

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

MARINA MOURAD NOGUEIRA

**AS DIFERENTES PERSPECTIVAS DA PEDIATRIA  
A PARTIR DAS VIVÊNCIAS DE UMA ACADÊMICA  
DE MEDICINA: UMA NARRATIVA REFLEXIVA**

SÃO CARLOS - SP

2024

MARINA MOURAD NOGUEIRA

**AS DIFERENTES PERSPECTIVAS DA PEDIATRIA A PARTIR DAS  
VIVÊNCIAS DE UMA ACADÊMICA DE MEDICINA: UMA NARRATIVA  
REFLEXIVA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao  
Departamento de Medicina da Universidade Federal  
de São Carlos para obtenção de título de bacharel em  
Medicina

Orientadora: Prof. Dra. Claudia Aparecida Stefane

Co-orientadora: Prof. Dra. Carla Maria Ramos Germano

SÃO CARLOS - SP

2024

## FICHA CATALOGRÁFICA

Mourad Nogueira, Marina

As diferentes perspectivas da pediatria a partir das vivências de uma acadêmica de medicina: uma narrativa reflexiva / Marina Mourad Nogueira -- 2024.  
41f.

TCC (Graduação) - Universidade Federal de São Carlos,  
campus São Carlos, São Carlos  
Orientador (a): Claudia Aparecida Stefane  
Banca Examinadora: Claudia Aparecida Stefane, Carla  
Maria Ramos Germano  
Bibliografia

1. Pediatria. 2. Formação médica. 3. Narrativa reflexiva.  
I. Mourad Nogueira, Marina. II. Título.

Ficha catalográfica desenvolvida pela Secretaria Geral de Informática  
(SIn)

DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Bibliotecário responsável: Arildo Martins - CRB/8 7180

## DEDICATÓRIA

Aos meus queridos avós, Philomena Avila e Manuel Hanna Abou Mourad, meus maiores torcedores, minha maior saudade e meu amor eterno.

À minha mãe, Sabah Abou Mourad, meu maior exemplo de ética, dedicação e amor.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família, por me apoiarem e me incentivarem a seguir meus sonhos. Ao meu irmão gêmeo, Pedro Augusto, pela parceria desde o nascimento e pelo cuidado com a família enquanto eu estive longe.

Aos meus tios, Rosana, Dorival e Nehru, por sempre torcerem por mim e cuidarem de mim como uma filha.

Aos docentes e preceptores que atravessaram meu caminho durante o curso de medicina, aos que se tornaram exemplos de humanização, ética e dedicação ao próximo e inspiração para a médica que eu quero me tornar. Foi uma honra aprender com cada um de vocês.

Ao meu grupo de internato, por serem minha família durante 2 anos intensos, companheiros dos piores e melhores momentos, irmãos que levarei para a vida.

Aos times de futsal e vôlei feminino da Atlética, que foram minha família durante os 6 anos de graduação e me ensinaram que podemos chegar a grandes conquistas através de trabalho em equipe, comprometimento, dedicação e amor ao esporte.

A cada um dos meus pacientes, que me permitiram cuidar, aprender e ressignificar emoções, para me tornar uma médica e ser humano melhor.

“Então, minha querida Amélie, você não tem ossos de vidro. Pode suportar os baques da vida. Se deixar passar essa chance, então, com o tempo, seu coração ficará tão seco e quebradiço quanto meu esqueleto. Então, vá em frente.”

*O Fabuloso Destino de Amélie Poulain (2001)*

## RESUMO

A palavra “pediatria” é de origem grega, formada pela junção dos termos *paidos*, que significa “criança” e *iatreia*, que significa “processo de cura”, e é usada para nomear a especialidade médica dedicada ao cuidado da criança, desde o nascimento até a adolescência. Desde o final do século XIX, o ensino da pediatria ganhou destaque na formação médica brasileira, mantendo-se até hoje como uma das grandes áreas de aprendizado. O curso de medicina da UFSCar inclui em seu projeto pedagógico a grande área da saúde da criança e do adolescente, a ser estudada durante os 6 anos de graduação. Sendo assim, o objetivo deste trabalho é demonstrar o impacto de diferentes vivências em pediatria ao longo de uma graduação em medicina e demonstrar a importância desta especialidade na formação médica e humanitária.

**Palavras-chave:** *pediatria, formação médica, narrativa reflexiva.*

## ABSTRACT

“Pediatrics” is a Greek word, formed by the combination of the terms *paidos*, which means “child” and *iatreia*, which means “healing process”, and is used to name the medical specialty dedicated to the care of children, from birth to adolescence. Since the end of the 19th century, the teaching of pediatrics has gained prominence in Brazilian medical education, remaining to this day as one of the major areas of learning. The UFSCar medical course includes in its pedagogical project the major area of child and adolescent health, to be studied during the 6 years of undergraduate studies. Therefore, the objective of this work is to demonstrate the impact of different experiences in pediatrics throughout a medical degree and to demonstrate the importance of this specialty in medical and humanitarian training.

**Keywords:** *pediatrics, medical training, reflective narrative.*

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Rascunhos de temas da área de pediatria discutidos na SP no 1º ano da graduação em medicina. Fonte: arquivo pessoal da autora.

Figura 2. Projetos de arte realizados no grupo de adolescentes. Fonte: arquivo pessoal da autora.

Figura 3. Desenho feito por paciente em ambulatório de neurologia pediátrica. Fonte: arquivo pessoal da autora.

Figura 4. Pôsteres dos trabalhos apresentados no 15º COPEM. Fonte: arquivo pessoal da autora.

## LISTA DE SIGLAS

ACC – Atividade curricular complementar

AIJ – Artrite idiopática juvenil

CCD – *Central Core Disease* / Miopatia Central Core

CIV – Comunicação interventricular

COPEM – Congresso Paulista de Endocrinologia e Metabologia

DM1 - Diabetes mellitus tipo 1

ES – Estação de simulação

HAC – Hiperplasia adrenal congênita

IA – Introdução alimentar

IVAS – Infecção das vias aéreas superiores

LAEP – Liga acadêmica de especialidades pediátricas

LATACP - Liga acadêmica de terapia antálgica e cuidados paliativos

LLA – Leucemia linfóide aguda

OMA – Otite média aguda

PAC – Pneumonia adquirida na comunidade

PP – Prática profissional

SP – Situação problema

UCE - Unidade de cuidados especiais neonatais

UCI - Unidade de cuidados intermediários neonatais

UFSCar – Universidade Federal de São Carlos

UNESP – Universidade Estadual Paulista

USE – Unidade saúde escola

USF – Unidade de saúde da família

UTI - Unidade de terapia intensiva

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	12
2. OBJETIVOS .....	13
3. METODOLOGIA.....	14
4. NARRATIVA REFLEXIVA .....	15
4.1 A pediatria antes da universidade .....	15
4.2 Os primeiros passos da graduação .....	16
4.3 A liga de especialidades pediátricas .....	20
4.4 A imersão em neurologia pediátrica .....	21
4.5 A pesquisa científica .....	23
4.6 A neonatologia – aprendizados sobre o início da vida .....	24
4.7 Os cuidados paliativos – aprendizados sobre o fim da vida .....	26
5. CONCLUSÃO.....	28
6. REFERÊNCIAS.....	30
7. ANEXOS.....	31
Anexo 1: Roteiro de anamnese do lactente .....	31
Anexo 2. Roteiro de anamnese do pré-escolar.....	33
Anexo 3. Tabela de imunizações na infância .....	34
Anexo 4. Tabela de reflexos primitivos.....	35
Anexo 5. Tabela de introdução alimentar .....	36
Anexo 6. Tabela de marcos do desenvolvimento neuropsicomotor .....	37
Anexo 7. Tabela de peso e estatura por faixa etária .....	38
Anexo 8. História clínica do lactente .....	40

## 1. INTRODUÇÃO

A palavra “pediatria” é de origem grega, formada pela junção dos termos *paídos*, que significa “criança” e *iatreia*, que significa “processo de cura”, e é usada para nomear a especialidade médica dedicada ao cuidado da criança, desde o nascimento até a adolescência (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2016).

O ensino da pediatria em faculdades de medicina no Brasil ganhou força na década de 1880, devido a ações de incentivo empreendidas pelo Dr. Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo, considerado o “*pai da pediatria brasileira*”. Ele observou que a criança necessitava de cuidados médicos específicos que até então eram negligenciados pelo ensino médico (TONELLI, 2012). Assim, foi um motor propulsor da formação de médicos especializados no cuidado infantil e suas moléstias, bem como ao incentivo da pesquisa científica na área da pediatria, permitindo o cuidado direcionado às necessidades das crianças, levando à diminuição da mortalidade infantil (MOREIRA, 2020).

Hoje, mais de cem anos depois, a pediatria se manteve uma das grandes áreas de aprendizado nos cursos de graduação. Nos últimos anos, porém, observou-se um número crescente de novas instituições e métodos de ensino da medicina, com arranjos diversificados de preceptoria e mudanças na articulação entre o ensino e a atuação do pediatra na rede de atenção à saúde e atenção básica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2024).

O curso de medicina da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), criado em 2006, inclui em seu projeto pedagógico a saúde da criança e do adolescente (que engloba Puericultura, Neonatologia, Pediatria clínico-cirúrgica e Hebiatria) entre as grandes áreas do conhecimento, a ser estudada conforme as necessidades desencadeadas por situações simuladas e reais vividas pelos estudantes ao longo de sua formação (DEPARTAMENTO DE MEDICINA DA UFSCAR, 2007).

Assim sendo, este trabalho de conclusão de curso visa demonstrar o impacto de diferentes vivências em pediatria ao longo de uma graduação em medicina e demonstrar a importância desta especialidade na formação médica e humanitária.

## 2. OBJETIVOS

Este trabalho tem como objetivo expor meus registros, relatos e reflexões sobre todo o aprendizado na área da Pediatria que obtive ao longo dos 6 anos de formação no curso de medicina na UFSCar e em atividades extracurriculares.

Dessa forma, ele visa refletir sobre o impacto de diferentes vivências em pediatria ao longo de uma graduação em medicina e demonstrar a variedade de aprendizados que podemos alcançar no contato com a saúde da criança. Ademais, ele permite analisar a mudança de perspectivas do acadêmico de medicina sobre o cuidado pediátrico, em todos os seus ciclos de vida, ao longo de sua evolução no curso. Por fim, ele também nos incita a refletir sobre como as experiências universitárias podem mudar a visão de mundo e escolhas de vida dos estudantes.

### 3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, elaborado por meio de uma narrativa reflexiva sobre minhas vivências e aprendizados na área da Pediatria durante os 6 anos do curso de medicina. Para a sua realização, foram utilizados como base os registros das atividades de graduação, armazenados pela autora em portfólios reflexivos digitais.

Também foram incluídas as atividades curriculares complementares (ACC) e extracurriculares realizadas pela autora do período de 2019 a 2024, incluindo visitas de curta duração em outras instituições, apresentações de pôsteres em congresso, projeto de iniciação científica e participação em ligas acadêmicas.

## 4. NARRATIVA REFLEXIVA

### **4.1 A pediatria antes da universidade**

A vida é uma senhora engraçada, porque o primeiro contato que temos com a pediatria é no papel inverso: o de paciente, o de ser criança.

Na infância, eu tive a sorte de ter uma mãe carinhosa, avós amorosos e um irmão gêmeo com quem eu dividia todas as brincadeiras. Uma das minhas lembranças mais antigas era brincar na terra do jardim da minha avó, passando o rastelo de manhã bem cedo, para “ajudar” ela a cuidar das plantas. Lembro também das mil aventuras que eu imaginava com o meu irmão, de passarmos horas correndo e pulando, jogando futebol e brincando de carrinho. Andar de bicicleta na rua, com os cabelos ao vento, imaginando-me a Hermione com uma varinha improvisada de galho de árvore, gritando “*Expecto patronum*”, era a coisa mais sensacional do mundo!

