

Protocolos de Encaminhamento para Psiquiatria Pediátrica

O protocolo de Psiquiatria Pediátrica será publicado *ad referendum*, conforme resolução CIB/RS 764/2014. Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade. Ressaltamos que outras situações clínicas ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas.

As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, além de contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação do caso.

Pacientes com automutilações, comportamento suicida e autoagressões não suicidas e trauma e violência devem ter preferência no encaminhamento à psiquiatria pediátrica quando comparados com outras condições clínicas previstas neste protocolo.

Para otimizar os recursos da Atenção Primária à Saúde (APS) e o cuidado do paciente enquanto aguarda consulta com o serviço especializado, recomenda-se discutir os casos com equipe de apoio em saúde mental ou com o TelessaúdeRS-UFRGS pelo canal 08006446543.

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas nestes protocolos. Entretanto, ressaltamos que existem outras condições que não foram contempladas. É responsabilidade do médico assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

As seguintes condições clínicas devem ser encaminhadas à emergência psiquiátrica (válido para todos os pacientes independente do transtorno psiquiátrico):

- risco de suicídio; ou
- risco agudo de auto ou heteroagressão; ou
- risco agudo de exposição moral; ou
- sintomas psicóticos agudizados; ou
- síndrome de abstinência a substâncias psicoativas avaliada pelo clínico como moderada a grave; ou
- agitação psicomotora intensa.

Atenção: oriente o paciente para que leve, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos que está utilizando e os exames complementares realizados recentemente.

Elaborado em 28 de maio de 2018.

Supervisão Geral:

Francisco Paz

Coordenação:

Marcelo Rodrigues Gonçalves

Roberto Nunes Umpierre

Organização:

Milena Rodrigues Agostinho Rech

Rudi Roman

Autores:

Carlos Eduardo Mantese

Dimitris Rucks Varvaki Rados.

Elise Botessele de Oliveira

Felipe Bauer Pinto da Costa

Fernanda Lucia Capitanio Baeza

Josué Basso

Ligia Marroni Burigo

Mário Tregnago Barcellos

Milena Rodrigues Agostinho Rech

Natan Katz

Rudi Roman

Revisão Técnica:

Gledis Lisiane Correa Luz Motta

Guilherme Behrend Silva Ribeiro

Colaboração:

Departamento de Regulação Estadual – DRE/RS

Normalização:

Rosely de Andrade Vargas

Diagramação:

Lorenzo Costa Kupstaitis

TelessaúdeRS-UFRGS 2018

Porto Alegre – RS.

Protocolo 1 – Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Psiquiatria Pediátrica (preferencialmente) ou Neurologia Pediátrica e reabilitação intelectual*:

- diagnóstico de TDAH: pelo menos seis sintomas de desatenção e/ou seis sintomas de hiperatividade e impulsividade marcadas como “Bastante” na escala SNAP (quadro 1), considerando resposta de pais e escola, por mais de 6 meses, **e**
 - sintomas persistentes após tratamento inicial em doses otimizadas por pelo menos 4 semanas (quadro 2); **ou**
 - TDAH associado a comorbidades psiquiátricas.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro atual (idade de início, evolução dos sintomas);
2. história de outros transtornos psiquiátricos ou internações psiquiátricas (sim ou não)? Se sim, descreva (relate o ano da última internação, quando dado disponível);
3. tratamento em uso ou já realizado para a condição (se medicamentos, quais estão sendo ou foram utilizados, com dose e posologia);
4. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

* Crianças com Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) podem ser encaminhadas para reabilitação intelectual, em serviços regionalizados. Entrar em contato com sua secretaria municipal de saúde para identificar o local de referência para o município.



Protocolo 2 – Transtornos depressivos

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para psiquiatria pediátrica:

- episódio depressivo leve ou moderado sem resposta a tratamento otimizado por pelo menos 8 semanas (quadro 3 e 4); **ou**
- episódio depressivo grave, após manejo inicial (quadro 4); **ou**
- história de internação psiquiátrica ou tentativa de suicídio nos últimos dois anos; **ou**
- depressão recorrente.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro psiquiátrico atual (idade de início, evolução dos sintomas);
2. história de sintomas psicóticos atuais ou no passado? (sim ou não). Se sim, descreva;
3. história de ideação suicida/tentativas de suicídio atuais ou no passado? (sim ou não) Se sim, descreva;
4. história de outros transtornos psiquiátricos ou internações psiquiátricas? (sim ou não). Se sim, descreva (relate o ano da última internação, quando dado disponível);
5. tratamento em uso ou já realizado para a condição (se medicamentos, quais estão sendo ou foram utilizados, com dose e posologia);
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 3 – Transtornos de ansiedade e transtorno obsessivo-compulsivo (TOC)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para psiquiatria pediátrica:

- suspeita de transtorno obsessivo-compulsivo (quadro 5); **ou**
- transtorno de pânico, ansiedade generalizada, ansiedade social ou ansiedade de separação (quadro 6) sem resposta ou com resposta apenas parcial a tratamento otimizado por pelo menos 8 semanas (quadro 7).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro psiquiátrico atual (idade de início, evolução dos sintomas);
2. hipótese diagnóstica (pânico, ansiedade social, ansiedade generalizada, ansiedade de separação, TOC,);
3. ideação suicida/tentativas de suicídio atuais ou no passado? (sim ou não) Se sim, descreva;
4. histórico de outros transtornos psiquiátricos ou internações psiquiátricas? (sim ou não). Se sim, descreva (relate o ano da última internação, quando dado disponível);
5. tratamento em uso ou já realizado para a condição (se medicamentos, quais estão sendo ou foram utilizados, com dose e posologia);
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



Protocolo 4 – Anorexia Nervosa

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para psiquiatria pediátrica:

- Criança ou adolescente com anorexia nervosa apresentando Índice de Massa Corporal (IMC) menor que o percentil 15, considerando gênero e idade (ver quadro 8 e 9) **E** pelo menos uma das seguintes características:
 - restrição do consumo calórico em relação à necessidade com a intenção deliberada de perder ou não ganhar peso; **ou**
 - comportamento persistente que interfira com ganho de peso (por exemplo: indução de vômitos ou extenuante de exercícios físicos) **ou**
 - medo intenso de ganhar peso ou de tornar-se gordo; **ou**
 - percepção distorcida do peso corporal ou da forma física, influência exagerada do peso corporal ou da forma física na autoestima ou ausência de reconhecimento da gravidade do baixo peso corporal.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro atual (idade de início, evolução dos sintomas, características compensatórias);
2. IMC e percentil, com data;
3. presença de ideação suicida/tentativas de suicídio atuais ou no passado (sim ou não)? Se sim, descreva;
4. histórico de outros transtornos psiquiátricos ou internações psiquiátricas (sim ou não)? Se sim, descreva (relate o ano da última internação, quando dado disponível);
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



