

3 DE MAIO – SÁBADO

SESSÃO TELEVOTER PEDIATRIA

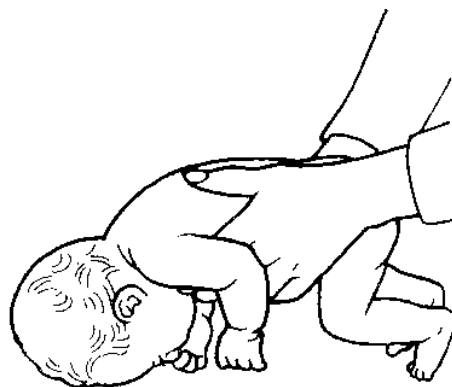
DESENVOLVIMENTO INFANTIL COMO AVALIAR E QUANDO REFERENCIAR

FRANCISCO ABECASIS

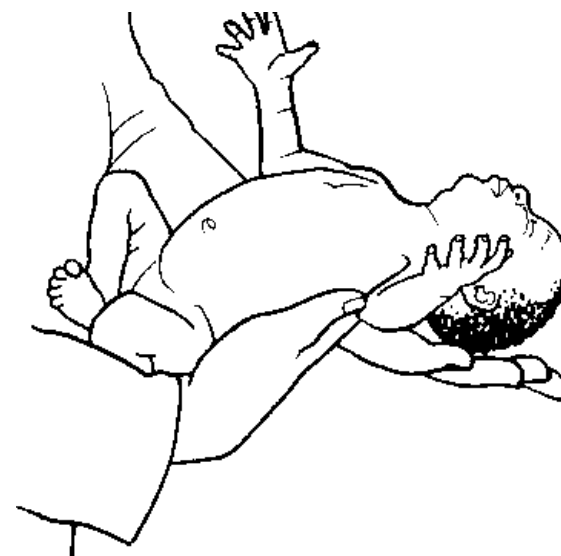
Recém nascido



Tracção pelas mãos



Suspensão ventral



Reflexo de Moro

1 Mês



Tracção pelas mãos



Deitado de costas



Suspensão ventral



Deitado de barriga



Sentado



Reflexo marcha



0873-9781/07/38-5/209

Acta Pediátrica Portuguesa

Sociedade Portuguesa de Pediatria

SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA CONSENSOS E RECOMENDAÇÕES



Recomendações para o Rastreio Auditivo Neonatal Universal (RANU)

Grupo de Rastreio e Intervenção da Surdez Infantil – GRISI

NORMA

DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Francisco
Henrique
Moura
George

Digitally signed by
Francisco Henrique Moura
George,
DN: c=PT, o=Ministério da
Saúde, ou=Direção-Geral
da Saúde, ou=Francisco
Henrique Moura George
Date: 2013.05.31 10:00:00
+0100'

113 anos
1900-2013



NÚMERO: 010/2013

DATA: 31/05/2013

ASSUNTO:	Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
PALAVRAS-CHAVE:	Saúde infantil; Saúde juvenil; PNSIJ; Vigilância
PARA:	Profissionais de Saúde
CONTACTOS:	Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil (barbaramenezes@dgs.pt)

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

	4 – 6 Semanas	3 M	6 M	9 M	12 M
Audição e Linguagem	<ul style="list-style-type: none"> Pára e pode voltar os olhos ao som de uma sineta, roca ou voz a 15 cm do ouvido. 	<ul style="list-style-type: none"> Atende e volta-se geralmente aos sons. 	<ul style="list-style-type: none"> Segue os sons a 45 cm do ouvido. Vocaliza sons monossílabos e dissílabos. Dá gargalhadas. 	<ul style="list-style-type: none"> Tem atenção rápida para os sons perto e longe. Localiza sons suaves a 90 cm abaixo ou acima do nível do ouvido. Repete várias sílabas ou sons do adulto. 	<ul style="list-style-type: none"> Tem resposta rápida aos sons suaves, mas habitua-se depressa. Dá pelo nome e volta-se. Jargão (vocaliza incessantemente em tom de conversa, embora completamente impercetível). Compreende ordens simples “dá, cá e adeus”.