Essas brincadeiras agora estão no passado, mas os momentos felizes permanecem na memória e fazem parte do alicerce de quem sou hoje. Da mesma forma, sempre acreditei que é direito de cada criança ter suas próprias peripécias e aventuras despreocupadas, porque são momentos essenciais para construir sua identidade e a forma como enxergam o mundo. Na época, eu não pensava em ser médica, muito menos pediatra, mas lembro de me sentir triste quando um amiguinho meu não podia brincar ou, mais tarde, na pré-adolescência, quando alguns tiveram que começar a trabalhar para o sustento da família e deixaram seus lazeres de lado.

Quando criança, meu primeiro contato com a pediatria foi também meu primeiro contato com a medicina. Eu era uma menina bastante tímida, então os dias de consulta com a pediatra eram desafiadores para mim. Pode-se dizer que eu era uma paciente difícil. Não chorava e era obediente, mas me expor no consultório e, principalmente, no momento do exame físico, demandava-me muito esforço e controle interno. A minha dificuldade era muito bem acolhida pela médica, que tinha voz doce e era delicada comigo, então aos poucos diminuí minha timidez.

Mesmo com o bom exemplo, ao longo da minha infância e pré-adolescência, nunca havia pensado na possibilidade de ser médica, pois era uma realidade muito distante da minha. No entanto, eu percebi que gostava bastante de cuidar de pequenos animais e filhotes, então tive o sonho de infância de ser veterinária. Lembro de me desenhar em trabalhos da escola cuidando de pequenos hamsters no berço, com jaleco branco e a cruz vermelha, e de sempre dizer que seria “veterinária”.

Com o decorrer da adolescência, percebi que a veterinária não envolvia apenas cuidar de animais fofinhos, mas sim exigia outros desafios com os quais

eu não tinha afinidade. Ao mesmo tempo, tive muita satisfação em cuidar das doenças crônicas dos meus avós e da minha mãe, quando teve câncer de mama. No meio da turbulência, senti conforto em saber que eu estava cuidando de quem eu amava da melhor forma que eu poderia, e senti conforto em acompanhá-los em consultas com médicos éticos e competentes, que nos transmitiam segurança. Assim, decidi pela medicina.

Quando finalmente consegui atingir meu objetivo e passei no vestibular para a UFSCar, eu via a pediatria como uma possibilidade, pois sempre gostei de cuidar de quem era mais frágil, mas era uma ideia muito vaga: eu não tive contato com crianças pequenas na adolescência e nem tinha noção da responsabilidade de um pediatra. Escolhi então entrar no curso de medicina sem uma ideia fixa de especialidade, pois iria me formar generalista e queria ter vivências em todas as áreas antes de me decidir.

#### **4.2 Os primeiros passos da graduação**

O início da graduação foi marcado pela adaptação à metodologia ativa de aprendizagem, baseada na espiral construtivista. Neste método, a turma de 40 alunos foi dividida em grupos de 8 a 10 alunos para cada grande área de aprendizagem:

- SP (situação problema) → atividade teórica, em que os estudantes recebem um disparador (narrativa ou história clínica) contendo temas de estudo. A partir do disparador, eles discutem com o facilitador (docente que orienta o grupo e colabora para que todos atinjam a ementa em comum), elaboram hipóteses e questões de aprendizagem, e voltam a se reunir em grupo após o estudo individual para a discussão do tema proposto.
- ES (estação de simulação) → atividade teórico-prática, na qual os estudantes realizam simulações em ambiente controlado, com a participação de atores, para treinar suas habilidades de entrevista, exame físico e procedimentos específicos antes de realizá-los na prática.
- PP (prática profissional) → atividade teórico-prática, que propõe a atuação dos estudantes no cenário da atenção básica desde o primeiro ano de curso. Os temas discutidos têm como base os casos atendidos na prática e as vivências dos alunos.

Durante a grande maioria do ciclo básico, os temas discutidos na SP são gerais e abordam noções importantes de histologia, anatomia e fisiologia, bem como conhecimentos sobre a rede de atenção em saúde. Entretanto, ainda no 1º ano do curso, foram abordados temas importantes relacionados à pediatria: *Desenvolvimento sexual e Puberdade, Imunização na infância, Autoimagem e*

*distúrbios alimentares na adolescência, Amamentação, Curva de crescimento infantil, Asma na infância, Manejo do bullying em crianças e adolescentes.*

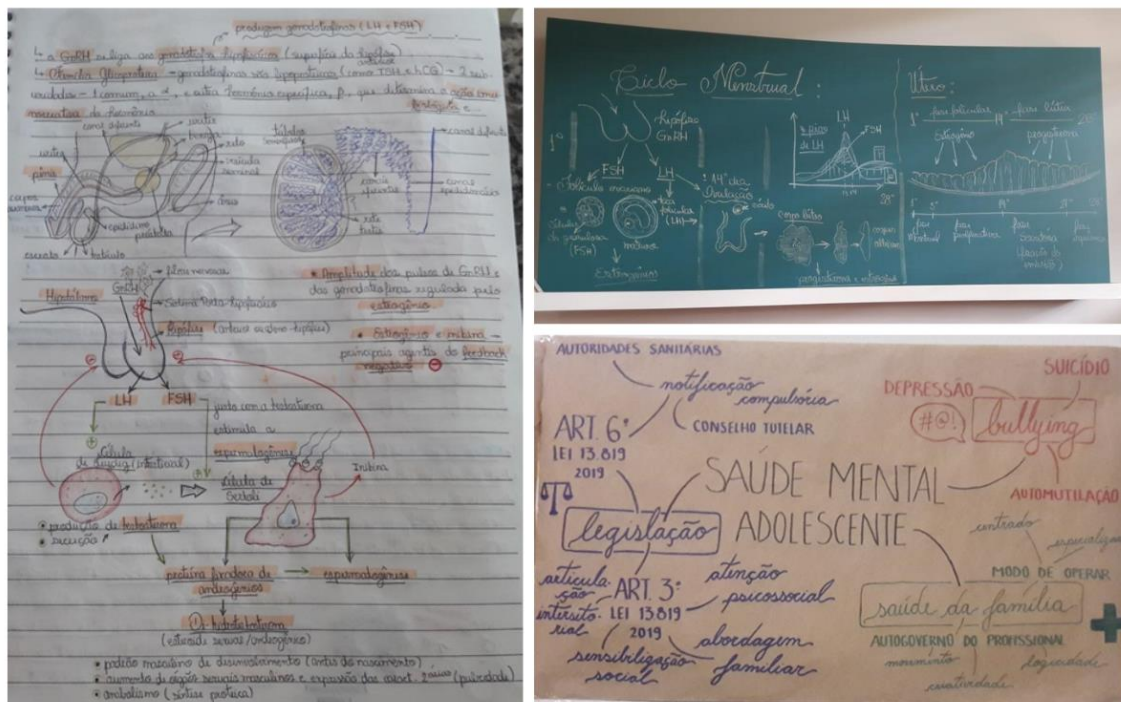


Figura 1. Rascunhos de temas da área de pediatria discutidos na SP no 1º ano da graduação em medicina. Fonte: arquivo pessoal da autora.

Já entre os assuntos de pediatria discutidos no 2º ano, destacam-se: *Síndrome de Down, Paralisia cerebral, Obesidade infantil, Neurofibromatose, Verminoses.*

A partir do 3º ano, os casos discutidos na SP são separados de acordo com as áreas da saúde (pediatria; ginecologia e obstetrícia; saúde do adulto e idoso; saúde da família e comunidade). Dessa forma, durante o ciclo clínico houve uma maior participação dos temas focados na pediatria. Sendo eles: *Catapora, Hiperplasia adrenal congênita (HAC), Anemias na infância, Raquitismo e osteomalácia, Leucemia linfóide aguda (LLA) e outras leucemias na infância, Comunicação interventricular (CIV) e outras cardiopatias congênitas, Artrite idiopática juvenil (AIJ) e diagnósticos diferenciais.*

Quanto aos assuntos abordados na ES, a pediatria começou a ser abordada no 3º ano do curso, após um período de pausa das atividades presenciais imposto pela pandemia de COVID-19. Nesse caso, durante o ciclo clínico, foram abordados: *Exame físico direcionado à criança em diferentes faixas etárias (recém-nascido, lactente, pré-escolar, escolar, adolescente), Rotina de imunização, Curvas de crescimento infantil, Marcos do desenvolvimento neuropsicomotor em diferentes faixas etárias, Rotinas de*

*puericultura e Introdução alimentar (IA), Exame otológico infantil, Abordagem e manejo de Pneumonia adquirida na comunidade (PAC) e Otite média aguda (OMA) na atenção básica em crianças.* Os roteiros de estudo para a puericultura que foram elaborados pela autora neste período podem ser encontrados no final deste documento, nos anexos 1 a 7.

Por outro lado, na atividade de PP, tivemos nosso primeiro contato com a atenção básica em saúde logo no 2º semestre de curso, através das Unidades de Saúde da Família (USF). Meu grupo foi designado para a USF Cruzeiro do Sul, sob a preceptoría da Dra. Cecília Malvezzi. Lá, participamos de atividades envolvendo diversos ciclos de vida (idoso, homem adulto, gestante, criança), através de visitas domiciliares e grupos de convivência.

Um dos grupos de convivência que a comunidade mais participava era o *Grupo de Adolescentes*. Ele consistia em um grupo de conversas e desabafos criados para os adolescentes da comunidade, com atividades para serem realizadas em conjunto, como pinturas e jogos.

Confesso que estava receosa com minha primeira participação e a receptividade do grupo, pois não achava que tinha habilidade de comunicação suficiente para criar um bom vínculo com os adolescentes, já que sempre me dei melhor com as crianças pequenas, mas no fim foi uma experiência bem terapêutica conversar com eles e ajudá-los a pintar e decorar a USF.

Nosso primeiro passo foi pintar os pneus. Começamos mais isolados, cada um com o seu, adolescentes de um lado e alunos de medicina de outro, mas então resolvi que terminaria a base do meu pneu e chamaria uma adolescente para me ajudar a decorar, para desenvolvermos um vínculo maior. Eu e ela pintamos juntas lindas pétalas de rosa em um pneu verde e conversamos sobre brincadeiras de infância, onde ela morava e sua família. Ela também me confessou que a mãe dela costumava usar drogas, mas que havia parado – isso me deixou, ao mesmo tempo, triste e feliz: triste pois isso indicava que ela provavelmente não tinha uma vida fácil, e feliz porque ela sentiu confiança em mim para contar sobre algo tão pessoal e importante.

Nesse momento, eu senti que o grupo tinha um papel essencial na vida dos jovens, tentando aliviar os problemas que eles têm fora da unidade com leveza e amizade. Muitas vezes, infelizmente, os adolescentes são negligenciados pela sociedade e pelos serviços de saúde, pois estão no limbo entre a pediatria e a clínica médica, entre a infância e a vida adulta. Mas, do contrário, a adolescência é o momento do ciclo de vida que mais precisa de atenção e cuidado. É uma fase turbulenta, de formação de identidade, de mudanças e decisões de vida importantes, que pode ser amenizada se estivermos junto a eles, com respeito, orientação e escuta compreensiva.



Figura 2. Projetos de arte realizados no grupo de adolescentes. Fonte: arquivo pessoal da autora.

Outra vivência marcante da área da pediatria na prática profissional foi a primeira consulta de puerpério e avaliação pós-parto de um recém-nascido de 27 dias e sua mãe. Naquele momento do curso, pude conectar um assunto que já havia estudado na teoria (Amamentação e puerpério) com a prática clínica. Foi fascinante aprender sobre a rotina da mãe com o recém-nascido, sua rede de apoio, a importância da ajuda do pai do bebê, o estímulo à amamentação e, acima de tudo, o exame físico do recém-nascido. Minha admiração pela médica cresceu pela forma zelosa e empática como ela conduziu a consulta.