Protocolo 5 – Bulimia Nervosa

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para psiquiatria pediátrica:

- Criança ou adolescente com bulimia nervosa:
 - episódios de compulsão alimentar, nos quais é ingerida uma quantidade de comida claramente exagerada em um período curto de tempo; **E**
 - comportamento compensatório inadequado para evitar ganho de peso (purgação através de vômitos, uso de laxantes, diuréticos ou outros fármacos, jejum, exercício físico extenuante) pelo menos uma vez por semana por no mínimo três meses.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro atual (idade de início, evolução dos sintomas, características compensatórias);
2. presença de ideação suicida/tentativas de suicídio atuais ou no passado? (sim ou não) Se sim, descreva;
3. histórico de outros transtornos psiquiátricos ou internações psiquiátricas? (sim ou não) Se sim, descreva (relate o ano da última internação, quando dado disponível);
4. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 6 – Atraso Global do Desenvolvimento (AGD) e Deficiência intelectual

Atraso Global do Desenvolvimento (AGD) é um termo reservado a crianças menores que 5 anos de idade. É utilizado quando o indivíduo fracassa em alcançar os marcos do desenvolvimento em várias áreas da função intelectual, aplicada a crianças muito pequenas que não são capazes de passar por avaliações formais.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Psiquiatria Pediátrica e reabilitação intelectual*:

- diagnóstico de deficiência intelectual ou AGD associado a:
 - auto/heteroagressividade; **ou**
 - agitação psicomotora; **ou**
 - sintomas psicóticos (delírios ou alucinações).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Neurologia Pediátrica e Genética Médica e reabilitação intelectual*:

- deficiência intelectual moderada/grave ou provável AGD (ausência de um ou mais marcos para a faixa etária anterior – quadro 10) ou possível AGD (ausência de um ou mais marcos para a sua faixa etária – quadro 10) em crianças com:
 - história familiar de deficiência intelectual/AGD em parente de primeiro grau; **ou**
 - pais consanguíneos ; **ou**
 - alterações fenotípicas (como dismorfismos craniofaciais ou esqueléticos, suspeita de síndrome genética específica, entre outros); **ou**
 - perímetro cefálico menor que o percentil 10 ou maior que o percentil 90.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Neurologia Pediátrica e reabilitação intelectual*:

- deficiência intelectual ou provável AGD (quadro 10) ou possível AGD (quadro 10) em crianças com episódio de convulsão ou outras manifestações neurológicas como ataxia/coreia; **ou**
- regressão neurológica com perda de habilidades previamente adquiridas do desenvolvimento neuropsicomotor como perda de fala e/ ou marcha e/ou compreensão; **ou**
- deficiência intelectual recente sem etiologia estabelecida ou com necessidade de manejo de alterações comportamentais refratárias.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para pediatria:

- provável AGD (quadro 10) sem etiologia identificada; **ou**
- possível AGD (quadro 10) que persiste após reavaliação em 30 dias.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever idade de início dos sintomas e áreas de prejuízo, perímetro cefálico atual e marcos do desenvolvimento que estão atrasados, presença de dismorfias ou características sindrômicas, episódios de convulsão ou outros achados relevantes);
2. história familiar de AGD, deficiência intelectual ou doenças raras (sim ou não). Se sim, descreva o quadro e grau de parentesco;
3. história de consanguinidade entre os pais (sim ou não). Se sim, descreva o grau de parentesco;
4. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

* Crianças com idade até 3 anos que apresentam AGD devem ser também encaminhadas para Estimulação Precoce nos serviços de referência em reabilitação intelectual, conforme Diretrizes de Estimulação Precoce do Ministério da Saúde. Para crianças com idade superior a 3 anos, tratamentos de reabilitação intelectual também estão disponíveis nestes locais. Entrar em contato com sua secretaria municipal de saúde para identificar o local de referência para o município.

Protocolo 7 – Transtornos do espectro autista (TEA)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Psiquiatria Pediátrica e reabilitação intelectual*:

- suspeita ou diagnóstico de TEA (quadro 11) associado a:
 - auto/heteroagressividade; **ou**
 - agitação psicomotora; **ou**
 - sintomas psicóticos (alucinações ou delírios).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Neurologia Pediátrica e reabilitação intelectual*:

- suspeita ou diagnóstico de TEA (quadro 11).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro atual (idade de início, evolução dos sintomas);
2. histórico de outros transtornos psiquiátricos ou internações psiquiátricas atuais e/ou passados (sim ou não)? Se sim, descreva (relate o ano da última internação, quando dado disponível);
3. tratamento em uso ou já realizado para a condição (se medicamentos, quais estão sendo ou foram utilizados, com dose e posologia);
4. história familiar de TEA/deficiência intelectual ou pais consanguíneos (sim ou não). Se sim, descreva;
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

* Crianças com idade até 3 anos que apresentam Transtornos do espectro autista devem ser também encaminhadas para Estimulação Precoce nos serviços de referência em reabilitação intelectual. Para crianças com idade superior a 3 anos, tratamentos de reabilitação intelectual também estão disponíveis nestes locais. Entrar em contato com sua secretaria municipal de saúde para identificar o local de referência para o município.

