

Saúde da Criança e do Jovem

O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE –
CONSIDERAÇÕES PARA O CUIDAR EM ENFERMAGEM

FILOMENA ADELAIDE DE MATOS, PHD

Texto de apoio à UC ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

AUTORA: Filomena Adelaide de Matos, PhD

O desenvolvimento da criança e do adolescente – considerações para o cuidar em Enfermagem

PREÂMBULO

Caros estudantes, este texto é um resumo escrito dos temas programados para as aulas, onde são focados os pontos principais a saber.

Tem o objetivo de vos orientar no estudo dos conteúdos ministrados em parte da Unidade Curricular **Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**, mais especificamente nos seguintes pontos do programa da UC: 1. A criança em Portugal e no Mundo; 2. Análise dos indicadores de saúde específicos; 3. Modelo de parceria de cuidados de Anne-Casey; 4. Crescimento, desenvolvimento e promoção da saúde: do nascimento à adolescência (Promoção da saúde/prevenção da doença da criança e do jovem; O nascimento da criança de termo e da criança prematura; Cuidar com a criança prematura e seus pais nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais; Crescimento e Desenvolvimento, parâmetros de normalidade e sinais de alarme; Desenvolvimento psicomotor da criança e do adolescente, parâmetros de normalidade e sinais de alarme; Programa Nacional de Saúde Escolar, regras básicas); 5. Prevenção de acidentes; 6. Crianças vítimas de maus tratos; 7. Alimentação desde o nascimento (em adenda).

Técnicas/procedimentos: como fazer um ninho para um prematuro; avaliação de parâmetros antropométricos; avaliação do desenvolvimento psicomotor da criança e do adolescente; apresentação de uma sessão de educação para a saúde.

Sendo um texto de apoio, embora atualizado anualmente, não dispensa a consulta das obras de referência (e constam das referências), que podem consultar no Centro de Documentação, nos sites da DGS ou em artigos científicos atualizados (com menos de 5 anos).

Para além do texto, e no final de cada capítulo, podem encontrar várias questões para responder, o que vos permitirá perceber se adquiriram os conhecimentos mínimos para terem sucesso nesta parte da Unidade Curricular.

BOM ESTUDO! VOTOS DE MUITO SUCESSO!

Filomena Adelaide de Matos, PhD

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 4

1. A CRIANÇA E O MEIO 5
 2. ANÁLISE DOS INDICADORES DE SAÚDE ESPECÍFICOS 8
 3. O MODELO DE PARCERIA DE CUIDADOS DE ANNE-CASEY 10
 4. O NASCIMENTO 12
 - 4.1. Cuidados para o Desenvolvimento – NIDCAP 12
 5. CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO 16
 - 5.1. Padrões de crescimento e desenvolvimento 21
 - 5.2. Áreas do desenvolvimento 22
 - 5.3. Sinais de alerta para o desenvolvimento 28
 6. EXAME FÍSICO 32
 - 6.1. Avaliação do estado somático e crescimento 32
 - 6.2. Situações em que se devem referenciar as crianças 38
 7. CARACTERÍSTICAS DO DESENVOLVIMENTO ESTADO-PONDERAL 43
 - 7.1. Recém-nascido 43
 - 7.2. 1º ano de vida 44
 - 7.3. 2º ano de vida 45
 - 7.4. 3º ao 5º ano de vida 47
 - 7.5. 6 aos 10 anos 47
 - 7.6. Durante a puberdade 47
 - 7.7. Adolescência 48
 - 7.7.1. Avaliação da maturidade biológica 49
 - 7.7.2. Alterações cognitivas e psicológicas na adolescência 53
 - 7.7.3. Alterações sociais na adolescência 53
 8. ALTERAÇÕES DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO E CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS 55
 - 8.1. Crianças com perturbações emocionais e do comportamento 56
 - 8.2. Intervenções de Enfermagem 57
 9. EXAMES DE VIGILÂNCIA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL 61
 - 9.1. Objetivos dos exames de saúde 62
 - 9.2. Periodicidade 64
 - 9.3. Exames de saúde oportunistas 64
 - 9.4. Conteúdos 65
 10. PROMOÇÃO DA SAÚDE 80
 - 10.1. Saúde escolar 87
 - 10.2. Prevenção do *Bullying* 88
 11. Alimentação da criança desde o nascimento 90
- REFERÊNCIAS

ÍNDICE DE FIGURAS

- Figura 1 – Mapa da África subsariana 6
- Figura 2 – Objetivos para o Desenvolvimento sustentável (ODS) 7
- Figura 2a – Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey 11
- Figura 3 – Bases neuroprotetoras 14
- Figura 3a – Tendências direcionais do crescimento e desenvolvimento 22
- Figura 4 – Padrões de locomoção inicial 23
- Figura 5 – Desenvolvimento motor da criança do nascimento aos 15 meses 23
- Figura 6 – Desenvolvimento motor grosseiro 24
- Figura 7 – Desenvolvimento motor refinado e visão 25
- Figura 8 – Fala, linguagem e audição 26
- Figura 9 – Desenvolvimento social, emocional e comportamento 27
- Figura 10 – Tabelas de percentis 34
- Figura 11 – Tabelas de percentis (comprimento) 34
- Figura 12 – Balanças para avaliar o peso em lactentes e toddler 39
- Figura 13 – Técnica de medição de comprimento com craveira 40
- Figura 14 – Medição da criança na posição de pé 40
- Figura 15 – Fontanelas e suturas 41
- Figura 16 – Fontanela anterior 42
- Figura 17 – Manobra de Ortolani-Barlow 44
- Figura 18 – Idade média de erupção dentária 46
- Figura 19 – Desenvolvimento físico das raparigas 52
- Figura 20 – Desenvolvimento físico dos rapazes 52
- Figura 21 – Alterações globais que ocorrem na adolescência 54

ÍNDICE DE QUADROS

- Quadro 1 – Contrastes entre os principais problemas de saúde infantil nos países desenvolvidos e em desenvolvimento 6
- Quadro 2 - Índice de Apgar 12
- Quadro 3 – Algumas características das crianças em relação à sua posição ordinal na família 19
- Quadro 4 – Sinais de alerta para o desenvolvimento 28
- Quadro 5 – Classificação do estado nutricional da criança e do adolescente tendo em conta o percentil IMC 36
- Quadro 6 - Parâmetros antropométricos de um RN de termo 44
- Quadro 7 – Ganho ponderal no 1º ano de vida 45
- Quadro 8 – Classificação dos estádios de maturação sexual nos rapazes 50
- Quadro 9 - Classificação dos estádios de maturação sexual nas raparigas 51
- Quadro 10 – Parâmetros a avaliar e cuidados antecipatórios nas consultas de Saúde Infantil programadas tendo em conta a idade 66

INTRODUÇÃO

O objetivo da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica é melhorar a qualidade dos cuidados de saúde para as crianças e adolescentes. Atualmente a Idade Pediátrica é definida **desde o nascimento até aos 18 anos de vida** e por esse motivo todas as atividades de promoção de saúde e tratamento alargaram o seu espetro de atividade até aos 17 anos e 364 dias (365 dias em anos bissextos, claro!), isto é, até ao dia em que completam 18 anos de idade.

Portugal tem uma população envelhecida e a envelhecer. No entanto, nos últimos anos, com a vinda de migrantes, o número de jovens com menos de 15 anos teve um ligeiro aumento. De qualquer modo, os cuidados à infância e adolescência, são primordiais para que possamos ter adultos saudáveis, com melhor qualidade de vida e maior longevidade.

A população residente em Portugal era em 2024, constituída por 10749635 pessoas, sendo que os jovens <15 anos eram 1359489 (PORDATA, 2025, o que representa 12,64% da população e em 2021, constituída por 10361831 pessoas, sendo que os jovens <15 anos (1332841) representavam 12,9% (PORDATA, 2022); em 2019, os jovens < 15 anos representavam 13,6% da população (PORDATA, 2021), o que significa que, com a diminuição de jovens, a população continua com tendência a envelhecer. Contudo, não podemos descurar os cuidados de saúde e a promoção da saúde na infância e adolescência, uma vez que os hábitos e estilos de vida adquiridos na infância tendem a manter-se na idade adulta e na velhice.

No que concerne aos profissionais de saúde, Portugal contava em 2024 com 85535 enfermeiros, sendo que 3344 eram especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2025). Em 2019 eram 75773 enfermeiros e 55432 médicos, para além de outras profissões (PORDATA, 2021) e em 2021 com 80238 enfermeiros (129,1 pessoas/enfermeiro) e 58735 médicos (176,4 médicos/ pessoa) (PORDATA, 2022). Apesar de o número de enfermeiros ter aumentado, ainda necessitamos de muitos mais enfermeiros para suprir as necessidades e exigências dos cuidados de saúde às populações.

A saúde das crianças em Portugal melhorou muito, à medida que os cuidados de saúde melhoraram e houve uma aposta na promoção e na vigilância da saúde e num programa de vacinação adequado e extenso;

Com efeito, sabemos que a promoção da saúde infanto-juvenil, através das oportunidades de redução de diferenças de acesso na questão da saúde permite que todas as crianças possam atingir o seu potencial de saúde, sendo que muitas das principais causas de óbito, doença e incapacidade podem ser reduzidas em crianças e adolescentes prevenindo-se comportamentos de risco (Hockenberry & Wilson, 2011).

QUESTÕES:

1. Qual o objetivo da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica?
2. Que idades correspondem à Idade Pediátrica?
3. Porque é que a promoção da saúde infanto-juvenil é importante?
4. Qual a importância da enfermagem para o desenvolvimento e crescimento da criança e do adolescente?

1. A CRIANÇA E O MEIO

Desde que nasce, o ser humano vive integrado no meio ambiente de onde fazem parte, em primeiro lugar, a família, depois a escola e a sociedade em geral (Matos, 2012).

A família e a sociedade são os alicerces para o crescimento e desenvolvimento da criança. A família, sempre como apoio fundamental do desenvolvimento da criança, necessita de ser apoiada para que possa ser bem-sucedida (Matos, 2012). A família necessita de ter os conhecimentos fundamentais sobre saúde e desenvolvimento infantil para que possa atuar de modo consciente e no maior interesse da criança. E, claro, esses conhecimentos podem e devem ser transmitidos pelos enfermeiros. O empoderamento das famílias passa, também, pelo aumento da sua literacia em saúde.

Como referem Johnson & Keogh (2012), o apoio familiar é uma constante na vida da criança, pelo que a família deve ser apoiada em todos os cuidados de saúde, quer estes sejam comunitários, domiciliários (em que a autoridade da família deve ser respeitada) ou hospitalares (onde a separação da família deve ser minimizada). Surge aqui também a hospitalização domiciliária, um conceito novo, que em Faro se iniciou já para os adultos, mas, à data de hoje, ainda não para a idade pediátrica.

Os papéis e as relações que se estabelecem no seio da família podem variar de acordo com a estrutura e tipo de família, idade da criança, cultura familiar (Nave, 2007; Matos, 2012) e todos os familiares são importantes pois todos fornecem apoio à criança. Estes papéis incluem os pais, os irmãos, outros familiares e, obviamente, a própria criança que vive em interação com o meio, mas que não é um mero recetor de informação. (Recordar o modelo ecológico-contextual de Bronfenbrenner estudado em Psicologia do Desenvolvimento).

A escola surge como um importante marco de socialização para a criança pois acresce novos conceitos e relações aos existentes no seio familiar. Neste contexto, a escola é outro dos alicerces para o desenvolvimento da criança e para a sua adaptação ao meio social onde esta vai desenvolver-se (DGS, 2007; Matos, 2012).

A Saúde Escolar em Portugal iniciou-se no início do século XX e tem-se adequado às necessidades da Escola e às preocupações de saúde emergentes (DGS, 2007), pelo que o Programa de Saúde Escolar apresenta linhas orientadoras de atuação que têm em conta a promoção da saúde e a evicção das situações de doença e dependência emergentes da altura.

Podemos dizer então, que a saúde escolar contribui também para uma maior literacia em saúde da comunidade escolar em geral e das crianças e jovens em particular.

Como podemos depreender, o meio onde a criança nasce e cresce tem o poder de poder determinar o seu futuro: se a criança nasce num meio favorável (com boas condições sócio-económicas e de literacia familiar no que respeita à saúde), terá melhores condições para sobreviver e ter saúde, do que se nascer num meio desfavorável (em situação de guerra, exclusão, pobreza, más condições sócio-económicas, migração, etc.), devido às condições que encontra no que respeita à sua saúde e à sua manutenção.

Os contrastes entre os principais problemas de saúde infantil nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, referidos por Lissauer & Clayden (2002) e que colocamos nos quadros nº1, não estão ainda resolvidos e, infelizmente, em minha opinião, nem perto de estarem resolvidos,

apesar de todas as intenções para os resolver, talvez também muito influenciados pelas guerras que teimam em manter-se:

Quadro nº 1 – Contrastes entre os principais problemas de saúde infantil dos países desenvolvidos e em desenvolvimento

Países em desenvolvimento	Países desenvolvidos
Pobreza, desemprego e guerra	Perturbações crónicas, previamente fatais (cancro, fibrose quística, terapia intensiva por prematuridade e pediátrica, transplante de órgãos)
Saneamento básico (água potável, higiene e higiene alimentar, habitação, educação)	Transtornos comportamentais e emocionais (TDA, anorexia nervosa, depressão, etc)
Cuidados de saúde – indisponíveis ou de baixa qualidade	Alterações do neurodesenvolvimento (atraso da linguagem, dificuldade de leitura, falta de coordenação e de perceção do corpo)
Alta taxa de natalidade – pirâmide populacional de base jovem	Diminuição da mobilidade e aumento da mortalidade por acidentes)
Infeções (respiratórias, HIV, diarreia, malária, tuberculose);	Ausência de união familiar
Desnutrição (marasmo, kwashiorkor, anemia ferropénica grave)	Desvantagem sócio-económica dos desfavorecidos
Problemas de aprendizagem e desenvolvimento de origem orgânica (síndrome de Down, anomalias congénitas)	Desigualdade no acesso à saúde
	Consumo excessivo – obesidade
	Abuso de drogas e álcool

Adaptado de Lissauer & Clayden (2003, p.1)

Muitos dos problemas relacionados com a saúde das crianças nos países em desenvolvimento, continuam a ser doenças infecciosas e que se relacionam com a as mortes das crianças até aos 5 anos de idade, nomeadamente a **pneumonia**, predominantemente bacteriana e que tem como fatores de risco o baixo peso ao nascer, ser mais novo, ausência de amamentação, deficiência de vit. A, viver em ambientes sobrelotados; **diarreia**, maioritariamente bacteriana, em crianças com < 2 anos de idade, da qual advém a subnutrição, baixo crescimento e morte, tratável com solução de reidratação oral e a manutenção do aleitamento materno; **sarampo**, que pode ser prevenido com imunização; **malária**, a morte é provocada pela malária cerebral, frequente na África subsaariana; **infecção por HIV**, que provoca a morte da criança e também a deixa órfã por morte dos pais; **tuberculose**, de incidência crescente, adquirida muitas vezes no domicílio e é uma infeção oportunista em crianças infetadas por HIV (Lissauer & Clayden, 2003).

Figura 1 – Mapa da África subsaariana



Fonte: Wikipédia, 2022

O meio em que a criança vive é tão importante que a Organização das Nações Unidas (ONU – UN), definiu em 2015 os **Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável (ODS)**, que são objetivos universais na ação para o fim da pobreza, proteção do planeta e o estabelecimento da Paz e da prosperidade para todos até 2030 (Agenda 2030). Os 17 Objetivos que constituem os ODS são integrados, reconhecem que as ações numa determinada área afetam obviamente as outras áreas e que o desenvolvimento deve ser equilibrado a nível social, económico e da sustentabilidade ambiental. Todos os países que constituem a ONU assumiram o compromisso com o atingir destes objetivos que têm como desígnio a erradicação da pobreza, da fome, da SIDA e da discriminação contra as mulheres e as meninas (<https://www.undp.org>).

Na figura 2, podemos ver um quadro com os 17 ODS.

Figura 2: Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável



Fonte: <https://www.dge.mec.pt/objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel-ods>

QUESTÕES

1. Refira a importância do meio no desenvolvimento da criança.
2. Refira o papel do enfermeiro no empoderamento da família e da criança.
3. Refira criticamente as diferenças nos problemas em saúde infantil nos países desenvolvidos e em desenvolvimento
4. O que são os ODS?
5. Como surgiram e correspondem a que expectativas?
6. Enumere os ODS.
7. Reflita: Em qual ou quais os enfermeiros têm um papel importante?

2. ANÁLISE DOS INDICADORES DE SAÚDE ESPECÍFICOS

Em Portugal, graças à melhoria das condições de vida e dos cuidados de saúde, a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI)⁽¹⁾ desceu de 21,8⁰/100 em 1981 para 2,9⁰/100 em 2014, sendo em 2020 e em 2022 de 2,4⁰/100 e em 2023 2,6⁰/100. Em 2024, a Taxa de Mortalidade infantil foi de 2,5⁰/100. A esperança de vida à nascença dos indivíduos do sexo masculino é de 78,1 anos e do sexo feminino de 83,7 anos. A Taxa bruta de natalidade era, em 2019 de 8,4⁰/100. A taxa de mortalidade neonatal (TMN)⁽²⁾ é em 2020, em 2021 de 1,7⁰/100 e em 2024 de 1,8⁰/100. A taxa de mortalidade perinatal (TMP)⁽³⁾ é em 2020, em 2021 de 3,3⁰/100 e em 2024 de 3,7⁰/100 (PORDATA, 2021, 2022, 2023, 2025).

(1) Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) = Nº de óbitos < 1 ano/1000 nados-vivos.

(2) Taxa de Mortalidade Neonatal (TMN) = Nº de óbitos até aos 28 dias de vida/1000 nados-vivos.

(3) Taxa de Mortalidade Perinatal (TMP) = Nº de fetos mortos com mais de 28 semanas de gestação e número de óbitos de crianças com menos de 7 dias/1000 nados-vivos

As taxas de mortalidade infantil, mortalidade neonatal e mortalidade perinatal, são indicadores de saúde. Servem para medir a sobrevivência e a qualidade de vida. Permitem através da sua avaliação, estabelecer prioridades e gerir os recursos sanitários; permitem a investigação da etiologia dos problemas de saúde e a informação sistemática da população sobre os seus problemas de saúde.

Por exemplo, a **TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL** é o indicador mais utilizado para refletir a saúde infantil de um país ou de uma região, traduzindo fortemente as condições do desenvolvimento social e económico, mas espelhando também a qualidade e adequação dos Serviços de Saúde. Assim, a TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL **não reflete apenas** a amplitude dos problemas de saúde responsáveis pela morte da criança como: algumas infeções de origem no período perinatal; anomalias congénitas; doenças do aparelho respiratório; acidentes e violências, **mas também:** o nível de saúde da mãe e da criança; o nível de cuidados pré e pós-natais da mãe e criança; a política de planeamento familiar; o nível de higiene do meio; o desenvolvimento sócio-económico de uma sociedade. A taxa de mortalidade infantil subdivide-se em **TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL, (MORTALIDADE NEONATAL PRECOCE** (0 aos 7 dias); **MORTALIDADE NEONATAL TARDIA** (8 aos 28 dias)) e **MORTALIDADE PÓS-NEONATAL** (29 aos 365 dias).

Outro indicador importante é a **TAXA DE MORTALIDADE PERINATAL**, pois a mortalidade perinatal é influenciada por fatores como o fraco nível sócio-económico da família, a idade materna inferior a 20 anos ou superior a 40 anos, a hipertensão da mãe, hemorragias ou anemia durante a gravidez, o peso fetal em discordância com a idade gestacional, a Incompatibilidade feto-materna, a doença infecciosa durante a gravidez e qualquer doença crónica ou grave na mulher grávida (Sinha, Miall & Jardine, 2012).

Para além destes indicadores, a UNICEF escolheu, em 1987, a **TAXA DE MORTALIDADE DE MENORES DE 5 ANOS (TMM5)** que corresponde ao Nº de óbitos de menores de 5 anos por 1000 nados-vivos como principal indicador do desenvolvimento social global porque afere a Saúde Materna e Infantil e reflete componentes de desenvolvimento como o rendimento, a

disponibilidade de alimentos, a habitação, a água potável, o saneamento, os níveis de alfabetização e os Serviços Sociais.

Recordando, no que concerne aos profissionais de saúde, Portugal contava em 2024 com 85535 enfermeiros (126 pessoas por enfermeiro), sendo 3344 na Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (407 crianças com <15 anos por enfermeiro especialista) (Ordem dos Enfermeiros, 2025) e 64941 médicos (Ordem dos Médicos, 2025). Apesar de o número de enfermeiros ter aumentado, ainda necessitamos de muitos mais enfermeiros para suprir as necessidades e exigências dos cuidados de saúde às populações, porque quanto mais diferenciados forem os cuidados de saúde, maior a necessidade de profissionais especializados para colmatarem as necessidades.

A saúde das crianças em Portugal melhorou muito, à medida que os cuidados de saúde melhoraram e houve uma aposta na promoção e na vigilância da saúde e num programa de vacinação adequado e extenso;

Com efeito, sabemos que a promoção da saúde infanto-juvenil, através das oportunidades de redução de diferenças de acesso na questão da saúde permite que todas as crianças possam atingir o seu potencial de saúde, sendo que muitas das principais causas de óbito, doença e incapacidade podem ser reduzidas em crianças e adolescentes prevenindo-se comportamentos de risco (Hockenberry & Wilson, 2011).

QUESTÕES:

5. Qual o objetivo da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica?
6. Que idades correspondem à Idade Pediátrica?
7. O indicador mais utilizado para refletir a saúde infantil de um país ou de uma região é a Taxa de Mortalidade Infantil. Porquê?
8. O que é a Taxa de Mortalidade Infantil?
9. O que é a Taxa de Mortalidade Neonatal?
10. O que é a Taxa de Mortalidade Perinatal?
11. Porque é que a promoção da saúde infanto-juvenil é importante?
12. Qual a importância da TMM5?

3. O MODELO DE PARCERIA DE CUIDADOS DE ANNE-CASEY

Se até finais do século XVII se dava pouca importância ao crescimento e desenvolvimento da criança, provavelmente devido à elevada taxa de mortalidade infantil e ao desconhecimento da importância dos primeiros anos de vida da criança nos contributos para o seu desenvolvimento, o facto é que, a partir dessa altura se começou a dar mais atenção à criança. Embora não existissem ainda cuidados de promoção da saúde (cuja ênfase se iria iniciar no séc. XX), a criança e a sua saúde começou a ser valorizada a partir do séc. XVIII. É nessa altura que surge na Europa, em Paris, o 1º Hospital Pediátrico, no início do séc. XIX e em Portugal o primeiro Hospital Pediátrico, fundado por D. Pedro V em memória de sua mulher, a Rainha D. Estefânia. O Hospital da Bemposta iniciou a sua construção em 1860 e foi inaugurado em 1877, por D. Luís, irmão do Rei D. Pedro V entretanto falecido, no dia 17 de julho, dia da morte da Rainha. O Hospital toma o nome de Hospital Dona Estefânia, por vontade do povo (<https://www.chlc.min-saude.pt/hospital-dona-estefania>). A propósito do Hospital D. Estefânia e da sua estrutura, espaço e ambiente, *Florence Nightingale*, à época considerada uma autoridade em construção hospitalar, escreveu: “If children’s hospitals are to be built at all, this is the kind of plan that should be adopted” (in “Notes on Hospitals”) (<https://www.chlc.min-saude.pt/hospital-dona-estefania>).

Os cuidados de Enfermagem à criança, têm sofrido grandes alterações ao longo dos tempos à medida que vamos entendendo melhor as necessidades de cada criança/jovem, nestas etapas do ciclo de vida (da infância ao final da adolescência) que são tão complexas e desafiantes. O século XX, foi profícuo no estudo da criança e do seu desenvolvimento e as políticas de saúde deram enorme ênfase na promoção do apoio a um desenvolvimento saudável em quase todo o mundo. Surgiram inúmeros estudos que nos permitem olhar agora a criança de modo diferente e proteger o seu potencial de desenvolvimento.

Assim, os cuidados de Enfermagem à criança e ao jovem são sempre cuidados complexos, já que não falamos apenas de uma relação individual entre a criança e a(o) enfermeira(o): não é concebível, na atualidade, não integrar nesses cuidados os pais e, eventualmente a restante família (irmãos, avós, tios...). Deste modo, não falamos apenas de cuidados a uma pessoa, mas sim, cuidados à tríade criança/jovem e mãe e pai (se se tratar de uma família tradicional) ou cuidados à criança/jovem e seus cuidadores, numa perspetiva de adequação à situação real da criança/jovem, integrada no seu contexto familiar.

Quando falamos nos cuidados à criança, consideramos quer os cuidados que promovem o desenvolvimento quer os cuidados que são prestados no internamento hospitalar.

Se internamento hospitalar é, para qualquer ser humano, uma situação de stress (por estar num ambiente desconhecido, pelo medo da dor, pelo medo da separação da família, etc.), essa situação de stress, medo e mal-estar é muito maior na criança, devido ao seu estadió de desenvolvimento.

Aliás, as inúmeras investigações feitas no século XX, apontam para efeitos adversos da hospitalização, quer para a criança, quer para os seus pais (ver trabalhos de Spitz, por exemplo). A presença a tempo inteiro dos pais junto da criança aquando da hospitalização, só acontece em Portugal desde o final da última década do séc. XX.

O **modelo de parceria de Cuidados de Anne Casey** surge no final do séc. XX e é o modelo de prestação de cuidados à criança considerado mais adequado pela Ordem dos Enfermeiros que

refere, no parecer nº 6/2016 que *O modelo teórico de Anne Casey (1998), considera que os pais são os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos e que os Enfermeiros desenvolvem todo o planeamento de cuidados promovendo o envolvimento negociado dos pais no processo de cuidar (respeitando a fase de impacto do processo saúde/doença em que os pais se encontram) otimizando os seus conhecimentos e capacidades para o desenvolvimento do seu papel parental* (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p.3).

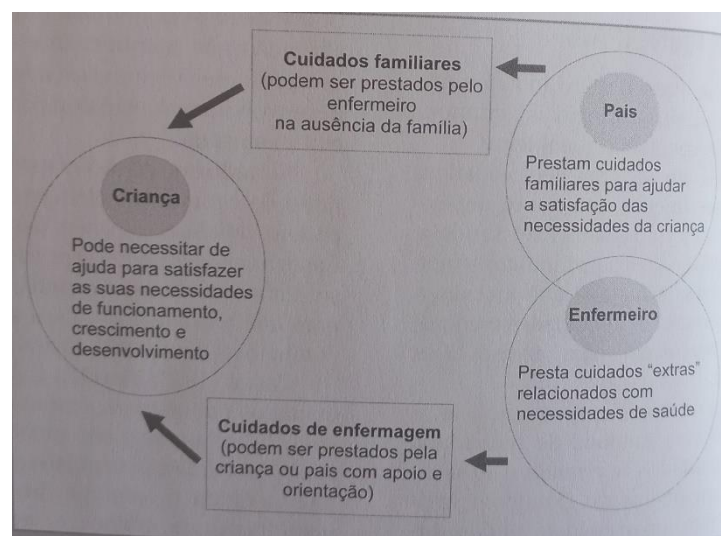
O **modelo de parceria de cuidados de Anne Casey**, propõe que os pais sejam envolvidos ativamente pelos profissionais, dentro das suas possibilidades e conhecimentos, nos cuidados à criança.

Surgem neste modelo, valores como: respeito, comunicação, empatia, abordagem holística e negociação, numa parceria entre os cuidados prestados pelos profissionais e pelos pais, em que os enfermeiros têm o importante papel de capacitar os pais/ famílias para que estes possam envolver-se na prestação de cuidados (Monteiro & Cerqueira, 2020).

O modelo apresenta cinco conceitos principais: **criança** (ser com necessidades, totalmente dependente ao nascimento para a satisfação das suas necessidades, desenvolvendo competências ao longo do seu período de crescimento), **família** (unidade de pessoas que prestam cuidados à criança e influenciam o seu desenvolvimento), **enfermeiro** (responsável pela criança e família, supervisiona os cuidados, aconselha, orienta, apoia física e psicologicamente, favorecendo um ambiente adequado ao desenvolvimento e encaminha para outros profissionais, numa perspetiva holística, sempre que tal se torne necessário), **saúde** (estado de ótimo bem-estar físico e mental, deve estar sempre presente, permitindo que a criança desenvolva todas as suas potencialidades) e **ambiente** (onde estão integrados os estímulos exteriores que podem influenciar o desenvolvimento da criança) (Monteiro & Cerqueira, 2020). Neste modelo, o enfermeiro presta cuidados especializados e incentiva os pais a prestarem os cuidados familiares, sempre que possível, sendo o apoio do enfermeiro sempre constante, pois pode haver pais/ cuidadores que não queiram ou não consigam prestar cuidados.

Por experiência própria, da minha prática clínica entre 1988 e 1999, sei que é, de facto, uma mais-valia, quer para a criança, para quem os pais são a sua fonte de segurança, quer para os pais, porque se sentem úteis e de algum modo com maior capacidade de gerir o seu stress, quer ainda para o enfermeiro, pois têm nos pais uns aliados no cuidar.

Figura 2a – Modelo de Parceria de Cuidados



Fonte: Monteiro & Cerqueira, 2020, p. 36

4. O NASCIMENTO

O tempo de gestação humana são 40 semanas. Contudo, consideramos **bebé de termo** todos os bebés que nascem entre as 38 e as 42 semanas de gestação. Consideramos **bebé pré-termo** todos os bebés que nascem antes das 37 semanas completas e **pós-termo** os bebés que nascem depois das 42 semanas (Sinha, Miall & Jardine, 2012).

O nascimento é um ato fisiológico e um dos mais antigos de todos os tempos: todos nascemos. Mesmo quando não havia hospital. Contudo, a morte do bebé aquando do seu nascimento ou durante o parto e a morte da mãe durante e no pós-parto são situações que podem ocorrer e que podem ser prevenidas ou minoradas com o nascimento no Hospital. Atualmente, nos países desenvolvidos, as crianças nascem maioritariamente em meio hospitalar. O facto de a criança poder nascer em meio hospitalar é uma mais-valia para a criança, no curto espaço de tempo que medeia o ato de nascer e nos dias seguintes ao nascimento, por facilitar a observação da adaptação do bebé; em meio hospitalar é possível observar a adaptação do bebé ao meio exterior após o nascimento, avaliar a situação de pós-parto da mãe, intervindo imediatamente em situação de risco de vida e observar o bebé ao longo das primeiras 48 a 72 horas de vida, atuando igualmente de modo imediato se houver necessidade.