Em um momento da consulta, enquanto a médica realizava a medida do comprimento do bebê, ele começou a urinar em sua mão! Foi um episódio muito divertido e interessante, pois testemunhei com admiração sua atitude. Ela disse que já estava acostumada a situações como essa e comentou, com humor: “*É xixi de anjo, então tudo bem!*”. Aprendi muito com o exemplo e fiz a mesma alguns anos mais tarde, sempre me recordando de sua sabedoria.

Nessa mesma consulta, conheci pela primeira vez os pensamentos do famoso pediatra e psicanalista inglês Donald Winnicott. Para Winnicott, cada ser humano tem um potencial inato para amadurecer, para se integrar; no entanto, isso não garante que ela irá, de fato, ocorrer. Isso dependerá de um ambiente facilitador que forneça os cuidados que ele precisa. E esse ambiente é representado pela “mãe suficientemente boa”. Estes cuidados são individuais, dependem das necessidades, condições, potencialidades e dificuldades de cada criança. Assim, Cecília relacionou a calma do bebê com a participação e apoio do pai em seu cuidado, ressaltando a importância da estrutura familiar no “cuidado ideal”.

Alguns dias depois, meu grupo iniciou as atividades de visita domiciliar em pacientes pediátricos, e eu não tive dúvidas em qual paciente escolher. Pude acompanhar as necessidades de saúde e crescimento desse bebê por mais alguns meses, antes que se iniciasse a pandemia e nossas atividades práticas parassem. O registro de sua história clínica se encontra abaixo neste documento, no Anexo 8.

Sem dúvidas, foi uma das experiências mais gratificantes que eu tive no 1º ano do curso e, naquele momento, eu percebi minha paixão por perinatologia como algo palpável. Em um momento de epifania, senti, de verdade, que poderia repetir consultas como aquela para sempre e ser muito feliz.

### **4.3 A liga de especialidades pediátricas**

Durante o ciclo básico e parte do ciclo clínico, fiz parte da *Liga acadêmica de especialidades pediátricas (LAEP)*. Ela tem como objetivo o aprofundamento teórico-prático de conhecimentos preventivos, semiológicos, diagnósticos e terapêuticos em Pediatria, através da realização de seminários, palestras, eventos, entre outras atividades, sob supervisão dos docentes relacionados à área em discussão. Ela visa a criação de um vínculo entre a Universidade e a Comunidade, por meio de palestras, ações preventivas e distribuição de panfletos e manuais; também estimula projetos científicos que contribuam para o conhecimento em Pediatria e possam contribuir com melhorias na Comunidade.

No primeiro ano, como ouvinte, assisti a palestras sobre *IA, Infecções das vias aéreas superiores (IVAS) no pré-escolar e Obesidade infantil*, participei de um curso sobre *Emergências pediátricas* e compareci à *IV Jornada de Puericultura e Pediatria*, organizada por alguns membros da liga. A partir dessas aulas introdutórias, tive mais segurança nos meus estudos para a graduação e apliquei os novos conhecimentos adquiridos em Puericultura nos meus pacientes da USF.

No segundo ano, atuei como ligante. Fomos surpreendidos, no entanto, pela chegada da pandemia de COVID-19. Dessa forma, pude apenas participar de eventos online organizados pela liga, mas não tive a oportunidade de realizar os estágios presenciais na maternidade, como sonhava em fazer desde o primeiro ano. Foi um período de muitas dúvidas e incertezas, então fiz o possível para adquirir o máximo de conhecimento teórico possível, para voltar à prática com segurança e domínio dos assuntos. Participei de *Simpósio de Oncologia pediátrica*, Webinar sobre *Emergência e Clínica pediátrica*, Palestra sobre *Leucemia mieloide crônica*, Evento em homenagem ao *Mês de inclusão da Pessoa com deficiência* que abordava o cuidado multiprofissional do paciente pediátrico.

No terceiro ano, fui parte da diretoria da LAEP, atuando na área de comunicação e marketing. Infelizmente, continuávamos em período de pandemia, então nós nos dedicamos a organizar aulas e eventos online para nossos ligantes. Nosso objetivo foi garantir a acessibilidade dos alunos a aulas de qualidade, que proporcionassem conhecimento para o retorno breve à prática profissional. Assim, organizamos aulas sobre o *Nascer na pandemia de COVID-19: Condutas na sala de parto e cuidados perinatais, Sono Infantil, Prática de esportes na adolescência, Qualidade e segurança da atenção à saúde da criança, Defeitos congênitos, Marcos do desenvolvimento neuropsicomotor, Doenças exantemáticas na infância, Cuidados paliativos pediátricos* e novamente *IA*; também apoiamos a divulgação de incentivo à *Amamentação e humanização da assistência ao nascimento*, por meio das redes sociais da liga.

Ter feito parte de uma liga acadêmica, entre outras coisas, foi essencial para manter a minha saúde mental durante a quarentena, bem como me permitiu desenvolver habilidades em trabalho coletivo, comunicação e gerenciamento de pessoas, que se tornaram úteis no internato e outros projetos de gestão nos anos seguintes, enquanto me mantinha atualizada sobre os principais assuntos em pediatria.

#### **4.4 A imersão em neurologia pediátrica**

Finalmente, após quase 2 anos de quarentena imposta pela pandemia de COVID-19, voltamos às atividades práticas. Neste ponto, eu já estava no 3º ano do curso, período em que a PP se dividiu em 4 grandes áreas: pediatria; saúde da mulher; saúde do adulto e idoso; e saúde da família e comunidade.

Na pediatria, iniciamos o estágio na Unidade Saúde Escola (USE), localizada na área norte do campus da UFSCar, sob a orientação do Dr. Guillermo Traslaviña. Atuávamos principalmente em casos de neurologia infantil, pois o Dr. Guillermo é uma referência na região. Por isso, depois de vários meses longe da prática médica, tivemos um novo desafio: não apenas consolidar o conhecimento teórico que adquirimos nos anos anteriores para o conhecimento prático, como também desvendar o misterioso mundo da neurologia pediátrica.

Um dos principais desafios, ao menos no início, foi entender as especificidades de cada paciente e saber adaptar o molde dos atendimentos a essas necessidades. Foi difícil, porque primeiro exigia que desestruturássemos todo o modelo médico-centrado de consulta que havíamos lutado para solidificar em nossas mentes. Depois, foi preciso ver a criança como o sujeito de sua própria consulta, sabendo respeitar seus limites e necessidades.

Atendemos a uma gama muito variada de pacientes, com crianças em vários graus de dependência e necessidade de suporte. Com isso, conseguimos adquirir experiência na condução do autismo leve ao grave, e aprendemos a

questionar as suspeitas de autismo que nos eram encaminhadas com outros diagnósticos diferenciais (como, por exemplo, a falta de estímulo e interação social das crianças durante a pandemia, que poderia culminar em atraso no desenvolvimento da fala).

Também atendemos casos de doenças mais raras, como as miopatias. A primeira paciente que conduzi no ambulatório possuía Miopatia Central Core (*Central Core Disease* - CCD), uma doença neuromuscular hereditária que cursa principalmente com diminuição da força na musculatura proximal. Ela foi uma paciente que me marcou bastante, porque, contra todas as expectativas devido às limitações motoras de sua doença, ela mantinha um brilho de doçura no olhar, era uma menina inteligente e muito comunicativa. Dela, ganhei de presente o meu primeiro desenho, que guardo até hoje (Figura 3).



Figura 3. Desenho feito por paciente em ambulatório de neurologia pediátrica.  
Fonte: arquivo pessoal da autora.

Olhando para trás, o estágio em neurologia pediátrica representou um dos maiores desafios para mim em toda a graduação, pois não estava familiarizada nem com o exame físico neurológico especializado, nem com o manejo das crianças. No entanto, também posso dizer que foi o período em que mais tive um salto de crescimento em habilidades de exame específico e, principalmente, em humanização de atendimento para lidar com crianças portadoras de doenças crônicas e suas famílias.

## 4.5 A pesquisa científica

Com o fim da pandemia, mergulhei em outra etapa da vida universitária: a iniciação científica. Iniciei um projeto intitulado “*Avaliação dos efeitos da pandemia de COVID-19 sobre a antropometria e a imagem corporal de crianças de 7 a 10 anos e seus responsáveis: um estudo longitudinal*”, sob orientação da Profa. Dra. Carla Germano, com o objetivo de compreender as repercussões da pandemia de COVID-19 sobre a antropometria e a imagem corporal de crianças de 7 a 10 anos, no contexto do binômio pais e filhos, comparando dados atuais das crianças e seus responsáveis, no período pós pandêmico, com dados coletados em estudo anterior, realizado no período pandêmico. Assim, ele permitiu reconhecer e analisar os impactos da pandemia de COVID-19 sobre a imagem corporal de crianças e seus responsáveis, com o objetivo de melhor fundamentar medidas que possam minimizar potenciais efeitos negativos sobre a saúde da população infantil no período pós-pandêmico.

Neste período, aprofundei meus conhecimentos em endocrinologia pediátrica e, junto ao grupo de pesquisa, realizei a apresentação de 2 pôsteres no 15º Congresso Paulista de Endocrinologia e Metabologia (COPEM), onde assisti a diversas palestras com especialistas em endocrinologia pediátrica e pude interagir com outros pesquisadores da área. Os trabalhos foram intitulados: “*Modelo de aprendizado de máquina para prever a altura de crianças de 3 a 6 anos através da medida da ulna*” e “*Diferença na imagem corporal de meninos e meninas de 5 a 8 anos, no contexto da pandemia da COVID-19*” (Figura 4).

### Modelo de aprendizado de máquina para prever a altura de crianças de 3 a 6 anos através da medida da ulna

Carla Germano<sup>1</sup>, Cibella B. M.<sup>1</sup>, Juliana H. C. Nogueira MM<sup>1</sup>, Ana Carolina EMR<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Universidade Federal de São Carlos - São Carlos, SP

**INTRODUÇÃO**  
 A altura é um dos principais indicadores de crescimento. A altura das crianças é influenciada por fatores genéticos e ambientais. O crescimento das crianças é influenciado por fatores genéticos e ambientais. O crescimento das crianças é influenciado por fatores genéticos e ambientais.

**METODO**  
 Foram coletados dados de altura e medida da ulna de crianças de 3 a 6 anos. Os dados foram analisados utilizando um modelo de aprendizado de máquina para prever a altura a partir da medida da ulna.

**RESULTADOS**  
 O modelo de aprendizado de máquina demonstrou alta precisão na previsão da altura das crianças com base na medida da ulna.

**CONCLUSÃO**  
 Este estudo demonstra que a medida da ulna pode ser utilizada como um indicador confiável para prever a altura das crianças de 3 a 6 anos.

### DIFERENÇA NA IMAGEM CORPORAL DE MENINOS E MENINAS DE 5 A 8 ANOS, NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19.

Oliveira GI, Saraiva TS, Nogueira MM, Del Vale GF, Kishi RGR, Germano CMR  
<sup>1</sup> Universidade Federal de São Carlos – São Carlos, SP

**INTRODUÇÃO**  
 A imagem corporal refere-se à percepção que o indivíduo tem de seu corpo. A pandemia de COVID-19 pode ter influenciado a imagem corporal das crianças.

**OBJETIVO**  
 Avaliar a diferença na imagem corporal de meninos e meninas de 5 a 8 anos no contexto da pandemia de COVID-19.

**MÉTODOS**  
 Foram avaliados meninos e meninas de 5 a 8 anos em dois momentos: antes e depois da pandemia de COVID-19.

**RESULTADOS**  
 Houve uma diferença significativa na imagem corporal entre meninos e meninas de 5 a 8 anos no contexto da pandemia de COVID-19.

**CONCLUSÃO**  
 A pandemia de COVID-19 influenciou a imagem corporal das crianças de 5 a 8 anos.

Figura 4. Pôsteres dos trabalhos apresentados no 15º COPEM. Fonte: arquivo pessoal da autora.