Rastreio oftalmológico infantil dos 0 aos 6 meses

Recomendações da Secção de Pediatria do Ambulatório da SPP

(Aprovadas pela Sociedade Portuguesa de Oftalmologia)

Autores

Fátima Pinto

Assistente Graduada de Pediatria

Centro de Saúde da Carvalhosa e Foz do Douro

fatymapynto@gmail.com

Vogal da SPA/SPP

José Luís Fonseca

Assistente Graduado de Pediatria e Neonatologia

Centro Hospitalar do Alto Ave – Guimarães

joseluisfonseca@netcabo.pt

Presidente da SPA/SPP

Boas Práticas em Oftalmologia
Avaliação e Reterenciação

visão

Direcção-Geral da Saúde



UE - Fundo Estrutural



Saúde XXI

Programa Operacional de Saúde



Plano Nacional de Saúde

União Europeia da Saúde
www.uepsa.pt



Ministério da Saúde

2008

Tabela 1.1: Esquema da Avaliação da Saúde da Visão da Criança

IDADES		2 meses	6 meses	2 anos	5 e 10 anos
ANAMNESE					
	História familiar e hereditária	Preencher na 1ª observação			
	História da gravidez e parto	Preencher na 1ª observação			
	História pessoal e desenvolvimento	Sim	Sim	Sim	Sim
EXAME OBJECTIVO					
	Pálpebras	Sim	Sim	Sim	Sim
	Exame Ocular Externo	Sim	Sim	Sim	Sim
	Meios Transparentes e reflexo do fundo ocular	Sim	Sim	Sim	Sim
	Capacidade visual				
	Reflexos fotomotores	Sim	Sim	Sim	Sim
	Fixação e perseguição	—	Sim	Sim	—
	Acuidade visual	—	—	Sim	Sim
	Visão cromática (Ishihara)	—	—	—	Sim
	Campos visuais	—	—	—	Sim
	Movimentos Oculares, Visão Binocular e Equilíbrio Oculomotor				
	T. Hirschberg	—	Sim	Sim	Sim
	Posições do olhar	—	Sim	Sim	Sim
	Cover test	—	Sim	Sim	Sim
	Estereopsia	—	—	—	Sim

Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)

Diana Robins, Deborah Fein & Marianne Barton, 1999

Por favor, preencha este questionário sobre o comportamento usual da criança. Responda a todas as questões. Se o comportamento descrito for raro (ex. foi observado uma ou duas vezes), responda como se a criança não o apresente. Faça um círculo à volta da resposta "Sim" ou "Não".

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

Traduzido pela Unidade de Autismo

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

Cotação:

A cotação do **M-CHAT** leva menos de dois minutos. Resultados superiores a **3 (falha em 3 itens no total)** ou em **2 dos itens considerados críticos (2,7,9,13,14,15)**, após confirmação, justificam uma avaliação formal por técnicos de neurodesenvolvimento.

As respostas Sim/Não são convertidas em passa/falha. A tabela que se segue, regista as repostas consideradas **Falha** para cada um dos itens do M-CHAT. As questões a “**Negrito**” representam os **itens CRITICOS**.

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

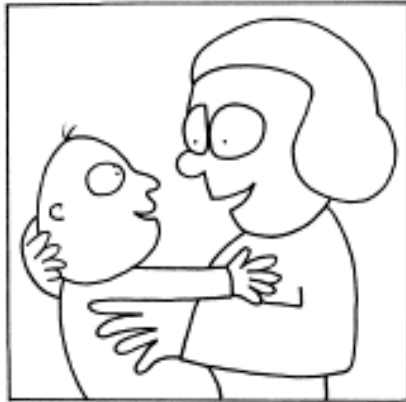
Please answer these questions about your child. Keep in mind how your child usually behaves. If you have seen your child do the behavior a few times, but he or she does not usually do it, then please answer **no**. Please circle **yes** or **no** for every question. Thank you very much.

