

- Porquê?
- Quando?
- Onde?
- Para quê?
- O quê ?

1ª CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL.

JOSÉ CARLOS PEIXOTO – PEDIATRA HP COIMBRA

Critérios para ALTA (AAP)

Critérios para
ALTA do RN



AAP 2015

- RN normal (ex físico completo. rastreios)
- Competência mãe (variantes do normal)
- Sinais vitais estáveis > 12 horas
(SDR, FC 100-160, temp 36,5-37,4)
- Autonomia alimentar (peso)
- Urina e fezes normais
- Mãe sem complicações, informada, competente
- Avaliação social **sem risco**
- Icterícia não patológica (s/ critérios de fototerapia)
- Rastreios: auditivo, cardiopatias,
- Cadeiras segurança
- Vacinas: Hepatite B, BCG (risco)
- Garantia de seguimento

Exame objectivo

- **Malformações major e minor**
- **Variantes do Normal**
- **Rastreios**

1ª CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL

➤ **PORQUÊ?**

➤ QUANDO?

➤ ONDE?

➤ PARA QUÊ?

➤ O QUÊ ?

➤ Readmissões precoces

➤ Actualização Práticas (indicadores)

➤ **Novidades Ciência**

➤ **Recomendações (Intervenção)**

1ª CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL

- PORQUÊ?
- **QUANDO?**
- ONDE?
- PARA QUÊ?
- O QUÊ ?

All breastfeeding newborn infants should be seen by a pediatrician or other knowledgeable and experienced health care professional at **3 to 5 days of age as recommended by the AAP 2015.**

**A 1ª consulta após alta
deverá ser efectuada na primeira
semana.**

1ª CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL

- PORQUÊ?
- QUANDO?
- **ONDE? QUEM?**
- PARA QUÊ?
- O QUÊ ?

➤ **SNS: 4×10^6 Consultas**

➤ PNSMI: Vigilância partilhada

- ▣ MF / Ped / Multidisciplinar
- ▣ CP / SP (Consultas de referência)
- ▣ Público/Privado

Cooperação não competição

Complementaridade (Protocolos - UCF)

Coordenação (UCF)

Normas/Protocolos (UCF)

Circuito Assistencial: Saúde Infantil

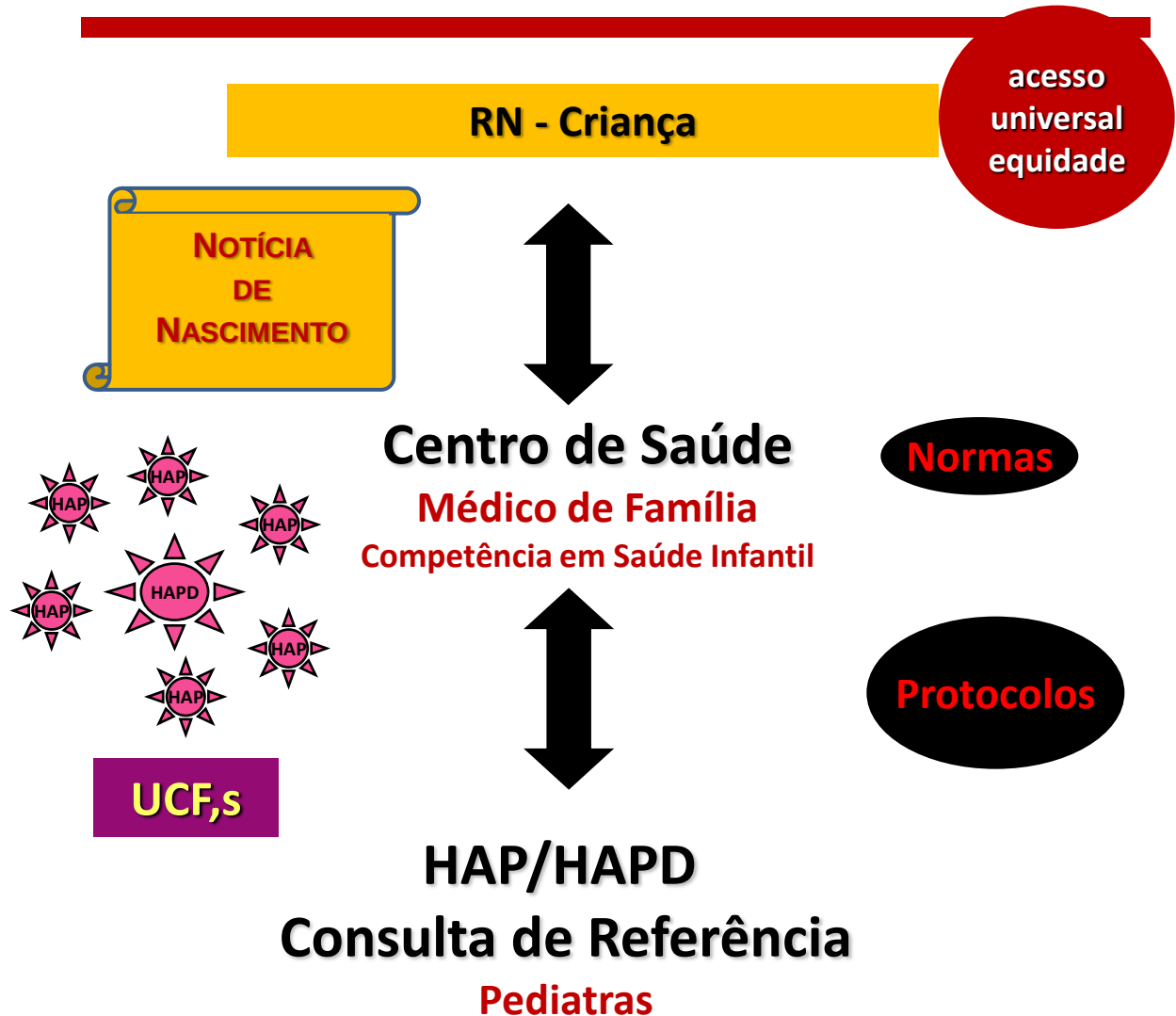
“vigilância partilhada”

* Pediatras e Médicos de Família
CS / Hospitais / Medicina Privada:

Devem garantir a 1ª Consulta
na 1ª semana a todos os RN



Preencher o BSIJ
garantir a
circulação da
informação



1ª CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL

- PORQUÊ?
- QUANDO?
- ONDE?
- **PARA QUÊ?**
- O QUÊ ?
- Consolidar o seguimento (PNSMI)
- Consolidar o aleitamento materno
- Informar e apoiar os pais
- Orientar as situações de risco
- Evitar readmissões precoces
- Confirmar a normalidade.

Readmissões

Pensilvânia 2006

Nº = 2540 RN readmitidos (<10dias)

Tempo médio de readmissão:

- 111 horas após o nascimento
- 53 h após a alta

Causas:

- Icterícia **92%**
- Desidratação
- Amamentação
- Hipernatrémia
 - pais inexperientes
 - prematuridade

- Identificar necessidades formativas
- Avaliar a necessidade de critérios de referenciação

REFERENCIAÇÕES

Em 3 meses ...

Consulta de Pediatria Geral

Total de 1^{as} Cons = 308



162 crianças / adolesc
(52,6%)

Serviço de Urgência

Total de urgências = 14650



1319 crianças / adolesc
(9%)

Total RN observados SU 169

“ olhar, pesar, ver mamar, conversar, informar...?”

1ª CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL

➤ PORQUÊ?

➤ QUANDO?

➤ ONDE?

➤ PARA QUÊ?

➤ O QUÊ ?

❑ Aspecto geral (Sinais de alarme)

❑ Icterícia

❑ Desidratação, Peso

❑ Amamentação/alimentação

❑ Fezes / Urina

❑ Interação mãe-filho. Choro

❑ Situações de risco (NN)

❑ Depressão pós parto

❑ Posição de dormir

❑ Segurança. Cadeiras

❑ Higiene

❑ Rastreios

➤ Dia do teste do pézinho.

