



SÍNDROMES PEDIÁTRICAS II

GUIA DO ESTUDANTE

Medicina UNIFENAS-BH



Síndromes Pediátricas

1º Semestre - 2025



UNIVERSIDADE PROFESSOR EDSON ANTONIO VELANO - UNIFENAS

CURSO DE MEDICINA BELO HORIZONTE

Presidente da Fundação Mantenedora - FETA

Larissa Araújo Velano

Reitora

Maria do Rosário Velano

Vice-Reitora

Viviane Araújo Velano Cassis

Pró-Reitor Acadêmico

Daniel Ferreira Coelho

Pró-Reitora Administrativo-Financeira

Larissa Araújo Velano Dozza

Pró-Reitora de Planejamento e Desenvolvimento

Viviane Araújo Velano Cassis

Supervisora do Campus Belo Horizonte

Maria Cristina Costa Resck

Coordenador do Curso de Medicina

José Maria Peixoto

Coordenadora Adjunta Curso de Medicina

Aline Cristina d'Ávila Souza

Subsecretária Acadêmica

Keila Elvira de Souza Pereira

Diretor Técnico do CEASC/CEM-Norte

Galileu Bonifácio da Costa Filho

Gerente Administrativa do Campus Belo Horizonte

Silvana Maria de Carvalho Neiva



Unidade Itapoã

Rua Líbano, 66 - Bairro Itapoã
CEP: 31710-030
Tel. (31) 2536-5681



Unidade Jaraguá

Rua Boaventura, 50 - Bairro Universitário
CEP: 31270-020
Tel. (31) 2536-5801

Este material é regido pelas leis nacionais e internacionais de direitos de propriedade intelectual, de uso restrito do Curso de Medicina da UNIFENAS-BH. É proibida a reprodução parcial ou total, de qualquer forma ou por qualquer meio, por violação dos direitos autorais (Lei 9.610/98).

© 2025 UNIFENAS. TODOS OS DIREITOS RESERVADOS.





COORDENADORES DE BLOCOS TEMÁTICOS E ESTÁGIOS SUPERVISIONADOS

Período/Bloco Temático	Coordenadores de Bloco	Período/Bloco Temático	Coordenadores de Bloco
1º Período		2º Período	
Homeostasia	Flávia Pereira de Freitas Junqueira	Epidemia	Luiz Alexandre Viana Magno
Hemorragia e Choque	Bruno Cabral de Lima Oliveira	Inconsciência	Audrey Beatriz Santos Araújo
Oligúria	Carla dos Santos Simões	Abdome Agudo	Bárbara dos Santos Simões
Dispneia	Lidiane Aparecida Pereira de Sousa	Febre	Ana Cristina Persichini Rodrigues
3º Período		4º Período	
Células e Moléculas	Josiane da Silva Quetz	Puberdade	Akisa Priscila Oliveira de Sousa Penido
Nutrição e Metabolismo	José Barbosa Júnior	Vida Adulta	Fabiano Cassaño Arar
Gestação	Pedro Henrique Tannure Saraiva	Meia Idade	Paula Maciel Bizotto Garcia
Nascimento, Crescimento e Desenvolvimento	Cristiano José Bento	Idoso	Simone de Paula Pessoa Lima
5º Período		6º Período	
Síndromes Pediátricas I	Gláucia Cadar de Freitas Abreu	Síndromes Pediátricas II	Bruna Salgado Rabelo
Síndromes Digestórias	Camila Bernardes Mendes Oliveira	Síndromes Infeciosas	Isabela Dias Laur
Síndromes Cardiológicas	Flávia Carvalho Alvarenga	Síndromes Nefro-Urológicas	Geovana Maia Almeida
Síndromes Respiratórias	Gláucia Cadar de Freitas Abreu	Síndromes Hemato-Oncológicas	Kevin Augusto Farias de Alvarenga
7º Período		8º Período	
Síndromes Ginecológicas	Paulo Henrique Boy Torres	Emergências Clínicas e Trauma	Maria Cecília Souto Lúcio de Oliveira
Síndromes Dermatológicas	Nathalia Borges Miranda	Síndromes Cirúrgicas	Eduardo Tomaz Froes
Síndromes Endocrinológicas	Livia Maria Pinheiro Moreira	Síndromes Obstétricas	Rafaela Friche de Carvalho Brum Scheffer
Síndromes Neuropsiquiátricas	Roberta Ribas Pena	Síndromes Reumato-Ortopédicas	Déborah Lobato Guimarães Rogério Augusto Alves Nunes
9º Período		10º Período	
Estágio em Clínica Médica	Bruno César Lage Cota Rita de Cássia Corrêa Miguel Marcelo Bicalho de Fuccio	Estágio em Saúde da Mulher	Juliana Silva Barra Vanessa Maria Fenelon da Costa Inessa Beraldo Bonomi
Estágio em Clínica Cirúrgica	Eduardo Tomaz Froes Maria Cecília Souto Lúcio de Oliveira Aloísio Cardoso Júnior	Estágio em Saúde da Criança	Cristiani Regina dos Santos Faria Guilherme Rache Gaspar Patrícia Quina Albert Lobo
11º Período		12º Período	
Estágio em Atenção Integral à Saúde I	Antonio Carlos de Castro Toledo Júnior	Estágio em Urgências e Emergências Clínicas em Saúde Mental	Fernanda Rodrigues de Almeida Alexandre Araújo Pereira
Estágio em Atenção Integral à Saúde II	Ruth Borges Dias Fabiano Cassaño Arar Gabriel Costa Osanan	Estágio em Urgências e Emergências Clínicas e Cirúrgicas	Luis Augusto Ferreira





SUMÁRIO

Introdução	8
Objetivos de Aprendizagem	9
Referências bibliográficas básica e complementar	10
Calendário de provas e seminários	10
Grupos Tutoriais	15
Grupo Tutorial 1	15
Grupo Tutorial 2	17
Grupo Tutorial 3	18
Grupo Tutorial 4	19
Grupo Tutorial 5	20
Seminários	22
Seminário 1	23
Seminário 2	23
Seminário 3	23
Seminário 4	24
Treinamento de Habilidades	59
Treinamento de Habilidades 1	26
Treinamento de Habilidades 2	33
Treinamento de Habilidades 3	38
Projetos em Equipe	45
Ambulatórios	49
Práticas de Laboratório	
NORMAS PARA UTILIZAÇÃO DOS LABORATÓRIOS	55
Prática em Laboratório 1 – Patologia Clínica	57
Prática em Laboratório 2 – Patologia Clínica	60
Prática em Laboratório 3 – Patologia Clínica	63
Curvas de Crescimento	65
Calendário Vacinal	74



Introdução

O Bloco Síndromes Pediátricas II é uma continuação do bloco Síndromes Pediátricas I. As doenças mais prevalentes em pediatria são autolimitadas e cursam frequentemente com tosse, febre, diarreia e vômitos, cujas principais causas foram abordadas no semestre passado.

Em conformidade com os próximos blocos de síndromes clínicas, procuramos abordar algumas doenças que ocorrem na pediatria, todas de grande relevância clínica.

As doenças infecciosas terão presença marcante nesse bloco considerando sua alta prevalência na população pediátrica, seus aspectos preventivos e pela possibilidade de evolução para casos graves. As doenças exantemáticas e as infecções congênitas, cujo espectro clínico é bastante variável, serão contempladas.

As doenças nefro-urológicas com o representante mais comum, a infecção do trato urinário, estão aqui presentes. As parasitoses intestinais bem como a anemia carencial mais prevalente em pediatria serão abordadas.

Conciliar as diversas estratégias e revisar os conteúdos previamente adquiridos, especialmente nos Blocos Nascimento Crescimento e Desenvolvimento, Síndromes Pediátricas I e no Ambulatório, são fundamentais para o bom aproveitamento desse bloco.

Finalmente, o bloco Síndromes Pediátricas II procura consolidar a noção de que a atuação do pediatra não se restringe ao tratamento das doenças da infância. A avaliação integral do pequeno paciente, a promoção à saúde realizada pelas orientações sobre alimentação adequada, imunizações, prevenção de acidentes e estímulos ao desenvolvimento também fazem parte da sua atuação.





Objetivos de Aprendizagem

ASPECTOS MÉDICOS – Conhecimentos

1. Compreender os aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos da anemia ferropriva na criança.
2. Compreender os aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos da infecção do trato urinário (ITU) na criança e no adolescente.
3. Compreender os aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos básicos das meningoencefalites na criança.
4. Compreender os aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos básicos da bronquiolite viral aguda (BVA)
5. Identificar características clínicas das doenças exantemáticas da infância e realizar diagnóstico diferencial das principais doenças exantemáticas da criança
6. Compreender febre na infância e sua abordagem terapêutica
7. Compreender os aspectos etiológicos, diagnósticos e terapêuticos das principais infecções congênitas
8. Avaliar e classificar sinais de gravidade de crianças entre 2 meses e 5 anos através da ferramenta do manual AIDPI
9. Avaliar o desenvolvimento das crianças menores de 5 anos através da ferramenta do manual AIDPI
10. Compreender a abordagem da violência contra a criança através da ferramenta do manual AIDPI
11. Analisar criticamente artigos científicos de estudos observacionais através da avaliação dos seus identificadores e características dos periódicos.
12. Identificar as características dos estudos observacionais e suas classificações e medidas de associação utilizadas, com ênfase em estudos coorte e caso-controle
13. Relembrar os conceitos de bioestatística: nível de confiança, valor de p e intervalo de confiança
Conceituar e interpretar os conceitos relativos à validade de testes diagnósticos: sensibilidade, especificidade, VPP, VPN.
14. Realizar o atendimento integral à criança e ao adolescente em ambulatório de atendimento primário
15. Compreender as principais doenças causadas por helmintos na criança e no adolescente
16. Compreender as principais doenças causadas por protozoários na criança e no adolescente
17. Compreender as particularidades do *Schistosoma mansoni* e da esquistossomose na criança e no adolescente.



Referências bibliográficas básica e complementar

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

1. CAMPOS JÚNIOR, Dioclécio; BURNS, Dennis Alexander R.; LOPEZ, Fábio A. **Tratado de pediatria** v.1 e 2. 5.ed. Barueri: Editora Manole, 2022. (Sociedade Brasileira de Pediatria). E-book. ISBN 9786555767476. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555767476/>. Acesso em: 11 jul. 2024.
2. ERICHSEN, Elza et al. Medicina laboratorial para o clínico. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 783p.
3. FLETCHER, Grant S. Epidemiologia clínica: elementos essenciais. Porto Alegre: Grupo A, 2021. E-book. ISBN 9786558820161. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786558820161/>. Acesso em: 25 abr. 2024.
4. LEÃO, Ennio et al. Pediatria ambulatorial. Revisão de Iriam Gomes Starling. Ilustrações de Ana Lúcia Pimenta Starling. Colaboração de Ana Maria Figueiredo Rocha et al. 6. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2022. 1911 p., il. ISBN 9786586108170.
5. NEVES, David Pereira. Parasitologia humana. 10. ed. São Paulo: Atheneu, 2003. 428 p.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual AIDPI Crianças – 2 meses a 5 anos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/aidpi2_1.pdf. Acesso em: 25 abr. 2024.
7. RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA. Sociedade Brasileira de Pediatria. Disponível em: <https://residenciapediatrica.com.br/> Acesso em: 25 abr. 2024.
8. **The Journal of Clinical Epidemiology**. ISSN: 0895-4356. Disponível em: <https://www.sciencedirect-com.ez174.periodicos.capes.gov.br/journal/journal-of-clinical-epidemiology>. Acesso em: 04 jul. 2024.



BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:

1. FREIRE, Lincoln Marcelo Silveira. Diagnóstico diferencial em pediatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 1213 p., il. ISBN 9788527713962.
2. MOREIRA, Wagner Brant (ed.). Manual de Leitura Crítica de Artigos Científicos. Belo Horizonte: Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica, 2011 Disponível em: <https://www.sboc.org.br/app/webroot/leitura-critica/>. Acesso em: 23 abr. 2024.
3. KLIEGMAN, Robert M. et al. Nelson textbook of pediatrics. 19. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Saunders, 2011. 2610 p.
4. HULLEY, Stephen B.; CUMMINGS, Steven R.; BROWNER, Warren S.; et al. Delineando a Pesquisa Clínica. Porto Alegre: Grupo A, 2015. E-book. ISBN 9788582712030. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582712030/>. Acesso em: 25 abr. 2024.
5. MAROSTICA, P. J. C. Pediatria: consulta rápida. 2. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2017. Ebook. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books/9788582714478>. Acesso em: 25 abr. 2024.
6. REY, Luís. Bases da Parasitologia Médica. 3 ed. Porto Alegre: Grupo GEN, 2009. E-book. ISBN 978-85-277-2026-7. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/978-85-277-2026-7/>. Acesso em: 25 abr. 2024.
7. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Clinical Practice Guideline. Urinary Tract Infection: clinical practice guideline for the diagnosis and management of the initial UTI in febrile infants and children 2 to 24 months of age. Pediatrics, v.128, n.3, p. 595-610. Disponível em: <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/138/6/e20163026.full.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2024.
8. BRASIL. Ministério da Saúde Programa Nacional de Suplementação de Ferro: Manual de Condutas

- Gerais. Ministério da Saúde, 2013. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_suplementacao_ferro_condutas_gerais.pdf. Acesso em: 25 abr. 2024.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde: volume único. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf. Acesso: 25 abr. 2024.
10. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamentos Científicos de Cardiologia, Imunizações, Infectologia, Neonatologia e Pneumologia. Diretrizes para o manejo da infecção causada pelo Vírus Sincicial Respiratório (VSR). 2017. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Diretrizes_manejo_infeccao_causada_VSR2017.pdf. Acesso em: 25 abr. 2024.
11. CDC. Emerging infectious diseases. Atlanta, GA: Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC).1995- ISSN: 1080-6059. Versão online Disponível em: <https://wwwnc.cdc.gov/eid/>. Acesso em: 25 abr. 2024.
12. BMJ Evidence-Based Medicine. ISSN. 2515-446X. Disponível em: <https://ebm-bmj-com.ez174.periodicos.capes.gov.br/>. Acesso em: 05 jul. 2024.



Calendário de provas e seminários

Seminário	Data/horário	Tema	Professora
Apresentação do bloco	05/02 (13H): TODAS AS TURMAS- Sala 15		
Seminário 1	07/02/25- Auditório 13 as 14h- turmas A, B e C	Febre na infância	Luiza Paixão
Seminário 2	12/02/25 - sala 15 12:45 as 13:45- turmas A, B e C	Infecções Congênitas	Bruna Rabelo
Seminário 3	14/02/25- Auditório 12:45 as 13:45- turmas A, B e C	Doenças Exantemáticas	Ana Luiza
Seminário 4	26/02/25- Sala 15 11:15 às 12h30 - turmas A, B e C	Abordagem clínica das parasitoses intestinais na infância	Kevin de Alvarenga

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
---------	-------	--------	--------	-------



		05/02 Turma C (M): GT1A Turma A (T): GT1A Turma B (T): GT1A	06/02	07/02 Turma B (T): GT1R / GT2A Turma C (T): GT1R / GT2A
10/02 Turma A (M): GT1R / GT2A	11/02	12/02 Turma C (M): GT2R / GT3A Turma A (T): GT2R / GT3A Turma B (T): GT2R / GT3A	13/02	14/02 Turma B (T): GT3R / GT4A Turma C (T): GT3R / GT4A
17/02 Turma A (M): GT3R / GT4A	18/02	19/02 AVALIAÇÃO PARCIAL (13H30)	20/02	21/02 Turma B (T): GT4R / GT5A Turma C (T): GT4R / GT5A
24/02 Turma A (M): GT4R / GT5A/	25/02	26/02 Turma C (M): GT5R Turma A (T): GT5R Turma B (T): GT5R	27/02	28/02 AVALIAÇÃO FINAL (13H00)

Legenda: M manhã; T tarde; GTxA análise; GTxR resolução.



Prova	Data e hora	Local	Conteúdo	Professores
Parcial	19/02/25 - 13:30	Salas 2 e 7	GT 1, 2 e 3 e seminários 1, 2	Tutores oncohemato e nefrouro
Final	28/02/25 - 13h00	Salas 2 e 7	GT 1, 2, 3, 4 e 5 Seminários 1, 2, 3 e 4	Tutores oncohemato e infecto
PE	As datas e locais de prova serão divulgados pelos respectivos professores de cada estratégia.			
PL				
TH				

Calendário de Avaliações 2025.1. * Os locais das provas do bloco serão divulgados na primeira semana de aula, através das plataformas oficiais

“As datas e horários do Bloco, inclusive das avaliações previstas, poderão ser alterados, sendo a comunicação das alterações realizada através de aviso no Moodle e tiuweb com antecedência mínima de 72 horas, salvo por motivo de força maior”

O Professor de cada estratégia é responsável pela mudança, reposição e comunicação com a coordenação e secretaria acadêmica

HORÁRIO SÍNDROMES PEDIÁTRICAS II 2025/01 - CURSO DE MEDICINA - UNIFENAS-BH (Atenção: Horário sujeito a modificações)

TURMA A		Segunda			Terça			Quarta			Quinta			Sexta		
Hora	Grupo	Estratégia	Professor	Local	Estratégia	Professor	Local	Estratégia	Professor	Local	Estratégia	Professor	Local	Estratégia	Professor	Local
07:30	1	GT	Rafael M	102	Ambulatório especialidade	CEASC	102	TP	----	----	TP	----	----	TP	----	----
09:10	2	GT	Vanessa B	103	TH	Rodrigo C	Simulação	TP	----	----	TP	----	----	TP	----	----
	3	GT	Geovana	104	TP	----	----	TP	----	----	TP	----	----	TP	----	----
	4	GT	Fernanda	105	TP	----	----	TP	----	----	TP	----	----	TP	----	----
09:30	1	GT	Rafael M	102	TP	----	----	TP	----	----	TP	----	----	TP	----	----
11:10	2	GT	Vanessa B	103	TP	----	----	TP	----	----	TP	----	----	TP	----	----
	3	GT	Geovana	104	TP	----	----	TP	----	----	TP	----	----	TP	----	----
	4	GT	Fernanda	105	TH	Rodrigo C	Simulação	Seminários	Vários	----	TP	----	----	TP	----	----
13:30	1	CEASC	CEASC	CEASC	CEASC	CEASC	CEASC	GT	Rafael M	102	TH	Mathheus S	Simulação	TP	----	----
15:10	2	CEASC	CEASC	CEASC	CEASC	CEASC	CEASC	GT	Vanessa B	103	TP	----	----	TP	----	----
	3	CEASC	CEASC	CEASC	CEASC	CEASC	CEASC	GT	Geovana	104	TP	----	----	TP	----	----
	4	CEASC	CEASC	CEASC	CEASC	CEASC	CEASC	GT	Fernanda	105	TP	----	----	TP	----	----
15:30	1	CEASC	CEASC	CEASC	CEASC	CEASC	CEASC	GT	Rafael M	102	TP	----	----	TP	----	----
17:10	2	CEASC	CEASC	CEASC	CEASC	CEASC	CEASC	GT	Vanessa B	103	TP	----	----	TP	----	----
	3	CEASC	CEASC	CEASC	CEASC	CEASC	CEASC	GT	Geovana	104	TH	Mathheus S	Simulação	PE	José Antônio	Metodologias Atras CEASC
	4	CEASC	CEASC	CEASC	CEASC	CEASC	CEASC	GT	Fernanda	105	TP	----	----	TP	----	----



