



Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Hospital Universitário do Oeste do Paraná

Programa de Residência Médica em Pediatria

PROTOCOLO DO AMBULATÓRIO DE BAIXO RENDIMENTO ACADÊMICO

Protocolo do Ambulatório de Baixo Rendimento Acadêmico

**Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Hospital Universitário do Oeste do Paraná**

**Protocolo do Ambulatório de
Baixo Rendimento Acadêmico**

Copyright © Autoras e autores

Todos os direitos garantidos. Qualquer parte desta obra pode ser reproduzida, transmitida ou arquivada desde que levados em conta os direitos das autoras e dos autores.

Universidade Estadual do Oeste do Paraná; Hospital Universitário do Oeste do Paraná [Orgs.]

Protocolo do Ambulatório de Baixo Rendimento Acadêmico. São Carlos: Pedro & João Editores, 2025. 93p. 16 x 23 cm.

ISBN: 978-65-265-1850-2 [Impresso]

978-65-265-1851-9 [Digital]

1. Deficiências da aprendizagem. 2. Desempenho acadêmico. 3. Avaliação educacional. 4. Baixo rendimento escolar. I. Título.

CDD – 610

Capa: Marcos Della Porta

Ficha Catalográfica: Hélio Márcio Pajeú – CRB - 8-8828

Diagramação: Diany Akiko Lee

Editores: Pedro Amaro de Moura Brito & João Rodrigo de Moura Brito

Conselho Editorial da Pedro & João Editores:

Augusto Ponzio (Bari/Itália); João Wanderley Geraldi (Unicamp/Brasil); Hélio Márcio Pajeú (UFPE/Brasil); Maria Isabel de Moura (UFSCar/Brasil); Maria da Piedade Resende da Costa (UFSCar/Brasil); Valdemir Miotello (UFSCar/Brasil); Ana Cláudia Bortolozzi (UNESP/Bauru/Brasil); Mariangela Lima de Almeida (UFES/Brasil); José Kuiava (UNIOESTE/Brasil); Marisol Barenco de Mello (UFF/Brasil); Camila Caracelli Scherma (UFFS/Brasil); Luís Fernando Soares Zuin (USP/Brasil); Ana Patrícia da Silva (UERJ/Brasil).



Pedro & João Editores

www.pedroejoaoeditores.com.br

13568-878 – São Carlos – SP

2025



This is the famous picture "Mental Arithmetic. In the Public School of S. Rachinsky." by the Russian artist Nikolay Bogdanov-Belsky.

Editores Científicos:**Prof. Ms. Marcos Antonio da Silva Cristovam**

Médico pediatra com área de atuação em medicina do adolescente pela Sociedade Brasileira de Pediatria. Mestre em Ciências pela Universidade Paranaense-Umuarama-PR. Professor assistente de pediatria do curso de medicina da UNIOESTE- Campus Cascavel. Coordenador do ambulatório de Baixo Rendimento Acadêmico.

Tânia Regina Moreira

Pedagoga graduada pela Universidade Paranaense-Campus Cascavel. Pós-graduação em Psicopedagogia pela Faculdade Única de Ipatinga-MG e em Educação Especial pela UNIVALE-Governador Valadares-MG

Editores Associados:

Acadêmicos do curso de Medicina da UNIOESTE-Campus Cascavel, membros da Liga Médico-Acadêmica de Pediatria da UNIOESTE

Ana Carolina Decker da Silva

Andressa Naomy Tamura.

Beatriz Bernabé Cavalaro

Cassia Hellen Longhinotti

Cleber Cesar de Oliveira

Débora Nunes Luna dos Anjos

Eduarda Milani Bacega

Felipe Caxias Caneppele

Joana Giacomel da Silva

Júlia Ferreira Lopes de Oliveira

Julia Steffanello Zabet

Larissa Sayuri Harano

Maria Fernanda Munhak da Silva

Maria Julia Todero

Mariana Vesco Diniz

Pedro Antonio Silveira Valderrama

Pedro Henrique Negrão

Rafaela Schelbauer

Raquel Domingos

Thayse Guesso Cangussú

Tulya Fernanda Barrientos Webler

Editores especiais:

Médicas residentes de pediatria do 3º ano do Hospital -
Universitário do Oeste do Paraná

Amanda Fontana Gouveia Fiorelli

Ana Flávia Menonça Fiori

Bruna Aparecida da Silva do Prado

Mariana Defazio Zomerfeld

Rafaela Sorpile Araujo

Thayrine Anissa Martinazo

Médicas residentes de pediatria do 2º ano do Hospital -
Universitário do Oeste do Paraná

Bruna Frigo Bobato

Giulia Gabriella de Melo Fritz

Larissa Lavarias Gessner

Natália Custódio Uggioni

Nathalie Caroline dos Santos Lourenço

Thayline Wittmann

Médicas residentes de pediatria do 1º ano do Hospital
Universitário do Oeste do Paraná

Danielle Pacheco Martins

Eduarda Stritthorst

Eduarda Xavier

Juliana Maria Rebelatto Saldanha

Marcela Soares

Yasmin Catharine Silva Moro

ABREVIATURAS

CMV: Citomegalovírus
DCQ: Displasia Congênita de Quadril
DNPM: Desenvolvimento Neuropsicomotor
DI: Deficiência intelectual
E: estatura
EIM: erros inatos do metabolismo
ESQ: esquizofrenia
FC: frequência cardíaca
FDA: Food and Drugs Administration
FISH: Hibridização in situ por fluorescência
Gama-GT: gama-glutamil-transferase
G6PD: glicose-6-fosfato desidrogenase
HIV: vírus da imunodeficiência humana
IM: intramuscular
IMC: Índice de massa corporal
ISRS: Inibidor seletivo da recaptação de serotonina
MFs: malformação (ões)
MLPA: Multiplex Ligation-dependent Probe Amplification
PA: pressão arterial
P: peso
PANDAS: Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal Infections
PC: perímetro cefálico
PCR: Reação em Cadeia da Polimerase
PSC: Pediatric Symptoms Checklist
QI; Quociente de Inteligência
RCIU: restrição de crescimento intra-uterina
SNC: Sistema Nervoso Central
TAG: Transtorno da Ansiedade Generalizada
TC: Transtorno de Conduta
TCC: terapia cognitivo-comportamental

TDAH: Transtorno do Déficit de Atenção-Hiperatividade
TDM: Transtorno Depressivo Maior
TEA: Transtorno do Espectro Autista
TEPT: Transtorno do Estresse Pós-traumático
TM(s): Transtorno (s) Mental (is)
TOC: Transtorno Obsessivo-Compulsivo
TOD: Transtorno Opositor-Desafiante
TORCHS: toxoplasmose, outras, rubéola, citomegalovírus, herpes,
sífilis
TrEsAp: Transtorno Específico da Aprendizagem
VO: via oral

SUMÁRIO

- 13 TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO-HIPERATIVIDADE**

- 21 TRANSTORNO ESPECÍFICO DA APRENDIZAGEM**
- 23 1. TRANSTORNO ESPECÍFICO DA APRENDIZAGEM
COM PREJUÍZO NA LEITURA [DISLEXIA]
- 24 2. TRANSTORNO ESPECÍFICO DA APRENDIZAGEM
COM PREJUÍZO NA EXPRESSÃO ESCRITA (F81.81)
- 28 3. TRANSTORNO ESPECÍFICO DA APRENDIZAGEM
COM PREJUÍZO NA MATEMÁTICA [DISCALCULIA]

- 35 DISPRAXIA**

- 37 DISGRAFIA**

- 43 TRANSTORNO OPOSITOR-DESAFIANTE**

- 53 TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)**

- 61 DEFICIÊNCIA INTELECTUAL**

- 69 PROGRAMA EDUCACIONAL INDIVIDUALIZADO
(PEI)**

TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO- HIPERATIVIDADE

Introdução:

- Condição prolongada que tem impacto significativo na vida da criança.
- Dificuldades frequentes, persistentes e abrangentes nas dimensões da atenção, da atividade motora e da impulsividade. Os **sintomas devem ocorrer nos três ambientes da criança: casa, escola e sociedade.**

Epidemiologia:

- Prevalência: 5 a 7% das crianças e adolescentes.
- Proporção de 4 meninos: 1 menina em ambiente clínico e 2:1 na população geral.
- Subtipo hiperativo: meninos e desatento: meninas.
- Há predisposição genética.
- Está associado a complicações pré, peri e neonatais.
- Deficiências nutricionais.
- Exposição ao chumbo e organofosforados.
- Há associação a condições socioeconômicas, de personalidade e fatores psicodinâmicos.

Anamnese:

- Há uso de medicamentos de uso crônico? Se sim, quais? (corticoesteroides, anti-histamínicos, teofilina, simpaticomiméticos, fenobarbital, antipsicóticos, abuso de substâncias).
- Quantidade e qualidade do sono.
- Desatenção é a principal queixa dos pais nos escolares.
- Mãe Jovem? Saúde materna prejudicada? Mãe tabagista, usuária de substâncias ou etilista?
- Prematuridade? RCIU?

- Desnutrição infantil? Exposição ao chumbo(pintura) ou organofosforado?
- História de trauma craniano, convulsões ou infecções (meningites)?
- Fácies típica: Síndrome do X-frágil; deficiência de G6PD; doenças da tireoide; fenilcetonúria?
- Pai, mãe e/ou irmãos com diagnóstico de TDAH?
- Presença de tiques?
- Medicamentos de uso crônico?
- História de negligência ou abuso?
- Qualidade do sono (roncos, respirador bucal).
- Comportamento do escolar: na escola, em restaurantes, no lar e em parques.
- Boletim escolar, nível de aprendizagem e comportamento.

Exame físico:

- Sinais neurológicos comuns em crianças com TDAH:
 - a. Inabilidade (“criança desajeitada”)
 - b. Confusão direita-esquerda
 - c. Descoordenação motora-perceptual
 - d. Disgrafia
- Sinais clínicos de doenças da tireoide ou de outras doenças crônicas.

Exames laboratoriais:

1. Hemograma, ferritina, TSH e T₄ livre.
2. Avaliação oftalmológica e auditiva.
3. ECG: antes de iniciar o tratamento com psicoestimulantes se houver história pessoal ou familiar de doença cardíaca.
4. EEG: indicado na presença de sinais neurológicos focais, suspeita de convulsões ou declínio na função neurológica ou cognitiva.
5. Todo escolar com suspeita de TDAH deverá ser encaminhado o questionário SNAP-IV ao professor do referido aluno e os pais deverão responder enquanto aguardam a consulta o questionário

Vanderbilt. Solicitar também à escola boletim escolar, carta sobre o comportamento do escolar no recreio, cantina e em sala de aula (Documentos anexos).

CrITÉRIOS diagnÓsticos do DSM-5 para TDAH

A. Um padrŁo persistente de desatenŁŁo e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento e no desenvolvimento, conforme caracterizado por (1) e/ou (2):

1. DesatenŁŁo: seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses, em um grau que Ł inconsistente com o nŁvel de desenvolvimento e tŁm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadŁmicas/profissionais:

Nota: os sintomas nŁo sŁo apenas uma manifestaŁŁo de comportamento opositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruŁŁes. Para **adolescentes** mais velhos e adultos (17 anos ou mais), pelo menos **cinco** sintomas sŁo necessŁrios:

- a. Frequentemente nŁo presta atenŁŁo em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades (p.ex., negligencia ou deixa passar detalhes, o trabalho Ł impreciso).
- b. Frequentemente tem dificuldade de manter a atenŁŁo em tarefas ou atividades lŁdicas (p.ex., dificuldade de manter o foco durante aulas, conversas ou leituras prolongadas).
- c. Frequentemente parece nŁo escutar quando alguŁm lhe dirige a palavra diretamente (p..ex., parece estar com a cabeŁa longe, mesmo na ausŁncia de qualquer distraŁŁo Łbvia).
- d. Frequentemente nŁo segue instruŁŁes atŁ o fim e nŁo consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho (p.ex., comeŁa as tarefas, mas rapidamente perde o foco e facilmente perde o rumo). NŁo devido a comportamento de oposiŁŁo ou incapacidade de compreender instruŁŁes.

- e. Frequentemente tem dificuldade para organizar tarefas e atividades (p.ex., dificuldade em gerenciar tarefas sequenciais; dificuldade em manter materiais e objetos pessoais em ordem; trabalho desorganizado e desleixado; mau gerenciamento do tempo; dificuldade em cumprir prazos).
- f. Frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado (p.ex., trabalhos escolares ou lições de casa).
- g. Frequentemente perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (p. ex., materiais escolares, lápis, livros, instrumentos, carteiras, chaves, documentos, óculos, celular).
- h. Com frequência é facilmente distraído por estímulos externos.
- i. Com frequência é esquecido em relação a atividades cotidianas (p.ex., realizar tarefas, obrigações; para adolescentes mais velhos, retornar ligações, pagar contas, manter horários agendados).

2. Hiperatividade e impulsividade: seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos 6 meses, em grau que é inconsistente com o nível de desenvolvimento e tem impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais:

Nota: Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento opositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são necessários.

- a. Frequentemente remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na cadeira.
- b. Frequentemente levanta da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado (p.ex., sai do seu lugar em sala de aula, no escritório ou em outro local de trabalho ou em situações que exijam que se permaneça em um mesmo lugar).
- c. Frequentemente corre ou sobe nas coisas em situações em que isto é inapropriado.
- d. Com frequência é incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente.