A adaptação imediata do recém-nascido à vida extra-uterina é medida pelo índice de Apgar. Criado em 1952 pela médica anestesista Virgínia Apgar, é o primeiro método padronizado para avaliar a transição do recém-nascido para o meio extra-uterino. Marca o surgimento da neonatologia, especialidade que se dedica à saúde e cuidados do bebé do nascimento aos 28 dias de vida (Sinha et al, 2012).

O índice de Apgar é avaliado no 1º e 5º minuto de vida, sendo avaliada a condição do bebé em 5 parâmetros, pontuados de 0, 1 e 2, num total máximo de 10 pontos e mínimo de 0 pontos (Sinha et al, 2012), como podemos ver no quadro nº 2.

Quadro nº 2 – Índice de Apgar

Sinal	Score 0	Score 1	Score 2
Ritmo cardíaco	Ausente	<100bpm	>100bpm
Esforço respiratório	Ausente	Irregular, lento	Choro
Tónus muscular	Relaxado	Fraco, inativo	Forte, ativo
Cor	Azul, pálido	Corpo rosa, extremidades azuis	Rosado
Reflexo	Ausência de resposta	Esgares	Tosse, chora

Adaptado de Sinha et al, 2012, p.37.

4.1. CUIDADOS PARA O DESENVOLVIMENTO – NIDCAP

O NIDCAP (Newborn Individualised Developmental Care and Assessment Program), é um programa de cuidados individualizado que se baseia nas investigações mais recentes acerca do desenvolvimento do feto e do bebé recém-nascido, a nível cerebral e neurológico e que pretende uma adequação do meio ambiente para que esse desenvolvimento se processe do

modo mais adequado ao bebé, nomeadamente ao bebé prematuro e ao recém-nascido que necessita de cuidados intensivos.

Os cuidados centrados no desenvolvimento, propostos inicialmente por Adelise Als (1994), adequam-se às necessidades do bebé e família, numa perspetiva ética do desenvolvimento.

Assim, o NIDCAP é um programa de cuidados individualizados, desenvolvido para que se consigam diminuir os problemas causados por um nascimento prematuro, nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais. Existe formação para os profissionais (médicos e enfermeiros) que trabalham nestas Unidades de Cuidados Intensivos e alguns hospitais do nosso país já implementaram ou estão a implementar este programa. O Hospital-escola deste programa em Portugal é o Hospital de S. João no Porto. A formação total implica a frequência de três cursos (FINE 1, FINE 2 e o curso de nível 3) e o CHUA tem vários enfermeiros e médicos formados no primeiro curso do programa. Transcrevo aqui um parágrafo respeitante a esta formação da autoria de Warren, 2015, p.10:

Perspectivas éticas nos cuidados centrados no desenvolvimento:

Providenciar cuidados humanizados: *protege os direitos das crianças, protege a criança da dor e do stresse, de não ser separada da mãe, garantindo o fornecimento de leite materno.*

Centro na família: *respeita os pais como principais cuidadores; suporta o papel parental, o envolvimento dos pais nas decisões e na tomada de decisão sobre a criança e o serviço.*

Ambiente: *cria um ambiente que minimize o stresse na criança, nos pais e nos cuidadores e promova à criança experiências sensoriais apropriadas.*

Neurodesenvolvimento: *Incorpora intervenções específicas ligadas à evidência com os melhores resultados: pele com pele, música, leite materno. Essas intervenções podem ser prejudiciais se não forem corretamente incorporadas*

Individualizados: *Todas as abordagens de cuidados centrados na família poderão ter maior sucesso se forem individualizados de modo a atender a cada bebé e sua família. A individualização dos cuidados depende da observação do bebé.*

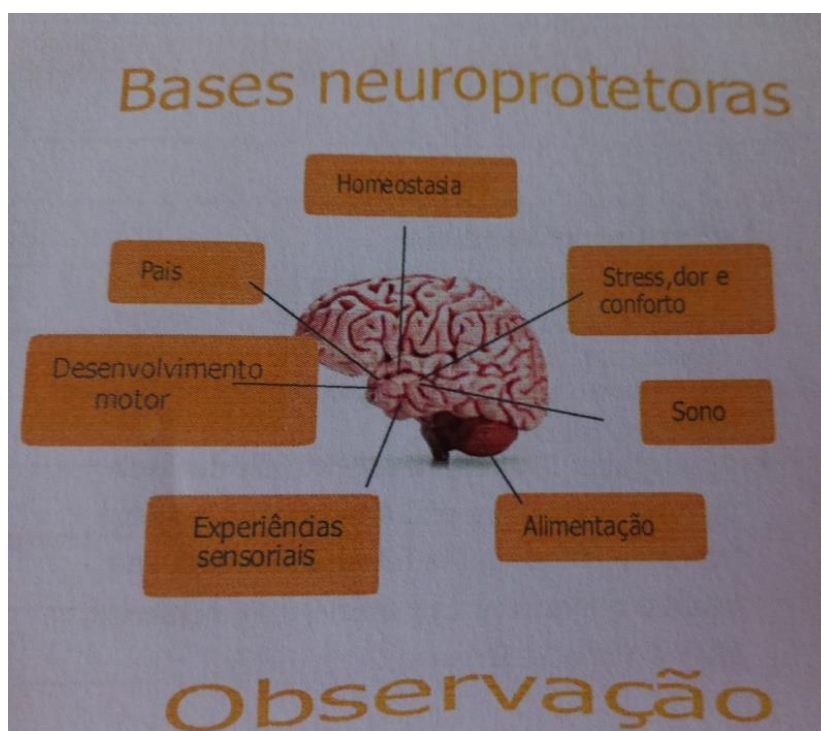
Factualmente em que é que se alterou o ambiente das Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais tendo em conta os pressupostos do NIDCAP?

- Diminuição do ruído da sala, havendo alarmes desligados, obrigatoriedade de se falar muito baixo; há um aparelho de monitorização de decibéis que muda de verde (ambiente ok em termos de ruído) para amarelo ou para vermelho (ruído excessivo);
- Diminuição da luminosidade (a sala está sempre com luminosidade controlada);
- Diminuição na manipulação do bebé, fazendo-o apenas em caso de necessidade e havendo uma maior articulação entre as equipas médicas e de enfermagem;
- Avaliação sistematizada do bebé para reconhecer precocemente sinais de exaustão e de prontidão;
- Contenção do bebé para imitar as paredes uterinas;
- Utilização do método de canguru para aumentar o vínculo da díade;
- Alteração da técnica do banho do bebé, utilizando a contenção durante o banho; ente outros.

E porque se alterou? Porque se consegue atualmente compreender a dificuldade de se nascer prematuro, já que os bebés prematuros apresentam níveis de imaturidade do seu organismo, nomeadamente a nível do neurodesenvolvimento.

Neste contexto, os tópicos chave são os cuidados cerebrais básicos que apresentam uma componente neuroprotetora, que se reflete em todas as atitudes cuidadoras com o bebé e que se baseia na observação, como podemos ver na figura 3.

Figura 3 – Bases neuroprotetoras



Fonte: Warren, 2015, p. 9

O objetivo dos cuidados neuroprotetores é diminuir os riscos da prematuridade no que respeita ao neurodesenvolvimento, já que existe um risco aumentado de risco para os bebês prematuros de: abuso e bullying, ansiedade e depressão, déficit de atenção, perturbações do espectro do autismo, paralisia cerebral, distúrbios alimentares, perda de audição, atraso na linguagem, baixo QI, pobre coordenação motora, perturbações do processamento sensorial, isolamento social, deficiência social, entre outros (Warren, 2015).

Os cuidados centrados no desenvolvimento e neurodesenvolvimento precoce, têm em conta as etapas e processos no desenvolvimento cerebral precoce, os circuitos neuronais e neuroplasticidade e integram uma forma de cuidar mais apropriada, onde não se esquece o apoio ao aleitamento materno, fonte de benefícios ao bebê prematuro, a inclusão dos pais no cuidar com o seu bebê, o tratamento da dor e minimização do stress, já que o stress e a dor foram associados a piores resultados na funções cognitivas e motoras, o contacto pele com pele e a presença e participação dos pais que também mostrou ser benéfica no desenvolvimento dos bebês (Warren, 2015).

Sendo a observação do bebê considerada a chave para o sucesso do cuidados centrados no desenvolvimento, não podemos cuidar sem o observar e perceber o que nos pretende comunicar (Warren, 2015).

Tendo por base o modelo sinactivo do desenvolvimento, este descreve a organização do bebê como um sistema com quatro subsistemas interrelacionados e a capacidade de autoregulação: o subsistema autónomo, o subsistema motor, o subsistema do estado de consciência e o subsistema de atenção/ interação (Warren, 2015). Estes sistemas estão relacionados e a desorganização de um pode implicar a desorganização dos outros.

Assim, podemos referir que o **Subsistema autónomo** inclui as várias funções fisiológicas (respiração, circulação, digestão, trânsito intestinal e regulação da temperatura) e pode ser observado através da observação do padrão respiratório, da coloração da pele, da leitura do

SPO₂ e da frequência cardíaca no monitor e ainda dos sinais viscerais e dos movimentos involuntários do bebé. O **subsistema motor** envolve o tónus muscular e os padrões do movimento e pode ser observado através da postura do bebé, da qualidade, controle e variedade dos movimentos, do tónus muscular, dos gestos e da expressão facial. Por outro lado, o **subsistema do estado de consciência** pode ser verificado na clareza e estabilidade dos estados, no estado de alerta tranquilo, no sono repousante e no aparecimento dos ciclos de sono. Finalmente, o **subsistema de ação/interação** que inclui a capacidade de ser capaz de estar alerta e de se envolver com os cuidadores e com o ambiente pode ser verificado no brilho da expressão do bebé em alerta tranquilo, virar os olhos na direção do som, fixar e seguir a face ou um objeto, estado de alerta e ser capaz de afastar-se de estímulos não importantes (Warren, 2015: 17).

Para avaliar os sinais do comportamento do bebé, Warren, (2015: 20), propõe o exercício do semáforo, abaixo descrito:

Verde	Bebé parece bem e confortável Está contido e pronto para adormecer Está acordado e pronto para interação PODEMOS CONTINUAR OS CUIDADOS
Amarelo	O bebé faz esforços para se autoregular com sucesso mínimo. Pode mostrar sinais de cansaço, instabilidade ou mal-estar. PODE INDICAR NECESSIDADE DE AJUDA (pausa, voz ou mãos tranquilizadoras)
Vermelho	Indicam que o bebé necessita de MUITA AUTOREGULAÇÃO PARA ATINGIR A ESTABILIDADE

Fonte: Warren, 2015: 20.

Ainda e no que respeita à melhoria de cuidados ao bebé, contamos, por exemplo com a segurança no automóvel, que define as regras para o transporte de crianças em automóvel desde a alta da maternidade (Orientação DGS nº 001/2010).

QUESTÕES

1. Defina o que entende por bebé de termo
2. Defina o que entende por bebé pré-termo ou prematuro
3. Defina o que entende por bebé pós-termo
4. O que é o índice de Apgar e como o podemos aplicar?
5. O que é o NIDCAP?
6. Que alterações do ambiente podemos encontrar entre uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais onde se aplica o programa NIDCAP e uma Unidade de Cuidados Intensivos onde não se aplica?
7. Que outros cuidados podemos ter a nível da prevenção de acidentes, nomeadamente no que respeita ao transporte de crianças desde a alta da maternidade?

5. CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

O que é Crescimento e Desenvolvimento? Há diferenças nestes conceitos?

O crescimento e o desenvolvimento englobam o conjunto de modificações que vão da concepção ao estado adulto e têm em conta todas as áreas de desenvolvimento.

São geralmente descritos como uma unidade e dizem respeito às mudanças que ocorrem na vida de uma pessoa. Este é um processo dinâmico, e as suas dimensões estão interrelacionadas: Crescimento, Desenvolvimento, Amadurecimento ou maturação e Diferenciação (Hockenberry & Wilson, 2011).

Assim, **Crescimento** - significa aumento no tamanho e peso em geral ou de alguma região em particular, referindo-se a uma mudança quantitativa; **Desenvolvimento** – refere-se a uma mudança qualitativa, evolutiva, gradual, tendo em conta uma evolução por patamares/ estágios, passando de um estágio de complexidade inferior para outros de maior complexidade, resultando na aquisição de novas aptidões da criança através do crescimento, maturação e aprendizagem; **Amadurecimento** (ou maturação) – diz respeito maior competência e adaptabilidade; aumento da idade; mudança qualitativa que permite o funcionamento a nível superior; **Diferenciação** – processo de modificação de células e estruturas precursoras; desenvolvimento de atividades e funções do mais simples para o mais complexo (Hockenberry & Wilson, 2011, p.75).

No entanto, também é possível apreciar o crescimento e desenvolvimento tendo em conta o conceito de idade, em que **idade biológica** se refere à idade do ponto de vista da saúde biológica e capacidades funcionais (uma criança/ adolescente pode aparentar ter mais ou menos anos de idade tendo em conta o seu aspeto físico e as suas capacidades físicas), **idade cronológica** refere-se ao número de dias ou anos desde o nascimento (é exata, apesar da aparência), **idade social** tem em conta os papéis sociais e as expectativas esperadas face à idade da criança/ adolescente e **idade psicológica** compara as capacidades de adaptação e resposta de uma criança/ adolescente com outra da mesma idade cronológica (Johnson & Keogh, 2012).

O **crescimento** e o **desenvolvimento** dependem, contudo, de vários fatores interrelacionados, que não ocorrem isolados uns dos outros, isto é, todos se influenciam mutuamente (Johnson & Keogh, 2012; Hockenberry & Wilson, 2011; Lissauer & Clayden, 2003), a saber:

- **FATORES GENÉTICOS/ HEREDITÁRIOS** - Embora muitas vezes se pense que estabelecem os limites do potencial biológico individual, podem sofrer influências ambientais (ex: guerras químicas que podem alterar os genes).

Contudo, as características hereditárias têm grande influência no desenvolvimento. O sexo da criança, por exemplo, que é determinado no momento da concepção, determina quer o padrão de crescimento, quer o que se espera dela em termos de atitudes e comportamentos a nível social e cultural. Por outro lado, existe uma forte correlação entre os aspetos físicos (altura, distribuição adiposa, etc.) e até de saúde e vigor que podem ser atribuídos a traços hereditários (ex: longevidade, doenças específicas).

No entanto, se a hereditariedade pode determinar o potencial da criança, o ambiente em que ela vive e se desenvolve, influencia o atingir e até ultrapassar esse potencial, ou pelo contrário, não chegar a atingir o potencial.

- **FATORES AMBIENTAIS** - Podem atuar no período pré-natal, natal ou pós-natal. Podem ser de múltiplas origens – físicos, químicos, infecciosos, imunológicos. Os riscos ambientais, como por exemplo a inalação passiva do fumo do cigarro, é um risco em todos os estádios de desenvolvimento e pode ser prevenido.

Por outro lado, desenvolvimento de uma criança pode ser comprometido se o ambiente em que ela vive for carente nas necessidades físicas e/ ou psicológicas (Lissauer & Clayden, 2003).

Necessidades físicas:

- *Aquecimento, roupas, abrigo*
- *Atividade/ repouso*
- *Boa saúde*
- *Alimentos e água em qualidade e quantidade*
- *Bom funcionamento dos cinco sentidos*

Necessidades psicológicas:

- *Amor, carinho e expressão de afeto*
- *Identidade pessoal, auto-respeito e independência*
- *Brincadeiras*
- *Oportunidade para aprender pela experiência*
- *Modelos de comportamento*
- *Segurança* (Lissauer & Clayden, 2003, p. 21).

De facto, as necessidades físicas interligam-se com as necessidades psicológicas, na medida em que as falhas das primeiras impedem a aquisição das segundas (ver a pirâmide de necessidades de Maslow, cuja teoria foi estudada em Psicologia do Desenvolvimento). Ter uma **boa saúde** implica ter condições de conforto físico adequadas, relacionadas com as necessidades de nível 1 (alimentos adequados às necessidades de crescimento, água potável, aquecimento de forma a manter uma temperatura estável e equilibrada que mantém o bem-estar, sono e repouso adequados alternados com períodos de atividade equilibrada, o que leva ao bom funcionamento dos cinco sentidos). Contudo, estas necessidades satisfeitas, não são suficientes para um desenvolvimento harmonioso de modo que a criança atinja o seu potencial, se as necessidades psicológicas de amor, carinho e segurança não estiverem satisfeitas. As necessidades psicológicas implicam que cada criança seja considerada como um ser único e por isso ser valorizada enquanto tal para que a sua autonomia, identidade e independência ocorram. A criança não é um adulto em miniatura (embora o tivesse sido considerada até ao século XIX), necessita de aprender para se desenvolver, através da imitação e das brincadeiras, onde vai ensaiar os modelos que lhe são dados pelos adultos (normalmente e inicialmente os pais ou cuidadores e depois os professores e os colegas – grupo de pares) (Ver as teorias de desenvolvimento lecionadas na UC de Psicologia do Desenvolvimento)

- **FATORES NUTRICIONAIS** – Os fatores nutricionais são, de acordo com muitos especialistas, dos fatores cuja influência isolada é das mais importantes sobre o crescimento. Os alimentos, em quantidade e qualidade adequadas, regulam o crescimento adequado em todas as fases de desenvolvimento (Lissauer & Clayden, 2003; Huckenberry & Wilson, 2011).

Por exemplo, no período pré-natal de crescimento rápido, a má nutrição pode ser uma influência desde a implantação do ovo até ao nascimento do bebé. Já durante o período de lactente e durante a infância, a necessidade calórica é grande para proporcionar o aumento rápido de altura e de peso e adequar-se ao rápido desenvolvimento neuronal, pelo que

como referem Lissauer & Clayden (2003, p. 155), *os lactentes e crianças são mais vulneráveis à subnutrição que os adultos*. Ocorrendo o crescimento de forma desigual, o apetite da criança ocorre em resposta a estas variações de necessidades calóricas.

Os fatores nutricionais estão também muitas vezes relacionados com os fatores económicos, com os fatores culturais e também com as situações de doença (Lissauer & Clayden, 2003; Hockenberry & Wilson, 2011). Sabemos que uma alimentação adequada, variada e equilibrada é a base de uma boa saúde, crescimento e desenvolvimento.

As escolhas alimentares saudáveis são uma das preocupações dos profissionais de saúde na atualidade, uma vez que a aquisição de alimentos menos saudáveis está ao alcance de pais e crianças/ adolescentes. (Recordar aqui a informação lecionada na UC Fundamentos de Enfermagem I acerca das necessidades alimentares, roda dos alimentos, confeção dos alimentos e Dieta Mediterrânica).

Num estudo realizado pré-pandemia no Concelho de Albufeira com 480 mães, pais e outros cuidadores de crianças entre os 2 e os 10 anos de idade, Nunes, Matos & Costa (2016) verificaram que 99% das crianças tomava o pequeno-almoço em casa, mas 14% delas não consumia leite ou derivados nessa refeição. 4% das crianças não consomem sopa nem fruta e 8% das crianças apenas consomem uma peça de fruta por dia. Cerca de 50% das crianças acompanhava as refeições com refrigerantes (24,5%) ou sumos de garrafa (24,9%) e 6% das crianças não consumia água. A equipa de investigadoras fez uma sessão de apresentação destes resultados e apresentou estratégias junto dos decisores políticos da Câmara Municipal de Albufeira, para se melhorarem os hábitos nutricionais destas famílias.

Por outro lado, e como temos verificado, as guerras impedem a boa distribuição dos alimentos e o seu acesso, levando à desnutrição e morte – vejamos o caso catastrófico da Faixa de Gaza.

- **FATORES SOCIAIS, FAMILIARES E EMOCIONAIS** - Podem modificar o potencial de crescimento e de desenvolvimento, genética ou socialmente definidos. São por exemplo, a nível da família, a estrutura familiar e a dinâmica familiar (Hockenberry & Wilson, 2011), ou seja, a cultura organizacional da família (Nave, 2007; Matos, 2012). A família funcional organiza-se e adapta-se ao crescimento e desenvolvimento dos seus membros. Cada família possui tradições e valores e os papéis de cada membro da família são distintos, de modo a facilitar a parentalidade e a evitar o conflito (Nave, 2007; Hockenberry & Wilson, 2011; Matos, 2012).
- Na nossa sociedade atual, podemos encontrar várias estruturas familiares, que vão para além da família nuclear tradicional. (Podem encontrar alusão à família nuclear, família mista, família alargada, família monoparental, família biparental, família poligâmica, comunal e família gay/ lésbica em Hockenberry & Wilson, 2011, p.34-35). Os papéis parentais e a aprendizagem desses papéis pode ser responsável por um maior ou menor stress parental e a intervenção do enfermeiro pode ser uma mais-valia para a adaptação positiva e a transformação desse stress numa atitude de crescimento (Matos, Ramos & Soares, 2022).
- A qualidade da interação entre a criança e os pais, é outro dos fatores que podem ou não promover o desenvolvimento. Uma interação rica e diversificada, em que a criança percebe o amor e a atenção, promovem a aquisição de competências e uma vida

saudável e feliz. Já uma interação pobre e violenta para além de não promover um desenvolvimento adequado, impede esse desenvolvimento.

- As metas estabelecidas para a criança (ex: os pais pretendem que a criança quando for adulta tenha uma determinada posição social/ curso preferencial...),
- Os conceitos pessoais e as necessidades dos pais...
- A posição da criança na família (em relação aos seus irmãos) e o seu temperamento (características pessoais de relacionamento com os outros; ex: criança fácil, criança difícil, criança lenta). Por achar importante para a intervenção do enfermeiro na promoção da saúde, adapto seguidamente um quadro (quadro nº 3) com as características das crianças em relação à sua posição ordinal na família (Hockenberry & Wilson, 2011)

Quadro nº 3 – Algumas características das crianças em relação à sua posição ordinal na família

Filho único	Filho mais velho	Filho do meio	Filho mais novo
<ul style="list-style-type: none"> . Mais maduro e culto . Tem características de filho mais velho . Têm mais pressão dos pais (para maturidade e sucesso) . Superioridade na linguagem . Isolamento, que os leva a gostarem de uma vida rica em fantasia 	<ul style="list-style-type: none"> . Mais dominantes . Recebem mais castigos físicos . Podem demonstrar mais agressividade em relação aos irmãos . Mais auto-disciplina, auto-consciência, . Mais ansiosos . Maiores expectativas dos pais . Falam mais cedo . > desempenho intelectual . Planeiam melhor . Menos frustrações 	<ul style="list-style-type: none"> . Menos elogiados (frequência) . recebem menos tempo dos pais . aprendem a adaptar-se . Mais difíceis de caracterizar 	<ul style="list-style-type: none"> . Menos dependentes . Menos tensos . Mais carinhosos . Mais bondosos . Identificam-se com o grupo de amigos . Têm ideias mais flexíveis . Populares na escola . Exigem menos deles

Fonte: Resumido e adaptado de Hockenberry & Wilson, 2011, p. 38

E, obviamente, não poderíamos deixar de fazer referência ao brincar. Se a criança pudesse ter uma profissão, essa seria BRINCAR. É através da brincadeira que a criança imita e se apropria dos papéis sociais e através disso, desenvolve a sua imaginação, organização e autonomia. Embora o brincar (tipo de brincadeiras, local onde se passam as brincadeiras) tenha uma enorme vertente cultural, o facto é que todos precisamos de brincar... Todos inventámos roteiros, através da nossa imaginação, considerámos discursos e falas, antecipámos resolução de problemas (PBL) quando éramos crianças. Essas situações desenvolveram em nós competências para chegarmos onde estamos hoje. Nas suas brincadeiras, as crianças antecipam os papéis sociais que vão viver na sua vida adulta e identificam-se mais com uns do que com outros, construindo assim a sua identidade. A importante fase dos heróis, dará lugar a decisões objetivas no futuro de cada criança.

As crianças adaptam a sua principal atividade – brincar – ao meio envolvente e, se para umas crianças as Barbies, os Ken, os LEGO são as ferramentas das suas brincadeiras, para outros uma

simples folha caída de uma árvore, um pau ou uma pedra, pode ser elemento desencadeador de brincadeira. No entanto, desenvolvimento tecnológico tem vindo a alterar o modo de brincar das crianças e a socialização de crianças e jovens, aumentando o tempo de inatividade física (mas não psicológica e de atenção) ao aumentar o número de horas em que a criança não anda, salta, corre ou pula.

Em 2009, Matos e seus estudantes verificaram num trabalho de investigação numa escola de Quarteira, não publicado, que os jovens atualmente têm muitas atividades de sofá (ver televisão, jogar em jogos eletrónicos) e pouco fazem atividades físicas, havendo mais ocupações com atividade física nas crianças e jovens que habitam em meio urbano, do que as que habitam em meio rural. Esta atividade física, em maior quantidade física pode estar relacionada com as atividades extra-curriculares que os jovens de meio rural não frequentam por inacessibilidade.

No estudo realizado pré-pandemia no Concelho de Albufeira com 480 mães, pais e outros cuidadores de crianças entre os 2 e os 10 anos de idade já referenciado, Nunes, Matos & Costa (2016), foi identificado que as crianças estudadas utilizam muitas horas de exposição ao ecrã, embora o façam mais ao fim de semana e nas férias. Essas horas de ecrã poderiam ser substituídas por horas de atividades ao ar livre.

Ainda no que respeita às brincadeiras e ocupação dos tempos livres, o tempo gasto online, com computadores e telemóveis têm uma influência negativa no desenvolvimento psicomotor, nomeadamente nas habilidades específicas como a motricidade fina, para além de interferir negativamente com a capacidade de estabelecer relações com os outros.

Os fatores familiares, sociais e emocionais são profundamente importantes para o grau de realização pessoal conseguido pela criança e para o seu bem-estar.

- **FATORES CULTURAIS** – Os fatores culturais também se revestem de uma importância enorme para o desenvolvimento e integração da criança no seu meio, já que a criança é criada de acordo com o padrão do local onde nasce e onde tem de se inserir. No entanto, estes fatores podem limitar a criança, estabelecendo expectativas para o seu comportamento e podem, insidiosamente, alterar o esquema de novas aquisições.

Mesmo etapas como a apreensão, o sentar, o pôr-se de pé, o andar, que se pensava depender apenas da maturação, estão também dependentes de fatores desta natureza (recordar o filme *Babies* visualizado em Psicologia do Desenvolvimento no ano letivo passado).

Nas diferentes culturas existe uma variedade de expectativas, valores e crenças culturais no que se refere às crianças e à sua saúde. A criança assimila comportamentos e valores no âmbito das interações no seu contexto cultural. Assim, a cultura que é passada de geração em geração influencia a forma como a criança e a família delinham o seu comportamento quer no que diz respeito ao desenvolvimento da criança, quer às atitudes que esta irá desenvolver em relação aos comportamentos de saúde (Jeremias, 2009).

Os fatores culturais são um desafio para a literacia em saúde, já que o enfermeiro deve ter em conta cada cultura no seu trabalho de promoção de saúde e no cuidar no Hospital. Alterar hábitos e costumes enraizados e que são perniciosos para uma saúde global da criança/adolescente/adulto/idoso pode não ser tarefa fácil (recordar aqui Madeleine Leininger e a Teoria transcultural do Cuidar).

De facto, não é fácil aplicar as premissas da Teoria Transcultural do Cuidar. No entanto, ao evitarmos criticar abertamente atitudes e hábitos culturais que sabemos ser menos corretas para a saúde, estamos de alguma forma a permitir criar uma relação com os pais e criança, que permitirá a alteração de hábitos culturais perniciosos para a saúde. Como referem Hockenberry & Wilson,

Evite criticar diretamente as crenças e práticas tradicionais de saúde, ao dizer que elas estão erradas ou são prejudiciais, ou insinuar que as condutas biomédicas são uniformemente corretas e efetivas (...) Tais críticas resultam geralmente na rejeição não só dos profissionais de saúde (...) mas das suas orientações de saúde. Quando as práticas populares não interferem no bem-estar do paciente, elas não precisam de ser desencorajadas (2011, p.66).

- **FATORES POLÍTICOS E ECONÓMICOS** – Tendo em conta que definem o tipo de prioridades da comunidade, incluindo aquelas que podem ter profunda influência na vida e no futuro das crianças, como a facilidade de acesso aos cuidados de saúde, à educação, à alimentação... (ex: em termos políticos podemos ter uma política de proteção à maternidade e infância, proporcionando às famílias um maior apoio no início da vida da criança, quer em termos económicos, quer em termos sociais ou podemos investir mais em estradas ou aeroportos...)

O crescimento e desenvolvimento é um processo demorado e complexo e pessoal. Apesar de haver uma hierarquia, isto é, não se passa para tarefas mais complexas, sem se adquirir as mais simples, o padrão de crescimento e de desenvolvimento é único para cada criança e pode ser profundamente diferente de uma para outra, dentro de largos limites de **Normalidade**.

De facto, os padrões de crescimento e desenvolvimento têm tal variabilidade que muitas vezes só podem ser expressos em termos estatísticos.

5.1. PADRÕES DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

Existem, no entanto, *padrões definidos e previsíveis para o crescimento e o desenvolvimento que são contínuos, ordenados e progressivos*. Esses padrões, ou tendências, são **universais e básicos a todos os seres humanos** (Hockenberry & Wilson, 2011, p. 75) mas como já foi referido anteriormente, cada ser humano alcança-os de uma forma e num tempo exclusivo para si.

Podemos então referir que existem **Tendências Direcionais** para o desenvolvimento: a primeira direciona-se de forma **cefalocaudal**, isto é, os bebés controlam a cabeça e o tronco antes de se conseguirem manter de pé; a segunda é a tendência **proximodistal**, isto é, o controle dos ombros precede o controle dos braços e das mãos; estas tendências são bilaterais e aparecem simetricamente. A terceira tendência é a **diferenciação** sendo que a partir de padrões mais simples de desenvolvimento, emergem outros mais complexos (Hockenberry & Wilson, 2011, p.75).

Existe uma **tendência sequencial**, sendo previsível para cada criança em cada estágio (gatinham antes de andar, etc.) e cada criança tem o seu **ritmo de desenvolvimento** (o que nos torna únicos, pois embora o desenvolvimento seja feito por uma ordem fixa, há períodos de

aceleração e desaceleração e nem todas as áreas de desenvolvimento ocorrem ao mesmo ritmo), havendo **períodos sensíveis**, isto é, períodos em que o organismo interage com o ambiente de modo particular, determinando momento mais adequados para determinadas aprendizagens (Hockenberry & Wilson, 2011, p. 76, 77).