HORÁRIO DE AMBULATÓRIOS DE ESPECIALIDADES DO SEXTO PERÍODO - CURSO DE MEDICINA - UNIFENAS-BH

Hora	Grupo	Segunda			Terça			Quarta			Quinta			Sexta		
		Bloco	Professor	Local	Bloco	Professor	Local	Bloco	Professor	Local	Bloco	Professor	Local	Bloco	Professor	Local
07:30-11:10	AE1	---	---	---	TP	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	AE2	---	---	---	TP	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	AE3	---	---	---	TP	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	AE4	---	---	---	TP	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	AE5	---	---	---	TP	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
13:30-17:10	AE1	TP	---	---	NEF	Vanessa B	CEASC	---	---	---	TP	---	---	---	---	---
	AE2	TP	---	---	URO	Rafael M	CEASC	---	---	---	TP	---	---	---	---	---
	AE3	NEF	Vanessa B	CEASC	URO	Marcus F	CEASC	---	---	---	TP	---	---	---	---	---
	AE4	URO	Mathheus S	CEASC	NEF	Mércia	CEASC	---	---	---	TP	---	---	---	---	---
	AE5	NEF	Juliana Gazzi	CEASC	TP	---	---	---	---	---	URO	Rodrigo C	CEASC	---	---	---
07:30-11:10	AE1	TP	---	---	TP	---	---	HEM2	Rosanna	CEASC	---	---	---	TP	---	---
	AE2	H1M1	Rosana L	CEASC	TP	---	---	HEM2	Emmanuel	CEASC	---	---	---	TP	---	---
	AE3	H1M1	Ludmila	CEASC	HEM2	Emmanuel	CEASC	---	---	---	---	---	INF2	Isabela L	CEASC	
	AE4	H1M1	Mayra C	CEASC	HEM2	Mayra C	CEASC	TP	---	---	---	---	INF2	Karina	CEASC	
	AE5	TP	---	---	HEM1	Ludmila	CEASC	HEM2	Mayra C	CEASC	---	---	---	TP	---	
13:30-17:10	AE1	H1M1	Mayra	CEASC	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	AE2	TP	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	AE3	TP	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	AE4	TP	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	AE5	TP	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
13:30-17:10	AE1	INF1	Hugo S	CEASC	---	---	---	TP	---	---	INF2	Hugo S	CEASC	---	---	---
	AE2	INF1	Adriana C	CEASC	---	---	---	TP	---	---	TP	---	---	---	---	---
	AE3	INF1	Isabela L	CEASC	---	---	---	INF2	Adriana C	CEASC	TP	---	---	---	---	---
	AE4	INF1	Fernando	CEASC	---	---	---	TP	---	---	TP	---	---	---	---	---
	AE5	INF1	Natali N	CEASC	---	---	---	INF2	Karina	CEASC	TP	---	---	---	---	---

■ Turma A; ■ Turma B; ■ Turma C

HORÁRIO DE AMBULATÓRIO FIXO - 6º PERÍODO - TODOS OS BLOCOS (as unidades podem ser modificadas, de acordo com determinação da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte)

GRUPO	Especialidade	Horário	Professor	Unidade	Regional
06-A-AF1	Clinica Médica	Quinta-feira - 07:30-11:10	José Ricardo Oliveira	Centro de Saúde Santa Amélia	Pampulha
06-A-AF2	Clinica Médica	Quinta-feira - 07:30-11:10	Sidney Vieira	Centro de Saúde Jardim Comerciairos/SFSC	Venda Nova
06-A-AF3	Clinica Médica	Quinta-feira - 07:30-11:10	Bruna França	Ambulatório da Igreja do Carmo Sion	----
06-A-AF4	Pediatria	Quinta-feira - 07:30-11:10	Juliana Coutinho	Centro de Saúde Vila Maria	Nordeste
06-A-AF5	Pediatria	Quinta-feira - 07:30-11:10	Gabrielle Rezende	Centro de Saúde São Francisco	Pampulha
06-A-AF6	Pediatria	Quinta-feira - 07:30-11:10	Juliana Fudoli	Centro de Saúde Jardim Alvorada	Pampulha
06-B-AF1	Clinica Médica	Quinta-feira - 07:30-11:10	Yara Santos	Ambulatório da Igreja do Carmo Sion	----
06-B-AF2	Clinica Médica	Quinta-feira - 07:30-11:10	Eduardo Cordeiro	Centro de Saúde Padre Tiago	Pampulha
06-B-AF3	Clinica Médica	Quinta-feira - 07:30-11:10	Fabiano Guimarães	Centro de Saúde Uruçua	Norte
06-B-AF4	Pediatria	Quinta-feira - 07:30-11:10	Leticia Linhares	Centro de Saúde Jardim Guanabara	Norte
06-B-AF5	Pediatria	Quinta-feira - 07:30-11:10	Akisa Penido	Centro de Saúde Lajeado	Norte
06-C-AF1	Clinica Médica	Quinta-feira - 07:30-11:10	Geovana Maia	Centro de Saúde Boa Vista	Leste
06-C-AF2	Clinica Médica	Quinta-feira - 07:30-11:10	Juliana Heimann	Ambulatório da Igreja do Carmo Sion	----
06-C-AF3	Pediatria	Quinta-feira - 07:30-11:10	Maria Fernanda Correa	Centro de Saúde Jaqueline 2	Norte
06-C-AF4	Pediatria	Quinta-feira - 07:30-11:10	Cristiano Bento	Centro de Saúde São Francisco	Pampulha
06-C-AF5	Pediatria	Quinta-feira - 07:30-11:10	Júlia Lima	Centro de Saúde Uruçua	Barreiro



**Grupo Tutorial 1
(GT1.B5.A3)**

“Muito branquinho e enjoadinho”

Dona Mariana mora em um aglomerado em Belo Horizonte com seus cinco filhos. Nos últimos dias ela está preocupada com seu filho mais novo, Victor, de dois anos, que está muito branquinho, enjoadinho, quase não come e sempre fica doente. A enfermeira da equipe de saúde da família (ESF) o examina e encaminha-o para uma avaliação pelo médico da ESF juntamente com os alunos.

Lá chegando dona Mariana conta a mesma história descrita anteriormente. A aluna Franciely, que está atendendo a criança, faz uma anamnese completa com as seguintes informações mais relevantes:

ID: VNS, masculino, dois anos de idade, melanoderma.

Motivo da consulta: “Está muito branquinho.”

HMA: A mãe informa que Victor está muito branquinho há mais de quatro meses e mais pálido do que seus irmãos. Ele está irritado há algumas semanas, desanimado para brincar e não quer comer direito. Victor tem vários episódios de rinorreia serosa, resfriados e às vezes é prescrito antimicrobiano. Atualmente sem febre ou uso de medicamentos.

HP: Gravidez sem intercorrências. A criança nasceu de parto vaginal, hospitalar, a termo e Apgar 8/9. Peso ao nascimento: 2.900g, comprimento: 48 cm e perímetro cefálico: 36 cm. Recebeu alta com a mãe. Ela relata que levou a criança à UPA aos 2 meses de vida, porque o filho apresentou 1 pico febril. Diz que realizaram exame que constatou apenas anemia, mas o pediatra disse que era normal. Não necessitou internação nem tratamento. Nega alergia medicamentosa. Vacinação: em dia. Alimentação: leite materno até 2 meses de idade e após este período foi substituído por mingau (leite de vaca e farinha de milho). Atualmente toma cinco mamadeiras por dia e não gosta de frutas, exceto banana. Almoça pouco (arroz, feijão, angu e batata), porém o substitui às vezes por mamadeira. Desenvolvimento: não come sozinho e não corre. Fala palavras únicas: "mama, papa".

HF: pais e irmãos saudáveis.

HSE: Mora com a mãe e quatro irmãos em casa com infraestrutura básica. A renda da família é de dois salários-mínimos.

Ao exame físico:

Peso: 9 Kg Estatura: 85 cm PC 47cm

Bom estado geral, alerta, cooperativo ao exame, fácies atípica, hidratado, palidez de pele e mucosas (+2/+4), sem linfadenomegalias.

ACV: pulsos cheios, FC: 120bpm, ritmo cardíaco regular em dois tempos, presença de sopro sistólico em foco mitral, grau I/VI sem irradiação.

AR: FR: 24ipm, sons respiratórios normais, sem ruídos adventícios.

AD: abdome normotenso, fígado e baço não palpáveis.

A aluna Franciely tem algumas hipóteses sobre o que está acontecendo com Victor. Ajude a aluna a conduzir adequadamente esse caso clínico.



**Grupo Tutorial 2
(GT2.B5.A3)****"Febre e cheiro forte na urina"**

Júlia, 1 ano e 8 meses, chega à Unidade Básica de Saúde levada por sua mãe, D. Luciana, que está muito preocupada com a filha. Agora há pouco teve "um febrão" não termometrada e a urina está com cheiro muito forte. D. Luciana já deu 10 gotas de dipirona para a filha antes de levá-la para o Centro de Saúde. Lá foi atendida pelo acadêmico André.

Identificação: J.S.O., 1 ano e 8 meses, faioderma, sexo feminino, natural de Rio Vermelho (MG) residente em Belo Horizonte.

Motivo da consulta: "cheiro forte na urina"

Informante: Luciana (mãe)

HMA: Há 4 dias a urina de sua filha está com cheiro mais forte e fétido. Além disso, a criança tem chorado mais, está mais "enjoadinha", chora por qualquer coisa. Diminuiu a alimentação e desde ontem tem certeza de que está com febre, mas não termometrada. Sem vômitos. Em uso apenas de antitérmicos.

AE: hábito intestinal: evacua 2 vezes ao dia, fezes pastosas. Alimentação normal.

HP: Mãe fez pré-natal, 8 consultas, sem intercorrências. A criança nasceu a termo, parto vaginal hospitalar, sem intercorrências. Apgar 8/10. PN: 2950 g
comprimento: 49 cm PC: 35 cm. Nega internações. Vacinas em dia. DNPM:
Engatinhou aos 8 meses, andou sem apoio aos 11 meses. Forma frases com duas palavras, alimenta-se sozinha.

HF: Mãe, 21 anos, e pai, 23 anos, sem comorbidades. Irmã 5 anos saudável.

HSOC: Pai, motorista de ônibus e mãe manicure. Casa com infraestrutura básica. Renda mensal familiar de dois salários-mínimos.

Ajude o acadêmico André a conduzir adequadamente o caso de Júlia.



Grupo Tutorial 3
(GT3.B5.A3)
“Molinha e super nervosa”

Identificação: Camila, 8 meses de idade

QP: Febre com piora hoje

HMA: Criança com história de febre, obstrução nasal e tosse há 2 dias. A mãe, dona Maria, comparece à Unidade Básica de Saúde (UBS), por volta do meio-dia, dizendo que nesta manhã Camila apresentou mudança do comportamento e vômitos: “Em um momento está super nervosa e depois já está molinha e de olho quebrado”. Dona Maria está muito ansiosa e mostra preocupação com a outra filha de 2 anos; “será que a outra menina pode pegar?” Relata que Camila sempre foi saudável. É acompanhada regularmente pela equipe verde da UBS São Tomás. A criança come bem, apresenta crescimento e desenvolvimento adequados para a idade, mas o calendário de vacinas do Programa Nacional de Imunizações não está em dia.

Exame físico: Peso: 8.200 g Estatura: 73 cm Tax: 39,5°C

Criança reage ao exame com irritabilidade, intercalada com sonolência e hipotonicidade. Palidez cutânea e extremidades frias, desidratado 1+/4+. Perfusão periférica capilar 5 segundos, discreta cianose periférica.

COONG: Orofaringe hiperemiada, otoscopia evidencia membranas timpânicas com leve hiperemia. Fontanela tensa e discretamente abaulada.

AR: saturação O₂ 90%. FR: 60 irpm, sem esforço respiratório. Sons respiratórios normais, sem ruídos adventícios.

ACV: FC: 190 bpm, pulsos simétricos, ritmo cardíaco normal em 2 tempos.

AD: Abdome normotenso, peristaltismo presente. Vísceras e massas não palpáveis.

AGU: genitália externa feminina infantil, sem alterações.

SN: ausência de sinais meníngeos.

Devido à gravidade do quadro, a criança foi encaminhada à UPA e de lá foi transferida com urgência ao Hospital Infantil João Paulo II (antigo CGP).



Grupo Tutorial 4
(GT4.B5.A3)
“Tosse e cansaço”

Bárbara, acadêmica do 6º período atende a seguinte criança no Centro de Saúde, durante seu estágio.

Davi, 5 meses, natural e residente em Belo Horizonte, é levado por sua mãe em meados de abril, com queixa de tosse e cansaço. Segundo a mãe, seu filho iniciou quadro de rinorreia, espirros e febre intermitente com Tax 37,8°C há 3 dias. Essa tarde evoluiu com tosse seca persistente e cansaço discreto.

HP: mãe fez pré-natal, sem intercorrências. Nasceu a termo, parto cesariano, sem intercorrências. Apgar 8/9.

PN 3100 g comprimento: 49 cm PC 35cm. Recebeu alta da maternidade com a mãe.

Nega internações. Vacinas em dia, referentes ao Programa Nacional de Imunizações.

Alimentação: leite materno exclusivo.

Desenvolvimento neuropsicomotor: adequado para a idade.

HF: mãe, 21 anos, hígida, quadro de “resfriado” alguns dias atrás. Pai, 23 anos, saudável. Filho único.

HSE: moram em casa própria com saneamento básico. Pai: pedreiro, mãe: doméstica. Renda familiar mensal: 2 salários-mínimos. Mãe fumante. Casa sem cão, gato ou mofo.

EXAME FÍSICO:

Peso 6,0 Kg Estatura 60 cm PC 40cm Tax: 37,4°C.

Alerta, corado, hidratado, boa perfusão capilar, acianótico, anictérico.

Fontanela anterior plana e normotensa, rinorreia clara, hiperemia discreta de orofaringe.

ACV: FC 150 bpm. RCR em 2 T. Pulsos cheios e simétricos.

AR: satO₂ 95%. FR 58 irpm com tiragem intercostal leve. Sons respiratórios normais, com sibilos expiratórios difusos e bilaterais e crepitações grosseiras expiratórias, difusas e bilaterais.

AD: RHA presentes, abdome livre, normotenso, sem visceromegalias.

AGU: genitália externa masculina infantil.

Bárbara está ansiosa para ajudar seu paciente e sua mãe. Ajude-a a conduzir adequadamente esse caso.



Grupo Tutorial 5
(GT5.B5.A3)
"Corpo todo pintado"

Você está no Centro de Saúde e atende Helena, 2 anos, residente em Belo Horizonte, acompanhada por sua mãe, que queixa que o corpo da criança está ficando todo pintado. Relata que no dia anterior à consulta surgiram manchas avermelhadas na face e hoje estão se espalhando para pescoço, tronco e braços. Diz que a criança está há 4 dias com tosse, coriza e febre persistente de 38°C, porém ontem a temperatura chegou a 39,5°C. Associa-se prostração e hiporexia.

Mãe relata que há 10 dias foram visitar familiares em São Paulo e que a prima de 1 ano da paciente apresentava os mesmos sintomas.

HP: A criança nasceu a termo, sem intercorrências. Nega internações e cirurgias. Frequenta creche.

Cartão de vacinas atrasado. Mãe leu na internet que vacinas poderiam causar autismo na sua filha.

HF: filha única do casal. Mãe, 40 anos, pai, 45 anos, ambos sem comorbidades.

HSE: vivem em apartamento próprio. Mãe é dona de casa e pai é carteiro.

Ao exame clínico: peso 12Kg. Estatura 85cm. PC 47cm.

Prostrada, corada, acianótica, anictérica, hidratada. Tax: 39,6°C. Coriza clara. Hiperemia conjuntival bilateral sem secreção purulenta.

Oroscopia: vide foto abaixo. Otoscopia sem alterações.

Pele: exantema maculopapular eritematoso em face, pescoço, região superior do tronco e MMSS.

ACV: FC 120bpm. RCR, 2T, sem sopros.

AR: FR 30irpm, sem esforço. Sons respiratórios normais, sem ruídos adventícios.

AD: abdome normotenso, indolor. Vísceras e massas não palpáveis.

AGU: genitália feminina sem alterações. Períneo íntegro, sem lesões.

SN: ausência de sinais de irritação meníngea ou outras manifestações neurológicas.



Fonte: <https://institutopensi.org.br>

Seminários



Donald Zolan

“Nada deve parecer natural. Nada deve parecer impossível de mudar.”
Bertold Brecht



Seminário 1 (SEM4.B5.A3)

Febre na pediatria: como abordar

O manejo de crianças com febre, especialmente em menores de dois anos de idade, continua sendo um desafio por causa das dificuldades em se discriminar as doenças bacterianas graves dos quadros de infecções virais de evolução autolimitada, felizmente de ocorrência mais frequente. A febre tem sido o sintoma de alarme mais valorizado na pediatria, tanto pelos familiares quanto pelos médicos sendo um dos principais motivos de consulta pediátrica. Este seminário abordará o diagnóstico diferencial de febre na infância. Além disso, discorrerá sobre conduta terapêutica e orientações que devem ser dadas aos familiares quanto a abordagem da febre.



Objetivo geral

Compreender febre na infância



Seminário 2 Infecções Congênitas

As infecções congênitas podem ocorrer em até 10% dos nascidos vivos. Pelo menos 50% dos recém-nascidos infectados são assintomáticos. Entretanto podem causar quadros graves no recém-nascido e causar sequelas futuras. Assim representam um importante problema de saúde pública em todo o mundo.

Objetivo geral:

Compreender os aspectos etiológicos, diagnósticos e terapêuticos das principais infecções congênitas: toxoplasmose, rubéola, citomegalovirose, infecção pelo herpes vírus simplex



Seminário 3 Doenças exantemáticas

Introdução

As doenças exantemáticas são extremamente prevalentes em pediatria. A vacinação é a principal forma de prevenção para a maioria dessas doenças. O médico deve ser capaz de elaborar um adequado raciocínio clínico a partir dos dados da anamnese e dos achados do exame físico, especialmente aquele referente ao aspecto do exantema. Este seminário é um complemento do GT de doenças exantemáticas na infância.

Objetivo geral:

Compreender as doenças exantemáticas mais comuns na criança: escarlatina, varicela, síndrome mão-pé-boca, mononucleose infecciosa



**Seminário 4
(SEM1.B5.A3)**

Abordagem clínica das parasitoses intestinais na infância

Introdução

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) afirmam que mais de dois bilhões de pessoas hoje estão infectadas com algum tipo de verme ou parasita. Estima-se que 60% dessas infecções têm associação com deficiências nutricionais, principalmente carência de ferro e vitaminas. Além disso, 2/3 da mortalidade mundial têm relação com doenças de veiculação hídrica, como as parasitoses. Por isto o estudo da parasitologia tem enorme importância clínica.



Objetivo geral

Compreender as principais doenças parasitológicas na criança e no adolescente.

