

# livro de bolso de pediatria

internos do ano comum \* chtmad





# Índice

prefácio p.03

introdução p.05

centro hospitalar de trás-os-montes e alto douro p.07

» unidade de vila real p.07

» unidade de chaves p.07

» unidade de lamego p.08

serviço de pediatria do centro hospitalar de trás-os-montes e alto douro, epe p.09

corpo clínico do serviço de pediatria p.10

» unidade de vila real p.10

» unidade de chaves p.11

» unidade de lamego p.11

organização do estágio de pediatria p.13

organização do serviço p.15

» unidade de vila real p.15

1. internamento de pediatria p.16

2. neonatologia/berçário p.18

unidade de cuidados especiais ao recém-nascido p.18

maternidade p.19

bloco de partos p.20

3. consulta externa de pediatria p.22

4. serviço de urgência p.24

» unidade de chaves p.27

» unidade de lamego p.29

informações úteis p.31

suporte básico de vida pediátrico p.33

itens obrigatórios e fundamentais na anamnese da criança p.34

modelo de história clínica de pediatria (avaliação inicial) p.37  
modelo de observação da criança no internamento (diário) p.39  
valores de tensão arterial por idade e percentil de altura p.41  
modelo de observação do rn no berçário (avaliação inicial) p.45  
modelo de notícia de nascimento p.47  
exame objetivo do recém-nascido p.48  
adolescência p.50  
alimentação no primeiro ano de vida p.54  
desenvolvimento nos primeiros anos de vida p.57  
desidratação aguda na criança p.63  
febre em pediatria p.64  
situações frequentes em pediatria p.68  
fármacos e doses em pediatria p.72  
doenças infecciosas exantemáticas p.73  
folha de presenças na consulta externa p.75

contactos úteis p.77

notas p.85



## prefácio



Tem o Internato do Ano Comum uma importância ímpar na formação de um médico, não só pelo contacto que promove com o funcionamento do Hospital, mas principalmente pela aproximação que permite ao exercício da profissão médica, com todas as responsabilidades que a investigação e tratamento do doente representam.

É um período de tempo em que o exercício da medicina é, ainda, tutelado, mas que se pretende que seja exercido com a máxima consciência e informação. Sendo transitório e indefinido na especialidade futura do médico, a integração no funcionamento de cada especialidade em particular, tem e deve ser efetuada com o máximo empenho, podendo representar um fator decisivo na escolha de cada um.

A Pediatria é uma especialidade abrangente do universo da medicina, com diversas particularidades que a diferenciam e lhe atribuem um significado diferente, exigindo abordagens específicas. Estando compartimentada na idade do ser humano até aos 17 anos e 364 dias, é certo que a forma como o médico investiga e trata um recém-nascido, um lactente com 9 meses ou um adolescente com 16 anos, é completamente diferente.

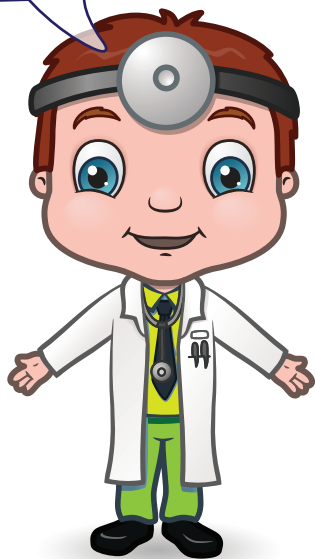
Não sendo a criança um adulto em miniatura, existe pois uma diferença permanente com a medicina dos adultos. Os fatores antropométricos são desde logo os mais objetivos, ao evidenciarem esta diferença, seja na avaliação do doente ou na prescrição em função do peso; bem como os valores laboratoriais, que vão variando em função da idade e das diversas etapas que o ser humano vai passando até à idade adulta. Também a patologia a investigar e a identificar, assim como o tratamento prescrito, é ajustado a cada uma das fases da vida.

São as crianças, mais dependentes e com menos capacidade de expressão, encontrando-se em diferentes etapas do desenvolvimento psico-motor e de integração na família que, ao serem específicas, obrigam ao ajuste da prática médica.

A integração do IAC no mundo da Pediatria, nesta etapa da formação pós-graduada, pretende-se o mais uniforme, equilibrada e próxima da realidade. O fornecimento de informação e a ajuda à sua integração é o objetivo do Dia do IAC - Pediatria e deste Livro de Bolso. Quando tudo é novo, para o profissional como para a instituição, esta troca de informação que se promove, pretende que a integração seja mais fácil, mais responsável e com efeitos positivos no futuro. Acima de tudo, pretende-se que todos nós tratemos melhor as nossas crianças e adolescentes e nos sintamos mais realizados naquela que é a nossa profissão e nos seus objetivos.

Eurico J Gaspar

introdução







## centro hospitalar de trás-os-montes e alto douro, epe

### » unidade de vila real

Anteriormente chamado Hospital da Divina Providência, o Hospital de Vila Real passou a ser denominado Hospital de São Pedro (HSP) em 1980, altura em que iniciou o seu funcionamento nas atuais instalações. Em Fevereiro de 2007 foi criado o atual Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE (CHTMAD) que integra 4 unidades hospitalares (Unidade Hospitalar de Vila Real, Chaves, Lamego e Peso da Régua) e a Unidade de Cuidados Continuados de Convalescença e de Cuidados Paliativos de Vila Pouca de Aguiar.

A Unidade Hospitalar de Vila Real tem as competências de Hospital A2, atribuídas pela Administração Central do Sistema de Saúde. Tem ao seu dispor múltiplas valências médicas e cirúrgicas, no sentido de responder às necessidades da sua população, que, de acordo com os Censos de 2011, era de 206.661 habitantes, dos quais 20% tinham idade inferior a 18 anos. É constituída por um edifício central monobloco com nove pisos e 8 pavilhões independentes. É num destes pavilhões independentes (1.º pavilhão a poente do edifício central) que funciona o Serviço de Pediatria, à exceção do atual serviço de urgência.

### » unidade de chaves

No ano de 1975 iniciaram-se as obras do que viria a ser o novo Hospital de Chaves. De localização geográfica bastante acessível e estrutura ampla, esta Unidade Hospitalar apresentou desde sempre instalações exemplares que contêm obras de arte nas suas áreas de passagem. O Serviço de Pediatria é constituído por internamento, consulta externa e urgência.

## » unidade de lamego

Desenvolvido sob o conceito de Hospital de Proximidade, cujo principal objetivo é aproximar a prestação de cuidados de saúde diferenciados a cidadãos, é um hospital de serviço predominantemente ambulatorio. Estando ligado a um hospital tradicional de referência, recebe apoio de especialistas e outros recursos, e envia doentes de intervenções mais complexas e subsequente internamento. O Serviço de Pediatria está inserido no objetivo desta unidade hospitalar, prestando apoio em consulta externa.

## serviço de pediatria do centro hospitalar de trás-os-montes e alto douro, epe

Presta assistência a crianças e adolescentes até aos 17 anos e 364 dias de idade na Consulta Externa, Internamento e Serviço de Urgência, de acordo com as indicações normativas da Administração Regional de Saúde do Norte.

O Serviço de Pediatria forma, em conjunto com os Serviços de Genética e de Ginecologia/Obstetrícia, o Departamento de Saúde da Mulher e da Criança, pelo qual é responsável o Dr. Osvaldo Moutinho. Desde 1990 integra a Unidade Coordenadora Funcional (UCF) para a Saúde Materna e Infantil, constituída pela direção dos Serviços de Pediatria e Ginecologia/Obstetrícia, médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar (MGF) e enfermeiros. Engloba, assim, os cuidados de saúde materna, da criança e do adolescente, tendo como objetivo fomentar a coordenação entre os cuidados de saúde primários e hospitalares. Além disso é sede da Associação Transmontana de Saúde Infantil - ATSI, cuja finalidade é promover a saúde infantil na região. Ao Serviço de Pediatria se deve a criação e coordenação desta mesma Associação.

Pelo facto de estar integrado num Hospital não Pediátrico, são inestimáveis os contributos dos diferentes serviços do Hospital, procurando obter da colaboração com os mesmos, o maior benefício para as crianças. Igualmente mantêm uma comunicação e colaboração regular com os Serviços Pediátricos e Unidades Pediátricas de Hospitais Centrais e com os Centros de Saúde da área da sua influência. Este intercâmbio e trabalho em conjunto, permitem ao serviço uma resposta melhor e mais adequada às solicitações que lhe são colocadas.

## corpo clínico do serviço de pediatria

### » unidade de vila real

Dr. Eurico Gaspar (Assistente Hospitalar Graduado e Diretor do Serviço)

Dr.<sup>a</sup> Nilza Ferreira (Assistente Hospitalar Graduado)

Dr. António Trindade (Assistente Hospitalar Graduado)

Dr.<sup>a</sup> Isabel Soares (Assistente Hospitalar Graduado)

Dr.<sup>a</sup> Natalina Miguel (Assistente Hospitalar Graduado)

Dr.<sup>a</sup> Márcia Quaresma (Assistente Hospitalar Graduado)

Dr.<sup>a</sup> Cristina Cândido (Assistente Hospitalar Graduado)

Dr. António Pereira (Assistente Hospitalar Graduado)

Dr.<sup>a</sup> Marisa Sousa (Assistente Hospitalar)

Dr. Juan Calviño (Assistente Hospitalar)

Dr.<sup>a</sup> Susana Sousa (Assistente Hospitalar)

Dr.<sup>a</sup> Vânia Martins (Assistente Hospitalar)

Dr.<sup>a</sup> Marisa Carvalho (Assistente Hospitalar)

Dr.<sup>a</sup> Ana Margarida Costa (Assistente Hospitalar)

Dr.<sup>a</sup> Aida Sá (Assistente Hospitalar)

Dr.<sup>a</sup> Joana Carvalho (Interna de Formação Específica de Pediatria)

Dr.<sup>a</sup> Joana Cotrim (Interna de Formação Específica de Pediatria)

Dr.<sup>a</sup> Helena Pereira (Interna de Formação Específica de Pediatria)

Dr.<sup>a</sup> Clara Preto (Interna de Formação Específica de Pediatria)

Dr.<sup>a</sup> Ana Lopes Dias (Interna de Formação Específica de Pediatria)

Dr.<sup>a</sup> Joana Soares (Interna de Formação Específica de Pediatria)

Dr. Jorge Abreu Ferreira (Interno de Formação Específica de Pediatria)

Dr.<sup>a</sup> Sara Peixoto (Interna de Formação Específica de Pediatria)

Dr.<sup>a</sup> Cristiana Martins (Interna de Formação Específica de Pediatria)

Dr.<sup>a</sup> Sara Dias Leite (Interna de Formação Específica de Pediatria)

Periodicamente integra um número variável de Internos do Internato de Formação Específica (IFE) de Medicina Geral e Familiar, Ano Comum (IAC) e médicos do IFE de Pediatria de outros hospitais (para realização dos 12 meses do estágio de Pediatria Geral II).

O quadro de Enfermagem é constituído por 42 enfermeiros, sete dos quais Especialistas em Pediatria e Saúde Infantil. Conta também com a colaboração de 12 assistentes operacionais, duas educadoras de infância e dois funcionários administrativos na Consulta Externa.

#### » unidade de chaves

Dr. José Matos Conceição (Assistente Hospitalar Sénior e Adjunto do Diretor do Serviço)

Dr. Miguel Cunha (Assistente Hospitalar Graduado)

Dr. Jorge França (Assistente Hospitalar Graduado)

Dr.<sup>a</sup> Inês Torrado (Assistente Hospitalar Graduado)

Dr.<sup>a</sup> Gabriela Pereira (Assistente Hospitalar)

#### » unidade de lamego

Dr. Luís Pinheiro Torres (Assistente Hospitalar Graduado)



# organização do estágio de pediatria







O estágio de Pediatria tem duração de 8 semanas, nas quais o IAC deverá assistir e participar nas atividades dos vários setores do departamento: Neonatologia/Berçário, Internamento de Pediatria, Consulta Externa de Pediatria e Serviço de Urgência Pediátrica.

No início do estágio o IAC deverá dirigir-se e apresentar-se ao Diretor do Serviço (Dr. Eurico Gaspar) ou ao Adjunto do Diretor do Serviço (Dr. José Matos Conceição), por forma a proceder à melhor organização do estágio.

A distribuição pelos diferentes setores deverá ser articulada entre o IAC e o Orientador responsável ou Diretor do Serviço, sendo feita uma distribuição equilibrada tendo em conta a presença de Internos de MGF a realizar este estágio.

O IAC deverá ainda assistir às reuniões de formação e às reuniões de Serviço, devendo, em data a programar, apresentar um artigo em Journal Club.

## organização do serviço

### » unidade de vila real

O Serviço de Pediatria está localizado num pavilhão exterior ao edifício principal do Hospital, estando ligado a este por um corredor subterrâneo. É constituído por 2 pisos com três setores do Serviço: Internamento, Neonatologia e Consulta Externa. O SU de Pediatria está, desde Maio de 2012, em novas instalações, junto à urgência geral.

O trabalho diário dos vários setores do Serviço inicia-se às 8h30 com a **Reunião de Passagem de Serviço**, na biblioteca do Serviço (localizada no piso 0 do pavilhão de Pediatria), onde são apresentados e discutidos os doentes internados nas últimas 24 horas, ou outras ocorrências que mereçam destaque. Além desta reunião, realizam-se ainda:

- **Journal Club** (Segunda-Feira das 9h00 às 9h15) onde são apresentados e discutidos artigos clínicos e científicos.
- **Reunião Clínica** (Quarta-Feira das 9h00 às 9h30) para apresentação de casos clínicos com particular interesse académico, revisões teóricas ou casuísticas, comunicações a apresentar fora do Serviço, resumo das Reuniões Científicas frequentadas e temas de interesse apresentados por palestrantes convidados.
- **Reunião Geral de Serviço** (Sexta-Feira das 8h30 às 10h00) onde se discutem os doentes internados nos diversos setores e se fornecem informações relevantes para o funcionamento do Serviço.