Na figura 3a, podemos observar as tendências direcionais do crescimento e desenvolvimento

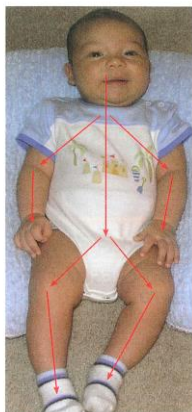


Fig. nº3a- Tendências direcionais do crescimento e desenvolvimento
Fonte: Honckenberry & Wilson, 2011: 76

5.2. ÁREAS DO DESENVOLVIMENTO

No que concerne ao desenvolvimento, e para sistematizarmos a nossa observação, podemos referir quatro grandes áreas de habilidades funcionais:

- *Desenvolvimento motor grosseiro*
- *Desenvolvimento motor refinado e visão*
- *Fala, linguagem e audição*
- *Desenvolvimento social, emocional e comportamental* (Lissauer & Clayden, 2003, p.21).

A avaliação destas quatro grandes áreas de habilidades funcionais (ver figuras nº 6, 7, 8 e 9) permite-nos perceber se o desenvolvimento da criança segue o padrão da normalidade, isto é, se o seu desenvolvimento global está dentro do que se espera para a idade e permite-nos também intervir precocemente, facilitando assim um desenvolvimento adequado da criança, nas áreas em que for necessário. A intervenção pode implicar uma maior estimulação da criança em determinada área do desenvolvimento.

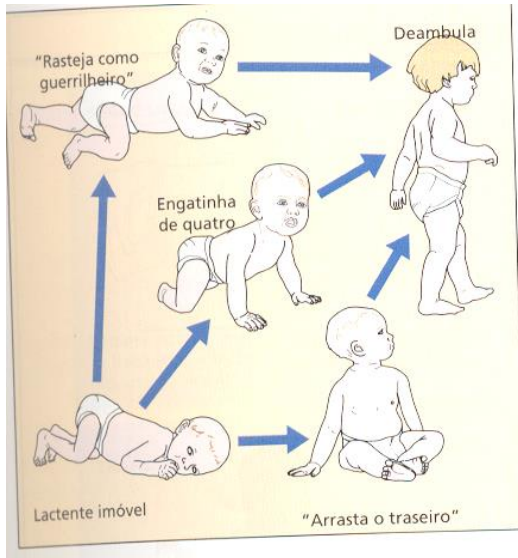
Todas as áreas de habilidades funcionais são importantes, isto é, não há uma mais importante do que outra, pois todas concorrem para o desenvolvimento global da criança

À medida que a criança cresce, habilidades adicionais como a atenção e a concentração, tornam-se importantes, pois permitem que a criança integre com maior ou menor facilidade novos conceitos, normas e aprendizagens.

Ao crescimento e ao desenvolvimento associam-se, para além das áreas de desenvolvimento atrás mencionadas, o desenvolvimento da locomoção, do qual existe um padrão, como podemos ver na figura da página seguinte, figura 4.

PADRÕES DA LOCOMOÇÃO INICIAL

Figura nº 4 – Padrões de locomoção inicial



Na espécie humana, o bebê necessita de cerca de 1 ano de desenvolvimento desde o nascimento para poder deslocar-se sem ajuda.

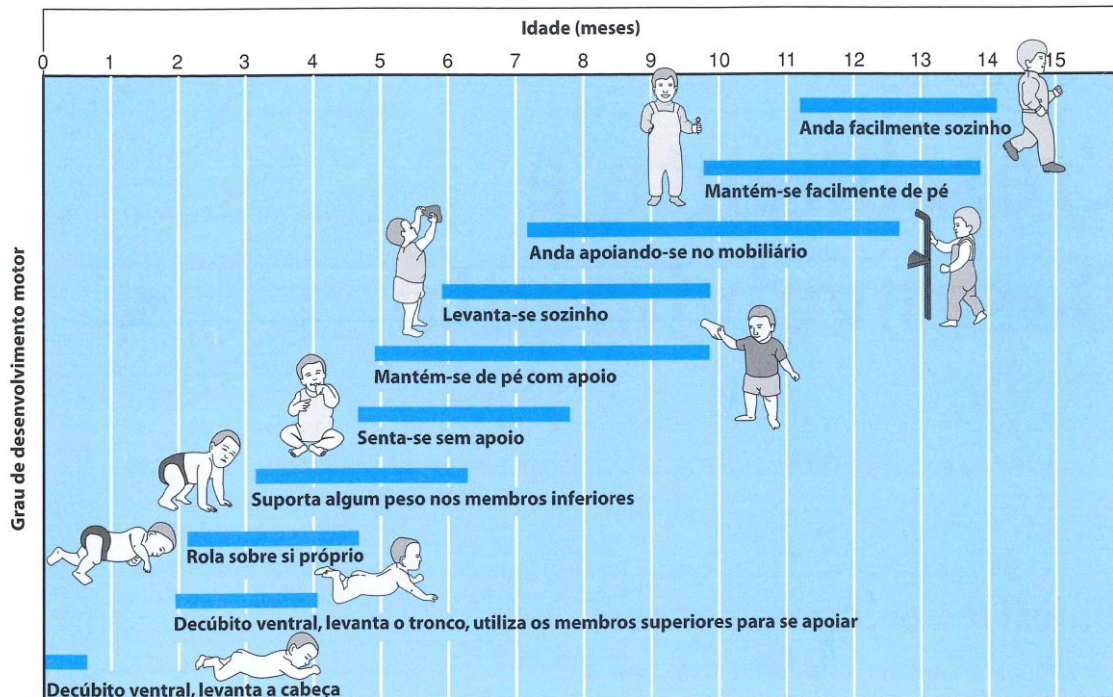
O lactente, passa da fase imóvel (quando recém-nascido) à deambulação no primeiro ano de vida.

Não é obrigatório que todos os lactentes gatinhem de forma comum antes de andar, mas obrigatoriamente têm que se sentar e arranjar um modo intermédio entre a imobilidade e a deambulação, que pode ser o rastejar, o gatinhar ou arrastar-se.

Fonte: Lissauer & Clayden, 2003, p.23

O ser humano atravessa, nos primeiros 15 a 18 meses de vida, um processo de desenvolvimento motor que lhe permite sair de uma dependência total em termos de mobilidade, para atingir a capacidade de se movimentar independentemente, como podemos verificar na figura 5.

Figura nº 5 – Desenvolvimento motor da criança do nascimento aos 15 meses de idade

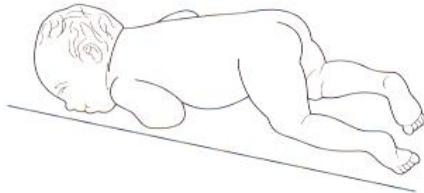


Fonte: Johnson & Keogh, 2012, p. 14

DESENVOLVIMENTO MOTOR GROSSEIRO

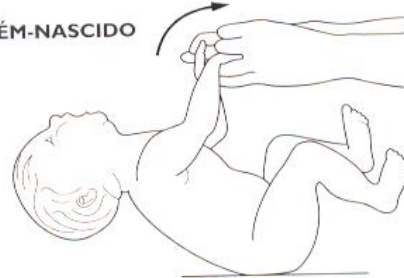
Fig. nº 6– Desenvolvimento motor grosseiro – Idades medianas

RECÉM-NASCIDO



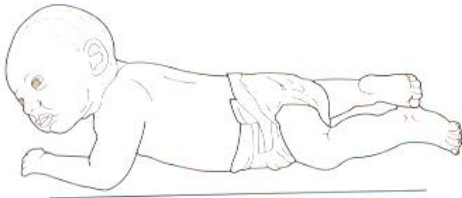
Membros flectidos,
posturas simétricas

RECÉM-NASCIDO



Retardo acentuado da
cabeça no teste de tração

6-8 SEMANAS



Eleva a cabeça em 45°

6-8 MESES



Senta sem apoio
- aos 6 meses: com o dorso redondo
- aos 8 meses: com o dorso reto (ilustrado)

8-9 MESES



Engatinha

10 MESES



Deambula em
volta dos móveis

12 MESES



Deambulação instável,
marcha alargada,
mãos separadas

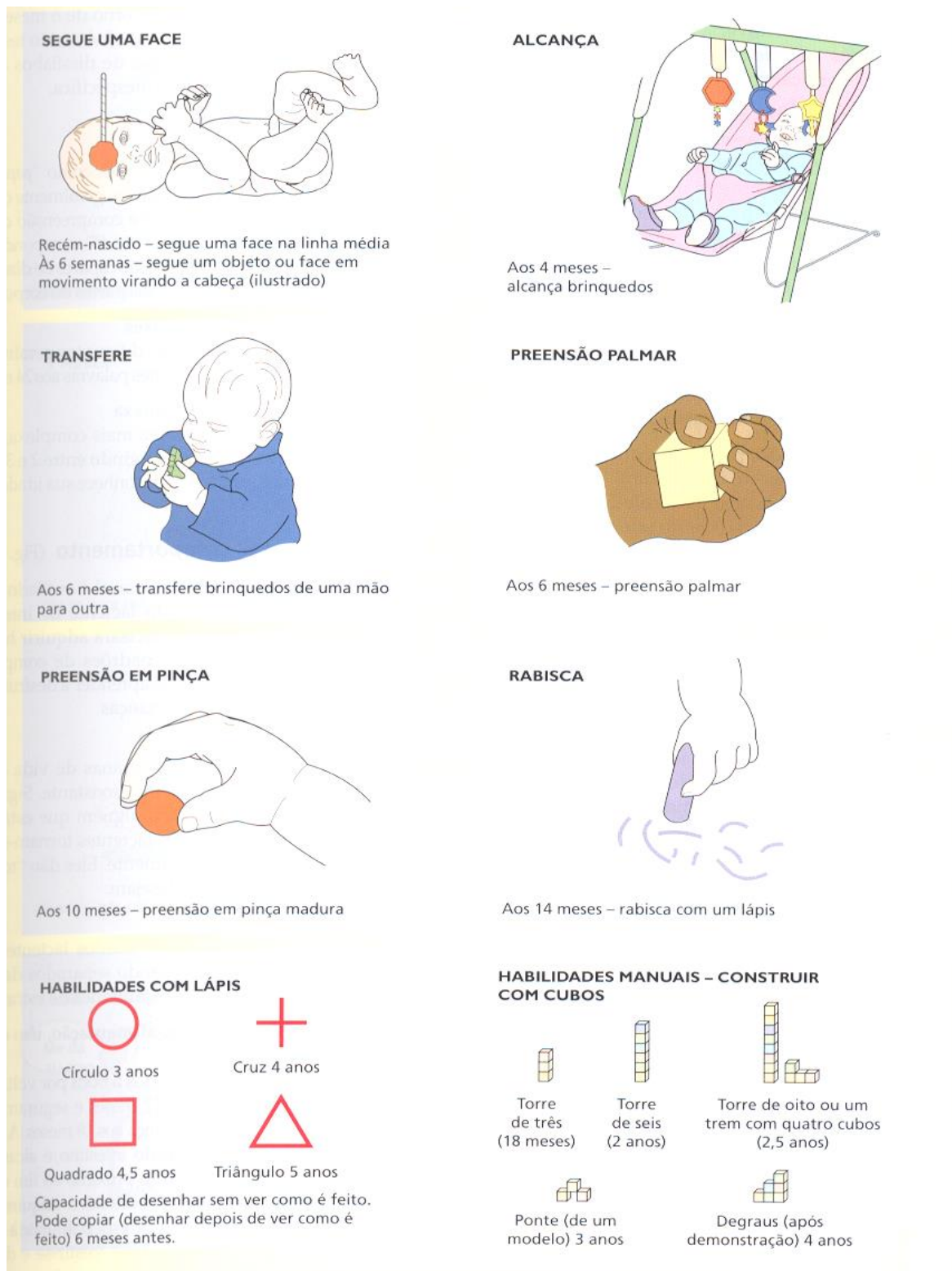
15 MESES



Deambulação estável

DESENVOLVIMENTO MOTOR REFINADO E VISÃO

Fig. nº 7 – Desenvolvimento motor refinado e visão – idades medianas



Fonte: Lissauer & Clayden, 2003, p. 25

FALA, LINGUAGEM E AUDIÇÃO

Fig. nº 8 – Desenvolvimento da fala, linguagem e audição – idades medianas



Fonte: Lissauer & Clayden, 2003, p.27

DESENVOLVIMENTO SOCIAL, EMOCIONAL E COMPORTAMENTO

Fig. 9 – Desenvolvimento social, emocional e do comportamento - Idades medianas



Fonte: Lissauer & Clayden, 2003, p.28

A observação e avaliação das quatro áreas de desenvolvimento, permite intervir precocemente e desenvolver com a criança e pais/ cuidadores estratégias para superar alterações privilegiando o desenvolvimento adequado da criança e a sua integração no mundo. Além disso, as quatro áreas de desenvolvimento não são estanques, isto é, ao intervirmos numa em que possa existir um desvio, estamos a providenciar para que o desenvolvimento ocorra de forma harmoniosa e saudável. Por exemplo, a audição saudável é uma necessidade do ser humano para a sua integração no mundo. Uma criança com diminuição da acuidade auditiva, terá certamente grandes problemas na aprendizagem da língua falada pelos seus pais e, conseqüentemente maiores dificuldades, ou até insucesso total na escola e isso interferirá negativamente na sua vida de adulto e na sua integração social. No entanto, se conseguirmos identificar essa diminuição da acuidade auditiva e interviermos de modo a minimizá-la, minimizaremos também essa dificuldade de aprendizagem e de integração. Para tal, necessitaremos obviamente de intervir em termos de equipa multidisciplinar.

O atraso do desenvolvimento pode ocorrer por várias razões, nomeadamente, de origem genética, perturbação do desenvolvimento ocorrida por situações inesperadas como uma doença aguda ou crónica (saúde precária), deficiência sensorial que impeça a integração do conhecimento do mundo, necessidades físicas ou psicológicas não satisfeitas, doença ou lesão neurológica (Lissauer & Clayden, 2003).

O desenvolvimento anormal, pode ocorrer de várias maneiras:

A criança pode progredir lenta e constantemente, mas fora da faixa normal para a idade e o desenvolvimento pode atingir um platô ou regredir; com o aumento da idade, a diferença entre o desenvolvimento normal e anormal torna-se maior e, portanto mais evidente; pode ser leve, moderado, grave ou profundo; pode envolver uma área específica de habilidades (atraso específico do desenvolvimento) ou todas as áreas (atraso global do desenvolvimento) (Lissauer & Clayden, 2003, p. 31)

5.3. SINAIS DE ALERTA PARA O DESENVOLVIMENTO (DGS, 1990: Cordeiro, M. & Carvalho, C.)

É importante estarmos atentos ao desenvolvimento da criança. A observação adequada das áreas de desenvolvimento, como referido anteriormente, permite-nos intervir precocemente e com sucesso em muitas situações que de outro modo não seriam tidas em conta, viabilizando uma vida mais saudável.

A DGS adotou a Escala de Mary Sheridan modificada para a avaliação do desenvolvimento psicomotor da criança. Os sinais de alarme abaixo transcritos (Quadro nº 4) e que consideramos na avaliação do desenvolvimento são os encontrados nessa norma (DGS, 2013), e é feita uma comparação com a utilizada anteriormente, de autoria de Cordeiro & Carvalho (1990)

Quadro nº 4 Sinais de alerta para o desenvolvimento (DGS, 2013 e DGS, 1990)

Norma 10/2013 (DGS 2013) EM USO	Cordeiro & Carvalho, 1990
1 Mês Ausência da tentativa de controle da cabeça na posição sentada Hipertonicidade na posição de pé Nunca segue a face humana	4/6 semanas Ausência da tentativa de controle da cabeça na posição sentada Hiper ou hipotonicidade na posição de pé Nunca segue a face humana

<p>Não vira os olhos ou a cabeça para o som (principalmente a voz humana) Não se mantém numa situação de alerta, nem por períodos breves (15 seg.)</p>	<p>Não vira os olhos ou a cabeça para o som (principalmente a voz humana) Não se mantém numa situação de alerta, nem por períodos breves (15 seg.) Não estabelece qualquer tipo de interação</p>
<p>3 Meses Não fixa objetos nem segue objetos com os olhos Não sorri Não há qualquer controlo da cabeça Mãos sempre fechadas Membros rígidos em repouso Sobressalto ao menor ruído Chora e grita sempre que se lhe toca Pobreza de movimentos</p>	<p>3 Meses Não fixa objetos Não segue objetos com os olhos Não sorri Deixa cair a cabeça para trás quando puxado para a posição de sentado Mãos sempre fechadas Membros rígidos em repouso Postura assimétrica Sobressalto ao menor ruído Chora e grita sempre que se lhe toca Pobreza de movimentos</p>
<p>6 Meses Ausência de controlo da cabeça Membros inferiores rígidos e passagem direta à posição de pé quando se tenta sentar a criança Não olha nem pega em nenhum objeto Apresenta assimetrias Não reage aos sons Não vocaliza Tem desinteresse pelo ambiente Apresenta irritabilidade Estrabismo manifesto e constante</p>	<p>6 Meses Ausência de controlo da cabeça Membros inferiores rígidos e passagem direta à posição de pé quando se tenta sentar a criança Não olha para nenhum objeto Não pega em nenhum objeto Assimetria Não reage aos sons Não vocaliza Apático, não interessado no que o rodeia Estrabismo manifesto e constante</p>
<p>9 Meses Não se senta Permanece sentado e imóvel, sem procurar mudar de posição Apresenta assimetrias Não tem preensão palmar, não leva objetos à boca Não reage aos sons (voz, roca, chávena e colher) Vocaliza monotonamente ou perde a vocalização É apático e não se relaciona com familiares Engasga-se com facilidade Tem estrabismo</p>	<p>9 Meses Não tem equilíbrio sentado Permanece sentado e imóvel, sem se inclinar ou procurar mudar de posição Assimetria Não tem preensão palmar nem leva objetos à boca Não reage aos sons (voz, roca, chávena e colher) Vocaliza monotonamente ou perde a vocalização Permanece apático e não estabelece contacto com familiares Engasga-se com facilidade Estrabismo</p>
<p>12 Meses Não aguenta o peso sobre os membros inferiores Permanece imóvel, não procura mudar de posição Apresenta assimetria Não pega nos brinquedos ou fá-lo com uma só mão Não responde à voz Não brinca nem estabelece contacto Não sabe mastigar</p>	<p>12 Meses Não aguenta o peso sobre os membros inferiores Permanece imóvel, não procura mudar de posição Assimetria Não pega nos brinquedos ou fá-lo com uma só mão Não responde à voz Não brinca, não estabelece contacto Não sabe mastigar Estrabismo</p>
<p>18 Meses Não se põe de pé, não suporta o peso sobre os membros inferiores Anda sempre na ponta dos pés Apresenta assimetria</p>	<p>18 Meses Não se põe de pé Não suporta o peso sobre os membros inferiores Marcha na ponta dos pés Postura assimétrica Não consegue pinçar</p>

Não faz pinça – não pega em nenhum objeto entre o polegar e o indicador Não responde quando o chamam Não vocaliza espontaneamente Não se interessa pelo que o rodeia, não estabelece contacto Atira com os objetos ou leva-os sistematicamente à boca Estrabismo	Ausência de resposta à voz humana Não vocaliza espontaneamente Atira com os objetos ou leva-os sistematicamente à boca Estrabismo
24 Meses Não anda sozinho Assimetria Deita os objetos fora Não constrói nada Não parece compreender o que se lhe diz Não pronuncia palavras inteligíveis Não se interessa pelo que está ao seu redor Não estabelece contacto Não procura imitar Tem estrabismo	24 Meses Não anda Assimetria Deita os objetos ao chão Não constrói nada Não parece compreender o que se lhe diz Não pronuncia palavras inteligíveis Não se interessa pelo que está ao seu redor, não estabelece contacto Não procura imitar Estrabismo
	3 Anos Anda em pontas dos pés sistematicamente Não constrói nada Não parece compreender o que se lhe diz Não faz frases com pelo menos duas palavras Não se interessa pelo que está ao seu redor, não estabelece contacto Não responde à voz ciciada Estrabismo ou suspeita de défice visual
4 – 5 Anos Desajeitado Hiperativo, distraído, dificuldades de concentração Linguagem incompreensível, substituições fonéticas, gaguez Estrabismo ou suspeita de défice visual Apresenta perturbações do comportamento	4 Anos Desajeitado Hiperativo, distraído, dificuldades de concentração Linguagem incompreensível, substituições fonéticas, gaguez Não responde à voz ciciada (altas frequências) Estrabismo ou suspeita de défice visual Perturbações do comportamento

Como podemos verificar no quadro comparativo acima, as alterações prendem-se com as idades-chave de acordo com a aplicação da Escala de avaliação do desenvolvimento psicomotor de Mary Sheridan. Esta Escala encontra-se, como referido anteriormente, em anexo na norma 10/2013 de 31/05/2013 (DGS, 2013).

A linguagem é, como sabemos, o meio de comunicação entre as pessoas. O desenvolvimento adequado da linguagem inclui a compreensão e a verbalização e permite que a criança se integre socialmente e construa as suas redes de apoio. Por isso é importante estarmos atentos a atrasos no desenvolvimento desta competência humana

ATRASO DE LINGUAGEM SIGNIFICATIVO (Cordeiro & Carvalho, 1990)

18 M - não compreende ordens simples

18M-2A - não diz nenhuma palavra

2A1/2 – 3 A - não constrói nenhuma frase

Para aprofundar conhecimentos quer no que concerne à avaliação de parâmetros do desenvolvimento infantil, quer aos instrumentos de avaliação do desenvolvimento, consultar o Anexo 2 e o Anexo 3 dos Cadernos OE, Série I, nº 3, volume 1 (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Questões

1. Defina Crescimento e Desenvolvimento e refira o processo
2. Quais são os fatores dos quais dependem o crescimento e o desenvolvimento?
3. Quais são as tendências direcionais para o desenvolvimento?
4. Quantas e quais são as áreas do desenvolvimento da criança?
5. O que se avalia em cada área de desenvolvimento?
6. No que respeita ao desenvolvimento psicomotor que escala é utilizada pela DGS desde 2013)
7. Quais os sinais de alerta para o desenvolvimento ao mês de idade?
8. Quais os sinais de alerta para o desenvolvimento aos 3 meses?
9. Quais os sinais de alerta para o desenvolvimento aos 6 aos meses?
10. Quais os sinais de alerta para o desenvolvimento 9 meses?
11. Quais os sinais de alerta para o desenvolvimento aos 12 meses?
12. Quais os sinais de alerta para o desenvolvimento aos 18 meses?
13. Quais os sinais de alerta para o desenvolvimento aos 24 meses?
14. Quais os sinais de alerta para o desenvolvimento aos 3 anos?
15. Quais os sinais de alerta para o desenvolvimento aos 4-5 anos?
16. O que consideramos um atraso significativo na linguagem?
17. Para que servem os sinais de alerta?

6. EXAME FÍSICO

O exame do crescimento físico, que nos permite avaliar o padrão de crescimento e o estado nutricional das crianças e adolescente (Rito et al, 2010), é um elemento-chave para a avaliação da saúde e do bem-estar da criança. A partir do exame físico conseguimos identificar pequenas alterações de crescimento e desenvolvimento que podem ser cruciais na decisão de uma intervenção para promover uma vida saudável.

O exame físico, que se insere no cuidar preventivo, deve ser feito em cada consulta programada da criança e do adolescente e o resultado dessa observação deve ser registado no Boletim de Saúde que é dado a todas as crianças na altura do seu nascimento (analisar o seu Boletim de Saúde, azul para rapazes e cor de rosa para raparigas). Reforço aqui a importância dos registos da observação, que devem ser **precisos**.

6.1. AVALIAÇÃO DO ESTADO SOMÁTICO E CRESCIMENTO

Nestes parâmetros devem incluir-se todos os dados do crescimento físico:

Peso (a criança deve ser pesada sem roupa nem fralda); o peso da criança, permite avaliar o estado de nutrição da criança, pois facilita a evidência de uma nutrição deficiente, quer seja por insuficiência ponderal ($P < 5$), quer seja por excesso nutricional, revelada no excesso de peso ou obesidade ($P > 95$) (Rito, 2010; Hockenberry & Wilson, 2011).

Comprimento (medido deitado até cerca dos 2 anos de idade) / **altura** (medição em pé, sem sapatos),

Perímetro cefálico (medição na maior circunferência da cabeça e até aos 24 meses de idade) (Norma da DGS 2013), ou sempre que necessário por condições extraordinárias.

Como a medição do peso não é suficiente para percebermos a quantidade de tecido adiposo ou massa gorda e a quantidade de músculo, existem mais 2 medidas complementares que podemos utilizar:

Espessura da prega cutânea, que permite medir a gordura corporal. É medida com calibradores especiais. A medição deve ser confirmada 2 vezes e feita por pessoas preparadas. Os locais mais comuns são o tricípite, o abdómen e a parte superior da coxa (Hockenberry & Wilson, 2011, p. 128).

Circunferência do braço (medida indireta da massa muscular, medida no ponto médio do braço, entre o acrómio e o olecrâneo) (Hockenberry & Wilson, 2011);

Para além destas duas medidas, e tendo em conta a prevenção da doença cardio-vascular, podemos ainda avaliar o

Perímetro da cintura é uma medida simples, económica e com interpretação fácil que favorece a prevenção da doença cardiovascular, pois avalia a distribuição de gordura, parecendo ser um melhor indicador de distribuição de gordura do que o IMC (Rito, 2010). *Não há ainda, contudo valores normativos de referência (...) mas parece ser consensual que em idade pediátrica o risco vascular aumenta com o aumento do perímetro abdominal; nas crianças P75 aumenta o risco de*

obesidade abdominal e P90 é o limite acima do qual se define obesidade abdominal (Rito et al, 2010: 34)

Os dados antropométricos revelam informações muito úteis e permitem a atuação com vista à promoção da saúde e à prevenção de doenças.

As medições dos dados antropométricos devem ser feitas com rigor e registadas em tabelas apropriadas, e comparadas com dados de referência apropriados (***curvas de percentis ou curvas de crescimento***).

Todas as crianças portuguesas recebem ao nascer o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ) (é diferente para rapaz e para rapariga) que se destina ao registo dos factos importantes relacionados com a saúde individual (ver anexo I e II). Sempre que a criança/ jovem tiver contacto com qualquer serviço de saúde (consulta, urgência, internamento), deve ser portador do Boletim de Saúde Infantil, onde os profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) devem registar as suas informações, para haver um seguimento efetivo da saúde do jovem e permitir, quando for caso disso, uma intervenção adequada. (Apesar de atualmente podermos registar os dados observados em plataformas digitais, fazer o registo desses mesmos dados no BSIJ é importante pois permite aos pais/ cuidadores da criança terem consigo o registo da evolução da criança - NOTA DA AUTORA) Este boletim contém também informações importantes para a promoção e manutenção da saúde que serão um importante auxiliar para os pais, enquanto responsáveis em primeiro lugar pela saúde dos filhos e para os jovens na manutenção do cuidar da sua saúde (DGS, 2013), e também ao longo da vida, quando se pretende colher um história pregressa.

Cada criança tem o seu próprio padrão de crescimento e maturação
(Rito et al, 2010)

No Boletim de Saúde Infantil existem tabelas onde se podem registar os dados antropométricos. Cada tabela contém uma série de linhas curvas e numeradas que indicam os percentis.

As curvas de percentis ou *curvas de crescimento* (DGS, 2013: 44) são obviamente diferentes, consoante se trata de uma rapariga ou de um rapaz, pois têm em conta as características específicas de crescimento e desenvolvimento dos indivíduos de cada sexo.

Em ambos os sexos, as curvas a utilizar são:

Comprimento/altura – do nascimento aos 5 anos

Peso – do nascimento aos 5 anos

Índice de Massa Corporal (IMC) - nascimento aos 5 anos

Perímetro Cefálico - nascimento aos 2 anos

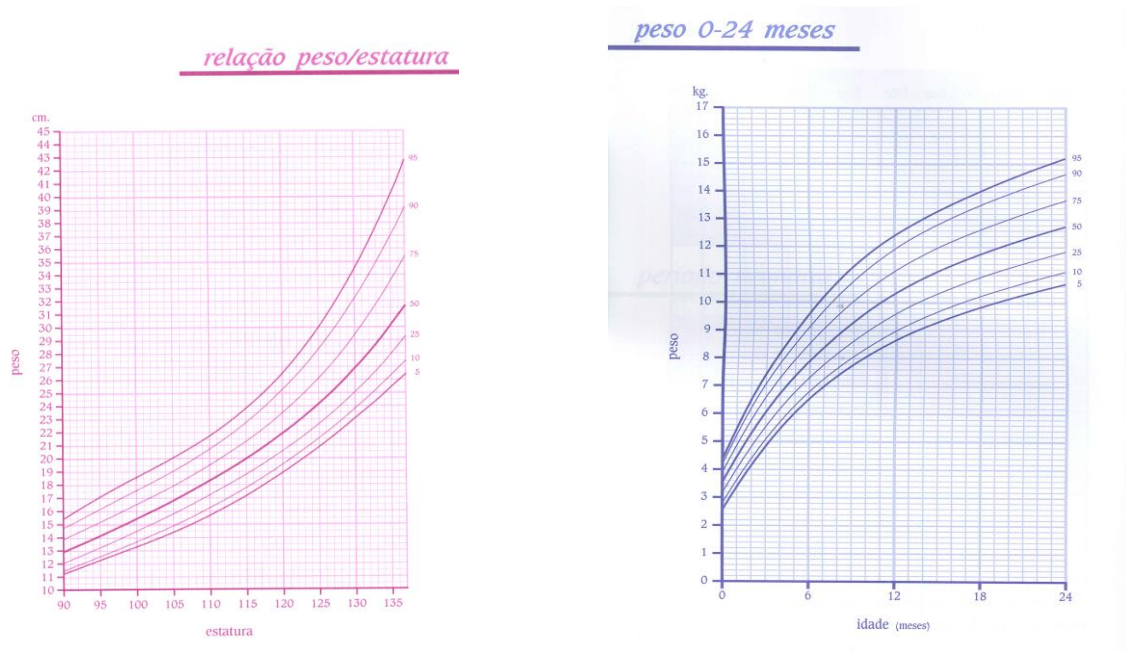
Altura – dos 5 aos 19 anos

Peso – dos 5 aos 10 anos

IMC – dos 5 aos 19 anos (DGS, 2013: 44)

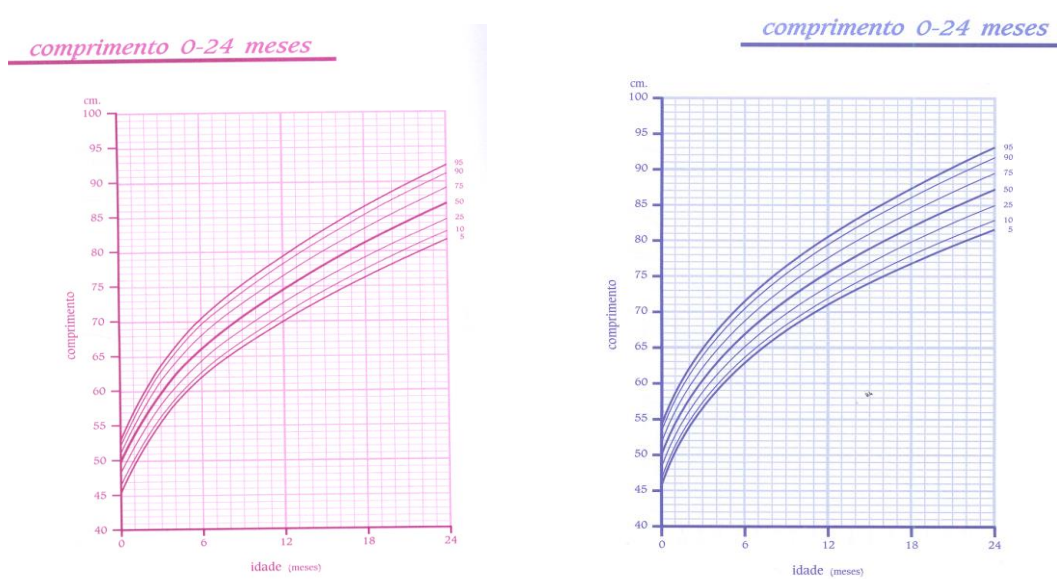
Na figura 10 podemos ver duas tabelas de percentis para indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino e na figura 11, duas tabelas de percentis para indivíduos do sexo masculino e do sexo masculino, no que se refere ao comprimento.