- e. Com frequência “não para”, agindo como se estivesse “com o motor ligado” (p.ex., não consegue ou se sente desconfortável em ficar parado por muito tempo, como em restaurantes, reuniões; outros podem ver o indivíduo como inquieto ou difícil de acompanhar).
- f. Frequentemente fala demais.
- g. Frequentemente deixa escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída (p.ex., termina frases dos outros, não consegue aguardar a sua vez de falar).
- h. Frequentemente tem dificuldade para esperar a sua vez (p.ex., aguardar em uma fila).
- i. Frequentemente interrompe ou se intromete (p.ex., mete-se nas conversas, jogos ou atividades; pode começar a usar as coisas de outras pessoas sem pedir ou receber permissão; para **adolescentes**, pode intrometer-se em ou assumir o controle sobre o que outros estão fazendo).

B. Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estavam presentes antes dos 7 anos de idade:

Sim

Não

C. Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estão presentes em dois ou mais ambientes (p.ex., em casa, na escola, no trabalho; com amigos ou parentes; em outras atividades):

Sim

Não

D. Há evidências claras de que os sintomas interferem no funcionamento social, acadêmico ou profissional ou de que reduzem sua qualidade:

Sim

Não

E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não são mais bem explicados por outro transtorno mental (p. ex., transtorno do

humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo [psicótico], transtorno da personalidade, intoxicação ou abstinência de substância, transtorno específico da aprendizagem, deficiência intelectual, TEA).

Tratamento:

1. Psicoterapia: terapia cognitivo-comportamental

2. Estratégias pedagógicas/escolares: todo escolar com diagnóstico de TDAH deverá apresentar “carta de recomendação” do ambulatório destinada ao professor do referido aluno. (Ver modelo no final deste capítulo).

3. Medicamentosos:

Medicação	Nome comercial	Tempo de ação	Dose inicial	Dose-padrão	FDA
Metilfenidato*(curta duração)	Ritalina®	3 a 5 horas	5 mg	30 a 40 mg (doses divididas)	≥ 6 anos
Metilfenidato* (longa ação)	Ritalina LA®	8 a 10 horas	10-20 mg	30 a 40 mg	≥ 6 anos
Metilfenidato*(liberação linear)	Concerta®	10 a 12 horas	18 mg	36 a 54 mg	≥ 6 anos
Lisdexanfetamina*	Venvanse®	8 a 10 horas	30 mg	50 a 70 mg	≥ 6 anos
Clonidina	Atensina®	3 a 5 horas	0,025 mg	0,4 mg (doses divididas)	≥ 6 anos

* Efeitos adversos do psicoestimulantes: inapetência, insônia, cefaleia e tiques. A longo prazo: desaceleração da curva de crescimento (importante controle da estatura em todas as consultas). Se há história familiar ou pessoal de doenças cardiovasculares: monitorizar PA e FC. Principais **efeitos colaterais dos psicoestimulantes:** dor abdominal, redução/perda do apetite, redução do peso, insônia, irritabilidade e déficit no crescimento.

Outras opções medicamentosas:

- **Atomoxetina (Atentah®):** Quando há TDM ou TAG como comorbidades. Concentração plasmática máxima: 1 a 2 horas após a tomada. Apresentações: 10mg, 18mg, 25mg, 40mg, 60mg e 80 mg

- **Imipramina (Tofranil®):** reduz hiperatividade.
- **Clonidina:** quando há tiques associados ao TDAH.

À Escola Municipal

O aluno _____ apresenta diagnóstico de TDAH, sendo assim, sugerimos algumas medidas que podem melhorar o rendimento acadêmico deste:

1. Mudanças no posicionamento na sala de aula, de modo a diminuir a distrabilidade.
2. Auxílio na organização do material escolar.
3. Explicação de forma diferenciada das matérias.
4. Flexibilidade no tempo de prova e demais tarefas.
5. Avaliações em ambiente silencioso e tranquilo separado da turma.
6. Sintetização dos enunciados das questões das provas.

Referências

- LIMA, RC; ALMEIDA, RS; CRENZEL, GJ. Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade e Transtornos de Conduta. *In: Saúde Mental da Criança e do Adolescente*, Solé, D; Constantino, CF; Silva, LR; Liberal, EF. Barueri[SP]: Manole, 2024.pp.76-87.
- SATO, FP. Psicofarmacologia dos transtornos mentais na infância e adolescência. *In: Tung, TC; Demetrio, FN; Minatogawa-Chang, TM. Psicofarmacologia aplicada-Manejo prático dos transtornos mentais.*3ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2023. pp.201-204
- DULCAN, MK; BALLARD, RR; JHA, P; SADHU, JM. Concise Guide to Child&Adolescent Psychiatry. American Psychiatry Association Publishing:Arlington,VA; 2018

TRANSTORNO ESPECÍFICO DA APRENDIZAGEM

CrITÉrios DiagnÓsticos:

a. Dificuldade na aprendizagem e no uso de habilidades acadêmicas, com pelo menos um dos sintomas a seguir, por pelo menos 6 meses:

1. Leitura de palavras de forma imprecisa ou lenta e com esforço;
2. Dificuldade para compreender o sentido do que é lido;
3. Dificuldade para ortografar (ou escrever ortograficamente).
Exemplo: adicionar, omitir ou substituir vogais e consoantes;
4. Dificuldade com a expressão escrita;
5. Dificuldade para dominar o senso numérico, fatos numéricos ou cálculo;
6. Dificuldades no raciocínio (dificuldade em aplicar conceitos, fatos ou operações matemáticas).

b. Habilidades acadêmicas afetadas estão abaixo do esperado para idade cronológica, prejudicando o desempenho acadêmico e atividades cotidianas.

c. Dificuldades de aprendizagem se iniciam durante os anos escolares.

d. As dificuldades de aprendizagem não são por II, acuidade visual ou auditiva não corrigida, ou outros TMs ou neurológicos.

Especificar a gravidade:

- **Leve:** alguma dificuldade em aprender habilidades em um ou dois domínios acadêmicos.
- **Moderada:** dificuldades acentuadas em aprender habilidades em um ou mais domínios acadêmicos. Necessita ensino intensivo e especializado durante os anos escolares. Deve ser encaminhado para **Reforço Escolar**.

- **Grave:** dificuldades graves em aprender habilidades afetando vários domínios acadêmicos. Necessita ensino individualizado e especializado contínuo durante a maior parte dos anos escolares.

Prevalência: 5 a 15% em escolares.

Gênero: 2 a 3 meninos: 1 menina.

1. TRANSTORNO ESPECÍFICO DA APRENDIZAGEM COM PREJUÍZO NA LEITURA (F81.0) [DISLEXIA]

- Dificuldade na aprendizagem da leitura. Inteligência normal.
- A dislexia se torna mais evidente entre 6 e 7 anos de idade.
- Prevalência: 5 a 15%
- Precisão na leitura de palavras.
- Velocidade ou fluência da leitura.
- Compreensão da leitura.

Dificuldade inesperada na leitura em indivíduos capazes de serem melhores leitores. Ainda que em leitores comuns exista uma relação direta entre leitura e QI, nos disléxicos essa associação é desfeita, haja visto que o baixo nível de leitura não se reflete em baixa inteligência. A dislexia se caracteriza por déficits no processo fonológico que prejudicam a fala e a escrita. Dessa forma, notam-se dificuldades na linguagem falada como erros de pronúncia e hesitação, além de adversidades na decodificação, reconhecimento e soletração de palavras.

Dislexia auditiva: dificuldades significativas na discriminação de sons de letras e palavras compostas, além de falhas na memorização de padrões de sons, sequências, palavras compostas, instruções e histórias.

Dislexia visual: dificuldades em seguir e reter as sequências visuais, na análise e integração visual de quebra-cabeças ou em tarefas similares. Frequentes reversões e inversões de letras. Confunde com facilidade palavras e letras. Geralmente as duas formas estão associadas.

2. TRANSTORNO ESPECÍFICO DA APRENDIZAGEM COM PREJUÍZO NA EXPRESSÃO ESCRITA (F81.81):

Dificuldades na caligrafia:

- Precisão na ortografia;
- Precisão na gramática e na pontuação;
- Clareza ou organização da expressão escrita.

A dislexia pode ser **hereditária** e está associada a uma hipofunção dos sistemas de leitura no hemisfério esquerdo do cérebro, os quais abrangem giro frontal inferior, giro temporal superior e região temporoparietal e occipitotemporal. Essa disfunção é denominada assinatura neural da dislexia.

Anamnese:

- Queixa principal: geralmente a família se **queixa de dificuldades para a alfabetização**. A criança parece não ter interesse na leitura e/ou escrita.
- Investigar queixas comportamentais: ansiedade, agressividade, depressão, hiperatividade e desatenção.
- Prematuridade?
- Danos no SNC pós-natal?
- Privação ambiental?
- Oportunidade educacional inadequada?
- Baixas condições socioeconômicas?
- Muito baixo peso ao nascer (<1500g)?
- Tabagismo gestacional?
- Casamento consanguíneo?
- *História familiar de TrEsAp em parentes de 1º grau?*
- *História familiar de dislexia?*
- Em algumas famílias a dislexia é transmitida de forma dominante (sexo masculino).
- História de desatenção no período pré-escolar (2 a 6 anos)?

- Atraso ou transtornos na fala e na linguagem no período pré-escolar (2 a 6 anos)?
- Avaliar histórico de leitura dos pais.
- Comportamento da criança.
- Avaliar nível de leitura da criança.
- No período pré-escolar apresentava atrasos na atenção, linguagem ou nas habilidades motoras?
- Apresentou atraso na aquisição da leitura e/ou escrita?
- **Escrita lenta e laboriosa**
- Déficits fonológicos:
 1. Capacidade de identificar sons que rimam;
 2. Palavras sem sentido ou relatar um som que uma letra faz;
 3. Dificuldades no processo de leitura;
 4. Nível de processamento fonológico.

Observar os cadernos e solicitar que a criança escreva algo espontaneamente e avaliar:

- Leitura e escrita incompreensíveis?
- Confusões de letras com diferentes orientações espaciais (p/q; b/d)?
- Confusões de letras com sons semelhantes (b/p; d/t; g/j)?
- Inversões de sílabas ou palavras (par/pra; lata/alta)?
- Substituições de palavras com estrutura semelhante (contribuiu/construiu)?
- Supressão ou adição de letras ou de sílabas (*caalo/cavalo; berla/bela*)?
- Repetição de sílabas ou palavras (eu jogo **jogo** bola; bolo de chocolate)?
- Fragmentação incorreta (quero**jo gar**bola/ quero jogar bola)?
- Dificuldade para entender o texto lido.

Exame físico:

1. Avaliação pediátrica:

- PA, E, P, PC e IMC.
- Fundo de olho.
- Exame neurológico (pares cranianos, equilíbrio, marcha, tônus muscular, reflexos superficiais e profundos, etc.)
- Desempenho acadêmico abaixo do esperado para a idade?
- Avaliar déficits visuais ou auditivos.

2. Avaliação Psicopedagógica:

- Avaliação psicopedagógica: leitura, escrita e compreensão de texto.
- Leitura de palavras de forma imprecisa ou lenta e com esforço (lê palavras isoladas em voz alta de maneira incorreta);
- Dificuldade para compreender o sentido do que é lido;
- Dificuldades para ortografar (pode acrescentar, omitir ou substituir vogais e consoantes);
- Dificuldades com a expressão escrita (comete muitos erros de gramática ou pontuação nas frases, organiza os parágrafos de maneira inadequada e não expressa as ideias com clareza);

3. Avaliação Fonoaudiológica: habilidades de processamento auditivo, discriminação de sons e consciência fonológica.

4. Avaliação Psicológica: - Investigar problemas emocionais (aplicar o *PSC*) ou educacionais inadequados.

As dificuldades de aprendizagem surgem durante os anos escolares, mas podem não se tornar totalmente evidentes até que as demandas por habilidades acadêmicas específicas superem as capacidades limitadas da pessoa.

Exames complementares:

1. **Audiometria**

2. **Avaliação oftalmológica**

3. **Hemograma, ferritina, vitamina D, VHS, CPK, TGO, TGP, ureia, creatinina, TSH, T4 livre e glicemia de jejum**

4. **Exames de imagem:** na suspeita de MF do SNC - ectopias e microgírias, entre outras alterações corticais em áreas importantes para a audição. *SPECT* (Cintilografia de Perfusão Cerebral) é um exame de imagem que avalia a circulação sanguínea e a função cerebral, sendo que nesses indivíduos foi possível identificar uma hipoperfusão em áreas do lobo temporal esquerdo.

Tratamento:

1. Avaliação fonoaudiológica.

2. Avaliação neuropsicológica.
3. Avaliação psicopedagógica: consciência fonêmica, instrução fônica, fluência, vocabulário e compreensão de leitura.
 - Abordagem específica para cada condição;
 - Intervenções adaptadas às necessidades individuais da criança.

Para a disgrafia:

- Acomodação: oferece suporte como tempo extra e tecnologias assistivas para aliviar o estresse relacionado à escrita.
- Modificação: adapta tarefas e expectativas acadêmicas;
- Remediação: utiliza o modelo de resposta à intervenção (RTI) para intervenções mais intensivas.

Instrumentos de triagem:

1. Questionnaire for identification of Dyslexia signs (QUESDI)
2. TISD (Teste para identificação de sinais de dislexia) [exclusivo para psicólogos]. Ed. Vetor
3. Screening paediatric patients for Reading difficulties Test-Draft (SPRouT-D): este é para pediatras.