## 1. Internamento de Pediatria

A enfermaria de Pediatria destina-se ao internamento de doentes desde os 29 dias até aos 17 anos e 364 dias de idade. Localiza-se no 1º piso do pavilhão de Pediatria, está dividido, desde Janeiro de 2004, em 2 áreas: Médica e Cirúrgica (Tabela 1).

tabela 1 \* organização do internamento de pediatria

pediatria médica	coordenação: Dr. <sup>a</sup> Cristina Cândido lotação: 14 camas
pediatria cirúrgica (otorrinolaringologia, cirurgia, ortopedia e urologia)	coordenação: respetivo serviço lotação: 7 camas
	unidades individuais de internamento: 10 unidades destinadas a adolescentes: 9

O espaço do internamento de Pediatria dispõe ainda de refeitório, copa, sala de atividades lúdicas e educativas, sala de enfermagem e preparação terapêutica, sala de tratamentos e sala de trabalho médico.

Todos os doentes têm visita médica diária, incluindo aos fins-de-semana. A avaliação urgente dos doentes internados, entre as 14h e as 20h30, fica a cargo de um elemento que assegura a urgência interna durante a semana. Aos fins-de-semana, feriados e períodos noturnos, é feita pelos elementos da equipa de Urgência.

É permitida e incentivada a presença de um dos pais (ou encarregado de educação) junto da criança internada, durante 24 horas por dia, havendo à disposição uma cama junto à da criança.

Desde meados de 2009 é colocada uma pulseira de alarme (Sistema Hugs®) a todas as crianças internadas, para permitir o controlo da entrada e saída de doentes do Serviço.

### Duração do Estágio: 2|3 semanas

Durante o estágio no Internamento de Pediatria o IAC deverá integrar a equipa médica, sendo importante a pontualidade de modo a poder assistir à divisão dos doentes.

Neste período, o IAC pode acompanhar um IFE/Assistente Hospitalar na visita à enfermaria ou poderão ser-lhe atribuídos doentes, ficando responsável pela realização da avaliação médica inicial, visita diária e registos no processo, bem como pela discussão e apresentação na reunião do setor (pelas 12h30), sempre tutelados pelo médico especialista.

Durante a permanência neste setor, o IAC deverá ainda completar horário na Consulta Externa, durante a tarde.

## 2. Neonatologia | Berçário

A Neonatologia compreende três áreas funcionais (Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido - UCERN, Maternidade/Berçário e Sala de partos) e a sua coordenação está a cargo da Dr.<sup>a</sup> Isabel Soares.

### Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido (UCERN)

A UCERN destina-se ao internamento de Recém-Nascidos (RN) prematuros (com idade gestacional  $\geq 34$  semanas), de baixo peso e/ou com patologia, provenientes do Bloco de Partos, Obstetrícia, Serviço de Urgência, ou transferidos de outra instituição hospitalar. Localiza-se no piso térreo (-1), anexo ao serviço de urgência de pediatria.

tabela 2 \* organização da UCERN

UCERN	coordenação: Dr. <sup>a</sup> Isabel Soares lotação: 6 camas - 4 incubadoras fechadas, 1 incubadora aberta para estabilização e 6 berços
dormitório de apoio	adjacente à UCERN e destinada às mães dos RNs internados lotação: 5 camas

Todos os doentes têm visita médica diária e apoio médico 24 horas, incluindo durante o fim-de-semana. Tal é assegurado durante a semana, das 8h30 às 14h00, pela equipa médica fixa da UCERN, e das 14h00 às 20h30 pelo elemento que assegura a urgência interna; no restante período, aos fins-de-semana e feriados, é assegurada pela equipa de urgência, à semelhança da enfermaria.

A UCERN encontra-se informatizada e tem base de dados própria onde são realizadas as notas de entrada e cartas de alta. À semelhança do Internamento de Pediatria, tem também acesso ao sistema informático - SClínico, que permite aceder ao histórico de cada doente e aos exames auxiliares de diagnóstico.

A disponibilidade de dormitório para as mães que estão a acompanhar os filhos permite a sua permanência junto dos mesmos, durante as 24 horas, aprendendo e estreitando laços afetivos numa fase tão delicada como o período neonatal imediato, otimizando também, desta forma, a implementação do aleitamento materno, com todos os seus benefícios reconhecidos.

A UCERN tem o apoio do Transporte Inter-hospitalar Pediátrico do Norte (TIP) em caso de necessidade de transferência para uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN).

### Maternidade | Berçário

Situa-se no 4º andar do edifício principal do Hospital, integrada no Serviço de Ginecologia/Obstetrícia, e destina-se ao internamento de todos os RNs que não necessitem de cuidados especiais (Tabela 3).

tabela 3 \* organização da maternidade | berçário

---

maternidade   berçário	lotação: 18 berços (6 enfermarias - 3 camas   3 berços) - 1 sala de puericultura   observação dos RNs
------------------------	--

---

Em todos os RNs, por motivos de segurança, é colocada após o nascimento uma pulseira eletrónica, e durante o internamento é efetuado o seu registo, de acordo com o “Projeto Nascer Cidadão”, promovido pela Direção Geral de Saúde (DGS) e Ministério da Justiça.

A visita médica dos recém-nascidos é diária. As crianças ficam sob vigilância por um período de 48 horas (parto não-cirúrgico) ou de 72 horas (parto cirúrgico). A equipa médica da neonatologia assegura, também, a assistência aos partos de risco, entre as 8h30 e as 14h00; no restante período esta atividade é assegurada pela equipa de urgência.

A equipa de enfermagem, além da vertente dos ensinamentos e esclarecimentos, ocupa-se dos cuidados de higiene, da aferição dos dados antropométricos, da vacinação e da vigilância da mãe e do RN.

Desde o início de 2009 é feito o Rastreio Auditivo Neonatal Universal a todos os RNs, coordenado pelos Serviços de Pediatria e ORL.

Há ainda a referir a existência do programa “Transporte do seu filho é o transporte do seu futuro” cujo objetivo é assegurar que todas as crianças nascidas no CHTMAD sejam transportadas em sistemas de retenção adequados. Criado e coordenado pelo Serviço de Pediatria, foi implementado com a participação dos Serviços de Obstetrícia e Serviço Social, e teve a colaboração da BebéConfort® e da população do distrito de Vila Real.

Todos os RNs saem desta unidade com uma notícia de nascimento com as informações relevantes da gestação e parto e local de vigilância pós natal, segundo a Circular Normativa nº02/DSMIA: Notícia de Nascimento. Lisboa: DGS, 2002. Sempre antes da alta é avaliada a Saturação de O<sub>2</sub> transcutânea pré-ductal e feito o rastreio de cardiopatia.

### Bloco de Partos

Localizado no 1º andar do edifício principal do Hospital, junto ao Bloco Operatório, apresenta a organização apresentada na Tabela 4.

As cesarianas são efetuadas no Bloco Operatório, onde também existe mesa de reanimação e todo o material necessário aos primeiros cuidados e à reanimação do RN. A assistência pediátrica é realizada em todas as cesarianas. Os partos não-cirúrgicos são realizados por obstetras ou enfermeiros especializados e são assistidos por um dos elementos da equipa de Pediatria, se solicitado.

Os RNs com necessidade de vigilância ou cuidados mais diferenciados são transferidos para a UCERN, numa incubadora de transporte, e os outros RNs acompanham a mãe na enfermaria.

---

tabela 4 \* organização do bloco de partos

---

bloco de partos

lotação: 8 camas (6 quartos individuais e 1 enfermaria com duas camas).

- 1 sala para o período expulsivo (2 camas) com material de reanimação do RN

- 1 sala para o recobro (2 camas)

- 1 sala de monitorização dos RNs (1 incubadora fechada, 1 incubadora aberta, 1 incubadora de transporte, aspirador, 1 oxímetro de pulso, medidor de TA e material de reanimação)

---

Duração do Estágio: 2|3 semanas

Após a passagem de turno, os internos devem dirigir-se ao Berçário onde passam visita aos RN que não têm alta prevista, ficando o especialista responsável pela visita aos RN a ter alta e pelo primeiro exame do RN após nascimento. Qualquer alteração no exame do RN deverá ser reportada ao especialista que nesse dia preste assistência ao Berçário. O Boletim de Saúde Infantil e Juvenil deve ser completado com todas as informações perinatais (ocorrências/exames/terapêuticas efetuadas).

Posteriormente à visita médica na enfermaria, o interno deverá dirigir-se ao Bloco de Partos e ao setor “Grávidas de Risco” para tomar conhecimento das grávidas internadas, analisar o processo materno pesquisando possíveis fatores de risco (infeciosos, metabólicos, respiratórios e outros) para o RN e preencher o processo clínico do RN.

Na Neonatologia o IAC deve acompanhar a visita médica pelo especialista, colaborar na execução da avaliação médica inicial, registos no processo clínico, pedidos de exames complementares e elaboração de nota de alta, sempre sob orientação.

### 3. Consulta Externa de Pediatria

Situada no rés-do-chão do pavilhão de Pediatria, destina-se ao atendimento de crianças e adolescentes até aos 17 anos e 364 dias, referenciados pelo Médico Assistente, ou provenientes dos restantes setores do Serviço de Pediatria, assim como de outras especialidades. Todos os pedidos de consulta são triados, estabelecendo-se um grau de prioridade na sua marcação. A consulta funciona de segunda a sexta-feira das 8h30 às 18h00.

tabela 5 \* organização da CE de pediatria

coordenação	Dr.ª Nilza Ferreira (AHG)
espaço físico	5 gabinetes de consulta; sala de hospital de dia; sala de enfermagem; sala para serviço administrativo; sala de espera; sala de atividades lúdicas e educativas

Relativamente à equipa médica, a consulta externa conta com uma equipa fixa, que engloba, para além da coordenadora da consulta, mais três Assistentes Hospitalares; contudo, todos os elementos da equipa médica do Serviço de Pediatria realizam, pelo menos, um período de consulta semanal de Pediatria Geral ou áreas pediátricas específicas (tabela 6).

Desde Fevereiro de 2005 existem 2 períodos semanais de consulta de reavaliação, para crianças enviadas do SU, realizada por IFE de Pediatria.

São também realizadas Consultas de Nutrição por uma Nutricionista que dá apoio ao Serviço de Pediatria.

A equipa da CE conta ainda com o apoio de uma a três enfermeiras, uma assistente operacional e dois funcionários administrativos.



tabela 6 \* áreas pediátricas específicas e médico responsável

adolescência	Dr. <sup>a</sup> Nilza Ferreira
alergologia	Dr. <sup>a</sup> Márcia Quaresma Dr. <sup>a</sup> Marisa Carvalho
alterações do comportamento	Dr. <sup>a</sup> Isabel Soares Dr. <sup>a</sup> Susana Sousa Dr. <sup>a</sup> Ana Margarida Costa
cardiologia (teleconsulta)	Dr. <sup>a</sup> Marisa Sousa Dr. <sup>a</sup> Ana Margarida Costa Dr. Juan Calviño
desenvolvimento	Dr. <sup>a</sup> Isabel Soares Dr. <sup>a</sup> Susana Sousa Dr. António Pereira
diabetes	Dr. <sup>a</sup> Cristina Cândido Dr. <sup>a</sup> Vânia Martins
endocrinologia	Dr. <sup>a</sup> Vânia Martins
hematologia	Dr. <sup>a</sup> Natalina Miguel
nefro-urologia	Dr. António Trindade
neonatologia	Dr. Juan Calviño Dr. <sup>a</sup> Marisa Sousa

### Duração do Estágio: 2|3 semanas

Atendendo a que haverá, pelo menos, 2 semanas em que a atividade se efetuará exclusivamente na consulta (fora o dia de urgência), e que nas semanas direcionadas para a Enfermaria e Berçário, deverá ser cumprido o horário da tarde também na consulta (2 tardes/semana), o IAC deverá assistir, no mínimo, a:

- 4 Consultas de Pediatria Geral (todos os dias)
- 2 Consultas de Patologia Nefro-Urológica (quinta-feira)
- 2 Consultas de Alergologia (segunda, terça, quinta e sexta-feira)
- 2 Consultas de Adolescentes (segunda e quarta-feira)
- 1 Consulta de Desenvolvimento (terça-feira de manhã)
- 1 Consulta de Diabetes (sexta-feira à tarde)
- 1 Consulta de Endocrinologia (segunda-feira à tarde)
- 1 Consulta de Hematologia (terça-feira de manhã)
- 1 Consulta de Neonatologia (terça e quinta-feira à tarde)
- 1 Consulta de Telemedicina (segunda-feira das 11:00 – 13h00)

A folha de presenças (em anexo) deverá ser assinada pelo respetivo médico da consulta.

Tendo em conta que há Internos de MGF a realizar o estágio hospitalar de Pediatria e este engloba também a participação nas consultas, geralmente no início de cada manhã o IAC encontra-se com os IFE de MGF, para efetuar a divisão pelas diferentes consultas, de modo a não sobrecarregar nenhuma delas, já que, só em situações excecionais, deverá haver mais que um interno por gabinete.

