

PROTOCOLO DE MANEJO E ACESSO À NEUROLOGIA PEDIÁTRICA

Protocolo singularizado para o Município de
Jundiaí –2018
Versão III



**Prefeitura
de Jundiaí**

Organização e Elaboração

Departamento de Regulação da Saúde
Unidade de Gestão de Promoção da Saúde

Dra. Jane Carlos (Neuropediatra NIS- 2018)

Dra. Daniela Colaço (Neuropediatra NIS -2019)

Dra. Ana Carolina Vilaça (Neuropediatra NIS- 2023)

Dra. Fabiana P. Camillo (Assessoria Técnica Saúde da Criança e Adolescente)

Fabiana Alcântara (Diretora da DRS - Departamento de Regulação em Saúde)

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	05
FLUXO DE ATENDIMENTO.....	06
PRIORIZAÇÃO	06
CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO.....	07
PRIORIZAÇÃO	34
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	35
ANEXOS	36.

DOENÇAS E/OU MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA

CEFALÉIA/ENXAQUECA	08
CRISE EPILÉPTICA E EPILEPSIA	13
CRISE CONVULSIVA FEBRIL	14
CRISE DE PERDA DE FOLEGO	15
ATRASSO DO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR	16
DEFICIENCIA INTELECTUAL	17
TRANSTORNO DE ESPECTRO AUTISTA (TEA)	18
TRANSTORNO DÉFICIT ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH)	22
DOENÇAS PROGRESSIVAS	28
MIELOMENINGOCELE/HIDROCEFALIA	30
MACROCEFALIA	30
MICROCEFALIA	31
AVC / SEQUELA de AVC	32
DISTURBIOS DO SONO	32
OUTRAS PATOLOGIAS	33
ULTRASSOM TRANSFONTANELA	33

APRESENTAÇÃO:

A **Atenção Primária a Saúde (APS)** se caracteriza como porta de entrada preferencial do SUS e como lócus privilegiado de gestão do cuidado dos usuários e cumpre papel estratégico nas redes de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade.

Para isso, é necessário que a APS tenha alta resolutividade, o que depende da capacidade clínica e de cuidado de suas equipes, do grau de incorporação de tecnologias duras (diagnósticas e terapêuticas) e da articulação da Atenção Básica com outros pontos da rede de saúde.

O **Serviço Especializado** é marcado por diferentes gargalos no que se refere ao seu acesso, em especial no que se refere ao dimensionamento e organização das ofertas e em função da própria resolutividade da atenção básica.

Para que estes gargalos sejam superados é preciso organizar estratégias que impactem na APS, nos processos de *Regulação do Acesso* (desde os serviços solicitantes até as Centrais de Regulação), bem como na organização da Atenção Especializada.

Regulação da Assistência à Saúde visa ordenar o acesso às ações e serviços de saúde, priorizando consultas e procedimentos aos pacientes de maior risco, necessidade e/ou indicação clínica, em tempo oportuno.

Para este ordenamento são necessárias informações mínimas que permitam determinar esta necessidade. Neste sentido, o desenvolvimento de protocolos para os principais motivos de encaminhamento de cada especialidade ou para os principais procedimentos solicitados facilita a ação da regulação.

A oferta deste protocolo objetiva que, este seja mais uma estratégia para aumentar a ampliação do cuidado clínico, resolutividade, capacidade de coordenação do cuidado e a legitimidade social da APS. Complementarmente, ele deve servir como filtro de encaminhamentos desnecessários, priorizando o acesso dos pacientes às consultas e/ou procedimentos quando eles apresentem indicação clínica para tanto e otimizando o uso dos recursos em saúde, além de impedir deslocamentos desnecessários e trazer maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera.

O objetivo final desta estratégia é reduzir o tempo de espera ao atendimento especializado, garantir o acompanhamento tanto pela especialidade quanto pela APS,

além de dar qualificação e resolutividade ao cuidado, com cada ponto de atenção atuando dentro de suas competências e responsabilidades.

FLUXO DE ATENDIMENTO:

- A necessidade de consulta será determinada pelo profissional médico da APS.
- Somente serão aptos ao agendamento os encaminhamentos que contenham todos os dados solicitados no formulário de encaminhamento.
- O paciente deverá ser agendado de acordo com Classificação de Prioridade Os casos classificados como P2 / P3, devem ser encaminhados via malote a Central de Regulação e serão agendados de acordo com a disponibilidade de vagas no SIIM e quando for classificado como P1, deverá ser encaminhado por e-mail à Central de Regulação, que efetuará o agendamento em tempo oportuno seguindo critérios de priorização deste protocolo.
- O paciente será acompanhado conjuntamente pelo serviço de especialidade ou receberá o relatório de contra referência para acompanhamento na própria APS.

PRIORIZAÇÃO:

P0 / Urgência: não se aplica ao atendimento ambulatorial. São os casos com necessidade de atendimento imediato e de características hospitalares (Hospital Universitário- HU)

P1: casos em que a demora do atendimento gera sobremaneira a conduta a ser realizada – necessitam de atendimento em aproximadamente 15 dias.

P2: Casos cuja demora implique em dificuldade ou quebra de acesso a outros procedimentos – situações clínicas sem gravidade que necessitam de agendamento eletivo no período de 03 meses.

P3: Todos os casos restantes – necessitam de atendimento eletivo e não prioritário e podem ser acompanhados inicialmente pelos médicos da atenção básica e serão agendados na especialidade no período após 03 meses.

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO:

- Idade para atendimento: até 17 anos, 11 meses e 29 dias.
- Apresentar queixas neurológicas sem estar em assistência na especialidade das instituições reabilitadoras APAE e AMARATI.
- Encaminhamento feito pelos profissionais médicos de Unidades Básicas de Saúde ou médicos dos ambulatórios do município.

CEFALÉIA/ENXAQUECA (CID 10: G43)

I. Definição:

Processo doloroso que ocorre no segmento cefálico.

II. Classificação:

Primárias: doenças cujo sintoma principal, porém, não único, é a recorrência de dor de cabeça (enxaqueca, cefaleia tensional, cefaleia em salva, cefaleias trigêmeo-autonômicas). Principais cefaleias primárias:

1. Migrânea: crises de cefaleia recorrente, caracterizadas por até 5 fases, sendo elas:

- Sintomas premonitórios (precedem a cefaleia por horas ou até dias. O paciente pode apresentar irritabilidade, raciocínio lento, desânimo),
- Aura (complexo de sintomas neurológicos que se desenvolve gradualmente ao longo de no mínimo 5 e no máximo 60 minutos),
- Cefaleia (de forte intensidade, pulsátil, com duração de 4 a 72 horas, geralmente unilateral),
- Sintomas associados (náusea e/ou vômitos, fonofobia e fotofobia),
- Recuperação (exaustão, faz com que o paciente necessite de repouso para seu completo restabelecimento).

2. Cefaleia Tensional: dor de fraca ou moderada intensidade, com sensação de aperto ou pressão, na maioria das vezes é bilateral, surge no final do dia, podendo estar relacionada com stress, fatores emocionais ou tensão muscular.

Secundárias: sintoma de uma doença subjacente, neurológica ou sistêmica.

Sinais de alerta para as Cefaleias Secundárias:

Sistêmicos: Toxemia, rigidez de nuca, portadores de neoplasias, HIV ou usuários de imunossupressores.

Neurológicos: Déficits neurológicos focais, edema de papila, convulsão, alteração de nível de consciência.

Idade: Cefaleia com início após os 50 anos.

Instalação: Início súbito ou primeiro quadro de cefaleia.