“Diferenças são pessoais, o diagnóstico é clínico, o entendimento é científico e o tratamento é educacional”

3. TRANSTORNO ESPECÍFICO DA APRENDIZAGEM COM PREJUÍZO NA MATEMÁTICA [DISCALCULIA]:

- Dificuldade em aprender matemática, com falhas para adquirir adequada proficiência nesse domínio cognitivo, a despeito de inteligência normal, oportunidade escolar, estabilidade emocional e necessária motivação.

Prevalência: 3 a 6% das crianças idade escolar.

- Senso numérico;
- Memorização de fatos aritméticos;
- Precisão ou fluência de cálculo;
- Precisão no raciocínio matemático.

Anamnese:

- Há comprometimento na realização de cálculos matemáticos por dificuldades em entender conceitos numéricos e aplicá-los?

- O QI é normal?

- **Acalculia:** distúrbio neuropsicológico que impede a criança de realizar cálculos matemáticos. Dentre os sintomas, destacam-se a dificuldade na identificação visual e auditiva dos números, comprometimento na contagem, não compreensão ou confusão dos sinais matemáticas, troca na ordem dos números, entendimento de horas, moedas e realização de medidas.

- Quando teve início a dificuldade com a matemática?

- Há diferenças entre o desenvolvimento das habilidades aritméticas com outras áreas da cognição, linguagem e coordenação motora?

- Que série o escolar estava quando iniciou o sintoma de discalculia?

- Em outras disciplinas o escolar apresenta bom desempenho acadêmico?

- Os professores já tentaram algumas estratégias de intervenção?

- Alguém na família apresenta dificuldade de aprender matemática? Se sim, quem? (pais, irmãos)?

- Há comorbidades neuropsiquiátricas associadas (distúrbios neurológicos [epilepsia], transtornos do desenvolvimento [TDAH], TEA ou episódios de grande estresse [TEPT])?
- Há comorbidades orgânicas associadas (anemia, desnutrição, asma, cardiopatias, doenças da tireoide)?
- Como é o relacionamento do escolar com: colegas, adultos e professores?
- Há sinais de baixa autoestima ou frustrações?
- O local que a criança está inserida é tranquilo e propício à aprendizagem?
- Há apoio dos pais e irmãos quando a criança necessita realizar suas tarefas acadêmicas em casa?

Perguntas específicas ajudam a avaliar a gravidade do caso, como:

- Na leitura, a criança apresenta dificuldade em acertar quais são e sua ordem?
- Na escrita, eles são representados de modo incoerente e na ordem errada?
- A criança consegue escrever os números quando solicitado e memorizá-los?
- A criança consegue realizar cálculos básicos nas quatro operações?
- Consegue relacionar valores as quantidades?
- Possui dificuldade no conceito de antecessor e sucessor?

Sintomas da discalculia do desenvolvimento

- Erro na formação de números, que geralmente ficam invertidos, como se fosse uma imagem em espelho;
- Dislexia;
- Inabilidade para efetuar somas simples;
- Inabilidade para reconhecer sinais operacionais e para usar separações lineares;
- Dificuldade para ler corretamente o valor de números com multidígitos;
- Memória fraca para fatos numéricos básicos;
- Dificuldade para transportar números para local adequado na realização de cálculos;
- Orientação e espaçamento inapropriado dos números em multiplicações e divisões.

Situações clínicas associadas com discalculia

- a. Epilepsia
- b. Síndrome de Turner
- c. Síndrome do X frágil
- d. Síndrome de Williams-Beuren (atraso no DNPM, fácies de Elfin, problemas renais, cardíacos e dentição, hipercalcemia)
- e. TDAH

Com essas informações, o entrevistador compreende o desenvolvimento da criança, investigando déficits de linguagem e atenção **antes de diagnosticar a discalculia**. A abordagem deve envolver **pais, professores, pediatra, psicopedagogo, psicólogo, fonoaudiólogo e outros profissionais**.

Exame físico

1. Avaliação Pediátrica:

- PA, E, P, PC e IMC.
- Fundo de olho.
- Exame neurológico (pares cranianos, equilíbrio, marcha, tônus muscular, reflexos superficiais e profundos, etc.)
- Desempenho acadêmico abaixo do esperado para a idade?
- Avaliar déficits visuais ou auditivos.
- Descartar quadros clínicos de transtornos neurológicos e psiquiátricos como TDM e TAG.
- Avaliar o boletim escolar.
- Para a acalculia, o exame físico inclui uma avaliação neurológica das funções cognitivas e a investigação de doenças neurológicas.

2. Avaliação Psicopedagógica: o diagnóstico de discalculia/acalculia é de competência do psicopedagogo, não do médico.

- a. Dificuldades para dominar o senso numérico, fatos numéricos ou cálculo (apresenta dificuldade em entender a magnitude e as relações entre números, usa os dedos para somar números simples

em vez de lembrar os fatos aritméticos, e se confunde no meio dos cálculos ou troca as operações);

b. Dificuldades no raciocínio matemático (tem grande dificuldade em aplicar conceitos, fatos ou operações matemáticas para resolver problemas quantitativos).

3. Avaliação Fonoaudiológica: para descartar distúrbios auditivos.

4. Avaliação Psicológica: aplicação do *PSC* para afastar transtornos psicoemocionais e sociais. A avaliação para diagnosticar a discalculia envolve dois fatores:

- Análise curricular: observa-se o desempenho da criança em matemática e verifica se ela atingiu os objetivos de aprendizagem para sua série, focando em habilidades numéricas e aritméticas.

- Testes com critérios padronizados pelo DSM-V (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) e pela CID-10 (Classificação Internacional de Doenças): o *The Heidelberg Computer Test*, *BASISMATH 4-8* e o *ProNumero*. Além dos déficits matemáticos, crianças com discalculia apresentam prejuízos na memória de trabalho visuoespacial e no controle inibitório de estímulos distrativos, avaliados por testes como *Spatial Span Backwards* ou *Spatial Recall Test*.

- Avaliações neuropsicológicas: identificam discrepâncias nas habilidades de cálculo em relação à idade - por testes de QI. Avaliam habilidades numérico-aritméticas e identificam a causa das dificuldades de cálculo, além de avaliar a velocidade de processamento e as estratégias de resolução, oferecendo uma avaliação qualitativa do desempenho.

5. Avaliação Oftalmológica

Exames laboratoriais:

- Não há exames laboratoriais específicos para discalculia/acalculia.

- Exames de imagem: para identificar lesões cerebrais. Na acalculia, ressonância magnética e tomografia ajudam a identificar lesões cerebrais, especialmente no lobo parietal, resultantes de traumatismos, tumores ou infecções.
- Hemograma, glicemia de jejum, perfil lipídico (hiperlipidemia e hiperglicemia prejudicam a função cerebral), vitamina B₁₂, vitamina D, TSH e T₄ livre. Alterações nestes podem impactar a memória e o desenvolvimento cognitivo.
- EEG: pode identificar padrões anormais em redes neurais relacionadas à matemática e raciocínio lógico, embora não seja diagnóstico.

Tratamento:

- Deve ser conduzido por um **psicopedagogo**, deve ser individualizado e considerar outros transtornos mentais. Suporte precoce para minimizar os impactos na aprendizagem, visto que o tratamento é contínuo e de longo prazo. Intervenções devem ocorrer em colaboração com a escola e ser contínuas, focando em técnicas de cálculo e raciocínio. Na acalculia, o foco é manejar os sintomas e ensinar novas estratégias, aproveitando a neuroplasticidade.

- No ambiente escolar, algumas acomodações podem ser feitas, como: permitir tempo extra em testes, elaborar questões claras e reduzidas, manter exemplos visuais no quadro, usar diagramas coloridos, permitir o uso de calculadoras e tabelas de tabuada, utilizar exemplos do cotidiano e jogos de tabuleiro que envolvam contagem.

- Não há medicamentos específicos para essas dificuldades.

A descontinuação do tratamento deve ser baseada na resposta da criança e nas mudanças individuais, cabendo à equipe multidisciplinar avaliar quando reduzir as intervenções. A necessidade de tratamento contínuo deve ser **reavaliada anualmente** por um profissional diferente, com exames de acompanhamento.

Referências

- Acalculia: an explainer. Disponível em: <https://online.qmu.ac.uk/blogs/acalculia-an-explainer/>. Acesso em: 30 set. 2024.
- DINKEL, R.; DEBUS, S.; KERNERAUCH, A. Neural correlates of mathematical abilities in children with dyscalculia. *Journal of Learning Disabilities*, v. 53, n. 6, p. 441-453, 2021.
- DOWKER, A. Developmental Dyscalculia in Relation to Individual Differences in Mathematical Abilities. *Children (Basel)*, v. 11, n. 6, p. 623, 2024. DOI: 10.3390/children11060623. PMCID: PMC11201520. PMID: 38929203.
- HABERSTROH, S.; SCHULTE-KÖRNE, G. The Diagnosis and Treatment of Dyscalculia. *Dtsch Arztebl Int*, v. 116, n. 7, p. 107-114, 2019. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0107. PMCID: PMC6440373. PMID: 30905334.
- KAUFMANN, L.; VON ASTER, M. The diagnosis and management of dyscalculia. *Dtsch Arztebl Int*, v. 109, n. 45, p. 767-778, 2012. DOI: 10.3238/arztebl.2012.0767.
- SANTA ROSA, C. A. da. Avaliação neuropsicopedagógica do transtorno da aprendizagem da matemática (discalculia). *REIN - Revista Educação Inclusiva*, v. 7, n. 2, p. 179-191, 2022. Disponível em: <https://revista.uepb.edu.br/REIN/article/view/1325>. Acesso em: 30 set. 2024.
- SCHELKE, M. W. et al. Diagnosis of developmental learning and attention disorders in adults: A review of clinical modalities. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*, v. 23, p. 27-35, 2017. DOI: 10.1016/j.npbr.2016.11.006.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Vamos falar sobre sucesso escolar? Da sala de aula ao consultório do pediatra. 2023. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/sbp/2023/setembro/21/24188d-InfoEscolas-_VamosFalar_SucessoEscolar.pdf. Acesso em: 21 set. 2024.
- TREVISAN, M. C.; SCREMIN, G. Cartilha: Discalculia e outras dificuldades de aprendizagem. 2019. Disponível em: <educapes.capes.gov.br>. Acesso em: 29 mar. 2019.

AQUIL, MOHAMMAD AMIMUL IHSAN. (2020). Diagnosis of Dyscalculia: A Comprehensive Overview. 1. 43-59.

ROTTA, NT; PEDROSO, FS. Transtorno da Linguagem Escrita: dislexia. *In: Transtornos da Aprendizagem-abordagem neurobiológica e multidisciplinar.* Rotta, NR; Ohlweiler, L; Riesgo, RS. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2016. pp.133-147

DISPRAXIA

Definição: dispraxia ou transtorno do desenvolvimento da coordenação (TDC) se caracteriza como **uma inaptidão em desenvolver, organizar e executar um plano motor**. Dessa forma, há dificuldades na coordenação motora e problemas relacionados à fala. Crianças com dispraxia podem apresentar um **atraso no desenvolvimento de certas atividades – como andar, engatinhar e falar** – assim como problemas no ambiente escolar, sendo a **dificuldade em caligrafia e na transcrição de texto** alguns exemplos. Adversidades com a coordenação motora grosseira podem ser observadas e identificadas como motivo de exclusão social, haja visto que crianças com esse distúrbio não conseguem planejar e realizar movimentos propostos adequadamente. O potencial intelectual global geralmente é normal.

- Avaliar distúrbios neurológicos, déficits de atenção e controle motor antes do diagnóstico de dispraxia.
- Avaliar o uso de objetos no cotidiano, habilidades organizacionais, coordenação motora, como a própria caligrafia.
- Avaliar o desenvolvimento de novas dificuldades motoras à medida que a criança frequenta a escola.
- Avaliar problemas comportamentais e cognitivos decorrentes da dispraxia, como a prática esportiva, baixa autoestima e isolamento.
- Dificuldade na coordenação motora?
- Dificuldade no planejamento de movimentos, afetando atividades cotidianas e acadêmicas?
- Habilidades motoras coordenadas são significativamente inferiores ao esperado para a idade cronológica?
- As dificuldades se manifestam por falta de coordenação (como derrubar ou esbarrar em objetos)?

- Ou pela lentidão e imprecisão na realização de tarefas motoras (como pegar um objeto, manusear tesouras ou facas, escrever à mão, andar de bicicleta ou praticar esportes)?
- **Avaliar histórico do DNPM:** crianças mais novas podem apresentar atraso no alcance de marcos motores (como sentar, engatinhar e andar).
- Avaliar habilidades como:
 - a. subir escadas;
 - b. pedalar;
 - c. abotoar camisas;
 - d. montar quebra-cabeças;
 - e. manusear fechos;
 - f. Execução dos movimentos parece desajeitada, lenta ou menos precisa em comparação com seus pares?

DISGRAFIA

Dificuldade no processo de escrita. É classificada como uma alteração do neurodesenvolvimento. Dessa maneira, o nível de escrita do indivíduo com disGRAFIA é baixo e não corresponde ao ensino, idade e inteligência. **Esse distúrbio pode ocorrer à medida que se aprende a escrever, devido a uma falha no desenvolvimento,** ou mesmo após o processo de aprendizagem, sendo caracterizada como uma **perda de habilidade decorrente de danos cerebrais** ou doenças neurológicas. Cabe destacar que a linguagem escrita é extremamente complexa por envolver muitas funções do neurodesenvolvimento, dentre as quais a auditiva, visual-espacial, de memória e executiva. Assim, alterações em quaisquer desses pontos podem resultar em problemáticas no desdobramento dessa habilidade.