1. If you point at something across the room, does your child look at it? (FOR EXAMPLE , if you point at a toy or an animal, does your child look at the toy or animal?)	Yes	No
2. Have you ever wondered if your child might be deaf?	Yes	No
3. Does your child play pretend or make-believe? (FOR EXAMPLE , pretend to drink from an empty cup, pretend to talk on a phone, or pretend to feed a doll or stuffed animal?)	Yes	No
4. Does your child like climbing on things? (FOR EXAMPLE , furniture, playground equipment, or stairs)	Yes	No
5. Does your child make <u>unusual</u> finger movements near his or her eyes? (FOR EXAMPLE , does your child wiggle his or her fingers close to his or her eyes?)	Yes	No
6. Does your child point with one finger to ask for something or to get help? (FOR EXAMPLE , pointing to a snack or toy that is out of reach)	Yes	No
7. Does your child point with one finger to show you something interesting? (FOR EXAMPLE , pointing to an airplane in the sky or a big truck in the road)	Yes	No
8. Is your child interested in other children? (FOR EXAMPLE , does your child watch other children, smile at them, or go to them?)	Yes	No
9. Does your child show you things by bringing them to you or holding them up for you to see – not to get help, but just to share? (FOR EXAMPLE , showing you a flower, a stuffed animal, or a toy truck)	Yes	No
10. Does your child respond when you call his or her name? (FOR EXAMPLE , does he or she look up, talk or babble, or stop what he or she is doing when you call his or her name?)	Yes	No
11. When you smile at your child, does he or she smile back at you?	Yes	No
12. Does your child get upset by everyday noises? (FOR EXAMPLE , does your child scream or cry to noise such as a vacuum cleaner or loud music?)	Yes	No
13. Does your child walk?	Yes	No
14. Does your child look you in the eye when you are talking to him or her, playing with him or her, or dressing him or her?	Yes	No
15. Does your child try to copy what you do? (FOR EXAMPLE , wave bye-bye, clap, or make a funny noise when you do)	Yes	No
16. If you turn your head to look at something, does your child look around to see what you are looking at?	Yes	No
17. Does your child try to get you to watch him or her? (FOR EXAMPLE , does your child look at you for praise, or say “look” or “watch me”?)	Yes	No
18. Does your child understand when you tell him or her to do something? (FOR EXAMPLE , if you don’t point, can your child understand “put the book on the chair” or “bring me the blanket”?)	Yes	No
19. If something new happens, does your child look at your face to see how you feel about it? (FOR EXAMPLE , if he or she hears a strange or funny noise, or sees a new toy, will he or she look at your face?)	Yes	No
20. Does your child like movement activities? (FOR EXAMPLE , being swung or bounced on your knee)	Yes	No

Scoring Algorithm

For all items except 2, 5, and 12, the response “NO” indicates ASD risk; for items 2, 5, and 12, “YES” indicates ASD risk. The following algorithm maximizes psychometric properties of the M-CHAT-R:

- LOW-RISK:** **Total Score is 0-2;** if child is younger than 24 months, screen again after second birthday. No further action required unless surveillance indicates risk for ASD.
- MEDIUM-RISK:** **Total Score is 3-7;** Administer the Follow-Up (second stage of M-CHAT-R/F) to get additional information about at-risk responses. If M-CHAT-R/F score remains at 2 or higher, the child has screened positive. Action required: refer child for diagnostic evaluation and eligibility evaluation for early intervention. If score on Follow-Up is 0-1, child has screened negative. No further action required unless surveillance indicates risk for ASD. Child should be rescreened at future well-child visits.
- HIGH-RISK:** **Total Score is 8-20;** It is acceptable to bypass the Follow-Up and refer immediately for diagnostic evaluation and eligibility evaluation for early intervention.