Padrão: Mudança de padrão de cefaleia prévia; Cefaleia com piora (de intensidade, frequência ou duração) progressiva; Cefaleia refratária a tratamento.

III. Manejo da dor na UBS:

1. Cefaleia tensional (Baixa gravidade):

- Medidas educativas: sono regular, controle de stress, controle de exposição a telas.
- Analgesia (paracetamol ou dipirona) ou AINE (ibuprofeno), se não houver resposta após 1 ou 2 horas, pode-se administrar outra medicação.
- Seguimento na UBS

2. Enxaqueca:

- Medidas não farmacológicas: afastar das atividades, repouso em ambiente com pouca luminosidade e silencioso, compressa de água fria nas têmporas, sono.
- Farmacológicas:
 - Se náusea ou vômitos: metoclopramida ou domperidona
 - Se dor: - Leve: AAS, Dipirona, Paracetamol, AINE
 - Moderada: AINE
 - Forte: Dipirona IV, Dexametasona, Haloperidol

3. Cefaleia súbita, sem febre, na vigência de sinais de alerta:

- Encaminhar ao Hospital Universitário (HU) como P0.

4. Cefaleia súbita na vigência de febre:

- Se sinais de alerta encaminhar como P0 ao HU, para investigação de etiologia infecciosa.

IV. Dosagem de Analgésicos:

Paracetamol :10 a 15 mg/kg/dose

Dipirona: 6 a10 mg/kg/dose

Ibuprofeno :10 mg/kg/dose

Naproxeno: 10 mg/kg/dose

Diclofenaco sódico: 0,3 a 1 mg/kg/dose

Dexametasona IV: 0,25 mg/kg/dose

V. Investigação de quadro de cefaleia secundária na APS

Lembrar de avaliar:

1. Queixas relacionadas à ATM: dor recorrente em uma ou mais regiões de cabeça ou face; dor desencadeada por movimentos mandibulares/mastigação, redução ou abertura irregular de mandíbula, ruído em uma das ATM durante movimento mandibular, dor em cápsula articular de uma ou ambas ATMs. Nesses casos a cefaleia desaparece após 3 meses de tratamento específico para distúrbio de ATM. Se suspeita, solicitar avaliação do dentista da UBS.
2. Queixas relacionadas a refração: raramente é etiologia única para a cefaleia, porém é um diagnóstico essencialmente clínico e deve ser descartado. A dor habitualmente é frontal ou nos olhos, dor é ausente ao acordar e que se agrava no decorrer do dia por esforço visual prolongado. Se suspeita, solicitar avaliação do oftalmologista.
3. Uso excessivo de analgésico: pode levar a uma cefaleia crônica, por consumo de analgésico por 10 a 15 dias no mês. A interrupção do uso de medicações é a única maneira de resolver essa cefaleia.
4. Aplicar a anamnese para cefaleia (fls. 12 e 34)

5. Aplicar diário da dor (anexo fls. 36)
6. Queixas relacionadas a intolerâncias alimentares ou excesso de alimentos ricos em glutamato monossódico. Se suspeita, utilizar orientações as fls. 39 em anexo.
7. Utilizar orientações gerais que estão em anexo (fls. 39)
8. Indicação de encaminhamento ao especialista (verificar priorização fls.34)

VI. Profilaxia

- Cefaleia ao menos 1x/semana.
- Refratariedade a tratamento com medicação para fase aguda de dor.
- A dor só responde a medicações que causam sedação.
- Limitação das atividades de vida diária (criança perde aulas ou eventos sociais).
- Ausência de sucesso terapêutico do tratamento na APS.

VII. Anamnese para Cefaleia (ANEXO)

Nome (nome social) _____

Idade _____ Sexo _____ data _____

1. Há quanto tempo tem dores de cabeça?
2. Com que frequência ocorrem suas dores?
3. Quanto tempo duram suas dores?
4. Em que local da cabeça a dor tem início?
5. Como é a sua dor? (Pulsátil, em peso, pontada, ardência,)
6. Qual a intensidade de sua dor? (Dar notas de 0 a 10 ou utilizar a escala visual de dor)
7. Apresenta sintomas precedendo a dor? (Aura)
8. O que você sente junto com a dor? (Náusea, vômito, alterações visuais, parestesias,

síncope)

9. O que você acha que causa a sua dor? (Alterações do sono, muita exposição a tela, alimentos, jejum prolongado, desidratação, calor, atividade física, stress, medicação, ciclo menstrual, traumas prévios, ansiedade)

10. O que piora sua dor? (Luz, barulho, cansaço, odores)

11. O que melhora sua dor?

12. Faz uso de alguma medicação?

13. Antecedentes Pessoais _____

14. Antecedentes familiares _____

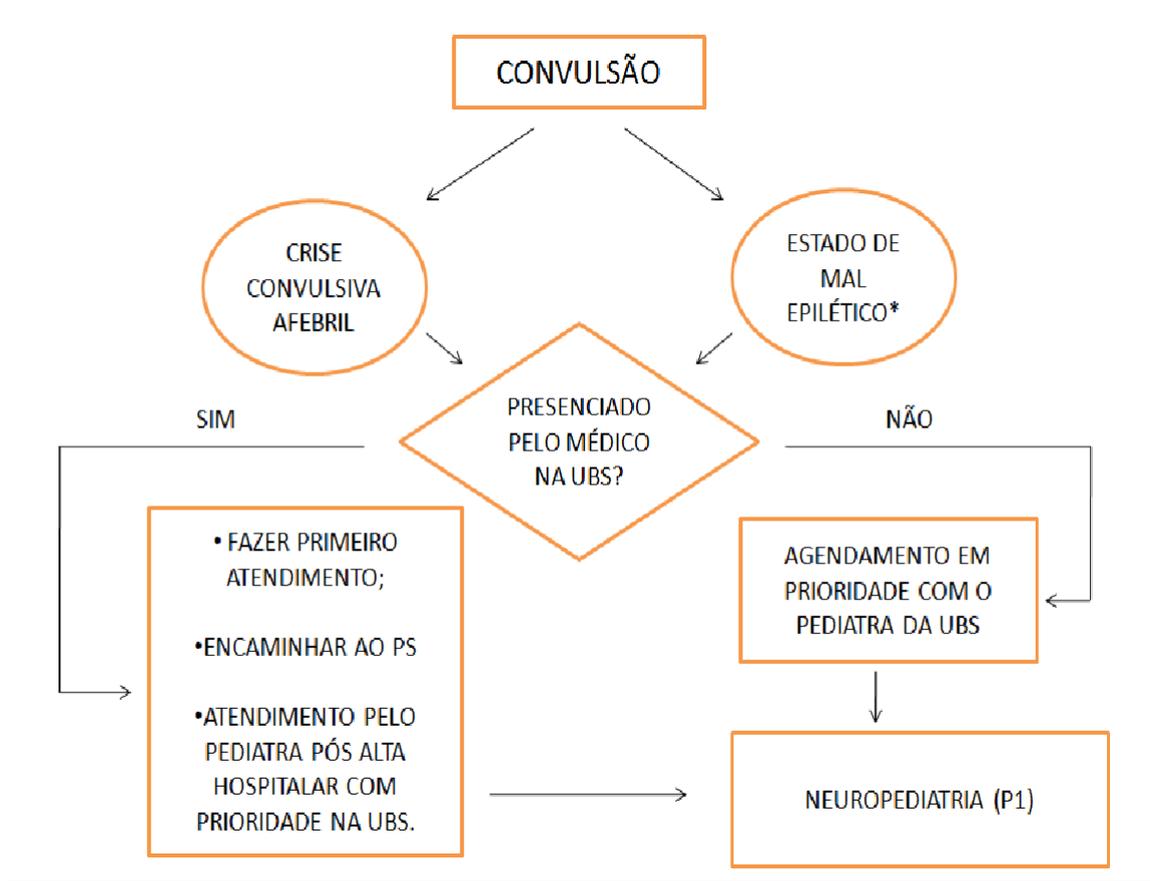


VIII- Como encaminhar: (Para profilaxia realizada pelo médico especialista):

- Anexar diário da dor **ou** anamnese para cefaleia.
- Informar quais tratamentos foram instituídos e suas eficácias (ou não).
- Informar características da dor e quaisquer outros sintomas que ajude no diagnóstico do especialista.