A partir dessa imersão, resolvi adquirir mais experiência prática em endocrinologia e realizei uma visita de curta duração na disciplina de endocrinologia pediátrica do departamento de pediatria da Universidade Estadual Paulista (UNESP). Lá permaneci por 1 semana, acompanhando a equipe de médicos e residentes em aulas e ambulatórios especializados (como o de diabetes mellitus e o de crescimento infantil). Foi uma experiência bastante enriquecedora, que complementou meu aprendizado anterior sobre doenças endocrinológicas na infância.

#### **4.6 A neonatologia – aprendizados sobre o início da vida**

Após o ciclo clínico, deu-se início o internato. Com ele, poderia enfim retomar meu sonho antigo de fazer estágio na maternidade, na área de neonatologia.

Antes disso, entretanto, tive uma experiência oposta: realizei um estágio de monitoria em Obstetrícia com o Dr. Humberto Hirakawa, no qual discutimos sobre humanização do parto e tive contato com as obras de um antigo conhecido: Donald Winnicott. Em sua teoria do desenvolvimento, Winnicott ressalta a importância das experiências pré e pós-parto na relação entre a mãe e o bebê, bem como na formação psíquica do futuro adulto. Ele foi um dos psicanalistas pioneiros em considerar a vida intrauterina como fator relevante para as relações materno-infantis, teorizando que o processo de maturação emocional se inicia ainda neste período, junto às primeiras relações entre mãe e feto. Segundo ele, até mesmo o ambiente pré-concepção é importante para compreender a experiência gestacional e pós-gestacional (por exemplo: o desejo pelos pais pelo bebê, o ato de concepção, o momento da descoberta da gestação). No ventre materno, o bebê recebe estímulo físico do contato com a mãe, sente o calor de seu corpo e começa a ouvir sua voz, é onde ele começa a armazenar sua memória corporal primitiva. Na gestação, mãe e bebê estão fisiologicamente conectados, compartilhando sensações, sentimentos e funções corporais (Silva, 2016).

Com o nascimento, ocorre uma transição no binômio mãe-bebê, na qual ambos têm que aprender a viver sozinhos, como unidades separadas, pela primeira vez. Para o bebê, a transição do ambiente uterino para o ambiente externo é um momento de perda de continuidade, na qual terá de aprender a reagir a estímulos até então desconhecidos (por exemplo: luminosidade, gravidade, respiração, temperatura) e começar o longo processo de reconhecer a si como um ser independente e não uma continuidade da mãe (iniciando pela

memória primitiva de impulsos e sensações corporais adquirida intraútero). A partir dessa constatação, Winnicott diz que o nascimento traumático (por exemplo, o prolongamento do trabalho de parto) pode afetar o curso da relação mãe-bebê e a “continuidade de existência” de ambos. Assim, ao longo da infância e de toda a vida, a relação entre mãe e prole continua se construindo e desconstruindo, moldada pelos eventos da vida (Silva, 2016).

Aprendi bastante com a visão de Winnicott sobre o início da vida, pois foi de encontro com muito do que eu havia refletido a respeito da influência ambiental sobre tudo o que somos e tudo com o que nos relacionamos, a qual muitas vezes eu vejo mais forte do que a influência genética, ainda que sejamos uma combinação complexa das duas.

Enfim, entendi que é preciso compreender a obstetrícia para ter uma visão mais completa do nascimento. Fato que me foi ressaltado já nos primeiros dias de estágio na maternidade, agora com a equipe de neonatologia, junto à pediatria. Sob orientação da Dra. Renata Castro, aprendi que o nascimento é um dos momentos mais ricos da vida de uma família e o pediatra deve investigar todos os antecedentes obstétricos e fatores biopsicossociais da família para entender a evolução de um bebê de poucas horas de vida. Ela me permitiu ressignificar o nascer como o momento mais traumático e importante da vida de um ser humano, pelo qual os pediatras têm a honra de zelar.

Juntos, discutimos temas importantes em neonatologia: *Hipoglicemia do recém-nascido, Sepses neonatais, Diabetes gestacional, Distúrbios respiratórios do recém-nascido, Reanimação neonatal, Impacto do uso de drogas ilícitas e tabagismo materno na gestação e período neonatal, Importância da amamentação para o binômio mãe-bebê, Cuidados com a pele do bebê, Icterícia neonatal, Principais infecções congênitas do recém-nascido, Cardiopatias congênitas, Testes de triagem neonatal*. Foi um dos períodos mais felizes da graduação e me sinalizou que estava no caminho certo.

Visando explorar ainda mais do mundo da neonatologia, realizei visita de curta duração de 2 semanas na disciplina de Neonatologia do Departamento de Pediatria da UNESP, em Botucatu. Lá, tive uma rica experiência no Alojamento conjunto, onde aprendi a realizar o teste do coraçõzinho, tive meu primeiro contato com o *Bilichex* (equipamento que realiza a dosagem transcutânea de bilirrubina, poupando alguns bebês da dosagem sérica), tive contato com patologias mais graves do recém-nascido e desenvolvi boas relações com a equipe. Pude também ampliar meu estágio ao *Ambulatório de pós-alta, Unidade de Cuidados Especiais (UCE), Unidade de Cuidados Intermediários (UCI), Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal e Sala de parto*. Pratiquei tudo o que havia aprendido sobre reanimação neonatal, acompanhei o nascimento de um bebê com gastrosquise, tive contato com bebês extremamente prematuros, aprendi fórmulas de nutrição parenteral em ambiente de terapia intensiva e tive

aulas com mestres e ex-colegas da Dra. Renata Castro, uma das minhas inspirações na neonatologia, e renomes da neonatologia no Brasil.

Este estágio ficará guardado em meu coração por toda a vida. Eu me vi refletindo sobre a infância, quando pensava em seguir carreira na veterinária e cuidar de filhotes e animais pequenos; talvez, eu estivesse tendo o pensamento certo, na direção errada. Talvez, meu caminho seja cuidar de pequenos bebês humanos.

#### **4.7 Os cuidados paliativos – aprendizados sobre o fim da vida**

Ao longo da graduação, tive muitas experiências que me fizeram refletir sobre a finitude da vida. A primeira delas, logo com a minha primeira paciente, uma idosa muito querida, que faleceu 3 semanas após iniciarmos a PP do 1º ano do curso. Foi um episódio triste e marcante, mas que me parecia ser o ciclo natural da vida. Refletir sobre o fim da vida em crianças, entretanto, foi algo muito mais doloroso de se fazer, porque parece antinatural imaginar o fim de uma vida que acabou de começar.

A primeira vez que tive contato com o tema foi através da *Liga Acadêmica de Terapia Antálgica e Cuidados Paliativos (LATACP)*, que foi criada com o objetivo de desenvolver, promover e difundir conhecimentos sobre terapia antálgica e cuidados paliativos entre acadêmicos e a comunidade. Sua orientadora, Dra. Esther Ferreira, é uma das pioneiras dos cuidados paliativos pediátricos no Brasil, e estimula os ligantes a refletir sobre a importância dos cuidados paliativos em crianças.

Pela liga, a partir do 2º ano do curso, tive inúmeras aulas e ambientes de reflexão sobre o fim de vida na criança e a importância do pediatra em promover humanização e dignidade para este momento. Entendi sobre a importância do protocolo de comunicação de más notícias (SPIKES e PACIENTE), aprendi conceitos essenciais a qualquer médico: os “cuidados paliativos” não representam um anúncio de morte, mas sim uma ação de valorização da vida e de tudo que um ser humano acredita e constrói ao longo dela; eles não devem, portanto, ter início apenas na fase final da vida, mas desde o momento do diagnóstico de qualquer doença crônica ou potencialmente fatal. Aprendi que, mesmo diante de um prognóstico ruim, sempre é possível fazer algo pelo paciente, proporcionar segurança, conforto e paz de espírito.

O conhecimento que adquiri com a liga foi importante para lidar com diferentes situações ao longo da graduação. Na neurologia infantil, em pacientes com diagnósticos de doenças crônicas e, muitas vezes, incapacitantes. Na enfermagem de pediatria, após diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 (DM1) em uma paciente adolescente. Na UTI neonatal, em pacientes com doenças congênitas graves e incompatíveis com a vida. Na cardiologia pediátrica, quando

realizei visita de curta duração no Departamento de Pediatria da UNESP e ganhei experiência em cardiopatias congênitas. Todos representaram momentos desafiadores, nos quais tive a oportunidade de aplicar a teoria na prática e aprender com o exemplo de excelentes pediatras.

Na enfermaria de pediatria do internato, sob orientação da Dra Cristina Ortiz, aprendi que as crianças podem nos ensinar importantes lições de vida, com seu espírito alegre e resiliente, mesmo nos momentos mais difíceis. Então, aprendamos com elas e seu jeito colorido de enxergar a vida.

*“Numa folha qualquer  
Eu desenho um sol amarelo  
E com cinco ou seis retas  
É fácil fazer um castelo*

*Corro o lápis em torno da mão e me dou uma luva  
E se faço chover com dois riscos, tenho um guarda-chuva  
Se um pinguinho de tinta  
Cai num pedacinho azul do papel*

*Num instante imagino uma linda gaivota a voar no céu  
Vai voando, contornando  
A imensa curva norte-sul  
Vou com ela viajando  
Havai, Pequim ou Istambul*

*Pinto um barco à vela  
Branco navegando  
É tanto céu e mar num beijo azul  
Entre as nuvens vem surgindo  
Um lindo avião, rosa e grená  
Tudo em volta colorindo  
Com suas luzes a piscar*

*Basta imaginar e ele está partindo, sereno e lindo  
E se a gente quiser  
Ele vai pousar”*

*(Toquinho – Aquarela)*

## 5. CONCLUSÃO

A pediatria é uma caixa de surpresas: tem mil ciclos de vida em uma única especialidade, tem o início e o fim da vida, tem a esperança e a resiliência, tem a tranquilidade e a alegria impaciente, tem o amor inocente e o cuidado experiente. Ela é uma das experiências mais transformadoras que um estudante de medicina pode viver na graduação.

Ao analisar o currículo em pediatria da graduação em medicina da UFSCar, consegui avaliar seus pontos positivos e negativos. Percebo que há uma angústia muito grande entre os alunos dos anos iniciais, porque os assuntos propostos para estudo não têm uma ordem de aprendizado ou uma linha de evolução, do básico ao mais complexo. Por exemplo, aprendemos primeiro sobre neurofibromatose (no 2º ano), para apenas depois, no ciclo clínico, estudarmos sobre puericultura de forma efetiva. Sei que parte dessa dissociação entre os assuntos ocorreu devido à pandemia, pois perdemos os disparadores das atividades práticas. Entretanto, acredito que os estudantes ganhariam muito se houvesse um plano de ensino em pediatria mais detalhado e unificado, englobando todos os anos do curso e definindo os marcos de aprendizagem de cada um – priorizando a aquisição e aprimoramento dos conhecimentos básicos nos primeiros anos de graduação (como crescimento e desenvolvimento infantil, imunização e nutrição) para então evoluir para assuntos mais complexos e específicos até o início do internato médico.

A despeito disso, eu também percebo que a forma como o curso é construído nos é benéfica em dois pontos principais. Primeiramente, a metodologia ativa incentiva o estudante a ter autonomia sobre seu próprio conhecimento, na medida em que aprendemos a encontrar disparadores de estudo na prática médica, e desenvolvemos habilidades de estudo autogerido e de busca de fontes baseadas em evidências. Assim, não há limite para o conhecimento em pediatria que cada aluno pode adquirir, a depender de sua proatividade e curiosidade, o que foi essencial para minha evolução durante o internato e nas atividades extracurriculares.

Além disso, o treinamento do estudante em um ambiente controlado de simulação e o posterior contato com pacientes reais já nos primeiros meses do curso de medicina nos ajudam em uma formação humanística precoce e no desenvolvimento de uma visão mais crítica e madura da prática profissional. Essa experiência prática em pediatria nos ajuda a entender as diferentes necessidades de cuidado de acordo com a fase de desenvolvimento da criança, bem como nos permite explorar a dinâmica familiar e conduzir a consulta pediátrica uma forma mais desenvolvida e segura do que outros estudantes que não tiveram essa preparação anteriormente.

Após reviver minha trajetória na pediatria ao longo de 6 longos anos de graduação, sinto uma gratidão imensa por todas as experiências que vivi e pessoas que conheci.

Hoje, percebo que é a coletânea de todo o conhecimento teórico que busquei e todas as vivências práticas que tive que me transformou na médica e futura pediatra de agora. No fim da graduação, posso dizer que sou uma profissional e ser humano melhor do que quando entrei. Assim, só posso aguardar com paciência os próximos passos que a vida me reserva, na certeza de que escolhi um caminho que me fará muito feliz e realizada.

## 6. REFERÊNCIAS

1. DA SILVA, S. G. Do feto ao bebê: Winnicott e as primeiras relações materno-infantis. **Psicologia Clínica**, v. 28, n. 2, p. 29–54, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2910/291052545003.pdf> Acesso em: 31 julho 2024.
2. DEPARTAMENTO DE MEDICINA DA UFSCAR. Projeto Pedagógico do Curso de Medicina. 2007. Disponível em: <https://www.dmed.ufscar.br/arquivos/projeto-pedagogico-2007> Acesso em: 31 julho 2024.
3. MOREIRA, V. C. Ações pioneiras do ensino de pediatria no Brasil: Carlos Artur Moncorvo de Figueiredo (Moncorvo pai) e a Policlínica Geral do Rio de Janeiro, 1882-1901. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro 27(2), 467-484, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/pDn3qLfnGYcKvR8RWcb7ytp/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 31 julho 2024.
4. O FABULOSO Destino de Amélie Poulain. Direção: Jean-Pierre Jeunet. França, 2001.
5. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. O ensino de Pediatria no início do Século XXI. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/paginas/graduacao/ensino-de-pediatria/> Acesso em: 31 julho 2024.
6. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Dia do Pediatra. 2016. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/dia-do-pediatra/> Acesso em: 31 julho 2024.
7. TONELLI, E. Primórdios da pediatria brasileira. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 22, n. 1, p. 1–128, 2012. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/Carlos\\_Arthur\\_Moncorvo\\_de\\_Figueiredo\\_-\\_Primordios\\_da\\_Pediatria\\_\\_Dr.\\_Edward\\_Tonelli\\_.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Carlos_Arthur_Moncorvo_de_Figueiredo_-_Primordios_da_Pediatria__Dr._Edward_Tonelli_.pdf) Acesso em: 31 julho 2024.
8. TOQUINHO. Aquarela. [S.l.: s.n.], 1983. Disponível em: <https://www.letras.mus.br/toquinho/49095/> Acesso em: 31 julho 2024.

## 7. ANEXOS

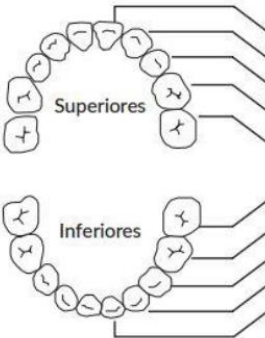
### Anexo 1: Roteiro de anamnese do lactente

ROTEIRO LACTENTE	
<b>ANAMNESE</b>	
<i>Importante: explorar os compromissos, dúvidas e preocupações dos pais</i>	
<i>Explorar o cotidiano da criança, seu desenvolvimento e crescimento!</i>	
<b>IDENTIFICAÇÃO:</b> data, nº do prontuário, nome, data de nascimento, idade, sexo, naturalidade, residência, nome do informante (grau de parentesco), endereço completo	
<b>QUEIXA PRINCIPAL:</b> "qual é o motivo da consulta?" breve e nas palavras do paciente (ou do informante)	
<b>HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:</b> detalhamento da queixa principal - dor (tipo, local, início, duração, progressão, fatores de melhora/piora, tratamentos), sintomas associados, relação com alimentação, postura, evacuação, atividade física, calor/frio	
<b>HISTÓRIA FISIOLÓGICA:</b> apetite, sono, função urinária, ritmo intestinal	
<b>HISTÓRIA GESTACIONAL:</b> idade materna ao engravidar, nº de gestações/partos/abortos, acompanhamento pré-natal (nº de consultas), exames realizados na gestação, intercorrências na gestação, medicamentos usados, uso de álcool/fumo/drogas ilícitas na gestação	
<b>PARTO E PERÍODO NEONATAL:</b> local do parto (hospital, domiciliar), tipo de parto, APGAR, idade gestacional ao nascer, peso ao nascer (PIG, AIG, GIG), comprimento, perímetro cefálico, perímetro torácico, peso na alta, teste do olhinho, teste do coraçãozinho, teste da orelhinha, teste do pezinho, teste da linguinha, grupo sanguíneo da mãe, grupo sanguíneo do RN, problemas neonatais, queda do coto umbilical	
<b>ALIMENTAÇÃO:</b> aleitamento materno exclusivo até (?), tempo de aleitamento materno total, idade de introdução à alimentação complementar, suplementação de ferro e vitamina D, alimentação habitual (recordar cardápio e quantidades), pesquisar quantas porções de cada grupo são ingeridas de forma habitual em um dia de alimentação (TABELA), avaliar se a dieta está adequada para a idade (alimentos em excesso/falta)	
<b>VACINAÇÃO:</b> verificar se tomou todas as vacinas indicadas para a idade (TABELA)	
<b>DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR:</b> verificar se atingiu os marcos do desenvolvimento motor, social e de linguagem adequados para a idade (TABELA), idade dos primeiros dentes, idade do desfralde, função auditiva, função visual, frequente creche ou escola (desde qual idade),	
<b>HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA:</b> doenças anteriores, cirurgias, acidentes, internações, alergias, uso contínuo de medicamentos (quais)	
<b>HISTÓRIA FAMILIAR:</b> mãe (nome, idade, morbidade, ocupação, escolaridade, tabagismo, alcoolismo, drogas), pai (nome, idade, morbidade, ocupação, escolaridade, tabagismo, alcoolismo, drogas), irmãos (alguma doença?), doenças recorrentes em outros membros da família, consanguinidade dos pais (qual)	
<b>RELAÇÕES FAMILIARES E LAÇOS AFETIVOS:</b> relação do bebê com os pais e a família, adaptação do bebê com a família, envolvimento do cônjuge nos cuidados com o bebê, rivalidade com os irmãos, comportamento do bebê (irritadiço, calmo), insegurança com estranhos	
<b>HISTÓRIA SOCIOAMBIENTAL:</b> habitação (cômodos, banheiro, sol, umidade, poeira, mofo, poluição ambiental, tabagismo, animais domésticos), água tratada, rede de esgoto, coleta de lixo, nº de moradores na casa, renda mensal per capita	
<b>EXAME FÍSICO</b>	
<b>ANTROPOMETRIA:</b> comprimento, peso, perímetro cefálico, abdominal e torácico	
<b>SINAIS VITAIS:</b> temperatura, FR, FC, pressão arterial nos membros superiores e 1 membro inferior	
<b>EXAME FÍSICO GERAL:</b> estado geral, pele e mucosas (manchas, hematomas, coloração, hidratação, cianose, icterícia), temperatura, nível de consciência, atividade, evidências de síndromes genéticas (fronte proeminente, micro ou macrocrania, alterações no dorso nasal, pregas epicânticas, orelhas de baixa implantação, protrusão da língua, pescoço alado)	
<b>CABEÇA E PESCOÇO:</b> avaliar fâcies, crânio (medir fontanelas), cabelos, pelos, orelhas (forma, implantação); avaliar adenomegalias, massas; dentes (dente neonatal), palato e amígdalas	
<b>CARDIOVASCULAR:</b> forma e simetria do tórax, avaliação do ictus, palpação de frêmitos e ausculta cardíaca, pulsos e pressão arterial nos 4 membros (avaliação de coarctação da aorta)	
<b>RESPIRATÓRIO:</b> inspeção (sinais de esforço respiratório, cianose, batimento de asa de nariz), expansibilidade, percussão, frêmito toracovocal, ausculta (murmúrio vesicular), ruídos adventícios (sibilos, estertores)	
<b>ABDOME:</b> forma e tensão, coto/cicatriz umbilical, hérnia umbilical, visceromegalias, massas palpáveis, ausculta (ruídos hidroaéreos), percussão (timpanismo), peristaltismo, sopros, ascite	

**NEUROLÓGICO:** avaliação dos reflexos primitivos (TABELA), reflexos tendinosos (hipo/hipertonía), movimentos anormais, sinais meníngeos (abaulamento da fontanela, rigidez de nuca, sinal de Brudzinski - flexão de ambas as pernas e coxas em resposta a flexão passiva do pescoço)

**GENITAIS:** masculina/feminina/ambígua; **meninos** - exposição da glândula (fimose), apresentação e palpação dos testículos (bolsa escrotal, inguinal); **meninas** - aderência dos pequenos lábios, hipertrofia de lábios vulvares e clitóris

**MEMBROS:** simetria, edema, malformações. Manobra de Ortolani e Barlow (RN)

VALORES DE REFERÊNCIA																						
Idade gestacional	<p><b>Pré-termo:</b> &lt; 37 semanas completas  <b>Prematuridade extrema:</b> &lt; 28 semanas  <b>Prematuridade grave:</b> 28 a 30 semanas  <b>Prematuridade moderada:</b> 31 a 33 semanas  <b>Prematuridade tardia:</b> 34 a 36 semanas  <b>Termo:</b> 37-41 semanas  <b>Pós-termo:</b> 42 semanas ou +</p>																					
Peso ao nascer	<p><b>GIG</b> (&gt; percentil 90 para IG), <b>AIG</b> (entre 10 e 90), <b>PIG</b> (&lt; percentil 10 para IG)  <b>Extremo baixo peso:</b> &lt; 1.000 g  <b>Muito baixo peso:</b> &lt; 1.500 g  <b>Baixo peso:</b> &lt; 2.500 g  <b>Normal:</b> 2.500-4.000 g  <b>Peso elevado:</b> &gt; 4.000 g</p>																					
Tempo de sono (24h)	<p><b>RN prematuro:</b> 22h (ciclo independente de noite/dia)  <b>RN termo:</b> 16,5h  <b>1 mês:</b> 15,5h  <b>3 meses:</b> 15h  <b>6 meses:</b> 14,2h (início da consolidação da vigília diurna)  <b>12 meses:</b> 13,7h (consolidação do sono noturno) - 2 sestas  <b>2 anos:</b> 13h - 1/2 sestas</p>																					
Dentição	<p><b>DENTES DE LEITE</b> Quando os dentes "surgem"</p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Superiores</th> <th>Inferiores</th> <th>Quando os dentes "surgem"</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Incisivo central</td> <td>Incisivo central</td> <td>6 - 10 meses</td> </tr> <tr> <td>Incisivo lateral</td> <td>Incisivo lateral</td> <td>7 - 16 meses</td> </tr> <tr> <td>Canino</td> <td>Canino</td> <td>16 - 23 meses</td> </tr> <tr> <td>Primeiro molar</td> <td>Primeiro molar</td> <td>12 - 18 meses</td> </tr> <tr> <td>Segundo molar</td> <td>Segundo molar</td> <td>20 - 31 meses</td> </tr> <tr> <td>Segundo molar</td> <td>Segundo molar</td> <td>25 - 33 meses</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Escovação:</b> iniciar escovação assim que os 1<sup>os</sup> dentes surgem (1<sup>a</sup> tarefa da manhã, última da noite e depois das refeições), creme dental do tamanho de grão de arroz, escova especial para a idade (cerdas + macias e pequenas)  <b>Higiene da boca antes do aparecimento dos dentes:</b> gaze ou pano com água</p>	Superiores	Inferiores	Quando os dentes "surgem"	Incisivo central	Incisivo central	6 - 10 meses	Incisivo lateral	Incisivo lateral	7 - 16 meses	Canino	Canino	16 - 23 meses	Primeiro molar	Primeiro molar	12 - 18 meses	Segundo molar	Segundo molar	20 - 31 meses	Segundo molar	Segundo molar	25 - 33 meses
Superiores	Inferiores	Quando os dentes "surgem"																				
Incisivo central	Incisivo central	6 - 10 meses																				
Incisivo lateral	Incisivo lateral	7 - 16 meses																				
Canino	Canino	16 - 23 meses																				
Primeiro molar	Primeiro molar	12 - 18 meses																				
Segundo molar	Segundo molar	20 - 31 meses																				
Segundo molar	Segundo molar	25 - 33 meses																				
Hábito intestinal (variações)	<p><i>Lactentes: frequência de evacuação elevada e variada</i>  <b>1<sup>os</sup> 14 dias:</b> 2 a 7x/dia  <b>5<sup>o</sup> mês:</b> 1 a 3x/dia  <b>2<sup>o</sup> ano:</b> estabiliza para 1x/dia</p>																					
Frequência cardíaca (FC)	<p><b>RN:</b> 90-180 bpm  <b>6 meses:</b> 105-185 bpm  <b>1 ano:</b> 105-170 bpm  <b>2 anos:</b> 90-150 bpm</p>																					