Exemplos de consequências da disGRAFIA são: **textos incompreensíveis, incoerentes e desorganizados, além de uma escrita lenta e trabalhosa.**

Quadro Clínico:

Anamnese:

- Motivo da consulta;
- O que representa para a família a queixa;
- Como a queixa principal (hipótese diagnóstica) repercute no dia a dia da criança;
- Quando iniciaram os sintomas?
- Como iniciaram os sintomas?
- Os sintomas têm melhorado ou piorado?
- Avaliar o desempenho escolar (boletim);
- Avaliar a caligrafia: legível/ilegível/lenta;
- Déficit na formação das letras que não está associado a qualquer problema neurológico;
- Velocidade de escrita: normal/diminuída;

- Discrepância entre QI e desempenho de ortografia;
- Déficits de processamento em consciência ortográfica;
- Avaliar comorbidades associadas (transtornos do humor);
- História de doenças ou traumas do SNC;
- Relação da criança com:
 - a. Membros da família
 - b. Companheiros de brinquedos
 - c. Colegas na escola

Condições de nascimento: gestação, parto, **consanguinidade.**

Exame Físico:

- PA, E, P, PC e IMC.
 - Fundo de olho.
 - Exame neurológico (pares cranianos, equilíbrio, marcha, tônus muscular, reflexos superficiais e profundos, etc.). Pedir à criança que abra e feche alternadamente as mãos com os braços estendidos, que ela toque todos os dedos com a ponta do polegar, que ela imite uma escovação dos dentes, prova de imitação de gestos, cópia de figuras, reprodução de modelos com pauzinhos ou com cubos (praxias); colocar a língua para fora e se observa a dificuldade para fazê-lo; entre 5 e 6 anos a criança é capaz de movimentar os olhos, independente do movimento da cabeça, se após os 7 anos não consegue, pode ser apraxia ocular.

Critérios Diagnósticos-DSM-V (*Síndrome da Criança Desajeitada*)

- a. A aquisição e a execução das habilidades motoras coordenadas estão substancialmente abaixo do esperado para idade cronológica e a oportunidade de aprender e usar a habilidade.
 - Derrubar ou bater em objetos (“criança desastrada”)
 - Lentidão e imprecisão no desempenho de habilidades motoras:
 1. Apanhar um objeto
 2. Usar tesouras ou facas
 3. Escrever à mão (usa mal o lápis)

4. Andar de bicicleta
5. Praticar esportes
6. A criança consegue executar as tarefas no mesmo tempo em que os colegas o fazem?
 - b. O déficit interfere significativamente e persistentemente nas atividades cotidianas apropriadas para a idade.
7. Autocuidado e automanutenção:
 - Dificuldade para colocar ou retirar suas roupas?
 - Dificuldade para participar de jogos comuns à idade?
 - Consegue montar um quebra-cabeças?

1. O déficit causa impacto na atividade escolar, em atividades de lazer ou nas brincadeiras?

- b. Início dos sintomas precocemente, no período do desenvolvimento.
- c. O déficit nas habilidades motoras não são mais bem explicados por deficiência intelectual ou visual e não são atribuíveis a alguma condição neurológica (paralisia cerebral, distrofia muscular ou doença degenerativa).

Exames complementares:

Os exames complementares mais utilizados para **disgrafia e dispraxia** são:

1. Pela pediatria: Hemograma, glicemia de jejum, perfil lipídico (hiperlipidemia e hiperglicemia prejudicam a função cerebral), CPK, TGO, TGP, ureia, creatinina, vitamina B₁₂, vitamina D, TSH e T₄ livre.

2. Audiometria: crianças com distúrbios na leitura e escrita apresentam desempenho reduzido na avaliação comportamental do processamento auditivo central, com maior alteração das habilidades auditivas de processamento temporal e figura-fundo;

3. Avaliação oftalmológica

Tratamento:

1. Avaliação fonoaudiológica
 2. Avaliação neuropsicológica: a melhoria da autoestima e o suporte durante a transição escolar são aspectos importantes.
 3. Avaliação psicopedagógica:
 - Abordagens específicas adaptadas às necessidades individuais das crianças.
 - As intervenções se dividem em três níveis:
 1. Acomodação: oferece suporte como tempo extra e tecnologias assistivas para aliviar o estresse relacionado à escrita.
 2. Modificação: adapta tarefas e expectativas acadêmicas.
 3. Remediação: utiliza o modelo de resposta à intervenção (RTI) para intervenções mais intensivas.
- Dispraxia: práticas direcionadas para melhorar habilidades motoras específicas e abordagens voltadas para o desenvolvimento das modalidades sensoriais envolvidas no desempenho motor, como a integração sensorial e o treinamento cinestésico.
4. Avaliação fisioterápica

Referências

- Shaywitz, S. E., Shaywitz, J. E., & Shaywitz, B. A. (2021). Dyslexia in the 21st century. *Current opinion in psychiatry*, 34(2), 80–86.
- Behrman RE, Kliegman RM. Nelson: tratado de pediatria. Nelson: tratado de pediatria. 2009;3005–5.
- Sanfilippo, J., Ness, M., Petscher, Y., Rappaport, L., Zuckerman, B., & Gaab, N. (2020). Reintroducing Dyslexia: Early Identification and Implications for Pediatric Practice. *Pediatrics*, 146(1), e20193046.
- Walker, E., Shaw, S. C., Price, J., Reed, M., & Anderson, J. (2018). Dyspraxia in clinical education: a review. *The clinical teacher*, 15(2), 98–103.

- Gibbs, J., Appleton, J., & Appleton, R. (2007). Dyspraxia or developmental coordination disorder? Unravelling the enigma. *Archives of disease in childhood*, 92(6), 534–539.
- G S, A., & Ponniah, R. J. (2023). The Modularity of Dysgraphia. *Journal of psycholinguistic research*, 52(6), 2903–2917.
- Biotteau, M., Danna, J., Baudou, É., Puyjarinet, F., Velay, J. L., Albaret, J. M., & Chaix, Y. (2019). Developmental coordination disorder and dysgraphia: signs and symptoms, diagnosis, and rehabilitation. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 15, 1873–1885.
- Chung, P., & Patel, D. R. (2015). Dysgraphia. *International Journal of Child and Adolescent Health*, 8(1), 27.
- Kalliopi Kritsotaki, Castro–Kemp S, Kamenopoulou L. Digital storytelling: An educational approach for enhancing dyslexic children’s writing skills, critical and cultural learning. *Journal of Research in Special Educational Needs*. 2024 Sep 23.
- Godfrey V. “What’s Unexpected?” Interventionist Explanations of Dyslexia. *Journal of Literacy Research*. 2024 Sep 15.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Boston: Pearson; 2013.
- Bo, J., Colbert, A., Lee, C. M., Schaffert, J., Oswald, K., & Neill, R. (2014). Examining the relationship between motor assessments and handwriting consistency in children with and without probable developmental coordination disorder. *Research in developmental disabilities*, 35(9), 2035–2043.
- Oliveira JC, Murphy CFB, Schochat E. Processamento auditivo (central) em crianças com dislexia: avaliação comportamental e eletrofisiológica. *CoDAS [Internet]*. 2013;25:39–44.
- Le Floch, A., & Ropars, G. (2017). Left-right asymmetry of the Maxwell spot centroids in adults without and with dyslexia. *Proceedings. Biological sciences*, 284(1865), 20171380.

- Sauer L, Pereira LD, Ciasca SM, Pestun M, Guerreiro MM. Processamento auditivo e SPECT em crianças com dislexia. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. 2006 Mar;64(1):108–11.
- Mayes, S. D., Breaux, R. P., Calhoun, S. L., & Frye, S. S. (2019). High Prevalence of Dysgraphia in Elementary Through High School Students With ADHD and Autism. *Journal of attention disorders*, 23(8), 787–796.
- Berninger, V. W., & May, M. O. (2011). Evidence-based diagnosis and treatment for specific learning disabilities involving impairments in written and/or oral language. *Journal of learning disabilities*, 44(2), 167–183.

TRANSTORNO Opositor-Desafiante

Classificação Internacional de Doenças, (CID-11): Transtorno de Oposição Desafiante (TOD) é **F91.3**.

Definição (DSM-V): “Um padrão de humor raivoso/irritável, de comportamento questionador/desafiante ou índole vingativa com duração de pelo menos **seis meses**.”

Etiologia:

- Interação negativa entre pais e criança resultando em disciplina inconsistente.
- Fatores genéticos, neurobiológicos e temperamentais.

Fatores de risco:

a. Psicológicos:

- Coeficiente intelectual baixo;
- Temperamento difícil;
- Traços sociopáticos ou psicopáticos;
- Agressividade alta;
- Problemas de aprendizagem;
- Problemas de atenção, impulsividade e hiperatividade;

b. Biológicos:

- Herança;
- Sexo masculino;
- Baixo peso ao nascer;
- Complicações prenatais e perinatais;
- Lesões e enfermidades cerebrais;

c. Familiares:

- Conduta delinquente, antissocial ou abuso de drogas pelos pais;
- Transtornos psiquiátricos nos pais;

- Violência na família;
- Conflitos: abuso físico, sexual ou emocional;
- Disciplina rígida, errática ou inconsistente;
- Mãe divorciada ou solteira;
- Mãe deprimida;
- Pais jovens ou com idade mais avançada.

d. Sociais:

- Pobreza;
- Rejeição dos pais;
- História de abuso físico e/ou sexual;
- Escola com pouca disciplina e disfuncional;
- Exposição repetida à violência na televisão, cinema ou jogos;
- Viver em bairros com alto índice de criminalidade e desorganização;
- Disfunção familiar;
- Amizade com delinquentes, que consomem drogas e se comportam mal;
- Transtornos psiquiátricos nos pais;
- Problemas com a justiça.

Idade: antes dos **8 anos** de idade. Sintomas devem ser persistentes, a frequência e intensidade dos comportamentos devem exceder o esperado para o nível de desenvolvimento, gênero e cultura do indivíduo, além de estarem associados a fatores sociais e econômicos.

Classifica-se, dependendo da quantidade de ambientes nos quais os sintomas se manifestam, em:

- a. **Leve:** sintomas somente no ambiente doméstico;
- b. **Moderado:** casa e escola;
- c. **Grave:** casa, escola e interações sociais. A presença em múltiplos contextos indica maior gravidade.

A frequência e a intensidade dos comportamentos deve ser levada em consideração, abrangendo o desenvolvimento social da criança.

Comorbidades mais frequentes:

1. TDAH;

2. TC;
3. Risco aumentado de tentativas de suicídio;

4. Maior risco para transtorno de ansiedade, transtorno depressivo, problemas de adaptação na idade adulta, como comportamento antissocial, problemas de controle de impulsos e abuso de substâncias.

Prevalência: varia de 1 a 11%, com uma **média estimada de 3,3%**, mais prevalente em indivíduos do sexo *masculino, menores de 12 anos*. Os sintomas aumentam durante o período pré-escolar e início da adolescência.

Diagnóstico:

- Comportamento agressivo/irritado, questionador/desafiador ou de índole negativa da criança.

É comum a suspeita desse diagnóstico em crianças que sofreram com cuidados parentais hostis, que podem ter sido gerados pelo comportamento da criança, bem como podem ter causado aquelas características no indivíduo.

Anamnese:

- **Histórico do Comportamento:** Perguntar sobre a frequência e intensidade dos comportamentos desafiadores e irritáveis. Investigar quando esses comportamentos começaram, em que contextos são mais frequentes e como a criança reage às figuras de autoridade.

- **Relações Familiares:** Explorar o relacionamento da criança com os pais, irmãos e outras figuras significativas, avaliando se há conflitos ou **eventos estressores recentes** (abuso físico e sexual, problemas no ambiente escolar ou com colegas, *bullying*, etc.) que possam influenciar os comportamentos.

- **Histórico Escolar:** Observar o comportamento da criança no ambiente escolar, verificando se há dificuldades de relacionamento ou agressividade.

- Histórico Psiquiátrico e Médico: Perguntar sobre possíveis diagnósticos psiquiátricos anteriores e comorbidades. Doenças clínicas e neurológicas.

- Comportamentos Sociais: Investigar como a criança interage socialmente, tanto com colegas quanto com figuras de autoridade.

Critérios do DSM-5 para o diagnóstico:

a. padrão de humor raivoso/irritável, com comportamento questionador/desafiante ou índole vingativa, com duração de pelo menos **seis meses**, sendo evidente por meio de, no mínimo, **4 sintomas/atitudes subsequentes** e perceptível na interação com, pelo menos, 1 indivíduo que não seja um irmão.

a.1 humor raivoso/irritável: episódios de perda da calma são frequentes, bem como fica facilmente irritado ou com sentimento raivoso e ressentido.

a.2 comportamento questionador/desafiante: com frequência a criança questiona figuras de autoridade, como os adultos, bem como desafia as regras ou se recusa a obedecer, culpa os outros pelos seus erros ou mau comportamento, dentre outras características.

a.3 índole vingativa: a criança foi malvada ou vingativa pelo menos duas vezes nos últimos seis meses.

Em crianças > 5 anos, o comportamento deve ocorrer pelo menos uma vez por semana por seis meses, exceto se explicitar como a índole vingativa.

Diagnóstico diferencial:

- Transtorno de conduta (geralmente se inicia na adolescência);

- Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH);
- Transtorno afetivo bipolar;
- Transtorno disruptivo de desregulação do humor;
- Transtorno explosivo intermitente, dentre outros.