Fig. 10 – tabelas de percentis



Fonte: DGS, 2016

Figura 11 – Tabelas de percentis comprimento



Fonte: DGS, 2016

Conhecida a **idade da criança**, o **peso** ou a **altura** ou o **perímetro cefálico**, por exemplo, encontra-se o **percentil traçando linhas perpendiculares** a partir desses dados no eixo x e no eixo y, encontrando um ponto a partir desses dados. O conjunto dos pontos encontrados ao longo das várias medições e registos, resulta numa linha que nos dá o percentil de peso, altura ou perímetro cefálico dessa criança.

O percentil é único para cada criança e não há um percentil melhor que outro

A curva de percentil de cada criança indica-nos comparativamente, em termos de crescimento, em que faixa da população ela se encontra; quando dizemos que uma criança tem um peso no **percentil 95**, por exemplo, **significa que só 5** em cada 100 crianças da mesma idade **têm peso igual ou superior a esse**. Da mesma forma, quando nos referimos a uma criança no **percentil 50**, **significa que 50 em cada 100 crianças têm esse peso**.

Embora extremamente importantes, os dados sobre crescimento **não podem ser usados isoladamente para diagnosticar doenças**, mas permitem identificar as crianças que se afastam dos padrões habituais e podem, quando conjugados com a história clínica, alertar-nos para determinadas situações que necessitarão de despiste.

Os dados não devem ser interpretados isoladamente

Neste contexto, é particularmente importante fazer uma avaliação global do estado de saúde das crianças que se situam **acima** do percentil 95 ou **abaixo** do percentil 5.

Mas, mesmo nestas circunstâncias, há que ter em conta todos os dados referentes à **história familiar, história pregressa, curva de evolução ponderal**, etc.

É ainda especialmente importante que se verifique se o desenvolvimento estado-ponderal da criança não cruza percentis.

Se uma criança esteve **abaixo do percentil 5, desde o nascimento**, tal facto **não tem o mesmo significado** que **uma mudança rápida de percentil**. A rápida mudança de percentil é uma situação que nos deve alertar para uma análise mais cuidada da situação de saúde atual da criança.

As mudanças de percentil são contudo menos importantes **quando ocorrem entre os percentis 25 e 75**.

Na avaliação do desenvolvimento ou do estado nutricional das crianças podem ser particularmente informativas **as tabelas que relacionam a relação peso/altura para a idade** (estas tabelas também se encontram no BSIJ e devem ser igualmente preenchidas em cada consulta da criança).

Por exemplo:

- Crianças com **altura baixa** para a idade, mas com **peso normal**, podem ter tido problemas nutricionais ou atraso do crescimento no passado;
- Se ambos, **peso e altura, são baixos para a idade**, então podemos estar perante um problema nutricional ou de atraso de crescimento não só no passado, como atual;
- Pelo contrário, se uma criança **tem altura normal** para a idade, mas **peso anormalmente baixo**, para a altura, pode ter um problema agudo, ou uma variante física.

No entanto, **um dado isolado** não tem qualquer significado e é preciso ter sempre presente que:

- São fundamentais na análise do crescimento da criança, a curva de evolução do peso, altura e perímetro cefálico;
- **São mais importantes e significativas** as mudanças bruscas dessa curva que os valores absolutos de peso, altura e perímetro cefálico;
- As mudanças são menos significativas entre os percentis 25 e 75;
- As crianças abaixo do percentil 5 ou acima do percentil 95 requerem maior vigilância;
- A relação peso/altura pode ser particularmente significativa para avaliar o estado nutricional da criança;
- É fundamental atender ao **Índice de Massa Corporal (IMC) = $\frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Estatura (m)}^2}$** (DGS, 2006;

Estatura (m)² (DGS, 2006;

Rito et al, 2010; Hockenberry & Wilson, 2011;)

Excesso de peso – IMC entre o percentil 85 e 95 para a idade e sexo

Obesidade – IMC acima do percentil 95 para a idade e sexo

No quadro nº 5, podemos ver a classificação do estado nutricional de crianças e adolescentes, tendo em conta o percentil IMC, de acordo com Rito et al (2010: 41)

Quadro nº 5 - Classificação do estado nutricional de crianças e adolescentes, tendo em conta o percentil IMC

Classe IMC	Percentil
Baixo peso	</= 5
Peso normal	>5<85
Excesso de Peso	>/= 85
Pré-obesidade	>85 <95
Obesidade	>/= 95

Fonte: Rito et al (2010: 41)

Estes dados **só são significativos se associados com toda a história clínica da criança**.

6.2. SITUAÇÕES EM QUE SE DEVEM REFERENCIAR AS CRIANÇAS

PESO

Referenciam-se crianças por baixo peso quando:

- Abaixo do percentil 5

- Que cruzam persistentemente percentis sem uma causa explicativa (ex: doença aguda)
- Em que se suspeita que “algo está mal”

Referenciam-se crianças por peso elevado quando peso é superior ao percentil 95

Podem ser várias as causas de alto peso:

- Peso excessivo do esqueleto
- Peso excessivo da massa muscular
- Tecido adiposo excessivo (obesidade) – ***esta é a única que deverá trazer alguma preocupação***, embora ainda não seja linear a correlação entre a obesidade em criança e a obesidade em adulto.

De qualquer modo, devem-se referenciar as crianças se:

- os pais estão preocupados
- há uma grande discrepância entre os percentis de estatura e de peso
- há uma franca obesidade e/ou distribuição anormal do tecido adiposo
- há alguma suspeita de que “algo está mal”

PERÍMETRO CEFÁLICO

Suspeita-se que um **perímetro cefálico** possa não ser normal quando:

- está acima do percentil 97
- está abaixo do percentil 3
- está a cruzar percentis no sentido descendente ou ascendente
- está num percentil muito diferente dos percentis do peso e da estatura (deve-se fazer a relação entre o perímetro cefálico, peso (principalmente) e estatura.

Perante um **perímetro cefálico** que se suspeite poder não ser normal, deve verificar-se se existe algum erro na medição, nomeadamente:

- se a medição foi executada adequadamente (**um erro de 2 cm numa criança de 9 meses muda o percentil de 50 para 95**)
- se se considerou a idade corretamente (**quatro meses e meio é diferente de cinco meses**)
- se se teve em linha de conta a idade gestacional

Devem ser referenciadas as crianças que:

- Tenham sintomas sugestivos de hipertensão intracraniana: vômitos repetidos, cefaleias intensas, diplopia, alterações súbitas e vagas do comportamento (referência imediata)
- Tenham alterações do desenvolvimento psicomotor
- Tenham perímetros cefálicos acima do percentil 97 ou abaixo do percentil 3

- Cujas curvas de percentis do perímetro cefálico revelem grande disparidade em relação às curvas de percentis do peso e da estatura
- Cujos pais estejam ansiosos por causa das dimensões da cabeça do filho

6.3. CONSIDERAÇÕES PARA UMA AVALIAÇÃO CORRETA DOS VALORES ANTROPOMÉTRICOS

A avaliação correta dos diferentes parâmetros antropométricos, depende de vários fatores, relacionados quer com os equipamentos, quer com a experiência do avaliador.

Para além do mais, não podemos esquecer os princípios éticos da confidencialidade e da privacidade na avaliação e transmissão desses parâmetros.

Antes da avaliação, o enfermeiro deve também ter em conta a idade da criança e do adolescente na explicação do que vai fazer, adequando a linguagem.

Depois de avaliar os parâmetros, é necessário, tal como com todas as restantes técnicas, deixar a criança confortável e dar algum *feed-back*. No entanto, devemos evitar utilizar palavras que possam deixar as crianças desconfortáveis (ex: magreza, obesidade, baixo...) (Rito, 2010).

E porque o erro de medição é maior nas crianças do que nos adultos, pois as crianças têm dificuldade em permanecerem quietas durante um espaço de tempo (Rito, 2010), é necessário confirmar o valor medido.

PESO

Para a avaliação do peso, deve usar-se uma balança de tamanho apropriado, com medição do peso na escala de **10 gramas** mais próximos para lactentes e **100 gramas** para crianças até aos 2 anos de idade (Hockenberry & Wilson, 2011).

O cuidado com o equipamento antes da pesagem (calibragem) e depois da pesagem (armazenamento) é crucial para uma pesagem adequada.

Se a balança não for eletrónica, é necessário calibrá-la antes da pesagem. É muito importante que os valores encontrados sejam exatos. Só isso nos permite ter uma noção do desenvolvimento da criança.

Idealmente, a medição do peso deve ser feita preferencialmente em jejum, ou de manhã, antes do almoço (Rito, 2010; Hockenberry & Wilson, 2011).

As crianças pequenas, até aos 36 meses devem estar nuas e as mais velhas podem ficar com uma roupa leve de algodão. Contudo, a privacidade da criança deve ser **sempre** respeitada.

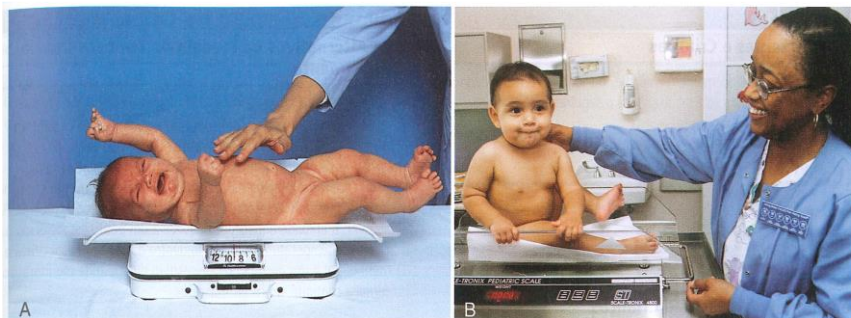
Pesar uma criança, nem sempre é tarefa fácil; muitas vezes as crianças choram e não ficam imóveis o tempo suficiente; nessa situação, será favorável à criança ser pesada ao colo da mãe ou outro familiar caso esteja muito agitada. Neste caso, é necessário depois diminuir o peso do adulto, obviamente. Após a pesagem, é necessário registar os valores na tabela de registo e na tabela de percentis. Para além disso, devem ser registadas todas as condições especiais de pesagem, nomeadamente a presença de cateteres, próteses, etc. Quanto mais nova for a

criança, mais importante é a variação do peso. Por esse motivo, a pesagem faz-se tanto mais frequentemente quanto menor for a idade da criança.

Inicialmente, preconiza-se que a pesagem se faça semanalmente e depois se vá espaçando o tempo entre as pesagens.

**O peso é uma importante medida porque as dosagens de medicação por exemplo, têm de ser adequadas ao peso da criança.
O peso deve ser exato.**

Fig. 12 – balanças para avaliar o peso em lactentes e toddler



Fonte: Hockenberry & Wilson, 2011: 129

ESTATURA

Comprimento (refere-se à medida observada quando a criança está na posição de decúbito dorsal – comprimento recumbente). Deve ser medida **em decúbito dorsal** até aos 24 meses de idade.

A medição **adequada do comprimento** requer **equipamento apropriado e cuidados especiais**.

O equipamento para medição do comprimento, é uma craveira horizontal. A craveira horizontal é uma régua (de madeira ou metal) que contém um topo fixo e um topo móvel. A criança deve ser medida numa marquesa, com os topos da craveira nas extremidades. A cabeça encosta ao topo fixo da craveira.

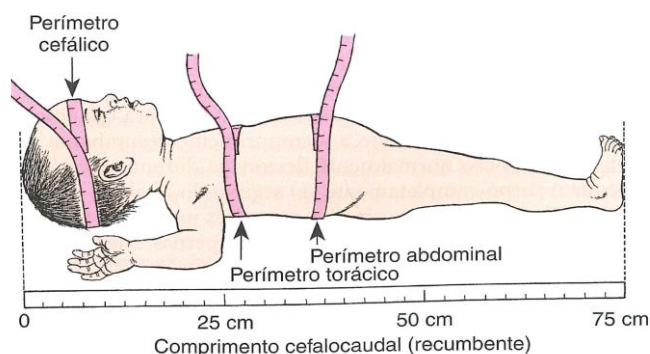
Estender o corpo completamente, segurar a cabeça na linha média mantendo suavemente os joelhos juntos e empurrar os joelhos para baixo até as pernas estarem totalmente estendidas e as costas justapostas à mesa. Deve-se colocar a cabeça alinhada com o corpo e encosta-se a cabeça ao topo fixo da craveira, olhos a olhar para o teto, plantas dos pés contra o topo móvel da craveira, com os dedos a apontar para cima (Hockenberry & Wilson, 2011).

Executa-se esta técnica com duas pessoas para maior fiabilidade dos resultados. Uma das dificuldades é a extensão das pernas e, claro, manter a criança quieta. Para que isso aconteça, a interação positiva com a criança é muito importante. A distração é uma mais-valia para sossegar a criança e a presença dos pais é imprescindível. Os pais podem ajudar nesta atividade importante. O ambiente do gabinete deve ser calmo e repousante.

Como referem Rito et al (2010, p.24) *se o recém-nascido ou a criança estiver muito agitada e não for possível manter ambas as pernas na posição requerida, a medição pode ser feita apenas com uma perna na posição direita.*

Na figura 13, podemos verificar como é feita a medição correta do comprimento.

Fig.13 – Técnica de medição do comprimento com craveira



Fonte: Hockenberry & Wilson, 2011: 128

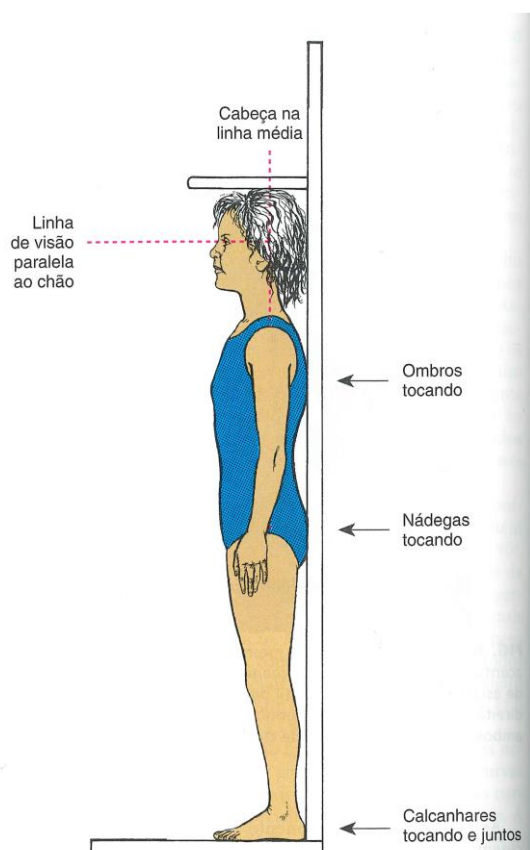
Altura (refere-se à medida observada com a criança de pé) Todas as crianças com mais de 24 meses devem ser medidas de pé.

A criança deve ser medida sem sapatos e tão ereta quanto possível.

A altura deve ser medida preferencialmente de manhã, pois há uma diferença para menos, numa altura medida à tarde (Rito, 2010; Hockenberry & Wilson, 2011).

Na figura 14, podemos ver as condições em que a criança deve ser medida

Fig. 14 – medição da criança na posição de pé



Condições de medida:

- bem direita
- olhar de frente de modo a ter uma linha de visão perpendicular ao eixo do seu corpo bem esticado
- pés bem assentes num chão horizontal,
- calcânhares juntos, bem firmes e quase tocando-se
- costas tão direitas quanto possível,
- calcânhares, nádegas e costas tocando a parede ou a superfície vertical da barra de medição

Fonte: Hockenberry & Wilson, 2011: 128

O comprimento e a estatura devem ser medidos até à aproximação dos milímetros.

PERÍMETRO CEFÁLICO

É uma importante medida de rastreio; deve ser medido até aos 2 anos de idade (DGS, 2013: 13).

O Perímetro Cefálico é descrito com a circunferência fronto-occipital que corresponde ao perímetro máximo (Rito et al, 2010).

É uma medida de rastreio da **microcefalia** (padrão normal familiar, estatura pequena, craniosinostose - pode significar ossificação precoce de **fontanelas** e suturas, desenvolvimento neurológico anormal – incluindo anomalias congénitas) ou da **macrocefalia** (padrão normal familiar, estatura grande, hidrocefalia, derrame subdural, tumores cerebrais), entre outros.

É essencial uma medição rigorosa para que se possam extrair conclusões ou resultados.

Pequenas variações da técnica ou uma técnica inexata podem induzir erros significativos na avaliação das curvas de percentis.

A medição faz-se com *uma fita métrica*, aplicando-a bem ajustada ao maior diâmetro da cabeça, fazendo-a passar com precisão por cima das sobrancelhas, por cima da inserção dos pavilhões auriculares e pela proeminência occipital.

Se a cabeça tiver um formato diferente do habitual, deverá posicionar-se a fita de forma a obter o máximo diâmetro.

Idealmente, dever-se-ão efetuar três medições e escolher a média entre elas e registar nas tabelas de percentis esse valor **com exatidão**.

Quando a criança nasce, os ossos que constituem o crânio têm espaços entre eles que permitem a adaptação da cabeça ao espaço da saída no canal de parto. Esses espaços serão preenchidos com o crescimento ósseo na infância. Ao nascer, é possível palpamos as **fontanelas**.

FONTANELAS – São espaços amplos de tecido membranoso não calcificado. Podem-se palpar duas fontanelas: a anterior (maior) e a posterior. Apresentam dimensões diferentes e encerram em alturas diferentes.

Fig. 15 – Fontanelas e suturas

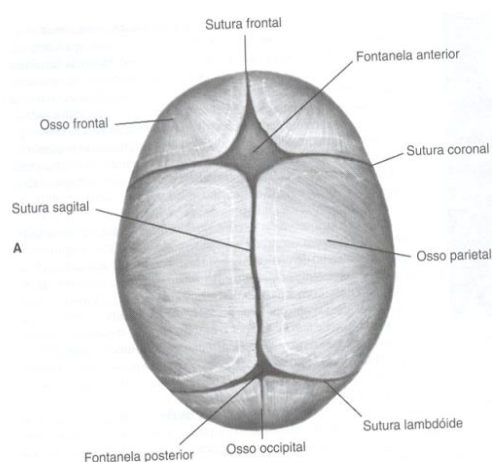


Fig. 15 Fonte: Hockenberry, Wilson & Winkelstein, 2009: 214.

O crânio tem 6 ossos (frontal, occipital, 2 parietais e 2 temporais). Entre estes ossos, existem faixas de tecido conjuntivo, as **suturas**. Na junção das suturas, existem dois espaços maiores de tecido membranoso, não ossificado, as **fontanelas**.

A mais palpável é a *fontanela anterior*, que fica situada entre os ossos frontal e parietais, sendo a *fontanela posterior* mais pequena, situada entre os ossos parietais e o osso occipital (Hockenberry & Wilson, 2009).

Fig. 16 - Fontanela anterior



A fontanela anterior tem o formato de um diamante e mede cerca de 4 a 5 cm no ponto mais largo.
A fontanela posterior, é mais pequena, medindo 0,5 a 1 cm no ponto mais largo. É a primeira a encerrar.

Fonte: Hockenberry, Wilson & Winkelstein, 2009: 214.

A **fontanela anterior** conforme fecha precoce ou tardiamente está abaulada ou deprimida, dá indicações valiosas para o diagnóstico de certas patologias.

São exemplo de **encerramento precoce**, hipertireoidismo, síndrome adrenogenital;

São exemplo de **encerramento tardio** raquitismo, hidrocefalia, hipotireoidismo, mongolismo.

PERÍMETRO DA CINTURA

É avaliado através do *Método Cameron à volta do abdómen ao nível superior da crista ilíaca; avaliado em mm* (Rito et al, 2010, p. 35) ou *através de medição à meia distância entre o final da grelha costal e o topo das cristas ilíacas* (Rito et al, 2010, p. 36)

QUESTÕES

1. Defina o que é exame físico.
2. O que avaliamos no exame físico?
3. Qual o parâmetro mais importante na avaliação do exame físico?
4. O que é a curva de percentil?
5. O que significa que uma criança está no percentil 50?
6. O que significa uma rápida mudança de percentil?
7. O que pode significar uma criança com altura baixa para a idade mas com peso normal?
8. Como podemos definir excesso de peso para uma criança?
9. Como podemos definir obesidade para uma criança?
10. Quais as situações em que se devem referenciar as crianças por peso baixo?
11. Quando suspeitamos que um perímetro cefálico pode não ser normal?
12. No que se refere ao perímetro cefálico, que crianças devemos referenciar?
13. O que são as fontanelas?
14. Defina e classifique fontanela anterior e fontanela posterior
15. O que pode significar o encerramento precoce das fontanelas?
16. O que pode significar o encerramento tardio das fontanelas?
17. Até que idade avaliamos o perímetro cefálico? Porquê?

7. CARACTERÍSTICAS DO DESENVOLVIMENTO ESTATURO-PONDERAL NORMAL

7.1. RECÉM-NASCIDO

São recém-nascidos (RN), como referido anteriormente, todas as crianças desde o nascimento até aos 28 dias de vida (Lissauer & Clayden, 2003).

Conforme a idade gestacional, o recém-nascido poderá ser considerado de Pré-termo (antes das 37 semanas de gestação completas), Termo (entre as 37 semanas completas e as 42 semanas de gestação) ou Pós-termo (depois das 42 semanas de gestação) (Lissauer & Clayden, 2003; Sinha et al, 2012).

Tendo em conta o peso, o RN classifica-se como:

Baixo peso ao nascer < 2500g

Muito baixo peso ao nascer < 1500g

Peso extremamente baixo ao nascer < 1000g

Pequeno para a idade gestacional (PIG) peso ao nascer < P10 para a idade gestacional

Grande para a idade gestacional (GIG) peso ao nascer > 90 para a idade gestacional (Sinha et al, 2012, p. 15; Lissauer & Clayden, 2003; p.112).

O comportamento do RN, é uma das observações mais importantes pois permite despistar problemas neurológicos. O *grau de vivacidade, sonolência e irritabilidade (...) em resposta a perguntas como: desperta facilmente com som alto? Confortado com embalo, sucção ou carinho? Períodos de sono leve e profundo? Satisfeito após amamentação? Se perturbado protesta muito? Que estímulos desencadeiam resposta?* (Hockenberry & Wilson, 2011, p. 213)

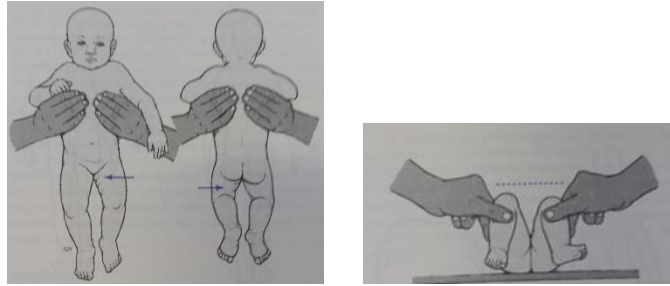
Por outro lado, o exame físico de rotina, onde se observa a aparência em geral, a postura e os movimentos do bebé, também indicam possíveis anomalias (Lissauer & Clayden, 2003).

A observação de RN deve ser feita num local morno e sem estímulos. Deve ser despida a parte que se vai observar para que não haja perda de calor.

O recém-nascido de termo apresenta geralmente uma cabeça relativamente grande, face redonda e mandíbula relativamente pequena, o tórax tende a ser arredondado, em vez de achatado, no sentido ântero-posterior, o abdómen é relativamente proeminente e as extremidades são relativamente curtas, dando o ar de ser indefeso. O seu ar indefeso, é facilitador do desenvolvimento do apego.

No exame físico de rotina, observa-se metodologicamente, *a aparência, a postura e os movimentos (...) na cabeça, mede-se o perímetro cefálico (...), palpam-se as fontanelas (...) observa-se o fâcies, (...) os olhos, (...) o palato, (...) a respiração, os movimentos da parede torácica (...) ausculta-se o coração* (Lissauer & Clayden, 2003, p. 114). Para além disto, *à palpação do abdómen encontramos o fígado (1-2 cm abaixo da grelha costal, pode palpar-se a ponta do baço (...), o rim do lado esquerdo) (...) os genitais (confirmação dos testículos na bolsa escrotal) e o ânus* (Lissauer & Clayden, 2003, p. 114). Depois, *palpam-se os pulsos femorais (...) avalia-se o tônus muscular (...), observa-se o dorso e a coluna vertebral (...) e despista-se a luxação congénita da anca*, utilizando a manobra de Ortolani-Barlow (Lissauer & Clayden, 2003, p. 114; Opperman & Cassandra, 2001).

Figura nº 17 - Manobra de Ortolani-Barlow



Fonte: Opperman & Cassandra, 2001, p. 319.

O RN pode apresentar algumas lesões que entram em remissão como *pálpebras tumefactas e distorção da forma da cabeça, pérolas de Epstein, aumento mamário, corrimento vaginal branco, hemangioma capilar, mancha mongólica, milia*, entre outras (Lissauer & Clayden, 2003, p. 115).

No quadro nº 6, podemos encontrar os parâmetros antropométricos médios de um RN de termo

Quadro nº 6 - Parâmetros antropométricos médios de um RN de termo

Parâmetro antropométrico	Medição média ao nascer	Valores de variação
Peso	3.5 Kg	2.7 - 4Kg
Perímetro Cefálico	35 cm	33-
Comprimento	50 cm	48 - 53cm
Perímetro torácico		30.5-33cm

Adaptado de: Lissauer & Clayden, 2003, p.114; Hockenberry & Wilson, 2011, p.223

Durante os primeiros dias de vida, devido à adaptação ao meio extra-uterino, **há uma perda de excesso de líquidos, que corresponde a cerca 6% do peso corporal e chegar aos 10%**, correspondendo à clássica perda de peso dos primeiros 3-4 dias que *é normalmente recuperada pelo 10º dia* (Silva et al, 2022, p. 108).

O recém-nascido apresenta vários reflexos quando nasce e que são importantes para a sua sobrevivência: **reflexo de sucção, reflexo de busca fundamental, reflexo palmar e plantar** (que diminui respetivamente aos 3 e 8 meses de idade, **reflexo de Babinsky +** (desaparece ao ano de idade), **reflexo de Moro** (desaparece definitivamente ao 4º mês), **estremecimento ou choro incompleto** (desaparece ao 4º mês), **marcha** (desaparece até ao 1º mês de vida e depois por volta do ano volta como movimento deliberado), **gatinhar** (desaparece por volta das 6 semanas), **reflexo natatório** (desaparece por volta do 4º mês de idade) (Hockenberry & Wilson, 2011, p. 220).

7.2. PRIMEIRO ANO DE VIDA

O primeiro ano de vida é extremamente importante quer para o bebé, quer para os pais e irmãos, já que é um ano de adaptação, conhecimento e descoberta.

Os lactentes com aleitamento materno exclusivo têm um maior ganho de peso nos primeiros 3 meses de vida, desacelerando a seguir (Silva et al, 2022, p. 107)

O recém-nascido aumenta em média, **20g/dia nos primeiros 5 meses e 15g/dia no resto do primeiro ano.**

No que respeita ao aumento de peso, há uma unanimidade entre os autores de que o RN triplica o peso ao nascer ao ano de idade. Contudo, há diferenças entre os autores quanto à duplicação do peso, sendo que alguns referem que essa duplicação ocorre entre os 4 e os 7 meses de idade (Heckenberry & Wilson, 2011), ou entre os 5 e os 6 meses de idade (Opperman & Cassandra, 2001), enquanto outros, referem a duplicação do peso aos 4 meses de idade (Silva et al, 2022; Lissauer & Clyden, 2003).

Assim, genericamente, podemos dizer que o recém-nascido de termo **dobra o peso pelos 4 meses e o triplica o peso ao ano de idade** (Silva et al, 2022, p. 108; Lissauer & Clyden, 2003, p.156).

No quadro nº 7, podemos ver o aumento médio de peso no primeiro ano de vida

Quadro nº 7 - Ganho ponderal no primeiro ano de vida

Idade (meses)	Ganho ponderal esperado
0 a 3	26-31 g/dia
3 a 6	17-18 g/dia
6 a 9	12-13 g/dia
9 a 12	9-13 g/dia

Fonte: Silva et al, 2022, p. 108.