Frequência respiratória (FR)	<p>Até <b>2 meses:</b> até 60 irpm  Entre <b>2 meses e 12 meses:</b> até 50 irpm  <b>Acima de 12 meses:</b> até 40 irpm</p>		
Perímetros do RN	<b>Cefálico:</b> 33-35 cm	<b>Torácico:</b> 30-33 cm	<b>Abdominal:</b> 28-31 cm

## Anexo 2. Roteiro de anamnese do pré-escolar

ROTEIRO ESCOLAR (7-10 anos)
<b>ANAMNESE</b>
<p style="text-align: center;"><i>Importante: explorar os compromissos, dúvidas e preocupações dos pais</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Intensa atividade motora, rápida aquisição de habilidades, linguagem e grande capacidade de aprendizagem</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Lembrar de também interagir com a criança durante a consulta!</i></p>
<p><b>IDENTIFICAÇÃO:</b> data, nº do prontuário, nome, data de nascimento, idade, sexo, naturalidade, residência, nome do informante (grau de parentesco), endereço completo</p> <p><b>QUEIXA PRINCIPAL:</b> "qual é o motivo da consulta?" breve e nas palavras do paciente (ou do informante)</p> <p><b>HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:</b> detalhamento da queixa principal - dor (tipo, local, início, duração, progressão, fatores de melhora/piora, tratamentos), sintomas associados, relação com alimentação, postura, evacuação, atividade física, calor/frio</p> <p><b>COTIDIANO:</b> alimentação (participação nas refeições familiares, padrões de lanches e recusa de alimentos), padrão de sono, cuidados dentários, medidas de prevenção de acidentes, habilidades motoras e sociabilidade, prática de esportes e exercícios físicos</p> <p><b>SAÚDE GERAL DA CRIANÇA:</b> doenças mais comuns na infância (distúrbios gastrointestinais, enteroparasitoses, dermatoses, doenças exantemáticas, piolho) e reações alérgicas; violência</p> <p><b>DESENVOLVIMENTO AFETIVO:</b> manifestações de dependência/independência da criança (desejo de exploração do ambiente e pessoas, negativismo, ansiedade de separação, dificuldade de controlar impulsos), comportamento (extrovertido, tímido), adaptação ao ritmo escolar, relação com os colegas, integração com os familiares, rivalidade entre irmãos</p> <p><b>DESENVOLVIMENTO COGNITIVO:</b> observar desempenho na escola (dificuldade geral ou em matérias específicas), o que gosta ou desgosta nela, notas, faltas e repetência, relação com as professoras e os colegas</p> <p><b>VACINAÇÃO:</b> verificar se tomou todas as vacinas indicadas para a idade (TABELA)</p> <p><b>HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA:</b> doenças anteriores, cirurgias, acidentes, internações, alergias, uso contínuo de medicamentos (quais)</p> <p><b>HISTÓRIA FAMILIAR:</b> mãe (nome, idade, morbidade, ocupação, escolaridade, tabagismo, alcoolismo, drogas), pai (nome, idade, morbidade, ocupação, escolaridade, tabagismo, alcoolismo, drogas), irmãos (alguma doença?), doenças recorrentes em outros membros da família, consanguinidade dos pais (qual)</p> <p><b>HISTÓRIA SOCIOAMBIENTAL:</b> habitação (cômodos, banheiro, sol, umidade, poeira, mofo, poluição ambiental, tabagismo, animais domésticos), água tratada, rede de esgoto, coleta de lixo, nº de moradores na casa, renda mensal per capita</p>
<b>EXAME FÍSICO</b>
<p style="text-align: center;"><b>ANTROPOMETRIA:</b> altura, peso, circunferência abdominal</p> <p style="text-align: center;"><b>SINAIS VITAIS:</b> temperatura, FR, FC, pressão arterial (&gt; 4anos)</p>
<p><b>EXAME FÍSICO GERAL:</b> estado geral, pele e mucosas (hematomas, coloração, hidratação, cianose, icterícia), temperatura, nível de consciência, atividade/prostração, fácies, desconforto respiratório, irritabilidade, choro fácil</p> <p><b>CABEÇA E PESCOÇO:</b> avaliar fácies, crânio, cabelos, pelos, orelhas; avaliar adenomegalias, massas; dentes (higiene, cáries), palato e amígdalas</p> <p><b>CARDIOVASCULAR:</b> forma e simetria do tórax, avaliação do ictus, palpação de frêmitos e ausculta cardíaca, pulsos</p> <p><b>RESPIRATÓRIO:</b> inspeção (sinais de esforço respiratório, cianose, batimento de asa de nariz), expansibilidade, percussão, frêmito toracovocal, ausculta (murmúrio vesicular), ruídos adventícios (sibilos, estertores)</p> <p><b>ABDOME:</b> forma e tensão, abaulamentos, retrações, visceromegalias, massas palpáveis, ausculta (ruídos hidroaéreos), percussão (timpanismo), peristaltismo, sopros, ascite</p> <p><b>NEUROLÓGICO:</b> reflexos tendinosos (hipo/hipertonía), movimentos anormais, sinais meníngeos;</p> <p><b>GENITAIS:</b> implantação, coloração, secreções, lesões, pelos; sinais de puberdade precoce</p> <p><b>AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO:</b> usar curvas de crescimento (TABELAS), peso, estatura</p>

### Anexo 3. Tabela de imunizações na infância

MÊS	VACINA	DOSE	CONTRA O QUÊ	MECANISMO	VIA DE ADMINISTRAÇÃO
RN	BCG	dose única	Formas graves de TB	bacilos vivos atenuados	Via intradérmica
	Hepatite B	1ª dose	Hepatite B	virus inativados	Via intramuscular
1m	Hepatite B	2ª dose	Hepatite B	virus inativados	Via intramuscular
2m	Poliomielite	1ª dose (VIP)	Paralisia infantil	virus inativados	Via intramuscular
	Rotavírus	1ª dose (mono ou penta)	Diarreia por rotavírus	virus vivos atenuados	Via oral
	Haemophilus influenzae b (Hib)	1ª dose	Infecções pelo Hib	virus inativados	Via subcutânea ou intramuscular
	Triplíce bacteriana (DTPw ou DTPa)	1ª dose	Difteria, tétano, coqueluche	bactérias inativadas	Via intramuscular
	Pneumocócica conjugada	1ª dose (VPC10 ou VPC13)	Infecções por pneumococos	bactérias inativadas	Via intramuscular
3m	Meningocócica B	1ª dose	Meningite etc	bactérias inativadas	Via intramuscular
	Meningocócica C ou conjugadas (MenC ou MenACWY)	1ª dose	Meningite etc	bactérias inativadas	Via intramuscular
4m	Poliomielite	2ª dose (VIP)	Paralisia infantil	virus inativados	Via intramuscular
	Rotavírus	2ª dose (mono ou penta)	Diarreia por rotavírus	virus vivos atenuados	Via oral
	Haemophilus influenzae b (Hib)	2ª dose	Infecções pelo Hib	virus inativados	Via subcutânea ou intramuscular
	Triplíce bacteriana (DTPw ou DTPa)	2ª dose	Difteria, tétano, coqueluche	bactérias inativadas	Via intramuscular
	Pneumocócica conjugada	2ª dose (VPC10 ou VPC13)	Infecções por pneumococos	bactérias inativadas	Via intramuscular
5m	Meningocócica B	2ª dose	Meningite etc	bactérias inativadas	Via intramuscular
	Meningocócica C ou conjugadas (MenC ou MenACWY)	2ª dose	Meningite etc	bactérias inativadas	Via intramuscular
6m	Hepatite B	3ª dose	Hepatite B	virus inativados	Via intramuscular
	Poliomielite	3ª dose (VIP)	Paralisia infantil	virus inativados	Via intramuscular
	Rotavírus	3ª dose (só a pentavalente)	Diarreia por rotavírus	virus vivos atenuados	Via oral
	Haemophilus influenzae b (Hib)	3ª dose	Infecções pelo Hib	virus inativados	Via subcutânea ou intramuscular
	Triplíce bacteriana (DTPw ou DTPa)	3ª dose	Difteria, tétano, coqueluche	bactérias inativadas	Via intramuscular
	Pneumocócica conjugada	3ª dose (VPC13)	Infecções por pneumococos	bactérias inativadas	Via intramuscular
A partir de 6m	Influenza (3V ou 4V)	Dose anual. Em < 9 anos, 1ª e 2ª doses com intervalo de 30d		virus inativados	Via intramuscular
9m	Febre amarela	1ª dose	Febre amarela	virus vivos atenuados	Via subcutânea
12m	Pneumocócica conjugada	Reforço (VPC13 pode ser até os 15m)	Infecções por pneumococos	bactérias inativadas	Via intramuscular
	Meningocócica B	Reforço (até 15m)	Meningite etc	bactérias inativadas	Via intramuscular
	Meningocócica C ou conjugadas (MenC ou MenACWY)	Reforço 1 (até 15m)	Meningite etc	bactérias inativadas	Via intramuscular
	Hepatite A	1ª dose	Hepatite A	virus inativados	Via intramuscular
	Triplíce viral	1ª dose	Sarampo, rubéola e caxumba	virus vivos atenuados	Via subcutânea
	Varicela	1ª dose	Catapora	virus vivos atenuados	Via subcutânea
Dos 12m aos 4 a	Poliomielite oral	Dias nacionais de vacinação		virus vivos atenuados	Via oral
15m	Poliomielite	Reforço 1 (VOP) (até 18m)	Paralisia infantil	virus inativados	Via oral
	Haemophilus influenzae b (Hib)	Reforço (até 18m)	Infecções pelo Hib	virus inativados	Via subcutânea ou intramuscular
	Triplíce bacteriana (DTPw ou DTPa)	Reforço (até 18m)	Difteria, tétano, coqueluche	bactérias inativadas	Via intramuscular
	Triplíce viral	2ª dose (até 2a)	Sarampo, rubéola e caxumba	virus vivos atenuados	Via subcutânea
	Varicela	2ª dose (até 2a)	Catapora	virus vivos atenuados	Via subcutânea
18m	Hepatite A	2ª dose	Hepatite A	virus inativados	Via intramuscular
4 anos	Poliomielite	Reforço 2 (VOP) (até 6 anos)	Paralisia infantil	virus inativados	Via oral
	Triplíce bacteriana (DTPw ou DTPa)	Reforço (até 6 anos)	Difteria, tétano, coqueluche	bactérias inativadas	Via intramuscular
	Febre amarela	2ª dose	Febre amarela	virus vivos atenuados	Via subcutânea
5 anos	Meningocócica C ou conjugadas (MenC ou MenACWY)	Reforço 2 (até 6 anos)	Meningite etc	bactérias inativadas	Via intramuscular
9 anos	Triplíce bacteriana acelular adulta (DTPa)	Reforço (até 11 anos)	Difteria, tétano, coqueluche	bactérias inativadas	Via intramuscular
	Dengue (apenas para soropositivos para dengue)	3 doses, 1 dose a cada 6m		virus vivos atenuados	Via subcutânea
	HPV (girls)	2 doses com intervalos de 6m (até 14 anos)		virus inativados	Via intramuscular
11 anos	HPV (boys)	2 doses com intervalos de 6m (até 14 anos)		virus inativados	Via intramuscular