Tratamento:

1. Não-farmacológico:

- Intervenção familiar, com capacitação parental para gerenciar a criança, estimular atitudes pró-sociais, elogiar comportamentos adequados e desencorajar atitudes inadequadas, reduzindo a atenção dada a esse tipo de comportamento.
- Evitar punições físicas e criação rigorosa.
- Psicoterapia: o indivíduo pode aprender a interpretar as diversas situações sociais e treinar respostas mais adequadas e menos provocativas, atenuando a impulsividade, a raiva e a agressividade, características do transtorno.
- Treinamento de mudança de comportamento para pais.
- Biblioterapia para pais.

a. Farmacológico:

- Casos graves, crônicos ou que não respondem à psicoterapia: risperidona (primeira escolha): > 6 anos-2 a 3 mg/dia (pode ocorrer sedação e ganho de peso), quetiapina, olanzapina ou aripiprazol. É importante destacar que o tratamento medicamentoso não exclui a necessidade de intervenção psicossocial e psicoterapêutica.
- Metilfenidato, lisdexanfetamina, atomoxetina e guanfacina: quando há TDAH associado.
- Divalproato.

Prevenção:

- Cuidados parentais não hostis, agressivos ou negligentes na criação dos filhos.
- Atendimento às necessidades sociais, emocionais e de saúde mental da criança.

- A criança deve aprender a lidar com suas emoções e com as diversas situações sociais vividas da maneira mais saudável possível, a fim de evitar comportamentos impulsivos, agressivos ou que possam levar ao desenvolvimento do transtorno.

Hospital Universitário do Oeste do Paraná
Serviço de Pediatria
Ambulatório de Baixo Rendimento Acadêmico
Ficha para avaliação de Transtorno Opositor-Desafiante

Nome: _____

Data: ____/____/____ **Série:** ____ **Sexo:** ____ **Idade:** ____

Escola Municipal: _____

Início dos sintomas: < 8 a > 8 a. < 12 a. > 12 a.

Presença de comorbidades: () Sim () Não
Se sim, quais? _____

Condições Socioeconômicas: () boa () média () baixa

Mora em favela? () Sim () Não

Há vizinhos envolvidos com criminalidade? () Sim () Não

Relação familiar abusiva/discordante? () Sim () Não

Perguntar para os pais:

a. É uma criança de “temperamento difícil”? () Sim () Não

b. Como foi e está atualmente o () bom () regular () ruim
vínculo mãe-filho?

c. História de transtorno depressivo maior na () Sim () Não
mãe?

d. História familiar de:

d.1. Comportamento disruptivo: () Sim () Não

d.2. Transtornos do humor (depressão,
ansiedade, transtorno bipolar): () Sim () Não

d.3. Uso de substâncias: () Sim () Não

Critérios Diagnósticos pelo DSM-V

A. Um padrão de humor raivoso/irritável, de comportamento questionador/desafiante ou índole vingativa com **duração de pelo menos seis meses**, como evidenciado por pelo menos **quatro sintomas de qualquer das categorias seguintes** e exibido na interação com pelo menos um indivíduo que não seja um irmão.

Humor Raivoso/Irritável:

1. Com frequência perde a calma? () Sim () Não
2. Com frequência é sensível ou facilmente incomodado? () Sim () Não
3. Com frequência é raivoso e ressentido? () Sim () Não

Comportamento Questionador/Desafiante:

4. Frequentemente questiona figuras de autoridade ou, no caso de crianças e adolescentes, adultos? () Sim () Não
5. Frequentemente desafia acintosamente ou se recusa a obedecer a regras ou pedidos de figuras de autoridade? () Sim () Não
6. Frequentemente incomoda deliberadamente outras pessoas? () Sim () Não
7. Frequentemente culpa outros por seus erros ou mau comportamento? () Sim () Não

Índole Vingativa

8. Foi malvado ou vingativo pelo menos **duas vezes nos últimos seis meses**? () Sim () Não

Nota:

A. A **persistência** e a **frequência** desses comportamentos devem ser utilizadas para fazer a distinção entre um comportamento dentro dos limites normais e um comportamento sintomático.

No caso de crianças com 5 anos ou mais, o comportamento deve ocorrer pelo menos **uma vez por semana durante no mínimo seis meses**, exceto se explicitado de outro modo. Embora tais critérios de frequência sirvam de orientação quanto a um nível mínimo de frequência para definir os sintomas, outros fatores também devem ser considerados, tais como se a frequência e a intensidade dos comportamentos estão fora de uma faixa normativa para o nível de desenvolvimento, o gênero e a cultura do indivíduo.

B. A perturbação no comportamento está associada a sofrimento para o indivíduo ou para os outros em seu contexto social imediato:

- Família
- Grupo de pares
- Colegas de trabalho
- Colegas de escola

ou causa impactos negativos no funcionamento:

- Social
- Acadêmico
- Profissional
- ou outras áreas importantes da vida do indivíduo.

C. Os comportamentos não ocorrem exclusivamente durante o curso de um transtorno psicótico, por uso de substância, depressivo ou bipolar?

- Sim
- Não

Além disso, os critérios para transtorno disruptivo da desregulação do humor não são preenchidos?

- Sim
- Não

Especificar a gravidade atual:

Leve: Os sintomas se limitam a apenas um ambiente (p. ex.: em casa, na escola, no trabalho, com os colegas).

Moderada: Alguns sintomas estão presentes em pelo menos dois ambientes.

Grave: Alguns sintomas estão presentes em três ou mais ambientes.

Referências

American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.

Hawes DJ, Gardner F, Dadds MR, Frick PJ, Kimonis ER, Burke JD, Fairchild G. Transtorno desafiador de oposição. Nat Rev Dis Primers. 2023 Jun 22;9(1):31. doi: 10.1038/S41572-023-00441-

Hawes DJ, Gardner F, Dadds MR, et al. Oppositional defiant disorder. Nature reviews. Disease Primers. 2023 Jun;9(1):31. DOI: 10.1038/s41572-023-00441-6. PMID: 37349322.

Stringaris A, Goodman R. Resultado longitudinal da oposição juvenil: comportamentos irritáveis, teimosos e prejudiciais têm previsões distintas. J Am Acad Psiquiatria Infantil Adolescente. 2009 Abr;48(4):404-12. doi: 10.1097/CHI.0b013e3181984f30. PMID: 19318881.

.Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015.

Mansur CG. *Psiquiatria para o Médico Generalista*. ArtMed. 2013.

M.^ªI. Hidalgo Vicario, P.J. Rodríguez Hernández. Asociación Española de Pediatría-Curso de Psiquiatria Infantil. Módulo 2: Tema 4:Transtornos del comportamiento.

TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)

Definição: quadro de ansiedade crônica que causa pensamentos e rituais repetitivos que diminuem temporariamente a ansiedade sentida. A repetição desses comportamentos compulsivos pode piorar o quadro ao longo do tempo, pois o tormento causado por essa obsessão provoca alterações profundas ao psíquico, prejudicando a qualidade de vida e o desempenho escolar. O **diagnóstico é predominantemente clínico**.

Há fatores biológicos, genéticos e ambientais que contribuem para o surgimento do transtorno. Alterações em genes reguladores do sistema serotoninérgico, dopaminérgico e glutamatérgico.

Epidemiologia:

- Prevalência: 1% a 3% ao longo da vida.
- Dois picos de incidência: o primeiro entre 7 e 12 anos, com predomínio em meninos; e o segundo em jovens adultos, com idade média de 21 anos, em que afeta igualmente ambos os gêneros.

Em crianças o subdiagnóstico é predominante, podendo ser devido tanto à natureza oculta dos sintomas - já que demoram a relatar o que os acomete- quanto aos responsáveis por minimizarem os sintomas ou os negarem.

Fatores de risco:

- a. História familiar de TOC ou transtornos do espectro do TOC.
- b. Alta acomodação familiar a sintomas obsessivo-compulsivos.
- c. Exposição a traumas: vítima de assaltos, presenciar violências ou destruições.
- d. Presença de sintomas obsessivo-compulsivos e TOC subclínico.
- e. Anormalidades neuropsicológicas (déficits cognitivos globais, inflexibilidade mental, déficits espaciais e visuais, habilidades motoras prejudicadas).

- f. Transtornos psiquiátricos comórbidos.
- g. Fatores pré-natais, perinatais e pós-natais: ganho de peso excessivo durante a gestação; parto prolongado ou prematuro; icterícia; estresse emocional; lesão cerebral traumática; exposição a substâncias (álcool, cocaína e hormônios) no início da gravidez.
- h. Infecções estreptocócicas e febre reumática (*PANDAS*).

Diagnóstico:

a. Anamnese:

- Presença de obsessões (pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que são intrusivos e indesejados), frequência e gravidade destas.
- Obsessões: relacionadas à limpeza, simetria, pensamentos proibidos ou tabus, e medo de causar danos.
- Compulsões (comportamentos repetitivos ou atos mentais que uma pessoa se sente obrigada a realizar na tentativa de neutralizar o efeito das suas obsessões).
- **Prejuízo no rendimento acadêmico** e na qualidade de vida.
- Em situações gatilhos a criança pode apresentar ansiedade acentuada, ataques de pânico, sentimentos de nojo e sensação de incompletude.
- História de transtornos mentais na família.

b. Exame físico:

- Inspeção:

- Dermatite eczematosa em mãos (por lavagem excessiva).
- Tiques.
- Compulsões menos típicas, associadas à respiração ou piscar de olhos, que podem ser percebidas na consulta.
- *Em todo escolar com suspeita de TOC deverá ser aplicado o questionário OCI-R, que se encontra no final deste capítulo.*

c. Exames complementares: não há exames específicos.

- Hemograma, ferritina, glicemia de jejum, VHS, CPK, TGO, TGP, ureia, creatinina, ASLO, TSH e T₄ livre.

Diagnósticos diferenciais:

- Anorexia nervosa
- TDM
- TEPT
- Coreia de Sydenham
- Epilepsias.

Tratamento:

a. Tratamento não-farmacológico:

- Terapia cognitivo-comportamental (TCC) para casos leves e moderados.
- Casos graves: TCC combinado a medicamentos.

b. Tratamento farmacológico: Os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) são a medicação de primeira linha para TOC em crianças e adolescentes.

Medicações eficazes para o tratamento do TOC pediátrico e aprovadas pelo FDA:

Medicamento	Idade mínima (anos)	Dose de início (mg/dia)	Dose máxima (mg/dia)
Clomipramina	5	12,5 a 25	300
Fluoxetina	8	2,5 a 10	80
Sertralina	6	12,5 a 25	200
Fluvoxamina	8	12,5 a 50	300
Paroxetina	8	2,5 a 10	60

Tratamento de acordo com o perfil do paciente:

- Leve: TCC.
- Moderado: TCC isolada ou combinada com um ISRS.
- Grave: TCC + ISRS por no mínimo 10 semanas.

- Remissão: TCC de manutenção (mínimo de 12 meses) + manutenção do ISRS (em dose máxima por no mínimo 12 meses).
- Não responsivos: Rever diagnóstico, comorbidades, adesão e acomodação familiar; mudar para outro ISRS; tratar distúrbios comórbidos concomitantemente.

Referências

- Almeida RS. Saúde mental da criança e do adolescente. 2ª ed. Barueri: Editora Manole; 2019.
- Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Compêndio de psiquiatria. 11ª edição. Porto Alegre: Artmed; 2017.
- Rutter M, Bishop DVM, Pine DS, Scott S, Stevenson J, Taylor E, Thapar A. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. 5ª ed. Oxford: Blackwell Publishing Limited; 2008.
- Alzola FG., Mascaraque PS. TEMA 6. Transtornos por ansiedad y trastorno obsesivo-compulsivo en la infancia y la adolescencia. In: Vicario IH; Hernández JR. I Curso de psiquiatria del niño y del adolescente para pediatras. 1ª ed. Barcelona: Ediciones Mayo, S.A.; 2018. 135-162.
- Alvarenga PG, Mastrosova RS, Rosário MC. Obsessive compulsive disorder in children and adolescents. In: Rey JM. IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. 1ª ed. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; 2012.

- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
- Kliegman RM, Stanton B, St Geme JW, Schor NF. *Nelson tratado de pediatria*. 20ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2018.
- Sociedade Brasileira de Pediatria. *Tratado de pediatria*. 5ª ed. Vol. 1. Barueri: Manole; 2022.
- Boarati MA, Pantano T, Scivoletto S, editores. *Psiquiatria da infância e adolescência: cuidado multidisciplinar*. Barueri: Manole; 2016
- Nazeer A, Latif F, Mondal A, Azeem MW, Greydanus DE. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: epidemiology, diagnosis and management. *Translational Pediatrics* [Internet]. 2020 Feb;9(S1):S76–93. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7082239/>
- DULCAN, MK; BALLARD, RR; JHA, P; SADHU, JM. *Concise Guide to Child&Adolescent Psychiatry*. American Psychiatry Association Publishing:Arlington,VA; 2018.

INVENTÁRIO DE OBSESSÕES E COMPULSÕES - OCI-R

As afirmações a seguir se referem a experiências que muitas pessoas vivenciam diariamente.