### 4. Serviço de Urgência

Desde Abril de 1999 que a Urgência Pediátrica tem o estatuto de Urgência de referência, concedido pela ARS Norte, sendo o acesso condicionado. Presta cuidados médicos a crianças e adolescentes até aos 17 anos e 364 dias de idade que são referenciados por outros médicos, doentes crónicos seguidos no

hospital, RN/lactentes até aos 4 meses de idade e a todas as crianças provenientes de áreas onde os Serviços de Atendimento Permanente (SAP) dos CS da região já estejam encerrados, para além das situações emergentes. Com esta medida, pretendeu-se melhorar os cuidados prestados e desencorajar a vinda à urgência por situações não urgentes.

Estabeleceram-se critérios de referenciação (com base nas recomendações da Direção Geral de Saúde (DGS) - Orientações Técnicas 14) com as Unidades de Cuidados de Saúde Primários e critérios de atendimento imediato.

Anteriormente localizada no rés-do-chão do pavilhão de Pediatria, adjacente à Consulta Externa, desde Maio de 2012, a Urgência Pediátrica (UP) e a Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD) localizam-se no espaço físico contíguo à Urgência Geral. As novas instalações permitem um movimento dinâmico entre ambas as áreas (Tabela 7).

tabela 7 \* organização da UP e UICD

urgência pediátrica	uma sala de triagem; dois gabinetes de consulta; sala de emergência; sala de vigilância e administração de terapêutica; sala de enfermagem e preparação de terapêutica; sopa
unidade de internamento de curta duração	adjacente à urgência pediátrica lotação: 6 camas em quartos individualizados

Cada gabinete de consulta está equipado com o material médico e de enfermagem apropriado; um dos gabinetes dispõe de uma fonte de oxigénio, ar e vácuo. A sala de enfermagem está também dotada de um bilirrubinómetro transcutâneo e um aparelho para realização de teste rápido de pesquisa de *Streptococcus*  $\beta$ -hemolyticus do Grupo A.

A sala de emergência, com 2 camas, possui o material necessário à reanimação neonatal e pediátrica, incluindo um ventilador e um desfibrilhador. Dispõe, também, de um eletrocardiógrafo portátil e de uma mala com material de observação e reanimação para eventual chamada a outros serviços do hospital, nomeadamente ao SU geral. Nesta sala é realizada, com periodicidade mensal, uma simulação de emergência médica para treino de todos os elementos da equipa de urgência, por forma a uma melhor preparação perante situação real de emergência.

A sala de inaloterapia/vigilância tem quatro fontes de oxigénio e um aspirador. A UICD destina-se a internamentos com duração inferior a 24 horas. Tem lotação de 6 camas, e todos os quartos têm ligação a fonte de oxigénio, bancada de preparação de terapêutica e um aspirador.

O secretariado da UP funciona das 8h00 às 24h00, sendo o atendimento, fora deste período, feito pelo administrativo da Urgência Geral. Na Urgência Geral é feita triagem por um elemento de enfermagem, com atribuição de prioridades de atendimento (Triagem de Manchester).

A UP funciona 24 horas por dia e é constituída por uma equipa-tipo de dois elementos, um deles em regime de presença física 24 horas e o outro 16 horas. No período das 00h00 às 8h30 o segundo elemento está em regime de prevenção. É da responsabilidade da equipa de urgência assegurar, das 14h00 às 8h30, a Urgência Interna, da qual fazem parte as ocorrências do Bloco e Sala de Partos, Berçário, Internamento de Neonatologia e Pediatria.

A equipa de enfermagem é composta por 12 elementos (um dos quais especialista em Saúde Infantil), exercendo a sua atividade por turnos - dois elementos por cada equipa.

O IAC realiza, neste setor, 12h do seu trabalho semanal, entre as 8h30 e as 20h30. Aqui deverá colaborar na observação de crianças, tanto de forma individual

(sempre sob vigilância), como em conjunto com IFE de MGF ou Pediatria e Assistente Hospitalar, discutindo sobre alterações ao exame e conduta a tomar. Sempre que possível deve colaborar nas prescrições, de forma a ganhar prática com os conhecimentos que for adquirindo. Deverá também efetuar a “Avaliação Médica Inicial” de todas as crianças que, durante esse período, forem internadas.

### » unidade de chaves

Integrado no edifício principal do hospital, tem o setor do Internamento e Consulta Externa localizados no piso 3 e a Urgência Pediátrica contígua à Urgência Geral no piso 1.

A Enfermaria dispõe de uma sala de trabalho médico, sala de enfermagem e de preparação de terapêutica, gabinete da enfermeira-chefe, sala de atividades lúdicas e educativas, refeitório e várias enfermarias individualizadas, com uma lotação total de 10 camas (tabela 8).

tabela 8 \* organização do internamento de pediatria

---

pediatria médica

coordenação: Dr. José Matos

lotação: 10 camas

---

A visita médica aos doentes internados é realizada diariamente, durante o período da manhã. Segundo a organização de cuidados em vigor, o médico que interna é aquele que será o responsável pela observação e seguimento da criança no decurso de todo o internamento. Caso seja necessária uma avaliação urgente dos doentes do Internamento no restante período, estará a cargo do elemento de urgência. A função do IAC neste setor é semelhante à já descrita para o mesmo setor da Unidade de Vila Real.

A Consulta Externa funciona no mesmo piso do Internamento e dispõe de 3 gabinetes de consulta, um gabinete de enfermagem, uma sala de espera e a secretaria clínica (comum à consultas de Obstetrícia e Psiquiatria). Todos os

especialistas realizam vários períodos semanais de consulta externa de Pediatria Geral, encontrando-se individualizada a Consulta de Desenvolvimento, efetuada pela Dr.<sup>a</sup> Gabriela Pereira.

O IAC deve acompanhar o especialista responsável na execução das suas tarefas nos diversos setores do Serviço, com o mesmo nível de responsabilidade descrito na Unidade de Vila Real

O Serviço de Urgência funciona no 1º piso. Trata-se de uma urgência aberta, com atendimento livre, sendo admitidas todas as crianças e adolescentes até aos 17 anos e 364 dias de idade. É composto por um gabinete de consulta e uma sala de preparação de terapêutica/inaloterapia contígua, equipados com material médico e de enfermagem apropriados ao atendimento de crianças. A sala de emergência é comum à urgência de adultos. A equipa médica de urgência é constituída por um Pediatra em regime de presença física das 8:00h às 20:00h e em regime de prevenção no restante período do dia, período esse em que a observação das crianças é assegurada por um médico de Medicina Geral e Familiar.

No Serviço de Urgência o IAC deve realizar um período semanal de 12 h, com início às 8:00h, acompanhando o especialista escalado e desempenhando as tarefas indicadas e de acordo com o seu nível de responsabilidade, como descrito anteriormente.

Não existindo Maternidade na Unidade de Chaves, não existe setor de Neonatologia nesta Unidade Hospitalar. Se pretendido e sem caráter obrigatório, o IAC poderá solicitar a frequência de até duas semanas neste setor na Unidade de Vila Real, sendo assim possível o contacto com o Recém-Nascido, nos mesmos moldes do descrito na Unidade de Vila Real.

### » unidade de lamego

Constituído pelo setor de Consulta Externa, presta atendimento todos os dias da semana, em dois períodos diários. São atendidas todas as crianças e adolescentes como nas restantes unidades hospitalares que constituem o Serviço de Pediatria.





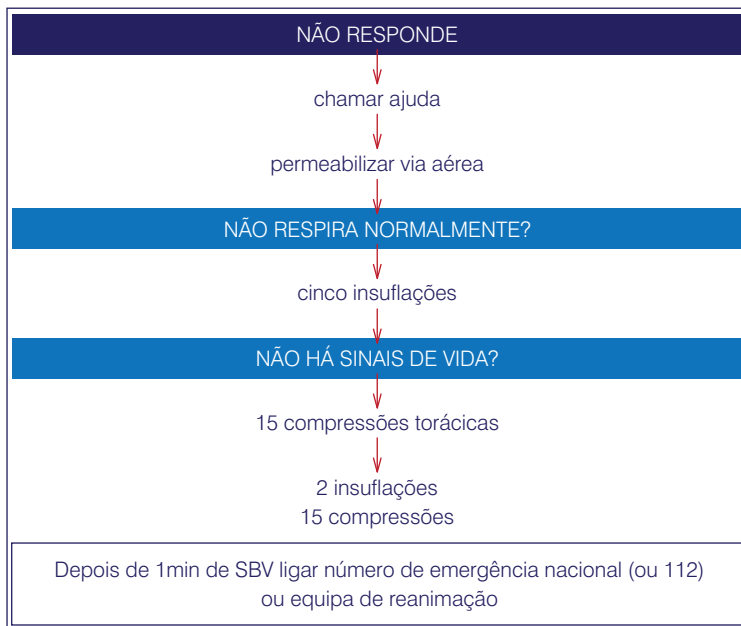
informações  
úteis





# suporte básico de vida pediátrico

» profissionais de saúde com dever de resposta



Publicado: Novembro 2010 by European Resuscitation Council Secretariat vzw, Drie Eikenstraat 661, 2650 Edegem, Belgium

Referência do produto: Poster\_10\_PaedBLS\_01\_01\_POR Copyright European Resuscitation Council

## itens obrigatórios e fundamentais na anamnese da criança

Em Pediatria, como em qualquer outra área da Medicina, para conhecer a doença, utilizam-se habitualmente três pilares básicos para o diagnóstico: [anamnese](#), [exame clínico](#) e [exames auxiliares de diagnóstico](#). Mais uma vez, e reforçando o que ouvimos desde o primeiro ano de curso de Medicina, a história clínica é fundamental para fazer um correto diagnóstico, e portanto um adequado tratamento. É a forma mais rápida, cómoda, económica e por vezes única para conhecer o estado clínico da criança doente. A colheita desta história depende de vários interlocutores: o cuidador, o médico e, nas crianças mais velhas e no adolescente, também deles próprios.

A eficácia na obtenção desta informação está fortemente dependente do fator humano, ou seja, da empatia e ligação que se consiga estabelecer para obter o máximo de informação importante que nos ajude a obter o diagnóstico adequado. A experiência clínica e os conhecimentos médicos são também fundamentais.

A [Historia Clínica em Pediatria](#) deve ser: [completa](#), enquadrando a criança no ambiente social e familiar; [detalhada](#), sempre tendo em conta o principal motivo de vinda à consulta; [exata](#), sem interpretações subjetivas e obedecendo a uma [ordem cronológica](#). A ordenação desta História Clínica pode ser feita do seguinte modo:

- identificação;
- data de consulta;
- motivo da consulta;
- história da doença atual;
- história pregressa (antecedentes pessoais);
- historia alimentar;
- crescimento e desenvolvimento;
- historia familiar (antecedentes familiares);
- história social e psicossocial;

- exame objetivo;
- resumo;
- hipóteses diagnósticas;
- exames complementares de diagnóstico;
- análise e discussão dos exames;
- diagnóstico definitivo;
- plano terapêutico;
- prognóstico e conselhos aos pais.

A anamnese em pediatria, de um modo geral, é fornecida por uma pessoa distinta da criança. Em geral o tempo dispendido não deve ser inferior a 10 minutos nem superior a 30 minutos, para não ficar a sensação de colheita deficiente de informação ou abuso na colheita de dados.

Fazem parte da anamnese a colheita de dados para a identificação, o motivo de vinda a consulta, com anotação do sintoma principal sem cair na tentação de aceitar, à partida, um diagnóstico. A história da doença atual deve centrar-se na exploração dos sinais/sintomas principais, obtidos de modo sucinto mas claro. Parece depois pertinente abordar os sintomas mais frequentes na idade pediátrica: **febre**, **vómitos**, **apetite**, **diarreia**, **alteração da urina**, **perda de peso**, **sono**, assim como uma revisão por aparelhos e sistemas para negar ou afirmar qualquer sinal/sintoma. De seguida deve ser obtida informação relativa aos antecedentes pessoais, quer patológicos (hospitalizações, intervenções cirúrgicas, acidentes), quer não patológicos (gestação, parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento, vacinações e história alimentar).

Em contexto de urgência, a História Clínica, em particular a anamnese, não deve ser negligenciada, devendo no entanto ser dirigida, sucinta, concisa e sintética para, no menor tempo possível, elaborar um diagnóstico correto para uma atuação terapêutica imediata.

## modelo de história clínica de pediatria

### » avaliação inicial

» » »



Centro Hospitalar de  
Trás-os-Montes e Alto Douro



Serviço de Pediatria

## Avaliação Médica Inicial – Pediatria

Anamnese fornecida por .....  
 Fiabilidade .....

Identificação do doente

**MOTIVO DE INTERNAMENTO:** .....

### HISTÓRIA PREGRESSA:

#### ANTECEDENTES PESSOAIS

**Gestação:** .....Gesta .....Para .....I.G. ....sem .....Nº consultas ..... Local: CS ☐ H ☐ P ☐

Serologia: AgHBs ..... VDRL ..... VIH ..... Rubéola ..... Toxoplasmose ..... CMV .....

Intercorrências .....

**Parto:** Local ..... Eutóico ☐ Distóico ☐

**Período neo-natal:** Apgar: ...../...../..... Reanimação .....

Peso .....(P ..... ) Comprimento.....(P..... ) Perímetro cefálico .....(P..... )

Intercorrências: .....

Rastreio de doenças metabólicas: ☐

#### Alimentação:

LM até ..... Outros leites (data e tipo) ..... LA na maternidade ☐

#### Diversificação alimentar:

Farinha .....m Legumes /fruta...../.....m Carne / peixe ...../.....m

Glúten .....m Ovo (gema/clara) .....m Dieta familiar.....m

Intercorrências: .....

Dieta actual: .....

Suplementos vitamínicos/minerais .....

**Crescimento:** Adequado ☐ S ☐ N .....

**Desenvolvimento:** Adequado ☐ S ☐ N .....

**Vacinação:** PNV actualizado ☐ S ☐ N Pneumo. ☐ S ☐ N Rota. ☐ S ☐ N Gripe ☐ S ☐ N

Outras .....