CRISE EPILÉPTICA E EPILEPSIA (CID 10: G40)

Fluxograma:



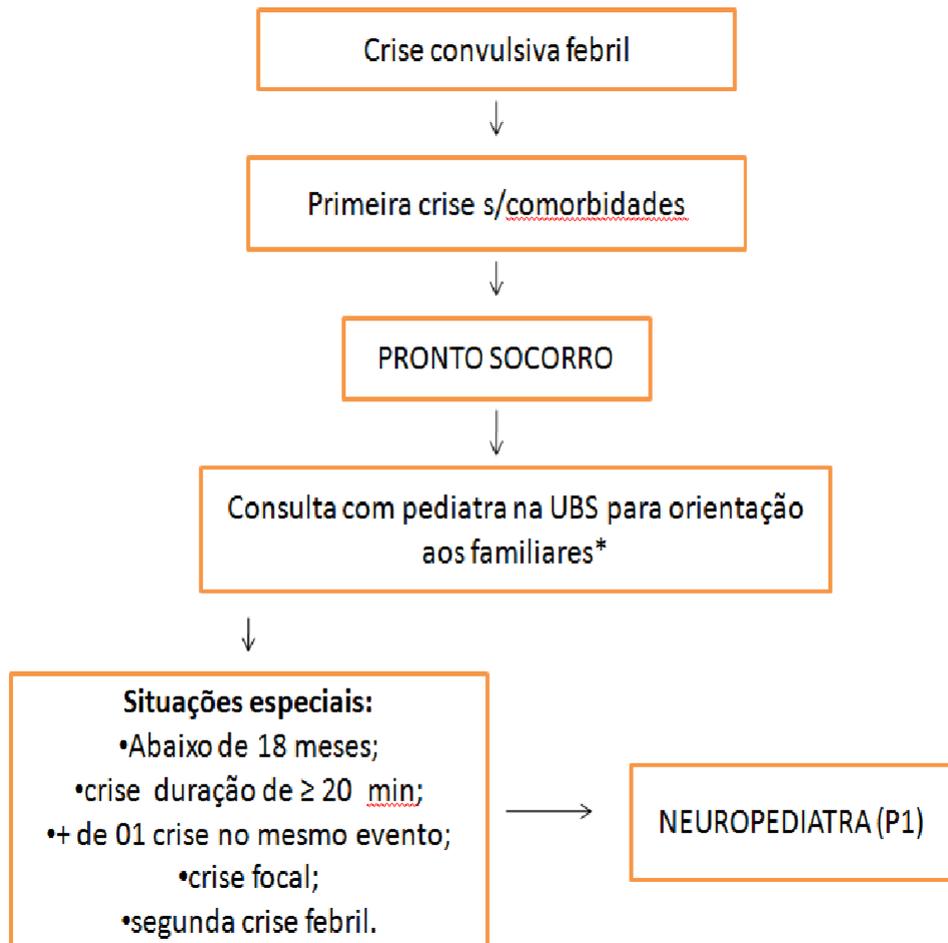
- Manter acompanhamento pediátrico de rotina na unidade com o propósito de manter vínculo do paciente e família com o território.

CRISES CONVULSIVAS FEBRIL:

Definição:

Crise epiléptica durante a fase de aumento de temperatura ou de queda abrupta da temperatura (idade inferior a 05 anos 11 meses e 29 dias de idade)

Fluxograma:



Orientações aos familiares nos quadros febris -até 6 anos incompletos (anexo fl.47)

- Mediar com temperatura igual ou maior 37,2°
- Medir temperatura a cada duas horas;
- Banho morno nos intervalos (não dar banho gelado e nem com álcool);
- Intercalar medicações a cada 02 horas se temperatura igual ou maior que 37,2° (Dipirona, Paracetamol, Ibuprofeno);
- NA CRISE CONVULSIVA: afrouxar a roupa, proteger a cabeça, posicionar de lado, NÃO desenrolar a língua.

TRATAMENTO DA CRISE CONVULSIVA NA UBS- SALA DE EMERGENCIA

- Cateter nasal com O₂ – 01 l/min.

- **Diazepam** EV, dose de 0,2 a 0,4 mg/kg/dose (máximo 10mg), repetir até 2 vezes com intervalo de 5 minutos, lento. Se via retal fazer 0,2-0,5 mg/kg/dose. OBS: Risco de depressão respiratória e hipotensão principalmente no período neonatal.

- **Fenobarbital (200 mg/2 ml)** EV, dose de ataque 20mg/kg (em 10 minutos; leva 15-20 minutos para início de ação. Dose de manutenção com 3- 5mg/kg/dia, iniciar 24 h após o ataque

CRISE DE PERDA DE FÔLEGO

Definição:

Apneia e perda da consciência, geralmente causadas por choro (por medos ou frustrações), dor ou pequenos traumas, com cianose (funcional/psíquica) ou palidez (vagal).

Tratamento:

- Solicitar hemograma e ferritina – associação com anemia ferropriva (fator de piora no desencadeamento da crise).

- Não é necessário tratamento medicamentoso.

- Orientar os pais, pois, trata-se de evento benigno que irá passar conforme a criança cresce.

- Não há necessidade de avaliação especializada.

ATRASO DO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR:

Definição:

Atraso do DNPM conforme os critérios estabelecidos pela escala Denver - (Anexo).

Tratamento clínico otimizado na APS/ Encaminhamento:

- Verificar presença de alterações visuais, auditivas, exame do pezinho, antecedentes pessoais, etc.
- Atraso de desenvolvimento: quando já observado - Encaminhar a APAE até 06 anos incompletos, para estimulação essencial por equipe multidisciplinar (EE) e avaliação neurológica.
- Prevenção: Encaminhar a APAE os recém-nascidos de risco até os 02 anos incompletos para acompanhamento e orientações. Será acompanhado pelo Programa de intervenção precoce (PIP –anexo).
- Caso paciente esteja no PIP e seja identificado atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, o mesmo será direcionado internamente na APAE, não havendo necessidade de novo encaminhamento pelo médico.
- Acompanhar com especialistas se doenças associadas (ex: distúrbio endócrinos, etc.)
- Manter acompanhamento pediátrico de rotina na unidade com o propósito de manter vínculo do paciente e família com o território.

Obs.: ambos os agendamentos (PIP /EE) para a APAE são realizados pela Unidade de Saúde na agenda online.

DEFICIENCIA INTELECTUAL:

Definição:

Avaliação sumária das limitações significativas em pelo menos duas das seguintes áreas de habilidades:

- 1) comunicação,
- 2) autocuidados,
- 3) vida doméstica,
- 4) habilidades sociais/interpessoais,
- 5) uso de recursos comunitários (Ex: adolescente não consegue pegar ônibus, fazer uma compra simples...),
- 6) autossuficiência,
- 7) habilidades acadêmicas,
- 8) trabalho,
- 9) lazer,
- 10) segurança.

