

1899-2013
113 anos

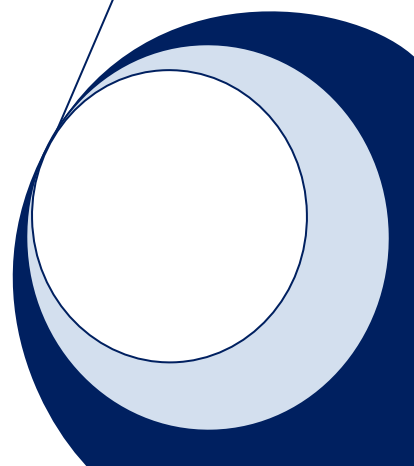
Direção-Geral da Saúde
www.dgs.pt



Ministério da Saúde

Saúde Infantil e Juvenil Programa Nacional

Lisboa, abril de 2013



PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde.
Saúde Infantil e Juvenil: Programa Nacional / Direção-Geral da Saúde.

Saúde Infantil / Adolescência / Planos e Programas de Saúde / Cuidados de Saúde
Crianças / Adolescentes / Jovens

Equipa Redatorial:

Bárbara Menezes; Dina Oliveira; Leonor Sassetti; Vasco Prazeres (Coordenador).

Com a colaboração:

Ana Duarte; Ana Jorge; Ana Leça; Carolina Veloso(†); Cristina Miranda; Edite Branco; Eduarda Rodrigues; Emília Nunes; Helena Jardim; Helena Monteiro; Isabel Castelão; Luísa Maria Moreira; Maria Augusta Correia; Rita Margato; Vânia Batista.

Grupo de trabalho sobre Desenvolvimento:

Arlette Verhaeghe; Carla Mota; Fátima Bessa; Graça Andrada; Guiomar Oliveira; Helena Beça; Isabel Ferreira; Joana Monteiro; José Boavida Fernandes; Luís Borges; Luísa Rocha; Luísa Teles; Mónica Pinto; Olga Bonito; Paula Teles; Pedro Cabral; Teresa Folha; Virgínia Monteiro.

Grupo de trabalho sobre Saúde Oral:

Maria Cristina Cádima; Mário Rui Araújo; Rui Calado.

Grupo de trabalho sobre Tensão Arterial:

Raquel Maia; Rosário Stone; Rui Anjos.

Grupo de trabalho sobre Dislipidémias:

Ana Gaspar; Isabel Gaspar; Mafalda Bourbon; Renata Rossi.

Grupo de trabalho sobre Curvas de Crescimento:

António Guerra; Daniel Virella; Luís Pereira da Silva; Manuel Salgado.

Grupo de trabalho sobre Saúde dos Adolescentes:

Alice Gonçalves; Maria de São José Tavares.

Grupo de trabalho sobre Saúde Escolar:

Ângela Menezes; Carlos André; Fernanda Pinto; Fernando Nogueira; João Diegues; Lina Guarda; Lúcia Marques; Luís Hermenegildo; Rosa Mansilha.

Participação de:

Ana Lúcia Freire; MCEESIP-OE; CRSMCA-ARSLVT; Carlos Moniz; Elsa Rocha; ESEB; ESEC; ESSCVP; ESEL; ESEP; ESS-IPG; ESS-IPVC; FCM-UNL; Isabel Malheiro; Joana Saldanha; Lisa Vicente; Margarida Bonança; Margarida Santos; Maria Constantina Silva; Maria do Carmo Vale; Maria do Carmo Velez; Ofélia Lopes; Paolo Casella; Pedro Ribeiro da Silva; Siborro de Azevedo; Secção de Medicina do Adolescente-SPP; Secção de Pneumologia Pediátrica-SPP; Teresa Caldas de Almeida; ULSAM; e outros peritos em consulta.

Nota: o conteúdo do presente documento pode não refletir, na íntegra, as opiniões de cada um dos elementos que contribuíram para a sua elaboração.

I. Introdução	6
II. Objetivos dos Exames de Saúde	9
III. Periodicidade	11
IV. Conteúdos	12
V. Crianças e Jovens em Risco ou com Necessidades Especiais	33
VI. Perturbações Emocionais e do Comportamento	35
VII. Bibliografia	37
Anexos	
Anexo 1	Curvas de crescimento 42
Anexo 2	Regras para o transporte de crianças em automóvel desde a alta da maternidade 52
Anexo 3	Idades ótimas para cirurgias 53
Textos de apoio	
Texto de apoio 1	Avaliação do desenvolvimento 56
Texto de apoio 2	Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral – aplicação em saúde infantil e juvenil 92
Texto de apoio 3	Rastreio de dislipidémias 96
Texto de apoio 4	Avaliação da tensão arterial 100
Texto de apoio 5	Puberdade e entrevista ao adolescente 109

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Resumo dos parâmetros a avaliar dos 0 aos 18 A	29
--	----

Quadro 2. Resumo dos cuidados antecipatórios dos 0 aos 18 A	31
---	----

DOCUMENTO DE TRABALHO



ÍNDICE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

A	Anos
ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
APAV	Associação Portuguesa de Apoio à Vítima
ATL	Atividades de Tempos Livres
BSIJ	Boletim de Saúde Infantil e Juvenil
CDC	<i>Center for Disease Control and Prevention</i>
cm	Centímetros
CNSM	Coordenação Nacional para a Saúde Mental
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CT	Colesterol Total
DGCSP	Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direção-Geral da Saúde
GRISI	Grupo de Rastreio e Intervenção da Surdez Infantil
HDL-c	<i>High Density Lipoprotein Cholesterol</i>
HO	Higiene Oral
HTA	Hipertensão Arterial
IMC	Índice de Massa Corporal
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
Kg	Kilogramas
LDL-c	<i>Low Density Lipoprotein Cholesterol</i>
M	Meses
m²	Metro ao quadrado
M-CHAT	<i>Modified Checklist for Autism in Toddlers</i>
mg/dl	Miligramas por decilitro
MGF	Mutilação Genital Feminina
MGRS	<i>Multicenter Growth Reference Study</i>
ml	Mililitros
mm Hg	Milímetros de mercúrio

MS	Ministério da Saúde
NCEP	<i>National Cholesterol Education Program</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNPSO	Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral
PNSIJ	Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
PNV	Programa Nacional de Vacinação
ppm	Partes Por Milhão
RN	Recém-Nascido
SNIP	Serviço Nacional de Intervenção Precoce na Infância
SRC	Sistema de Retenção para Crianças
TA	Tensão Arterial
TG	Triglicerídeos
UNICEF	<i>United Nations Children Fund</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

I. INTRODUÇÃO

Os ganhos em saúde da população residente em Portugal têm vindo a adquirir relevo ao longo dos últimos anos, nomeadamente os que se referem às duas primeiras décadas do ciclo de vida.

No que respeita a indicadores como a mortalidade infantil, e outros, os valores atingidos são, já, dos melhores a nível mundial, pese embora as desigualdades em saúde que subsistem, quando considerados diferentes grupos sociais.

Os determinantes ligados ao contexto de vida, tais como os fatores de ordem cultural, política, socioeconómica, género e recursos comunitários, ao ambiente físico e às dimensões individuais de cariz genético e comportamental, o acesso aos serviços de saúde e a cuidados de qualidade constituíram elemento basilar para que tal evolução acontecesse.

Nesta matéria, é incontornável o impacto positivo do Programa-tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil, criado em 1992, através da Circular Normativa 9/DSI, de 6 de outubro, da então Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários (DGCSP), bem como pelas atualizações sofridas ao longo do tempo, tendo a última ocorrido em 2005. A aplicação sistemática deste programa de vigilância de saúde tem vindo a revelar-se, nos diferentes tipos de instituições em que ocorre, um garante de cuidados de saúde adequados e eficazes, com a contribuição e o empenho de todos os que nela participam.

Ao longo dos anos, as modificações ocorridas neste documento orientador têm surgido em resposta, por um lado, à necessidade de melhoria dos padrões de qualidade, harmonizando os conteúdos das ações de saúde com as novas evidências científicas e com novas morbilidades e, por outro, a uma maior relevância de problemas de saúde preexistentes.

É nesse processo continuado de adequação que se insere o presente texto, agora designado **Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ)**, no qual, mantendo a estrutura preexistente, são introduzidas diversas modificações de conteúdo relativamente à versão de 2005, das quais se salientam:

- Alteração na cronologia das consultas referentes a *idades-chave* da vigilância¹;
- Adoção das curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde (OMS);
- Novo enfoque nas questões relacionadas com o desenvolvimento infantil, as perturbações do comportamento e os maus tratos.

São aspetos prioritários a deteção e o apoio às crianças que apresentam necessidades especiais, em situação de risco ou especialmente vulneráveis, a redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde, assim como o

¹ Salienta-se a introdução das seguintes consultas: aos 5 anos, com o objetivo de avaliar a existência de competências para o início da aprendizagem; aos 6/7 anos, para deteção precoce de dificuldades específicas de aprendizagem; aos 10 anos, para preparar o início da puberdade e a entrada para o 5.º ano de escolaridade.

reconhecimento e a capacitação dos pais e outros adultos de referência, enquanto primeiros prestadores de cuidados. O aumento do nível de conhecimentos e de motivação das famílias, a par da redução do analfabetismo e da melhoria das condições de vida, favorecem o desenvolvimento do exercício da parentalidade e tornam possível que os pais e as famílias o assumam, como direito e dever, competindo aos profissionais facilitá-lo e promovê-lo.

Genericamente, o **PNSIJ**, obedece às seguintes **linhas-mestras**:

- Calendarização das consultas para idades-chave, correspondentes a acontecimentos importantes na vida do bebé, da criança ou do adolescente, tais como as etapas do desenvolvimento físico, psicomotor, socialização, alimentação e escolaridade;
- Harmonização destas consultas com o esquema cronológico preconizado no novo Programa Nacional de Vacinação (PNV), de modo a reduzir o número de deslocações aos serviços de saúde;
- Valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais e outros cuidadores os conhecimentos necessários ao melhor desempenho no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade, em particular no domínio dos novos desafios da saúde;
- Neste âmbito, e face aos movimentos antivacinais emergentes, o reincentivo ao cumprimento do PNV, preservando o adequado estado vacinal das crianças, jovens e população em geral, afigura-se crucial;
- Também o investimento na prevenção das perturbações emocionais e do comportamento constitui uma prioridade no mesmo domínio;
- Detecção precoce, acompanhamento e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a saúde da criança e que sejam passíveis de correção;
- Apoio à responsabilização progressiva e à autodeterminação em questões de saúde das crianças e dos jovens;
- Trabalho em equipa, como forma de responder à complexidade dos atuais problemas e das necessidades em saúde que requerem, de modo crescente, atuações multiprofissionais e interdisciplinares;
- Articulação efetiva entre estruturas, programas e projetos, dentro e fora do setor da saúde, que contribuam para o bem-estar, crescimento e desenvolvimento das crianças e jovens.

As carências e assimetrias de distribuição de profissionais nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) manifestam-se na diversidade de recursos humanos afetos ao desempenho destas atividades. O fundamental é que estas sejam realizadas por profissionais disponíveis, motivados e competentes.

Neste contexto, é de particular importância desenvolver os meios que possibilitem a **visitação domiciliária**, elemento fundamental na vigilância e promoção da saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade, nas situações de doença prolongada ou crónica e nos casos de crianças, famílias ou situações identificadas como *de risco*.

O **trabalho em equipa** necessita de ser incrementado também na comunidade e nas estruturas que dão apoio à criança e ao adolescente (creche, jardim de infância, escola, atividades de tempos livres (ATL), coletividades desportivas ou associativas, serviços da segurança social, autarquias, etc.), enquanto entidades com competência em matéria de infância e juventude e, por isso, com responsabilidade na promoção da saúde, nestas idades.

As crianças, de acordo com a Convenção sobre os Direitos da Criança, ratificada pelo Estado Português em 1990, entendidas como «todo o ser humano menor de 18 anos», constituem um grupo prioritário e justificam o maior empenhamento e disponibilidade por parte dos profissionais e especial atenção dos gestores dos serviços de saúde.

A aplicação deste Programa pode representar, no contexto da crise global que se atravessa, um instrumento de apoio à saúde integral infantil e juvenil que concorra para a igualdade de oportunidades de desenvolvimento para todas as crianças e jovens, independentemente dos contextos socioeconómicos das famílias e comunidades.

II. OBJETIVOS DOS EXAMES DE SAÚDE

No decurso da vigilância em Saúde Infantil e Juvenil, são efetuadas intervenções que visam a concretização de um conjunto vasto de objetivos, tendo em vista a obtenção contínua de ganhos em saúde nesta população. Assim, pretende-se:

1. Avaliar o crescimento e desenvolvimento e registar os dados obtidos, nos suportes próprios, nomeadamente no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ);

2. Estimular a opção, sempre que possível, por **comportamentos promotores de saúde**, entre os quais os relacionados com:

- A nutrição, adequada às diferentes idades e às necessidades individuais, promovendo comportamentos alimentares equilibrados;
- A prática regular de exercício físico; o brincar, e outras atividades de lazer em espaços livres e ambientes despoluídos; a gestão do stress;
- A prevenção de consumos nocivos;
- A adoção de medidas de segurança, reduzindo o risco de acidentes.

3. Promover:

- A imunização contra doenças transmissíveis, conforme o PNV;
- A saúde oral;
- A prevenção das perturbações emocionais e do comportamento;
- A prevenção dos acidentes e intoxicações;
- A prevenção dos maus tratos;
- A prevenção dos riscos decorrentes da exposição solar inadequada;
- O aleitamento materno.

4. Detetar precocemente e encaminhar situações que possam comprometer a vida ou afetar a qualidade de vida da criança e do adolescente, tais como: malformações congénitas - doença luxante da anca, cardiopatias congénitas, testículo(s) não descido(s), perturbações da visão, audição e linguagem, perturbações do desenvolvimento estatura-ponderal e psicomotor, problemas dentários, alterações neurológicas, alterações do comportamento e do foro emocional e relacional.

5. Prevenir, identificar e saber como abordar as doenças comuns nas várias idades, nomeadamente reforçando o papel dos pais e outros cuidadores, alertando para os sinais e sintomas que justificam o recurso aos diversos serviços de saúde.

6. Sinalizar e proporcionar apoio continuado às crianças com doença crónica/deficiência e às suas famílias, bem como promover a eficaz articulação com os vários intervenientes na prestação de cuidados a estas crianças.

7. Assegurar a realização do aconselhamento genético, sempre que tal esteja indicado, quer para os progenitores, quer para os adolescentes, se necessário, através da referenciação para serviços especializados.

8. Identificar, apoiar e orientar as crianças e famílias vítimas de maus tratos e de violência, tais como: negligência, maus tratos físicos, psicológicos, abuso sexual,

bullying, práticas tradicionais lesivas, nomeadamente a mutilação genital feminina (MGF).

9. Promover o desenvolvimento pessoal e social e a **autodeterminação** das crianças e dos jovens, com progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde, prevenindo situações disruptivas ou de risco acrescido e promovendo a equidade de género.

10. Apoiar e estimular o exercício adequado das responsabilidades parentais e promover o bem-estar familiar e em outros ambientes específicos.

A concretização destes objetivos implica a otimização dos recursos disponíveis. Assim, de molde a potenciar o trabalho em equipa, há que, em cada situação, aplicar os princípios deontológicos e as competências técnicas atribuídas pelas entidades próprias dos diferentes profissionais de saúde.

Pretende-se rentabilizar a ação dos profissionais e desenvolver sinergias nas diferentes equipas (intra e interinstitucionalmente), com as famílias e a própria comunidade, no sentido de assegurar e otimizar a vigilância adequada da saúde das crianças e jovens.

DOCUMENTO DE TRABALHO

III. PERIODICIDADE

Salientam-se os objetivos da **introdução das seguintes consultas**:

- aos **5 anos (A)**, com a finalidade de avaliar a existência de competências para o início da aprendizagem;
- aos **6/7 A**, para deteção precoce de dificuldades específicas de aprendizagem;
- aos **10 A**, para preparar o início da puberdade e a entrada para o 5.º ano de escolaridade.

PRIMEIRO ANO DE VIDA

- 1.ª semana de vida
- 1 mês
- 2 meses (M)
- 4 M
- 6 M
- 9 M

1 – 3 A

- 12 M
- 15 M
- 18 M
- 2 A
- 3 A

4 – 9 A

- 4 A
- 5 A – Exame global de saúde
- 6 ou 7 A (final 1º ano de escolaridade)
- 8 A

10 – 18 A

- 10 A (ano do início do 2º ciclo do ensino básico)
- 12 /13 A – Exame global de saúde
- 15 /18 A

EXAMES DE SAÚDE OPORTUNISTAS

As idades referidas não são rígidas - se uma criança ou jovem se deslocar à consulta por outros motivos, pouco antes ou pouco depois da idade-chave, deverá, se a situação clínica o permitir, ser efetuado o exame indicado para essa idade. Com este tipo de atuação - exames de saúde *oportunistas* - reduz-se o número de deslocações e alarga-se o número de crianças cuja saúde é vigiada com regularidade.

De igual modo, a periodicidade recomendada deverá adequar-se a casos particulares, podendo ser introduzidas, ou eliminadas, algumas consultas em momentos especiais do ciclo de vida das famílias, como, por exemplo, em situações de doença grave, luto, separações ou aumento da fratria.

IV. CONTEÚDOS

As ações e os exames adiante mencionados devem pautar-se pelas normas, orientações e informações da Direção-Geral da Saúde (DGS), que incluem a metodologia de execução destas atividades, bem como pelas particularidades relativas a cada idade, criança/jovem e família.

Em todas as consultas deve avaliar-se:

- Preocupações dos pais, ou do próprio, no que diz respeito à saúde;
- Intercorrências desde a consulta anterior, frequência de outras consultas e medicação em curso;
- Frequência e adaptação ao infantário, ama, ATL e escola;
- Hábitos alimentares, prática de atividades desportivas ou culturais e ocupação de tempos livres;
- Dinâmica do crescimento e desenvolvimento, comentando a evolução das curvas de crescimento e os aspetos do desenvolvimento psicossocial;
- Cumprimento do calendário vacinal, de acordo com o PNV.

Sem prejuízo da observação completa da criança/jovem, são referidas, para cada consulta, as ações a efetuar tendo em vista a caracterização dos aspetos relacionais e a deteção precoce de situações rastreáveis, incluindo perturbações emocionais e do comportamento.

Relativamente aos cuidados antecipatórios, os temas sugeridos poderão ser abordados individualmente ou em grupo, em diferentes contextos, nomeadamente nas atividades a desenvolver, por exemplo, na sala de espera - distribuição de material informativo - e em sessões de informação /educação para a saúde dirigidas aos pais ou outros prestadores de cuidados. Algumas destas ações poderão ser dinamizadas pela Saúde Escolar, envolvendo ativamente as crianças, jovens e famílias.

A avaliação da dinâmica familiar e da rede de suporte sociofamiliar deve fazer parte das preocupações de toda a equipa de saúde, sempre que se contacta com a criança/jovem/família. No primeiro ano de vida há que prestar uma especial atenção ao estado emocional da mãe (pelo risco de depressão pós-parto) ou do principal cuidador, encaminhando precocemente os casos identificados que poderão interferir no desenvolvimento da criança.

Nas consultas dos adolescentes, há que facilitar a acessibilidade e assegurar a privacidade e confidencialidade, permitindo, aos que o desejem, o atendimento a sós.

Sempre que haja necessidade de recorrer a outros serviços ou nível de cuidados, há que encaminhar a criança em colaboração estreita com o serviço de referência.

Apresentam-se de seguida os quadros orientadores dos parâmetros a avaliar e dos cuidados antecipatórios referentes a cada idade e de acordo com a periodicidade estabelecida no capítulo anterior, mencionando-se aspetos particulares.

PRIMEIRO ANO DE VIDA

PARÂMETROS A AVALIAR

	Primeira Consulta	1 MÊS	2 M	4 M	6 M	9 M
Peso						
Comprimento						
IMC*/Percentil						
Perímetro cefálico						
Dentição					16	16
Coração (sopros e pulsos femurais)						
Anca						
Visão **	1	1, 7	1, 7, 8		17	17
Audição ***	2			13		18, 20
Exame físico						21
Desenvolvimento ***	3	8	11	14	18	22
Vacinação	4	9	9	9	9	9
Relação emocional/comportamento (perturbações)	5	5, 10	12	15	18, 19	23
Risco de Maus Tratos****						
Segurança do ambiente	6	6	6	6	6	6

*Índice de Massa Corporal (IMC) = $\text{Peso/Comprimento}^2$ (kg/m²). Consultar **Anexo 1 – Curvas de Crescimento**.

**Avaliação da visão segundo “Boas Práticas em Oftalmologia – Elementos Clínicos de Avaliação e Referenciação” (DGS, 2008) <http://www.dgsaude.min-saude.pt/visao/Boas-Praticas-em-Oftalmologia.pdf>, e de acordo com os critérios previstos na escala de rastreio de Mary Sheridan modificada.

***Aplicação da Escala de rastreio de Mary Sheridan modificada (ver **Texto de apoio 1 – Avaliação do desenvolvimento**) e seguir Recomendações do Grupo de Rastreio e Intervenção da Surdez Infantil (GRISI). - http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/2/20080219173802_Consensos%20SPP_GRISI_38%285%29.pdf

****Verificar a existência de sinais e sintomas indicadores de qualquer tipo de maus tratos, assim como manter atualizada a informação relativa ao processo familiar – consultar “Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção” (DGS, 2011) <http://www.dgs.pt/ms/11/default.aspx?pl=&id=5526&acess=0>

1. Anamnese e interrogatório dirigidos; exame objetivo: pálpebras e exame ocular externo, meios transparentes e observação do reflexo do fundo ocular e avaliação da capacidade visual.
2. Verificar se fez rastreio auditivo neonatal; assusta-se com som forte.
3. Presença de reflexos primitivos (ver figuras – **Texto de apoio 1 – Avaliação do desenvolvimento**).
4. Verificar a realização das Vacinas Hepatite B e BCG e rastreio de doenças metabólicas.

5. Satisfação do principal cuidador com o seu bebé (*enamoramento*). Adaptação da família às novas rotinas e reações dos irmãos se existirem. Sinal de alerta – falta de interesse no bebé, desespero, ideação suicida.
6. Exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa/automóvel; risco de acidentes domésticos, rodoviários e de lazer; exposição a problemas associados ao consumo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas no meio familiar/envolvente.
7. Teste dos reflexos de fixação e perseguição.
8. Sinal de alerta – ausência de tentativa de controlo da cabeça na posição sentada; não fixa a face humana.
9. Verificar sempre o estado vacinal da criança e atualizá-lo de acordo com o PNV.
10. Sensibilidade e consequente resposta do principal cuidador às manifestações do bebé.
11. Aplicar os itens *Mary Sheridan* para 4-6 semanas (ver figuras – **Texto de apoio 1 – Avaliação do desenvolvimento**).
12. Sinal de alerta – bebé inconsolável/bebé apático sem períodos de comunicação.
13. Observar ou perguntar ao principal cuidador se reage a voz familiar.
14. Sinal de alerta – não segue objeto com os olhos, mãos sempre fechadas.
15. Sinal de alerta – não acalma preferencialmente com a figura do cuidador/ ausência de prazer interativo (interação desadaptada).
16. Verificar o estado da erupção dentária.
17. Determinação da capacidade visual, movimentos oculares, visão binocular (“Cover teste” - estrabismo anormal, manifesto e constante).
18. Sinais de alerta – não olha, nem pega em objetos; não reage a sons; não vocaliza; revela assimetrias.
19. Sinal de alerta – cuidador NÃO responde aos sinais do bebé.
20. Reage ao som da voz, roca, chávena e colher.
21. Confirmar a presença de testículos nas bolsas e, em famílias de risco, pesquisar sinais de MGF - Orientação da DGS 005/2012 sobre MGF – www.saudereprodutiva.dgs.pt
22. Sinais de alerta – não tem equilíbrio sentado; sem preensão palmar; não leva objetos à boca; não reage a sons.
Sinal de alerta – não faz “gracinhas” e não procura preferencialmente a proximidade do cuidador principal.

Notas:

PRIMEIRO ANO DE VIDA

CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS

	Primeira Consulta	1 MÊS	2 M	4 M	6 M	9 M
Alimentação	1	1	1, 12	1, 12, 14	1, 12, 14	1, 12, 14
Vitamina D*						
Saúde Oral					4	4
Higiene						
Posição de deitar	2					
Hábitos de sono		7, 8	8	13	13	13
Hábitos intestinais e cólicas		9	9			
Desenvolvimento**	3, 4	4	4	4	4	4
Acidentes e segurança	4	4	4	4	4	4
Temperatura normal e febre						
Sintomas/sinais de alerta	5			10	10	
Sinais/sintomas comuns		10				
Vacinação – vantagens e reações						
Vida na creche/ama/ outros atendimentos				15, 16	15, 16	15
Relação emocional	6	11	11	4	4, 17	4, 18, 19

*Vitamina D - 400 UI uma vez por dia, durante o primeiro ano de vida.