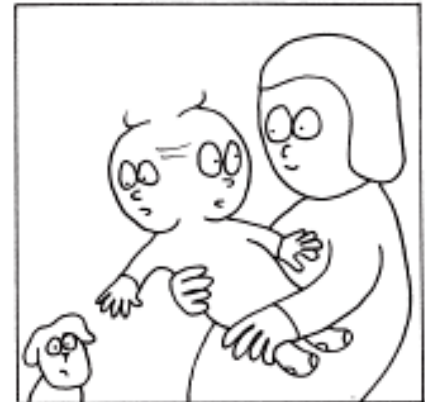
*attention to
people*



*attention to
things*



requesting



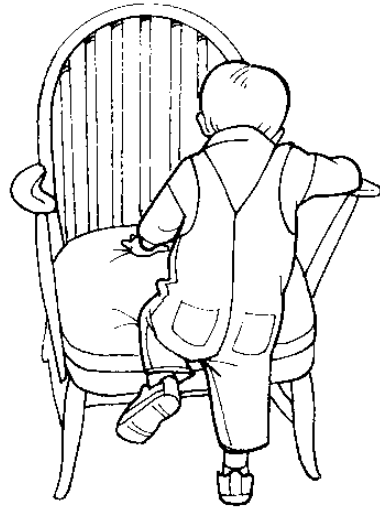
commenting

Failure to develop joint attention and pretend play behaviours by 18 months has been shown to be highly correlated with childhood autism. Whilst not diagnostic, delayed skills in this area may indicate the need for further neuro-developmental assessment (Baird et al. 2000).

18 Meses



**Anda bem
transportando
um boneco**



Sobe a uma cadeira



**Sobe e desce
escadas com ajuda**



**Agacha-se para
apanhar objectos**

Rastreio formal

Recomendado pela Academia Americana de Pediatria

- Na criança sem factores de risco
 - 9, 18 e 24 meses
- Na criança com factores de risco
 - Em todas as consultas (ex: RN < 1500 g)
- Aplicação formal de testes de rastreio
 - Teste de rastreio global – Growing Skills, Denver 2, PEDS, Mary Sheridan
 - M-CHAT – teste de rastreio de PEA – 18 e 30 (ou 24) M

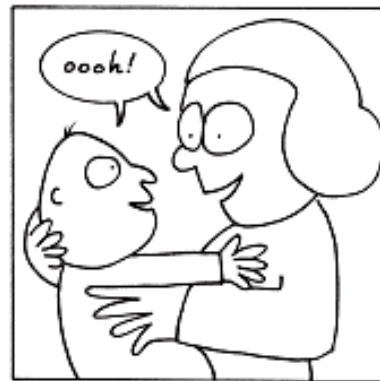
Quanto mais recente é uma característica na nossa espécie, mais ela está "afinada" pela selecção natural e menos falha.