Tratamento clínico otimizado na APS/ Encaminhamento:

- APAE (visando aquisição de funcionalidade e autonomia)
- Manter acompanhamento pediátrico de rotina na unidade com o propósito de manter vínculo do paciente e família com o território.

TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO

CID-10: F84/ CID-11: 6A02

Definição:

Os Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) referem-se a um grupo de transtornos caracterizados por um espectro compartilhado de prejuízos qualitativos na interação social, associados a comportamentos repetitivos e interesses restritos pronunciados (Brentani et al, 2013).

A: Déficits persistentes na comunicação social e na interação social, não explicados por atrasos do desenvolvimento em geral, e manifestar todos os três seguintes:

- Diminuição na reciprocidade sócio emocional
Não divide interesses
Não articula conversação
Parece não ouvir
- Diminuição nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social
Contato ocular
Linguagem corporal
Diminuição da expressão facial ou gestos
- Diminuição no desenvolvimento e manutenção dos relacionamentos
Desinteresse por pessoas
Sem brincadeiras imaginárias

B: Padrões de comportamento, interesses ou atividades restritos e repetitivos, manifestados por pelo menos duas destas:

- Discurso, movimentos ou uso de objetos de forma estereotipada ou repetitiva
Frases repetitivas

Ecolalia

Estereotipias motoras

- Aderência excessiva a rotinas, padrões ritualizados de comportamentos verbais e não verbais, ou resistência a mudanças

Mesmo caminho, trajeto

Mesma comida

- Interesses fixos e muito restritos, anormais em intensidade e foco

Música, dinossauro, trem ...

- Hiper ou hipo reatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum em aspectos sensoriais do ambiente

Lamber, cheirar, não tem dor ...

C: Sintomas devem estar presentes no início do desenvolvimento, mas podem não se manifestar até as demandas excederem os limites.

D: Sintomas podem causar alterações clínicas.

E: Estes distúrbios não são melhor explicados por alteração intelectual ou atraso global.

LEI-13.438/17

“...Art. 1º O art. 14 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), passa a vigorar acrescido do seguinte § 5º:

Art. 14§ 5º É obrigatória a aplicação a todas as crianças, nos seus primeiros dezoito meses de vida, de protocolo ou outro instrumento construído com a finalidade de facilitar a detecção, em consulta pediátrica de acompanhamento da criança, de risco para o seu desenvolvimento psíquico.” (NR)

Art. 2º Esta Lei entra em vigor após decorridos cento e oitenta dias de sua publicação oficial.

Brasília, 26 de abril de 2017; 196º da Independência e 129º da República. ”

MICHEL TEMER

Possíveis sinais de alerta:

- Não responde ao seu nome ao redor 12 meses.
- Não segue a direção do dedo da mãe ao apontar um objeto aos 12 meses.
- Não aponta objetos para mostrar interesse aos 14 meses.
- Interesse por partes dos objetos (roda).
- Enfileirar e empilhar.
- Não brincar de fingir que está alimentando uma boneca aos 18 meses.
- Reações incomuns a barulhos, odores ...
- Movimentos das mãos, balanço ou giro do corpo.

Comunicação - linguagem

- Alguns falam bem.
- Alguns falam pouco.
- Alguns quase não falam.
- Reversão de pronome.
- Voz monótona (prosódia).
- Ecolalia.
- Não compreendem sarcasmo, piadas.

Screening (anexo):

- M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers- 23 questões/ 02 itens críticos ou 03 de todos / Fácil e preenchido pelos pais/ Muitos falsos positivos/ Não é diagnóstico).
- Deve ser aplicado em todas as crianças entre 18 e 24 meses.

Nível de suporte:

Nível 1: Necessitando suporte (sem suporte, o déficit de comunicação social causa alterações evidentes);

Nível 2: Necessitando suporte substancial (déficit acentuado na comunicação social verbal ou não verbal, comportamentos restritivos ou repetitivos aparecem frequentemente e interferem com o funcionamento);

Nível 3: Necessitando suporte substancial acentuado (déficit acentuado na comunicação social verbal ou não verbal que causa alterações severas no funcionamento, interações sociais muito limitadas e resposta mínima as solicitações dos outros.

Tratamento:

- Estimular o desenvolvimento social e comunicativo.
- Aprimorar o aprendizado e a capacidade de resolução de problemas.
- Diminuir comportamentos que interfere no aprendizado e nas oportunidades de experiências do cotidiano.
- Orientação familiar.

Terapias não biológicas- ABA (Ensino por tentativas discretas/ Intervenção comportamental precoce/ Intervenção comportamental verbal /Treinamento de resposta central).

Terapias biológicas: Psicofarmacologia (Risperidona/Aripiprazol)

Obs:

Não há evidência de “cura” para o autismo e o tratamento é continuado.

A intervenção precoce é fundamental e tem proporcionado maiores taxas de independência na vida adulta.

O tratamento é individualizado e geralmente exige combinações de intervenções.

Tratamento clínico otimizado na APS/ Encaminhamento:

- Pacientes com suspeita de TEA de zero até 6 anos incompletos: APAE;
- Pacientes diagnosticados com TEA com deficiência intelectual: APAE sem limite de idade;
- Pacientes com suspeita diagnóstica de TEA sem deficiência intelectual após 6 anos de idade: neuropediatra;
- Pacientes com suspeita ou diagnóstico de TEA com ou sem deficiência intelectual com necessidade de intervenção no âmbito psicossocial: interconsulta com equipe NASF ou CAPSIJ;
- Manter acompanhamento pediátrico de rotina na unidade com o propósito de manter vínculo do paciente e família com o território.

TRANSTORNO DO NEURODESENVOLVIMENTO

TDAH (CID-10: F90/ CID-11: 6A05)

Classificação:

Pelo DSM – V:

➤ Déficit de atenção:

No screening (SNAP IV) paciente deve apresentar 6 ou mais itens, frequentes e ocorrer em dois locais diferentes (ex: casa e escola) e trazer prejuízo no período referente aos últimos seis meses.

➤ Hiperatividade e impulsividade:

No screening (SNAP IV) paciente deve apresentar 6 ou mais itens, frequentes e ocorrer em dois locais diferentes (ex: casa e escola) e trazer prejuízo.

Ambos a idade de início é abaixo dos 12 anos.

Deve-se excluir TEA.

Subtipos:

- Apresentação Combinada



- Apresentação Hiperativa-Impulsiva
- Apresentação Desatenta

A evolução do TDAH com a idade:



@focustdah

O iceberg do TDAH

@FINUCCINIALFREDO

O que as pessoas acham que o TDAH é:

Dificuldade em focar

Inquieto (fidgeting)

O que o TDAH é:

Dificuldade em manter relacionamentos

Depressão

Dificuldade em seguir e manter conversas

Incapacidade de concentrar, mesmo se não tiver distrações

Esquecer de comer, dormir ou ir ao banheiro

Problema de se concentrar em coisas, mesmo se for interessante

Disfunção executiva

Pouco controle de impulso

Transtorno de processamento sensorial

Problemas financeiros

Variações de humor

Inquietação incontrolável

Hiperfixação

Ansiedade

Dificuldade em trocar de tarefas ou inabilidade de ficar em uma

Paralisa com escolhas

Senso de tempo ruim

Tudo ou nada

Dificuldade em lembrar palavras comumente usadas

Problemas para dormir

Problemas para regular emoções

Problema em regular emoções

Desempregado crônico

Esquecer pensamentos 0,2 segundos depois de ter

Diagnóstico:

- Clínico
- Ausência de sintomas no consultório não exclui.
- Avaliação neuropsicológica não é determinante.
- Screening- Escalas para pais e para professores –SNAP IV (critério A)
- Importante: Não se pode fazer o diagnóstico de TDAH apenas com critério “A”. Veja abaixo os demais critérios.

CRITÉRIO A: Sintomas (vistos no questionário)

CRITÉRIO B: Alguns desses sintomas devem estar presentes antes dos 7 anos de idade.

CRITÉRIO C: Existem problemas causados pelos sintomas acima em pelo menos 2 (dois) contextos diferentes (por ex., na escola, no trabalho, na vida social e em casa).

CRITÉRIO D: Há problemas evidentes na vida escolar, social ou familiar por contados sintomas.

CRITÉRIO E: Se existe um outro problema (tal como depressão, deficiência mental, psicose, etc.), os sintomas não podem ser atribuídos exclusivamente a ele.

Referência: Fontes: <https://tdah.org.br/diagnostico-criancas/>

Tratamento:

Primeira opção de tratamento:

Psicoestimulantes:

- Metilfenidato (Curta ação ou longa ação)
- Anfetaminas (Longa ação)

Na consulta com o pediatra/ clínico de família:

Avaliação inicial:

- 1- Anamnese: Escutar e questionar ativamente o comportamento (Alerta: TEA x TDAH).
- 2- Avaliação oftalmológica e audiológica.
- 3- Screening: SNAP IV (para pais e professores):

- 4- Relatório escolar descritivo (anexo), onde abordará:
- Capacidade de aprendizagem
 - Relacionamento com colegas e professores
 - Atenção nas atividades propostas
 - Comportamento dentro de fora de sala de aula
 - Potencialidades e dificuldades do aluno.
- 5- Se for encaminhar ao neuropediatra: solicitar função hepática/tireoidiana e ECG.

Diagnóstico diferencial ou comorbidades:

- Transtorno Opositivo Desafiador. / Transtorno de conduta;
- Síndrome de Gilles de La Tourette (tics motores e vocais);
- Transtorno de Ansiedade Generalizada;
- Esquizofrenia;
- Transtorno Bipolar;
- Deficiência Intelectual, Dificuldades ou Distúrbios de Aprendizagem;
- Dislexia;
- Autismo e transtornos invasivos do desenvolvimento.
- Epilepsia;
- Hipertireoidismo, Hipoacusia, Distúrbios do sono, Atopias, etc.

SNAP-IV- Como avaliar:

1. Se existem pelo menos 6 itens marcados como “BASTANTE” ou “DEMAIS” nos itens de 1 a 9 = existem mais sintomas de *desatenção* que o esperado numa criança ou adolescent
2. Se existem pelo menos 6 itens marcados como “BASTANTE” ou “DEMAIS” nos itens de 10 a 18 = existem mais sintomas de *hiperatividade e impulsividade* que o esperado numa criança ou adolescente.



Prefeitura
de Jundiaí

Itens 1 a 9	Nem um pouco	Só um pouco	Bastante	Demais
Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas				
Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer				
Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele				
Não segue instruções até o fim e não termina deveres de escola, tarefas ou obrigações				
Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades				
Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado				
Perde coisas necessárias para atividades (p. ex: brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros)				
Distrai-se com estímulos externos				
É esquecido em atividades do dia-a-dia				



**Prefeitura
de Jundiaí**

Itens 10 a 18	Nem um pouco	Só um pouco	Bastante	Demais
Mexe com as mãos ou pés ou se remexe na cadeira				
Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado				
Corre de um lado para outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inapropriado				
Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma				
Não pára ou freqüentemente está a "mil por hora"				
Fala em excesso				
Responde as perguntas de forma precipitada antes delas terem sido terminadas				
Tem dificuldade de esperar sua vez				
Interrompe os outros ou se intromete (por exemplo: intromete-se nas conversas, jogos, etc.)				

Tratamento clínico otimizado na APS/ Encaminhamento:

- 1- Leve a moderado, sem comorbidades, e sem maior comprometimento psicossocial:
 - NASF (equipe multidisciplinar) e atividade física no território
 - Neuropediatra (P2) com SNAP IV e relatório escolar + exames complementares.
- 2- Moderado a grave, com repercussões graves no ambiente psicossocial (ansiedade, depressão, TEA, TOD, uso substância psicoativas, outras)

- Neuropediatra (P2) com SNAP IV e relatório escolar + exames complementares.
- Pacientes com suspeita ou diagnóstico de TDAH com necessidade de intervenção no âmbito psicossocial: interconsulta com equipe NASF ou CAPSIJ.

DOENÇAS PROGRESSIVAS

NEUROMUSCULARES:

1. Miopatias/distrofias musculares: atraso do DNPM, desengonçamento da marcha e tendência à queda, marcha na ponta dos pés. Ex.: Distrofia Muscular de Duchenne
2. Síndrome da Criança Hipotônica: do RN até 02 anos de vida. As causas sistêmicas (septicemia, cardiopatia, pneumopatia, etc.) e cerebrais são mais comuns, porém o sintoma é essencial nas doenças neuromusculares. Ex.: Miastenia Grave, atrofia muscular espinhais.

ENCEFALOPATIAS PROGRESSIVAS:

Todas as doenças progressivas que afetam principalmente o SNC, de origem genética, metabólica ou autoimune.

NEUROMETABÓLICAS:

Erros Inatos do Metabolismo, determinadas geneticamente.

DOENÇAS DESMIELINIZANTES do SNC:

1. Desmielinizações pós-virais e pós-vacinais (EX.: ADEM- Encefalomielite disseminada aguda), Esclerose Múltipla, etc.

2. Doenças Desmielinizantes dos nervos periféricos (polirradiculoneurites inflamatórias desmielinizantes – Sd. de Guillain-Barré). Geralmente de causas autoimunes.

HEREDODEGENERAÇÕES:

Neuropatias sensitivo-motoras, medula, SNC.

Tratamento clínico otimizado na APS/ Encaminhamento:

- Encaminhar ao neuropediatra como PRIORIDADE (P1);
- Manter acompanhamento pediátrico de rotina na unidade com o propósito de manter vínculo do paciente e família com o território;
- Se necessário, encaminhamento a fisioterapia e/ou AMARATI, após orientação do neuropediatra.

PLAGIOCEFALIA POSICIONAL E CRANIOESTENOSE

Definição:

A assimetria craniana é denominada plagiocefalia. E são classificadas entre posicional e verdadeira.

A plagiocefalias posicionais resolvem-se nos primeiros meses após o nascimento do bebê e as medidas de correção de posicionamento revertem o quadro. Em quadros de plagiocefalia posicional ou a “falsa plagiocefalia”, há uma tensão no crânio, relacionada com fatores tais como, posição intrauterina, postura “viciada” do bebe, torcicolos congênitos.

Na plagiocefalia posicional as medidas de posicionamento podem ser efetivas para o alívio da tensão e correção do quadro. E não necessitam de avaliação especializada com neuropediatra.

No entanto, existem alguns casos em que a plagiocefalia, efetivamente, é uma doença congênita, em que há o fechamento precoce das suturas cranianas, o que chamamos de cranioestenose e o tratamento deve ser cirúrgico.