Atividades promotoras do desenvolvimento – ver **Texto de apoio 1 – Avaliação do desenvolvimento.

- Promover a manutenção do aleitamento materno, em exclusivo, até aos 6 M e, só a partir desta idade, complementá-lo com o início da diversificação alimentar – Orientações da DGS em <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt> e manual de aleitamento materno do Comité Português para a *United Nations Children's Fund* (UNICEF) - Comissão Nacional http://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento.pdf. Promover a divulgação do Código Internacional de Marketing de Substitutos do Leite Materno - <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt>
- Decúbito dorsal (tendo em conta a prevenção da síndrome da morte súbita do lactente).
- Posição quando acordado – decúbito ventral/colo.
- Ler com os pais as informações que estão no BSIJ entre a atual e a próxima consulta.
- Sintomas ou sinais que justificam recorrer aos serviços de saúde (recusa alimentar, gemido, icterícia generalizada, prostração, febre, cor “acinzentada”, entre outros).
- Averiguar dificuldades do principal cuidador na relação com o seu bebé e nas interações familiares.
- Ritmo circadiano (dia/noite).

8. O ritual de adormecimento deve ser proporcionado pelo cuidador e não deve depender de elementos externos, como televisão e automóvel.
9. Esclarecimento: obstipação e cólicas.
10. Conduta face a sinais e sintomas comuns (choro, obstrução nasal, tosse, diarreia, obstipação, febre).
11. Consultar as atividades promotoras do desenvolvimento do **Texto de apoio 1 – Avaliação do desenvolvimento**.
12. Nas crianças alimentadas com leite para lactentes, a diversificação alimentar deve ocorrer entre os 4 e os 6 M. Neste caso, ou na ausência de leite materno; manter a utilização de leite para lactentes até aos 12 M.
13. No ritual de adormecimento, deve promover-se a autorregulação da criança, podendo-se diminuir, progressivamente, o uso do colo e substituí-lo por outras modalidades interativas como o toque e a voz.
14. Orientar a conciliação do aleitamento materno com a atividade profissional.
15. Vida (hábitos e rotinas diários) na creche, ama ou outros cuidadores.
16. Escolha de brinquedos que promovam a manipulação e interação com pais/cuidadores.
17. Reação ao estranho.
18. Cama e quarto próprios.
19. Estimular a compreensão da linguagem – associação da mesma palavra a objetos ou conceitos simples (ex: onde está luz?).

Notas:

1 – 3 A

PARÂMETROS A AVALIAR

	12 M	15 M	18 M	2 A	3 A
Peso					
Comprimento/Altura					
IMC*/Percentil					
Tensão Arterial (TA)					17
Perímetro Cefálico					
Dentição	1	1	1	1	1
Anca/Marcha					
Visão **		7		12	12
Audição ***		7			
Exame Físico ****	2		2	2	
Desenvolvimento ***	3		10, 11	13	18
Linguagem ***		8		14	19
Vacinação	4	4	4	4	4
Relação emocional/comportamento (perturbações)	5	9	11	15	20
Rastreio de dislipidémias				16	
Risco de Maus Tratos *****					
Segurança do ambiente	6	6	6	6	6

*IMC = Peso/Altura^2 (kg/m²). Consultar **Anexo 1 – Curvas de Crescimento**.

**Avaliação da visão segundo “Boas Práticas em Oftalmologia – Elementos Clínicos de Avaliação e Referenciação” (DGS, 2008) <http://www.dgsaude.min-saude.pt/visao/Boas-Praticas-em-Oftalmologia.pdf> e de acordo com os critérios previstos na escala de rastreio de Mary Sheridan modificada.

***Aplicação da Escala de rastreio de Mary Sheridan modificada (ver **Texto de apoio 1 – Avaliação do desenvolvimento**) e seguir Recomendações do GRISI.

http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/2/20080219173802_Consensos%20SPP_GRISI_38%285%29.pdf

****Em famílias de risco, pesquisar sinais de MGF – Orientação da DGS 005/2012 sobre MGF – www.saudereprodutiva.dgs.pt

*****Verificar a existência de sinais e sintomas indicadores de qualquer tipo de maus tratos, assim como manter atualizada a informação relativa ao processo familiar – consultar “Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção” (DGS, 2011) <http://www.dgs.pt/ms/11/default.aspx?pl=&id=5526&acess=0>.

1. Verificar o estado dentário – Se for detetado algum dente com cárie dentária, a situação é considerada de alto risco, justificando intervenção e encaminhamento adequado (ver **Texto de apoio 2 – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral – aplicação em saúde infantil e juvenil** – ponto 2).
2. Confirmar a presença dos testículos nas bolsas (na ausência, referenciar).

3. Sinal de alerta – não pega nos brinquedos ou fá-lo só com uma mão; não brinca; não responde à voz; não estabelece contacto.
4. Verificar sempre o estado vacinal da criança e atualizá-lo de acordo com o PNV.
5. Sinal de alerta - dificuldade do bebé em estabelecer relações diferenciadas e em explorar.
6. Exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa/automóvel; risco de acidentes domésticos, rodoviários e de lazer; exposição a problemas associados ao consumo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas no meio familiar/envolvente.
7. Verificar a consolidação das aquisições dos 12 M de idade.
8. Comunica os seus desejos ou necessidades apontando ou vocalizando.
9. Procura o cuidador como “base estável” quando algo o perturba.
10. Sinal de alerta – não se põe de pé; não faz pinça fina; não vocaliza espontaneamente.
11. Sinal de alerta no relacionamento – não se interessa por outras crianças; não aponta com o indicador; não imita o adulto (careta;) não olha quando o chamam pelo nome; não acompanha com o olhar quando apontamos para algo (se mais de dois itens presentes referenciar para avaliação do desenvolvimento – *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT) - ver **Texto de apoio 1 – Avaliação do desenvolvimento**).
12. Quantificação da acuidade visual, a partir dos 2 A e meio, através de, por exemplo, o teste dos “E” de *Snellen* ou Teste das imagens de *Mary Sheridan*.
13. Sinal de alerta – não anda.
14. Sinais de alerta – não compreende o que se diz; não pronuncia palavras inteligíveis; não estabelece contacto; não imita.
15. Incapacidade do cuidador em impor regras e limites. Averiguar se este comportamento se repete nos diferentes contextos de vida da criança.
16. Efetuar em situações particulares, **a partir** desta idade e de acordo com o **Texto de apoio 3 – Rastreio das dislipidémias em crianças e adolescentes**.
17. Consultar **Texto de apoio 4 – Avaliação da TA**.
18. Sinal de alerta – anda em pontas de pés sistematicamente; não constrói nada.
19. Sinal de alerta – linguagem incompreensível.
20. Sinal de alerta – dificuldade extrema em separar-se do principal cuidador; perturbações alimentares graves com cruzamento de percentis e sem causa orgânica aparente; insónia grave.

Notas:

CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS

	12 M	15 M	18 M	2 A	3 A
Alimentação	1	9	9	9	3,9
Saúde oral	2, 3	2, 3	2, 3, 12	2, 3, 17	2, 3
Desenvolvimento*	4	4	4	4, 12	3
Relação emocional/comportamento/ Perturbações	3, 5, 6	3, 5, 10, 11	5, 3, 10, 13, 14	3, 10, 18	3, 18, 19, 20, 21
Acidentes e segurança	3	3	3, 15	3	3
Calçado	3	3			
Estilos de vida saudáveis	7	7	16	16	16
Controlo de esfíncteres				3	
Vida na creche, ama e outros atendimentos diurnos	8	8	8	8	8

*Atividades promotoras do desenvolvimento – ver **Texto de apoio 1 – Avaliação do desenvolvimento**.

1. Referir a anorexia fisiológica do segundo ano de vida.
2. A escovagem dos dentes deve ser efetuada duas vezes por dia (ver **Texto de apoio 2 – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral – aplicação em saúde infantil e juvenil**).
3. Ler com os pais as informações que estão no BSII entre a consulta atual e a próxima.
4. Estimular a linguagem, compreensiva e expressiva, através de conversas, canções, livros, “anúncios”, entre outros.
5. Falar sobre a afirmação da personalidade, birras e regras sociais.
6. Reforço positivo da capacidade exploratória do bebé.
7. Brincar, passear, dormir.
8. Vida (hábitos e rotinas diários) na creche, ama ou outros cuidadores.
9. Restrição de alimentos açucarados, fritos, sumos, gorduras.
10. Independência, ansiedade de separação, terrores noturnos.
11. Promover o equilíbrio entre a necessidade de autonomia e a continuidade da proteção do bebé.
12. Desmame do biberão e do leite ao adormecer, estimular outro ritual de adormecimento.
13. Aprendizagem de regras e rotinas na vida diária.
14. O cuidador deve assegurar o cumprimento de regras e de limites comportamentais, sem cedência a “chantagens”.
15. Consultar **Anexo 2 – Regras para o transporte de crianças em automóvel desde a alta da maternidade**.
16. Brincar, desenhar, hábitos de televisão e vídeos, ritual de adormecer.
17. Desmame da chupeta.
18. Conversar sobre o infantário (adaptação e socialização), valorizar a opinião de outros técnicos – ligação à Saúde Escolar.
19. Negativismo, birras, ciúmes, rivalidade, relacionamento com outras crianças.
20. Sexualidade (reconhecimento das diferenças e semelhanças entre sexos); equidade de género – consultar <http://www.cig.gov.pt/guiaeducacao/>

21. Medos, terrores noturnos.

Notas:

DOCUMENTO DE TRABALHO

4 – 9 A

PARÂMETROS A AVALIAR

	4 A	5 A	6 – 7 A	8 A
Peso				
Altura				
IMC*/Percentil				
TA	1	1	1	1
Postura				
Dentição	2	2	2, 12	2
Visão**	3	3	13	
Audição***	3	3	14	14
Exame físico****				
Linguagem/Dificuldades específicas da aprendizagem	4, 5	5, 10	5, 15, 16	4, 15, 16
Desenvolvimento***	3, 6	5		
Vacinação	7			
Relação emocional/comportamento (perturbações)	8	11	8, 11, 17, 18	8, 17, 18
Risco de Maus Tratos*****				
Segurança do ambiente	9	9	9	9

*IMC = Peso/Altura^2 (kg/m²). Consultar **Anexo 1 – Curvas de Crescimento**.

**Avaliação da visão segundo “Boas Práticas em Oftalmologia – Elementos Clínicos de Avaliação e Referenciação” (DGS, 2008) <http://www.dgsaude.min-saude.pt/visao/Boas-Praticas-em-Oftalmologia.pdf>, e de acordo com os critérios previstos na escala de rastreio de *Mary Sheridan* modificada.

***Aplicação da Escala de rastreio de *Mary Sheridan* modificada (ver **Texto de apoio 1 – Avaliação do desenvolvimento**).

****Em famílias de risco, pesquisar sinais de MGF – Orientação da DGS 005/2012 sobre MGF – www.saude.reprodutiva.dgs.pt

*****Verificar a existência de sinais e sintomas indicadores de qualquer tipo de maus tratos, assim como manter atualizada a informação relativa ao processo familiar – consultar “Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção” (DGS, 2011) <http://www.dgs.pt/ms/11/default.aspx?pl=&id=5526&acess=0>.

1. Consultar **Texto de apoio 4 – Avaliação da TA**.
2. Verificar o estado dentário – em caso de cárie dentária seguir as indicações do **Texto de apoio 2 – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral – aplicação em saúde infantil e juvenil**.
3. Aplicar Teste *Mary Sheridan*; aos 5 A opta-se pelas Tabelas de E de *Snellen*.
4. Linguagem compreensível – domínio das consoantes, divisão silábica, fluência no discurso, conta uma história.
5. Sinal de alerta – linguagem incompreensível (sem fluência, muitas substituições fonéticas).

6. Não tem lateralidade definida.
7. Verificar sempre o estado vacinal da criança e atualizá-lo de acordo com o PNV.
8. Sinais de alerta – agitação psicomotora desadequada, não termina nenhuma tarefa e agitação (excessiva ou para além da idade normal).
9. Exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa/automóvel; risco de acidentes domésticos, rodoviários e de lazer; exposição a problemas associados ao consumo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas no meio familiar/envolvente.
10. Identifica o nome próprio, identifica primeira letra do nome, as vogais e algumas consoantes.
11. Sinais de alerta – agressividade, violência e oposição persistentes, birras inexplicáveis e desadequadas para a idade; ansiedade, preocupações ou medos excessivos; dificuldades em adormecer, pesadelos muito frequentes; dificuldades na socialização, com isolamento ou relacionamento desadequado com pares ou adultos.
12. Verificar a utilização do cheque-dentista ou documento de referência para higiene oral (HO) dos 7 A e a existência de registos no BSIJ (ver **Texto de apoio 2 – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral – aplicação em saúde infantil e juvenil**).
13. Rastreio das perturbações visuais segundo as “Boas Práticas em Oftalmologia”.
14. Teste da voz ciciada. Identificação de indicadores de risco para surdez (segundo as Recomendações do GRISI.
http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/2/20080219173802_Consensos%20SPP_GRISI_38%285%29.pdf
15. Sabe escrever o nome completo, identifica letras do alfabeto, gosta da escola, gosta de livros de histórias.
16. Sinal de alerta – demora muito tempo a fazer os trabalhos na escola e em casa, só faz com ajuda.
17. Valorizar enurese noturna.
18. Sinais de alerta – dificuldades de aprendizagem sem défice cognitivo e na ausência de fatores pedagógicos adversos. Recusa escolar. Somatizações múltiplas ou persistentes.

Notas:

CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS

	4 A	5 A	6 – 7 A	8 A
Alimentação	1	1	1	1
Saúde oral	2	2	2, 13	2, 14
Infantário/Escola	3	3, 9	3	3
Desenvolvimento*	4, 5	5	5	5
Relação emocional/comportamento (perturbações)	2, 6	2, 6, 10	2, 5, 10	2, 5, 10
Acidentes e segurança	2	11	11	11
Atividades desportivas e culturais – tempo livre	2	2	2	2
Hábitos de sono	7	12	12	12

*Atividades promotoras do desenvolvimento – ver **Texto de apoio 1 – Avaliação do desenvolvimento**.

- Restrição de alimentos açucarados, fritos, sumos, gorduras. Reforçar necessidade de pequeno-almoço e lanche a meio da manhã - ver BSIIJ.
- Ler com os pais as indicações no BSIIJ.
- Conversar sobre o infantário ou a escola (adaptação e socialização), valorizar opinião de outros técnicos – ligação à Saúde Escolar.
- Estimular a perceção da lateralidade.
- Estimular criatividade e hábitos de leitura, racionalizar hábitos de televisão/computador.
- Ter atenção a sintomas de instabilidade psicomotora nos diferentes contextos de vida.
- Enurese noturna – um grande grupo de crianças ainda não tem controlo noturno de esfíncteres.
- Preparação da entrada para a escola, adaptação ao meio escolar e promoção do sucesso escolar, postura correta.
- Competitividade, prazer em jogos de regras.
- Caminho para a escola, transporte escolar, quedas, intoxicações, afogamentos e queimaduras.
- Horas de sono adequadas à idade, valorizar dificuldades em adormecer e pesadelos frequentes e recorrentes como sinais de alerta.
- Aos 7 A a criança receberá, na escola (ensino público e Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), um cheque-dentista ou um documento de referenciação para a consulta de HO (ver **Texto de apoio 2 – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral – aplicação em saúde infantil e juvenil**).
- Introduzir a utilização do fio dentário.
- Verificar a utilização do cheque-dentista ou documento de referenciação para HO dos 7A e a existência de registos no BSIIJ.

Notas:

DOCUMENTO DE TRABALHO

10 – 18 A

PARÂMETROS A AVALIAR

	10 A	12-13 A	15-18 A
Peso			
Altura			
IMC*/Percentil			
TA			
Pele	1	1	1
Dentição	2, 3	2, 10	2
Visão**	4		
Audição			
Postura			
Estádio pubertário***			
Exame físico****		11	11
Desenvolvimento Psicoafetivo e Social	5	5, 12	10, 13
Sinais/sintomas de alerta	6, 7	6, 7	6, 7
Vacinação	8	8	8
Risco de Maus Tratos*****			
Segurança do ambiente	9	9	9, 14

*IMC = $\text{Peso}/\text{Altura}^2$ (kg/m²). Consultar **Anexo 1 – Curvas de Crescimento**.

**Avaliação da visão segundo “Boas Práticas em Oftalmologia – Elementos Clínicos de Avaliação e Referenciação” (DGS, 2008). <http://www.dgsaude.min-saude.pt/visao/Boas-Praticas-em-Oftalmologia.pdf>

***Consultar **Texto de apoio 5 – Puberdade**.

****Em famílias de risco, pesquisar sinais de MGF – Orientação da DGS 005/2012 sobre MGF – www.saudereprodutiva.dgs.pt

*****Verificar a existência de sinais e sintomas indicadores de qualquer tipo de maus tratos, assim como manter atualizada a informação relativa ao processo familiar – consultar “Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção” (DGS – 2011) (<http://www.dgs.pt/ms/11/default.aspx?pl=&id=5526&acess=0>).

1. Acne, hirsutismo.
2. Verificar o estado dentário e gengival.
3. Verificar a utilização do cheque-dentista ou documento de referenciação para HO dos 10 A e a existência de registos no BSIJ.
4. A partir dos 10 A, a avaliação oftalmológica deve ser feita atendendo aos fatores de risco ou se ocorrer diminuição da visão.
5. Autonomização progressiva e afirmação da identidade (identidade de género); aquisição de capacidades cognitivas, de novos interesses intelectuais; capacidade de gestão de problemas, conflitos e atividades quotidianas.
6. Sinais de alerta: incapacidade para lidar com problemas e atividades quotidianas; ansiedade excessiva; insónia grave e persistente; humor depressivo mantido; ideação e tentativas de suicídio; sintomatologia obsessiva-compulsiva; variação ponderal

acentuada; alterações do pensamento e da percepção; comportamentos antissociais repetidos, isolamento mantido, comportamentos auto agressivos, fugas.

7. Condutas de risco – consumo de tabaco, álcool e/ou outras substâncias psicoativas ilícitas; comportamentos sexuais de risco.
8. Verificar sempre o estado vacinal da criança e atualizá-lo de acordo com o PNV.
9. Exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa/automóvel; risco de acidentes domésticos, rodoviários e de lazer; exposição a problemas associados ao consumo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas no meio familiar/envolvente.
10. Verificar a utilização do cheque-dentista ou documento de referência para HO dos 13 A e a existência de registos no BSIJ.
11. Rastreio de anemia e ferropenia, atendendo aos hábitos alimentares e padrão menstrual.
12. Redefinição das formas de relação com a família e amigos; desenvolvimento de ideais e de sistema de valores éticos e morais.
13. Capacidade de estabelecimento de relações diádicas.
14. Segurança no trabalho.

Notas:

DOCUMENTO DE TRABALHO

10 – 18 A

CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS

	10 A	12-13 A	15-18 A
Puberdade*	1	1	1
Alimentação	2	2	2
Atividade física	3	3	3
Hábitos de sono	4	4	4
Saúde oral	5	5, 14	5
Escola	6	6	6, 18
Família	7	7	7
Amigo(a)s	8	8	8
Tempos livres	9	9	9
Cidadania	10	10	10
Sexualidade	11	15	19
Segurança e acidentes	12	16	16
Consumos nocivos, riscos	13	13	13
Violência e maus tratos**		17	17
Higiene			

*Consultar **Texto de apoio 5 – Puberdade**.

**Verificar, em todas as idades, a existência de lesões sugestivas de qualquer tipo de maus tratos – “Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção”, (DGS, 2011) <http://www.dgs.pt/ms/11/default.aspx?pl=&id=5526&acess=0>.

1. Puberdade normal e variantes. Puberdade precoce e atraso pubertário.
2. Diversidade, adequação à fase de crescimento e atividade; regimes restritivos.
3. Tipo, frequência, intensidade e segurança e desaconselhar suplementos energéticos e anabolizantes; vigorexia.
4. Quantidade, qualidade, ritmo, higiene do sono.
5. Promover a escovagem dos dentes de manhã e à noite e o uso do fio dentário.
6. Ano de escolaridade, bem-estar, projetos, *bullying* e *cyberbullying*.
7. Dinâmica familiar, adultos de referência.
8. Socialização, atividades, redes sociais e grupos de pertença.
9. Sedentarismo, hábitos de televisão/computador/novas tecnologias.
10. Direitos humanos, desigualdades de género, ambiente, cultura de segurança – consultar <http://www.cig.gov.pt/guiaeducacao/>.
11. Puberdade, socialização e género – consultar <http://www.cig.gov.pt/guiaeducacao/>.
12. Acidentes domésticos e segurança rodoviária.
13. Álcool, tabaco, medicamentos e drogas de abuso – riscos e efeito potenciador de violência e acidentes.
14. Aos 10 e 13 A o/a adolescente irá receber na escola um cheque-dentista ou um documento de referência para a consulta de HO (ensino público e IPSS) (ver **Texto**

de apoio 2 – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral – aplicação em saúde infantil e juvenil).

15. Autodeterminação sexual, género, relações íntimas, comportamentos sexuais, contraceção – consultar <http://www.cig.gov.pt/guiaoeducacao/>.
16. Segurança rodoviária, atividades de lazer, atividades recreativas noturnas, desportos, em particular os desportos radicais e mergulho.
17. Violência no namoro.
18. Falar do trabalho; *mobbing* (assédio moral), assédio sexual.
19. Contraceção, género, relações diádicas e violência no namoro (conjugal) (consultar http://www.apav.pt/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=534&Itemid=176).

Notas:

DOCUMENTO DE TRABALHO

Quadro 1. Resumo dos parâmetros a avaliar dos 0 aos 18 A

[illegible]

	Primeira Consulta	1 MÊS	2 M	4 M	6 M	9 M	12 M	15 M	18 M	2 A	3 A	4 A	5 A	6-7 A	8 A	10 A	12-13 A	15-18 A
Desenvolvimento Psicoafetivo e Social *																		
Sinais/sintomas de alerta *																		
Pele																		
Estádio pubertário																		
Segurança do ambiente																		

* Não será disponibilizado no eBoletim

DOCUMENTO DE TRABALHO

Quadro 2. Resumo dos cuidados antecipatórios dos 0 aos 18 A

[illegible]

[illegible]

V. CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO OU COM NECESSIDADES ESPECIAIS

As crianças e os jovens podem viver situações de risco ou ocorrência de maus tratos, assim como apresentarem necessidades de saúde especiais. Tais casos exigem atenção redobrada por parte dos serviços de saúde, que devem desenvolver estratégias de intervenção particulares adequadas aos mesmos.

No que respeita a maus tratos, seja no domínio dos que envolvem negligência, dos de carácter físico ou psicológico, do abuso sexual ou de outros, o modelo da intervenção encontra-se definido na Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco, segundo o Despacho n.º 31292/2008, de 5 de dezembro (<http://www.dgs.pt/ms/11/default.aspx?id=5526>), assente na rede de Núcleos de Apoio estabelecida a nível dos CSP, em articulação com os Núcleos a nível hospitalar e restantes recursos da comunidade.

Os aspetos científicos, técnicos e de articulação funcional estão discriminados no documento “Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção”, <http://www.dgs.pt/ms/11/default.aspx?pl=&id=5526&acess=0>).

As crianças com deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento e as suas famílias deverão beneficiar de programas de intervenção precoce, através do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), criado pelo Decreto-Lei n.º 281/2009, de 6 de outubro, (<http://dre.pt/pdf1s/2009/10/19300/0729807301.pdf>).

De acordo com a legislação, a Comissão Coordenadora do SNIPI definiu, como **critérios de elegibilidade para Intervenção Precoce na Infância**, as crianças entre os 0 e os 6 A e respetivas famílias, que apresentem condições previstas nos seguintes grupos:

1. **“Alterações nas funções ou estruturas do corpo”** que limitam o normal desenvolvimento e a participação nas atividades típicas, tendo em conta os referenciais de desenvolvimento próprios para a respetiva idade e contexto social;
2. **“Risco grave de atraso de desenvolvimento”** pela existência de condições biológicas, psicoafetivas ou ambientais, que implicam uma alta probabilidade de atraso relevante no desenvolvimento da criança.

Para acesso ao SNIPI, são elegíveis todas as crianças do **primeiro grupo** e as crianças do **segundo** que acumulem **quatro ou mais** fatores de risco **biológico e/ou ambiental**. Tal como foi empiricamente demonstrado, este número constitui o ponto de charneira para um aumento substancial do efeito do risco (efeito cumulativo do risco).

O SNIPI é desenvolvido através da atuação coordenada do Ministérios da Solidariedade e Segurança Social, do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Educação e Ciência, com envolvimento das famílias e da comunidade.

A partir dos 6 A de idade, o apoio multidisciplinar a estas crianças já não é articulado entre os três ministérios, conforme o previsto no Despacho mencionado, mas, antes, mais direcionado para o apoio pedagógico, enquadrado por legislação do então Ministério da Educação, Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de janeiro e pela Lei n.º 21/2008, de 21 de maio.