#### Antecedentes patológicos



Centro Hospitalar de  
Trás-os-Montes e Alto Douro



Serviço de Pediatria

#### ANTECEDENTES FAMILIARES:

Pai ..... a Estado de saúde ..... Hábitos alcoólicos, tabágicos .....

Mãe ..... a Estado de saúde ..... Hábitos alcoólicos, tabágicos .....

Irmãos nº ..... Estado de saúde .....

Doenças familiares ☐ S ☐ N Quais? .....

Consanguinidade: ☐ S ☐ N

Árvore genealógica:



HISTÓRIA SOCIAL: Situação familiar: .....

Criança aos cuidados de ..... Idade de entrada no infantário .....

Condições de habitação: .....

Contacto com animais .....

HISTÓRIA DA DOENÇA ACTUAL: .....

.....

.....

.....

.....

.....

EXAME OBJECTIVO: Peso ..... (P ..... ) Est ..... (P ..... ) PC ..... (P ..... ) IMC ..... PT .....

Sinais vitais: Temp ..... °C FR ..... cpm FC ..... bpm TA ..... / ..... mmHg

Dor: Escala de Faces



Escala FLACC

Face

Pernas

Actividade

Choro

Resposta ao consolo

0 1 2

0 1 2

0 1 2

0 1 2

0 1 2

Total .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Av. Da Noruega 5000-508 Vila Real Tel. 259 300 500 Fax 259 300 553

Página 2 / 3



Centro Hospitalar de  
Trás-os-Montes e Alto Douro



Serviço de Pediatria

**RESUMO:** .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**LISTA DE PROBLEMAS ACTIVOS:**

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

**LISTA DE PROBLEMAS PASSIVOS:**

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

**HIPÓTESES DE DIAGNÓSTICO:** 1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

**EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO:** .....

.....

.....

.....

**PLANO TERAPÉUTICO:** .....

.....

.....

.....

**PREVISÃO DE ALTA:** .....

**OBSERVAÇÕES:** .....

.....

DATA ...../...../201 .....

MÉDICO

Nº ORDEM DOS MÉDICOS.....



## modelo de observação da criança no internamento (diário) - SOAP

- \* dia de internamento
  - \* motivo de internamento
  - \* dia de antibiótico
- } itens de preenchimento obrigatório

### » Subjetivo (S)

Vigilâncias de enfermagem (intercorrências no internamento, evolução de sinais vitais); sintomas da criança/adolescente.

idade	Fc (ppm)	Fr (ppm)
RN	120-170	30-80
1 ano	80-160	20-40
3 anos	80-120	20-30
6 anos	75-115	16-22
10 anos	70-110	16-20

valores habituais de tensão arterial (consultar p. 40)

### » Objetivo (O)

#### ◦ Inspeção

Dismorfias, estado de consciência, estado de hidratação, estado de nutrição, postura, grau de atividade, pele e mucosas (coloração, lesões, TPC N <2 seg., exanemas), sinais de dificuldade respiratória (polipneia, tiragem, adejo nasal, respiração abdominal, trabalho respiratório); Avaliar fontanela anterior (FA) se ainda patente (encerramento normal entre os 9-18M).

#### ◦ Auscultação Cardíaca (AC)

- Auscultação Pulmonar (AP)

Simetria do murmúrio vesicular (MV), relação TI/TE, ruídos adventícios

- Orofaringe

- Otoscopia

- Abdómen: ruídos hidroaéreos (RHA), palpação e pesquisa de massas/organo-megalias

- Genitais externos

- Exame neurológico (sinais meníngeos de Brudsky e Kernig)

- » Análise (A)

MCDTs realizados e resultados

- » Plano (P)

## valores de tensão arterial por idade e percentil de altura

BP levels for boys by age and height percentile

age, y	BP percentile	SBP, mm Hg								DBP, mm Hg							
		percentile of height								percentile of height							
		5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th		5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th	
1	50th	80	81	83	85	87	88	89		34	35	36	37	38	39	39	
	90th	94	95	97	99	100	102	103		49	50	51	52	53	53	54	
	95th	98	99	101	103	104	106	106		54	54	55	56	57	58	58	
	99th	105	106	108	110	112	113	114		61	62	63	64	65	66	66	
2	50th	84	85	87	88	90	92	92		39	40	41	42	43	44	44	
	90th	97	99	100	102	104	105	106		54	55	56	57	58	58	59	
	95th	101	102	104	106	108	109	110		59	59	60	61	62	63	63	
	99th	109	110	111	113	115	117	117		66	67	68	69	70	71	71	
3	50th	86	87	89	91	93	94	95		44	44	45	46	47	48	48	
	90th	100	101	103	105	107	108	109		59	59	60	61	62	63	63	
	95th	104	105	107	109	110	112	113		63	63	64	65	66	67	67	
	99th	111	112	114	116	118	119	120		71	71	72	73	74	75	75	
4	50th	88	89	91	93	95	96	97		47	48	49	50	51	51	52	
	90th	102	103	105	107	109	110	111		62	63	64	65	66	66	67	
	95th	106	107	109	111	112	114	115		66	67	68	69	70	71	71	
	99th	113	114	116	118	120	121	122		74	75	76	77	78	78	79	
5	50th	90	91	93	95	96	98	98		50	51	52	53	54	55	55	
	90th	104	105	106	108	110	111	112		65	66	67	68	69	69	70	
	95th	108	109	110	112	114	115	116		69	70	71	72	73	74	74	
	99th	115	116	118	120	121	123	123		77	78	79	80	81	81	82	
6	50th	91	92	94	96	98	99	100		53	53	54	55	56	57	57	
	90th	105	106	108	110	111	113	113		68	68	69	70	71	72	72	
	95th	109	110	112	114	115	117	117		72	72	73	74	75	76	76	
	99th	116	117	119	121	123	124	125		80	80	81	82	83	84	84	
7	50th	92	94	95	97	99	100	101		55	55	56	57	58	59	59	
	90th	106	107	109	111	113	114	115		70	70	71	72	73	74	74	
	95th	110	111	113	115	117	118	119		74	74	75	76	77	78	78	
	99th	117	118	120	122	124	125	126		82	82	83	84	85	86	86	
8	50th	94	95	97	99	100	102	102		56	57	58	59	60	60	61	
	90th	107	109	110	112	114	115	116		71	72	72	73	74	75	76	
	95th	111	112	114	116	118	119	120		75	76	77	78	79	79	80	
	99th	119	120	122	123	125	127	127		83	84	85	86	87	87	88	

BP levels for boys by age and height percentile (cont.)

age, y	BP percentile	SBP, mm Hg								DBP, mm Hg							
		percentile of height								percentile of height							
		5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th		5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th	
9	50th	95	96	98	100	102	103	104		57	58	59	60	61	61	62	
	90th	109	110	112	114	115	117	118		72	73	74	75	76	76	77	
	95th	113	114	116	118	119	121	121		76	77	78	79	80	81	81	
	99th	120	121	123	125	127	128	129		84	85	86	87	88	88	89	
10	50th	97	98	100	102	103	105	106		58	59	60	61	61	62	63	
	90th	111	112	114	115	117	119	119		73	73	74	75	76	77	78	
	95th	115	116	117	119	121	122	123		77	78	79	80	81	81	82	
	99th	122	123	125	127	128	130	130		85	86	86	88	88	89	90	
11	50th	99	100	102	104	105	107	107		59	59	60	61	62	63	63	
	90th	113	114	115	117	119	120	121		74	74	75	76	77	78	78	
	95th	117	118	119	121	123	124	125		78	78	79	80	81	82	82	
	99th	124	125	127	129	130	132	132		86	86	87	88	89	90	90	
12	50th	101	102	104	106	108	109	110		59	60	61	62	63	63	64	
	90th	115	116	118	120	121	123	123		74	75	75	76	77	78	79	
	95th	119	120	122	123	125	127	127		78	79	80	81	82	82	83	
	99th	126	127	129	131	133	134	135		86	87	88	89	90	90	91	
13	50th	104	105	106	108	110	111	112		60	60	61	62	63	64	64	
	90th	117	118	120	122	124	125	126		75	75	76	77	78	79	79	
	95th	121	122	124	126	128	129	130		79	79	80	81	82	83	83	
	99th	128	130	131	133	135	136	137		87	87	88	89	90	91	91	
14	50th	106	107	109	111	113	114	115		60	61	62	63	64	65	65	
	90th	120	121	123	125	126	128	128		75	76	77	78	79	79	80	
	95th	124	125	127	128	130	132	132		80	80	81	82	83	84	84	
	99th	131	132	134	136	138	139	140		87	88	89	90	91	92	92	
15	50th	109	110	112	113	115	117	117		61	62	63	64	65	66	66	
	90th	122	124	125	127	129	130	131		76	77	78	79	80	80	81	
	95th	126	127	129	131	133	134	135		81	81	82	83	84	85	85	
	99th	134	135	136	138	140	142	142		88	89	90	91	92	93	93	
16	50th	111	112	114	116	118	119	120		63	63	64	65	66	67	67	
	90th	125	126	128	130	131	133	134		78	78	79	80	81	82	82	
	95th	129	130	132	134	135	137	137		82	83	83	84	85	86	87	
	99th	136	137	139	141	143	144	145		90	90	91	92	93	94	94	
17	50th	114	115	116	118	120	121	122		65	66	66	67	68	69	70	
	90th	127	128	130	132	134	135	136		80	80	81	82	83	84	84	
	95th	131	132	134	136	138	139	140		84	85	86	87	87	88	89	
	99th	139	140	141	143	145	146	147		92	93	93	94	95	96	97	

BP levels for girls by age and height percentile


age, y	BP percentile	SBP, mm Hg							DBP, mm Hg						
		percentile of height							percentile of height						
		5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th	5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th
1	50th	83	84	85	86	88	89	90	38	39	39	40	41	41	42
	90th	97	97	98	100	101	102	103	52	53	53	54	55	55	56
	95th	100	101	102	104	105	106	107	56	57	57	58	59	59	60
	99th	108	108	109	111	112	113	114	64	64	65	65	66	67	67
2	50th	85	85	87	88	89	91	91	43	44	44	45	46	46	47
	90th	98	99	100	101	103	104	105	57	58	58	59	60	61	61
	95th	102	103	104	105	107	108	109	61	62	62	63	64	65	65
	99th	109	110	111	112	114	115	116	69	69	70	70	71	72	72
3	50th	86	87	88	89	91	92	93	47	48	48	49	50	50	51
	90th	100	100	102	103	104	106	106	61	62	62	63	64	64	65
	95th	104	104	105	107	108	109	110	65	66	66	67	68	68	69
	99th	111	111	113	114	115	116	117	73	73	74	74	75	76	76
4	50th	88	88	90	91	92	94	94	50	50	51	52	52	53	54
	90th	101	102	103	104	106	107	108	64	64	65	66	67	67	68
	95th	105	106	107	108	110	111	112	68	68	69	70	71	71	72
	99th	112	113	114	115	117	118	119	76	76	76	77	78	79	79
5	50th	89	90	91	93	94	95	96	52	53	53	54	55	55	56
	90th	103	103	105	106	107	109	109	66	67	67	68	69	69	70
	95th	107	107	108	110	111	112	113	70	71	71	72	73	73	74
	99th	114	114	116	117	118	120	120	78	78	79	79	80	81	81
6	50th	91	92	93	94	96	97	98	54	54	55	56	56	57	58
	90th	104	105	106	108	109	110	111	68	68	69	70	70	71	72
	95th	108	109	110	111	113	114	115	72	72	73	74	74	75	76
	99th	115	116	117	119	120	121	122	80	80	80	81	82	83	83
7	50th	93	93	95	96	97	99	99	55	56	56	57	58	58	59
	90th	106	107	108	109	111	112	113	69	70	70	71	72	72	73
	95th	110	111	112	113	115	116	116	73	74	74	75	76	76	77
	99th	117	118	119	120	122	123	124	81	81	82	82	83	84	84
8	50th	95	95	96	98	99	100	101	57	57	57	58	59	60	60
	90th	108	109	110	111	113	114	114	71	71	71	72	73	74	74
	95th	112	112	114	115	116	118	118	75	75	75	76	77	78	78
	99th	119	120	121	122	123	125	125	82	82	83	83	84	85	86

BP levels for boys by age and height percentile (cont.)