Circle o número que **melhor descreve O QUANTO a experiência** mencionada tem lhe incomodado ou causado aflição NESTE ÚLTIMO MÊS. Os números se referem às seguintes expressões verbais:

0 = Nem um pouco

1 = Um pouco

2 = Moderadamente

3 = Muito

4 = Extremamente

1. Eu tenho acumulado tantas coisas que elas já estão me atrapalhando.	0	1	2	3	4
2. Eu verifico coisas mais vezes do que é necessário.	0	1	2	3	4
3. Eu fico chateado se os objetos não estão arrumados corretamente.	0	1	2	3	4
4. Eu sinto vontade de contar enquanto estou fazendo coisas.	0	1	2	3	4
5. Eu sinto dificuldade em tocar um objeto se sei que este já foi tocado por estranhos ou por certas pessoas.	0	1	2	3	4
6. Eu tenho dificuldades em controlar meus próprios pensamentos.	0	1	2	3	4
7. Eu coleciono coisas de que não preciso.	0	1	2	3	4
8. Eu verifico repetidamente as portas, janelas, gavetas, etc.	0	1	2	3	4
9. Eu fico chateado se outras pessoas mudam as coisas que arrumei.	0	1	2	3	4
10. Eu sinto necessidade de repetir certos números.	0	1	2	3	4
11. Às vezes tenho que me lavar simplesmente porque me sinto contaminado.	0	1	2	3	4
12. Pensamentos desagradáveis que invadem minha mente contra a minha vontade me deixam chateado.	0	1	2	3	4
13. Evito jogar coisas fora, pois tenho medo de precisar delas em um outro momento.	0	1	2	3	4
14. Eu verifico repetidamente o gás, as torneiras e os interruptores de luz após desligá-los.	0	1	2	3	4
15. Eu necessito de que as coisas estejam arrumadas em uma determinada ordem.	0	1	2	3	4
16. Eu acredito que há números bons e ruins.	0	1	2	3	4

17. Eu lavo as minhas mãos mais vezes que o necessário. 18. Eu tenho pensamentos impróprios com frequência e tenho dificuldade em me livrar deles.	0	1	2	3	4
--	---	---	---	---	---

Total de pontos: _____

Pontuação > 21 é considerada positiva e o escolar deverá ser encaminhado a um profissional de saúde mental.

Referência

Souza FP, Foa EB, Meyer E, Niederauer KG, Raffin AL, Cordioli AV. Obsessive Compulsive Inventory and Obsessive-Compulsive Inventory-Revised Scales: Translation into Brazilian Portuguese and Cross-Cultural Adaptation. Rev Bras Psiquiatr. 2008 Mar;30(1):42-6.

DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

Definição: pela Organização Mundial de Saúde

Retardo Mental	QI	CID	Nível acadêmico adquirido na vida adulta	Linguagem
Leve	50-70	F70	4º a 6º ano	Concreta ou limitada
Moderado	36-50	F71	2º ano	Mais limitada
Grave	20-35	F72	< 1º ano	Palavras simples e frases
Profundo	< 20	F73	< 1º ano	Não verbal

- Inicia no período de desenvolvimento, com déficits funcionais intelectuais e adaptativos nos domínios conceitual, social e prático.
- Déficits adaptativos: limitam o funcionamento de uma ou mais atividades diárias, comprometendo a comunicação e o aspecto social, repercutindo nos 3 ambientes: casa, escola e trabalho.

Habilidades adaptativas:

Conceituais: linguagem (receptiva e expressiva), leitura e escrita, raciocínio matemático (p. ex., conceitos de dinheiro) e autodirecionamento, memória.

Sociais: interpessoal, responsabilidade, autoestima, seguir regras, obedecer as leis, credibilidade.

Práticas: inclui as atividades de vida diária como comer, usar o banheiro (uso do toailete e tomar banho), vestir-se, controlar os esfíncteres e locomover-se; e as atividades instrumentais da vida

diária como preparar refeições, cuidar da casa, tomar remédios, lidar com o dinheiro, usar telefones, fazer compras.

Prevalência: 1% a 3%.

- **Sexo:** mais frequente em meninos.
- Afeta mais **classes socioeconômicas menos favorecidas.**
- **Início < 18 anos.**

Etiologia:

1. Pré-natal:

- Uso de álcool ou outras drogas na gestação? (narcóticos, chumbo, anticonvulsivantes, tabaco)
- TORCHS?
- Defeitos congênitos de SNC?
- Prematuridade?
- Desnutrição intrauterina extrema? RCIU?
- MF cerebrais?
- Exposição da mãe à radiação?
- Complicações gestacionais: placenta prévia, prolapso de cordão, hemorragias?
- Doenças da tireoide?
- DM gestacional?
- Quantas consultas realizou no pré-natal? (< 6 é fator de risco para DI)
- Toxemia gravídica?

2. Perinatal:

- Hipóxia?
- Hiperbilirrubinemia?
- HIV?
- Hipotireoidismo?
- Trauma de parto? (cerebral, uso de fórceps)
- Encefalopatia hipóxico-isquêmica?
- Hipoglicemia?

- Baixo peso ao nascer?
- Hemorragias?
- Prematuridade extrema?
- Incompatibilidade sanguínea?
- Acidente vascular cerebral?
- Encefalopatia por hiperbilirrubinemia?

3. Pós-natal

- Infecção do SNC
- Traumatismo cranioencefálico
- Desmielinização (primária ou secundária)
- Desnutrição grave
- Radiações
- Intoxicação por mercúrio e cobre
- Síndrome epilépticas graves (síndrome de West)
- Baixo nível socioeconômico
- Abuso e negligência
- Doenças neurológicas
- Tumor de sistema nervoso central
- Hipotireoidismo
- Exposição à radiação

4. Genética: aberrações numéricas ou estruturais (Síndrome de Down, Síndrome do X frágil), deleções (síndrome velocardiofacial), microdeleções ou microduplicações, defeitos gênicos monogênicos ou oligogênicos). EIM (fenilcetonúria).

5. Outros fatores:

- Privação sociocultural?
- Falta de cuidados preventivos adequados
- Pais com QI baixo ou nível educacional baixo
- Doenças psiquiátricas nos pais
- Falta de estímulo psicossocial
- Pais com poucas habilidades parentais
- Pouca procura por atendimento

6. Comorbidades associadas a DI:

- Epilepsia (síndromes de West, Ohtahara e Lennox-Gastaut)
- Espasticidades
- Distonias
- Ataxia
- Baixas acuidades visual e auditiva
- Doença cardíaca congênita
- Fenda labiopalatal
- Anomalias de membros (pé equinovaro, DCQ, pé torto congênito)
- Malformações renais
- Deficiência de vitaminas e sais minerais comprometendo o ganho pômdero-estatural
- Infecções recorrentes
- Transtornos alimentares
- Baixa estatura.
- Transtornos mentais (autolesão deflagrada na Síndrome de Lesch-Nyhan; punções na pele e TOC na Síndrome de Prader-Willi, traços autistas e hiperatividade na Síndrome do X frágil, estereotipias e tricotilomania na síndrome de Smith-Magenis e transtorno esquizoide na síndrome da deleção do 22q11.

Quadro Clínico:

a. Anamnese:

- Queixas mais frequentes dos pais: **atraso na fala, baixo rendimento escolar e alterações no comportamento.**
- História familiar de DI e/ou doenças neurológicas
- Casamento consanguíneo (dos pais e na família)
- Nível educacional dos pais
- Lactentes apresentam atraso no desenvolvimento neuropsicomotor ou dismorfismos: falta de resposta a estímulos visuais e auditivos, alterações posturais como hipotonia ou hipertonia e dificuldades na alimentação
- Observar no exame físico:

1. Síndrome alcoólica fetal

2. Erros inatos do metabolismo: atraso no DNPM, problemas comportamentais e no aprendizado.

3. Síndrome do X frágil: fixação pobre do olhar, hiperatividade, aversão ao toque-TEA; face alongada, macrotia, macro-orquidismo, hiperextensibilidade articular e crises epilépticas. Diagnóstico: mutação do gene FMR1 por PCR ou técnica de *Southern Blotting* (padrão-ouro).

4. Síndrome de Down

5. Síndrome de Rett: meninas apresentam perda da fala, movimentos estereotipados das mãos, epilepsia, alterações respiratórias e comprometimento da marcha.

- Atraso na fala
- Baixo rendimento acadêmico
- Alterações comportamentais
- Algumas doenças que geralmente acompanham a DI: paralisia cerebral, epilepsia, lactentes hipotônicos, autismo, entre outras.

Exame físico:

- PC, estatura, extensão dos segmentos superior/inferior, peso, circunferências abdominal e torácica.
- Alterações na pele, anomalias congênitas.
- Distâncias pupilares e intercantais.
- Extensão dos pés e palma das mãos.
- Exame neurológico completo (pares cranianos, equilíbrio, marcha, reflexos, fundo de olho, etc.)
- Atraso no DNPM
- Dismorfismos
- Micro e macrocefalia
- Investigar associações com DI: distúrbios visuais, auditivos, ortopédicos (deficiências motoras), comportamentais e emocionais
- Epilepsias

- A DI somente deve ser diagnosticada após os 5 anos de idade.

- A presença de **4 ou mais anomalias menores** direciona a **causa de DI** para genética.

- **Quociente de inteligência < 68 na Escala de Stanford-Binet ou < 70 no teste de Wechsler define a presença de DI.** O critério de QI não é a característica central do diagnóstico. O diagnóstico é baseado no nível das funções adaptativas nos domínios social, conceitual e habilidades práticas.

Fazer heredograma da família de três gerações

Exames Complementares:

- TSH, T4 livre, amônia, homocisteína,

- Sorologia para TORCHS e Zica Vírus

- TAC: microcefalia, macrocefalia, epilepsias, atraso no DNPM e sinais neurológicos focais.

- RNM: displasia de corpo caloso, persistência do *cavum* do septo pelúcido e/ou *vergae*, ventriculomegalia, hipoplasia vermiana, displasias corticais e alargamento do espaço subaracnóideo.

- EEG e vídeo-EEG: na suspeita de epilepsias.

- Testes de inteligência padronizados e individualizados, em crianças **acima de 5 anos.**

- **Avaliação oftalmológica e auditiva (TEA).**

- **Cariótipo tradicional:** para anomalias cromossômicas

- **Análise de *microarray*:** microdeleções e microduplicações na hibridação genômica comparativa.

- **Exoma:** herança monogênica presumida (um único gene envolvido na doença) ou com grande heterogeneidade genética (vários genes responsáveis pelo mesmo quadro clínico).

- **CGH-array:** identifica alterações cromossômicas (duplicações, deleções de segmentos cromossômicos, deleções e duplicações). Indicado em síndromes genéticas, *atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, deficiência intelectual e transtorno do espectro autista.*

- Outros exames: **dosagem de ácidos orgânicos e aminoácidos na urina, lactato e piruvato no sangue e LCR, dosagem de**

creatinquinase, nível sérico de amônia (distúrbios do ciclo da ureia), homocisteína (distúrbios da homocisteína).

- **FISH:** para detectar anomalias cromossômicas submicroscópicas (microdeleções) - síndrome de Prader-Willi, de Angelman, velocardiofacial, de DiGeorge e de Williams.

- **MLPA:** para síndrome de Rett.

Tratamento:

- Específico não há.

- Da causa básica quando possível.

Referências

Duarte, RCB. Deficiência Intelectual na criança. Residência Pediátrica 2018; 8(supl 1): 17-25. DOI:10.25060/residpediatr-2018.v8s1-04.

DULCAN, MK; BALLARD, RR; JHA, P; SADHU, JM. Concise Guide to Child&Adolescent Psychiatry. American Psychiatry Association Publishing:Arlington,VA; 2018

Kishore MT, Udipi GA, Seshadri SP. Clinical practice guidelines for assessment and management of intelectual disability. Indian J. Psychiatry 2019; 61: 194-210.

PROGRAMA EDUCACIONAL INDIVIDUALIZADO (PEI)

Conceito: é um documento elaborado pelo professor a partir de uma avaliação de um aluno com necessidade educacional específica.

Características: O PEI vai além da aprendizagem tradicional, abrangendo aspectos sociais, emocionais e motores do aluno. Assim, o principal objetivo é criar uma estratégia de ensino adaptada às necessidades individuais, garantindo desenvolvimento pleno e participação ativa na vida escolar.

Elaboração do PEI de um aluno:

1. Identificação e avaliação inicial das necessidades do **aluno**;
2. Definição de metas educacionais específicas;
3. Desenvolvimento de estratégias e adaptações personalizadas;
4. Definição de métodos de avaliação e monitoramento;
5. Consulta e colaboração com pais e especialistas;

Qual é o objetivo do Plano Educacional Individualizado?

O PEI é considerado uma proposta de organização curricular desenvolvida especialmente para cada educando com deficiência, que tem o objetivo de nortear a mediação pedagógica do professor e de desenvolver os potenciais ainda não consolidados do aluno.

De quem é a obrigação de fazer o PEI?

A principal base legal que obriga as escolas a elaborar o PEI é o artigo 28 da Lei nº 13.146 de 06 de julho de 2015, também conhecida como Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI).

É obrigatório fazer o PEI?

O PEI é um documento OBRIGATÓRIO POR LEI para garantir que um caminho seja traçado no intuito de facilitar a adaptação de QUALQUER CRIANÇA COM NECESSIDADE ESPECIAL dentro da escola.

Quem faz o PEI da escola?

Um PEI para ser efetivo é necessário que seja elaborado de forma colaborativa com professores, coordenadores pedagógicos, pais e profissionais de educação que fazem o acompanhamento da criança na escola. O aluno também pode opinar sobre o processo de aprendizagem.

Quais alunos têm direito ao PEI?

O PEI é o instrumento de planejamento individualizado, destinado a cada educando com deficiência, transtorno do espectro autista e altas habilidades ou superdotação, elaborado anualmente, em que constarão todos os esforços pedagógicos mobilizados para a aprendizagem do estudante.

O que não pode faltar no PEI?

Em linhas gerais, o PEI deve, primeiramente, justificar o porquê daquele aluno necessitar do documento e responder às seguintes questões: o que, como, para que, e por que ele vai aprender aquele determinado conteúdo.