Treinamento de Habilidades



Donald Zolan

“Ensina o menino no caminho em que deve andar
e até ele envelhecer, não desviará dele”
Provérbio de Salomão



Treinamento de Habilidades 1

TH1 – Reconhecendo sinais de gravidade gerais e relacionados às doenças respiratórias na criança

Introdução

Reconhecer sinais de gravidade em um atendimento à criança é um dos objetivos de atendimento que visa agilidade no atendimento e na tomada de decisões. Para isto existem várias ferramentas de classificação de risco disponíveis.

A Prefeitura de Belo Horizonte tem uma ferramenta de classificação de risco que ajuda a definir a prioridade clínica de atendimento a partir de sinais e sintomas de gravidade. São 17 diferentes fluxogramas que são utilizados a partir da queixa principal do paciente, no caso de crianças muito pequenas, do relato dos pais ou responsáveis.

O objetivo das ferramentas de classificação de risco não é estabelecer diagnóstico específico de uma determinada doença, mas identificar sinais clínicos que permitam a avaliação e classificação adequada do quadro e fazer triagem rápida quanto à natureza da atenção requerida.

Neste TH você será apresentado ao fluxograma intitulado “Sintomas e sinais inespecíficos em criança menor que 5 anos”. Este fluxograma apresenta um conjunto bem amplo de sinais e sintomas de gravidade.

Para esta atividade vamos focar em alguns sinais e sintomas que todo profissional de saúde precisa estar atento na avaliação de uma criança agudamente enferma. São eles:

- Dispneia grave
 - tiragem intercostal/subcostal
 - retração de fúrcula
 - batimento de asa do nariz
 - gemência
 - estridor
- Criança não reativa / letárgica
- Sinais de desidratação intensa
- Rigidez de nuca
- Febre alta

Objetivos de aprendizagem

- Identificar os principais sinais e sintomas que aumentam risco de evolução desfavorável em crianças < 5 anos com quadros clínicos agudos.
- Utilizar a ferramenta de classificação de risco da Prefeitura de Belo Horizonte para avaliar e classificar sinais de gravidade de crianças menores de 5 anos.

Apresentação da atividade

1. O aluno deverá assistir à mini-aula e estudar previamente a parte inicial do documento de classificação de risco da PBH, bem como o fluxograma “Sintomas e sinais inespecíficos em criança menor que 5 anos”.

Link mini-aula:

<https://drive.google.com/file/d/1V1XBmOp3KdVcsQjVVISUdsXsGJBYFDqD/view?usp=sharing>

2. Durante a preparação os alunos devem também assistir aos vídeos que apresentam os sinais de risco destacados na mini-aula. Link:

<https://drive.google.com/drive/folders/1VScovgg65fS4jGZdAMiSSUcbvZdyErX4?usp=sharing>



3. Na atividade prática, o tutor irá esclarecer dúvidas e destacar os principais pontos da mini-aula.
4. Em seguida, o tutor irá exibir os vídeos com sinais e sintomas e solicitar aos alunos que apontem o que é observado em cada situação e como esta criança seria classificada frente àquela apresentação clínica.
5. A atividade prática será finalizada com uma avaliação com distribuição de pontos.

Pontos principais do documento “AVALIAÇÃO DE RISCO DAS CONDIÇÕES MAIS PREVALENTES” (PBH, 2020) relacionados ao TH1



“Para ordenar o atendimento dos usuários que buscam os serviços da APS é preciso definir prioridades, observando critérios como risco, vulnerabilidade e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. A identificação de critérios de prioridade junto à população é uma forma de efetivar e fortalecer a proteção ao direito fundamental à saúde, sem ignorar as contingências e limitações da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Quando uma população não é estratificada por riscos, pode-se sub ofertar os cuidados necessários a portadores de maiores riscos e/ou sobreofertar a portadores de condições de menores riscos, produzindo assim, uma atenção iníqua e pouco efetiva.

Desde 2002, o Ministério da Saúde (MS) recomenda a implantação de acolhimento e “triagem classificatória de risco” nas unidades de atendimento às urgências (portaria GM/MS no 2048/2002). Essa portaria propõe que o processo seja “realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos”

(BRASIL, 2003). Em 2011, o MS reafirma esta proposta do Acolhimento com Classificação de Risco, lança a Portaria GM/MS 1.600, de julho do mesmo ano, e reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências ampliando a classificação de risco para todos os pontos de atenção à saúde, incluindo a APS (BRASIL, 2011).

Na avaliação de risco, cabe aos enfermeiros o protagonismo na definição da prioridade clínica de atendimento e na coordenação do fluxo de atendimento dos usuários nos CS, colaborando para a redução da morbimortalidade. O objetivo da avaliação de risco não é estabelecer um diagnóstico, mas indicar que para cada nível de prioridade clínica existem sinais e sintomas, que se encontram dispostos na forma de fluxogramas e guiam a avaliação a partir da queixa principal apresentada pelo indivíduo no momento de seu atendimento. Esta avaliação é baseada em sinais e sintomas de alerta que permitem estratificar a gravidade da condição clínica, para que sejam definidos o cuidado e atenção adequados a cada situação.”

Orientações gerais sobre os níveis de prioridade clínica do documento “AVALIAÇÃO DE RISCO DAS CONDIÇÕES MAIS PREVALENTES” (PBH, 2020)

Vermelho - Atendimento Imediato

Garantir o primeiro atendimento médico (ou do cirurgião-dentista no caso de queixas relacionadas à saúde bucal) imediatamente no CS. Esses casos devem, preferencialmente, ser atendidos na sala de observação (algumas situações relacionadas à saúde bucal podem ser mais bem abordadas no consultório odontológico), para permitir rápidas intervenções. Até a chegada do médico (ou cirurgião-dentista, nos casos de queixas odontológicas), o enfermeiro pode adotar as condutas recomendadas em cada fluxograma, bem como desenvolver outras ações previstas no Manual de Enfermagem da APS de Belo Horizonte (PBH, 2016a). A definição de encaminhamento a outro ponto de atenção será realizada conforme a necessidade clínica. O vermelho nessa classificação engloba a coloração laranja de outras classificações de risco que utilizam cinco cores.

Amarelo - Atendimento prioritário

Garantir o atendimento médico (ou do cirurgião-dentista no caso de queixas relacionadas à saúde bucal) no Centro de Saúde em até 1 hora. Se necessário, o usuário será encaminhado a outro ponto de atenção para continuidade do cuidado. Estes casos necessitam de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertadas, inicialmente, medidas de conforto pela enfermagem até a avaliação do profissional médico ou dentista.

Verde - Atendimento no dia

Garantir o atendimento **no mesmo dia** por profissional de saúde de nível superior, preferencialmente no CS. O enfermeiro que estiver realizando a classificação definirá o profissional que realizará o primeiro atendimento, considerando a possibilidade de atendimento por profissional psicólogo, assistente social, profissionais do NASF, equipe da saúde bucal, médico ou enfermeiro de acordo com a situação e protocolos da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) apontadas em cada fluxograma. Durante o período de espera do usuário, para o profissional a que foi encaminhado, o enfermeiro que fez a avaliação de risco pode adotar medidas farmacológicas e não-farmacológicas conforme detalhado em cada fluxograma.

Se possível, o usuário classificado como verde deverá ser atendido por profissional de sua própria equipe. O usuário que for agendado no mesmo dia, para outro turno, deve ser informado sobre o horário do seu atendimento. Caso apresente sinais de piora antes do horário agendado para este atendimento, deve procurar o profissional enfermeiro responsável pela avaliação de risco para ser reavaliado.

Azul - Atendimento programado

Garantir o atendimento por profissional de saúde de nível superior do seu CS de referência e pela eSF de sua área de abrangência em tempo oportuno, conforme previsto em protocolo, ou a critério da eSF levando em consideração a história, a vulnerabilidade e o quadro clínico da queixa. O usuário deverá ser orientado a retornar ao CS durante seu horário de funcionamento (ou à UPA nos demais horários), caso apresente sinais de piora do seu problema de saúde. Adiantar ações previstas em protocolos como testes rápidos e imunização. Reforçar, ao usuário que não será atendido no mesmo dia, as informações sobre data e horário do agendamento, bem como os sinais de alerta que implicariam em retorno mais precoce para reavaliação.

Avaliação da dor conforme orientações documento “AVALIAÇÃO DE RISCO DAS CONDIÇÕES MAIS PREVALENTES” (PBH, 2020)

A dor na criança é mais observada do que questionada pelo profissional de saúde. A criança com choro agudo e inconsolável que grita ou chora de forma contínua deve ser considerada com dor forte. Crianças têm uma percepção que pode ser aumentada da dor decorrentes de medo ou ansiedade.



- Dor leve: dor pouco significativa, desconforto. Não impacta o sono, a alimentação ou as atividades rotineiras. Na escala numérica situa-se entre 1 e 4. Em indivíduos que não compreendem bem a escala numérica (ex: crianças, analfabetos), o avaliador pode observar a expressão facial do indivíduo avaliado, buscando correspondência na imagem abaixo.
- Dor moderada: dor significativa, muito ruim. Pouco impacto no sono, na alimentação ou na execução de atividades rotineiras. Na escala numérica situa-se entre 5 e 7.
- Dor forte: dor significativa, insuportável que geralmente impacta o sono, a alimentação e as atividades rotineiras. Na escala numérica situa-se entre 8 e 10.
- Dor forte associada a sinais/sintomas neurovegetativos: dor forte associada a pelo menos um dos seguintes sinais e sintomas: taquicardia, sudorese, palidez, expressão facial de desconforto, agitação psicomotora ou ansiedade.



Figura 1 - Escala numérica de intensidade da dor.

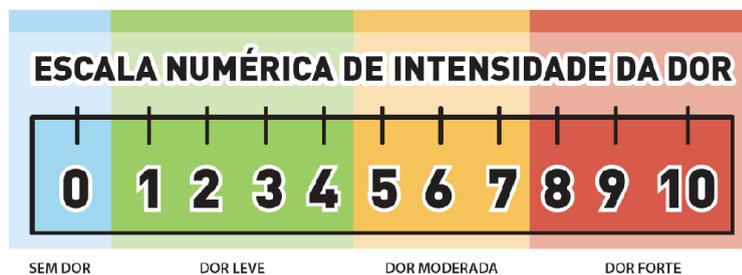


Figura 2 - Escala de dor baseada na avaliação facial.



Avaliação da dor conforme orientações documento “AVALIAÇÃO DE RISCO DAS CONDIÇÕES MAIS PREVALENTES” (PBH, 2020)

Temperatura	
Febre moderada/alta	≥ 38,5°C
Febre baixa	entre 37,5°C e 38,4°C
Hipotermia	< 35°C

Fonte: BRASIL, 2017.

Avaliação da frequência respiratória e da oximetria conforme orientações documento “AVALIAÇÃO DE RISCO DAS CONDIÇÕES MAIS PREVALENTES” (PBH, 2020)



Idade	Incursões respiratórias
< 2 meses	≥ 60/minuto
2 - 12 meses	≥ 50/minuto
13 meses - 5 anos	≥ 40/minuto
≥ 6 anos	≥ 30/minuto

Fonte: BRASIL,2017.

Classificação	Valores de oximetria de pulso
Baixa	spO2 < 95% ar ambiente
Muito baixa	spO2 < 92% ar ambiente

Fonte: SBPT, 2012; PBH, 2015; BRASIL, 2017.



Avaliação de pulso e pressão arterial conforme orientações documento “AVALIAÇÃO DE RISCO DAS CONDIÇÕES MAIS PREVALENTES” (PBH, 2020)

Idade	Taquicardia (bpm)	Bradycardia (bpm)
Recém-nascido	> 170	< 100
1 a 24 meses	> 160	< 90
2 a 3 anos	> 130	< 80
4 a 5 anos	> 120	< 80
6 a 10 anos	> 110	< 70
> 10 anos	> 100	< 60

Fonte: Adaptado de DIECKMANN; BROWNSTEIN; GAUSCHE-HILL, 2000.

Idade	Pressão Arterial Sistólica
Recém-nascido a termo (0 a 28 dias)	< 60 mmHg
Lactentes (1-12 meses)	< 70 mmHg
Crianças (1-10 anos)	< (70 + (2x idade em anos)) mmHg
> 10 anos	< 90 mmHg

Fonte: Marx J, Hockberger R, Walls R, 2014.

Avaliação dos graus de desidratação conforme orientações documento “AVALIAÇÃO DE RISCO DAS CONDIÇÕES MAIS PREVALENTES” (PBH, 2020)

	Hidratado	Desidratado	Desidratação Grave
Aspecto geral	Alerta	Irritado ou inquieto	Letárgica, inconsciente
Olhos	Normais	Fundos	Muito fundos
Mucosas	Úmidas	Secas	Muito secas
Sede	Ingere líquido normalmente	Sedento (ingere líquido rápido e avidamente)	Ingere mal líquido ou é incapaz de beber
Turgor (sinal da prega)	Normal (prega desaparece rapidamente)	Pastoso (prega desaparece lentamente)	Muito pastoso (prega desaparece muito lentamente > 2 segundos)
Pulso	Cheio	Rápido, débil	Muito débil ou ausente
Perfusão (enchimento capilar)	Normal (enchimento < 3 segundos)	Reduzida (enchimento 3 a 5 segundos)	Muito reduzida (enchimento > 5 segundos)
Redução do Peso	0 - 5%	6 - 10%	> 10%

Fonte: Adaptado de Sociedade Brasileira de Pediatria, 2017.



6.16 Sintomas e sinais inespecíficos em criança menor que 5 anos

Definição: sintomas e sinais não contemplados em outros fluxogramas específicos, em pacientes com idade inferior a 5 anos.

Atendimento Imediato	<ul style="list-style-type: none"> • Dispneia grave (tiragem subcostal grave, batimento asa do nariz, apneia, gemência, estridor). • Sinais de choque. • Convulsionando. • Déficit neurológico focal com início nas últimas 24h. • Cianose central. • Saturação de oxigênio muito baixa (SpO₂ < 92%). • Hipotermia. • Alteração súbita de consciência. • Criança não reativa. • Hipotonia. • Rigidez de nuca. • Febre alta/moderada (≥ 38,5°C) em crianças menor de 6 meses. • Desidratação intensa. • Relato de trauma cranioencefálico recente < 72h em menor que 6 meses. • Palidez generalizada intensa. • Manifestações de sangramento: equimoses, petéquias, púrpuras e/ou hemorragias. • História de overdose ou envenenamento. • Choro inconsolável.
-----------------------------	---

Atendimento Prioritário	<ul style="list-style-type: none"> • Dispneia moderada. • Alteração de pulso. • Desidratação moderada. • Dor forte ou moderada. • Vômitos persistentes (sem alívio entre os episódios). • Não consegue mamar ou ingerir nada. • Sem urinar. • Relato de trauma cranioencefálico recente < 72h. • Icterícia. • História de síncope/desmaio. • Febre alta/moderada (≥ 38,5°C) em crianças igual ou maior de 6 meses. • História de violência associada ao quadro atual. • Relato discordante (história fornecida não explica achados físicos - sentinela de abusos/maus-tratos). <p>Para crianças menor que 6 meses de vida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Secreção purulenta no umbigo (com eritema que se estende para a pele ao redor). • Dispneia leve. • Febre baixa.
--------------------------------	---

Atendimento no dia	<ul style="list-style-type: none">• Dispneia leve.• Desidratação leve.• Dor leve.• Prurido.• Febre baixa.• Perda de peso ou peso estacionado.• Relato de inapetência.• Placas brancas na boca. <p>Para crianças abaixo de 6 meses:</p> <ul style="list-style-type: none">• Secreção purulenta no umbigo e/ou eritema sem estender a pele ao redor.
Atendimento Programado	<ul style="list-style-type: none">• Procura por orientações nutricionais, inclusive aleitamento.• Problemas de aprendizagem.• História de cólicas em menores de 6 meses.• História de regurgitação em menores de 6 meses.





Introdução

Acompanhar o desenvolvimento integral da criança nos primeiros anos de vida é de fundamental importância, pois é nesta etapa da vida extrauterina que o tecido nervoso mais cresce e amadurece, estando mais sujeito aos agravos. Devido a sua grande plasticidade, é nesta época que a criança melhor responde às terapias e aos estímulos que recebe do meio ambiente. Portanto, a avaliação do desenvolvimento deverá ser realizada juntamente com a avaliação do crescimento da criança. Para isto deve ser utilizada ferramenta simples e de fácil execução, como a disponível no manual AIDPI criança. O desenvolvimento envolve crescimento físico, maturação neurológica, comportamental, cognitiva, social e afetiva e o seu acompanhamento compreende todas as atividades relacionadas à promoção do desenvolvimento saudável da criança e a detecção de problemas no atraso.



Objetivos de aprendizagem

- Utilizar a ferramenta do manual AIDPI para avaliar o desenvolvimento das crianças menores de 2 anos
- Reconhecer as alterações do desenvolvimento da criança
- Classificar o desenvolvimento da criança
- Conhecer qual o manejo adequado da criança após a classificação do desenvolvimento
- Conhecer as orientações a serem dadas aos cuidadores para promoção do desenvolvimento saudável

Descrição da atividade

1. O aluno deverá previamente assistir à mini-aula e estudar o material de apoio: capítulo de avaliação do desenvolvimento do “Manual AIDPI criança: 2 meses a 5 anos”. Link da mini-aula:
<https://drive.google.com/file/d/1fa2c90xZ-HAvsDS2hfOqadkg7zPXsRWR/view?usp=sharing>
2. Durante a preparação os alunos também devem assistir ao vídeo de avaliação do desenvolvimento da criança:
<https://www.youtube.com/watch?v=sFRodh3w8C8>
3. Na atividade prática, o tutor irá esclarecer dúvidas e destacar os principais pontos da mini-aula.
4. Em seguida, o tutor irá discutir 6 casos clínicos para que os alunos pratiquem a classificação do desenvolvimento e as condutas a serem tomadas.
5. Discutir os casos e fornecer feedback aos alunos.
6. A atividade prática será finalizada com uma avaliação com distribuição de pontos.

Principais pontos do manual AIDPI



Na primeira consulta de avaliação do desenvolvimento de uma criança de até 6 anos, é importante perguntar para a mãe ou para o acompanhante (cuidador primário) sobre fatos associados ao desenvolvimento, além de observar a criança na realização de comportamentos esperados para a sua faixa etária. Aproveite para observar a mãe e sua interação com a criança (vínculo mãe-criança), visto ser esta relação um importante fator de proteção para o desenvolvimento humano. Observe a forma como a mãe e/ou o pai, e outros integrantes da família, seguram a criança, se existe contato visual e verbal de forma afetuosa entre os pais e a criança. Veja ainda os movimentos espontâneos da criança, se ela apresenta interesse por objetos próximos a ela, pelo ambiente em que se encontra. É importante também verificar os cuidados da mãe e/ou do pai ou do cuidador com a criança, considerando o estado de higiene e a atenção deles ao que ela está fazendo, para onde olha, e para o que deseja naquele momento.



AVALIAR

Faça perguntas associadas ao desenvolvimento da criança. Pergunte à mãe:

- Quantas vezes você engravidou antes da gestação desta criança? Todos seus filhos estão vivos? Caso contrário, o que aconteceu?
- Que idade você tinha quando engravidou de sua criança? Como foi a gestação? Quanto tempo durou? Você é portadora de alguma doença crônica (ex: lúpus)?