❑



Avaliação
Informação

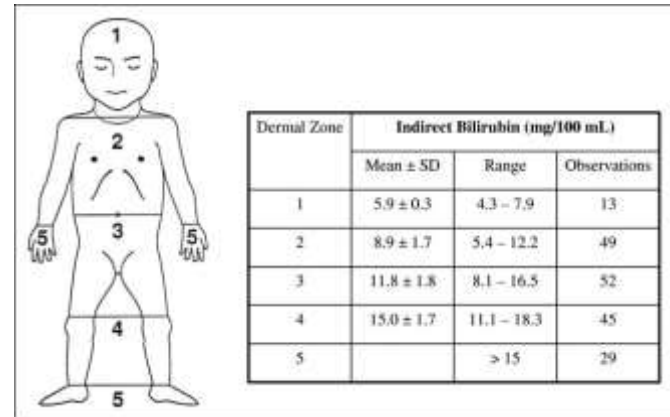


Sinais de alarme

sos

SINAIS DE ALARME

1. **Icterícia a agravar**
2. *Sinais de SDR (gemido, cianose...)*
3. *Apneia*
4. *Convulsão*
5. *Letargia. Sonolência excessiva*
6. *Recusa em mamar*
7. *Perda de > 10% do Peso*
8. *Irritabilidade excessiva, Choro inconsolável*
9. *Temperatura instável*
10. *Vômito biliar*

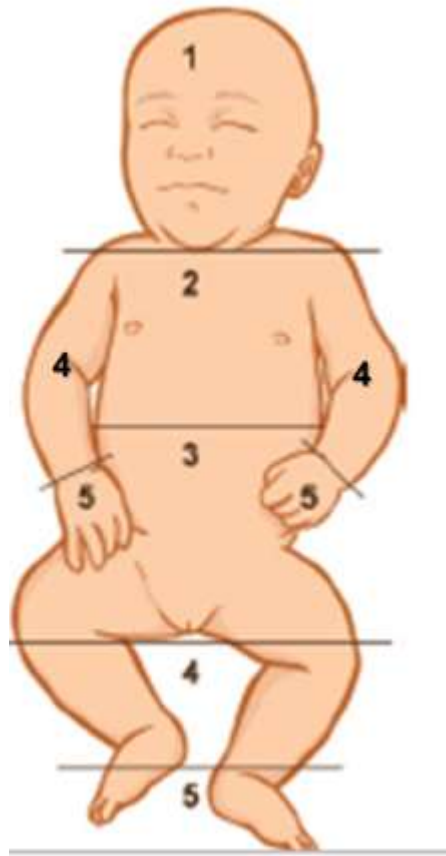


Avaliação da icterícia

FISIOLÓGICA

- Leite Materno
- Peso Normal
- Fezes normais
- Urina Normal
- Teste Pézinho N
- S/ inc Grupo, Rh

Progressão : ➡



Dermal Zone	Indirect Bilirubin (mg/100 mL)		
	Mean $\pm$ SD	Range	Observations
1	5.9 $\pm$ 0.3	4.3 – 7.9	13
2	8.9 $\pm$ 1.7	5.4 – 12.2	49
3	11.8 $\pm$ 1.8	8.1 – 16.5	52
4	15.0 $\pm$ 1.7	11.1 – 18.3	45
5		> 15	29

Sinais de alarme

sos

SINAIS DE ALARME

1. *Icterícia a agravar*
2. ***Sinais de SDR*** (gemido, cianose...)
3. ***Apneia***
4. ***Convulsão***
5. **Letargia. Sonolência excessiva**
6. **Recusa em mamar**
7. **Perda de > 10% do Peso**
8. **Irritabilidade excessiva, Choro inconsolável**
9. **Temperatura instável**
10. **Vômito biliar**



É necessário pesagens por rotina?

- R Shroff, R Hignett, C Pierce, S Marks, and W van't Hoff
Life-threatening hyponatraemic dehydration in breastfed babies
Arch Dis Child 2006; 91: 1025-1026

- **Postnatal Weight Monitoring Should Be Routine**

É necessário pesagens por rotina?

Routine monitoring of the weight of babies:

- Review of *NICE guidelines on routine postnatal infant care
M Sellwood, A Huertas-Caballos
Arch Dis Child Fetal Neonatal 2008
93: F10-F13
- A large-scale randomised controlled trial **is required** to evaluate whether there is a significant difference in the incidence of important outcomes between routine regular and expectant weighing of babies at low risk of complications in the first 6-8 weeks after birth.

Quando pesar ?

- Peso ao nascer
- Peso da saída da maternidade (<7% do PN)
- Até confirmar eficácia LM (1ª semana e ...?)
- Sempre que tem dúvidas (choro inconsolável)

PESAR POR PESAR:

Não

“evitar a balancite”

Circadian Appetite Control

Our appetites are partially controlled by our brain's biological clock or "circadian rhythm"

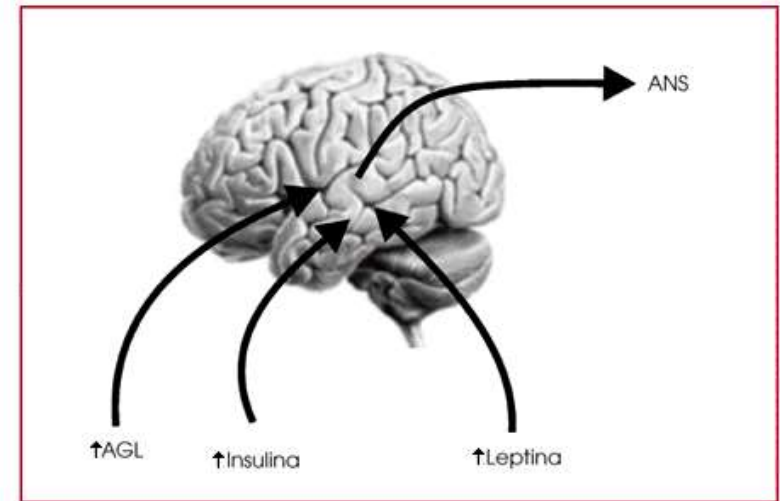
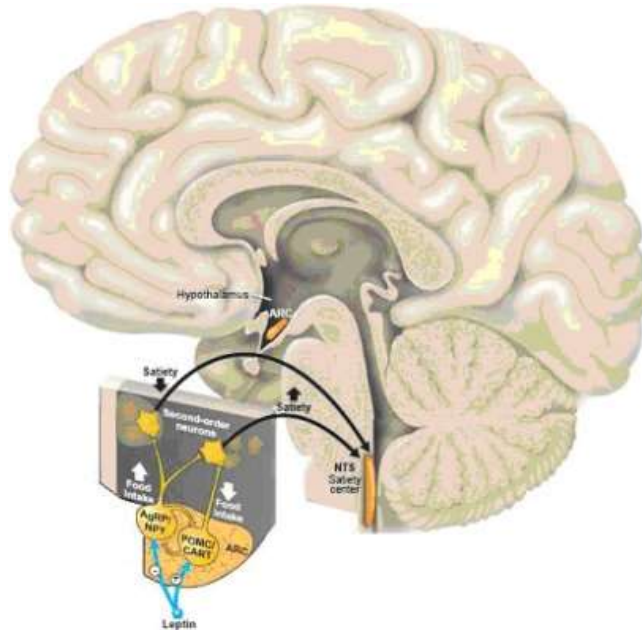
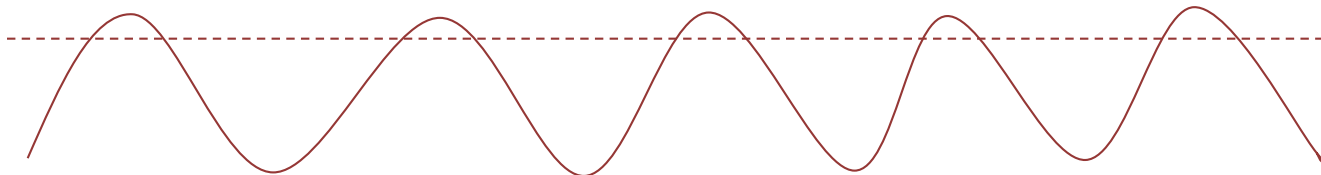
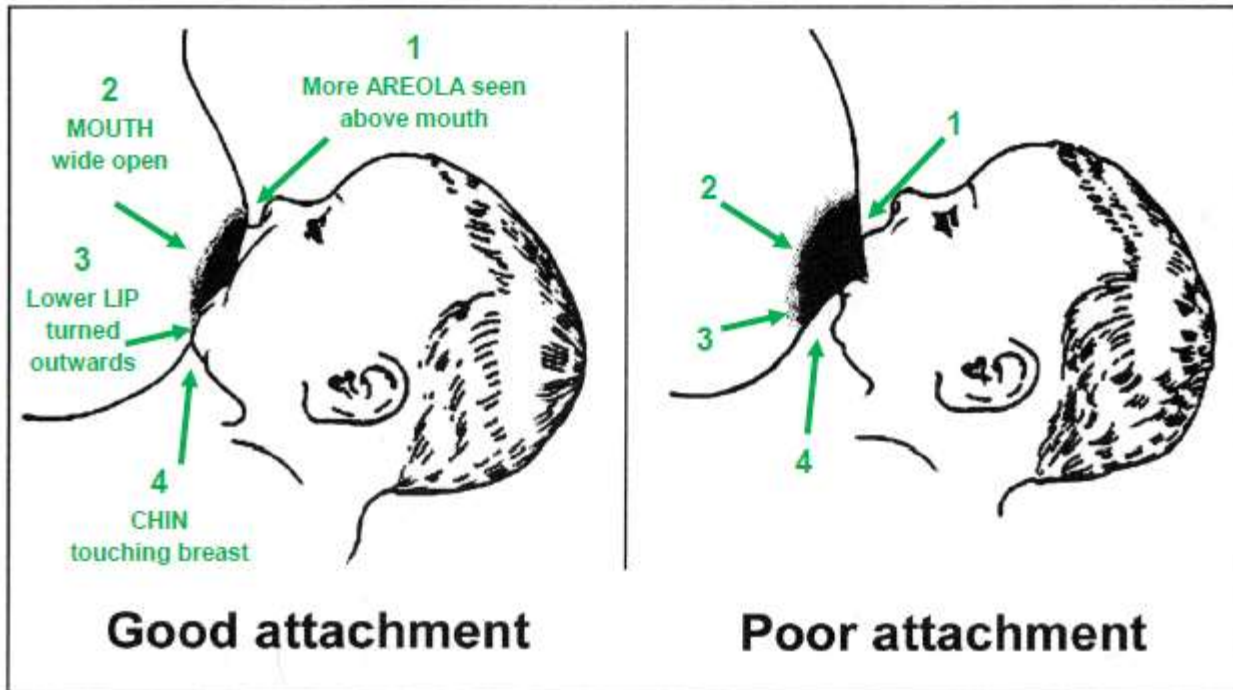