A estatura aumenta, geralmente, de 25 a 30 cm no primeiro ano, sendo os aumentos de **2,5 a 3 cm/mês no primeiro semestre** e de **1,5 a 2 cm/mês no segundo semestre.**

A fontanela anterior (forma de losango) pode aumentar de tamanho nos primeiros meses após o nascimento, mas **normalmente diminui após o 6º mês** e pode estar **efetivamente encerrada em qualquer altura a partir dos 9/10 meses até aos 18 meses.**

A fontanela posterior (forma de triângulo) está **geralmente encerrada à palpação pelo 4º mês.** Mais importante que a fontanela anterior é o **perímetro cefálico** que é de **34 a 35 cm ao nascer** e aumenta até cerca de **44 cm pelo 6º mês e 47 cm ao ano**, sendo os aumentos de **2 cm/mês no primeiro trimestre, 1 cm/mês no segundo trimestre e 0,5 cm/mês no segundo semestre.**

Geralmente ao nascer, o perímetro cefálico é maior que o perímetro torácico e **igualam-se ao ano de idade.**

Cerca dos cinco meses de idade podem surgir sinais de erupção dentária. **Os primeiros dentes** aparecem geralmente entre os 6 e os 9 meses. Inicia-se habitualmente com a erupção dos dois incisivos centrais inferiores, seguida da erupção dos incisivos centrais superiores.

Com um ano de vida, a maioria das crianças pode ter apenas 2 dentes, sem qualquer evidência de perturbação do crescimento e sem qualquer significado.

7.3.SEGUNDO ANO DE VIDA

No 2º ano de vida, assistimos a **uma desaceleração da velocidade** de crescimento.

Durante o **2º ano de vida** a criança ganha em média **2,5 Kg** e cresce cerca de **12 cm**. E *umenta 2 kg/ano entre os 2 anos e a puberdade* (Silva et al, 2002, p. 108)

Há simultaneamente uma **quebra de apetite**, que se designa por **anorexia fisiológica**, pela redução das necessidades de crescimento, tendo como resultado uma **perda do tecido subcutâneo**.

O aumento de peso antes da puberdade inferior a 1 kg/ano deve ser investigado.

Silva et al, 2022, p. 108

No que concerne ao crescimento, nos primeiros 2 anos, 2/3 das crianças mudam de percentil assumindo o seu potencial genético: 1/3 cruza 1 linha major; 1/4 cruza 2 linhas; 1/10 cruza 3 linhas (Silva et al, 2022).

A criança atinge no 2º ano de vida cerca de metade da altura que terá quando adulto.

É possível calcular a estatura, tendo em conta a família:

Cálculo da estatura alvo familiar

Sexo feminino: $\frac{\text{altura da mãe (cm)} + \text{altura do pai (cm)} - 13}{2} \pm 6.5\text{cm}$

Sexo masculino: $\frac{\text{altura da mãe (cm)} + \text{altura do pai (cm)} + 13}{2} \pm 6.5\text{cm}$

Fonte: Silva et al, 2022, p.108

São características do 2º e 3º ano de vida a **lordose** e a **protuberância do abdómen**, sendo frequente uma queixa *“barriga grande”*.

O **perímetro cefálico** aumenta cerca de **2cm** no 2º ano, correspondendo à desaceleração do crescimento cerebral. **No fim do 1º ano**, o cérebro atingiu mais ou menos 2/3 do seu tamanho e, **pelo fim do 2º ano**, 4/5 do seu tamanho adulto.

No 2º ano **rompem 8 dentes ou mais**, perfazendo um total de 14 - 16 dentes.

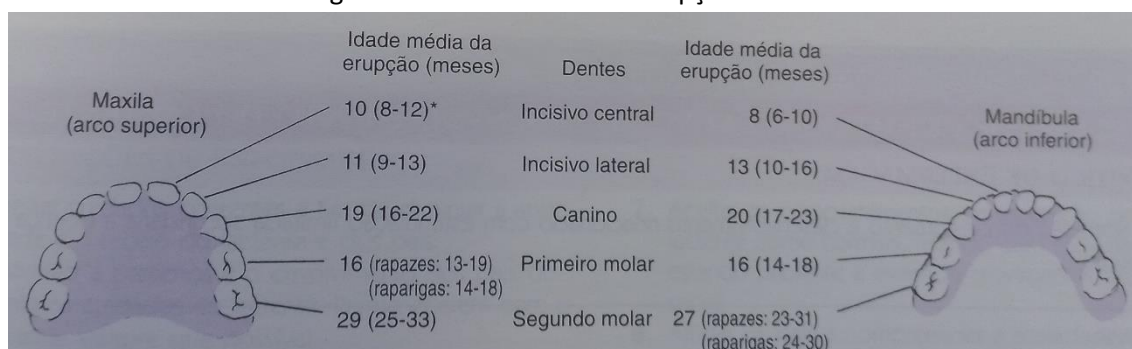
A criança pode estar apta a iniciar o controle de esfíncteres vesical e anal diurno.

A dentição primária ou de leite pode já ter 16 dentes.

Aos 30 meses de idade o peso do nascimento é quadruplicado, e a dentição primária está completa (20 dentes).

Na figura 18 podemos ver em média a idade de erupção dos vários dentes que compõem a dentição

Figura 18 – idade média de erupção dentária



Fonte: Opperman & Cassandra, 2001: 97

A criança pode ter controle diurno vesical e anal aos 30 meses de idade.

7.4. DO TERCEIRO AO QUINTO ANO DE VIDA

Neste período a criança ganha **cerca de 2 Kg** por ano e **6 a 8 cm** por ano.

Por volta dos 3 anos pode ter controle de esfíncteres.

A lordose e a protuberância abdominal desaparecem pelo 4º ano, bem como as almofadas de gordura que revestem normalmente as arcadas dos pés nas idades inferiores.

A mão dominante é estabelecida por volta dos 5 anos (90% das crianças são dextros).

7.5. DOS SEIS AOS DEZ ANOS DE VIDA

Corresponde a um **período de crescimento constante** que termina no surto de crescimento pré-adolescente por volta dos **10 anos na rapariga** e dos **12 anos no rapaz**.

O **ganho médio** de peso é de **3 – 3,5 Kg por ano**.

O **ganho médio** de altura é de mais ou menos **6 cm por ano**.

O perímetro cefálico cresce muito menos que anteriormente – cerca de 51 cm para 53 – 54 cm entre os 5 e os 12 anos.

No fim deste período o cérebro atingiu já praticamente o tamanho adulto.

Aos 6 anos, a criança perde habitualmente o 1º dente e rompem os incisivos centrais definitivos. Apresenta um aumento gradual da destreza. Consciente da mão como ferramenta. A visão alcança a maturidade.

Aos 7 anos rompem os incisivos centrais maxilares e incisivos mandibulares. A mandíbula expande-se para acomodar os dentes definitivos permanentes.

Repete desempenhos para os melhorar (movimentos finos e movimentos de destreza corporal).

Entre os 8 e os 9 anos de idade rompem os dentes incisivos laterais e os caninos mandibulares.

Em termos de destreza é graciosa, equilibrável e demonstra movimento fácil. Veste-se completamente sozinha.

Aos 10 anos, os rapazes apresentam um crescimento lento e um ganho de peso rápido, podendo ficar obesos. As raparigas podem ter o início das alterações corporais da puberdade. Em termos de dentição, os restantes dentes aparecem (à exceção dos 3ºs molares).

No que concerne à previsão do peso, a partir de 1 ano de idade, podemos prever que:

$$P = (idade + 4) \times 2$$

7.6. DURANTE A PUBERDADE

Qualquer curva de crescimento em estatura mostra um **aumento gradual**. Algumas partes dessa curva são mais inclinadas, traduzindo um crescimento mais rápido.

Este facto aparece muito mais em evidência se fizermos um registo do aumento de altura em cada ano, obtendo assim um gráfico que nos mostra como o crescimento varia.

O crescimento muito rápido no 1º ano, torna-se menos rápido a partir daí e **volta a aumentar a partir da puberdade.**

Este segundo período de crescimento rápido é conhecido como o **surto de crescimento da adolescência.**

Entende-se por **adolescência** o período durante o qual ocorre a maturação sexual e **o corpo adquire a forma adulta.**

As alterações físicas e sexuais são acompanhadas por alterações e adaptações cognitivas, emocionais, sociais e culturais, que **culminam com a maturidade.**

O termo **puberdade** designa o período inicial de adolescência caracterizado fundamentalmente pelo processo de maturação física e sexual.

Deve ser claramente compreendido que **puberdade não é sinónimo** de **adolescência.**

7.7. ADOLESCÊNCIA

Entende-se o período que medeia entre a infância e a maturidade e **engloba** as transformações da puberdade, bem como o processo de maturação física e psicoafectiva.

A adolescência é marcada por um período de alterações Físicas, Cognitivas e Psicológicas e Sociais.

Algumas das modificações que marcam o início da adolescência **ocorrem ainda durante a última parte da primeira década de vida**, como por exemplo as **modificações endócrinas.**

Cerca dos **7 anos inicia-se um aumento gradual** na produção de *esteróides supra-renais* em ambos os sexos, seguido pelo aumento de produção de *estrogéneos* e, um pouco mais tarde, de *androgéneos*.

Nas raparigas, **pelos 9 a 11 anos**, a produção de estrogéneos atinge praticamente os níveis normais do adulto, ocorrendo um pouco mais tarde nos rapazes um aumento comparável dos androgéneos.

Atualmente conhecem-se um certo número de **fatores que influenciam o momento de início da puberdade:**

Sexo - a puberdade começa cerca de 18 meses mais cedo nas raparigas;

Herança genética - está bem estabelecido que, quer a maturação precoce, quer a maturação tardia, têm tendência a seguir um padrão familiar;

Estado nutricional - os adolescentes bem nutridos na infância e puberdade, sobretudo no que respeita à ingestão de proteínas, tendem a ser mais precoces, mais altos e mais pesados que os malnutridos;

Raça - as crianças de raça negra têm maturação mais precoce que as de raça branca;

DIFERENÇA ENTRE OS SEXOS

Os rapazes são **em média maiores que as raparigas** entre o **nascimento e a puberdade** e têm ligeiramente menos gordura subcutânea durante os anos intermédios da infância.

Rapazes e raparigas têm o mesmo grau de atividade motora e coordenação até aos 7 – 8 anos mas, pelos 9 anos, os rapazes ultrapassam as raparigas.

As raparigas que têm **menarca mais cedo** têm *maior velocidade de crescimento*, mas por um período mais curto. Nestas raparigas, a **razão peso/estatura** na vida adulta tem **tendência a ser maior** do que nas de amadurecimento mais lento.

A ***gordura no tecido celular subcutâneo***, que mostra um decréscimo progressivo do 1 ano aos 8 anos em ambos os sexos, **começa a reacumular-se** pelos **8 anos nas raparigas** e pelos **10 anos nos rapazes.**

O surto de **crescimento rápido** inicia-se cerca de ***um ano após o aumento de gordura se tornar aparente*** e com ele começam os sinais de maturação sexual.

Durante a puberdade, a gordura rearranja-se nas raparigas, enquanto os rapazes perdem gordura, que não é substituída até terminar o surto de crescimento.

As **alterações físicas** ocorrem ***quase sempre*** na mesma **sequência nos dois sexos**, mas o **tempo de início, velocidade e idade final** são **muito variáveis.**

O **surto de crescimento** começa nos **rapazes entre os 13 e os 15,5 anos** e durante este intervalo crescem em média 20 cm, metade dos quais durante o ano de crescimento mais rápido.

Nas raparigas o surto de crescimento começa cerca de ***18 meses mais cedo*** e está quase completo **pelos 13,5 anos**, crescendo cerca de 8cm durante o ano de crescimento mais rápido.

Depois destes picos, ***há uma desaceleração na velocidade de crescimento que***, pelos 18 anos, está praticamente terminado.

O **alargamento da pélvis** ocorre precocemente nas **raparigas**, preparando futuras gravidezes, enquanto nos **rapazes o alargamento** se dá sobretudo **ao nível dos ombros.**

Em ambos os sexos as pernas crescem antes das coxas, o que pode dar uma aparência desajeitada.

Só então alargam os ombros e cresce o tronco em comprimento.

O aumento em altura é principalmente devido ao crescimento do tronco e pernas.

A **força muscular** aumenta nas **raparigas até à menarca**, enquanto **nos rapazes aumenta** até **cerca de 18 meses após o termo do crescimento em altura.**

7.7.1. AVALIAÇÃO DA MATURIDADE BIOLÓGICA

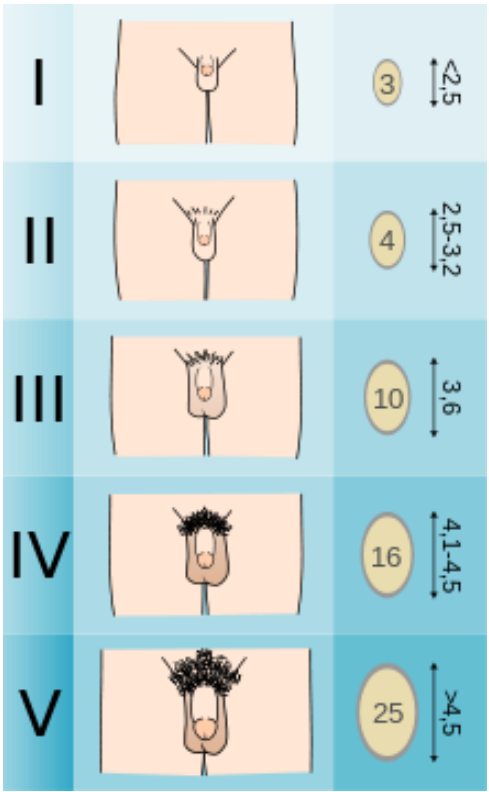
Há grande variabilidade no tempo de início da puberdade, tal como na sua duração, embora na maioria dos adolescentes dure em média 4 anos.

O **melhor índice** para **avaliar a maturidade biológica** do adolescente **é a idade óssea** determinada radiograficamente.

Nos últimos anos **foi possível estabelecer padrões de maturidade sexual**, que estão estreitamente **relacionados com a idade óssea** e são baseados nos **caracteres sexuais secundários**.

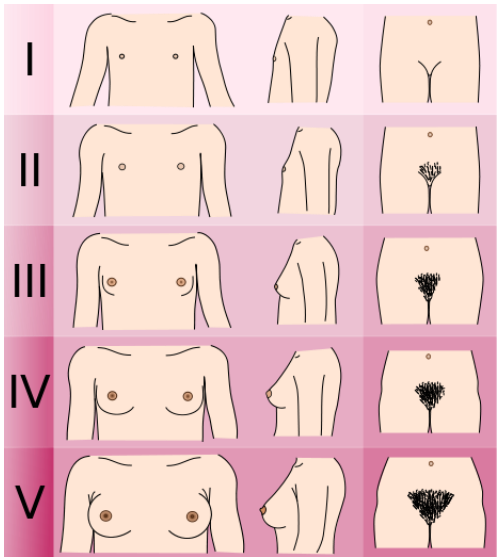
Tanner (1962) definiu que há **cinco estádios** para cada um destes padrões, que permitem uma avaliação de maturidade biológica pelo simples **exame físico** como se pode ver na descrição seguinte:

Quadro nº 8 - Classificação dos estádios de maturação sexual nos rapazes

RAPAZ	
<p>Estádio - 1 Pêlos púbicos - Nenhum Pênis - Pré-adolescente Testículos - Pré-adolescente</p> <p>Estádio - 2 Pêlos púbicos - Escassos, compridos, ligeiramente pigmentados Pênis - Ligeiro alargamento Testículos - Alargamento do escroto. Textura rosada alterada</p> <p>Estádio - 3 Pêlos púbicos - Mais escuros, começam a encaracolar, poucos Pênis - Mais comprido Testículos - Mais largos</p> <p>Estádio - 4 Pêlos púbicos - Semelhantes ao tipo adulto, mas menor quantidade; espessos, encaracolados Pênis - Mais grosso, glande e espessura aumentadas Testículos - Maiores, e escroto escuro</p> <p>Estádio - 5 Pêlos púbicos - Distribuição adulta, espalhados para a parte interna das coxas Pênis - Adulto Testículos - Adulto</p>	 <p>Fonte da imagem: https://pt.wikipedia.org/wiki/Escala_de_Tanner</p>

Fonte: Adaptado de TANNER (1962)

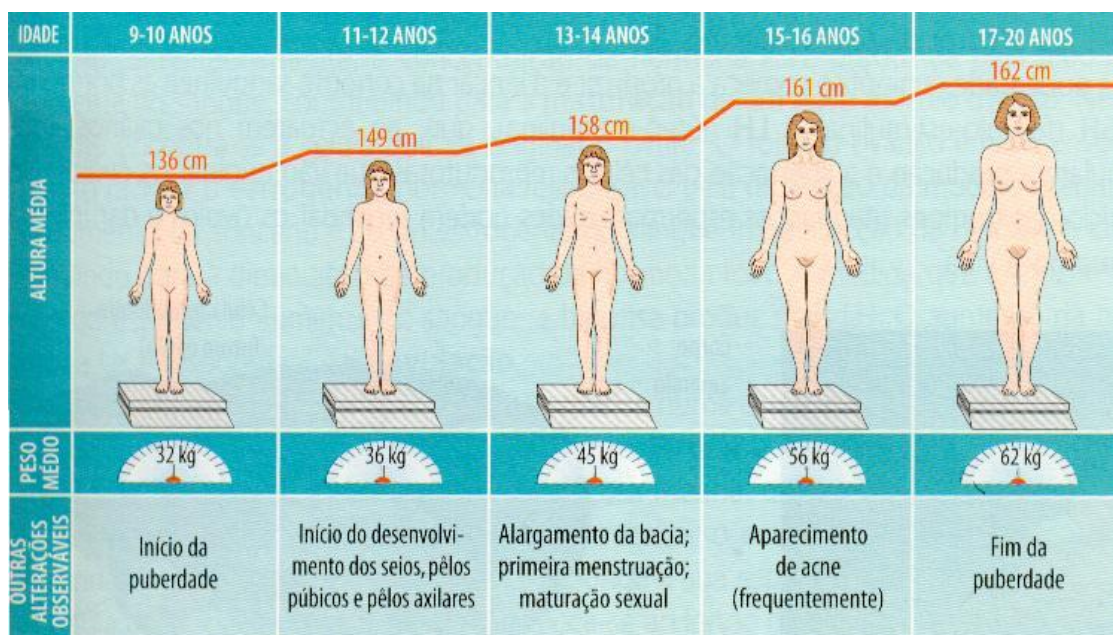
Quadro nº 9 - Classificação dos estadios de maturação sexual nas raparigas

RAPARIGA	
<p>Estadio - 1 Pêlos Púbicos - Pré-adolescente. Ausentes Mamas - Pré-adolescente. Só elevação do mamilo</p> <p>Estadio - 2 Pêlos Púbicos - Escassos, ligeiramente pigmentados, lisos, ao longo dos grandes lábios Mamas - Mama e mamilo elevados com um pequeno monte. Diâmetro da aréola aumentado</p> <p>Estadio - 3 Pêlos Púbicos - Mais escuros, começam a encaracolar, são em maior quantidade Mamas - Mama e aréola aumentadas sem separação de contorno</p> <p>Estadio - 4 Pêlos Púbicos - Espessos, encaracolados, abundantes, mas menos que no adulto. Não se espalham para a parte interna das coxas Mamas - Aréola e mamilo projectados acima do contorno da mama Deve ser dada particular atenção em situação de risco biológico, psicológico e / ou ambiental, que são as mais dependentes de atuações empenhadas e ativas dos profissionais e dos serviços para a manutenção e promoção da sua saúde</p> <p>Estadio - 5 Pêlos Púbicos - Triângulo feminino adulto, espalham-se para a parte interna das coxas, mas não muito Mamas - Madura, mamilo projetado, aréola faz parte do contorno da mama</p>	 <p>Fonte da imagem: https://pt.wikipedia.org/wiki/Escala_de_Tanner</p>

Fonte: Adaptado de TANNER (1962)

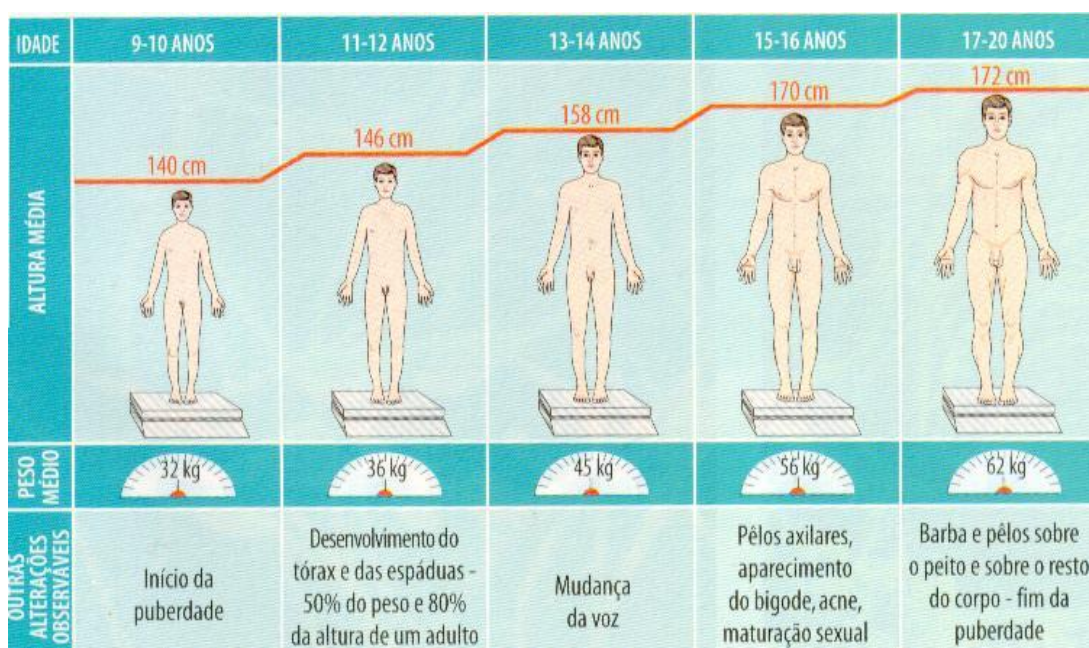
Resumindo, podemos verificar as alterações nas figuras abaixo, o desenvolvimento físico da rapariga e do rapaz

Fig. nº 19 - Desenvolvimento físico da rapariga



Fonte: <https://2.bp.blogspot.com/>

Fig. nº 20 – Desenvolvimento físico do rapaz



Fonte: <https://2.bp.blogspot.com/>

Não é apenas a nível físico que ocorrem alterações. A nível psicológico, também o jovem adolescente se modifica, quer nos interesses, quer no pensamento, sendo esta uma fase muito importante para o futuro saudável do indivíduo.

Encontra os seus amigos, que constituem o seu grupo de pares e começa a saber o que quer fazer na sua vida, seguindo os seus interesses.

Todas estas informações ocorrem antes dos tempos de pandemia vividos nos últimos dois anos a nível mundial. É provável que o tempo de confinamento e de distanciamento social venham a provocar a longo prazo algumas alterações ao processo de desenvolvimento do adolescente que nós conhecemos. Sabemos hoje (2022 e 2023) que em termos de saúde mental, a população jovem (adolescentes e adultos jovens) parece ter sido a que mais alterações tem sofrido, aumentando exponencialmente o número de jovens com patologia mental, nomeadamente a nível da tristeza e depressão.

7.7.2 Alterações cognitivas e psicológicas na Adolescência

Recordamos aqui os trabalhos de alguns especialistas do desenvolvimento (ver apontamento de Psicologia do Desenvolvimento)

- ▶ Jean Piaget (1896-1980) – sistema epigenético (Quatro estádios/períodos consoante a idade cronológica: **Pensamento sensório-motor** (Do nascimento aos dois anos); **Pensamento pré-operacional** (Dos dois aos sete/oito anos); **Operações concretas** (Dos sete/oito aos doze anos); **Operações formais** (Depois dos doze anos).

- ▶ Erik Erikson (1902-1994) – crise de desenvolvimento (**Identidade vs. Difusão de identidade - A adolescência é o período crucial de busca e experimentação, do ser-se hoje uma pessoa e amanhã outra, até se atingir um nível em os valores e ideais estabilizam; quanto melhor as outras crises tiverem sido resolvidas, mais facilmente o adolescente ultrapassa esta fase, e constrói o seu sentido de “eu”**).

- ▶ Lawrence Kohlberg (1927-1987) – desenvolvimento moral

5.7.3. Alterações sociais na Adolescência

- ▶ Importância do grupo de pares (Maslow e o sentido de pertença),
- ▶ O lugar da e na família: estilos parentais.
- ▶ Identidade sexual
- ▶ Formação do “Eu”
- ▶ Construção do auto-conceito,
- ▶ Construção da auto-estima e
- ▶ Construção da auto-imagem

Podemos dizer que, existem várias alterações que vão levar à construção da identidade do jovem...

Fig. nº 21 - Alterações globais que ocorrem durante a adolescência



Fonte: Matos, 2012

QUESTÕES

1. Refira as características estado-ponderais do recém-nascido
2. Explique a perda de peso dos recém-nascidos.
3. Refira, em relação ao peso de nascimento, o que acontece ao RN no primeiro ano de vida.
4. Para que serve a manobra de Ortolani-Barlow?
5. Até que idade medimos o perímetro cefálico? Porquê?
6. Quando é que se desenvolvem os dentes na criança?
7. Defina anorexia fisiológica e explique porque acontece.
8. Que características se alteram no perfil da criança entre os 3 e os 5 anos de idade?
9. Como prevemos o peso de uma criança a partir de 1 ano de idade?
10. Quando ocorre, no ser humano, o 2º período de crescimento rápido?
11. Defina puberdade e adolescência
12. Como podemos avaliar a maturidade biológica?
13. Refira a classificação de Tanner para os estádios de maturação sexual nos rapazes e nas raparigas.
14. Para além das alterações físicas, o adolescente também apresenta alterações cognitivas, psicológicas e sociais. Refira quais são.

8. ALTERAÇÃO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO – CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO OU COM NECESSIDADES ESPECIAIS

As crianças e os jovens podem viver situações de risco ou ocorrência de maus tratos, assim como apresentarem necessidades de saúde especiais (DGS, 2013: 33).

Podemos assim dizer que a alteração do crescimento e desenvolvimento é um estado em que um indivíduo **está ou apresenta o risco** para estar **incapacitado** ou **ter dificuldade** para realizar atividades ou para evidenciar comportamentos típicos do seu grupo etário (por exemplo, motoras, pessoais/sociais, de linguagem/cognição (ver etapas/necessidades de desenvolvimento) e/ou crescimento alterado ou prejudicado.

As crianças com necessidades de saúde especiais exigem atenção redobrada e estratégias de intervenção segundo essas mesmas necessidades ou probabilidades de ocorrência de acontecimentos indesejáveis (crianças em situação de risco) (DGS, 2013).

São crianças em situação de risco, a que sofrem maus tratos, seja por negligência, por maus tratos físicos, psicológicos, abuso sexual ou outros. Para essas crianças foi definido um modelo de Intervenção, na Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco (Despacho nº 31292/2008 de 5 de Dezembro), que articula a rede de Núcleos de Apoio do CSP, os Núcleos a nível hospitalar e os restantes recursos da Comunidade (DGS, 2013).

As crianças com deficiência ou em risco de atraso grave do 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 nº 281/2009 de 6 de Outubro (DGS, 2013: 33).

São critérios de elegibilidade para Intervenção precoce na Infância:

Crianças entre os 0 e os 6 anos de idade e respetivas famílias com as condições previstas:

Grupo 1 – “Alterações nas funções ou estruturas do corpo”, que limitam o normal desenvolvimento e a participação nas atividades típicas(...)

Grupo 2 – “Risco grave de atraso de desenvolvimento” pela existência de condições biológicas, psicoafectivas ou ambientais, que implicam uma alta probabilidade de atraso relevante no desenvolvimento da criança.

São elegíveis todas as crianças do primeiro e do segundo grupo que acumulem 4 ou mais fatores de risco biológico e/ou ambiental (DGS, 2013: 33).

Após os 6 anos de idade, o apoio multidisciplinar passa a ser direcionado para o apoio pedagógico em interligação com os CSP (DGS, 2013).

Em Faro, temos um excelente exemplo de uma instituição de Intervenção Precoce, o Refúgio Aboim Ascensão. Podem aceder aos objetivos e práticas desta instituição já várias vezes premiada pelas suas práticas em <http://www.refugio.pt>.

Essas estratégias de intervenção têm obrigatoriamente de incluir os pais/ cuidadores que têm também de ser apoiados e seguidos pela equipa multidisciplinar. Não é possível cuidar adequadamente da criança se não cuidarmos dos seus cuidadores, pois eles são o elemento-chave do sucesso da intervenção. A intervenção precoce não pretende retirar crianças às suas

famílias, mas sim promover a otimização dos recursos para que as crianças possam ser de novo incorporadas nas suas famílias, mas em ambientes que sejam favorecedores do desenvolvimento.

Cada criança é única e cada situação é, também, única pois reveste-se de variáveis distintas. *Não é, pois, possível enumerar todas estas situações, nem estabelecer um programa único de atuação* (DGS, 2013: 34). Cada programa de atuação deve ser adequado a cada situação, pelo que é sempre necessário colher todos os dados que irão permitir uma atuação adequada à especificidade de cada caso.

*É responsabilidade da equipa de saúde identificar as necessidades especiais de cada criança e definir um programa individual de vigilância e promoção da saúde que facilite o desenvolvimento das capacidades e potencialidades. As crianças com perturbações do desenvolvimento, deficiência ou doença crónica exigem também cuidados acrescidos, nomeadamente a continuidade de intervenção dos diversos níveis de cuidados e que seja assumida a função de “charneira” pelo médico assistente, ou pelo enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica/enfermeiro de família. Para além do programa-tipo de vigilância de saúde, **poderá ser necessário ajustar a periodicidade e os conteúdos das consultas, bem como outras intervenções – nomeadamente visita domiciliária – de acordo com as necessidades especiais de cada criança** (DGS, 2013: 34).*

Também os pais de crianças com necessidades especiais, nomeadamente aquelas que necessitam de cuidados no domicílio e que são dependentes, podem solicitar o estatuto de cuidador informal, publicado na Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro. O movimento de Apoio ao Cuidador Informal tem uma página web onde constam todas as informações (<https://movimentocuidadoresinformais.pt/informação>). Por outro lado, existem várias associações que podem apoiar os pais/ cuidadores.

Em todos os casos de situações especiais, onde são incluídas as doenças crónicas e estádios terminais (não incluídas nesta sebenta), a esperança uma característica essencial para pais e criança/jovem e no âmbito das competências dos Enfermeiros, estes *assumem um papel autónomo na promoção de recursos como (...) a esperança* (OE, 2011, p.12). No anexo 1 do Guia Orientador de Boa Prática, nº3, vol.3, encontramos um guia de apoio aos pais para a promoção da esperança.