Protocolo 8: Irritabilidade e disruptividade

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Psiquiatria Pediátrica:

- explosões de raiva recorrentes manifestadas através de violência verbal ou comportamento agressivo (agressão física a pessoas ou propriedades) de intensidade ou duração desproporcional em relação à situação; **ou**
- padrão de: humor raivoso/irritável, comportamento questionador/desafiante com figuras de autoridade ou índole vingativa com duração de pelo menos seis meses; **ou**
- suspeita de transtorno de conduta (ver quadro 12)

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro atual (idade de início, evolução dos sintomas);
2. presença de ideação suicida/tentativas de suicídio atuais ou no passado (sim ou não)? Se sim, descreva;
3. história de outros transtornos psiquiátricos ou internações psiquiátricas atuais e/ou passados (sim ou não)? Se sim, descreva (relate o ano da última internação, quando dado disponível);
4. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 9: Automutilações, comportamento suicida e autoagressões não suicidas

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- ideias de morte ou ideação suicida verbalizada; **ou**
- episódios recorrentes de automutilação, como cortes na pele, bater a cabeça, beliscões, mordidas ou queimaduras; **ou**
- episódio de intoxicação intencional ou autoagressões, como saltar de locais altos, com ou sem intenção clara de morrer.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro atual (idade de início, características evolução dos sintomas);
2. história de outros sintomas psiquiátricos ou internações psiquiátrica (sim ou não)? Se sim, descreva (relate o ano da última internação, quando dado disponível);
3. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



Protocolo 10: Trauma e Violência

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- Evento traumático, suspeito ou confirmado, associado à ameaça à vida ou à integridade física (por exemplo, abuso físico ou sexual, desastres, acidentes, presenciar situação violenta ou perda súbita de cuidadores) e:
 - sintomas como distorção da passagem do tempo, sensação de estar “apagado”, despersonalização (sensação de estar assistindo a si ao invés de vivendo as situações), desrealização (sensação de estranhamento e irrealidade em relação ao mundo exterior), confusão ou amnesia; **ou**
 - mudança de comportamento acentuada iniciada após o evento traumático.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro atual (idade de início, características evolução dos sintomas);
2. presença de ideação suicida/tentativas de suicídio atuais ou no passado (sim ou não)? Se sim, descreva;
3. se mudança de comportamento após o evento traumático, descreva;
4. história de outros sintomas psiquiátricos ou internações psiquiátricas (sim ou não)? Se sim, descreva (relate o ano da última internação, quando dado disponível);
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 11: Enurese

A perda voluntária ou involuntária de urina é considerada um transtorno – Enurese - apenas após os cinco anos de idade.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Psiquiatria Pediátrica:

- crianças a partir dos 5 anos de idade, apresentando enurese há pelo menos 3 meses e todos os critérios a seguir:
 - sem outros sintomas de trato urinário inferior (como incontinência diurna, aumento da frequência urinária, urgência, sintomas obstrutivos, dor miccional, ITU recorrente) ou disfunção vesical; **e**
 - descartadas condições como: anomalias congênitas da genitália, espinha bifida, bexiga neurogênica, uropatia obstrutiva, diabetes melito e diabetes insípido, epilepsia, infecção urinária, **e**
 - sem resposta a intervenções comportamentais por pelo menos 3 meses na APS (quadro 13).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia Pediátrica:

- Enurese noturna não-monossintomática (incontinência urinária durante o sono em crianças com 5 anos ou mais com outros sintomas de trato urinário inferior - incontinência diurna, aumento da frequência urinária, urgência, sintomas obstrutivos, dor miccional, jato fraco ITU recorrente - ou disfunção vesical) **ou**
- Incontinência urinária associada a suspeita ou diagnóstico de espinha bifida / meningomielocelo.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para neurologia pediátrica:

- Incontinência urinária associada a atraso de desenvolvimento neuropsicomotor.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro atual (idade de início, evolução dos sintomas);
2. paciente possui anomalias congênitas da genitália, espinha bifida, bexiga neurogênica, uropatia obstrutiva, diabetes melito, diabetes insípido ou epilepsia (sim ou não)?
3. paciente foi investigado para infecção urinária, parasitose intestinal ou fecaloma (sim ou não)? Caso positivo, alguma das condições foi detectada (sim ou não)? Caso positivo, a enurese persistiu após intervenções específicas para estas condições (sim ou não)?
4. descrição das intervenções terapêuticas já realizadas;
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 12 – Transtorno Específico da Aprendizagem

Este protocolo não é destinado para pacientes com Dificuldades Escolares (DE) relacionadas a problemas de origem e de ordem pedagógica, como dificuldade no aprender relacionado a professores e escola, envolvendo processos socioculturais mal estruturados, desde inadequação pedagógica até a falta de recursos materiais e humanos). Ver quadros 9, no anexo, para diagnóstico de Transtorno Específico de Aprendizagem.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para psiquiatria pediátrica e reabilitação intelectual*:

- suspeita ou diagnóstico de transtorno de aprendizagem (quadro 14) associado a sintomas como depressão, irritabilidade, impulsividade, agressividade, ansiedade, comportamento retraído, etc.).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para neurologia pediátrica e reabilitação intelectual*:

- suspeita ou diagnóstico de transtorno de aprendizagem (quadro 14) associado a alterações:
 - no exame neurológico (ataxia, sinais neurológicos focais, alteração de equilíbrio, entre outros); **ou**
 - fenotípicas (dismorfismos craniofaciais ou esqueléticos, neurofibromas, etc.).
- suspeita ou diagnóstico de transtorno de aprendizagem persistente por mais de 6 meses sem fator psicológico ou sócioambiental identificado.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para avaliação com otorrinolaringologista pediátrico ou reabilitação auditiva:

- dificuldade de aprendizagem (quadro 14) e suspeita de problemas de audição ou fala (como ausência de resposta motora a estímulos verbais – quadro 15).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para avaliação com oftalmologia pediátrica ou reabilitação visual:

- dificuldade de aprendizagem (quadro 14) e suspeita de problemas de visão (como erro de refração, cegueira, entre outros – quadro 16).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descreva se apresenta atraso de desenvolvimento psicomotor, peso e altura adequados para idade, alterações fenotípicas sugestivas de síndrome genética, questões familiares e sociais envolvidas com o quadro);
2. apresenta doenças neurológicas associadas (como epilepsia, cefaleia, entre outras) Sim ou não. Se sim, descreva a condição e tratamento realizado;
3. apresenta outras doenças crônicas ou psiquiátricas associadas ao quadro (sim ou não). Se sim, descreva a condição e tratamento realizado
4. descrição do EEG ou neuroimagem, com data (se realizado);
5. descrição da avaliação psicopedagógica, com data (se realizada);
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

* Crianças com Transtorno Específico de Aprendizagem podem ser encaminhadas para Reabilitação Intelectual, em serviços regionalizados. Entrar em contato com sua secretaria municipal de saúde para identificar o local de referência para o município.