Qual profissional faz o PEI?

O PEI (Plano de Ensino Individualizado) deve ser elaborado por uma equipe multidisciplinar composta por professores, profissionais da educação e profissionais da área clínica, como psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e psicopedagogos.

ANEXOS

1. Ficha de Avaliação de Criança/Adolescente com Suspeita de Transtornos Psiquiátricos

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Série: _____ Prontuário nº: _____

Escola: _____

Médico responsável: _____

Residente: _____

Acadêmico: _____

Informante: _____ . Relação com paciente: _____

Queixa principal e duração: _____

História mórbida atual: _____

Medicações em uso: _____

Antecedentes Pessoais:

Gestação: intercorrências, relacionamento dos pais antes e durante a gestação, aceitação dos pais, ameaça ou tentativa de aborto, hiperemese. Comportamento de risco, uso de álcool, tabaco, drogas, medicações. Infecções virais, doenças maternas, eventos estressores, estado psicológico da mãe durante a gravidez.

Parto: tipo de parto: cesárea/vaginal/fórceps _____.

Motivo: _____

Idade gestacional: _____ . Local: Hospital/domicílio/outro: _____

Pós-parto materno: _____

Condições do RN:

Peso de nascimento: _____ g. Comprimento: _____ cm.

Perímetro cefálico: _____ cm.

Apgar: _____/_____.

Outras intercorrências: (cianose/hipotonia/icterícia/convulsões/desequilíbrio metabólico). _____

Estado psicológico da mãe no pós-parto:

Desenvolvimento Neuropsicomotor:

1. Sucção: _____

2. Tônus muscular: _____
3. Sorriso social: _____
4. Reação aos estímulos auditivos _____
5. Reação ao estímulo visual: (faz contato visual/acompanha com o olhar):

6. Sentou sem apoio: _____
7. Primeiros passos: _____
8. Andou sem apoio: _____
9. Primeiras palavras: _____
10. Formou frases: _____
11. Relatos: _____
12. Controle vesical diurno: _____ Noturno: _____ Anal: _____
13. Utilizou banheiro sozinho: _____
14. Vestiu-se sozinho: _____

Antecedentes Patológicos: (infecções virais na infância/crises convulsivas/TCE/cirurgias/internações clínicas/outros) _____

Hábitos:

- Alimentares (aleitamento/desmame/seletividade): _____
- Sucção do polegar/chupeta/mastigar roupas e objetos: _____
- Estereotípias vocais/motoras/tiques/gagueira/onico-fagia: _____
- Hábitos de higiene/enurese/Encoprese: _____
- Sono (onde dorme/dorme sozinho/horário): _____
- Brincadeiras (interação com outras crianças/lúdica/funcional/preferência por objetos que não são brinquedos ou brinquedos específicos): _____

- Uso de equipamentos eletrônicos: _____

Conduta pré-mórbida:

- Linguagem (nível de comunicação verbal/não verbal, desenvolvimento): _____

- Socialização (interação com pares/adultos, diferentes ambientes/tem amigos): _____

- Reações a mudanças de rotina/rituais: _____

- Hiperatividade/agressividade: _____

Escolaridade:

Início da pré-escola (idade/adaptação): _____

Início da escola (idade/adaptação): _____
Nível escolar atual: _____ Turno: _____
Atividades de contra-turno: _____
Escola Municipal/estadual/particular: _____
Regular/Especial: _____
Reprovações: _____ Motivo: _____
Dificuldades específicas de aprendizado: _____
Aproveitamento escolar: _____
Avaliação neuropsicológica e psicopedagógica: _____
Conduta e disciplina na escola: (relação com colegas, professores, outros profissionais, organização do material- se tiver carta de encaminhamento do colégio anexar no prontuário): _____
Sexualidade: Menarca: _____ Início da atividade sexual: _____
Uso de anticoncepção: _____ Hábitos sexuais: _____
Hipersexualidade/conduta imprópria para idade: _____
Gestação prévia: _____ Violência sexual: _____

Construir a árvore genealógica da família no espaço a seguir:

Antecedentes Familiares:

Nome do pai: _____
Idade: _____ Grau de instrução: _____
Profissão: _____
Empregado/desempregado no último ano: _____
Nome da mãe: _____
Idade: _____ Grau de instrução: _____
Profissão: _____
Empregado/desempregado no último ano: _____
Irmãos (quantidade/idade/sexo/escolaridade que atingiram):

Antecedentes patológicos familiares (doenças clínicas):

Antecedentes patológicos familiares (doenças psiquiátricas):

* preencher ao lado qual (is) familiar (es)

() Internação psiquiátrica _____
() Transtorno do Espectro Autismo _____
() Transtorno Afetivo Bipolar _____
() Deficiência intelectual (classe especial/frequenta APAE, etc.): _____

- () Alcoolismo _____
() Faz uso de psicofármacos (escrever qual [is]) _____

() Tentativa de suicídio/Suicídio consumado: _____
() Esquizofrenia _____
() Transtorno depressivo maior _____
() Outra dependência química: _____
() Outros: _____

Estudo Familiar:

Composição familiar e situação conjugal dos pais:

Métodos educacionais dos pais, personalidade dos mesmos:

Relação entre familiares e dos familiares com a criança/adolescente:

Moradia

Tipo de moradia: _____ Relação de propriedade: _____

Número de cômodos: _____ Residem: _____

Região em que mora (rural/urbana, área de violência/tráfico): _____

Renda familiar mensal: _____ Responsável pelo sustento: _____

Eventuais mudanças e consequências: _____

Importantes eventos de vida: _____

Hábitos religiosos: _____

Lazer/*hobbies*/atividades: _____

Exame físico

Peso: Kg; Estatura: cm; IMC: ; PA: mmHg; PC: cm

Fundo de Olho:

Aspecto geral (apresentação/fácies sindrômica/implantação auricular/pregas epicânticas/olhar/interação): _____

Alterações na marcha/deficiência física/uso de óculos/aparelho auditivo: _____

Exame neurológico: _____

Outras alterações: _____

Exame psíquico

Impressão geral:

Consciência: _____

Orientação (temporo-espacial/auto/alopsíquica): _____

Atenção: _____

Memória: _____

Inteligência: _____

Linguagem: _____

Psicomotricidade/comportamento: _____

Ideação: _____

Humor: _____

Afeto: _____

Volição: _____

Sensopercepção (alucinações): _____

Pensamento (curso/formato/conteúdo/delírios): _____

Juízo: _____

Crítica: _____

Alterações no sono: _____

Outros: _____

Hipóteses diagnósticas:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Plano:

() Ambulatório específico: _____

() Ambulatório geral: _____

() Escalas: _____

() Avaliação neuropsicológica: _____ () Psicopedagógica: _____

() Exames laboratoriais (hemograma, CPK, AST, ALT, creatinina, VHS, TSH, perfil lipídico, perfil glicêmico, VDRL, outras sorologias, outros [cobre]):

() Outros exames complementares (TAC, RNM de crânio/EEG/ECG, outros):

Conduta:

ORIENTAÇÕES COMPORTAMENTAIS:

2. Questionário de transtorno do desenvolvimento da coordenação – DCDQ-Brasil

Nome da criança: _____

Pessoa que preenche o questionário: _____

Parentesco com a criança: _____

Data: ____/____/____ Idade: ____ (anos e meses)

Escola Municipal: _____.

A maioria dos itens deste questionário se refere a atividades motoras que sua criança faz com as mãos ou quando movimentada. A coordenação motora tende a melhorar a cada ano, à medida que a criança cresce e se desenvolve. Por esse motivo, será mais fácil responder às perguntas se você pensar em outras crianças que você conhece e que têm a mesma idade de sua criança. Faça um círculo em volta do número que melhor descreve sua criança. Se você quiser mudar sua resposta e assinalar outro número, por favor, faça dois círculos em volta da resposta correta.

Ao responder as perguntas, compare o grau de coordenação de seu filho(a) com outras crianças da mesma idade. **Sua criança....**

1 - Não é nada parecido com sua criança

2 - Parece um pouquinho com sua criança

3 - Moderadamente parecido com sua criança

4 - Parece bastante com sua criança

5 - Extremamente parecido com sua criança

1) Lança uma bola de maneira controlada e precisa.	1	2	3	4	5
2) Agarra uma bola pequena (por exemplo, do tamanho de uma bola de tênis) lançada de uma distância de cerca de 2 metros.	1	2	3	4	5
3) Se sai tão bem em esportes de equipe (como futebol e queimada) quanto em esportes individuais (como natação e skate), porque suas habilidades motoras são boas o suficiente para participar bem de um time.	1	2	3	4	5
4) Salta facilmente por cima de obstáculos encontrados no quintal, parque ou no ambiente onde brinca.	1	2	3	4	5
5) Corre com a mesma rapidez e de maneira parecida com outras crianças do mesmo sexo e idade	1	2	3	4	5

6) Se tem um plano de fazer uma atividade motora, ela consegue organizar seu corpo para seguir o plano e completar a tarefa de modo eficaz (por exemplo, construir um “esconderijo” ou “cabaninha” de papelão ou almofadas, mover-se nos equipamentos do parquinho, construir uma casa ou uma estrutura com blocos, ou usar materiais artesanais).	1	2	3	4	5
7) Escreve ou desenha rápido o suficiente para acompanhar o resto das crianças na sala de aula	1	2	3	4	5
8) Escreve letras, números e palavras de maneira legível e precisa ou, se sua criança ainda não aprendeu a escrever, ela consegue colorir e desenhar de maneira coordenada, e faz desenhos que você consegue reconhecer.	1	2	3	4	5
9) Usa esforço ou tensão apropriados quando está escrevendo (não usa pressão excessiva ou segura forte demais o lápis, não escreve forte ou escuro demais, nem leve demais).	1	2	3	4	5
10) Recorta gravuras e formas com precisão e facilidade	1	2	3	4	5
11) Tem interesse e gosta de participar de atividades esportivas ou jogos ativos que exigem boa habilidade motora	1	2	3	4	5
12) Aprende novas tarefas motoras (por exemplo, nadar, andar de patins) facilmente e não precisa de mais treino ou mais tempo que outras crianças para atingir o mesmo nível de habilidade.	1	2	3	4	5
13) É rápida e competente em se arrumar, colocando e amarrando sapatos, vestindo-se, etc.	1	2	3	4	5
14) Aprendeu a cortar carne com garfo e faca na mesma idade que seus amigos.	1	2	3	4	5
15) Não se cansa facilmente ou não parece desmontar ou “escorregar da cadeira” quando tem que ficar sentada por muito tempo.	1	2	3	4	5

A correção é feita pela escala *Likert*, assim, quanto maior a pontuação, menor a possibilidade de doença.

Pontuação	Pontuação
15-57	58-75
Indicação ou suspeita de TDC	Provavelmente não é TDC

3. Ficha de Avaliação de Estudante com suspeita de BAIXO RENDIMENTO ACADÊMICO (BRA)

Nome: _____ Data: ____/____/____

Idade: _____ Sexo: _____ Série: _____

Escola: _____

Quociente de Inteligência: _____

Estudante é:

- a. 1º filho
- b. 2º filho
- c. 3º filho
- d. Último filho

*Filhos mais novos de famílias numerosas tem mais dislexia.

Condições Socioeconômicas: () boa () média () baixa

Presença de comorbidades: () Sim () Não

1. Tabagismo na gestação (pela mãe): () sim () não () não sabe informar

2. Idade gestacional: () sim () não () não sabe informar
Pré-termo A termo Pós-termo

3. Peso de nascimento: () < 2500g () > 2500g

4. Uso de álcool na gestação (pela mãe): () sim () não () não sabe informar

5. História do desenvolvimento neuropsicomotor: () Sim () Não

5.a. 3 meses: Firmou a cabeça? () Sim () Não

5.b. 6 meses: Sentou? () Sim () Não

5.c. 9 meses: Engatinhou? () Sim () Não

5.d. 12 meses: Andou com apoio? () Sim () Não

- 5.e. 15 meses: Andou sem apoio? () Sim () Não
 5. f. 18 meses: Já pedia para fazer "xixi" e "cocô" ? () Sim () Não
 5. g. 2 anos: Expressava-se com frases de duas palavras? () Sim () Não
 5.h. 3 anos: A linguagem era inteligível? () Sim () Não
 5.i. 4 anos: Sabia seu nome inteiro? () Sim () Não
 5.j. 5 anos: Desenhava um homem com cabeça, corpo, braços e pernas? () Sim () Não

6. História familiar de TDAH ou Baixo Rendimento Acadêmico: () Sim () Não

Especificar qual (is) membro (s) da família é (são) afetado (s) e por qual doença:

7. Condições de Nascimento:

Peso de nascimento: _____. Apgar: _____/_____. PC:_____.
 E:_____. Idade gestacional:_____semanas. Asfíxia neonatal:_____.
 Icterícia neonatal:_____.

8. Antecedentes Obstétricos:

Doenças infecciosas intrauterinas: () Sim () Não
 Se sim. Especifique a(s) sorologia(s) positiva(s) (toxoplasmose, rubéola, estreptococo grupo B, HIV, CMV, sífilis, etc.):

Outras doenças gestacionais:_____.