Não é possível enumerar todas as situações de **crianças e jovens em risco ou com necessidades especiais**, nem estabelecer um programa único de atuação. Cabe à equipa de saúde identificar, numa perspetiva centrada na família, as necessidades especiais de cada criança, sinalizá-las, proporcionar-lhes apoio continuado e promover a articulação entre os intervenientes nos cuidados. Há que definir um programa individual de vigilância e promoção da saúde que facilite o desenvolvimento de capacidades e potencialidades.

As crianças com perturbações do desenvolvimento, deficiência ou doença crónica exigem, de facto, cuidados acrescidos, nomeadamente a continuidade de intervenção dos vários serviços. A função de “charneira” destes cuidados deve ser liderada, de preferência, pelo médico assistente ou pelo enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica/enfermeiro de família, privilegiando-se a articulação com a área da saúde escolar, entre outras.

Para além das idades-chave apontadas no Programa, poderá ser necessário ajustar a periodicidade e os conteúdos das consultas, bem como a realização de outras intervenções – nomeadamente visita domiciliária – de acordo com as necessidades especiais de cada criança.

VI. PERTURBAÇÕES EMOCIONAIS E DO COMPORTAMENTO

Atendendo às características específicas da sociedade atual, a prevalência das perturbações emocionais e do comportamento na infância e adolescência tem vindo a adquirir uma dimensão importante. Estima-se que, atualmente, 10 a 20% das crianças tenham um ou mais problemas de saúde mental (MS, 2001). A Consulta de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil tem vindo a ser destacada como uma oportunidade privilegiada na atuação de triagem, avaliação, intervenção e orientação nestas situações problemáticas. O diagnóstico de situações psicopatológicas e de risco, assim como a implementação atempada de estratégias preventivas e terapêuticas, devem transformar-se numa prioridade (MS, 2009).

Neste sentido, a articulação entre as equipas de Saúde Mental da Infância e Adolescência e os CSP torna-se imprescindível para um trabalho integrado mais coeso e eficiente.

Se, por um lado, as equipas especializadas têm a competência na área da saúde mental infanto-juvenil, por outro, os CSP estão mais vocacionados para uma intervenção na comunidade, não só pelo conhecimento das famílias e da sua trajetória de vida, como pelo conhecimento das necessidades e recursos locais.

O trabalho de articulação permite melhorar:

- A deteção precoce de situações de risco e intervenção atempada;
- A eficácia da intervenção em situações complexas e com forte vertente social/comunitária;
- A implementação de programas de prevenção primária e de intervenção precoce;
- A formação de outros técnicos no âmbito da Saúde Mental Infantil e Juvenil. (MS, 2009 – Coordenação Nacional para a Saúde Mental (CNSM)).

Também segundo a CNSM, a avaliação diagnóstica efetuada deverá ter como principais objetivos:

- Definir o tipo e a gravidade do problema;
- Avaliar a importância relativa dos diversos fatores intervenientes no desencadear e na persistência dos sintomas, assim como de eventuais fatores protetores;
- Planear a intervenção necessária e referenciação, se indicado.

Desde 2007, é recomendada a grelha de avaliação de Turk (2007) para a avaliação diagnóstica, a qual deverá orientar a entrevista pelo profissional de saúde, na tentativa de identificação das problemáticas mais relevantes de cada criança/adolescente/família (consultar o documento “Recomendações para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários”, em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i015903.pdf>).

A referenciação deverá ser efetuada atendendo aos sinais de alerta enunciados no referido documento.

A fim de complementar a avaliação da relação emocional ainda no primeiro ano de vida, indica-se a consulta do documento “Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância – Manual de Orientação para Profissionais de Saúde” (<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008180.pdf>). Segundo o mesmo, “a consistência e a constância dos cuidados parentais à criança, a adequada interação pais-criança e a vinculação segura da criança aos pais são fatores cruciais para o desenvolvimento psíquico e social da criança, com repercussões ao longo de todo o seu ciclo de vida. A promoção da saúde mental implica que sejam desenvolvidos cuidados abrangentes, físicos, psíquicos e sociais, nos períodos pré e pós-natal. (...) A capacitação dos profissionais na área da saúde mental contribuirá para aumentar as suas competências técnicas e promover as necessárias sinergias interinstitucionais.” (DGS, 2005: 4).

DOCUMENTO DE TRABALHO

VII. BIBLIOGRAFIA

Academia Americana de Pediatria. Comissão para as crianças com incapacidades – Rastreio e vigilância do desenvolvimento das crianças. *Pediatrics*. 9(8): 361-365

American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the Use of Human Milk. Section on Breastfeeding. *Pediatrics*, 2012;129:827-851

American Academy of Pediatrics. Policy Statement—The Future of Pediatrics: Mental Health Competencies for Pediatric Primary Care. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health And Task Force on Mental Health. *Pediatrics* 2009;124: 410-421

American Academy of Pediatrics. Selecting and using the most appropriate car safety seats for Growing Children: Guidelines for Counseling Parents. *Pediatrics* 2002;109: 550-53

Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV). Manual Crianças e Jovens vítimas de violência: compreender, intervir e prevenir. Lisboa: APAV. (2011)

Bell MM, Joseph S. Screening 1140 fifth graders for hypercholesterolemia: family history inadequate to predict results. *J Am Board Fam Pract*. 1990; 3(4):259-63

Bellman M, Lingam S, Aukett A. Schedule of Growing Skills II: Manual do utilizador. London: NFER Nelson Publishing Company Lda. 1.ª ed. 1996

Bellman M, Lingam S, Aukett A. Escala de avaliação das competências no desenvolvimento infantil II – dos 0 aos 5 anos - Manual do utilizador. Lisboa: CEGOC-TEA. 1.ª edição. 2003

Bellman M, Lingam S, Aukett A. Schedule of Growing Skills II: Manual Técnico.. London: NFER Nelson Publishing Company Lda. 1.ª ed. 1996

Bértolo H, Levy L. Manual de Aleitamento Materno. Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional - Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. Edição Revista de 2008

Boavida J, Borges L. Intervenção Precoce em desenvolvimento. *Saúde Infantil*. 2003; 25(3): 23-34

Bourbon M, Rato Q. Estudo Português de Hipercolesterolemia Familiar. *Rev Port Cardio*. 2006;25(11):999-1013

Brazelton B, Greenspan S. A criança e o seu mundo. Lisboa: Editorial Presença. 6.ª edição. 2006

Brazelton B, Sparrow D. A criança e a alimentação. Lisboa: Editorial Presença. 2004

Brazelton B, Sparrow D. A criança e a disciplina. Lisboa: Editorial Presença. 2004

Brazelton B, Sparrow J. A criança dos 3 aos 6 anos: o desenvolvimento emocional e do comportamento. Lisboa: Editorial Presença. 2.ª edição. 2004

Brazelton B. O crescimento da vinculação antes e depois do nascimento. Lisboa: Ed. Terramar. 1992

Brazelton B. O grande livro da criança. Lisboa: Editorial Presença. 8.ª edição. 2005

Brazelton B. O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos. Lisboa: Editorial Presença. 9.ª edição. 1992

Brazelton B. Touchpoints Practice: Lessons learning from training and implementation. New York: Addison-Wesley. 1992

Brazelton B. Touchpoints Practice: The essencial reference. New York: Addison-Wesley. 1992

Brazelton B. Touchpoints Practice: Your childs emotional and behavioral development. New York: Addison-Wesley. 1992

Caetano A; Cebolais A; Ferreira C. Exame Global de Saúde 11- 13 anos. Centro de Saúde de Sete Rios. Lisboa; 2009

Cattaneo A, et al. Protecção, promoção e suporte ao aleitamento materno na Europa: um projecto em acção. Unit for Health Services Research and International Health, 2004

Centers for Disease Control and Prevention. 2000 CDC Growth Charts: United States

Committee on Children With Disabilities. Developmental Surveillance and Screening of Infants and Young Children. *Pediatrics*. 2001; 108:192-6

Cordeiro M, Menezes HC. ABC da Segurança na Estrada. Ed. Pais & Filhos. Lisboa, 1999

Council on Children With Disabilities, Section on Developmental Behavioral Pediatrics, Bright Futures Steering Committee and Medical Home Initiatives for Children With Special Needs Project Advisory Committee .Identifying Infants and Young Children With Developmental Disorders in the Medical Home: An Algorithm for Developmental Surveillance and Screening. *Pediatrics*. 2006; 118: 405-20

Daniels SR, Greer FR, Committee on Nutrition. Lipid screening and cardiovascular health in childhood. *Pediatric*. 2008;122:198-208

Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários DGCSP. Crescimento e maturação dos 0-18 anos. Orientações Técnicas. Lisboa: DGCSP; 1989

Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários DGCSP. Saúde Infantil e Juvenil: Programa - tipo de Actuação. Lisboa: DGCSP; 1992

Direcção-Geral da SaúdeDGS. Cessação Tabágica – Programa-tipo de Atuação. Gradiva Publicações, S.A. 3.ª edição. Lisboa. 2009

Direcção-Geral da Saúde DGS. Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil - Actualização das Curvas de Crescimento. Circular Normativa 5/DSMIA. Lisboa: DGS; Fev 2006

Direcção-Geral da Saúde DGS. Norma nº 040/2011. Programa Nacional de Vacinação 2012

Direcção-Geral da Saúde DGS. Programa Nacional para a Saúde da Visão. Circular Normativa 2/DGCG. Lisboa: DGS; Mar 2005

Direcção-Geral da Saúde DGS. Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde. Lisboa: DGS; 2006

Direcção-Geral da Saúde. Boas Práticas em Oftalmologia 2008 – Elementos Clínicos de Avaliação e Referenciação. Lisboa: DGS, 2008.

Direcção-Geral da Saúde DGS. Maus Tratos em Crianças e Jovens. Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção. Lisboa: DGS, 2011.

Empar L, Cifkova R, Cruickshank K, Dillon J, Ferreira I, Invitti C, et al. Management of High Blood Pressure in Children and Adolescents: Recommendations of the European Society of Hypertension. *Journal of Hypertension*. 2009; 27:1719-42

European Academy of Paediatric Dentistry. Guidelines on the use of fluoride in children: an EAPD policy document. *European Archives of Paediatric Dentistry*. 2009;10(3)

Expert Panel on Integrated Guidelines for Cardiovascular Health and Risk Reduction in Children and Adolescents: Summary Report. *Pediatrics*. 2011; 128-213

Ferranti S, Ludwig DS. Storm over Statins - The Controversy Surrounding Pharmacologic Treatment of Children. *NEJ*. 2008;359:1309-12

Fonseca H. Helping adolescents develop resilience: Steps the pediatrician can take in the office. In: AM:STARs, Adolescent Medicine Clinics: State of the Art Reviews. American Academy of Pediatrics. USA, Elk Grove Village. 2010; 21: 152-160

General Medical Council. 0–18 years: guidance for all doctors. United Kingdom. 2007

Grupo de Rastreio e Intervenção da Surdez Infantil. Recomendações para o rastreio auditivo neonatal universal. *Acta Pediátrica Portuguesa*, vol.38, n.º5. 2007

Guerra A. As curvas de crescimento da OMS. *Acta Pediatr Port*. 2009;40:xli-v

Guerra A. As novas curvas da OMS para a avaliação do crescimento do lactente e da criança. *Acta Pediatr Port*. 2006;37:109-12

Haney EM, Huffman LH, Bougatsos C, Freeman M, Steiner RD, Nelson HD. Screening and Treatment for Lipid Disorders in Children and Adolescents: Systematic Evidence Review for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics*. 2007;120:189-214

Kavey RE, Daniels SR, Lauer RM et al. American Heart Association - guidelines for primary prevention of atherosclerotic cardiovascular disease beginning in childhood. *Circulation*. 2003;107(11):1562-6; copublished in *J Pediatr*. 2003;142(4):368-72

Kleinman, et al. The modified Checklist for Autism in Toddlers: a Follow-up Study Investigating the Early Detection of Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*; 2008; 38:827-839

Lurbe E, Cifkova R, Cruickshank JK, Dillon MJ, Ferreira I, Invitti C et al. Management of High Blood Pressure in Children and Adolescents: Recommendations of the European Society of Hypertension. *Journal of Hypertension*. 2009; 27:1719-42

Mercedes O, et al. *World Health Organization (WHO) Child Growth Standards. Growth velocity based on weight, length and head circumference Methods and development*. WHO Press. 2009. ISBN 978 92 4 154763 5

Ministério da Administração Interna. Portaria n.º 849/94. DR: I série (Set 22,1994) p. 5680

Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde MentalCNSM. Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 — Resumo Executivo. Recomendações para a prática clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde MentalCNSM, 2009

National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents. The fourth report on the diagnosis, evaluation, and treatment of high blood pressure in children and adolescents. *Pediatrics*. 2004; 114:555-76

Oliveira G. Autismo: diagnóstico e orientação. Parte I - Vigilância, rastreio e orientação nos cuidados primários de saúde. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 2009. 40(6):278-87

O'Loughlin J, Lauzon B, Paradis G et al. Usefulness of the American Academy of Pediatrics recommendations for identifying youths with hypercholesterolemia. 2004;113(6):1723-7

Organização Mundial de SaúdeOMS. Código Internacional de Marketing de Substitutos do Leite Materno. Genebra. 1981

Organização Mundial de SaúdeOMS. O Código em Banda Desenhada. Código internacional de comercialização de substitutos de leite materno biberões e tetinas. Genebra. 2004

Onis. M. De; Lobstein, T. Defining obesity risk status in the general childhood population: Which cut-offs should we use?. 2010; 5(6)

Ordem dos Enfermeiros. Avaliação da visão e da audição. Conselho de Enfermagem. Parecer n.º 248 / 2010.

Ordem dos Enfermeiros. Competências dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Familiar, Saúde Infantil e Pediátrica e Saúde Materna e Obstétrica para o exercício da visita domiciliária à puérpera e ao recém-nascido. Conselho de Enfermagem. Parecer n.º 12 / 2011.

Ordem dos Enfermeiros. Guias orientadores de Boa Prática em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica. III Volume. “Cadernos da OE”. Número 3, Série 1. Abril 2011

Ordem dos Enfermeiros. Guias orientadores de Boa Prática em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica. II Volume. “Cadernos da OE”. Número 3, Série 1. Outubro 2011

Ordem dos Enfermeiros. Guias orientadores de Boa Prática em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica. “Cadernos da OE”. Número 3, Série 1. Volume. Novembro 2010

Prazeres V. Saúde dos adolescentes: princípios orientadores. Direção-Geral da Saúde/DGS. Lisboa. 1998.

Rifai N, Neufeld E, Ahlstrom P, Rimm E, D'Angelo L, Hicks JM. Failure of current guidelines for cholesterol screening in urban African-American adolescents. 1996;98(3 Pt 1):383-8

Robins L; Fein D; Barton M. Hodgson Modified checklist for autism in toddlers).1999

Robins, D. Screening for autism spectrum disorders in primary care settings. Autism, Nr. 5. Vol. 12. Sage Publications. 2008

Sharma A; Cockerill H. From Birth to Five Years : childrens developmental progress / Mary Sheridan. 3rd ed. Routledge. 2008

Shea S, Basch CE, Irigoyen M et al. Failure of family history to predict high blood cholesterol among Hispanic preschool children. Prev. 1990;19(4):443-5

Steiner NJ, Neinstein LS, Pennbridge J. Hypercholesterolemia in adolescents: effectiveness of screening strategies based on selected risk factors. 1991;88(2):269-75

Stevens LM. JAMA patient page. Vehicle Safety and Children. JAMA. 2002;287:1212

Tanner IM. Growth at adolescence. Oxford, Blackwell, 2nd ed., 1962;28-39

The Future of Pediatrics: Mental Health Competencies for Pediatric Primary Care. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health and Task Force on Mental Health. Pediatrics. 2009; 124(1):410-421

Troxler RG, Park MK, Miller MA, Karnavas BA, Lee DH. Predictive value of family history in detecting hypercholesterolemia in predominantly Hispanic adolescents. Tex Med. 1991; 87(11):75-9

Wagner CL, Greer FR; American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding; American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. Prevention of rickets and vitamin D deficiency in infants, children, and adolescents. Pediatrics. 2008;122(5):1142-52

WHO. The WHO Child Growth Standards. Geneva: World Health Organization, 2009

ANEXO 1 – CURVAS DE CRESCIMENTO

INTRODUÇÃO

As curvas de crescimento são um instrumento fundamental para monitorizar o estado de nutrição e o crescimento das crianças e dos adolescentes. O desenvolvimento harmonioso, dentro de parâmetros normais, é basilar para uma vida adulta saudável e, deste modo, tem implicações importantes na saúde das populações.

Na década de 70, na ausência de curvas nacionais, a Direção-Geral da Saúde (DGS), no exercício das suas competências técnicas, adotou, para uso nas consultas de vigilância de saúde infantil, as curvas do *National Center for Health Statistics*, mais recentemente substituídas pelas do *Center for Disease Control and Prevention (CDC)*.

Desde há muito que a comunidade científica sentia a necessidade da construção de curvas de crescimento metodologicamente corretas e de aplicação universal. Na sequência do estudo multicêntrico realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) entre 1997 e 2003 (*World Health Organization (WHO) Multicenter Growth Reference Study (MGRS)*), foram publicadas em 2006 as curvas de crescimento da OMS (*WHO Child Growth Standards*) e em 2007 as curvas para a faixa etária dos 5 aos 19 anos (A) (*WHO Reference 2007*). Desde então, a OMS tem-se empenhado em promover a adoção destas curvas por todos os países do mundo. No final de agosto de 2011, 125 países estavam já a utilizá-las e outros 25 consideravam fazê-lo.

Durante a revisão do Programa-tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil e sendo as curvas de crescimento um elemento fundamental do Programa, foi reequacionada a questão sobre quais as curvas a utilizar em Portugal. Para o efeito, a DGS reuniu um grupo de peritos no assunto, que recomendou a adoção das curvas da OMS acima referidas.

As razões invocadas podem ser sintetizadas em dois aspetos:

- a) A metodologia utilizada na construção destas curvas, que as tornam mais próximas a curvas-padrão;
- b) A possibilidade de utilizar à escala mundial o mesmo instrumento de trabalho, permitindo comparações com outros estudos ou populações.

Relativamente ao primeiro aspeto, o *MGRS* incidiu em duas amostras populacionais, uma em estudo longitudinal dos 0 aos 24 meses (M) (mas com transcrição transversal dos valores) e outra em estudo transversal num total de 8440 lactentes e crianças. Estas provinham das cidades de Davis (Estados Unidos), Muscat (Oman), Oslo (Noruega), Pelotas (Brasil), Accra (Gana) e da região sul de Deli (Índia).

Os dados da componente longitudinal foram obtidos pelo seguimento de recém-nascidos de termo, nas melhores condições para permitir expressar o seu potencial genético (aleitamento materno até aos 6 M, correta diversificação alimentar, cuidados de saúde adequados) – ou seja, pela primeira vez, as curvas **vieram traduzir o crescimento mais próximo do ideal**.

Para a componente transversal do estudo, foram selecionadas crianças com os mesmos critérios de inclusão, aceitando-se uma duração do aleitamento superior a 3 M.

Uma questão particular, e muito importante, associada a este aspeto tem a ver com a mais correta avaliação do crescimento dos lactentes amamentados, evitando assim uma interpretação incorreta de desaceleração do crescimento aos 3 – 4 M associada a uma suplementação desnecessária ou ao abandono do aleitamento materno. Finalmente, as curvas da OMS permitem identificar mais precocemente crianças com excesso de peso, problema preocupante e de elevada prevalência na população portuguesa.

Quanto ao segundo aspeto, o padrão de crescimento registado nos dados da OMS é notavelmente consistente entre diferentes países e grupos étnicos, o que permite a sua utilização em todas as crianças, independentemente da região do globo. As curvas nacionais ou populacionais apenas refletem o crescimento daquela população e quase nunca em situações ideais.

As curvas da OMS foram já testadas no terreno em quatro países, verificando-se haver uma concordância satisfatória entre a avaliação clínica e os indicadores somáticos inferidos a partir delas.

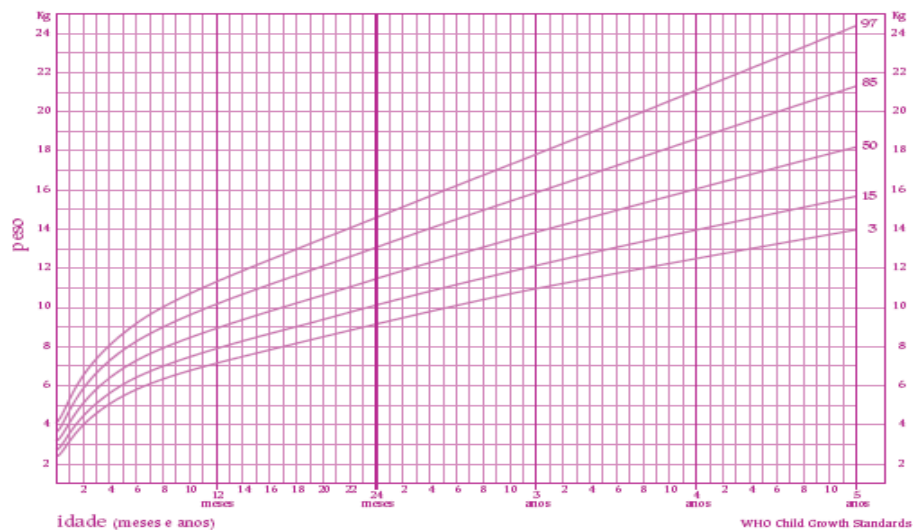
Em ambos os sexos, as curvas a utilizar são:

- Comprimento/altura – do nascimento aos 5 A;
- Peso – do nascimento aos 5 A;
- Índice de Massa Corporal (IMC) – do nascimento aos 5 A;
- Perímetro cefálico – do nascimento aos 2 A;
- Altura – dos 5 aos 19 A;
- Peso – dos 5 aos 10 A;
- IMC – dos 5 aos 19 A.

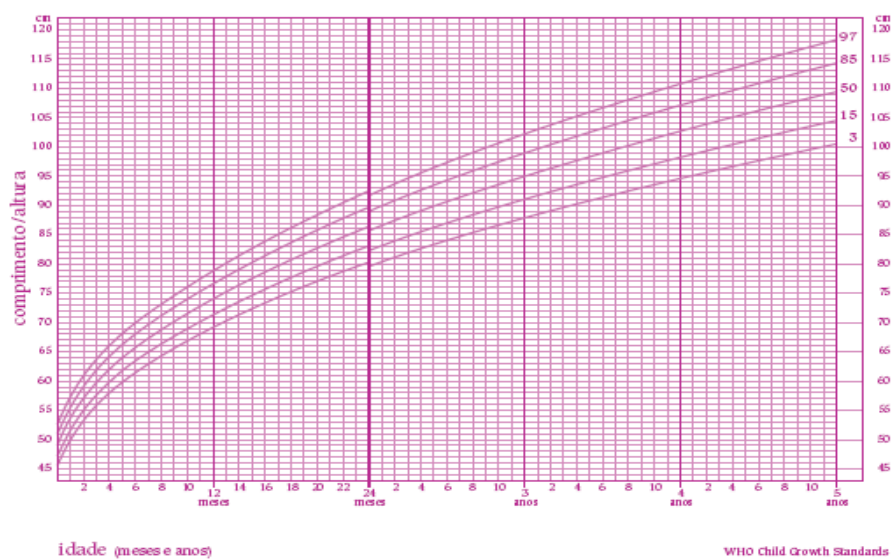
As respetivas imagens gráficas, a seguir apresentadas, encontram-se disponíveis também no sítio da internet <http://www.who.int/childgrowth/en/> .