Referências

- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS; COUNCIL ON CHILDREN WITH DISABILITIES. Identifying infants and young children with developmental disorders in the medical home: an algorithm for developmental surveillance and screening. **Pediatrics**, Springfield, v. 118, n. 1, p. 405-420, 2006. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/118/1/405.long>>. Acesso em: 25 abr. 2018.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-5**. 5. ed.. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de microcefalia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <<http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/13/Diretrizes-de-Estimulacao-Precece.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2018.
- CORDIOLI, A. V.; GALLOIS, C. B.; ISOLAN, L. (Org.). **Psicofármacos: consulta rápida**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- FIGUEIRAS, A. C. et al. **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI**. Washington, D.C.: OPAS, 2005. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/pediatria/conteudos-1/ppsca/bibliografia/crescimento-e-desenvolvimento/figueiras-manual-para-vigilancia-do-desenvolvimento-infantil-no-contexto-da-aidpi-2005/view>>. Acesso em: 25 abr. 2018.
- FORMAN, S. F. **Eating disorders: Overview of prevention and treatment** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/eating-disorders-overview-of-prevention-and-treatment>>. Acesso em: 26 abr. 2018.
- HAWTON K., SAUNDERS, K., E., O'CONNOR, R. Self-harm and suicide in adolescents. **Lancet**, London, v. 379, n. 9834, p. 2373-2382, 2012.
- LEONTE, K. G. et al. **Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/pharmacotherapy-for-anxiety-disorders-in-children-and-adolescents>>. Acesso em: 26 abr. 2018.
- LOSAPIO, M. F.; PONDÉ, M.P. Tradução para o português da escala M-CHAT para rastreamento precoce de autismo. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 221-229, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v30n3/v30n3a11.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2018.
- MORELAND, C. S., BONIN, L. **Pediatric unipolar depression and pharmacotherapy: Choosing a medication** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/pediatric-unipolar-depression-and-pharmacotherapy-choosing-a-medication?source=see_link>. Acesso em: 25 abr. 2018.
- MATTOS, P. et al. Apresentação de uma versão em português para uso no Brasil do instrumento MTA-SNAP-IV de avaliação de sintomas de transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e sintomas de transtorno desafiador e de oposição. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 3, p. 290-297, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v28n3/v28n3a08.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2018.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Depression in children and young people: identification and management**. Leicester (UK): British Psychological Society; 2005 [atualizado em 2017]. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/cg28>>. Acesso em: 26 abr. 2018.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Autism spectrum disorder overview**. London: NICE, 2018. Disponível em: <<https://pathways.nice.org.uk/pathways/autism-spectrum-disorder#path=view%3A/pathways/autism-spectrum-disorder/autism-spectrum-disorder-overview.xml&content=view-index>>. Acesso em: 26 abr. 2018.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Autism spectrum disorder in under 19s: recognition, referral and diagnosis**. London: NICE, 2011 [atualizado em 2017]. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/cg128>>. Acesso em: 26 abr. 2018.

REY, J. M. (Ed.). **IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health**. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2015. Disponível em: <<http://iacapap.org/iacapap-textbook-of-child-and-adolescent-mental-health>>. Acesso em: 26 abr. 2018.

ROBINS, D. L. et al. The Modified Checklist for Autism in Toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, New York, v. 31, n. 2, p. 131-144, 2001.

TEKGÜL, S. et al. **EAU Guidelines on Paediatric Urology**. European Association of Urology: Arnhem, 2017. Disponível em: <<http://uroweb.org/guideline/paediatric-urology/>>. Acesso em: 03 maio 2018

TOWSEND, E. Self-harm in young people. **Evidence-based Mental Health**, London, v. 17, n. 4, p. 97-99, 2014. Disponível em: <<http://ebmh.bmj.com/content/17/4/97.long>>. Acesso em: 26 abr. 2018.

UPTODATE. **Citalopram**: Pediatric drug information [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/citalopram-pediatric-drug-information>>. Acesso em: 25 abr. 2018.

UPTODATE. **Escitalopram**: Pediatric drug information [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/escitalopram-pediatric-drug-information>>. Acesso em: 25 abr. 2018.

UPTODATE. **Fluoxetine**: Pediatric drug information [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/fluoxetine-pediatric-drug-information>>. Acesso em: 25 abr. 2018.

UPTODATE. **Sertraline**: Pediatric drug information [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/sertraline-pediatric-drug-information>>. Acesso em: 25 abr. 2018.

VOLKMAR, F. et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with autism spectrum disorder. **Journal of the American Academy of Child Psychiatry**, Baltimore, v. 53, n. 2, p. 237-257, 2014. Disponível em: <[https://www.jaacap.com/article/S0890-8567\(13\)00819-8/abstract](https://www.jaacap.com/article/S0890-8567(13)00819-8/abstract)>. Acesso em: 26 abr. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Child Growth Standards: Weight-for-age**. Geneva: WHO, 2007. Disponível em: <http://www.who.int/childgrowth/standards/weight_for_age/en/>. Acesso em: 26 abr. 2018.

Anexos – Quadros auxiliares

Quadro 1 - MTA SNAP – IV Escala de pontuação para pais e professores para triagem de TDAH

Preenchido por pais ou cuidadores e escola*

Para cada item, escolha a coluna que melhor descreve a criança/adolescente				
	NEM UM POUCO	UM POUCO	BASTANTE	DEMAIS
1. Falha em prestar atenção aos detalhes ou comete erros por falta de cuidado em trabalhos escolares e tarefas.				
2. Tem dificuldade em manter atenção em tarefas ou em brincadeiras.				
3. Parece não escutar quando lhe falam diretamente.				
4. Não segue instruções e falha em terminar temas de casa, tarefas ou obrigações.				
5. Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades.				
6. Evita, não gosta ou reluta em envolver-se em tarefas que exijam manutenção de esforço mental.				
7. Perde coisas necessárias para suas atividades (brinquedos, livros, lápis, material escolar).				
8. É distraído por estímulos alheios.				
9. É esquecido nas atividades diárias.				
10. Irrequieto com as mãos ou pés ou se remexe na cadeira.				
11. Abandona sua cadeira em sala de aula ou em outras situações nas quais se espera que permaneça sentado.				
12. Corre ou escala em demasia em situações nas quais isto é inapropriado.				
13. Tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer.				
14. Está a mil ou frequentemente age como se estivesse a “todo vapor”.				
15. Fala em demasia.				
16. Dá respostas precipitadas antes das perguntas serem completadas.				
17. Tem dificuldade para aguardar sua vez.				
18. Interrompe ou se intromete com os outros (exemplo: intromete-se em conversas ou brincadeiras).				
* A escala SNAP é apropriada para avaliação de pacientes entre 6 e 18 anos incompletos, *Os itens 1 a 9 são relativos a desatenção. Os itens 10 a 18 são relacionados a hiperatividade e impulsividade. Para o diagnóstico, são necessários seis sintomas de desatenção e/ou seis sintomas de hiperatividade e impulsividade marcadas como “Bastante”, considerando resposta de pais e escola, por mais de 6 meses.				