Intoxicação por (pós-natal também): Chumbo Mercúrio **Agrotóxicos**

Uso de antimicrobianos:

- () Talidomida
 () Sulfonamidas
 () Isoniazida
 () Ribavirina
 () Não

Uso de anticonvulsivantes:

- () Fenobarbital
 () Carbamazepina
 () Fenitoína
 () Não

() Outros anticonvulsivantes (citar quais):_____

9. Antecedentes Mórbitos Pessoais:

- Encefalite: () Sim () Não
Meningite: () Sim () Não
Meningoencefalite: () Sim () Não
Poliomielite: () Sim () Não
Otite Média Aguda: () Sim () Não

10. Condições Socioeconômicas:

- () Ruim () Boa () Excelente
Pai: () empregado () desempregado
Mãe: () empregada () desempregada
Desnutrição severa da criança avaliada: () Sim () Não
Deprivação social contínua: () Sim () Não
Ausência de estímulo cognitivo no lar: () Sim () Não
Abuso físico: () Sim () Não
Abuso sexual: () Sim () Não
Negligência: () Sim () Não
Perda (recente) de ente querido: () Sim () Não
Eventos traumáticos (recentes): () guerras () desastres naturais

11. Nível de instrução dos pais:

() Pai () Mãe

- () Ensino fundamental incompleto
() Ensino fundamental completo
() Ensino médio incompleto
() Ensino médio completo
() Superior incompleto
() Superior completo
() Pós-graduação

12. Quantidade de horas de leitura por semana dos pais:

- () < 3 horas () de 3 a 5 horas () > 5 horas

13. História do comportamento da criança-entrevista com os pais _____

14. Entrevista individual com a criança/adolescente: _____

Critérios diagnósticos do DSM-5 para TDAH

A. Um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento e no desenvolvimento, conforme caracterizado por (1) e/ou (2):

1. Desatenção: seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses, em um grau que é inconsistente com o nível de desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais:

Nota: os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento opositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções. Para **adolescentes** mais velhos e adultos (17 anos ou mais), pelo menos **cinco** sintomas são necessários:

a. Frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades (p.ex., negligencia ou deixa passar detalhes, o trabalho é impreciso).

b. Frequentemente tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas (p.ex., dificuldade de manter o foco durante aulas, conversas ou leituras prolongadas).

c. Frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente (p.ex., parece estar com a cabeça longe, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia).

d. Frequentemente não segue instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho (p.ex., começa as tarefas, mas rapidamente perde o foco e facilmente perde o rumo). Não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções.

e. Frequentemente tem dificuldade para organizar tarefas e atividades (p.ex., dificuldade em gerenciar tarefas sequenciais;

dificuldade em manter materiais e objetos pessoais em ordem; trabalho desorganizado e desleixado; mau gerenciamento do tempo; dificuldade em cumprir prazos)

f. Frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado (p.ex., trabalhos escolares ou lições de casa)

g. Frequentemente perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (p. ex., materiais escolares, lápis, livros, instrumentos, carteiras, chaves, documentos, óculos, celular).

h. Com frequência é facilmente distraído por estímulos externos.

i. Com frequência é esquecido em relação a atividades cotidianas (p.ex., realizar tarefas, obrigações; para adolescentes mais velhos, retornar ligações, pagar contas, manter horários agendados).

2.Hiperatividade e impulsividade: seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos 6 meses, em grau que é inconsistente com o nível de desenvolvimento e tem impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais:

Nota: Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento opositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são necessários.

j. Frequentemente remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na cadeira.

k. Frequentemente levanta da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado (p.ex., sai do seu lugar em sala de aula, no escritório ou em outro local de trabalho ou em situações que exijam que se permaneça em um mesmo lugar).

l. Frequentemente corre ou sobe nas coisas em situações em que isto é inapropriado.

m. Com frequência é incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente.

n. Com frequência “não para”, agindo como se estivesse “com o motor ligado” (p.ex., não consegue ou se sente desconfortável em ficar parado por muito tempo, como em restaurantes, reuniões; outros podem ver o indivíduo como inquieto ou difícil de acompanhar).

o. Frequentemente fala demais.

p. Frequentemente deixa escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída (p.ex., termina frases dos outros, não consegue aguardar a sua vez de falar).

q. Frequentemente tem dificuldade para esperar a sua vez (p.ex., aguardar em uma fila).

r. Frequentemente interrompe ou se intromete (p.ex., mete-se nas conversas, jogos ou atividades; pode começar a usar as coisas de outras pessoas sem pedir ou receber permissão; para **adolescentes**, pode intrometer-se em ou assumir o controle sobre o que outros estão fazendo).

B. Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estavam presentes antes dos 7 anos de idade: () Sim () Não

C. Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estão presentes em dois ou mais ambientes (p.ex., em casa, na escola, no trabalho; com amigos ou parentes; em outras atividades): () Sim () Não

D. Há evidências claras de que os sintomas interferem no funcionamento social, acadêmico ou profissional ou de que reduzem sua qualidade: () Sim () Não

E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não são mais bem explicados por outro transtorno mental (p. ex., transtorno do humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo, transtorno da personalidade, intoxicação ou abstinência de substância).

Avaliação para diagnóstico de DISLEXIA:

O estudante avaliado está:

() Na infância média

() Na adolescência

1. História familiar de dislexia em parentes de 1º grau:

Pai Mãe Irmãos

2. Domínio dos processamentos:

a. Visual: normal alterado

b. Fonológico: normal alterado

c. Ortográfico (avaliar o caderno de português):

Compatível com dislexia incompatível com dislexia

3. Velocidade de processamento da linguagem oral:

Adequada Inadequada

4. Fatores de risco para a dislexia:

4.a. Pré-escolar:- Idade que falou as primeiras palavras (dislexia):

- Dificuldade de fala: sim não

- Velocidade de aprendizado das:

a. cores: lenta normal rápida

b. letras: lenta normal rápida

4.b. Escolar: até 8 anos de idade

Conhecimento das letras: Adequado Inadequado

Habilidade com fonemas e rimas: Adequado Inadequado

4.c. Escolar: > 8 anos de idade

Dificuldade em expressar a linguagem: () Sim () Não

Vocabulário visual: () fraco () bom () ótimo

Problemas com leitura de novas palavras: () Sim () Não

Dificuldade de soletrar para decifrar: () Sim () Não

Expressão escrita: () fraco () bom () ótimo

Prejuízo na memória verbal: () Sim () Não

4.d. Na escola:

Atraso na aquisição da linguagem () Sim () Não

Dificuldade de alfabetização () Sim () Não

Dificuldade em aprender os nomes das letras () Sim () Não

Dificuldade para se lembrar de símbolos e para aprender o alfabeto () Sim () Não

Trocas na fala	() Sim	() Não
Dificuldade para separar e sequenciar sons e palavras	() Sim	() Não
Dificuldade para aprender a ler, escrever e soletrar	() Sim	() Não
Dificuldade em aprender palavras novas	() Sim	() Não
Dificuldade em nomear	() Sim	() Não
Dificuldade na aprendizagem de músicas com rimas	() Sim	() Não
Pronúncia incorreta de palavras	() Sim	() Não
Dificuldade na habilidade motora fina (na preensão do lápis e na escrita)	() Sim	() Não
Dificuldade em copiar do quadro	() Sim	() Não
Nível de leitura abaixo do esperado para sua idade	() Sim	() Não
Dificuldade para entender enunciados nas provas	() Sim	() Não
Dificuldade na elaboração e na compreensão de textos	() Sim	() Não
Dificuldade para aprender outros idiomas	() Sim	() Não
Dificuldade em memorizar tabuadas, figuras geométricas e mapas	() Sim	() Não
Leitura vagarosa e com erros	() Sim	() Não
Vocabulário pobre para idade	() Sim	() Não

Avaliação para diagnóstico de DISPRAXIA/TRANSTORNO DO DESENVOLVIMENTO DA COORDENAÇÃO

Transtorno do desenvolvimento no qual a criança apresenta **falhas na coordenação motora normal**, e **ausência** de dificuldades de aprendizagem geral.

- | | | |
|---------------------------------------|----------|------------|
| a. Engatinhou aos 9 meses: | sim | não |
| b. Andou sem apoio aos 15 meses: | sim | não |
| c. Falou 3 a 6 palavras aos 18 meses: | sim | não |
| d. Controle do lápis/caneta: | adequado | inadequado |
| e. Qualidade da escrita: | adequada | inadequada |
| f. Habilidade de copiar: | adequada | inadequada |

Crianças maiores:

- | | | |
|--------------------------------|----------|------------|
| g. Capacidade de usar tesoura: | adequada | inadequada |
| h. Facilidade para quedas: | sim | não |
| i. Desinteresse por esportes: | sim | não |

Exame Físico:

FC: _____ bpm. PESO: _____ kg. ESTATURA: _____ cm. IMC: _____

PA: _____ / _____ mmHg

Fundo de Olho: _____

Exame de Nervos Cranianos: Normal Alterado

Se alterado, especifique qual(is) par(es): _____

Exame neurológico: Normal Alterado

Se alterado, especifique: _____

• Hipóteses Diagnósticas:

1. _____
2. _____
3. _____

• Conduta:

- Orientar a mãe no retorno traga o **caderno de português, boletim escolar e cartão de vacinas** (Apgar)
- Avaliação Oftalmológica
- Avaliação Fonoaudiológica
- Avaliação otorrinolaringológica

- Hemograma, ferritina, VHS, TSH, T₄ livre, dosagem sérica de vitamina D, CPK, glicemia de jejum, creatinina, TGO, TGP, parcial de urina e parasitológico de fezes (3 amostras)
- Cariótipo, *FISH*, triagem metabólica para ácidos orgânicos na urina, aminoácidos no sangue.
- EEG e Monitorização vídeo-eletroencefalográfica noturna (suspeita de epilepsias [crises de ausência], transtornos da linguagem).
- Na suspeita de transtorno psicossocial ou emocional prejudicando o desempenho acadêmico, aplicar o *PSC* ou o *SDQ*.

• **Acompanhamento clínico-MONITORIZAR: a cada 3 meses:**

1ª Consulta:

- PA: FC: Peso: Estatura:

2ª Consulta:

- PA: FC: Peso: Estatura:

3ª Consulta:

- PA: FC: Peso: Estatura:

4ª Consulta:

- PA: FC: Peso: Estatura:

- Avaliar movimentos anormais ou tiques motores a cada visita em crianças em uso de metilfenidato.

Acadêmico: _____.

Professor: _____.

Principais psicofármacos utilizados em crianças e adolescentes

Psicofármaco	Dosagem (mg/dia)	Indicações	FDA status	Vias de administração	Efeitos adversos e cuidados especiais
Clorpromazina	20-400	ESQ	A partir dos seis meses	VO, IM, <i>depot</i>	Efeitos colinérgicos (boca seca, obstipação, visão turva, hipotensão) e sonolência
Haloperidol	0,5-8 (pré-púbe-res) 1-16 (púberes)	THB	A partir dos três anos	VO, IM, <i>depot</i>	Sintomas extrapiramidais, sonolência, discinesia de retirada. Risco de síndrome neuroléptica maligna
Levomepromazina	12,5-75	agressividade	A partir dos 2 anos	VO, IM	Risco de prolongamento QTc.*Não deve ser utilizado como primeira escolha (FDA)
Risperidona	0,25-6	Agitação psicomotora	A partir dos seis anos em autismo e de 10-12 em THB e ESQ	VO, <i>depot</i>	Sedação, aumento de apetite e peso, menos efeitos extrapiramidais (quando comparado com o haloperidol). Alguns relatos de alteração da condução elétrica cardíaca sugerem monitoramento.
Olanzapina	2,5-20		A partir dos 13 anos	VO, IM, <i>depot</i>	Sedação, aumento do apetite e peso, baixa incidência de efeitos extrapiramidais

			para THB e ESQ		
Quetiapina	25-600		A partir de 10 anos para THB e 13 anos para ESQ	VO	Sedação, aumento do apetite e peso, baixa incidência de efeitos extrapiramidais. Potencial risco de formação de catarata.
Lítio	10-30 mg/Kg (nível sérico de 0,6 a 1,2 mEq/l)	THB	A partir dos 12 anos	VO	Poliúria, polidipsia, tremor, ataxia, náusea, diarreia, ganho de peso, tontura, acne. Em longo prazo, alterações nas funções renal e/ou tireoideana. Em crianças são mais comuns sintomas neurológicos durante o período de introdução da medicação.
Carbamazepi-na	200-1000 (nível sérico entre 5-10 mg/l)	THB, epilepsia	Aprovado apenas para epilepsia em qual-	VO	Risco de discrasias sanguíneas (necessidade de controle hematológico periodicamente). tontura, <i>rash</i> cutâneo. Risco de toxicidade hepática, especialmente em menores de 10 anos (necessidade de dosagem de transaminases e bilirrubinas). Indutor

			quer idade		potente da enzima CYP 3A4, implicando em reajustes periódicos das doses.
Divalproato de sódio	500-1500 (nível sérico entre 50-100 mg/l)	THB, agressividade, agitação psicomotora, transtorno do controle de impulso, epilepsia	A partir dos 2 anos apenas para epilepsia	VO	Sedação, náusea, aumento de peso, ovário policístico. Risco de toxicidade hepática e pancreática, faz-se necessária avaliação inicial e monitorização de amilase, fosfatase alcalina, gama-GT, transaminases, bilirrubinas. além da dosagem sérica periódica.
Fluoxetina	2,5-40	Depressão, transtornos ansiosos	A partir de 12 anos para depressão. Acima de oito anos para TOC	VO	Redução do apetite, sintomas gastrointestinais, cefaleia, tontura. Interação com outras medicações como antibióticos, antialérgicos.
Sertralina	25-200		A partir da adolescência para depressão	VO	Sintomas de ativação-inquietação, agitação, acatisia, irritabilidade, insônia. