

# Saúde Infantil e Juvenil

Manual de Boas Práticas



## Documento de controlo

Versão	Elaboração / revisão	Validação pelo Conselho Técnico	Aprovação em Conselho Geral
1	Célia Devesa	22/08/2022	06/10/2022

## **Siglas e Abreviaturas**

**CSP** – Cuidados de Saúde Primários

**DGS** – Direção Geral da Saúde

**IMC** – Índice de Massa Corporal

**IPSS** – Instituições Particulares de Solidariedade Social

**MCDT** – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

**MCHAT** – Modified Checklist for Autism in Toddlers

**NACJR** – Núcleo de apoio a crianças e jovens em risco

**PNPSO** – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

**PNSIJ** – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

**PNV** – Programa Nacional de Vacinação

**SNIPI** – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

**USF TR** – Unidade de Saúde Familiar Terra Viva

## Índice

1.	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	5
2.	<b>PERIODICIDADE</b> .....	7
3.	<b>REGISTOS CLÍNICOS NO PROGRAMA DE SAÚDE INFANTIL</b> .....	8
4.	<b>DESCRIÇÃO GERAL</b> .....	10
4.1.	PARÂMETROS A AVALIAR: 0 – 9 MESES DE IDADE.....	11
4.2.	CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS: 0 – 9 MESES DE IDADE .....	13
4.3.	PARÂMETROS A AVALIAR: 12 MESES – 3 ANOS.....	15
4.4.	CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS: 12 MESES – 3 ANOS .....	17
4.5.	PARÂMETROS A AVALIAR: 4 ANOS – 8 ANOS .....	18
4.6.	CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS: 4 ANOS – 8 ANOS.....	20
4.7.	PARÂMETROS A AVALIAR: 10 ANOS – 18 ANOS .....	21
4.8.	CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS: 10 ANOS – 18 ANOS.....	23
5.	<b>CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO OU COM NECESSIDADES ESPECIAIS</b> .....	25
6.	<b>PERTURBAÇÕES EMOCIONAIS E DO COMPORTAMENTO</b> .....	26
7.	<b>SISTEMAS DE RETENÇÃO DE ACORDO COM O PESO E IDADE</b> .....	27
8.	<b>IDADES ÓTIMAS PARA CIRURGIAS</b> .....	28
9.	<b>AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO</b> .....	29
10.	<b>PROGRAMA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE ORAL</b> .....	31
11.	<b>RASTREIO DAS DISLIPIDEMIAS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES</b> .....	32
12.	<b>AVALIAÇÃO DA TENSÃO ARTERIAL</b> .....	34
13.	<b>PUBERDADE E ENTREVISTA A ADOLESCENTES</b> .....	35
14.	<b>PROGRAMA NACIONAL DE VACINAÇÃO</b> .....	37
14.1.	VACINAS EXTRA-PLANO.....	38
15.	<b>INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO</b> .....	41
16.	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	42
17.	<b>ANEXOS</b> .....	43
17.1.	ANEXO 1: Procedimento Diagnóstico Precoce.....	44
17.2.	ANEXO 2: Aleitamento Materno.....	49
17.3.	ANEXO 3: Diversificação Alimentar no Primeiro Ano de Vida .....	52
17.4.	ANEXO 4: Febre na criança / adolescente .....	55
17.5.	ANEXO 5: Cólicas na criança .....	58
17.6.	ANEXO 6: Escovagem dos Dentes .....	61
17.7.	ANEXO 7: Drogas e Álcool.....	64
17.8.	ANEXO 8: M-CHAT .....	71

## 1. INTRODUÇÃO

De acordo com o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) a consulta de saúde infantil e juvenil destina-se a todos os utentes dos 0 aos 18 anos.

Este recurso constitui um meio através do qual se garante a prestação de cuidados de saúde adequados e eficazes, promovendo a saúde e prevenindo a doença através de ações de educação para a saúde adequadas á idade e situação de cada criança e jovem.

A melhoria dos padrões de qualidade implica o empenho de todos os profissionais bem como a harmonização e uniformização dos cuidados prestados, sendo para isso necessário a constante atualização da formação dos profissionais de saúde.

### **Os objetivos da consulta de saúde infantil e juvenil são:**

- Vigiar e Avaliar o crescimento e desenvolvimento e registar em suportes próprios;
- Incentivar comportamentos promotores de saúde, entre os quais:
  - 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.
- Promover imunização contra doenças transmissíveis, a saúde oral e o aleitamento materno;
- Prevenir as perturbações emocionais e do comportamento, os acidentes, os maus hábitos e maus-tratos;
- Detetar precocemente e encaminhar situações que possam afetar negativamente a vida ou afetar a qualidade de vida da criança e do adolescente
- 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 justifiquem o recurso aos diversos serviços de saúde;
- Sinalizar e proporcionar apoio continuado às crianças com doença crónica/deficiência e às suas famílias e articular com os vários intervenientes;

- Assegurar a realização do aconselhamento genético;
- Identificar, apoiar e orientar as crianças e famílias vítimas de maus-tratos e de violência;
- Promover o desenvolvimento pessoal e social e a autodeterminação das crianças e dos jovens;
- Apoiar e estimular o exercício adequado das responsabilidades parentais e promover o bem-estar familiar.

A concretização destes objetivos implica a otimização dos meios disponíveis, do trabalho em equipa, das relações intra e interinstitucionais, da família e da comunidade.

Este manual surge com a finalidade de uniformizar critérios, linguagem e formas de atuação, bem como orientar e sistematizar a consulta de saúde infantil e juvenil cumprindo as normas da Direção Geral da Saúde (DGS), em particular o Programa de Saúde Infantil e Juvenil (2013).

## 2. PERIODICIDADE

As consultas são agendadas de acordo com o esquema cronológico recomendado pelo (PNSIJ):

Periodicidade	
<b>Primeiro ano</b>	1ª semana de vida, 1 Mês, 2 M, 4 M, 6 M, 9M
<b>1 – 3 anos</b>	12 M, 15 M, 18 M, 2 A, 3 A
<b>4 – 9 anos</b>	4 A, 5 A (Exame Global Saúde), 6 ou 7 A (final 1ºano escolaridade), 8
<b>10 – 18 anos</b>	10 A (início 2º ciclo), 12-13 A (Exame Global Saúde), 15-18 A

**Tabela 1:** Periodicidade das consultas de vigilância

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 doenças graves, divórcios ou luto.

### 3. REGISTOS CLÍNICOS NO PROGRAMA DE SAÚDE INFANTIL

O Programa de Saúde Infantil (SI) no SClínico® permite ao profissional identificar os responsáveis pela criança, assinalar a sua vigilância na USF (sim/não), preencher a informação respeitante ao período pré-natal e natal, bem como aquela referente ao período neonatal.

Aquando das consultas de vigilância, dever-se-á proceder ao preenchimento dos campos respeitantes aos separadores:

- Parâmetros a Avaliar;
- Sheridan;
- Sinais de Alarme;
- Cuidados Antecipatórios.

Sempre que a situação o justifique pode aceder-se aos separadores:

- Avaliação do risco familiar;
- SNIPI (Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância).

Aquando da consulta dos jovens com  $\geq 10$  anos deve – se averiguar os hábitos tabágicos/alcoólicos/drogas, registando essa informação no campo designado para o efeito na “Ficha Individual”, devendo esta caracterização ser efetuada e registada com uma periodicidade máxima de 3/3 anos.

Na aferição de acompanhamento adequado em SI, uma das verificações da avaliação mínima do desenvolvimento da criança passa por:

- Ter pelo menos 2 registos parametrizados de avaliação do desenvolvimento psicomotor (Sheridan) até aos 11 meses de vida
- Ter pelo menos 1 registo parametrizado de avaliação do desenvolvimento psicomotor (Sheridan) entre os 11 e os 23 meses de vida

No momento da consulta de vigilância, o registo de biometrias deverá ser efetuado em campo próprio, existindo assim acesso automático ao respetivo percentil.

No decorrer da consulta, deverá haver registo, quando efetuado, da prática de educação para a saúde. Tal cumprimento é verificado:

- No sistema de informação, para os médicos, se existem registos da prática da educação para a saúde na consulta dos grupos de risco e vulneráveis (codificação 45 no “P” do SOAP);
- No sistema de informação, para os enfermeiros, se existem registos da prática da educação para a saúde na consulta dos grupos de risco e vulneráveis.

A informação relevante abordada em consulta deverá ficar registada nos campos próprios do SClínico®, Boletim de Saúde Infantil e Juvenil; Boletim de vacinas e no E- Vacinas.

## 4. DESCRIÇÃO GERAL

A primeira consulta de vida dá-nos a conhecer o novo utente, sendo essencial para o início de uma vigilância correta.

É nesta consulta que se realiza a colheita de sangue para o Programa Nacional de Rastreio Neonatal, (anexo 1) procedimento do Diagnóstico Precoce utilizado na unidade

É realizada a avaliação do período neonatal precoce, avaliação do risco e da necessidade de vacinação de vacinação BCG, bem como os procedimentos adequados à vigilância e promoção de saúde do recém-nascido.

O início do acompanhamento da criança é também marcado pela promoção da vigilância que se pautará pelas linhas que se seguem.

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.

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

## 4.1. PARÂMETROS A AVALIAR: 0 – 9 MESES DE IDADE

	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 ●		17 ●	17 ●
Audição ***	2 ●	●	●	13 ●	●	18, 20 ●
Exame físico	●	●	●	●	●	21 ●
Desenvolvimento ***	3 ●	8 ●	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 ●

Procedimento de Enfermagem — ; Procedimento Médico ●

Figura 1: Parâmetros a avaliar 0-9 meses (adaptado de PNSIJ)

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;
4. Verificar a realização das Vacinas Hepatite B e rastreio de doenças metabólicas (3.º e 6.º dia de vida);
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;
12. Sinal de alerta –bebé inconsolável/bebé apático sem períodos de comunicação;
13. Observar ou perguntar ao principal cuidador se reage à 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 mutilação genital feminina;
22. Sinal de alerta – não tem equilíbrio sentado; sem preensão palmar; não leva objetos à boca; não reage a sons;
23. Sinal de alerta – não faz “gracinhas” e não procura preferencialmente a proximidade do cuidador principal;
24. Promover cuidados de higiene (banho e cordão umbilical).

## 4.2. CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS: 0 – 9 MESES DE IDADE

	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.

Procedimento de Enfermagem — ; Procedimento Médico ●

**Figura 2:** Cuidados antecipatórios 0-9 meses (adaptado de PNSIJ)

1. 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 (fornecer folheto sobre aleitamento materno (anexo 2) bem como o folheto sobre diversificação alimentar no 1º ano de vida (anexo 3));
2. Decúbito dorsal (tendo em conta a prevenção da síndrome da morte súbita do lactente);
3. Posição quando acordado – decúbito ventral/colo;
4. Ler com os pais as informações que estão no BSIJ;
5. Sintomas ou sinais que justificam recorrer aos serviços de saúde (recusa alimentar, gemido, icterícia generalizada, prostração, febre, cor “acinzentada”, entre outros), fornecer folheto informativo sobre febre (anexo 4);

6. Averiguar dificuldades do principal cuidador na relação com o seu bebé e nas interações familiares;
7. 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, fornecer folheto informativo sobre cólicas (anexo 5);
10. Conduta face a sinais e sintomas comuns (choro, obstrução nasal, tosse, diarreia, obstipação, febre);
11. Consultar as atividades promotoras 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.

## 4.3. PARÂMETROS A AVALIAR: 12 MESES – 3 ANOS

	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, 21 ●	15, 21 ●	20, 21 ●
Rastreio de dislipidémias				16 ●	
Risco de Maus Tratos*****	●	●	●	●	●
Segurança do ambiente	6 ●	6 ●	6 ●	6 ●	6 ●

Procedimento de Enfermagem — ; Procedimento Médico ●

**Figura 3:** Parâmetros a avaliar 12 meses – 3 anos. (adaptado de PNSIJ)

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;
2. Confirmar a presença de testículos nas bolsas e, em famílias de risco, pesquisar sinais de mutilação genital feminina;
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));
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. Sinal 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, rastreio das dislipidémias em crianças e adolescentes;
17. Avaliação da tensão arterial;
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;
21. Alterações significativas da vida e avaliação de fatores de risco relacionados com o nascimento de irmãos e situação de luto face à perda de entes queridos.

## 4.4. CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS: 12 MESES – 3 ANOS

	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 ●	4,13 ●	4,12 ●	3 ●
Relação emocional/comportamento/Perturbações	3,5,6 ●	3,5,10,11 ●	5,3,10,13,14 ●	3,10,14,18 ●	3,14,18,19,20,21 ●
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 ●

Procedimento de Enfermagem — ; Procedimento Médico ●

**Figura 4:** Cuidados antecipatórios 12 meses – 3 anos. (adaptado de PNSIJ)

1. Referir a anorexia fisiológica do segundo ano de vida;
2. A escovagem dos dentes deve ser efetuada duas vezes por dia (fornecer folheto Escovagem dos dentes como fazer da DGS (anexo 6));
3. Ler com os pais as informações que estão no BSIJ/emails do e Boletim 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. Brincar, desenhar, hábitos de televisão e vídeos, ritual de adormecer;
16. Desmame da chupeta;
17. Conversar sobre o infantário (adaptação e socialização), valorizar a opinião de outros técnicos – ligação à Saúde Escolar;
18. Negativismo, birras, ciúmes, rivalidade, relacionamento com outras crianças;
19. Sexualidade (reconhecimento das diferenças e semelhanças entre sexos); equidade de género – consultar <http://www.cig.gov.pt/guiaoeducacao/>;
20. Medos, terrores noturnos e pesadelos.

#### 4.5. PARÂMETROS A AVALIAR: 4 ANOS – 8 ANOS

	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***	●	●	14 ●	14 ●
Exame físico****	●	●	●	●
Linguagem/Dificuldades específicas da aprendizagem	4, 5 ●	4, 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, 11, 17, 18 ●
Risco de Maus Tratos*****	●	●	●	●
Segurança do ambiente	9 ●	9 ●	9 ●	9 ●

Procedimento de Enfermagem —; Procedimento Médico ●

**Figura 5:** Parâmetros a avaliar 4 anos – 8 anos. (adaptado de PNSIJ)

1. Avaliação da TA;
2. Verificar o estado dentário (fornecer folheto Escovagem dos dentes como fazer – DGS (anexo 6));
3. Aplicar Teste de Mary Sheridan; aos 5 anos 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. Sinal 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. Sinal 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;
13. Rastreio das perturbações visuais;
14. Teste da voz ciciada. Identificação de indicadores de risco para surdez;
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 e encoprese;
18. Sinais de alerta – dificuldades de aprendizagem sem défice cognitivo e na ausência de fatores pedagógicos adversos. Recusa escolar. Somatizações múltiplas ou persistentes.

## 4.6. CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS: 4 ANOS – 8 ANOS

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

Procedimento de Enfermagem — ; Procedimento Médico ●

**Figura 6:** Cuidados antecipatórios 4 anos – 8 anos. (adaptado de PNSIJ)

1. Restrição de alimentos açucarados, fritos, sumos, gorduras. Reforçar necessidade de pequeno-almoço e lanche a meio da manhã;
2. Ler com os pais as indicações no BSIJ;
3. Conversar sobre o infantário ou a escola (adaptação e socialização), valorizar opinião de outros técnicos – ligação à Saúde Escolar;
4. Estimular a perceção da lateralidade;
5. Estimular criatividade e hábitos de leitura, racionalizar hábitos de televisão/computador/vídeo jogos;
6. Ter atenção a sintomas de instabilidade psicomotora nos diferentes contextos de vida;
7. Enurese noturna e encoprese – um grande grupo de crianças ainda não tem controlo noturno de esfíncteres;
8. Preparação da entrada para a escola, adaptação ao meio escolar e promoção do sucesso escolar, postura correta;
9. Competitividade, prazer em jogos de regras;
10. Caminho para a escola, transporte escolar, quedas, intoxicações, afogamentos e queimaduras;

11. Horas de sono adequadas à idade, valorizar dificuldades em adormecer e pesadelos frequentes e recorrentes como sinais de alerta;
12. Aos 7 anos a criança receberá, na escola (ensino público e Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS)), um cheque-dentista;
13. Introduzir a utilização do fio dentário;
14. Verificar a utilização do cheque-dentista.

#### 4.7. PARÂMETROS A AVALIAR: 10 ANOS – 18 ANOS

	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 ●	12, 13 ●
Sinais/sintomas de alerta	6, 7, 15 ●	6, 7, 15 ●	6, 7 ●
Vacinação	8 ●	8 ●	8 ●
Risco de Maus Tratos*****	●	●	●
Segurança do ambiente	9 ●	9 ●	9, 14 ●

Procedimento de Enfermagem — ; Procedimento Médico ●

**Figura 7:** Parâmetros a avaliar 10 anos – 18 anos. (adaptado de PNSIJ)

1. Acne, hirsutismo;
2. Verificar o estado dentário e gengival;
3. Verificar a utilização do cheque-dentista dos 10 anos;

4. A partir dos 10 anos, 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 gênero); 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 perceção; comportamentos antissociais repetidos, isolamento mantido, comportamentos autoagressivos, fugas;
7. Condutas de risco – consumo de tabaco, álcool e/ou outras substâncias psicoativas ilícitas; comportamentos sexuais de risco fornecer folheto informativo sobre álcool e drogas (anexo 7);
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;
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;
15. Enurese e encoprese – avaliação da presença/existência e/ou manutenção.

## 4.8. CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS: 10 ANOS – 18 ANOS

	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	●	●	●

Procedimento de Enfermagem —; Procedimento Médico ●

**Figura 8:** Cuidados antecipatórios 10 anos – 18 anos. (adaptado de PNSIJ).

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 e higiene do sono;
5. Promover a escovagem dos dentes de manhã e à noite e o uso do fio dia (fornecer folheto Escovagem dos dentes como fazer – DGS (anexo 6));
6. Ano de escolaridade, bem-estar, projetos, absentismo escolar, 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/vídeo jogos;
10. Direitos humanos, desigualdades de género, ambiente, cultura de segurança;
11. Puberdade, socialização e género;

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, 13 e dos 15 aos 16 A o/a adolescente irá receber na escola um cheque-dentista (ensino público e IPSS);
15. Autodeterminação sexual, género, relações íntimas, comportamentos sexuais, contraceção;
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.

## 5. CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO OU COM NECESSIDADES ESPECIAIS

As crianças e os jovens podem apresentar necessidades de saúde especiais, motivadas ou não por situações de risco ou ocorrência de maus-tratos. 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 de intervenção encontra-se definido na Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco, segundo o Despacho n.º 31292/2008, de 5 de dezembro, 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”.

O ACES Lezíria dispõe de um circuito para referenciação a NACJR, disponibilizado em formato de apresentação após formação aos profissionais (disponível na pasta partilhada, anexo a este manual).

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.

As crianças com perturbações do desenvolvimento, deficiência ou doença crónica exigem 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, nomeadamente os Serviços Escolares: Serviço de Psicologia e Orientação e o Gabinete de Apoio ao Aluno e à Família.

## 6. 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 apresenta-se 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 Infantil e 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, nomeadamente os psicólogos que integram as unidades de saúde dos CSP. Segundo a Coordenação Nacional para a Saúde Mental (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.

A referenciação deverá ser efetuada atendendo aos sinais de alerta enunciados no documento “Recomendações para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários”.

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”.

## 7. SISTEMAS DE RETENÇÃO DE ACORDO COM O PESO E IDADE

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.

Na tabela 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 12 – 18 M	VT
0+/I ou I	Até 18kg	12 M – 3/4 A	VT
0+/I ou I	Até 18kg	18 M – 3/4 A	VF
II/III	15 – 36kg	4/6 A – 12 A	VF
III	22 – 36kg	8/9 – 12 A	VF

**Tabela. 2:** Sistemas de retenção (adaptado de PNSIJ).

## 8. 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
HIOSPÁDIAS – meato punctiforme	ao diagnóstico
HIOSPÁDIAS – 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

**Tabela 3:** Idades ótimas para cirurgias (adaptado de PNSIJ)

## 9. AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO

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).

### Os aspetos práticos fundamentais a considerar são:

- Adquirir conhecimentos sólidos acerca dos parâmetros do desenvolvimento normal;
- Ter presentes as situações etiopatogénicas mais comuns, a fim de as poder incluir no diagnóstico diferencial, quando for caso disso;
- Identificar, para cada criança, os seus fatores de risco;
- Saber se a criança já está a ser seguida em alguma consulta de especialidade, ou se já o foi;
- 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;
- Durante a anamnese, fazer um interrogatório dirigido, procurando investigar se existem perturbações relativamente a algum dos parâmetros de desenvolvimento;
- Observar o comportamento da criança desde que entra até que sai da consulta, incluindo a fase do exame físico;
- Valorizar eventuais fatores circunstanciais, familiares, do treino anterior da criança, do maior ou menor à-vontade da mesma durante a avaliação;
- Se subsistirem dúvidas acerca de algum parâmetro, utilizar meios mais sofisticados, como outros testes de desenvolvimento;
- 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;
- Correlacionar os elementos de avaliação com os fatores de risco mencionados;
- Se surgirem dúvidas, programar outra observação da criança a curto prazo e motivar e orientar os pais a estimulação e observação em casa;
- 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 o problema em questão. Para tal, é importante que cada médico conheça os “canais” de referência possíveis;

- Enviar a informação completa e adequada e procurar obter uma informação de retorno. Utilizar o BSJ ou eBoletim;
- Finalmente, não esquecer que a abordagem da criança com deficiência, principalmente a abordagem terapêutica, deverá ser sempre feita por uma equipa multidisciplinar;
- 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.

A Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada, bem como a Escala de Sinais de Alarme integram, atualmente, os programas informáticos utilizados nos CSP, permitindo um melhor conhecimento dos parâmetros normais do desenvolvimento e dos seus amplos limites.

Adicionalmente, com o objetivo de rastrear as perturbações no espectro do autismo, existe disponível um questionário referente ao desenvolvimento e comportamento, utilizado em crianças dos 16 aos 30 meses – Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT) (anexo 8).

## 10. PROGRAMA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE ORAL

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 2 e os 16 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, segundo o definido pelo PNPSO.

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:

- Tratamento médico em caso de infeção/inflamação e, se necessário, encaminhamento para consulta de especialidade;
- A escovagem dos dentes duas vezes por dia, executada ou com supervisão próxima dos pais: à noite e uma outra vez. A escovagem deve ser realizada 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;
- Revisão dos hábitos alimentares (reduzir ou evitar os alimentos cariogénicos).

## 11. RASTREIO DAS DISLIPIDEMIAS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

As doenças cardiovasculares e cerebrovasculares constituem a principal causa de morbidade e mortalidade no nosso país, na idade adulta. Sabendo 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 neste âmbito.

### Quem e quando rastrear?

Recomenda-se o rastreio de dislipidémias nas seguintes situações:

- Em crianças entre os 2 e 4 anos (A) com antecedentes familiares (primeiro e segundo grau) de:
  - Doença cardiovascular precoce;
  - Perfil lipídico alterado;
- Em qualquer criança ou adolescente com antecedentes pessoais de excesso de peso, obesidade, diabetes mellitus, hipertensão arterial (HTA), doenças renais, doenças cardíacas, doenças hormonais e/ou de metabolismo e, ainda, com terapêuticas prolongadas com fármacos hiperlipidemiantes;
- É desejável o rastreio acima dos 2 A nas crianças e adolescentes sem os critérios anteriores (oportuniticamente). 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 e glicose (12 horas de jejum).

**Valores de referência:**

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

**Tabela 4:** Valores referência colesterol (adaptado de PNSIJ)**Abordagem:**

- Crianças ou adolescentes com dislipidemia, iniciar dieta adequada e exercício físico regular e referenciar a consulta especializada.
- Crianças ou adolescentes com perfil lipídico borderline, referenciar às consultas especializadas de dislipidémias, se mantiver valores alterados após 4 a 6 meses (M) de dieta adequada e exercício físico regular.

## 12. AVALIAÇÃO DA TENSÃO ARTERIAL

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.

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

### Definições:

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

**Tabela 5:** Valores referência de tensão arterial (adaptado de PNSIJ)

### Orientações clínicas:

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

### 13. PUBERDADE E ENTREVISTA A ADOLESCENTES

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

	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)

**Tabela 6:** Idades de desenvolvimento pubertário (adaptado de PNSIJ)

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

A sequência das transformações pubertárias mais evidentes (mama, genitais externos nos rapazes e pelos púbicos nos dois sexos) foi descrita por James Tanner, nos anos sessenta. Desde então, os 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.

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 $\geq$ 4ml); Pigmentação do escroto
3	Pêlos escuros, encaracolados, > quantidade	Mama e aréola maiores	Alongamento do pênis; testículos maiores
4	Pêlos tipo adulto; atinge mas não ultrapassa a face interna das coxas	Aréola e mamilo destacam-se do contorno da mama	Alargamento pênis; pregueamento da pele do escroto
5	Distribuição tipo adulto	Morfologia adulta; mama e aréola no mesmo plano	Tipo adulto; volume testicular: 15-25 ml

**Tabela 7:** Estádios Tanner (adaptado de PNSIJ).

A capacidade reprodutiva depende da existência de gâmetas viáveis. Se bem que os ciclos sejam muitas vezes anovulatórios nos primeiros 2 a 3 anos 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.

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 anos, a um ritmo de 8-10 cm/ano no sexo feminino e de 10-12 cm/ano no sexo masculino.

Nas raparigas, o pico da velocidade de crescimento ocorre no estágio 3 de Tanner, em média aos 12 anos, 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 anos. Na puberdade, o acréscimo da altura é de cerca de 25 cm no sexo feminino e de 28 cm no sexo masculino.

No atendimento de adolescentes, para além da acessibilidade facilitada e da flexibilidade no modelo do atendimento, a privacidade, a confidencialidade, o exercício do consentimento livre e esclarecido e a participação ativa dos próprios, constituem princípios que devem presidir a todas as iniciativas tomadas.

Na entrevista com o(a) adolescente, a abordagem dos aspetos psicossociais adquire uma particular importância e permite conhecer melhor, quer pontos fortes, quer fatores de vulnerabilidade pessoal, face aos diferentes contextos de vida.

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).

## 14. PROGRAMA NACIONAL DE VACINAÇÃO

O esquema de vacinação recomendado tem como objetivo obter a melhor proteção, na idade mais adequada e o mais precocemente possível.

Em todas as consultas da criança, deve ser revisto o plano vacinal e o seu cumprimento, promovendo o mesmo.

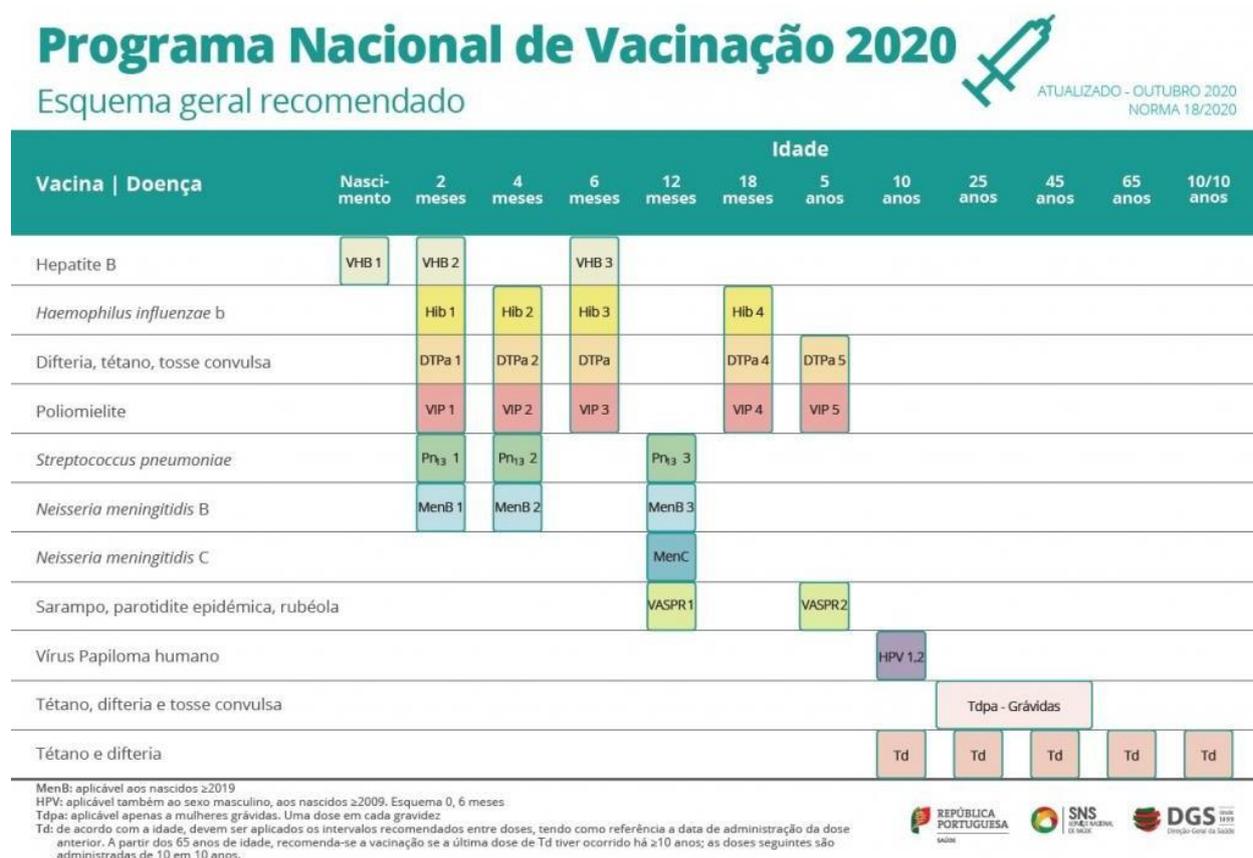


Figura 9: Quadro esquema PNV 2020

## 14.1. VACINAS EXTRA-PLANO

### Vacina contra o Rotavírus (RV)

#### Recomendações - Comissão de Vacinas:

- Vacinação de todas as crianças saudáveis, reforçando a importância do cumprimento das indicações quanto à idade de vacinação.
- Não estabelece preferência entre as duas vacinas.
- Reforça a importância de manter a monitorização da epidemiologia da infeção por RV, da efetividade e dos efeitos secundários das vacinas.
- Desde 2021 que a vacina contra o rotavírus faz parte do PNV para crianças de determinados grupos de risco segundo a norma nº 007/2021 de 15/10/21 e atualizada a 03/05/2022.

	RotaTeq®, SPMSD	Rotarix®, GSK
Tipo	Viva, oral	Viva, oral
Composição	Reagrupamento bovino-humano G1, G2, G3, G4; P[8]	Humana atenuada G1; P[8]
Número de doses	3	2
Primeira dose	A partir das 6S e nunca depois das 12S	A partir das 6S
Dose(s) subsequente(s)	O esquema de vacinação deve estar concluído preferencialmente às 20-22S. Se necessário, 3ª dose pode ser administrada até às 32S	O esquema de vacinação deve preferencialmente ser administrado antes das 16S, mas deve estar completo pelas 24S
Intervalo entre doses	Mínimo de 4 semanas	Mínimo de 4 semanas
Administração simultânea com as outras vacinas do PNV	Sim	Sim
Administração ao pré-termo	≥ 25S idade gestacional	> 27S idade gestacional

**Tabela 8:** Vacinação rotavírus (adaptado de SPP – Recomendações de Vacinas Extra PNV)

## Vacina contra a Varicela

### Recomendações - Comissão de Vacinas:

- Não recomendada a vacinação de crianças saudáveis fora de um programa nacional de vacinação;
- A vacinação de adolescentes sem história prévia de varicela porque são mais suscetíveis a doença grave e porque a vacinação deste grupo não acarretará o risco de modificação da epidemiologia;
- Que a vacina seja administrada a crianças que contactam habitualmente com doentes imunodeprimidos.
- Nos indivíduos com história negativa ou incerta de infeção prévia a VVZ, poderão ser determinados os anticorpos IgG para o VVZ, previamente à vacinação.
- A Comissão de Vacinas não estabelece preferência entre as duas vacinas

	Varilrix®, GSK (9)	Varivax®, SPMSD (10)
Tipo	Viva, atenuada	Viva, atenuada
Via de administração	Subcutânea	Intramuscular ou subcutânea
Local de administração	Região deltoide	Zona anterolateral da coxa em crianças pequenas, e região deltoide em crianças mais velhas e adolescentes
Número de doses	2	2
Primeira dose	≥12 meses	≥12 meses; em circunstâncias especiais (ex. surtos) pode ser administrado a lactentes >9 meses
Intervalo entre doses	Preferencialmente a 2ª dose deve ser administrada pelo menos 6 semanas após a 1ª dose	12M-12 anos: mínimo de 4 semanas ≥ 13 anos: 4-8 semanas
Administração simultânea com as outras vacinas do PNV	Sim	Sim

**Tabela 9:** Vacinação varicela (adaptado de SPP – Recomendações de Vacinas Extra PNV)

### Vacina contra a Meningite A, C, W, Y-135

De momento, estão disponíveis vacinas contra *Neisseria meningitidis* (*N. meningitidis*) dos grupos A, B, C, W e Y. Em Portugal, a vacina conjugada contra *N. meningitidis* do grupo C faz parte do PNV desde 2006, e desde 2012 que é apenas administrada uma dose aos 12 meses de idade.

Em Portugal estão disponíveis duas vacinas conjugadas quadrivalentes ACWY, Nimenrix® (MenACWY-TT) e Menveo® (MenACWY-CRM197).

#### Recomendações - Comissão de Vacinas:

- A crianças e adolescentes, a título individual, nos esquemas recomendados nos RCMs das vacinas com Nimenrix® até aos 2 anos, Nimenrix® ou Menveo® depois dos 2 anos;
- A viajantes com estadias prolongadas ou residentes em países com doença hiperendémica ou epidémica e sempre que exigido pela autoridade local;
- A vacinação poderá ser feita em qualquer idade embora, atendendo à epidemiologia europeia, em que a incidência é mais elevada no primeiro ano de vida, e às idades dos casos de DIM por Men W que ocorreram em Portugal, dado que a recomendação tem um carácter individual, este benefício será potencialmente maior se a mesma for iniciada o mais precocemente possível para conferir proteção direta;
- A administração de uma dose desta vacina aos 12 meses de idade, dispensa a administração da vacina conjugada contra o grupo C incluída no PNV;
- A Comissão não estabelece preferência entre as duas vacinas.

O esquema vacinal aprovado pela EMA para a vacina Menveo® trata-se de uma dose única a administrar a partir dos 2 anos.

O esquema vacina da Nimenrix® é descrito na tabela abaixo:

Grupo etário	Imunização primária	Intervalos entre doses da série de imunização primária	Dose de Reforço
A partir das 6 semanas e < 6 meses	2 doses	2 meses entre as doses	Uma dose aos 12 meses, com um intervalo de pelo menos 2 meses após a administração da última dose
≥6 meses a < 12 meses, não vacinados	1 dose <sup>a</sup>		Uma dose aos 12 meses, com um intervalo de pelo menos 2 meses após a administração da última dose
A partir dos 12 meses, não vacinados	1 dose <sup>a</sup>		<sup>b</sup>

**Tabela 10:** Vacinação Nimenrix® (adaptado de SPP – Recomendações de Vacinas Extra PNV).

## 15. INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO

A avaliação do processo assistencial é imprescindível no seu desempenho e implementação. A USF Cartaxo Terra Viva selecionou indicadores que podem ser monitorizados pelos sistemas informáticos utilizados.

- **Indicador 063** – Proporção crianças 7A, c/ cons. méd. vig. e PNV;
- **Indicador 095** – Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução;
- **Indicador 269** – Índice de acompanham. adequado s. infantil 2º ano;
- **Indicador 302** – Índice de acompanham. adequado s. infantil 1º ano.

Os resultados dos indicadores acima referidos são retirados mensalmente na plataforma MIM@UF e analisados trimestralmente.

## 16. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral. Guia Prático de Saúde, 2009, Lisboa;
- Direcção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Vacinação 2020. <http://www.dgs.pt/>;
- Direcção-Geral da Saúde. Maus tratos em crianças e jovens- guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção. Fevereiro 2011;
- Direcção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Norma n.º 010/2013; Mai. <http://www.dgs.pt/>;
- Direcção-Geral da Saúde. Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância – Manual de orientação para profissionais de saúde. Dezembro 2005;
- Direcção-Geral da Saúde. Recomendações para a prática clínica da coordenação nacional para a saúde mental saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários. Outubro 2009;
- Ordem dos Enfermeiros. Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, volume 1. Setembro 2010;
- Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP). Recomendações sobre Vacinas Extra Programa Nacional de Vacinação. 2020.

## **17. ANEXOS**

## **17.1.** ANEXO 1: Procedimento Diagnóstico Precoce

## 1. Objetivo

Uniformizar o procedimento na realização e registo do diagnóstico precoce.

## 2. Procedimento

### Pré-parto

Informar a mãe na consulta de saúde materna sobre:

- sítios informativos <http://www.diagnosticoprecoce.org/> ou <http://www.insa.min-saude.pt/category/areas-de-atuacao/genetica-humana/programa-nacional-de-diagnostico-precoce/> ;
- folhetos informativos [http://www.diagnosticoprecoce.org/Inst\\_R\\_Jorge\\_Folheto\\_Testes\\_Pezinho\\_PT\\_3C.pdf](http://www.diagnosticoprecoce.org/Inst_R_Jorge_Folheto_Testes_Pezinho_PT_3C.pdf) ou <http://www.anfg.pt/wp-content/uploads/2017/01/Guia-para-Pais-e-Familia.pdf> ;
- vantagens do diagnóstico precoce e do tratamento precoce nas doenças rastreadas;
- rastreio gratuito.

Informar que no pós-parto deve:

- registar o nascimento;
- inscrever o recém-nascido na USF;
- agendar consulta para realizar o diagnóstico precoce, a partir do 3º dia de vida e se possível até ao 6º dia (explicar que após o 6º dia alguns marcadores perdem sensibilidade e há o risco de atrasar o início do tratamento).

### Colheita de sangue

Previamente:

- Confirmar se existe um mínimo de 48h de alimentação (equivalente normalmente à realização a partir do 3º dia de vida);
- Verificar a validade da ficha de colheita;
- Preencher a ficha de colheita.

*Peso* – registar o peso ao nascimento nas colheitas realizadas entre o 3º e 6º dias de vida. Registar o peso à data da colheita no caso de repetições ou colheitas seriadas de grandes prematuros.

*Icterícia* – sim, quando existe icterícia visível, considerada relevante. Não é necessário cumprir critérios para fototerapia.

*Medicação* – sim, quando foi administrada, de uma forma geral, qualquer medicação.

Colheita:

- Desinfetar o calcanhar com éter ou álcool, e deixar secar;
- Aquecer o pé se estiver muito frio;
- Não usar pomadas analgésicas ou anticoagulantes;
- Picar no lado esquerdo ou direito do calcanhar com uma lanceta rejeitável;



- Deixar formar uma boa gota de sangue, de modo a preencher cada círculo de uma só vez (nota: pode ser utilizado sangue colhido para outros fins);
- Impregnar bem até ao reverso do papel de filtro. Se houver dificuldades na colheita é preferível preencher somente 2 círculos bem, do que 4 mal;
- Não sobrepor fichas de colheita.



Posteriormente:

- Entregar o folheto informativo aos pais;
- Entregar o cupão destacável aos pais;
- Entregar a ficha de colheita aos pais, informar para deixar secar à temperatura ambiente (habitualmente 3 a 4 horas), evitar a luz direta do sol e a exposição a fontes de calor.



### Envio

As fichas devem ser enviadas o mais rapidamente possível, de preferência pelos pais, para:

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge  
 Unidade de Rastreio Neonatal  
 Rua Alexandre Herculano, 321  
 4000-055 Porto

- Informar os pais para enviar a ficha de colheita por correio azul, se possível, no próprio dia da colheita (nota: quando a colheita é feita à sexta-feira ou na véspera de um feriado é aconselhável enviar de imediato para garantir que seguirá no primeiro correio do primeiro dia útil);
- Quando exista uma situação económica/social, que justifique, enviar a ficha de colheita pelo correio interno do ACES, em envelope próprio, para que os responsáveis pelo correio interno procedam ao seu envio.



Modelo para impressão em envelopes sem janela

Consulta do resultado

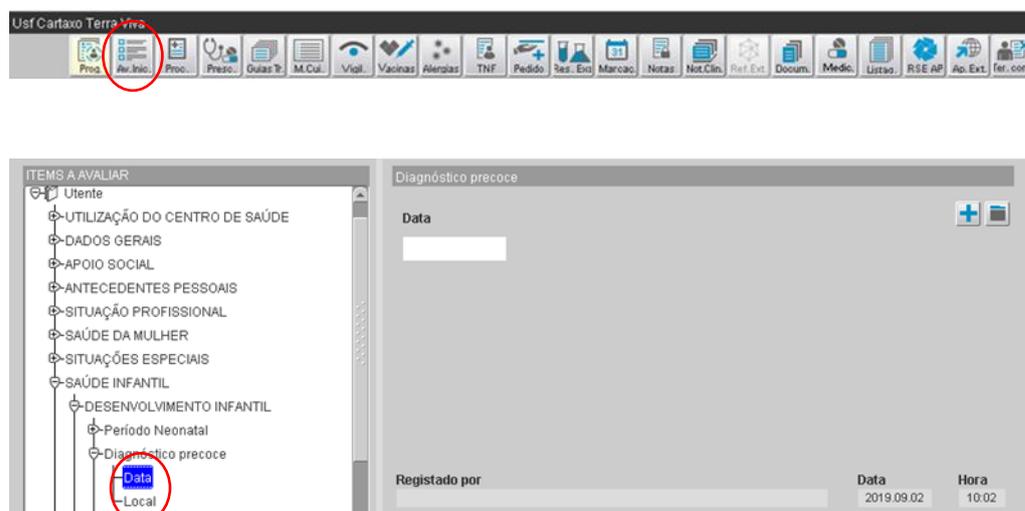
- Informar os pais que, apenas, serão contactados (normalmente entre o 10º e 15º dia de vida) quando é diagnosticada alguma doença;
- Informar os pais que devem aceder ao sítio <http://www.diagnosticoprecoce.org/> para consultar sobre a receção da ficha e o resultado (informação disponível a partir da 2ª e 4ª semanas, respetivamente);
- Na consulta do 1º mês de vida, validar o resultado com os pais. Caso ainda não tenham consultado, disponibilizar ajuda para aceder ao sítio, selecionar “Resultados do Teste do Pezinho”, introduzir o número de série do cupão destacável e o telefone de contacto associado ao recém-nascido.

Registos

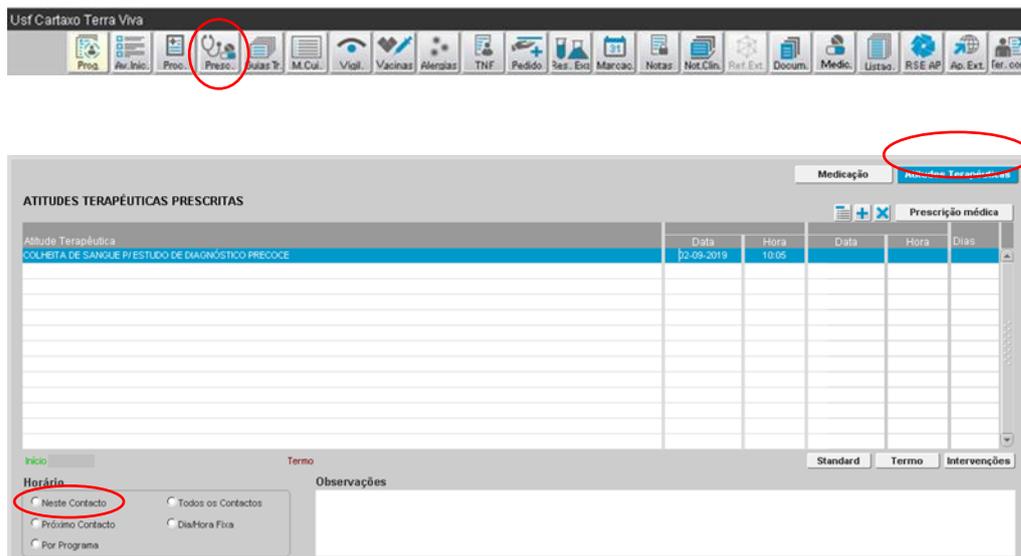
SClínico – Perfil de Enfermagem:

- Quando a colheita é realizada na unidade (incluindo no domicílio), registar a data e o local de realização na **[avaliação inicial]** em [saúde infantil] > [desenvolvimento infantil] > [diagnóstico precoce] e/ou registar a **[atitude terapêutica]** “COLHEITA DE SANGUE P/ ESTUDO DE DIAGNÓSTICO PRECOCE”;
- Quando a colheita não foi realizada na unidade, registar a data e o local de realização na **[avaliação inicial]** em [saúde infantil] > [desenvolvimento infantil] > [diagnóstico precoce].

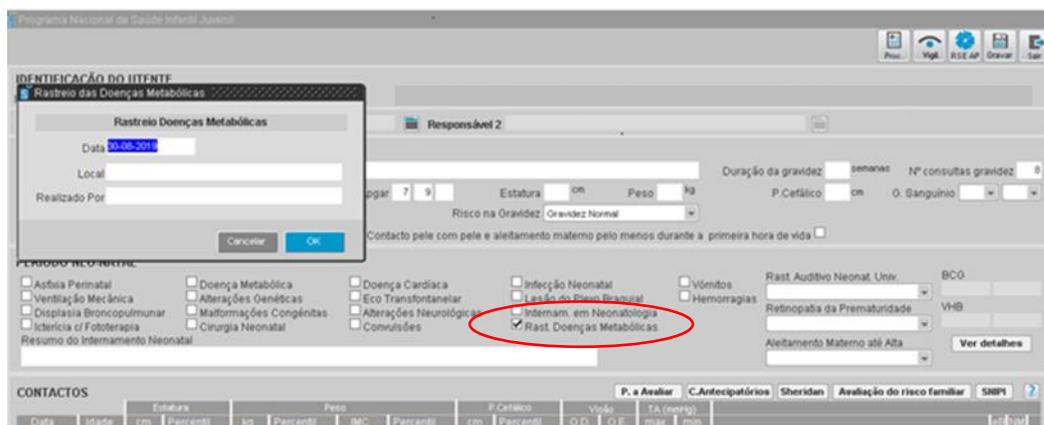
**[avaliação inicial]** em [saúde infantil] > [desenvolvimento infantil] > [diagnóstico precoce]



**[atitude terapêutica]** “COLHEITA DE SANGUE P/ ESTUDO DE DIAGNÓSTICO PRECOCE”



O registo também pode ser feito pelo médico, interno ou enfermeiro na ficha do Programa de Saúde Infantil / Juvenil.



Versão	Data	Elaboração / revisão	Aprovação pelo conselho técnico
1	18-09-2019	José Silva	-
2	04-11-2021	José Silva	17-12-2021

## **17.2.** ANEXO 2: Aleitamento Materno

**Mamã,  
Lembre-se que...**

- \*Amamente logo após o parto;
- \*A "subida" do leite ocorre 48 a 72 horas após o parto;
- \*Até lá tem o chamado colostro, que satisfaz as necessidades do seu bebê nos primeiros dias de vida;
- \*Certifique-se que o seu bebê está bem-adaptado à mama.
- \*Peça ajuda à Enfermeira;
- \*Todas as mães são capazes de produzir leite em quantidade suficiente para o seu bebê:
  - Quanto mais o bebê mamar mais leite a mãe produz
  - Não existe "leite fraco".



**"Amamentar é dar amor na linguagem que o bebê entende."**

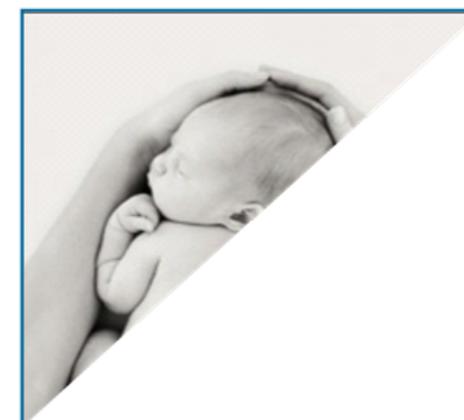
***A oportunidade de dar ao seu bebê o melhor seguro de saúde que existe!***

Elaborado por:  
Ana Paula Guilherme  
Enfermeira  
Fevereiro de 2014



**USF Cartaxo Terra  
Viva**

## **Aleitamento Materno**



**A Melhor opção para si e para o seu bebê**

## Amamentar a solução natural

O seu colostro / leite é o alimento mais completo e natural sendo produzido especialmente por si para o seu bebé.



?

### Vantagens da Amamentação

- \*Previne infeções gastrointestinais, respiratórias e urinárias entre outras doenças;
- \*Protege de alergias, nomeadamente as específicas para as proteínas do leite de vaca;
- \*Permite sentir o prazer único de amamentar;
- \*Facilita o útero a retomar o seu lugar (involução uterina) precocemente;
- \*Diminui a probabilidade de adquirir cancro da mama, entre outros;
- \*Constitui o método mais barato e seguro de alimentar o bebé.

### COMO COLOCAR O BEBÉ À MAMA?

- \*O bebé deve estar à mesma altura da mama e voltado para a mãe;
- \*Leve o bebé à mama e não a mama ao bebé;
- \*A cabeça, as costas e o rabo do bebé devem estar alinhados;
- \*O rosto do bebé deve estar de frente para a mama;
- \*Segure o corpo do bebé próximo do seu;
- \*Esprema um pouco de leite e espalhe pelo mamilo;
- \*Toque com o mamilo nos lábios do bebé e espere que ele abra a boca;
- \*Aproxime o bebé da mama, de modo a que o seu lábio inferior toque na mama o mais longe possível da base do mamilo;
- \*O bebé não deve adormecer. Por isso deve ser estimulado (mexa nos pés, orelhas, face, fale com ele, troque-lhe a fralda).



### Posições para Amamentar



### CONSELHOS PRÁTICOS

- Amamente num ambiente calmo e tranquilo;
- Mãe e bebé devem estar numa posição confortável e descontraída para ambos;
- Não deve oferecer chucha e/ou tetina até o bebé estar bem-adaptado à mama (4 a 6 semanas após o parto).

### **17.3.** ANEXO 3: Diversificação Alimentar no Primeiro Ano de Vida

## 9 meses

## Iogurte Natural

Pode substituir uma refeição de leite ou de papa por **1 iogurte natural** (pode adicionar fruta ao iogurte)

Não oferecer iogurte com aromas ou quaisquer aditivos de açúcar (adocicados) ou de natas (cremosos)

## Arroz / Massa

Começar por adicionar arroz ou massa “miúda” na sopa

Passar a adicionar a dose recomendada de carne, peixe ou gema de ovo a arroz branco ou massa, bem cozidos, após sopa de legumes

## Leguminosas secas

Introduzir pequenas porções, inicialmente sem casca, de feijão fradinho, branco ou preto e lentilha (sempre bem demolido) progredindo para grão, ervilha e fava

## Aos 12 meses

## Leite

Manter **aleitamento materno** até aos 2-3 anos  
No caso de leite adaptado, prefira **leite de crescimento** adiando a introdução do leite de vaca até aos 2-3 anos

## Integração na alimentação familiar

Integração gradual na dieta familiar, que deve ser o mais saudável possível

Evitar condimentos e cozinhar com pouco sal  
Evitar guloseimas (doce, bolos, chocolates)  
Não adicionar açúcar, mel ou adoçantes  
Evitar gorduras, enchidos, fritos e guisados

Retardar a introdução de **alimentos potencialmente alergénios**: kiwi, pêssago, aipo, sésamo, frutos secos (amendoim, avelã e nozes) e alimentos do mar (marisco e crustáceos) até aos 2-3 anos

## Recomendações

A cronologia e a ordem na **introdução dos alimentos não pode ser rígida** (sendo adaptada a cada criança e família)

Ofereça as refeições em **horários regulares** (sem petiscos entre as refeições)

Tenha **disponibilidade** para as refeições

Introduza **um alimento novo de cada vez** e repita esse alimento durante 3 dias seguidos para o bebé se habituar ao novo sabor (não mascare sabores: doce/salgado)

Aposte na **variedade de sabores e texturas**, para superar os momentos de falta de apetite e de relutância em aceitar novos sabores (que se acentuam a partir do 1º ano de vida)

Seja **persistente na oferta alimentar**, quando a criança rejeitar um alimento espere alguns dias até nova tentativa, mas a sua repetição facilita a aceitação

Ofereça sempre os **alimentos sólidos à colher**

Pode conservar a sopa no frigorífico até 2 dias, ou congelar em doses individuais, mas deve ser aquecida até à fervura

Ofereça **água várias vezes ao dia** (nunca chá ou sumos)  
Pode oferecer água da rede pública, sem ser fervida, a partir dos 6 meses

Prefira alimentos frescos ou congelados (evite enlatados)

Promova a higiene oral diária do seu bebé

**Em caso de dúvidas, informe-se com o seu médico ou enfermeiro de família**

Elaborado e revisto por Enf. José Silva  
Aprovado pelo Conselho Técnico a 20-04-2022

Referência: Guerra, A. et al (2012) *Alimentação e nutrição do lactente*. in *Acta Pediátrica Portuguesa*. Comissão de Nutrição da Sociedade Portuguesa de Pediatria.



USF Cartaxo Terra Viva  
Rua do Progresso, 2  
2070-085 Cartaxo  
243 700 664  
usf.terraviva@arslvt.min-saude.pt



## Alimentação Diversificada

## 1º Ano de Vida



USF Cartaxo Terra Viva

O **leite materno** é o melhor para o seu bebé e pode ser mantido em exclusivo até aos 6 meses

## 4 - 5 meses

### Papa

**Papa sem Glúten** (milho, arroz, frutas)

Preparação:

**Papa láctea** - água fervida

**Papa não láctea** - leite materno ou adaptado

Aumentar gradualmente a consistência e a quantidade até substituir uma refeição (35-50g farinha para 150ml)

Dar sempre na colher e nunca no biberão

Não adicionar açúcar

### Sopa de Legumes

**1ª sopa:** 1 batata, ½ cenoura e ¼ cebola

Reduzir a puré e juntar um fio de azeite em cru (5 ml)

Não adicionar sal

Confecionar a sopa, no máximo, com 4 variedades de legumes, introduzindo um **legume novo de cada vez, com um intervalo mínimo de 3 dias** para despistar intolerâncias/alergias

**Base:** batata (pode optar por batata doce ou courgette), cenoura (pode optar por abóbora) e cebola

**Legumes verdes:** alface, alho, alho francês, agrião, feijão verde, brócolo e couve branca

Não introduzir espinafre, nabo, nabiça, beterraba, aipo e espargo antes dos 12 meses

### Fruta

**Fruta:** Maçã, pêra, banana

Oferecer como sobremesa após adaptação da sopa/papa

**Crua** (madura, sem casca, reduzida a puré) ou **cozida a vapor ou no micro-ondas** (cozer com casca e caroço)

Nunca oferecer sob a forma de puré de vários frutos ou sob a forma de sumo

### Esquema alimentar diário aos 4 meses:

- Sopa de legumes ou Papa sem glúten
- Restantes refeições de leite

### Esquema alimentar diário aos 5 meses:

- Sopa de legumes + fruta
- Papa sem glúten
- Restantes refeições de leite

## 6 meses

### Glúten (iniciar antes dos 7 meses)

Deve introduzir **papa com glúten** (cereais)

Pode iniciar **pão** (sem sal) e **bolacha** tipo Maria (1 a 2/dia)

### Leite

Manter aleitamento materno

No caso de leite adaptado, mudar para leite de transição

Não introduzir leite de vaca antes dos 12 meses

### Caldo de Carne

Começar por oferecer apenas o caldo de cozer a carne (retirar a carne antes de triturar os legumes da sopa)

### Sopa de Legumes com Carne

Adicionar 10-15g/dia de carne magra (cozida e triturada), equivalente a uma colher de sopa e aumentar gradualmente até ao **máximo de 30g/dia**

**Carne:** Frango, Peru, Avestruz, Coelho, Borrego e Vitela

Não dar mioleira nem vísceras (fígado)

Não introduzir porco antes dos 12 meses

### Esquema alimentar diário:

- Sopa com carne + fruta (almoço)
- Sopa de legumes + fruta (jantar)
- Papa com glúten
- Restantes refeições de leite

A quantidade diária de carne pode ser oferecida toda numa refeição (almoço) ou metade em cada uma das refeições principais

## 7 - 8 meses

### Sopa de Legumes com Peixe

Iniciar com peixes brancos e magros (fresco ou congelado) Adicionar **10-15g/refeição** de peixe (cozido e triturado)

**Peixe:** pescada, linguado, solha, faneca e maruca

Não introduzir salmão antes dos 12 meses

### Fruta

Pode oferecer **fruta da época** (melão, meloa, uva, ameixa) e iniciar **frutos tropicais** (manga, papaia, pêra-abacate)

Não introduzir citrinos, pêssego, kiwi, morango, amora, framboesa e maracujá antes dos 12 meses

### Esquema alimentar diário:

- Sopa com carne ou peixe + fruta (almoço)
- Sopa com carne ou peixe + fruta (jantar)
- Papa com glúten
- Restantes refeições de leite

O total das refeições diárias deve perfazer no máximo **30g (carne ou peixe)/dia**

A partir dos 8 meses, oferecer **alimentos com uma textura gradualmente mais sólida** (carne ou peixe gradualmente menos triturados, até pequenos pedaços) para desenvolver a mastigação

## 9 meses

### Gema de Ovo

Iniciar com ¼ de gema/refeição e aumentar ¼ de gema por semana até perfazer uma **gema/refeição**

Oferecer 2 a 3 gemas por semana, na sopa de legumes, em substituição da carne ou do peixe

Não introduzir a clara do ovo antes dos 12 meses

**Crianças atópicas** (com eczema ou dermatite)  
evitar peixe e ovo antes dos 12 meses

#### **17.4.** ANEXO 4: Febre na criança / adolescente

## Febre na criança/adolescente

### Folheto informativo para pais e cuidadores

#### 1. O que é a febre?

Considera-se febre a subida de, pelo menos, 1°C acima da média da temperatura basal diária individual, em função do local de medição. Na ausência do conhecimento da temperatura basal individual, considera-se febre perante os seguintes valores medidos de temperatura:

- Retal  $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- Axilar  $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$
- Timpânica  $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$
- Oral  $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$

#### 2. A febre é uma doença?

A febre, por si só, não é uma doença. Trata-se de uma manifestação do organismo, decorrente do combate às infeções e, por esse motivo, benéfica.

Quando as situações com febre são graves (cerca de 5% dos casos), existem sempre outras manifestações clínicas associadas que são os chamados “sinais de alerta” (ver ponto 4).

#### 3. Como medir a temperatura?

Existem vários tipos de termómetros, cuja utilização correta é essencial. Sem prejuízo da leitura do folheto informativo que os acompanha, resumem-se aqui as principais indicações de uso:

##### a) Temperatura retal:

É o método mais rigoroso. Com a criança deitada de costas, deve introduzir-se a ponta flexível do termómetro (de *galinstan* ou digital) em cerca de 3 cm no ânus, num trajeto paralelo às costas da criança. A leitura com o termómetro digital faz-se ao 1º toque e com o termómetro de *galinstan* aos 3 minutos.

##### b) Temperatura axilar:

É um método prático, ainda que não tão preciso como o retal. O termómetro de *galinstan* ou digital (desligado) devem ser colocados na axila, mantendo-se o braço firmemente encostado ao tronco, durante 5 minutos, ao fim dos quais se deve fazer a leitura. No caso do termómetro digital, este deve ser então ligado e esperar-se pelo 1º toque; se termómetro de *galinstan*, a leitura é feita aos 5 minutos.

##### c) Temperatura timpânica:

Só se deve utilizar a partir dos 3 anos e avalia-se com termómetro de deteção de raios infravermelhos. A sonda deve ser orientada para a membrana do tímpano e não para a parede do canal auditivo. Devem ser sempre realizadas 3 determinações seguidas e deve adotar-se o valor medido mais elevado.

##### d) Temperatura oral:

Só deve ser utilizada a partir dos 5 anos. Avalia-se na boca, com a ponta do termómetro digital ou de *galinstan* colocada debaixo da língua e mantendo a boca permanentemente fechada durante 3 minutos. A leitura deve ser feita aos 3 minutos (seja termómetro digital ou de *galinstan*).

#### 4. Quais são os “sinais de alerta” numa criança com febre?

Sonolência excessiva ou incapacidade em adormecer; face/olhar de sofrimento; irritabilidade e/ou gemido mantido; choro inconsolável; não tolerar o colo; dor perturbadora; convulsão; aparecimento de manchas na pele nas primeiras 24 a 48 horas de febre; respiração rápida com cansaço; vômitos repetidos entre as refeições; recusa alimentar completa superior a 12 horas; sede insaciável; lábios ou unhas roxas e/ou tremores intensos e prolongados na subida da temperatura; dificuldade em mobilizar um membro ou alteração na marcha; urina turva e/ou com mau cheiro; febre com duração superior a 5 dias completos.

Na presença de um ou mais destes sinais de alerta, a criança deve recorrer a um serviço de saúde.

#### 5. Numa criança com febre, quais os sinais “tranquilizadores”?

A criança brinca e tem atividade normal; come menos mas não recusa os alimentos líquidos; tem sorriso aberto ou fácil; acalma ao colo e fica com um comportamento quase habitual; tosse seca e irritativa muito frequente, sendo o sintoma que mais perturba a criança; dor a engolir com placas brancas na garganta e/ou associada a olhos vermelhos e/ou a tosse; gengivas dolorosas, vermelhas, sangrantes; aftas orais; olhos vermelhos com secreções; diarreia ligeira (ou moderada) sem sangue, muco ou pus; pieira sem dificuldade respiratória; manchas vermelhas dispersas, que surgem só a partir do 4º dia de febre. Embora possam ser incomodativas para a criança e exigirem consulta médica, estes sinais sugerem doença sem gravidade.



#### 6. Como ajudar a criança/adolescente com febre?

- Oferecer água e/ou leite; adequar o vestuário e a roupa da cama à sensação de frio ou de calor; respeitar o apetite;
- Se está confortável não é preciso baixar a temperatura, mas sim vigiar se surgem os “sinais de alerta” (ver ponto 4);
- Se está desconfortável, deve tomar um antipirético (que também é analgésico, isto é, alivia a dor); mas não se deve fazer arrefecimento (banho, compressas, ventoinhas) para baixar a temperatura;
- Se necessário, contactar o Centro de Contacto **SNS 24 (808 24 24 24)**.