CURVAS DE CRESCIMENTO ADOTADAS NO PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

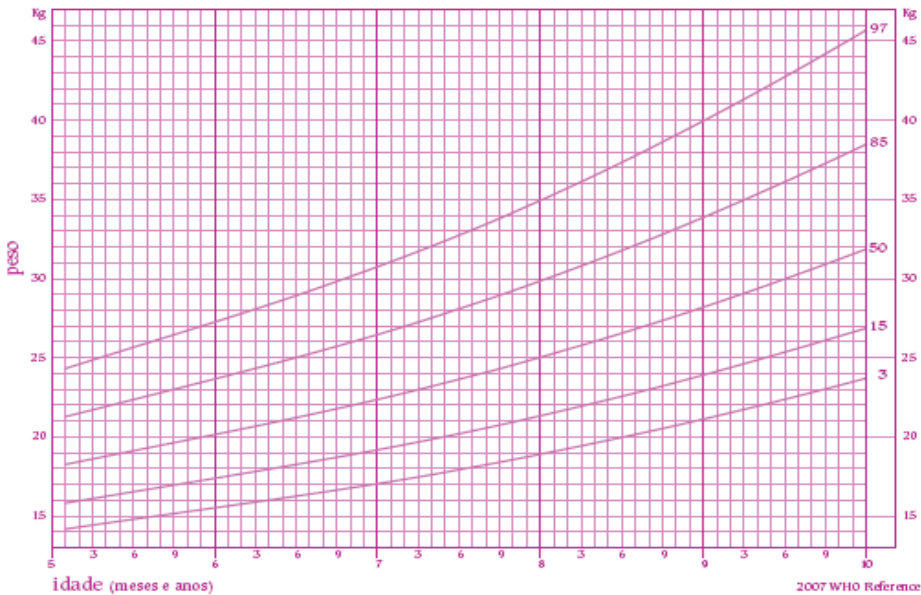
Raparigas – Peso 0 – 5 A



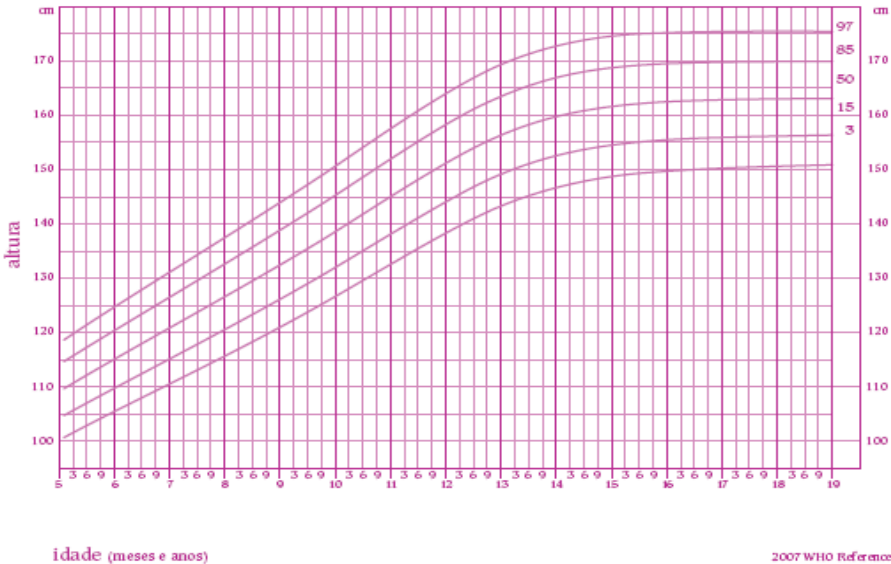
Raparigas – Comprimento/altura 0 – 5 A



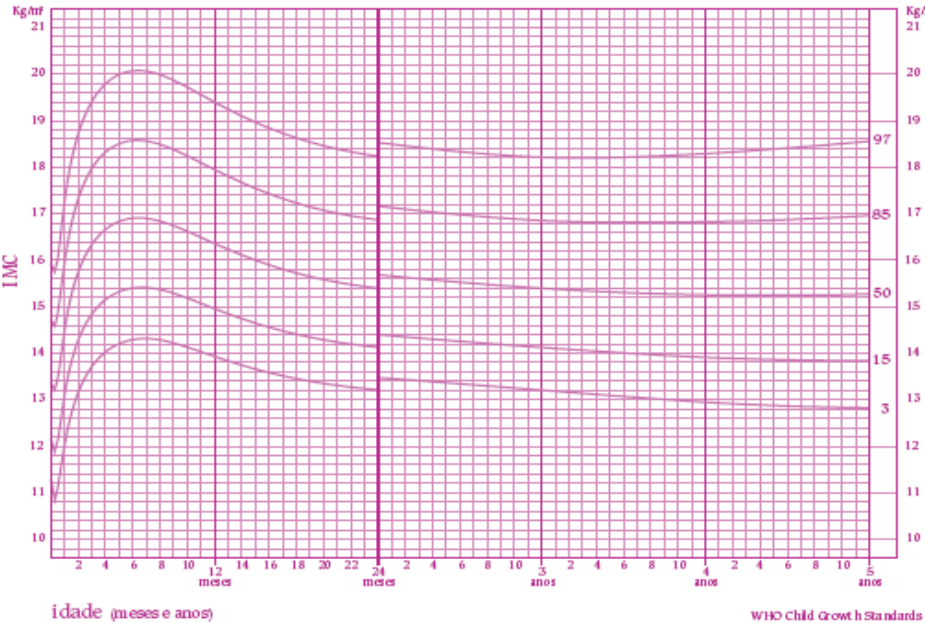
Raparigas – Peso 5 aos 10 A



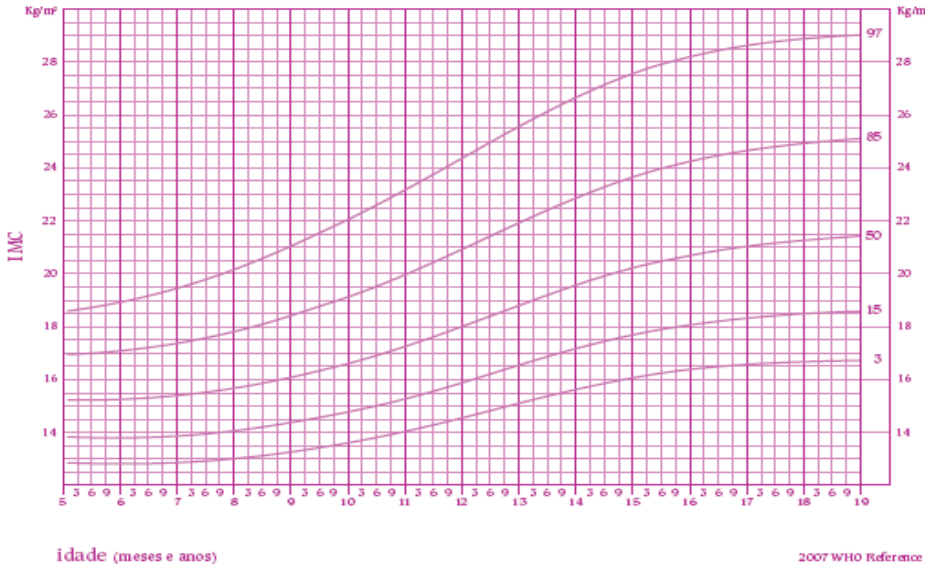
Raparigas – Altura 5 aos 19 A



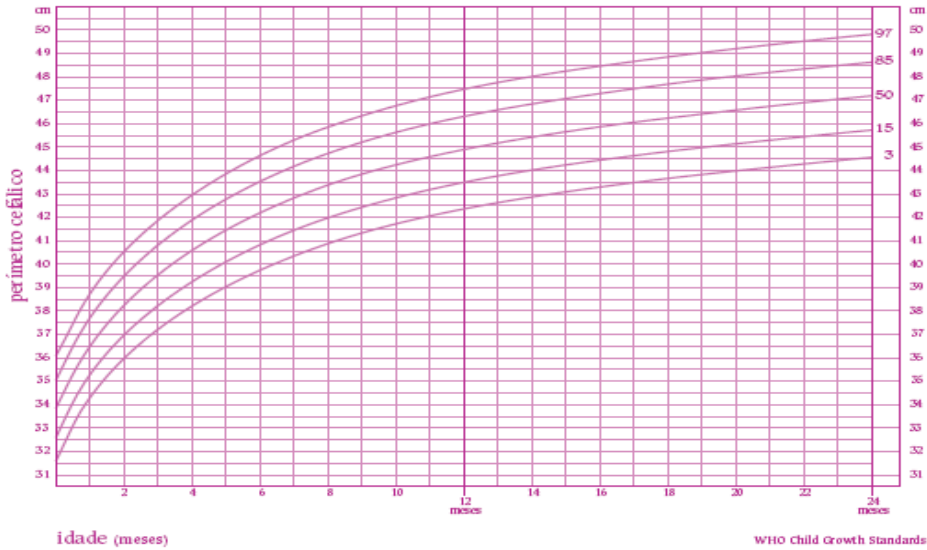
Raparigas – IMC 0-5 A



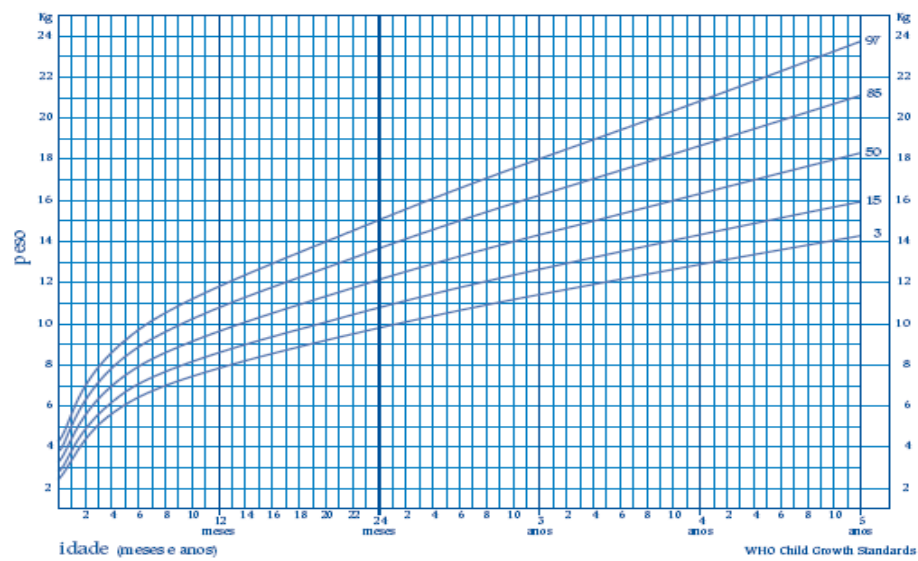
Raparigas – IMC 5-19 A



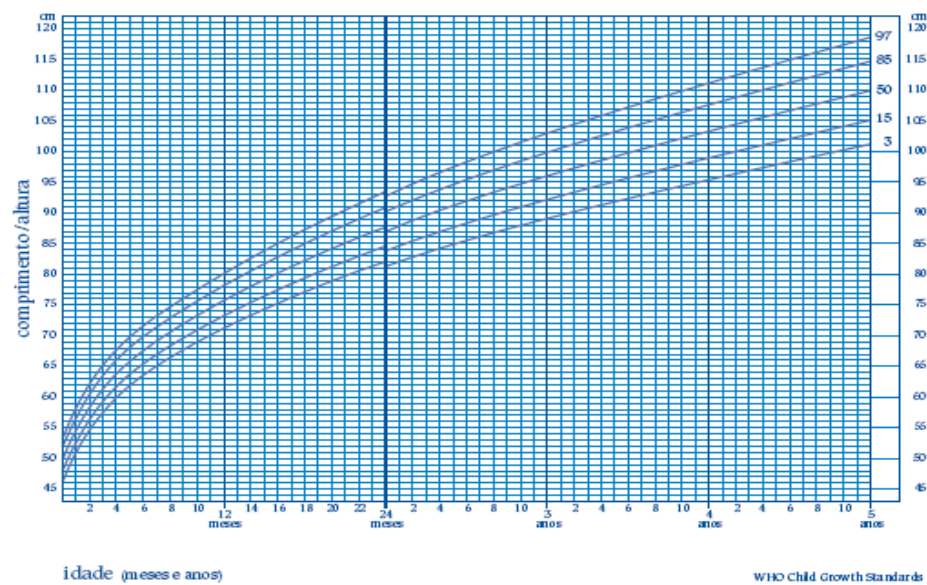
Raparigas – Perímetro cefálico 0-24 M



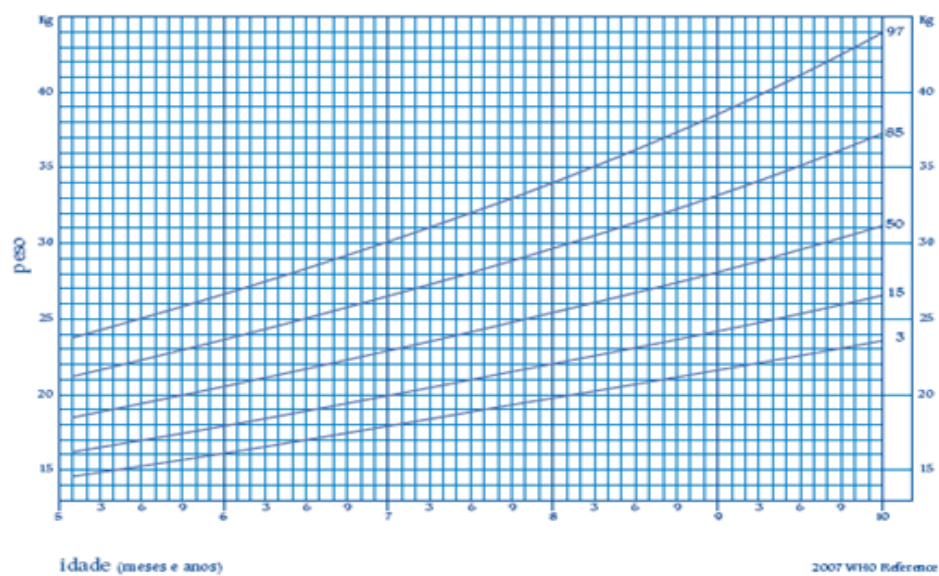
Rapazes – Peso 0-5 A



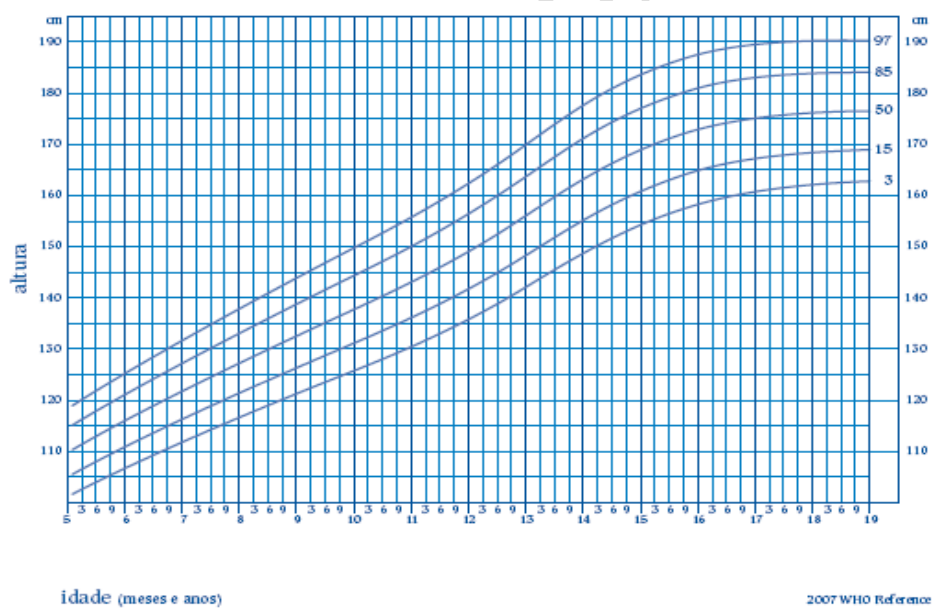
Rapazes – Comprimento/altura 0-5 A



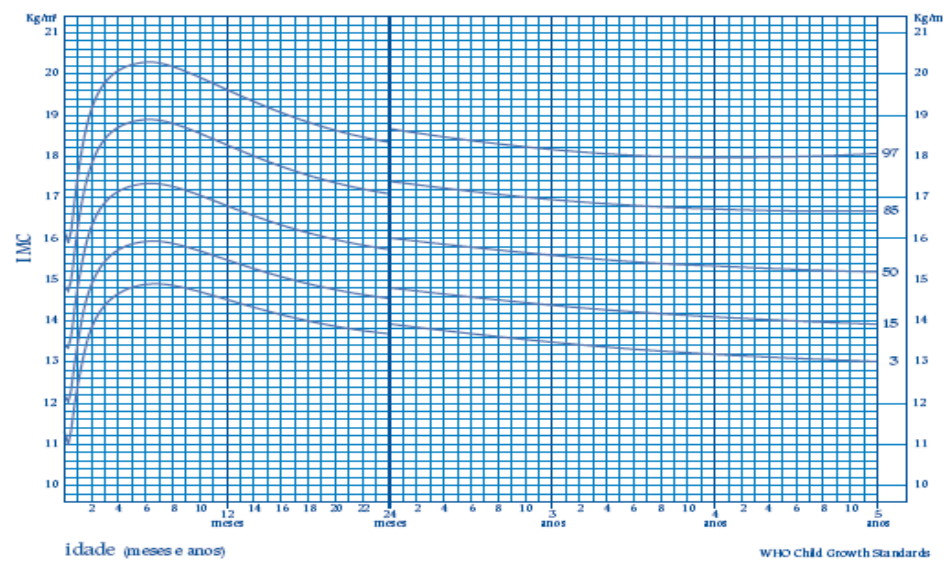
Rapazes – Peso 5 aos 10 A



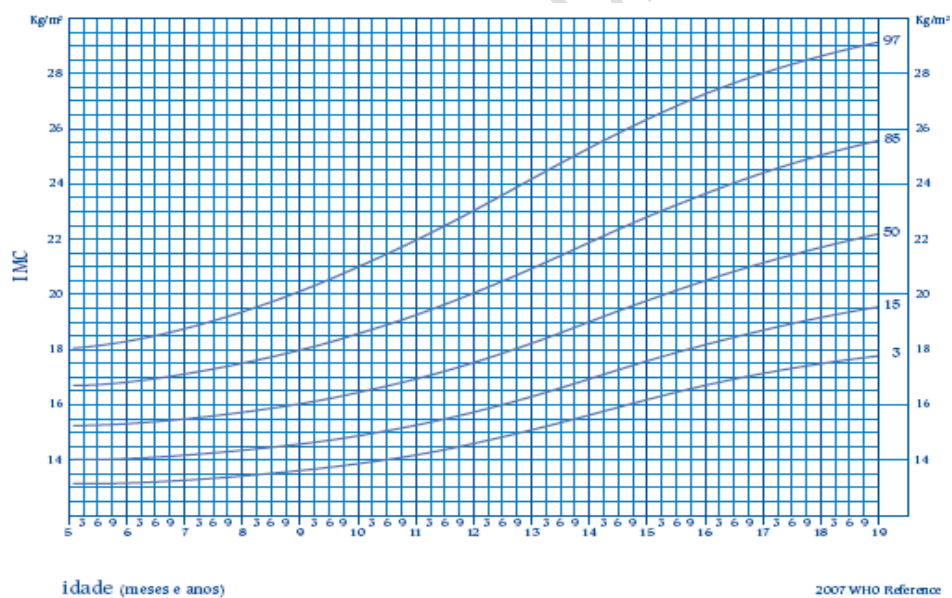
Rapazes – Altura 5-19 A



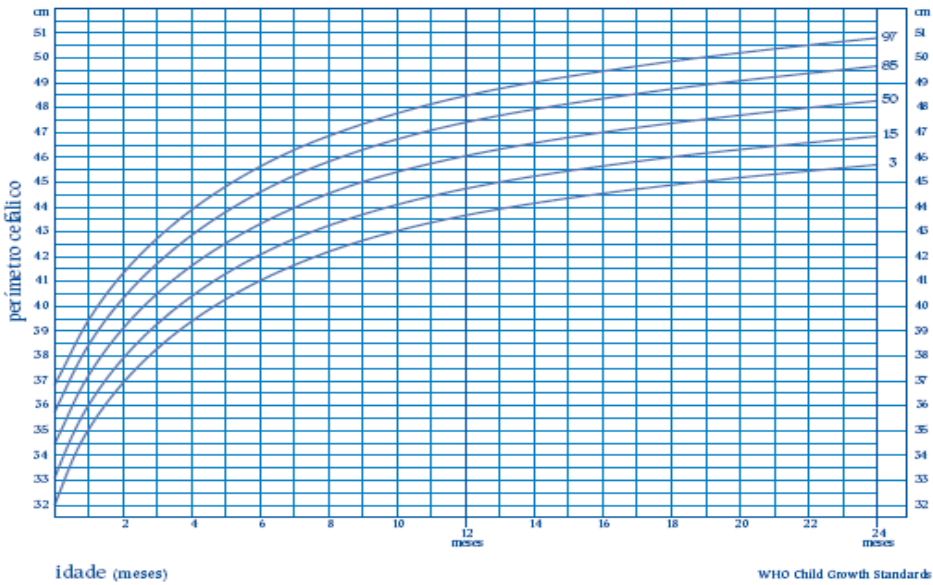
Rapazes – IMC 0-5 A



Rapazes – IMC 5-19 A



Rapazes – Perímetro cefálico 0-24 A



ANEXO 2 – REGRAS PARA O TRANSPORTE DE CRIANÇAS EM AUTOMÓVEL DESDE A ALTA DA MATERNIDADE

Orientação DGS n.º 001/2010 - <http://www.dgs.pt/>

- A Direção-Geral da Saúde (DGS) recomenda que a segurança no automóvel comece antes do nascimento.
- Assim, a mulher grávida deve usar sempre o cinto de segurança, tendo o cuidado de não deixar que o mesmo atravesse o abdómen. A faixa transversal do cinto de segurança será colocada sobre os ossos da bacia, de modo a ficar apoiada em baixo, e a faixa longitudinal sobre o ombro, passando pelo esterno. No último trimestre da gravidez, a mulher deve evitar usar os lugares com *airbag* frontal. Não havendo alternativa, é necessário fazer recuar o banco o mais possível.
- Pode também ser desaconselhável conduzir no final da gravidez, devido à proximidade do *airbag*.
- O sistema de retenção para crianças (SRC) deve ser adquirido antes do nascimento. Os recém-nascidos (RN) e as crianças têm de ser sempre transportados num dispositivo de retenção homologado, de acordo com o regulamento 44 ECE/UN, versão 03 ou 04, e adequado à idade, altura e peso, de modo a proporcionar as condições necessárias a uma viagem de automóvel segura (ver quadro adiante).
- O uso de um sistema de retenção homologado é obrigatório até aos 12 anos (A) de idade e 150 cm de altura, de acordo com o Código da Estrada em vigor. A partir desta altura, a criança já pode utilizar apenas o cinto de segurança do automóvel.
- Logo à saída da maternidade, o RN deve viajar num SRC voltado para trás. Só assim a cabeça, o pescoço e a região dorsal estarão devidamente protegidos em caso de acidente, pois são apoiados uniformemente.
- O SRC deve ser preso ao automóvel com o cinto de segurança ou através de um sistema isofix¹, num lugar sem *airbag* frontal ativo. Estes SRC reduzem, entre 90 e 95%, a ocorrência de morte ou ferimentos graves em crianças.²
- O RN deve viajar semi-sentado desde o primeiro dia, salvo raras exceções³. As crianças devem viajar voltadas de costas para o sentido do trânsito até aos 3 ou 4 A. Esta é a posição mais segura para as transportar no automóvel, devido à fragilidade do pescoço e ao peso da cabeça. Caso seja mesmo necessário, só a partir dos 18 meses (M) será admissível que a criança viaje virada para a frente.

² Sistema de fixação ao carro através de encaixe, presente em alguns veículos mais recentes. Exige cadeiras específicas (com sistema isofix), que encaixam em dois pontos inferiores (na base das costas do banco do automóvel) e se fixam num terceiro ponto ou apoiam no chão do carro. A existência de três pontos é essencial para evitar rotação da cadeira em caso de acidente.

³ Conforme recomendações da Sociedade Portuguesa de Pediatria para RN prematuros.

- Os SRC, aprovados para utilização de crianças até aos 13kg, possuem um redutor interno que apoia a cabeça durante os primeiros meses, amparando-a para maior conforto.
- As cadeiras viradas para a frente só podem ser transportadas no banco traseiro, salvo algumas exceções previstas na lei (Artigo 55.º, Código da Estrada).
- As crianças com mais de 15kg já podem usar um sistema de retenção, vulgarmente chamado cadeira de apoio ou banco elevatório com costas, em que o cinto de segurança do próprio veículo passa à frente do corpo (como no adulto) e o prende em simultâneo com a cadeira. Deve escolher-se um modelo com encosto regulável em altura e com guia orientadora do cinto ao nível do ombro.
- Algumas das particularidades do banco elevatório – não ter costas nem apoio lateral, bem como não impedir a colocação incorreta do cinto, se a criança adormecer – tornam-no desaconselhável antes dos 8 a 9 A. Não devem ser utilizados dispositivos que alterem o percurso do cinto sobre o corpo e, consequentemente, a sua eficácia.
- Antes da compra, importa confirmar que o sistema de retenção se ajusta perfeitamente ao veículo em que vai ser utilizado (verificar, por exemplo, se o cinto de segurança do banco traseiro tem comprimento suficiente para prender a cadeira virada para trás) e se adapta à criança a quem se destina.
- A utilização de sistemas de retenção é obrigatória no transporte em automóvel, assim como no transporte coletivo de crianças. Os sistemas de retenção para crianças são classificados em 5 grupos de peso: 0, 0+, I, II e III. A cada grupo corresponde um intervalo de peso. Alguns sistemas de retenção abrangem mais do que um grupo de peso.
- No quadro seguinte, apresentam-se os grupos de cadeiras mais adequados, de acordo com o peso e a idade da criança.

GRUPO	PESO	IDADE APROXIMADA	POSIÇÃO DA CADEIRA
0 - Alcofa	Só para casos especiais*		De lado
0+	Até 13kg	Até 1 - 18 M	Virada para trás (VT)
0+/I ou I	Até 18kg	12 M - 3/4 A	VT
0+/I ou I	Até 18kg	18 M – 3/4 A	Virada para a frente (VF)
II/III	15 - 36kg	4/6 A - 12 A	VF
III	22 - 36kg	8/9 - 12 A	VF

*Ver recomendações da Sociedade Portuguesa de Pediatria em BIBLIOGRAFIA

ANEXO 3 - IDADES ÓTIMAS PARA CIRURGIAS

QUISTO DA CAUDA DA SOBRANCELHA	> 6 meses (M)
HELIX VALGUS (ORELHAS EM ABANO)	> 5 anos (A)
FENDA LABIAL	> 2 M *
FENDA PALATINA	> 3 /18 M*
QUISTOS E FÍSTULAS BRANQUEAIS	qualquer idade *
HÉRNIA UMBILICAL	> 4 A
HÉRNIA INGUINAL / INGUINO-ESCROTAL	ao diagnóstico
HIDROCELO COMUNICANTE e QUISTO DO CORDÃO	12-18 M
CRIPTORQUIDIA BILATERAL	ao diagnóstico
CRIPTORQUIDIA UNILATERAL	12-24 M
TORSÃO TESTÍCULO	emergência
FIMOSE	após os 5 A
FIMOSE COM BALANITES OU ITU **	avaliar caso a caso
PARAFIMOSE	urgência
HÍMEN IMPERFURADO	ao diagnóstico
HIPOSPÁDIAS - meato punctiforme	ao diagnóstico
HIPOSPÁDIAS - cirurgia corretiva	> 1 ano
SINDACTILIA *	> 6 M
POLIDACTILIA	variável / localização
HEMO E LINFANGIOMA ***	ao diagnóstico

*Ao critério do cirurgião

** Infecção do trato urinário

*** Nem todos têm indicação cirúrgica

Texto de apoio 1

Avaliação do desenvolvimento

DOCUMENTO DE TRABALHO



AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO

1. INTRODUÇÃO

A criança é um ser em desenvolvimento motor, cognitivo, emocional e social. A avaliação desse percurso, a detecção precoce de quaisquer perturbações, e das implicações que estas têm na qualidade de vida e no sucesso educacional e integração social da criança, constituem objetivos da vigilância de saúde infantil e juvenil em Cuidados de Saúde Primários (CSP).

O desenvolvimento psicomotor é um processo dinâmico e contínuo, sendo constante a ordem de aparecimento das diferentes funções. Contudo, a velocidade de passagem de um estágio a outro varia de uma criança para outra e, consequentemente, a idade de aparecimento de novas aquisições também difere.

As perturbações do desenvolvimento psicomotor são diagnosticadas habitualmente por:

- pesquisa desencadeada em virtude de existência de fatores de risco;
- suspeita de qualquer problema por parte dos pais, familiares ou professores;
- observação clínica em exames periódicos ou oportunistas no contexto da vigilância de saúde.

Em CSP, pode realizar-se com eficácia a apreciação do desenvolvimento infantil sem perder a simplicidade nos procedimentos.

Neste contexto, os profissionais de saúde motivados e com experiência poderão avaliar adequadamente o desenvolvimento de uma criança através de uma observação crítica desde o momento em que esta entra na sala de consulta até que sai e, muito particularmente, durante a conversa com os pais/cuidadores.

Nesta fase da consulta, a observação da criança ao colo dos pais, ou a brincar, enquanto não é o alvo das atenções e, consequentemente, se sente mais à vontade, permite ao profissional tirar ilações importantes, e geralmente fiáveis, relativamente ao desenvolvimento da mesma. É muito útil observá-la sem que dê por isso – a atenção, o tipo de manipulação que utiliza, a mímica, etc. – e ter, por exemplo, um ou mais brinquedos a que ela possa ter acesso imediato.

Estudos prévios mostraram que a técnica mais frequentemente usada em CSP para avaliação do desenvolvimento é a avaliação clínica informal e que poucos profissionais usam testes standardizados de rastreio nas consultas de vigilância de Saúde Infantil. Esta avaliação clínica isolada deteta menos de 30% das crianças com problemas de desenvolvimento. Em contraste, os instrumentos de rastreio standardizados têm sensibilidade e especificidade entre os 70 e 90% na identificação destas situações.

Os parâmetros do desenvolvimento psicomotor não são mensuráveis como os do crescimento físico. Daí, as dificuldades em considerar os denominados “Testes de Desenvolvimento” instrumentos suficientemente bons para serem utilizados como método exclusivo de detecção das perturbações do desenvolvimento.

O tempo exigido para a aplicação destes testes, a rigidez, os diversos fatores circunstanciais que afetam a sua valorização, o baixo valor preditivo decorrente da imprevisível história natural da doença, o elevado número de falsos negativos e falsos positivos (com a consequente falsa segurança ou ansiedade iatrogénica) e a dificuldade em estabelecer uma linha clara entre o normal e o patológico, são fatores que limitam a sua aplicação numa perspetiva de eficiência e impacto.

Não obstante, o conhecimento e a aplicação dos testes mais simples, por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente a escala de avaliação de desenvolvimento de *Mary Sheridan*, largamente usada há várias décadas, que integra atualmente os programas informáticos utilizados nos CSP, poderá permitir um melhor conhecimento dos parâmetros normais do desenvolvimento e dos seus amplos limites.

Os testes podem, assim, servir como “padrão de referência da normalidade”, contribuir para focar a atenção nesta área da saúde infantil e, ainda, motivar e encorajar os pais a levantarem questões e a participarem na promoção do desenvolvimento dos seus filhos.

Os testes abrangem períodos de tempo em que as modificações e as aquisições são mais numerosas e mais rápidas. Existem, contudo, grandes variações no que respeita à velocidade de obtenção de novas competências e ao cumprimento das diferentes etapas de desenvolvimento. Estas, e no que respeita ao desenvolvimento intelectual, dependem da hereditariedade, da experiência adquirida, da transmissão social e da dinâmica entre estes fatores.

Nem todas as crianças chegam à mesma idade no mesmo estágio de desenvolvimento. Os desvios são por vezes tais, que é muito difícil propor um calendário ótimo para os exames periódicos. No entanto, sobre este ponto, há que assumir uma posição “oportunista” muito clara, aproveitando as idades-chave definidas neste Programa Nacional, sendo complementadas por qualquer informação pertinente obtida no decurso de uma observação da criança.

É preciso, também, ter em conta que a simples aplicação de testes, ou a valorização de dados isolados, não permitem uma avaliação válida do desenvolvimento, nem um prognóstico rigoroso quanto ao futuro da criança.

As perturbações do desenvolvimento envolvem um espectro de problemas de vários tipos e gravidade, sendo as ligeiras geralmente difíceis de detetar. Além disso, **apesar da sequência de aquisições ser conhecida e comum a todos, o desenvolvimento infantil processa-se muitas vezes de forma descontínua**, com “saltos”. Apesar de haver alguns consensos sobre o que constitui as fronteiras da normalidade, o mesmo não se passa quanto à gravidade da situação que justifica uma intervenção apropriada. Em consequência, os profissionais tendem a retardar a identificação e o encaminhamento das situações, para não aumentar a ansiedade dos pais e restantes cuidadores.

Assim, o acompanhamento das aquisições do desenvolvimento deverá ser um processo flexível, dinâmico e contínuo, à semelhança, aliás, do próprio processo maturativo da criança. Deverá ter lugar em todos os encontros que os profissionais têm com a criança e a família e não apenas nas denominadas idades-chave.

Este processo de avaliação do desenvolvimento psicomotor, monitorizado através da valorização das observações dos pais, da história clínica, do reconhecimento dos fatores de risco e da observação da criança – com ou sem a ajuda dos testes de desenvolvimento – **deverá ser encarado no contexto geral da promoção da saúde da criança**. Além disso, dever-se-ão incluir, igualmente, ações destinadas a estimular e promover o desenvolvimento, tais como as de informação e ensino aos pais, para que cada criança possa atingir o máximo das suas potencialidades, quer no seu processo educativo e social, quer nas áreas para as quais está particularmente apta.

A avaliação clínica do desenvolvimento, se realizada de forma rigorosa e completa, permite ter, após interpretação dos dados obtidos, um conhecimento aproximado do potencial de desenvolvimento de uma criança. Não permite, contudo, prever o modo como essa criança expressará esse potencial.

A concretização do possível em real – no que se refere ao desenvolvimento das capacidades, faculdades e talentos de uma criança – depende de inúmeros fatores, entre os quais a qualidade da habitação, o ambiente familiar, os amigos, a escola, a personalidade, o grau de saúde e de nutrição e, igualmente, as oportunidades que lhe foram dadas e as que ela própria procurar.

Os profissionais de saúde podem desempenhar um papel relevante neste processo. Tendo como objetivo a melhor integração social e qualidade de vida, é-lhes possível intervir no controlo do impacto dos fatores de risco, na prevenção primária, no diagnóstico e terapêutica precoces e no acompanhamento adequado da criança com perturbações do desenvolvimento, bem como da sua família.

Para tal, torna-se essencial **assegurar a formação e uniformização de critérios de avaliação do desenvolvimento psicomotor em CSP**, de modo a rentabilizar os recursos, evitando referências desnecessárias a consultas ou centros especializados e, sobretudo, aproveitando o conhecimento único proporcionado pelos exames regulares de vigilância de saúde infantil executados pela equipa.

Os pais, familiares e educadores acompanham a criança durante muito mais tempo do que os profissionais de saúde. Além disso, convivem com ela num meio onde a criança se expressa mais à vontade. **Há que valorizar, até prova em contrário, as suspeitas e preocupações veiculadas espontaneamente pelos pais e educadores** e/ou as suas respostas a questionários clínicos dirigidos. Para tal, o ambiente da consulta, bem como a atitude dos profissionais, deverão propiciar aos pais um à-vontade suficiente para se exprimirem sem receio e veicularem as suas dúvidas. É exigível, assim, um tempo de consulta mínimo para se criar esse ambiente e permitir a formulação de dúvidas e expectativas, assim como a discussão das situações.

A investigação tem demonstrado a importância da valorização das observações e preocupações dos pais. No entanto, há que realçar o facto de que, a ausência de qualquer preocupação específica manifestada pelos pais, não é, por si só, fator preditivo de desenvolvimento normal.

2. RECOMENDAÇÕES PRÁTICAS

Os aspetos práticos fundamentais a considerar são:

1. Adquirir **conhecimentos sólidos acerca dos parâmetros do desenvolvimento normal**. Considerar que os limites do normal são extraordinariamente amplos. Nem todas as crianças atingem, na mesma idade, o mesmo estágio de desenvolvimento para qualquer dos parâmetros considerados.
2. Ter presentes as **situações etiopatogénicas mais comuns**, a fim de as poder incluir no diagnóstico diferencial, quando for caso disso.
3. Identificar, para cada criança, os seus **fatores de risco**.
4. Saber se a criança já está a ser seguida em alguma **consulta especializada**, ou se já o foi. Em caso afirmativo, procurar saber o que se passou nessa consulta em termos de diagnóstico e de terapêutica e incentivar o registo no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ).
5. Proporcionar aos **pais/cuidadores a oportunidade de expressar as suas suspeitas**. Até prova em contrário, há que valorizá-las, bem como as referidas por outros familiares e educadores.
6. Durante a anamnese, fazer um **interrogatório dirigido**, procurando investigar se existem perturbações relativamente a algum dos parâmetros de desenvolvimento.
7. **Observar o comportamento da criança desde que entra até que sai da consulta**, incluindo a fase do exame físico. Dar-lhe a oportunidade para revelar as suas capacidades e habilidades, o que deverá ser observado de um modo discreto. **Nos dois primeiros anos de vida, há que atender à idade gestacional da criança**.
8. **Valorizar** eventuais **fatores circunstanciais**, familiares, do treino anterior da criança, do maior ou menor à-vontade da criança durante a avaliação, os quais podem levar a que o exame de uma criança perfeitamente normal suscite dúvidas, se estes aspetos não forem devidamente equacionados.
9. Se subsistirem dúvidas acerca de algum parâmetro, utilizar meios mais sofisticados, como outros testes de desenvolvimento, **mas apenas** se se estiver familiarizado com eles e se se dispuser de condições e de tempo adequado para o fazer.
10. Em caso de dúvida, **confrontar** os elementos da avaliação com os de outros profissionais de saúde envolvidos. **Dialogar** com os pais/cuidadores e inseri-los em todo este processo. **Partilhar** as dúvidas com eles, não criando angústias exageradas nem fazendo diagnósticos precipitados.
11. **Correlacionar** os elementos de avaliação com os fatores de risco mencionados.
12. Se surgirem dúvidas, **programar outra observação** da criança a curto prazo e motivar e orientar os pais para uma observação em casa.
13. Se se considerar que a criança tem um problema, **referenciá-la**, ou para um atendimento de referência para avaliação do desenvolvimento nos serviços de CSP, ou para uma consulta nos serviços de cuidados diferenciados na matéria, conforme as possibilidades e a organização dos serviços na área onde trabalha. Para tal, é importante que cada médico conheça os **“canais” de referência possíveis**.

14. Enviar a **informação** completa e adequada e procurar obter uma **informação de retorno. Utilizar o BSII.**
15. Finalmente, não esquecer que a abordagem da criança com deficiência, principalmente a abordagem terapêutica, deverá ser sempre feita por uma **equipa multidisciplinar**. Importa, igualmente, a nível local/regional, coordenar as várias informações terapêuticas necessárias, de acordo com pareceres ou recomendações de consultas mais especializadas, responsabilizando, a nível regional, os vários organismos vocacionados para o atendimento da criança com deficiência.
16. No caso das crianças, entre os 0 e os 6 anos (A), com alterações nas funções ou estruturas do corpo ou com risco grave de atraso de desenvolvimento, deve fazer-se a sinalização para as Equipas Locais de Intervenção do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) de acordo com os critérios de elegibilidade (<http://dre.pt/pdf1s/2009/10/19300/0729807301.pdf>).

Inclui-se também neste texto de apoio a **Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada**, apresentada nos **Quadros 1 a 4**. No sentido de facilitar a aplicação deste instrumento, inserem-se algumas notas explicativas representadas graficamente na **Tabela I**. Nesta, para cada idade, apresentam-se ainda algumas **atividades promotoras do desenvolvimento**, que poderão ser recomendadas aos pais/cuidadores no momento da avaliação. Inclui-se também uma lista do material sugerido para utilização da escala (**Tabela II**).

Além disso, com o objetivo de rastrear as perturbações no espectro do autismo, faz ainda parte deste anexo um breve questionário referente ao desenvolvimento e comportamento, utilizado em crianças dos 16 aos 30 meses (M) – **Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)** (Diana Robins, Deborah Fein & Marianne Barton, 1999 – traduzido pela Unidade de Autismo do Centro de Desenvolvimento da Criança – Hospital Pediátrico Carmona da Mota, Coimbra, com autorização da autora).

Quadro 1. Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada: 1 – 12M

Nome _____ Data de nascimento ____ / ____ / _____ Processo n.º _____

	4 – 6 Semanas	3 M	6 M	9 M	12 M
Postura e Motricidade Global	• Em decúbito ventral - levanta a cabeça. • Em decúbito dorsal - a postura deve ser assimétrica; membro superior do lado da face em extensão. • Em tração pelas mãos - a cabeça cai. • Quando sentado - dorso em arco e mãos fechadas. • Em suspensão vertical - cabeça ereta membros semi-fletidos.	• Em decúbito ventral - apoio nos antebraços. • Em decúbito dorsal - postura simétrica, membros com movimentos ritmados. • Em tração pelas mãos - cabeça ereta e coluna dorsal direita. • De pé - flete os joelhos, não faz apoio.	• Em decúbito ventral - apoia-se nas mãos. • Em decúbito dorsal - levanta cabeça, membros inferiores na vertical com dedos fletidos. • Em tração pelas mãos - faz força para se sentar. • Mantém-se sentado sem apoio. • De pé faz apoio.	• Senta-se sozinho e fica sentado 10 a 15 minutos. • Põe-se de pé com apoio mas não consegue baixar-se.	• Passa de decúbito dorsal a sentado. • Tem equilíbrio sentado. • Gatinha. • Põe-se de pé e baixa-se com o apoio de uma ou duas mãos.
Visão e Motricidade Fina	• Segue uma bola pendente a 20-25 cm em ¼ de círculo (do lado até à linha média).	• Mantém mãos abertas - junta-as na linha média e brinca com elas. • Segura brevemente a roca e move-a em direção à face. • Segue uma bola pendente ½ círculo e horizontal. • Apresenta convergência ocular. • Faz pestanejo de defesa.	• Tem preensão palmar. • Leva os objetos à boca. • Transfere objetos. • Esquece imediatamente o objeto quando este cai. • Apresenta boa convergência (estrabismo anormal).	• Tem preensão e manipulação. • Leva tudo à boca. • Aponta com o indicador. • Faz pinça. • Atira os objetos ao chão deliberadamente. • Procura o objeto que caiu ao chão.	• Explora com energia os objetos e atira-os sistematicamente ao chão. • Procura um objeto escondido. • Tem interesse visual para perto e longe.

	4 – 6 Semanas	3 M	6 M	9 M	12 M
Audição e Linguagem	• Pára e pode voltar os olhos ao som de uma sineta, roca ou voz a 15 cm do ouvido.	• Atende e volta-se geralmente aos sons.	• Segue os sons a 45 cm do ouvido. • Vocaliza sons monossílabos e dissílabos. • Dá gargalhadas.	• Tem atenção rápida para os sons perto e longe. • Localiza sons suaves a 90 cm abaixo ou acima do nível do ouvido. • Repete várias sílabas ou sons do adulto.	• Tem resposta rápida aos sons suaves, mas habitua-se depressa. • Dá pelo nome e volta-se. • <i>Jargão</i> (vocaliza incessantemente em tom de conversa, embora completamente impercetível). • Compreende ordens simples “dá, cá e adeus”.
Comportamento e Adaptação Social	• Fixa a face da mãe quando o alimenta. • Tem sorriso presente às 6 semanas. • Chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer.	• Sorri. • Tem boa resposta social à aproximação de uma face familiar.	• É muito ativo, atento e curioso.	• Leva uma bolacha à boca. • Mastiga. • Distingue os familiares dos estranhos.	• Bebe pelo copo com ajuda. • Segura a colher mas não a usa. • Colabora no vestir levantando os braços. • É muito dependente do adulto. • Demonstra afeto.

Quadro 2. Sinais de Alarme: 1 – 12 M

1 MÊS	3 M	6 M	9 M	12 M
• Ausência de tentativa de controlo da cabeça, na posição sentado. • Apresenta hipertonidade na posição de pé. • Nunca segue a face humana. • Não vira os olhos e a cabeça para o som (voz humana). • Não se mantém em situação de alerta, nem por breves períodos.	• Não fixa nem segue objetos. • Não sorri. • Não há qualquer controlo da cabeça. • Tem as mãos sempre fechadas. • Tem os membros rígidos em repouso. • Apresenta sobressalto ao menor ruído. • Chora e grita quando se toca. • Pobreza de movimentos.	• Ausência de controlo da cabeça. • Tem membros inferiores rígidos e faz passagem direta à posição de pé quando se tenta sentar. • Não olha nem pega em qualquer objeto. • Apresenta assimetrias. • Não reage aos sons. • Não vocaliza. • Tem desinteresse pelo ambiente. • Apresenta irritabilidade. • Tem estrabismo manifesto e constante.	• Não se senta. • Permanece sentado e imóvel sem procurar mudar de posição. • Apresenta assimetrias. • Não tem preensão palmar, não leva objetos à boca. • Não reage aos sons. • Vocaliza monotonamente ou perde a vocalização. • É apático, sem relação com familiares. • Engasga-se com facilidade. • Tem estrabismo.	• Não aguenta o peso nas pernas. • Permanece imóvel, não procura mudar de posição. • Apresenta assimetrias. • Não pega nos brinquedos ou fá-lo só com uma mão. • Não responde à voz. • Não brinca nem estabelece contacto. • Não mastiga.

Apoios _____

Plano de ação _____

Quadro 3. Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada: 18 M – 5 A

Nome _____ Data de nascimento ____ / ____ / _____ Processo n.º _____

	18 M	2 A	3 A	4 A	5 A
Postura e Motricidade Global	• Anda bem. • Apanha brinquedos do chão.	• Corre. • Sobe e desce com os dois pés o mesmo degrau.	• Tem equilíbrio momentâneo num pé. • Sobe escadas alternadamente. • Desce com os dois pés no mesmo degrau.	• Fica num pé sem apoio 3 a 5 segundos. • Sobe e desce as escadas alternadamente. • Salta num pé.	• Fica num pé 3 a 5 segundos, com os braços dobrados sobre o tórax. • Salta alternadamente num pé.
Visão e Motricidade Fina	• Constrói torre de 3 cubos. • Faz rabiscos mostrando preferência por uma mão. • Olha um livro de bonecos e vira várias páginas de cada vez.	• Constrói torre de 6 cubos. • Imita rabisco circular. • Gosta de ver livros. • Vira uma página de cada vez.	• Constrói torre de 9 cubos. • Imita (3A) e copia (3A e meio) a ponte de 3 cubos – copia o círculo – imita a cruz. • Combina duas cores geralmente o vermelho e o amarelo. (confunde o azul e verde).	• Constrói escada de 6 cubos. • Copia a cruz. • Combina e nomeia quatro cores básicas.	• Constrói 4 degraus com 10 cubos. • Copia o quadrado e o triângulo. • Conta cinco dedos de uma mão e nomeia quatro cores.
Audição e Linguagem	• Usa 6 a 26 palavras reconhecíveis e compreende muitas mais. • Mostra em si ou num boneco os olhos, o cabelo, o nariz e os sapatos.	• Diz o primeiro nome. • Fala sozinho enquanto brinca. • Junta duas ou mais palavras, construindo frases curtas. • Apresenta linguagem incompreensível, mesmo pelos familiares. • Nomeia objetos.	• Diz o nome completo e o sexo. • Tem vocabulário extenso mas pouco compreensível por estranhos. • Tem defeitos de articulação e imaturidade na linguagem.	• Sabe o nome completo, a idade e o sexo e habitualmente a morada. • Apresenta linguagem compreensível. • Tem apenas algumas substituições infantis.	• Sabe o nome completo, a idade, morada e habitualmente a data de nascimento. • Tem vocabulário fluente e articulação geralmente correta – pode haver confusão nalguns sons.

	18 M	2 A	3 A	4 A	5 A
Comportamento e Adaptação Social	• Bebe por um copo sem entornar muito, levantando-o com ambas as mãos. • Segura a colher e leva alimentos à boca. • Não gosta que lhe peguem. • Exige muita atenção. • Indica necessidade de ir à casa de banho. • Começa a copiar atividades domésticas.	• Coloca o chapéu e os sapatos. • Usa bem a colher. • Bebe por um copo e coloca-o no lugar sem entornar.	• Pode despir-se, mas só se lhe desabotoarem o vestuário. • Vai sozinho à casa de banho. • Come com colher e garfo.	• Pode vestir-se e despir-se só com exceção de abotoar atrás e dar laços. • Gosta de brincar com crianças da sua idade. • Sabe esperar pela sua vez.	• Veste-se sozinho. • Lava as mãos e a cara e limpa-se sozinho. • Escolhe os amigos. • Compreende as regras do jogo.

Quadro 4. Sinais de alarme: 18 M – 5 A

18 M	2 A	4 – 5 A
• Não se põe de pé, não suporta o peso sobre as pernas. • Anda sempre na ponta dos pés. • Apresenta assimetrias. • Não faz pinça - não pega em nenhum objeto entre o polegar e o indicador. • Não responde quando o chamam. • Não vocaliza espontaneamente. • Não se interessa pelo o que o rodeia; não estabelece contacto. • Deita os objetos fora. Leva-os sistematicamente à boca. • Tem estrabismo.	• Não anda sozinho. • Deita os objetos fora. • Não constrói nada. • Não parece compreender o que se lhe diz. • Não pronuncia palavras inteligíveis. • Não se interessa pelo que está em seu redor. • Não estabelece contacto. • Não procura imitar. • Tem estrabismo.	• É hiperativo, distraído e tem dificuldade de concentração. • Apresenta linguagem incompreensível, substituições fonéticas, gaguez. • Tem estrabismo ou suspeita de défice visual. • Apresenta perturbação do comportamento.