Verifique também se realizou pré-natal (quantas consultas); se apresentou algum problema de saúde, como infecções; se fez uso de algum medicamento ou droga; se apresentou problemas – como hemorragias, hipertensão, diabetes, eclampsia; se a gestação foi desejada ou não; se apresentou variações exacerbadas de humor (por exemplo, depressão e irritabilidade); se presenciou ou sofreu situações de violência; e outras informações que acredita serem importantes. Se houver suspeita de infecções, como rubéola, toxoplasmose, sífilis, aids ou citomegalovírus, pergunte se a mãe fez algum exame para confirmação dessas patologias.

Em seguida, pergunte:

- Como foi o parto de sua criança?

Investigue se o parto foi em casa ou no hospital, se a mãe demorou muitas horas em trabalho de parto, se o parto foi normal ou cesariana, ou se foi com fórceps.

Continue investigando:

- Quanto pesou sua criança ao nascer?
- Ela apresentou algum problema após o nascimento?

Verifique se a mãe tem alguma informação por escrito do hospital sobre a criança e seu parto. Anote o peso da criança e o perímetro cefálico ao nascer. Pergunte se a criança chorou logo, se apresentou algum problema que requisitou uso de oxigênio, de medicações, de fototerapia, de exsanguineotransusão ou de qualquer outra intervenção; se necessitou permanecer hospitalizada na UTI ou no alojamento conjunto. Em caso afirmativo, pergunte por quantos dias, por quais tipos de problemas, e se a mãe e/ou o pai acompanharam a criança durante a internação ou se a visitavam esporadicamente. É importante saber ainda se houve contato pele a pele ao nascer, clampeamento do cordão umbilical em tempo oportuno, amamentação na primeira hora de vida, além dos cuidados progressivos (amamentação, higiene etc.), se houve contato físico, verbal e/ou visual entre mãe e criança e se o pai participou desse momento de alguma forma.

Continue perguntando:

- Pergunte sobre os antecedentes da criança até o momento da consulta.
- Sua criança apresentou algum problema de saúde mais sério até hoje?

Algumas doenças na infância podem alterar o desenvolvimento da criança, tais como: convulsões, meningites, encefalites, traumatismos cranianos, infecções respiratórias e de otites de repetição etc.

Também é importante saber sobre alguns problemas familiares que possam interferir no desenvolvimento da criança. Pais consanguíneos têm maior probabilidade de gerar crianças com alterações genéticas cuja herança seja autossômica recessiva. Situações de violência intrafamiliar (de natureza física, sexual, e negligência e/ou abandono) também podem interferir no desenvolvimento saudável da criança.

Pergunte:

- Você e o pai da criança tem laços consanguíneos?
- Existe alguma pessoa com problema mental ou físico na família de vocês?
- Pergunte:
- Sua criança mama ao seio? Até que idade mamou?
- Como e com quem sua criança costuma brincar?
- Onde e com quem ela fica a maior parte do dia?

A amamentação é um fator protetor para o desenvolvimento infantil, não só do ponto de vista biológico como também afetivo. Verifique se a criança ainda está sendo amamentada ou até que idade mamou. Investigue também se a criança frequenta a creche ou se fica em casa. Pergunte para a mãe se ela permanece muito tempo na rede ou berço, se convive com outras crianças ou só com adultos e se as pessoas dão atenção e brincam com ela. Em caso afirmativo, investigue qual o tipo de brinquedo lhe é oferecido e com quais deles ela gosta mais de brincar.

Investigue sobre: escolaridade materna, convivência familiar, adensamento familiar, violência doméstica, existência de usuários de drogas ou de álcool em convivência com a criança

Se detectar fatores de risco socioambientais, oriente ou encaminhe esta criança para algum apoio institucional a sua família.

Após esta investigação inicial, que deve fazer parte de um contexto mais amplo da primeira consulta da criança na Unidade Básica de Saúde, antes de iniciar a observação do desenvolvimento da criança, pergunte sempre à mãe e/ou ao pai:

O QUE A SENHORA ACHA DO DESENVOLVIMENTO DA SUA CRIANÇA?

A mãe é quem mais convive com a criança, portanto, é quem mais a observa. Comparando-a com outras crianças, na maioria das vezes, é ela quem primeiro percebe que seu filho ou filha não vai bem. Valorize a sua opinião e quando esta achar que a criança não vai bem, redobre sua atenção sobre os aspectos biológico e socioambientais que impactam no desenvolvimento da criança.

Feito as perguntas para investigar os fatores de risco e a opinião da mãe e/ou do pai sobre o desenvolvimento do seu filho, VERIFIQUE e OBSERVE a criança.

VERIFIQUE o perímetro cefálico da criança (circunferência occipitofrontal):





Técnica: utilize uma fita métrica inelástica. Coloque a fita sobre o ponto mais proeminente da parte posterior do crânio (occipital) e sobre as sobrancelhas. Se houver alguma proeminência frontal e for assimétrica, passar a fita métrica sobre a mais proeminente. Após a medição, verifique a posição na curva segundo o Gráfico do Perímetro Cefálico da OMS.

Curva de seguimento: a medição periódica do perímetro cefálico determina uma curva que, se corre paralela à curva mediana (0 escore z), não tem significado patológico. Se a curva é ascendente ou corre acima da curva de +2DP, deve suspeitar-se de possíveis causas de macrocefalia; se é descendente ou corre abaixo da curva de -2DP, deve suspeitar-se de patologias que provocam microcefalia. Nos gráficos de crescimento da OMS, as medidas de desvio padrão equivalem ao z escore - ZS.

Verifique também se existem alterações fenotípicas, tais como:

- Fenda palpebral oblíqua
- Olhos afastados
- Implantação baixa de orelhas
- Lábio leporino
- Fenda palatina
- Pescoço curto e/ou largo
- Prega palmar única
- Quinto dedo da mão curto e recurvado



OBSERVAR o desenvolvimento da criança de 2 meses até 6 anos

Abaixo encontra-se o quadro mostrando os marcos de desenvolvimento esperados por faixa etária e no manual do AIDPI explica com detalhes como realizar avaliação (pág 182 a 202).

2 A 4 MESES:	4 A 6 MESES:	6 A 9 MESES:	9 A 12 MESES:
Resposta ativa ao contato social. Segura objetos. Ri alto (gargalhada). De bruço levanta a cabeça, apoiando-se nos antebraços.	Busca ativa de objetos. Leva objetos a boca. Localiza o som. Muda de posição ativamente (rola).	Brinca de esconde-achou. Transfere objetos de uma mão para outra. Duplica sílabas. Senta sem apoio.	Imita gestos. Faz pinça. Produz jargão. Anda com apoio.
12 A 15 MESES:	15 A 18 MESES:	18 A 24 MESES:	2 ANOS A 2 ANOS E 6 MESES:
Mostra o que quer. Coloca blocos na caneca. Diz uma palavra. Anda sem apoio.	Usa colher ou garfo para alimentar-se. Constrói torres de dois cubos. Fala três palavras. Anda para trás.	Tira roupa. Constrói torre de três cubos. Aponta duas figuras. Chuta a bola.	Veste-se com supervisão. Constrói torres com seis cubos. Forma frases com duas palavras. Pula com ambos os pés.
2 ANOS E 6 MESES A 3 ANOS:	3 ANOS A 3 ANOS E 6 MESES:	3 ANOS E 6 MESES A 4 ANOS:	4 ANOS A 4 ANOS E 6 MESES:
Brinca com outras crianças. Imita uma linha vertical. Reconhece duas ações. Arremessa bola.	Veste uma camiseta. Move o polegar com a mão fechada. Compreende dois adjetivos. Equilibra-se em cada pé por 1 segundo.	Emparelha cores. Copia círculos. Fala inteligível. Pula em um pé só.	Veste-se sem ajuda. Copia cruz. Compreende quatro preposições. Equilibra-se em cada pé por 3 segundos.
4 ANOS E 6 MESES A 5 ANOS:			
Escova dentes sem ajuda. Aponta a linha mais comprida. Define cinco palavras. Equilibra-se em um pé por 5 segundos.			

Para tomada de decisão quanto ao desenvolvimento da criança, reveja se há fatores de risco (Quadro A) e observe se há alterações ao exame físico (Quadro B):

QUADRO A

PERGUNTE SE HÁ FATORES DE RISCO, TAIS COMO:

Ausência ou pré-natal incompleto.
 Problemas na gestação, parto ou nascimento da criança.
 Prematuridade.
 Peso abaixo de 2.500 g.
 Icterícia grave.
 Hospitalização no período neonatal.
 Doenças graves como meningite, traumatismo craniano ou convulsões.
 Parentesco entre os pais.
 Casos de deficiência ou doença mental na família.
 Fatores de risco ambientais como violência doméstica, depressão materna, drogas ou alcoolismo entre os moradores da casa, suspeita de abuso sexual etc.

QUADRO B

OBSERVE SE HÁ ALTERAÇÕES NO EXAME FÍSICO:

Perímetro Cefálico < -2ZS ou > +2ZS

Presença de alterações fenotípicas:

Fenda palpebral oblíqua.
 Olhos afastados.
 Implantação baixa de orelhas.
 Fenda labial.
 Fenda palatina.
 Pescoço curto e/ou largo.
 Prega palmar única.
 Quinto dedo da mão curto e recurvado.
 Dente natal.
 Dente neonatal.



CLASSIFICAR o desenvolvimento

AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAR
<ul style="list-style-type: none"> Ausência de um ou mais marcos para a faixa etária anterior; ou Perímetro cefálico <-2 ZS e/ou >+2 ZS; e/ou Presença de três ou mais alterações fenotípicas. 	PROVÁVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> Referir para avaliação neuropsicomotora.
<p>Ausência de um ou mais marcos para a sua faixa etária.</p> <p>Todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes, mas existem um ou mais fatores de risco.</p>	ALERTA PARA O DESENVOLVIMENTO DESENVOLVIMENTO NORMAL COM FATORES DE RISCO	<ul style="list-style-type: none"> Orientar para promoção do desenvolvimento infantil saudável. Marcar consulta de retorno em 30 dias. Informar sobre os sinais de alerta para retornar antes de 30 dias.
Todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes.	DESENVOLVIMENTO NORMAL	<ul style="list-style-type: none"> Elogiar mãe Orientar a mãe para promoção do desenvolvimento infantil saudável. Retornar para acompanhamento, conforme a rotina do serviço de saúde. Informar a mãe/pai/acompanhante sobre os sinais de alerta para retornar antes.

Características individuais	
Fatores protetores (O que fazer)	Fatores de risco (O que evitar)
Apoiar e amar a criança sempre (incondicionalmente).	Falta de atenção, carinho, amor e cuidados com a criança.
Elogiar a criança sempre que ela faça algo corretamente ou está se esforçando.	Autoritarismo demais com a criança.
Deixar a criança expressar suas vontades e desejos e respeitá-la.	Superproteção da criança.
Dar oportunidade para a criança para fazer coisas sozinha.	Proibição excessiva (não deixar a criança experimentar coisas novas).
Realizar atividades com prazer e alegria.	Falta de espaço para brincadeiras.
Criar ambientes, seguro, alegre e festivo.	Valorizar situações negativas e trágicas.
Deixar a criança criar e brincar livremente.	Limitação de estímulos no desenvolvimento da criança (crianças muitas horas pressa no berço, ou cercadinho).
Oferecer materiais (seguros) para a criança brincar.	Regras rígidas ou severas (com uso de violência como justificativa pedagógica)
Dar limites mediante o diálogo (para que a criança aprenda o que pode e não fazer)	
Características familiares	
O que fazer	O que evitar
Valorizar um ambiente familiar harmonioso e de confiança.	Conflitos familiares constantes.
Saber escutar a criança e observar seu bem-estar.	Violência intrafamiliar contra a criança (de natureza física, sexual, psicológica, negligência e/ou abandono).
Permitir espaço de convivência familiar intergerações (contar histórias da família)	Exposição à violência parental
	Abandonar a criança no caso de morte ou separação de entes queridos.
Características da comunidade	
O que fazer	O que evitar
Resgatar e valorizar a importância da cultura local.	Criança brincando em espaços lúdicos e lazer sozinha ou com pessoas desconhecidas
Rede de cuidados e de proteção da criança atuante no território	Falta de coesão e solidariedade na comunidade.
Gestores e comunidade com interesse pela criança.	





Treinamento de Habilidades 3

TH3 – Abordagem da violência contra crianças e adolescentes

Introdução

Além de avaliar o crescimento e desenvolvimento, sempre que a criança se apresentar ao serviço de saúde, independentemente do motivo da consulta, deverá ser realizada uma abordagem da violência infantil. Esta afeta a saúde física e mental e, conseqüentemente, o desenvolvimento. Os profissionais da saúde devem identificar precocemente situações de violência contra a criança e notificar casos suspeitos ou confirmados de violência, seja de natureza física, sexual, psicológica e negligência e/ou abandono.



Objetivos de aprendizagem

- Conhecer e saber identificar as principais formas de violência contra a criança e o adolescente
- Identificar os sinais e sintomas de violência em crianças e adolescentes
- Conhecer a abordagem inicial da criança e do adolescente em situação de violência
- Saber os diagnósticos diferenciais de violência contra o paciente pediátrico
- Treinar a habilidade de comunicação entre médico-cuidadores

Descrição da atividade

1. O aluno deverá previamente assistir à mini-aula e estudar o material de apoio: capítulo de violência do “Manual AIDPI criança: 2 meses a 5 anos” e o protocolo de violência contra a criança da PBH. Link da mini-aula: <https://drive.google.com/file/d/1c4kBXcmQHH02XtgaBFu8bbB-V9p2TBh4/view?usp=sharing>
2. Na atividade prática, o tutor irá esclarecer dúvidas e destacar os principais pontos da mini-aula.
3. Em seguida, os alunos irão praticar habilidades de comunicação com foco na abordagem da violência contra a criança (*role play* ou participação de ator).
4. Discutir os casos e fornecer feedback aos alunos.
5. A atividade prática será finalizada com uma avaliação com distribuição de pontos.

Principais pontos do manual AIDPI e do protocolo de violência contra a criança da PBH

O Ministério da Saúde adota como definição de violência contra a criança: quaisquer atos ou omissões dos pais, parentes, responsáveis, instituições e, em última instância, da sociedade, que redundam em danos físicos, emocional, sexual e moral às vítimas.

A violência é classificada em três grandes categorias que são divididas em natureza. Categorias: autoprovocada, interpessoal e coletiva. Natureza: física, sexual, psicológica e negligência e/ou abandono.

É importante para o médico generalista saber reconhecer os sinais de violência contra a criança e adolescente e realizar uma abordagem inicial dos pacientes pediátricos vítimas de violência.

QUADRO 1 - Alterações comportamentais da criança em situações de violência

SINAIS DA VIOLÊNCIA	CRIANÇA		
	ATÉ 11 MESES	1 A 4 ANOS	5 A 9 ANOS
Choros sem motivo aparente.			
Irritabilidade frequente, sem causa aparente.			
Olhar indiferente e apatia.			
Tristeza constante.			
Demonstrações de desconforto no colo.			
Reações negativas exageradas a estímulos comuns ou imposição de limites.			
Atraso no desenvolvimento; perdas ou regressão de etapas atingidas.			
Dificuldades na amamentação, podendo chegar à recusa alimentar; vômitos persistentes.			
Distúrbios de alimentação.			
Enurese e encoprese (urina e fezes).			
Atraso e dificuldades no desenvolvimento da fala.			
Distúrbios do sono.			
Dificuldades de socialização e tendência ao isolamento.			
Aumento da incidência de doenças, injustificável por causas orgânicas, especialmente as de fundo alérgico.			
Afeções de pele frequentes, sem causa aparente.			
Distúrbios de aprendizagem, ou mesmo o fracasso na escola.			
Comportamentos extremos de agressividade ou destrutivos.			
Pesadelos frequentes, terror noturno.			
Tiques ou manias.			
Comportamentos obsessivos ou atitudes compulsivas.			
Atraso e dificuldades no desenvolvimento da fala.			
Baixa autoestima e baixa autoconfiança.			
Automutilação, escarificações, desejo de morte e tentativa de suicídio.			
Problemas ou déficit de atenção.			
Sintomas de hiperatividade.			
Comportamento de risco, levando a traumas frequentes ou a acidentes.			
Uso abusivo de drogas.			

Fonte: Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências, BRASIL, 2010.

■ Os espaços destacados por faixa etária visam indicar as possibilidades de sinais de violências de maior frequência, que devem ser vistos de forma cumulativa e nunca isolada.

OBSERVAR se:

- A criança expressa espontaneamente que sofre violência. Deve-se acreditar no relato na criança.
- O acompanhante expressa espontaneamente que a criança é vítima de violência. Esta informação deve ser valorizada.
- Há evidência de alteração no comportamento da criança. Crianças muito agressivas ou muito assustadas, retraídas, apáticas, ou que evitam o contato visual e/ou físico, assim como aquelas que apresentam condutas destrutivas ou autodestrutivas, podem estar sofrendo violência. As alterações de comportamento podem ser as únicas manifestações de qualquer tipo de violência (física, sexual, psicológica, negligência).
- Há evidência de alteração no comportamento dos pais ou cuidadores, caso estejam presentes na consulta. Pais ou cuidadores indiferentes à situação ou ao sofrimento da criança, descuidados, intolerantes, castigadores, que tem atitude depreciativas, agressivas ou na defensiva, devem ser considerados como tendo alteração de comportamento.

VERIFICAR se há: (todo o corpo da criança deve ser examinado, totalmente despido, tendo o cuidado de respeitar o seu pudor)



- Lesões físicas sugestivas de violência: inspecionar todo o corpo em busca de lesões de equimoses, hematomas, queimaduras, lacerações, cicatrizes ou fraturas. Lesões bilaterais, simétricas, em diferentes estágios de cicatrização, em áreas cobertas do corpo ou em regiões posteriores, no dorso das mãos, nas costas e nos glúteos, nas áreas internas dos membros, nas mamas, nos genitais. As lesões físicas também podem evidenciar a forma ou o sinal do instrumento de agressão (mão, cinto, fio,

Indicadores de violência física

Indicadores físicos	Indicadores comportamentais	Características da família
<ul style="list-style-type: none"> • Presença de lesões físicas que não se ajustam à causa alegada; • Ocultamento de lesões antigas; • Hematomas e queimaduras em diferentes estágios de cicatrização; • Contusões corporais em partes do corpo que geralmente não sofrem lesões com quedas habituais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Medo dos pais e/ou responsáveis; • Alegação de causas pouco prováveis para as lesões; • Fugas do lar e comportamento agressivo com colegas; • Baixa auto-estima considerando-se merecedor de punições; • Desconfia de contato com adultos; • Alerta permanente; • Hiperativa ou depressiva; • Tendências autodestrutivas; • Problemas de aprendizagem; • Distúrbios alimentares e do sono. 	<ul style="list-style-type: none"> • Oculta as lesões na criança ou as justifica de forma não convincente e contraditória; • Culpa a criança pelos problemas no lar; • Acredita no disciplinamento severo como forma de educar; • Tem expectativas irreais sobre a capacidade da criança, exigindo-a em demasia; • Autoriza o professor a castigar fisicamente a criança.