Figura 1. Resumo dos principais mecanismos envolvidos na gênese da hiperatividade simpática na obesidade. AGL = ácidos graxos livres; ANS = atividade nervosa simpática



They are fed on demand, but the duration between feedings should not exceed four hours .

Assess attachment to the breast



OMS

ensinar a posicionar bem o bebê

Prevenção morte súbita



Quadro 2: Factores de risco da SMSL.

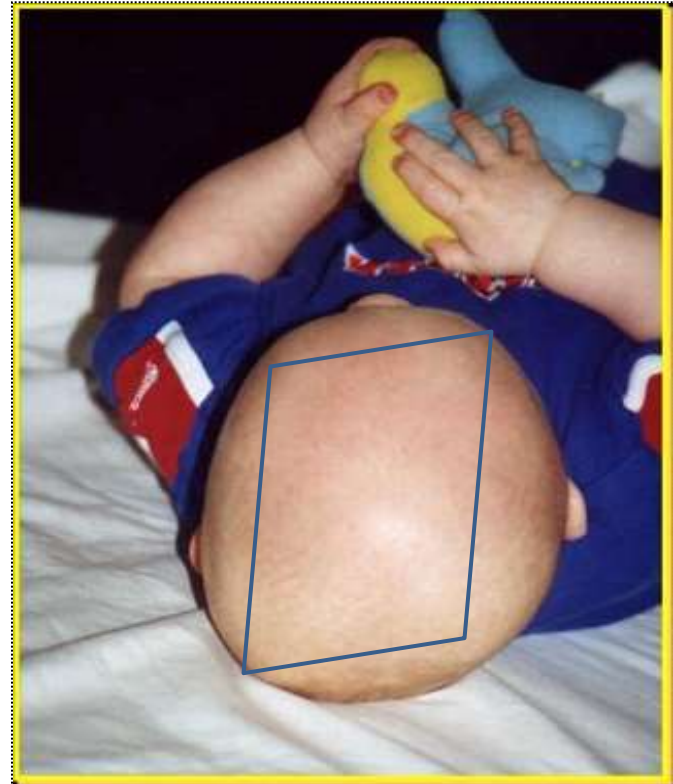
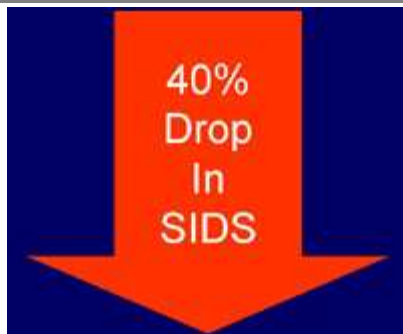
- dormir em decúbito ventral ou lateral
- uso de superfícies moles para dormir (almofada, colchão mole, edredão...)
- exposição pré e pós-natal ao tabaco
- aquecimento excessivo
- vigilância pré-natal insuficiente ou ausente
- idade materna jovem
- prematuridade e/ou baixo peso de nascimento

Quadro 3: Recomendações para a prevenção da SMSL.

- Dormir em decúbito dorsal
- Evitar exposição tabágica pré e pós-natal
- Não adormecer o bebê em superfícies moles (colchão mole, sofás, cama de adultos, etc.)
- Manter a cabeça do lactente sempre destapada
- Não usar almofadas, alcofas, edredões, brinquedos ou peças de roupa que possam cobrir o lactente
- Dormir com os pés a tocar o fundo da cama (dispor a roupa da cama de forma a não cobrir a cabeça)
- A roupa da cama deve ficar ao nível do tronco e presa debaixo do colchão
- Manter a temperatura do quarto entre 18 e 21°C
- Evitar o aquecimento excessivo, usando o mesmo número e tipo de peças de agasalho que o adulto
- Não dormir no meio dos pais