Tratamento clínico otimizado na APS /Encaminhamento:

- Neurocirurgia P1- via regulação (DRS)
- Manter acompanhamento pediátrico de rotina na unidade com o propósito de manter vínculo do paciente e família com o território

MIELOMENINGOCELE

Tratamento clínico otimizado na APS /Encaminhamento:

- Para os pacientes sem seguimento, encaminhar à Neurocirurgia via regulação (DRS)
- Manter acompanhamento pediátrico de rotina na unidade com o propósito de manter vínculo do paciente e família com o território

HIDROCEFALIA

Tratamento clínico otimizado na APS /Encaminhamento:

- Se necessidade de derivação ventriculoperitoneal (DVP) ou já tiver a presença de válvula sem seguimento, encaminhar a Neurocirurgia via regulação (DRS)
- Neuropediatra conjuntamente com neurocirurgião se houver condições clínicas neurológicas (exemplo: epilepsia...)
- Manter acompanhamento pediátrico de rotina na unidade com o propósito de manter vínculo do paciente e família com o território

MACROCEFALIA

Definição:

Crescimento anormal do perímetro cefálico, com valores superiores a dois desvios-padrão, acima do percentil 95 para o sexo, raça, idade e idade gestacional

A medição do PC (e respetiva anotação num gráfico de percentis de PC) deve ser realizada desde o nascimento até aos 36 meses e em todas as consultas nas crianças com patologia neurológica. A evolução do crescimento do PC ao longo do tempo é o fator informativo mais importante, podendo muitas vezes constituir um primeiro indicador de doença. O PC aumenta 2cm/mês durante os primeiros 3 meses de vida, 1cm/mês até aos 6 meses e 0,5cm/mês entre os 6 e os 24 meses. No pré-termo o PC em regra cresce 1cm/semana nos primeiros 2 meses e 0,5cm/mês nos 2 meses seguintes.

Os desvios do crescimento do PC estão relacionados com alterações a nível dos ossos do crânio ou a nível do Sistema Nervoso Central (SNC), de carácter congénito ou adquirido.

Tratamento clínico otimizado na APS / Encaminhamento

- Neuropediatra como P3
- Manter acompanhamento pediátrico de rotina na unidade com o propósito de manter vínculo do paciente e família com o território

MICROCEFALIA:

Definição:

Segundo a OMS, a microcefalia é caracterizada pela medida do crânio realizada pelo menos 24 h após o nascimento e dentro da primeira semana de vida (até 6 dias e 23 horas).

RN com menos de 37 semanas de idade gestacional, apresentando medida do perímetro cefálico (PC) menor que -2 desvios padrão, segundo a tabela do Intergrowth, para a idade gestacional e sexo.

RN com 37 semanas ou mais de idade gestacional, apresentando medida do perímetro cefálico (PC) menor ou igual a 31,5 cm para meninas e 31,9 cm para meninos, equivalente a menor que -2 desvios-padrão para a idade do neonato e sexo, segundo a tabela da OMS.

Tratamento clínico otimizado na APS/ Encaminhamento:

- APAE (para Estimulação Essencial)
- BRAILLE (oftalmologista para F.O)

- ORL (Para avaliação auditiva). O ORL encaminha para avaliação na ATEAL, se necessário.
- Manter acompanhamento pediátrico de rotina na unidade com o propósito de manter vínculo do paciente e família com o território.

AVC / SEQUELA de AVC (CID 10: G45)

Tratamento clínico otimizado na APS/ Encaminhamento:

- No momento do evento, encaminhar ao Hospital Universitário (P0);
- No pós alta imediato, encaminhamento ao neuropediatra com Prioridade 1 (P1), caso não esteja sendo acompanhado pelo NEUROCIRURGIÃO;
- Encaminhamento conjunto ao hematologista e ao cardiologista, exceto malformação vascular;
- Encaminhar ao NAPD para avaliação do processo de reabilitação **ou**
- AMARATI para reabilitação motora **ou**
- INSTITUTO BRAILLE para reabilitação visual;
- Manter acompanhamento pediátrico de rotina na unidade com o propósito de manter vínculo do paciente e família com o território.

DISTURBIOS DO SONO (CID 10: F 51, F51.3, F51,4), exceto apneia do sono (CID 10: G47.3)

Tratamento clínico otimizado na APS/ Encaminhamento:

- Orientar higiene do sono (Anexo)
- Encaminhar ao neuropediatra como P3, caso não haja sucesso na terapêutica orientada.

OUTRAS PATOLOGIAS:

- SUSPEITA DE MAL FORMAÇÃO CEREBRAL: Encaminhar ao neuropediatra como P1.
Exceto: **Disgenesia** ou **hipoplasia de corpo caloso**, que serão P2/P3 e **cisto aracnóideo** encaminhar ao neurocirurgião como P3.
- PARALISIA DE BELL: (CID 10: G51. 0). Encaminhar ao neuropediatra como P1.
- SUSPEITA DE NEUROFIBROMATOSE: Encaminhar ao neuropediatra como P2.
- ERROS INATOS DO METABOLISMO: A depender do distúrbio seguirá com especialidade apropriada, encaminhar como P1.

QUANDO SOLICITAR ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA:

- Primeiro ano de vida;
- Para seguimento de Encefalopatia hipóxica isquêmica.
- Em prematuros para:
 - 1) Avaliar a substância branca periventricular que, em casos de hipóxia moderada, pode evoluir para leucomalácia periventricular.
 - 2) Sangramentos da matriz germinativa, áreas de hemorragia.
 - 3) Outros achados de hiperecogenicidade no tálamo, mesencéfalo e cerebelo, nos casos de hipóxia grave;
- Acompanhamento evolutivo das meningites bacterianas;
- Hidrocefalia;

Priorização:

P0: (hospital)

- Suspeita de neoplasia SNC (considerar urgência/emergência);
- Doença desmielinizante (ex: GuillainBarré / ADEM);
- AVC;
- Distúrbios comportamentais recentes;
- Crise convulsiva atendida na UBS;
- Ataxia cerebelar aguda (ex: encefalite cerebelar / encefalite pós Varicela).

P1:

- Epilepsias;
- Crise convulsiva febril nas situações especiais;
- Doenças progressivas (Doença neurometabólica; Encefalopatias progressivas; Doença neuromuscular);
- Suspeita de malformação (exceto cisto aracnoide);
- Cefaleia com alterações neurológicas ou Cefaleia de difícil controle;
- Tontura com sintomas cerebelares;
- Involução no DNPM;
- Distonia/doenças extrapiramidais;
- Acompanhamento pós alta hospitalar de TCE.

P2:

- Epilepsia controlada;
- TDAH;
- Neurofibromatose;
- Cefaleia em crianças acima de 06 anos de causa não psicogênica.

P3:

- Enxaqueca e cefaleia sem sinais de comprometimento neurológico;
- Macrocefalia
- Distúrbios do Sono;
- Disgenesia ou hipoplasia de corpo caloso

Bibliografia:

Neurologia Infantil-5° edição- Diament, Cypel, Reed I e II volumes.

Condutas em Neurologia Infantil- Unicamp- 2° edição- Maria Valentina Leme de Moura ribeiro e LisianeSeguti /ferreira.

DSM

V

Prado, L.B.F; Ramos, R.T.T.; Barbisan, B.N.; Santos, C.F.; Moreira, G.A.; Souza, L.C.N.A.; Fagondes, S.C.; Carvalho, L.B.C. Higiene do Sono - SBP. SBP. 2017.

Disponível em: <http://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/higiene-do-sono/>.

1 2 3

Citar este artigo: Clube de Revista: SBP lança documento científico sobre higiene do sono em crianças - Medscape - 27 de setembro de 2017.