Sinais da violência sexual em crianças e adolescentes

- Edema ou lesões na área genital, sem outras doenças que os justifiquem, como infecções ou traumas acidentais evidenciáveis;
- Lesões de palato ou de dentes anteriores, decorrentes de sexo oral;
- Sangramento vaginal em pré-púberes, excluindo a introdução de corpo estranho pela criança;
- Sangramento, fissuras ou cicatrizes anais, dilatação ou flacidez de esfíncter anal sem presença de doença que o justifique, como constipação intestinal grave e crônica;
- Rompimento himenal;
- Doenças sexualmente transmissíveis, gravidez e aborto.

Sinais indiretos mais frequentes de violência sexual em crianças e adolescentes

- Atitudes sexuais impróprias para a idade;
- Demonstração de conhecimento sobre atividades sexual superiores a sua fase de desenvolvimento, através de falas, gestos ou atitudes;
- Masturbação frequente e compulsiva, independente do ambiente em que se encontre;
- Tentativas frequentes de desvio para brincadeiras que possibilitem intimidades, a manipulação genital, ou ainda repetição de atitudes do abusador para com ela;
- Infecções urinárias de repetição;
- Distúrbios nutricionais.

Indicadores de violência psicológica

Indicadores físicos	Indicadores comportamentais	Características da família
<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de saúde sem causa orgânica; • Distúrbios de fala (mudez, gagueira); • Afecções cutâneas (reações alérgicas na pele); • Disfunções físicas em geral; • Distúrbios alimentares e do sono. 	<ul style="list-style-type: none"> • Isolamento social; • Carência afetiva; • Baixa auto estima; • Regressão a comportamentos incompatíveis com a idade; • Submissão e apatia; • Dificuldades e problemas escolares, mas sem limitações cognitivas e intelectuais; • Tendência suicida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não há afetividade na relação entre pais e filhos ou há demonstração excessiva; • Deprecia a criança/adolescente referindo-se a ele de forma negativa e crítica; • Tem expectativas irreais sobre a capacidade da criança/adolescente exigindo-o em demasia; • Muitas vezes há registros de abuso de álcool e de outras drogas; • Ameaça, aterroriza ou ignora a criança/adolescente.

Indicadores de negligência

Indicadores físicos	Indicadores comportamentais	Características da família
<ul style="list-style-type: none"> • Padrão de crescimento deficiente; • Vestimentas inadequadas; • Fadiga constante; • Quadro de desnutrição freqüente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Repetência, baixo rendimento, ausências ou atrasos escolar ou em atendimento de saúde; • Agressividade ou apatia; • Hiperatividade ou depressão; • Assume responsabilidades de um adulto; 	<ul style="list-style-type: none"> • Não comparecimento à escola; • Não se preocupa e não resolve as necessidades da criança; • Apresenta desleixo com a higiene e aparência pessoal; • Abusa do álcool e de outras drogas; • Deixam crianças sozinhas, sem a supervisão de um adulto.



A verificação do cuidado em relação à saúde é também um guia importante para determinar o grau de interesse dos pais ou cuidadores, e podem ser indicadores de descuido com a saúde da criança: o esquema de vacinação incompleto, a consulta tardia para o problema da criança, história de adoecimento frequente, distúrbios nutricionais e atraso no desenvolvimento.

Uma consulta tardia à unidade de saúde pode representar atitude de pouco interesse frente às necessidades ou afecções da criança, desvalorizando ou minimizando tais necessidades. Pode também decorrer da intenção dos pais de ocultar uma lesão que tenham produzido ou de prolongar a dor da criança.

Havendo qualquer lesão física ou fratura

PERGUNTAR:

- Como se produziram os machucados / as feridas / o descuido?
- Quando se produziram os machucados / as feridas / o descuido?
- Há acidentes/traumatismos frequentes?

DETERMINAR se há discrepância entre as lesões e a história ou estágio de desenvolvimento.

Para todos os responsáveis:

PERGUNTAR

- Como ensinam/educam/disciplinam seu filho?
- Como ensinam/educam/disciplinam aos seus outros filhos?
- Como resolvem os problemas/conflitos familiares?

Caso haja relato de agressões físicas ou psicológicas, avalie se há ameaça à vida da criança. Se for possível, procure identificar quais as justificativas do responsável pela agressão:

1) Justifica a agressão como modo culturalmente aprendido de educar, mas aceita rever sua conduta.

2) Justifica como válidos seus critérios rígidos de educação, mesmo quando se utiliza da violência física e/ou psicológica como forma suposta de educar; e demonstra dificuldades em reavaliar seu comportamento agressivo.

3) Não reconhece a agressão como risco para a criança; nega a autoria da violência; culpa diretamente a vítima pela violência, e/ou também pelos seus fracassos e frustrações.

6.6 Atitude do profissional de saúde diante de casos compatíveis ou suspeitos de violência contra a criança

A ética, a privacidade e a confidencialidade são consensos fundamentais, quando se trata de situações de violência.

Em caso de situação compatível ou suspeita de violência contra a criança, é importante que:

- Seja garantido um trato digno, respeitoso e sem preconceitos à criança e a sua família durante todo o processo de atendimento, com ênfase na proteção da criança. O profissional de saúde deve estar acessível e receptivo, escutar cuidadosamente e com seriedade a história e registrar textualmente tudo o que lhe confiam. É importante manter a serenidade e garantir o acolhimento da criança e de sua família.
- Na conversa com a criança ou com a família, é importante que o profissional de saúde evite:
 - Usar estilo interrogativo, confrontador ou acusador.
 - Fazer perguntas indutivas.
 - Fazer perguntas desnecessárias, que causem maior sofrimento à criança.
 - Falar muito e não deixar falar.
 - Fazer comentários sobre suas vivências e valores pessoais.
 - Fazer comentários com terceiros sobre o que é dito na consulta.
 - Usar palavras ou expressões que responsabilizem a criança pela violência ou justifiquem as atitudes agressivas dos pais.
- É necessário que o profissional de saúde não se precipite nas conclusões sobre os fatos, nem especule ou acuse qualquer pessoa. É um erro tentar identificar ou definir, de maneira rápida, o responsável pela violência ou a intencionalidade das ações.
- A abordagem, sempre que possível, deve ocorrer em equipe multidisciplinar. Deve-se priorizar a atenção e a proteção à criança e não centrar seus esforços em encontrar o culpado, tarefa que pertence à justiça.

Os responsáveis estão conscientes da violência?

- Se a resposta é SIM, explique-lhes que compete ao profissional de saúde realizar a notificação mediante o preenchimento da ficha e da comunicação imediata ao Conselho Tutelar (CT) para que o mesmo possa adotar as medidas necessárias à proteção da criança e da família, em situações específicas.
- Informe que a notificação e a comunicação ao CT, em caso de suspeita ou confirmação de violência, é um direito da criança definido por lei (Estatuto da Criança e do Adolescente), assim como os serviços de saúde, a assistência social e as instituições que podem oferecer apoio.
- Se a resposta é NÃO, o primeiro passo é ajudá-los a reconhecer que a violência causa

6.7 Aconselhar pais ou cuidadores

É fundamental que os pais e cuidadores reconheçam que as crianças têm características e necessidades próprias a cada faixa etária e a cada nível de desenvolvimento (Anexo 5). É importante reforçar comportamentos positivos e promover medidas preventivas.

6.7.1 Orientações gerais

- Estimule sua criança por suas conquistas com expressões ou gestos de aprovação e amor.
- Saiba que, a partir de seus comportamentos, as crianças aprendem princípios e valores. Portanto, os cuidadores devem ser coerentes no que dizem, ensinam e fazem.
- Aproveite o maior tempo possível para conversar com seus filhos, desenvolver atividades juntos e conhecer seus sentimentos e ideias.
- Saiba que determinados comportamentos das crianças são típicos de sua faixa etária e não representam afronta ou desrespeito.

6.7.2 Orientações sobre rotinas e limites

- Estabeleça rotinas e regras claras para a educação da criança. É muito melhor se são poucas, básicas e coerentes com seus objetivos.
- Aplique sempre as mesmas regras. Quando se permite à criança alguma coisa em um dia e em outro não, ela se confunde. Quando tiver que fazer alguma exceção à regra, explique à criança por que a faz. As regras não podem mudar frequentemente nem devem ser aplicadas de acordo com a conveniência dos pais.
- Estabeleça um acordo mútuo sobre a aplicação das regras de modo que todos que convivem ou cuidam da criança as cumpram.
- Explique sempre à criança as razões pelas quais uma conduta ou comportamento não são adequados. Não importa se a criança ainda não fala; desde muito cedo, ela entende as razões e interpreta as expressões e as atitudes dos cuidadores.

6.7.3 Orientações específicas sobre violência

- Nunca cause dor ou agrida física ou verbalmente as crianças, ainda que sob o pretexto de educá-las ou de colocar limites. Estas ações só geram medo, não educam nem promovem a autoconfiança da criança, suas habilidades construtivas ou suas condutas positivas.
- Escute o que a criança tem a dizer sobre uma ação ou um comportamento antes de repreendê-la por haver realizado.
- Conte até dez antes de admoestar (censurar, criticar, repreender, recriminar) a criança. Pense primeiro qual será a finalidade e a forma mais adequada de fazê-la. Não repreenda a criança num momento de raiva, porque pode lhe causar dano físico ou psicológico. Não desconte nela sua agressividade ou sua frustração.
- Não censure a criança por algo que aconteceu muito tempo atrás, porque provavelmente ela não saberá o motivo.
- Não repreenda a criança duas vezes por um mesmo fato. Se a criança teve uma conduta ou comportamento inadequado e um dos pais já a admoestou por este fato, o outro não necessita repreendê-la novamente pelo mesmo motivo. Da mesma forma, se foi repreendida na escola, não deve voltar a sê-lo em casa. Os pais (ou um deles) podem optar por refletir com a criança sobre a falta cometida, os acontecimentos que a cercaram, as razões que ela tem para explicar, os motivos pelos quais esse comportamento não é adequado e como prevenir outros fatos semelhantes.
- Por estarem em processo de desenvolvimento e aprendizagem, as crianças podem equivocar-se e cometer faltas. Quando isso ocorre, estas faltas devem ser apontadas, porém não de maneira depreciativa, humilhante ou constrangedora, diante de terceiros e nem em grupo.
- Nunca ameace as crianças. As ameaças não são formas eficazes de promover uma conduta positiva e de alcançar uma educação adequada. Por exemplo, nunca ameace que vai abandoná-las. Elas podem interpretar isso como algo verdadeiro, o que pode produzir um grande dano psicológico.

- • • • • É importante que os pais/responsáveis conheçam e entendam o comportamento normal das
- • • • • crianças em cada etapa do seu desenvolvimento. O desconhecimento destes marcos muitas
- • • • • vezes contribui para que os pais interpretem de forma equivocada as ações normais das crianças.



Projetos em Equipe



Donald Zolan

“...porque a vida é mutirão de todos, por todos remexida e temperada.”

João Guimarães Rosa

Grande Sertão Veredas



Projetos em Equipe – 6º período

Objetivo Geral: Desenvolver a análise crítica de trabalhos científicos sobre triagem/diagnóstico, fatores de risco, causalidade e etiologia e evolução clínica/prognóstico.



INTRODUÇÃO

Com o volume crescente de informação atual, é essencial que o futuro profissional saiba não só buscar as informações, mas analisá-las e identificar o que é pertinente e relevante. Esses temas serão discutidos de forma contextualizada dentro dos blocos temáticos, através de encontros semanais, com diferentes dinâmicas e atividades.

No sexto período, o Projeto em Equipe continuará envolvendo avaliação crítica de artigos originais, mas o enfoque desta vez será diferente do período anterior. Neste período, serão abordados aspectos relacionados a fatores de risco, diagnóstico e prognóstico/tratamento da doença selecionada para o projeto de cada grupo, revisando conceitos epidemiológicos muito relevantes e aproximando-os do cenário clínico e da medicina baseada em evidências.

Os objetivos e as tarefas estão divididos ao longo dos quatro blocos do período, conforme orientações e cronograma apresentados nos roteiros de cada bloco. Ressalta-se que o cronograma dos blocos pode ser alterado de acordo com as necessidades do calendário do curso.

BLOCO 1

ANÁLISE CRÍTICA DE TRABALHOS CIENTÍFICOS I: REVISÃO

Objetivo geral de aprendizagem: Revisar as principais características dos estudos observacionais do tipo transversal (usados em estudos de validade dos testes diagnósticos), e do tipo coorte e caso-controle (ambos usados em estudos de fatores de risco e prognóstico).

Objetivos específicos de aprendizagem:

- Rever os desenhos de estudo, com ênfase em estudos transversais, coorte e caso-controle.
- Realizar pesquisa bibliográfica para identificar o estado da arte em relação a fatores de risco, métodos diagnósticos e prognóstico de agravo selecionado.
- Compreender os critérios gerais de avaliação de trabalhos científicos de acordo com o objetivo da revisão bibliográfica.

Sem	Atividades – Turmas A e B e Turma C
-----	-------------------------------------



1	<p>Apresentação do PE</p> <p>Mini-aula: Recapitulação dos tipos de estudos observacionais</p> <p>Atividade em grupo: Identificar através de busca bibliográfica um estudo observacional que avaliou a acurácia de testes diagnósticos (transversal), um estudo que avaliou fatores de risco para determinado agravo/doença (coorte ou caso-controle) e um estudo de prognóstico (coorte).</p>
2	<p>Mini-aula: Estudos longitudinais: vantagens e desvantagens e medidas de associação (incluindo estudos de fatores de risco e de prognóstico)</p> <p>Trabalho escrito em grupo: Realizar a análise crítica de um dos artigos científicos identificados na busca, seguindo roteiro adaptado a ser disponibilizado pelo tutor.</p>
3	<p>Mini-aula: Estudos transversais: vantagens e desvantagens. Características dos estudos transversais para a avaliação dos testes diagnósticos.</p> <p>Atividade em grupo: Exercício de revisão dos conceitos de validade dos testes diagnósticos (sensibilidade, especificidade e valor preditivo)</p>
4	Prova individual

Distribuição dos pontos:

ATIVIDADES EM GRUPO – 50 pts

AVALIAÇÃO – 25 pts

CONCEITO – 5 pts

LITERATURA DE APOIO

SOUSA MR, COTA GF. Como interpretar um artigo científico? RMMG 2016; 26:e-1781.

Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/2061>

FLETCHER, Grant S. Epidemiologia clínica: elementos essenciais. 6. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2021. Ebook. (1 recurso online). ISBN 9786558820161. Disponível em:

<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books/9786558820161>

Leitura Crítica de Artigos Científicos. Disponível em

<https://www.sbec.org.br/app/webroot/leitura-critic>



Ambulatórios



Donald Zolan

“Ele supõe saber alguma coisa e não sabe. Enquanto eu, se sei, tão pouco suponho saber. Parece que sou um pouco mais sábio que ele. Exatamente por supor que sei o que não sei”
Sócrates

**Ambulatórios
(AMB.B5.A3)
Orientação Geral**

No Bloco de Síndromes Pediátricas II, você participará apenas do Ambulatório Geral; os outros horários de ambulatório (das especialidades) serão ocupados por atividades cognitivas ou tempo protegido. No restante do semestre, você acompanhará o ambulatório de doenças infecciosas, de hematologia, de urologia e de nefrologia, seguindo o mesmo esquema de rodízio do semestre anterior.

Ambulatório geral. Nesse bloco, as turmas A, B e C, atenderão ambulatório na quinta de manhã. No decorrer dos outros blocos vocês terão, além do ambulatório de especialidades e o ambulatório geral (clínica médica e pediatria)

Ambulatórios de especialidades. Não haverá atendimento do ambulatório de especialidades neste Bloco.

Escala de atendimento. Assim que os grupos forem divididos, deve ser organizada uma escala de atendimento de primeira consulta e de retornos, com os responsáveis pelos mesmos, para todo o bloco. Esta escala deve ser entregue aos professores para acompanhamento do atendimento.

Responsabilidade. Lembre-se que apesar de você não ser tecnicamente responsável pelo seu paciente, você o é moralmente. Ele é o seu paciente e você deve assumir as responsabilidades inerentes a esta situação. Na medicina a prática e a experiência tem grande peso, logo o atendimento é um espaço de aprendizado essencial. Perder esta oportunidade de aprender pode prejudicar sua formação de forma irrecuperável.



No ambulatório da pediatria os seguintes objetivos de aprendizagem deverão ser contemplados, aproveitando os casos clínicos atendidos:

Realizar o atendimento integral à criança e ao adolescente

- Utilizar a Caderneta da Criança- Ministério da Saúde 2018
- Sistematizar as principais ações do médico em uma consulta dentro do serviço de atendimento primário à criança e ao adolescente
- Realizar as ações realizadas no 5º dia de saúde integral
- Realizar a avaliação dos aspectos básicos da alimentação da criança e do adolescente
- Realizar a avaliação do calendário básico de vacinação da criança e do adolescente
- Realizar a avaliação dos aspectos básicos do crescimento da criança e do adolescente
- Realizar a avaliação dos aspectos básicos da estrutura e dos componentes da Escala de Denver para avaliação do desenvolvimento da criança e do adolescente
- Realizar a orientação da prevenção de acidentes na criança e no adolescente
- Realizar a anamnese completa da criança e do adolescente
- Realizar o exame físico da criança e do adolescente
- Elaborar as hipóteses diagnósticas da consulta pediátrica da criança e do adolescente
- Elaborar as condutas na consulta pediátrica da criança e do adolescente

ORIENTAÇÕES PARA O REGISTRO DA CONSULTA UTILIZANDO O MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA (MCCP):

1. **Identificação:** (nome, endereço, procedência, idade, gênero, escolaridade, profissão/emprego, naturalidade, idade, religião);
2. **Motivo da Consulta** (no lugar de queixa principal);
3. **História da Moléstia Atual:** (deverá conter, além da *perspectiva biomédica* (cronologia, intensidade, sinais/sintomas associados), a *perspectiva do paciente/família* sobre o “*adoecer*” (medos, anseios, impacto, expectativas, compreensão do que está acontecendo.);
4. **Anamnese Especial;**
5. **História Progressa:** (passado clínico e cirúrgico);
6. **História Familiar:** (construção do genograma em situações que se faça necessário);
7. **História Social:** (utilizar, quando necessário o “ecomapa”);
8. **Exame Clínico;**
9. **Exames Complementares;**
10. **Lista de Problemas:** (contemplando as seguintes dimensões: biológica, psicológica, social, fatores de risco e fatores protetores encontrados).
11. **Conduta:** (elencar ações de promoção da saúde, propedêutica complementar necessária, tratamento medicamentoso e não-medicamentoso e descrever o compartilhamento das decisões sobre a conduta).



Questionário de Reflexão da Prática Ambulatorial UNIFENAS-BH

Ambulatório: Local: Data: .../.../.....

Estudante: Período:.....

