

**CENTRO DE SAÚDE DE LOURES**  
**- UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR MAGNÓLIA -**

**GUIÃO DE CONSULTAS DE ENFERMAGEM  
DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DA FAMÍLIA**

Ana Santos



# ÍNDICE

<b>RESUMO CONSULTAS</b>	<b>v</b>
<b>1. CONSULTA DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES</b>	<b>1</b>
APÊNDICE 1: FOLHETOS DOENÇAS CARDIOVASCULARES	3
<b>2. CONSULTA DE DIABETES</b>	<b>4</b>
APÊNDICE 2: ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA DIABETES	8
APÊNDICE 3: FOLHETOS DIABETES	10
<b>3. CONSULTA DE PLANEAMENTO FAMILIAR</b>	<b>11</b>
APÊNDICE 4: MÉTODOS CONTRACEPTIVOS	17
APÊNDICE 5: VACINAÇÃO HPV	18
APÊNDICE 6: FOLHETOS PLANEAMENTO FAMILIAR	19
<b>4. CONSULTA DE SAÚDE MATERNA</b>	<b>20</b>
<i>4.1 PRIMEIRO TRIMESTRE</i>	<i>20</i>
<i>4.2 SEGUNDO TRIMESTRE</i>	<i>26</i>
<i>4.3 TERCEIRO TRIMESTRE</i>	<i>33</i>
<i>4.4 PUERPÉRIO</i>	<i>55</i>
APÊNDICE 7: DESENVOLVIMENTO INTRA-UTERINO	59
APÊNDICE 8: LACTAÇÃO	64
APÊNDICE 9: FOLHETOS SAÚDE MATERNA	67
<b>5. CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL</b>	<b>68</b>
<i>5.1 1 MÊS</i>	<i>70</i>
<i>5.2 2 MESES</i>	<i>73</i>

## ÍNDICE

### **5. CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL (CONT.)**

5.3	4 MESES	78
5.4	6 MESES	82
5.5	9 MESES	88
5.6	12 MESES	92
5.7	15 MESES	96
5.8	18 MESES	101
5.9	2 ANOS	106
5.10	3 ANOS	109
5.11	5 ANOS	112
	APÊNDICE 10: ECOVAGEM DOS DENTES	117
	APÊNDICE 11: BRINQUEDOS E SEGURANÇA	119
	APÊNDICE 12: DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR	121
	APÊNDICE 13: FOLHETOS SAÚDE INFANTIL	122

### **6. VACINAÇÃO** **123**

### **7. SALA DE TRATAMENTOS** **139**

	APÊNDICE 14: TIPOS DE ÚLCERA – APÓSITO	150
--	--	-----

## **COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIROS DE CUIDADOS GERAIS**

**B 1.1.1: ART. 37** - Actua de forma a dar poder ao indivíduo, família e comunidade para adoptarem estilos de vida saudáveis.

**B 1.1.1: ART. 38** - Fornece informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, a família e a comunidade a atingirem os níveis óptimos de saúde e de reabilitação.



## **CONSULTA DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES**

### **I Parte**

- Apresentação
- Preocupação dos Próprios  
(saúde/ intercorrências desde última consulta/ outras consultas/ medicação)
- Prática de actividades desportivas/culturais/ocupação tempos livres

### **II Parte**

- Avaliação Tensão Arterial
- Programa Nacional de Vacinação
- Promoção para a Saúde:
  - O que é a HTA?
  - Complicações tardias HTA
  - Hábitos Alcoólicos/alimentares/eliminação/higiene/sono repouso/vida saudáveis/tabágicos
  - Importância consulta periódica/exercício físico
  - Medicação
  - Prevenção de acidentes
  - Vacinação (Td)

### **III Parte**

- Dúvidas
- Fornecimentos de folhetos informativos
- Marcação Próxima consulta/Registos

## **CONSULTA DE DIABETES**

### **I Parte**

- Apresentação
- Preocupação dos Próprios  
(saúde/ intercorrências desde última consulta/ outras consultas/ medicação)
- Prática de actividades desportivas/culturais/ocupação tempos livres

### **II Parte**

- Avaliação Tensão Arterial
- Programa Nacional de Vacinação
- Promoção para a Saúde:
  - O que é a Diabetes?
  - Complicações tardias Diabetes
  - Hábitos Alcoólicos/alimentares/eliminação/higiene/sono repouso/vida saudáveis/tabágicos
  - Importância consulta periódica/exercício físico
  - Medicação
  - Prevenção de acidentes
  - Cuidados aos pés
  - Cuidados aos olhos
  - Sinais e sintomas: hiper e hipoglicemia
  - Vacinação (Td)

### **III Parte**

- Dúvidas
- Fornecimentos de folhetos informativos
- Marcação Próxima consulta/Registos



## **CONSULTA DE PLANEAMENTO FAMILIAR**

### **I Parte**

- Apresentação
- Preocupação dos Próprios  
(saúde/ intercorrências desde última consulta/ outras consultas/ medicação)
- Prática de actividades desportivas/culturais/ocupação tempos livres

### **II Parte**

- Avaliação Tensão Arterial/ Peso
- Programa Nacional de Vacinação
- Promoção para a Saúde:
  - Alimentação saudável
  - Auto-exame da mama
  - Doenças Sexualmente Transmissíveis
  - Hábitos de eliminação/sono e repouso
  - Importância da consulta periódica
  - Importância da utilização do preservativo
  - Métodos contraceptivos
  - Plano Nacional de Vacinação

### **III Parte**

- Dúvidas
- Fornecimentos de folhetos informativos
- Marcação Próxima consulta/Registos

## **CONSULTA DE SAÚDE MATERNA**

### *PRIMEIRO TRIMESTRE*

#### **I Parte**

- Apresentação
- Preocupação dos Próprios  
(saúde/ intercorrências desde última consulta/ outras consultas/ medicação)
- Prática de actividades desportivas/culturais/ocupação tempos livres

#### **II Parte**

- Avaliação Tensão Arterial/ Peso
- Programa Nacional de Vacinação
- Promoção para a Saúde:
  - Desconfortos da Gravidez
  - Desvantagens do consumo de substâncias tóxicas
  - Expressão da sexualidade
  - Hábitos Alcoólicos/alimentares/eliminação/higiene/sono repouso/vida saudáveis/tabágicos
  - Importância do envolvimento do pai
  - Prevenção de acidentes
  - Sinais e sintomas de alerta

#### **III Parte**

- Dúvidas
- Fornecimentos de folhetos informativos
- Marcação Próxima consulta/Registos

## **CONSULTA DE SAÚDE MATERNA**

### *SEGUNDO TRIMESTRE*

#### **I Parte**

- Apresentação
- Preocupação dos Próprios  
(saúde/ intercorrências desde última consulta/ outras consultas/ medicação)
- Prática de actividades desportivas/culturais/ocupação tempos livres

#### **II Parte**

- Avaliação Tensão Arterial/ Peso
- Programa Nacional de Vacinação
- Promoção para a Saúde:
  - Amamentação
  - Autovigilância
  - Desconfortos da Gravidez
  - Expressão da sexualidade
  - Hábitos Alcoólicos/alimentares/eliminação/higiene/sono repouso/vida saudáveis/tabágicos
  - Importância do envolvimento do pai
  - Prevenção de acidentes
  - Sinais e sintomas de alerta

#### **III Parte**

- Dúvidas
- Fornecimentos de folhetos informativos
- Marcação Próxima consulta/Registos

## **CONSULTA DE SAÚDE MATERNA**

### *TERCEIRO TRIMESTRE*

#### **I Parte**

- Apresentação
- Preocupação dos Próprios  
(saúde/ intercorrências desde última consulta/ outras consultas/ medicação)
- Prática de actividades desportivas/culturais/ocupação tempos livres

#### **II Parte**

- Avaliação Tensão Arterial/ Peso
- Programa Nacional de Vacinação
- Promoção para a Saúde:
  - Amamentação
  - Autovigilância
  - Adaptação da Família do Bebé
  - Enxoval e Nome do bebé
  - Diagnóstico Precoce
  - Contracepção Pós-Parto
  - Estruturas de suporte pós-parto
  - Desconfortos da Gravidez
  - Expressão da sexualidade
  - Leis e Regulamentos sobre a Maternidade/Paternidade
  - Importância do envolvimento do pai
  - Prevenção de acidentes
  - Sinais e sintomas de alerta
  - Consulta de revisão Pós-parto
  - Trabalho de parto

#### **III Parte**

- Dúvidas
- Fornecimentos de folhetos informativos
- Marcação Próxima consulta/Registos

## **CONSULTA DE SAÚDE MATERNA**

### *PUERPÉRIO*

#### **I Parte**

- Apresentação
- Preocupação dos Próprios  
(saúde/ intercorrências desde última consulta/ outras consultas/ medicação)
- Prática de actividades desportivas/culturais/ocupação tempos livres

#### **II Parte**

- Avaliação Tensão Arterial/ Peso
- Programa Nacional de Vacinação
- Promoção para a Saúde:
  - Amamentação
  - Autovigilância
  - Adaptação da Família do Bebé
  - Enxoval e Nome do bebé
  - Diagnóstico Precoce
  - Contracepção Pós-Parto
  - Estruturas de suporte pós-parto
  - Leis e Regulamentos sobre a Maternidade/Paternidade
  - Importância do envolvimento do pai
  - Prevenção de acidentes
  - Consulta de revisão Pós-parto
  - Cuidados ao períneo
  - Cuidados com a mama
  - Cuidados Pós-parto
  - Hábitos alimentares e estilos de vida

#### **III Parte**

- Dúvidas
- Fornecimentos de folhetos informativos
- Marcação Próxima consulta/Registos

## **CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL**

### **1 MÊS**

#### **I Parte**

- Apresentação
- Preocupação dos Próprios  
(saúde/ intercorrências desde última consulta/ outras consultas/ medicação)

#### **II Parte**

- Avaliação do desenvolvimento estado-ponderal (peso/estatura/perímetro cefálico)
- Avaliação do desenvolvimento psico-motor (reflexos e interação com o meio)
- Promoção para a Saúde:
  - Cuidados na diarreia/hipertermia/náuseas e vômitos
  - Importância do envolvimento do pai
  - A quem recorrer em situação de urgência
  - Aleitamento materno/alimentação
  - Cólicas
  - Conduta face a sinais e sintomas comuns
  - Diganóstico precoce
  - Escolha de brinquedos
  - Monitorização do desenvolvimento da criança
  - Posicionamentos
  - Prevenção de acidentes/segurança

#### **III Parte**

- Programa Nacional de Vacinação
- Dúvidas
- Fornecimentos de folhetos informativos
- Marcação Próxima consulta/Registos

## CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL

### 2 MESES

#### I Parte

- Apresentação
- Preocupação dos Próprios  
(saúde/ intercorrências desde última consulta/ outras consultas/ medicação)

#### II Parte

- Avaliação do desenvolvimento estado-ponderal (peso/estatura/perímetro cefálico)
- Avaliação do desenvolvimento psico-motor (reflexos e interação com o meio)
- Promoção para a Saúde:
  - Cuidados na diarreia/hipertermia/náuseas e vômitos
  - Importância do envolvimento do pai
  - A quem recorrer em situação de urgência
  - Aleitamento materno/alimentação
  - Conduta face a sinais e sintomas comuns
  - Escolha de brinquedos
  - Monitorização do desenvolvimento da criança
  - Posicionamentos
  - Prevenção de acidentes/segurança

#### III Parte

- Programa Nacional de Vacinação (verificar BCG e VHB) (administrar **VIP+DTPa+Hib + VHB**)
- Alertar vacinação 3 meses: **MenC**
- Dúvidas
- Fornecimentos de folhetos informativos
- Marcação Próxima consulta/Registos

## CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL

### 4 MESES

#### I Parte

- Apresentação
- Preocupação dos Próprios  
(saúde/ intercorrências desde última consulta/ outras consultas/ medicação)

#### II Parte

- Avaliação do desenvolvimento estado-ponderal (peso/estatura/perímetro cefálico)
- Avaliação do desenvolvimento psico-motor (reflexos e interação com o meio)
- Promoção para a Saúde:
  - Cuidados na diarreia/hipertermia/náuseas e vômitos
  - Importância do envolvimento do pai
  - A quem recorrer em situação de urgência
  - Aleitamento materno/alimentação
  - Introdução de Novos Alimentos/Água
  - Conduta face a sinais e sintomas comuns
  - Escolha de brinquedos
  - Monitorização do desenvolvimento da criança
  - Posicionamentos
  - Prevenção de acidentes/segurança
  - Creche/Ama

#### III Parte

- Programa Nacional de Vacinação (verificar PNV) (administrar **VIP+DTPa+Hib**)
- Alertar Vacinação dos 5 meses: **MenC**
- Dúvidas
- Fornecimentos de folhetos informativos
- Marcação Próxima consulta/Registos



## CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL

### 6 MESES

#### **I Parte**

- Apresentação
- Preocupação dos Próprios  
(saúde/ intercorrências desde última consulta/ outras consultas/ medicação)

#### **II Parte**

- Avaliação do desenvolvimento estato-ponderal (peso/estatura/perímetro cefálico)
- Avaliação do desenvolvimento psico-motor (reflexos e interacção com o meio)
- Promoção para a Saúde:
  - Cuidados na diarreia/hipertermia/náuseas e vômitos
  - Importância do envolvimento do pai
  - A quem recorrer em situação de urgência
  - Aleitamento materno/alimentação
  - Introdução de Novos Alimentos/Água
  - Dentição e higiene Oral
  - Conduta face a sinais e sintomas comuns
  - Escolha de brinquedos
  - Monitorização do desenvolvimento da criança
  - Posicionamentos
  - Prevenção de acidentes/segurança
  - Creche/Ama/ Reacção a estranhos

#### **III Parte**

- Programa Nacional de Vacinação (verificar PNV) (administrar: **VIP+DTPa+Hib e VHB**)
- Dúvidas
- Fornecimentos de folhetos informativos
- Marcação Próxima consulta/Registos

## CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL

### 9 MESES

#### **I Parte**

- Apresentação
- Preocupação dos Próprios  
(saúde/ intercorrências desde última consulta/ outras consultas/ medicação)

#### **II Parte**

- Avaliação do desenvolvimento estado-ponderal (peso/estatura/perímetro cefálico)
- Avaliação do desenvolvimento psico-motor (reflexos e interacção com o meio)
- Promoção para a Saúde:
  - Cuidados na diarreia/hipertermia/náuseas e vômitos
  - Importância do envolvimento do pai
  - A quem recorrer em situação de urgência
  - Aleitamento materno/alimentação
  - Introdução de Novos Alimentos
  - Dentição e higiene Oral
  - Desenvolvimento da Linguagem
  - Escolha de brinquedos
  - Monitorização do desenvolvimento da criança
  - Prevenção de acidentes/segurança

#### **III Parte**

- Programa Nacional de Vacinação (verificar PNV)
- Dúvidas
- Fornecimentos de folhetos informativos
- Marcação Próxima consulta/Registos

## CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL

### 12 MESES

#### **I Parte**

- Apresentação
- Preocupação dos Próprios  
(saúde/ intercorrências desde última consulta/ outras consultas/ medicação)

#### **II Parte**

- Avaliação do desenvolvimento estado-ponderal (peso/estatura/perímetro cefálico)
- Avaliação do desenvolvimento psico-motor (reflexos e interação com o meio)
- Promoção para a Saúde:
  - Cuidados na diarreia/hipertermia/náuseas e vômitos
  - Importância do envolvimento do pai
  - A quem recorrer em situação de urgência
  - Aleitamento materno/alimentação
  - Introdução de Novos Alimentos (Ovo – VASPR)
  - Anorexia Fisiológica 2º ano
  - Dentição e higiene Oral
  - Personalidade e Regras Sociais
  - Escolha de brinquedos
  - Monitorização do desenvolvimento da criança
  - Prevenção de acidentes/segurança

#### **III Parte**

- Programa Nacional de Vacinação (verificar PNV) (alertar VASPR e MenC aos 15 meses)
- Dúvidas
- Fornecimentos de folhetos informativos
- Marcação Próxima consulta/Registos

## CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL

### 15 MESES

#### I Parte

- Apresentação
- Preocupação dos Próprios  
(saúde/ intercorrências desde última consulta/ outras consultas/ medicação)

#### II Parte

- Avaliação do desenvolvimento estado-ponderal (peso/estatura/perímetro cefálico)
- Avaliação do desenvolvimento psico-motor (reflexos e interacção com o meio)
- Promoção para a Saúde:
  - Cuidados na diarreia/hipertermia/náuseas e vômitos
  - Importância do envolvimento do pai
  - A quem recorrer em situação de urgência
  - Alimentação
  - Anorexia Fisiológica 2º ano
  - Dentição e higiene Oral
  - Personalidade e Regras Sociais, Birras e Negativismo
  - Escolha de brinquedos
  - Monitorização do desenvolvimento da criança
  - Prevenção de acidentes/segurança

#### III Parte

- Programa Nacional de Vacinação (verificar PNV) (administrar **VASPR e MenC**)
- Dúvidas
- Fornecimentos de folhetos informativos
- Marcação Próxima consulta/Registos

## CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL

### 18 MESES

#### I Parte

- Apresentação
- Preocupação dos Próprios  
(saúde/ intercorrências desde última consulta/ outras consultas/ medicação)

#### II Parte

- Avaliação do desenvolvimento estado-ponderal (peso/estatura/perímetro cefálico)
- Avaliação do desenvolvimento psico-motor (reflexos e interação com o meio)
- Promoção para a Saúde:
  - Cuidados na diarreia/hipertermia/náuseas e vômitos
  - Importância do envolvimento do pai
  - A quem recorrer em situação de urgência
  - Alimentação/prevenção de erros alimentares
  - Anorexia Fisiológica 2º ano
  - Dentição e higiene Oral
  - Temperamento e relacionamento: independência/ansiedade, terrores nocturnos
  - Escolha de brinquedos
  - Monitorização do desenvolvimento da criança
  - Prevenção de acidentes/segurança

#### III Parte

- Programa Nacional de Vacinação (verificar PNV) (administrar **DTPa+Hib**)
- Dúvidas
- Fornecimentos de folhetos informativos
- Marcação Próxima consulta/Registos

## CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL

### 2 ANOS

#### I Parte

- Apresentação
- Preocupação dos Próprios  
(saúde/ intercorrências desde última consulta/ outras consultas/ medicação)

#### II Parte

- Avaliação do desenvolvimento estado-ponderal (peso/estatura/perímetro cefálico)
- Avaliação do desenvolvimento psico-motor (reflexos e interação com o meio)
- Promoção para a Saúde:
  - Cuidados na diarreia/hipertermia/náuseas e vômitos
  - Importância do envolvimento do pai
  - A quem recorrer em situação de urgência
  - Alimentação/prevenção de erros alimentares
  - Dentição e higiene Oral
  - Controlo dos esfíncteres e aprendizagem de hábitos de higiene
  - Desmame da chupeta
  - Roupa e calçado adequados
  - Escolha de brinquedos
  - Monitorização do desenvolvimento da criança
  - Prevenção de acidentes/segurança

#### III Parte

- Programa Nacional de Vacinação (verificar PNV)
- Dúvidas
- Fornecimentos de folhetos informativos
- Marcação Próxima consulta/Registos

## CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL

### 3 ANOS

#### I Parte

- Apresentação
- Preocupação dos Próprios  
(saúde/ intercorrências desde última consulta/ outras consultas/ medicação)

#### II Parte

- Avaliação do desenvolvimento estado-ponderal (peso/estatura/perímetro cefálico)
- Avaliação do desenvolvimento psico-motor (reflexos e interação com o meio)
- Promoção para a Saúde:
  - Cuidados na diarreia/hipertermia/náuseas e vômitos
  - Importância do envolvimento do pai
  - A quem recorrer em situação de urgência
  - Alimentação/prevenção de erros alimentares
  - Dentição e higiene Oral
  - Monitorização do desenvolvimento da criança
  - Prevenção de acidentes/segurança

#### III Parte

- Programa Nacional de Vacinação (verificar PNV)
- Dúvidas
- Fornecimentos de folhetos informativos
- Marcação Próxima consulta/Registos

## CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL

### 5 ANOS

#### I Parte

- Apresentação
- Preocupação dos Próprios  
(saúde/ intercorrências desde última consulta/ outras consultas/ medicação)

#### II Parte

- Avaliação do desenvolvimento estato-ponderal (peso/estatura/perímetro cefálico)
- Avaliação do desenvolvimento psico-motor (reflexos e interação com o meio)
- Promoção para a Saúde:
  - Cuidados na diarreia/hipertermia/náuseas e vômitos
  - Importância do envolvimento do pai
  - A quem recorrer em situação de urgência
  - Alimentação/prevenção de erros alimentares
  - Dentição e higiene Oral
  - Escolha de brinquedos
  - Hábitos de vida saudáveis
  - Exame Global de saúde
  - Preparação para a escola
  - Regras e rotinas de vida
  - Monitorização do desenvolvimento da criança
  - Prevenção de acidentes/segurança

#### III Parte

- Programa Nacional de Vacinação (verificar PNV)
- Dúvidas
- Fornecimentos de folhetos informativos
- Marcação Próxima consulta/Registos







# CONSULTA DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES

## O que é a Hipertensão Arterial (HTA)?

A Hipertensão Arterial consiste numa subida persistente dos valores da pressão arterial (pressão que o sangue provoca nas artérias, que é influenciada pela resistência periférica, débito cardíaco e contracções cardíacas). Apenas um dos valores se pode encontrar aumentado: se os valores diastólicos forem superiores a 90 mm Hg - Hipertensão Diastólica -; se os valores sistólicos forem superiores a 140 mm Hg - Hipertensão Sistólica.

O diagnóstico pode ser feito quando, após 3 medições, se verifica (em todas elas) uma das situações acima referidas.

### *FACTORES DE RISCO*

- ◆ Antecedentes familiares de HTA;
- ◆ Obesidade (aumenta o volume intramuscular);
- ◆ Aterosclerose (aumenta pressão sanguínea);
- ◆ Tabaco (a nicotina provoca a contracção dos vasos);
- ◆ Dieta com muito sal ( $\text{Na}^+$  aumenta a retenção de água → aumento do volume sanguíneo);
- ◆ Álcool (aumenta a produção de Catecolaminas);
- ◆ Stress (aumenta a estimulação do sistema nervoso simpático).

### *MANIFESTAÇÕES DE HTA*

A HTA é geralmente assintomática nas primeiras fases, mas com o evoluir da doença apresenta os seguintes sinais e sintomas:

- ◆ Cefaleias occipitais matinais;
- ◆ Cefaleias pulsáteis (latejamento);
- ◆ Zumbidos nos ouvidos;
- ◆ Rubor facial;
- ◆ Visão enevoada;
- ◆ Diplopia (ver duas imagens);
- ◆ Náuseas/vómitos e tonturas;
- ◆ Epistáxis;
- ◆ Dor pré-cordial/precordialgia;
- ◆ Derrames oculares.

## Complicações tardias da HTA

- ◆ **Sistema Cardiovascular:** Angina de peito, Enfarte Agudo do Miocárdio, Insuficiência Cardíaca Congestiva; Acidentes Vasculares Cerebrais e Consequente Isquémia Cerebral.
- ◆ **Sistema Renal:** devido ao espessamento dos vasos renais a perfusão diminui, o glomérulo é privado do abastecimento sanguíneo, podendo surgir uma situação de insuficiência renal.
- ◆ **Membros Inferiores:** claudicação intermitente (claudicatio intermittens) (má perfusão que dá dor) → gangrena (necrose dos tecidos) → amputação;
- ◆ **Olhos:** microenfartes e microhemorragias na retina → cegueira.

## Prevenção e Gestão da Doença – Estilos de Vida Saudável

- Hábitos Alcoólicos / Tabágicos
- Hábitos Alimentares
- Hábitos de Eliminação
- Hábitos de Higiene
- Hábitos de Sono e Repouso
- Importância da consulta periódica
- Importância da prática de exercício físico
- Importância da realização de meios complementares de diagnóstico médico
- Importância da gestão adequada da medicação

A adopção de um estilo de vida saudável proporciona geralmente uma descida significativa da pressão arterial, que pode ser suficiente para baixar até valores tensionais normais. As vantagens que advêm de não ser, nestes casos, necessário recorrer a medicamentos (ou ser possível reduzir a sua quantidade) são por demais evidentes para necessitarem de ser enumeradas.

- Reduzir o consumo de sal. A diminuição do consumo de sal reduz a pressão arterial em grande número dos hipertensos. Esta redução pode ser efectuada, não adicionando sal (ou reduzindo gradualmente a sua quantidade) quer durante a confecção dos alimentos, quer à mesa, evitando ainda ingerir alimentos salgados.

- Reduzir a ingestão de alimentos ricos em gordura e realizar controlo periódico dos níveis de colesterol e triglicéridos.

- Exercício físico. Através de uma prática física regular pode-se reduzir significativamente a pressão arterial. O exercício escolhido deve compreender movimentos cíclicos (marcha, corrida, natação, dança). Os hipertensos devem evitar esforços que aumentam a pressão arterial.

## Prevenção de Acidentes

### Plano Nacional de Vacinação

#### *VACINA DO TÉTANO*

O **tétano** é uma doença infecciosa grave que frequentemente pode levar à morte. É causada pela neurotoxina tetanospasmica que é produzida pela bactéria anaeróbica *Clostridium tetani*.

A bactéria é encontrada no solo, fezes de animais ou humanos que se depositam na areia ou na terra sob uma forma resistente (esporos). A infecção ocorre através da entrada de esporos por qualquer tipo de ferimento na pele contaminado com areia ou terra. Ferimentos com objectos contaminados normalmente representam um risco grande de desenvolvimento da doença, se a pessoa não tiver sido vacinada. A prevenção é feita principalmente pela vacinação da população, pela rotina e pelos reforços a cada 10 anos.

A população também deve ser ensinada de que todos os ferimentos sujos, fraturas expostas, mordidas de animais e queimaduras devem ser bem limpos e tratados adequadamente para não proliferar a bactéria pelo organismo.

## APÊNDICE 1: FOLHETOS HIPERTENSÃO ARTERIAL

# CONSULTA DE DIABETES

## O que é a Diabetes?

A expressão diabetes mellitus deriva do grego e significa "eliminar grande quantidade de líquido, doce como mel" e vem do tempo em que o diagnóstico médico incluía a prova da urina de um paciente.

Desordem metabólica de etiologia múltipla, caracterizada por:

- Hiperglicemia crónica que resulta de:
  - Deficiência na secreção da insulina
  - Deficiência na acção da insulina
  - Ambas

Afecção que assenta num defeito da formação dos mecanismos de reserva e utilização de alimentos, isto é, nos mecanismos de gestão de energia:

- Metabolismo dos HC
- Metabolismo dos lípidos
- Metabolismo das proteínas

### *Tipo 1*

- Causa imunológica - casos atribuídos a processos auto-ímmunes em que há destruição das células  $\beta$  e propensão para a cetoacidose - presença de Ac anti-descarboxilase do ácido glutâmico ou contra as células dos ilhéus ou contra a insulina - secreção de insulina  $\downarrow\downarrow$  ou inexistente
- Causa não imunológica ou ideopática - casos que resultam da destruição das células  $\beta$  dos ilhéus pancreáticos e estão predispostos a terem cetoacidose, sem etiologia e patogénese conhecida

### *Tipo 2*

Forma mais comum, que resulta de distúrbios na acção e secreção da insulina, podendo qualquer uma delas ser predominante, quase sempre acompanhada de insulino-resistência.

Causada por: secreção de insulina deficiente e/ou insuficiente para compensar a resistência à insulina; secreção deficiente de insulina que mantém acção normal.

#### Factores de Risco

- Idade > 45 anos
- Obesidade - provoca e agrava a resistência periférica à insulina por  $\downarrow$  receptores periféricos
- Ausência de actividade física
- Antecedentes de DM gestacional ou RN c/ +4Kg
- História de HTA ou dislipidémia
- Predisposição familiar, provavelmente genética

## Complicações da Diabetes

### *Agudas*

- Cetoacidose diabética
- Coma hiperglicémico hiperosmolar
- Hipoglicémia

### *Crônicas ou Tardias*

- **Microvasculares** - retinopatia, nefropatia e neuropatia
- **Macrovasculares** - macroangiopatia - Doença das Artérias Coronárias, Acidente Vascular Cerebral e circulação periférica
- **Neuro + micro e macrovasculares** - Pé diabético
- **Outras** - Disfunção sexual, Aumento da probabilidade de infecção

## Prevenção e Gestão da Doença – Estilos de Vida Saudável

- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| - Hábitos Alcoólicos / Tabágicos | - Importância da consulta periódica                                       |
| - Hábitos Alimentares            | - Importância da prática de exercício físico                              |
| - Hábitos de Eliminação          | - Importância da realização de meios complementares de diagnóstico médico |
| - Hábitos de Higiene/            |   |
| - Hábitos de Sono e Repouso      | - Importância da gestão adequada da medicação                             |

## Sinais e sintomas: Hiper e Hipoglicémia

### *Hipoglicémia*

#### **Etiologia:**

- Excesso de insulina ou doses inadequadas de ADO
- ↓ hidratos de carbono nas refeições
- Anular refeições
- Exercício físico não previsto ou não compensado previamente com HC
- Diarreia grave
- Alteração da técnica de injeção (absorção SC)
- Desrespeito pela prescrição
- Uso de  $\beta$  bloqueantes interfere com o reconhecimento de sintomas
- Insuficiência Hepática ou Renal terminal

#### **Sintomatologia:**

- |                             |   |
|-----------------------------|---|
| - Sudorese Intensa/ Palidez | - Tremores/ Palpitações/ Taquicardia    |
| - Fome/ Astenia Súbita      | - Ansiedade/Nervosismo/ Confusão Mental |

### *Como proceder em caso de Hipoglicemia?*

- Administração de dose prescrita em horário certo
- Administração exacta de insulina e ADO
- Ingestão de alimentos de acordo com o prescrito em horário adequado
- Providenciar compensação após exercício
- Ajudar o doente a reconhecer e detectar precocemente sinais de hipoglicemia e tratamento imediato
- Orientar a pessoa a sempre transportar consigo HC simples (acção rápida) - pacotes de açúcar, rebuçados.
- Instruir familiares, amigos, colegas de trabalho acerca dos sinais, sintomas e tratamento

### *Hiperglicémia*

#### **Etiologia:**

Nos portadores de diabetes ela acontece, de forma geral, pela insuficiência do tratamento medicamentoso para a alimentação e atividades diárias do paciente.

Outras causas podem ser:

- Diabetes mellitus primária ou secundária a outras patologias, como por exemplo, gripes ou infecções em geral;
- Abusos alimentares;
- Carência de exercícios físicos;
- Síndrome metabólica.

#### **Sintomatologia:**

- |  |   |                           |
|--|---|---------------------------|
| ▪ Sede   | ▪ Cansaço   | ▪ Sonolência              |
| ▪ Poliúria                                     | ▪ Pele seca   | ▪ Dificuldade em respirar |
| ▪ Fome excessiva, acompanhada de emagrecimento | ▪ Dor de cabeça, podendo evoluir para náuseas e vômitos | ▪ Hálito cetônico         |

### Cuidados aos Pés

#### *Pé Diabético*

Relacionado com neuropatia periférica, arteriopatia dos MI e susceptibilidade às infecções - risco acrescido nas pessoas com antecedentes de úlceras nos pés e deformações dos pés.

- Observe diariamente os seus pés e a planta, o calcanhar e os espaços entre os dedos, para ver se há zonas de cor diferente, bolhas, fissuras, calosidades, inchaço... Se não lhe é possível fazê-lo, por dificuldade na posição, use um espelho e se tem dificuldade de visão peça auxílio a outra pessoa.



- Lave os Pés todos os dias, durante 2 ou 3 minutos, usando sabonete neutro e água tépida (verifique sempre a temperatura da água) e não os “ponha de molho”. Seque-os muito bem, em particular nas zonas entre os dedos. Aplique um creme hidratante na planta e no dorso, (não entre os dedos), massajando bem.
- Use uma lima de cartão para desgastar as unhas, movimentando-a em linha recta de um lado para o outro.
- No verão não use sapatos sem meias.
- Use meias de fibras naturais (como a lã ou o algodão) sem costuras e que não apertem nas pernas.
- Nunca ande descalço, de forma a evitar lesões ou alterações na pele.
- Não aqueça os pés com bolsas de água quente, nem aproxime os pés de aquecedores, lareiras ou outras fontes de calor.
- Antes de calçar os sapatos, verifique com a mão, se não há qualquer objecto dentro deles.
- Use sapatos confortáveis, adaptados ao seu pé, de forma que não haja zonas apertadas ou em que se exerça pressão excessiva. Os sapatos fechados protegem mais os pés, quer de “batidas ou topadas” quer de pedras ou areias.
- Nos calos não use calicidas nem outros produtos semelhantes.
- Nas calosidades pode usar pedra pomes de forma suave, mas não use limas, lixas ou objectos de corte, que possam irritar a pele.

### Cuidados aos Olhos

- Ir anualmente ao oftalmologista;
- Estar atento a possíveis alterações da visão e, caso ocorram, consultar o médico.

### Prevenção de Acidentes

#### Plano Nacional de Vacinação

##### *VACINA DO TÉTANO*

O **tétano** é uma doença infecciosa grave que frequentemente pode levar à morte. É causada pela neurotoxina tetanospasmína que é produzida pela bactéria anaeróbica *Clostridium tetani*.

Ferimentos com objectos contaminados normalmente representam um risco grande de desenvolvimento da doença, se a pessoa não tiver sido vacinada. A prevenção é feita principalmente pela vacinação da população, pela rotina e pelos reforços a cada 10 anos.

A população também deve ser ensinada de que todos os ferimentos sujos, fraturas expostas, mordidas de animais e queimaduras devem ser bem limpos e tratados adequadamente para não proliferar a bactéria pelo organismo.

## APÊNDICE 2: ALIMENTAÇÃO NA DIABETES

- Procure fazer diariamente uma alimentação equilibrada, variada e caloricamente adequada ao seu estilo de vida. Mudanças no estilo de vida ou na medicação exigem adaptações na sua alimentação;
- Os intervalos entre refeições não devem exceder 3h30;
- Evite os alimentos de elevada densidade calórica e baixo conteúdo nutricional. Estes são, geralmente, alimentos muito processados industrialmente;
- Consuma fruta, legumes e hortaliças em quantidades adequadas (mínimo 400 gramas / dia). Evite consumir fruta isoladamente entre refeições, acompanhe-a sempre com outros alimentos, ex: pão de mistura, leite ou iogurte sem adição de açúcar;
- Os hidratos de carbono devem providenciar cerca de 50 por cento do total de calorias consumidas diariamente. Procure ingerir alimentos ricos em hidratos de carbonos complexos e fibras ao longo do dia, ex. leguminosas (feijão, grão), pão de mistura ou integral (em vez do tradicional pão branco), massas e arroz (prefira as versões integrais). Evite o açúcar, doces e produtos de pastelaria em geral;
- Atente na quantidade (que deve ser reduzida) e qualidade da gordura consumida. Dê preferência ao azeite, gorduras poliinsaturadas, e evite gordura saturada (principalmente de origem animal) e gorduras trans;
- Prefira leite e seus derivados magros ou meio gordos;
- Consuma carne e peixe com moderação. Prefira carnes magras e retire a gordura visível destes alimentos antes de os consumir;
- A água deve ser a sua bebida por excelência, se eventualmente consumir sumos ou refrigerantes, leia os rótulos, e prefira os que não têm adição de açúcar.
- Tente planejar as refeições com antecedência, procurando receitas de alimentação saudável. Opte por uma culinária simples e agradável, dando preferência aos cozidos, grelhados, estufados em cru sem refogado prévio, ou assados simples, em papel de alumínio, com limão, tomate e ervas aromáticas. Evite, sempre que possível, confecções culinárias muito exigentes em gordura, como os fritos, refogados, assados no forno. Tão importante como controlar a quantidade, é saber como escolher as gorduras mais saudáveis. Reduza as gorduras saturadas (natas, manteiga, gordura das carnes vermelhas, peles das aves, produtos de salsicharia e charcutaria), dando preferência às gorduras monoinsaturadas, como é o caso do azeite e do óleo de amendoim, para temperar e para cozinhar. Reduza também a quantidade de sal. Não use caldos de carne e na preparação de refeições utilize mais ervas e legumes aromáticos;

- Comece sempre as refeições do almoço e jantar com uma sopa de legumes. Os legumes, para além de serem comidos na sopa, devem também ocupar metade do seu prato principal. A carne e o peixe devem ser consumidos na quantidade indispensável, e nada mais do que isso, dando preferência ao peixe e carnes brancas. Relativamente ao pão, batata, arroz, massa e leguminosas secas, podem e devem estar presentes na alimentação do diabético. Quanto à fruta, coma duas a três peças de fruta por dia. Pode comer toda a fruta, mas em certos casos, como os figos, dióspiros, uvas, bananas e frutos tropicais, por serem mais doces, devem ser consumidos em quantidade mais restrita e sempre depois das refeições;

- Não coma açúcar nem alimentos com açúcar adicionado (refrigerantes, compotas, bolos, chocolate,...). Se as suas glicemias estiverem controladas, pode comer moderadamente, em dias de festa, um doce, mas sempre depois das refeições;

- Beba pelo menos 1,5 l de água por dia;

- Os vegetais fibrosos, aveia, pão integral e legumes contêm grandes quantidades de fibras solúveis em água que retardam a absorção dos hidratos de carbono e permitem um aumento mais gradual glicémia após a refeição.

- Como regra geral, pode-se afirmar que quanto mais "verde" e mais rica em fibras for a sua alimentação, menor o risco do seu nível de glicémia aumentar. Quer dizer que, geralmente legumes, vegetais, aveia, pão integral, massas e arroz aumentam pouco e lentamente a glicémia. Por outro lado, alimentos como as batatas, pão branco, flocos de milho e fruta doce (tais como passas, uvas e bananas) aumentarão os níveis de glicémia de uma forma mais rápida.

**ALIMENTOS DE CONSUMO LIVRE:** Alface, agrião, feijão verde, repolho, aipo, chicória, coentro, cebola, cebolinho, salsa, espinafre, hortelã, couve, couve-flor, pimentão, pepino, rabanete, tomate, limão, alho, chás como erva-doce, hortelã, capim-santo, camomila, etc.