## Anexo 4. Tabela de reflexos primitivos

REFLEXOS HUMANOS PRIMITIVOS				
REFLEXOS	Descrição	IDADE DE APARECIMENTO	IDADE DE DESAPARECIMENTO	
Principais avaliados no RN	<b>Reflexo de Moro</b>	Desencadeado por queda súbita da cabeça, amparada pela mão do examinador - observar extensão e abdução dos membros superiores, seguida por choro	7º mês de gestação	3 meses
	<b>Reflexo Tônico-Cervical Assimétrico</b>	Desencadeado por rotação da cabeça enquanto a outra mão do examinador estabiliza o tronco do RN - observar extensão do membro superior ipsilateral à rotação e flexão do membro superior contralateral (resposta dos membros inferiores obedece ao mesmo padrão, mas é + sutil)	7º mês de gestação	5 meses
	<b>Preensão Palmar</b>	Desencadeado pela pressão da palma da mão - observar flexão dos dedos	Nascimento	3 meses
	<b>Preensão Plantar</b>	Desencadeado pela pressão da base dos artelhos - observar flexão dos dedos	Nascimento	9 meses
	<b>Reflexo de Sucção</b>	Desencadeado pela estimulação dos lábios - observar sucção vigorosa (ausência é sinal de disfunção neurológica grave)	Nascimento	2 meses
	<b>Reflexo de Busca</b>	Desencadeado por estimulação da face ao redor da boca - observar rotação da cabeça na tentativa de "buscar" o objeto, seguido de sucção reflexa do mesmo	Nascimento	2 meses
	<b>Apoio Plantar</b>	Desencadeado pelo apoio do pé do RN sobre superfície dura, estando este seguro pelas axilas - observar extensão das pernas	Nascimento	2 meses
	<b>Marcha Reflexa</b>	Desencadeado por inclinação do tronco do RN após obtenção do apoio plantar - observar cruzamento das pernas, uma à frente da outra	Nascimento	2 meses
	<b>Reflexo de Babinski (cutâneo plantar)</b>	Desencadeado por estímulo tátil na ponta do pé do bebê, no sentido proximal-distal - observar a extensão do hálux, abertura dos dedos do pé em leque, pé se retorce	Nascimento	4 meses
	<b>Reflexo de Babkin</b>	Desencadeado pela carícia simultânea das 2 palmas das mãos do bebê - observar ele abrir a boca, fechar os olhos, flexionar o pescoço e inclinar a cabeça para frente	Nascimento	3 meses
	<b>Reflexo de Galant</b>	Desencadeado por estímulo tátil na região dorso lateral - observar encurvamento do tronco ipsilateral ao estímulo	Nascimento	máx. 6 meses
	<b>Reflexo da escada ou de colocação ("Placing")</b>	Desencadeado por estímulo tátil do dorso do pé estando o bebê seguro pelas axilas - observar elevação do pé como se estivesse subindo um degrau de escada (único reflexo primitivo com integração cortical)	Nascimento	máx. 6 meses
	<b>Natatório</b>	Desencadeado quando se coloca o bebê na água com o rosto voltado para baixo - observar ele fazer movimentos natatórios coordenados	1 mês	4 meses

## Anexo 5. Tabela de introdução alimentar

IDADE	ALIMENTO	TEXTURA	QUANTIDADE
-	LM EXCLUSIVO		
6m	frutas (amassadas ou raspadas). 1ª papa principal de misturas múltiplas	alimentos amassados	iniciar com 2 a 3 colheres de sopa (aumentar conforme aceitação)
7m			2/3 de uma xícara/tigela de 250ml
8m	2ª papa principal de misturas múltiplas	alimentos cortados ou levemente amassados	3/4 de uma xícara/tigela de 250ml
9m	gradativamente, passar para a refeição da família, com ajuste da consistência		
10m			
11m			
12m	comida da família	alimentos cortados	1 xícara/tigela de 250ml
24m			

**Orientações:**

- Somente leite materno até 6 meses (sem chá, água)
- Com 6 meses: introdução lenta gradual e gradual de outros alimentos e manter leite materno até 2 anos
- Com 6 meses: alimentos alergênicos (1 único a cada 3 a 5 dias) - "janela imunológica"
- Alimentação complementar: espessa desde o começo (pastosa → refeição da família)
- Não usar sal até os 12 meses
- Mel e pipoca: proibidos até os 2 anos
- Estimular consumo diário de frutas, legumes e verduras
- Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, salgadinhos, balas
- Orientar higiene adequada dos utensílios - imersão em água com hipoclorito de sódio 2,5% por 15min - 20 gotas de hipoclorito para 1L de água

## Anexo 6. Tabela de marcos do desenvolvimento neuropsicomotor

PRINCIPAIS MARCOS NEUROPSICOMOTORES NO LACTENTE		Avaliação
0 - 1 mês	<i>Postura: pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada</i>	Deitar a criança em superfície plana, com a barriga para cima - observar se os braços e pernas ficam flexionados e sua cabeça lateralizada
	<i>Observa um rosto</i>	Posicionar o rosto 30cm acima do rosto da criança - observar se ela te olha de forma evidente
	<i>Reage ao som</i>	Fique atrás da criança, bata palmas ou balance um chocalho a 30cm de cada orelha - observe se ela reage ao som (movimentos nos olhos, mudança na expressão)
	<i>Eleva a cabeça</i>	Colocar criança de barriga para baixo - observar se ela levanta a cabeça, desencosta o queixo da superfície, sem virar para um dos lados
1 - 2 meses	<i>Sorri quando estimulado</i>	Sorria e converse com a criança (sem tocar a face ou fazer cócegas) - observar se ela sorri em resposta
	<i>Abre as mãos</i>	Observe se a criança abre as mãos espontaneamente em algum movimento
	<i>Emite sons</i>	Observar se a criança emite algum som (que não seja choro)
	<i>Movimenta os membros</i>	Observar se a criança movimenta ativamente membros superiores e inferiores
2 - 4 meses	<i>Responde ativamente ao contato social</i>	Ficar de frente e conversar com o bebê - observar se ele responde com sorriso ou emissão de sons de conversa (pode pedir para mãe fazer)
	<i>Segura objetos</i>	Oferecer objeto tocando o dorso ou os dedos da criança - observar se ela abre mãos e segura o objeto por pelo menos alguns segundos
	<i>Emite sons, ri alto</i>	Ficar de frente e conversar com o bebê - observar se ele emite sons (guuu, eee) e se ri emitindo sons (gargalhada)
	<i>Levanta a cabeça e se apoia nos antebraços, de bruços</i>	Colocar bebê de bruços, superfície firme, chamar a atenção com objetos ou seu rosto - observar se ele levanta a cabeça se apoiando nos antebraços
4 - 6 meses	<i>Busca ativa de objetos</i>	Colocar um objeto ao alcance da criança (mesa, palma da mão), chamar atenção para ele - observar se ela tenta alcançá-lo
	<i>Leva objetos à boca</i>	Oferecer objeto na mão da criança - observar se ela o leva à boca
	<i>Localiza o som</i>	Fazer barulho suave (sino, chocalho) próximo à orelha do bebê - observar se ela vira a cabeça em direção ao som
	<i>Muda de posição (rola)</i>	Colocar bebê em superfície plana, de barriga para cima - incentivá-lo a virar de bruços
6 - 9 meses	<i>Brinca de esconde-achou</i>	De frente para o bebê, brincar de aparecer e desaparecer (atrás de um pano ou pessoa) - observar se ele faz movimentos de procurar (puxar o pano, olhar atrás da pessoa)
	<i>Transfere objetos de uma mão para outra</i>	Oferecer objeto para o bebê segurar - observar se ele transfere objeto de uma mão para outra (se não, oferecer outro objeto e ver se ele transfere o primeiro para outra mão)
	<i>Duplica sílabas</i>	Observar se o bebê fala "papá", "dadá", "mamã" (se não, perguntar se ele faz em casa)
	<i>Senta sem apoio</i>	Colocar o bebê em superfície lisa, oferecer um objeto - observar se ele consegue ficar sentado sem apoio
9 - 12 meses	<i>Imita gestos</i>	Fazer algum gesto conhecido (bater palmas, dar tchau) - observar se o bebê imita (se não, pedir ajuda da mãe)
	<i>Faz pinça</i>	Colocar objeto pequeno ou bolinha de papel perto da criança, chamar a atenção - observar se ela usa movimento de pinça para pegá-lo
	<i>Produz "jargão" (conversa incomprensível)</i>	Observar se o bebê faz conversação incomprensível consigo mesmo, com você ou a mãe (se não, perguntar se faz em casa)
	<i>Anda com apoio</i>	Observar se o bebê consegue dar passos com apoio
12 - 15 meses	<i>Mostra o que quer</i>	Observar se o bebê indica o que quer (sem choro), por meio de palavras, sons, apontando ou estendendo a mão para alcançar (considerar info do acompanhante)
	<i>Coloca blocos na caneca</i>	Coloque 3 blocos e 1 caneca na frente da criança, estimulá-la a colocá-los dentro da caneca (fala, demonstração) - observar se ela coloca pelo menos 1 bloco e o solta
	<i>Diz uma palavra</i>	Observar se a criança diz pelo menos 1 palavra que não seja o nome dos membros da família ou animais (considerar info do acompanhante)
	<i>Anda sem apoio</i>	Observar se a criança já anda, com bom equilíbrio, sem apoio
15 - 18 meses	<i>Usa colher ou garfo</i>	Perguntar se a criança usa garfo ou colher, derramando pouco fora da boca (considerar info do acompanhante)
	<i>Constroi torre de 2 cubos</i>	Observar se a criança consegue colocar um cubo sobre outro sem deixar cair ao retirar a mão
	<i>Fala 3 palavras</i>	Observar se a criança diz pelo menos 3 palavras que não seja o nome dos membros da família ou animais (considerar info do acompanhante)
	<i>Anda para trás</i>	Pedir para a criança abrir uma porta ou gaveta - observar se ela dá 2 passos para trás sem cair
18 - 24 meses	<i>Tira roupa</i>	Observar se a criança consegue remover alguma peça de roupa (sapato, casacos, calças)
	<i>Constroi torre de 3 cubos</i>	Observar se a criança consegue empilhar 3 cubos sem cair ao retirar a mão
	<i>Aponta 2 figuras (de um grupo de 5 figuras)</i>	Observar se a criança é capaz de apontar 2 figuras de um grupo de 5 figuras
	<i>Chuta bola</i>	Observar se a criança consegue chutar uma bola sem se apoiar em objetos