- WWW.TDHA.ORG.BR

Tratado de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria, 4° edição, vol 1pg 208

ANEXOS:

Anamnese para Cefaleia:

Nome (nome social) _____

Idade _____ Sexo _____ data _____

1. Há quanto tempo tem dores de cabeça?
2. Com que frequência ocorrem suas dores?
3. Quanto tempo duram suas dores?
4. Em que local da cabeça a dor tem início?
5. Como é a sua dor? (Pulsátil, em peso, pontada, ardência,)
6. Qual a intensidade de sua dor? (Dar notas de 0 a 10 ou utilizar a escala visual de dor)
7. Apresenta sintomas precedendo a dor? (Aura)
8. O que você sente junto com a dor? (Náusea, vômito, alterações visuais, parestesias, síncope)
9. O que você acha que causa a sua dor? (Alterações do sono, muita exposição a tela, alimentos, jejum prolongado, desidratação, calor, atividade física, stress, medicação, ciclo menstrual, traumas prévios, ansiedade)
10. O que piora sua dor? (Luz, barulho, cansaço, odores)
11. O que melhora sua dor?

12. Faz uso de alguma medicação?

13. Antecedentes Pessoais _____

14. Antecedentes familiares _____





DIÁRIO DA DOR

Data e horário	Fator desencadeante *	O que fez a dor melhorar **	Hora que a dor melhorou	Outro fator acompanhante

* EXEMPLO: bebeu o que? Comeu o que? Tomou sol? Cheiro? Stress?
Telas?

** EXEMPLO: Remédios, qual? Dormiu? Descansou? Placebo?

CEFALÉIAS - RECOMENDAÇÕES GERAIS

- A utilização de um diário para o registro das crises, pois é importante para o diagnóstico e também para o auto monitoramento das crises.
- Tratamento de doenças concomitantes, como quadros atópicos, hidratação apropriada, atividades físicas moderadas, avaliação do padrão de sono.
- Identificação da causa da dor.
- Evitar fatores referidos como desencadeantes de suas crises. (Jejum prolongado, anticoncepcionais orais, alimentos desencadeantes*, etc.).

*Alimentos desencadeantes (observar se algum deles está associado a dor):

- Bebidas e alimentos que possuem tiramina: queijos, iogurte, manteiga, chocolate e vinho,
- Alimentos com nitrato e nitrito: salame, presunto, peixes, camarão e salsicha.
- Cafeína: Café, chás pretos e refrigerantes.
- Proteínas alergênicas: manteiga, carnes gordas, frituras, doces, requeijão, leite integral e derivados de leite.
- Alimentos com glutamato monossódico, corantes, conservantes.

Programa de intervenção preventiva- PIP

Local: APAE

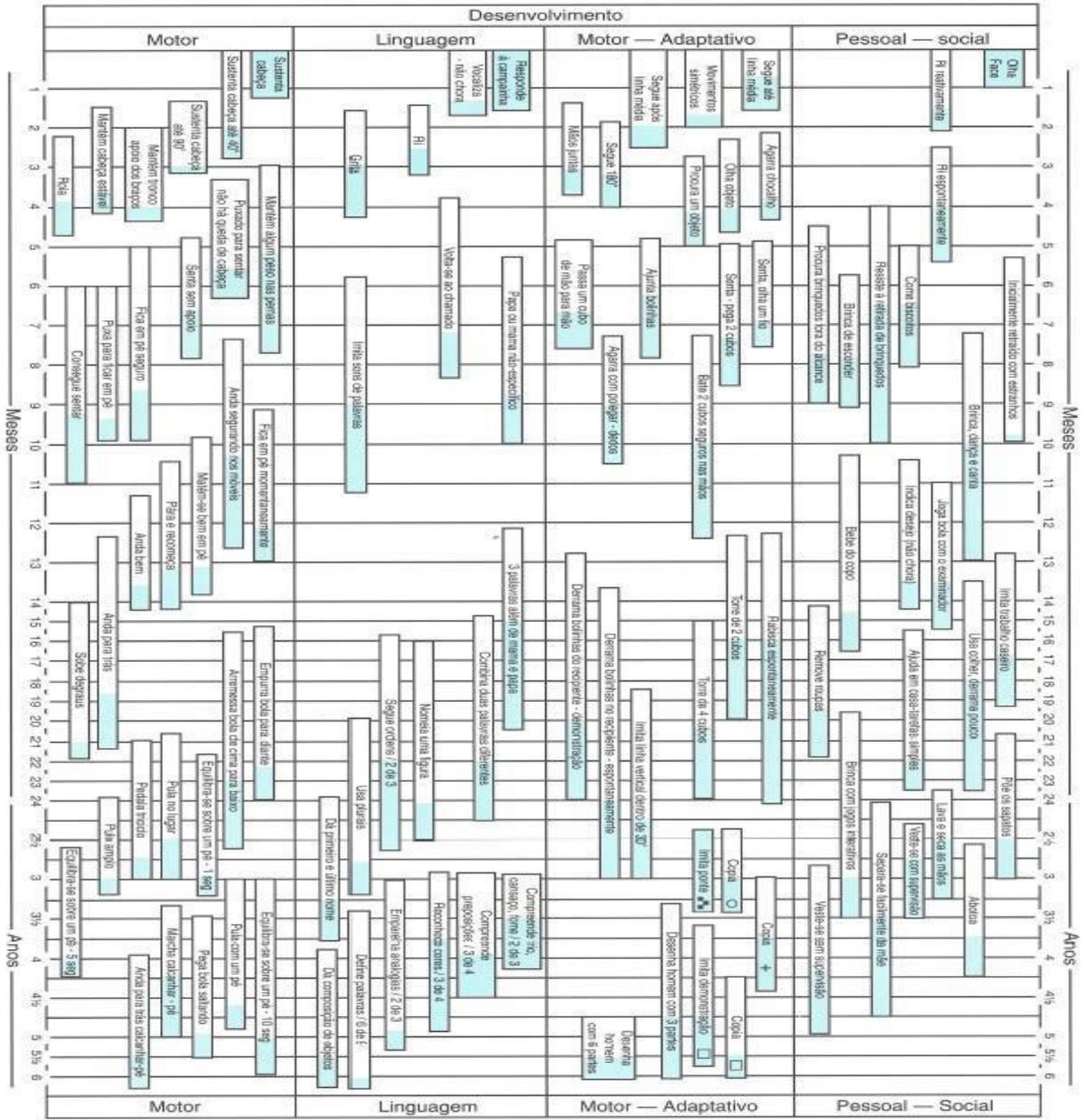
Critérios para inclusão:

- Asfixia perinatal;
- Crescimento anormal do perímetro cefálico (meninas > 36 cm ou < 31,5 cm e meninos > 37 cm ou <31,9 cm);
- Distúrbios metabólicos sintomáticos;
- Policitemia/ hiperviscosidade sintomática;
- Hiperbilirrubinemia indireta com necessidade de fototerapia ou exsanguineotransfusão;
- Parada cardiorrespiratória;
- Síndrome inespecífica sistêmica (sepse de difícil controle) e/ou enterocoliteneocrozante;
- Erros inatos do metabolismo;
- Alterações neurológicas;
- Prematuridade (<37 sem);
- PIG; abaixo de 2,5 Kg
- GIG; peso acima de 4 Kg
- Pós termo;
- Meningites;
- Convulsão/ equivalente convulsivo/ uso de anticonvulsivante;
- Estigmas dismórficos genéticos;
- Hemorragia intracraniana;
- Síndromes infecciosas adquiridas durante a gestação (Rubéola, Toxoplasmose, Citomegalovírus, Sífilis, Herpes, HIV);
- Mãe usuária de álcool, drogas e cigarro, durante a gravidez;
- Recém-nascido notificados com suspeita de contaminação por ZICA Vírus;
- Mãe adolescente com risco gestacional



TESTE DE DESENVOLVIMENTO DE DENVER

Veja as restrições de como realizar o teste no verso desta folha.