age, y	BP percentile	SBP, mm Hg							DBP, mm Hg						
		percentile of height							percentile of height						
		5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th	5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th
9	50th	96	97	98	100	101	102	103	58	58	58	59	60	61	61
	90th	110	110	112	113	114	116	116	72	72	72	73	74	75	75
	95th	114	114	115	117	118	119	120	76	76	76	77	78	79	79
	99th	121	121	123	124	125	127	127	83	83	84	84	85	86	87
10	50th	98	99	100	102	103	104	105	59	59	59	60	61	62	62
	90th	112	112	114	115	116	118	118	73	73	73	74	75	76	76
	95th	116	116	117	119	120	121	122	77	77	77	78	79	80	80
	99th	123	123	125	126	127	129	129	84	84	85	86	86	87	88
11	50th	100	101	102	103	105	106	107	60	60	60	61	62	63	63
	90th	114	114	116	117	118	119	120	74	74	74	75	76	77	77
	95th	118	118	119	121	122	123	124	78	78	78	79	80	81	81
	99th	125	125	126	128	129	130	131	85	85	86	87	87	88	89
12	50th	102	103	104	105	107	108	109	61	61	61	62	63	64	64
	90th	116	116	117	119	120	121	122	75	75	75	76	77	78	78
	95th	119	120	121	123	124	125	126	79	79	79	80	81	82	82
	99th	127	127	128	130	131	132	133	86	86	87	88	88	89	90
13	50th	104	105	106	107	109	110	110	62	62	62	63	64	65	65
	90th	117	118	119	121	122	123	124	76	76	76	77	78	79	79
	95th	121	122	123	124	126	127	128	80	80	80	81	82	83	83
	99th	128	129	130	132	133	134	135	87	87	88	89	89	90	91
14	50th	106	106	107	109	110	111	112	63	63	63	64	65	66	66
	90th	119	120	121	122	124	125	125	77	77	77	78	79	80	80
	95th	123	123	125	126	127	129	129	81	81	81	82	83	84	84
	99th	130	131	132	133	135	136	136	88	88	89	90	90	91	92
15	50th	107	108	109	110	111	113	113	64	64	64	65	66	67	67
	90th	120	121	122	123	125	126	127	78	78	78	79	80	81	81
	95th	124	125	126	127	129	130	131	82	82	82	83	84	85	85
	99th	131	132	133	134	136	137	138	89	89	90	91	91	92	93
16	50th	108	108	110	111	112	114	114	64	64	65	66	66	67	68
	90th	121	122	123	124	126	127	128	78	78	79	80	81	81	82
	95th	125	126	127	128	130	131	132	82	82	83	84	85	85	86
	99th	132	133	134	135	137	138	139	90	90	90	91	92	93	93
17	50th	108	109	110	111	113	114	115	64	65	65	66	67	67	68
	90th	122	122	123	125	126	127	128	78	79	79	80	81	81	82
	95th	125	126	127	129	130	131	132	82	83	83	84	85	85	86
	99th	133	133	134	136	137	138	139	90	90	91	91	92	93	93

# modelo de observação do RN no berçário

## » avaliação inicial



Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE  
**S. Pediatria – Neonatologia**  
**Recém-Nascido**  
**Avaliação Inicial e Processo Clínico**

Mãe \_\_\_\_\_  
Sexo ☐ M ☐ F  
Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_  
Código Postal \_\_\_\_\_  
Externa identificada

Cama \_\_\_\_\_ Centro de Saúde \_\_\_\_\_ Médico Assistente \_\_\_\_\_

Idade da mãe \_\_\_\_\_ Nº Consultas \_\_\_\_\_ ☐ CS ☐ H ☐ Priv ☐ 1ª Consulta \_\_\_\_\_ sem. \_\_\_\_\_ G \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_  
Ecografias nº \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Fatores de risco \_\_\_\_\_  
Diagnóstico pré-natal \_\_\_\_\_ Amniocentese ☐ S  
G. Sangue Mãe \_\_\_\_\_ + - RN \_\_\_\_\_ + - T. Coombs Direto \_\_\_\_\_ + - Ig anti-D ☐ S  
R.B.A. \_\_\_\_/\_\_\_\_ às \_\_\_\_ h <18 >18 Antibiótico periparto \_\_\_\_\_ nº doses \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_  
Sem. gestação \_\_\_\_\_ Tipo de parto ☐ E ☐ V ☐ F ☐ C ☐ Placenta ☐ Gêmeos ☐ Corticóide ☐ N ☐ 1 ☐ 2 Lit. amniótico \_\_\_\_\_  
Reanimação ☐ N ☐ VPP ☐ TET ☐ Adr \_\_\_\_\_ Gasometria pH \_\_\_\_\_ HCO<sub>3</sub> \_\_\_\_\_ BE \_\_\_\_\_ Lact \_\_\_\_\_  
Apgar \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Comprimento \_\_\_\_\_ P. cefálico \_\_\_\_\_ ☐ LIG ☐ AVG ☐ GIG ☐ (v#)  
Primeira observação \_\_\_\_\_

Diário clínico			
Data			R/ CO OE
Peso		Ass.	BTa
Data			R/ CO OE
Peso		Ass.	BTa
Data			R/ CO OE
Peso		Ass.	BTa
Data			R/ CO OE
Peso		Ass.	BTa

Vacinas HB \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ RANU ☐ S Aleitamento artificial ☐ S Misto ☐ S Exclusivo ☐ S Risco social ☐ S  
BCG \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_


**Diagnósticos**

**Destino**  
Médico de família ☐ Consulta externa ☐  
Neonatalogia ☐ Transferido ☐  
Notícia de nascimento ☐ S  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ Ass. \_\_\_\_\_





# modelo de notícia de nascimento



## NOTÍCIA DE NASCIMENTO

**DO HOSPITAL / MATERNIDADE**

C.H. TRAS OS MONTES E ALTO DOURO, E.P.E	Serviço: _____
---	----------------

**PARA A UNIDADE DE SAÚDE**

(UCSP/USF): _____	ACES: _____	Nº de Utente: _____
Extensão: _____	Médico/a de Família: _____	Enf.o/a de Família: _____

**INFORMAÇÃO SOBRE A MÃE**

Nome: \_\_\_\_\_ Data Nascimento: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

**GRAVIDEZ** Idade Gravidez: \_\_\_\_\_ (Semanas) Risco da Gravidez: \_\_\_\_\_

Motivo do Risco: \_\_\_\_\_

Administração Imunoglobulina anti-D: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**Cumprimento do Esquema de Vigilância Pré-Natal:**

1º Trimestre: ECO (-) Analítico (-)
2º Trimestre: ECO (-) Analítico (-)
3º Trimestre: ECO (-) Analítico (-)

Nº Consultas: \_\_\_\_\_

Intercorrências: \_\_\_\_\_

**SEGUIMENTO** Cuidados Saúde Primários: ☐ Hospital: ☐ Obstetra Privado: ☐

Hospital (motivo): \_\_\_\_\_

**PARTO** Data: \_\_\_\_\_ Tipo de Parto: \_\_\_\_\_ Assistido por: \_\_\_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_

**PUERPÉRIO ATÉ À ALTA** \_\_\_\_\_ Obs.: \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÃO SOBRE O RECÉM-NASCIDO**

Nado Vivo: ☐ Sexo: \_\_\_\_\_ Nado Morto\*: ☐ Falecido ☐ Aos Dias \_\_\_\_\_ Horas \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Per. Cef.: \_\_\_\_\_ Comprimento: \_\_\_\_\_ L.Apgar ao 1º ☐ ao 5º ☐ ao 10º ☐ Reanimação: ☐

Fototerapia: ☐ Malformações: \_\_\_\_\_

Transporte Neonatal: \_\_\_\_\_ Destino Transporte: \_\_\_\_\_

Motivo Transporte: \_\_\_\_\_

Rastreo de Doenças Metabólicas: \_\_\_\_\_

Rastreo Auditivo Neonatal Universal: \_\_\_\_\_

Ouvído Direito: S/alteração Ouvído Esquerdo: \_\_\_\_\_ Repetição Marcada para: \_\_\_\_\_

Administradas: Vacina VHB em \_\_\_\_\_ Lote: \_\_\_\_\_

Vacina BCG em \_\_\_\_\_ Lote: \_\_\_\_\_

Imunoglobulina em \_\_\_\_\_ Lote: \_\_\_\_\_

Entregue Boletim Individual de Saúde em: \_\_\_\_\_

Aleitamento à Alta Hospitalar: \_\_\_\_\_ Entregue Boletim de Saúde Infantil e Juvenil em: \_\_\_\_\_

**AVALIAÇÃO DE RISCO\*\*:** \_\_\_\_\_ Fatores de risco identificados: \_\_\_\_\_

Referenciação ao N(H)ACJR: \_\_\_\_\_ Obs: \_\_\_\_\_

**Consulta(S) hospitalar(es):** \_\_\_\_\_ Marcada para \_\_\_\_\_

\*FETO-MORTO: Consulta de Alto Risco/Medicina Materno-Fetal marcada para \_\_\_\_\_

\*\*Lei nº 147/99 de 1 de Setembro/Guia Prático de Abordagem Diagnóstico e Intervenção - Maus Tratos em Crianças e Jovens

**REVISÃO DO PUERPÉRIO**

USF/UCSP ☐ Hospital ☐ Privado ☐ Não sabe ☐

Qual: \_\_\_\_\_

**VIGILÂNCIA DE SAÚDE INFANTIL**

USF/UCSP ☐ Hospital ☐ Privado ☐ Não sabe ☐

Qual: \_\_\_\_\_

Foi elaborada carta com informação clínica suplementar Sim ☐ Não ☐ Data: \_\_\_\_\_

Nome de quem preencheu a NN: \_\_\_\_\_ Nº Ordem: \_\_\_\_\_

Nome de quem preencheu a NN: \_\_\_\_\_ Nº Ordem: \_\_\_\_\_

## exame objetivo do recém-nascido

### Pele:

- Palidez, pletora, cianose
- Icterícia
- Exantemas (eritema tóxico do RN)
- Angiomas
- Nevos

### Crânio:

- Forma (molding)
- Fontanelas
- Cefalohematoma, caput succedaneum

### Face:

- Dismorfias, face “peculiar”
- Simetria
- Olhos: pálpebras (inclinação, ptose, edemas); pupilas; conjuntivas (hemorragias conjuntivais); córnea; cristalino (pesquisar o reflexo vermelho); escleróticas
- Orelhas: forma, dimensões, implantação, apêndices ou fistulas pré-auriculares
- Nariz: forma, permeabilidade das fossas nasais e coanas
- Lábios: fendas, assimetria da comissura labial; retrognatismo; orofaringe (palato duro e mole, úvula, gengivas, língua)

### Pescoço:

- Esternocleidomastoideu: hematoma, encurtamento
- Tireoide (não palpável)
- Palpação das clavículas (pesquisa de descontinuidade, edema, crepitação)

### Tórax:

- Forma, simetria
- Hipertrofia mamária, distância intermamilar
- Sinais de dificuldade respiratória
- Auscultação pulmonar
- Auscultação cardíaca- Avaliação cardiovascular (inclui palpação dos pulsos femorais)

### Abdómen:

- Defeitos da parede abdominal (onfalocelo, gastroschisis)
- Coto umbilical: Vasos do cordão, sinais de onfalite
- Palpação abdominal (distensão abdominal, organomegalias, massas palpáveis)
- Hérnias

### Genitais:

- Ambiguidade sexual
- Hipo ou epispádias
- Criptorquidia
- Hidrocelo
- Imperfuração anal

### Coluna vertebral:

- Sinais sugestivos de disrafismo oculto: fosseta sacrococcígea, tufo piloso, sulco nadegueiro assimétrico

### Sistema musculoesquelético:

- Trauma, malformação
- Membros: polidactilias, sindactilias; deformidades redutíveis dos pés (metatarsus varus, pé talus, pé valgus); deformidade irreductível (Pé boto equinovarus)
- Ancas: manobras de Ortolani e Barlow

### Exame neurológico:

- Estado de alerta, choro
- Movimentos espontâneos
- Postura, tônus
- Pares cranianos (mímica facial, sucção, deglutição)
- Reflexos primitivos (Pontos cardeais, Tônico cervical assimétrico, Preensão palmar, Preensão plantar, Marcha automática, “Placing”, Moro)
- Reflexos osteotendinosos

## adolescência

A adolescência é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma etapa evolutiva que decorre entre os 10 e os 19 anos, sendo uma fase do desenvolvimento humano em que ocorrem alterações rápidas e fundamentais de ordem biológica, cognitiva, psicológica e social.

O adolescente é, regra geral, um indivíduo saudável, que recorre pouco aos serviços de saúde. A prevalência de comportamentos de risco nesta faixa etária é elevada, daí que, independentemente do motivo que o faça procurar os cuidados de saúde, cada contacto deve ser encarado como uma oportunidade para a promoção da saúde, desenvolvendo vínculos que favoreçam o diálogo sobre as questões de saúde, e para a identificação dos adolescentes e jovens em risco.

Por estes motivos, a anamnese e o exame objetivo na adolescência têm particularidades que são descritas de seguida.

### Anamnese:

A colheita da história clínica deve ser iniciada na presença dos pais e do adolescente, havendo uma parte da consulta reservada à entrevista a sós com o adolescente. Neste contexto deve ser explicado aos adolescentes e aos pais o conceito de confidencialidade, inerente a uma consulta de adolescentes, o seu significado e as suas limitações (na presença de possível lesão para o próprio e/ou outros).

Para permitir a avaliação do adolescente numa perspetiva biopsicossocial, deve ser usado como modelo a entrevista HEEADSSSSS.

Home	Agregado familiar, emprego dos pais, acontecimentos na família Ex: Onde moras? E quem mora contigo?
Education	Escola (frequência, local e ano), disciplinas favoritas e menos apreciadas; Relacionamento com professores e colegas; Planos de futuro. Ex: Andas na escola? Em que é que és bom na escola? O que é mais difícil para ti? Tens amigos na escola?
Eating	Alimentação Ex: O teu peso alterou-se recentemente? De que modo? O que é para ti uma dieta saudável? É a que fazes? Já fizeste dieta alguma vez?
Activities	Atividades extra-escolares (Hobbies, desportos; Modos de diversão/saídas noturnas), amizades (idades, melhor amigo/a) Ex: O que fazes para te divertir? O que fazes com os teus amigos? Como ocupas os teus tempos livres? O que fazes quando estás com a tua família? Tens alguma outra atividade organizada (grupo de jovens, escuteiros, voluntariado, etc.)?
Drugs	Consumo de tabaco, álcool ou drogas pelo próprio (Circunstâncias, quantidade, frequência); Uso de substâncias pelos amigos ou familiares. Ex: Muitos adolescentes experimentam tabaco, álcool ou drogas - Alguma vez tu ou os teus amigos experimentaram? No teu grupo de amigo(a)s, alguém fuma, bebe álcool ou consome drogas?

Sex	Afetos; Relações sexuais (idade? com quem? seguro? Abuso sexual? Prostituição?); Conhecimentos DST e contraceção. Ex: Estás ou alguma vez estiveste numa relação? Como te sentiste? Como te vez em termos de preferência sexual? Utilizas contraceção? Que método contraceptivo usas? Alguma vez foste forçado(a) a envolveres-te em práticas sexuais contra a tua vontade?
Sleep	Padrões de sono Ex: Quantas horas dormes por noite? Costumas ter dificuldade em adormecer?
Suicide	Sentimentos de culpa, desespero, irritabilidade; História de depressão e tentativas de suicídio no próprio ou familiares; Ideação suicida; Sintomatologia psicossomática. Ex: Sentes-te triste mais do que o habitual? Se tivesses que te definir como uma pessoa feliz ou triste, qual escolherias? Pensas por vezes em te magoares a ti próprio(a)? Conheces alguém que tenha pensado em suicidar-se? Isso já sucedeu contigo?
Security	Condução, uso de capacete e cinto de segurança; Gangs, armas de fogo/facas; Problemas com a lei; Comportamentos anteriores sob o efeito de drogas. Ex: Já tiveste algum acidente grave ou provocaste algum acidente? Usas sempre cinto de segurança, no carro? Alguma vez andaste de carro com um(a) condutor(a) embriagado(a)? Usas equipamentos de segurança quando praticas desportos (por exemplo, capacete)? Existe violência na tua escola? Alguma vez foste vítima ou te envolvereste em bullying ou em situação de violência?
Support	Figura de suporte e referência. Ex: Quando tens um problema quem procuras para te ajudar a resolver?

Durante toda a entrevista devem ser usadas perguntas abertas que permitam respostas mais elaboradas. Não há obrigatoriedade de passar por todos os parâmetros de forma exaustiva em cada consulta, nem de seguir a ordem estipulada, servindo este modelo apenas como um guião.

### Exame objetivo:

O exame objetivo deve ser realizado na presença de um acompanhante, sempre respeitando a privacidade de cada adolescente. Em cada fase do exame, devemos ir explicando ao adolescente a normalidade do mesmo, permitindo que este se mantenha tranquilo e colaborante na consulta.

O exame objetivo deve ser completo, com particular ênfase em alguns pontos:

- Avaliação do crescimento (Peso, altura, velocidade de crescimento e IMC);
- Perfil tensional (percentil da TA atendendo à idade, género e percentil de estatura);
- Pele – acne, cicatrizes, piercings, tatuagens;
- Visão, audição e dentição;
- Palpação da tiroide;
- Exame ortopédico (especial interesse à avaliação da coluna vertebral);
- Desenvolvimento pubertário (através da avaliação dos estádios de Tanner):

estádios	P (pilosidade púbica)	M (desenvolvimento mamário)	G (órgãos genitais)
1	pré-púbere: ausente	pré-púbere	pré-púbere; testículos $\pm 2,5$ ml
2	alguns pêlos longos; pigmentados	botão mamário	aumento dos testículos (volume $\geq 4$ ml); pigmentação do escroto
3	pêlos escuros, encaracolados, maior quantidade	mama e aréola maiores	aumento dos testículos (volume $\geq 4$ ml); pigmentação do escroto
4	pêlos tipo adulto; atinge mas não ultrapassa a face interna das coxas	aréola e mamilo destacam-se do contorno da mama	alargamento pénis; pregueamento da pele do escroto
5	distribuição tipo adulto	morfologia adulta; mama e aréola no mesmo plano	tipo adulto; volume testicular: 15 a 25 ml

Adaptado de Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa; Direção Geral de Saúde; 2013.

## alimentação no primeiro ano de vida

### » leite

- \* se possível, leite materno exclusivo até aos 6 meses
- \* antes dos 6 meses: 6 a 8 refeições/dia (máx: 180 ml/refeição)
- \* 6 - 12 meses: máximo 500 a 750 ml/dia

### » diversificação alimentar

- o mais próximo possível dos 6 meses (nunca antes dos 4 meses)
- \* intervalo de 3-5 dias entre cada novo alimento

### papa cereais

- \* antes dos 6 meses: papa sem glúten
- \* após os 6 meses: papa com glúten (introdução não deve ocorrer após os 7 meses)

### caldo puré/legumes

- \* recomendado: batata, cenoura, cebola, abóbora, alface, alho francês, couve branca
- ☞ não usar: espinafre, nabo, nabijas, beterraba e aipo
- \* após cozedura adicionar uma colher de chá (5 a 7 ml) de azeite em cru
- \* não adicionar sal

### fruta

- \* recomendado para iniciar: maçã, pera, banana
- ☞ não usar: morangos, kiwis, amoras, maracujá, morangos, framboesa
- \* dar individualmente e não em puré
- \* 2 doses de fruta/dia de diferentes cores
- \* usar como sobremesa
- \* sumos de fruta desaconselhados



### » a partir dos 6 meses

carne

- \* recomendado: carnes brancas (frango, peru, coelho, avestruz)
- \* introdução progressiva, máximo 15 a 20 g/dia

### » 7 meses

peixe

- \* dar preferência a peixes magros (pescada, linguado, solha, faneca)
- \* máximo 15 a 20 g/dia, 3 vezes por semana, alternando com a carne

### » 9 meses

ovo

- \* introduzir progressivamente, primeiro  $\frac{1}{4}$  da gema
- \* máximo uma gema  $\frac{3}{4}$  vezes por semana em substituição da carne/peixe

### » 10 meses

iogurte

- \* nunca como sobremesa

### » 11 meses

leguminosas secas

feijão, lentilha, ervilha, grão, fava

### » 12 meses

- \* introdução progressiva da dieta familiar
- \* leite de vaca inteiro meio gordo, leite “tipo 3” ou “leite de crescimento”
- \* ovo inteiro no máximo 3 vezes por semana
- \* possibilidade de usar a fruta e os legumes não recomendados

\*\*\*

- \* o aleitamento materno poderá ser mantido até aos 24 meses
- \* até aos 12 meses não dar sal, açúcar ou mel

- vitaminas e suplementos
- \* vitamina d: (1 gota de vigantol®) a iniciar na 1ª consulta e manter até aos 12 meses
- \* vitamina c: não é recomendada
- \* ferro: iniciar entre os 4-6 meses, se sob leite materno exclusivo

## desenvolvimento nos primeiros anos de vida

### Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada: 1-12M

	audição e linguagem	comportamento e adaptação social
4 - 6 semanas	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pára e pode voltar os olhos ao som de uma sineta, roca ou voz a 15 cm do ouvido.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fixa a face da mãe quando o alimenta.</li><li>• Tem sorriso presente às 6 semanas.</li><li>• Chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situação de prazer.</li></ul>
3 meses	<ul style="list-style-type: none"><li>• Atende e volta-se geralmente aos sons.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sorri.</li><li>• Tem boa resposta social à aproximação de uma face familiar.</li></ul>
6 meses	<ul style="list-style-type: none"><li>• Segue os sons a 45 cm do ouvido.</li><li>• Vocaliza sons monossílabos e dissílabos.</li><li>• Dá gargalhadas.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• É muito ativo(a), atento(a) e curioso(a).</li></ul>
9 meses	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tem atenção rápida para os sons perto e longe.</li><li>• Localiza sons suaves a 90 cm abaixo ou acima do nível do ouvido.</li><li>• Repete várias sílabas ou sons do adulto.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Leva uma bolacha à boca.</li><li>• Mastiga.</li><li>• Distingue os familiares dos estranhos.</li></ul>
12 meses	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tem resposta rápida aos sons suaves, mas habitua-se depressa.</li><li>• Dá pelo nome e volta-se.</li><li>• Jargão (vocaliza incessantemente em tom de conversa, embora completamente impercetível).</li><li>• Compreende ordens simples "dá, cá e adeus".</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bebe pelo copo com ajuda.</li><li>• Segura a colher mas não a usa.</li><li>• Colabora no vestir levantando os braços.</li><li>• É muito dependente do adulto.</li><li>• Demonstra afeto.</li></ul>

	postura e motricidade global	visão e motricidade fina
4 - 6 semanas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Em decúbito ventral - levanta a cabeça.</li> <li>• Em decúbito dorsal - a postura deve ser assimétrica; membro superior do lado da face em extensão.</li> <li>• Em tração pelas mãos - a cabeça cai.</li> <li>• Quando sentado(a) - dorso em arco e mãos fechadas.</li> <li>• Em suspensão vertical - cabeça ereta membros semi-fletidos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Segue uma bola pendente a 20 - 25 cm em <math>\frac{1}{4}</math> de círculo (do lado até à linha média).</li> </ul>
3 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Em decúbito ventral – apoio nos antebraços.</li> <li>• Em decúbito dorsal – postura simétrica, membros com movimentos ritmados.</li> <li>• Em tração pelas mãos – cabeça ereta e coluna dorsal direita.</li> <li>• De pé – flete os joelhos, não faz apoio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantém mãos abertas – junta-as na linha média e brinca com elas.</li> <li>• Segura brevemente a roca e move-a em direção à face.</li> <li>• Segue uma bola pendente <math>\frac{1}{2}</math> círculo e horizontal.</li> <li>• Apresenta convergência ocular</li> <li>• Faz pestanejo de defesa.</li> </ul>
6 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Em decúbito ventral – apoia-se nas mãos.</li> <li>• Em decúbito dorsal – levanta a cabeça, membros inferiores na vertical com dedos fletidos.</li> <li>• Em tração pelas mãos – faz força para se sentar.</li> <li>• Mantém-se sentado(a) sem apoio.</li> <li>• De pé faz apoio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tem preensão palmar.</li> <li>• Leva os objetos à boca.</li> <li>• Transfere objetos.</li> <li>• Esquece imediatamente o objeto quando este cai.</li> <li>• Apresenta boa convergência (estrabismo anormal).</li> </ul>
9 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Senta-se sozinho(a) e fica sentado(a) 10 a 15 minutos</li> <li>• Põe-se de pé com apoio mas não consegue baixar-se.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tem preensão e manipulação.</li> <li>• Leva tudo à boca.</li> <li>• Aponta com o indicador.</li> <li>• Faz pinça.</li> <li>• Atira os objetos ao chão deliberadamente.</li> <li>• Procura o objeto que caiu ao chão.</li> </ul>
12 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Passa de decúbito dorsal a sentado(a).</li> <li>• Tem equilíbrio sentado(a).</li> <li>• Gatinha.</li> <li>• Põe-se de pé e baixa-se com apoio de uma ou duas mãos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explora com energia os objetos e atira-os sistematicamente ao chão.</li> <li>• Procura um objeto escondido.</li> <li>• Tem interesse visual para perto e longe.</li> </ul>

## Sinais de alarme: 1-12M

---

1 mês	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ausência de tentativa de controlo de cabeça, na posição sentado(a).</li><li>• Apresenta hipertonidade na posição de pé.</li><li>• Nunca segue a face humana.</li><li>• Não vira os olhos e a cabeça para o som (voz humana).</li><li>• Não se mantém em situação de alerta, nem por breves períodos.</li></ul>
3 meses	<ul style="list-style-type: none"><li>• Não fixa, nem segue objectos.</li><li>• Não sorri.</li><li>• Não há qualquer controlo da cabeça.</li><li>• Tem as mãos sempre fechadas.</li><li>• Tem os membros rígidos em repouso.</li><li>• Apresenta sobressalto ao menor ruído.</li><li>• Chora e grita quando se toca.</li><li>• Pobreza de movimentos.</li></ul>
6 meses	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ausência de controlo da cabeça.</li><li>• Tem membros inferiores rígidos e faz passagem direta à posição de pé quando se tenta sentar.</li><li>• Não olha nem pega em qualquer objeto.</li><li>• Apresenta assimetrias.</li><li>• Não reage aos sons.</li><li>• Não vocaliza.</li><li>• Tem desinteresse pelo ambiente.</li><li>• Apresenta irritabilidade.</li><li>• Tem estrabismo manifesto e constante.</li></ul>
9 meses	<ul style="list-style-type: none"><li>• Não se senta.</li><li>• Permanece sentado(a) e imóvel sem procurar mudar de posição.</li><li>• Apresenta assimetrias.</li><li>• Não tem preensão palmar, não leva objetos à boca.</li><li>• Não reage aos sons.</li><li>• Vocaliza monotonamente ou perde a vocalização.</li><li>• É apático(a), sem relação com familiares.</li><li>• Engasga-se com facilidade.</li><li>• Tem estrabismo.</li></ul>
12 meses	<ul style="list-style-type: none"><li>• Não aguenta o peso nas pernas.</li><li>• Permanece imóvel, não procura mudar de posição.</li><li>• Apresenta assimetrias.</li><li>• Não pega nos brinquedos ou fá-lo só com uma mão.</li><li>• Não responde à voz.</li><li>• Não brinca nem estabelece contacto.</li><li>• Não mastiga.</li></ul>