**ALIMENTOS DE CONSUMO CONTROLADO:** Arroz, macarrão, farinhas, batata e batata doce, cenoura, mandioca, pão, pão integral, torradas, biscoito de sal, cuscuz, pipoca, feijão, ervilha, lentilha, grão de bico, soja. Abóbora, cenoura, chuchu, quiabo, beterraba. Frango, miúdos, ovos, carne bovina e peixes. Leite, queijos, iogurtes, requeijão. Alimentos industrializados. Óleo, margarina, manteiga e azeite. Café.

**ALIMENTOS DE CONSUMO PROIBIDO:** Açúcar, mel/melado, doces em geral, bolos, chocolates, refrigerantes, gelados, bebidas alcoólicas, biscoitos e pães doces. Tabaco.

**ALIMENTOS A SEREM EVITADOS:** Carne de porco e seus derivados (banha, toucinho, lingüiça, salame, mortadela, presunto). Creme de leite, nata, manteiga, queijo curado. Fritos, pele de frango e de peixe.

## APÊNDICE 3: FOLHETOS DIABETES

# CONSULTA DE PLANEAMENTO FAMILIAR

## Dúvidas

## Vivência da Sexualidade

## Métodos Contraceptivos

O único método cem por cento eficaz para evitar a gravidez é a abstinência, isto é, não ter relações sexuais. Mas os métodos contraceptivos ajudam a prevenir a gravidez não desejada, permitindo a vivência da sexualidade de forma saudável e segura.

### **Qual o método contraceptivo mais eficaz?**

O grau de eficácia varia de método para método. Em alguns casos, como com a pílula e o preservativo, o grau de eficácia depende, também, da forma mais ou menos correcta e continuada de utilização do método. Alguns têm contra-indicações e efeitos colaterais. Assim, antes de optar por um método contraceptivo, deve marcar uma consulta de planeamento familiar ou consultar o seu médico.

Há alguns factores que devem ser ponderados e analisados pelo médico ou profissional de saúde, como, por exemplo, a idade e o estilo de vida, se tem ou pretende ter mais filhos, o estado da saúde em geral, a necessidade de protecção contra infecções de transmissão sexual, etc. E, sobretudo, lembre-se que a responsabilidade pela prevenção da gravidez não desejada cabe sempre aos dois parceiros.

### **Quais são os métodos contraceptivos disponíveis?**

- Contracepção hormonal oral (vulgarmente conhecida como pílula)
- Contracepção hormonal injectável
- Contracepção hormonal-implante
- Dispositivo intra-uterino (DIU)
- Preservativo masculino
- Espermicida
- Abstinência periódica/autocontrolo
- Contracepção cirúrgica
- Contracepção de emergência

O preservativo é o único método contraceptivo que, simultaneamente, protege contra as infecções de transmissão sexual.

### O que são métodos contraceptivos reversíveis?

A maioria dos métodos contraceptivos são reversíveis, isto é, permitem à mulher engravidar quando ela ou o seu parceiro deixam de os usar. São exemplo: os preservativos, a pílula, o DIU, as hormonas injectáveis e o implante.

### Quais são os métodos contraceptivos definitivos?

São os que têm um efeito permanente. Estes métodos, como a laqueação de trompas, para a mulher, e a vasectomia, para o homem, implicam a realização de intervenções cirúrgicas.

### Como tenho acesso aos métodos contraceptivos?

Os métodos contraceptivos são fornecidos gratuitamente nos centros de saúde e hospitais públicos. Todas as pessoas têm direito ao acesso a consultas e serviços de planeamento familiar, independente do seu sexo, idade ou estado civil.

### Como é que os jovens menores de idade podem ter acesso aos métodos contraceptivos?

Nas consultas, gratuitas, de planeamento familiar. Os jovens adolescentes são um dos alvos prioritários das consultas de planeamento familiar. Não é necessário autorização dos pais, do encarregado de educação ou do adulto responsável pelo menor para que este tenha acesso às consultas de planeamento familiar e aos métodos contraceptivos.

Aconselhe-se junto do seu médico ou em consulta de planeamento familiar.

### Auto-exame da Mama

O auto-exame da mama deverá ser feito mensalmente, para avaliar quaisquer alterações nas mamas. Quando faz este exame, é importante lembrar que as mamas são diferentes, de mulher para mulher, e que podem surgir alterações, devidas à idade, ao ciclo menstrual, gravidez, menopausa, ou à toma de pílulas anticoncepcionais ou outras hormonas. É normal sentir que as mamas são um pouco irregulares e não lisas. Também é comum que as mamas se apresentem inchadas e sensíveis, no período antes da menstruação.

Se notar algo não usual, durante o auto-exame da mama ou em qualquer outra altura, deve sempre contactar o médico, logo que possível.

A melhor altura para realizar o auto-exame da mama é aproximadamente uma semana depois da menstruação (no fim do período menstrual). Se não tem uma menstruação regular, deverá realizar, preferencialmente, o auto-exame sempre no mesmo dia de cada mês.

Para realizar o auto-exame de forma correcta, deverá colocar-se de pé, em frente a um espelho, com os braços caídos ao longo do corpo. É importante estar relaxada e certificar-se de que pode fazer o auto-exame calmamente, sem interrupções.

1. Compare as duas mamas, tendo em atenção a forma e o tamanho. Não é invulgar que uma mama seja maior do que a outra. Verifique se as mamas apresentam nódulos ou saliências; observe se houve alguma mudança no tamanho ou aspecto das mamas (como sejam a formação de rugas ou pregas, depressões ou descamação da pele). Verifique se os mamilos estão normais (ou, pelo contrário, se estão retraídos ou escondidos). No mamilo, tente detectar a possível presença de nódulos, o aparecimento de algum tipo de secreção ou perda de líquido. Observe as mesmas características mas, agora, com os braços em diferentes posições.
2. Levante o braço esquerdo. Examine a mama esquerda com a mão direita, pressionando com a ponta dos dedos. Palpe a mama esquerda, de forma minuciosa e calma. Comece pela extremidade exterior, realizando movimentos circulares. Palpe toda a mama. Examine, também, a área próxima da axila, passando pela clavícula, bem como a zona abaixo da mama.
3. Pressione, suavemente, o mamilo e verifique se existe algum tipo de secreção ou perda de líquido.
4. Repita os passos 2 e 3 mas, agora, na mama direita.
5. Repita os passos 2 e 3 nas duas mamas, deitada. Deve deitar-se de costas, com o braço sobre a cabeça e colocando uma almofada (ou uma toalha dobrada) sob o ombro do lado da mama que vai examinar.

Esta posição é favorável a um bom exame da mama.

É importante lembrar e reafirmar que o auto-exame da mama não substitui a mamografia regular de rastreio nem os restantes exames clínicos da mama. Ainda que o auto-exame da mama possa levar à realização de mais biópsias, os estudos até agora realizados não demonstraram que haja redução do número de mortes, causadas por cancro da mama.

### Doenças Sexualmente Transmissíveis

As Doenças Sexualmente Transmissível (conhecidas como DST) transmitem-se através do contacto sexual, embora a relação sexual não seja a única forma de transmissão, apenas a mais frequente. Durante muitos séculos estas doenças foram designadas **doenças venéreas**, por estarem directamente ligadas ao acto sexual e por ser Vénus o nome da deusa que, segundo os Romanos, "tutelava" as questões amorosas.

Estas doenças contraem-se por contacto uma pessoa infectada, que pode ou não exibir sinais exteriores da doença (trata-se de um portador, uma pessoa que está infectada, transmite a doença mas não apresenta - ainda - os sintomas).

Por o ambiente que rodeia os órgãos sexuais ou ligados ao acto sexual (vagina, pénis, ânus, boca) ser quente e húmido, ele constitui um *habitat* ideal para o desenvolvimento dos microorganismos patogénicos que provocam a doença.

## Quais as Doenças Sexualmente Transmissíveis que existem?

Além da SIDA; as doenças sexualmente transmissíveis mais comuns são:

### **Sífilis** (conhecida em alguns meios como "cancro duro")

A sífilis é uma doença venérea que tem consequências em todo o organismo. Cerca de três semanas após o contacto sexual com uma pessoa infectada, surge uma ferida não dolorosa, localizada nos órgãos genitais, na boca ou no ânus, conforme o tipo da relação sexual infectante. Simultaneamente há um aumento dos gânglios linfáticos na região afectada, que se tornam duros e geralmente não dolorosos. Na mulher, esta ferida ou ulceração pode localizar-se na vagina ou no colo do útero e, por isso, não é visível.

Algumas semanas depois, mesmo sem tratamento, as feridas cicatrizam, mas a infecção continua no organismo. Semanas ou meses depois, aparecem manchas no corpo, que atingem as palmas das mãos e plantas dos pés. As manchas não dão comichão e podem ser acompanhadas de febre, mal estar, dor de garganta e rouquidão. Neste estado, chamado período secundário sífilítico, os sintomas podem desaparecer sem tratamento, permanecendo no entanto a infecção.

As grávidas infectadas podem transmitir a doença ao bebé.

### **Gonorreia ou blenorragia** (conhecida em alguns meios como "esquentamento")

A gonorreia é causada por uma bactéria chamada *Neisseria gonorrhoeae*, que pode viver nas membranas mucosas que protegem a garganta, o colo do útero, a uretra ou o ânus. No homem, a doença surge normalmente três dias após a infecção. Os principais sintomas são: ardor ao urinar, corrimento amarelado ou pus no canal urinário, por vezes com cheiro fétido. Na mulher, a infecção localiza-se habitualmente no colo do útero e pode não provocar sintomas. Esta doença cura-se facilmente recorrendo ao tratamento correcto.

### **Infecção por *Chlamydia trachomatis***

Esta infecção é semelhante à gonorreia. O local da infecção depende do tipo da relação sexual que originou o contágio. No homem, aparece corrimento escasso, ardor mais ou menos intenso ao urinar, sintomas estes mais frequentes de manhã. Na mulher, na maior parte dos casos, a infecção não produz sintomas, podendo ocasionar corrimento ligeiro. No entanto, se não for tratada a tempo, a infecção pode alastrar, ocasionando uma inflamação nas trompas e nos ovários, que pode provocar infertilidade. A infecção por clamídia cura-se facilmente recorrendo ao tratamento correcto.



### **Herpes genital**

Esta doença é provocada pelo vírus *Herpes simplex*. A doença manifesta-se pelo aparecimento na área genital de pequenas manchas avermelhadas, que provocam sensação de queimadura, sobre as quais surgem pequenas bolhas ou vesículas que ao fim de alguns dias rompem, ocasionando feridas que se cobrem de crostas. Após cerca de uma a duas semanas as lesões curam sem deixar cicatrizes.

O herpes genital é doença crónica recorrente, ou seja que evolui por surtos, sendo o intervalo entre eles variável. Há medicamentos que tratam as lesões de herpes e prolongam os intervalos livres de doença. Não há ainda nenhum medicamento que cure definitivamente a infecção. O herpes não é uma doença grave embora seja incómoda quando surge com intervalos curtos. Enquanto existirem lesões na pele ou mucosa genital há perigo de contágio para o(a) parceiro(a), pelo que a actividade sexual deve ser suspensa.

As mulheres grávida com história de Herpes Genital devem informar o seu médico sobre a doença, para que sejam tomadas as medidas necessárias para que não haja contágio do bebé durante o parto.

### **Hepatite B**

A hepatite B é uma infecção provocada por vírus e que ataca o fígado. Este vírus vive no sangue, na saliva, no suor, no esperma e no corrimento vaginal. Muitos casos de hepatite resultam da partilha de agulhas e seringas infectadas, mas a transmissão sexual é também frequente. O risco de contrair hepatite B é oito vezes superior ao de contrair SIDA.

A infecção pelo vírus da hepatite B pode não provocar qualquer queixa, ou apresentar sintomas ligeiros como cansaço, náuseas e dores. Pode também dar origem a icterícia, o que faz com que a parte branca dos olhos e a pele se tornem amarelos e a urina fique muito escura. A doença pode ser muito grave, até mortal. Algumas pessoas infectadas passam a ser portadoras e transmissoras do vírus.

Existe vacina contra a hepatite B.

### **Pediculose púbica (conhecida em alguns meios como "chatos")**

Os piolhos do púbis são parasitas dos pêlos à volta da vulva, do pénis e do ânus. Podem aparecer na roupa interior como pontos vermelhos ou acastanhados. O contágio pode acontecer por contacto sexual ou através da roupa. Para os eliminar é aconselhável rapar os pêlos do púbis pois tal torna mais fácil o controlo da doença, que deve ser tratada por um médico especialista. A roupa interior e a roupa da cama deve ser lavada e fervida.

### **Sinais graves de alerta**

A observação de qualquer alteração estranha nos órgãos sexuais justifica uma ida ao médico.

No caso da mulher, é alarmante notar:

Líquidos vaginais brancos e com mau cheiro.

Comichão ou sensação de queimadura na vulva, na vagina ou no ânus.

Sensação de ardor ao urinar.

Lesões na pele e mucosas dos órgãos sexuais.

Dor na parte inferior do abdómen, sobretudo quando esta se repete com frequência.

No caso do homem, há que tomar medidas quando notar:

Corrimento, tipo pus, a sair do pénis.

Lesões na pele e mucosas dos órgãos sexuais.

Sensação de ardor ao urinar.

### Estilos de Vida Saudáveis

- Hábitos Alcoólicos / Tabágicos
- Hábitos Alimentares
- Hábitos de Eliminação
- Hábitos de Higiene/
- Hábitos de Sono e Repouso
- Importância da consulta periódica
- Importância da prática de exercício físico
- Importância da realização de meios complementares de diagnóstico médico
- Importância da gestão adequada da medicação

### Importância da Consulta Periódica

### Plano Nacional de Vacinação

#### *VACINA DO TÉTANO*

O **tétano** é uma doença infecciosa grave que frequentemente pode levar à morte. É causada pela neurotoxina tetanospasmína que é produzida pela bactéria anaeróbica *Clostridium tetani*.

Ferimentos com objectos contaminados normalmente representam um risco grande de desenvolvimento da doença, se a pessoa não tiver sido vacinada. A prevenção é feita principalmente pela vacinação da população, pela rotina e pelos reforços a cada 10 anos.

A população também deve ser ensinada de que todos os ferimentos sujos, fraturas expostas, mordidas de animais e queimaduras devem ser bem limpos e tratados adequadamente para não proliferar a bactéria pelo organismo.

## APÊNDICE 4: MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

## APÊNDICE 5: VACINAÇÃO HPV

## APÊNDICE 6: FOLHETOS PLANEAMENTO FAMILIAR

# CONSULTA DE SAÚDE MATERNA

## *Primeiro Trimestre*

### Aspectos Psicossociais

#### **Aspectos psicológicos - 1º trimestre**

- Ambivalência - a grávida vai ter, ao mesmo tempo, pensamentos sobre o desejo e não desejo da gravidez - afinal queria ficar grávida ou não?;
- Sentimentos de perda de controlo sobre o seu corpo - medo da gravidez e das complicações que pode trazer;
- Sentimentos relativos à irreversibilidade do papel de mãe;
- Ambivalência física: não está doente mas sente desconfortos;
- Confirmação da gravidez (ecografia, consulta médica) - muitas vezes quando se tratam de técnicas invasivas, sentem que estão a forçar algo que não é natural;
- Aceitação da gravidez (por ela própria e pelos outros).

### Desconfortos Gravidez

#### **Desconfortos do 1º trimestre:**

- Aumento da quantidade de saliva - ande sempre com lenços de papel caso necessite.
- Corrimento vaginal - realize higiene genital 2 vezes ao dia, utilize roupa interior de algodão, evite os pensos diários, caso observe alterações neste corrimento, tais como cor amarelada, ardor ou cheiro intenso informe o seu médico.
- Mamas tensas e sensíveis - não estimule nem use roupas demasiado justas, utilize um soutien que lhe forneça um bom suporte e lhe seja confortável.
- Náuseas e vômitos - coma refeições pequenas, de 3 em 3 horas, beba líquidos no intervalo das refeições, evite comidas picantes ou muito condimentadas e grandes tempos de jejum, se o cheiro da comida lhe for incomodativo não cozinhe, apanhe ar fresco e faça exercícios leves como caminhar.
- Sensação de enfiamento - não se deite logo após as refeições e coma em pequenas quantidades várias vezes ao dia.

## Sinais e Sintomas de alerta

Contacte imediatamente o centro de saúde ou a urgência do hospital se durante a gravidez tiver:

- Hemorragia vaginal;
- Perda de líquido pela vagina;
- Corrimento vaginal com prurido (comichão), ardor ou cheiro não habitual;
- Dores abdominais;
- Arrepios ou febre;
- Dor/ardor ao urinar;
- Vômitos persistentes;
- Dores de cabeça fortes ou contínuas;
- Perturbações da visão;
- Diminuição dos movimentos fetais.

### **Quais são os factores de risco numa gravidez?**

- Idade superior a 35 anos;
- Consumo regular de álcool, tabaco ou outras drogas;
- História familiar de malformações, síndrome de Down, atraso mental ou outras doenças congénitas;
- Doenças como hipertensão, diabetes, epilepsia, artrite reumatóide, problemas do coração, dos rins e da tiróide;
- Infecções de transmissão sexual (sífilis, sida) ou outras, como a rubéola e a toxoplasmose;
- Estar demasiado magra ou ter excesso de peso.

## Expressão da sexualidade

A gravidez não impede que viva e expresse a sua sexualidade. Contudo, é natural que nesse período, muitas vezes, lhe apeteça mais receber (e dar) mimos do que ter relações sexuais. Transmita ao seu companheiro os seus sentimentos e procure conhecer os dele. Assim, podem compreender as vossas reacções e evitar mal-entendidos.

Fazer sexo não prejudica o bebé em nenhuma fase da gravidez, pois ele encontra-se protegido no interior do útero, mergulhado no líquido amniótico.

Poderá ser aconselhada a não ter relações sexuais no caso de surgirem algumas complicações, como hemorragia vaginal e ameaça de parto pré-termo, por exemplo.

Lembre-se que existem infecções que podem ser transmitidas à mulher através das relações sexuais e que podem afectar o feto ou complicar a gravidez, como é o caso da sífilis, da hepatite e da sida, entre outras. Logo na primeira consulta ser-lhe-ão pedidas análises para confirmar a ausência

dessas infecções; mas, se ter análises negativas é bom, isso só por si não chega, pois em qualquer momento a mulher pode vir a ser infectada, se ela, ou o futuro pai, tiverem comportamentos de risco.

## Gestão da Gravidez – Estilos de Vida Saudável

### **Alimentação da grávida**

♣ A alimentação é fundamental para que o aumento de peso na gravidez seja adequado. A comida deve ser para dois em termos de qualidade e não de quantidade. A alimentação deve ser variada e a grávida não deve permanecer muito tempo sem comer;

♣ Factores que interferem na alimentação da grávida: actividade física, hábitos alimentares (religião e cultura), situação sócio-económica, factores psicológicos, alterações gastrintestinais.

♣ Restrição do açúcar - pode ser ingerido pontualmente após as refeições, uma vez que os picos de hipo e hiperglicémia são responsáveis pela imaturidade pulmonar;

♣ Suplementos de ferro e ácido fólico (depois das 12 semanas) e, em caso de vegetarianismo, suplementos de vit. B12;

♣ Dieta equilibrada polifraccionada (6 refeições/dia) - 1ª metade da gravidez tendência para a hipoglicémia - 2ª metade tendência para a hiperglicémia. Em caso de hipoglicémia a mãe e consequentemente o feto pode entrar em acidose metabólica.

### Algumas sugestões:

- Lave muito bem os alimentos que se comem crus;
- Prepare e cozinhe os alimentos de forma simples;
- Beba cerca de 1,5 litro de água por dia, assim como entre meio litro e um litro de leite ou seus derivados.
- Retire sempre a gordura visível da carne e evite as partes queimadas;
- Reduza o uso de alimentos muito condimentados e com demasiado sal.

### **Quais são os alimentos que são recomendados durante a gravidez?**

Os mesmos que são recomendados em todas as fases da vida.

- Ovos, carne, peixe (fornecedores de proteínas);
- Leite, iogurte, queijo e manteiga (fornecedores de cálcio);
- Ervilhas, feijão, grão (também fornecedores de proteínas vegetais indispensáveis ao bebé);
- Fruta e vegetais em todas as refeições (fornecedores de vitaminas e sais minerais).

### **Que alimentos devo evitar?**

- Doces e bolos;
- Café, chá, álcool e bebidas com gás;
- Mariscos (devido ao risco de salmonelas);



- Carne mal passada (por causa da toxoplasmose);
- Queijo fresco de leite não pasteurizado (devido ao risco de contrair brucelose).

### **Aumento de peso na gravidez - A mãe não precisa de comer por dois!**

- Pesquisar a existência de edemas;
- No final da gravidez entre 10 a 15kg (Direcção-Geral da Saúde, 1993);
- Significado de valores inferiores a 7,5 kg;
- 1º trimestre aumento de 1 a 2,5 Kg (depois 400g/semana- grávidas acima do peso 300g e abaixo 500g/semana);
- 2º e 3º trimestres - necessidades calóricas aumentadas 300Kcal/ dia.

### **IMC - gravidez**

- $IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura ao quadrado (m)}$ .
- IMC (baixo) <19,8 - (ganho total recomendado) - 12,5 a 18Kg;
- IMC (normal) 19,8 a 26 -11,5 a 16Kg;
- IMC (excessivo) 26,0 a 29,0 -7,0 a 11,5Kg;
- IMC (obesidade) > 29,0 -6 a 8Kg.

### **Sono e repouso**

- ♣ É importante que a grávida faça vários períodos de repouso - repouso que favoreça a circulação de retorno;
- ♣ Podem surgir insónias - técnicas de relaxamento;
- ♣ Evitar o sedentarismo.

### **Actividade Física durante a Gravidez**

- ♣ Exercício físico;
- ♣ Prática de desportos
- ♣ Precauções nas viagens:
  - viagens de avião (até às 32 semanas);
  - viagens de carro.

### **Sexualidade**

- ♣ Alterações da libido;
- ♣ Mitos e crenças;
- ♣ Eventuais alterações no relacionamento sexual.

### **Consumo de substâncias nocivas**

- ♣ Álcool;
- ♣ Tabaco;
- ♣ Utilização de drogas;
- ♣ Auto-medicação.

### Factores prejudiciais

- ♣ Manipulação de produtos tóxicos ou perigosos;
- ♣ Exposição a condições ambientais prejudiciais;
- ♣ Tarefas que envolvam esforço físico violento.

### A grávida deve ter cuidados especiais com a higiene?

Todas as pessoas devem ter atenção à sua higiene e a grávida em especial.

Deve tomar duche com regularidade. A seguir ao banho é aconselhável que aplique um creme hidratante ou óleo de amêndoas doces no corpo, em especial na zona abdominal.

### Devo ter cuidados especiais com a saúde oral?

Sim, a saúde oral é muito importante durante a gravidez, para evitar inflamações e infecções. Por isso:

- Escove os dentes, cuidadosamente, pelo menos após o pequeno-almoço e ao deitar;
- Utilize uma escova de dureza média;
- Prefira pasta de dentes com flúor;
- Evite os alimentos açucarados, especialmente nos intervalos das refeições;
- A melhor altura para ir ao dentista é entre o quarto e o sexto mês de gravidez.

## Importância do envolvimento do pai

### Amamentação

#### *ALEITAMENTO MATERNO*

- Alimento vivo, completo e natural
- Adaptado à evolução do bebé
- Micronutrientes
- Factores de crescimento
- Pré-requisito para adaptação à alimentação complementar.

#### Vantagens anti-infecciosas

- Macrófagos, lisozima e lactoferrina
- Linfocitos T e B e IgA secretora
- Gastroenterites/diarreias
- Infecções respiratórias/otites
- Doença invasiva por Hib
- Infecções urinárias

#### Vantagens imuno-alergológicas

- Dermatite atópica
- Asma brônquica
- Alergia às proteínas do leite de vaca.

## Benefícios Psicológicos do Aleitamento Materno

### *Ligação afectiva mãe/bebé*

- A mãe e o bebé têm um estreito contacto físico e emocional
- A mãe sente apego emocional
- O bebé chora menos
- A mãe é mais afectuosa
- Bebés amamentados têm menor probabilidade de serem maltratados ou abandonados

### *Desenvolvimento*

- Existem estudos que sugerem que as competências intelectuais das crianças amamentadas são mais altas

# CONSULTA DE SAÚDE MATERNA

## Segundo Trimestre

### Aspectos Psicossociais

#### **Aspectos psicológicos - 2º trimestre**

- ♣ As alterações físicas ajudam a ultrapassar a ambivalência. Adquire aparência de grávida;
- ♣ Toma consciência de um novo ser no seu interior - movimentos fetais - bebé imaginário;
- ♣ Reflecte sobre o seu papel de mãe - relação custos/benefícios;
- ♣ Percepção do significado de ser mãe;
- ♣ Introversão e passividade;
- ♣ Reordenação das relações e interesses;
- ♣ Eventuais alterações de humor.

### Desconfortos da Gravidez

- Aumento do abdómen - verbalize os seus sentimentos, partilhe os seus medos com alguém da sua confiança, utilize roupa adequada à gravidez mas que seja igualmente bonita, chamativa e foque os aspectos positivos.
- Azia - fracione as refeições, evite alimentos fritos ou condimentados, adopte uma posição mais direita, não se deite completamente, só com indicação médica deverá usar anti-ácidos.
- Comichão - faça higiene com água morna, aplique creme hidratante diariamente, cremes e produtos de higiene devem ser de pH neutro, seque a pele suavemente sem friccionar, use roupa de algodão adequada.
- Dores de cabeça - refugie-se em ambientes calmos e com pouca luz, aplique um pano com água fria na testa ou nuca, faça uma refeição ligeira, vá á farmácia para avaliar a tensão arterial se os sintomas persistirem e contacte o seu médico em caso de necessidade.
- Dores de costas - faça períodos de repouso, evite estar muito tempo em pé, mantenha uma postura correcta, evite sapatos de salto alto, ao baixar-se faça flexão das pernas e não das costas.
- Inchaço das pernas e pés e varizes - utilize meias de descanso, quando sentada ou deitada tenha sempre que possível os pés num plano mais elevado, pratique exercício moderado, faça uma dieta pobre em sal, utilize roupa e calçado confortáveis.
- Flatulência - mastigue os alimentos devagar, evite alimentos e bebidas susceptíveis de provocar gases e faça exercício.

- Gengivites ou sangramento das gengivas - faça uma higiene oral correcta e frequente pelo menos 2 vezes ao dia, utilize uma escova macia.
- Pigmentação da pele aumentada - é inevitável, pode aparecer também acne e pele oleosa.
- Prisão de ventre e hemorróidas - ingira líquidos em grande quantidade, faça uma alimentação rica em fibras, vá ao WC sempre que tiver vontade e não adie, não use laxantes sem consultar o seu obstetra.
- Produção de colostro - utilize discos de aleitamento.
- Sensação de desmaio - evite estar muito tempo de pé ou realizar movimentos bruscos principalmente quando acorda, se se sentir tonta sente-se e coloque a cabeça entre os joelhos, durma e descanse preferencialmente virada para o lado esquerdo, evite locais muito abafados, com muita exposição solar e estar muito tempo sem comer.

Contacte imediatamente o centro de saúde ou a urgência do hospital se durante a gravidez tiver:

- Hemorragia vaginal;
- Perda de líquido pela vagina;
- Corrimento vaginal com prurido (comichão), ardor ou cheiro não habitual;
- Dores abdominais;
- Arrepios ou febre;
- Dor/ardor ao urinar;
- Vômitos persistentes;
- Dores de cabeça fortes ou contínuas;
- Perturbações da visão;
- Diminuição dos movimentos fetais.

**Quais são os factores de risco numa gravidez?**

- Idade superior a 35 anos;
- Consumo regular de álcool, tabaco ou outras drogas;
- História familiar de malformações, síndrome de Down, atraso mental ou outras doenças congénitas;
- Doenças como hipertensão, diabetes, epilepsia, artrite reumatóide, problemas do coração, dos rins e da tiróide;
- Infecções de transmissão sexual (sífilis, sida) ou outras, como a rubéola e a toxoplasmose;
- Estar demasiado magra ou ter excesso de peso.

## Expressão da sexualidade

A gravidez não impede que viva e expresse a sua sexualidade. Contudo, é natural que nesse período, muitas vezes, lhe apeteça mais receber (e dar) mimos do que ter relações sexuais. Transmita ao seu companheiro os seus sentimentos e procure conhecer os dele. Assim, podem compreender as vossas reacções e evitar mal-entendidos.

Fazer sexo não prejudica o bebé em nenhuma fase da gravidez, pois ele encontra-se protegido no interior do útero, mergulhado no líquido amniótico.

Poderá ser aconselhada a não ter relações sexuais no caso de surgirem algumas complicações, como hemorragia vaginal e ameaça de parto pré-termo, por exemplo.

Lembre-se que existem infecções que podem ser transmitidas à mulher através das relações sexuais e que podem afectar o feto ou complicar a gravidez, como é o caso da sífilis, da hepatite e da sida, entre outras. Logo na primeira consulta ser-lhe-ão pedidas análises para confirmar a ausência dessas infecções; mas, se ter análises negativas é bom, isso só por si não chega, pois em qualquer momento a mulher pode vir a ser infectada, se ela, ou o futuro pai, tiverem comportamentos de risco.

## Gestão da Gravidez – Estilos de Vida Saudável

### **Alimentação da grávida**

- ♣ A alimentação é fundamental para que o aumento de peso na gravidez seja adequado. A comida deve ser para dois em termos de qualidade e não de quantidade. A alimentação deve ser variada e a grávida não deve permanecer muito tempo sem comer;
- ♣ Factores que interferem na alimentação da grávida: actividade física, hábitos alimentares (religião e cultura), situação sócio-económica, factores psicológicos, alterações gastrintestinais.
- ♣ Restrição do açúcar – pode ser ingerido pontualmente após as refeições, uma vez que os picos de hipo e hiperglicémia são responsáveis pela imaturidade pulmonar;
- ♣ Suplementos de ferro e ácido fólico (depois das 12 semanas) e, em caso de vegetarianismo, suplementos de vit. B12;
- ♣ Dieta equilibrada polifracccionada (6 refeições/dia) - 1ª metade da gravidez tendência para a hipoglicémia - 2ª metade tendência para a hiperglicémia. Em caso de hipoglicémia a mãe e consequentemente o feto pode entrar em acidose metabólica.

### Algumas sugestões:

- Lave muito bem os alimentos que se comem crus;
- Prepare e cozinhe os alimentos de forma simples;
- Beba cerca de 1,5 litro de água por dia, assim como entre meio litro e um litro de leite ou seus derivados.
- Retire sempre a gordura visível da carne e evite as partes queimadas;
- Reduza o uso de alimentos muito condimentados e com demasiado sal.

### Quais são os alimentos que são recomendados durante a gravidez?

- Ovos, carne, peixe (fornecedores de proteínas);
- Leite, iogurte, queijo e manteiga (fornecedores de cálcio);
- Ervilhas, feijão, grão (também fornecedores de proteínas vegetais indispensáveis ao bebé);
- Fruta e vegetais em todas as refeições (fornecedores de vitaminas e sais minerais).

### Que alimentos devo evitar?

- Doces e bolos;
- Café, chá, álcool e bebidas com gás;
- Mariscos (devido ao risco de salmonelas);
- Carne mal passada (por causa da toxoplasmose);
- Queijo fresco de leite não pasteurizado (devido ao risco de contrair brucelose).

### Aumento de peso na gravidez - A mãe não precisa de comer por dois!

- Pesquisar a existência de edemas;
- No final da gravidez entre 10 a 15kg (Direcção-Geral da Saúde, 1993);
- Significado de valores inferiores a 7,5 kg;
- 1º trimestre aumento de 1 a 2,5 Kg, depois 400g/semana- grávidas acima do peso 300g e abaixo 500g/semana); 2º e 3º trimestres - necessidades calóricas aumentadas 300Kcal/ dia.

### IMC - gravidez

- $IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura ao quadrado (m)}$ .
- IMC (baixo) <19,8 - (ganho total recomendado) - 12,5 a 18Kg;
- IMC (normal) 19,8 a 26 -11,5 a 16Kg;
- IMC (excessivo) 26,0 a 29,0 -7,0 a 11,5Kg;
- IMC (obesidade) > 29,0 -6 a 8Kg.

### Sono e repouso

- ♣ É importante que a grávida faça vários períodos de repouso - repouso que favoreça a circulação de retorno;
- ♣ Podem surgir insónias - técnicas de relaxamento;
- ♣ Evitar o sedentarismo.

### Actividade Física durante a Gravidez

- ♣ Exercício físico;
- ♣ Prática de desportos
- ♣ Precauções nas viagens:
  - viagens de avião (até às 32 semanas);
  - viagens de carro.

## **Sexualidade**

- ♣ Alterações da libido;
- ♣ Mitos e crenças;
- ♣ Eventuais alterações no relacionamento sexual.

## **Consumo de substâncias nocivas**

- ♣ Álcool;
- ♣ Tabaco;
- ♣ Utilização de drogas;
- ♣ Auto-medicação.

## **Factores prejudiciais**

- ♣ Manipulação de produtos tóxicos ou perigosos;
- ♣ Exposição a condições ambientais prejudiciais;
- ♣ Tarefas que envolvam esforço físico violento.

## **A grávida deve ter cuidados especiais com a higiene?**

Todas as pessoas devem ter atenção à sua higiene e a grávida em especial.

Deve tomar duche com regularidade. A seguir ao banho é aconselhável que aplique um creme hidratante ou óleo de amêndoas doces no corpo, em especial na zona abdominal.

## **Devo ter cuidados especiais com a saúde oral?**

Sim, a saúde oral é muito importante durante a gravidez, para evitar inflamações e infecções. Por isso:

- Escove os dentes, cuidadosamente, pelo menos após o pequeno-almoço e ao deitar;
- Utilize uma escova de dureza média;
- Prefira pasta de dentes com flúor;
- Evite os alimentos açucarados, especialmente nos intervalos das refeições;
- A melhor altura para ir ao dentista é entre o quarto e o sexto mês de gravidez.

## **Amamentação**

### ***ALEITAMENTO MATERNO***

- Alimento vivo, completo e natural
- Adaptado à evolução do bebé
- Micronutrientes
- Factores de crescimento
- Pré-requisito para adaptação à alimentação complementar.



### Vantagens anti-infecciosas

- Macrófagos, lisozima e lactoferrina
- Linfócitos T e B e IgA secretora
- Gastroenterites/diarreias
- Infecções respiratórias/otites
- Doença invasiva por Hib
- Infecções urinárias

### Vantagens imuno-alérgicas

- Dermatite atópica
- Asma brônquica
- Alergia às proteínas do leite de vaca.

### Benefícios Psicológicos do Aleitamento Materno

#### *Ligação afectiva mãe/bebé*

- A mãe e o bebé têm um estreito contacto físico e emocional
- A mãe sente apego emocional
- O bebé chora menos
- A mãe é mais afectuosa
- Bebés amamentados têm menor probabilidade de serem maltratados ou abandonados

#### *Desenvolvimento*

- Existem estudos que sugerem que as competências intelectuais das crianças amamentadas são mais altas

### Autovigilância na Gravidez

### Importância do Envolvimento do Pai

#### **Adaptação do pai à gravidez**

- ♣ Aceitação do papel de pai - compromisso afectivo, biológico e social;
- ♣ Adaptação às alterações físicas e psíquicas da grávida;
- ♣ Alterações na expressão da sexualidade: pode surgir o medo de lesar o feto, impacto das oscilações no desejo sexual da grávida.

É natural que no primeiro trimestre a libido da mulher diminua pelo aumento de HCG e mau estar (náuseas). Já no segundo trimestre é natural que essa libido aumente e também se dê um aumento do prazer. No 3º trimestre a libido volta a diminuir pelo desconforto físico que a mulher sente. É então natural que o casal se ressinta sexualmente. No início é a mulher que não deseja e no segundo trimestre já é ela que tem um maior desejo, enquanto que o marido sente medo de lesar o feto. Enquanto enfermeiros devemos alertar o casal de que manterem relações sexuais não prejudica em nada o feto e é saudável.

- ♣ Participação no processo ou exclusão - papel dos enfermeiros é importante nesta área. O pai deve ser incluído e todas as consultas devem ser dirigidas ao casal e não à mãe, de forma a integrar o pai, desde cedo, na vida do feto;
- ♣ Podem ocorrer: sentimentos de responsabilização pelos desconfortos da grávida, ciúmes da intimidade da grávida com o feto, desejo de conhecer o bebé, medo das responsabilidades;
- ♣ Manifestações psicossomáticas nalguns pais durante o terceiro trimestre (Síndrome de Couvade) - não existe explicação científica.

## Vacinação

### Exames de Rotina

São 3 as ecografias de rotina, feitas cerca da 12<sup>a</sup>, 18<sup>a</sup> e 34<sup>a</sup> semanas de gravidez.

Caso haja, algum factor de risco materno para o desenvolvimento de anomalia fetal ou as ecografias não sejam conclusivas o seu médico poderá propôr-lhe a realização de exames especiais, tais como, doseamento da a-fetoproteína e/ou aminocentese.

O doseamento da **alfafetoproteína** é feito através de uma análise sanguínea, no entanto é necessário ter em atenção que existem situações em que esta proteína pode estar elevada sem ser alarmante como é o caso de gravidez de gémeos. As situações que requerem alguma atenção referem-se a possíveis doenças fetais, tais como: espinha bífida ou hemorragia fetal se estiver elevada, ou cromossopatia como por exemplo o síndrome de Down (também conhecida por mongolismo) se estiver baixa.

A **amniocentese** é um procedimento eleito pelos obstetras principalmente quando:

- A mãe tem mais de 37 anos;
- Existência de crianças com anomalias cromossómicas;
- Incidência de três ou mais abortos;
- Algum dos progenitores tem anomalia cromossómica;
- História familiar de doença genética;
- Ecografia do 1<sup>o</sup> trimestre com alterações;
- A pedido dos pais.

A amniocentese permite confirmar se o feto é portador de doenças metabólicas e/ou cromossomopatias (várias doenças relacionadas com os cromossomas). O procedimento consiste na aspiração de um pouco de líquido amniótico através do abdómén, podendo ser feito com anestesia local, consoante os protocolos do local onde realizar o exame. É normalmente feito entre a 14<sup>a</sup> e a 18<sup>a</sup> semana de gestação, podendo no entanto ser antecipado para 12<sup>a</sup> semana de gestação se o obstetra assim o entender.