8.1. CRIANÇAS COM PERTURBAÇÕES EMOCIONAIS E DO COMPORTAMENTO

Cada vez mais e atendendo ao aumento da prevalência de perturbações emocionais e do comportamento da infância e da adolescência se torna necessário o trabalho eficiente e coeso, nessa área, com ênfase na prevenção e na intervenção o mais precocemente possível (DGS, 2013).

O trabalho em articulação, permitirá melhorar:

A deteção precoce de situações de risco e intervenção atempada; a eficácia da intervenção em situações complexas e com forte vertente social/comunitária; a implementação de programas de prevenção primária e de intervenção precoce, entre outros (DGS, 2013: 35).

8.2. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

O crescimento e desenvolvimento alterados na criança, são fatores que implicam um seguimento redobrado dos profissionais de saúde, nomeadamente do enfermeiro. Em algumas situações, a criança pode necessitar de internamento hospitalar, para além do seguimento na comunidade.

Nas crianças com crescimento e desenvolvimento alterados o enfermeiro deve investigar, as causas dessa alteração, perceber o nível de literacia em saúde dos pais e criança/jovem, empoderar pais e criança/jovem no que respeita à sua saúde, encaminhar quando necessário para outros profissionais de saúde e, em caso de doença aguda ou crónica, estabelecer com os pais/cuidadores e a criança/adolescente o melhor programa para aquela situação individual:

1 – Investigar os fatores causadores e contribuintes:

- Falta de conhecimento - dos pais (cuidados);
- Doença aguda ou crónica;
- Stress;
- Estimulação inadequada;
- Conflito pais – filhos;
- Mudança no ambiente.

2 – **Ensinar aos pais** as etapas de desenvolvimento relacionadas à idade e à orientação informativa para os pais (ver etapas/necessidades de desenvolvimento...)

3 – **Investigar** cuidadosamente o nível de desenvolvimento da criança em todas as áreas de funcionamento, usando os instrumentos específicos de investigação (por exemplo, a tabela de Investigação de Brazelton, ou o teste de Denver).

4 – **Iniciar a educação para a saúde** e os encaminhamentos, quando indicados.

- Providenciar orientação antecipatória para os pais, tendo em vista a administração construtiva dos problemas de desenvolvimento e o apoio ao processo de desenvolvimento.
- Encaminhar para o serviço apropriado de aconselhamento ou de acompanhamento do tratamento de abuso, conflito pais-filhos, dependência química, etc.
- **Encaminhar** para o serviço apropriado para um programa estruturado e constante de estimulação quando o funcionamento tiver probabilidade de estar permanentemente afetado (por exemplo, escolarização).
- **Encaminhar** para programas comunitários específicos para os fatores contribuintes (por exemplo, WIC [programa americano], serviço social, serviços familiares, aconselhamento).
- **Proporcionar** uma lista de grupos de apoio para os pais.

No caso de a criança/jovem necessitar de internamento, a equipa de enfermagem deve ser capaz de **Proporcionar** oportunidades para a criança doente preencher as etapas de desenvolvimento relacionadas à sua idade, com o objetivo de minimizar o desconforto da hospitalização, promover a manutenção da relação entre criança/adolescente e seus pais/cuidadores e restante família e prevenir o afastamento e o corte de relações previamente estabelecidos. (Recordar estudos de Spitz e Brazelton falados em Psicologia do desenvolvimento).

Assim, de um modo geral, e para promover o bem-estar e um desenvolvimento adequado, o enfermeiro deve não esquecer as seguintes atitudes:

Nascimento a 1 ano

- ♥ Promover o acompanhamento pelos pais ao bebé durante o período de internamento e incentivar à prestação de cuidados à criança sempre que possível.
- ♥ Proporcionar estimulação aumentada usando uma variedade de brinquedos coloridos no berço (por exemplo, móveis, brinquedos musicais, brinquedos de pano com várias texturas, períodos frequentes de colo e de conversa com o bebé).
- ♥ Colocar no colo para alimentar; alimentar lentamente em um ambiente relaxado.
- ♥ Proporcionar períodos de repouso antes da alimentação.
- ♥ Observar a interação mãe-filho, especialmente durante a alimentação.
- ♥ Investigar o choro imediatamente e com consistência.
- ♥ Selecionar uma pessoa consistente para prestar o cuidado.
- ♥ Incentivar o envolvimento dos pais nos cuidados, se possível, a estadia conjunta com o bebé ou se tal não for possível, as visitas e os telefonemas dos pais
- ♥ Proporcionar o conforto oral se o bebé desejar (isto é, chupar o dedo, chupeta).
- ♥ Permitir que as mãos e os pés fiquem livres.

1 - 3 anos e meio

- ♣ Incentivar a presença dos pais e o envolvimento nos cuidados, sempre e se possível.
- ♣ Selecionar uma pessoa consistente para prestar o cuidado (sempre a mesma sempre que possível).
- ♣ Incentivar as atividades de auto-cuidado (por exemplo, alimentar-se, vestir-se, tomar banho).
- ♣ Reforçar o desenvolvimento das palavras repetindo as que a criança usa, denominando os objetos corretamente e falando frequentemente com ela.
- ♣ Proporcionar períodos de brincadeira com amigos, frequentemente, utilizando uma variedade de brinquedos (quebra-cabeças, livros com gravuras, brinquedos para manipular, caminhões, carros, blocos, cores vibrantes).
- ♣ Proporcionar uma área segura em que a criança possa locomover-se, usar o andarilho, engatinhar, segurar pela mão para dar uns passos.
- ♣ Para os procedimentos dolorosos, nunca deve utilizar o local em que a criança dorme. Esse é o seu local seguro.
- ♣ Utilizar medidas não farmacológicas para o alívio da dor, como a distração.
- ♣ Explicar todos os procedimentos à medida que os realiza, de forma adequada ao desenvolvimento da criança, com o intuito de a acalmar.
- ♣ Proporcionar medidas de conforto após os procedimentos dolorosos.

- ♣ Incentivar as visitas e os telefonemas dos pais se a sua presença não for possível.

Dos 3 anos e meio a 5 anos

- ♠ Incentivar o auto-cuidado: arrumar-se, vestir-se, escovar os dentes, pentear os cabelos.
- ♠ Proporcionar brincadeiras frequentes com os outros e com brinquedos variados (por exemplo, brinquedos musicais, bonecas, fantoches, livros, carrinhos, triciclo, etc.).
- ♠ Ler histórias em voz alta.
- ♠ Solicitar respostas e pedidos verbais.
- ♠ Dizer as palavras que designamos equipamentos, objetos e pessoas, pedindo que a criança repita.
- ♠ Permitir tempo para a brincadeira individual e para a exploração do ambiente recreacional.
- ♠ Incentivar a presença dos pais e o envolvimento nos cuidados, se possível e incentivar, se não for possível a presença diária, as visitas e os telefonemas.
- ♠ Controlar a televisão e utilizá-la como meio de ajuda para que a criança compreenda o tempo ("Depois da Dra Brinquedos a mamã chega").

Dos 5 - 11 anos

- ◆ Conversar com a criança sobre o cuidado proporcionado.
- ◆ Solicitar informações da criança (por exemplo, dieta, roupas, rotina, etc.).
- ◆ Permitir que a criança vista outras roupas que não o pijama.
- ◆ Proporcionar períodos de interação com as crianças na unidade.
- ◆ Proporcionar um projeto de trabalho manual que possa ser feito a cada dia ou semana.
- ◆ Continuar o trabalho escolar com intervalos a cada dia.
- ◆ Elogiar os comportamentos positivos.
- ◆ Ler histórias e proporcionar uma variedade de jogos, quebra-cabeças, livros, jogos de vídeo, pinturas, etc.
- ◆ Apresentar a criança pelo nome às pessoas da unidade.
- ◆ Incentivar a presença conjunta dos pais e, se não for possível a estadia durante 24 horas, incentivar as visitas e os telefonemas dos pais, irmãos e amigos.

Dos 11 – 18 Anos

- ✓ Falar frequentemente com o jovem sobre os sentimentos, as ideias, as preocupações sobre as condições e o atendimento;
- ✓ Proporcionar oportunidade para a interação com outros da mesma idade da unidade;

- ✓ Identificar os interesses e os *hobbies* que podem ser realizados na unidade e apoiá-los de algum modo, diariamente;
- ✓ Permitir que a rotina do hospital seja alterada para se adaptar ao horário da criança;
- ✓ Vestir as suas próprias roupas se possível;
- ✓ Envolver nas decisões sobre o cuidado;
- ✓ Proporcionar oportunidade para o desenvolvimento em atividades variadas (leitura, jogos de vídeo, filmes, jogos de mesa, saídas para a rua ou para outras áreas);
- ✓ Incentivar as visitas e os telefonemas dos pais, irmãos e amigos.

9. EXAMES DE VIGILÂNCIA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

INTRODUÇÃO

A saúde não depende exclusivamente da **prestação de cuidados**, porque a influência do **ambiente social, biofísico e ecológico, também é determinante**.

Mesmo assim, o impacto das ações de vigilância da saúde infantil e juvenil pertinentes e de qualidade é indiscutível.

Para os profissionais de saúde e para os serviços é **imperativo a manutenção e a promoção da saúde** de todas as crianças.

São **aspectos prioritários**,

- ◆ O apoio à **criança com necessidades especiais**, em **situação de risco** ou **especialmente vulneráveis**
- ◆ A redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde
- ◆ O reconhecimento dos pais como primeiros prestadores de cuidados.

Vários fatores, nomeadamente:

- *o aumento do nível de conhecimentos e de motivação das famílias,*
- *a redução do analfabetismo*
- *e a melhoria das condições de vida*
- **favorecem o desenvolvimento da função parental**
- e tornam possível que
- os pais e a família a assumam,
- como direito e dever

aos profissionais compete facilitar e promover a função parental.

O Programa tipo de atuação, genericamente, obedece às seguintes **linhas orientadoras** (George, 2013):

- **calendarização das consultas para idades-chave**, correspondentes a acontecimentos importantes na vida do bebé, da criança ou do adolescente (as etapas de desenvolvimento psicomotor, socialização, alimentação e escolaridade).
- **harmonização destas consultas** com esquema cronológico de vacinação, de modo a reduzir o número de deslocações ao centro de saúde.
- **valorização dos cuidados antecipatórios** como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais os conhecimentos necessários ao melhor desempenho da sua função parental.
- **reincentivo ao cumprimento do PNV** (face aos movimentos antivacinais emergentes, preservando o adequado estado vacinal das crianças, jovens e população em geral)
- **investimento na prevenção das perturbações emocionais e do comportamento**
- **deteção precoce e encaminhamento** de situações passíveis de correção e que possam afetar negativamente a saúde da criança.

- **apoio à responsabilização progressiva e auto-determinação** em questões de saúde das crianças e jovens.
- **trabalho em equipa**, como forma de responder à complexidade dos atuais problemas e das necessidades em saúde que requerem, de modo crescente, atuações multiprofissionais e interdisciplinares;
- **articulação efetiva entre estruturas, programas e projetos**, (...) que contribuam para o bem-estar, crescimento e desenvolvimento das crianças e jovens (George, 2013: 3).

A **visita domiciliária** é um elemento importante da **vigilância e da promoção de saúde**, pelo que interessa desenvolver os meios que a possibilitem, nomeadamente, pelo enfermeiro, de modo particular nos dias seguintes à alta da maternidade, nas situações de doença prolongada ou crónica e nos casos de famílias ou situações identificadas como “de risco”.

O **trabalho em equipa** precisa de ser **estimulado e assegurado**, para responder à complexidade dos atuais problemas e das **necessidades em saúde que requerem**, de modo crescente, **atuações multiprofissionais e interdisciplinares**.

Este trabalho **envolve**, não só, **o sector da saúde** mas também **a comunidade e as estruturas que dão apoio à criança e ao adolescente** (creche, jardim de infância, escola, ATL, coletividades desportivas ou associativas, serviços de Segurança Social, autarquias, ...)

As crianças, entendidas como “*todo o ser humano menor de 18 anos*”, de acordo com a Convenção sobre os Direitos da Criança, **constituem um grupo prioritário e justificam o maior empenhamento e disponibilidade por parte dos profissionais** e especial atenção dos gestores dos serviços de saúde.

9.1. OBJETIVOS DOS EXAMES DE SAÚDE

Os objetivos dos exames de saúde aqui referenciados, são retirados na íntegra da norma da DGS em vigor (DGS, 2013:9,10):

1 - Avaliar o crescimento e o desenvolvimento e registar os dados obtidos, nos suportes próprios, nomeadamente no BSIJ ou no eBoletim (NA: Parâmetros que podemos registar: Peso, Estatura, Perímetro cefálico e Índice de Massa Corporal e outros do desenvolvimento físico, tais como, parâmetros do desenvolvimento psicomotor, escolaridade e desenvolvimento psicossocial).

2 - Estimular a opção, sempre que possível, por comportamentos saudáveis, entre os quais, os relacionados com:

- ✓ **a nutrição**, adequada às diferentes idades e às necessidades individuais, promovendo comportamentos alimentares adequados (NA: quando promovemos comportamentos adequados, prevenimos práticas alimentares desequilibradas; sempre que possível adequar os comportamentos alimentares adequados à cultura de cada família. Na nutrição, podemos incluir o suplemento vitamínico e mineral quando justificado)

- ✓ **prática de exercício físico**; o brincar, e outras atividades de vida ao ar livre e em ambientes despoluídos e gestão do stress (NA: devido à facilitação da oxigenação celular, a vida e exercício ao ar livre em locais despoluídos, são imprescindíveis principalmente para quem vive habitualmente em locais onde a poluição atinge valores que podem ser preocupantes, como por exemplo, nas grandes cidades. As normas de higiene ambiental devem prover as cidades de parques arborizados e seguros. Por outro lado, são inúmeros os benefícios do exercício físico, quer para a saúde física, quer para a saúde mental e social, aumentando a longevidade saudável da pessoa.)
- ✓ **a prevenção de consumos nocivos** (NA: os consumos nocivos dizem respeito não só aos consumos de álcool, tabaco e drogas, mas também aos consumos de horas de internet)
- ✓ **a adoção de medidas de segurança**, reduzindo assim, o risco de acidentes. (NA: mais uma vez, a atuação do enfermeiro deve obedecer ao mote da prevenção e a promoção da literacia das populações, tendo em conta o estadió de desenvolvimento da criança).

3 - Promover:

- ♥ **A imunização contra doenças transmissíveis**, conforme Programa Nacional de Vacinação; (NA: estar atento às alterações do PNV)
- ♥ **A saúde oral**;
- ♥ **A prevenção das perturbações emocionais e do comportamento**;
- ♥ **A prevenção dos acidentes e das intoxicações**;
- ♥ **A prevenção dos maus tratos** (NA: os maus tratos dizem respeito a todo o tipo de mau trato, quer ele seja a nível da família, do namoro, na escola ou no trabalho. Embora assumam nomes diferentes, cada mau trato tem na sua génese o desrespeito pela pessoa enquanto ser individual...)
- ♥ **Prevenção dos riscos decorrentes da exposição solar inadequada**;
- ♥ **O aleitamento materno**

4 - Detetar precocemente e encaminhar situações que possam comprometer ou afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança e do adolescente, como: malformações congénitas (luxação congénita da anca, cardiopatias congénitas, testículo não descido), perturbações da visão, audição e linguagem, perturbações do desenvolvimento estato-ponderal e psicomotor, alterações neurológicas, alterações do comportamento e do foro psicoafectivo.

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

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

7 – Assegurar a realização do aconselhamento genético, sempre que tal esteja indicado, quer para os progenitores, quer para os adolescentes.

8 – Identificar, apoiar e orientar as crianças e famílias vítimas de maus tratos e de violência, qualquer que seja o tipo.

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

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

9.2. PERIODICIDADE

A periodicidade das consultas, tem em conta as idades-chave do desenvolvimento do bebé, da criança e do adolescente.

A norma 10/2013, da DGS, preconiza as seguintes consultas (DGS, 2013: 11):

Primeiro Ano de Vida

1^a semana de vida

1 mês

2 meses

4 meses

6 meses

9 meses

1 – 3 anos

12 meses

15 meses

18 meses

2 anos

3 anos

4 – 9 Anos

4 anos

5 anos (exame global de saúde) (NA: objetivo – avaliar competências para o início da aprendizagem escolar)

6 ou 7 anos (final do 1^o ano de escolaridade) (NA: detetar precocemente dificuldades específicas de aprendizagem)

8 anos

10 –18 Anos

10 anos (ano de início do 2^o ciclo do ensino básico)

12/13 anos (exame global de saúde)

15/18 anos

7.3. EXAMES DE SAÚDE OPORTUNISTAS

As idades apontadas para os exames não são rígidas. Se uma criança for ao Centro de Saúde, por outros motivos, pouco antes ou pouco depois da “idade-chave”, poderá ser feito o exame indicado para essa idade, que substituirá o exame programado. Com este tipo de atuação – *exames de saúde oportunistas* – **reduz-se** o número de deslocações e **alarga-se** o número de crianças com vigilância de saúde regular (DGS, 2013: 11)

9.4. CONTEÚDOS

Os exames e as atividades que se irão mencionar devem pautar-se pelas circulares normativas, orientações técnicas e textos de apoio da DGS, que incluem a metodologia de execução destas atividades, bem como as particularidades relativas a cada idade, criança/jovem e família (DGS, 2013: 12).

Em todas as consultas deve avaliar-se:

- ***as preocupações dos pais ou do próprio, no que diz respeito à saúde***
- ***intercorrências desde a consulta anterior, frequência de outras consultas, medicação que esteja a tomar***
- ***a frequência e a adaptação ao infantário, ATL, escola***
- ***Hábitos alimentares, prática de atividades desportivas ou culturais e ocupação de tempos livres***
- ***a dinâmica do crescimento e desenvolvimento, comentando a evolução das curvas de crescimento e os aspetos do desenvolvimento psicossocial***
- ***o cumprimento do calendário vacinal, de acordo com o Programa Nacional de Vacinação (DGS, 2013: 12).***

*Para cada consulta são mencionadas as ações a realizar para deteção precoce de situações rastreáveis e a caracterização dos aspetos relacionais incluindo perturbações emocionais e do comportamento, sem prejuízo da **observação completa** da criança/adolescente (DGS, 2013: 12).*

*Relativamente aos **cuidados antecipatórios**, os temas sugeridos poderão ser abordados individualmente ou em grupo, em diferentes contextos, designadamente em atividades a desenvolver, por exemplo, na sala de espera – distribuição de material informativo (panfletos, vídeos) – e em sessões de informação/educação para a saúde dirigidas aos pais ou a outros prestadores de cuidados. Algumas destas atividades poderão ser dinamizadas pela Saúde Escolar, envolvendo de forma ativa as crianças, jovens e famílias (DGS, 2013: 12).*

A avaliação da dinâmica da família e da rede de suporte socio-familiar 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, encaminhando precocemente quaisquer alterações, que poderão interferir no desenvolvimento da criança (DGS, 2013: 12).

Nas consultas dos adolescentes, há que facilitar a acessibilidade, permitindo, aos que o desejem, serem atendidos a sós (DGS, 2013: 12).

7 – Sempre que se necessite de recorrer a outros serviços ou nível de cuidados, encaminhar a criança/ jovem/ família, em colaboração estreita com o serviço de referência (DGS, 2013:12).

As consultas na Infância e adolescência, processam-se assim em idades pré-definidas e em todas as consultas devemos obedecer a determinados parâmetros a avaliar, tendo em conta os padrões relativos à idade e devemos ainda referir aos pais os cuidados antecipados (cuidados antecipatórios) para a fase de desenvolvimento a seguir, de modo a promover não só um

crescimento e desenvolvimento saudáveis, como também a prevenir acidentes e a proporcionar aos pais um melhor conhecimento do seu filho e do seu desenvolvimento.

De um modo geral, no **1º ano de vida** avaliam-se:

peso, comprimento, IMC/ Percentil, Perímetro Cefálico, Dentição, Coração, Anca, Visão, Audição, Exame Físico, Desenvolvimento, Vacinação, Relação emocional/comportamento, Risco de maus tratos, Segurança do ambiente (DGS, 2013: 13) e os Cuidados antecipatórios versam: *alimentação, vit. D, saúde oral, higiene, posição de deitar, hábitos de sono, hábitos intestinais e cólicas, desenvolvimento, acidentes e segurança, temperatura normal e febre, sintomas/ sinais de alerta, sinais/ sintomas comuns, vacinação- vantagens e reações, vida na creche/ama, relação emocional* (DGS, 2013: 15).

Entre os 1 e os 3 anos de vida avaliam-se:

peso, comprimento, IMC/ Percentil, Perímetro Cefálico (até aos 2 anos e sempre que necessário), *Tensão Arterial, Dentição, Anca/ Marcha, Visão, Audição, Exame Físico, Desenvolvimento, Linguagem, Vacinação, Relação emocional/comportamento, Rastreio de dislipidemias, Risco de maus tratos, Segurança do ambiente* (DGS, 2013: 17) e os Cuidados antecipatórios versam: *alimentação, saúde oral, desenvolvimento, Relação emocional/ comportamental/ perturbações, acidentes e segurança, calçado, estilos de vida saudáveis, controlo de esfíncteres, vida na creche/ama* (DGS, 2013: 19)

Entre os 4 e os 9 anos de vida avaliam-se:

peso, altura, IMC/ Percentil, Tensão Arterial, Postura, Dentição, Visão, Audição, Exame Físico, Desenvolvimento, Linguagem/ dificuldades específicas de aprendizagem, Vacinação, Relação emocional/comportamento, Rastreio de dislipidemias, Risco de maus tratos, Segurança do ambiente (DGS, 2013: 21) e os Cuidados antecipatórios versam: *alimentação, saúde oral, Infantilário/ Escola, desenvolvimento, Relação emocional/ comportamental/ perturbações, acidentes e segurança, atividades desportivas e culturais, hábitos de sono* (DGS, 2013: 23)

Entre os 10 e os 18 anos de vida avaliam-se:

Peso, altura, IMC/ Percentil, Tensão Arterial, Pele, Dentição, Visão, Audição, Postura, Exame Pubertário, Exame físico, Desenvolvimento Psicoafetivo e social, Sinais/sintomas de alerta, Vacinação, Risco de maus tratos, Segurança do ambiente (DGS, 2013: 25) e os Cuidados antecipatórios versam: *puberdade, alimentação, atividade física, hábitos de sono, saúde oral, Escola, família, amigos, tempos livres, cidadania, sexualidade, acidentes e segurança, consumos nocivos, riscos, violência e maus tratos, higiene* (DGS, 2013: 27)

O quadro abaixo, adaptado da norma 010/2013 da DGS e de Silva et al, 2022, resume os parâmetros a avaliar e os cuidados antecipatórios em cada consulta

Quadro nº 10 - Parâmetros a avaliar e cuidados antecipatórios nas consultas de Saúde Infantil programadas tendo em conta a idade (DGS, 2013; Silva et al, 2022)

PRIMEIRA CONSULTA	
Parâmetros a avaliar	CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS
* Determinação:	- Higiene
· Peso;	- Posição de deitar (decúbito dorsal a dormir, para prevenção de síndrome de morte súbita;
· Comprimento;	

<ul style="list-style-type: none"> · Perímetro cefálico · IMC/Percentil * Anca – despiste da luxação congénita da anca - Manobra de Ortolani-Barlow e sinais clássicos; * Coração – despiste de cardiopatias congénitas * Exame Físico * Visão - observação dos olhos; * Audição - questionário aos pais; * Desenvolvimento – Escala de rastreio de Mary Sheridan e reflexos primitivos * Verificar se fez o diagnóstico precoce – rastreio de doenças metabólicas (deve ser realizado entre o 4º e o 7º dia) * Vacinação (verificar se fez BCG- crianças elegíveis – Norma 006/2016 de 29/6/2016 e vacina anti-hepatite B) *Relação emocional/ comportamento (satisfação do cuidador e adaptação da família. Sinais de alerta falta de interesse no bebé *Risco de maus tratos (DGS, 2011) *Segurança do ambiente (exposição ao fumo do tabaco, risco de acidentes domésticos, exposição ao consumo de álcool e drogas em meio onde a criança vive 	<p>posição quando acordado em decúbito ventral ou colo)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alimentação (aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de idade; verificar seguimento da mãe na consulta pós-parto) - Vitamina D (400UI/dia durante o primeiro ano de vida) - Filhos de mães vegetarianas (vit. B12 desde o nascimento e/ ou associada a suplementação materna) - Hábitos de sono - Hábitos intestinais e cólicas - Acidentes e segurança - Temperatura normal e febre - Sintomas/sinais que justificam recorrer aos profissionais de saúde (recusa alimentar, gemido, icterícia generalizada, prostração, febre, cor “acinzentada” - Vacinação – vantagens e reação - Verificar dificuldades do principal cuidador na relação com o seu bebé e nas interações familiares
--	--

CONSULTA DO 1º MÊS

<p>Parâmetros a avaliar</p> <ul style="list-style-type: none"> * Determinação: · Peso; · Comprimento; · Perímetro cefálico · IMC/Percentil * Anca – despiste da luxação congénita da anca - Manobra de Ortolani-Barlow e sinais clássicos; * Coração – despiste de cardiopatias congénitas * Exame Físico * Visão - observação dos olhos; * Audição - questionário aos pais; * Desenvolvimento – Escala de rastreio de Mary Sheridan e ver sinais de alerta 	<p>CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alimentação (aleitamento materno) - Vitamina D - Posição de deitar (reforço) - Hábitos de sono (ritmo circadiano e ritual de adormecimento pelo cuidador) - Esclarecimento de obstipação e cólicas - Desenvolvimento e Acidentes e segurança (ler com os pais o que está no boletim) - Sintomas e sinais de alerta - Conduta face a sinais e sintomas comuns (choro, obstrução nasal, tosse, diarreia, obstipação, febre) - Vacinação: vantagens e reações - atividades promotoras do desenvolvimento
---	--

<p>* Verificar se fez o diagnóstico precoce – rastreio de doenças metabólicas (deve ser realizado entre o 4º e o 7º dia)</p> <p>* Vacinação (verificar se está de acordo com o PNV)</p> <p>*Relação emocional/ comportamento (satisfação do cuidador e adaptação da família e sensibilidade e resposta do cuidador às manifestações do bebé)</p> <p>*Risco de maus tratos (DGS, 2011)</p> <p>*Segurança do ambiente (exposição ao fumo do tabaco, risco de acidentes domésticos, exposição ao consumo de álcool e drogas em meio onde a criança vive)</p>	
CONSULTA DOS 2 MESES	
<p>Parâmetros a avaliar</p> <p>* Determinação:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Peso; · Comprimento; · Perímetro cefálico · IMC/Percentil <p>* Anca – despiste da luxação congénita da anca - Manobra de Ortolani-Barlow e sinais clássicos;</p> <p>* Exame Físico</p> <p>* Visão - observação dos olhos;</p> <p>* Audição - questionário aos pais;</p> <p>* Desenvolvimento – Escala de rastreio de Mary Sheridan</p> <p>* Vacinação verificar PNV</p> <p>*Relação emocional/ comportamento (Sinais de alerta falta relativos ao bebé)</p> <p>*Risco de maus tratos (DGS, 2011)</p> <p>*Segurança do ambiente (exposição ao fumo do tabaco, risco de acidentes domésticos, exposição ao consumo de álcool e drogas em meio onde a criança vive)</p>	<p>CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alimentação (aleitamento materno ou, nas crianças alimentadas com leite para lactentes, a diversificação alimentar deve ocorrer entre os 4 e os 6 meses) - Vitamina D - Posição de deitar (reforço) - Hábitos de sono (reforço) - Esclarecimento de obstipação e cólicas - Desenvolvimento e Acidentes e segurança (ler com os pais o que está no boletim) - Sintomas e sinais de alerta - Conduta face a sinais e sintomas comuns (choro, obstrução nasal, tosse, diarreia, obstipação, febre) - Vacinação: vantagens e reações - Atividades promotoras do desenvolvimento
CONSULTA DOS 4 MESES	
<p>Parâmetros a avaliar</p> <p>* Determinação:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Peso; · Comprimento; · Perímetro cefálico · IMC/Percentil <p>* Exame Físico</p>	<p>CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alimentação (aleitamento materno ou, nas crianças alimentadas com leite para lactentes, a diversificação alimentar deve ocorrer entre os 4 e os 6 meses) Orientar a conciliação do aleitamento materno com a atividade profissional

<ul style="list-style-type: none"> * Audição - questionário aos pais sobre reação à voz familiar; * Desenvolvimento – Escala de rastreio de Mary Sheridan sinais de alarme * Vacinação verificar PNV *Relação emocional/ comportamento (Sinais de alerta interação desadaptada) *Risco de maus tratos (DGS, 2011) *Segurança do ambiente (exposição ao fumo do tabaco, risco de acidentes domésticos, exposição ao consumo de álcool e drogas em meio onde a criança vive 	<ul style="list-style-type: none"> - Vitamina D - Posição de deitar (reforço) - Hábitos de sono (promover a auto-regulação da criança) - Esclarecimento de obstipação e cólicas - Desenvolvimento e Acidentes e segurança (ler com os pais o que está no boletim) - Sintomas e sinais de alerta - Conduta face a sinais e sintomas comuns (choro, obstrução nasal, tosse, diarreia, obstipação, febre) - Vacinação: vantagens e reações - vida na creche e escolha de brinquedos que promovam a manipulação e interação com pais/ cuidadores - atividades promotoras do desenvolvimento; ler com os pais as informações do BSIJ
---	---

CONSULTA DOS 6 MESES

<p>Parâmetros a avaliar</p> <ul style="list-style-type: none"> * Determinação: <ul style="list-style-type: none"> · Peso; · Comprimento; · Perímetro cefálico · IMC/Percentil *Dentição – verificar erupção dentária * Exame Físico * Anca *Visão – verificar estrabismo * Audição * Desenvolvimento – Escala de rastreio de Mary Sheridan sinais de alarme * Vacinação verificar PNV *Relação emocional/ comportamento (Sinais de alerta do bebé e do cuidador- não responde aos sinais do bebé) *Risco de maus tratos (DGS, 2011) *Segurança do ambiente (exposição ao fumo do tabaco, risco de acidentes domésticos, exposição ao consumo de álcool e drogas em meio onde a criança vive 	<p>CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alimentação (aleitamento materno ou, nas crianças alimentadas com leite para lactentes, a diversificação alimentar deve ocorrer entre os 4 e os 6 meses) Orientar a conciliação do aleitamento materno com a atividade profissional - Vitamina D - Saúde oral – ler informações do BSIJ - Hábitos de sono (promover a auto-regulação da criança) - Esclarecimento de obstipação e cólicas - Desenvolvimento e Acidentes e segurança (ler com os pais o que está no boletim) - Sintomas e sinais de alerta - Conduta face a sinais e sintomas comuns (choro, obstrução nasal, tosse, diarreia, obstipação, febre) - Vacinação: vantagens e reações - vida na creche e escolha de brinquedos que promovam a manipulação e interação com pais/ cuidadores - atividades promotoras do desenvolvimento; ler com os pais as informações do BSIJ - reação ao estranho
--	---

CONSULTA DOS 9 MESES

Parâmetros a avaliar	CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS
-----------------------------	--------------------------------

<p>* Determinação:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Peso; · Comprimento; · Perímetro cefálico · IMC/Percentil <p>*Dentição – verificar erupção dentária</p> <p>* Exame Físico</p> <p>* Visão – verificar estrabismo</p> <p>* Audição – verificar sinais de alerta e reação ao som da voz, roca, chávena e colher</p> <p>* Desenvolvimento – Escala de rastreio de Mary Sheridan sinais de alarme</p> <p>* Vacinação verificar PNV</p> <p>*Relação emocional/ comportamento (não faz gracinhas e não procura o cuidador)</p> <p>*Risco de maus tratos (DGS, 2011)</p> <p>*Segurança do ambiente (exposição ao fumo do tabaco, risco de acidentes domésticos, exposição ao consumo de álcool e drogas em meio onde a criança vive</p>	<p>- Alimentação (aleitamento materno ou, nas crianças alimentadas com leite para lactentes, a diversificação alimentar deve ocorrer entre os 4 e os 6 meses) Orientar a conciliação do aleitamento materno com a atividade profissional</p> <p>- Vitamina D</p> <p>- Saúde oral – ler informações do BISIJ</p> <p>- Hábitos de sono (promover a auto-regulação da criança)</p> <p>- Esclarecimento de obstipação e cólicas</p> <p>- Desenvolvimento e Acidentes e segurança (ler com os pais o que está no boletim)</p> <p>- Vacinação: vantagens e reações</p> <p>- Vida na creche</p> <p>- Atividades promotoras do desenvolvimento; ler com os pais as informações do BSII; cama e quarto próprios; estimular a compreensão da linguagem</p>
---	--

CONSULTA DOS 12 MESES

<p>Parâmetros a avaliar</p> <p>* Determinação:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Peso; · Comprimento; · Perímetro cefálico · IMC/Percentil <p>*Dentição – verificar erupção dentária: presença de cáries-alto risco</p> <p>*Anca/ marcha</p> <p>* Exame Físico confirmar presença de testículos nas bolsas; em famílias de alto risco pesquisar sinais de MGF (DGS 005/2012)</p> <p>* Visão</p> <p>* Audição</p> <p>* Desenvolvimento – Escala de rastreio de Mary Sheridan sinais de alarme</p> <p>* Vacinação verificar PNV</p> <p>*Relação emocional/ comportamento (dificuldade do bebé estabelecer relações diferenciadas e em explorar)</p> <p>*Risco de maus tratos (DGS, 2011)</p> <p>*Segurança do ambiente (exposição ao fumo do tabaco, risco de acidentes domésticos,</p>	<p>CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS</p> <p>- Alimentação. Referir anorexia fisiológica do 2º ano de vida</p> <p>- Saúde oral – escovagem dos dentes duas vezes por dia; ler informações do BISIJ</p> <p>- Estimular a linguagem através de conversas, canções, etc</p> <p>- Falar sobre a afirmação da personalidade, birras e regras sociais; Reforço positivo das capacidades exploratórias do bebé</p> <p>- Ler informações sobre acidentes e segurança do BISIJ, bem como informações sobre o calçado</p> <p>- Estilos de vida saudáveis: brincar, passear e dormir</p> <p>- Vida e hábitos na creche</p>
---	---

exposição ao consumo de álcool e drogas em meio onde a criança vive	
CONSULTA DOS 15 MESES	
<p>Parâmetros a avaliar</p> <p>* Determinação:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Peso; · Comprimento; · Perímetro cefálico · IMC/Percentil <p>*Dentição – verificar erupção dentária: presença de cáries-alto risco</p> <p>*Anca/ marcha</p> <p>* Exame Físico</p> <p>* Visão</p> <p>* Audição</p> <p>* Desenvolvimento – Escala de rastreio de Mary Sheridan sinais de alarme</p> <p>+ Linguagem – comunica os seus desejos apontando ou vocalizando</p> <p>* Vacinação - verificar PNV</p> <p>*Relação emocional/ comportamento (procura o cuidador como base estável)</p> <p>*Risco de maus tratos (DGS, 2011)</p> <p>*Segurança do ambiente (exposição ao fumo do tabaco, risco de acidentes domésticos, exposição ao consumo de álcool e drogas em meio onde a criança vive</p>	<p>CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alimentação. Restrição de alimentos açucarados, fritos, sumos, gorduras - Saúde oral – escovagem dos dentes duas vezes por dia; ler informações do BISIJ - Estimular a linguagem através de conversas, canções, etc - falar sobre a afirmação da personalidade, birras e regras sociais; Reforço positivo das capacidades exploratórias do bebé; independência, ansiedade da separação, terrores noturnos <p>Promover o equilíbrio entre a necessidade de autonomia e a continuidade da proteção do bebé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ler informações sobre acidentes e segurança do BISIJ, bem como informações sobre o calçado - Estilos de vida saudáveis: brincar, passear e dormir - vida e hábitos na creche
CONSULTA DOS 18 MESES	
<p>Parâmetros a avaliar</p> <p>* Determinação:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Peso; · Comprimento; · Perímetro cefálico · IMC/Percentil <p>*Dentição – verificar erupção dentária: presença de cáries-alto risco</p> <p>*Anca/ marcha</p> <p>* Exame Físico: confirmar presença de testículos nas bolsas; em famílias de alto risco pesquisar sinais de MGF (DGS 005/2012)</p> <p>* Visão</p> <p>* Audição</p> <p>* Desenvolvimento – Escala de rastreio de Mary Sheridan sinais de alarme</p>	<p>CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alimentação. Restrição de alimentos açucarados, fritos, sumos, gorduras - Saúde oral – escovagem dos dentes duas vezes por dia; ler informações do BISIJ; desmame do biberão ao adormecer - Estimular a linguagem através de conversas, canções, etc; aprendizagem de regras e rotinas da vida diária - Falar sobre a afirmação da personalidade, birras e regras sociais; independência, ansiedade da separação, terrores noturnos; o cuidador deve assegurar o cumprimento de regras e limites - Ler informações sobre acidentes e segurança do BISIJ e falar sobre o transporte de crianças em automóvel

<p>+ Linguagem – comunica os seus desejos apontando ou vocalizando</p> <p>* Vacinação - verificar PNV</p> <p>*Relação emocional/ comportamento (não se interessa por outras crianças, não aponta com o indicador, não imita, não olha quando chamamos pelo nome, ... Incapacidade do cuidador em impor regras e limites)</p> <p>*Risco de maus tratos (DGS, 2011)</p> <p>*Segurança do ambiente (exposição ao fumo do tabaco, risco de acidentes domésticos, exposição ao consumo de álcool e drogas em meio onde a criança vive</p>	<p>- Estilos de vida saudáveis: brincar, passear e dormir</p> <p>- Controle de esfíncteres</p> <p>- vida e hábitos na creche</p>
--	--

CONSULTA DOS 2 ANOS

<p>Parâmetros a avaliar</p> <p>* Determinação:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Peso; · Comprimento; · Perímetro cefálico · IMC/Percentil <p>*Dentição – verificar erupção dentária: presença de cáries-alto risco</p> <p>*Anca/ marcha</p> <p>* Exame Físico: confirmar presença de testículos nas bolsas; em famílias de alto risco pesquisar sinais de MGF (DGS 005/2012)</p> <p>* Visão (quantificação da acuidade visual)</p> <p>* Audição</p> <p>* Desenvolvimento – Escala de rastreio de Mary Sheridan sinais de alerta – não anda</p> <p>+ Linguagem – sinais de alerta – não compreende o que se diz, não pronuncia palavras inteligíveis, não estabelece contacto, não imita</p> <p>* Vacinação - verificar PNV</p> <p>*Relação emocional/ comportamento (incapacidade do cuidador de impor regras e limites; alterações significativas de vida e avaliação de fatores de risco relacionadas com o nascimento de irmãos e situações de luto...)</p> <p>* Rastreio de dislipidémias</p> <p>*Risco de maus tratos (DGS, 2011)</p>	<p>CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS</p> <p>- Alimentação. Restrição de alimentos açucarados, fritos, sumos, gorduras</p> <p>- Saúde oral – escovagem dos dentes duas vezes por dia; ler informações do BISIJ; desmame da chupeta</p> <p>- Estimular a linguagem através de conversas, canções, etc; desmame do biberão e do leite ao adormecer, estimular outro ritual para adormecer.</p> <p>- Ler informações do BISIJ; independência, ansiedade da separação, terrores noturnos; o cuidador deve assegurar o cumprimento de regras e limites; conversar sobre o infantário (...)</p> <p>Brincar, desenhar, hábitos de televisão e vídeos, ritual de adormecer</p> <p>- Ler informações sobre acidentes e segurança do BISIJ, controle de esfíncteres</p> <p>- vida e hábitos na creche</p>
---	---

<p>*Segurança do ambiente (exposição ao fumo do tabaco, risco de acidentes domésticos, exposição ao consumo de álcool e drogas em meio onde a criança vive</p>	
CONSULTA DOS 3 ANOS	
<p>Parâmetros a avaliar</p> <p>* Determinação:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Peso; · Altura; · IMC/Percentil; · TA <p>*Dentição – verificar erupção dentária: presença de cáries-alto risco</p> <p>* Exame Físico</p> <p>* Visão (quantificação da acuidade visual)</p> <p>* Audição</p> <p>* Desenvolvimento – Escala de rastreio de Mary Sheridan sinais de alerta – anda em pontas de pés sistematicamente; não constrói nada</p> <p>* Linguagem – sinais de alerta – linguagem incompreensível</p> <p>* Vacinação - verificar PNV</p> <p>*Relação emocional/ comportamento (dificuldade extrema em separar-se do cuidador; alterações significativas de vida e avaliação de fatores de risco relacionadas com o nascimento de irmãos e situações de luto...)</p> <p>*Risco de maus tratos (DGS, 2011)</p> <p>*Segurança do ambiente (exposição ao fumo do tabaco, risco de acidentes domésticos, exposição ao consumo de álcool e drogas em meio onde a criança vive</p>	<p>CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alimentação. Restrição de alimentos açucarados, fritos, sumos, gorduras - Saúde oral – escovagem dos dentes duas vezes por dia; - ler informações do BISIJ respeitantes a: saúde oral, desenvolvimento, relação emocional, acidentes e segurança; - o cuidador deve assegurar o cumprimento de regras e limites; conversar sobre o infantário (...) negativismo, birras, ciúmes, rivalidades, relacionamento com outras crianças; sexualidade (reconhecimento das diferenças e semelhanças de género); medos, terrores noturnos e pesadelos <p>Brincar, desenhar, hábitos de televisão e vídeos, ritual de adormecer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controlo de esfíncteres - vida e hábitos na creche
CONSULTA DOS 4 ANOS	
<p>Parâmetros a avaliar</p> <p>* Determinação:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Peso; · Altura; · IMC/Percentil; · TA <p>*Dentição – verificar estado dentário, em caso de cárie ver norma que serve de apoio a este resumo</p>	<p>CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alimentação. Restrição de alimentos açucarados, fritos, sumos, gorduras; reforçar necessidade de pequeno-almoço e lanche a meio da manhã - Ler informações do BISIJ respeitantes a: saúde oral, desenvolvimento, relação emocional, acidentes e segurança, atividades desportivas e culturais-tempos livres;

<ul style="list-style-type: none"> * Exame Físico – em famílias de risco pesquisar sinais de MGF * Visão (aplicar teste de Mary Sheridan) * Audição * Desenvolvimento – Escala de rastreio de Mary Sheridan; não tem lateralidade definida * Linguagem compreensível, domínio da linguagem, fluência, conta uma história sinais de alerta – linguagem incompreensível * Vacinação - verificar PNV *Relação emocional/ comportamento (sinais de alerta agitação psicomotora desadequada; não termina nenhuma tarefa *Risco de maus tratos (DGS, 2011) *Segurança do ambiente (exposição ao fumo do tabaco, risco de acidentes domésticos, exposição ao consumo de álcool e drogas em meio onde a criança vive 	<ul style="list-style-type: none"> - Conversar sobre infantário/escola (adaptação e socialização) - Desenvolvimento – estimular a percepção da lateralidade; estimular criatividade e hábitos de leitura; racionalizar hábitos de TV/computador... - ter atenção a sintomas de instabilidade psicomotora nos diferentes contextos da vida
---	--

CONSULTA DOS 5 ANOS
EXAME GLOBAL DE SAÚDE antes da escolaridade obrigatória

<p>Parâmetros a avaliar</p> <ul style="list-style-type: none"> * Determinação: · Peso; · Altura; · IMC/Percentil; · TA · Postura *Dentição – verificar estado dentário, em caso de cárie ver norma que serve de apoio a este resumo * Exame Físico – em famílias de risco pesquisar sinais de MGF * Visão (aplicar teste de Mary Sheridan) * Audição * Desenvolvimento – Escala de rastreio de Mary Sheridan; sinal de alerta- linguagem incompreensível * Linguagem compreensível, domínio da linguagem, fluência, conta uma história sinais de alerta – linguagem incompreensível; identifica o nome próprio, a primeira letra do nome, as vogais e algumas consoantes * Vacinação - verificar PNV 	<p>CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alimentação. Restrição de alimentos açucarados, fritos, sumos, gorduras; reforçar necessidade de pequeno-almoço e lanche a meio da manhã - Ler informações do BISIJ respeitantes a: saúde oral, desenvolvimento, relação emocional, acidentes e segurança, atividades desportivas e culturais-tempos livres; - Conversar sobre infantário/escola (adaptação e socialização); preparação para a entrada na escola, adaptação ao meio escolar e promoção do sucesso escolar, postura correta - Desenvolvimento – estimular a percepção da lateralidade; estimular criatividade e hábitos de leitura; racionalizar hábitos de TV/computador..., competitividade, prazer em jogos de regras - Ter atenção a sintomas de instabilidade psicomotora nos diferentes contextos da vida - Caminho para a escola, transporte escolar, quedas, intoxicações, afogamentos e queimaduras
--	--

<p>*Relação emocional/ comportamento (sinais de alerta: agressividade, violência, etc)</p> <p>*Risco de maus tratos (DGS, 2011)</p> <p>*Segurança do ambiente (exposição ao fumo do tabaco, risco de acidentes domésticos, exposição ao consumo de álcool e drogas em meio onde a criança vive</p>	<p>- Horas de sono adequadas à idade, valorizar dificuldade em adormecer e pesadelos frequentes e recorrentes como sinais de alerta</p>
--	---

CONSULTA DOS 6-7 ANOS

<p>Parâmetros a avaliar</p> <p>* Determinação:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Peso; · Altura; · IMC/Percentil; · TA · Postura <p>*Dentição – verificar estado dentário, em caso de cárie ver norma que serve de apoio a este resumo; Cheque-dentista</p> <p>* Exame Físico – em famílias de risco pesquisar sinais de MGF</p> <p>* Visão (rastreamento de perturbações visuais)</p> <p>* Audição – teste de voz ciciada</p> <p>*Linguagem sabe escrever o nome completo, identifica letras do alfabeto, gosta da escola, gosta de livros de histórias; - sinais de alerta – linguagem incompreensível; demora muito tempo a fazer os trabalhos na escola e em casa só faz com ajuda</p> <p>* Vacinação - verificar PNV</p> <p>*Relação emocional/ comportamento (sinais de alerta: agressividade, violência, etc.) valorizar enurese noturna e encoprese; sinais de alerta- dificuldades de aprendizagem sem défice cognitivo; recusa escolar; somatizações múltiplas ou persistentes</p> <p>*Risco de maus tratos (DGS, 2011)</p> <p>*Segurança do ambiente (exposição ao fumo do tabaco, risco de acidentes domésticos, exposição ao consumo de álcool e drogas em meio onde a criança vive</p>	<p>CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alimentação. Restrição de alimentos açucarados, fritos, sumos, gorduras; reforçar necessidade de pequeno-almoço e lanche a meio da manhã - Ler informações do BISIJ respeitantes a: saúde oral, desenvolvimento, relação emocional, acidentes e segurança, atividades desportivas e culturais-tempos livres; - Aos 7 anos a criança receberá um cheque-dentista; introduzir a utilização de fio dentário - Conversar sobre a escola (adaptação e socialização); - Desenvolvimento – estimular criatividade e hábitos de leitura; racionalizar hábitos de TV/computador..., competitividade, prazer em jogos de regras - Ter atenção a sintomas de instabilidade psicomotora nos diferentes contextos da vida - Caminho para a escola, transporte escolar, quedas, intoxicações, afogamentos e queimaduras - Horas de sono adequadas à idade, valorizar dificuldade em adormecer e pesadelos frequentes e recorrentes como sinais de alerta
---	---

CONSULTA DOS 8 ANOS

<p>Parâmetros a avaliar</p> <p>* Determinação:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Peso; 	<p>CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alimentação. Restrição de alimentos açucarados, fritos, sumos, gorduras; reforçar
---	---

<ul style="list-style-type: none"> · Altura; . IMC/Percentil; . TA . Postura *Dentição – verificar estado dentário, em caso de cárie ver norma que serve de apoio a este resumo; * Exame Físico – em famílias de risco pesquisar sinais de MGF * Visão * Audição – teste de voz ciciada *Linguagem compreensível, sabe escrever o nome completo, identifica letras do alfabeto, gosta da escola, gosta de livros de histórias; demora muito tempo a fazer os trabalhos na escola e em casa só faz com ajuda * Vacinação - verificar PNV *Relação emocional/ comportamento (sinais de alerta: agressividade, violência, etc.) valorizar enurese noturna e encoprese; sinais de alerta- dificuldades de aprendizagem sem déficit cognitivo; recusa escolar; somatizações múltiplas ou persistentes *Risco de maus tratos (DGS, 2011) *Segurança do ambiente (exposição ao fumo do tabaco, risco de acidentes domésticos, exposição ao consumo de álcool e drogas em meio onde a criança vive 	<p>necessidade de pequeno-almoço e lanche a meio da manhã</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ler informações do BISIJ respeitantes a: saúde oral, desenvolvimento, relação emocional, acidentes e segurança, atividades desportivas e culturais-tempos livres; - Verificar a utilização do cheque dentista - Conversar sobre a escola (adaptação e socialização); - Desenvolvimento – estimular criatividade e hábitos de leitura; racionalizar hábitos de TV/computador..., competitividade, prazer em jogos de regras - Caminho para a escola, transporte escolar, quedas, intoxicações, afogamentos e queimaduras - Horas de sono adequadas à idade, valorizar dificuldade em adormecer e pesadelos frequentes e recorrentes como sinais de alerta
---	---

CONSULTA DOS 10 ANOS
EXAME GLOBAL DE SAÚDE

<p>Parâmetros a avaliar</p> <ul style="list-style-type: none"> * Determinação: · Peso; · Estatura; . IMC/ Percentil · Tensão arterial * Pele – acne, hirsutismo * Dentição – verificar estado dentário e gengival, Cheque-dentista dos 10 anos * Visão – avaliação oftalmológica, se fatores de risco ou diminuição da visão *Audição * Postura 	<p>CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS</p> <p>Relativos a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Puberdade (normal e variantes) - Alimentação (diversidade, adequação à fase de crescimento e atividade, regimes restritivos - Atividade física (tipo, frequência...) - Hábitos de sono (qualidade, quantidade, ritmo e hábitos do sono) - Saúde oral (escovagem dos dentes de manhã e à noite e uso de fio dentário) - Escola/família/amigos (ano de escolaridade, bem-estar, projetos, absentismo escolar,
--	--

<p>* Estadio pubertário</p> <p>* Exame Físico - em famílias de risco pesquisar sinais de MGF</p> <p>* Desenvolvimento psicoafectivo e social – autonomização progressiva e afirmação da identidade (de género); aquisição de capacidades cognitivas, novos interesses intelectuais; capacidade de gestão de problemas, conflitos e atividades quotidianas</p> <p>*Sinais/ sintomas de alerta – incapacidade de lidar com problemas e atividades quotidianas; ansiedade excessiva; insónia grave e persistente, humor depressivo mantido, ideação e tentativas de suicídio (...); condutas de risco – consumo de tabaco, álcool, substâncias psicoativas; comportamentos sexuais de risco; enurese e encoprese</p> <p>* Vacinação – de acordo com o PNV</p> <p>*Segurança do ambiente (exposição ao fumo do tabaco, risco de acidentes domésticos, exposição ao consumo de álcool e drogas em meio onde a criança vive</p>	<p>bullying, dinâmica familiar, adultos de referência, socialização, atividades, redes sociais e grupos de pertença)</p> <p>- Tempos livres (sedentarismo, hábitos...)</p> <p>- Cidadania (direitos humanos, desigualdades, cultura de segurança...)</p> <p>- Sexualidade (puberdade, socialização e género)</p> <p>- Segurança e Acidentes (acidentes domésticos e segurança rodoviária)</p> <p>- Consumos nocivos, riscos (álcool, tabaco, medicamentos e drogas de abuso)</p> <p>- Violência e maus tratos</p> <p>- Higiene</p>
---	--

CONSULTA DOS 12-13 ANOS

<p>Parâmetros a avaliar</p> <p>* Determinação:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Peso; · Estatura; · IMC/ Percentil · Tensão arterial <p>* Pele – acne, hirsutismo</p> <p>* Dentição – verificar estado dentário e gengival, Cheque-dentista dos 13 anos</p> <p>* Visão</p> <p>*Audição</p> <p>* Postura</p> <p>* Estadio pubertário</p> <p>* Exame Físico - em famílias de risco pesquisar sinais de MGF; rastreio de anemia e ferropenia atendendo aos hábitos alimentares e padrão menstrual</p> <p>* Desenvolvimento psicoafectivo e social – autonomização progressiva e afirmação da identidade (de género); aquisição de</p>	<p>CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS</p> <p>Relativos a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Puberdade (normal e variantes) - Alimentação (diversidade, adequação à fase de crescimento e atividade, regimes restritivos - Atividade física (tipo, frequência...) - Hábitos de sono (qualidade, quantidade, ritmo e hábitos do sono) - Saúde oral (escovagem dos dentes de manhã e à noite e uso de fio dentário); aos 10, 13 e dos 15 aos 16 anos, recebe cheque-dentista. - Escola/família/amigos (ano de escolaridade, bem-estar, projetos, absentismo escolar, bullying, dinâmica familiar, adultos de referência, socialização, atividades, redes sociais e grupos de pertença) - Tempos livres (sedentarismo, hábitos...) - Cidadania (direitos humanos, desigualdades, cultura de segurança...)
---	--

<p>capacidades cognitivas, novos interesses intelectuais; capacidade de gestão de problemas, conflitos e atividades quotidianas; redefinição das formas de relação com a família e amigos</p> <p>*Sinais/ sintomas de alerta – incapacidade de lidar com problemas e atividades quotidianas; ansiedade excessiva; insónia grave e persistente, humor depressivo mantido, ideação e tentativas de suicídio (...); condutas de risco – consumo de tabaco, álcool, substâncias psicoativas; comportamentos sexuais de risco; enurese e encoprese</p> <p>* Vacinação – de acordo com o PNV</p> <ul style="list-style-type: none"> • *Segurança do ambiente (exposição ao fumo do tabaco, risco de acidentes domésticos, exposição ao consumo de álcool e drogas em meio onde a criança vive 	<ul style="list-style-type: none"> - Sexualidade (autodeterminação sexual, género, relações íntimas, comportamentos sexuais, contraceção) - Segurança e Acidentes (acidentes domésticos e segurança rodoviária) - Consumos nocivos, riscos (álcool, tabaco, medicamentos e drogas de abuso) - Violência e maus tratos – violência no namoro - Higiene
--	--

CONSULTA DOS 15-18 ANOS

<p>Parâmetros a avaliar</p> <p>* Determinação:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Peso; · Estatura; · IMC/ Percentil · Tensão arterial <p>* Pele – acne, hirsutismo</p> <p>* Dentição – verificar estado dentário e gengival</p> <p>* Visão</p> <p>* Audição</p> <p>* Postura</p> <p>* Estadio pubertário</p> <p>* Exame Físico - em famílias de risco pesquisar sinais de MGF; rastreio de anemia e ferropenia atendendo aos hábitos alimentares e padrão menstrual</p> <p>* Desenvolvimento psicoafectivo e social – redefinição das formas de relação com a família e amigos; capacidade de estabelecimento de relações diádicas</p> <p>*Sinais/ sintomas de alerta – incapacidade de lidar com problemas e atividades quotidianas; ansiedade excessiva; insónia</p>	<p>CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS</p> <p>Relativos a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Puberdade (normal e variantes) - Alimentação (diversidade, adequação à fase de crescimento e atividade, regimes restritivos - Atividade física (tipo, frequência...) - Hábitos de sono (qualidade, quantidade, ritmo e hábitos do sono) - Saúde oral (escovagem dos dentes de manhã e à noite e uso de fio dentário); aos 10, 13 e dos 15 aos 16 anos, recebe cheque-dentista. - Escola/família/amigos (ano de escolaridade, bem-estar, projetos, absentismo escolar, bullying, dinâmica familiar, adultos de referência, socialização, atividades, redes sociais e grupos de pertença), falar do trabalho, mobbing e assédio sexual - Tempos livres (sedentarismo, hábitos...) - Cidadania (direitos humanos, desigualdades, cultura de segurança...) - Sexualidade (contraceção, género, relações diáticas e violência no namoro/ conjugal)
--	---

<p>grave e persistente, humor depressivo mantido, ideação e tentativas de suicídio (...); condutas de risco – consumo de tabaco, álcool, substâncias psicoativas; comportamentos sexuais de risco;</p> <p>* Vacinação – de acordo com o PNV</p> <p>*Segurança do ambiente (exposição ao fumo do tabaco, risco de acidentes domésticos, exposição ao consumo de álcool e drogas em meio onde o jovem vive; segurança no trabalho</p>	<p>- Segurança e Acidentes (segurança rodoviária, atividades de lazer, atividades recreativas noturnas, desportos, em particular os desportos radicais e meergulho)</p> <p>- Consumos nocivos, riscos (álcool, tabaco, medicamentos e drogas de abuso)</p> <p>- Violência e maus tratos – violência no namoro</p> <p>- Higiene</p>
---	---

Adaptado de: DGS, Norma 010/2013

QUESTÕES

1. Quais serão as intervenções do enfermeiro face a crianças com necessidades especiais?
2. O que são exames de vigilância de saúde infantil e juvenil?
3. A que obedece o programa-tipo de atuação?
4. Quais os objetivos dos exames de saúde?
5. Quais as idades-chave para os exames de saúde e o que avaliamos em cada idade?
6. O que são cuidados antecipatórios?
7. Qual é a base dos cuidados antecipatórios?
8. O que é uma consulta oportunista?

10. PROMOÇÃO DA SAÚDE

A reunião da OMS em Ottawa (17-21 de novembro de 1986) teve por base os progressos decorrentes da Declaração de Alma-Ata (1978). A Carta de Ottawa então assinada tem como objetivo a promoção da saúde.

Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida; Pretende-se CAPACITAR as populações com informações respeitantes à forma como hão-de assumir estilos de vida e oportunidades para poderem manter a sua saúde. Para tal, torna-se necessário o desenvolvimento pessoal e social, através da melhoria da informação, educação para a saúde e reforço das competências que habilitem para uma vida saudável. Deste modo, as populações ficam mais habilitadas para controlar a sua saúde e o ambiente e fazer opções conducentes a mais e melhor saúde.

A promoção de saúde na infância e na adolescência assume uma importância gigantesca, já que os indivíduos tendem a manter hábitos que assumem como corretos desde a mais tenra idade (ex: habituámo-nos a lavar as mãos antes de comer e depois de ir à casa de banho, inicialmente sem explicação científica, e esse hábito mantemo-lo ao longo da vida). O simples hábito de lavar as mãos protege-nos de um número infindável de doenças, mantendo-nos saudáveis por mais anos, aumentando conseqüentemente a nossa longevidade.

A promoção de saúde, através dos hábitos de vida saudáveis deve ser conseguida desde a mais tenra idade.

Contudo, como educadores para a saúde, a nossa intervenção é junto das crianças e suas famílias. A linguagem utilizada deve ter em conta o estadió de desenvolvimento em que a pessoa se encontra e o *background* de conhecimentos que detém (ver teorias de Erikson, Piaget, Maslow, Vigotsky).

Os enfermeiros estão na linha da frente no que concerne à promoção da saúde, através das sessões de educação para a saúde, executadas junto da população (crianças, adolescentes, adultos e idosos), na comunidade ou através dos média, e que servem para empoderar as populações.

Nessas sessões de educação para a saúde é imperioso que a **linguagem** utilizada seja adequada à pessoa família/ grupo em questão, que a **temática** seja explicitada tendo por base os conhecimentos anteriores dessas pessoas/ grupos, que o conhecimento ministrado seja **atual** e **pertinente** e que o **tempo** utilizado seja de tal forma que permita que a pessoa/ grupo mantenha a atenção. Logo, quanto mais jovem a pessoa, menor o tempo em que consegue estar atenta. Por outro lado, o ambiente onde se passa a educação para a saúde deve ser **acolhedor** (quer em termos de temperatura, arejamento e sonorização).

Mesmo em situação de pandemia, como foi o caso da Pandemia Covid-19, com início em março de 2020, o papel do enfermeiro foi e é preponderante para a adoção e manutenção de hábitos saudáveis ou de novas formas de estar. De facto, não pensávamos que, em pleno século XXI

houvesse necessidade de haver confinamentos sociais. O desenvolvimento da ciência não foi suficiente para evitar a situação pandêmica, com os resultados que conhecemos, em termos de propagação da infecção, número de pessoas com formas da doença grave e muito grave e uma mortalidade elevada. Contudo, o grande desenvolvimento da ciência nos nossos dias, permitiu que rapidamente descobríssemos como nos proteger do vírus SARCOV-2, através do estudo desse vírus. Por esse motivo, atitudes de prevenção como o distanciamento social, a higiene/desinfecção das mãos e o uso de máscara para evitar a propagação através de gotículas de saliva, foram as formas de combate à doença, a que se juntou o confinamento, quando o número de casos graves/ mortos aumentou. A informação das populações e o seguimento das medidas impostas contribuíram para que a propagação do vírus fosse menor. As rápidas investigações científicas, levaram ao aparecimento em menos de 1 ano de vacinas que protegem da doença grave mas, acima de tudo, o mais importante, consiste nas medidas que deverão ser mantidas, que são aquelas que dizem respeito aos comportamentos das pessoas. Essas medidas de novos comportamentos implicam o distanciamento social, a higiene e desinfecção das mãos e o uso de máscara (DGS, 2020, 2021). O enfermeiro tem assim, um papel preponderante junto das populações, nos incentivos para estas restrições se mantenham e para que a população adira conscientemente à vacinação.