“Back to Sleep” Program

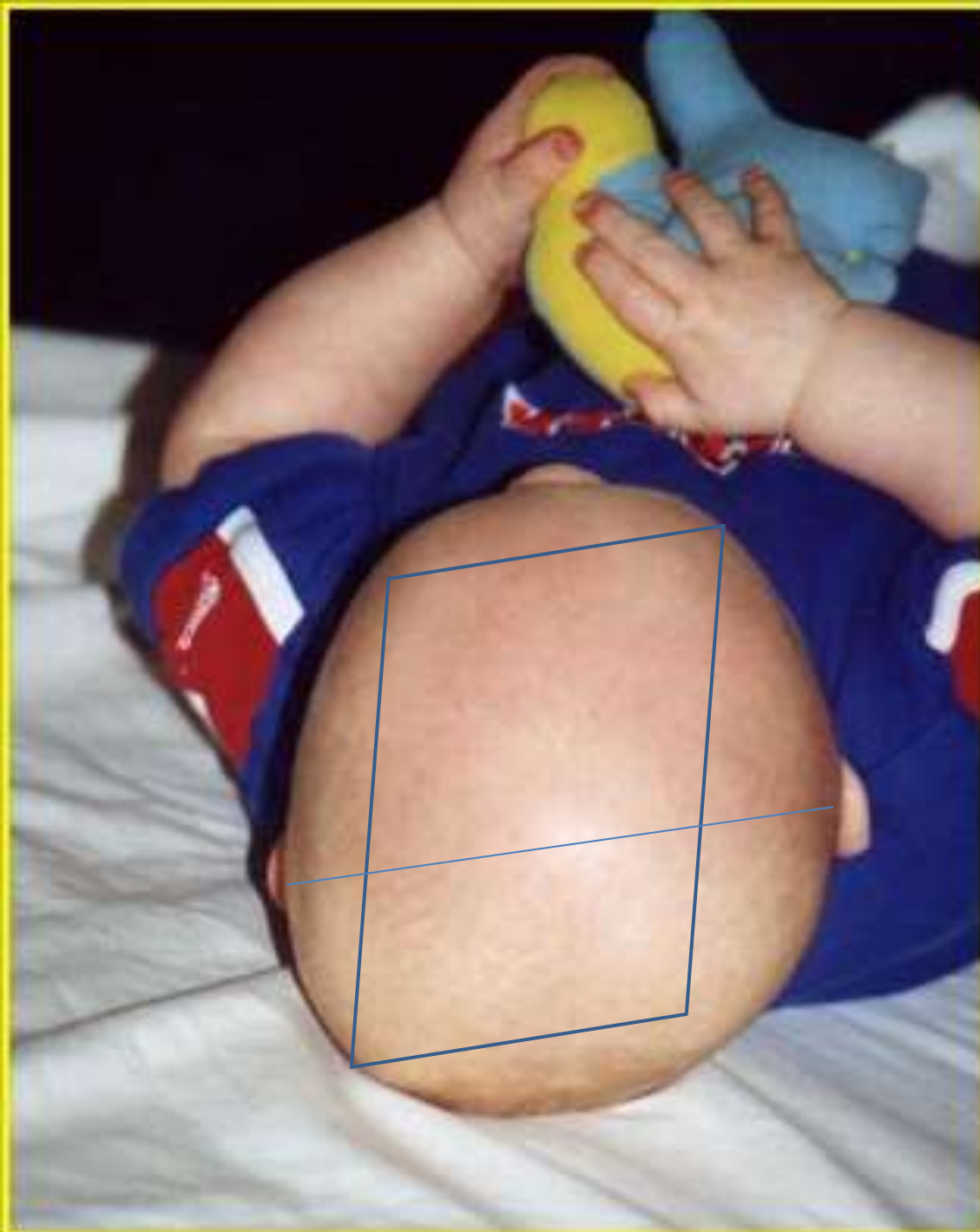
1992 : Academia Americana de Pediatria



Plagiocefalia posicional

5 - 48%

Management of positional plagiocephaly
Saeed; Arch Dis Child 2008; 93:82



➤ **Posicionar a cabeça para o lado contrário**

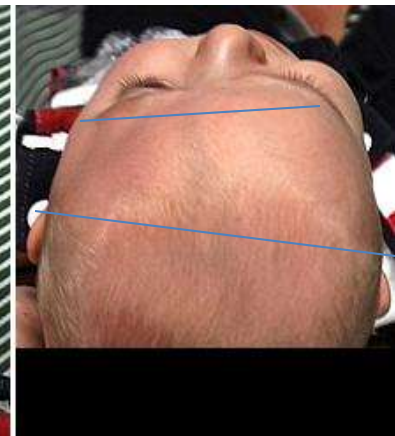
➤ **Evitar o decúbito dorsal acordado**

✓ **Plagiocefalia posicional**

5- 48%

✓ **Craniosinostose**

1 – 10000



HIGIENE



- ❑ Lavar as mãos
- ❑ Manter o cordão seco e arejado
- ❑ Limpeza do coto
- ❑ Vigiar rubor e cheiro
- ❑ Álcool 70°, Clorohexidine. Se necessário
- ❑ Banho diário: não é necessário
- ❑ Evitar perfumes

VACINAS

- **BCG (grupos de risco)**
 - DGS 2016
- **Hepatite B (1ª dose)**

VITAMINAS E OLIGOELEMENTOS

VITAMINA D

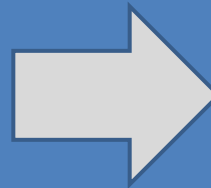
A AAP recomenda a administração de 400 U vitamina D a todas as crianças a partir da 1ª semana de vida.

1ª CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL

- **PORQUÊ?**
- QUANDO?
- ONDE?
- PARA QUÊ?
- O QUÊ ?
- Readmissões precoces
- Actualização Práticas (indicadores)
- **Novidades Ciência**
- **Recomendações (Intervenção)**

Ciência

o que sabemos



Intervenção

o que podemos

Os conhecimentos científicos actuais
obrigam-nos moralmente a rever as nossas
práticas e a cumprir um **dever de cidadania**.

TECHNICAL REPORT (AAP)

The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and **Toxic Stress**, *Pediatrics* 2012

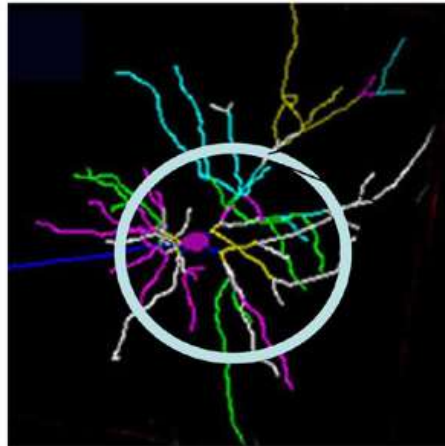
POLICY STATEMENT (AAP)

Early Childhood Adversity, Toxic Stress, **and the Role of the Pediatrician**:
Translating Developmental Science Into Lifelong Health. *Pediatrics* 2012



Persistent Stress Changes Brain Architecture

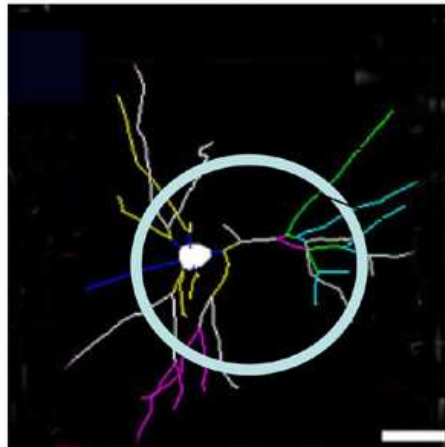
Normal



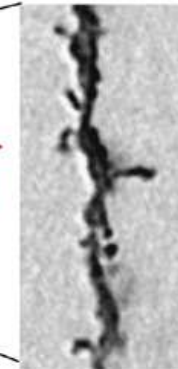
Typical neuron—
many connections



Toxic
stress



Damaged neuron—
fewer connections

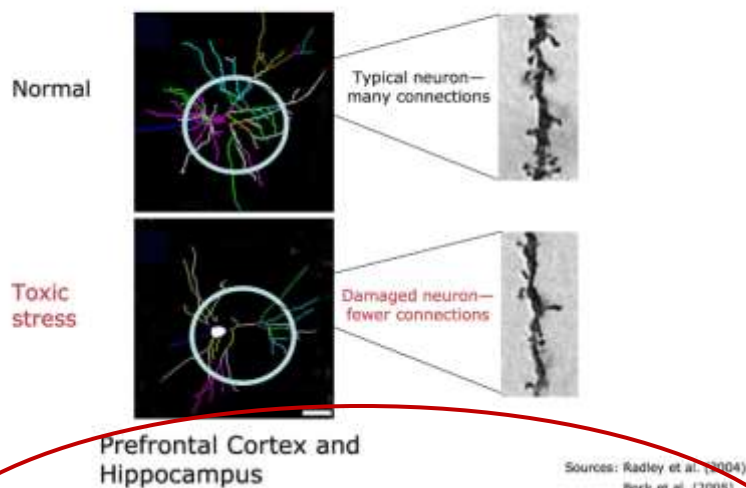


Prefrontal Cortex and
Hippocampus

“Stress tóxico continuado altera a arquitetura do SNC”

Center on the Developing Child
HARVARD UNIVERSITY

Persistent Stress Changes Brain Architecture

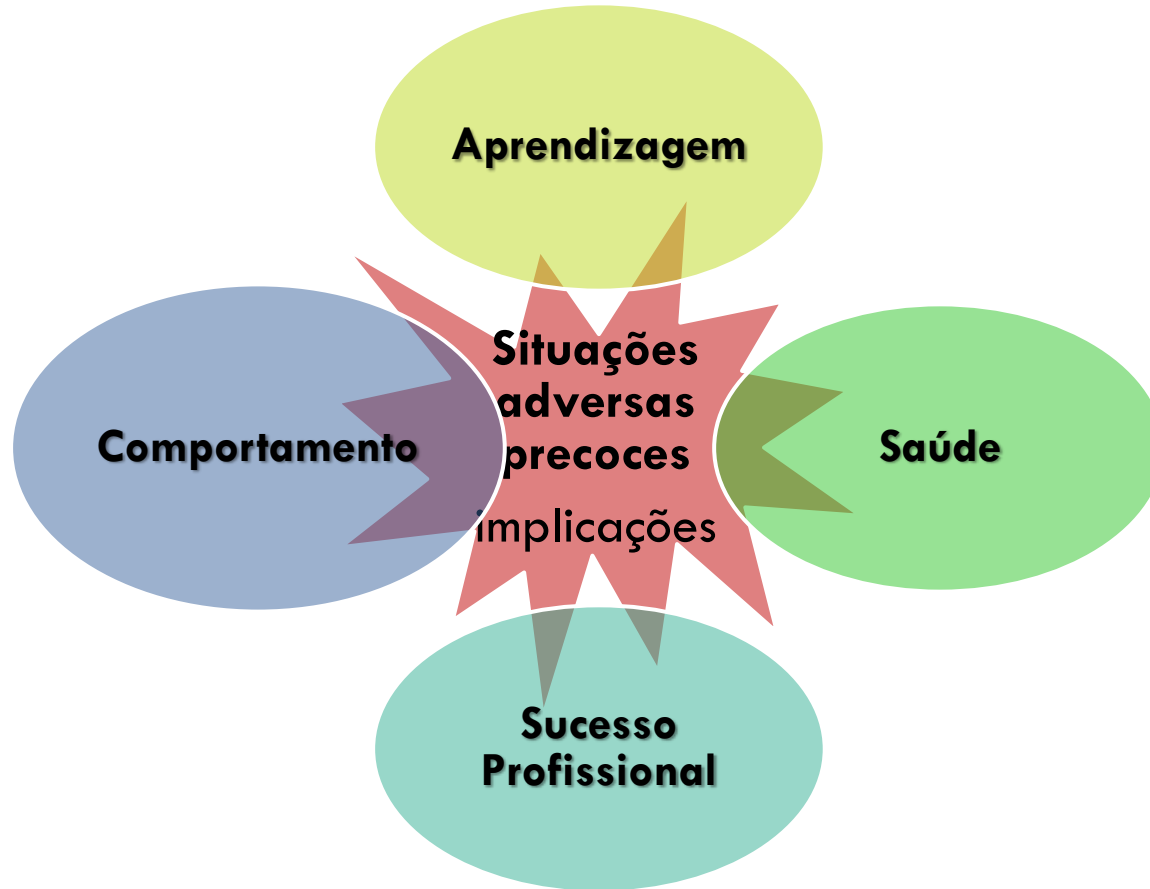


Brains subjected to **toxic stress** have underdeveloped neural connections in areas of the brain most important for successful learning and behavior in school and the workplace.

Causas de Stress tóxico:

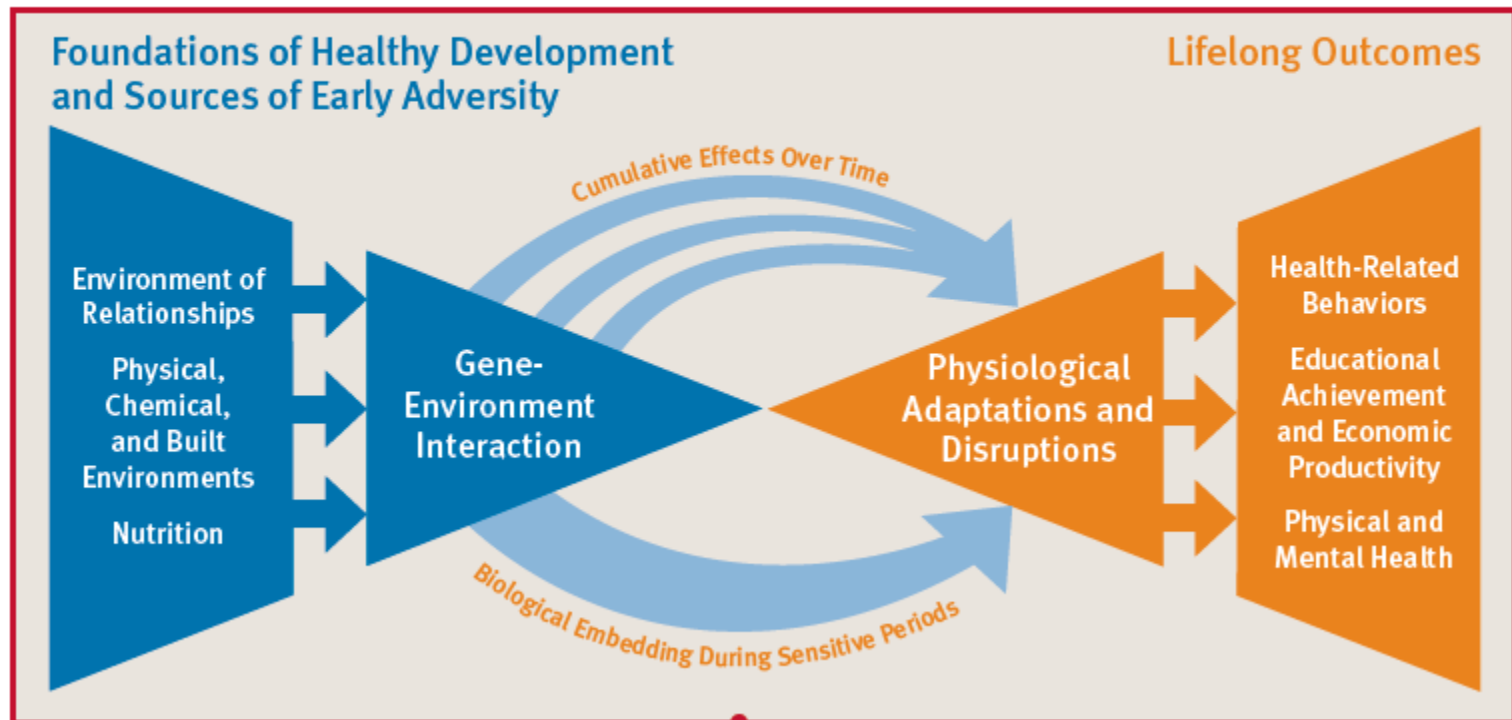
- ☐ Depressão Materna
- ☐ Pobreza extrema
- ☐ Abuso físico ou emocional
- ☐ Consumo de Substâncias ilícitas
- ☐ Violência (maus tratos)
- ☐ Fome
- ☐ Pouco contacto social
- ☐ Negligência
- ☐ Doença física

Consequências



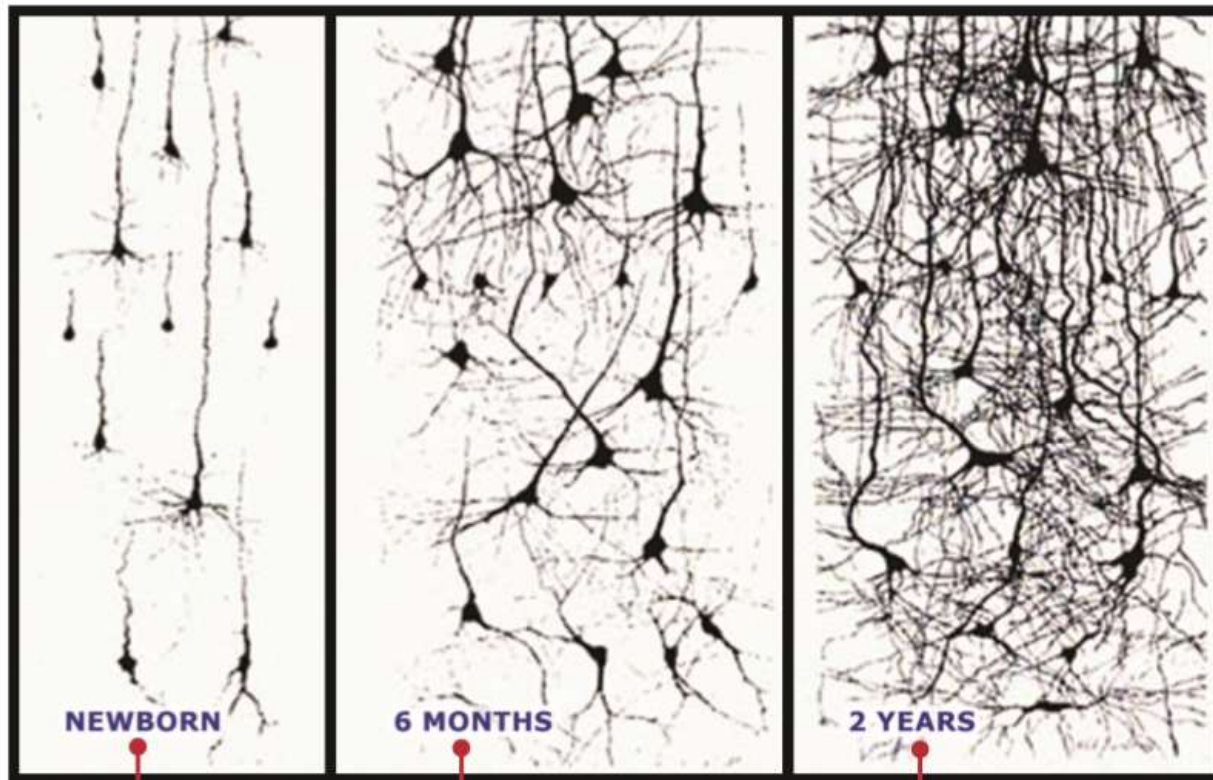
epigenética

HOW EARLY EXPERIENCES GET INTO THE BODY: A Biodevelopmental Framework



estimulação precoce

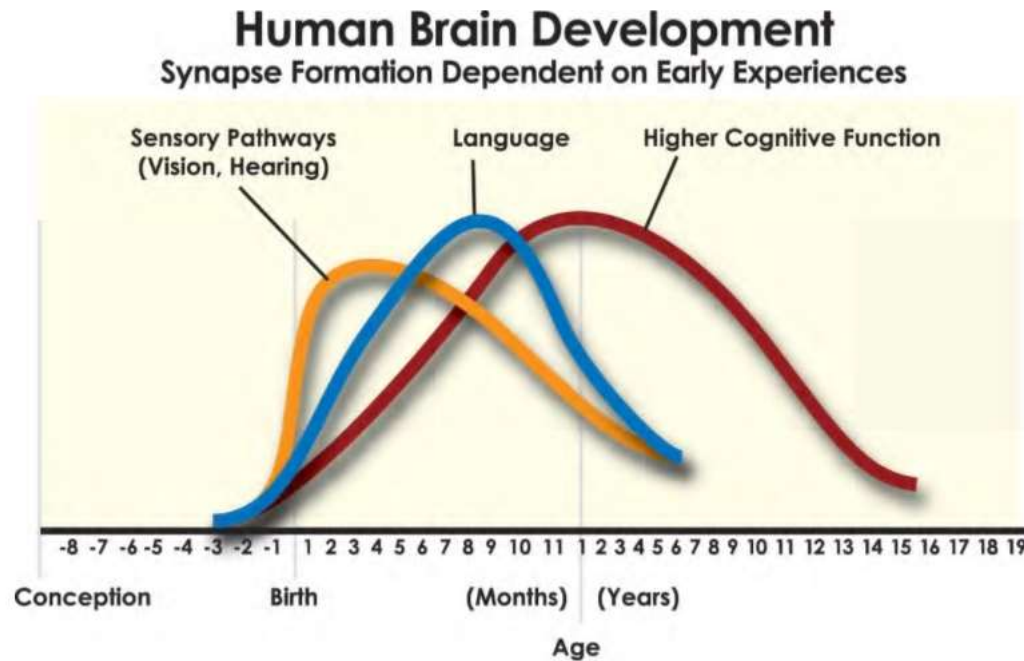
700 700 NEW NEURAL CONNECTIONS
PER SECOND



estimulação precoce



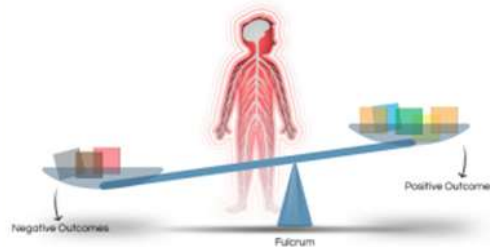
Center on the Developing Child
HARVARD UNIVERSITY



resiliência



When positive experiences outweigh negative experiences, a child's "scale" tips toward positive outcomes.



The initial placement of the fulcrum affects how easily the scale tips toward positive or negative outcomes.

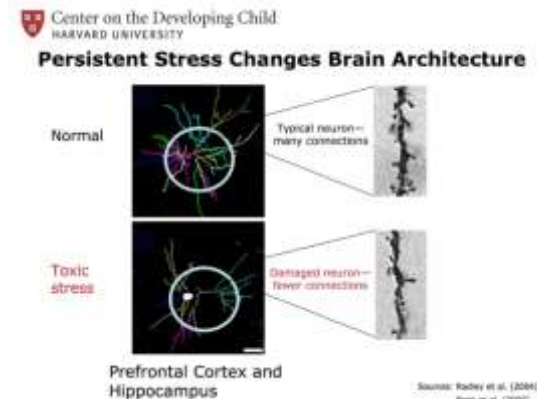


Over time, the cumulative impact of positive life experiences and coping skills can shift the fulcrum's position, making it easier to achieve positive outcomes.

Ciência ➔ Intervenção

1. Identificação sinalização
2. Estimulação precoce
3. Intervenção precoce
4. Apoio famílias
5. Educação precoce
6. Interdisciplinaridade
7. Articulação com Escola

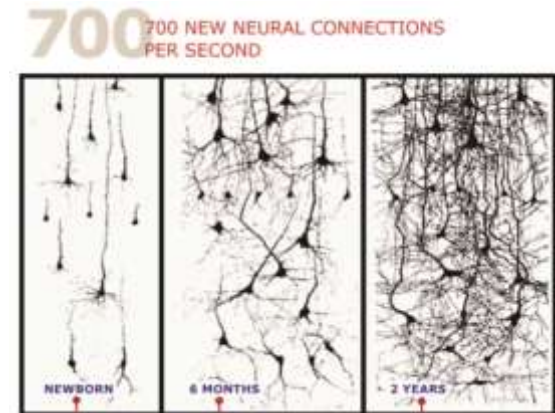
DEVER DE CIDADANIA



Ciência → Intervenção

1. Identificação sinalização
2. Estimulação precoce
3. Intervenção precoce
4. Apoio famílias
5. Educação precoce
6. Interdisciplinaridade
7. Articulação com Escola

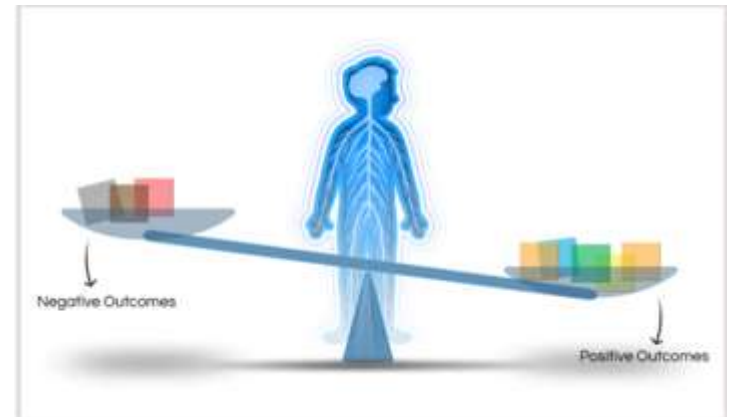
DEVER DE CIDADANIA



Ciência ➔ Intervenção

1. Identificação sinalização
2. Estimulação precoce
3. Intervenção precoce
4. Apoio famílias
5. Educação precoce
6. Interdisciplinaridade
7. Articulação com Escola

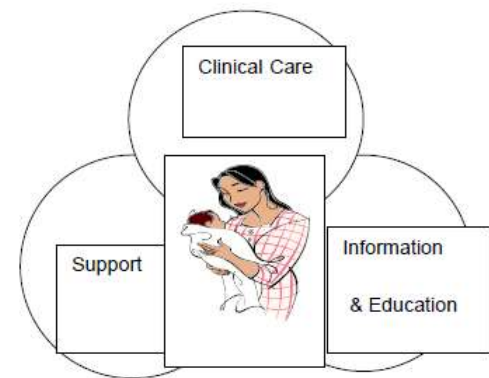
DEVER DE CIDADANIA



Ciência → Intervenção

1. Identificação sinalização
2. Estimulação precoce
3. Intervenção precoce
4. Apoio famílias
5. Educação precoce
6. Interdisciplinaridade
7. Articulação com Escola

DEVER DE CIDADANIA



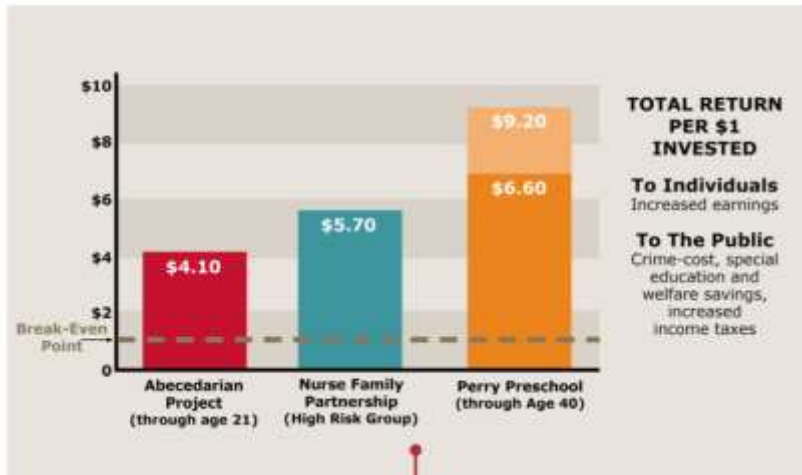
Integração

Ciência → Intervenção

1. Early experiences influence the developing brain.
2. Chronic stress can be toxic to developing brains.
3. Significant early adversity lead to lifelong problems.
4. Early intervention prevent the consequences of early adversity.
5. Stable, caring relationships are essential for healthy development.

Ciência → Intervenção

4-9 \$4 - \$9 IN RETURNS FOR EVERY DOLLAR INVESTED IN EARLY CHILDHOOD PROGRAMS



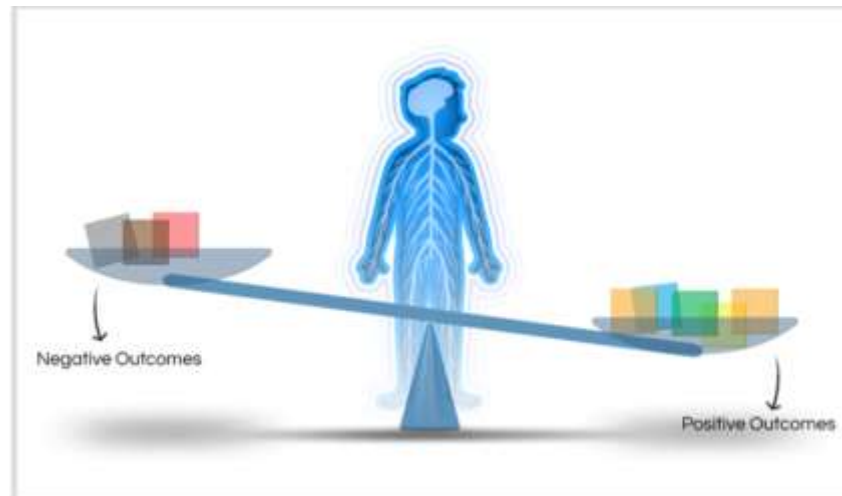
O preço da não intervenção
é economicamente
exorbitante,
moralmente proibitivo
e cientificamente
indefensável.

**Os Serviços de Saúde
podem ser dispensados da Solução ?**

NÃO

Objetivo - Intervenção

Identificar e afastar as crianças das adversidades



Proporcionar relação familiar
e aprendizagem de qualidade

Identificar factores stress tóxico
Ensinar as Competências e Necessidades do RN

1ª Consulta

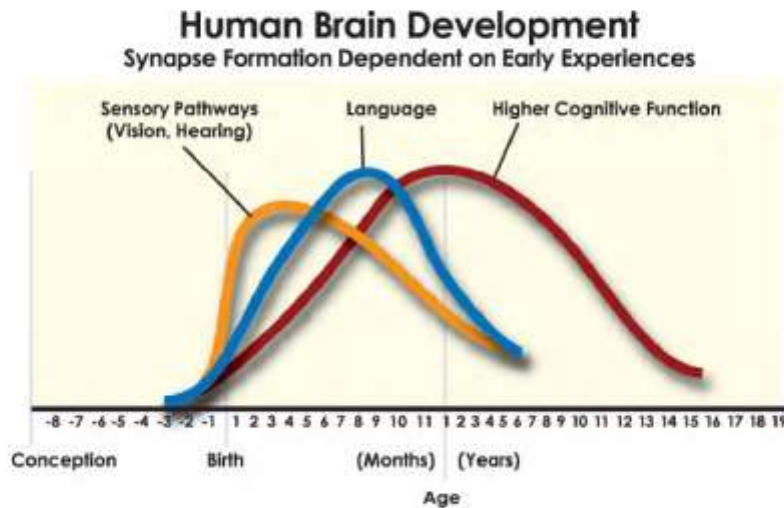


Competências do Recém Nascido

700 700 NEW NEURAL CONNECTIONS
PER SECOND



Center on the Developing Child
HARVARD UNIVERSITY



vê, ouve, interpreta ...



The functional neuroanatomy of the evolving parent-infant relationship

C.E. Parsons^{a,h,i}, K.S. Young^{a,h,i}, L. Murray^e, A. Stein^a, M.L. Krangelbach^{a,h,*}

Progress in Neurobiology 91 (2010) 220-241

Competências do Recém Nascido



Photo J Sinrod

From birth, babies can see and hear.

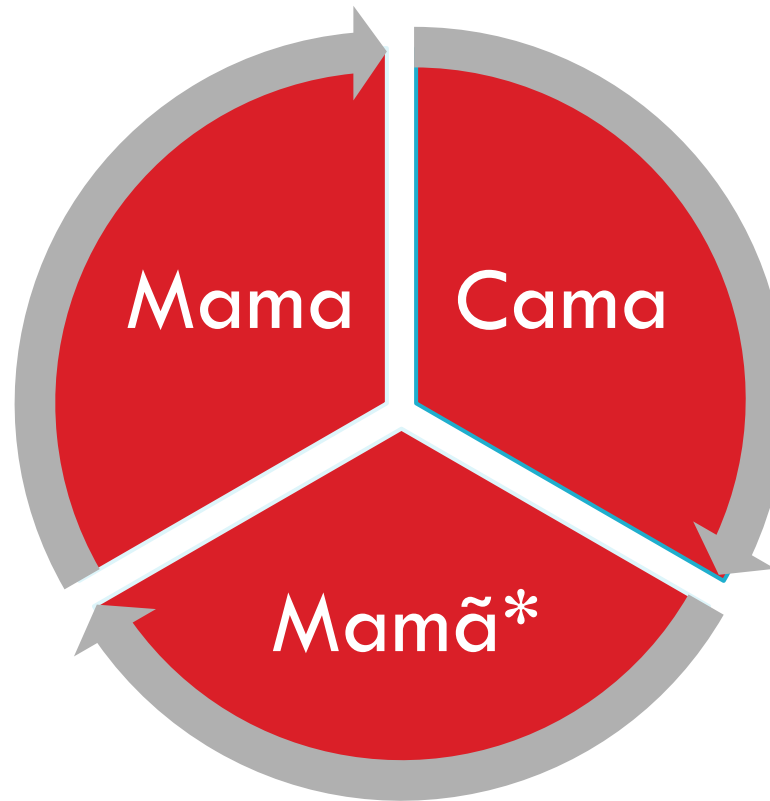
The mother's face is the favourite thing the young baby wants to look at. The baby sees her mother's face and loves to respond to her smiles and sounds.

A mother should begin to talk to her child from birth—and even before birth.



700

Necessidades do Recém Nascido



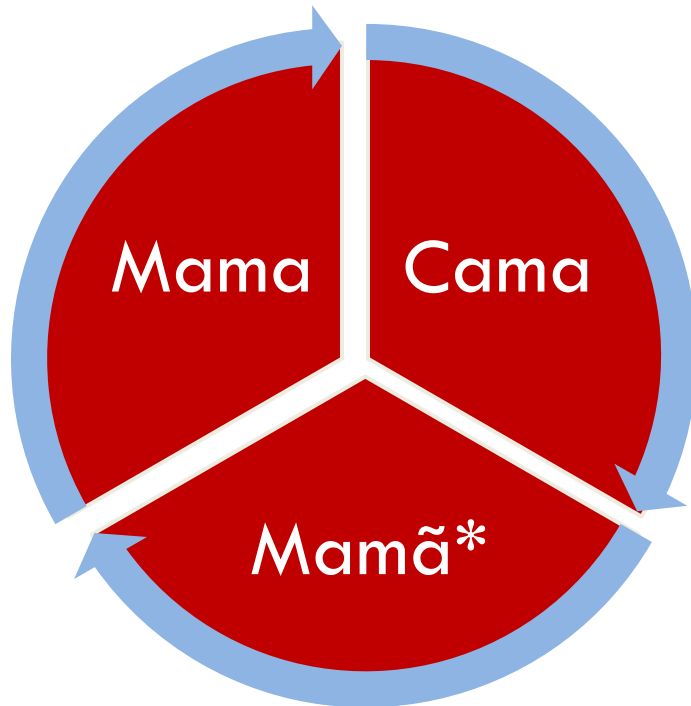
The functional neuroanatomy of the evolving parent–infant relationship

C.E. Parsons^{a,b,1}, K.S. Young^{a,b,1}, L. Murray^c, A. Stein^a, M.L. Krangelbach^{a,b,*}

Progress in Neurobiology 91 (2010) 220–241

Necessidades do Recém Nascido

Satisfazer necessidades



Choro

*arma do RN contra as
necessidades não satisfeitas*

Ensinar competências



*** calma, serena, segura, não desinformada,
sem dúvidas, sem dívidas ...
.....e bem com o papá.....e com a avó.**

Depressão pós parto

A Population Based Survey of Infant Inconsolability and Postpartum Depression
Pamela C. High*, Rachel Cain**,
Society of Developmental-Behavioral Pediatrics,
2005, San Diego



- A depressão pós parto foi encontrada em 20% de novas mães.
- Correlação significativa entre sintomas de depressão pós parto e choro inconsolável.