---

## Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada: 18M-5A

	audição e linguagem	comportamento e adaptação social
18 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usa 6 a 26 palavras reconhecíveis e compreende muitas mais.</li> <li>• Mostra em si ou num boneco os olhos, o cabelo, o nariz e os sapatos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bebe por um copo sem entornar muito, levantando-o com ambas as mãos.</li> <li>• Segura a colher e leva alimentos à boca.</li> <li>• Não gosta que lhe peguem.</li> <li>• Exige muita atenção.</li> <li>• Indica necessidade de ir à casa de banho</li> <li>• Começa a copiar as atividades domésticas</li> </ul>
2 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diz o primeiro nome.</li> <li>• Fala sozinho(a) enquanto brinca.</li> <li>• Junta duas ou mais palavras, construindo frases curtas.</li> <li>• Apresenta linguagem incompreensível, mesmo pelos familiares.</li> <li>• Nomeia objetos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coloca o chapéu e os sapatos.</li> <li>• Usa bem a colher.</li> <li>• Bebe por um copo e coloca-o no lugar sem entornar.</li> </ul>
3 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diz o nome completo e o sexo.</li> <li>• Tem vocabulário extenso mas pouco compreensível por estranhos</li> <li>• Tem defeitos de articulação e imaturidade na linguagem.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pode despir-se, mas só se lhe desabotoarem o vestuário.</li> <li>• Vai sozinho(a) à casa de banho.</li> <li>• Come com colher e garfo.</li> </ul>
4 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sabe o nome completo, a idade e o sexo e habitualmente a morada.</li> <li>• Apresenta linguagem compreensível.</li> <li>• Tem apenas algumas substituições infantis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pode vestir - se e despir-se só com exceção de abotoar atrás e dar laços.</li> <li>• Gosta de brincar com crianças da sua idade.</li> <li>• Sabe esperar pela sua vez.</li> </ul>
5 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sabe nome completo, a idade, morada e habitualmente a data de nascimento.</li> <li>• Tem vocabulário fluente e articulação geralmente correta – pode haver confusão nalguns sons.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veste-se sozinho(a).</li> <li>• Lava as mãos e a cara e limpa-se sozinho(a).</li> <li>• Escolhe o(a) s amigo(a)s.</li> <li>• Compreende as regras do jogo.</li> </ul>

	postura e motricidade global	visão e motricidade fina
18 meses	<ul style="list-style-type: none"><li>• Anda bem.</li><li>• Apanha brinquedos do chão.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Constrói torre de 3 cubos.</li><li>• Faz rabiscos mostrando preferência por uma mão.</li><li>• Olha um livro de bonecos e vira várias páginas de cada vez.</li></ul>
2 anos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Corre.</li><li>• Sobe e desce com os dois pés o mesmo degrau.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Constrói torre de 6 cubos.</li><li>• Imita rabisco circular.</li><li>• Gosta de ver livros.</li><li>• Vira uma página de cada vez.</li></ul>
3 anos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tem equilíbrio momentâneo num pé.</li><li>• Sobe escadas alternadamente.</li><li>• Desce com os dois pés no mesmo degrau.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Constrói torre de 9 cubos.</li><li>• Imita (3A) e cópia (3A e meio) a ponte de 3 cubos – cópia o círculo – imita a cruz.</li><li>• Combina duas cores geralmente o vermelho e o amarelo. (confunde o azul e verde).</li></ul>
4 anos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fica num pé sem apoio 3 a 5 segundos.</li><li>• Sobe e desce as escadas alternadamente.</li><li>• Salta num pé.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Constrói escada de 6 cubos.</li><li>• Cópia a cruz</li><li>• Combina e nomeia quatro cores básicas.</li></ul>
5 anos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fica num pé 3 a 5 segundos, com os braços dobrados sobre o tórax.</li><li>• Salta alternadamente num pé.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Constrói 4 degraus com 10 cubos.</li><li>• Cópia o quadrado e o triângulo.</li><li>• Conta cinco dedos de uma mão e nomeia quatro cores.</li></ul>

## Sinais de alarme: 18M-5A

---

18 meses	<ul style="list-style-type: none"><li>• Não se põe de pé, não suporta o peso sobre as pernas.</li><li>• Anda sempre na ponta dos pés.</li><li>• Apresenta assimetrias.</li><li>• Não faz pinça – não pega em nenhum objeto entre o polegar e o indicador.</li><li>• Não responde quando o(a) chamam.</li><li>• Não vocaliza espontaneamente.</li><li>• Não se interessa pelo que o(a) rodeia; não estabelece contacto.</li><li>• Deita os objetos fora. Leva-os sistematicamente à boca.</li><li>• Tem estrabismo.</li></ul>
2 anos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Não anda sozinho(a).</li><li>• Deita os objetos fora.</li><li>• Não constrói nada.</li><li>• Não parece compreender o que se lhe diz.</li><li>• Não pronuncia palavras inteligíveis.</li><li>• Não se interessa pelo que está em seu redor.</li><li>• Não estabelece contacto.</li><li>• Não procura imitar.</li><li>• Tem estrabismo.</li></ul>
4-5 anos	<ul style="list-style-type: none"><li>• É hiperativo(a), distraído(a) e tem dificuldade de concentração.</li><li>• Apresenta linguagem incompreensível, substituições fonéticas, gaguez.</li><li>• Tem estrabismo ou suspeita de défice visual.</li><li>• Apresenta perturbação do comportamento.</li></ul>

---



## desidratação aguda na criança

### » Avaliar percentagem de desidratação

$$\text{- \% desidratação} = \frac{\text{peso anterior} - \text{peso atual}}{\text{peso anterior}} \times 100$$

### - sinais clínicos:

sinais	ligeira (3-5%)	moderada (5-10%)	grave (10-15%)
pulso	cheio	rápido	filiforme
tensão arterial	normal	normal/↓	choque
diurese	↓	↓↓	oligo-anúria
língua	ligeiramente seca	seca	muito seca
fontanela anterior	normal	deprimida	muito deprimida
olhos	normal	encovados	muito encovados, sem lagrimas
turgor cutâneo	normal	↓	prega evidente
pele	normal	fria	fria, marmoreada

### » Tratamento

#### - Solutos de reidratação oral

Osmolaridade 200-250 mOsm/l; sódio 60mmol/l; glicose 75-111mmol/l

Exemplos: solução da ESPGHAN, Dioralyte®, Miltina®

### - Fluidoterapia e.v.

Tipo de soro: NaCl (0,45% ou 0,9%) + glicose a 5%

Quantidade:

- Correção da desidratação (ml): peso (kg) x % desidratação x 10  
+  
• Cálculo das necessidades hídricas basais (ml)
  - ↳ Até aos 10kg: 100 ml/kg
  - ↳ Entre os 10-20kg: 1000 ml + 50 ml/kg por cada kg acima dos 10kg
  - ↳ Acima dos 20 kg: 1500ml + 20 ml/kg por cada kg acima dos 20kg

Duração:

Desidratação iso ou hiponatrémica: 24h (metade nas primeiras 6-8h)

Desidratação hipernatrémica: 48-72h

## febre em pediatria

“A febre é um poderoso engenho que a natureza trouxe ao mundo para derrotar os seus inimigos”

Thomas Sydenham

- Deriva do latim “febris” e é um estado do organismo caracterizado por um aumento anormal da temperatura corporal.
- É uma das causas mais frequentes de recurso ao Serviço de Urgência, acontecendo predominantemente em crianças com menos de 3 anos, as quais, na sua maioria, têm foco infeccioso identificável.

• Em 20% dos casos, após história clínica e exame físico cuidadosos, não se identifica a causa da febre

↳ A maioria dos 20% tem uma doença vírica autolimitada, contudo, algumas podem ter bacteriemia oculta e estar em risco de desenvolver complicações bacterianas graves.

#### » quando é febre?

- temperatura axilar > 38° C
- temperatura retal > 38,5° C

#### » definições

Febre sem foco → Duração inferior a 7 dias, história clínica cuidadosa e exame objetivo minucioso não permitem esclarecer a causa.

Bacteriemia oculta → Hemocultura positiva para bactérias patogénicas, em criança febril, sem foco infeccioso identificado, com bom estado geral.

Infeção bacteriana grave (IBG) → Bacteriemia, meningite bacteriana, pneumonia bacteriana, infeções da pele e tecidos moles, osteomielite, gastroenterite bacteriana, artrite séptica ou infeção do trato urinário.

#### » como proceder perante uma criança com febre?

##### história clínica pormenorizada

- Antecedentes pré e perinatais
- Doenças anteriores
- Imunizações (quais e quando)
- Contexto epidemiológico (contacto com doentes conhecidos, frequência de infantário/escola, profissão dos pais)
- Características da febre
- Nível de atividade da criança
- Repercussão eventual sobre o apetite

exame físico

- Mau estado geral compatível com quadro séptico (?)
- Presença de foco infeccioso
- Sinais respiratórios
- Existência de exantema (muito importante pelo risco de meningococemia - petéquias e sufusões hemorrágicas).

atenção: "Ar" séptico

» letargia | hipoventilação/hiperventilação | má perfusão periférica | cianose

» avaliação de risco de infecção bacteriana graveEscala de observação clínica de Yale

Item observado	1 Normal	3 Alteração moderada	5 Alteração severa
Tipo de choro	Forte com timbre normal ou criança ativa sem choro.	Choramingando ou soluçando.	Choro débil ou estridente.
Reações da criança e variações aos estímulos dos pais	Choro breve e consolável e, se acordado, está alerta e permanece acordado ou desperta rapidamente.	Chora, para e chora de novo. Fecha os olhos e acorda de novo ou só acorda com estímulo longo.	Choro contínuo ou pouca resposta. Difícil de acordar.
Cor	Corado.	Palidez de extremidades ou acrocianose.	Pálido ou cianótico; pele acinzentada ou marmórea.
Hidratação	Hidratado.	Mucosas secas.	Desidratado: mucosas secas, subcutâneo pastoso, olhos encovados.
Aspeto geral	Sorridente ou alerta.	Sorriso breve e fica alerta por períodos breves.	Não sorri, fácies inexpressiva, desinteressado e pouco alerta.

< 10 = baixa probabilidade de doença grave | De 10 a 16 = investigar | > 16 = doença infecciosa grave

risco de bacteriemia aumenta com o valor de temperatura

grupos de maior risco

- RN > 38°C ou
- 0-36 Meses com > 38°C e ar séptico



avaliação  
completa



Hemograma  
Bioquímica  
PCR / Procalcitonina  
Hemocultura  
Sumária urina  
Urocultura  
Punção lombar  
Radiografia tórax

## » conselhos aos pais em situações de menor gravidade

- \* Reforçar a necessidade de boa hidratação oral
- \* Tornar o ambiente agradável para a criança e ajustar a quantidade de roupa
- \* Explicar que a febre é um sintoma e é uma resposta normal à infeção
- \* Tranquilizar os pais no sentido de evitar a fobia da febre
- \* Utilizar antipiréticos (ver tabela de doses, pág.72)
- \* Explicar aos pais os sinais de alarme

## » sinais de alarme - quando consultar

- \* menores de 3 meses;
- \* mais de 5 dias de febre;
- \* vômitos persistentes, desidratação (boca seca, olhos encovados, choro sem lágrimas, prostração, irritabilidade, muita sede);
- \* mau estado geral nos intervalos sem febre;
- \* suspeita de doença grave (sepsis);
- \* manchas na pele que não desaparecem com a pressão do dedo

## situações frequentes em pediatria

### Antibioterapia nas Infecções das Vias Aéreas Superiores

#### » Faringo-Amigdalite Aguda Estreptocócica

Penicilina G benzantínica, 50 000 U/Kg (máx 2 400 000 U), dose única, im

- \* <15Kg: 600 000U;
- \* >15Kg: 1 200 000U.

ou

Amoxicilina, 50 mg/Kg/dia (máx 1,5-3 g/dia), oral, 8/8 h ou 12/12h, 7-10 dias.

Alternativa – macrólidos:

- \* Claritromicina, 15mg/Kg/dia (máx 1g/dia), oral, 12/12 h, 7-10 dias.
- \* Eritromicina, 40-50mg/kg/dia (máx 1,5-2g/dia), oral, 8/8h, 10 dias.
- \* Azitromicina, 12mg/Kg/dia, (máx 500 mg/dia), oral, 1 vez/dia, 5 dias.

#### » Adenoidite Aguda

Amoxicilina, 50mg/Kg/dia (máx 1,5-3g/dia), oral, 8/8h ou 12/12 h, 10 dias.

#### » Otite Externa

Tratamento tópico, 2-4 gotas, 6/6 h, durante 5-7 dias de ciprofloxacina, polimixina, neomicina ou gentamicina, combinado com corticoide.

## » Otite Média Aguda

- <2 Anos: antibioterapia ab initio;
  - >2 Anos: só medicar com antibiótico se quadro clínico grave.
- ↳ Nos restantes casos:
- Vigilância, Paracetamol e reavaliação dentro de 48-72 horas
  - Só iniciar antibioterapia se agravamento.

Amoxicilina, 80-90 mg/Kg/dia (máx 1,5-3 g/dia), oral, 8/8 horas ou 12/12 horas

- Se persistência ou agravamento dos sintomas às 48-72 horas:

↳ Amoxicilina + ácido clavulânico (formulação 14:1 "ES" – máx 1,5-3 g/dia de amoxicilina e 1,2 g/dia de ácido clavulânico), 80-90 mg/Kg/dia, 12/12 horas

Duração do tratamento: 5 dias: se >2 anos e OMA não complicada;  
10 dias: se < 2 anos ou OMA complicada.

## » Sinusite Aguda

Amoxicilina, 80-90 mg/Kg/dia (máx. 1,5-3 g/dia), oral, 8/8 horas ou 12/12 horas, 10-14 dias

Alternativas:

- » Fatores de risco (frequência de infantário, antibioterapia prévia nos 1-3 meses anteriores, idade < 2 anos) ou agravamento/falência terapêutica nas primeiras 75 horas:
- Amoxicilina + ácido clavulânico (formulação 14:1 "ES"; máx. 1,5-3 g de amoxicilina e 1,2g de ácido clavulânico), 80-90 mg/Kg/dia, 12/12 horas, 10-14 dias;
- Cefuroxima axetil, 30 mg/Kg/dia, oral, 12/12 horas, 10-14 dias.

### » Cefalosporinas Orais

Não indicadas para qualquer infecção respiratória alta (Amigdalite estreptocócica, Otite, infecções de tecidos moles).

