Reunião - No final do estágio
Dia: 18/11/2010 ; Hora: 10h

Observações:

Aluno: Reflexão sobre o estágio

Produtivo, e permitiu dar a conhecer um pouco da
realidade existente de atuação de pediatria, desde a atuação
na simples consulta de rotina para quantificação dos
parâmetros antropométricos, até à atuação numa situação de
urgência.

Resumo de História Clínica: Criança de 17 meses, sexo masculino. Antecedentes

personais: gestação vigiada, sem intercorrências, internamentos ou
cirurgias prévias. História de bronquite lit. des. cr. S. amarelo (Episó-
dios) sem Rx. Sem outros antecedentes familiares ou patológicos de relevo.
PNV actualizado, fez vacinação de gripe sazonal há 8 dias.
Terminou com vacina há 12 dias por infecção respiratória.
Refere tosse e rinorreia serosa há 2 dias. Em indicação de pediatra
faz Actifed. Hoje, dia 16/11, recorre ao SU por dificuldade res-
piratória, irritabilidade e recusa alimentar. Exame objectivo: febre,
irritado, irritab., corab. h. h. b. Apnético, sem petéquias,
exantemas ou sinais meningéus. Tiragem substancial e intercostal presen-
te. Auscultação e percussão sem alterações. AP sem alterações.
AC sem alterações, bem como pedregos abdominal. Sat O₂: 94%.

Orientador: Comentários e avaliação

AM

Retorax: infiltrado intersticial difuso
com reforço hilar direito. Titina-
do para iniciar 300mg de salbutamol,
oxigênio terapêutico e continuar de
audiob.

Assinatura do Orientador: _____

Assinatura do Aluno: António Manuel Pereira de Oliveira

Caderno de Estágio - Prática Clínica

Pediatria

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

Nível 1 - Conhecer

Nível 2 - Conhecer e ver fazer

Nível 3 - Conhecer e saber executar

Faculdade de Medicina do Porto

12 de 20

DESEMPENHOS E PROCEDIMENTOS

- Ano Lectivo 2010/2011 -

- Específicos -

Aptidões Práticas Globais	Nível	o orientador
Aconselhamento em Saúde Infantil	3	A
Aplicação de protocolos de vigilância de Saúde Infantil	3	A
Aplicação de programas de rastreio	3	A
A entrevista e a comunicação na colheita da anamnese	3	A
Observação da criança em função do grupo etário	3	A
Avaliação do crescimento: estatura e peso	3	A
Avaliação do desenvolvimento psico-motor e sensorial	3	A
Exame do recém-nascido e do lactente	3	A
Medição do perímetro cefálico	3	A
Medição da temperatura corporal	3	A
Medição da tensão arterial	3	A
Avaliação familiar	3	A
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	Muito Bom	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------	------------	-----	-----------	-------------------------------------

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.

Caderno de Estágio - Prática Clínica

Pediatria

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

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.

Faculdade de Medicina do Porto

16 de 20

Caderno de Estágio - Prática Clínica

Pediatria

REGISTOS DE PRESENCAS - CENTRO de SAÚDE

Ano Lectivo 2010/2011-

Data	O aluno	Observações	O orientador
18/10	António Oliveira		
19/10	António Oliveira		
20/10	António Oliveira		
21/10	António Oliveira		
22/10	António Oliveira		

Reunião - No final do estágio do Centro de Saúde

Dia: 22/10/2010 ; Hora: 14.00

Observações:

Aluno: reflexão sobre o estágio

Discussão dos itens de desempenho:

Orientador: comentários e avaliação

Tudo bem de se fazer
nos atividades de se fazer
no C.S.

O aluno/estagiário: _____

O Orientador

Faculdade de Medicina do Porto

17 de 20

CERTIFICADO DA AVALIAÇÃO CONTÍNUA

- Ano Lectivo 2010/2011 -

Nome: <u>António Manuel Pereira de Oliveira</u>	
Bloco nº <u>6</u>	
Período:	de <u>18/10/2010</u> a <u>19/11/2010</u>

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 (*) 17 (DEZASSOIS) 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: 19/11/10

António Oliveira

Aluno/estagiário

Andréia Garcia

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 indeciso no relacionamento com doentes, superiores e outros membros da equipa clínica.
- Revela instabilidade emocional e/ou dependências que põem em risco a saúde própria e do doente.
- Evidencia comportamento anti-social e/ou desonestidade.
- Revela incapacidade ou limitações na gestão eficaz do tempo de serviço próprio como futuro profissional.
- Revela falta de assiduidade e de pontualidade, pondo em causa a possibilidade de aprendizagem e a validação do seu estágio.

Caderno de Estágio - Prática Clínica

Pediatria

JUSTIFICAÇÃO DE FALTA
- Ano Lectivo 2009/2010 -

Nome: _____ (nº _____)

Dia(s) em que faltou: _____

Motivo (*): _____

O Aluno _____

Tomada de conhecimento e aceitação

O Orientador (ou o Director de Serviço)

(*): Juntar atestado médico, sendo por doença.

JUSTIFICAÇÃO DE FALTA
- Ano Lectivo 2009/2010 -

Nome: _____ (nº _____)

Dia(s) em que faltou: _____

Motivo (*): _____

O Aluno _____

Tomada de conhecimento e aceitação

O Orientador (ou o Director de Serviço)

(*): Juntar atestado médico, sendo por doença.

Prática Clínica - 6º ano

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

Semana 1

Docente

2ª feira	Apresentação Definição do objectivo	
3ª feira	Centro de Saúde (USF Camelin)	
4ª feira	Centro de Saúde (USF Camelin)	
5ª feira	Centro de Saúde (USF Camelin)	
6ª feira	Centro de Saúde (USF Camelin)	
Sábado	_____	
Domingo	_____	

Semana 2

Docente

2ª feira	Reunião de serviço (casos) e consulta pediatria geral	★
3ª feira	Reunião de serviço (casos) e consulta de história clínica	★
4ª feira	Reunião de serviço (casos) e consulta Imunodeficiência	★
5ª feira	Não houve reunião de serviço. Consulta de imunodeficiência	★
6ª feira	Reunião de serviço e ^(casos) consulta de Pediatria geral	★
Sábado	_____	
Domingo	_____	

Prática Clínica - 6º ano

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

Semana 3

Docente

2ª feira	———— (feriada)	
3ª feira	Reunio serviço (casos). Internamento - colheita de história clinica.	A
4ª feira	Reunio serviço (hipertensão na criança) Consulta de Imunologia	A
5ª feira	Não houve reunião serviço. Serviço de Urgências com a Dra. Carla Costa.	A
6ª feira	Reunio de serviço (casos). Visita de serviço ao internamento.	A
Sábado	————	
Domingo	————	

Semana 4

Docente

2ª feira	Reunio serviço (epilepsia) e Consulta Geral Pediatrica	A
3ª feira	Reunio serviço (casos) e Consulta Geral Pediatrica	A
4ª feira	Reunio de serviço (Doença de Lyme) Serviço de urgências (equipa azul)	A
5ª feira	Não houve reunião serviço. Serviço de urgências com Dra. Andreia Leitao	A
6ª feira	Reunio de serviço (casos) Visita @ internamento	A
Sábado		
Domingo		

Prática Clínica - 6º ano

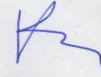
Registo da actividade diária (Reuniões, enfermaria, consulta, doentes observados, outras,...)

Semana 5

Docente

2ª feira	Reunião de serviço (epilepsia) - Intervenção e passagem de serviço. Consulta de Pediatria Geral	A
3ª feira	Reunião serviço (casos) Consulta de Pediatria Geral	A
4ª feira	Reunião de serviço (casos) Serviço de Urgência	A
5ª feira	Reunião de serviço - Tuberculose Consulta de Psiquiatria	A
6ª feira	Reunião serviço (casos) Serviço de Urgência com a Dsc. Andréia Costa	A
Sábado		
Domingo		





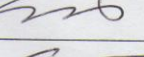
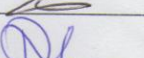
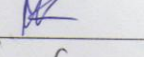
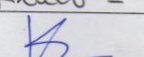
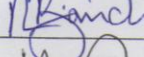
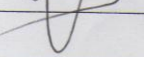
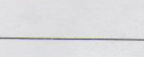
Muito bem apresentados os temas.



PEDIATRIA – Prática Clínica (Temas) - 6º Ano

ALUNO António Manuel Pereira de Oliveira TEMA Bronquiolite e asma

Comentário do Orientador _____

	DATA	TEMA	PRESENÇA
1	24/10	Dificuldades de aprendizagem	(em anexo)
2	26/10	Diabetes	
3	28/10	Acesso de crescimento	(em anexo)
4	02/11	Alterações da puberdade	
5	02/11	Tetralogia de Fallot	Menez
6	03/11	Atraso do desenvolvimento psicomotor	
7	05/11	Consulta do serviço infantil e juvenil	
8	09/11	Diarréia aguda	
9	09/11	Diarréia crónica	
10	10/11	Necessidades educativas especiais	
11	11/11	Convulsões febris	
12	11/11	Enterite pneumática	
13	12/11	Turfeço do trato urinário	Jaulo-
14	16/11	Bronquiolite/asma infantil	
15	18/11	Febre e sepsis	M Bianchi
16	19/11	Pneumonias	
17			
18			
19			
20			