Apoios _____

Plano de ação _____

Quadro 5. Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada – notas explicativas

Idade	Parâmetros a avaliar		Material
RN Primeira Consulta	P M G⁴ NOTA: A avaliação deve ser realizada com o recém-nascido (RN) em estado de alerta e confortável. • Em decúbito dorsal: braços e pernas semi-fletidos, com postura simétrica. • Se tração para sentar observa-se queda significativa da cabeça. • Apoiado em posição sentado: dorso curvado com queda da cabeça para a frente. • Em suspensão ventral: cabeça permanece abaixo do plano do corpo e membros semi-fletidos. • Em decúbito ventral: cabeça para o lado, membros fletidos sob o abdômen, cotovelos fletidos junto ao tronco. • Reflexos primitivos: ○ Reflexo de Moro: com a criança apoiada provoca-se, subitamente, ligeira queda da cabeça (2,5cm) resultando em abdução dos membros superiores e abertura das mãos; ○ Reflexo de sucção e procura (pontos cardeais): estimulando região peri oral com os dedos observa-se direcionamento da boca / cabeça para o lado estimulado; ○ Reflexo de preensão palmar; ○ Reflexo da marcha automática, quando os pés estão apoiados numa superfície firme. A L • Fixa com o olhar um objeto brilhante ou face humana a 30 cm; pode acompanhar lentamente com o olhar. • Reação a sons altos e súbitos (por ex. bater palmas, fechar subitamente a porta, sinos, etc.): ○ Qualquer reação é válida: piscar os olhos, franzir sobrancelhas, etc.	  	

⁴ PMG – Postura e Motricidade Global; AL – Audição e Linguagem

Idade	Atividades promotoras do desenvolvimento
RN	• Pegar no bebê e embalá-lo suavemente. Pode aconselhar-se uma cadeira de balouço. • Falar e cantar suavemente com sons altos, baixos, agudos, graves e suaves. Chamar o bebê pelo nome. • Falar sobre tudo o que estiver a fazer: lavar as mãos, vestir-se. • Usar canções de embalar, música instrumental suave ou músicas com melodias repetidas. • Comunicar com o bebê olhando-o nos olhos, encostado ao peito. • Colocar o bebê sobre os joelhos, deixar que ele agarre o indicador com as mãos e converse com ele. • Segurar uma bola vermelha a 20 cm e movimentá-la para cima e para baixo, para a esquerda e direita, estando o bebê em estado de alerta e com a cabeça em posição central. • Dar oportunidade ao bebê de experimentar cheiros diferentes (flor, laranja...) • Fazer massagem suave corporal, observando sempre o bebê calmamente, sem movimentos muito elaborados. Não forçar movimentos, fazer pouca pressão, não exceder os 20 minutos. • Pegar ao colo, olhar olhos nos olhos, sorrir, deitar a língua de fora, quando em estado de alerta. • Oferecer o polegar do bebê para que este se autoconforte e reorganize. • Evitar ambientes hiperestimulantes. Observar o bebê.

Idade		Parâmetros a avaliar		Material
4 – 6 Semanas	C A S ⁵	- Fixa a face da mãe quando esta o alimenta. - Sorriso presente às 6 semanas / sorriso social (em resposta a estímulos, distinto de movimentos faciais involuntários). - Chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer.		
	V M F	Fixa e segue objeto a 20-25cm de distância, horizontalmente de lado para a linha média (quarto de círculo).		Bola pendente
	P M G	Postura Normal / Esperada - Em decúbito ventral: cabeça para o lado, membros fletidos, cotovelos afastados e nádegas elevadas; tenta levantar a cabeça. - Decúbito dorsal: virando subitamente cabeça do RN para um lado observa-se flexão / adução do membro superior ipsilateral e extensão do membro contralateral (reflexo atónico assimétrico do pescoço). - Queda da cabeça se tração pelas mãos para sentar. Se sentado, dorso em arco e mãos fechadas. - Em suspensão ventral, cabeça alinhada com o tronco e membros semi-fletidos. - Pode voltar os olhos e/ou parar a atividade em curso (por ex. choramingar, “chupetar”, etc.), pisca os olhos, estende pernas ou abre as mãos, em resposta ao som (sineta, roca ou voz) a 15 cm do ouvido.		Roca

⁵ CAS – Comportamento e Adaptação Social; VMF – Visão e Motricidade Fina; PMG – Postura e Motricidade Global.

Idade	Atividades promotoras do desenvolvimento
4 – 6 Semanas	• Movimentar objetos coloridos e pendurá-los perto do seu rosto a uma distância um pouco superior a 20 cm e não necessariamente em forma de esfera. • Produzir sons suaves com chocalhos, caixa de música e observar a sua atenção. • Observar o bebê sobre a forma como dorme, sossega, se alimenta e procura auto conforto. • Conversar com carinho, aprender a tocá-lo, embalá-lo, estar em sincronia com o seu comportamento. Manter tonalidades de voz diferentes e suaves. Continuar a usar a cadeira de balouço. • Mudar periodicamente de posição, de modo a proporcionar-lhe o melhor conforto, sem utilização do decúbito ventral para dormir. • Continuar a massajar de forma simples, sem movimentos bruscos e muito elaborados e sem muita pressão. Não exceder os 20 minutos. • Proporcionar momentos calmos sem sobrecarga de estímulos, limitando as visitas de estranhos e ambientes hiperestimulantes.

Idade	Parâmetros a avaliar			Material
3 M (Consulta 4 M)	C	Sorriso, galreio e movimentos de excitação em resposta a situações familiares (por ex. amamentação, biberão, etc.).	 	Roca Bola pendente / Brinquedo
	A ⁶	Boa resposta social à aproximação de uma face.		
	VMF	- Mãos abertas, junta-as na linha média e brinca com elas - Segura brevemente a roca e move-a em direção à face, ainda sem coordenação. - Segue uma bola pendente em meio círculo horizontalmente (a 15-25 cm da face). - Convergência ocular: com uma bola pendente ou face humana aproximar lentamente, na vertical, da face da criança. - Pestanejo de defesa: rapidamente aproximar objeto da sobrancelha da criança.		
	PMG	- Em decúbito ventral faz apoio nos antebraços. - Membros com movimentos ritmados suaves, contínuos e simétricos. - Se tração pelas mãos a cabeça apresenta-se ereta com pouca ou nenhuma queda, e coluna dorsal direita (exceto região lombar). - Em suspensão ventral, a cabeça encontra-se acima da linha do corpo. - De pé flete os joelhos (não faz apoio plantar).	  	
	AL	- Atende e volta-se em direção à fonte sonora. - NOTA: crianças com déficit auditivo podem parecer assustadas / surpreendidas com aproximação dos pais ou examinador que surge subitamente no seu campo visual.		Roca

⁶ CAS – Comportamento e Adaptação Social; VMF – Visão e Motricidade Fina; PMG – Postura e Motricidade Global; AL – Audição e Linguagem

Idade	Atividades promotoras do desenvolvimento
3 M	• Interagir através da fala, usar a mímica do rosto e imitar o som de determinados objetos ou instrumentos musicais. • Ouvir música suave na companhia do cuidador. Dançar, em ritmo suave, com o bebê ao colo. Cantar. • Mobilizar o bebê, evitando que esteja deitado demasiado tempo e na mesma posição. • Procurar levantá-lo devagar pelas mãos, como se fosse sentá-lo. • Oferecer-lhe objetos para segurar, colocar objetos pendentes para que possa segui-los. • Desenvolver um ritual de apoio à hora de dormir, sem deixar chorar desenfreadamente.

Idade	Parâmetros a avaliar			Material
6 M	CAS ⁷	Muito ativo, atento e curioso: explora ambiente em todas as direções; quando oferecida roca abana deliberadamente; explora brinquedos / objetos.		Roca
	VMF	- Tem preensão palmar (usa ambas as mãos para alcançar um objeto). - Transfere objetos de uma mão para a outra. - Leva objetos à boca e explora-os. - Se o objeto cai, esquece-o imediatamente (não procura o objeto que caiu): - Colocar objeto (ex. cubo) em cima da mesa, no campo visual da criança, e posteriormente, em frente à criança, atirá-lo para o chão. - Boa convergência (sem estrabismo). - Reflexos de proteção (valorização de assimetrias): - Paraquedas: segurando a criança pelo tronco e inclinando-a subitamente na direção do chão observa-se extensão e abdução dos braços e pernas e abertura das mãos; - Proteção lateral: provoca-se desequilíbrio lateral quando a criança está sentada e observa-se extensão do braço e mão evitando a queda.		Cubo
	PMG	- Em decúbito ventral, faz apoio nas mãos com braços estendidos levantando a cabeça. - Faz força para se sentar e mantém-se sentado sem apoio (por breves momentos): - Sentado sem apoio, independente, alcançado entre os 5-9 M; - Dorso direito. - De pé faz apoio plantar.		Cubo
	AL	- Segue e localiza os sons a 45 cm ao nível do ouvido (assobiar, cantar baixo, abanar roca suavemente). - Vocaliza monossílabos e dissílabos: - Sons com “p”, “m”, “t” quando sozinho ou em interação. - Dá gargalhadas: - Grita quando contrariado ou quando quer chamar a atenção.	 	Roca

⁷ CAS – Comportamento e Adaptação Social; VMF – Visão e Motricidade Fina; PMG – Postura e Motricidade Global; AL – Audição e Linguagem.

Idade	Atividades promotoras do desenvolvimento
6 M	• Oferecer brinquedos apropriados como uma bola de tamanho médio, de cores vivas, cubos de arestas redondas, de modo a estimulá-lo a passar o objeto de uma mão para a outra. • Sentá-lo com apoio para que possa participar mais ativamente no meio que o rodeia. • Incentivar para que produza novos sons com a boca. Conversar e dançar com o bebê. • Colocar o bebê num tapete adequado e incentivá-lo a deslocar-se rolando e a pegar nos brinquedos que estejam mais longe. • Proporcionar brincadeiras de interação, colocar à frente do espelho e não prevenir situações que lhe causem frustrações (elemento forte de aprendizagem). • Não entrar em conflito durante a refeição, que constitui uma oportunidade de interação sem pressão. • Ritual do sono reforçado antes de dormir.

Idade	Parâmetros a avaliar			Material
9 M	C A S ⁸	- Mastiga pequenos pedaços de comida. - Distingue os familiares dos estranhos (reação negativa a estranhos).		Pino / Clip Cubo
	V M F	- Leva tudo à boca (incluindo bolachas). - Aponta com o indicador e empurra pequenos objetos, por exemplo pino/clip, usando o dedo indicador. - Atira objetos ao chão deliberadamente e procura o objeto que cai (oferecer cubo e observar reação → quando atira olha para o local onde o cubo caiu). - Pinça fina grosseira (primeiro entre polegar e dedos progredindo para polegar e o indicador).		
	P M G	- Senta-se sozinho e fica sentado entre 10 a 15 minutos, sem apoio. - Põe-se de pé com apoio, mas não consegue baixar-se. - Desloca-se no chão rebolando, arrastando-se ou gatinhando.		Pino / Clip
	A L	- Atenção rápida para os sons, tanto perto como longe (sons rotineiros, nomeadamente, voz humana). - Localização de sons suaves a 90 cm acima e abaixo do nível do ouvido. - Repete várias sílabas ou sons dos adultos (dissílabas): vocaliza deliberadamente, imitando sons do adulto (“brrr”, tossir).		

⁸ CAS – Comportamento e Adaptação Social; VMF – Visão e Motricidade Fina; PMG – Postura e Motricidade Global; AL – Audição e Linguagem.

Idade	Atividades promotoras do desenvolvimento
9 M	• Oferecer objetos diferentes e afastados, no sentido de incentivar o posicionamento. • Colocar objetos em cima de uma cadeira de forma a incentivá-lo a colocar-se de pé, colocando um tapete à volta caso caia. • Chamar os objetos pelos nomes, ensinar a colocar fora e dentro da caixa. • Oferecer papel para amassar e rasgar. • Dar a experimentar diferentes texturas. • Oferecer dois objetos para a mão e posteriormente um terceiro, deixando que ele «resolva o problema». • Brincar ao «esconde». • Ser firme e terno no «não». • Utilizar brincadeiras de tapar e destapar o rosto e outros jogos repetitivos (bater palmas, acenar...). • Realizar massagem (sem grandes alterações), com a exceção do apoio de um brinquedo para o manter quieto. • Imitar sons de animais e objetos fazendo mímica e pedindo para a criança imitar.

Idade	Parâmetros a avaliar		Material
12 M	CAS⁹ • Bebe pelo copo com pouca ajuda. • Segura a colher mas não a usa. • Colabora ao vestir, levantando os braços. • Muito dependente do adulto. • Demonstra afeto a familiares e solicita atenção do adulto de forma ativa (atenção partilhada). • Compreende uso de objetos diários (ex: uso de escova de cabelo): jogo funcional. VMF • Explora ativamente os objetos e atira-os sistematicamente ao chão: observa os objetos a cair para o chão, procurando-o no local correto mesmo se fora do seu campo de visão. • Procura o objeto escondido: ○ Com um pano, esconder / cobrir o objeto ou brinquedo em frente à criança, perguntando seguidamente “Onde está o brinquedo?”. ○ Observa o brinquedo a ser escondido dentro de um copo e rapidamente o encontra. • Interesse visual para perto e longe: fora de casa, observa as pessoas / animais / veículos em movimento durante períodos prolongados; gosta de espreitar à janela. • Pinça fina perfeita: pega em pequenos objetos entre o polegar e falange distal do dedo indicador. PMG • Tem equilíbrio sentado, de forma permanente. • Gatinha: ○ NOTA: não é obrigatório gatinhar, mas sim mover-se no ambiente de qualquer forma (por ex. arrastando as nádegas pelo chão, de gatas, com apoio nas mãos e pés, etc.) . • Põe-se em pé e baixa-se com o apoio de uma ou de ambas as mãos. AL • Resposta rápida a sons suaves. • Dá pelo nome e volta-se / Responde ao nome: ○ Compreende ordens simples como “dá cá” (pode associar-se a ordem falada ao gesto). • Vocaliza incessantemente em tom de conversa, embora completamente impercetível (<i>jargão</i>): ○ Contém já a maioria das vogais e consoantes.		Copo Colher Escova cabelo Cubo

⁹ CAS – Comportamento e Adaptação Social; VMF – Visão e Motricidade Fina; PMG – Postura e Motricidade Global; AL – Audição e Linguagem.

Idade	Atividades promotoras do desenvolvimento
12 M	• Promover a aquisição de capacidades motoras. • Deixar a criança tomar algumas decisões visando a segurança. • Reagir calmamente e com firmeza às birras. • Manter os rituais do sono. • Não entrar em conflito na hora da refeição. • Estimular as tarefas/ordens simples; dar estímulo positivo após a realização destas. • Oferecer cubos, dar vários objetos para as mãos. • Falar sobre as separações com antecedência progressiva e cumprir as promessas. • Evitar pressões para o controle esfinteriano. • Incentivar para que a criança peça quando quer algo, verbalizando o pedido, mesmo que se saiba o que ela deseja.

Idade	Parâmetros a avaliar			Material
18 M	CAS ¹⁰	• Bebe por um copo, sem entornar muito, levantando-o com ambas as mãos (geralmente, após beber entrega copo ao adulto, não o pousa). • Segura a colher e leva alimentos à boca sem entornar muito. • Não gosta que lhe peguem. • Exige muita atenção. • Indica a necessidade de ir à casa de banho (“dá sinal”, mesmo depois de urinar ou defecar). • Começa a copiar as atividades domésticas (ex. dar de comer à boneca, ler um livro, lavar roupa, etc.). • Já não leva brinquedos / objetos à boca.		Copo Colher
	VMF	• Constrói torre de 3 cubos, após demonstração. • Faz rabiscos, mostrando preferência por uma mão: ○ NOTA: Lateralidade ou preferência por uma mão é anormal antes dos 18 M. • Interesse por livros com figuras, virando várias páginas de cada vez.		Cubos Livro
	PMG	• Marcha sem apoio (sem necessidade de estender membros superiores para se equilibrar), embora com os pés ligeiramente afastados. • Apanha brinquedos do chão (agacha-se).		Bola pequena
	AL	• Usa 6-26 palavras reconhecíveis, embora compreenda muitas mais (ex. obedece a instruções simples como “pega nos sapatos”, “fecha a porta”, etc): ○ Complementa com gestos significativos. • Mostra em si, num adulto, ou num boneco os olhos, o cabelo, o nariz e os sapatos. • Controlo de salivagem (“não se babam”).		

¹⁰ CAS – Comportamento e Adaptação Social; VMF – Visão e Motricidade Fina; PMG – Postura e Motricidade Global; AL – Audição e Linguagem.

Idade	Atividades promotoras do desenvolvimento
18 M	• Ensinar a criança a guardar os brinquedos numa caixa ou num saco, para que aprenda a organizar-se. • Pedir à criança que olhe e repita o nome de partes do corpo do boneco. • Ensinar a criança a «rabiscar» na areia, na terra ou num papel, de modo a estimular a destreza manual e a área sensorial. • Demonstrar o que é, e o que não é perigoso para ela. • Elogiar a criança quando for capaz de realizar algo sozinha. • Continuar a incentivar o convívio. • Realizar atividades com música, incentivando a criança a dançar e a cantar.

Idade	Parâmetros a avaliar			Material
2 A	C A S ¹¹	- Coloca o chapéu e os sapatos. - Usa bem a colher. - Bebe por um copo e coloca-o no lugar sem entornar. - Jogo simbólico (faz-de-conta). - Jogo paralelo (brinca junto de outras crianças mas não com elas).		Colher Copo
	V M F	- Preferência por uma mão (definição da lateralidade). - Constrói torre de 6 ou 7 cubos. - Imita o rabisco circular (pode fazê-lo espontaneamente), bem como linha vertical (após demonstração). - Gosta de ver livros, reconhecendo detalhes e nomeando algumas figuras. - Vira uma página de cada vez. - Pode ser testada a visão binocular (2 olhos em simultâneo): - Tabela de Snellen (com correspondências); - Tabela de Figuras de Kay.		Cubo Livro Tabela Snellen
	P M G	- Corre com segurança evitando obstáculos. - Sobe e desce escadas com os dois pés no mesmo degrau, apoiando-se no corrimão / parede.		
	A L	- Diz o primeiro nome. - Fala sozinho enquanto brinca. - Junta duas ou mais palavras, construindo frases curtas. - Linguagem pode ser incompreensível, mesmo pelos familiares. - Nomeia objetos familiares e figuras: - Identifica cabelo, mãos, pés, nariz, boca e sapatos.		

¹¹ CAS – Comportamento e Adaptação Social; VMF – Visão e Motricidade Fina; PMG – Postura e Motricidade Global; AL – Audição e Linguagem.

Idade	Atividades promotoras do desenvolvimento
2 A	• Proporcionar brincadeiras como: pular num só pé, correr, saltar uma corda, de modo a estimular a coordenação motora. • Controlo esfinteriano se a criança tiver desenvolvido competência da fala. • Estimular a arrumação, imitação e declínio do negativismo. • Ajudar a criança a pronunciar palavras, mas pelo estímulo positivo. • Oferecer tintas para a criança mexer e desenhar. • Dar-lhe a conhecer várias texturas e materiais. • Contar histórias e dar <i>puzzles</i>. • Facilitar oportunidade de jogo simbólico. • Pedir para ajudar em pequenas tarefas diárias. • Dar oportunidade para a criança emitir o próprio pensamento e desejo, mantendo os limites.

Idade	Parâmetros a avaliar		Material
3 A	C A S¹² • Pode despir-se mas só se lhe desabotoarem o vestuário. • Vai sozinho à casa de banho. • Come com colher e garfo. V M F • Constrói torre de 9 cubos. • Imita (3 A: construir ponte em frente à criança) e copia (3 A e meio: não construir em frente à criança) a ponte de 3 cubos. • Copia o círculo (não desenhar em frente à criança, apenas mostrar círculo já desenhado). • Imita a cruz. • Combina 2 cores, geralmente o vermelho e o amarelo (confunde o azul e o verde): ○ Não é obrigatório nomear a cor, mas sim corresponder. • Desenha figura humana: cabeça mais uma ou duas partes do corpo (mesmo em locais errados). P M G • Equilíbrio momentâneo num pé. • Atira bola acima da linha do ombro. • Sobe escadas alternadamente mas desce com os 2 pés no mesmo degrau. A L • Diz o nome completo e o sexo. • Vocabulário extenso mas pouco compreensível por estranhos: ○ Diz frases com 4 palavras. • Defeitos de articulação e imaturidade na linguagem: ○ Hesitações e repetições de sílabas e palavras no discurso.		Cubos Cubos / Painel de cores Bola pequena

¹² CAS – Comportamento e Adaptação Social; VMF – Visão e Motricidade Fina; PMG – Postura e Motricidade Global; AL – Audição e Linguagem.

Idade	Atividades promotoras do desenvolvimento
3 A	• Promover atividades lúdicas físicas: saltar, correr, pular, andar de triciclo, etc. • Pedir à criança que conte histórias ou algo que fez (ação passada). Incentivar a criança a fantasiar. • Dar responsabilidades, aceitar a forma que ele achou para dominar a sua vida. • Não trazer a criança para a realidade quando está no seu mundo imaginário. • Conduzir os rituais de sono de forma regrada (medos, associados ao pensamento mágico). • Fase dos «porquês». Há que ter muita paciência, tendo em conta que nem sempre espera pela resposta à primeira pergunta. • Não ridicularizar comportamentos. • Ajudar a criança a partilhar os brinquedos – altura para ingressar no jardim-de-infância. • Acompanhamento de programas televisivos.

Idade		Parâmetros a avaliar		Material
4 A	CAS ¹³	- Pode vestir-se e despir-se só, com exceção de abotoar atrás e dar laços. - Gosta de brincar com crianças da sua idade. - Sabe esperar pela sua vez (por ex. construir uma torre colocando os cubos alternadamente – criança / examinador). - Jogo imaginativo / narrativo (uso de miniaturas com criação de cenários imaginários).		
	VMF	- Constrói escada de 6 cubos (3 degraus) após demonstração. - Copia a cruz (não deve ser desenhada em frente à criança → risco de imitação do movimento). - Combina e nomeia 4 cores básicas (amarelo, vermelho, verde e azul). - Desenha a figura humana (cabeça, tronco, pernas, e geralmente braços e dedos).		Cubos Painel de cores
	PMG	- Fica num pé sem apoio 3 a 5 segundos. - Salta num pé. - Sobe e desce as escadas alternadamente.		
	AL	- Sabe o nome completo, a idade e o sexo e habitualmente a morada. - Linguagem compreensível e gramaticalmente correta. - Apenas algumas substituições infantis: - Por ex. “r” por “l”.		

¹³ CAS – Comportamento e Adaptação Social; VMF – Visão e Motricidade Fina; PMG – Postura e Motricidade Global; AL – Audição e Linguagem.

Idade	Atividades promotoras do desenvolvimento
4 A	• Promover as construções com <i>lego</i> e com <i>puzzles</i>. • Proporcionar oportunidade para a criança fazer o desenho da figura humana. • Inventar brincadeiras que envolvam distinção de cores e ensinar canções e versos. • Pô-la a participar em afazeres, mesmo que sejam simbólicos. • Dar oportunidade para a verbalização das suas vontades, aceitar a sensibilidade da criança, aceitando avanços e recuos. • Mostrar as sequências das atividades. • Promover brincadeiras onde exista movimento físico. • Auxiliar a criança na diferenciação entre a emoção e o agir (consciência moral/solidariedade humana). • Proporcionar a oportunidade da criança transmitir uma mensagem a outra pessoa. • Não entrar em grandes pormenores quando questionados sobre sexualidade.

Idade		Parâmetros a avaliar		Material
5 – 6 A	C	Veste-se só.		
	A	Lava as mãos e a cara e limpa-se só.		
	S ¹⁴	- Escolhe os amigos. - Compreende as regras do jogo.		
	V	Constrói 4 degraus com 10 cubos após demonstração.		
	M	Copia o quadrado e o triângulo (não deve ser desenhada na frente da criança).		
	F	- Conta 5 dedos de uma mão. - Nomeia 4 ou mais cores e combina até 10 cores. - Desenha a figura humana (cabeça com alguns pormenores, tronco, pernas e braços).		Painel de cores
	P	Fica num pé 8 a 10 segundos com os braços cruzados.		
	M	Salta alternadamente num pé (numa distância de 2 a 3 metros).		
	G			
	A	Sabe o nome completo, a idade, morada e habitualmente a data de nascimento.		
	L	- Vocabulário fluente e articulação geralmente correta: - Pode haver redução de grupos consonânticos (por ex. todos os grupos que contenham Cr ou Cl).		

¹⁴ CAS – Comportamento e Adaptação Social; VMF – Visão e Motricidade Fina; PMG – Postura e Motricidade Global; AL – Audição e Linguagem.

Idade	Atividades promotoras do desenvolvimento
5 – 6 A	• Selecionar os programas televisivos /computador, bem como o horário e o período de tempo. • Não ridicularizar os presumíveis medos /pesadelos /fobias, ajudando a resolver o sentimento de impotência. • Continuar a proporcionar atividades que permitam à criança desenvolver a área motora. • Ensinar-lhe a recortar e colar triângulos, quadrados e círculos de vários tamanhos e formar figuras. • Pedir para que explique o significado de palavras simples e incentivar para que pergunte aquelas que não conhece. • Continuar a proporcionar à criança responsabilidade, como por exemplo: ajudar em casa, dar recados. • Inculcar regras, impor limites, ajudar a lidar com os impulsos (roubo, mentira). • Promover a participação em jogos para a promoção da sua personalidade (saber lidar com a timidez, submissão, vaidade, liderança, etc.).