Utilizar a Escala de Edinburgh para rastreio da depressão pós parto
Uptodate 2016

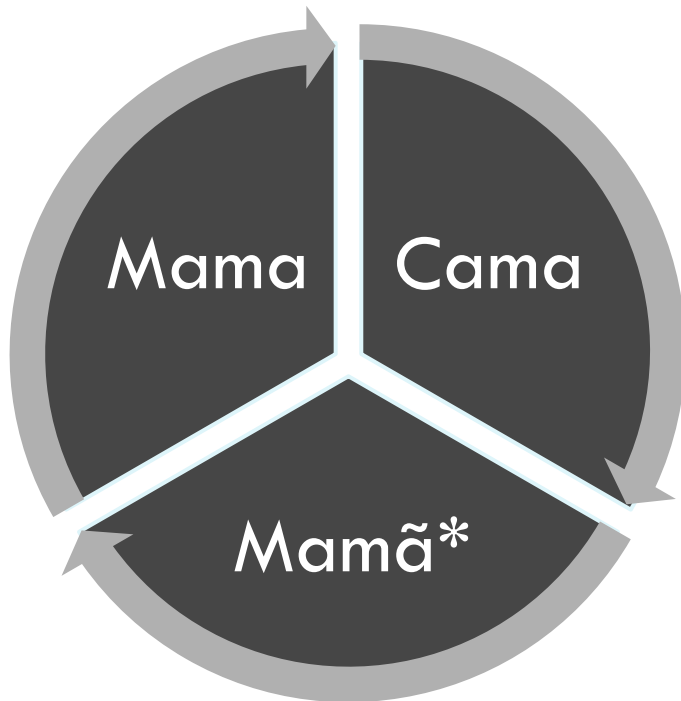
“identificar fatores de stress tóxico”



**Transformar uma mãe potencialmente deprimida (80%)
na mãe mais competente do mundo.**

Objectivo da 1ª Consulta

Satisfazer necessidades



Ensinar as Competências



The functional neuroanatomy of the evolving parent–infant relationship

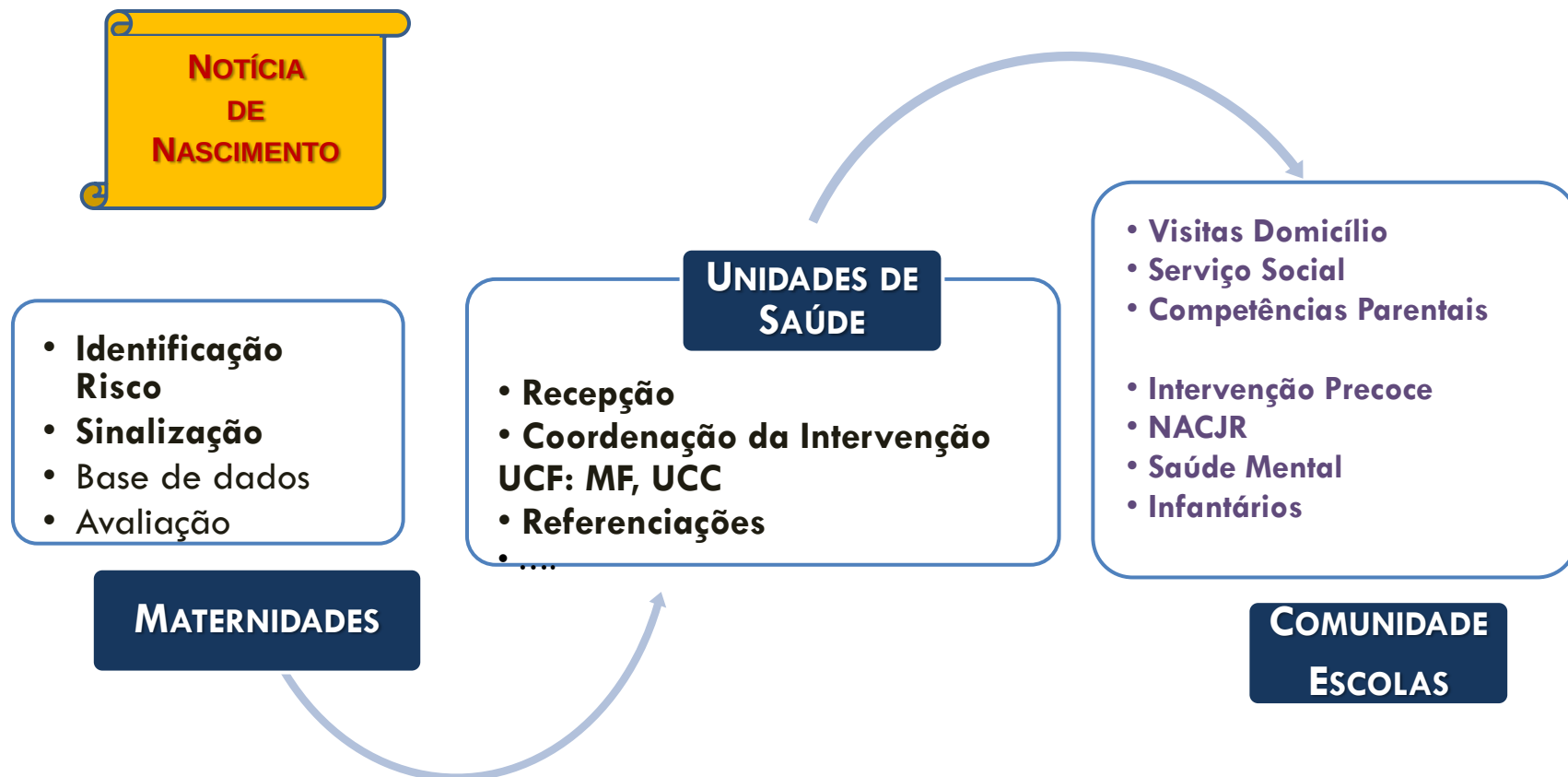
C.E. Parsons^{a,h,i}, K.S. Young^{a,h,i}, L. Murray^e, A. Stein^d, M.L. Kringelbach^{a,h,*}

Progress in Neurobiology 91 (2010) 220–241

Identificação e Intervenção

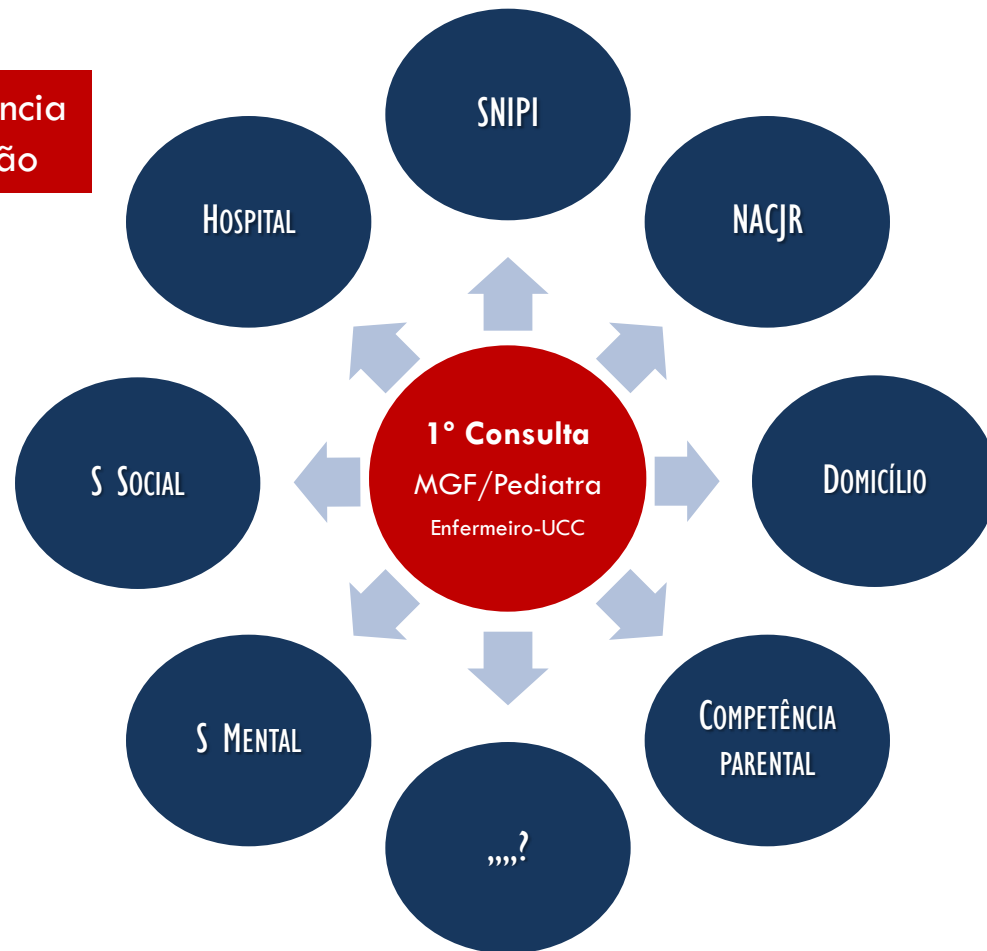
Situações de Risco

Rentabilizar a Notícia de Nascimento



Circuito assistencial das Situações de Risco

Protocolos de Referência
Normas de Orientação



Articular a estrutura – Criar protocolos de referência
UNIDADE COORDENADORA FUNCIONAL



OBRIGADO

Todos cumpriremos este dever de cidadania.

José Carlos Peixoto