Fonte: Mattos et al. (2006).

Quadro 2: Tratamento clínico otimizado para TDAH*

- Tratamento farmacológico inicial: metilfenidato: doses iniciais de 5 mg 1 ou 2 x ao dia. As doses médias devem variar entre 0,4 e 1,3 mg/kg/dia. A última dose deve ser administrada antes das 18:00. A medicação deve ser descontinuada se não houver benefício após 4 semanas de uso.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de Cordioli et al. (2015).

Quadro 3: Critérios diagnósticos para episódio depressivo na infância e adolescência**Sintomas cardinais:**

- Tristeza ou infelicidade persistente e pervasiva*
- Perda do prazer nas atividades da vida diária
- Irritabilidade**

Sintomas associados:

- Negatividade do pensamento e baixa auto-estima
- Desesperança
- Ideias inapropriadas de culpa, remorso ou inutilidade
- Dificuldade de concentração ou indecisão
- Distúrbio do apetite (diminuição ou aumento)
- Problemas de sono (insônia ou hipersonia)
- Falta de energia, fadiga, diminuição da atividade
- Pensamento suicida ou ideias de morte

* Muitas vezes, a reatividade do humor está mantida (por exemplo, fica alegre quando algo bom acontece).

** Irritabilidade pode se manifestar como hostilidade, mau-humor ou crises de raiva.

O diagnóstico é realizado quando:

- Pelo menos 1 sintoma cardinal e 4 associados estão presentes
- Os sintomas duram pelo menos 2 semanas
- Os sintomas devem ser pervasivos, isto é, devem estar presentes todos os dias, na maior parte dos dias e devem causar perturbação significativa no comportamento
- Os sintomas não são melhor explicados pelo efeito de substâncias ou outra condição médica.

Gravidade do episódio:

- **Episódio leve:**
 - Presença de 5 sintomas (pelo menos um cardinal)
 - Comprometimento leve da funcionalidade (as atividades podem ser realizadas com um esforço extra)
- **Episódio moderado:**
 - Seis ou sete sintomas (pelo menos 1 cardinal)
 - Considerável dificuldade em manter atividades escolares, sociais e familiares
- **Episódio Grave**
 - Mais de 7 sintomas
 - Presença de alucinações ou delírios
 - Comprometimento grave do funcionamento social, familiar e escolar
 - Risco de suicídio está frequentemente presente.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de Rey (2015).

Quadro 4: Tratamento clínico otimizado para episódios depressivos na infância e adolescência

- **Depressão leve:**

Intervenções não farmacológicas como apoio e manejo das situações estressoras na escola e em casa podem ser utilizadas como primeira escolha por um período de 4 a 6 semanas. Tais intervenções devem ser empregadas dentro de um modelo de “expectância vigilante”, ou seja, deve-se manter acompanhamento regular da criança durante o período, estando atento para necessidade de modificação da estratégia. Na depressão leve, a eficácia dos psicofármacos não está bem estabelecida.

- **Depressão moderada a grave:**

- A fluoxetina é o fármaco com melhor evidência de efetividade
- Outros inibidores seletivos da recaptção de serotonina como sertralina, citalopram e escitalopram têm evidências menos robustas de efetividade, podendo ser indicados em casos de não resposta à fluoxetina. O escitalopram está aprovado para uso na depressão na adolescência.
 - Fluoxetina pode ser utilizada a partir dos 8 anos de idade, com doses iniciais de 2,5 a 10 mg/dia, ajustada gradualmente conforme tolerância e resposta, até a dose máxima de 60 mg/dia
 - Sertralina pode ser utilizada a partir dos 6 anos de idade, com doses iniciais de 12,5 a 25 mg/dia, ajustada gradualmente conforme tolerância e resposta, até a dose de 200 mg/dia.
 - Escitalopram pode ser utilizado a partir dos 12 anos de idade, com doses iniciais de 2,5 a 10mg, ajustado gradualmente conforme tolerância e resposta, até a dose de 20 mg/dia
 - Citalopram pode ser utilizado a partir dos 8 anos de idade. Deve ser iniciado com doses de 2,5 a 10 mg, ajustado gradualmente conforme tolerância e resposta, até a dose de 40 mg/dia.

Fontes: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) com base em UpToDate (2018) e Rey (2015).

Quadro 5 - Características sugestivas de TOC na infância e adolescência

- Preocupações acerca de contrair doenças após tocar em algo;
- Preocupações exageradas sobre sujeira, levando a lavagem de mãos repetidas;
- Preocupações com simetria e ordem que interferem nas atividades diárias;
- Preocupações exageradas ou medos relacionados a pensamentos agressivos, sexuais ou religiosos;
- Necessidade excessiva de coletar ou acumular objetos.

Fontes: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) com base em Rey (2015).