Adaptado de *SHERIDAN* (2008).

Quadro 6. Lista do material sugerido para aplicação da escala.

Material Sugerido	
Bola Pendente	Pequena bola, tipo pompom, com fio ligado
Roca	Pequena roca, semelhante a brinquedo de bebê
Cubos (20)	Dimensões: 2.5 x 2.5 cm Cores: amarelo, vermelho, verde e azul
Pinos ou Clip	Pequenos pinos de inserção em placa de brincar
Boneca	Semelhante ao humano (não utilizar peluches)
Colher, Garfo e Escova de cabelo	Pequenas dimensões (brinquedos)
Livro com figuras	
Copo / Caneca com asa	
Bola pequena	Diâmetro de 5-6cm; maleável
Painel com 10 cores + cartões de correspondência	Azul escuro, Laranja, Roxo, Preto, Amarelo, Cor-de-Rosa, Verde, Castanho, Vermelho e Azul-claro

Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)

Diana Robins, Deborah Fein & Marianne Barton, 1999

Por favor, preencha este questionário sobre o comportamento usual da criança. Responda a todas as questões.

Se o comportamento descrito for raro (ex. foi observado uma ou duas vezes), responda como se a criança não o apresente.

Faça um círculo à volta da resposta “Sim” ou “Não”.

1	Gosta de brincar ao colo fazendo de “cavalinho”, etc.?	SIM	NÃO
2	Interessa-se pelas outras crianças?	SIM	NÃO
3	Gosta de subir objetos, como por ex., cadeiras, mesas?	SIM	NÃO
4	Gosta de jogar às escondidas?	SIM	NÃO
5	Brinca ao faz de conta, por ex. falar ao telefone ou dar de comer a uma boneca, etc.?	SIM	NÃO
6	Aponta com o indicador para pedir alguma coisa?	SIM	NÃO
7	Aponta com o indicador para mostrar interesse em alguma coisa?	SIM	NÃO
8	Brinca apropriadamente com brinquedos (carros ou legos) sem levá-los à boca, abanar ou deitá-los ao chão?	SIM	NÃO
9	Alguma vez lhe trouxe objetos (brinquedos) para lhe mostrar alguma coisa?	SIM	NÃO
10	A criança mantém contacto visual por mais de um ou dois segundos?	SIM	NÃO
11	É muito sensível aos ruídos (ex. tapa os ouvidos)?	SIM	NÃO
12	Sorri como resposta às suas expressões faciais ou ao sorriso?	SIM	NÃO
13	Imita o adulto (ex. faz uma careta e ela imita)?	SIM	NÃO
14	Responde/olha quando o (a) chamam pelo nome?	SIM	NÃO
15	Se apontar para um brinquedo do outro lado da sala, a criança acompanha com o olhar?	SIM	NÃO
16	Já anda?	SIM	NÃO
17	Olha para as coisas para as quais o adulto está a olhar?	SIM	NÃO
18	Faz movimentos estranhos com a mão/dedos próximo da cara?	SIM	NÃO
19	Tenta chamar a sua atenção para o que está a fazer?	SIM	NÃO
20	Alguma vez se preocupou quanto à sua audição?	SIM	NÃO
21	Compreende o que as pessoas lhe dizem?	SIM	NÃO
22	Por vezes fica a olhar para o vazio ou deambula ao acaso pelos espaços?	SIM	NÃO
23	Procura a sua reação facial quando se vê confrontada com situações desconhecidas?	SIM	NÃO

(Traduzido pela Unidade de Autismo. Centro de Desenvolvimento da Criança – Hospital Pediátrico Carmona da Mota, Coimbra –Autorização Diana Robins)

Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)
Diana Robins, Deborah Fein & Marianne Barton, 1999

O M-CHAT é um breve questionário referente ao desenvolvimento e comportamento utilizado em crianças dos 16 aos 30 M, com o objetivo de rastrear as perturbações do espectro do autismo. Pode ser aplicado tanto numa avaliação periódica de rotina (CSP), como por profissionais especializados em casos de suspeita. Como na maioria dos testes de rastreio poderá existir um grande número de falsos positivos, nem todas as crianças que cotam neste questionário irão ser diagnosticadas com esta perturbação. No entanto, estes resultados podem apontar para a existência de outras anomalias do desenvolvimento, sendo por isso necessária a avaliação por profissionais desta área.

Os “itens críticos” deste questionário encontram-se expressos nos “parâmetros a avaliar” aos 18 M.

Cotação:

A cotação do M-CHAT leva menos de dois minutos.

Resultados superiores a **3 (falha de 3 itens no total)** ou em **2 itens considerados críticos (2, 7, 9, 13, 14, 15)**, após confirmação, justificam uma avaliação formal por técnicos de neurodesenvolvimento.

As respostas Sim/Não são convertidas em Passa/Falha.

O quadro, que se segue, regista as respostas consideradas **Falha** para cada um dos itens do M-CHAT. As questões a **Negrito** representam os **itens críticos**.

1. Não	6. Não	11. Sim	16. Não	21. Não
2. Não	7. Não	12. Não	17. Não	22. Sim
3. Não	8. Não	13. Não	18. Sim	23. Não
4. Não	9. Não	14. Não	19. Não	
5. Não	10. Não	15. Não	20. Sim	

Referências Bibliográficas:

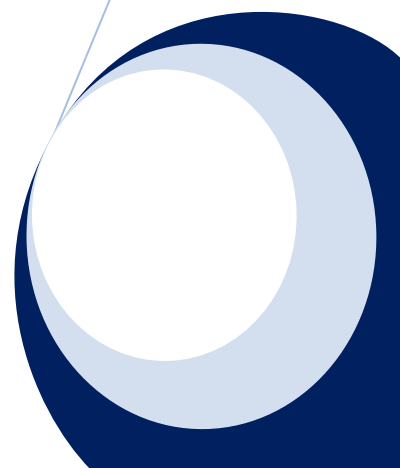
Kleinman et al. (2008) “ The modified Checklist for Autism in Toddlers: a Follow-up Study Investigating the Early Detection of Autism Spectrum Disorders”, Journal of Autism and Developmental Disorders, 38:827-839.

Robins, D. (2008) “Screening for autism spectrum disorders in primary care settings”, Autism, Vol 12 (5) 481-500.

Texto de apoio 2

Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral – aplicação em saúde infantil e juvenil

DOCUMENTO DE APOIO



1. INFORMAÇÕES SOBRE A UTILIZAÇÃO DE CHEQUES-DENTISTA E DOCUMENTOS DE REFERENCIAÇÃO PARA A CONSULTA DE HIGIENE ORAL

Através do Despacho Ministerial n.º 4324, de 22 de janeiro de 2008, foi efetuada a revisão e reestruturação do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO), com base em procedimentos simplificados e orientados para a satisfação das necessidades de saúde oral, aumentando a cobertura de cuidados preventivos e curativos prestados por profissionais especializados, de forma a criar condições facilitadoras da manutenção da saúde oral ao longo da vida.

Os cuidados preventivos e curativos individuais são prestados por higienistas orais, médicos dentistas e estomatologistas, através de consultas dirigidas às crianças e jovens com idades compreendidas entre os 3 e os 15 anos (A), realizadas nas unidades funcionais ou nos consultórios da rede privada. O acesso às consultas faz-se mediante a emissão, pela unidade de saúde, de documento de referenciação para a consulta de higiene oral (HO) ou de cheque-dentista:

- **São entregues na Escola (pública ou instituição particular de solidariedade social (IPSS)), a TODAS as crianças e jovens com 7, 10 e 13 A, cheques-dentista ou documentos de referenciação para a consulta de HO, emitidos pela unidade de saúde dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES).**

Nas unidades dos ACES **com higienista oral** e nos casos em que foi efetuada a triagem nas escolas públicas e IPSS, serão emitidos às crianças e jovens com 7, 10 e 13 A:

- documentos de referenciação para consulta de HO: aos que estavam livres de cárie dentária nos dentes permanentes;
- cheque-dentista: aos que apresentam lesões de cárie dentária nos dentes permanentes.

Nas unidades dos ACES **sem higienista oral** e nos locais onde não foi efetuada triagem nas escolas públicas e IPSS, serão emitidos pela unidade funcional cheques-dentista a todas as crianças e jovens com 7, 10 e 13 A.

- **São entregues cheques-dentista na consulta de Saúde Infantil e Juvenil, emitidos pelo médico de família, aos pais ou acompanhantes das crianças dos 3 aos 6 A que apresentem dentes temporários com cárie e sintomatologia infecciosa que exijam intervenção médico-dentária urgente (ex. dor ou abscesso).**
- **São entregues cheques-dentista na consulta de Saúde Infantil e Juvenil, emitidos pelo médico de família, aos pais ou acompanhantes das crianças e jovens com 8, 9, 11, 12, 14 e 15 A que tenham necessidade de tratamentos de lesões de cárie dentária.**

2. INFORMAÇÕES SOBRE INTERVENÇÃO E ENCAMINHAMENTO EM SITUAÇÕES DE ALTO RISCO EM SAÚDE ORAL

Em Saúde Oral, uma criança ou jovem é **considerada como sendo de alto risco**, se nela for detetado algum **dente com cárie dentária**.

Neste caso, recomenda-se:

1. Tratamento médico em caso de infeção/inflamação e, se necessário (em função do tipo e tamanho das lesões), encaminhamento para consulta de especialidade.
2. A escovagem dos dentes duas vezes por dia executada pelos pais: à noite e uma outra vez, com uma escova macia e uma pequena quantidade de dentífrico fluoretado (1000/1500 ppm) equivalente ao tamanho da unha do quinto dedo da mão da criança.
3. Revisão dos hábitos alimentares (reduzir ou evitar os alimentos cariogénicos).

A partir dos 3 A – em caso de cárie dentária, seguir as indicações anteriores e, de acordo com a circular normativa n.º 9/DSE de 19/07/2006 da Direção-Geral da Saúde (DGS), deverá ser administrado um comprimido diário de 0,25 mg de fluoreto de sódio.

A partir dos 6 A – em caso de cárie dentária, é possível combinar uma aplicação sistémica e tópica de flúor. Por isso, poderão ser acrescentadas à terapêutica sistémica (comprimidos) as aplicações tópicas de vernizes de flúor (2,2%) ou bochechos quinzenais de fluoreto de sódio na escola.

Cuidados preventivos e curativos individuais efetuados no âmbito do PNPSO – Quadro Resumo

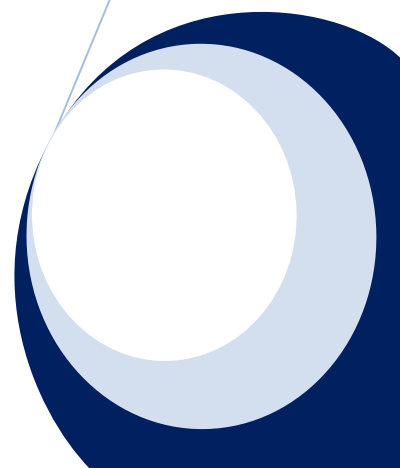
Grupos etários abrangidos pelo PNPSO	Tipo de documento que podem receber	Quem emite e onde é entregue	A quantos cheques tem direito	A que tratamentos tem direito
3 a 6 A	Cheque-Dentista	Médico de Família do ACES; consulta de saúde infantil e juvenil	1 por ano	Tratamento de dentes temporários com infeção e de carácter urgente
7 A	Cheque-Dentista	unidade do ACES; entregue na escola	máx. 2 por ano letivo	Diagnóstico, tratamento de todas as cáries existentes nos dentes permanentes e selantes nos primeiros molares são
	ou			
	Documento de referência para consulta de HO no ACES	unidade do ACES; entregue na escola	1 por ano letivo	Selantes nos primeiros molares permanentes são e ensinos individuais de promoção da saúde oral
10 A	Cheque-Dentista	unidade do ACES; entregue na escola	máx. 2 por ano letivo	Diagnóstico, tratamento de todas as cáries existentes nos dentes permanentes e selantes nos pré-molares são
	ou			
	Documento de referência para consulta de HO no ACES	unidade do ACES; entregue na escola	1 por ano letivo	Selantes nos primeiros molares permanentes são e ensinos individuais de promoção da saúde oral
13 A	Cheque-Dentista	unidade do ACES; entregue na escola	máx. 3 por ano letivo	Diagnóstico, tratamento de todas as cáries existentes nos dentes permanentes e selantes nos segundos molares são
	ou			
	Documento de referência para consulta de HO no ACES	unidade do ACES; entregue na escola	1 por ano letivo	Selantes nos primeiros molares são e ensinos individuais de promoção da saúde oral
8, 9, 11, 12, 14 e 15 A	Cheque-Dentista intermédio	Médico de Família do ACES; consulta de saúde infantil e juvenil	1 por ano	Desde que tenham usado os cheques ou documento de referência para HO aos 7, 10 e 13, poderão tratar nas idades intermédias duas cáries nos dentes permanentes

Informações mais detalhadas disponíveis em: www.saudeoral.min-saude.pt

Texto de apoio 3

Rastreio das dislipidémias em crianças e adolescentes

DOCUMENTO DE APOIO



INTRODUÇÃO

Sendo as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares a principal causa de morbidade e mortalidade no nosso país, na idade adulta, e sabendo-se que o processo aterosclerótico que está na sua origem tem início na infância, compreende-se a importância da atuação preventiva atempada dos profissionais de saúde que se ocupam das crianças e jovens. O presente documento visa clarificar e fornecer orientações atualizadas relativamente ao rastreio de dislipidémias nas crianças.

A questão dos rastreios das dislipidémias na idade pediátrica não é linear. De um lado, existem os que advogam o rastreio universal, única maneira de diagnosticar precocemente todas as crianças com dislipidémia. Por outro lado, há quem proteja este rastreio para a idade adulta, atendendo aos custos que o mesmo acarreta para o Serviço Nacional de Saúde e à baixa prevalência das dislipidémias graves nas crianças. De qualquer modo, é consensual a recomendação de um estilo de vida saudável (alimentação, atividade física) na idade pediátrica, desde o nascimento. Existem, no entanto, indiscutivelmente, crianças de famílias de risco, ou elas mesmas em risco, devido à sua patologia de base, que podem e devem ser estudadas e identificadas precocemente; nestas crianças, a instituição adequada e atempada de medidas dietético-terapêuticas modifica positivamente a história natural da doença.

Quem e quando rastrear?

Recomenda-se o rastreio de dislipidémias nas seguintes situações:

1. Em crianças entre os 2 e 4 anos (A) com antecedentes familiares (primeiro e segundo grau) de:
 - a) Doença cardiovascular precoce (no sexo feminino, antes dos 65 A e, no sexo masculino, antes dos 55 A), ou seja:
 - Angor ou enfarte agudo do miocárdio;
 - Acidente vascular cerebral;
 - Doença arterial periférica;
 - Morte súbita.
 - b) Perfil lipídico alterado: colesterol total (CT) > 240 mg/dl e/ou *Low Density Lipoprotein cholesterol* (LDL-c) > 130 mg/dl e/ou triglicéridos (TG) >170 mg/dl e/ou *High Density Lipoprotein cholesterol* (HDL-c) < 35 mg/dl.
2. Em qualquer criança ou adolescente com antecedentes pessoais de excesso de peso, obesidade, diabetes mellitus, hipertensão arterial, doenças renais, doenças cardíacas, doenças hormonais e/ou de metabolismo e, ainda, com terapêuticas prolongadas com fármacos hiperlipidemiantes (corticóides, antidepressivos, anticonvulsivantes, beta-bloqueantes, tuberculostáticos, contraceptivos orais, derivados do ácido retinóico, antiretrovirais).

3. É desejável o rastreio acima dos 2 A nas crianças e adolescentes sem os critérios anteriores; este poderá ser realizado quando houver necessidade de efetuar análises para fins diagnósticos ou no pré-operatório, ou ainda em análises “de rotina” (rastreio “oportunista”). Neste caso, tal como nas crianças incluídas no ponto 1 (história familiar), recomenda-se uma a duas determinações na idade pediátrica, ou seja, uma determinação por cada década de vida.

O que rastrear?

Perfil lipídico (12 horas de jejum):

- CT;
- HDL-c;
- LDL-c;
- TG
- Glicémia.¹⁵

Valores de referência

Considera-se haver **dislipidémia** quando os valores plasmáticos de CT e/ou LDL-c e/ou TG se encontram acima do percentil 95 e/ou HDL-c abaixo do percentil 5, para a idade e sexo. O *National Cholesterol Education Program* (NCEP), propôs os valores referidos na Tabela I para identificação de crianças e adolescentes com valores anormais. No entanto, o NCEP não refere valores pediátricos para as variáveis triglicéridos e HDL-c. Para colmatar este facto, e devido à importância crescente dada a valores dos TG e HDL-c, a *American Heart Association* recomenda os valores de TG > 150 mg/dl e de HDL-c < 35 mg/dl como referência. Devido à inexistência de tabelas de valores normativos para a população portuguesa, adotam-se habitualmente os valores propostos por estas entidades.

Tabela I: Valores limite para colesterol total e lipoproteínas de baixa densidade, em idade pediátrica, adaptado de NCEP (1992)

	CT (mg/dl)	LDL-c (mg/dl)
Normal (<P75)	<170	<110
Borderline (P75-95)	170-199	110-129
Elevado (>P95)	≥200	≥130

Abordagem

1. Crianças ou adolescentes com dislipidémia, iniciar dieta adequada e exercício físico regular e referenciar a consulta especializada.

¹⁵ Embora não faça parte do perfil lipídico, atendendo à elevada prevalência de diabetes, poderá ser incluída nesta avaliação.

2. Crianças ou adolescentes com perfil lipídico *borderline*, referenciar às consultas especializadas de dislipidémias, se mantiver valores alterados após 4 a 6 meses de dieta adequada e exercício físico regular.

Bibliografia

Daniels SR, Greer FR, Committee on Nutrition. Lipid screening and cardiovascular health in childhood. *Pediatrics* 2008;122:198-208.

Diller PM, Huster GA, Leach AD, Laskarzewski PM, Sprecher DL. Definition and application of the discretionary screening indicators according to the National Cholesterol Education Program for Children and Adolescents. *J Pediatr* 1995; 126(3):345-352.

Ferranti S and Ludwig DS. Storm over Statins - The Controversy Surrounding Pharmacologic Treatment of Children. *NEJM* 2008;359:1309-1312

Gagliano NJ, Emans SJ, Woods ER. Cholesterol screening in the adolescent. *J Adolesc Health* 1993;14(2):104-108.

Haney EM, Huffman LH, MS Bougatsos C, Freeman M, Steiner RD, Nelson HD. Screening and Treatment for Lipid Disorders in Children and Adolescents: Systematic Evidence Review for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics* 2007;120:e189-e214

Kavey RE, Daniels SR, Lauer RM, et al. American Heart Association guidelines for primary prevention of atherosclerotic cardiovascular disease beginning in childhood. *Circulation*. 2003; 107(11):1562-1566; copublished in *J Pediatr* 2003;142(4):368-372

McCrindle BW, Kwoiterovich PO, McBride PE, Daniels SR, Kavey RE. Guidelines for lipid screening in children and adolescents: bringing evidence to the debate. *Pediatrics*. 2012 Aug;130(2):353-6. Epub 2012 Jul 23

Medeiros AM, Alves AC, Francisco V, Bourbon M; investigators of the Portuguese FH Study. Update of the Portuguese Familial Hypercholesterolaemia Study. *Atherosclerosis* 2010 Oct;212(2):553-8. Epub 2010 Aug 8

National Cholesterol Education Program (NCEP): Highlights of the Report on the Expert Panel on Blood Cholesterol Levels in Children and Adolescents. *Pediatrics* 1992; 89:495-501.

O'Loughlin J, Lauzon B, Paradis G, et al. Usefulness of the American Academy of Pediatrics recommendations for identifying youths with hypercholesterolemia. *Pediatrics* 2004;113(6):1723-1727.

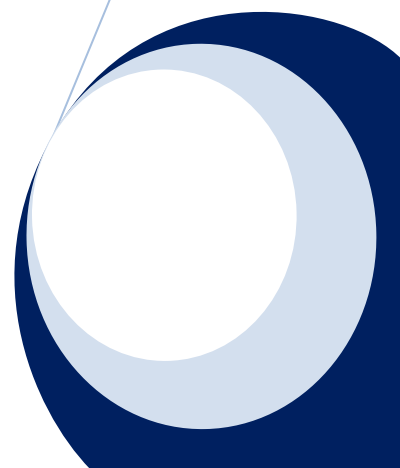
Primrose ED, Savage JM, Boreham CA, Cran GW, Strain JJ. Cholesterol screening and family history of vascular disease. *Arch Dis Child* 1994;71(3):239-242.

Ritchie SK, Murphy EC, Ice C, Cottrell LA, Minor V, Elliott E, Neal W Universal versus targeted blood cholesterol screening among youth: The CARDIAC project. *Pediatrics* 2010 Aug;126(2):260-5

Texto de apoio 4

Avaliação da Tensão Arterial

DOCUMENTO DE TRABALHO



1. INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HTA) na idade pediátrica é um problema que está a adquirir uma dimensão crescente devido, em grande parte, à modificação dos estilos de vida e ao aumento da prevalência da obesidade.

A aplicação das indispensáveis medidas preventivas, assim como o diagnóstico e a terapêutica precoces, devem constituir uma preocupação fundamental, tendo em vista a diminuição dos riscos, nomeadamente os cardiovasculares.

De acordo com as recomendações internacionais, a tensão arterial (TA) deve ser avaliada, nas consultas de vigilância de saúde em todas as crianças **a partir dos 3 anos (A) de idade**¹⁷.

2. DEFINIÇÕES

a) TA NORMAL

TA sistólica e diastólica inferior ao percentil 90 para a idade, para o sexo e estatura.

b) PRÉ-HTA

TA sistólica ou diastólica entre os percentis 90 e 95 para a idade, para o sexo e para a estatura
ou

TA superior a 120/80 mm Hg nos adolescentes (mesmo que o valor apurado seja inferior ao correspondente ao percentil 90).

c) HTA

TA sistólica ou diastólica superior ou igual ao percentil 95 para a idade, para o sexo e estatura, em três ocasiões separadas.

HTA Estádio 1: TA sistólica ou diastólica entre o valor correspondente ao percentil 95 e o valor correspondente ao percentil 99 acrescido de 5 mm Hg (ver Tabelas 1, 2 e 3).

HTA Estádio 2: TA sistólica ou diastólica acima do valor correspondente ao percentil 99 acrescido de 5 mm Hg (ver Tabelas 1, 2 e 3).

¹⁶ Embora a designação “pressão arterial” seja mais correta, preferiu-se esta, por ser a mais utilizada.

¹⁷ A medição deve iniciar-se antes dos 3 A, se estiverem presentes fatores de risco, nomeadamente história familiar de doença renal congénita, patologia neonatal, cardiopatia congénita, nefropatia, uropatia, doença sistémica associada a HTA e medicamentos que possam estar relacionados com a elevação da TA.

Quadro 1 – Classificação da TA

Estádio	Percentil Tensão Arterial Sistólica e/ou Diastólica
Normal	< perc 90
Pré-HTA	≥ perc 90 e < perc 95 TA ≥ 120/80 (adolescentes) – V. texto
HTA Estádio 1	≥ perc 95 e < perc 99 mais 5 mm Hg
HTA Estádio 2	≥ perc 99 mais 5 mm Hg

3. PROCEDIMENTO

a) Método

Para determinar a TA, é recomendado o método auscultatório (manómetro aneróide) – repetir três vezes durante a consulta. Se for utilizado o método oscilométrico (digital) e os valores de TA se revelarem altos, estes devem ser confirmados pelo método auscultatório.

b) Braçadeira

A porção insuflável da braçadeira deve ter as seguintes dimensões:

- Largura - 40% do perímetro da circunferência do braço (medido no ponto médio da distância entre o acrómio e o olecrâneo) ou número imediatamente acima.
- Comprimento - 80 a 100% do perímetro da circunferência do braço (medido no ponto médio da distância entre o acrómio e o olecrâneo).

c) Condições de medição

- Evitar o consumo prévio de estimulantes; antes da colocação da braçadeira, fazer repouso de 5 minutos em ambiente calmo, em posição de sentado(a) - costas apoiadas na cadeira e pés assentes no chão.
- Efetuar a medição no braço direito (no pulso os valores são mais elevados), que deve estar apoiado e com a fossa antecubital ao nível do coração.

Os valores encontrados deverão ser interpretados segundo as tabelas de percentis da TA, estabelecidas não só em função da idade e do sexo da criança, mas também do percentil da altura, determinado previamente através das tabelas próprias (ver Tabelas 1 e 2).