Professor: Bloco Temático:

1. Em relação ao atendimento realizado informe (0,5pt):

Paciente: Idade: Gênero:

Profissão: Naturalidade:

Informante/acompanhante: Grau de parentesco:

Cidade onde reside atualmente:

2. Informe a lista de problemas do (a) paciente em ordem de prioridade (1,0pt):

3. Qual o problema principal e seu diagnóstico, motivo da consulta? (1,0pt)

4. Quais as consequências desse diagnóstico para a vida do (a) paciente? (1,0pt)
(os sentimentos do (a) paciente em relação ao diagnóstico)

5. Cite três diagnósticos diferenciais para o problema principal (1,0pt):

6. Quais aspectos epidemiológicos existentes favorecem o diagnóstico principal? (1,0pt)

7. Se for possível, informe o mecanismo fisiopatológico para o diagnóstico principal? (1,0pt)

8. Há algum achado ao exame clínico, que sugere ou torna pouco provável o diagnóstico principal? (1,0pt)

9. Há algum dado de exame complementar, que confirma ou afasta o diagnóstico principal? (1,0pt)

10. Qual foi o plano de cuidados proposto? (1,0pt)

11. O que você precisa estudar para melhor entender este caso? (0,5 pt)

Avaliação/Feedback do Professor:



Práticas de Laboratório



Donald Zolan

*“O Jeca não é assim, está assim”
Monteiro Lobato*


FAC. DE
MEDICINA
UNIFENAS

NORMAS PARA UTILIZAÇÃO DOS LABORATÓRIOS

Visando o melhor atendimento por parte da equipe técnica dos Laboratórios em relação aos docentes e discentes, seguem-se as seguintes normas para utilização e empréstimo de materiais contidos nos referidos laboratórios.

1. Os professores deverão fazer a reserva do laboratório antes do início do semestre junto ao técnico responsável.
2. Durante as aulas não é permitido ao aluno fumar sob qualquer pretexto.
3. O material de cada aluno deverá permanecer ao fundo da sala e cada um é responsável pelo seu material. A Unifenas não se responsabiliza por materiais perdidos.
4. As reservas que porventura não forem necessárias deverão ser desfeitas com antecedência de 24 horas na central dos laboratórios, a fim de disponibilizar o horário para outros professores.
5. Os professores sem horário fixo nos laboratórios, mas que eventualmente necessitem de utilizar os mesmos deverão solicitar autorização prévia à Coordenação dos laboratórios, que irá disponibilizar de acordo com a liberação dos mesmos.
6. No ato da reserva o professor solicitante se compromete a guardar todo o material utilizado em seus respectivos lugares, logo após o término das aulas e se responsabiliza pelo material em seu perfeito estado de uso.
7. A solicitação para compra de material deverá ser feita a coordenação do curso, pois a mesma irá analisar a necessidade e encaminhar o pedido a administração trimestralmente.
8. A solicitação de compra de materiais perecíveis deverá ser realizada com uma semana de antecedência.
9. O professor deve verificar:
 - para que não seja utilizado nenhum equipamento de vidro, quebrado ou trincado;
 - para que as torneiras de gás não fiquem abertas e caso haja algum vazamento de gás comunicar a Coordenação dos Laboratórios;
 - para que um bico de gás nunca seja aceso perto de algum material inflamável;
 - se o material utilizado é realmente o desejado;
 - para que os alunos mantenham sempre limpos os equipamentos e o balcão de trabalho;
 - caso seja derramado algum líquido, a limpeza do local deve ser feita imediatamente;
 - para que os alunos sempre lavem todo o material utilizado, principalmente as vidrarias;
 - para que nenhum material sólido seja jogado nas pias;
 - para que materiais pérfuro cortantes sejam descartados em caixas apropriadas (DESCARPAC);
 - para que nenhum reagente seja descartado nas pias sem a sua autorização.
10. O docente deverá cobrar de seus alunos a utilização de jaleco em atividades de aula prática independente do laboratório a ser utilizado.



11. O docente da disciplina deverá fornecer esclarecimentos e treinamento ao aluno para que ele possa utilizar adequadamente os equipamentos em aulas práticas.
12. A equipe técnica deverá ser informada de qualquer tipo de dano aos equipamentos ocorridos durante as aulas práticas, para que possa tomar as devidas providências.
13. O aluno que quebrar alguma vidraria ou alguma lâmina o docente deverá avaliar a responsabilidade deste aluno e solicitar que ele assine o termo de quebra.
14. O docente deverá fornecer o roteiro de aulas práticas no início de cada semestre, para que o técnico possa realizar a montagem das aulas.
15. O docente deverá avisar o aluno antecipadamente para trazer materiais de proteção individual, caso haja necessidade na aula, pois a **Instituição não fornece luvas descartáveis e outros.**
16. Em nenhuma hipótese será permitida a retirada de equipamentos ou materiais sem autorização da Coordenação dos Laboratórios.
17. Os danos causados aos equipamentos ou materiais são de inteira responsabilidade do professor que solicitou o empréstimo e caso o dano seja causado por algum aluno o professor responsável deverá apontar o discente para ressarcir a Instituição.





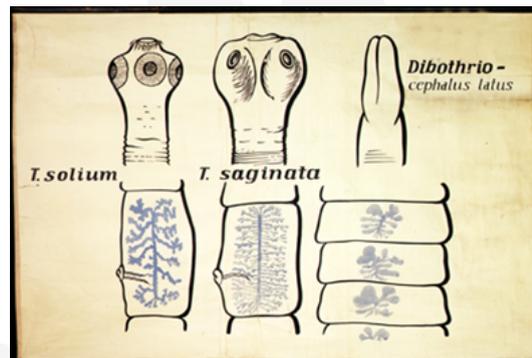
Helmintos

Os Helmintos contituem um grupo diverso de animais de vida livre e de vida parasitária e distribuem-se em três filis: *Platyhelminthes*, *Nematoda* e *Acanthocephala*.

Filo *Platyhelminthes*

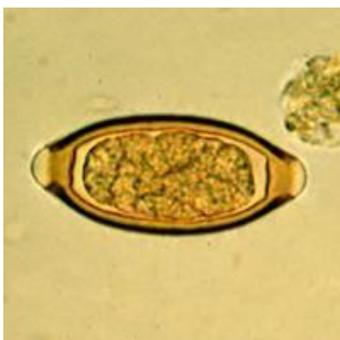
O filo platelminto apresenta quatro classes: Monogenea, Turbellaria, Trematoda e Cestoda, sendo que as duas últimas apresentam importância clínica. A classe **Trematoda** é caracterizada principalmente por endoparasitas que apresentam ciclo biológico com no mínimo dois hospedeiros, um intermediário (moluscos) e um definitivo (vertebrados). A subclasse de importância médica é chamada de Digenea e inclui a espécie *Fasciola hepatica* e as espécies pertencentes ao gênero *Schistosoma*, o qual será discutido na PL 3. Nesta subclasse (Digenea) o ovo dos parasitas apresenta opérculo em uma das extremidades e coloração marrom escuro.

A classe Cestoda é composta por endoparasitas alongados e que apresentam segmentação. Um cestóide típico apresenta três regiões: escólex (mais anterior), o colo ou pescoço e o estróbilo, sendo esta última a parte segmentada. A subclasse Eucestoda é a que apresenta espécies que parasitam o homem, incluindo *Hymenolepis nana*, *Hymenolepis diminuta*, *Taenia solium* e *Taenia saginata*, *Dipyllobothrium latum* e *Echinococcus granulosus*.



Filo *Nematoda*

O filo Nematoda apresenta duas classes: Chromadorea e Enoplea. A classe Chromadorea representa a classe anteriormente conhecida por Secernentea e inclui diversos vermes de importância médica, como *Ascaris*, *Enterobius*, *Strongyloides*, *Ancylostoma* e *Necator*. Já a classe Enoplea apresenta os vermes *Trichuris* e *Trichinella*.



Trichuris trichiura



Trichuris trichiura



Ancylostomideo

Objetivo geral:

Compreender as principais doenças parasitológicas (por helmintos) na criança e no adolescente

Prática

Apresentação do tema

Quais os ovos observados?
Quais características permitem identificá-los?

Apresentação e discussão de casos clínicos:



CASO 1 – Paciente, sexo feminino, 23 anos, foi à consulta com o gastroenterologista devido à dor epigástrica recorrente tipo “fome”. Refere já ter realizado exame de endoscopia digestiva alta que foi normal (sic). Leucograma mostrou: 8600/mm³ com 13 % de eosinófilos. O médico solicitou então EPF.

Qual o provável diagnóstico?

Porque o médico solicitou EPF diante dos resultados obtidos no hemograma?

Qual será o método parasitológico mais indicado para confirmar sua hipótese diagnóstica?

A visualização microscópica da amostra após realização do EPF é mostrada abaixo:



CASO 2 – Paciente do sexo feminino, 4 anos de idade, 18 kg, residente na periferia da cidade de Sabará, foi admitida no Pronto Atendimento Infantil com história de dor abdominal de moderada intensidade, vômitos repetitivos e aumento do volume abdominal. Ao exame físico apresentava estado geral regular, desnutrição, desidratação 2+/4+, distensão abdominal e dor à palpação do abdome difusamente, sem sinais de irritação peritoneal. Dos exames admissionais observou-se alteração apenas no hemograma que evidenciou eosinofilia importante (3159 cels - 27% do global de leucócitos) e dessa forma, o médico solicitou o EPF.

Qual o provável diagnóstico?

Porque o médico solicitou EPF diante dos resultados obtidos no hemograma?

Qual é o método parasitológico mais indicado para confirmar sua hipótese diagnóstica?

Quais os vermes adultos observados nesta prática? Quais características permitem identificá-los?

Feedback



Prática em Laboratório 2 – Patologia Clínica
(PL2.B5.A3)
Protozoários

Introdução

Nesta PL serão discutidos protozoários que parasitam o intestino (*Giardia lamblia* e *Entamoeba histolytica*), cujo diagnóstico pode ser feito através de EPF: a fresco (trofozoítos) e métodos com concentração das fezes como HPJ (cistos).

Giardia lamblia

Protozoário flagelado que parasita o intestino e apresenta duas formas: o trofozoíto e o cisto, conforme mostrado nas figuras abaixo, respectivamente:



As giardíases possuem distribuição mundial e ocorrem principalmente em países em desenvolvimento, sendo responsáveis por uma das principais causas de diarreia infecciosa em crianças. A prevalência é maior em áreas com saneamento básico deficiente, em locais com maiores índices de pobreza e onde o consumo de água não potável. A OMS elencou esta enfermidade no grupo das doenças negligenciadas no mundo.

Reservatório: os seres humanos atuam como importante reservatório da doença e, possivelmente, animais selvagens e domésticos podem atuar como reservatórios. Os cistos presentes nas fezes dos seres humanos são mais infectantes do que os provenientes dos animais.

Período de incubação: depois de um período de incubação que varia de 5 a 25 dias, com uma média de 7 a 10 dias, podem aparecer infecções sintomáticas típicas (diarreia, dor abdominal).

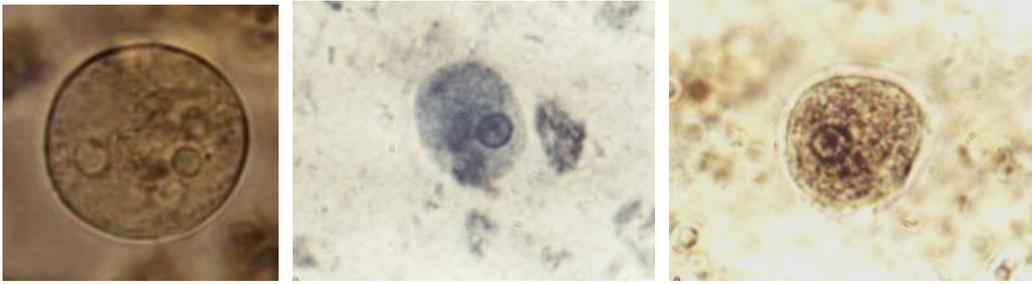
Modo de transmissão: a transmissão de *Giardia lamblia* de pessoa a pessoa ocorre por transferência dos cistos presentes nas fezes de um indivíduo infectado, através do mecanismo mão-boca.

Amebas

Existem várias espécies de amebas, tais como: *Entamoeba coli*, *Iodamoeba butschlii*, *Endolimax nana*, *Entamoeba gingivalis* e *Entamoeba histolytica*. Nessa PL, daremos destaque a *Entamoeba histolytica*, por ser patogênica para o homem.

Entamoeba histolytica

Ocorrência: Este parasita infecta aproximadamente 1% da população mundial, principalmente a população pobre de países em desenvolvimento, e apresenta uma forma vegetativa (trofozoíto) e outra de resistência (cisto).



Modo de transmissão: Através da ingestão de alimentos ou água contaminada com material fecal contendo os cistos da *Entamoeba*.

Sintomatologia: a *Entamoeba histolytica* leva à amebíase que possui formas assintomática (forma diminuta) e sintomática: amebíase intestinal (colite disentérica, colite não disentérica, ameboma, apendicite amebiana) e a amebíase extra intestinal: hepática, cutânea, pulmonar, cerebral e no baço.

Diagnóstico pode ser clínico ou laboratorial através de pesquisa direta de fezes diarreicas, tecidos, exsudatos, testes imunológicos, exames especializados.

Objetivo geral:

Compreender as principais doenças parasitológicas (por protozoários) na criança e no adolescente

Prática

Apresentação do tema

Quais protozoários observados?
Quais características permitem identificá-los?



Apresentação e discussão de caso clínico

Paciente, sexo masculino, 12 anos, natural e proveniente de Manaus foi internado com dor abdominal no quadrante superior direito do abdome, febre (39°C) e hepatomegalia. Referia ainda hiporexia e perda ponderal.

Foi solicitado EPF e ultrassonografia de abdome.

Faça a correlação clínica.

Quais são as hipóteses diagnósticas? Por quê?

Feedback

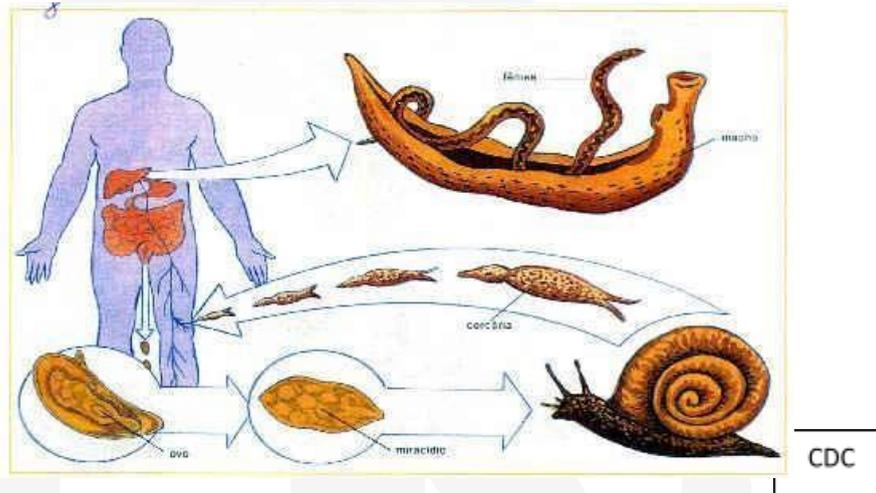


**Prática em Laboratório 3 – Patologia Clínica
(PL3.B5.A3)**

Schistosoma mansoni

Introdução

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) afirmam que mais de dois bilhões de pessoas hoje estão infectadas com algum tipo de verme ou parasita. Estima-se que 60% dessas infecções têm associação com deficiências nutricionais, principalmente carência de ferro e vitaminas. Além disso, 2/3 da mortalidade mundial têm relação com doenças de veiculação hídrica, como as parasitoses. Por isto o estudo da parasitologia tem enorme importância clínica.



Objetivo geral:

Compreender as principais doenças parasitológicas pelo *Schistosoma mansoni* na criança e no adolescente.

Apresentação e discussão de caso clínico

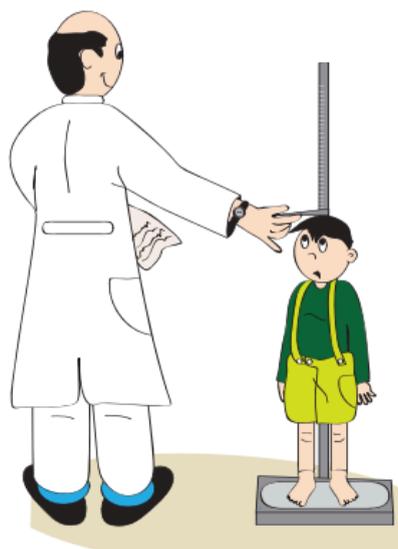
Paciente, 22 anos, sexo masculino, natural e residente em Governador Valadares, foi à UBS com queixas de tosse produtiva (com secreção) e sensação de “chiado”, febre, calafrio, dispneia, desconforto abdominal e irritabilidade. Foi diagnosticado com pneumonia em um posto de saúde local. Cerca de dois meses depois do diagnóstico, houve melhora da tosse, mas apresentou febre alta, dores musculares generalizadas, sudorese intensa, tonteira e diarreia sanguinolenta. Foi internado imediatamente, sendo que a diarreia sanguinolenta durou por mais três dias. Sete dias após a internação recebeu alta hospitalar. Já em bom estado de saúde, foi-lhe recomendado procurar recursos em Belo Horizonte para submeter-se a tratamento cirúrgico. Relata contato permanente com águas naturais da região.

Foi solicitado EPF pelo método de MIFc com 3 amostras de fezes colhidas em dias alternados. Faça a correlação clínica.

- a) Quais são as hipóteses diagnósticas? Por quê?
- b) Por que o médico solicitou o EPF pelo método descrito no problema?



Curvas de Crescimento

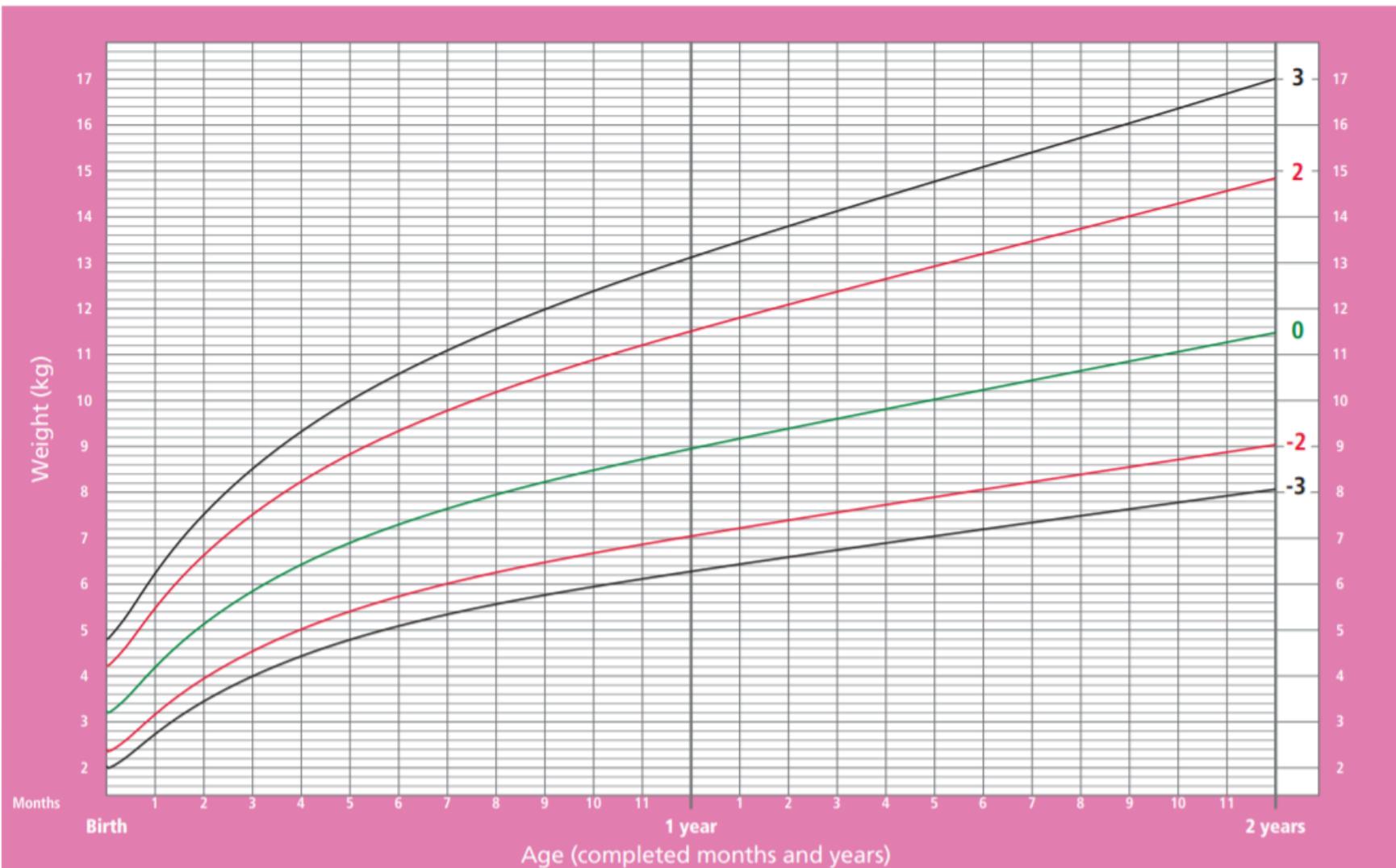


Ando devagar porque já tive pressa ...