#### 7. Como administrar o antipirético (medicamento para baixar a temperatura)?

- Utilizar o paracetamol respeitando a posologia prescrita pelo médico ou de acordo com a descrita no folheto informativo que acompanha a embalagem do medicamento que vai ser administrado;
- O intervalo mínimo entre duas tomas consecutivas é de 4 horas;
- Nos casos de alergia ao paracetamol poderá administrar-se ibuprofeno. Mas não dar ibuprofeno nas seguintes situações: em idade inferior a 6 meses; na varicela; perante diarreia e vómitos moderados a graves; se a criança tiver uma alergia a qualquer medicamento anti-inflamatório;
- Não há necessidade, nem deve ser rotina, utilizar dois antipiréticos alternadamente, devendo considerar-se que o antipirético é eficaz se baixar a temperatura de 1,0° a 1,5°C dentro de 2 a 3 horas;
- O objetivo do antipirético é aliviar o desconforto da criança e não eliminar a febre a todo o custo. Mesmo não medicada, a temperatura acabará, em regra, por baixar espontaneamente algumas horas depois. Mas voltará a subir ao fim de poucas horas, e assim sucessivamente, até a doença passar.

#### 8. Quando é que uma criança/adolescente deve recorrer a um serviço de saúde em caso de febre?

- Se idade inferior a 3 meses de idade (de idade corrigida se nasceu prematura);
- Se idade inferior a 6 meses com temperaturas iguais ou superiores a 40,0°C;
- Se tiver temperaturas axilares superiores a 40,0°C ou retais superiores a 41,0°C;
- Na presença de um ou mais “sinais de alerta” (ver ponto 4);
- Se tem uma doença crónica grave;
- Se tem febre há 5 ou mais dias, ou se a febre reaparecer após 2 a 3 dias de temperaturas normais.

#### PONTOS – CHAVE

- ✓ A febre é apenas um sintoma e não uma doença;
- ✓ O tratamento da febre (antipiréticos) não encurta a duração da febre nem contribui para a resolução da doença causal; se a temperatura não voltar ao normal após a administração dos antipiréticos, só por si, não é sinal de gravidade desde que baixe de 1,0° a 1,5°C;
- ✓ O tratamento da febre não serve para prevenir convulsões febris que, globalmente, são pouco comuns (inferior a 1% dos episódios febris até aos 2 anos, diminuindo muito esse risco depois dessa idade); as convulsões assustam quem as presencia, mas, em regra, não provocam danos cerebrais;
- ✓ Na fase de subida da febre o arrefecimento (com banho, compressas húmidas, álcool ou ventoinhas) está desaconselhado: não contribui para o controlo da doença, nem para o bem-estar da criança;
- ✓ A presença de “sinais de alerta”, o estado geral da criança e/ou ter menos de 3 meses de vida, são mais importantes do que os graus da temperatura e/ou a duração da febre;
- ✓ O aparecimento (ou não) dos “sinais de alerta” dita a necessidade (ou não) de se recorrer aos cuidados de saúde, independentemente do dia de febre;
- ✓ As viroses, responsáveis pela grande maioria dos episódios febris, duram, em média, 4 dias completos (e 5 dias, ou mais, em 30% dos casos).

*Se necessário pode contactar o Centro de Contacto **SNS 24 (808 24 24 24)***

## **17.5.** ANEXO 5: Cólicas na criança



## Recomendações Finais

- Arrotar após cada refeição, pode ajudar a libertar o excesso de ar
- Em alguns casos, poderão coexistir causas secundárias, como alergia às proteínas do leite de vaca
- Modificações da dieta materna e do bebé poderão ser úteis. Mães que amamentam deverão evitar o consumo excessivo de açúcares, gorduras, leguminosas e algumas hortaliças, como feijão, ervilhas, nabo, brócolos ou couves
- Em caso de dúvida deve consultar o seu médico ou enfermeiro de família, ou ainda o médico pediatra

# CÓLICAS ABDOMINAIS NA CRIANÇA



Aprovado a 25.01.2017



**USF Cartaxo Terra Viva**

Dr.ª Patrícia Marques  
Dr.ª Joana Leal

**Saiba como atuar**



## Cólicas abdominais

- As cólicas infantis afetam 15 a 30% dos lactentes nos primeiros 3 meses de vida.
- Começam entre a 2ª e a 3ª semanas de vida e normalmente são transitórias, desaparecendo até aos 6 meses.
- São uma consequência da normal adaptação do organismo do recém-nascido aos alimentos que ingere, deglutição excessiva de ar, imaturidade gastro-intestinal e tensão emocional
- Aparecem tanto em bebês que tomam leite materno como leite artificial.

### MANIFESTAÇÕES MAIS FREQUENTES

- ◆ Choro agudo e persistente, de início súbito e sem causa aparente
- ◆ Choro com duração  $\geq 3$  horas por dia, ocorrendo pelo menos 3 dias por semana
- ◆ Ocorrem frequentemente ao final do dia
- ◆ Irritabilidade e agitação que não respondem às tentativas de consolo, nem mesmo pela amamentação
- ◆ Inchaço abdominal

### O QUE FAZER?

É aconselhável uma postura calma dos pais, devendo proporcionar ao bebê medidas de conforto. Pode por exemplo preparar um banho morno para o bebê, e colocar uma música suave para relaxar.

Pode ainda fazer alguma "ginástica" com o bebê e massajar a sua barriga de forma a libertar os gases acumulados, aliviando o desconforto e ajudando o intestino a funcionar melhor.



Faça movimentos lentos e ritmados (no sentido do trânsito intestinal/ ponteiros do relógio)



Segure as pernas do bebê e pressione-as suavemente contra a barriga, durante 5 segundos. Poderá fazê-lo também com uma perna de cada vez.



Com a mão esquerda desenhe um círculo completo no sentido dos ponteiros do relógio à volta do umbigo, sem levantar a mão da barriga. Quando esta estiver na região inferior do abdômen, a mão direita desenha um semicírculo (das 9h às 6h) mesma direção.



Deslize a palma das suas mãos, uma seguida da outra, de cima para baixo e da esquerda para a direita



Exercite os braços, mãos, pernas e pés do bebê



Utilize um óleo vegetal ou creme hidratante para ajudar à massagem



Pode realizar os exercícios sempre que necessário ou 2 a 3 vezes por dia



## **17.6.** ANEXO 6: Escovagem dos Dentes

5. Escovar as superfícies do lado da língua com a mesma sequência.



6. Proceder do mesmo modo no outro maxilar.



7. Escovar as superfícies mastigatórias dos dentes com movimentos de vaivém.



8. Por fim, pode escovar-se a língua e cuspir o excesso de dentífrico, sem bochechar com água. Assim, os fluoretos do dentífrico actuam mais tempo sobre os dentes.

A escova de dentes é um objecto pessoal e intransmissível

Deve ser guardada em lugar seco, com os pêlos voltados para cima

A higiene oral é a medida mais eficaz para prevenir as doenças orais

Escove os dentes correctamente, pelo menos, 2 vezes por dia

Use um dentífrico com flúor

Utilize o fio dentário diariamente

Para mais informações consulte [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)



Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral  
Promover a Saúde - Prevenir as Doenças Orais



DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE  
DIVISÃO DE SAÚDE ESCOLAR

## Escovar os dentes

Escovar os dentes é essencial para a saúde. Previne o aparecimento da cárie dentária e das doenças das gengivas.



Os dentes devem ser escovados, pelo menos 2 vezes por dia, sendo uma delas à noite, antes de dormir.

A escovagem dos dentes com um dentífrico fluoretado:

- \* remove a placa bacteriana (conjunto de bactérias, saliva e restos de alimentos)
- \* promove a remineralização dos dentes, tornando-os mais resistentes



Só com uma escovagem eficaz é que se consegue remover a placa bacteriana.

Os dentes devem ser escovados durante 2 a 3 minutos.

## Quando começar

Logo que os dentes nascem. São os pais ou quem cuida do bebé os responsáveis pela escovagem dos seus dentes.

## Dentífrico

É essencial que tenha flúor na sua composição (1000-1500 ppm).

Até aos 6 anos, deve colocar-se na escova uma porção de dentífrico semelhante ao tamanho da unha do dedo *mindinho* do bebé ou da criança.

A partir dos 6 anos, é suficiente usar cerca de 1 cm de dentífrico, por cada escovagem dos dentes.

## Escova de dentes

O tamanho deve ser adequado à boca de quem a utiliza.

A textura deve ser macia ou média.

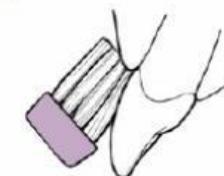
Deve ser substituída quando os pêlos começam a ficar deformados (normalmente de 3 em 3 meses).



## Como fazer

1. Colocar o dentífrico fluoretado na escova.

2. Incliná-la em direcção à gengiva e fazer pequenos movimentos vibratórios horizontais ou circulares com pouca pressão.



3. Escovar 2 dentes de cada vez, fazendo aproximadamente 10 movimentos (ou 5 no caso de crianças até aos 6 anos).



4. Escovar com uma sequência: começar pela superfície externa (do lado da bochecha) do último dente de um dos maxilares e continuar a escovar até atingir o último dente do lado oposto.