PH: Frankenburg, W.K.: Denver Developmental Screening Test., Paid 7/1/81 \$1.1987.

M-CHAT- Perguntas

1. Seu filho gosta de se balançar, de pular no seu joelho, etc.? Sim /Não
2. Seu filho tem interesse por outras crianças? Sim /Não
3. Seu filho gosta de subir em coisas, como escadas ou móveis? Sim/ Não
4. Seu filho gosta de brincar de esconder e mostrar o rosto ou de esconde-esconde?
Sim /Não
5. Seu filho já brincou de faz-de-conta, como, por exemplo, fazer de conta que está falando no telefone ou que está cuidando da boneca, ou qualquer outra brincadeira de faz-de-conta? Sim/ Não
6. Seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar, para pedir alguma coisa?
Sim/ Não
7. Seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar, para indicar interesse em algo? Sim /Não
8. Seu filho consegue brincar de forma correta com brinquedos pequenos (ex. carros ou blocos), sem apenas colocar na boca, remexer no brinquedo ou deixar o brinquedo cair? Sim /Não
9. O seu filho alguma vez trouxe objetos para você (pais) para lhe mostrar este objeto? Sim /Não
10. O seu filho olha para você no olho por mais de um segundo ou dois? Sim /Não
11. O seu filho já pareceu muito sensível ao barulho (ex. tapando os ouvidos)? Sim/
Não
12. O seu filho sorri em resposta ao seu rosto ou ao seu sorriso? Sim/ Não
13. O seu filho imita você? (ex. você faz expressões/caretas e seu filho imita?) Sim/
Não
14. O seu filho responde quando você chama ele pelo nome? Sim/ Não
15. Se você aponta um brinquedo do outro lado do cômodo, o seu filho olha para ele?
Sim/ Não
16. Seu filho já sabe andar? Sim/ Não
17. O seu filho olha para coisas que você está olhando? Sim/ Não
18. O seu filho faz movimentos estranhos com os dedos perto do rosto dele? Sim/ Não

19. O seu filho tenta atrair a sua atenção para a atividade dele? Sim/ Não
20. Você alguma vez já se perguntou se seu filho é surdo? Sim/ Não
21. O seu filho entende o que as pessoas dizem? Sim/ Não
22. O seu filho às vezes fica aéreo, “olhando para o nada” ou caminhando sem direção definida? Sim/ Não
23. O seu filho olha para o seu rosto para conferir a sua reação quando vê algo estranho. Sim /Não



Nome: _____ Preenchido por: _____

Data de Nascimento: _____ Parentesco do informador: _____

Data: _____

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	Apointa com o indicador para pedir alguma coisa?	Sim	Não
7	Apointa com o indicador para mostrar interesse em alguma coisa?	Sim	Não
8	Brinca apropriadamente com brinquedos (carros ou Legos) sem levá-los à boca, ebanar 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



Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)

Diana Robins, Deborah Fein & Marianne Barton, 1999

O (M-CHAT) é um breve questionário referente ao desenvolvimento e comportamento utilizado em crianças dos 16 aos 30 meses, com o objectivo de rastrear as perturbações do espectro do autismo (PEA). Pode ser aplicado tanto numa avaliação periódica de rotina (cuidados primários de saúde), como por profissionais especializados em casos de suspeita. Como na maioria dos testes de rastreio poderá existir um grande número de falsos positivos, indicando que nem todas as crianças que cotam neste questionário irão ser diagnosticadas com esta perturbação. No entanto estes resultados podem apontar para a existência de outras anomalias do desenvolvimento, sendo por isso necessária a avaliação por profissionais desta área.

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 passo/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	

Referências bibliográficas:

- <http://www2.gsu.edu/~psydlr>
- Kleinman et al. (2008) 'The Modified Checklist for Autism in Toddlers: a Follow-up Study Investigating the Early Detection of Autism Spectrum Disorders', *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38:827-839.
- Robins, D. (2008) 'Screening for autism spectrum disorders in primary care settings', *Autism*, Vol 12(5) 481-500.

RELATÓRIO ESCOLAR- SUSPEITA TDAH

Caro professor, solicito gentilmente que responda as seguintes questões abaixo, para que possamos compreender melhor as necessidades do (a) _____

1. Qual a capacidade de aprendizagem?
2. Como é o relacionamento com colegas e professores?
3. Como você avalia a atenção nas atividades propostas?
4. Qual é o comportamento dentro de fora de sala de aula?
5. Quais as potencialidades e dificuldades do aluno?

Desde já agradeço.

Data:

Nome do profissional solicitante:



SNAP IV

Itens 1 a 9	Nem um pouco	Só um pouco	Bastante	Demais
Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas				
Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer				
Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele				
Não segue instruções até o fim e não termina deveres de escola, tarefas ou obrigações				
Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades				
Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado				
Perde coisas necessárias para atividades (p. ex: brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros)				
Distrai-se com estímulos externos				
É esquecido em atividades do dia-a-dia				



**Prefeitura
de Jundiá**

Itens 10 a 18	Nem um pouco	Só um pouco	Bastante	Muito
Mexe com as mãos ou pés ou se remexe na cadeira				
Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado				
Corre de um lado para outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inapropriado				
Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma				
Não pára ou frequentemente está a "mil por hora"				
Fala em excesso				
Responde as perguntas de forma precipitada antes delas terem sido terminadas				
Tem dificuldade de esperar sua vez				
Interrompe os outros ou se intromete (por exemplo: intromete-se nas conversas, jogos, etc.)				

CONVULSÃO FEBRIL:

Orientações aos familiares nos quadros febris (até 6 anos incompletos):

- Mediar com temperatura igual ou maior 37,2°
- Medir temperatura a cada duas horas;
- Banho morno nos intervalos (não dar banho gelado e nem com álcool);
- Intercalar medicações a cada 02 horas se temperatura igual ou maior que 37,2° (Dipirona, Paracetamol, Ibuprofeno);
- Na CRISE CONVULSIVA: afrouxar a roupa, proteger a cabeça, posicionar de lado, NÃO desenrolar a língua.

HIGIENE DO SONO- RECOMENDAÇÕES GERAIS

- Manter uma rotina para cochilos diurnos das crianças que ainda necessitam, evitando os cochilos no final da tarde
- Colocar a criança ainda acordada na cama, indicando que é hora de dormir, e todo ambiente deverá estar calmo e tranquilo para induzir o sono e dar confiança e segurança à criança
- Criar uma rotina para a hora de dormir, na qual haja um momento bom e agradável com os pais (ler estórias, ouvir música calma, etc.), sem muitos estímulos.
- Criar um ambiente propício ao sono e recompensar as noites bem dormidas.
- Manter o mesmo horário para dormir e acordar todos os dias, incluindo finais de semana e feridos (horários regulares).
- Evitar bebidas (chocolate, refrigerante, chá mate ou cafeinados) e medicações que contenham estimulantes próximo à hora de dormir.
- Tentar não deixar a criança adormecer com mamadeiras de leite ou chá, vendo televisão ou em outro lugar que não seja a própria cama.
- Não alimentar a criança durante a noite.
- Evitar levar a criança para a cama dos pais ou outros lugares para dormir ou acalmar-se.
- Se a criança acordar à noite para ir ao banheiro ou por causa de pesadelos, permanecer no quarto dela até ela se acalmar e avisá-la que retornará para o seu quarto, quando ela adormecer.
- Quando lidar com a criança durante a noite, usar uma luz fraca, falar baixo e ser breve o suficiente, sem estimulá-la.



**Prefeitura
de Jundiá**