**Anexo 7. Tabela de peso e estatura por faixa etária**

TABELA DE GANHO MÉDIO DE PESO E ESTATURA EM TODAS AS FASES DA CRIANÇA À ADOLESCÊNCIA			
ESTATURA			
		Meninas	Meninos
Média de velocidade de crescimento de acordo com a idade	0 - 1 ano	25 cm/ano	
	1 - 3 anos	12,5 cm/ano	
	3º ano até fim da fase pré-escolar (5-6 anos)	<i>declínio acentuado do crescimento</i>	
	5 anos - puberdade (11-13 anos)	5 a 7 cm/ano (+ constante)	
	Puberdade	8 a 10 cm/ano	10 a 12 cm/ano
ESTATURA-ALVO (+/- 5 cm)			
<b>Meninas</b> = Altura da Mãe (cm) + Altura do Pai (cm) - 13 / 2 <b>Meninos</b> = Altura da Mãe (cm) + Altura do Pai (cm) + 13 / 2			
		Meninas	Meninos
MÉDIA DE ESTATURA	Nascimento	49 cm	50 cm
	2 meses	57 cm	58,5 cm
	4 meses	62 cm	64 cm
	6 meses	66 cm	67,5 cm
	8 meses	68,8 cm	70,5 cm
	10 meses	71,5 cm	73,4 cm
	1 ano	74 cm	75,9 cm
	14 meses	76,5 cm	78 cm
	16 meses	78,5 cm	80,3 cm
	18 meses	80,8 cm	82,3 cm
	20 meses	82,8 cm	84,2 cm
	22 meses	84,7 cm	86 cm
	2 anos	86,4 cm	87,9 cm
	3 anos	95 cm	96,1 cm
	4 anos	102,8 cm	103,5 cm
	5 anos	109,5 cm	110 cm
	6 anos	115 cm	116 cm
	7 anos	121 cm	122 cm
	8 anos	127 cm	127,5 cm
	9 anos	132,5 cm	132,5 cm
10 anos	138 cm	138 cm	
11 anos	145 cm	143 cm	
12 anos	151,5 cm	149 cm	
13 anos	156,5 cm	156 cm	
14 anos	160 cm	163 cm	
15 anos	162 cm	169 cm	

	<b>16 anos</b>	162.5 cm	172.5 cm
	<b>17 anos</b>	162.55 cm	175 cm
	<b>18 anos</b>	162.6 cm	176 cm

PESO			
------	--	--	--

		Meninas	Meninos
<b>MÉDIA DE PESO</b>	<b>Nascimento</b>	3.2 kg	3.4 kg
	<b>2 meses</b>	5 kg	5.5 kg
	<b>4 meses</b>	6.4 kg	7 kg
	<b>6 meses</b>	7.3 kg	7.9 kg
	<b>8 meses</b>	7.9 kg	8.6 kg
	<b>10 meses</b>	8.5 kg	9.2 kg
	<b>1 ano</b>	8.9 kg	9.6 kg
	<b>14 meses</b>	9.4 kg	10.1 kg
	<b>16 meses</b>	9.8 kg	10.5 kg
	<b>18 meses</b>	10.2 kg	10.9 kg
	<b>20 meses</b>	10.6 kg	11.4 kg
	<b>22 meses</b>	11 kg	11.8 kg
	<b>2 anos</b>	11.5 kg	12.2 kg
	<b>3 anos</b>	13.8 kg	14.4 kg
	<b>4 anos</b>	16.1 kg	16.4 kg
	<b>5 anos</b>	18.2 kg	18.4 kg
	<b>6 anos</b>	20.1 kg	20.5 kg
	<b>7 anos</b>	22.4 kg	22.9 kg
	<b>8 anos</b>	25 kg	25.4 kg
	<b>9 anos</b>	28.2 kg	28.1 kg
<b>10 anos</b>	31.8 kg	31.1 kg	

## Anexo 8. História clínica do lactente

HISTÓRIA CLÍNICA											
<p><b>Nome:</b> B.L.S.D.   <b>Idade:</b> 3 meses (29/08/19)   <b>Gênero:</b> Masculino   <b>Cor:</b> Pardo   <b>Origem:</b> São Carlos (SP)   <b>Data da visita:</b> 12/11/19   <b>Acompanhante:</b> mãe  </p>											
HISTÓRIA MÉDICA PREGRESSA											
<p><u>DN: 29 de agosto de 2019 – Parto Normal</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gestação sem intercorrências</li> <li>bastante ganho de peso</li> <li>15 horas de trabalho de parto</li> <li>Realizada Amniorrexe</li> <li>Internação de 3 dias</li> </ul>			<p><u>Acolhimento e Avaliação médica (30/09/19) – 1 mês de vida</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Os pais relataram bolinhas no corpo, costas e face</li> <li>Referiam agitação do bebê</li> <li>“Placa com pápulas na região dorsal”</li> <li>Avaliação: alergia de contato</li> <li>Orientação: uso de maisena</li> </ul>			<p><u>Consulta Pediátrica (06/11/19) – 2 meses de vida:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pediatra e nutróloga (UNIMED) – passará uma dieta de introdução alimentar a partir dos 6 meses de vida</li> </ul>					
HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL											
<ul style="list-style-type: none"> <li>Hérnia Umbilical (encontrada em 26/09/19) - em melhora</li> <li>Dermatite de contato (devido a suor e calor) - usa pomada Desonida</li> <li>Cabelo parou de cair: está crescendo e com menos caspa</li> </ul>											
REMÉDIOS, POMADAS OU VITAMINAS											
<ol style="list-style-type: none"> <li><u>PuraVit (suplemento vitamínico)</u> – vitamina E, vitamina D e vitamina A → Gotas (uso oral) – 20ml   Aromatizante sintético (tutti-frutti)   Não contém açúcar   2 Gotas todos os dias (pela pediatra);</li> <li><u>Desonida (creme dermatológico)</u> → Sempre que há alergia (“onde fica vermelho”);</li> </ol>											
CALENDÁRIO VACINAL											
IDADE	BCG	HEPATITE B	PENTA/DTP	VIP/VOP	PNEUMOCÓCICA 10V	ROTAVÍRUS HUMANO	MENINGOCÓCICA C	FEBRE AMARELA	HEPATITE A	TRÍPLICE VIRAL	TETRA VIRAL
AO NASCER	Dose única	1ª Dose									
2º MÊS			1ª Dose	1ª Dose (VIP)	1ª Dose	1ª Dose					
3º MÊS							1ª Dose				
4º MÊS			2ª Dose	2ª Dose (VIP)	2ª Dose	2ª Dose					
5º MÊS							2ª Dose				
6º MÊS			3ª Dose	3ª Dose (VOP)	3ª Dose						
9º MÊS								Uma Dose			
12º MÊS					Ref.				Uma Dose	1ª Dose	
15º MÊS			1ª Ref. (DTP)	1ª Ref. (VOP)			Ref.				Uma Dose
4 ANOS			2ª Ref. (DTP)	2ª Ref. (VOP)							
SAÚDE DO BEBÊ											
<p><u>Testes de triagem neonatal</u> - realizados, sem alterações (teste do olhinho, teste da orelhinha, teste do coraçozinho, manobra de Ortolani e Barlow) → Aguarda resultado do teste do pezinho</p> <p><u>Reflexos primitivos</u> presentes em consulta de 27 dias (reflexo de moro, marcha, prensão plantar e palmar, espadachim, sucção)</p>											

Desenvolvimento neuropsicomotor - fixa olhar, reage ao som, atitude relaxada; já enxerga luz e cores; ri quando estimulado.

Exame físico - testículos tópicos | Hérnia umbilical identificada | Sem alterações nos demais sistemas

### CONTEXTO FAMILIAR

Ele mora com sua mãe e seu pai em uma casa de 4 cômodos (cozinha, banheiro, sala e quarto). As janelas da casa possuem telas e o berço possui mosquiteiro. A relação entre sua mãe e seu pai é boa e ambos participam de forma ativa de seus cuidados | Condição financeira: estável | Ambos os pais trabalham (mãe trabalha em hamburgueria, pai como auxiliar de produção) | A mãe retorna da licença maternidade dia 02/12, porém receberá atestado de 2 semanas da pediatra e ganhará férias do trabalho, então ficará mais tempo em casa com o bebê. Após retornar, o bebê ficará com a avó materna de manhã (na mesma casa) e com a avó paterna de tarde (na casa da avó, há alguns metros dali). As avós participam das consultas de pediatria do bebê e recebem instruções sobre seu cuidado | A família tem um cachorro Pitbull chamado Kiara.

### HÁBITOS

Sono - Dorme das 20/21h às 06h | Durante o dia, dorme a cada 2h | Acorda sempre que precisa trocar a fralda | A mãe aproveita para descansar enquanto o bebê está dormindo | Sem brinquedos no berço, em posição adequada |

Alimentação - Leite materno exclusivo | Dia: 1 mamada a cada 2h – 2h30 | Noite: 1 mamada a cada 3h-3h30 | Ele mama por cerca de 30/40min |

Passatempos - Assistir televisão | Brincar com seus brinquedos | Olhar o móvel em cima de seu carrinho | Passear de carrinho com a mãe |

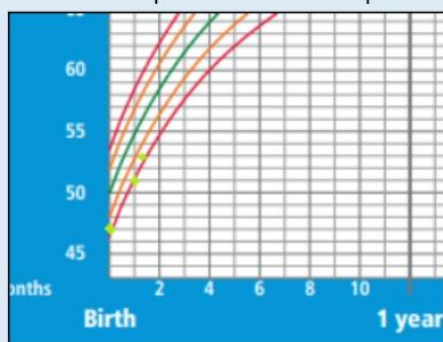
Higiene - Troca cerca de 10 fraldas por dia (2 de manhã, 5 de tarde e 3 de noite) | Toma 1 banho por dia | Para trocar fraldas apenas com xixi: usa lenço umedecido | Para trocar fraldas com cocô: usa algodão com água |

### DADOS ANTROPOMÉTRICOS

	Nascimento: 29/08/2019	Saiu da Maternidade: 31/08/19	05/09/2019	26/09/2019	04/10/2019	06/11/2019
Peso	2,880 kg	2,650 kg	2,820 kg	4,235 kg	4,720 kg	5,720 kg
Altura	47 cm	?	?	51 cm	53 cm	?

### GRÁFICOS DE CRESCIMENTO

Altura para a idade / Peso para a idade - meninos de 0-5 anos, percentil



- 45,16 g/dia (no 1º mês de vida) – parâmetros normais: ganho de 25-35 g/dia;
- 42,38 g/dia (em 2 meses de vida)

### NECESSIDADES DE SAÚDE

- Acompanhamento de seu crescimento e desenvolvimento
- Acompanhamento da involução da hérnia umbilical

- Acompanhamento da suplementação nutricional
- Estimulação da amamentação exclusiva com leite materno até, pelo menos, os 6 meses
- Acompanhamento introdução alimentar durante o 1º ano de vida

### PLANO DE CUIDADO

Acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento	Acompanhar involução da hérnia umbilical	Estimular amamentação exclusiva com leite materno até os 6 meses e acompanhar a introdução alimentar e a suplementação
<p><b>Objetivo:</b> realizar visitas domiciliares mensais para observar os marcos do desenvolvimento psicomotor do bebê (a partir do material já estudado em RP), acompanhar a caderneta de vacinação, estimular o acompanhamento médico regular e orientar sobre a estimulação infantil (adaptar à realidade e às condições dos pais);</p> <p><u>15/10/19</u> – Marcos do desenvolvimento adequados para a idade de 2 meses (ri quando estimulado, reage ao som, fixa o olhar), vacinação em dia, bem estimulado pela mãe (conversa bastante com ele);</p> <p><u>12/11/19</u> – Marcos do desenvolvimento adequados para a idade de 3 meses, vacinação em dia, bem estimulado pela mãe;</p>	<p><b>Objetivo:</b> avaliar se a involução da hérnia umbilical ocorre;</p> <p><u>15/10/19</u> – está involuindo;</p> <p><u>12/11/19</u> – já melhorou bastante (análise da pediatra);</p>	<p><b>Objetivo:</b> orientar sobre os benefícios do aleitamento materno exclusivo, ordenha e conservação. Caso a opção seja a fórmula, oferecer no copinho ou na colher (falar sobre a questão do custo da fórmula, que é mais cara);</p> <p><u>15/10/19</u> – Incentivei o aleitamento materno exclusivo, explicando que há vantagens nutricionais para o bebê;</p> <p><u>12/11/19</u> – Foi pactuado entre a mãe e a pediatra da UNIMED que a introdução alimentar se iniciará aos 6 meses (posteriormente ela receberá mais instruções). Ele continua recebendo a suplementação vitamínica;</p>