Indicada para infecções urinárias, profilaxia – Cefadroxil, tratamento – cefuroxima axetil,

• Cefalosporinas terceira geração, raramente indicadas em Pediatria – cefixime, cefibuteno, cefprozil.

### » Bronquiolite Aguda

Etiologia: VSR, metapneumovírus, parainfluenza, influenza, adenovírus, rinovírus  
Vigiar sinais de dificuldade respiratória: adejo nasal, gemido, tiragem, polipneia e cianose.

Terapêutica:

- Reforço da hidratação oral, alimentação fracionada
- Elevação da cabeceira, oxigenoterapia se Sat O<sub>2</sub> <92%
- Desobstrução da via aérea superior com higiene nasal frequente com soro fisiológico
- Agonistas  $\beta_2$  adrenérgicos em nebulização (salbutamol) e corticosteroides - betametasona (oral), estes dois últimos – utilização controversa

	Bacteriana	Vírus, M. pneumoniae
Febre	geralmente > 39°	geralmente < 39°
Início	abrupto	gradual
Sintomas associados	dor torácica, dor abdominal	mialgias, faringite, conjuntivite, diarreia exantema
Auscultação pulmonar	diminuição do MV	sibilos



» **Pneumonia**

Terapêutica:

- Se hipoxemia – oxigenoterapia para Sat O<sub>2</sub> > 92%
- Nos RN e lactentes com <3M → Ampicilina + ceftriaxone
- Chlamydia trachomatis → Macróido
- Pneumonias não complicadas dos 3-5 A → Amoxicilina 80-100 mg/kg/dia

Alternativas:

- Cefuroxima axetil, amoxicilina + ác. Clavulânico
- Mycoplasma pneumoniae ou Chlamydia pneumoniae, sobretudo em crianças em idade escolar e adolescentes → Macróido (azitromicina ou claritromicina)

» Conjuntivite	Bacteriana	Vírica
Microrganismos	Haemophilus influenzae, Streptococcus pneumoniae, Moraxella catarrhalis	Adenovírus tipos 8,19 Enterovírus Herpes simplex
Período de incubação	24-72 H	1- 14 Dias
Fotofobia	ligeira	moderada a severa
Secreção	purulenta	mucoide/severa
Adenopatia	pouco usual na aguda (<10%)	mais comum (20%)
Tratamento	AB + AINE	AB profilático + AINE

## fármacos e doses em pediatria

fármacos	posologia
Amoxicilina	50-100 mg/kg (máx. 3g) 8/8h
Amoxicilina + ác. Clavulânico	4:1 40-50 mg/kg 8/8 h 7:1/14:1 40-90 mg/kg 12/12 ou 8/8h
Penicilina G benzantínica	50 000 U/kg, dose única, im (máx. 2 400 000 U) < 15 Kg: 600 000 U 15 Kg: 1 200 000 U
Azitromicina	10 mg/kg 1 toma/dia
Claritromicina	15 mg/kg 2 tomas/dia
Paracetamol	10-20 mg/kg/dose até de 4/4h (máx. 90mg/kg/dia)
Ibuprofeno	5 mg/kg/dose até de 6/6h (máx. 20mg/kg/dia)
Salbutamol (neb.)	Peso x 0,8 gotas (máx. 24 gotas)
Betametasona	Peso x 2 gotas de 8/8h
Desloratadina	2-5 A - 1,25 mg (2,5 ml) 6-11 A - 2,5 mg (5 ml) ≥ 12 A - 5 mg (10ml)
Clemastina (im, ev)	0,025 mg/kg/dose 2 tomas/dia
Cânulas nasais ou "prongs"	Débito < 3L/min
Máscara de oxigénio	Débito 6L/min
Diazepam (rectal)	<1 A - 2,5mg/dose 1-3 A - 5 mg/dose >4 A - 10 mg/dose

## doenças infecciosas exantemáticas

### doenças exantemáticas - características clínicas

Doença/Agente	Clínica	Exantema	Diagnóstico	Complicações
Sarampo <i>paramixovírus</i>	PI - 7 a 18 dias, febre alta, tosse, coriza e conjuntivite; manchas de koplik (patognomónicas) na mucosa oral, junto aos pré-molares inferiores, antes do início do exantema.	Maculopapular; 1º dia: discreto; > 3º dia: confluyente com progressão céfalo-caudal, com atenuação pela ordem de aparição; descação fufurúcea após desapareção do exantema (excepto nas mãos e pés).	Clínico Serologia: IgM específica	Otite, pneumonia, laringotraqueíte, encefalite esclerosante subaguda, morte.
Rubéola <i>Togavírus</i>	PI - 14 a 21 dias. Febre baixa ou ausente; sinal característico: adenopatis cervicais posteriores, sub-occipitais ou retroauriculares.	1º manifestação, macular discreto não confluyente, fugaz – 3 dias/ descendente (1º dia- face/ tronco; 3º dia membros, menos acentuado na face e tronco); pode ser pruriginoso.	Clínico Serologia: IgM específica, culturas, secreção nasal.	Síndrome da rubéola congénita, encefalite, artralgia, artrite.
Escarlatina <i>Streptococcus</i> grupo A	PI - 2 a 4 dias. Febre alta com amigdalite eritemato-pultacea e enantema do palato, língua saburrosa/ em framboesa e adenomegalias cervicais.	Febre seguida de exantema máculo-papular ou punctiforme, sem intervalos de pele são, áspero, mais intenso nas pregas cutâneas, palidez peribucal; descamação (sequência: face-tronco-extremidades) - 1ª-3ª semana.	Cultura exsudado faríngeo/ deteção rápida de antígeno.	Abcesso retro-amigdalino; febre reumática; glomerulonefrite aguda.

## doenças exantemáticas - características clínicas (cont.)

Doença/Agente	Clínica	Exantema	Diagnóstico	Complicações
Exantema Súbito <i>Herpes vírus 6</i> <i>Herpes vírus 7</i>	Mais frequente no lactente, febre alta 3-4 dias, bem tolerada.	Início imediatamente após normalização da temperatura, máculo-papular róseo, centrípeto, dois a três dias de duração.	Clínico	Convulsões febris; doença disseminada em imunocomprometidos.
Eritema Infeccioso <i>Parvovírus B19</i>	PI - 6 a 15 dias, sintomas gerais; por vezes dois a três dias de febre e intervalo livre de sete dias.	Exantema eritematoso da face (bochechas esbofeteadas), geográfico da superfície extensora dos membros; recorrência possível por agentes físicos.	Clínico IgM específica; PCR para imunocomprometidos	Artrite; crise aplásica, infecção crônica em imunocomprometidos.
Exantema vírico inespecífico <i>Enterovírus</i> <i>Adenovírus</i>	Febre discreta desde 1-3 dias antes do início de exantema até 1-3 dias depois.	Máculo-papular, rubeo-liforme, durante um a três dias, por vezes com sinais sugestivos dos vírus em causa: herpangina, síndrome mão-pé-boca.	Clínico	Meningite, miocardite.
Febre escarionodular <i>Rickettsia conori</i>	Contacto com cães, febre alta com mialgias e mal-estar geral. Escara de inoculação e adenopatia satélite.	Exantema máculo-papular e nodular não coalescente, predominando nos membros; inclui plantas dos pés e palmas das mãos; pode evoluir para petéquias.	Clínico, Serologia	Pneumonia, flebite encefálica, miocardite.

Quadro retirado de Tratado de Clínica Pediátrica, 2ª Edição (2008) de João M Videira Amaral.

folha de presenças na consulta externa

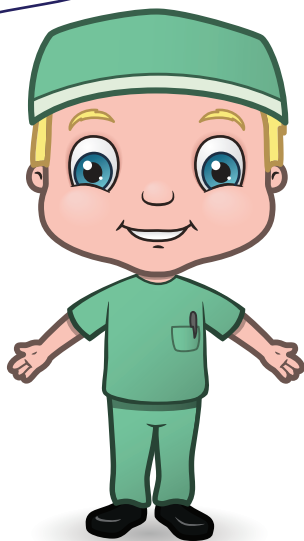
» » »

**Nome****Meses de estágio**

CONSULTA	DATA	ASSINATURA
<b>Pediatria Geral</b>		
<b>Patologia renal</b>		
<b>Alergologia</b>		

CONSULTA	DATA	ASSINATURA
<b>Adolescentes</b>		
<b>Desenvolvimento</b>		
<b>Hematologia</b>		
<b>Neonatologia</b>		
<b>Diabetes</b>		
<b>Endocrinologia</b>		
<b>Telemedicina</b>		

contactos  
úteis







	chaves	lamego	peso da régua	vila real
emer. médica (paragem)	1112	2112		4112
emer. inst. equipamen.	1117	2117	3117	4117

nome	contacto interno		
médicos	vila real	chaves	lamego
Dr. Eurico Gaspar	5349		
Dr. <sup>a</sup> Nilza Ferreira	5347		
Dr. António Trindade	5344		
Dr. <sup>a</sup> Isabel Soares	5348		
Dr. <sup>a</sup> Natalina Miguel	5351		
Dr. <sup>a</sup> Márcia Quaresma	5356		
Dr. <sup>a</sup> Cristina Cândido	5352		
Dr. António Pereira	5350		
Dr. <sup>a</sup> Marisa Sousa	5345		
Dr. Juan Calviño	5354		
Dr. <sup>a</sup> Susana Sousa	5346		
Dr. <sup>a</sup> Vânia Martins	5357		
Dr. <sup>a</sup> Marisa Carvalho	5438		
Dr. <sup>a</sup> Ana Margarida Costa	5359		
Dr. <sup>a</sup> Aida Sá	5361		
Dr. <sup>a</sup> Joana Carvalho	5333		
Dr. <sup>a</sup> Joana Cotrim	5335		
Dr. <sup>a</sup> Helena Pereira	5520		

nome	contacto interno		
médicos	vila real	chaves	lamego
Dr. <sup>a</sup> Clara Preto	5536		
Dr. <sup>a</sup> Ana Lopes Dias	5146		
Dr. <sup>a</sup> Joana Soares	5529		
Dr. Jorge Abreu Ferreira	5844		
Dr. <sup>a</sup> Sara Peixoto	5845		
Dr. <sup>a</sup> Cristiana Martins	5056		
Dr. <sup>a</sup> Sara Dias Leite	5000		
Dr. José Carlos Matos			
Dr. Miguel Cunha		5280	
Dr. Jorge França			
Dr. <sup>a</sup> Inês Torrado		5511	
Dr. <sup>a</sup> Gabriela Pereira		5368	
Dr. Luís Pinheiro Torres			5286
nome	contacto interno		
consulta externa	vila real	chaves	lamego
Admin. - D <sup>a</sup> Fátima Balsa	4250		
Admin.- Sr. Hugo Santos	4329		
Administrativo		1322/1306	
Administrativo			2239

nome	contacto interno		
enfermaria de pediatria	vila real	chaves	lamego
Enf <sup>a</sup> Chefe Teresa Alves	5383		
Enf <sup>a</sup> Chefe Adelaide Rebelo		5004	
Enf <sup>a</sup> Chefe Lurdes Almeida			5149
Geral: sala enfermagem	4271	1309	
Sala dos médicos	4256	1310	
Copa	4255		

nome	contacto interno		
neonatologia UCERN	vila real	chaves	lamego
Enf <sup>o</sup> Chefe Paulo Santos	5285		
Geral	4260		
Telefone móvel			

nome	contacto interno		
urgência pediátrica	vila real	chaves	lamego
Administrativo	4226	1207	
Geral	4254		
Gabinete 1	4319	1249	
Gabinete 2	4620		
SO	4618		
Telemóvel	5633		
Sala espera chamar doentes	4910		

nome	contacto interno		
maternidade	vila real	chaves	lamego
Enfª Chefe Manuela	5387		
Geral	4505		

nome	contacto interno		
bloco de partos	vila real	chaves	lamego
Enfª Conceição Arriscado	5158		
Geral	4433		

nome	contacto interno		
bloco operatório	vila real	chaves	lamego
Geral	4430	1410	2162
Anestesista Urgência	4663		

nome	contacto interno		
urgência geral	vila real	chaves	lamego
Administrativo	4413	1274	2202
Geral	4425	1207	2218
Gabinete Cirurgia	4606		2212
Gabinete Ortopedia	4607		

nome	contacto interno		
patologia clínica	vila real	chaves	lamego
Administrativo	4479	1320	2142
Laboratório urgência	4491	1328	2141
Microbiologia	4585	1327	2143

nome	contacto interno		
outros	vila real	chaves	lamego
Imagiologia: Administrativo	4438	1220	2236
Imagiologia: Câmara Clara	4492	1204	2231
TAC	4406	1217	
RMN – SMIC	4392		
EEG	4248		
Serviço de Sangue	4488	5188	
Serviço Social	4432	1203	2201
Farmácia	4462	1292	2021
Med. Física e Reabilitação	4474	1240	2131
Exames esp. Pneumologia	4480		
Exames esp. Cardiologia	4410	1251	
Central de transportes	4363	1336	
Arquivo	4270		2198
Recursos Humanos	4262	1198	2110
Internato Médico	5417		
D. <sup>a</sup> Henriqueta			

nome	contacto interno		
outros	vila real	chaves	lamego
Informática	4600		
Telefonista	4000	1000	2000
Segurança			

notas





















## Autoria

---

Sara Peixoto

## Colaboração

---

Ana Lopes Dias

Ana Margarida Costa

Aida Sá

Cristiana Martins

Clara Preto

Eurico J Gaspar

Helena Pereira

Joana Carvalho

Joana Cotrim

Joana Soares

Jorge Abreu Ferreira

Marisa Carvalho

Sara Dias Leite

Susana Sousa

Vânia Martins