Quadro 6 - Características sugestivas dos principais transtornos de ansiedade na infância e da adolescência

	Sintomas Cardinais	Características associadas
Transtorno de ansiedade de separação	Medo ou preocupação de que algo ruim possa acontecer à criança ou figura de apego quando estão separados. A criança evita a separação com a figura de apego.	<ul style="list-style-type: none"> • Sonhos/pesadelos sobre separação • Evita situações como dormir fora de casa, ir à escola. • Sintomas físicos como vômitos, diarreia e dor de estômago quando a separação é antecipada
Transtorno de Ansiedade Generalizada	Tendência a preocupar-se com uma ampla gama de possibilidades negativas em diversas áreas, como escola, amigos, esportes, a própria saúde e dos familiares, problemas do dia-a-dia.	<ul style="list-style-type: none"> • Tendência a buscar reassuramento constante dos pais ou outros em relação aos medos • Evitação de novidades, notícias negativas, situações incertas • Sintomas físicos, problemas com o sono e irritabilidade quando preocupado.
Transtorno de Ansiedade Social	Medo e evitação de interações sociais ou performance social devido à crença de que os outros irão avaliá-lo negativamente.	<ul style="list-style-type: none"> • Evitação de uma gama de situações como falar ou performar em público, conhecer novas crianças, falar com figuras de autoridade. Em adolescentes, evitação de encontros românticos; • Medo de avaliações negativas dos outros;
Transtorno do Pânico	Ataques de pânico ou medo de ataques de pânico inesperados, comumente envolvendo vários sintomas somáticos, medo de morrer ou enlouquecer.	<ul style="list-style-type: none"> • Múltiplos sintomas somáticos (por exemplo: palpitações, falta de ar, tonturas, tremores e dor no peito) que normalmente surgem e aumentam rapidamente, com duração limitada.

Fontes: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) com base em Rey (2015)

Quadro 7 - Tratamento clínico otimizado para transtornos de ansiedade na infância e na adolescência

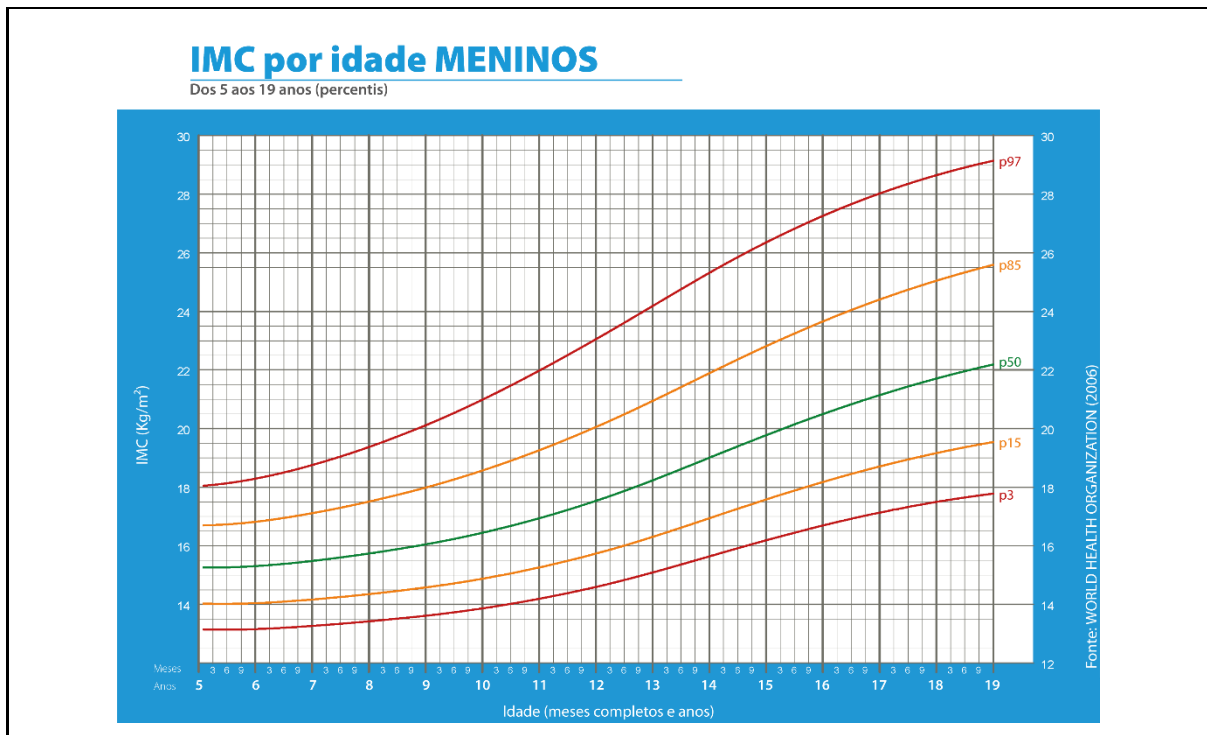
Tratamento farmacológico: inibidores seletivos da recaptação da serotonina como a fluoxetina e a sertralina são os agentes de escolha no tratamento farmacológico inicial dos transtornos de ansiedade na infância e na adolescência.

- Fluoxetina pode ser utilizada a partir dos 8 anos de idade, com doses iniciais de 2,5 a 10 mg/dia, ajustada gradualmente conforme tolerância e resposta, até a dose máxima de 80 mg/dia;
- Sertralina pode ser utilizada a partir dos 6 anos de idade, com doses iniciais de 12,5 a 25 mg/dia, ajustada gradualmente conforme tolerância e resposta, até a dose de 200 mg.

Intervenções não farmacológicas como a Terapia Cognitivo Comportamental, Treinamento de Habilidades Sociais e Treinamento parental podem ser empregadas em associação com fármaco ou em monoterapia, se disponíveis.