4. AVALIAÇÃO

Em relação à TA sistólica e à TA diastólica, há que:

- 1º Identificar na tabela de percentis a linha da idade da criança ou do adolescente;

- 2º Encontrar a coluna correspondente ao percentil da altura, previamente determinado;
- 3º Determinar o percentil (ou intervalo de percentis) da TA, em função do percentil da altura e dos valores de TA sistólica e diastólica verificados (ver Exemplos);
- 4º Registrar os valores obtidos no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ).

5. ORIENTAÇÕES CLÍNICAS

- a) Em todos os casos de **pré-HTA** e **HTA**:
 - Recomendar manutenção de peso adequado, comportamentos alimentares saudáveis (sobretudo, redução de consumo de sal), manutenção de peso adequado e prática de atividade física regular;
 - Avaliar os fatores de risco (história familiar e comorbilidades).
- b) **Pré-HTA**
 - Reavaliar no prazo de 6 meses.
- c) **HTA Estádio 1**
 - Repetir em mais duas ocasiões separadas (1-2 semanas). Se confirmada HTA, referenciar para uma consulta de especialidade.
- d) **HTA Estádio 2**
 - Referenciar para uma consulta de especialidade ou, no caso da criança/jovem estar sintomática, para o Serviço de Urgência.

6. EXEMPLOS

1. **Menina de 4 A, altura no percentil 25 (previamente determinado).
TA 98-56 mm Hg**

Exemplo 1 - Tabela Raparigas

Idade	Percentil Tensão Arterial	TA sistólica, mm Hg								TA diastólica, mm Hg							
		Percentil de Altura								Percentil de Altura							
		5	10	25	50	75	90	95		5	10	25	50	75	90	95	
4 anos ♀	90	101	102	103	104	106	107	108		64	64	65	66	67	67	68	
	95	105	106	107	108	110	111	112		68	68	69	70	71	71	72	
	99	112	113	114	115	117	118	119		76	76	76	77	78	79	79	

Comentário: quer a TA sistólica quer a diastólica estão abaixo do valor correspondente ao percentil 90 para a idade e percentil da altura (respetivamente 103 mm Hg e 65 mm Hg), portanto a TA está normal.

**2. Rapaz de 9 A, altura no percentil 75.
TA 120-79mm Hg**

Exemplo 2 - Tabela Rapazes

Idade	Percentil Tensão Arterial	TA sistólica, mm Hg							TA diastólica, mm Hg						
		Percentil de Altura							Percentil de Altura						
		5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
9 anos ♂	90	109	110	112	114	115	117	118	72	73	74	75	76	76	77
	95	113	114	116	118	119	121	121	76	77	78	79	80	81	81
	99	120	121	123	125	127	128	129	84	85	86	87	88	88	89

Comentário: a TA sistólica está entre o valor correspondente ao percentil 95 (119 mm Hg) e o percentil 99 (127 mm Hg), ou seja, HTA estágio 1. A TA diastólica está entre o percentil 90 (76 mm Hg) e o 95 (80 mm Hg) – corresponde assim a pré-HTA. Apesar da TA diastólica se encontrar abaixo do percentil 95, dado que a TA sistólica se encontra no percentil correspondente a HTA estágio 1, considera-se que esta criança apresenta HTA estágio 1, que deverá ser confirmada em mais duas ocasiões separadas.

Tabela 1 - RAPAZES - Valores da TA por Idade e Percentil de Altura *

Idade (anos)	Percentil TA	TA sistólica, mm Hg							TA diastólica, mm Hg						
		Percentil de Altura							Percentil de Altura						
		5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
1	90	94	95	97	99	100	102	103	49	50	51	52	53	53	54
	95	98	99	101	103	104	106	106	54	54	55	56	57	58	58
	99	105	106	108	110	112	113	114	61	62	63	64	65	66	66
2	90	97	99	100	102	104	105	106	54	55	56	57	58	58	59
	95	101	102	104	106	108	109	110	59	59	60	61	62	63	63
	99	109	110	111	113	115	117	117	66	67	68	69	70	71	71
3	90	100	101	103	105	107	108	109	59	59	60	61	62	63	63
	95	104	105	107	109	110	112	113	63	63	64	65	66	67	67
	99	111	112	114	116	118	119	120	71	71	72	73	74	75	75
4	90	102	103	105	107	109	110	111	62	63	64	65	66	66	67
	95	106	107	109	111	112	114	115	66	67	68	69	70	71	71
	99	113	114	116	118	120	121	122	74	75	76	77	78	78	79
5	90	104	105	106	108	110	111	112	65	66	67	68	69	69	70
	95	108	109	110	112	114	115	116	69	70	71	72	73	74	74
	99	115	116	118	120	121	123	123	77	78	79	80	81	81	82
6	90	105	106	108	110	111	113	113	68	68	69	70	71	72	72
	95	109	110	112	114	115	117	117	72	72	73	74	75	76	76
	99	116	117	119	121	123	124	125	80	80	81	82	83	84	84
7	90	106	107	109	111	113	114	115	70	70	71	72	73	74	74
	95	110	111	113	115	117	118	119	74	74	75	76	77	78	78
	99	117	118	120	122	124	125	126	82	82	83	84	85	86	86
8	90	107	109	110	112	114	115	116	71	72	72	73	74	75	76
	95	111	112	114	116	118	119	120	75	76	77	78	79	79	80
	99	119	120	122	123	125	127	127	83	84	85	86	87	87	88
9	90	109	110	112	114	115	117	118	72	73	74	75	76	76	77
	95	113	114	116	118	119	121	121	76	77	78	79	80	81	81
	99	120	121	123	125	127	128	129	84	85	86	87	88	88	89

Tabela 1 - RAPAZES - Valores da TA por Idade e Percentil de Altura * (continuação)

Idade (anos)	Percentil TA	TA sistólica, mm Hg							TA diastólica, mm Hg						
		Percentil de Altura							Percentil de Altura						
		5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
10	90	111	112	114	115	117	119	119	73	73	74	75	76	77	78
	95	115	116	117	119	121	122	123	77	78	79	80	81	81	82
	99	122	123	125	127	128	130	130	85	86	86	88	88	89	90
11	90	113	114	115	117	119	120	121	74	74	75	76	77	78	78
	95	117	118	119	121	123	124	125	78	78	79	80	81	82	82
	99	124	125	127	129	130	132	132	86	86	87	88	89	90	90
12	90	115	116	118	120	121	123	123	74	75	75	76	77	78	79
	95	119	120	122	123	125	127	127	78	79	80	81	82	82	83
	99	126	127	129	131	133	134	135	86	87	88	89	90	90	91
13	90	117	118	120	122	124	125	126	75	75	76	77	78	79	79
	95	121	122	124	126	128	129	130	79	79	80	81	82	83	83
	99	128	130	131	133	135	136	137	87	87	88	89	90	91	91
14	90	120	121	123	125	126	128	128	75	76	77	78	79	79	80
	95	124	125	127	128	130	132	132	80	80	81	82	83	84	84
	99	131	132	134	136	138	139	140	87	88	89	90	91	92	92
15	90	122	124	125	127	129	130	131	76	77	78	79	80	80	81
	95	126	127	129	131	133	134	135	81	81	82	83	84	85	85
	99	134	135	136	138	140	142	142	88	89	90	91	92	93	93
16	90	125	126	128	130	131	133	134	78	78	79	80	81	82	82
	95	129	130	132	134	135	137	137	82	83	83	84	85	86	87
	99	136	137	139	141	143	144	145	90	90	91	92	93	94	94
17	90	127	128	130	132	134	135	136	80	80	81	82	83	84	84
	95	131	132	134	136	138	139	140	84	85	86	87	87	88	89
	99	139	140	141	143	145	146	147	92	93	93	94	95	96	97

* National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents. *The Fourth Report on the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure in Children and Adolescents*. Pediatrics 2004; 114 (2): 555-576

Tabela 2 - RAPARIGAS - Valores da TA por Idade e Percentil de Altura *

Idade (anos)	Percentil TA	TA sistólica, mm Hg							TA diastólica, mm Hg						
		Percentil de Altura							Percentil de Altura						
		5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
1	90	97	97	98	100	101	102	103	52	53	53	54	55	55	56
	95	100	101	102	104	105	106	107	56	57	57	58	59	59	60
	99	108	108	109	111	112	113	114	64	64	65	65	66	67	67
2	90	98	99	100	101	103	104	105	57	58	58	59	60	61	61
	95	102	103	104	105	107	108	109	61	62	62	63	64	65	65
	99	109	110	111	112	114	115	116	69	69	70	70	71	72	72
3	90	100	100	102	103	104	106	106	61	62	62	63	64	64	65
	95	104	104	105	107	108	109	110	65	66	66	67	68	68	69
	99	111	111	113	114	115	116	117	73	73	74	74	75	76	76
4	90	101	102	103	104	106	107	108	64	64	65	66	67	67	68
	95	105	106	107	108	110	111	112	68	68	69	70	71	71	72
	99	112	113	114	115	117	118	119	76	76	76	77	78	79	79
5	90	103	103	105	106	107	109	109	66	67	67	68	69	69	70
	95	107	107	108	110	111	112	113	70	71	71	72	73	73	74
	99	114	114	116	117	118	120	120	78	78	79	79	80	81	81
6	90	104	105	106	108	109	110	111	68	68	69	70	70	71	72
	95	108	109	110	111	113	114	115	72	72	73	74	74	75	76
	99	115	116	117	119	120	121	122	80	80	80	81	82	83	83
7	90	106	107	108	109	111	112	113	69	70	70	71	72	72	73
	95	110	111	112	113	115	116	116	73	74	74	75	76	76	77
	99	117	118	119	120	122	123	124	81	81	82	82	83	84	84
8	90	108	109	110	111	113	114	114	71	71	71	72	73	74	74
	95	112	112	114	115	116	118	118	75	75	75	76	77	78	78
	99	119	120	121	122	123	125	125	82	82	83	83	84	85	86
9	90	110	110	112	113	114	116	116	72	72	72	73	74	75	75
	95	114	114	115	117	118	119	120	76	76	76	77	78	79	79
	99	121	121	123	124	125	127	127	83	83	84	84	85	86	87

Tabela 2 - RAPARIGAS - Valores da TA por Idade e Percentil de Altura * (continuação)

Idade (anos)	Percentil TA	TA sistólica, mm Hg							TA diastólica, mm Hg						
		Percentil de Altura							Percentil de Altura						
		5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
10	90	112	112	114	115	116	118	118	73	73	73	74	75	76	76
	95	116	116	117	119	120	121	122	77	77	77	78	79	80	80
	99	123	123	125	126	127	129	129	84	84	85	86	86	87	88
11	90	114	114	116	117	118	119	120	74	74	74	75	76	77	77
	95	118	118	119	121	122	123	124	78	78	78	79	80	81	81
	99	125	125	126	128	129	130	131	85	85	86	87	87	88	89
12	90	116	116	117	119	120	121	122	75	75	75	76	77	78	78
	95	119	120	121	123	124	125	126	79	79	79	80	81	82	82
	99	127	127	128	130	131	132	133	86	86	87	88	88	89	90
13	90	117	118	119	121	122	123	124	76	76	76	77	78	79	79
	95	121	122	123	124	126	127	128	80	80	80	81	82	83	83
	99	128	129	130	132	133	134	135	87	87	88	89	89	90	91
14	90	119	120	121	122	124	125	125	77	77	77	78	79	80	80
	95	123	123	125	126	127	129	129	81	81	81	82	83	84	84
	99	130	131	132	133	135	136	136	88	88	89	90	90	91	92
15	90	120	121	122	123	125	126	127	78	78	78	79	80	81	81
	95	124	125	126	127	129	130	131	82	82	82	83	84	85	85
	99	131	132	133	134	136	137	138	89	89	90	91	91	92	93
16	90	121	122	123	124	126	127	128	78	78	79	80	81	81	82
	95	125	126	127	128	130	131	132	82	82	83	84	85	85	86
	99	132	133	134	135	137	138	139	90	90	90	91	92	93	93
17	90	122	122	123	125	126	127	128	78	79	79	80	81	81	82
	95	125	126	127	129	130	131	132	82	83	83	84	85	85	86
	99	133	133	134	136	137	138	139	90	90	91	91	92	93	93

* National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents. *The Fourth Report on the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure in Children and Adolescents*. Pediatrics 2004; 114 (2): 555-576

Texto de apoio 5

Puberdade e entrevista ao adolescente



PUBERDADE E ENTREVISTA AO ADOLESCENTE

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), considera-se adolescente o indivíduo entre os 10 e os 19 anos (A). Nesta fase da vida, as transformações físicas são exuberantes, as capacidades cognitivas aumentam claramente, o repertório afetivo enriquece-se e o processo de socialização estrutura-se de uma forma mais sofisticada. No início deste período acontece a PUBERDADE - conjunto de mudanças no organismo que transformam o corpo infantil num corpo adulto, capaz de expressar-se eroticamente e de reproduzir-se.

O fenómeno, comum a ambos os sexos, apresenta características específicas em cada um deles, que merecem a devida ponderação na vigilância de saúde.

LIMITES E DURAÇÃO

A puberdade tem início em média aos 10 A nas raparigas e dois anos mais tarde nos rapazes, mas os limites do normal são bastante variáveis.

Quadro 1. Limites etários da puberdade

	Idade média de início	Limite inferior do normal	Limite superior do normal	Primeiro sinal pubertário
Raparigas	10 A	8 A	13 A	Botão mamário
Rapazes	12 A	9 A	14 A	Aumento de volume testicular (volume $\geq$ 4 ml)

Em termos práticos, considera-se que a puberdade é precoce quando surgem sinais pubertários antes dos 8 A nas raparigas e dos 9 A nos rapazes; no extremo oposto, existe atraso pubertário quando não há sinais pubertários aos 13 A nas raparigas e aos 14 A nos rapazes, ou quando as raparigas permanecem amenorreicas aos 16 A. Estes casos devem ser referenciados a uma consulta hospitalar (de endocrinologia, pediatria geral ou de adolescentes).

Todo o processo da puberdade, desde os primeiros sinais até à plena maturidade física, desenrola-se num espaço de tempo que pode variar entre 18 meses e 5 A, em geral três a quatro anos. Habitualmente, nos casos em que se inicia mais cedo, a duração é maior.

ESTÁDIOS DE TANNER

A sequência das transformações pubertárias mais evidentes (mama, genitais externos nos rapazes e pêlos púbicos nos dois sexos) foi descrita por James Tanner, nos anos sessenta. Desde então, os estádios, que têm o seu nome (estádios de Tanner) são utilizados na prática clínica, em todo o mundo, para situar um adolescente neste processo e, deste modo, verificar qual a sua progressão pubertária (**Quadro 2**).

Outros eventos marcantes que fazem parte deste processo de mudanças podem ser relacionados com os estádios pubertários:

- a **menarca**, que na maioria dos casos acontece no estágio M4;
- a **espermarca** (primeiras ejaculações), que ocorre geralmente no estágio G3, através de poluções noturnas;
- as **mudanças da voz**, que surgem no estágio G3 ou G4;
- a **acne**, mais associado ao estágio 3, em ambos os sexos.

A **capacidade reprodutiva** depende da existência de gâmetas viáveis. Se bem que os ciclos sejam muitas vezes anovulatórios nos primeiros 2 a 3 A após a menarca, a fecundidade é possível desde logo. Do mesmo modo, no sexo masculino, embora se verifique frequentemente oligospermia de início, a fecundidade também pode ocorrer desde a espermarca.

Aliadas a estas modificações *major*, sob a ação dos esteroides sexuais, verificam-se, a nível genital, mudanças que também são importantes para a cópula e decisivas no processo da reprodução. É disso exemplo a transformação do epitélio vaginal, que se torna mais secretório, vindo a ser colonizado pelos bacilos de Doderlein, que têm uma função relevante na defesa contra as infeções de transmissão sexual. O epitélio do colo do útero também sofre modificações, particularmente as células do endocolo que produzem o muco cervical.

O desenvolvimento testicular é um aspeto importante no acompanhamento da puberdade nos rapazes. O processo monitoriza-se mediante observação clínica direta e através do ensino da auto palpação.

CRESCIMENTO

Durante a puberdade, ocorre uma aceleração da velocidade de crescimento que determina o **surto de crescimento pubertário**. Com efeito, a seguir ao crescimento ocorrido na fase anterior a uma velocidade de 5-6 cm/ano, ocorre um período, de duração variável, de 2 a 4 A, a um ritmo de 8-10 cm/ano no sexo feminino e de 10-12 cm/ano no sexo masculino. A diferença nestes valores, aliada ao facto deste fenómeno ocorrer cerca de dois anos mais tarde no sexo masculino (proporcionando assim aos rapazes mais tempo para crescer), justifica a diferença média de 13 cm observada na idade adulta entre homens e mulheres situados no mesmo percentil.

Nas raparigas, o pico da velocidade de crescimento ocorre no estágio 3 de Tanner, em média aos 12 A, e o crescimento residual após a menarca é de 6 a 8 cm. Nos rapazes, o pico da velocidade de crescimento, ocorre no estágio 4, em média aos 14 A. Na puberdade, o acréscimo da altura é de cerca de 25 cm no sexo feminino e de 28 cm no sexo masculino.

Outra particularidade do crescimento corporal nesta idade é que os vários segmentos não crescem ao mesmo tempo: os primeiros a aumentar são as extremidades (mãos e pés), seguidos dos membros superiores e inferiores e, no final, o tronco. Deste modo, por exemplo, o tamanho do pé estabiliza quando ainda há potencial de crescimento nos outros segmentos.

COMPOSIÇÃO CORPORAL E CONSTANTES BIOLÓGICAS

As hormonas sexuais não atuam apenas no aparelho genital e no esqueleto. Os seus recetores encontram-se em muitos tecidos do organismo, promovendo o dimorfismo sexual, por ocasião das transformações da puberdade. Assim:

- A cintura escapular é mais sensível à ação da testosterona e a cintura pélvica à das hormonas femininas, daí a diferença, no final da puberdade.
- Os rapazes adquirem, percentualmente, mais massa magra (músculo) e as raparigas mais massa gorda.
- A nível do aparelho cardiovascular, a massa ventricular esquerda correlaciona-se com a maturação sexual. Do mesmo modo, a pressão arterial média aumenta com o estágio pubertário. A ficha lipídica é condicionada, de modo desigual, pelas hormonas masculinas, que têm um efeito aterogénico e pelas femininas, que têm um efeito contrário.
- No sexo masculino, a hemoglobina e o hematócrito aumentam por ação direta dos androgénios na medula; este aumento é paralelo ao do nível de testosterona, correlacionando-se, assim, com o estágio pubertário. Assim, a interpretação dos valores hematológicos nos rapazes, nesta idade, deve ter em conta o estágio pubertário; um rapaz de 12 ou de 14 A, em diferentes fases da puberdade, tem necessariamente valores hematológicos diferentes. No sexo feminino não se verifica qualquer modificação apreciável relacionada com a idade ou o estágio pubertário.
- O grande aumento da produção dos esteroides sexuais tem, de igual modo, impacto relevante no cérebro, o qual possui inúmeros recetores específicos para estes. Atualmente, considera-se que existem dois períodos de organização dos circuitos neuronais e do comportamento, dependentes dos esteroides sexuais: um, no período neonatal e, outro, na adolescência. É esta remodelação ocorrida na segunda década da vida que conduz à aquisição das capacidades cognitivas do adulto e à construção de estratégias para a tomada de decisões, assim como à adoção de padrões de comportamento social.

Quadro 2. Estádios de Tanner

ESTÁDIOS	P (PILOSIDADE PÚBLICA)	M (DESENVOLVIMENTO MAMÁRIO)	G (ÓRGÃOS GENITAIS)
1	Pré-púbere: ausente	Pré-púbere	Pré-púbere; Testículos $\pm 2,5$ ml
2	Alguns pêlos longos; Pigmentados	Botão mamário	Aumento dos testículos (volume ≥ 4 ml); Pigmentação do escroto
3	Pêlos escuros, encaracolados, > quantidade	Mama e aréola maiores	Aalongamento do pénis; testículos maiores
4	Pêlos tipo adulto; não atingem a face interna das coxas	Aréola e mamilo destacam-se do contorno da mama	Alargamento pénis; pregueamento da pele do escroto
5	Distribuição tipo adulto	Morfologia adulta; mama e aréola no mesmo plano	Tipo adulto; volume testicular: 15-25 ml

ENTREVISTA AO ADOLESCENTE

Na entrevista com o(a) adolescente os aspectos psicossociais adquirem uma particular importância e permitem, por um lado conhecê-lo (a) em diversas facetas e, por outro, identificar pontos fortes e fatores de vulnerabilidade pessoal.

Para ajudar o(a) profissional de saúde neste conhecimento, *Goldenring e Cohen* descreveram, em 1985, o acrónimo *HEADS*, que foi sendo sucessivamente aumentado, para aquele que hoje em dia se utiliza a nível mundial – *HEEADSSS*. Assim:

- H** – *home* (casa, família);
- E** – *education e employment* (escola e emprego);
- E** – *eating* (alimentação);
- A** – *activities* (atividades desportivas e de lazer);
- D** – *drugs* (consumos, adição);
- S** – *sexuality* (sexualidade);
- S** – *Suicide* (depressão, suicídio, humor);
- S** – *Safety* (segurança, acidentes, violência).

No quadro seguinte (Quadro 3), com adaptações, apresentam-se algumas questões relacionadas com estes vários tópicos, sugeridas pelos próprios autores; numa primeira consulta, é habitual escolherem-se questões mais neutras, que deverão ser aprofundadas nas consultas subsequentes.

Quadro 3. Exemplos de questões relacionadas com o acrónimo *HEEADSSS*.

CASA	▪ Onde moras? Há quanto tempo estás nessa casa? ▪ Com quem vives? ▪ Tens um quarto só para ti? ▪ Como é o relacionamento entre os membros da família? ▪ De quem te sentes mais próximo(a)? ▪ Alguém saiu de casa recentemente? Há alguém de novo?
ESCOLA	▪ Em que escola andas? Como é a escola? Mudaste recentemente? ▪ Quais as disciplinas que preferes? E as que menos gostas? ▪ Tens amigo(a)s na escola? ▪ Como é o teu aproveitamento? Modificou-se recentemente? ▪ Que planos tens quanto ao futuro? ▪ Trabalhas? Onde? Qual o horário de trabalho?
ALIMENTAÇÃO	▪ De que é que gostas e não gostas no teu corpo? ▪ O teu peso alterou-se recentemente? De que modo? ▪ O que é para ti uma dieta saudável? É a que fazes? ▪ Já fizeste dieta alguma vez? ▪ Praticas exercício diariamente?
ATIVIDADES	▪ O que fazes quando estás com o(a)s amigo(a)s? ▪ Praticas algum desporto? Quantas vezes por semana? ▪ O que fazes quando estás com a tua família? ▪ Tens alguma outra atividade organizada (grupo de jovens, escuteiros, voluntariado, etc)? ▪ Tens alguns <i>hobbies</i>? Gostas de ler? Que livro estás a ler agora? ▪ Quantas horas de televisão vês por dia? E computador? E vídeo-jogos?
CONSUMOS	▪ No teu grupo de amigo(a)s, alguém fuma, bebe álcool ou consome drogas? ▪ E tu próprio? ▪ E na tua família? ▪ Alguém fuma na tua casa? ▪ Tens algum familiar que tenha sido alcoólico ou tenha consumido drogas?
SEXUALIDADE	▪ Tens namorado(a) atualmente? Já tiveste antes? ▪ Já tiveste relações sexuais? ▪ O que significa “sexo seguro” para ti? ▪ Utilizas contraceção? Que método contraceutivo usas? ▪ Alguma vez foste forçado(a) a envolveres-te em práticas sexuais contra a tua vontade? ▪ Já tiveste alguma infeção transmitida por via sexual? Quando e qual?
DEPRESSÃO/ SUICÍDIO	▪ Sentes-te triste ou “em baixo” mais do que o habitual? ▪ Estás sempre chateado(a)? ▪ Tens dificuldade em dormir? ▪ Pensas por vezes em te magoares a ti próprio(a) ou a outra pessoa? ▪ Achas que estás a perder o interesse em coisas que antes te davam prazer? ▪ Isolas-te mais do(a)s amigo(a)s, nos últimos tempos? ▪ Conheces alguém que tenha pensado em suicidar-se? Isso já sucedeu contigo? ▪ Começaste a fumar, beber ou usar drogas para te sentires melhor e mais calmo(a)?

SEGURANÇA

- Já tiveste algum acidente grave ou provocaste algum acidente?
- Usas sempre cinto de segurança, no carro?
- Alguma vez andaste de carro com um(a) condutor(a) embriagado(a)?
- Usas equipamentos de segurança quando praticas desportos (por exemplo, capacete)?
- Existe violência na tua família?
- Existe violência na tua escola?
- Alguma vez foste agredido ou abusado sexualmente?
- Alguma vez foste vítima ou te envolveste em *bullying* ou em situação de violência no namoro?

DOCUMENTO DE TRABALHO