No entanto, a pandemia teve consequências nefastas que não se restringem à área da saúde física, verificando-se também estas consequências a nível da saúde mental e a nível da economia dos países, assistindo-se a um empobrecimento geral principalmente das populações mais pobres. Neste contexto, também os enfermeiros têm um papel importante (embora não tenham papel decisório direto na economia), como empoderadores da população, devendo assumir esse desígnio, organizando e desenvolvendo atividades de educação que permitam às populações mais frágeis e pobres conseguir sobreviver com o máximo de qualidade de vida que seja possível.

Também na consecução dos ODS 2030 (Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável 2030), que têm como foco: acabar com a pobreza; acabar com a violência em suas diversas dimensões; a proteção do meio ambiente; garantir que todos possam ter o direito assegurado de paz e prosperidade (<https://www.undp.org/sustainable-development-goals>), através do alcançar de 17 objetivos, os enfermeiros têm um papel importante, uma vez que cuidam as pessoas, famílias e comunidades, no seu todo bio-psico-social e espiritual, em situação de saúde e doença.

Continuam a ser, deste modo, desafios para a Enfermagem no séc. XXI, os relacionados com as condições de pobreza da população, quer eles se relacionem com as repercussões para a saúde que uma má alimentação, más condições de salubridade das casas, más condições de higiene, mau saneamento básico, etc., mas também os que se relacionam com a promoção da literacia em saúde e a educação para a dignidade humana e para o respeito.

Outro dos desafios para os enfermeiros, é a visibilidade do seu trabalho, porque apesar de os enfermeiros proporcionarem cerca de 90% dos cuidados de saúde no mundo, esses cuidados permanecem maioritariamente invisíveis (Matos, 2016). Cuidar é a essência da Enfermagem (Watson, 2002). Os cuidados de Enfermagem emergem da necessidade do desenvolvimento da vida, sendo o concomitantemente o cuidar a génese de todas as culturas, já que as práticas cuidativas permitem a sobrevivência (Collière, 2003). Para além do mais, o cuidar contribui para a sobrevivência (Hancock, 2004).

Segundo Silva (2008), os países pobres, têm 90% das doenças do mundo, mas apenas utilizam 10% dos recursos de saúde, as crianças menores de 5 anos de idade em África morrem em

número 7 vezes maior que as da Europa, as pessoas entre os 15 e os 59 anos de idade morrem em número 4,5 vezes maior que na Europa.

Hancock (2004), referia que os desafios globais podiam ser assustadores, devido à guerra, à pobreza, aos sem-abrigo, ao terrorismo, à SIDA/HIV e infeções emergentes e aos desastres naturais e aos que ocorrem pela mão do Homem e, passados dezoito anos, em 2022, eu confirmo que estes continuam a ser grandes desafios para os enfermeiros e, embora cuidar em enfermagem na idade pediátrica seja difícil (as crianças, choram, muitas vezes não conseguem comunicar por palavras, por vezes não entendem o que dizemos...), é **imprescindível** que atuemos com conhecimentos e com vontade de melhorar o Mundo. Há cada vez mais necessidade de formação de enfermeiros na área pediátrica, porque cuidar Recém-nascidos, Crianças e Adolescentes, não é igual.

Os enfermeiros que cuidam na idade pediátrica, tal como os outros têm de ter maturidade em termos de conhecimentos e autonomia, refletidos nos valores, atitudes, conhecimentos e habilidades intelectuais. Como dizia Kérouac (2012), devem estar habilitados para discutir as suas práticas e responsabilidades para com a sociedade e, de acordo com Collière (2003), devem ser criativos na mobilização e uso do conhecimento.

Mais, cuidar em idade pediátrica, implica **sempre** cuidar com as famílias, já que a criança e o jovem são da total responsabilidade legal dos seus pais/ cuidadores e essa é uma característica que exige que os enfermeiros se adaptem e adaptem as suas decisões tendo em conta a criança mas também a família, isto é, para um mesmo problema/ diagnóstico de Enfermagem, há sempre duas possíveis visões que têm de ter respostas, muitas vezes com estratégias diferentes.

Contudo, e apesar de à partida parecer haver mais trabalho para os enfermeiros pediátricos, o facto é que os pais são parceiros nos cuidados e ajudam de sobremaneira a entender a criança e os seus anseios e ajudam também a encontrar o caminho para a efetividade do cuidar. Por isso, ter os pais connosco é sempre uma mais-valia.

A IMPORTÂNCIA DO APOIO AOS PAIS NO DESENVOLVIMENTO DE UMA CRIANÇA SAUDÁVEL

O nascimento de um bebé é habitualmente uma situação de grande alegria mas é também, para os novos pais, uma situação que pode causar stress. O stress parental, pode ser causador de mal-estar e pode ser responsável por situações de disfunção parental, que se podem traduzir em inadaptação e a situações de violência na família que urge impedir. Neste contexto, o papel do enfermeiro é importantíssimo, enquanto elemento da rede de apoio familiar. Aliás, a existência de redes de apoio aos pais são importantes meios de evicção de stress parental, logo, um meio de prevenção da violência, por exemplo. Num estudo realizado por Matos et al, 2022, com 310 famílias com pais de crianças até aos 3 anos de idade, foi encontrada uma correlação estatisticamente significativa entre a maior perceção de apoio social e um menor nível de stress parental, isto é, < **Apoio social percebido => > Stress parental** (r=0,528, p,001) (Matos, Ramos & Soares, 2022).

- **PROMOÇÃO DE SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO E FAMÍLIA**

A grande maioria dos bebés em Portugal, nasce em meio hospitalar. O meio hospitalar, é seguro e tem uma estrutura que possibilita a atuação imediata em situação de risco de vida da mãe ou do bebé durante e no pós-parto.

No que respeita à promoção de saúde do recém-nascido (RN) e família, compete avaliar quer o bebé recém-nascido, quer as competências da família, nomeadamente dos principais cuidadores. Assim, logo após o nascimento, é necessário avaliar a adaptação à vida extra-uterina, através do Índice de Apgar (ver p.9 desta sebenta), avaliar a idade gestacional (Nova Escala de Ballard) e fazer um exame físico sistemático (aparência geral e exame físico de todas as partes do corpo, avaliação dos reflexos arcaicos), avaliação comportamental (Escala de Brazelton - sono/ vigília e avaliação dos comportamentos de vínculo).

Para além da avaliação física inicial do RN, é necessário promover o vínculo entre pais e recém-nascido. O vínculo adequado, permitirá que o RN tenha uma melhor saúde. Na promoção do vínculo o enfermeiro tem um papel preponderante, uma vez que a equipa de enfermagem está com pais e bebé durante 24 horas em cada dia. Nesta promoção, a criação de um ambiente adequado, o empoderar a família com conhecimentos que lhe permitam fazer face a situações inesperadas relacionadas com o bebé e diminuir assim o stress parental, estar disponível para ouvir e aconselhar, são indispensáveis durante o internamento.

A preparação para a alta hospitalar deve ter início aquando da admissão ao Serviço de Obstetrícia: Preparar a tríade para o regresso a casa. É indispensável que os pais/ cuidadores não tenham dúvidas acerca das necessidades do bebé. A informação acerca de todas as atividades de vida do bebé relacionadas com a alimentação, a eliminação, o sono, a higiene, o ambiente em casa, o desenvolvimento do bebé nas primeiras semanas de vida e o plano de vigilância de saúde, é imprescindível pois favorece uma adaptação da família ao novo elemento, contribuindo para um vínculo positivo entre bebé e família, promovendo a resiliência e prevenindo os maus tratos.

A alimentação do bebé a informar: amamentação; lactação bem sucedida – 1,5h a 3 horas de intervalo com deglutição audível; fraldas húmidas – 6 a 10/dia; pode ter evacuações após cada mamada; amamentação com biberão – seguir as indicações do médico, um biberão a cada 3 horas, evacuação diária ou pelo menos uma a cada 48 horas; côm – verificar icterícia; atividade – quatro ou cinco períodos de estar desperto por dia; acorda com barulho ambiente; cuidados ao cordão umbilical (de acordo com a norma existente no serviço); posição de sono – posição dorsal; vacinas e teste do pezinho;

Prevenção de acidentes – saída segura da maternidade: utilização de dispositivos de segurança quer a andar que no carro.

Encaminhar para programa de apoio à criança e mãe, no Centro de Saúde.

- **PROMOÇÃO DE SAÚDE DO LACTENTE E FAMÍLIA**

Para a promoção de saúde do lactente é também imprescindível o papel dos pais e as informações que possuem e que põem em prática.

Para além das consultas de saúde infantil preconizadas como referenciado anteriormente, os pais devem ter conhecimentos sobre o desenvolvimento cognitivo, social e psicossocial do lactente.

O brincar, como atividade de desenvolvimento da criança deve ser iniciado o mais cedo possível, pois permite o desenvolvimento dos laços afetivos, da criatividade e do conhecimento do

mundo. Para além disso, aumenta a confiança dentro da família. Contudo, há que iniciar a definição de limites e de disciplina.

O sono é uma atividade muito importante durante toda a vida já que permite recuperar energias. Durante a infância e adolescência o sono adequado é também promotor do crescimento e do bem-estar. O quarto da criança e do jovem deve ser arejado, com luz natural, limpo e onde seja possível adormecer calmamente. Os jogos eletrónicos, as televisões, consolas, telemóveis, não devem constar do mobiliário. Os jogos eletrónicos despertam, dificultando a primeira fase do sono. Uma boa higiene do sono proporciona uma adaptação social adequada e bom humor, fundamentais para o sucesso escolar.

As imunizações, seguindo o PNV, são muito importantes na prevenção das doenças. O PNV é gratuito e aconselhável pois aumenta a imunidade da criança, permitindo-lhe uma vida mais longa e saudável. Vêm surgindo desde o início do século vários movimentos anti vacinas. Contudo, devemos aqui enfatizar o importante papel das vacinas que na evicção de doenças infecciosas potencialmente fatais e com elevada morbilidade e, na sua atuação na diminuição dos riscos das doenças e ainda na erradicação de doenças, como é o caso da varíola, ou na prevenção de doença para a qual não existe cura (como é o caso do tétano). Sabendo que todos os medicamentos podem ter efeitos secundários, sem dúvida que os benefícios de se ter um esquema vacinal atualizado são inigualáveis. Os pais devem, por isso, ser incentivados a vacinar os seus filhos.

Atendendo ao estadio de desenvolvimento do lactente (ver apontamentos de Psicologia do Desenvolvimento – teorias da psicologia), a prevenção de acidentes é uma das preocupações para o desenvolvimento saudável e feliz. Prevenir acidentes como: aspiração de corpos estranhos, sufocamento; quedas; lesões por acidente de automóvel, envenenamento, queimaduras, afogamento, deve ser uma preocupação dos pais/ cuidadores da criança e uma das ênfases no trabalho dos enfermeiros.

Prevenir é, de facto, a única forma que temos de impedir situações que podem ser fatais e uma das ênfases que quero colocar aqui relaciona-se com os afogamentos. O Algarve é uma região ribeirinha, com mar e muitas piscinas. A situação de afogamento é uma situação acidental, mortal e silenciosa e, por isso, a prevenção do afogamento é uma necessidade. Para se afogar, a criança necessita apenas de 5 cm de água e, por isso é imprescindível que os pais **nunca** deixem o bebé sozinho na banheira, nem para ir abrir a porta ou desligar o fogão. E, na praia, a vigilância é nossa amiga. E, como mais vale prevenir, o melhor é mesmo ensinar a criança a nadar desde bebé.

- **PROMOÇÃO DE SAÚDE DO TODDLER, PRÉ-ESCOLARES E FAMÍLIA**

À medida que cresce, a criança fica cada vez mais independente, o que é desejável, mas também aumenta o risco de acidentes.

A par da vigilância de saúde física, o acompanhamento do desenvolvimento cognitivo, social e espiritual é imperativo. Começam os medos e os terrores noturnos, os ataques de raiva e o negativismo. Por vezes há regressão de comportamentos.

A promoção para a comportamentos saudáveis é importante e a criança já pode fazer parte dos ensinamentos, nomeadamente no que se refere à alimentação, higiene, sono e atividade física.

Por falar em alimentação, sono e atividade física, numa investigação levada a cabo em Albufeira em 2016 por Nunes, Matos & Costa, com 480 pais e mães de crianças a frequentar escolas do pré-escolar e do 1º ciclo, verificou-se que 1/6 das famílias (17%) viviam abaixo do limiar de pobreza. No entanto, no que diz respeito à saúde, 99,9% das crianças tinha o PNV cumprido e 99% dos pais percecionava a saúde dos seus filhos pelo menos como Boa. Verificou-se nesse estudo que as crianças utilizavam, no que concerne a ecrãs, TV, tablet, computador e telemóvel (M=2,4h/dia e nas férias M= 4,5h/dia). No que respeita ao sono, nesse estudo encontrou-se que a média de horas de sono das crianças era de 10,25h, o que para algumas crianças é pouco já que o preconizado para crianças em idade pré-escolar é de 12 horas de sono por dia (DGS, 2012).

A prevenção de acidentes em casa, na rua ou no automóvel é também imperativa.

No que concerne ao pré-escolar, a entrada no jardim de infância permite o convívio com outras crianças e o desenvolvimento de capacidades da motricidade fina muito importantes e muito rápidas mas também permite a comparação com as outras crianças, o que nem sempre permite o aumento da auto-estima. Surgem os períodos dos medos, da ansiedade, dos problemas da fala, da agressividade. Não se pode falar de bullying na idade pré-escolar (até porque de acordo com o seu desenvolvimento cognitivo a criança que agride não consegue perceber que o outro sente a agressão) mas há efetivamente comportamentos agressivos que devem ser desincentivados e impedidos, quer pela família, quer pelos profissionais. Os enfermeiros têm aqui um papel preponderante na educação para a Paz e para o respeito pelo outro.

- **PROMOÇÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA EM IDADE ESCOLAR E FAMÍLIA**

Período de grandes e marcadas mudanças, quer físicas, quer psicológicas e sociais. Surge a necessidade de estar com os pares e a criação de grupos por escolha de interesses. A preocupação com a escola é uma constante. Desenvolve-se o auto-conceito. Adapta conhecimentos a novas situações. Gosta de desporto e tem noção do que consegue fazer. A criança adquire habilidades motoras complexas. É a idade mais importante para o início da educação sexual (faz até parte do plano escolar).

É também a idade em que se é agressor com intenção e sim, há ou pode haver bullying na escola. No 1º ciclo de escolaridade, a criança tem noção de que magoa os seus colegas e tem noção do mal que faz quando exclui colegas das brincadeiras, das conversas, etc. Aos professores, auxiliares, etc, cabe a importante tarefa diária de vigiar e intervir de imediato nas situações de violência. Aos enfermeiros, cabe a importante tarefa de educar para a compreensão dos sinais e sintomas relacionados com a violência (quer na escola, quer em casa) e promover uma cultura de Paz.

- **PROMOÇÃO DE SAÚDE DO ADOLESCENTE E FAMÍLIA**

As principais causas de mortalidade e morbidade na adolescência não são doenças mas comportamentos que prejudicam a saúde.

Tal como em todas as fases de desenvolvimento, a família é importante mas nesta fase a grande importância de relacionamento diz respeito ao grupo de pares, que influenciam definitivamente

o adolescente. Escolher determinado grupo de pares é decidir quase como vai ser a sua vida de adulto.

Uma das componentes novas na vida do adolescente (que esteve quase inativa entre os 7 e os 12 anos) diz respeito à sexualidade. O crescimento, o desenvolvimento hormonal e o aparecimento da menarca nas raparigas e da 1ª ejaculação nos rapazes é tudo novo.

Os serviços de acompanhamento ao adolescente devem ter como características a confidencialidade, a acessibilidade, a ausência de preconceitos e devem assegurar apoios. Para além do mais, o comportamento ético do enfermeiro é determinante para o sucesso deste serviço, nomeadamente da consulta do adolescente.

As boas práticas na área da saúde compreendem a auto-responsabilização por boas práticas de saúde individual. Para tal, devem ser dados ao adolescente conhecimentos na área da sexualidade:

Funcionamento do corpo:

Planeamento familiar;

Consequências de uma gravidez não planeada e precoce;

Doenças sexualmente transmissíveis e formas de as evitar

São ainda importantes a prevenção de dependências: tabaco, álcool, outras drogas e *ciber* dependências.

A prevenção do bullying, a promoção da auto-imagem e da auto-estima, são indispensáveis, assim como a educação para a cidadania.

É importante que o jovem se consiga preparar de forma saudável, harmoniosa e adequada para a sua vida de adulto.

No que concerne à saúde física, para além da boa alimentação, boa higiene corporal, de tegumentos, oral e do sono, é imprescindível o exercício físico.

O exercício físico permite: Aumento da performance cardíaca; Gasto de energias e stress; Relaxamento; Aumento da oxigenação dos tecidos; Prepara o indivíduo para uma resposta ativa de todas as suas manifestações vitais, corporais e intelectuais; Melhor desenvolvimento educativo para a criança e o adolescente – utilização de regras; As articulações são exercitadas e mantêm-se flexíveis e saudáveis; O aumento dos músculos facilita a marcha; Aquisição de coordenação; Formação de espírito de equipa; Diminuição de risco de doenças cardiovasculares; Diminuição do risco de cancro; Controlo da obesidade; Diminuição do risco de diabetes; Melhora o sono; Fortalecimento da estrutura óssea; Aumenta a mobilidade do indivíduo; Diminui os estados depressivos; Aumento do bem-estar; Favorece o contacto com os outros.

E, nunca é demais referir a importância da prevenção da violência. Quer a violência doméstica, quer a violência no namoro, quer a violência entre pares. E os enfermeiros, que trabalham na saúde escolar e não só, têm uma responsabilidade redobrada neste contexto!!! Na prevenção, no tratamento e na reabilitação

10.1. Saúde Escolar

A preocupação com a promoção da saúde e o direito de todos à saúde foi discutida em Alma-Ata (1978), sendo reiterada com a Carta de Ottawa (1986) e com a Carta de Banguécoque (2005). Surgem então e com mais ênfase as atividades promotoras de saúde e a capacitação de cada um para se auto-cuidar. A Escola é o local por onde todas as crianças e jovens passam, já que a escolaridade é obrigatória até ao 12º ano, sendo por isso um local privilegiado para a formação em saúde, capacitando os indivíduos desde a mais tenra idade a serem responsáveis pela sua saúde.

“O Plano Nacional de Saúde (2004-2010) definia orientações estratégicas para a obtenção de mais saúde para todos, assente numa abordagem programática centrada em programas nacionais e com base em *settings*, com particular atenção para a escola.

A Saúde Escolar é o referencial do sistema de saúde para o processo de promoção da saúde na escola, que deve desenvolver competências na comunidade educativa que lhe permita melhorar o seu nível de bem-estar físico, mental e social e contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida.

A investigação vem demonstrando que a maior parte dos problemas de saúde e dos comportamentos de risco, associados ao ambiente e aos estilos de vida, pode ser prevenida ou significativamente reduzida através de um programa de saúde escolar efetivo.

O Programa Nacional de Saúde Escolar tem como finalidades:

- Promover e proteger a saúde e prevenir a doença na comunidade educativa;
- Apoiar a inclusão escolar de crianças com Necessidades de Saúde e Educativas Especiais;
- Promover um ambiente escolar seguro e saudável;
- Reforçar os fatores de proteção relacionados com os estilos de vida saudáveis;
- Contribuir para o desenvolvimento dos princípios das escolas promotoras da saúde.

As atividades do Programa Nacional de Saúde Escolar inscrevem-se na área da:

- Melhoria da saúde das crianças e dos jovens e da restante comunidade educativa, através da monitorização da realização dos exames globais de saúde aos 6 e 13 anos de idade,
- Do cumprimento do programa nacional de vacinação e da legislação de evicção escolar,
- Do apoio à inclusão escolar,
- Da avaliação das condições de segurança, higiene e saúde dos estabelecimentos de educação e ensino
- Do apoio ao desenvolvimento de projetos nas áreas de promoção da saúde prioritárias: saúde mental, saúde oral, alimentação saudável, atividade física, ambiente e saúde, segurança, saúde sexual e reprodutiva, consumo de substâncias lícitas e ilícitas, doenças transmissíveis e violência em meio escolar.

O Programa Nacional de Saúde Escolar ao intervir no Jardim-de-infância e nas Escolas do Ensino Básico e Secundário assume um papel ativo na gestão dos determinantes da saúde da comunidade educativa, constituindo as equipas de saúde escolar a interface com o sistema educativo para a sua implementação.” DGS, 2007: 7.

Este programa de Saúde Escolar foi substituído por um novo programa, com áreas muito específicas, mantendo no entanto a Visão de que *Todas as crianças e jovens têm direito à saúde e à educação e devem ter a oportunidade de frequentar uma escola que promova a saúde e o bem-estar* (DGS, 2015).

A sua finalidade é *Contribuir para mais saúde, mais educação, mais equidade e maior participação e responsabilização de todos/as com o bem-estar e a qualidade de vida de crianças e jovens* (DGS, 2015), e os objetivos *Promover estilos de vida saudável e elevar o nível de literacia para a saúde da comunidade educativa; •Contribuir para a melhoria da qualidade do ambiente escolar e para a minimização dos riscos para a saúde; •Promover a saúde, prevenir a doença da comunidade educativa e reduzir o impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar dos/as alunos/as; •Estabelecer parcerias para a qualificação profissional, a investigação e a inovação em promoção e educação para a saúde em meio escolar.* (DGS, 2015).

Quanto às áreas de intervenção no âmbito da capacitação da comunidade educativa para a adoção de estilos de vida saudável são desenvolvidas as seguintes: *1. Saúde mental e competências socio-emocionais; 2. Educação para os afetos e a sexualidade; 3. Alimentação saudável e atividade física; 4. Higiene corporal e saúde oral; 5. Hábitos de sono e repouso; 6. Educação postural; 7. Prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância* (DGS, 2015). (Documento completo on-line em www.dgs.pt).

8.2. Prevenção do bullying

Como sabemos pelas investigações efetuadas em todo o mundo, o *bullying* é uma situação nefasta para o desenvolvimento de crianças e jovens. Nefasta, porque impede o desenvolvimento saudável caracterizado por uma elevada auto-estima e o sentimento de segurança, o bem-estar e o desenvolvimento de capacidades adaptativas adequadas, num local que deveria ser seguro: a escola (Matos, 2012, Matos, 2015a, Matos, 2015b).

O *bullying* pode e deve ser prevenido. Com a prevenção do *bullying*, muitos serão os ganhos em saúde, quer na sua vertente física, quer na sua vertente psicológica, ou seja, a saúde mental.

O *bullying* ainda continua escondido, o que facilita a sua proliferação. Como sabemos, neste fenómeno que impede o desenvolvimento humano, encontramos três tipos de participantes: as vítimas, os agressores e os espectadores (Matos, 2015a; Matos, 2012; Matos, 2008). Quanto maior for o secretismo, maior será o número de vítimas. As vítimas têm de se sentir apoiadas para que possam denunciar as agressões.

Os enfermeiros, estão na linha da frente para poderem ajudar nesta situação, porque estão presentes na Escola, desenvolvem ou deveriam desenvolver atividades com os estudantes na promoção da saúde individual e coletiva e têm, por isso, um importante papel aos três níveis de prevenção do *bullying*:

- prevenção primária, através da promoção incisiva de uma cultura de Paz, em que todos são ouvidos, potenciando resolução de problemas para os agressores, que se irá repercutir num ambiente mais pacífico e, por isso, mais amigo e humano, devendo ser este o tipo de prevenção mais adequado;

- prevenção secundária, depois das agressões, com ênfase no tratamento e no seguimento dos jovens vítimas de *bullying* mas também nos jovens agressores e nos jovens espectadores, porque num local onde há violência ninguém fica incólume;
- prevenção terciária, na reabilitação dos intervenientes neste processo infeliz.

Mais, ao pugnarmos por uma cultura de Paz, trabalhamos para o bem-estar social global, para uma maior felicidade, para uma maior resiliência.

Por favor, leiam os artigos que estão referenciados no texto, onde aparecem informações sobre os tipos de *bullying*, características de cada um dos intervenientes e intervenção possível e façam uma revisão da Psicologia do Desenvolvimento

NOTA: Em adenda a este documento revisto e atualizado em setembro de 2025, será acrescentado um texto de apoio acerca da alimentação infantil desde o nascimento,

REFERÊNCIAS

- Direção Geral da Educação (DGE) (2015). *Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável (ODS)* acessido em 10/07/2022 em <https://www.dge.mec.pt/objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel-ods>
- Direção Geral de Saúde (DGS) (2007) *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa, Direção Geral de Saúde.
- Direção Geral de Saúde (DGS) (2013). *Norma 010/2013 – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. DGS.
- Direção Geral de saúde (DGS) (2015) *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015*. Direção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde. Portugal
- Direção Geral de Saúde acessido em 28/07/2016 em <http://www.dgs.pt/saude-no-ciclo-de-vida/saude-infantil-e-juvenil/boletim-de-saude-infantil.aspx>
- George, F. (2013). Norma In *DGS, Norma 010/2013 – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. DGS.
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2011). *Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora, Lda.
- Hockenberry, M., Wilson, D. & Winkelstein, M. (2001). *Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora, Lda.
- Jeremias, C. (2009). Diversidade cultural nos primeiros anos de vida: um olhar pelas culturas cigana, hindu e islâmica. In J.C.R. Lopes, M.C. Santos, M.S.D. Matos & O.P. Ribeiro *Multiculturalidade – Perspetivas da Enfermagem: contributos para melhor cuidar*. 181-210. Loures: Lusociência.
- Johnson, J.Y. & Keogh, J. (2012) *Enfermagem pediátrica desmistificada*. Loures: Lusodidacta.
- Matos, F, Ramos, A. & Soares, H. (2022). Stress Parental e Suporte Social Percebido: perspetivas e abordagens integradas em situações extremas. In *IX Encontro de Benchmarking da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – A visibilidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica: O que fazemos? Como fazemos? E quais os resultados?* Coimbra.
- Matos, F. & Paiva, A. (2009). *Crescimento, desenvolvimento e promoção da saúde da criança*. Faro: Universidade do Algarve (texto policopiado).
- Matos, F. e estudantes (2010). *Brincadeiras das crianças em Quarteira*. Texto não publicado.
- Matos, F., Martins, H., Jesus, S. & Viseu, J. (2015). Prevenção da violência através da resiliência dos alunos. *Psicologia, saúde e doenças*, DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/15psd160105>
- Matos, F.A. (2012). *Resiliência, violência entre pares, cultura organizacional da família e desempenho escolar – um estudo com crianças do Concelho de Faro e suas famílias*. Faro: Universidade do Algarve. Tese de doutoramento.
- Matos, F.A. (2015). Bullying: quem merece? Os caminhos escondidos da infância. *Cadernos do GREI*, 27.

- Matos, F.A. (2016). *Nurse's key roles in meeting the international and global health*. In INSymofest – Intertwining Nursing and Culture, Universitas Indonesia, Jakarta 11-13. Nov.2016.
- Monteiro, A.J.; Cerqueira, C. (2020). Modelo de parceria de cuidados de Anne Casey. In A. Ramos & M.C. Barbieri-Figueiredo (coord.) *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*). LIDEL.
- Nunes, C., Matos, F. & Costa, E. (2016) *Qualidade de vida e bem-estar nas crianças em Albufeira – relatório técnico para a Câmara Municipal de Albufeira*. Universidade do Algarve.
- Oliveira, L. & de Matos, F. (2023). Violência entre pares em contexto escolar: o papel do enfermeiro. 1º Congresso Internacional da NURSEIN, Setúbal, 26 de maio de 2023.
- Opperman, C.S. & Cassandra, K.A. (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. Lusodidata.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias orientadores de boa prática em Enfermagem de saúde Infantil e Pediátrica*. Cadernos OE, Série I, 3, volume 1. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011) *Guias orientadores de boa prática em Enfermagem de saúde Infantil e Pediátrica*. Cadernos OE, Série I, 3, volume 3. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). Parecer n.º 6 / 2012- formação sobre massagem para pais com os filhos internados na unidade de cuidados intensivos neonatais. Acedido em <https://www.ordemdosenfermeiros.pt>.
- Ordem dos Enfermeiros (2025). *Número de Enfermeiros registados na Ordem dos Enfermeiros*, em <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>, acedido em 19/09/2025.
- Ordem dos Médicos (2025). *Número de médicos inscritos na Ordem dos Médicos*, em <https://ordemdosmedicos.pt/comunicacao/estatisticas-nacionais> acedido em 19/09/2025.
- PORDATA (2021) em <http://www.pordata.pt> acedido em 13/09/2021.
- PORDATA (2022) em <http://www.pordata.pt> acedido em 12/09/2022.
- PORDATA (2025) em <http://www.pordata.pt> acedido em 10/09/20225
- Rita, A., Breda, J., Carmo, I., INSA & DGS (2010). *Guia de avaliação do estado nutricional infantil e juvenil*. INSA.
- Silva, J., Pinheiro, M., Santos, S.P., Carvalho, A.M. & Teixeira, A. (2022). *Manual de Saúde Infantil e Juvenil*. ACES Espinho/Gaia, USF Nova Via, Centro Hospitalar entre Douro e o Vouga, E.P.E..
- Sinha, S., Miall, L. & Jardine, L. (2012). *Essential Neonatal Medicine*. Wiley-Blackwell.
- SNS, Centro Hospitalar de Lisboa Central(2024) Hospital de D. Estefânia. In <https://www.chlc.min-saude.pt/hospital-dona-estefania/>(acedido em 04/09/2024.
- UNITED NATIONS (UN – ONU) (2015). *United Nations Development Program* em <https://www.undp.org> acedido em 12/09/2022.
- Warren, I. (2015). *Conceitos e ferramentas básicas para os cuidados centrados no desenvolvimento e na família*. FINE partnership.

Fotos da capa:

artFido in Photography (2018). *Anne Geddes's Photo Babies: Then and Now* acedido em <https://www.artfido.com/anne-geddess-photo-babies-then-and-now/>, em 01/09/2025