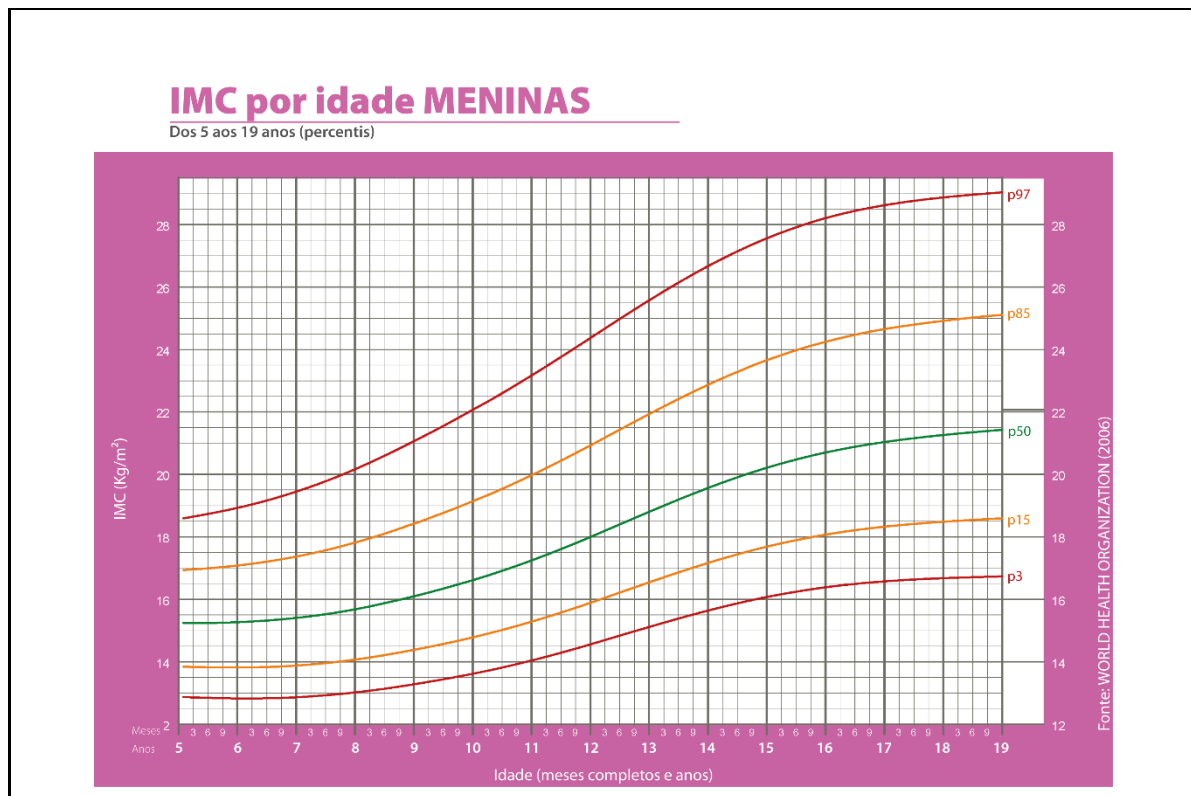
Fontes: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) com base em UpToDate (2018) e Rey (2015).

Quadro 8 – IMC Meninos



Fonte: World Health Organization (2006).

Quadro 9 - IMC meninas



Fonte: World Health Organization (2006).

Quadro 10 – Marcos do desenvolvimento em crianças de 2 meses a 2 anos

Provável atraso: ausência de um ou mais marcos para <u>a faixa etária anterior</u> . Referir para avaliação neuropsicomotora.	
Possível atraso: ausência de um ou mais marcos para <u>a sua faixa etária</u> . Em crianças sem outros achados de gravidade (como dismorfias, convulsão, entre outros) orientar cuidador sobre estimulação de seu filho e reavaliar se atraso persiste após 30 dias. Retornar antes se intercorrências. Para os prematuros até 12 meses de idade cronológica utilize a idade corrigida (Idade corrigida= semanas da idade cronológicas – semanas que faltaram para completar 40 semanas).	
2 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Fixa o olhar no rosto do examinador ou dos pais • Segue objeto na linha média • Reage ao som • Eleva a cabeça
4 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Responde ao examinador • Segura objetos • Emite sons • Sustenta a cabeça
6 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Alcança um brinquedo • Leva objetos a boca • Localiza o som • Rola
9 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Brinca de esconde-achou • Transfere objetos de uma mão para outra • Duplica sílabas • Senta sem apoio
12 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Imita gestos (exemplo: bater palmas) • Faz pinça (exemplo: segura pequenos objetos com a ponta dos dedos em forma de pinça) • Produz jargão (conversação incompreensível consigo mesma ou com outros) • Anda com apoio
15 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Executa gestos a pedido • Coloca cubos na caneca • Produz uma palavra • Anda sem apoio
18 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Identifica 2 objetos. • Rabisca espontaneamente • Produz três palavras • Anda para trás
24 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Tira roupa • Constrói torre com 3 cubos • Aponta duas figuras • Chuta a bola

Fonte: Figueiras et al. (2005).

Quadro 11 - Escala M-CHAT para triagem de transtornos do espectro autista, para ser utilizado em crianças de 16 a 30 meses

Por favor, preencha as questões abaixo sobre como seu filho geralmente é. Por favor, tente responder todas as questões. Caso o comportamento da questão seja raro (exemplo: você só observou uma ou duas vezes), responda como se seu filho não tivesse o comportamento.		
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 (exemplo: 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 (exemplo: 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? (exemplo: 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

As respostas consideradas “Falha” em cada item estão relacionadas abaixo. Os itens críticos são marcados em negrito.

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	

Suspeita diagnóstica de TEA: falha em 3 itens no total ou 2 itens considerados críticos (2, 7, 9, 13, 14, 15).

Fonte: Losapio e Pondé (2008).

Quadro 12: Critérios diagnósticos para transtorno de conduta na infância e adolescência

Diagnóstico: presença de pelo menos três dos 15 critérios seguintes nos últimos 12 meses, com ao menos um critério presentes nos últimos 6 meses

1	provocação, ameaça ou intimidação frequente a outros,
2	início frequente de brigas físicas
3	uso de objeto/arma que pode causar danos físicos graves
4	crueldade física com pessoas
5	crueldade física com animais
6	roubo
7	participação em atividade sexual forçada
8	provocação de incêndios com intenção de causar danos graves
9	destruição deliberada da propriedade de outros
10	invasão de casa, edifício ou carro de outra pessoa
11	mentira/trapaça frequente para obter bens materiais, favores ou evitar obrigações
12	furto
13	permanência fora de casa à noite, com início antes dos 13 anos, apesar da proibição dos pais
14	fuga de casa
15	falta frequente às aulas com início antes dos 13 anos de idade

Fonte: American Psychiatric Association (2014).

Quadro 13: Tratamento clínico otimizado para enurese na Atenção Primária à Saúde

Intervenções comportamentais são a primeira escolha em casos de enurese. Consistem em:

- Desaconselhar qualquer tipo de punição e procurar remover a culpa e a vergonha, possibilitando que o paciente converse sobre o problema.
- Promover retreinamento: beber mais líquidos durante o dia e menos no período noturno
- Aconselhamento motivacional: procurar engajar o paciente no tratamento, sugerindo, por exemplo, que ela marque com desenhos os dias em que não houve enurese; negociar pequenas recompensas pelos sucessos.

Tais intervenções devem ser empregadas por 3 meses

Fonte: TelessaúdeRS (2018) adaptado de Duncan (2013) e Rey (2015).