BOX 5 Key stages in speech and language development



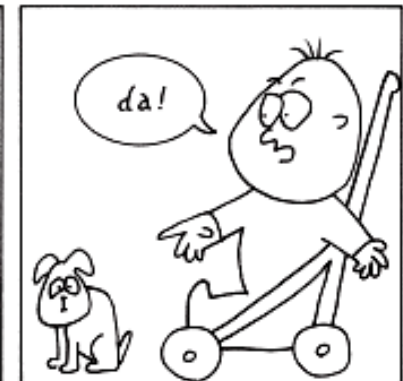
0–2 months
Discomfort cries



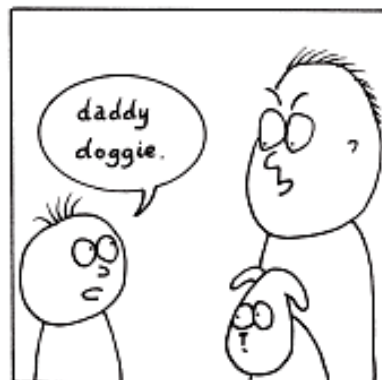
2–4 months
Pleasure sounds



4–9 months
Babbling



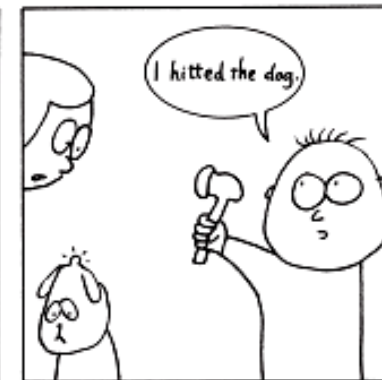
9–12 months
Vocalisations with meaning



12–15 months
First words



18–30 months
Word phrases



2½–4 years
Developing syntax



4–6 years
Adult syntax

Como é que os pais podem ajudar a desenvolver a linguagem

- Nos primeiros meses, falar com o bebé, mesmo quando ele não responde, sobretudo nas rotinas diárias e brincadeira
- Responder às ações do bebé como se tivessem significado
- Minimizar o barulho de fundo para que os bebés possam ouvir o discurso
- Simplificar o discurso: usar frases curtas, enfatizar palavras-chave, usar gestos e fazer pausas para a criança contribuir
- Seguir a atenção da criança e falar acerca daquilo que ela está a ver por um curto período todos os dias
- Usar as atividades diárias como oportunidade de aprendizagem da linguagem (arrumar as compras, separar as roupas, etc.)
- Estabelecer um rotina diária de ler um livro com imagens – falar sobre as figuras, em vez de simplesmente perguntar: “Onde está o ...?” ou “O que é isto?”).

NORMA

DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Francisco
Henrique
Moura
George

Digitalização
Francisco Henrique Moura
George
DGS, PT, o Ministério da
Saúde, ou a Direção-Geral
da Saúde, ou a Direção
Henrique Moura George
DGS, PT, o Ministério da
Saúde



NÚMERO: 010/2013

DATA: 31/05/2013

ASSUNTO: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PALAVRAS-CHAVE: Saúde infantil; Saúde juvenil; PNSIJ; Vigilância

PARA: Profissionais de Saúde

CONTACTOS: Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil (barbaramenezes@dgs.pt)

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

PRIMEIRO ANO DE VIDA

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

1 – 3 A

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

4 – 9 A

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

10 – 18 A

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

Alguns conceitos

- O desenvolvimento é um processo contínuo
- Mais importante do que “o que consegue fazer” é “como o faz”
- O desenvolvimento depende da maturação do SNC e o treino não permite antecipar as competências
- A sequência do desenvolvimento é sempre a mesma, mas a velocidade varia
- A direcção do desenvolvimento é cefalo-caudal e do geral para o específico
- Nenhuma criança tem um “atraso do desenvolvimento” se apenas um aspecto do desenvolvimento está atrasado

Alguns conceitos

- A comorbilidade é a regra - 60-70%
- A reformulação diagnóstica ocorre frequentemente - evolução natural de muitas perturbações. Ex: PEL + PHDA combinada evolui com frequência para dislexia + disortografia+ PHDA desatenta
- O carácter neurobiológico da PHDA - defeito dopaminérgico e noradrenérgico e sua reposição com metilfenidato 90% eficaz.
- A intervenção deve iniciar-se mesmo antes da avaliação completa - por insuficiência de profissionais na área do neurodesenvolvimento, face a uma prevalência geral de 20%. A importância de referenciação ao SNIPI mesmo antes do diagnóstico.

Etapas fundamentais

- Sorriso social
 - Controlo cefálico
 - Sentar sem apoio
 - Andar sem apoio
 - Primeiras palavras
 - Apontar
 - Primeiras frases
 - Brinca com outras crianças
 - Sobe escadas com pés alternados
 - Desce escadas com pés alternados
- 6 semanas
 - 3 meses
 - 6-9 meses
 - 12-15 meses
 - 12-14 meses
 - 9-12 meses
 - 20-24 meses
 - 3 anos
 - 3 anos
 - 4 anos

“I have been criticised several times for not drawing a line between normal and abnormal. That is always impossible. There is a wide grey area between normal and abnormal, just as there is between health and disease.”

Ronald Illingworth