Este é um exame que comporta alguns riscos principalmente aumenta o risco de aborto.

# CONSULTA DE SAÚDE MATERNA

## Terceiro Trimestre

### Aspectos Psicossociais

#### Aspectos psicológicos - 3<sup>a</sup> trimestre

- ♣ Grandes alterações da sua auto imagem;
- ♣ Os desconfortos acentuam-se;
- ♣ Toma decisões relativas ao bebé: escolha do nome, do enxoval;
- ♣ A aceitação da "criança" pelos que lhe são mais queridos é fundamental;
- ♣ Necessidade de sentir que tem um lugar para si e para o seu filho depois do parto.

### Desconfortos da Gravidez

- Aumento da frequência urinária - realize exercícios de Kegel (interromper a micção e reiniciá-la); faça uma restrição de líquidos antes de se deitar, caso sinta dor ou ardor ao urinar contacte o seu médico.
- Caimbras - repouse, faça uma massagem, estique o pé, isto é, peça a alguém que lhe puxe o pé na direcção da cabeça mantendo o joelho estendido, aplique calor na região afectada.
- Contrações de Braxton-Hicks - é uma preparação do útero para o parto são pouco intensas e de curta duração, certifique-se que não é um sinal de parto, repouse e/ou mude de posição.
- Insónias - relaxe, pode pedir a alguém que lhe faça uma massagem, deite-se confortavelmente com o apoio de almofadas, tome um copo de leite morno ou um duche não muito quente antes de se deitar e se gostar de ler pode fazê-lo na cama para a ajudar a adormecer.
- Pressão na região genital e anal - repouse, faça exercícios de relaxamento.
- Sensação de "falta de ar" - adopte uma postura correcta, ao dormir utilize mais almofadas de modo a fazer uma elevação da cabeça, evite comer demasiado e encher muito o estômago, principalmente não fume. Caso os sintomas se agravem contacte o seu obstetra.

Contacte imediatamente o centro de saúde ou a urgência do hospital se durante a gravidez tiver:

- Hemorragia vaginal;
- Perda de líquido pela vagina;
- Corrimento vaginal com prurido (comichão), ardor ou cheiro não habitual;
- Dores abdominais;
- Arrepios ou febre;
- Dor/ardor ao urinar;

- Vômitos persistentes;
- Dores de cabeça fortes ou contínuas;
- Perturbações da visão;
- Diminuição dos movimentos fetais.

#### **Quais são os factores de risco numa gravidez?**

- Idade superior a 35 anos;
- Consumo regular de álcool, tabaco ou outras drogas;
- História familiar de malformações, síndrome de Down, atraso mental ou outras doenças congénitas;
- Doenças como hipertensão, diabetes, epilepsia, artrite reumatóide, problemas do coração, dos rins e da tiróide;
- Infecções de transmissão sexual (sífilis, sida) ou outras, como a rubéola e a toxoplasmose;
- Estar demasiado magra ou ter excesso de peso.

#### Adaptação da Família ao bebé

##### **Adaptação do pai à gravidez**

- ♣ Aceitação do papel de pai - compromisso afectivo, biológico e social;
- ♣ Adaptação às alterações físicas e psíquicas da grávida;
- ♣ Alterações na expressão da sexualidade: pode surgir o medo de lesar o feto, impacto das oscilações no desejo sexual da grávida.

É natural que no primeiro trimestre a libido da mulher diminua pelo aumento de HCG e mau estar (náuseas). Já no segundo trimestre é natural que essa libido aumente e também se dê um aumento do prazer. No 3º trimestre a libido volta a diminuir pelo desconforto físico que a mulher sente. É então natural que o casal se ressinta sexualmente. No início é a mulher que não deseja e no segundo trimestre já é ela que tem um maior desejo, enquanto que o marido sente medo de lesar o feto. Enquanto enfermeiros devemos alertar o casal de que manterem relações sexuais não prejudica em nada o feto e é saudável.

- ♣ Participação no processo ou exclusão - papel dos enfermeiros é importante nesta área. O pai deve ser incluído e todas as consultas devem ser dirigidas ao casal e não à mãe, de forma a integrar o pai, desde cedo, na vida do feto;
- ♣ Podem ocorrer: sentimentos de responsabilização pelos desconfortos da grávida, ciúmes da intimidade da grávida com o feto, desejo de conhecer o bebé, medo das responsabilidades;
- ♣ Manifestações psicossomáticas nalguns pais durante o terceiro trimestre (Síndrome de Couvade) - não existe explicação científica.

### **Adaptação dos irmãos à gravidez**

- ♣ Podem surgir sentimentos de perda ou ciúmes por se sentirem substituídos;
- ♣ Factores que influenciam a resposta: a idade das crianças, as atitudes dos pais, o papel do pai, o tempo de separação da mãe, a política de visitas à maternidade e a forma como se processou a adaptação das crianças;
- ♣ Importante o incentivo à participação activa dos irmãos no processo da gravidez e do nascimento.

### **Adaptação dos avós à gravidez**

- ♣ Evidência de envelhecimento;
- ♣ Satisfação e fonte de rejuvenescimento;
- ♣ Lembranças do passado;
- ♣ Aproximação familiar;
- ♣ Continuidade da família;
- ♣ Transmissão de saberes e suporte.

É muito usual, durante a gravidez e após o nascimento, a avó inserir-se nos cuidados ao bebé, manifestando mais saber por já ter sido mãe. É importante fazer um reforço positivo a essa sabedoria e deixá-la ser aplicada se nada de mal trouxer ao bebé. Porém, é importante também reforçar que a mãe precisa de espaço com o bebé e de formar um vínculo com ele.

## Amamentação

### *Vantagens do Aleitamento Materno*

O leite materno é a forma natural da mãe alimentar o seu filho, como tal, não existe melhor alimento para o bebé. Além de em termos nutricionais estar perfeitamente adaptado às necessidades do bebé, também do ponto de vista imunológico é inigualável, protegendo a sua saúde como nenhum outro.

O Aleitamento Materno também favorece a saúde da mãe e é, obviamente, vantajoso em termos económicos e ecológicos.

O vínculo que se forma entre o par de amamentação Mãe/Filho é muito forte, reforçando a afectividade entre ambos, sendo muito menos provável que uma mãe que amamente, abandone ou maltrate o seu filho. Tanto a mãe como o filho saem desta experiência mais enriquecidos e com uma maior segurança e auto-estima.

Contudo, a falta de informação e apoio prático, levam a que muitas mães, apesar de todas estas vantagens, não consigam superar as dificuldades com que se deparam no decorrer da amamentação e esta se torne, em vez de um prazer, uma situação desesperante, o que leva ao abandono precoce da amamentação. É notório que as taxas de amamentação são muito mais baixas do que seria desejável.

### *Como Amamentar*

A amamentação deverá ser o mais natural possível. Os elementos artificiais que usualmente são recomendados, na maioria dos casos, prejudicam o decurso natural da amamentação.

Para ter uma ideia, as bombas utilizadas durante o engurgitamento podem desequilibrar a produção de leite na sua adaptação oferta/procura; os mamilos de silicone estão associados a menor produção de leite e as chupetas e tetinas utilizadas precocemente estão na origem da "confusão de mamilos" (*nipple confusion*), uma confusão comum do bebé, por não saber distinguir a pega da chupeta e a pega no peito da mãe, **sendo a pega correcta a base essencial para uma amamentação bem sucedida.**

É essencial que, ao sentir a subida de leite proceda aos seguintes passos:

- **colocação de sacos de água quente antes de cada mamada**: utilize um saco de água quente ou algo similar (sacos de gel, garrafa com água quente) em períodos de meia hora, antes das mamadas, seguidos de massagens;
- **massagem**: a massagem deverá ser feita pondo um pouco de óleo de amêndoas doces ou manteiga de cacau na ponta dos dedos, em pequenos círculos à volta do seio. Seguidamente, com os dedos em forma de pente, penteie em direcção ao mamilo, em direcção descendente, com movimentos suaves, de forma a desbloquear os canais de leite e a desfazer eventuais nódulos. (uma posição inclinada favorece este tipo de massagem).

### Contracepção Pós-Parto

#### **As pílulas**

Na mulher que amamenta, e tendo em conta que várias das substâncias ingeridas pela mãe podem passar para o bebé, existe um vasto leque de opções. Mas não será de mais recordar que não existem métodos 100% seguros.

Neste contexto, é importante ter em conta que este grupo de fármacos envolve essencialmente dois grupos de medicamentos: os que são constituídos apenas por um progestativo (também chamada mini-pílula) e os que são constituídos por estrogéneos e progestativos (também chamados combinados - a pílula vulgar).

Apesar destes últimos serem mais eficazes e, por isso mesmo, serem habitualmente a hipótese de escolha para uma mulher que não queira engravidar, podem interferir com a produção de leite, o que os torna apenas uma boa opção para as mulheres que não querem ou que pararam de amamentar. Existem, no entanto, pílulas combinadas com doses muito reduzidas, havendo já alguns especialistas que as utilizam nesta fase.

Para terem uma eficácia máxima, as pílulas apenas com progestativo devem ser tomadas diariamente, sem interrupção, e constituem uma boa escolha para todas as mulheres que querem amamentar, mesmo tendo em conta que a sua eficácia é ligeiramente inferior à das pílulas combinadas.

Outra diferença entre estes dois anticonceptivos é que se as pílulas combinadas se associam normalmente a menstruações regulares, esta mini-pílula condiciona as irregularidades menstruais, o que, apesar de algum desconforto, não interfere com a saúde da mulher.

A hipótese de as substâncias presentes nas pílulas poderem passar para o leite materno tem sido bastante estudada. Tendo em conta que a pílula existe há mais de 30 anos e que, até agora, ainda não foram demonstrados efeitos adversos nos recém-nascidos, a comunidade científica é consensual quanto à sua segurança durante a amamentação.

Além da via oral, os progestativos podem ser utilizados por via injectável. Neste contexto, destaca-se o implante subcutâneo, com uma utilização crescente em Portugal durante os últimos anos e que apresenta como vantagem o facto de evitar a necessidade da toma diária de um comprimido, muitas vezes esquecido, bem como a sua longa duração: pode chegar aos 3 anos, sem qualquer perda de eficácia.

A sua colocação, bem como a sua extracção, consistem num processo relativamente simples e que requer apenas uma anestesia local e alguns minutos, sendo que a mulher pode de imediato voltar para junto do seu bebé, sem limitações relativamente aos seus cuidados.

### **Dispositivos intra-uterinos**

Nos casos em que existem contra-indicações para tomar hormonas, os dispositivos intra-uterinos, vulgarmente chamados de DIU, são outra opção à disposição da mulher. Trata-se de um pequeno objecto que actua apenas localmente, quer por via hormonal, quer através de uma acção mecânica e inflamatória, criando um ambiente adverso à vida dos espermatozóides. Podem ser colocados imediatamente a seguir à saída da placenta.

No entanto, a maioria dos médicos prefere esperar até que as alterações ocorridas no útero durante a gravidez tenham voltado ao normal, o que acontece perto da 6ª semana pós-parto, visto ser menor o risco de expulsão ou deslocamento do dispositivo durante esta altura. Qualquer deles tem como vantagem uma eficácia ligeiramente acima dos 99% (o que os coloca à frente das pílulas de toma oral) e o facto de durarem 3 a 5 anos, podendo ser retirados assim que a mulher o deseje.

Quanto às desvantagens, os dispositivos que actuam principalmente por via hormonal condicionam menstruações irregulares e, ocasionalmente, pequenas perdas de sangue, enquanto aqueles que actuam preferencialmente por acção inflamatória costumam estar associados a menstruações mais prolongadas e, em alguns casos, mais dolorosas.

Os DIUs estão, assim, especialmente indicados para todas as mulheres que não pretendam engravidar mais ou, pelo menos, durante um longo período de tempo, bem como para todas aquelas com má tolerância à pílula ou para quem o esquecimento da sua toma é uma preocupação.

### **Os métodos irreversíveis**

Há mulheres que, por terem decidido não ter mais filhos, optam por uma esterilização cirúrgica. Neste contexto, existem essencialmente duas opções, ambas com uma eficácia que ultrapassa os 99% e ambas dificilmente reversíveis: a laqueação de trompas e a vasectomia.

Independentemente da decisão que se tome, esta deverá ter subjacente a ideia de que o casal, ou pelo menos um dos seus membros, se está a submeter a um procedimento que é irreversível na maioria das situações.

No caso da laqueação de trompas, esta pode ser realizada durante uma cesariana, ou nas 24 a 48 horas pós-parto, no caso de um parto vaginal. Pode ser realizada por laparoscopia ou através de uma pequena incisão acima dos ossos púbicos.

### Consulta de Revisão Pós-parto

#### Diagnóstico Precoce: TESTE DO PEZINHO OU TESTE DE GUTHRIE

O **teste do pezinho** ou teste de Guthrie, é um exame realizado entre o 3º e 7º dia de vida do recém-nascido, para diagnosticar precocemente doenças metabólicas e genéticas. Estas doenças poderão causar alterações graves no bebé, que se não forem diagnosticadas e tratadas poderão provocar sequelas para o resto da vida. Este exame tem este nome devido a ser realizado no pé do recém-nascido. É escolhido o calcanhar porque é uma zona rica em vasos sanguíneos, o que permite colher o sangue necessário apenas com uma picadela.

#### **Como se efectua o exame:**

É picado a face lateral do calcanhar e colhido uma amostra de sangue. As gotas são colhidas numa folha de papel de filtro específico para o exame e enviado ao laboratório.

O resultado demora até cerca de 10 dias. Pode ser enviado para casa dos pais ou consultado na internet. O Kit onde vem o material da colheita, contém o site e o código para se poder consultar o resultado na internet.

### **DOENÇAS RASTREADAS**

- HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO

- DOENÇAS HEREDITÁRIAS DO METABOLISMO:

#### **Aminoacidopatias**

Fenilcetonúria (PKU) / Hiperfenilalaninemias

*A Fenilcetonúria e as Hiperfenilalaninemias são doenças hereditárias do metabolismo do aminoácido fenilalanina. Devido à deficiência na enzima fenilalanina hidroxilase (PAH), enzima responsável pela metabolização da fenilalanina, este aminoácido acumula-se em quantidades tóxicas para o organismo. O tratamento destas doenças consiste numa dieta hipoproteica restrita em fenilalanina.*

#### **Acidúrias Orgânicas**

Doenças Hereditárias da  $\beta$ -oxidação Mitocondrial dos Ácidos Gordos



## Enxoval e Nome do bebé

## Estruturas de suporte Pós-Parto

### Legislação/Regulamentos Maternidade/Paternidade

"Os pais e as mães têm direito à protecção da sociedade e do Estado na realização da sua insubstituível acção em relação aos filhos, nomeadamente quanto à sua educação, com garantia da realização profissional e da participação na actividade cívica do país"  
(artº 68 da Constituição Portuguesa e artº 33º da Lei nº 99/2003 de 27 de Agosto)

### *Lei da maternidade e da paternidade*

#### **A) Dispensa para consultas pré-natais e sessões de preparação para o parto**

Pelo tempo e número de vezes necessárias e justificadas, desde que as consultas não possam ocorrer fora do horário de trabalho. A preparação para o parto é equiparada a consulta pré-natal.

Artº 39º da Lei 99/03 de 27/08;

Artº 72º da Lei 35/04 de 29/07

**Direito ao subsídio de refeição.**

**Remuneração integralmente suportada pela empresa ou serviço**

#### **B) Licença por paternidade, obrigatória**

5 dias úteis, seguidos ou interpolados, no 1º mês a seguir ao nascimento da criança.

Comunicação à entidade empregadora com 5 dias de antecedência.

Artº 36º da Lei 99/03 de 27/08

Artº 69º da Lei 35/04 de 29/07

**Direito ao subsídio de refeição**

**100% da remuneração de referência, a pagar pela Segurança Social ou pelo serviço respectivo da Administração Pública.**

#### **C) Licença por maternidade ou paternidade**

120 dias consecutivos 90 dos quais necessariamente a seguir ao parto, os restantes 30 dias antes ou depois do parto, mediante atestado médico, mais 30 dias por cada gémeo além do primeiro, em caso de nascimentos múltiplos.

**Por opção da trabalhadora** (a comunicar à entidade patronal nos 7 dias a seguir ao parto), a licença pode ser alargada em mais 30 dias. Se não indicar goza os 120 dias.

É **obrigatório** o gozo de 6 semanas pela mãe a seguir ao parto. O período restante pode ser gozado pelo pai, por decisão conjunta.

Em caso de aborto espontâneo ou provocado (face a perigo de morte ou de lesão grave e irreversível ou violação da mulher e ainda de doença incurável ou malformação congénita do feto), a mulher tem direito a licença de 14 a 30 dias, conforme prescrição médica.

Artº 35º da Lei 99/03 de 27/08

Artº 68º da Lei 35/04 de 29/07

#### **Direito ao subsídio de refeição**

**100% da remuneração de referência para a licença de 120 dias (80% para a de 150 dias), a pagar pela Segurança Social ou pelo serviço respectivo da Administração Pública. 100% para a licença em caso de aborto.**

#### **D) Licença por adopção de menor de 15 anos**

100 dias consecutivos, a partir da data da confiança judicial ou administrativa. Em caso de adopções múltiplas, mais 30 dias por cada adopção além da primeira.

Comunicar à entidade empregadora com 10 dias de antecedência.

Artº 38º da Lei 99/03 de 27/08

Artº 71º da Lei 35/04 de 29/07

#### **Direito ao subsídio de refeição.**

**100% da remuneração de referência, a pagar pela Segurança Social ou pelo serviço respectivo da Administração Pública.**

#### **E) Licença parental**

3 meses (ou trabalho a tempo parcial por 12 meses), a gozar de modo consecutivo ou até 3 períodos interpolados, para acompanhamento de filho ou adoptado, até aos 6 anos de idade.

Comunicação à entidade empregadora com 30 dias de antecedência.

Artº 43º da Lei 99/03 de 27/08

Artº 76º e 112º da Lei 35/04 de 29/07

**Não confere direito a remuneração, salvo quanto aos primeiros 15 dias, se for o pai a gozar a licença, desde que imediatamente a seguir à licença por maternidade ou paternidade.**

**Neste caso: direito ao subsídio de refeição e a 100% da remuneração de referência, a pagar pela Segurança Social ou pelo serviço respectivo da Administração Pública.**

#### **F) Dispensa diária para amamentação**

2 períodos distintos de 1 hora cada (mais 30 minutos por cada gémeo além do primeiro), por dia de trabalho, enquanto a mãe amamentar.

Comunicação à entidade empregadora com 10 dias de antecedência em relação ao início da dispensa e apresentar declaração médica após o 1º ano de vida do filho.

Artº 39º da Lei 99/03 de 27/08

Artº 73º da Lei 35/04 de 29/07

**Direito ao subsídio de refeição**

**Remuneração integralmente suportada pela empresa ou serviço.**

#### **G) Licença especial para assistência a filho ou adoptado**

A gozar após a licença parental, de modo consecutivo ou interpolado, até ao limite de 2 anos (3 anos, com o nascimento do 3º ou mais filhos).

Comunicação à entidade empregadora com 30 dias de antecedência.

Artº 43º da Lei 99/03 de 27/08

Artº 77º da Lei 35/04 de 29/07

**Não confere direito a remuneração.**

#### **H) Dispensa diária para aleitação**

Aplica-se o mesmo regime da dispensa para amamentação, com 2 excepções: pode ser gozada pela mãe *ou pelo pai* e apenas até a criança completar um ano de idade.

A comunicação à entidade empregadora deve mencionar a decisão conjunta dos pais.

Artº 39º da Lei 99/03 de 27/08

Artº 73º da Lei 35/04 de 29/07

**Direito ao subsídio de refeição.**

**Remuneração integralmente suportada pela empresa ou serviço.**

#### **I) Direito a faltar para assistência a filho, adoptado ou enteado menor de 10 anos, em caso de doença ou acidente**

30 dias por ano e, em caso de hospitalização, durante todo o período de internamento. *Sem limite de idade para portador de deficiência ou doença crónica.*

Artº 40º da Lei 99/03 de 27/08

Artº 74º da Lei 35/04 de 29/07

**65% da remuneração de referência, a pagar pela Segurança Social. Na Administração Pública conferem direito à retribuição, entrando no cômputo das que podem implicar o desconto da retribuição de exercício.**

#### **J) Licença para assistência a filho, adoptado ou enteado portador de deficiência ou doente crónico**

Até 6 meses, prorrogável até 4 anos, durante os primeiros 12 anos de vida da criança.

Comunicação à entidade empregadora com 30 dias de antecedência do início e termo do período em que pretende gozar a licença.

Na falta de indicação a licença tem a duração de seis meses. Deve comunicar com 15 dias de antecedência a sua intenção de regressar.

Artº 44º da Lei 99/03 de 27/08

Artº 77º da Lei 35/04 de 29/07

**Não confere direito à retribuição ou subsídio substitutivo.**

#### **L) Direito a faltar para assistência a netos**

O avô ou a avó podem faltar até 30 dias consecutivos, a seguir ao nascimento de netos que sejam filhos de adolescentes com idade até 16 anos, que vivam em comunhão de mesa e habitação. Comunicação à entidade empregadora com 5 dias de antecedência.

Artº 41º da Lei 99/03 de 27/08

Artº 75º da Lei 35/04 de 29/07

**Direito ao subsídio de refeição**

**100% da remuneração de referência, a pagar pela Segurança Social ou pelo serviço respectivo da Administração Pública**

#### **M) Direito a faltar para assistência inadiável e imprescindível a membros do agregado familiar, em caso de doença ou acidente**

15 dias por ano, para assistência a filho, adoptado ou enteado com mais de 10 anos, cônjuge ou ascendente.

Acresce um dia por cada filho, adoptado ou enteado além do primeiro.

Artº 110º da Lei 35/04 de 29/07

**As faltas são justificadas mas não conferem direito a remuneração.**

**As convenções colectivas podem regular de forma mais favorável.**

#### **N) Dispensa de trabalho nocturno**

Por 112 dias, entre as 20 horas de um dia e as 7 horas do dia seguinte, antes e depois do parto (pelo menos metade antes da data presumível do parto) e ainda durante o restante período de gravidez e a amamentação. Comunicação à entidade empregadora com 10 dias de antecedência.

Artº 47º da Lei 99/03 de 27/08

Artº 83º da Lei 35/04 de 29/07

#### **O) Direito a trabalhar a tempo parcial ou com flexibilidade de horário para acompanhamento de filho ou adoptado menor de 12 anos**

Sem limite de idade para filho ou adoptado portador de deficiência.

Comunicação à entidade empregadora com 30 dias de antecedência.

A recusa deste regime deve sempre merecer a resposta do/a trabalhador/a, no prazo de 5 dias.

Artº 45º da Lei 99/03 de 27/08

Artº 80º da Lei 35/04 de 29/07

**A recusa da entidade empregadora carece sempre de parecer prévio da CITE (Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego).**

#### **P) Dispensa da prestação de trabalho suplementar**

Durante a gravidez e até aos 12 meses de idade da criança. Aplica-se ao pai que gozou a licença por paternidade, em alternativa à licença por maternidade.

Artº 46º da Lei 99/03 de 27/08

#### **Q) Dispensa da prestação de trabalho em regime de adaptabilidade**

Das grávidas, puérperas e lactantes, mediante a apresentação de certificado médico que prove o prejuízo para a saúde, a segurança no trabalho ou a amamentação.

É extensível à aleitação, se o horário afectar a sua regularidade.

Artº 45º da Lei 99/03 de 27/08

#### **R) Dispensa da prestação de trabalho**

Se houver riscos comprovados para a segurança ou a saúde da mulher ou do nascituro.

Artº 49º da Lei 99/03 de 27/08

Artº 84º a 93º da Lei 35/04 de 29/07

#### **S) Direito ao subsídio de refeição**

65% da remuneração de referência, a pagar pela Segurança Social ou 100% pelo serviço respectivo da Administração Pública.

### Trabalho de Parto

**Trabalho de parto:** Conjunto de fenómenos mecânicos e fisiológicos que uma vez iniciados conduzem:

- ♣ Ao apagamento e dilatação colo do útero
- ♣ À progressão do feto através do canal de parto
- ♣ À expulsão do feto e anexos para o exterior

**Parto** - Processo pelo qual, os produtos da concepção (feto e anexos), são expulsos do organismo materno, através do canal de parto

### Factores essenciais do trabalho de parto:

- ♣ O canal de parto (Passagem)
- ♣ O feto (Passageiro)
- ♣ As contracções (Poder)
- ♣ A Posição da mãe
- ♣ A Psique

### O canal de parto

Classificação dos tipos de bacia:

- ♣ Ginecóide (formato feminino clássico - redonda)
- ♣ Andróide (semelhante à bacia masculina - em coração)
- ♣ Antropóide (semelhante à bacia dos macacos - oval)
- ♣ Platipelóide (bacia achatada)

Nota: na bacia existe um osso na região sagrada designado de promontório que, em caso de se encontrar muito proeminente pode atrapalhar e até impedir o parto por via natural

→ Tecidos moles: Pavimento pélvico, vagina e intróito vaginal. Em casos de gravidezes múltiplas estes músculos facilitam o parto por já se encontrarem estirados

- Capacidade do colo uterino para se apagar e dilatar
- Capacidade do canal vaginal e do períneo para se distenderem

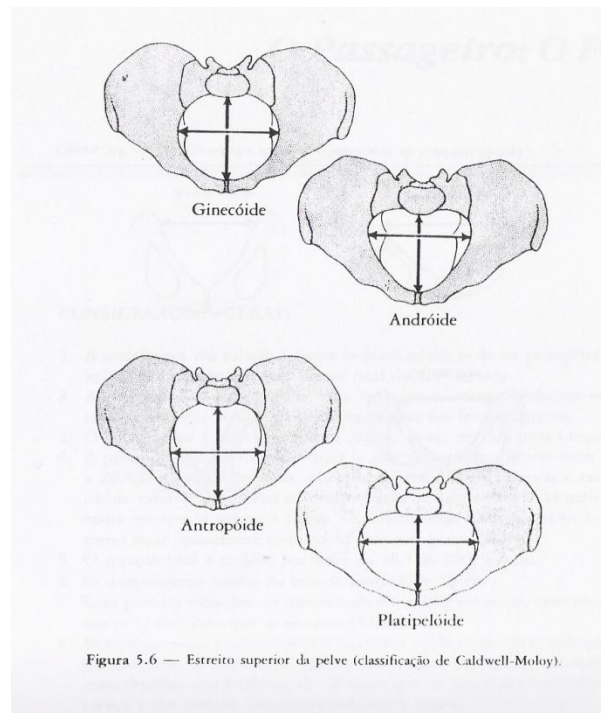
No momento do parto o cóccix faz um movimento de retroponção, facilitado pelo relaxamento das zonas (sobre actuação da hormona relaxina)

### Feto

Deve realizar uma série de manobras sincronizadas para adaptar a sua descida ao canal de parto (Bacia Materna). O modo como se movimenta através do canal de parto resulta da interacção de vários factores:

### Tamanho da Cabeça Fetal

- Estrutura de maior tamanho no feto a termo, e menos compressível
- Tem a capacidade de se moldar ao ser submetida à pressão sobre os ossos



→ **Moldagem** - É a capacidade da cabeça fetal de alterar a sua forma, e se adaptar à bacia materna inflexível, capacidade essa adquirida graças à pouca adesividade das suturas cranianas e à existência de fontanelas.

Em caso de distócia de ombros: utilização de fórceps, quebra da sínfise púbica e, em último caso reintroduz-se o bebé e é feita uma cesariana.

**Suturas** - espaços ocupados por membranas entre os ossos (suturas membranosas)

Sagital                  Lambdóide                  Coronal                  Frontal

**Fontanelas** - locais de intercepção das suturas (espaços membranosos)

Anterior ou Bregma (Losangular)

Posterior ou Lambda (Triangular)

Ao identificá-las pode-se diagnosticar a variedade da apresentação do feto

### Diâmetros cefálicos

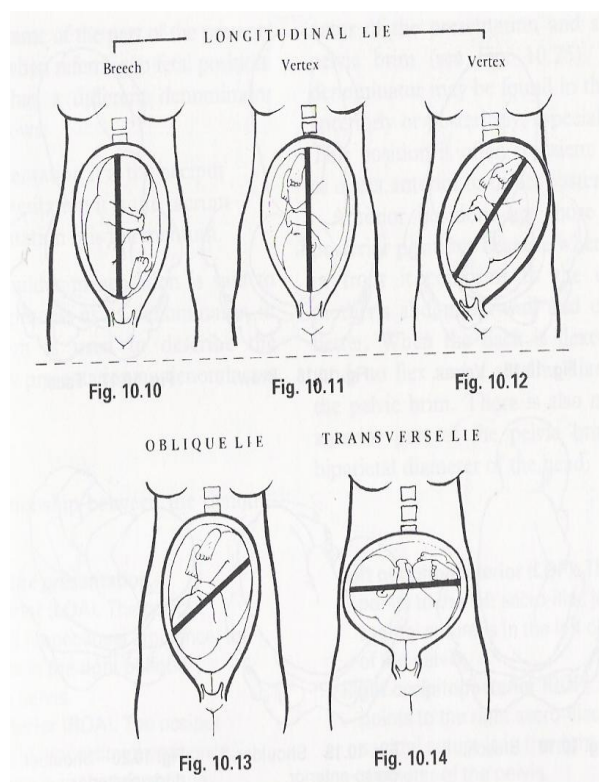
Suboccipito-begmático

Occipito-frontal

Vertico-mentoniano

**Relações Feto-Pélvicas** - Para descrever a posição do feto na bacia materna e o seu nível de descida.

Estádio de apresentação: Relação entre a porção mais inferior da apresentação, com um linha imaginária entre as espinhas esquiáticas da bacia materna



### Atitude Fetal

Relação de flexão ou extensão entre os vários segmentos corporais do feto (adaptação ao formato da cavidade uterina). Condiciona as relações feto-pelvicas.

Ovóide - Flexão geral: dorso marcadamente flectido, cabeça flectida sobre o tórax, coxas flectidas a nível as articulações dos joelhos, braços cruzados sobre o tórax.

(cefálico em flexão, indiferente ou desflexão)

### Situação Fetal

Relação entre o maior eixo do feto (coluna vertebral) e o maior eixo materno (coluna vertebral).

Longitudinal (paralelo) : cefálica ou pélvica

Transversa (perpendicular) : ombros

Obliqua

**Apresentação Fetal** - Parte do feto que entra no estreito superior da bacia materna em primeiro lugar e que lidera toda a passagem através da canal de parto.

Parte do corpo fetal acessível ao toque durante o trabalho de parto.

Cefálica (96%)

Pélvica (3%)

Ombros (1%)

**Variedade Fetal** - Relação entre o ponto de referência da apresentação e as referências anatómicas da bacia materna.

♣ Cefálica- vertice:occipito;

    fronte:raiz do nariz

    face:mento

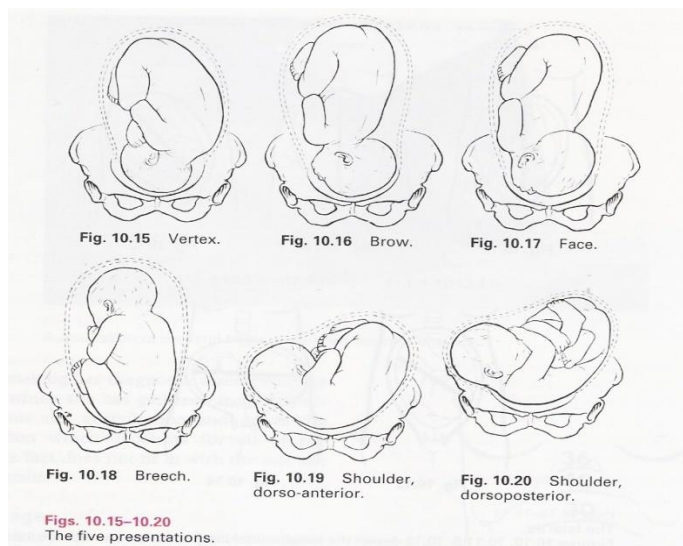
♣ Pélvica- sacro

♣ Transversa- ombro:acrómio

Íliaco

Direita/Esquerda

Anterior/Posterior



### As contracções

A intensidade das contracções uterinas é a *força* de mais importância para o processo do TP. Quando existe alguma avaria na máquina de leitura podemos colocar a mão na barriga da grávida e sentir o ramo ascendente, o pico e o ramo descendente da contracção. Durante a contracção os vasos uterinos são pressionados e o bebé não é oxigenado.

Finalidades:



- Apagamento e dilatação do colo uterino
- Facilitação da descida, rotação e expulsão do feto
- Descolamento e expulsão da placenta
- Conservação da hemostase após a dequitação

→ Frequência - intervalo entre as contracções, período de tempo entre o início de uma contracção e o início da seguinte, esta aumenta com a progressão do TP (padrão regular). Expressa em nº de contracções em 10'

→ Duração - período de tempo que dura a contracção, esta aumenta com a progressão do TP. Expressa em ''

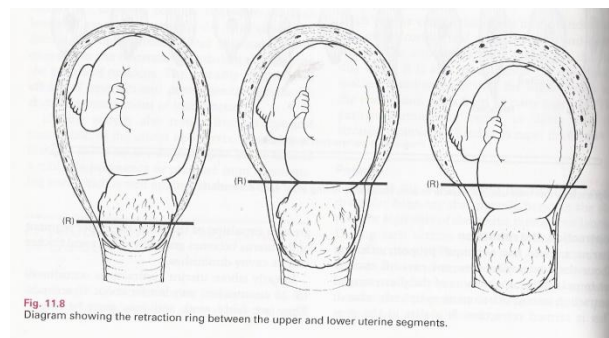
→ Intensidade - a força da contracção. Ocorrem com uma curva em três fases: ascendente (período de intensidade crescente); pico (intensidade máxima); descendente (período de intensidade decrescente), esta aumenta com a progressão do TP. Expressa em mmHg (fraca, média, forte).

→ Período de relaxamento - intervalo entre as contracções.

♣ Têm origem em pontos específicos das camadas musculares mais espessas do segmento superior do útero, a maioria no fundo do útero. As fibras do fundo do saco vão contraindo e tornando-se cada vez mais pequenas, puxando as de cima e abrindo o útero.

Triplo Gradiente descendente:

- ♣ Propaga-se do segmento superior para o inferior
- ♣ Diminui a intensidade no mesmo sentido
- ♣ Diminui a duração no mesmo sentido



→ Durante o TP o útero diferencia-se em dois segmentos:

Segmento superior - Activo - encurta e engrossa as fibras uterinas

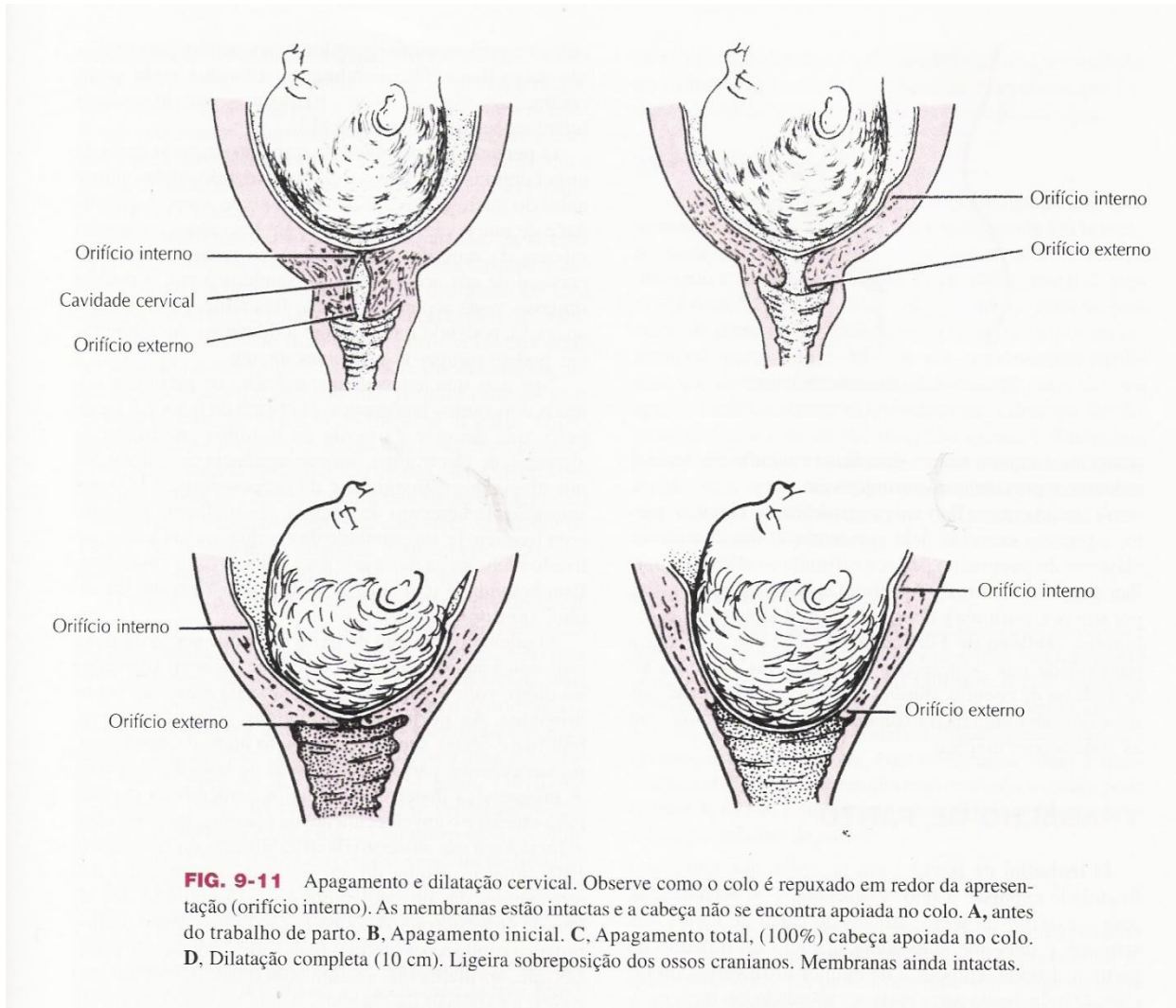
Segmento inferior - Passivo - adelgaça as fibras uterinas

Contracções Primárias ou Involuntárias - São responsáveis pelo apagamento e dilatação do colo

♣ Apagamento - Consiste no encurtamento e adelgaçamento (fase inicial do TP). O grau do apagamento é expresso em percentagem.

♣ Dilatação - Consiste no alargamento do orifício e do canal cervical, de forma a permitir o nascimento de um feto de termo. (dilatação completa: 10cm - o colo deixa de ser palpável)

Capacidade da musculatura uterina de manter a retracção - *brachystasis*



#### Contrações Secundárias ou Voluntárias

♣ **Carácter expulsivo** - quando a apresentação atinge o pavimento pélvico a mulher sente necessidade de fazer força. A descida/expulsão do feto é auxiliada pelo esforço voluntário realizado pela mãe (não produzem qualquer efeito na dilatação cervical).

♣ **Contração do diafragma e músculos abdominais** aumenta a pressão intra-abdominal que comprime o útero, empurrando o seu conteúdo para o canal de parto.

#### **A posição da mãe**

Influencia a adaptação anatómica e fisiológica ao TP

**Posições Verticais** (andar de pé, sentada ou de cócoras):

Favorecem as mudanças frequentes de posição - promove o conforto

Favorecem a descida do feto - acção da força da gravidade

Encurta o TP - contracções uterinas mais eficazes

Reduz a incidência de compressão do cordão

Favorecem o débito cardíacos - retorno venoso condicionado pelas contracções

Favorecem a irrigação utero-placentar

Estimulam o reflexo de Ferguson

### **A psique**

♣ Parto como um acto meramente biológico: exigência de técnicas adequadas, que decorrem num ambiente despersonalizado

♣ Parto como processo psicológico e social, com carga emocional grande e revestido de significado intenso:

- Transição de papéis

- Expressão da personalidade do casal

A adaptação materna ao TP depende:

- Confiança que tem em si própria

- Capacidade para enfrentar o stresse

- As suas atitudes e expectativas sobre o parto

- A reacção à dor

- Outras alterações funcionais

♣ Acontecimentos anteriores ao TP

- Insinuação - encravamento da cabeça fetal na bacia materna

O útero desce/o bebé desceu

Melhoria da capacidade respiratória

Aumento da frequência urinária

♣ Eliminação Vaginal - modificações cervicais e aumento da pressão - o rolhão mucoso desloca-se, o sangue que o acompanha resulta da ruptura de vasos superficiais

♣ Falso trabalho de parto - contracções indolores, irregulares e de intensidade variável, sem dilatação do colo, diminuem com o repouso

### **1º estágio do TP**

Corresponde ao apagamento e dilatação cervical Tem início com as primeiras contracções e termina com a dilatação completa do colo

1ª fase - fase latente - até ao apagamento do colo e 3/4cm de dilatação

2ª fase - fase activa - entre os 3/4cm e os 8cm de dilatação - normalmente entra no BO

3ª fase - fase de transição - entre os 8 e os 10cm de dilatação

## **2º estágio do TP**

Decorre desde a dilatação completa até ao nascimento do feto. Como mostra na imagem o bebé vai sair com a cabeça a direito e quando esta é totalmente exteriorizada é virada para a coxa da mãe, de modo a facilitar a expulsão dos ombros.

**3º estágio do TP** - Desde a saída completa do feto até à expulsão da placenta e das membranas

## **4º estágio do TP**

Compreende as 2h imediatamente após o parto

Corresponde ao puerpério imediato

### **Mecanismo do trabalho de parto:**

♣ Sequência de movimentos do feto à passagem pelo canal de parto / ajuste que o passageiro faz à passagem

♣ Compreende as rotações e ajustamentos necessários no processo de parto.

#### **♣ Sete movimentos cardinais**

- Encravamento - quando o diâmetro biparietal atravessa o estreito superior da bacia

- Descida - Progressão da apresentação através do canal de parto

- Flexão - logo que a cabeça encontra resistência (colo, pavimento pélvico), ocorre a flexão, ficando o mento em contacto com o externo

- Rotação interna - rotação da cabeça em que o occipital roda anteriormente e a face roda posteriormente

- Extensão - quando a cabeça atinge o perineo sobre uma desflexão anterior. O occipital passa primeiro o bordo da sínfise púbica e a cabeça emerge por extensão

- Restituição e rotação externa - após a expulsão da cabeça, esta roda rapidamente para assumir a posição que ocupava quando estava no estreito superior. A rotação externa ocorre à medida que os ombros encravam e descem, o ombro anterior em primeiro lugar

- Expulsão - depois da expulsão dos ombros, a cabeça e os ombros são elevados e o tronco do bebé é exteriorizado num movimento de flexão lateral em direcção à sínfise pública

## Controle da Dor no Trabalho de Parto

O nascimento de um filho deve ser uma das experiências mais gratificantes na vida

- ♣ O modo como cada parto é vivido é influenciado pela dor a que está associado
- ♣ O medo do desconhecido e da dor são elementos presentes em todas as mulheres
- ♣ A percepção da dor é algo muito individual e a reacção à mesma também

### **Estratégias**

- ♣ Promoção de ambiente adequado
- ♣ Adopção de medidas de controlo da dor
- ♣ Implementação de medidas terapêuticas

### **As manifestações da dor**

#### ♣ Fisiológicas

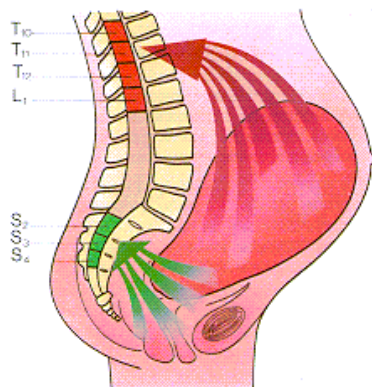
- ↑ TA
- ↑ Pulso
- ↑ FR
- Palidez
- Diaforese
- Surtos de náuseas e vômitos

#### ♣ Culturais

- Silêncio
- Grito
- Canto
- Movimentos estereotipados

#### ♣ Afectivas

- ↑ Ansiedade
- ↓ Campo preceptivo
- Contorções
- Gemidos
- Gesticulação
- Excitabilidade muscular generalizada



### **Efeitos nefastos da dor**

- ♣ Mãe: aumento do trabalho cardíaco, hiperventilação, aumento do consumo de oxigénio
- ♣ RN: diminuição da perfusão placentar, hipoxia, acidose, sofrimento fetal
- ♣ Progressão do TP: prolongamento do TP

## Controlo Não Farmacológico da Dor

### ♣ Métodos de Preparação para o parto

- Método Dick Read: Informação, exercícios de preparação do corpo, relaxamento e padrões respiratórios
- Método Psicoprofilático (Lamaze): Relaxamento muscular controlado, padrões respiratórios, técnicas de focalização em pontos agradáveis

### ♣ Técnica de Relaxamento

#### ♣ Técnicas de respiração

- 1º estágio - ensinamos à grávida a, durante a contração, respirar lentamente e profundamente pelo nariz e expirar lentamente (para evitar hiperventilação)
- Entre os 8 e os 10 cm de dilatação é muito difícil de aplicar esta técnica
- Antes do período expulsivo, para evitar a realização de força, ensinamos a grávida a respirar rápido e superficialmente
- Durante a expulsão do feto
  - Antes da contração respirar profundamente
  - Quando sentir a contração, deve agarrar-se a algo e com a cabeça no queixo faz força na zona perineal

### ♣ Estimulação transcutânea dos nervos

♣ **Effleurage** (massagem na barriga com movimentos circulares, [ideal para o companheiro fazer](#)) e **pressão sagrada** (na altura da contração aguda)

### ♣ Hidroterapia - parto na água

### ♣ Visualização

### ♣ Pensamento positivo

### ♣ Massagem

### ♣ Toque - toque terapêutico

♣ **Terapias complementares:** Musicoterapia, Aromaterapia, Acupuntura - acunpressão (shiatsu), Sofrologia

## Controlo Farmacológico da dor

### A ANALGESIA EPIDURAL NO PARTO

No organismo humano existe um conjunto de órgãos, a que chamamos Sistema Nervoso, formado por células especiais, que transmitem e interpretam as sensações.

A dor é uma sensação desagradável, de intensidade muito variável, consoante as circunstâncias da sua génese. O seu tratamento eficaz exige que se tenham conhecimentos profundos quanto às suas causas, mecanismos e circuitos de condução dos estímulos dolorosos, meios de controlar esses mecanismos, medicamentos e técnicas mais adequadas para o tratamento. O anestesista é um médico especializado em tudo o que se relaciona com a dor e seu tratamento. Conhece bem o Sistema Nervoso do nosso organismo, assim como os medicamentos e as técnicas de anestesia local e geral. Com a utilização do medicamento certo, pela via de administração adequada, consegue anular ou minimizar os estímulos de dor, enviados ao cérebro pelas fibras nervosas.

Também controla o tempo de actuação do medicamento. Assim poderá administrar a dose ou doses necessárias para alívio da dor, durante todo o período de tempo em que esta possa existir.

A analgesia epidural é uma técnica locorreional que permite o alívio da dor, mantendo-se a parturiente consciente e completamente colaborante.

Numa anestesia geral, o anestésico é injectado na circulação sanguínea. Atravessa a placenta e atinge o bebé. Na analgesia epidural isso não acontece. O anestésico local atravessa a barreira da placenta numa quantidade desprezível, não comprometendo o bem estar do bebé. As fibras nervosas que transmitem os estímulos dolorosos da região inferior do organismo, são bloqueadas directamente, não sendo necessário administrar medicamentos através da circulação sanguínea.

Para realizar a analgesia epidural, o anestesista introduz uma agulha especial entre duas vértebras da coluna lombar e coloca um dispositivo tubular, muito fino, no espaço epidural - o cateter epidural. A execução da técnica não é dolorosa para a grávida, sentindo apenas uma ligeira picada para anestesiar a pele. O anestésico injectado através do cateter, alcança rapidamente as fibras nervosas, bloqueando os estímulos dolorosos originados no útero e órgãos genitais. A analgesia epidural faz desaparecer a sensação de dor, 10 a 15 minutos após a primeira injeção.

Todas as vezes que a dor recomeça, é injectada uma pequena dose adicional, através do cateter epidural. As contracções do útero continuam (e é normal que a parturiente tenha a percepção de tal facto), prosseguindo o trabalho de parto. Desta forma, a parturiente mantém-se activa e colaborante - aspecto da máxima importância para que o trabalho de parto decorra com normalidade - sem a dor constante e extenuante que a impede de apreciar verdadeiramente o nascimento do seu filho.

Entretanto, a analgesia epidural também facilita e favorece a evolução da dilatação do colo do útero. Entre outras consequências, a dor determina algumas alterações hemodinâmicas e faz com que a parturiente respire de uma forma rápida e superficial, levando a que menos oxigênio alcance o bebê.

O alívio eficaz da dor, obtido com a analgesia epidural, constitui um contributo da máxima importância para anular ou minimizar tais inconvenientes. Uma parturiente calma e desperta obtém as melhores condições para que o seu bebê ultrapasse com um mínimo de sofrimento o stress do trabalho de parto.

O anestesista mantém-se acessível durante todo o trabalho de parto. Controla, através da observação clínica e por meio de aparelhos, todas as funções vitais do organismo. Assim, a tensão arterial, os batimentos cardíacos e a respiração, por exemplo, são continuamente verificados. Também o bebê é controlado através de um aparelho que monitoriza os seus batimentos cardíacos e a intensidade das contracções do útero - o cardiotocógrafo.

#### *AS CONTRA-INDICAÇÕES E OS RISCOS*

A analgesia epidural é uma técnica praticada há mais de 30 anos, cada vez mais utilizada.

Entretanto, é importante saber-se que, em alguns casos, está contra-indicada: - p.e. quando há uma infecção localizada ou generalizada e quando existem alterações da coagulação sanguínea. Também deve evitar-se quando exista doença do sistema nervoso central ou quando estão a ser utilizados certos medicamentos com efeitos sobre o sistema de coagulação sanguínea.

Graças ao aperfeiçoamento dos equipamentos e ao aparecimento de novos medicamentos, a analgesia epidural realiza-se hoje de forma muito segura. As complicações são extremamente raras. De tal forma que, ponderando o risco e o benefício da sua utilização, a opinião unanime de toda a comunidade científica é a da sua recomendação.

Igual posição é da generalidade das mulheres que dela usufruíram para analgesia de parto, manifestada na resposta a inquéritos que lhes foram dirigidos após a alta, nos mais diversos países.



# CONSULTA DE SAÚDE MATERNA

## *Puerpério*

### Adaptação ao RN

#### Amamentação

##### *Vantagens do Aleitamento Materno*

O leite materno é a forma natural da mãe alimentar o seu filho, como tal, não existe melhor alimento para o bebé. Além de em termos nutricionais estar perfeitamente adaptado às necessidades do bebé, também do ponto de vista imunológico é inigualável, protegendo a sua saúde como nenhum outro.

O Aleitamento Materno também favorece a saúde da mãe e é, obviamente, vantajoso em termos económicos e ecológicos.

O vínculo que se forma entre o par de amamentação Mãe/Filho é muito forte, reforçando a afectividade entre ambos, sendo muito menos provável que uma mãe que amamente, abandone ou maltrate o seu filho. Tanto a mãe como o filho saem desta experiência mais enriquecidos e com uma maior segurança e auto-estima.

Contudo, a falta de informação e apoio prático, levam a que muitas mães, apesar de todas estas vantagens, não consigam superar as dificuldades com que se deparam no decorrer da amamentação e esta se torne, em vez de um prazer, uma situação desesperante, o que leva ao abandono precoce da amamentação. É notório que as taxas de amamentação são muito mais baixas do que seria desejável.

##### *Como Amamentar*

A amamentação deverá ser o mais natural possível. Os elementos artificiais que usualmente são recomendados, na maioria dos casos, prejudicam o decurso natural da amamentação. Para ter uma ideia, as bombas utilizadas durante o engurgitamento podem desequilibrar a produção de leite na sua adaptação oferta/procura; os mamilos de silicone estão associados a menor produção de leite e as chupetas e tetinas utilizadas precocemente estão na origem da "confusão de mamilos" (*nipple confusion*), uma confusão comum do bebé, por não saber distinguir a pega da chupeta e a pega no peito da mãe, **sendo a pega correcta a base essencial para uma amamentação bem sucedida.**

É essencial que, ao sentir a subida de leite proceda aos seguintes passos:

- **colocação de sacos de água quente antes de cada mamada:** utilize um saco de água quente ou algo similar (sacos de gel, garrafa com água quente) em períodos de meia hora, antes das mamadas, seguidos de massagens;

- **massagem:** a massagem deverá ser feita pondo um pouco de óleo de amêndoas doces ou manteiga de cacau na ponta dos dedos, em pequenos círculos à volta do seio. Seguidamente, com os dedos em

forma de pente, penteie em direcção ao mamilo, em direcção descendente, com movimentos suaves, de forma a desbloquear os canais de leite e a desfazer eventuais nódulos. (uma posição inclinada favorece este tipo de massagem).

## Contracepção Pós-Parto

### **As pílulas**

Na mulher que amamenta, e tendo em conta que várias das substâncias ingeridas pela mãe podem passar para o bebé, existe um vasto leque de opções. Mas não será de mais recordar que não existem métodos 100% seguros.

Neste contexto, é importante ter em conta que este grupo de fármacos envolve essencialmente dois grupos de medicamentos: os que são constituídos apenas por um progestativo (também chamada mini-pílula) e os que são constituídos por estrogéneos e progestativos (também chamados combinados - a pílula vulgar).

Apesar destes últimos serem mais eficazes e, por isso mesmo, serem habitualmente a hipótese de escolha para uma mulher que não queira engravidar, podem interferir com a produção de leite, o que os torna apenas uma boa opção para as mulheres que não querem ou que pararam de amamentar. Existem, no entanto, pílulas combinadas com doses muito reduzidas, havendo já alguns especialistas que as utilizam nesta fase.

Para terem uma eficácia máxima, as pílulas apenas com progestativo devem ser tomadas diariamente, sem interrupção, e constituem uma boa escolha para todas as mulheres que querem amamentar, mesmo tendo em conta que a sua eficácia é ligeiramente inferior à das pílulas combinadas.

Outra diferença entre estes dois anticonceptivos é que se as pílulas combinadas se associam normalmente a menstruações regulares, esta mini-pílula condiciona as irregularidades menstruais, o que, apesar de algum desconforto, não interfere com a saúde da mulher.

A hipótese de as substâncias presentes nas pílulas poderem passar para o leite materno tem sido bastante estudada. Tendo em conta que a pílula existe há mais de 30 anos e que, até agora, ainda não foram demonstrados efeitos adversos nos recém-nascidos, a comunidade científica é consensual quanto à sua segurança durante a amamentação.

Além da via oral, os progestativos podem ser utilizados por via injectável. Neste contexto, destaca-se o implante subcutâneo, com uma utilização crescente em Portugal durante os últimos anos e que apresenta como vantagem o facto de evitar a necessidade da toma diária de um comprimido, muitas vezes esquecido, bem como a sua longa duração: pode chegar aos 3 anos, sem qualquer perda de eficácia.

A sua colocação, bem como a sua extracção, consistem num processo relativamente simples e que requer apenas uma anestesia local e alguns minutos, sendo que a mulher pode de imediato voltar para junto do seu bebé, sem limitações relativamente aos seus cuidados.

## **Dispositivos intra-uterinos**

Nos casos em que existem contra-indicações para tomar hormonas, os dispositivos intra-uterinos, vulgarmente chamados de DIU, são outra opção à disposição da mulher. Trata-se de um pequeno objecto que actua apenas localmente, quer por via hormonal, quer através de uma acção mecânica e inflamatória, criando um ambiente adverso à vida dos espermatozóides. Podem ser colocados imediatamente a seguir à saída da placenta.

No entanto, a maioria dos médicos prefere esperar até que as alterações ocorridas no útero durante a gravidez tenham voltado ao normal, o que acontece perto da 6ª semana pós-parto, visto ser menor o risco de expulsão ou deslocamento do dispositivo durante esta altura. Qualquer deles tem como vantagem uma eficácia ligeiramente acima dos 99% (o que os coloca à frente das pílulas de toma oral) e o facto de durarem 3 a 5 anos, podendo ser retirados assim que a mulher o deseje.

Quanto às desvantagens, os dispositivos que actuam principalmente por via hormonal condicionam menstruações irregulares e, ocasionalmente, pequenas perdas de sangue, enquanto aqueles que actuam preferencialmente por acção inflamatória costumam estar associados a menstruações mais prolongadas e, em alguns casos, mais dolorosas.

Os DIUs estão, assim, especialmente indicados para todas as mulheres que não pretendam engravidar mais ou, pelo menos, durante um longo período de tempo, bem como para todas aquelas com má tolerância à pílula ou para quem o esquecimento da sua toma é uma preocupação.

## **Os métodos irreversíveis**

Há mulheres que, por terem decidido não ter mais filhos, optam por uma esterilização cirúrgica. Neste contexto, existem essencialmente duas opções, ambas com uma eficácia que ultrapassa os 99% e ambas dificilmente reversíveis: a laqueação de trompas e a vasectomia.

Independentemente da decisão que se tome, esta deverá ter subjacente a ideia de que o casal, ou pelo menos um dos seus membros, se está a submeter a um procedimento que é irreversível na maioria das situações.

No caso da laqueação de trompas, esta pode ser realizada durante uma cesariana, ou nas 24 a 48 horas pós-parto, no caso de um parto vaginal. Pode ser realizada por laparoscopia ou através de uma pequena incisão acima dos ossos púbicos.

[Cuidados ao Périneo](#)

[Cuidados com a Mama](#)

[Cuidados Pós-Parto](#)

## Hábitos alimentares e estilos de vida

### Prevenção de acidentes – Mãe e Criança

#### Diagnóstico Precoce: TESTE DO PEZINHO OU TESTE DE GUTHRIE

O **teste do pezinho** ou teste de Guthrie, é um exame realizado entre o 3º e 7º dia de vida do recém-nascido, para diagnosticar precocemente doenças metabólicas e genéticas. Estas doenças poderão causar alterações graves no bebé, que se não forem diagnosticadas e tratadas poderão provocar sequelas para o resto da vida. Este exame tem este nome devido a ser realizado no pé do recém-nascido. É escolhido o calcanhar porque é uma zona rica em vasos sanguíneos, o que permite colher o sangue necessário apenas com uma picadela.

#### **Como se efectua o exame:**

É picado a face lateral do calcanhar e colhido uma amostra de sangue. As gotas são colhidas numa folha de papel de filtro específico para o exame e enviado ao laboratório.

O resultado demora até cerca de 10 dias. Pode ser enviado para casa dos pais ou consultado na internet.

O Kit onde vem o material da colheita, contém o site e o código para se poder consultar o resultado na internet.

#### **DOENÇAS RASTREADAS**

- HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO

- DOENÇAS HEREDITÁRIAS DO METABOLISMO:

##### **Aminoacidopatias**

Fenilcetonúria (PKU) / Hiperfenilalaninemias

*A Fenilcetonúria e as Hiperfenilalaninemias são doenças hereditárias do metabolismo do aminoácido fenilalanina. Devido à deficiência na enzima fenilalanina hidroxilase (PAH), enzima responsável pela metabolização da fenilalanina, este aminoácido acumula-se em quantidades tóxicas para o organismo. O tratamento destas doenças consiste numa dieta hipoproteica restrita em fenilalanina.*

##### **Acidúrias Orgânicas**

Doenças Hereditárias da  $\beta$ -oxidação Mitocondrial dos Ácidos Gordos

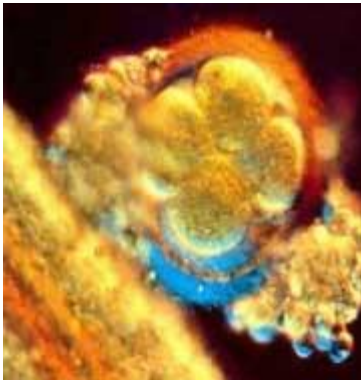
## APÊNDICE 7: DESENVOLVIMENTO INTRA-UTERINO



### A CONCEPÇÃO

Entre 200 a 600 milhões de espermatozoides são depositados no interior da vagina, iniciando sua jornada em direção ao óvulo. Muitos sucumbem porque são mais fracos; outros se perdem no meio do caminho. Os melhores nadam, agitando suas caudas que são o seu meio de locomoção. Finalmente, o pequeno número de sobreviventes que restou daquela multidão inicial, aproxima-se do óvulo (que para ele se configura imenso).

O óvulo é cerca de 85 mil vezes maior do que o espermatozoide. Alguns tentam penetrar no óvulo. Finalmente apenas um consegue. Dá-se a fecundação.



A fecundação (fertilização ou concepção) ocorre com a fusão ou encontro dos gametas feminino (óvulo) e masculino (espermatozoide), acarretando na constituição de uma nova célula, o ovo ou zigoto, que carrega características da mãe (óvulo) e do pai (espermatozoide).

Inicia-se, então, um processo de divisões do zigoto em 2 células, 4 células, depois 8 células e assim sucessivamente, é o começo da formação do novo ser...

### É o milagre da reprodução!

No final da **PRIMEIRA SEMANA após a fecundação**, inicia-se o processo implantação da massa de células na parede uterina.



### O EMBRIÃO

Sabemos, hoje, que os talentos e habilidades apresentadas pelo bebê começam a se desenvolver muito antes dele nascer. Diversos estudos têm evidenciado que o embrião é um ser inteligente e muito mais complexo do que nós imaginávamos.

Na **5ª SEMANA de gestação**, contada a partir do primeiro dia da última menstruação, ou seja, **3ª SEMANA após a fecundação**, seu sistema nervoso começa a se formar e começam a despontar pernas e braços. Surgem, pela primeira vez, movimentos bruscos.



A nutrição do embrião entre **4ª e 5ª SEMANAS de gestação** é feita através da *Vesícula Vitelina*. Ao se completar **5 SEMANAS de gestação**, há junção dos vasos do embrião com os vasos da placenta em formação, sendo o início da chamada *circulação umbilical* (feto-placentária).

A **placenta** será formada por tecidos maternos e fetais (sendo um órgão misto) e será a responsável final pelas trocas entre a mãe e o bebê.



Entre a **5ª e 10ª SEMANAS de gestação**, os principais órgãos e sistemas do embrião se formam, e à medida que essas estruturas se desenvolvem elas afetam a imagem do embrião, que vai adquirindo figura humana.

Na **6ª SEMANA**, sua boca começa a se formar e seu coraçãozinho rudimentar pode visto batendo.

O embrião mede de 4 a 9 mm. O seu coração e coluna são visíveis, assim como os brotos que formarão os braços e as pernas.



Com **7 a 8 SEMANAS de gestação**, o embrião é capaz de realizar movimentos muito simples.

Nesta fase, o embrião terá em torno de 2,2 cm.



Com **8 a 9 SEMANAS de gestação**, o embrião mede aproximadamente 3 cm e pesa cerca de 10g.

Ao final da **8ª SEMANA de gestação**, os dedos já estão formados e separados, podendo ser reconhecido o punho e o cotovelo do braquinho do bebê.



#### **O FETO**

Ao final da **10ª SEMANA de gestação**, o embrião já se encontra praticamente todo formado (coração, pulmões, rins, fígado e intestinos) e tem-se início, a partir daí, do período fetal.

A partir de **10 SEMANAS de gestação**, durante o período fetal, haverá basicamente a maturação e crescimento dos órgãos e sistemas do bebê.



O feto vive dentro de um saco amniótico contendo líquido que o envolve e o protege. Nesse ambiente flutuante e sem peso, ele se move ativamente. Com **11 SEMANAS**, dentro de seu corpinho, todos os órgãos já estão no devido lugar. Tudo o que se encontra em um ser humano já está formado.

No final da **11ª SEMANA**, o bebê mede cerca de 5 cm.



Com **12 SEMANAS**, o feto mede cerca de 7 cm e pesa 14 g. A partir de **12 SEMANAS**, o feto já apresenta movimentos espontâneos, embora a mãe ainda não os perceba.

A genitália externa adquire as características peculiares ao sexo genético do bebê, apesar de ainda não ser possível identificar o sexo do bebê ao ultra-som.

Crescem os olhos e as orelhas. Começa a formação dos principais ossos do corpo. Os dedos dos pés e das mãos já estão diferenciados e as suas unhas surgem.



Com **14 SEMANAS**, o feto engole, urina, suga e treina os movimentos respiratórios para o trabalho que seus pulmões vão ter após o nascimento.

Ele mede 8 a 9 cm e pesa cerca de 28 g.

Com **15 SEMANAS** o feto apresenta todos os movimentos presentes em fetos com 9 meses e mede em torno de 10 cm.



A partir da **16ª SEMANA**, os movimentos do feto aumentam, o que é importante para o desenvolvimento dos seus músculos e ossos. Suas feições estão bem definidas e pode-se identificar o sexo do bebê nos exames de ultra-sonografia.

Seus órgãos e sistemas continuam em desenvolvimento!

Ao final da **16ª SEMANA**, seu bebê medirá por volta de 11cm.





Entre **16 e 18 SEMANAS**, além de começar a fazer caretas, levantar as sobrancelhas e coçar a cabeça, ele começa a desenvolver o sentido do paladar. Nesta idade, as papilas gustativas já estão desenvolvidas.



Com **19 A 20 SEMANAS** seus movimentos começam a ficar mais coordenados, contrastando com os movimentos iniciais que eram reflexos mais primitivos. É capaz de ficar ereto e impulsionar o corpinho para frente.

Seu cérebro pesa cerca de 90g. Aparecem os primeiros fios de cabelo. Inicia-se a formação do "*vernix caseoso*" que é uma camada de gordura que reveste externamente o feto. Esta "capa de gordura" tem a função de proteger sua pele num ambiente aquático. Nesta fase o feto já pesa cerca de 300g.



Com **21 a 24 SEMANAS**, ocorre a maturação do sistema auditivo. O futuro bebê consegue ouvir e reconhecer a voz materna. Pode até se interessar por alguns estilos musicais. Apesar de já ser um "bebê miniatura" quase não há chances de sobrevivência fora do útero.

Este é o período mais apropriado para a realização de uma ultrassonografia para avaliar os detalhes do futuro bebê.

Na **24ª SEMANA** seu bebê pesará cerca de 600g.



Com **25 SEMANAS**, seu bebê está pesando, em média, 800g e as suas chances, a partir de então, caso haja um parto prematuro, começam a existir, dependendo do suporte que lhe for oferecido.

Com **27 a 28 SEMANAS**, o feto pisca os olhos. Fecha os olhos quando dorme e abre-os quando está acordado. Pesa em média 1,1kg e mede cerca de 30 cm.





Com **30 a 34 SEMANAS**, o feto continua o seu processo de crescimento e desenvolvimento. O tecido adiposo vai se formando rapidamente e torneando o corpinho do bebê.

Com **34 SEMANAS**, o feto pesa em média 2,2kg e mede cerca de 40 cm.



Após **34 SEMANAS de gestação**, o pulmão fetal já tem capacidade de sintetizar as substâncias necessárias para a respiração do bebê fora do útero.

Entre **35 e 37 SEMANAS de gestação**, com o aumento do seu tamanho, o feto tentará todas as posições possíveis dentro do útero até encontrar a melhor. Geralmente esta posição é de cabeça para baixo, enquanto as nádegas ocupam a parte superior do útero. Esta é a posição ideal para o nascimento. Com **37 SEMANAS de gestação**, o feto tem um peso médio de 2,8 kg e 49 cm de comprimento.



A partir de **37 SEMANAS** completas, a gestação é considerada como gestação a termo, ou seja, o feto está pronto para nascer a partir desse momento!

Seu organismo está totalmente formado e maduro. Com um peso médio de 3,4kg e comprimento de 50 cm na 40ª SEMANA, ele já não consegue se mexer muito, aguardando, na posição certa, a grande hora do nascimento!!

### Fisiologia da lactação

Nos alvéolos a secreção de leite é estimulada pela PROLACTINA

- A lactogénese inicia-se durante a última fase da gravidez
- A síntese e secreção de leite após o parto estão relacionadas com a descida dos níveis de progesterona e estrogénio (na sequência da expulsão da placenta) que deixam de ter um efeito inibidor da acção da prolactina.

### Reflexo da prolactina

- O acto de sucção promove impulsos sensoriais que vão do mamilo para o hipótalamo. Este estimula a hipófise anterior que, por sua vez, segrega a PROLACTINA.
- A Prolactina vai através da corrente sanguínea estimular a PRODUÇÃO de LEITE, nos ALVÉOLOS
- A maior parte da PROLACTINA permanece em circulação até cerca de 30 minutos após a mamada - o que faz com que a mama produza leite para a mamada seguinte
- Durante cada mamada, o bebé ingere o leite que já estava na mama, como resultado da acção da PROLACTINA produzida na mamada anterior

### Alguns aspectos importantes da acção da prolactina

- Durante a noite é produzida mais Prolactina; portanto, amamentar durante a noite é importante para manter a produção de leite
  - A Prolactina favorece o relaxamento e por vezes provoca sonolência; isto favorece o descanso, mesmo que a mulher amamente durante a noite
  - Os níveis elevados e constantes de Prolactina inibem a ovulação - FSH (amamentar pode adiar uma nova gravidez, sobretudo se a frequência das mamadas não for superior a 6 horas, nomeadamente durante a noite) - mesmo que a mulher não amamente, pode estimular o mamilo
- É importante instituir a amamentação logo após o nascimento para estimular a produção de PROLACTINA (mesmo que a mãe "pense" que não tem leite suficiente).

### Reflexo da ocitocina

- O acto de sucção promove impulsos sensoriais que vão do mamilo para o hipotálamo. Este estimula a hipófise posterior que, em resposta, segrega a OCITOCINA.
- A Ocitocina estimula a CONTRACÇÃO das Células MIOEPITELIAS, que se encontram em torno dos alvéolos, promovendo que o leite aí colectado flua para os ductos.

Esta acção denomina-se de reflexo de ocitocina ou de ejeção do leite.

### Alguns aspectos importantes na acção da ocitocina

- A Ocitocina é secretada mais rapidamente que a Prolactina. É produzida durante a mamada, exercendo a sua acção nessa mesma mamada.
  - A produção de Ocitocina pode começar mesmo antes do bebé ser colocado a mamar, estimulada pela preparação mental da mãe para amamentar
  - Se o Reflexo de Ocitocina não funciona bem, o bebé pode ter dificuldade em receber leite (pode "ter-se a impressão" que não há produção de leite, o que não é real)
  - A Ocitocina promove a contracção uterina, o que ajuda a eliminar os lóquios e a acelerar a involução uterina. (por isso a mulher pode referir dores uterinas quando amamenta)
- É preciso informar a mulher que estas dores são normais e um bom sinal. Devemos informar também que duram mais ou menos até às 72h e que com o passar das horas a dor vai diminuindo.

### Factores que influenciam o reflexo da ocitocina

#### Factores que facilitam

- Sentimentos agradáveis como sentir-se contente e ter prazer com o seu bebé, tocá-lo, olhá-lo ou mesmo ouvi-lo chorar ...
- Confiança na capacidade de amamentar e convicção de que o seu leite é o melhor alimento para o bebé.

#### Factores que dificultam

- Sentimentos desagradáveis como dor, preocupação, dúvidas por exemplo sobre a qualidade e/ou quantidade do seu leite, situações de stress ...

### Para a promoção de um bom reflexo de ocitocina

- A mulher deverá ter o bebé junto de si, para que possa olhá-lo, tocá-lo e perceber as suas necessidades

(Esta prática, favorece a preparação fisiológica para a amamentação na medida em que estimula o reflexo de ocitocina)

- A mulher necessita de sentir-se bem e ter confiança na sua capacidade de amamentar (É importante que, da "parte de quem cuida", haja sensibilidade para apoiar a mulher, promover a sua autoconfiança e capacidade para amamentar mas tendo presente que esta não deve ser imposta!)

### Controlo da produção de leite pela própria mama - Factor inibidor

- O factor inibidor faz com que os alvéolos deixem de produzir leite quando a amamentação, por algum motivo, não é implementada e as mamas permaneçam cheias.
- É um mecanismo fisiológico, natural, de supressão do processo de lactação

### **Evolução da lactação**

- A primeira secreção mamária é designada de COLOSTRO (líquido fluído, produzido em menor quantidade que o leite mas suficiente e com as características ideais para responder às necessidades do RN no início da vida extra-uterina)
- Pelo 2º - 3º dia inicia-se a transição do colostro para o LEITE, dependendo da estimulação feita pelo bebé ("subida de leite"; "descida do leite")
- A quantidade de leite produzido pela glândula mamária vai aumentando gradualmente, ajustando-se às necessidades do bebé

### Sintomatologia associada à passagem de colostro para leite

A nível local:

- As mamas aumentam de volume, ficam ligeiramente tensas ou muito tensas, duras e dolorosas.

A nível geral

- Pode haver aumento da temperatura corporal (temp. axilar não ultrapassa, em regra, os 38°C) e da frequência cardíaca

Esta sintomatologia é transitória e, se houver os devidos cuidados, desaparecerá ao fim de 24 a 48 horas. O equilíbrio está dependente da produção de leite e o esvaziamento mamário.

### **Evolução normal da lactação**

- O equilíbrio entre a "produção de leite" e o "esvaziamento mamário" é conseguido
- A sintomatologia relativa à transição do colostro para o leite desaparece ao fim de 24 a 48 horas

Nota: Esta evolução deve ser explicada à puérpera, pois pode, mesmo sendo normal, ser factor de grande ansiedade e stress

### **Evolução anormal da lactação**

O equilíbrio entre a "produção de leite" e o "esvaziamento mamário" não é conseguido

A sintomatologia a nível geral e local (na mama) acentua-se, motivo de grande desconforto, preocupação e stress para a puérpera. Se a situação não é resolvida rapidamente pode surgir **INGURGITAMENTO MAMÁRIO** (situação muito dolorosa e ansiogénica).

## APÊNDICE 9: FOLHETOS GRAVIDEZ

## CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL

### *Teste de Diagnóstico Precoce*

#### Situação de Urgência

Manter a calma. Contactar serviço de atendimento de saúde 24 (808 24 24 24)

Ver *Conselhos do Ursinho*.

#### Aleitamento Materno/Alimentação

O leite humano é muito diferente do leite adaptado (leite em pó).

O leite materno contém todas as proteínas, açúcar, gordura, vitaminas e água que o seu bebé necessita para ser saudável. Além disso, contém determinados elementos que o leite em pó não consegue incorporar, tais como anticorpos e glóbulos brancos. É por isso que o leite materno protege o bebé de certas doenças e infecções.

#### Cólicas

Causa: imaturidade do sistema gastrointestinal; persitaltismo provoca dores.

- Massagem abdominal ABC (sentido do ponteiro dos relógios)
- Flexão dos membros inferiores com compressão do abdómen
- Administração de Antiflatulentos

#### Icterícia Neonatal

A icterícia neo-natal resulta da elevação dos níveis séricos de bilirrubina (um produto de eliminação natural do sangue do bebé). Os recém-nascidos apresentam níveis de bilirrubina muito mais elevados do que os adultos.

Por um lado dá-se a destruição fisiológica de glóbulos vermelhos nos primeiros dias de vida (com a conseqüente libertação de bilirrubina), devido ao facto do bebé passar de um ambiente pouco oxigenado para um ambiente cheio de oxigénio, por outro lado os bebés acabados de nascer apresentam uma grande imaturidade do fígado o que impede a metabolização correcta da bilirrubina. Assim o pigmento em excesso no sangue, deposita-se na pele conferindo-lhe um tom amarelo. Esta icterícia denomina-se fisiológica.

Em alguns bebés que são alimentados ao peito, a icterícia pode surgir como resultado da quantidade insuficiente de leite. Uma vez que o bebé não está a mamar muito, os intestinos não funcionam convenientemente e a bilirrubina não é removida do organismo pelas fezes. Recomenda-se que amamente, pelo menos, oito a dez vezes por dia, ou seja, com muita frequência, para permitir o melhor funcionamento dos intestinos do seu bebé. Também nos bebés com alimentação materna a icterícia pode prolongar-se por mais dias.

## Diganóstico Precoce

### **TESTE DO PEZINHO OU TESTE DE GUTHRIE**

O **teste do pezinho** ou teste de Guthrie, é um exame realizado entre o 3º e 7º dia de vida do recém-nascido, para diagnosticar precocemente doenças metabólicas e genéticas. Estas doenças poderão causar alterações graves no bebê, que se não forem diagnosticadas e tratadas poderão provocar sequelas para o resto da vida. Este exame tem este nome devido a ser realizado no pé do recém-nascido. É escolhido o calcanhar porque é uma zona rica em vasos sanguíneos, o que permite colher o sangue necessário apenas com uma picadela.

#### **Como se efectua o exame:**

É picado a face lateral do calcanhar e colhido uma amostra de sangue. As gotas são colhidas numa folha de papel de filtro específico para o exame e enviado ao laboratório.

O resultado demora até cerca de 10 dias. Pode ser enviado para casa dos pais ou consultado na internet. O Kit onde vem o material da colheita, contém o site e o código para se poder consultar o resultado na internet.

### **DOENÇAS RASTREADAS**

- HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO

- DOENÇAS HEREDITÁRIAS DO METABOLISMO:

Aminoacidopatias

Fenilcetonúria (PKU) / Hiperfenilalaninemias

Acidúrias Orgânicas

Doenças Hereditárias da  $\beta$ -oxidação Mitocondrial dos Ácidos Gordos

## Posicionamentos

- Ventral

- Dorsal com vigilância (associado ao síndrome de morte súbita)

- Decúbitos Laterais

- Posicionamento na amamentação

## Prevenção de acidentes/segurança

- Temperatura do ambiente envolvente

- Locais de amamentação

- Sol/Arejamento dos compartimentos da casa

- Posicionamento do bebé

- Berço e locais de repouso

## Informação sobre a assistência na USF: plano nacional de vacinação e consultas de saúde infantil

## CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL

### 1 Mês

#### Tem a quem recorrer em situação de urgência?

Manter a calma. Contactar pessoas de apoio e serviço de atendimento de saúde 24 (808 24 24

24). Sinais de alerta:

- Bebé está “diferente”
- Adormecido ou prostrado
- Irritado
- Pele acizentada
- Dificuldade em respirar
- Gemido, pieira
- Movimento anormais/ convulsões
- Vômitos difíceis de controlar
- Vômitos e febre e cefaleias
- Vômitos com diarreia abundante

#### Conduta face a sinais e sintomas comuns:

##### **Diarreia:**

- hidratar, fornecendo líquidos
- reintrodução gradual dos alimentos, sem forçar
- em caso de persistência, saúde 24

##### **Hipertermia:**

- evitar excesso de roupa, arrefecimento corporal
- Supositório ou xarope antipirético em dose adequada ao peso do bebé
- Banho com água morna
- Fornecer líquidos
- Contacte a saúde 24



### Nauseas e vômitos:

- isolados: não há sinal para alarme.
- continuados: contactar serviço saúde 24
- Fornecer líquidos frios açucarados, à colher
- Reinserção progressiva dos alimentos, sem forçar

### Importância do envolvimento do pai

### Aleitamento materno/Alimentação

O leite humano é muito diferente do leite adaptado (leite em pó).

O leite materno contém todas as proteínas, açúcar, gordura, vitaminas e água que o seu bebé necessita para ser saudável. Além disso, contém determinados elementos que o leite em pó não consegue incorporar, tais como anticorpos e glóbulos brancos. É por isso que o leite materno protege o bebé de certas doenças e infecções.

### Cólicas

Causa: imaturidade do sistema gastrointestinal; peristaltismo provoca dores.

- Massagem abdominal ABC (sentido do ponteiro dos relógios)
- Flexão dos membros inferiores com compressão do abdómen
- Administração de Antiflatulentos

### Escolha de brinquedos

- Peças de grandes dimensões para evitar a introdução na boca e outros orifícios
- Evitar brinquedos com arestas e formas pontiagudas
- Peças coloridas, com diferentes contrastes e com sons agradáveis, para estimulação sensitiva do bebé
- Peças com diferentes texturas e toque agradável

### Monitorização do desenvolvimento da criança

### Posicionamentos

- Ventral
- Dorsal com vigilância (associado ao síndrome de morte súbita)
- Decúbitos Laterais
- Posicionamento na amamentação

### Prevenção de acidentes/segurança

- Temperatura do ambiente envolvente
- Sol/Arejamento dos compartimentos da casa
- Locais de amamentação
- Posicionamento do bebé
- Berço e locais de repouso

### Vacinação

## CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL

### 2 Meses

#### Tem a quem recorrer em situação de urgência?

Manter a calma. Contactar pessoas de apoio e serviço de atendimento de saúde 24 (808 24 24 24). Sinais de alerta:

- Bebé está “diferente”
- Adormecido ou prostrado
- Irritado
- Pele acizentada
- Dificuldade em respirar
- Gemido, pieira
- Movimento anormais/ convulsões
- Vômitos difíceis de controlar
- Vômitos e febre e cefaleias
- Vômitos com diarreia abundante

#### Conduta face a sinais e sintomas comuns:

##### **Diarreia:**

- hidratar, fornecendo líquidos
- reintrodução gradual dos alimentos, sem forçar
- em caso de persistência, saúde 24

##### **Hipertermia:**

- evitar excesso de roupa, arrefecimento corporal
- Supositório ou xarope antipirético em dose adequada ao peso do bebé
- Banho com água morna
- Fornecer líquidos
- Contacte a saúde 24

##### **Nauseas e vômitos:**

- isolados: não há sinal para alarme.
- continuados: contactar serviço saúde 24

- Fornecer líquidos frios açucarados, à colher
- Reinserção progressiva dos alimentos, sem forçar

### Importância do envolvimento do pai

### Aleitamento materno/Alimentação

O leite humano é muito diferente do leite adaptado (leite em pó).

O leite materno contém todas as proteínas, açúcar, gordura, vitaminas e água que o seu bebé necessita para ser saudável. Além disso, contém determinados elementos que o leite em pó não consegue incorporar, tais como anticorpos e glóbulos brancos. É por isso que o leite materno protege o bebé de certas doenças e infecções.

### Cólicas

Causa: imaturidade do sistema gastrointestinal; peristaltismo provoca dores.

- Massagem abdominal ABC (sentido do ponteiro dos relógios)
- Flexão dos membros inferiores com compressão do abdómen
- Administração de Antiflatulentos

### Escolha de brinquedos

- Peças de grandes dimensões para evitar a introdução na boca e outros orifícios
- Evitar brinquedos com arestas e formas pontiagudas
- Peças coloridas, com diferentes contrastes e com sons agradáveis, para estimulação sensitiva do bebé
- Peças com diferentes texturas e toque agradável

### Monitorização do desenvolvimento da criança

#### Posicionamentos

- Ventral
- Dorsal com vigilância (associado ao síndrome de morte súbita)
- Decúbitos Laterais
- Posicionamento na amamentação

### Prevenção de acidentes/segurança

- Temperatura do ambiente envolvente
- Sol/Arejamento dos compartimentos da casa
- Locais de amamentação
- Posicionamento do bebé
- Berço e locais de repouso

### Vacinação

#### Vacina pentavalente contra a difteria, o tétano, a tosse convulsa, a doença invasiva por *Haemophilus influenzae b* e a poliomielite (DTP<sub>a</sub>HibVIP)

Tipo de vacina	Vacina combinada pentavalente, contendo: <ul style="list-style-type: none"><li>• toxóide diftérico adsorvido (D)</li><li>• toxóide tetânico adsorvido (T)</li><li>• toxóide e subunidades de <i>Bordetella pertussis</i> (P<sub>a</sub>)</li><li>• oligossacáridos ou polissacárido capsular de <i>Haemophilus influenzae b</i>, conjugados com uma proteína bacteriana (Hib)</li><li>• vírus da poliomielite inteiros e inactivados (tipos 1, 2 e 3) (VIP)</li></ul>
Contra-indicações	<ul style="list-style-type: none"><li>• Reacção anafiláctica a uma dose anterior ou a algum constituinte da DTP<sub>a</sub>HibVIP ou a outras vacinas contendo um ou mais destes antigénios</li><li>• Encefalopatia<sup>(a)</sup> de etiologia desconhecida nos 7 dias após administração de uma vacina com o componente <i>pertussis</i></li></ul>
Precauções	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hipersensibilidade à neomicina, estreptomicina ou polimixina B – indicada a vacinação em meio hospitalar</li><li>• Alterações neurológicas que predisponham ao aparecimento de convulsões ou de deterioração neurológica, nomeadamente encefalopatia evolutiva (precaução para o componente <i>pertussis</i>) – decisão do médico assistente</li><li>• Trombocitopenia, diátese hemorrágica, alterações da coagulação ou terapêutica anticoagulante (ver “Vacinação em Circunstâncias Especiais”)</li><li>• Doença aguda grave, com ou sem febre</li><li>• Outras precauções no texto de “Vacina DTP<sub>a</sub>”</li></ul>
Dose e via de administração	<ul style="list-style-type: none"><li>• 0,5 mL</li><li>• Intramuscular</li></ul>
Local da injeção	<ul style="list-style-type: none"><li>• &lt; 12 meses de idade: músculo vasto externo, na face externa da região antero-lateral da coxa esquerda</li><li>• ≥ 12 meses de idade: músculo deltóide, na face externa da região antero-lateral do terço superior do braço esquerdo</li></ul>

(a) Definida como uma alteração grave e aguda do sistema nervoso central, sem outra causa conhecida, que se pode manifestar através de perturbações graves da consciência ou por convulsões generalizadas ou focais persistentes, não recuperando dentro das primeiras 24 horas.

Podem ocorrer reacções no local de injeção tais como dor, rubor, enduração e edema que poderão manifestar-se nas 48 horas após a injeção e que podem durar cerca de 1 a 2 dias. A incidência e a gravidade das reacções locais podem depender do local e da via de administração da vacina, bem como do número de doses anteriormente recebidas.

## 2ª Dose

### Vacina monovalente contra a hepatite B (VHB)

Tipo de vacina	Vacina de antígeno de superfície recombinante do vírus da hepatite B
Contra-indicações	Reacção anafiláctica a: <ul style="list-style-type: none"><li>• uma dose anterior da vacina VHB, monovalente ou combinada</li><li>• algum dos constituintes da vacina</li><li>• leveduras (fermento de padeiro)</li></ul>
Precauções	<ul style="list-style-type: none"><li>• Recém-nascidos com menos de 2 000 g à nascença (ver “Vacinação em Circunstâncias Especiais”)</li><li>• Trombocitopenia, diátese hemorrágica, alterações da coagulação ou terapêutica anticoagulante (ver “Vacinação em Circunstâncias Especiais”)</li><li>• Doença aguda grave, com ou sem febre</li></ul>
Dose e via de administração	<ul style="list-style-type: none"><li>• ≤ 15 anos de idade: 0,5 mL (5 ou 10 µg antígeno, conforme o produtor)</li><li>• &gt; 15 anos de idade: 1 mL (10 ou 20 µg antígeno, conforme o produtor)</li><li>• Intramuscular</li></ul>
Local da injeção	<ul style="list-style-type: none"><li>• &lt; 12 meses de idade: músculo vasto externo, na face externa da região antero-lateral da coxa <b>direita</b></li><li>• ≥ 12 meses de idade: músculo deltóide, na face externa da região antero-lateral do terço superior do <b>braço direito</b></li></ul>

Cerca de 5% das crianças vacinadas com **VHB** apresentam dor, rubor e tumefacção ligeira no local da injeção. Em cerca de 15% dos adultos ocorre endureção no local da injeção. As reacções sistémicas registadas são pouco comuns e, habitualmente, cedem em 24 a 48 horas. Referem-se principalmente: febre, com duração de um ou dois dias, que ocorre em cerca de 1% a 6% dos vacinados; mal-estar, astenia, fadiga, artralgias, mialgias, cefaleias, náuseas, tonturas.

### AVISAR DA VACINAÇÃO DOS 3 MESES!

ATENÇÃO: NÃO HÁ CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL NESSE PERÍODO

MENINGITE C – 1ª DOSE

## Vacina contra a doença invasiva por *Neisseria meningitidis* C (MenC)

Tipo de vacina	Vacina de oligossacárido ou polissacárido capsular de <i>Neisseria meningitidis</i> C, conjugado com uma proteína bacteriana
Contra-indicações	Hipersensibilidade a: <ul style="list-style-type: none"><li>• uma dose anterior da vacina MenC</li><li>• algum dos constituintes da vacina (incluindo a proteína de conjugação)</li></ul>
Precauções	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trombocitopenia, diátese hemorrágica, alterações da coagulação ou terapêutica anticoagulante (ver “Vacinação em Circunstâncias Especiais”)</li><li>• Doença aguda grave, com ou sem febre</li></ul>
Dose e via de administração	<ul style="list-style-type: none"><li>• 0,5 mL</li><li>• Intramuscular</li></ul>
Local da injeção	<ul style="list-style-type: none"><li>• &lt; 12 meses de idade: músculo vasto externo, na face externa da região antero-lateral da coxa esquerda</li><li>• ≥ 12 meses de idade: músculo deltóide, na face externa da região antero-lateral do terço superior do braço esquerdo</li></ul>

De entre as reacções adversas mais comuns, em todas as idades, destaca-se a febre, podendo ocorrer ainda eritema, ardor, tumefacção ou dor, no local da injeção, que desaparecem ao fim de 1 a 2 dias. As reacções adversas mais comuns, nas crianças com menos de 2 anos de idade, são: choro, irritabilidade, sonolência ou alterações do sono, anorexia, náuseas, diarreia, dor abdominal e vómitos. Nas crianças a partir dos 2 anos de idade, nos adolescentes e nos adultos, as reacções adversas mais comuns são: irritabilidade e sonolência (nas crianças mais pequenas); cefaleias e dor nos membros (nas crianças e nos adolescentes) e artralguas e mialgias (nos adultos).

## CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL

### 4 Meses

#### Tem a quem recorrer em situação de urgência?

Manter a calma. Contactar pessoas de apoio e serviço de atendimento de saúde 24 (808 24 24 24). Sinais de alerta:

- Bebé está “diferente”
- Adormecido ou prostrado
- Irritado
- Pele acizentada
- Dificuldade em respirar
- Gemido, pieira
- Movimento anormais/ convulsões
- Vômitos difíceis de controlar
- Vômitos e febre e cefaleias
- Vômitos com diarreia abundante

#### Conduta face a sinais e sintomas comuns:

##### **Diarreia:**

- hidratar, fornecendo líquidos
- reintrodução gradual dos alimentos, sem forçar
- em caso de persistência, saúde 24

##### **Hipertermia:**

- evitar excesso de roupa, arrefecimento corporal
- Supositório ou xarope antipirético em dose adequada ao peso do bebé
- Banho com água morna
- Fornecer líquidos
- Contacte a saúde 24

##### **Nauseas e vômitos:**

- isolados: não há sinal para alarme.
- continuados: contactar serviço saúde 24



- Fornecer líquidos frios açucarados, à colher
- Reinserção progressiva dos alimentos, sem forçar

### Importância do envolvimento do pai

### Aleitamento materno/Alimentação

O leite humano é muito diferente do leite adaptado (leite em pó).

O leite materno contém todas as proteínas, açúcar, gordura, vitaminas e água que o seu bebé necessita para ser saudável. Além disso, contém determinados elementos que o leite em pó não consegue incorporar, tais como anticorpos e glóbulos brancos. É por isso que o leite materno protege o bebé de certas doenças e infecções.

- introdução da água
- introdução de novos alimentos a partir dos 6 meses

### Cólicas

Causa: imaturidade do sistema gastrointestinal; peristaltismo provoca dores.

- Massagem abdominal ABC (sentido do ponteiro dos relógios)
- Flexão dos membros inferiores com compressão do abdómen
- Administração de Antiflatulentos

### Escolha de brinquedos

- Peças de grandes dimensões para evitar a introdução na boca e outros orifícios
- Evitar brinquedos com arestas e formas pontiagudas
- Peças coloridas, com diferentes contrastes e com sons agradáveis, para estimulação sensitiva do bebé
- Peças com diferentes texturas e toque agradável

### Monitorização do desenvolvimento da criança

#### Posicionamentos

- Ventral
- Dorsal com vigilância (associado ao síndrome de morte súbita)
- Decúbitos Laterais
- Posicionamento na amamentação

## Prevenção de acidentes/segurança

- Temperatura do ambiente envolvente
- Sol/Arejamento dos compartimentos da casa
- Locais de amamentação
- Posicionamento do bebé
- Berço e locais de repouso

## Vacinação

### 2ª Dose

#### Vacina pentavalente contra a difteria, o tétano, a tosse convulsa, a doença invasiva por *Haemophilus influenzae b* e a poliomielite (DTP<sub>a</sub>HibVIP)

Tipo de vacina	Vacina combinada pentavalente, contendo: <ul style="list-style-type: none"><li>• toxóide diftérico adsorvido (D)</li><li>• toxóide tetânico adsorvido (T)</li><li>• toxóide e subunidades de <i>Bordetella pertussis</i> (P<sub>a</sub>)</li><li>• oligossacáridos ou polissacárido capsular de <i>Haemophilus influenzae b</i>, conjugados com uma proteína bacteriana (Hib)</li><li>• vírus da poliomielite inteiros e inactivados (tipos 1, 2 e 3) (VIP)</li></ul>
Contra-indicações	<ul style="list-style-type: none"><li>• Reacção anafiláctica a uma dose anterior ou a algum constituinte da DTP<sub>a</sub>HibVIP ou a outras vacinas contendo um ou mais destes antigénios</li><li>• Encefalopatia<sup>(a)</sup> de etiologia desconhecida nos 7 dias após administração de uma vacina com o componente <i>pertussis</i></li></ul>
Precauções	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hipersensibilidade à neomicina, estreptomina ou polimixina B – indicada a vacinação em meio hospitalar</li><li>• Alterações neurológicas que predisponham ao aparecimento de convulsões ou de deterioração neurológica, nomeadamente encefalopatia evolutiva (precaução para o componente <i>pertussis</i>) – decisão do médico assistente</li><li>• Trombocitopenia, diátese hemorrágica, alterações da coagulação ou terapêutica anticoagulante (ver “Vacinação em Circunstâncias Especiais”)</li><li>• Doença aguda grave, com ou sem febre</li><li>• Outras precauções no texto de “Vacina DTP<sub>a</sub>”</li></ul>
Dose e via de administração	<ul style="list-style-type: none"><li>• 0,5 mL</li><li>• Intramuscular</li></ul>
Local da injeção	<ul style="list-style-type: none"><li>• &lt; 12 meses de idade: músculo vasto externo, na face externa da região antero-lateral da coxa esquerda</li><li>• ≥ 12 meses de idade: músculo deltóide, na face externa da região antero-lateral do terço superior do braço esquerdo</li></ul>

(a) Definida como uma alteração grave e aguda do sistema nervoso central, sem outra causa conhecida, que se pode manifestar através de perturbações graves da consciência ou por convulsões generalizadas ou focais persistentes, não recuperando dentro das primeiras 24 horas.

Podem ocorrer reacções no local de injeção tais como dor, rubor, endureção e edema que poderão manifestar-se nas 48 horas após a injeção e que podem durar cerca de 1 a 2 dias. A incidência e a gravidade das reacções locais podem depender do local e da via de administração da vacina, bem como do número de doses anteriormente recebidas.

**AVISAR DA VACINAÇÃO DOS 5 MESES!**

**ATENÇÃO: NÃO HÁ CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL NESSE PERÍODO**

**MENINGITE C – 2ª DOSE**

### Vacina contra a doença invasiva por *Neisseria meningitidis* C (MenC)

Tipo de vacina	Vacina de oligossacárido ou polissacárido capsular de <i>Neisseria meningitidis</i> C, conjugado com uma proteína bacteriana
Contra-indicações	Hipersensibilidade a: <ul style="list-style-type: none"><li>• uma dose anterior da vacina MenC</li><li>• algum dos constituintes da vacina (incluindo a proteína de conjugação)</li></ul>
Precauções	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trombocitopenia, diátese hemorrágica, alterações da coagulação ou terapêutica anticoagulante (ver “Vacinação em Circunstâncias Especiais”)</li><li>• Doença aguda grave, com ou sem febre</li></ul>
Dose e via de administração	<ul style="list-style-type: none"><li>• 0,5 mL</li><li>• Intramuscular</li></ul>
Local da injeção	<ul style="list-style-type: none"><li>• &lt; 12 meses de idade: músculo vasto externo, na face externa da região antero-lateral da coxa esquerda</li><li>• ≥ 12 meses de idade: músculo deltóide, na face externa da região antero-lateral do terço superior do braço esquerdo</li></ul>

De entre as reacções adversas mais comuns, em todas as idades, destaca-se a febre, podendo ocorrer ainda eritema, ardor, tumefacção ou dor, no local da injeção, que desaparecem ao fim de 1 a 2 dias. As reacções adversas mais comuns, nas crianças com menos de 2 anos de idade, são: choro, irritabilidade, sonolência ou alterações do sono, anorexia, náuseas, diarreia, dor abdominal e vómitos. Nas crianças a partir dos 2 anos de idade, nos adolescentes e nos adultos, as reacções adversas mais comuns são: irritabilidade e sonolência (nas crianças mais pequenas); cefaleias e dor nos membros (nas crianças e nos adolescentes) e artralrias e mialgias (nos adultos).

## CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL

### 6 Meses

#### Tem a quem recorrer em situação de urgência?

Manter a calma. Contactar pessoas de apoio e serviço de atendimento de saúde 24 (808 24 24 24). Sinais de alerta:

- Bebé está “diferente”
- Adormecido ou prostrado
- Irritado
- Pele acizentada
- Dificuldade em respirar
- Gemido, pieira
- Movimento anormais/ convulsões
- Vômitos difíceis de controlar
- Vômitos e febre e cefaleias
- Vômitos com diarreia abundante

#### Conduta face a sinais e sintomas comuns:

##### **Diarreia:**

- hidratar, fornecendo líquidos
- reintrodução gradual dos alimentos, sem forçar
- em caso de persistência, saúde 24

##### **Hipertermia:**

- evitar excesso de roupa, arrefecimento corporal
- Supositório ou xarope antipirético em dose adequada ao peso do bebé
- Banho com água morna
- Fornecer líquidos
- Contacte a saúde 24

##### **Nauseas e vômitos:**

- isolados: não há sinal para alarme.
- continuados: contactar serviço saúde 24

- Fornecer líquidos frios açucarados, à colher
- Reinscrição progressiva dos alimentos, sem forçar

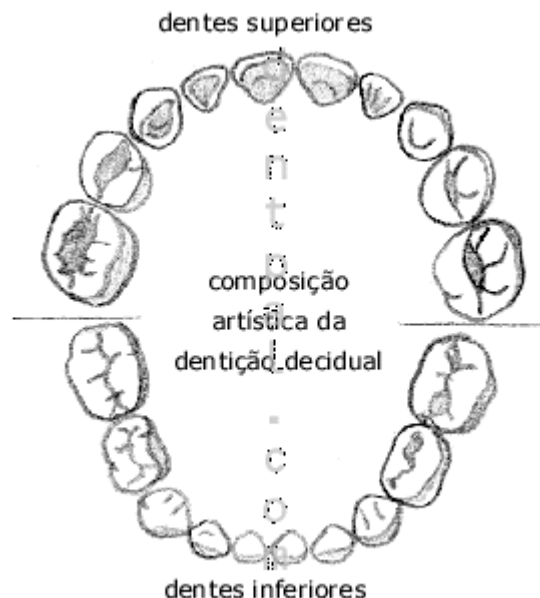
### Dentição e Higiene oral

**Dentição decidual** (de leite) - Os incisivos centrais inferiores são os primeiros *dentes de leite* a aparecer na boca por volta dos 6 meses. São seguidos mais ou menos um mês mais tarde pelos incisivos centrais superiores. Passam então cerca de 2 meses até ao surgimento dos incisivos laterais superiores. Os incisivos laterais inferiores emergem um pouco antes dos laterais superiores. Regra geral, os dentes inferiores precedem os superiores, e os dentes em ambas as arcadas (maxilar superior e mandíbula), aparecem aos pares, um esquerdo e um direito. Com a idade de 1 ano ou mais tarde, erupcionam os primeiros molares *de leite*. Os caninos deciduais aparecem por volta dos 16 meses. Por último surgem os segundos molares. Quando a criança atinge os 2 ou 2 anos e meio de idade, é de esperar que todos os dentes de leite estejam já em uso.

Repetindo, a ordem usual na erupção dos dentes deciduais na boca é a seguinte:

1. incisivos centrais
2. incisivos laterais
3. primeiros molares
4. caninos
5. segundos molares

Os dentes mandibulares normalmente precedem os do maxilar superior na sua ordem de surgimento. Quando completa, a dentição decidual é composta por **20 dentes (10 superiores e 10 inferiores)**.



Por altura dos 5 anos de idade o crescimento das arcadas dentárias é manifesto por alguma separação dos dentes deciduais.

Uma ideia ainda bastante comum é a de que a dentição decidual não é para levar a sério uma vez que será perdida numa idade ainda muito nova para dar lugar aos dentes

permanentes. Muitos por isso pensam que como é uma dentição que será substituída, qualquer dano ou perda prematura, não é importante. Isto é uma visão errada e tem prejudicado o desenvolvimento dental das crianças. Possivelmente porque têm sido chamados de "dentes de leite" ou "dentes de bebé", o leigo tende a pensar nos dentes deciduais como sendo temporários. Simplesmente não é este o caso. Todos os dentes deciduais podem estar em uso dos dois aos sete anos, ou seja 5 anos no total. Alguns dos dentes deciduais estão em uso desde os seis meses até aos doze anos, 11 anos e meio ao todo.

### Qual é a melhor forma de escovar os dentes de leite?

Deve efectuar ou vigiar a escovagem das suas crianças, seguindo os passos seguintes:

- A limpeza dos dentes deve iniciar-se logo após a erupção do primeiro dente do bebé. No início, quando há poucos dentes erupcionados, pode utilizar-se uma gaze, dedeira específica para o efeito ou escova de dentes.
- A escova de dentes deve ser macia e ter um tamanho adequado à boca do bebé. Deve utilizar-se uma pequeníssima quantidade de dentífrico fluoretado (1.000-1.500 ppm de fluoretos), semelhante ao tamanho da unha do dedo mindinho do bebé.
- Tenha atenção para ensinar a sua criança a não engolir a pasta.
- Direcione os filamentos da escova de encontro às faces dentárias e execute suaves movimentos de rotação. Repita isto em todas as faces dentárias.
- No final pode escovar a língua da criança. Coloque a escova sobre a língua e escove suavemente de trás para a frente (desde a base para a ponta).

### Introdução de novos alimentos

O leite materno é o alimento ideal para a criança nos primeiros meses de vida, contém todos os nutrientes essenciais na proporção e quantidade necessárias ao crescimento e desenvolvimento da criança. A Organização Mundial de Saúde recomenda o Aleitamento Materno exclusivo até aos 6 meses de idade. A partir desta fase, o leite materno deixa de ser suficiente para suprir as necessidades nutricionais, sendo assim fundamental introdução de novos alimentos, a diversificação alimentar. A alimentação diversificada consiste na **transição de uma alimentação exclusivamente láctea para outra que inclui, além do leite, outros alimentos de maior consistência até chegar a alimentos sólidos**. Constitui um **período de transição entre o aleitamento materno e uma alimentação semelhante ao resto da família**. A alimentação diversificada, também denominada de alimentação complementar, deve complementar o leite (materno ou fórmula) e não substituí-lo. Diversos organismos internacionais relacionados com a Nutrição Pediátrica defendem que a alimentação diversificada não deve iniciar-se antes dos 4-6 meses de idade, nem depois dos 6-8 meses.

A introdução precoce de novos alimentos pode acarretar algumas desvantagens, como o aumento do risco de aparecimento de alergias alimentares e excesso de peso. Os objectivos da

diversificação alimentar são mais do que nutricionais. Esta nova fase do desenvolvimento da criança visa também a aquisição de competências através dos estímulos fornecidos pelos novos alimentos (texturas, sabores, odores, visão) e também a educação nutricional e a preparação da criança para se inserir no regime alimentar familiar.

**Ao longo da diversificação alimentar deve-se ter o cuidado de inserir um alimento de cada vez, com um espaço de 3 a 5 dias entre cada alimento. Desta forma se ocorrer alguma reacção ao novo alimento é possível detectar e corrigir eficazmente.**

O açúcar e o sal não devem ser adicionados aos alimentos da criança, devendo retardar-se a sua introdução. Quanto mais tarde contactarem com este tipo de sabores, mais tarde vão adquirir a sua preferência por eles, e neste sentido os pais têm um importante papel no desenvolvimento das preferências alimentares dos seus filhos, pois são normalmente o elo de ligação entre a alimentação e a criança. A consistência dos alimentos deve começar por ser uma papa homogénea e evoluir para mais granulosa até que fique com pequenos fragmentos, quando surgirem os primeiros dentes. É importante realçar que se deve encorajar a criança a provar os novos alimentos, mas não a forçar porque é normal a recusa de alguns alimentos.

5 Meses: papa de cereais s/ glúten. Água (assim que se introduzem os primeiros alimentos).

6 Meses: Alimentos com glúten (proteína que se encontra em alguns cereais trigo, centeio, aveia e cevada) / fruta (maçã, pêra e banana) (no início pode ser cozida, passando depois a ser crua)

6-7 Meses: sopa de hortícolas (cenoura, a batata e a abóbora) (gradualmente ir introduzindo outros hortícolas como a cebola, o alho-francês e a couve branca)

Nota: espinafres, nabo, kiwi, morangos, pêssego e manga, potencialmente alergogénicos, introduzidos depois de **1 ano** de idade.

8 Meses: introduzir cozedura de carne na sopa, para que a criança comece a habituar-se ao sabor (peru, coelho e frango). Quando a criança já estiver familiarizada com o sabor pode-se triturar a carne na sopa e mais tarde inclui-la nas outras preparações culinárias.

9 Meses: gema de ovo, deve dar-se 1/4 de gema cozida, 3-4 vezes por semana.

## Adaptação à ama/creche

## Reacção a estranhos

## Vacinação

3ª Dose

### Vacina pentavalente contra a difteria, o tétano, a tosse convulsa, a doença invasiva por *Haemophilus influenzae b* e a poliomielite (DTP<sub>a</sub>HibVIP)

Tipo de vacina	Vacina combinada pentavalente, contendo: <ul style="list-style-type: none"><li>• toxóide diftérico adsorvido (D)</li><li>• toxóide tetânico adsorvido (T)</li><li>• toxóide e subunidades de <i>Bordetella pertussis</i> (P<sub>a</sub>)</li><li>• oligossacáridos ou polissacárido capsular de <i>Haemophilus influenzae b</i>, conjugados com uma proteína bacteriana (Hib)</li><li>• vírus da poliomielite inteiros e inactivados (tipos 1, 2 e 3) (VIP)</li></ul>
Contra-indicações	<ul style="list-style-type: none"><li>• Reacção anafiláctica a uma dose anterior ou a algum constituinte da DTP<sub>a</sub>HibVIP ou a outras vacinas contendo um ou mais destes antigénios</li><li>• Encefalopatia<sup>(a)</sup> de etiologia desconhecida nos 7 dias após administração de uma vacina com o componente <i>pertussis</i></li></ul>
Precauções	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hipersensibilidade à neomicina, estreptomicina ou polimixina B – indicada a vacinação em meio hospitalar</li><li>• Alterações neurológicas que predisponham ao aparecimento de convulsões ou de deterioração neurológica, nomeadamente encefalopatia evolutiva (precaução para o componente <i>pertussis</i>) – decisão do médico assistente</li><li>• Trombocitopenia, diátese hemorrágica, alterações da coagulação ou terapêutica anticoagulante (ver “Vacinação em Circunstâncias Especiais”)</li><li>• Doença aguda grave, com ou sem febre</li><li>• Outras precauções no texto de “Vacina DTP<sub>a</sub>”</li></ul>
Dose e via de administração	<ul style="list-style-type: none"><li>• 0,5 mL</li><li>• Intramuscular</li></ul>
Local da injeção	<ul style="list-style-type: none"><li>• &lt; 12 meses de idade: músculo vasto externo, na face externa da região antero-lateral da coxa esquerda</li><li>• ≥ 12 meses de idade: músculo deltóide, na face externa da região antero-lateral do terço superior do braço esquerdo</li></ul>

(a) Definida como uma alteração grave e aguda do sistema nervoso central, sem outra causa conhecida, que se pode manifestar através de perturbações graves da consciência ou por convulsões generalizadas ou focais persistentes, não recuperando dentro das primeiras 24 horas.

Podem ocorrer reacções no local de injeção tais como dor, rubor, enduração e edema que poderão manifestar-se nas 48 horas após a injeção e que podem durar cerca de 1 a 2 dias. A incidência e a gravidade das reacções locais podem depender do local e da via de administração da vacina, bem como do número de doses anteriormente recebidas.



### 3ª Dose

## Vacina monovalente contra a hepatite B (VHB)

Tipo de vacina	Vacina de antígeno de superfície recombinante do vírus da hepatite B
Contra-indicações	Reacção anafiláctica a: <ul style="list-style-type: none"><li>• uma dose anterior da vacina VHB, monovalente ou combinada</li><li>• algum dos constituintes da vacina</li><li>• leveduras (fermento de padeiro)</li></ul>
Precauções	<ul style="list-style-type: none"><li>• Recém-nascidos com menos de 2 000 g à nascença (ver “Vacinação em Circunstâncias Especiais”)</li><li>• Trombocitopenia, diátese hemorrágica, alterações da coagulação ou terapêutica anticoagulante (ver “Vacinação em Circunstâncias Especiais”)</li><li>• Doença aguda grave, com ou sem febre</li></ul>
Dose e via de administração	<ul style="list-style-type: none"><li>• ≤ 15 anos de idade: 0,5 mL (5 ou 10 µg antígeno, conforme o produtor)</li><li>• &gt; 15 anos de idade: 1 mL (10 ou 20 µg antígeno, conforme o produtor)</li><li>• Intramuscular</li></ul>
Local da injeção	<ul style="list-style-type: none"><li>• &lt; 12 meses de idade: músculo vasto externo, na face externa da região antero-lateral da coxa direita</li><li>• ≥ 12 meses de idade: músculo deltóide, na face externa da região antero-lateral do terço superior do braço direito</li></ul>

Cerca de 5% das crianças vacinadas com **VHB** apresentam dor, rubor e tumefacção ligeira no local da injeção. Em cerca de 15% dos adultos ocorre endureção no local da injeção. As reacções sistémicas registadas são pouco comuns e, habitualmente, cedem em 24 a 48 horas. Referem-se principalmente: febre, com duração de um ou dois dias, que ocorre em cerca de 1% a 6% dos vacinados; mal-estar, astenia, fadiga, artralgias, mialgias, cefaleias, náuseas, tonturas.

## CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL

### 9 Meses

#### Tem a quem recorrer em situação de urgência?

Manter a calma. Contactar pessoas de apoio e serviço de atendimento de saúde 24 (808 24 24 24). Sinais de alerta:

- Bebê está “diferente”
- Adormecido ou prostrado
- Irritado
- Pele acizentada
- Dificuldade em respirar
- Gemido, pieira
- Movimento anormais/ convulsões
- Vômitos difíceis de controlar
- Vômitos e febre e cefaleias
- Vômitos com diarreia abundante

#### Conduta face a sinais e sintomas comuns:

##### **Diarreia:**

- hidratar, fornecendo líquidos
- reintrodução gradual dos alimentos, sem forçar
- em caso de persistência, saúde 24

##### **Hipertermia:**

- evitar excesso de roupa, arrefecimento corporal
- Supositório ou xarope antipirético em dose adequada ao peso do bebê
- Banho com água morna
- Fornecer líquidos
- Contacte a saúde 24

##### **Nauseas e vômitos:**

- isolados: não há sinal para alarme.
- continuados: contactar serviço saúde 24

- Fornecer líquidos frios açucarados, à colher
- Reinserção progressiva dos alimentos, sem forçar

### Importância do envolvimento do pai

### Aleitamento materno/Alimentação

O leite humano é muito diferente do leite adaptado (leite em pó).

O leite materno contém todas as proteínas, açúcar, gordura, vitaminas e água que o seu bebé necessita para ser saudável. Além disso, contém determinados elementos que o leite em pó não consegue incorporar, tais como anticorpos e glóbulos brancos. É por isso que o leite materno protege o bebé de certas doenças e infecções.

### Escolha de brinquedos

- Peças de grandes dimensões para evitar a introdução na boca e outros orifícios
- Evitar brinquedos com arestas e formas pontiagudas
- Peças coloridas, com diferentes contrastes e com sons agradáveis, para estimulação sensitiva do bebé
- Peças com diferentes texturas e toque agradável

### Monitorização do desenvolvimento da criança

#### Desenvolvimento da linguagem

### Introdução de novos alimentos

**Ao longo da diversificação alimentar deve-se ter o cuidado de inserir um alimento de cada vez, com um espaço de 3 a 5 dias entre cada alimento. Desta forma se ocorrer alguma reacção ao novo alimento é possível detectar e corrigir eficazmente.** O açúcar e o sal não devem ser adicionados aos alimentos da criança, devendo retardar-se a sua introdução.

9 Meses: gema de ovo, deve dar-se 1/4 de gema cozida, 3-4 vezes por semana.

10 Meses: peixe, (pescada, o linguado e a solha); iogurte natural

11º Mês: leguminosas, 2 vezes/semana com arroz ou hortícolas; arroz, a massa e o pão.

12º Mês: ovo completo; leite de vaca.

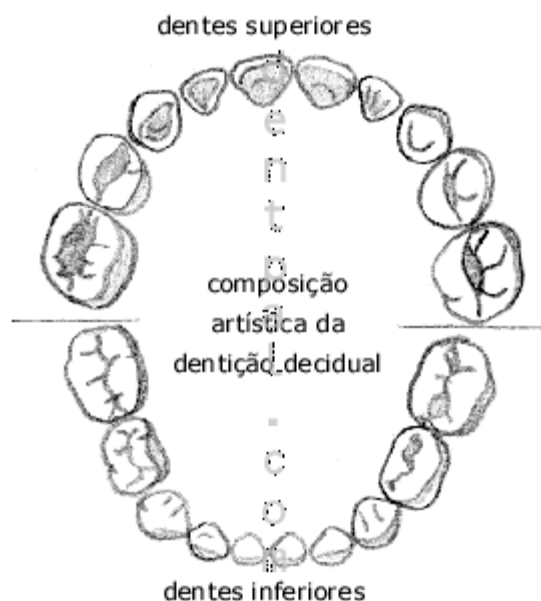
## Dentição e Higiene Oral

**Dentição decidual** (de leite) - Os incisivos centrais inferiores são os primeiros *dentes de leite* a aparecer na boca por volta dos 6 meses. São seguidos mais ou menos um mês mais tarde pelos incisivos centrais superiores. Passam então cerca de 2 meses até ao surgimento dos incisivos laterais superiores. Os incisivos laterais inferiores emergem um pouco antes dos laterais superiores. Regra geral, os dentes inferiores precedem os superiores, e os dentes em ambas as arcadas (maxilar superior e mandíbula), aparecem aos pares, um esquerdo e um direito. Com a idade de 1 ano ou mais tarde, erupcionam os primeiros molares *de leite*. Os caninos deciduais aparecem por volta dos 16 meses. Por último surgem os segundos molares. Quando a criança atinge os 2 ou 2 anos e meio de idade, é de esperar que todos os dentes de leite estejam já em uso.

Repetindo, a ordem usual na erupção dos dentes deciduais na boca é a seguinte:

1. incisivos centrais
2. incisivos laterais
3. primeiros molares
4. caninos
5. segundos molares

Os dentes mandibulares normalmente precedem os do maxilar superior na sua ordem de surgimento. Quando completa, a dentição decidual é composta por **20 dentes (10 superiores e 10 inferiores)**.



Por altura dos 5 anos de idade o crescimento das arcadas dentárias é manifesto por alguma separação dos dentes deciduais.

Uma ideia ainda bastante comum é a de que a dentição decidual não é para levar a sério uma vez que será perdida numa idade ainda muito nova para dar lugar aos dentes permanentes. Muitos por isso pensam que como é uma dentição que será substituída, qualquer dano ou perda prematura, não é importante. Isto é uma visão errada e tem prejudicado o desenvolvimento dental das crianças. Possivelmente porque têm sido chamados de "dentes de leite" ou "dentes de bebé", o leigo tende a pensar nos dentes

deciduais como sendo temporários. Simplesmente não é este o caso. Todos os dentes deciduais podem estar em uso dos dois aos sete anos, ou seja 5 anos no total. Alguns dos dentes deciduais estão em uso desde os seis meses até aos doze anos, 11 anos e meio ao todo.

### **Qual é a melhor forma de escovar os dentes de leite?**

Deve efectuar ou vigiar a escovagem das suas crianças, seguindo os passos seguintes:

- A limpeza dos dentes deve iniciar-se logo após a erupção do primeiro dente do bebé. No início, quando há poucos dentes erupcionados, pode utilizar-se uma gaze, dedeira específica para o efeito ou escova de dentes.
- A escova de dentes deve ser macia e ter um tamanho adequado à boca do bebé. Deve utilizar-se uma pequeníssima quantidade de dentífrico fluoretado (1.000-1.500 ppm de fluoretos), semelhante ao tamanho da unha do dedo mindinho do bebé.
- Tenha atenção para ensinar a sua criança a não engolir a pasta.
- Direcione os filamentos da escova de encontro às faces dentárias e execute suaves movimentos de rotação. Repita isto em todas as faces dentárias.
- No final pode escovar a língua da criança. Coloque a escova sobre a língua e escove suavemente de trás para a frente (desde a base para a ponta).

## CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL

### 12 Meses

#### Tem a quem recorrer em situação de urgência?

Manter a calma. Contactar pessoas de apoio e serviço de atendimento de saúde 24 (808 24 24 24). Sinais de alerta:

- Bebê está “diferente”
- Adormecido ou prostrado
- Irritado
- Pele acizentada
- Dificuldade em respirar
- Gemido, pieira
- Movimento anormais/ convulsões
- Vômitos difíceis de controlar
- Vômitos e febre e cefaleias
- Vômitos com diarreia abundante

#### Conduta face a sinais e sintomas comuns:

##### **Diarreia:**

- hidratar, fornecendo líquidos
- reintrodução gradual dos alimentos, sem forçar
- em caso de persistência, saúde 24

##### **Hipertermia:**

- evitar excesso de roupa, arrefecimento corporal
- Supositório ou xarope antipirético em dose adequada ao peso do bebê
- Banho com água morna
- Fornecer líquidos
- Contacte a saúde 24

##### **Nauseas e vômitos:**

- isolados: não há sinal para alarme.
- continuados: contactar serviço saúde 24

- Fornecer líquidos frios açucarados, à colher
- Reinserção progressiva dos alimentos, sem forçar

### Importância do envolvimento do pai

### Aleitamento materno/Alimentação

O leite humano é muito diferente do leite adaptado (leite em pó).

O leite materno contém todas as proteínas, açúcar, gordura, vitaminas e água que o seu bebé necessita para ser saudável. Além disso, contém determinados elementos que o leite em pó não consegue incorporar, tais como anticorpos e glóbulos brancos. É por isso que o leite materno protege o bebé de certas doenças e infecções.

### Dentição e Higiene Oral

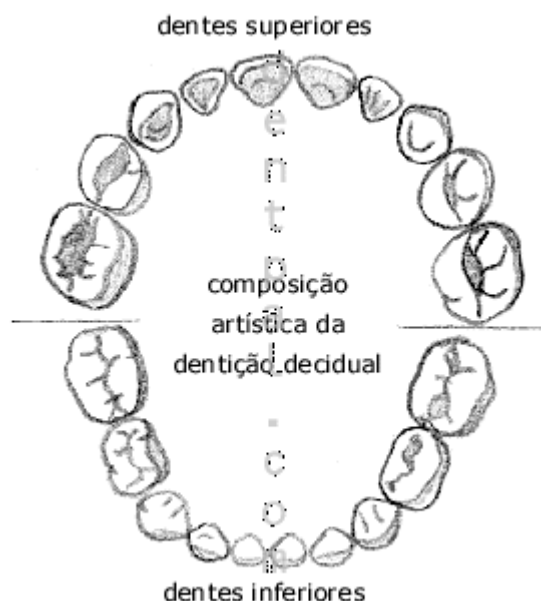
**Dentição decidual** (de leite) - Os incisivos centrais inferiores são os primeiros *dentes de leite* a aparecer na boca por volta dos 6 meses. São seguidos mais ou menos um mês mais tarde pelos incisivos centrais superiores. Passam então cerca de 2 meses até ao surgimento dos incisivos laterais superiores. Os incisivos laterais inferiores emergem um pouco antes dos laterais superiores. Regra geral, os dentes inferiores precedem os superiores, e os dentes em ambas as arcadas (maxilar superior e mandíbula), aparecem aos pares, um esquerdo e um direito. Com a idade de 1 ano ou mais tarde, erupcionam os primeiros molares *de leite*. Os caninos deciduais aparecem por volta dos 16 meses. Por último surgem os segundos molares. Quando a criança atinge os 2 ou 2 anos e meio de idade, é de esperar que todos os dentes de leite estejam já em uso.

Repetindo, a ordem usual na erupção dos dentes deciduais na boca é a seguinte:

1. incisivos centrais
2. incisivos laterais
3. primeiros molares
4. caninos
5. segundos molares

Os dentes mandibulares normalmente precedem os do maxilar superior na sua ordem de surgimento. Quando completa, a dentição decidual é composta por **20 dentes (10 superiores e 10 inferiores)**.

- **Prevenção das cáries dentárias e doenças periodontais.** Manter suplementos de flúor (*Fluor só após os 6 meses, até essa idade o risco de fluorose é superior aos eventuais benefícios*) (Dworkin, Paul "Pediatrics" 1996 cap.1V E e Hall, David; Hill, Peter; Elliman, David "The Child Surveillance Handbook" 1990 cap.2), escovagem dos dentes com pasta com flúor, aconselhar uma dieta muito pobre em açúcares de assimilação rápida ( não adicionar açúcar a comidas e bebidas, não dar guloseimas, nem oferecer bebidas doces).



Por altura dos 5 anos de idade o crescimento das arcadas dentárias é manifesto por alguma separação dos dentes deciduais.

Uma ideia ainda bastante comum é a de que a dentição decidual não é para levar a sério uma vez que será perdida numa idade ainda muito nova para dar lugar aos dentes permanentes. Muitos por isso pensam que como é uma dentição que será substituída, qualquer dano ou perda prematura, não é importante. Isto é uma visão errada e tem prejudicado o desenvolvimento dental das crianças. Possivelmente porque têm sido chamados de "dentes de leite" ou "dentes de bebé", o leigo tende a pensar nos dentes deciduais como sendo temporários. Simplesmente não é este o caso. Todos os dentes deciduais podem estar em uso dos dois aos sete anos, ou seja 5 anos no total. Alguns dos dentes deciduais estão em uso desde os seis meses até aos doze anos, 11 anos e meio ao todo.

### Qual é a melhor forma de escovar os dentes de leite?

Deve efectuar ou vigiar a escovagem das suas crianças, seguindo os passos seguintes:

- A limpeza dos dentes deve iniciar-se logo após a erupção do primeiro dente do bebé. No início, quando há poucos dentes erupcionados, pode utilizar-se uma gaze, dedeira específica para o efeito ou escova de dentes.
- A escova de dentes deve ser macia e ter um tamanho adequado à boca do bebé. Deve utilizar-se uma pequeníssima quantidade de dentífrico fluoretado (1.000-1.500 ppm de fluoretos), semelhante ao tamanho da unha do dedo mindinho do bebé.
- Tenha atenção para ensinar a sua criança a não engolir a pasta.
- Direcione os filamentos da escova de encontro às faces dentárias e execute suaves movimentos de rotação. Repita isto em todas as faces dentárias.
- No final pode escovar a língua da criança. Coloque a escova sobre a língua e escove suavemente de trás para a frente (desde a base para a ponta).



## Alimentação

10 Meses: peixe, (pescada, o linguado e a solha); iogurte natural

11º Mês: leguminosas, 2 vezes/semana com arroz ou hortícolas; arroz, a massa e o pão.

12º Mês: ovo completo; leite de vaca.

## Anorexia Fisiológica 2º ano de vida

- No segundo ano de vida a velocidade de crescimento não é tão elevada, assim as necessidades alimentares da criança são menores - anorexia fisiológica do 2º ano de vida.

## Desenvolvimento aos 12 meses:

**Postura** - passa de decúbito dorsal a sentado. Tem equilíbrio sentado. Gatinha. Põe-se de pé e baixa-se com apoio de uma ou as duas mãos.

**Visão e motricidade fina** - explora os objectos e atira-os sistematicamente para o chão. Procura um objecto escondido. Tem interesse visual para perto e para longe.

**Audição e linguagem** - responde rapidamente a sons suaves mas desinteressa-se depressa.

Volta-se quando é chamada pelo nome. Compreende ordens simples (dá, adeus).

**Comportamento** - bebe por um copo com ajuda. Segura a colher mas não a usa. Colabora no vestir levantando os braços. Muito dependente do adulto. Mostra afecto.

## Personalidade e Regras sociais

### Adaptação à creche/ama

## Prevenção de acidentes

*Acidentes mais frequentes*: quedas, aspiração de corpos estranhos com sufocação, acidentes de viação como passageiro, maus tratos, abuso sexual.

Sinais de alarme para 12 meses: permanece imóvel, não procura mudar de posição, não pega nos brinquedos ou fá-lo só com uma mão, não responde à voz, não vocaliza dissílabos- dá dá má má, não procura objectos escondidos, não brinca nem estabelece contacto, não mastiga, é difícil de consolar)

## Vacinação

Lembrar vacinação dos 15 meses – VASPR e MenC. Tem constituintes do ovo. Alergias?

## CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL

### 15 Meses

#### Tem a quem recorrer em situação de urgência?

Manter a calma. Contactar pessoas de apoio e serviço de atendimento de saúde 24 (808 24 24 24). Sinais de alerta:

- Criança está “diferente”
- Adormecido ou prostrado
- Irritado
- Pele acizentada
- Dificuldade em respirar
- Gemido, pieira
- Movimento anormais/ convulsões
- Vômitos difíceis de controlar
- Vômitos e febre e cefaleias
- Vômitos com diarreia abundante

#### Conduta face a sinais e sintomas comuns:

##### **Diarreia:**

- hidratar, fornecendo líquidos
- reintrodução gradual dos alimentos, sem forçar
- em caso de persistência, saúde 24

##### **Hipertermia:**

- evitar excesso de roupa, arrefecimento corporal
- Supositório ou xarope antipirético em dose adequada ao peso do bebé
- Banho com água morna
- Fornecer líquidos
- Contacte a saúde 24

##### **Nauseas e vômitos:**

- isolados: não há sinal para alarme.
- continuados: contactar serviço saúde 24

- Fornecer líquidos frios açucarados, à colher
- Reinserção progressiva dos alimentos, sem forçar

### Importância do envolvimento do pai

### Aleitamento materno/Alimentação

O leite humano é muito diferente do leite adaptado (leite em pó).

O leite materno contém todas as proteínas, açúcar, gordura, vitaminas e água que o seu bebé necessita para ser saudável. Além disso, contém determinados elementos que o leite em pó não consegue incorporar, tais como anticorpos e glóbulos brancos. É por isso que o leite materno protege o bebé de certas doenças e infecções.

**Alimentação** - beber 0,5 l de leite por dia, evitar guloseimas e bebidas açucaradas, manter suplemento de flúor, treinar o uso de talheres à mesa, incentivar a escovagem diária dos dentes com pasta com flúor.

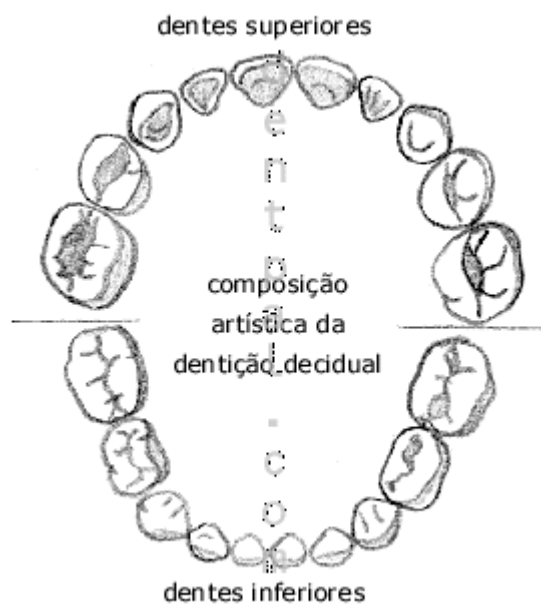
### Dentição e Higiene Oral

**Dentição decidual** (de leite) - Os incisivos centrais inferiores são os primeiros *dentes de leite* a aparecer na boca por volta dos 6 meses. São seguidos mais ou menos um mês mais tarde pelos incisivos centrais superiores. Passam então cerca de 2 meses até ao surgimento dos incisivos laterais superiores. Os incisivos laterais inferiores emergem um pouco antes dos laterais superiores. Regra geral, os dentes inferiores precedem os superiores, e os dentes em ambas as arcadas (maxilar superior e mandíbula), aparecem aos pares, um esquerdo e um direito. Com a idade de 1 ano ou mais tarde, erupcionam os primeiros molares *de leite*. Os caninos deciduais aparecem por volta dos 16 meses. Por último surgem os segundos molares. Quando a criança atinge os 2 ou 2 anos e meio de idade, é de esperar que todos os dentes de leite estejam já em uso.

Repetindo, a ordem usual na erupção dos dentes deciduais na boca é a seguinte:

1. incisivos centrais
2. incisivos laterais
3. primeiros molares
4. caninos
5. segundos molares

Os dentes mandibulares normalmente precedem os do maxilar superior na sua ordem de surgimento. Quando completa, a dentição decidual é composta por **20 dentes (10 superiores e 10 inferiores)**.



Por altura dos 5 anos de idade o crescimento das arcadas dentárias é manifesto por alguma separação dos dentes deciduais.

Uma ideia ainda bastante comum é a de que a dentição decidual não é para levar a sério uma vez que será perdida numa idade ainda muito nova para dar lugar aos dentes permanentes. Muitos por isso pensam que como é uma dentição que será substituída, qualquer dano ou perda prematura, não é importante. Isto é uma visão errada e tem prejudicado o desenvolvimento dental das crianças. Possivelmente porque têm sido chamados de "dentes de leite" ou "dentes de bebé", o leigo tende a pensar nos dentes deciduais como sendo temporários. Simplesmente não é este o caso. Todos os dentes deciduais podem estar em uso dos dois aos sete anos, ou seja 5 anos no total. Alguns dos dentes deciduais estão em uso desde os seis meses até aos doze anos, 11 anos e meio ao todo.

### Qual é a melhor forma de escovar os dentes de leite?

Deve efectuar ou vigiar a escovagem das suas crianças, seguindo os passos seguintes:

- A limpeza dos dentes deve iniciar-se logo após a erupção do primeiro dente do bebé. No início, quando há poucos dentes erupcionados, pode utilizar-se uma gaze, dedeira específica para o efeito ou escova de dentes.
- A escova de dentes deve ser macia e ter um tamanho adequado à boca do bebé. Deve utilizar-se uma pequeníssima quantidade de dentífrico fluoretado (1.000-1.500 ppm de fluoretos), semelhante ao tamanho da unha do dedo mindinho do bebé.
- Tenha atenção para ensinar a sua criança a não engolir a pasta.
- Direcione os filamentos da escova de encontro às faces dentárias e execute suaves movimentos de rotação. Repita isto em todas as faces dentárias.
- No final pode escovar a língua da criança. Coloque a escova sobre a língua e escove suavemente de trás para a frente (desde a base para a ponta).

### Monitorização do desenvolvimento

Sinais de alarme para 15 meses: não colabora no vestir e despir, não mostra interesse em jogos de causa efeito)

### Personalidade, regras, birras e negativismo

### Prevenção de acidentes

Acidentes mais frequentes: quedas, intoxicações, queimaduras, violência e abuso sexual, acidentes de viação como passageiro.

### Vacinação

#### 3ª Dose

### Vacina contra a doença invasiva por *Neisseria meningitidis* C (MenC)

Tipo de vacina	Vacina de oligossacárido ou polissacárido capsular de <i>Neisseria meningitidis</i> C, conjugado com uma proteína bacteriana
Contra-indicações	Hipersensibilidade a: <ul style="list-style-type: none"><li>• uma dose anterior da vacina MenC</li><li>• algum dos constituintes da vacina (incluindo a proteína de conjugação)</li></ul>
Precauções	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trombocitopenia, diátese hemorrágica, alterações da coagulação ou terapêutica anticoagulante (ver “Vacinação em Circunstâncias Especiais”)</li><li>• Doença aguda grave, com ou sem febre</li></ul>
Dose e via de administração	<ul style="list-style-type: none"><li>• 0,5 mL</li><li>• Intramuscular</li></ul>
Local da injeção	<ul style="list-style-type: none"><li>• &lt; 12 meses de idade: músculo vasto externo, na face externa da região antero-lateral da coxa esquerda</li><li>• ≥ 12 meses de idade: músculo deltóide, na face externa da região antero-lateral do terço superior do braço esquerdo</li></ul>

De entre as reacções adversas mais comuns, em todas as idades, destaca-se a febre, podendo ocorrer ainda eritema, ardor, tumefacção ou dor, no local da injeção, que desaparecem ao fim de 1 a 2 dias. As reacções adversas mais comuns, nas crianças com menos de 2 anos de idade, são: choro, irritabilidade, sonolência ou alterações do sono, anorexia, náuseas, diarreia, dor abdominal e vômitos. Nas crianças a partir dos 2 anos de idade, nos adolescentes e nos adultos, as reacções adversas mais comuns são: irritabilidade e sonolência (nas crianças mais pequenas); cefaleias e dor nos membros (nas crianças e nos adolescentes) e artralgias e mialgias (nos adultos).

## 1ª Dose

### Vacina trivalente contra o sarampo, a parotidite epidémica e a rubéola (VASPR)

Tipo de vacina	Vacina combinada trivalente contendo vírus vivos atenuados do sarampo, da parotidite epidémica e da rubéola
Contra-indicações	<ul style="list-style-type: none"><li>• Reacção anafiláctica a uma dose anterior da vacina, à neomicina, à gelatina ou a outros componentes da vacina</li><li>• Gravidez (ver “Vacinação em Circunstâncias Especiais”)</li><li>• Tuberculose activa</li><li>• Trombocitopenia ou púrpura trombocitopénica na sequência de uma dose anterior da vacina</li><li>• Imunodepressão grave, congénita ou adquirida (ver “Vacinação em Circunstâncias Especiais”)</li><li>• Terapêutica imunossupressora (ver “Vacinação em Circunstâncias Especiais”)</li></ul>
Precauções	<ul style="list-style-type: none"><li>• Não engravidar nos 3 meses seguintes à vacinação</li><li>• Imunodeficiências congénitas ou adquiridas (incluindo infecção por VIH), não graves – pode ser administrada, por prescrição médica (ver “Vacinação em Circunstâncias Especiais”)</li><li>• Reacção anafiláctica às proteínas do ovo não é contra-indicação – indicada a vacinação em meio hospitalar (ver “Segurança das Vacinas do PNV 2006”)</li><li>• Administração de produtos contendo imunoglobulinas (ver “Vacinação em Circunstâncias Especiais”)</li><li>• Trombocitopenia ou púrpura trombocitopénica idiopática</li><li>• Doença aguda grave, com ou sem febre</li></ul>
Dose e via de administração	<ul style="list-style-type: none"><li>• 0,5 mL</li><li>• Subcutânea</li></ul>
Local da injeção	Região deltóide ou tricípete braquial do braço direito

As reacções adversas locais são as mais frequentes, nomeadamente: ardor, calor e/ou dor de curta duração, rubor ou edema. Raramente, podem ainda ocorrer sinais e/ou sintomas locais de intensidade moderada, tais como eritema, enduração, parestesias e reacções alérgicas. As reacções sistémicas mais frequentes são a febre (> 39,4°C) e/ou exantema que são auto-limitados, de curta duração e podem surgir 5 a 12 dias após a vacinação, razão pela qual não se recomenda a utilização de antipiréticos preventivos. Registaram-se ainda casos raros de irritabilidade, choro intenso prolongado, mal-estar, diarreia, náuseas, vómitos, anorexia, sonolência, insónia e sinais e sintomas de infecção respiratória superior. A componente contra a rubéola pode, raramente, provocar artralguas e/ou artrite, com início 1 a 3 semanas após a administração da vacina, principalmente em mulheres em idade fértil. Estas reacções são auto-limitadas.

## CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL

### 18 Meses

#### Tem a quem recorrer em situação de urgência?

Manter a calma. Contactar pessoas de apoio e serviço de atendimento de saúde 24 (808 24 24 24). Sinais de alerta:

- Bebê está “diferente”
- Adormecido ou prostrado
- Irritado
- Pele acizentada
- Dificuldade em respirar
- Gemido, pieira
- Movimento anormais/ convulsões
- Vômitos difíceis de controlar
- Vômitos e febre e cefaleias
- Vômitos com diarreia abundante

#### Conduta face a sinais e sintomas comuns:

##### **Diarreia:**

- hidratar, fornecendo líquidos
- reintrodução gradual dos alimentos, sem forçar
- em caso de persistência, saúde 24

##### **Hipertermia:**

- evitar excesso de roupa, arrefecimento corporal
- Supositório ou xarope antipirético em dose adequada ao peso do bebê
- Banho com água morna
- Fornecer líquidos
- Contacte a saúde 24

##### **Nauseas e vômitos:**

- isolados: não há sinal para alarme.
- continuados: contactar serviço saúde 24

- Fornecer líquidos frios açucarados, à colher
- Reinserção progressiva dos alimentos, sem forçar

### Importância do envolvimento do pai

### Aleitamento materno/Alimentação

- Evitar erros alimentares, evitar cáries - evitar excesso de sal e açúcares de assimilação rápida, Não oferecer guloseimas como recompensa. Não dizer “Se te portares bem ofereço-te um Chupa-chupa” e sim por exemplo “...um brinquedo ...um livrinho ...uma caneta ...uns cromos” manter suplementos de flúor, fazer a escovagem diária dos dentes
- Através de modelos educativos iniciar o controlo dos esfíncteres, iniciar a desabitação da chupeta - por exemplo durante o dia (orientações da DGS 1993)

### Dentição e Higiene Oral

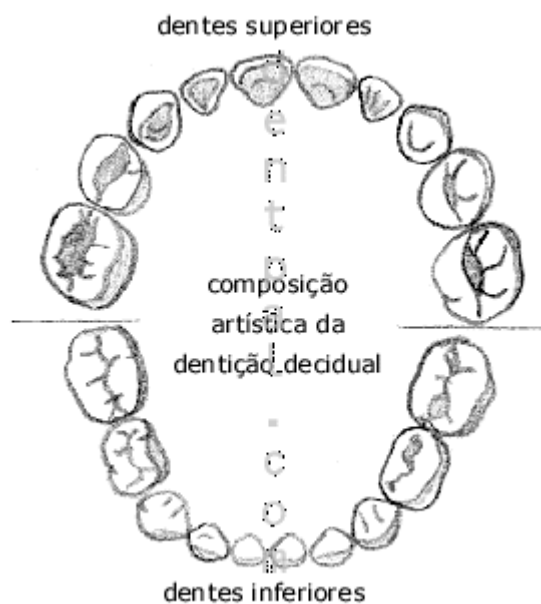
**Dentição decidual** (de leite) - Os incisivos centrais inferiores são os primeiros *dentes de leite* a aparecer na boca por volta dos 6 meses. São seguidos mais ou menos um mês mais tarde pelos incisivos centrais superiores. Passam então cerca de 2 meses até ao surgimento dos incisivos laterais superiores. Os incisivos laterais inferiores emergem um pouco antes dos laterais superiores. Regra geral, os dentes inferiores precedem os superiores, e os dentes em ambas as arcadas (maxilar superior e mandíbula), aparecem aos pares, um esquerdo e um direito. Com a idade de 1 ano ou mais tarde, erupcionam os primeiros molares *de leite*. Os caninos deciduais aparecem por volta dos 16 meses. Por último surgem os segundos molares. Quando a criança atinge os 2 ou 2 anos e meio de idade, é de esperar que todos os dentes de leite estejam já em uso.

Repetindo, a ordem usual na erupção dos dentes deciduais na boca é a seguinte:

1. incisivos centrais
2. incisivos laterais
3. primeiros molares
4. caninos
5. segundos molares

Os dentes mandibulares normalmente precedem os do maxilar superior na sua ordem de surgimento. Quando completa, a dentição decidual é composta por **20 dentes (10 superiores e 10 inferiores).**





Por altura dos 5 anos de idade o crescimento das arcadas dentárias é manifesto por alguma separação dos dentes deciduais.

Uma ideia ainda bastante comum é a de que a dentição decidual não é para levar a sério uma vez que será perdida numa idade ainda muito nova para dar lugar aos dentes permanentes. Muitos por isso pensam que como é uma dentição que será substituída, qualquer dano ou perda prematura, não é importante. Isto é uma visão errada e tem prejudicado o desenvolvimento dental das crianças. Possivelmente porque têm sido chamados de "dentes de leite" ou "dentes de bebé", o leigo tende a pensar nos dentes deciduais como sendo temporários. Simplesmente não é este o caso. Todos os dentes deciduais podem estar em uso dos dois aos sete anos, ou seja 5 anos no total. Alguns dos dentes deciduais estão em uso desde os seis meses até aos doze anos, 11 anos e meio ao todo.

### Qual é a melhor forma de escovar os dentes de leite?

Deve efectuar ou vigiar a escovagem das suas crianças, seguindo os passos seguintes:

- A limpeza dos dentes deve iniciar-se logo após a erupção do primeiro dente do bebé. No início, quando há poucos dentes erupcionados, pode utilizar-se uma gaze, dedeira específica para o efeito ou escova de dentes.
- A escova de dentes deve ser macia e ter um tamanho adequado à boca do bebé. Deve utilizar-se uma pequeníssima quantidade de dentífrico fluoretado (1.000-1.500 ppm de fluoretos), semelhante ao tamanho da unha do dedo mindinho do bebé.
- Tenha atenção para ensinar a sua criança a não engolir a pasta.
- Direcione os filamentos da escova de encontro às faces dentárias e execute suaves movimentos de rotação. Repita isto em todas as faces dentárias.
- No final pode escovar a língua da criança. Coloque a escova sobre a língua e escove suavemente de trás para a frente (desde a base para a ponta).

## Monitorização do desenvolvimento

### Temperamento e relacionamento: independência/ansiedade, terrores nocturnos

- **Postura** - 95% das crianças já andam com 18 meses. Apanha brinquedos do chão.
- **Visão e motricidade fina** - constrói torre de 3 cubos. Faz rabiscos mostrando preferência por uma mão. Vira várias páginas de um livro, de cada vez
- **Audição e linguagem** - usa 6 a 26 palavras reconhecíveis e compreende muitas mais. Mostra em si ou num boneco o nariz os olhos os sapatos.
- **Comportamento** - bebe por um copo segurando-o com ambas as mãos. Usa a colher. Começa a copiar actividades domésticas.

## Vacinação

### **Vacina tetravalente contra a difteria, o tétano, a tosse convulsa e a doença invasiva por *Haemophilus influenzae b* (DTP<sub>a</sub>Hib)**

Tipo de vacina	Vacina combinada tetravalente, contendo: <ul style="list-style-type: none"><li>• toxóide diftérico adsorvido (D)</li><li>• toxóide tetânico adsorvido (T)</li><li>• toxóide e subunidades de <i>Bordetella pertussis</i> (P<sub>a</sub>)</li><li>• oligossacáridos ou polissacárido capsular de <i>Haemophilus influenzae b</i>, conjugados com uma proteína bacteriana (Hib)</li></ul>
Contra-indicações	<ul style="list-style-type: none"><li>• Reacção anafiláctica a uma dose anterior ou a algum constituinte da DTP<sub>a</sub>Hib ou a outras vacinas contendo um ou mais destes antigénios</li><li>• Encefalopatia<sup>(a)</sup> de etiologia desconhecida nos 7 dias após administração de uma vacina com o componente <i>pertussis</i></li></ul>
Precauções	<ul style="list-style-type: none"><li>• Alterações neurológicas que predisponham ao aparecimento de convulsões ou deterioração neurológica, nomeadamente encefalopatia evolutiva (precaução para o componente <i>pertussis</i>) – decisão do médico assistente</li><li>• Trombocitopenia, diátese hemorrágica, alterações da coagulação ou terapêutica anticoagulante (ver “Vacinação em Circunstâncias Especiais”)</li><li>• Doença aguda grave, com ou sem febre</li><li>• Outras precauções no texto de “Vacina DTP<sub>a</sub>”</li></ul>
Dose e via de administração	<ul style="list-style-type: none"><li>• 0,5 mL</li><li>• Intramuscular</li></ul>
Local da injeção	<ul style="list-style-type: none"><li>• &lt; 12 meses de idade: músculo vasto externo, na face externa da região antero-lateral da coxa esquerda</li><li>• ≥ 12 meses de idade: músculo deltóide, na face externa da região antero-lateral do terço superior do braço esquerdo</li></ul>

### Reacções Adversas:

Entre 5% a 30% das crianças vacinadas com **Hib** desenvolvem, 3 a 4 horas após a sua administração, eritema, edema, ardor ou dor ligeira no local da injeção, que desaparecem em 24 horas. Entre 2% a 10% das crianças vacinadas podem desenvolver febre baixa, com início num curto período de tempo após a vacinação.

As reacções adversas mais frequentes são as locais, nomeadamente, dor, rubor e edema no local da injeção, que ocorrem 1 a 3 dias após a administração da vacina. As reacções sistémicas observadas são, essencialmente, febre, choro persistente, vómitos, diarreia, perda de apetite, agitação ou sonolência. Cerca de 20% das crianças desenvolvem febre poucas horas após a administração de **DTP<sub>a</sub>**, que desaparece, em regra, ao fim de um dia. É de realçar que a febre que se inicie mais de 24 horas após a administração de **DTP<sub>a</sub>** não é considerada uma reacção à vacina. As reacções adversas devidas ao componente *pertussis* acelular (**P<sub>a</sub>**) são menos frequentes e menos graves comparativamente às reacções provocadas pela vacina composta por células completas (**P<sub>w</sub>**). As reacções locais, como por exemplo o eritema e o edema, são reduzidas para 2/3; a febre moderada, a irritabilidade e a sonolência diminuem em mais de 50%; a febre superior a 40,5°C é reduzida para 1/3; as convulsões diminuem para 1/4 e o choro persistente de duração superior a 3 horas é reduzido para 1/5. Os reforços efectuados com a **DTP<sub>a</sub>** (4ª e 5ª doses) podem estar associados à ocorrência de reacções adversas locais de maior magnitude do que na primovacinação, no entanto, têm evolução benigna e desaparecem espontaneamente.

## CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL

### 2 Anos

#### Tem a quem recorrer em situação de urgência?

Manter a calma. Contactar pessoas de apoio e serviço de atendimento de saúde 24 (808 24 24 24). Sinais de alerta:

- Bebê está “diferente”
- Adormecido ou prostrado
- Irritado
- Pele acizentada
- Dificuldade em respirar
- Gemido, pieira
- Movimento anormais/ convulsões
- Vômitos difíceis de controlar
- Vômitos e febre e cefaleias
- Vômitos com diarreia abundante

#### Conduta face a sinais e sintomas comuns:

##### **Diarreia:**

- hidratar, fornecendo líquidos
- reintrodução gradual dos alimentos, sem forçar
- em caso de persistência, saúde 24

##### **Hipertermia:**

- evitar excesso de roupa, arrefecimento corporal
- Supositório ou xarope antipirético em dose adequada ao peso do bebê
- Banho com água morna
- Fornecer líquidos
- Contacte a saúde 24

##### **Nauseas e vômitos:**

- isolados: não há sinal para alarme.
- continuados: contactar serviço saúde 24

- Fornecer líquidos frios açucarados, à colher
- Reinserção progressiva dos alimentos, sem forçar

### Importância do envolvimento do pai

### Aleitamento materno/Alimentação

Desmame da chupeta.

### Dentição e Higiene Oral

**Dentição decidual** (de leite) - Os incisivos centrais inferiores são os primeiros *dentes de leite* a aparecer na boca por volta dos 6 meses. São seguidos mais ou menos um mês mais tarde pelos incisivos centrais superiores. Passam então cerca de 2 meses até ao surgimento dos incisivos laterais superiores. Os incisivos laterais inferiores emergem um pouco antes dos laterais superiores. Regra geral, os dentes inferiores precedem os superiores, e os dentes em ambas as arcadas (maxilar superior e mandíbula), aparecem aos pares, um esquerdo e um direito. Com a idade de 1 ano ou mais tarde, erupcionam os primeiros molares *de leite*. Os caninos deciduais aparecem por volta dos 16 meses. Por último surgem os segundos molares. Quando a criança atinge os 2 ou 2 anos e meio de idade, é de esperar que todos os dentes de leite estejam já em uso.

Repetindo, a ordem usual na erupção dos dentes deciduais na boca é a seguinte:

1. incisivos centrais
2. incisivos laterais
3. primeiros molares
4. caninos
5. segundos molares

Os dentes mandibulares normalmente precedem os do maxilar superior na sua ordem de surgimento. Quando completa, a dentição decidual é composta por **20 dentes (10 superiores e 10 inferiores)**.

Por altura dos 5 anos de idade o crescimento das arcadas dentárias é manifesto por alguma separação dos dentes deciduais.

Todos os dentes deciduais podem estar em uso dos dois aos sete anos, ou seja 5 anos no total. Alguns dos dentes deciduais estão em uso desde os seis meses até aos doze anos, 11 anos e meio ao todo.

### **Qual é a melhor forma de escovar os dentes de leite?**

Deve efectuar ou vigiar a escovagem das suas crianças, seguindo os passos seguintes:

- A limpeza dos dentes deve iniciar-se logo após a erupção do primeiro dente do bebé. No início, quando há poucos dentes erupcionados, pode utilizar-se uma gaze, dedeira específica para o efeito ou escova de dentes.
- A escova de dentes deve ser macia e ter um tamanho adequado à boca do bebé. Deve utilizar-se uma pequeníssima quantidade de dentífrico fluoretado (1.000-1.500 ppm de fluoretos), semelhante ao tamanho da unha do dedo mindinho do bebé.
- Tenha atenção para ensinar a sua criança a não engolir a pasta.

- Direcione os filamentos da escova de encontro às faces dentárias e execute suaves movimentos de rotação. Repita isto em todas as faces dentárias.
- No final pode escovar a língua da criança. Coloque a escova sobre a língua e escove suavemente de trás para a frente (desde a base para a ponta).

### Controlo dos esfíncteres

#### Monitorização do desenvolvimento

- **Postura** - corre, sobe e desce com os dois pés no mesmo degrau.
- **Visão e motricidade fina** - constrói torre com 6 cubos. Imita um rabisco circular. Vira uma página de cada vez
- **Audição e linguagem** - diz o primeiro nome. Fala sozinho enquanto brinca, junta 2 ou mais palavras construindo frases curtas no entanto mantém-se incompreensível mesmo para os familiares. Sabe nomear objectos (cão, bola, colher, cadeira) 80 % das crianças com 2 anos são capazes de ligar duas ideias (dá a caneta à mãe, põe a boneca na cadeira, dá os sapatos ao pai)
- **Comportamento** - põe o chapéu. Usa bem a colher. bebe por um copo e coloca-o no lugar sem entornar

**Sinais de alarme para 2 anos:** não anda, deita os objectos fora, não constrói uma torre de 3 ou 5 cubos, é incapaz de fazer rabiscos num papel, não consegue tirar as meias sozinho, não parece compreender o que lhe dizem, não pronuncia palavras inteligíveis, não repete frases, não se interessa pelo que o rodeia, não procura imitar, apresenta estrabismo).

#### Prevenção de acidentes

- Acidentes mais frequentes: quedas, envenenamentos, intoxicações, queimaduras, acidentes de viação como passageiro.
- Uso de vestuário/calçado adequados

## CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL

### 3 Anos

#### Tem a quem recorrer em situação de urgência?

Manter a calma. Contactar pessoas de apoio e serviço de atendimento de saúde 24 (808 24 24 24). Sinais de alerta:

- Bebé está “diferente”
- Adormecido ou prostrado
- Irritado
- Pele acizentada
- Dificuldade em respirar
- Gemido, pieira
- Movimento anormais/ convulsões
- Vômitos difíceis de controlar
- Vômitos e febre e cefaleias
- Vômitos com diarreia abundante

#### Conduta face a sinais e sintomas comuns:

##### **Diarreia:**

- hidratar, fornecendo líquidos
- reintrodução gradual dos alimentos, sem forçar
- em caso de persistência, saúde 24

##### **Hipertermia:**

- evitar excesso de roupa, arrefecimento corporal
- Supositório ou xarope antipirético em dose adequada ao peso do bebé
- Banho com água morna
- Fornecer líquidos
- Contacte a saúde 24

##### **Nauseas e vômitos:**

- isolados: não há sinal para alarme.
- continuados: contactar serviço saúde 24

- Fornecer líquidos frios açucarados, à colher
- Reinserção progressiva dos alimentos, sem forçar

### Dentição e Higiene Oral

**Dentição decidual** (de leite) - Os incisivos centrais inferiores são os primeiros *dentes de leite* a aparecer na boca por volta dos 6 meses. São seguidos mais ou menos um mês mais tarde pelos incisivos centrais superiores. Passam então cerca de 2 meses até ao surgimento dos incisivos laterais superiores. Os incisivos laterais inferiores emergem um pouco antes dos laterais superiores. Regra geral, os dentes inferiores precedem os superiores, e os dentes em ambas as arcadas (maxilar superior e mandíbula), aparecem aos pares, um esquerdo e um direito. Com a idade de 1 ano ou mais tarde, erupcionam os primeiros molares *de leite*. Os caninos deciduais aparecem por volta dos 16 meses. Por último surgem os segundos molares. Quando a criança atinge os 2 ou 2 anos e meio de idade, é de esperar que todos os dentes de leite estejam já em uso.

Repetindo, a ordem usual na erupção dos dentes deciduais na boca é a seguinte:

1. incisivos centrais
2. incisivos laterais
3. primeiros molares
4. caninos
5. segundos molares

Os dentes mandibulares normalmente precedem os do maxilar superior na sua ordem de surgimento. Quando completa, a dentição decidual é composta por **20 dentes (10 superiores e 10 inferiores)**.

Por altura dos 5 anos de idade o crescimento das arcadas dentárias é manifesto por alguma separação dos dentes deciduais.

Todos os dentes deciduais podem estar em uso dos dois aos sete anos, ou seja 5 anos no total. Alguns dos dentes deciduais estão em uso desde os seis meses até aos doze anos, 11 anos e meio ao todo.

### **Qual é a melhor forma de escovar os dentes de leite?**

Deve efectuar ou vigiar a escovagem das suas crianças, seguindo os passos seguintes:

- A limpeza dos dentes deve iniciar-se logo após a erupção do primeiro dente do bebé. No início, quando há poucos dentes erupcionados, pode utilizar-se uma gaze, dedeira específica para o efeito ou escova de dentes.
- A escova de dentes deve ser macia e ter um tamanho adequado à boca do bebé. Deve utilizar-se uma pequeníssima quantidade de dentífrico fluoretado (1.000-1.500 ppm de fluoretos), semelhante ao tamanho da unha do dedo mindinho do bebé.
- Tenha atenção para ensinar a sua criança a não engolir a pasta.
- Direcione os filamentos da escova de encontro às faces dentárias e execute suaves movimentos de rotação. Repita isto em todas as faces dentárias.
- No final pode escovar a língua da criança. Coloque a escova sobre a língua e escove suavemente de trás para a frente (desde a base para a ponta).



### Monitorização do desenvolvimento

- **Postura** - equilibram-se momentaneamente num só pé. Sobem escadas alternadamente. Desce com os dois pés no mesmo degrau.
- **Visão e motricidade fina** - constrói uma torre com 9 cubos, imita a construção de uma ponte com 3 cubos. Copia o círculo. Imita a cruz. Conhece 2 cores, geralmente o vermelho e o amarelo (confunde o azul e o verde)
- **Audição e linguagem** - compreende frases com três ideias (pega no teu casaco e dá ao pai ), diz o nome completo e o sexo. Tem um vocabulário extenso mas pouco compreensível por estranhos, dificuldade na articulação das palavras.
- **Comportamento** - despe-se se lhe desabotoarem o vestuário.vai à casa de banho sozinho. Come com colher e garfo.

### Prevenção de acidentes

- Acidentes mais frequentes: quedas envenenamentos, intoxicações, queimaduras, atropelamentos, afogamentos.

### Prevenção de erros alimentares

### Vacinação

VASPR e DTPaVIP aos 5 anos.

## CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL

### 5 Anos

#### Tem a quem recorrer em situação de urgência?

Manter a calma. Contactar pessoas de apoio e serviço de atendimento de saúde 24 (808 24 24 24). Sinais de alerta:

- Bebê está “diferente”
- Adormecido ou prostrado
- Irritado
- Pele acizentada
- Dificuldade em respirar
- Gemido, pieira
- Movimento anormais/ convulsões
- Vômitos difíceis de controlar
- Vômitos e febre e cefaleias
- Vômitos com diarreia abundante

#### Conduta face a sinais e sintomas comuns:

##### **Diarreia:**

- hidratar, fornecendo líquidos
- reintrodução gradual dos alimentos, sem forçar
- em caso de persistência, saúde 24

##### **Hipertermia:**

- evitar excesso de roupa, arrefecimento corporal
- Supositório ou xarope antipirético em dose adequada ao peso do bebê
- Banho com água morna
- Fornecer líquidos
- Contacte a saúde 24

##### **Nauseas e vômitos:**

- isolados: não há sinal para alarme.
- continuados: contactar serviço saúde 24

- Fornecer líquidos frios açucarados, à colher
- Reinscrição progressiva dos alimentos, sem forçar

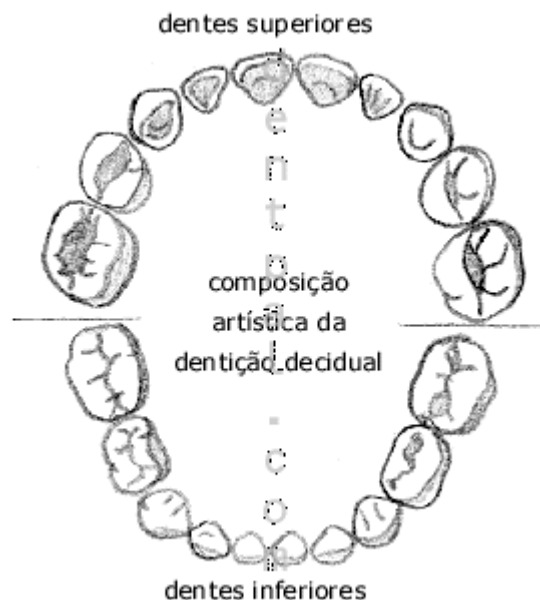
### Dentição e Higiene Oral

**Dentição decidual** (de leite) - Os incisivos centrais inferiores são os primeiros *dentes de leite* a aparecer na boca por volta dos 6 meses. São seguidos mais ou menos um mês mais tarde pelos incisivos centrais superiores. Passam então cerca de 2 meses até ao surgimento dos incisivos laterais superiores. Os incisivos laterais inferiores emergem um pouco antes dos laterais superiores. Regra geral, os dentes inferiores precedem os superiores, e os dentes em ambas as arcadas (maxilar superior e mandíbula), aparecem aos pares, um esquerdo e um direito. Com a idade de 1 ano ou mais tarde, erupcionam os primeiros molares *de leite*. Os caninos deciduais aparecem por volta dos 16 meses. Por último surgem os segundos molares. Quando a criança atinge os 2 ou 2 anos e meio de idade, é de esperar que todos os dentes de leite estejam já em uso.

Repetindo, a ordem usual na erupção dos dentes deciduais na boca é a seguinte:

1. incisivos centrais
2. incisivos laterais
3. primeiros molares
4. caninos
5. segundos molares

Os dentes mandibulares normalmente precedem os do maxilar superior na sua ordem de surgimento. Quando completa, a dentição decidual é composta por **20 dentes (10 superiores e 10 inferiores)**.



Por altura dos 5 anos de idade o crescimento das arcadas dentárias é manifesto por alguma separação dos dentes deciduais.

Uma ideia ainda bastante comum é a de que a dentição decidual não é para levar a sério uma vez que será perdida numa idade ainda muito nova para dar lugar aos dentes

permanentes. Muitos por isso pensam que como é uma dentição que será substituída, qualquer dano ou perda prematura, não é importante. Isto é uma visão errada e tem prejudicado o desenvolvimento dental das crianças. Possivelmente porque têm sido chamados de "dentes de leite" ou "dentes de bebé", o leigo tende a pensar nos dentes deciduais como sendo temporários. Simplesmente não é este o caso. Todos os dentes deciduais podem estar em uso dos dois aos sete anos, ou seja 5 anos no total. Alguns dos dentes deciduais estão em uso desde os seis meses até aos doze anos, 11 anos e meio ao todo.

### **Qual é a melhor forma de escovar os dentes de leite?**

Deve efectuar ou vigiar a escovagem das suas crianças, seguindo os passos seguintes:

- A limpeza dos dentes deve iniciar-se logo após a erupção do primeiro dente do bebé. No início, quando há poucos dentes erupcionados, pode utilizar-se uma gaze, dedeira específica para o efeito ou escova de dentes.
- A escova de dentes deve ser macia e ter um tamanho adequado à boca do bebé. Deve utilizar-se uma pequeníssima quantidade de dentífrico fluoretado (1.000-1.500 ppm de fluoretos), semelhante ao tamanho da unha do dedo mindinho do bebé.
- Tenha atenção para ensinar a sua criança a não engolir a pasta.
- Direcione os filamentos da escova de encontro às faces dentárias e execute suaves movimentos de rotação. Repita isto em todas as faces dentárias.
- No final pode escovar a língua da criança. Coloque a escova sobre a língua e escove suavemente de trás para a frente (desde a base para a ponta).

### Hábitos de vida saudáveis/ sono e repouso

#### Regras e rotinas de vida

#### Prevenção de erros alimentares

- Para evitar cáries e doenças periodontais , manter uma dieta pobre em açúcares, bebidas doces e guloseimas, manter suplementos com flúor e escovagem dos dentes com pasta fluoretada.

#### Preparação para a escola

#### Monitorização do desenvolvimento

- Compreende e aceita regras de disciplina.
- A sua criatividade deve ser estimulada.
- **Postura** - fica num pé sem apoio por 3 a 5 segundos. Sobe e desce as escadas alternadamente. Salta num pé só. Fica num pé sem apoio por 3 a 5 segundos com os braços dobrados sobre o toráx. Salta alternadamente num pé.

- **Visão e motricidade fina** - constrói uma escada com 6 cubos. Copia a cruz. Conhece 4 cores básicas.

- **Audição e linguagem** - para além do nome e do sexo sabe também a idade e habitualmente a morada. Tem uma linguagem compreensível embora com algumas substituições infantis.

- **Comportamento** - veste-se e despe-se sozinho excluindo o abotoar atrás e dar laços. Gosta de brincar com crianças da sua idade, sabe esperar pela sua vez.

**Sinais de alarme aos 4-5 anos:** hiperactivo, distraído com dificuldade de concentração. Linguagem incompreensível, gaguez, estrabismo ou suspeita de deficit visual, perturbações de comportamento.

### Prevenção de acidentes

Acidentes mais frequentes: quedas envenenamentos, intoxicações, queimaduras, atropelamentos, afogamentos, quedas, acidentes de bicicleta, acidentes de automóvel como passageiro.

### Vacinação

#### 4ª Dose

### Vacina “monovalente” contra a poliomielite (VIP)

Tipo de vacina	Vacina de vírus da poliomielite inteiros e inactivados (tipos 1, 2 e 3)
Contra-indicações	Reacção anafiláctica a: <ul style="list-style-type: none"><li>• uma dose anterior de VIP, monovalente ou combinada</li><li>• algum dos constituintes da vacina</li></ul>
Precauções	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hipersensibilidade grave à neomicina, estreptomicina ou polimixina B – indicada a vacinação em meio hospitalar</li><li>• Trombocitopenia, diátese hemorrágica, alterações da coagulação ou terapêutica anticoagulante (ver “Vacinação em Circunstâncias Especiais”)</li><li>• Doença aguda grave, com ou sem febre</li></ul>
Dose e via de administração	<ul style="list-style-type: none"><li>• 0,5 mL</li><li>• Intramuscular (ou subcutânea)</li></ul>
Local da injeção	<ul style="list-style-type: none"><li>• &lt; 12 meses de idade: músculo vasto externo, na face externa da região antero-lateral da coxa direita</li><li>• ≥ 12 meses de idade: músculo deltóide, na face externa da região antero-lateral do terço superior do braço direito</li></ul>

Podem ocorrer reacções no local de injeção tais como dor, rubor, enduração e edema que poderão manifestar-se nas 48 horas após a injeção e que podem durar cerca de 1 a 2 dias.

## 2ª Dose

### Vacina trivalente contra o sarampo, a parotidite epidémica e a rubéola (VASPR)

Tipo de vacina	Vacina combinada trivalente contendo vírus vivos atenuados do sarampo, da parotidite epidémica e da rubéola
Contra-indicações	<ul style="list-style-type: none"><li>• Reacção anafiláctica a uma dose anterior da vacina, à neomicina, à gelatina ou a outros componentes da vacina</li><li>• Gravidez (ver “Vacinação em Circunstâncias Especiais”)</li><li>• Tuberculose activa</li><li>• Trombocitopenia ou púrpura trombocitopénica na sequência de uma dose anterior da vacina</li><li>• Imunodepressão grave, congénita ou adquirida (ver “Vacinação em Circunstâncias Especiais”)</li><li>• Terapêutica imunossupressora (ver “Vacinação em Circunstâncias Especiais”)</li></ul>
Precauções	<ul style="list-style-type: none"><li>• Não engravidar nos 3 meses seguintes à vacinação</li><li>• Imunodeficiências congénitas ou adquiridas (incluindo infecção por VIH), não graves – pode ser administrada, por prescrição médica (ver “Vacinação em Circunstâncias Especiais”)</li><li>• Reacção anafiláctica às proteínas do ovo não é contra-indicação – indicada a vacinação em meio hospitalar (ver “Segurança das Vacinas do PNV 2006”)</li><li>• Administração de produtos contendo imunoglobulinas (ver “Vacinação em Circunstâncias Especiais”)</li><li>• Trombocitopenia ou púrpura trombocitopénica idiopática</li><li>• Doença aguda grave, com ou sem febre</li></ul>
Dose e via de administração	<ul style="list-style-type: none"><li>• 0,5 mL</li><li>• Subcutânea</li></ul>
Local da injeção	Região deltóide ou tricípete braquial do braço direito

As reacções adversas locais são as mais frequentes, nomeadamente: ardor, calor e/ou dor de curta duração, rubor ou edema. Raramente, podem ainda ocorrer sinais e/ou sintomas locais de intensidade moderada, tais como eritema, enduração, parestesias e reacções alérgicas. As reacções sistémicas mais frequentes são a febre (> 39,4°C) e/ou exantema que são auto-limitados, de curta duração e podem surgir 5 a 12 dias após a vacinação, razão pela qual não se recomenda a utilização de antipiréticos preventivos. Registaram-se ainda casos raros de irritabilidade, choro intenso prolongado, mal-estar, diarreia, náuseas, vómitos, anorexia, sonolência, insónia e sinais e sintomas de infecção respiratória superior. A componente contra a rubéola pode, raramente, provocar artralguas e/ou artrite, com início 1 a 3 semanas após a administração da vacina, principalmente em mulheres em idade fértil. Estas reacções são auto-limitadas.

### Escovagem dos Dentes - Como Fazer?

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



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

A escovagem dos dentes com um dentífrico fluoretado:

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



Só com uma escovagem eficaz é que se consegue remover a placa bacteriana. Os dentes devem ser escovados durante 2 a 3 minutos.

#### Quando começar?

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

#### Dentífrico

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

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

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

#### Escova de dentes

O tamanho deve ser adequado à boca de quem a utiliza. A textura deve ser macia ou média.

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

#### Como fazer

1. Colocar o dentífrico fluoretado na escova.
2. Incliná-la em direcção à gengiva e fazer pequenos movimentos vibratórios horizontais ou circulares com pouca pressão.
3. Escovar 2 dentes de cada vez, fazendo aproximadamente 10 movimentos (ou 5 no caso de crianças até aos 6 anos).
4. Escovar com uma sequência: começar pela superfície externa (do lado da bochecha) do último dente de um dos maxilares e continuar a escovar até atingir o último dente do lado oposto.



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



6. Proceder do mesmo modo no outro maxilar.



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

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



**A escova de dentes é um objecto pessoal e intransmissível**

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

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

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

**Use um dentífrico com flúor**

**Utilize o fio dentário diariamente**

Fonte: Direcção-Geral da Saúde



## APÊNDICE 11: BRINQUEDOS E SEGURANÇA

Numa altura em que se gastou tanto dinheiro com brinquedos, vale a pena reflectir um pouco sobre a sua segurança. Em Portugal, estima-se que anualmente ocorrem cerca de 1.400 acidentes envolvendo brinquedos, com recurso aos serviços de urgência hospitalares. Mais do que o número, o que pode ser assustador é estarmos perante produtos especialmente concebidos para crianças, para os quais existe legislação e regulamentação específicas desde há vários anos.



Daí a necessidade de sermos - cidadãos e pais -, extremamente cautelosos e respeitarmos algumas regras básicas... para que os brinquedos que oferecemos ou que outros deram aos nossos filhos não venham a provocar momentos de angústia e de infelicidade.

### A marca CE

O sinal mais visível para o consumidor é o símbolo CE que quase todos os brinquedos do mercado exibem actualmente. Este símbolo tem sido frequentemente alvo de falsas interpretações, levando o público em geral a acreditar que se trata de uma garantia de conformidade com as normas de segurança. A marcação CE é obrigatória nos brinquedos para que possam ser comercializados, e significa que o fabricante ou o representante declaram que o brinquedo cumpre a legislação em vigor. Trata-se, pois, de uma presunção de conformidade, uma vez que esta não tem que ser confirmada por ensaios laboratoriais para aposição da marca CE. Só depois de o brinquedo se encontrar no mercado é que essa declaração poderá ser desafiada através de denúncia, seguida de avaliação pela Comissão de Segurança de Serviços e Bens de Consumo, ou devido a uma acção de fiscalização. Não é fácil para as autoridades exercer um controlo permanente e eficaz, dada a enorme variedade - em constante crescimento e com novas características - de brinquedos existentes.

### Atitude crítica

Perante um novo brinquedo, na loja ou quando aparece lá em casa (ou na creche ou infantário), convém fazer sempre uma inspecção visual e táctil antes de o pôr nas mãos da criança, tendo em conta vários aspectos que passamos a referir.

Na embalagem, além do símbolo CE, é conveniente verificar a presença de:

- nome e contacto do representante em Portugal
- indicação, em português, da idade das crianças a que se destina
- instruções e avisos de perigo ou cuidados a ter, em português

Se estes requisitos não forem cumpridos, o brinquedo não está em conformidade com as normas de segurança pelo que poderá esconder outros problemas menos evidentes.

### Verificar os pormenores

Além disso, se o brinquedo se destina a uma criança com menos de 3 anos, verifique:

- se contem peças pequenas, ou que possam destacar-se com aparente facilidade. Não hesite em puxar (sem exageros!) olhos e narizes de bonecas e peluches; se ficarem na mão, significa que o brinquedo não cumpre as normas e poderá apresentar queixa ali mesmo. Se o obrigarem a comprar, peça comprovativo de compra e dirija-se ao Instituto do Consumidor ou à Inspecção-Geral das Actividades Económicas
- nos peluches ou bonecos com cabelos, passe a mão pelo brinquedo para verificar se larga pêlos

- que possam ficar na boca da criança, com o perigo de causar asfixia por aspiração de vômito
- se tem cabos compridos (rocas e chocalhos), que possam magoar a boca ou os olhos da criança
  - se as juntas e os acabamentos são macios, sem arestas cortantes
  - se for de plástico rígido, exerça alguma pressão para verificar se não cede ou dá indícios de se partir com facilidade
  - se for de plástico ou de borracha muito maleável (do tipo mordedores ou bonecos que chiam), tal poderá significar que contem PVC e neste caso não deve ser dado ao bebé. Os brinquedos em PVC têm sido alvo de grandes polémicas devido às substâncias tóxicas que contêm (ftalatos) e que, em contacto com a saliva, migram para a boca do bebé.

Se o brinquedo já existe lá em casa, verifique todos estes aspectos e além disso:

- evite que crianças com menos de 3 - 4 anos brinquem com peças que possam pôr na boca correndo o risco de as aspirar para os brônquios ou engolir (não devem caber num cilindro com 32 mm de diâmetro - o equivalente a uma moeda de 0,50€)
- verifique se a tinta que cobre o brinquedo não começa a lascar ou a sair; se ficar menos intensa, pode ser sinal de que o bebé está a comer parte dessa tinta.

### **Cuidado com ruído**

Outro aspecto ao qual não tem sido dada a devida atenção é o ruído. Não se trata apenas de evitar a poluição sonora, mas está de facto provado que determinados níveis de ruído provocam perdas significativas e irreversíveis de audição, para além de causar perturbações comportamentais (não só na criança como nos que olham por ela). Alguns brinquedos (desde os bonecos que fazemos chiar aos ouvidos dos bebés, aos movidos a pilhas passando pelas imitações de pistolas e metralhadoras) emitem níveis de ruído superiores aos legalmente permitidos nos locais de trabalho. A nova edição da norma europeia EN 71-1 sobre segurança de brinquedos já determina alguns limites quanto à emissão de ruído, mas a sua aplicação só obrigatória a partir do ano 2002.

### **Os equipamentos de segurança**

Por último mas não menos importante, sempre que forem oferecidos skates, patins ou bicicletas, não se esqueça do equipamento de protecção: para serem utilizados sem consequências graves, é essencial que estejam acompanhados de um bom capacete e já agora, de joelheiras e cotoveleiras. Ninguém gostaria de receber um presente incompleto... Os brinquedos são essenciais para o desenvolvimento da criança, mas isso não implica que sejam obrigatoriamente os mais caros ou os que constituem o último grito da moda. Para além de dedicar uma maior atenção ao valor ludo-pedagógico do brinquedo e confirmar que está adequado à idade da criança, tente perceber o que ela realmente gosta. Não se deixe levar pela publicidade ou pelo que nós, adultos, achamos engraçado para nós. Não se esqueça que as crianças darão aos brinquedos a utilização que elas entenderem e não as que nós pensamos que elas vão dar. Se resolverem despedaçar, abrir ou desmontar um brinquedo, isso faz parte da sua curiosidade e do seu desenvolvimento normal. Um brinquedo seguro tem que prever isso

**Autor(es): Revista Farmácia Saúde**  
**Fonte: Associação Nacional das Farmácias (ANF)**



## APÊNDICE 12: DIFERENCIAÇÃO ALIMENTAR

O leite materno é o alimento ideal para a criança nos primeiros meses de vida, contém todos os nutrientes essenciais na proporção e quantidade necessárias ao crescimento e desenvolvimento da criança. A Organização Mundial de Saúde recomenda o Aleitamento Materno exclusivo até aos 6 meses de idade. A partir desta fase, o leite materno deixa de ser suficiente para suprir as necessidades nutricionais, sendo assim fundamental a introdução de novos alimentos, a diversificação alimentar. A alimentação diversificada consiste na **transição de uma alimentação exclusivamente láctea para outra que inclui, além do leite, outros alimentos de maior consistência até chegar a alimentos sólidos**. Constitui um **período de transição entre o aleitamento materno e uma alimentação semelhante ao resto da família**. A alimentação diversificada, também denominada de alimentação complementar, deve complementar o leite (materno ou fórmula) e não substituí-lo. Diversos organismos internacionais relacionados com a Nutrição Pediátrica defendem que a alimentação diversificada não deve iniciar-se antes dos 4-6 meses de idade, nem depois dos 6-8 meses. A introdução precoce de novos alimentos pode acarretar algumas desvantagens, como o aumento do risco de aparecimento de alergias alimentares e excesso de peso. Os objectivos da diversificação alimentar são mais do que nutricionais. Esta nova fase do desenvolvimento da criança visa também a aquisição de competências através dos estímulos fornecidos pelos novos alimentos (texturas, sabores, odores, visão) e também a educação nutricional e a preparação da criança para se inserir no regime alimentar familiar.

**Ao longo da diversificação alimentar deve-se ter o cuidado de inserir um alimento de cada vez, com um espaço de 3 a 5 dias entre cada alimento. Desta forma se ocorrer alguma reacção ao novo alimento é possível detectar e corrigir eficazmente.**

O açúcar e o sal não devem ser adicionados aos alimentos da criança, devendo retardar-se a sua introdução. Quanto mais tarde contactarem com este tipo de sabores, mais tarde vão adquirir a sua preferência por eles, e neste sentido os pais têm um importante papel no desenvolvimento das preferências alimentares dos seus filhos, pois são normalmente o elo de ligação entre a alimentação e a criança. A consistência dos alimentos deve começar por ser uma papa homogénea e evoluir para mais granulosa até que fique com pequenos fragmentos, quando surgirem os primeiros dentes. É importante realçar que se deve encorajar a criança a provar os novos alimentos, mas não a forçar porque é normal a recusa de alguns alimentos.

5 Meses: papa de cereais s/ glúten.

6 Meses: Alimentos com glúten (proteína que se encontra em alguns cereais trigo, centeio, aveia e cevada) / fruta (maçã, pêra e banana) (no início pode ser cozida, passando depois a ser crua)

6-7 Meses: sopa de hortícolas (cenoura, a batata e a abóbora) (gradualmente ir introduzindo outros hortícolas como a cebola, o alho-francês e a couve branca)

Nota: espinafres, nabo, kiwi, morangos, pêssego e manga, potencialmente alergogénicos, introduzidos depois de **1 ano** de idade.

8 Meses: introduzir cozedura de carne na sopa, para que a criança comece a habituar-se ao sabor (peru, coelho e frango). Quando a criança já estiver familiarizada com o sabor pode-se triturar a carne na sopa e mais tarde inclui-la nas outras preparações culinárias.

9 Meses: gema de ovo, deve dar-se 1/4 de gema cozida, 3-4 vezes por semana.

10 Meses: peixe, (pescada, o linguado e a solha); iogurte natural

11º Mês: leguminosas, 2 vezes/semana com arroz ou hortícolas; arroz, a massa e o pão.

12º Mês: ovo completo; leite de vaca.

## APÊNDICE 13: FOLHETOS SAÚDE INFANTIL

## VACINAÇÃO

### Siglas Vacinas

Vacina contra	Sigla
Doença invasiva por <i>Haemophilus influenzae</i> do serotipo b (ou <i>Haemophilus influenzae</i> b)	Hib
Hepatite B	VHB
Doença invasiva por <i>Neisseria meningitidis</i> do serogrupo C (ou meningococo C)	MenC
Poliomielite	VIP (vírus inactivados) VAP (vírus atenuados)
Tuberculose	BCG
Difteria-Tétano-Tosse convulsa ( <i>pertussis</i> )	DTP <sub>a</sub> ( <i>pertussis</i> acelular) DTP <sub>w</sub> ( <i>pertussis</i> de célula completa)
Difteria-Tétano-Tosse convulsa-Doença invasiva por <i>Haemophilus influenzae</i> do serotipo b	DTP <sub>a</sub> Hib ( <i>pertussis</i> acelular) DTP <sub>w</sub> Hib ( <i>pertussis</i> de célula completa)
Difteria-Tétano-Tosse convulsa-Poliomielite	DTP <sub>a</sub> VIP
Difteria-Tétano-Tosse convulsa-Doença invasiva por <i>Haemophilus influenzae</i> do serotipo b-Poliomielite	DTP <sub>a</sub> HibVIP
Sarampo-Parotidite epidémica-Rubéola	VASPR
Tétano-Difteria	Td (difteria em dose de adulto) DT (difteria em dose de criança)
Sarampo	VAS
Rubéola	VAR
Tétano	T

Os componentes das vacinas que, reconhecidamente, podem provocar reacções anafilácticas são:

- Derivados de ovo de galinha (**VASPR**)
- Gelatina (**VASPR**)
- Leveduras (**VHB**)
- Antibióticos (**VASPR, VIP**)

## Quadro II – Vacinação universal. Esquema Recomendado

Vacinas contra:	Idades										
	0 Nasci- mento	2 meses	3 meses	4 meses	5 meses	6 meses	15 meses	18 meses	5-6 anos	10-13 anos	Toda a vida 10/10 anos
Tuberculose	BCG										
Poliomielite		VIP 1		VIP 2		VIP 3			VIP 4		
Difteria-Tétano- Tosse Convulsa		DTP <sub>a</sub> 1		DTP <sub>a</sub> 2		DTP <sub>a</sub> 3		DTP <sub>a</sub> 4	DTP <sub>a</sub> 5	Td	Td
<i>Haemophilus influenzae</i> b		Hib 1		Hib 2		Hib 3		Hib 4			
Hepatite B	VHB 1	VHB 2				VHB 3				VHB <sup>(b)</sup> 1, 2, 3	
Sarampo-Parotidite epidémica-Rubéola							VASPR 1		VASPR 2 <sup>(a)</sup>		
Meningococo C			MenC 1		MenC 2		MenC 3				

(a) VASPR: nos nascidos em 1993 que ainda não receberam a 2.<sup>a</sup> dose de VASPR, a VASPR 2 deve ser administrada aos 13 anos de idade.

(b) VHB: aplicável apenas aos nascidos < 1999, não vacinados, segundo o esquema 0, 1 e 6 meses.

**Quadro III – Vacinação universal (< 7 anos de idade). Esquema em atraso**

Vacinas contra:	Visitas/Idades							
	1ª visita	1 mês depois da 1ª visita	72 horas depois da visita anterior	2 meses depois da 1ª visita	8 meses depois da 1ª visita	5-6 anos	10-13 anos	Toda a vida 10/10 anos
Tuberculose		Prova <sup>(b)</sup> tuberculínica	BCG <sup>(c)</sup>					
Poliomielite	VIP 1	VIP 2		VIP 3 <sup>(d)</sup>		VIP 4 <sup>(d)</sup>		
Difteria-Tétano-Tosse Convulsa	DTP <sub>a</sub> 1	DTP <sub>a</sub> 2		DTP <sub>a</sub> 3	DTP <sub>a</sub> 4	DTP <sub>a</sub> 5 <sup>(e)</sup>	Td	Td
<i>Haemophilus influenzae</i> b	Hib 1 <sup>(a)</sup>	Ver Quadro III a)						
Hepatite B	VHB 1	VHB 2			VHB 3			
Sarampo-Parotidite epidémica-Rubéola	VASPR 1					VASPR 2 <sup>(f)</sup>		
Meningococo C	MenC 1	Ver Quadro III b)						

- (a) A vacina **Hib** apenas é recomendada a crianças com menos de 5 anos de idade.
- (b) Na segunda visita (um mês após a primeira), deve ser efectuada a prova tuberculínica **em crianças sem registo de vacinação com BCG e sem cicatriz vacinal**.
- (c) Aquando da leitura da prova tuberculínica, as crianças cuja prova seja negativa serão vacinadas com **BCG**.
- (d) Entre a **VIP 3** e a **VIP 4** deve decorrer um intervalo mínimo de 4 semanas. A **VIP 4** apenas será administrada às crianças cuja **VIP 3** se efectuou antes dos 4 anos de idade, mas todos os casos que tenham recebido um **esquema misto VAP e VIP**, devem receber a **VIP 4**.
- (e) A **DTP<sub>a</sub> 5** apenas será administrada às crianças cuja **DTP<sub>a</sub> 4** se efectuou antes dos 4 anos de idade, com um intervalo recomendado de 3 anos, podendo aplicar-se os intervalos mínimos referidos no Quadro V, se necessário.
- (f) Entre a **VASPR 1** e a **VASPR 2** deve decorrer, pelo menos, 1 mês.

## Vacinas

### Vacina monovalente contra a doença invasiva por *Haemophilus influenzae* b (Hib)

Tipo de vacina	Vacina de oligossacáridos ou polissacárido capsular de <i>Haemophilus influenzae</i> b, conjugados com uma proteína bacteriana
Contra-indicações	Reacção anafiláctica a: <ul style="list-style-type: none"><li>• uma dose anterior da vacina Hib, monovalente ou combinada</li><li>• algum dos constituintes da vacina (incluindo a proteína de conjugação)</li></ul>
Precauções	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trombocitopenia, diátese hemorrágica, alterações da coagulação ou terapêutica anticoagulante (ver “Vacinação em Circunstâncias Especiais”)</li><li>• Doença aguda grave, com ou sem febre</li></ul>
Dose e via de administração	<ul style="list-style-type: none"><li>• 0,5 mL</li><li>• Intramuscular</li></ul>
Local da injeção	<ul style="list-style-type: none"><li>• &lt; 12 meses de idade: músculo vasto externo, na face externa da região antero-lateral da coxa direita</li><li>• ≥ 12 meses de idade: músculo deltóide, na face externa da região antero-lateral do terço superior do braço direito</li></ul>

Entre 5% a 30% das crianças vacinadas com **Hib** desenvolvem, 3 a 4 horas após a sua administração, eritema, edema, ardor ou dor ligeira no local da injeção, que desaparecem em 24 horas. Entre 2% a 10% das crianças vacinadas podem desenvolver febre baixa, com início num curto período de tempo após a vacinação.



## Vacina monovalente contra a hepatite B (VHB)

Tipo de vacina	Vacina de antígeno de superfície recombinante do vírus da hepatite B
Contra-indicações	Reacção anafiláctica a: <ul style="list-style-type: none"><li>• uma dose anterior da vacina VHB, monovalente ou combinada</li><li>• algum dos constituintes da vacina</li><li>• leveduras (fermento de padeiro)</li></ul>
Precauções	<ul style="list-style-type: none"><li>• Recém-nascidos com menos de 2 000 g à nascença (ver “Vacinação em Circunstâncias Especiais”)</li><li>• Trombocitopenia, diátese hemorrágica, alterações da coagulação ou terapêutica anticoagulante (ver “Vacinação em Circunstâncias Especiais”)</li><li>• Doença aguda grave, com ou sem febre</li></ul>
Dose e via de administração	<ul style="list-style-type: none"><li>• ≤ 15 anos de idade: 0,5 mL (5 ou 10 µg antígeno, conforme o produtor)</li><li>• &gt; 15 anos de idade: 1 mL (10 ou 20 µg antígeno, conforme o produtor)</li><li>• Intramuscular</li></ul>
Local da injeção	<ul style="list-style-type: none"><li>• &lt; 12 meses de idade: músculo vasto externo, na face externa da região antero-lateral da coxa direita</li><li>• ≥ 12 meses de idade: músculo deltóide, na face externa da região antero-lateral do terço superior do braço direito</li></ul>

Cerca de 5% das crianças vacinadas com **VHB** apresentam dor, rubor e tumefacção ligeira no local da injeção. Em cerca de 15% dos adultos ocorre enduração no local da injeção. As reacções sistémicas registadas são pouco comuns e, habitualmente, cedem em 24 a 48 horas. Referem-se principalmente: febre, com duração de um ou dois dias, que ocorre em cerca de 1% a 6% dos vacinados; mal-estar, astenia, fadiga, artralgias, mialgias, cefaleias, náuseas, tonturas.

## Vacina contra a doença invasiva por *Neisseria meningitidis* C (MenC)

Tipo de vacina	Vacina de oligossacárido ou polissacárido capsular de <i>Neisseria meningitidis</i> C, conjugado com uma proteína bacteriana
Contra-indicações	Hipersensibilidade a: <ul style="list-style-type: none"><li>• uma dose anterior da vacina MenC</li><li>• algum dos constituintes da vacina (incluindo a proteína de conjugação)</li></ul>
Precauções	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trombocitopenia, diátese hemorrágica, alterações da coagulação ou terapêutica anticoagulante (ver “Vacinação em Circunstâncias Especiais”)</li><li>• Doença aguda grave, com ou sem febre</li></ul>
Dose e via de administração	<ul style="list-style-type: none"><li>• 0,5 mL</li><li>• Intramuscular</li></ul>
Local da injeção	<ul style="list-style-type: none"><li>• &lt; 12 meses de idade: músculo vasto externo, na face externa da região antero-lateral da coxa esquerda</li><li>• ≥ 12 meses de idade: músculo deltóide, na face externa da região antero-lateral do terço superior do braço esquerdo</li></ul>

De entre as reacções adversas mais comuns, em todas as idades, destaca-se a febre, podendo ocorrer ainda eritema, ardor, tumefacção ou dor, no local da injeção, que desaparecem ao fim de 1 a 2 dias. As reacções adversas mais comuns, nas crianças com menos de 2 anos de idade, são: choro, irritabilidade, sonolência ou alterações do sono, anorexia, náuseas, diarreia, dor abdominal e vómitos. Nas crianças a partir dos 2 anos de idade, nos adolescentes e nos adultos, as reacções adversas mais comuns são: irritabilidade e sonolência (nas crianças mais pequenas); cefaleias e dor nos membros (nas crianças e nos adolescentes) e artralguas e mialgias (nos adultos).

## Vacina “monovalente” contra a poliomielite (VIP)

Tipo de vacina	Vacina de vírus da poliomielite inteiros e inactivados (tipos 1, 2 e 3)
Contra-indicações	Reacção anafiláctica a: <ul style="list-style-type: none"><li>• uma dose anterior de VIP, monovalente ou combinada</li><li>• algum dos constituintes da vacina</li></ul>
Precauções	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hipersensibilidade grave à neomicina, estreptomicina ou polimixina B – indicada a vacinação em meio hospitalar</li><li>• Trombocitopenia, diátese hemorrágica, alterações da coagulação ou terapêutica anticoagulante (ver “Vacinação em Circunstâncias Especiais”)</li><li>• Doença aguda grave, com ou sem febre</li></ul>
Dose e via de administração	<ul style="list-style-type: none"><li>• 0,5 mL</li><li>• Intramuscular (ou subcutânea)</li></ul>
Local da injeção	<ul style="list-style-type: none"><li>• &lt; 12 meses de idade: músculo vasto externo, na face externa da região antero-lateral da coxa direita</li><li>• ≥ 12 meses de idade: músculo deltóide, na face externa da região antero-lateral do terço superior do braço direito</li></ul>

Podem ocorrer reacções no local de injeção tais como dor, rubor, enduração e edema que poderão manifestar-se nas 48 horas após a injeção e que podem durar cerca de 1 a 2 dias. A incidência e a gravidade das reacções locais podem depender do local e da via de administração da vacina, bem como do número de doses anteriormente recebidas.

## Vacina contra a tuberculose (BCG)

Tipo de vacina	Vacina de bacilos vivos atenuados <i>Mycobacterium bovis</i>
Contra-indicações	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gravidez</li> <li>• Imunodeficiência celular, congénita ou adquirida</li> <li>• Tratamentos imunossupressores</li> <li>• Infecção por VIH</li> <li>• Malnutrição grave</li> <li>• Doença sistémica grave</li> <li>• Recém-nascidos com peso, à nascença, inferior a 2 000 g</li> <li>• Doenças cutâneas generalizadas (doenças sépticas ou eczemas generalizados)</li> <li>• Tuberculose activa</li> <li>• Prova tuberculínica positiva</li> <li>• Doença aguda grave, com ou sem febre</li> </ul>
Precauções	<p>É essencial a correcta administração intradérmica com:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• seringa de 1,0 mL, graduada em centésimas de mL</li> <li>• agulha de 25 ou 26 Gauge x 10 mm, com bisel curto</li> </ul>
Dose e via de administração	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; 12 meses de idade: 0,05 mL</li> <li>• ≥ 12 meses de idade: 0,1 mL</li> <li>• Intradérmica</li> </ul>
Local da injeção	Entre a zona superior do terço médio e o terço superior (acima da inserção distal do músculo deltóide), na face postero-externa do braço esquerdo.

A maioria das crianças apresenta uma reacção no local da injeção que se caracteriza, inicialmente, pela formação de um pequeno nódulo vermelho que, gradualmente, se transforma numa pequena vesícula. Em 2 a 4 semanas a vesícula transforma-se numa úlcera que cicatriza em 2 a 5 meses, ficando uma cicatriz superficial com cerca de 5 mm de diâmetro. A lesão vacinal não requer qualquer tipo de tratamento, nem devem colocarse pensos, uma vez que cura espontaneamente. A linfadenite regional (gânglios cervicais ou axilares) é uma complicação ocasional. A linfadenite supurativa ocorre numa proporção inferior a 1/2 000 vacinados. Os abscessos são muito raros e podem ser devidos a sobredosagem ou injeção mais profunda que o indicado (técnica de administração inadequada).

## Vacina trivalente contra a difteria, o tétano e a tosse convulsa/*pertussis* (DTP<sub>a</sub>)

Tipo de vacina	Vacina combinada trivalente, contendo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• toxóide diftérico adsorvido (D)</li> <li>• toxóide tetânico adsorvido (T)</li> <li>• toxóide e subunidades de <i>Bordetella pertussis</i> (P<sub>a</sub>)</li> </ul>
Contra-indicações	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reacção anafiláctica a uma dose anterior ou a algum constituinte da DTP<sub>a</sub> ou a outras vacinas contendo um ou mais destes antígenos</li> <li>• Encefalopatia<sup>(a)</sup> de etiologia desconhecida, nos 7 dias após administração de uma vacina com o componente <i>pertussis</i></li> </ul>
Precauções	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alterações neurológicas que predisponham ao aparecimento de convulsões ou deterioração neurológica, nomeadamente encefalopatia evolutiva (precaução para o componente <i>pertussis</i>) – decisão do médico assistente</li> <li>• Trombocitopenia, diátese hemorrágica, alterações da coagulação ou terapêutica anticoagulante (ver “Vacinação em Circunstâncias Especiais”)</li> <li>• Doença aguda grave, com ou sem febre</li> <li>• Outras precauções (ver texto)</li> </ul>
Dose e via de administração	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0,5 mL</li> <li>• Intramuscular</li> </ul>
Local da injeção	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; 12 meses de idade: músculo vasto externo, na face externa da região antero-lateral da coxa esquerda</li> <li>• ≥ 12 meses de idade: músculo deltóide, na face externa da região antero-lateral do terço superior do braço esquerdo</li> </ul>

As reacções adversas mais frequentes são as locais, nomeadamente, dor, rubor e edema no local da injeção, que ocorrem 1 a 3 dias após a administração da vacina. As reacções sistémicas observadas são, essencialmente, febre, choro persistente, vómitos, diarreia, perda de apetite, agitação ou sonolência. Cerca de 20% das crianças desenvolvem febre poucas horas após a administração de DTP<sub>a</sub>, que desaparece, em regra, ao fim de um dia. É de realçar que a febre que se inicie mais de 24 horas após a administração de DTP<sub>a</sub> não é considerada uma reacção à vacina. As reacções adversas devidas ao componente *pertussis* acelular (P<sub>a</sub>) são menos frequentes e menos graves comparativamente às reacções provocadas pela vacina composta por células completas (P<sub>w</sub>). As reacções locais, como por exemplo o eritema e o edema, são reduzidas para 2/3; a febre moderada, a irritabilidade e a sonolência diminuem em mais de 50%; a febre superior a 40,5°C é reduzida para 1/3; as convulsões diminuem para 1/4 e o choro persistente de duração superior a 3 horas é reduzido para 1/5. Os reforços efectuados com a DTP<sub>a</sub> (4ª e 5ª doses) podem estar associados à ocorrência de reacções adversas locais de maior magnitude do que na primovacinação, no entanto, têm evolução benigna e desaparecem espontaneamente.

## Vacina tetravalente contra a difteria, o tétano, a tosse convulsa e a doença invasiva por *Haemophilus influenzae* b (DTP<sub>a</sub>Hib)

Tipo de vacina	Vacina combinada tetravalente, contendo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• toxóide diftérico adsorvido (D)</li> <li>• toxóide tetânico adsorvido (T)</li> <li>• toxóide e subunidades de <i>Bordetella pertussis</i> (P<sub>a</sub>)</li> <li>• oligossacáridos ou polissacárido capsular de <i>Haemophilus influenzae</i> b, conjugados com uma proteína bacteriana (Hib)</li> </ul>
Contra-indicações	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reacção anafiláctica a uma dose anterior ou a algum constituinte da DTP<sub>a</sub>Hib ou a outras vacinas contendo um ou mais destes antigénios</li> <li>• Encefalopatia<sup>(a)</sup> de etiologia desconhecida nos 7 dias após administração de uma vacina com o componente <i>pertussis</i></li> </ul>
Precauções	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alterações neurológicas que predisponham ao aparecimento de convulsões ou deterioração neurológica, nomeadamente encefalopatia evolutiva (precaução para o componente <i>pertussis</i>) – decisão do médico assistente</li> <li>• Trombocitopenia, diátese hemorrágica, alterações da coagulação ou terapêutica anticoagulante (ver “Vacinação em Circunstâncias Especiais”)</li> <li>• Doença aguda grave, com ou sem febre</li> <li>• Outras precauções no texto de “Vacina DTP<sub>a</sub>”</li> </ul>
Dose e via de administração	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0,5 mL</li> <li>• Intramuscular</li> </ul>
Local da injeção	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; 12 meses de idade: músculo vasto externo, na face externa da região antero-lateral da coxa esquerda</li> <li>• ≥ 12 meses de idade: músculo deltóide, na face externa da região antero-lateral do terço superior do braço esquerdo</li> </ul>

As reacções adversas à vacina **DTP<sub>a</sub>Hib** são semelhantes às que ocorrem com as vacinas **DTP<sub>a</sub>** e **Hib**. Observa-se, no entanto, uma tendência para o aumento da frequência de reacções locais e febre baixa.

## Vacina pentavalente contra a difteria, o tétano, a tosse convulsa, a doença invasiva por *Haemophilus influenzae b* e a poliomielite (DTP<sub>a</sub>HibVIP)

Tipo de vacina	<p>Vacina combinada pentavalente, contendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• toxóide diftérico adsorvido (D)</li> <li>• toxóide tetânico adsorvido (T)</li> <li>• toxóide e subunidades de <i>Bordetella pertussis</i> (P<sub>a</sub>)</li> <li>• oligossacáridos ou polissacárido capsular de <i>Haemophilus influenzae b</i>, conjugados com uma proteína bacteriana (Hib)</li> <li>• vírus da poliomielite inteiros e inactivados (tipos 1, 2 e 3) (VIP)</li> </ul>
Contra-indicações	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reacção anafiláctica a uma dose anterior ou a algum constituinte da DTP<sub>a</sub>HibVIP ou a outras vacinas contendo um ou mais destes antígenos</li> <li>• Encefalopatia<sup>(a)</sup> de etiologia desconhecida nos 7 dias após administração de uma vacina com o componente <i>pertussis</i></li> </ul>
Precauções	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipersensibilidade à neomicina, estreptomicina ou polimixina B – indicada a vacinação em meio hospitalar</li> <li>• Alterações neurológicas que predisponham ao aparecimento de convulsões ou de deterioração neurológica, nomeadamente encefalopatia evolutiva (precaução para o componente <i>pertussis</i>) – decisão do médico assistente</li> <li>• Trombocitopenia, diátese hemorrágica, alterações da coagulação ou terapêutica anticoagulante (ver “Vacinação em Circunstâncias Especiais”)</li> <li>• Doença aguda grave, com ou sem febre</li> <li>• Outras precauções no texto de “Vacina DTP<sub>a</sub>”</li> </ul>
Dose e via de administração	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0,5 mL</li> <li>• Intramuscular</li> </ul>
Local da injeção	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; 12 meses de idade: músculo vasto externo, na face externa da região antero-lateral da coxa esquerda</li> <li>• ≥ 12 meses de idade: músculo deltóide, na face externa da região antero-lateral do terço superior do braço esquerdo</li> </ul>

(a) Definida como uma alteração grave e aguda do sistema nervoso central, sem outra causa conhecida, que se pode manifestar através de perturbações graves da consciência ou por convulsões generalizadas ou focais persistentes, não recuperando dentro das primeiras 24 horas.

As reacções adversas à vacina DTP<sub>a</sub>VIP são semelhantes às observadas com as vacinas DTP<sub>a</sub> e VIP.



## Vacina trivalente contra o sarampo, a parotidite epidémica e a rubéola (VASPR)

Tipo de vacina	Vacina combinada trivalente contendo vírus vivos atenuados do sarampo, da parotidite epidémica e da rubéola
Contra-indicações	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reacção anafiláctica a uma dose anterior da vacina, à neomicina, à gelatina ou a outros componentes da vacina</li> <li>• Gravidez (ver “Vacinação em Circunstâncias Especiais”)</li> <li>• Tuberculose activa</li> <li>• Trombocitopenia ou púrpura trombocitopénica na sequência de uma dose anterior da vacina</li> <li>• Imunodepressão grave, congénita ou adquirida (ver “Vacinação em Circunstâncias Especiais”)</li> <li>• Terapêutica imunossupressora (ver “Vacinação em Circunstâncias Especiais”)</li> </ul>
Precauções	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não engravidar nos 3 meses seguintes à vacinação</li> <li>• Imunodeficiências congénitas ou adquiridas (incluindo infecção por VIH), não graves – pode ser administrada, por prescrição médica (ver “Vacinação em Circunstâncias Especiais”)</li> <li>• Reacção anafiláctica às proteínas do ovo não é contra-indicação – indicada a vacinação em meio hospitalar (ver “Segurança das Vacinas do PNV 2006”)</li> <li>• Administração de produtos contendo imunoglobulinas (ver “Vacinação em Circunstâncias Especiais”)</li> <li>• Trombocitopenia ou púrpura trombocitopénica idiopática</li> <li>• Doença aguda grave, com ou sem febre</li> </ul>
Dose e via de administração	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0,5 mL</li> <li>• Subcutânea</li> </ul>
Local da injeção	Região deltóide ou tricépete braquial do braço direito

As reacções adversas locais são as mais frequentes, nomeadamente: ardor, calor e/ou dor de curta duração, rubor ou edema. Raramente, podem ainda ocorrer sinais e/ou sintomas locais de intensidade moderada, tais como eritema, enduração, parestesias e reacções alérgicas. As reacções sistémicas mais frequentes são a febre (> 39,4°C) e/ou exantema que são auto-limitados, de curta duração e podem surgir 5 a 12 dias após a vacinação, razão pela qual não se recomenda a utilização de antipiréticos preventivos. Registaram-se ainda casos raros de irritabilidade, choro intenso prolongado, mal-estar, diarreia, náuseas, vómitos, anorexia, sonolência, insónia e sinais e sintomas de infecção respiratória superior. A componente contra a rubéola pode, raramente, provocar artralguas e/ou artrite, com início 1 a 3 semanas após a administração da vacina, principalmente em mulheres em idade fértil. Estas reacções são auto-limitadas.



## Vacina bivalente contra o tétano e a difteria (Td)

Tipo de vacina	Vacina combinada bivalente, contendo: <ul style="list-style-type: none"><li>• toxóide tetânico adsorvido (T)</li><li>• toxóide diftérico, em dose reduzida, adsorvido (d)</li></ul>
Contra-indicações	<ul style="list-style-type: none"><li>• Reacção anafiláctica a uma dose anterior ou a algum constituinte da Td ou a outras vacinas contendo um ou mais destes antigénios</li><li>• Trombocitopenia ou complicações neurológicas na sequência de anterior vacinação contra o tétano ou a difteria</li></ul>
Precauções	<ul style="list-style-type: none"><li>• Síndrome de Guillain-Barré nas 6 semanas após dose anterior de toxóide tetânico</li><li>• Trombocitopenia, diátese hemorrágica, alterações da coagulação ou terapêutica anticoagulante (ver “Vacinação em Circunstâncias Especiais”)</li><li>• Doença aguda grave, com ou sem febre</li></ul>
Dose e via de administração	<ul style="list-style-type: none"><li>• 0,5 mL</li><li>• Intramuscular</li></ul>
Local da injeção	<ul style="list-style-type: none"><li>• Músculo deltóide, na face externa da região antero-lateral do terço superior do braço esquerdo</li></ul>

As reacções locais são as mais frequentes, nomeadamente: dor, eritema ou rubor e edema no local da injeção, que ocorrem 1 a 3 dias após a administração da vacina. Frequentemente, forma-se um nódulo duro e doloroso no local da injeção, persistindo por algumas semanas. As reacções sistémicas mais observadas são: cefaleias, sudorese, arrepios, febre, sensação de vertigem, astenia, hipotensão, mialgias e artralguas. Estas reacções são mais frequentes em indivíduos hiperimunes, particularmente após doses de reforço muito frequentes.

## Locais de Administração

**Quadro VII – Locais de administração das vacinas do PNV em crianças menores de 12 meses de idade**

Braço esquerdo	Braço direito
BCG	_____
Coxa esquerda	Coxa direita
DTP <sub>a</sub> HibVIP MenC DTP <sub>a</sub> DTP <sub>a</sub> Hib DTP <sub>a</sub> VIP	VHB Hib VIP

**Quadro VIII – Locais de administração das vacinas do PNV em crianças de idade igual ou superior a 12 meses**

Braço esquerdo	Braço direito
BCG	VASPR
MenC	VHB
DTP <sub>a</sub> Hib	Hib
DTP <sub>a</sub> VIP	VIP
Td	
DTP <sub>a</sub>	

## Reacção Anafilática

### Material

#### Quadro X – Equipamento mínimo necessário para tratamento da anafilaxia (em todos os serviços de vacinação)<sup>(a)</sup>

1. Adrenalina a 1:1.000 (1 mg/mL) (administração via intramuscular, endovenosa ou inalatória)
2. Oxigénio – máscaras com reservatório (O<sub>2</sub> a 100%) e cânulas de Guedel (vários tamanhos) e debitómetro a 15 L/m
3. Insufladores (ressuscitadores) auto-insufláveis (250 mL, 500 mL e 1500 mL) com reservatório, máscaras faciais transparentes (circulares e anatómicas de vários tamanhos)
4. Mini-nebulizador com máscara e tubo, de uso único
5. Soro fisiológico (administração endovenosa)
6. Broncodilatadores – salbutamol (solução respiratória)
7. Corticosteróides injectáveis – hidrocortisona e prednisolona
8. Esfigmomanómetro normal (com braçadeiras para crianças)
9. Estetoscópio
10. Equipamento para intubação endotraqueal: laringoscópio, pilhas, lâminas rectas e curvas, pinça de Magil, tubos traqueais (com e sem balão), fita de nastro.
11. Agulha 14-18 Gauge para cricotiroidotomia por agulha (se necessário)
12. Nebulizador

(a) Os serviços de vacinação mais pequenos, nomeadamente extensões de Centros de Saúde, que distem menos de 25 minutos de um serviço de saúde onde esteja disponível todo o equipamento mínimo necessário (pontos 1 a 12), deverão possuir, pelo menos, o enunciado nos pontos 1 a 9, inclusive.

## Procedimento

### Procedimentos e tratamento imediato da anafilaxia

#### Pedir ajuda e telefonar para o 112

- Deitar o doente com os pés elevados (posição de Trendelenburg)
- Manter as vias aéreas permeáveis
- Administrar oxigénio
- Administrar adrenalina a 1:1 000 IM (1 mg/mL), na face anterior da coxa  
Dose: 0,01 mL/kg (entre 0,07 mL e 0,5 mL)  
Pode ser repetida cada 10 a 30 minutos, até 3 vezes
- Se mantiver sinais de obstrução das vias aéreas:
  - aerossol com salbutamol (0,03 mL/kg – máximo 1 mL) **ou**
  - aerossol com adrenalina (1 mL em 4 mL de soro fisiológico)
- Monitorizar sinais vitais e Tempo de Preenchimento Capilar (TPC)
- Canalizar uma veia e iniciar perfusão com soro fisiológico EV  
Dose: 20 mL/kg na criança.  
Repetir 1 a 2 vezes, se necessário
- Se a pressão arterial continuar a baixar, administrar:
  - hidrocortisona EV (4 mg/kg na criança; máximo 250 mg no adulto) **ou** prednisolona EV (2 mg/kg na criança; máximo 75 a 100 mg no adulto)
  - adrenalina a 1:1 000 EV (1 mg/mL), em perfusão contínua  
Dose: 0,1 - 5,0 µg/kg/min

#### Dose de adrenalina a 1:1 000 IM de acordo com a idade, para tratamento de reacções anafiláticas

Idade <sup>(a)</sup>	Dose (mL)
2 - 6 meses	0,07
12 meses	0,1
18 meses - 4 anos	0,15
5 anos	0,2
6 - 9 anos	0,3
10 - 13 anos	0,4 <sup>(b)</sup>
≥14 anos	0,5 <sup>(b)</sup>

a) As doses para crianças com idades não expressas no quadro devem ser aproximadas às referidas para a idade mais próxima.

b) Para reacções moderadas, pode ser considerada uma dose de 0,3 mL.

## SALA DE TRATAMENTOS

### *Guia para tratamento de feridas*

#### **Úlceras: Definição e Etiologia**

Uma úlcera é uma ferida, uma lesão na pele que pode ser provocada por inúmeros factores e exprimir-se em características bastante distintas. Uma úlcera de pressão (UP) ou escara é qualquer lesão provocada na pele por uma pressão persistente de que resulta um compromisso circulatório capilar, com conseqüente destruição dos tecidos, podendo ser reversível ou não, dependendo da extensão e tipo de danos causados.

De referir, sucintamente, que existem vários tipos de úlceras de pressão consoante as seguintes características: profundidade, tamanho e forma, quantidade de exsudado, localização e o tipo de tecido/estádio de cicatrização presente. No que diz respeito à quantidade é pertinente ainda referir que existem 4 graus para classificação de UP:

- **Grau 1:** Eritema não branqueável, com lesão do tecido interno da pele mas sem aparecimento de solução de continuidade.
- **Grau 2:** Destruição superficial da epiderme (por exemplo, com o aparecimento de flictena)
- **Grau 3:** Destruição profunda da pele que abrange a derme e alcança a hipoderme. Pode haver presença de tecido necrosado.
- **Grau 4:** Extensa destruição que envolve tecidos de suporte (músculos e tendões, com exposição do osso) e total destruição da pele.

Os principais factores que intervêm para a formação de diferentes tipos de úlceras de pressão são a pressão exercida e o tipo de tecido envolvido. Os principais factores que condicionam a pressão que é exercida nas proeminências ósseas do corpo humano são a mobilidade (uma pessoa com mobilidade reduzida apresenta menor frequência no alívio da pressão dos diferentes locais), a diminuição da actividade e a diminuição da percepção sensorial (as pessoas com a sua sensibilidade reduzida não sentem desconforto quando as zonas de pressão do seu corpo começam a manifestar-se através da dor - a pessoa não se apercebe da pressão excessiva e não altera a sua posição).

A pressão quando exercida sobre os tecidos faz aumentar grandemente a pressão da perfusão capilar: a pressão no interior dos capilares aumenta de tal forma que leva ao seu colapso. Embora não sejam vasos principais, são os capilares que asseguram o aporte de oxigénio à

totalidade do tecido que vascularizam, pela sua densa irrigação. Quando os capilares colapsam existem portanto zonas tecidulares que deixam de receber oxigénio em quantidade suficiente e ocorre a hipoxia tecidular. Esta situação poderá dar origem a uma trombose vascular, tendo como consequências a isquémia (ausência de circulação), anóxia tecidular (ausência de  $O_2$  nos tecidos) ou necrose do tecido (morte), levando ao aparecimento de feridas. Outra situação será, em pressão demasiada, a compressão dos tecidos muscular e dos capilares contra os tecidos ósseos. Como os ossos não possuem uma capacidade de deformação (elástica) tão grande como os outros tecidos, estes acabam por ficar comprimidos contra os ossos. Assim, dá-se a compressão, atrito e abrasão dos vasos do tecido muscular, levando igualmente a situações de isquémia.

O doente imobilizado tem constantemente grandes áreas de tecido em compressão prolongada. Embora esta situação possa ser aliviada através da alternância dos posicionamentos, não pode ser anulada.

O aumento da temperatura ambiente provoca um aumento do metabolismo celular, pois provoca um aumento das necessidades celulares: o corpo tem de arrefecer e utiliza mecanismos auto-reguladores que dispendem grandes quantidades de nutrientes, energia e  $O_2$ . Como estes elementos não são imediatamente repostos ocorre uma diminuição significativa da circulação. Nos casos em que a temperatura ambiente é baixa esta situação também ocorre, pois o organismo necessita de grandes dispêndios energéticos para aumentar a sua temperatura.

Outra vertente do aumento da temperatura, no contexto da humidade, será a transpiração. Com febre ou exposto a temperatura elevadas o doente transpira e faz aumentar a sua humidade corporal. Embora parte dessa transpiração evapore, outra parte fica retida na pele, em zonas de pregas cutâneas, e nas zonas de contacto com o colchão que, para efeitos de higiene, é plastificado. As zonas de contacto com o colchão são simultaneamente as zonas onde existe maior pressão. Esta combinação de pressão e humidade vai favorecer grandemente a maceração dos tecidos, diminuindo a sua integridade e tornando-o mais susceptível ao aparecimento de úlceras de pressão.

É também de referir, por último, que para além dos factores já enunciados, existe um conjunto de características próprias de cada indivíduo que o enfermeiro tem que estar sensibilizado para verificar, de facto, de forma a poder analisar o risco de úlcera de pressão de cada utente. São elas:

### - A Idade

O processo de envelhecimento conduz a uma redução da elasticidade dos tecidos (ocorre uma redução das fibras de colagénio responsáveis pela elasticidade da pele - a pele torna-se mais fina e os tecidos são facilmente lesados); a uma perda da massa corporal e uma atrofia muscular, onde existe conseqüentemente menos tecido de suporte no corpo.

### - A Nutrição

Um estado nutricional deficiente está inevitavelmente relacionado com as intercorrências de desidratação, anemia, avitaminoses ou hipoproteínemias (que podem comprometer a cicatrização). É também uma adequada nutrição que garante o aporte adequado de oxigénio aos tecidos, impedindo o aparecimento de edemas, entre outros.

### - O Peso Corporal:

*Obesidade:* nas pessoas obesas, pela existência de uma grande massa interna de tecidos de suporte, existe uma maior pressão gerada entre eles; as mobilizações são menos frequentes pois são mais difíceis de realizar, para além disso podem causar facilmente lesões no arrastamento ou deslocamento do doente sobre os lençóis da cama, por exemplo.

*Magreza:* Existe pouco tecido de suporte e por isso uma redução da protecção contra a pressão; embora a pressão exercida seja menor, a área sobre a qual ela incide também o é: torna-se portanto um risco acrescido em termos relativos.

### - As alterações do Sistema Nervoso:

As alterações de sensibilidade (doente não sente desconforto e não muda de posição quando a pressão começa a ser excessiva, como por exemplo o doente com pé diabético), consciência (doente inconsciente não consegue controlar a manutenção de zonas de pressão adequadas, como por exemplo o doente em coma) e mobilidade (pessoas de mobilidade reduzida tem mais dificuldades em alterar mais frequentemente as suas posições de conforto).

### - Alterações do Sistema Vascular:

Podem ocorrer lesões anatómicas a nível dos capilares, obstruções nas artérias ou situações de insuficiência venosa nos membros inferiores. Funcionalmente os tecidos não têm aporte suficiente de sangue nem  $O_2$ , ocorrem situações de hipovolémia (levando a uma hipercoagulabilidade) e de paralisia vaso motora.

### - Estado da Pele:

A pele frágil é mais susceptível à lesão (é fina, perde elasticidade...). No caso dos doentes acamados sofre grandes agressões, devido à permanência no leito, com elevado grau de humidade e na utilização da fralda, por exemplo.

## Princípios de Tratamento de Feridas

O tratamento de feridas assenta principalmente numa correcta avaliação da úlcera pelos profissionais de saúde que acompanham o utente.

Esta abordagem ao doente com úlcera de pressão, parte então de uma avaliação global do doente no sentido de diagnosticar e corrigir os factores de risco associados ao aparecimento da ferida (nutrição adequada, alternância de decúbitos e incentivo à mobilidade da pessoa, etc.), no sentido de controlar eficazmente a dor, não só durante a execução do tratamento, mas em todos os momentos em que o utente refere sentir dor e, finalmente, a avaliação correcta da ferida permite a preparação adequada do leito da ferida e a selecção de material adequado.

Para a avaliação da ferida teremos então que considerar as suas características: a profundidade da lesão, o seu tamanho e forma, a localização, o seu aspecto/estádio no ciclo da cicatrização e a presença ou não de exsudado ou infecção. Em seguida, segue-se a preparação do leito da ferida, de forma a criar condições adequadas, o mais próximo das ideais possíveis, para a sua evolução positiva. Temos então que considerar quatro aspectos distintos (que em conjunto definem a sigla TIME):

- *Tecido Não Viável ou Deficiente:* a presença de tecido necrosado ou tecido de hipergranulação na ferida limita a sua evolução e representam um meio propício ao desenvolvimento de microorganismos patológicos. Sendo assim, na presença deste tipo de feridas, é usual recorrer-se ao desbridamento, de forma a promover a cicatrização e correcta avaliação do tamanho e profundidade das feridas. O desbridamento pode ser cirúrgico (remoção mecânica através da utilização de um bisturi), enzimático (utilização de enzimas que degradam as ligações de colagénio do tecido necrosado e permitem a sua remoção em ambiente húmido), mecânico (remoção de tecido necrosado com recurso a compressas húmidas ou irrigação pressurizada; é desaconselhado pois provoca traumatismo extenso nos tecidos sãos circundantes) ou autolítico (fornecendo um meio húmido adequado, consiste no incentivo da actuação mais eficaz das enzimas próprias ao organismo).



No caso da proliferação de tecido de hipergranulação é utilizado frequentemente um meio químico, através do Nitrato de Prata, para controlar o crescimento exagerado de tecido são.

- *Infecção*: A presença de bactérias numa ferida não significa por si só infecção dos tecidos envolvidos. Podemos afirmar actualmente que a ferida crónica não é uma ferida estéril e que a presença de um pequeno número de bactérias, geralmente não patogénicas, favorece a cicatrização das feridas. No entanto, quando os microorganismo se replicam crescentemente e despoletam uma resposta imunológica (desencadeando a infecção), torna-se necessário ter uma acção adequada, através da antibioterapia específica e adequada aos microorganismo em questão.

- *Meio em Equilíbrio*: consiste no controlo do meio da ferida, de forma a promover a humidade adequada para a promoção da cicatrização (fornecendo um meio húmido, se necessário, ou controlando os níveis de exsudado, se em excesso), o isolamento físico, térmico e bacteriano, mas que permitam trocas gasosas com o exterior, através da selecção de um penso adequando e vigilância das características da ferida, exsudado e despiste de infecções e outras alterações fisiológicas.

- *Epiderme*: consiste nos cuidados à pele perilesional (através de limpeza e aplicação de pomadas protectoras, por exemplo) e controlo de patologias adjacentes.

### *Materiais*

SOLUTOS UTILIZADOS PARA LIMPEZA E DESINFECÇÃO	
Soluto de Dakin (Hipoclorito de Sódio 0,5%)	Soro Fisiológico a 36 <sup>a</sup> C
Peróxido de Hidrogénio	Betadine Solução Cutânea
Éter Etílico	Álcool Etílico

FÁRMACOS DE APLICAÇÃO TÓPICA	PENSOS PRIMÁRIOS
Thrombocid (Polissulfato Sódico de Pentosano)	Aquacell (Carboximetilcelulose Sódica)
Dermisol	Aquacell AG (carboximetilcelulose sódica com prata)
Biafine	Actisorb Silver (Carvão Activado com Prata)
Betadine Pomada Dérmica	Askina Carbosorb (Carvão Activado)
Vitamina A	Apósito Hidrocolóide Fino
Vaselina Purificada	Apósito Hidrocolóide - Placa
Fucidine (Ácido Fusídico)	Paranet (Gase Parafinada)
Hidrogel	Inadine (compressa não aderente em iodopovidona)
Olidermil (Óxido de Zinco)	Tielle (Penso Hidropolímero)
	Algisite M (Alginato de Cálcio)

### *Aplicação e Indicações*

- SOLUTOS UTILIZADOS PARA LIMPEZA E DESINFECÇÃO

#### Soro Fisiológico a 36<sup>ª</sup> C

Solução de Cloreto de Sódio a 0,9%. A temperatura, garantida por uma estufa disponível na Sala de Tratamentos, é ótima para a irrigação e limpeza de feridas, não perturbando o meio respectivo devido à sua proximidade à temperatura corporal.

#### Soluto de Dakin

Cada vez mais em desuso, o Soluto de Dakin consiste numa solução de Hipoclorito de Sódio a 0,5%, ainda útil para o desbridamento químico de feridas necrosadas persistentes e em fase avançada. Um aspecto importante para ter em conta na sua aplicação é que para este surtir o efeito pretendido é necessário que seja aplicado e mantido um meio húmido no leito da ferida.

### Peróxido de Hidrogénio

A água oxigenada tem pouca aplicação limitada na limpeza e desinfecção de feridas, sendo útil no entanto quando é necessário detectar a presença ou ausência de sangue ou exsudado sorohemático/hemático nas estruturas a tratar.

### Betadine Solução Cutânea

Solução de Iodopovidona. Tem sido cada vez menos usada em feridas não infectadas, no entanto, nas feridas infectadas, continua a ser o desinfetante de eleição. Ter em atenção o histórico da pessoa no que diz respeito às patologias hormonais tiroideias ou alergias relacionadas com o iodo. Não aplicar sobre estruturas metálicas, como no caso de suturas metálicas (agrafos), devido à forte oxidação que provoca.

### Éter Etílico

Utilizado para limpeza da pele das regiões perilesionais e sãs, na remoção da gordura natural da pele ou de cola, para melhor adesão dos pensos secundários adesivos.

### Álcool Etílico

Utilizado para desinfecção da pele sã. Não tem aplicação prática na limpeza e desinfecção de úlceras.

## *Aplicação e Indicações*

- FÁRMACOS DE APLICAÇÃO TÓPICA

### Thrombocid

É um heparinóide com propriedades anticoagulantes e fibrinolíticas, de aplicação tópica. Também evidencia propriedades hipolipidimizantes e anti-inflamatórias.

### Dermisol

Creme hidratante que promove a regeneração da pele, utilizado em lesões com presença de colagénio ou tecido necrosado.

### Biafine

É uma emulsão coloidal hipotónica, adjuvante da circulação que constituída por diferentes componentes oleosos em água, muitos dos quais ricos em vitaminas. Tem também um efeito oclusivo, permitindo a criação de um ambiente húmido e a promoção da cicatrização da ferida. Está indicado para aplicação em úlceras com exsudado ligeiro, moderado ou elevado e para úlceras com tecido de granulação ou epitelização.

### Betadine Pomada Dérmica

É um antisséptico e anti-infeccioso de aplicação tópica utilizado para desinfecção, como tratamento adjuvante de úlceras varicosas, úlceras de decúbito e feridas de origem traumática ou cirúrgica.

### Vitamina A

Segundo o INFARMED, a Vitamina A Pomada é categorizada nos adjuvantes da cicatrização (grupo farmacológico 13.7). Tem um efeito calmante, cicatrizante e regenerador dos tecidos.

### Vaselina Purificada

Ação protectora e suavizante da pele.

### Fucidine - Ácido Fusídico

Antibacteriano. Utilizado em infecções devidas a estafilococos resistentes às penicilinas e infecções da pele e tecidos moles. A associação de outro antimicrobiano é recomendada. A sua utilização é muitas vezes rotulada como desnecessária em caso de serem tomadas as medidas higiénicas adequadas e se se fizer recurso aos anti-sépticos.

### Hidrogel

Gel transparente, estéril e hidratado utilizado para promover o desbridamento autolítico. Aplicação recomendada em úlceras com tecido morto ou tecido necrosado duro e viscoso. O seu elevado teor de água vai promover a hidratação da placa de tecido necrosado promovendo a acção enzimática autolítica. Mantém um ambiente húmido promovendo a angiogénese e a formação de tecido de granulação.

### Olidermil - Óxido de Zinco

Tal como a vitamina A, insere-se no grupo farmacológico 13.7, adjuvantes da cicatrização.

## *Aplicação e Indicações*

### *- PENSOS PRIMÁRIOS*

#### Alginato de Cálcio (Algisite M)

Penso constituído por fibras de alginato de cálcio, as quais são extraídas das algas marinhas. É constituído essencialmente por um polímero de cadeia longa que absorve o exsudado por capilaridade onde em simultâneo ocorre permuta iónica entre o sódio presente no exsudado e o cálcio do penso, formando-se um gel viscoso e uniforme, gel de alginato de sódio-cálcio. Este gel mantém a humidade no leito da ferida, promovendo a cicatrização, permite trocas gasosas e proporciona um alívio da dor (devido ao humedescimento das terminações nervosas, evitando propagação de estímulos de grande intensidade).

Está indicado para feridas altamente exsudativas. Ter em atenção que não deve ser aplicado em lesões cavitárias muito estreitas, em feridas com tecido necrosado ou com exsudado pouco/moderado.

#### Carboximetilcelulose Sódica (Aquacell e Aquacell AG)

Penso constituído por fibras de carboximetilcelulose sódica, indicada para úlceras altamente exsudativas. É um penso não aderente com grande capacidade de absorção. As hidrofibras que o constituem funcionam através de um mecanismo de absorção vertical que permite que o exsudado seja imediatamente absorvido para o interior do apósito. À medida que retém o exsudado as hidrofibras vão se transformando num gel coeso que contribui igualmente para o alívio da dor.

Existe ainda o Aquacell AG de composição idêntica à qual é adicionada prata, para feridas infectadas.

Este tipo de material está contra-indicado para úlceras com pouco exsudado e com tecido necrosado, e ainda para os doentes com sensibilidade a algum dos componentes deste penso.

#### Carvão Activado (Actisorb Silver)

Penso constituído por carvão activado, ao qual pode também ser adicionada prata. Indicado para úlceras com odor intenso, infectadas ou ainda com exsudado elevado a moderado. Este penso tem a capacidade de absorver exsudado e proporcionar um ambiente húmido favorável à cicatrização. Adsorve também os microorganismos e imobiliza-os no penso e elimina odores desagradáveis. Está contra-indicado em doentes sensíveis ao nylon.

### Penso Hidrocolóide (Varihesive Extra Fino e Varihesive Gel Control)

Constituído por uma matriz à base pectina, gelatina e carboximetilcelulose, revestida por uma lâmina de poliuretano. É um complemento eficaz dos cuidados de enfermagem na prevenção da formação de escaras, protegendo os pontos de apoio do utente da fricção e da maceração. Para além disso é utilizado no eritema, na flictena, nas feridas com tecido de granulação ou epitelização e ainda em feridas com moderado a pouco exsudado. Actua mantendo um microclima quente, húmido e suave que favorece a migração das células reparadoras, diminuindo igualmente a intensidade da dor. Tem uma acção suave de desbridamento autolítico, sendo que no início poderá surgir um ligeiro aumento da lesão ulcerosa.

Pode ser aplicada em úlceras cavitárias, sendo que a cavidade deverá ser preenchida com pasta hidrocolóide e coberta com o apósito final.

### Penso Hidrófilo de Poliuretano (Allevyn Non-Adhesive)

Penso constituído por uma estrutura tri-laminada, possuindo três matérias distintos organizados de forma concêntrica, com as seguintes funções:

- Centro Hidrocelular: absorve exsudado e o mantém a humidade no leito, graças a sua estrutura microscópica, promovendo a cicatrização.
- Película Fina de Poliuretano: mais externa, é permeável as trocas gasosas e ao vapor de água e impermeável às bactérias.
- Película Adesiva: minimiza o risco de derrame e do repassar o penso, diminuindo o risco de infecção da ferida.

Está indicado para úlceras com exsudado moderado a elevado e em fase de granulação ou epitelização, sendo que não pode ser utilizado em utentes sensíveis ao poliuretano ou outro constituinte do penso.

### Penso Hidropolímero (Tielle)

Penso esponjoso constituído por quatro camadas distintas (zona central de poliuterano absorvente; compressa em falso tecido para transporte de fluidos, camada adesiva não agressiva à pele e revestimento em polietileno permeável ao vapor de água mas impermeável à água). Indicado para feridas com pouco a moderado exsudado e em estágio de granulação/epitelização, mas não pode ser utilizado se a ferida estiver infectada ou com tecido necrosado. Actua

absorvendo com a estrutura central quantidades não muito elevadas de exsudado, proporcionando um ambiente húmido no interface ferida/penso, promovendo a circulação. Facilita também o auto-desbridamento, pelo que pode inicialmente ocorrer o aumento da lesão. É impermeável à água, permitindo a higiene diária do utente.

#### Gase Parafinada e Inadine (Paranet/Jelonet e Inadine)

Para aplicação sobre tecido de granulação em estágio final ou sobre tecido de epitelização.

Promove a regeneração da pele.

O Inadine é constituído por uma compressa não aderente impregnada em iodopovidona, para feridas não aderentes.

## APÊNDICE 14: TIPOS DE ÚLCERA - APÓSITO