Quadro 14 - Critérios diagnósticos para Transtornos Específicos da Aprendizagem

A. Dificuldades na aprendizagem e no uso de habilidades acadêmicas, conforme indicado pela presença de ao menos um dos sintomas a seguir que tenha persistido por pelo menos 6 meses, apesar da provisão de intervenções dirigidas a essas dificuldades:

1. Leitura de palavras de forma imprecisa ou lenta e com esforço (exemplo: lê palavras isoladas, em voz alta, de forma incorreta ou lenta e hesitante, frequentemente adivinha palavras, tem dificuldade de soletrá-las).

2. Dificuldade para compreender o sentido do que é lido (exemplo: pode ler o texto com precisão, mas não compreende a sequência, as relações, as inferências ou os sentidos mais profundos do que é lido).

3. Dificuldades para ortografar (ou escrever ortograficamente) (exemplo: pode adicionar, omitir ou substituir vogais e consoantes).

4. Dificuldades com a expressão escrita (exemplo: comete múltiplos erros de gramática ou pontuação nas frases; emprega organização inadequada de parágrafos; expressão escrita das ideias sem clareza)

5. Dificuldades para dominar o senso numérico, fatos numéricos ou cálculo (entende números, sua magnitude e relações de forma insatisfatória; conta com os dedos para adicionar números de um dígito em vez de lembrar o fato aritmético, como fazem os colegas; perde-se no meio de cálculos aritméticos e pode trocar as operações).

6. Dificuldades no raciocínio (tem grave dificuldade em aplicar conceitos, fatos ou operações matemáticas para solucionar problemas quantitativos).

B. As habilidades acadêmicas afetadas estão substancial e quantitativamente abaixo do esperado para a idade cronológica do indivíduo, causando interferência significativa no desempenho acadêmico ou profissional ou nas atividades cotidianas, confirmada por meio de medidas de desempenho padronizadas administradas individualmente e por avaliação clínica abrangente.

C. As dificuldades de aprendizagem iniciam-se durante os anos escolares, mas podem não se manifestar completamente até que as exigências pelas habilidades acadêmicas afetadas excedam as capacidades limitadas do indivíduo (p. ex., em testes cronometrados, em leitura ou escrita de textos complexos longos e com prazo curto, em alta sobrecarga de exigências acadêmicas).

D. As dificuldades de aprendizagem **não podem ser explicadas por deficiências intelectuais**, acuidade visual ou auditiva não corrigida, outros transtornos mentais ou neurológicos, adversidade psicossocial, falta de proficiência na língua de instrução acadêmica ou instrução educacional inadequada.

Fonte: American Psychiatric Association (2014).

Quadro 15 – Respostas motoras ao estímulo sonoro em crianças de zero a 3 anos.

Faixa etária	Respostas motoras	Reflexo cócleo-palpebral
Zero a 3 meses	No início, resposta de sobressalto ou de Moro em recém-nascidos com audição normal com estímulo de 65 dB NPS (nível de pressão sonora) ou mais alto, apresentado de forma súbita. Reação de sobressalto/resposta de atenção/virar a cabeça.	Presente
3 a 6 meses	Entre 3 e 4 meses: o lactente pode começar a virar lentamente a cabeça. Resposta de atenção/virar a cabeça/localização lateral.	Presente
6 a 9 meses	7 meses: os músculos do pescoço do lactente estão suficientemente fortes para permitir que ele gire a cabeça diretamente para o lado de onde vem o som. Resposta de atenção/localização lateral. Localização INDIRETA para baixo. Entre 7 e 9 meses: começa a identificar a localização precisa da fonte sonora com uma virada direta da cabeça para o lado. Resposta é brusca e firme. Ainda não olha diretamente para o som apresentado acima do nível dos olhos.	Presente
9 a 13 meses	10 meses: começa a localizar o som acima da cabeça. Localização para o lado. Localização DIRETA para baixo.	Presente
16 a 24 meses	Localiza diretamente os sons para o lado, para baixo e para cima.	Presente

Fonte: Brasil (2016).

Quadro 16 – Marcos do desenvolvimento visual da criança (zero a 3 anos de idade).

30 a 34 semanas de idade gestacional	Reação pupilar à luz, fechar as pálpebras diante de luz intensa e reflexo de fixação.
Ao nascimento	Busca da fonte luminosa, fixação visual presente, mas breve, tentativas de seguir objeto em trajetória horizontal.
1 mês	Contato visual e fixação visual por alguns segundos, seguimento visual em trajetória horizontal em arco de 60 graus, preferência por objetos de alto contraste e figuras geométricas simples.
2 meses	Fixação estável e muito bem desenvolvida, inicia coordenação binocular, seguimento visual em trajetória vertical, interesse por objetos novos e com padrões mais complexos, inicia sorriso social
3 meses	Desenvolve acomodação e convergência, inicia observação das mãos e faz tentativas de alcance para o objeto visualizado. Até o 3º mês, a esfera visual é de 20 a 30 centímetros
4 meses	Pode levar a mão em direção ao objeto visualizado e agarrá-lo.
5 a 6 meses	Fixa além da linha média, aumento da esfera visual, capaz de dissociar os movimentos dos olhos dos movimentos de cabeça, acuidade visual bem desenvolvida, reconhece familiar, amplia o campo visual para 180 graus, movimentos de busca visual são rápidos e precisos. Pode apresentar desvio ocular, mas, se for persistente, é necessária avaliação oftalmológica.
7 a 10 meses	Interessa-se por objetos menores e detalhes, interessa-se por figuras, esfera visual bastante ampliada, busca e reconhece objetos parcialmente escondidos.
11 a 12 meses	Orienta-se visualmente no ambiente familiar, reconhece figuras, explora detalhes de figuras e objetos, comunicação visual é efetiva
12 a 24 meses	Atenção visual, aponta para o objeto desejado, mesmo que esteja à distância, muda o foco de visão de objetos próximos para distantes com precisão, identifica em si, no outro ou em bonecos as partes do corpo, reconhece o próprio rosto no espelho, reconhece lugares, rabisca espontaneamente
24 a 36 meses	Tenta copiar círculos e retas, constrói uma torre com três ou quatro cubos. Percepção de profundidade está quase completa.

Fonte: Brasil (2016).