Almir Sater

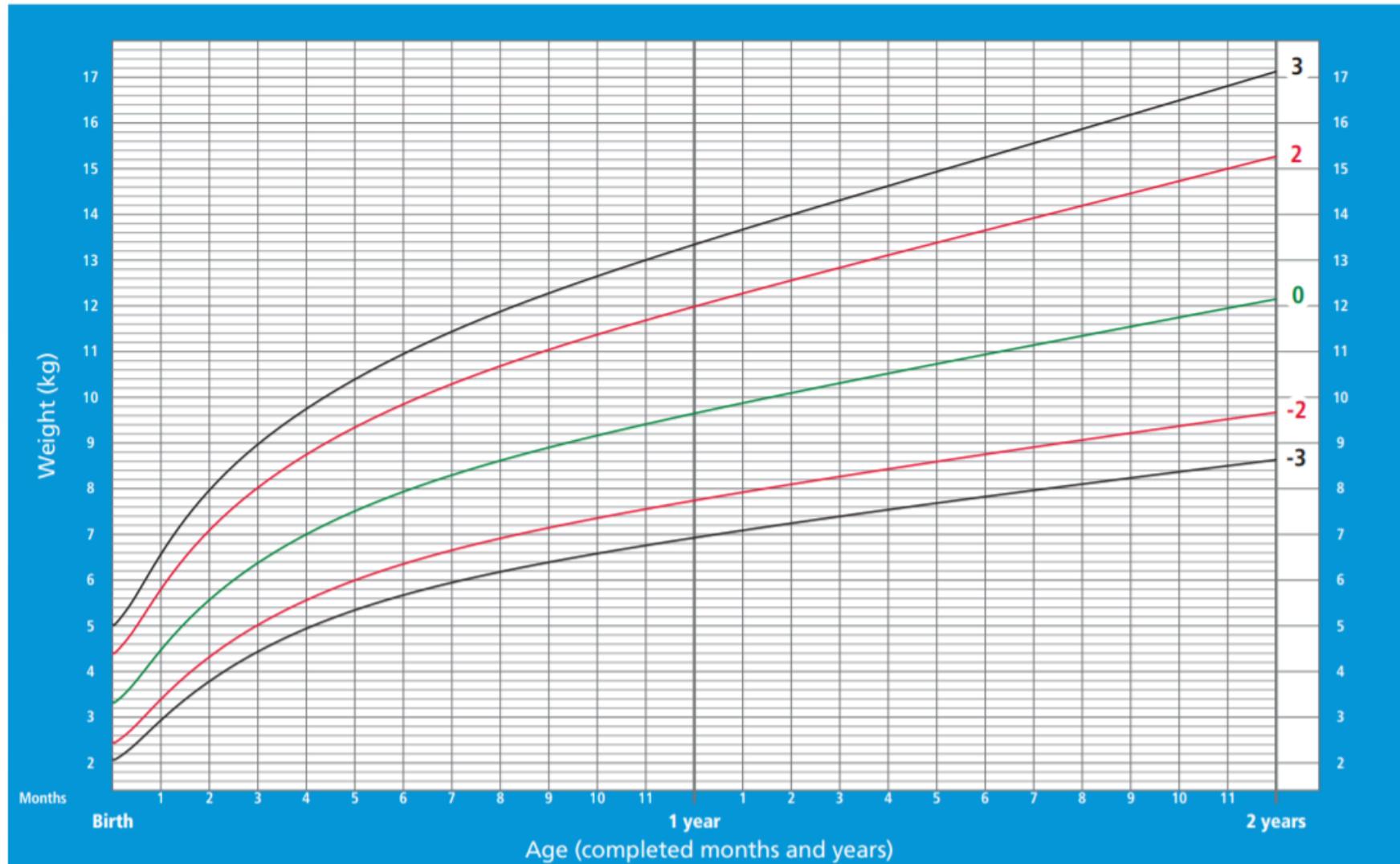
Weight-for-age GIRLS

Birth to 2 years (z-scores)



Weight-for-age BOYS

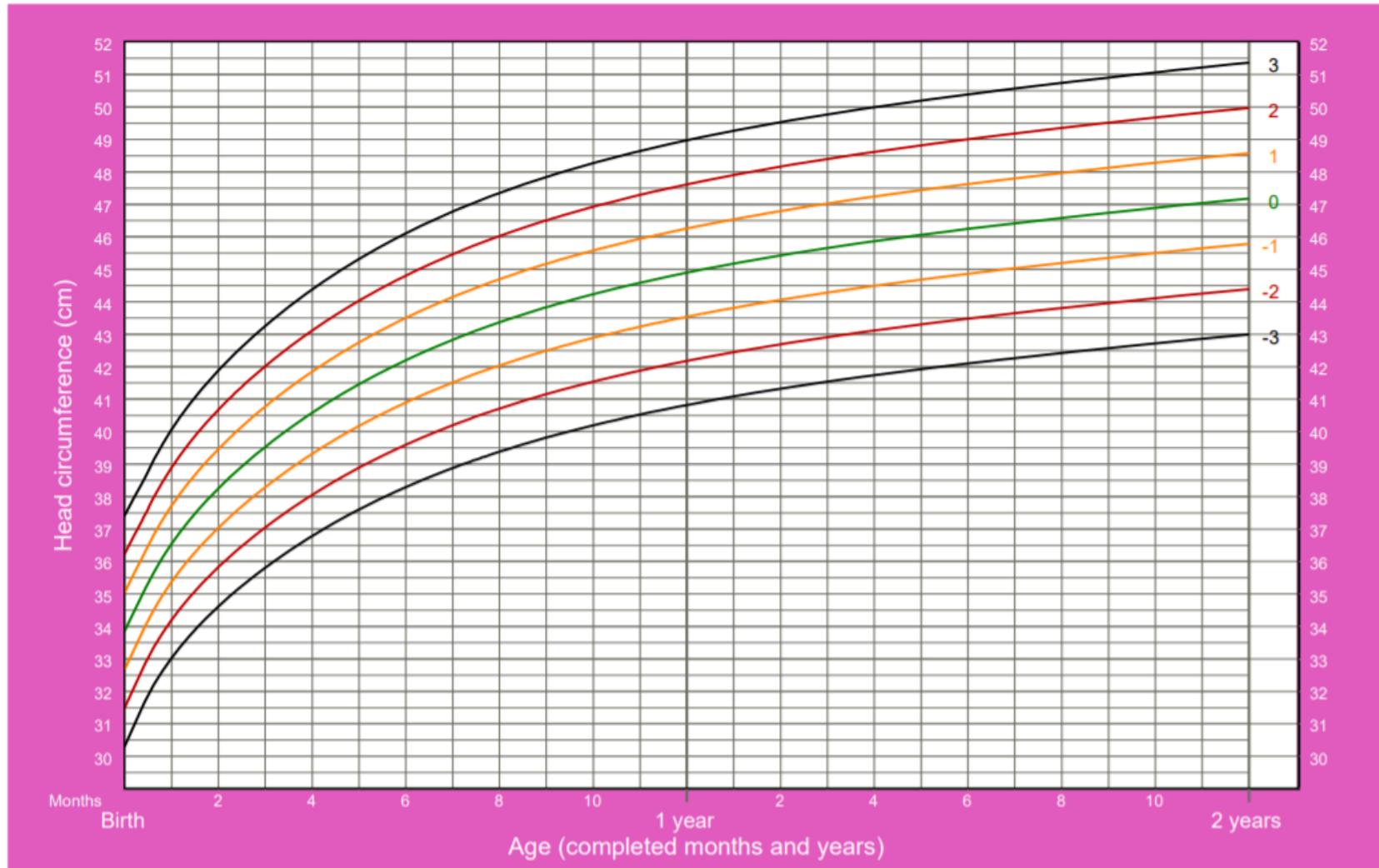
Birth to 2 years (z-scores)



Head circumference-for-age GIRLS



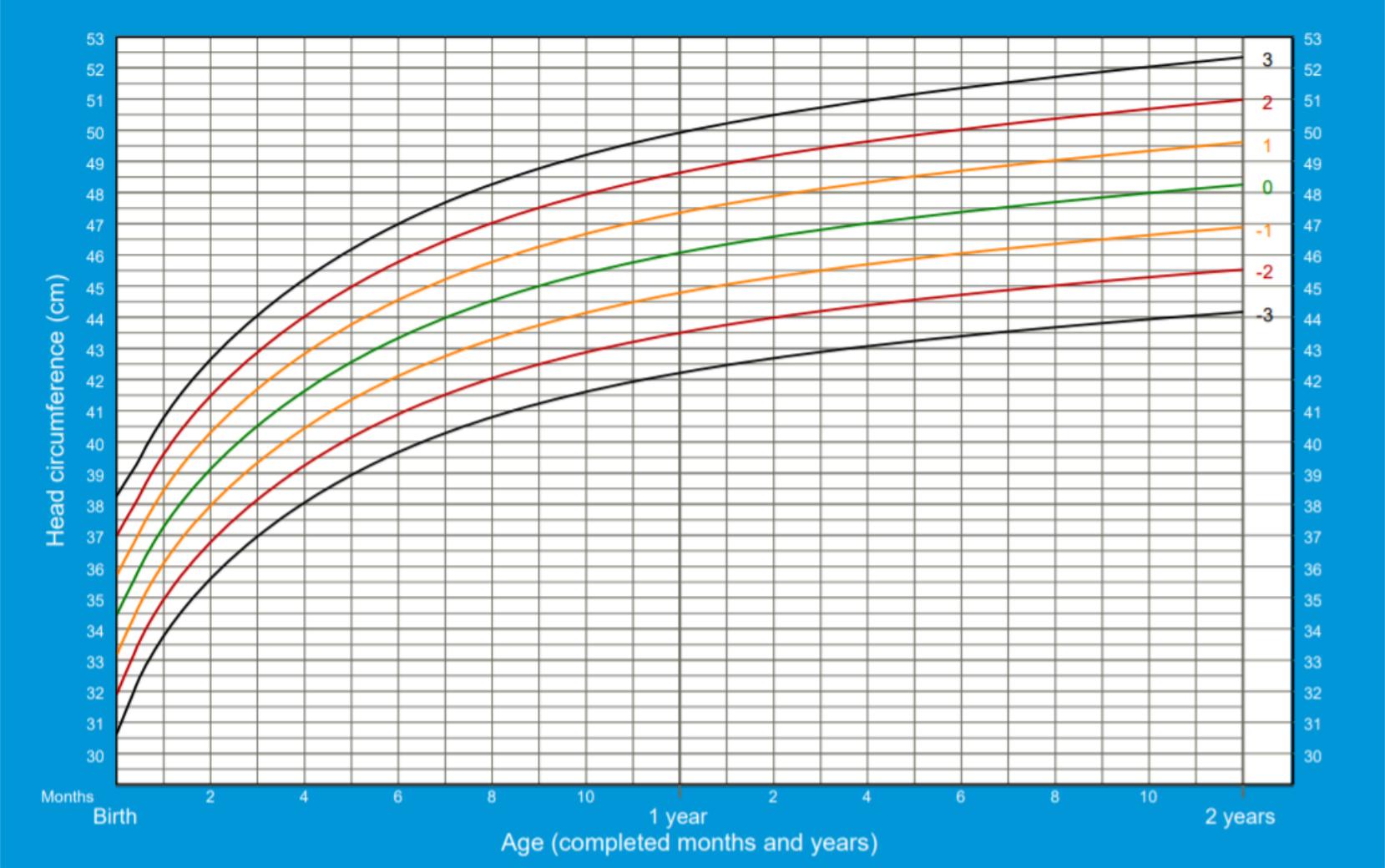
Birth to 2 years (z-scores)



Head circumference-for-age BOYS

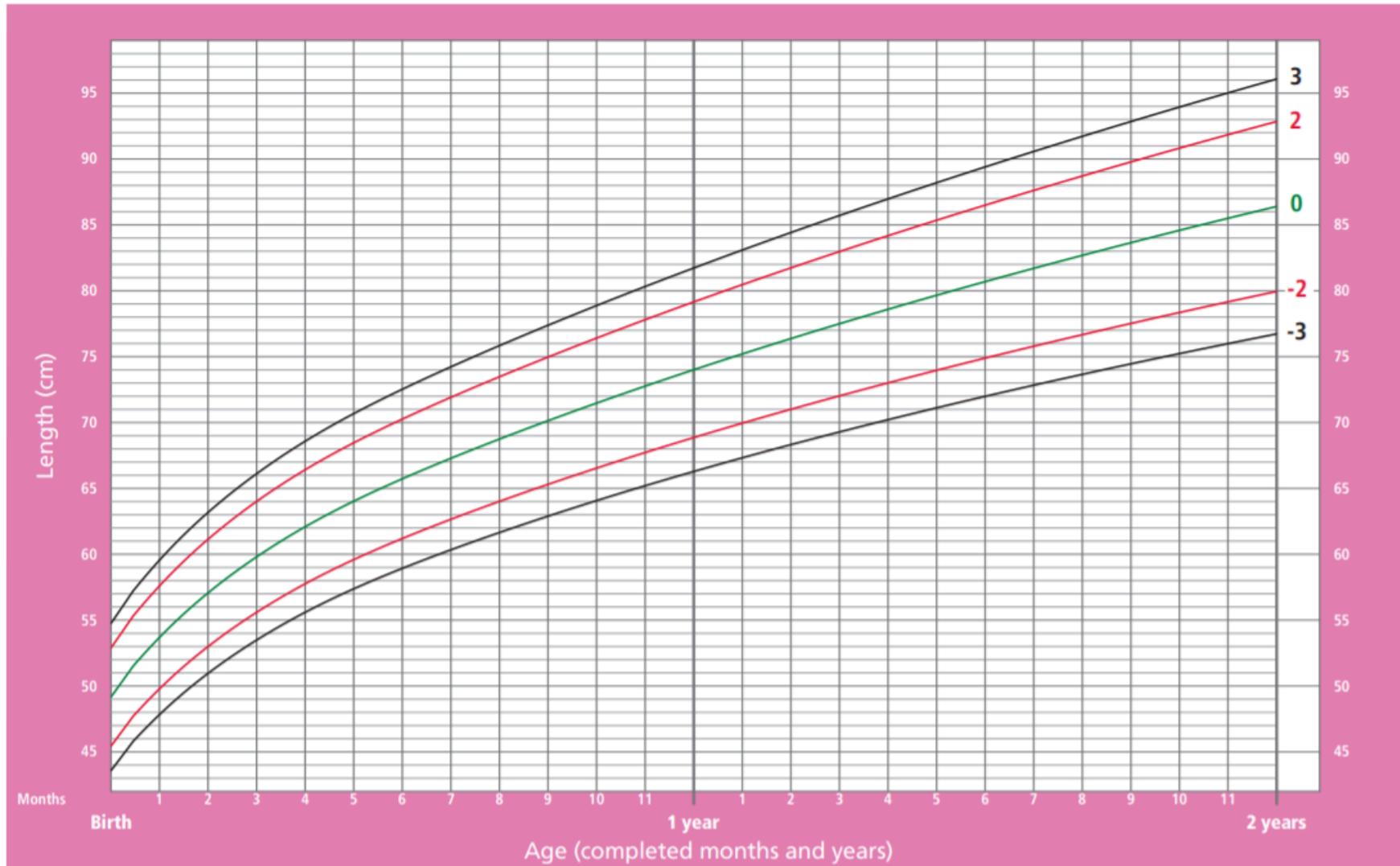


Birth to 2 years (z-scores)



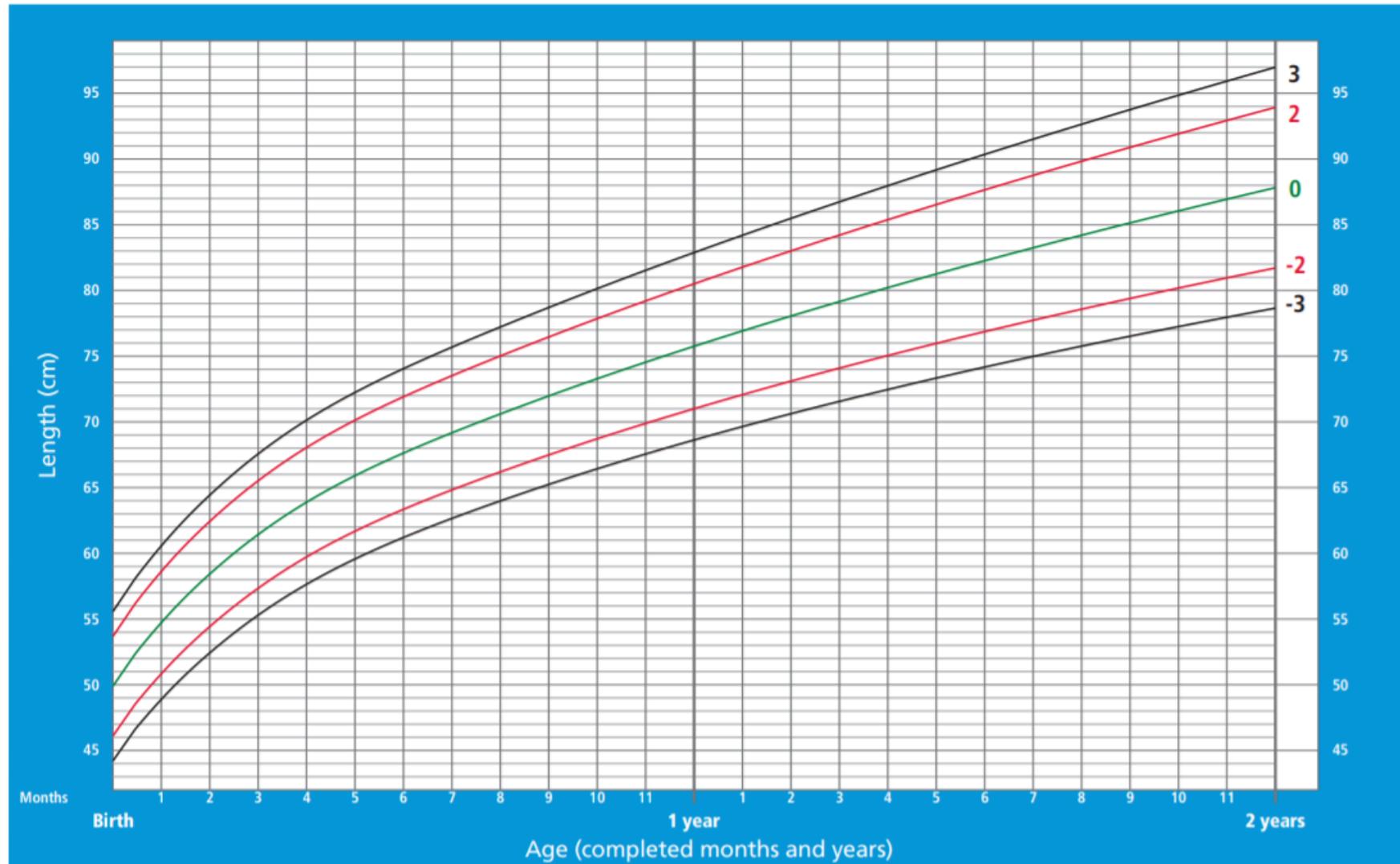
Length-for-age GIRLS

Birth to 2 years (z-scores)