## **17.7.** ANEXO 7: Drogas e Álcool

Alguns contactos:

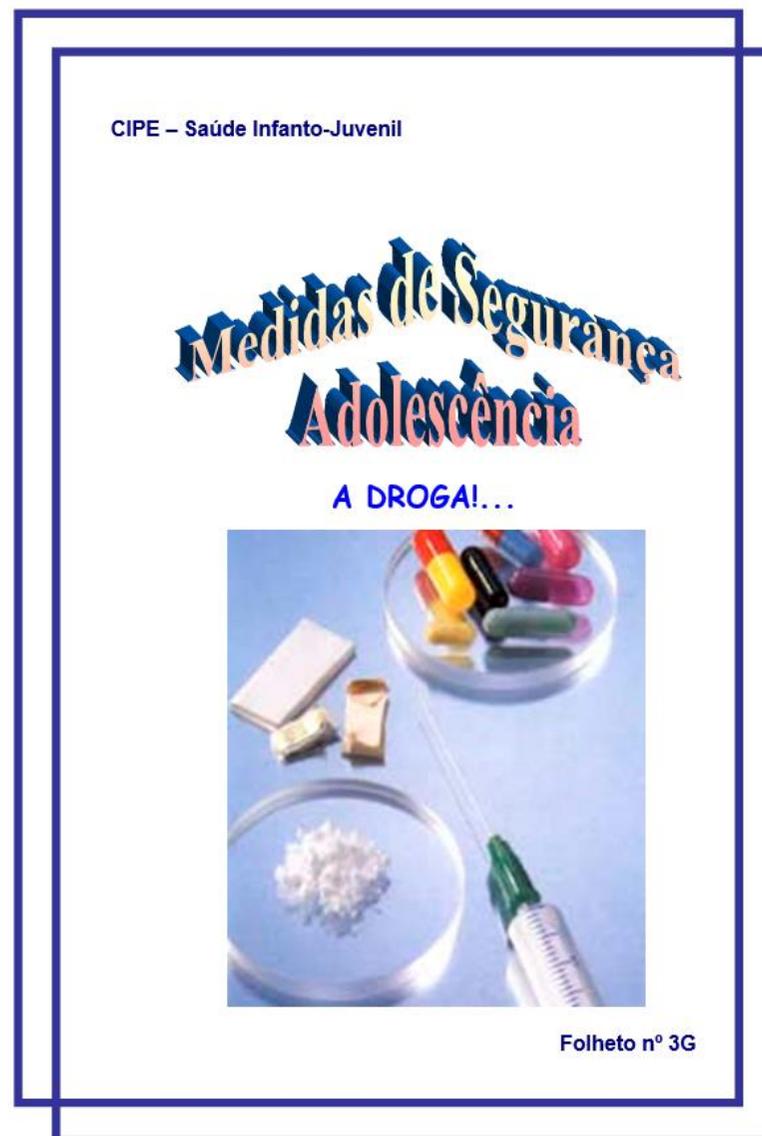
1414, LINHA VIDA - SOS DROGA

Instituto de droga e toxicoddependência (IDT) -

[www.idt@idtmin\\_saude.pt](mailto:www.idt@idtmin_saude.pt)

---

---



### ◀ O QUE SÃO DROGAS?

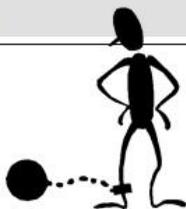
São substâncias químicas, que alteram o estado do teu corpo, ou seja, a tua forma de sentir, de pensar, a maneira como reages às coisas e o teu comportamento.



As drogas podem provocar uma tal dependência, que as pessoas que as usam não conseguem viver sem elas...

A maioria delas podem provocar a morte e todas elas têm efeitos secundários...

A dependência acontece normalmente quando a droga já alterou o equilíbrio químico do organismo, o que, por seu turno, afecta o funcionamento normal do corpo...



### ALGUMAS DICAS PARA DIZERES NÃO À DROGA:

Diz simplesmente NÃO: Eu sei aquilo que quero e muito bem aquilo que não quero!...Eu penso pela minha cabeça...

Devolve o desafio: se fosses realmente meu amigo não me tentarias convencer a fazer algo que eu não quero...

Inventa uma desculpa: Não, tenho outros planos...desculpa, mas já combinei outras coisas... não posso, tenho mesmo de ir para casa...

Sai - Se ficares podes ser convencido a fazer alguma coisa ou então entrar numa discussão com os teus amigos...sai rapidamente e com ar confiante!...



4 .Os meus amigos fumam droga. Se eu não fumo dizem que sou um "careta". Como posso evitar que me digam isso?

R: Talvez não o possas evitar, pelo menos ao princípio. Com o tempo aprenderão a aceitar-te como és e valorizarão a tua atitude de seres tu próprio. E um dia talvez possas ser uma referência, que lhes possa ser útil e agradável.

5 - O que são drogas leves? E duras?

R: Costuma dizer-se que as drogas leves (haxixe e marijuana, por exemplo) não são tão perigosas, tendo efeitos menos potentes, mais controláveis e sendo menos susceptíveis de causar dependência do que as duras (heroína, cocaína, LSD, etc.)

De qualquer modo, mais importante do que o efeito imediato das drogas, temos de ter em conta o seu modo de utilização, podendo existir utilizações "duras" de drogas leves.

**O IDEAL É NÃO EXPERIMENTAR QUALQUER UMA DELAS!**

**NÓS ALERTAMOS... TU DECIDES!...**

**NÃO EXISTE UMA SÓ RAZÃO QUE LEVE AS PESSOAS A DROGAREM-SE:**

Uns fazem-no pela curiosidade e o gosto do risco, próprio da adolescência e juventude; A pressão dos amigos, que vêem no consumo de drogas uma forma de se afirmarem e de ser adulto;

Outros para se sentirem confiantes; pelo prazer; para conseguirem enfrentar a pressão do dia a dia;



Muita gente consome drogas na esperança de se sentir melhor consigo mesma. É uma forma de camuflar os problemas, de fugirem dos seus próprios problemas; de evitar as questões que verdadeiramente precisam de ser resolvidas...

### 1. Afinal quem é que se droga?

R: Dizem-se muitas coisas sobre isso: as pessoas que têm problemas, as que querem curtir ou divertir-se, as que têm fácil acesso a drogas...

O certo é que a maior parte das pessoas não se droga - mesmo quando tem problemas, quando se quer divertir ou quando é fácil experimentar ou adquirir drogas.

Pode-se dizer que há pessoas mais susceptíveis do que outras e que em certos momentos da vida essa vulnerabilidade é maior, pode dizer-se que há condições de vida e familiares que são difíceis - mas há sempre outras formas de ultrapassar ou lidar com os obstáculos ou as dificuldades.

A decisão de usar ou não drogas é sempre uma questão individual, mesmo com influências ou pressões de outros.

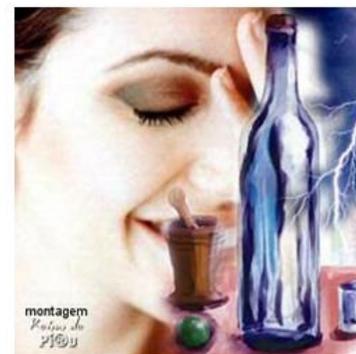
### 2. Quando saio com amigos de vez em quando fumo haxixe - irei ser um toxicodependente?

R: Pode-se dizer que há quatro tipos de utilizadores de drogas: o que experimenta, o que ocasionalmente consome uma droga, o que consome habitualmente e o toxicodependente. Felizmente que nem todos os que experimentam ou consomem uma droga com alguma frequência se tornam toxicodependentes, mas a verdade é

que todos os que são toxicodependentes começaram por experimentar uma droga. O maior problema é que nunca temos maneira de saber se vamos ficar dependentes ou não antes de isso acontecer e quando sabemos já é tarde demais.

### 3. O que posso fazer por um amigo que se drogue?

R Continuar a tratá-lo como um amigo, o que não implica fazer o mesmo que ele. Se te parecer que é uma situação perigosa para ele, podes aconselhá-lo a procurar ajuda nos Centros de Atendimento de Toxicodependentes (CAT) e tentar informar-te no teu centro de saúde, sobre a melhor forma de intervir nesse caso concreto ou ligando para a Linha Vida SOS Droga (1414). É importante que continues a cuidar de ti e da tua vida o melhor que puderes, porque quanto melhor estiveres contigo próprio, mais possibilidades terás de o ajudar.



**MORAL** - Porque o doente alcoólico esquece habitualmente a sua vida espiritual, não respeita as obrigações perante a família, os colegas de trabalho e a sociedade. Perde todo o senso moral.

NA TUA IDADE EXISTEM MUITAS MANEIRAS DE TE DIVERTIRES SEM PRECISARES DE ESTAR DEPENDENTE DE ALGO...APROVEITA A VIDA DE UMA FORMA SAUDÁVEL...LIVRE DE VÍCIOS

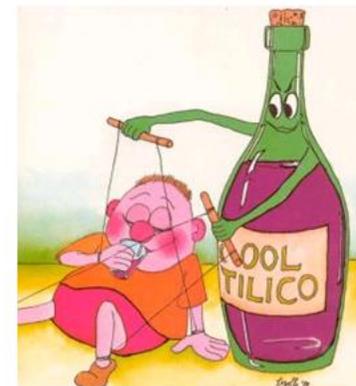
ÉS TU QUEM ESCOLHE O CAMINHO...



CIPE – Saúde Infanto-Juvenil

# Medidas de Segurança Adolescência

Alcoolismo!...



Folheto nº 3E

## CONSUMO DE ÁLCOOL NA ADOLESCÊNCIA

- No nosso País metade dos adolescentes entre os 12 e 15 anos já experimentaram álcool;
- Segundo um estudo realizado pela OMS em 1999, cerca de 12% dos jovens, afirmavam ter ficado bêbados antes dos 13 anos;
- Os jovens que consomem álcool, fazem-no durante as saídas nocturnas 2 a 3 vezes por semana em grande quantidade, preferindo as cervejas e as bebidas destiladas como a vodka.
- As crianças e os adolescentes são mais vulneráveis aos efeitos destas bebidas, porque ainda não atingiram a maturidade necessária a uma eficaz e completa metabolização. Uma pequena quantidade é, por isso, suficiente para prejudicar o seu desenvolvimento intelectual.
- Os órgãos e estruturas do sistema nervoso central são mais sensíveis, conduzindo a alterações do humor, do processo cognitivo e do comportamento.
- Nos jovens, o consumo de álcool leva rapidamente à **dependência** e quando em excesso, conduz ao coma, provocando lesões cerebrais irreversíveis.



O quadro torna-se ainda mais negro, se recordarmos, que o consumo de álcool é uma das causas de morte nos adolescentes.

O álcool é uma das principais causas de acidentes de viação mortais.



## O ALCOOLISMO É UMA DOENÇA FÍSICA, PSÍQUICA E MORAL:

**FÍSICA** - Porque o alcoolismo provoca má nutrição, deficiência em vitaminas, desidratação, lesões no fígado, sintomas nervosos diversos.

**PSÍQUICA** - Porque o doente alcoólico tem necessidade de beber para aceitar a realidade. Tem tendência a fugir às responsabilidades. Sofre de angústia e é agressivo. Resiste mal às frustrações e às tensões.

**SOCIAL** - Porque o doente alcoólico torna-se negligente perante a família. Perde frequentemente o emprego, os velhos amigos que continuam sóbrios. Sofre problemas financeiros e torna-se agressivo para com a sociedade.

## **17.8.** ANEXO 8: M-CHAT

Nome: \_\_\_\_\_ Preenchido por: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Parentesco do informador: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

**Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)**

Diana Robins, Deborah Fein &amp; 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 objectos, como por exemplo, cadeiras, mesas?	Sim	Não
4	Gosta de jogar às escondidas?	Sim	Não
5	Brinca ao faz-de-conta, por exemplo, 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 objectos (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 seu 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 as mãos/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 reacção facial quando se vê confrontada com situações desconhecidas?	Sim	Não

Traduzido pela Unidade de Autismo

Centro de Desenvolvimento da Criança – Hospital Pediátrico de Coimbra  
Entrevistada Diana Robins