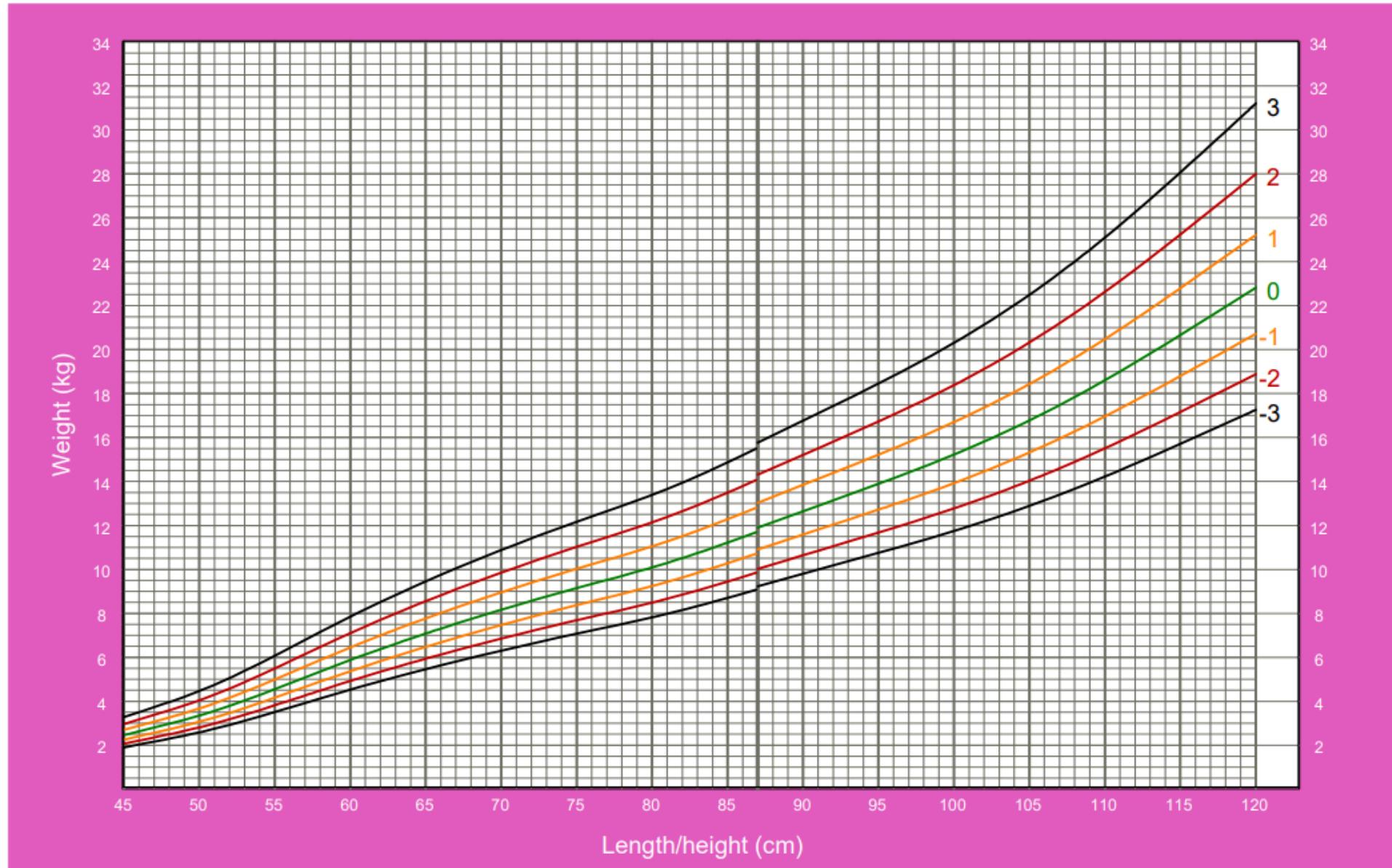
Length-for-age BOYS

Birth to 2 years (z-scores)



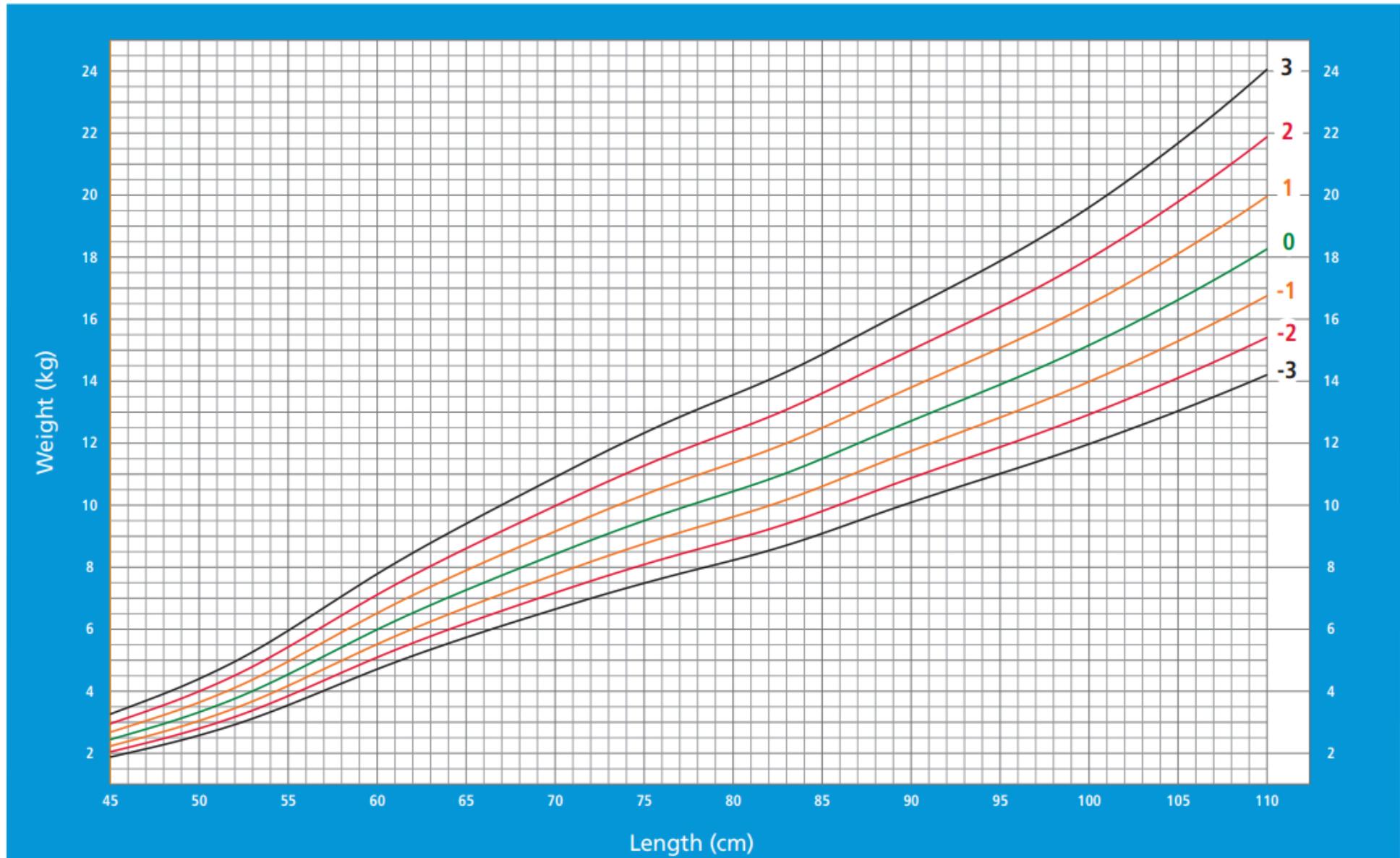
Weight-for-length/height GIRLS

Birth to 5 years (z-scores)

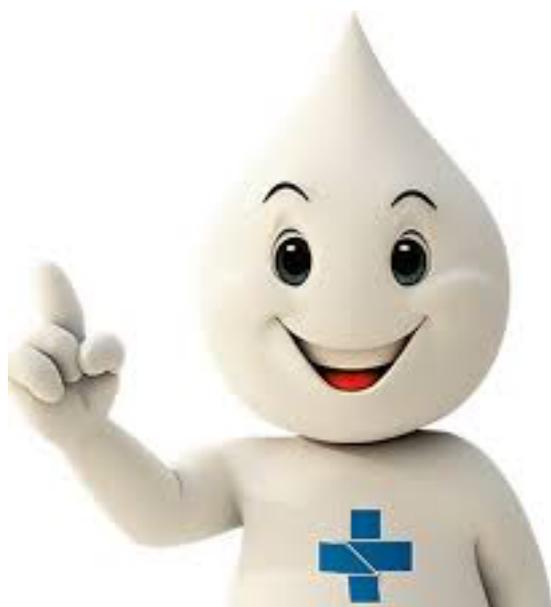


Weight-for-length BOYS

Birth to 2 years (z-scores)



Calendário Vacinal



"Não existe melhor cura do que a prevenção"
Sandro Kretu

CALENDRÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO PNI – CRIANÇA E ADOLESCENTE – 2024

Calendário Nacional de Vacinação da Criança

VACINA	PROTEÇÃO CONTRA	COMPOSIÇÃO	NÚMERO DE DOSES		IDADE RECOMENDADA	INTERVALO ENTRE AS DOSES	
			ESQUEMA BÁSICO	REFORÇO		RECOMENDADO	MÍNIMO
BCG*	Formas graves de tuberculose (meníngea e miliar)	Bactéria viva atenuada	Dose única	-	Ao nascer	-	-
Hepatite B (HB - recombinante)	Hepatite B	Antígeno recombinante de superfície do vírus purificado	Dose ao nascer	-	Ao nascer	-	-
Poliomielite 1, 2 e 3 (VIP - inativada)*	Poliomielite	Vírus inativado	3 doses	Reforço	1ª dose: 2 meses 2ª dose: 4 meses 3ª dose: 6 meses Reforço: 15 meses	60 dias (esquema primário) Reforço: 9 meses após 3ª dose	30 dias (esquema primário) Reforço: 6 meses após 3ª dose
Rotavírus humano G1P[8] (ROTA)	Diarreia por Rotavírus	Vírus vivo atenuado	2 doses	-	1ª dose: 2 meses 2ª dose: 4 meses	60 dias	30 dias
Penta (DTP/HB/Hib)**	Difteria, Tétano, Coqueluche, <i>Haemophilus influenzae</i> B e Hepatite B	Toxoides diftérico e tetânico purificados + bactéria da coqueluche inativada e purificada + Oligossacarídeos conjugados do Hib + antígeno de superfície de HB.	3 doses	2 reforços com a vacina DTP	1ª dose: 2 meses 2ª dose: 4 meses 3ª dose: 6 meses	60 dias	30 dias
Pneumocócica 10 - valente (VPC 10 - conjugada)	Pneumonias, Meningites, Otites e Sinusites pelos sorotipos que compõem a vacina	Polissacarídeo capsular de 10 sorotipos de pneumococos	2 doses	Reforço	1ª dose: 2 meses 2ª dose: 4 meses Reforço: 12 meses	60 dias	30 dias entre a 1ª dose e 2ª dose 60 dias entre a 2ª dose e o reforço
Meningocócica C (conjugada)*	Meningite meningocócica tipo C	Polissacarídeos capsulares purificados da <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C	2 doses	Reforço	1ª dose: 3 meses 2ª dose: 5 meses Reforço: 12 meses	60 dias	30 dias entre a 1ª dose e 2ª dose 60 dias entre a 2ª dose e o reforço

Vacina COVID-19***	Formas graves e óbitos por covid-19, causada pelo SARS-CoV-2	RNA mensageiro (RNAm) de cadeia simples, codificando a proteína G (spike) do coronavírus 2 (SARS-CoV-2)	2 doses	-	1ª dose: 6 meses 2ª dose: 7 meses	4 semanas após 1ª dose	4 semanas após 1ª dose
Febre Amarela (VFA - atenuada)	Febre Amarela	Vírus vivo atenuado	Uma dose	Reforço	Dose: 9 meses Reforço: 4 anos de idade	-	30 dias
Sarampo, caxumba, rubéola (SCR - atenuada) (Tríplice viral)	Sarampo, Caxumba e Rubéola	Vírus vivo atenuado	2 doses	-	12 meses	-	30 dias
Sarampo, caxumba, rubéola e varicela (SCRV – atenuada) (Tetraviral)****	Sarampo, Caxumba, Rubéola e Varicela	Vírus vivo atenuado	Uma dose (2ª dose da tríplice viral e 1ª de varicela)	-	15 meses	-	-
Hepatite A (HA - inativada)*	Hepatite A	Vírus inativado	Uma dose	-	15 meses	-	-
Difteria, Tétano e Pertussis (DTP)**	Difteria, Tétano e Coqueluche	Toxoides diftérico e tetânico purificados + bactéria da coqueluche (célula inteira) inativada e purificada	3 doses (Considerar doses anteriores)	2 reforços	1º reforço: 15 meses 2º reforço: 4 anos de idade	1º reforço: 9 meses após 3ª dose 2º reforço: 2 anos e 9 meses após 1º reforço	1º reforço: 6 meses após 3ª dose 2º reforço: 6 meses após 1º reforço
Difteria e Tétano (dT)	Difteria e Tétano	Toxoides diftérico e tetânico purificados	3 doses (Considerar doses anteriores com penta e DTP)	A cada 10 anos. Em caso de ferimentos graves e se contatos de difteria, deve-se reduzir este intervalo para 5 anos	A partir dos 7 anos	60 dias	30 dias
Papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (HPV4 - recombinante)*****	Papilomavírus Humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante)	Antígeno recombinante da proteína L1 os vírus 6, 11, 16 e 18 do HPV	Dose única	-	9 e 10 anos (meninas e meninos)	-	-
Pneumocócica 23-valente (VPP 23 - (polissacarídica)*****	Meningites bacterianas, Pneumonias, Sinusite e outros	Polissacarídeo capsular de 23 sorotipos de pneumococos	2 doses (sem histórico vacinal e/ou sem comprovação de vacinas pneumocócicas conjugadas)	-	Povos indígenas, a partir de 5 anos A 2ª dose deve ser administrada 5 anos após a 1ª dose	5 anos	-
Varicela (VZ – atenuada)	Varicela (Catapora)	Vírus vivo atenuado	Uma dose (Corresponde a 2ª dose da varicela)	-	4 anos	-	30 dias

* Essas vacinas poderão ser administradas em crianças até 04 anos 11 meses e 29 dias.

** Essas vacinas poderão ser administradas em crianças a partir de 2 meses de vida até 06 anos 11 meses e 29 dias.

***A vacina COVID-19 (ômicron XBB.1.5) está recomendada no Calendário Nacional da Criança com esquema de 02 doses (aos 06 e 07 meses de idade). Caso não tenha iniciado e/ou completado o esquema primário até os 07 meses de idade, a vacina poderá ser administrada até 04 anos 11 meses e 29 dias, conforme histórico vacinal, respeitando o intervalo mínimo recomendado (04 semanas entre a 1ª e 2ª dose). Para os indivíduos imunocomprometidos, o esquema vacinal são de três doses (aos 06, 07 e 09 meses).

****A vacina Sarampo, caxumba, rubéola e varicela (SCRV – atenuada) (Tetraviral) poderá ser utilizada em substituição à vacina varicela (atenuada) na indisponibilidade deste imunobiológico, em crianças a partir dos 4 anos de idade previamente vacinadas com pelo menos uma dose da vacina tríplice viral.

*****A vacina HPV4 – recombinante está indicada no SUS, como dose única, para crianças e adolescentes NÃO vacinados, na faixa etária de 09 a 14 anos, 11 meses e 29 dias. Caso a criança não tenha sido vacinada (dose única) até os 10 anos, a vacina HPV deverá ser administrada antes de completar 15 anos.

***** A vacina pneumocócica 23-valente (VPP 23 - (polissacarídica) somente deverá ser feita na ausência de histórico vacinal com qualquer vacina pneumocócica conjugada.

OBS.: As recomendações de uso dos imunobiológicos especiais para pessoas portadoras de imunodeficiência congênita ou adquirida e de outras condições especiais de morbidades ou exposição a situações de risco, independentemente da idade, encontram-se dispostas no Manual do Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE), 6ª edição – MS, 2023, disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/grupos-especiais>

UNIFENAS
UNIVERSIDADE

IDADE	VACINA	DOSE (ESQUEMA)	DOENÇAS EVITADAS
A qualquer tempo	Hepatite B recombinante (HB)	Iniciar ou completar 3 doses, de acordo com situação vacinal	Proteção contra Hepatite B
A qualquer tempo	Difteria e Tétano (dT)	Iniciar ou completar três doses, de acordo com situação vacinal Reforço a cada 10 anos, ou a cada 5 anos em caso de ferimentos graves ou se contatos de difteria	Proteção contra difteria e tétano
A qualquer tempo	Febre Amarela (VFA - atenuada)	Dose única caso não tenha recebido nenhuma dose até os 5 anos Reforçar, caso a pessoa tenha recebido uma dose da vacina antes de completar 5 anos de idade	Proteção contra febre amarela
A qualquer tempo	Tríplice viral	Iniciar ou completar duas doses, de acordo com a situação vacinal	Proteção contra sarampo, caxumba e rubéola
11 a 14 anos	HPV Papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (HPV4 -recombinante)	Dose única* <small>Para os adolescentes não vacinados, com até 19 anos, 11 meses e 29 dias, deve-se realizar estratégias de resgate para vacinação da dose única.</small>	Proteção contra Papilomavírus Humano 6, 11, 16 e 18
11 a 14 anos	Meningocócica ACWY (MenACWY- Conjugada)	Uma dose	Proteção contra meningite meningocócica sorogrupos A, C, W e Y

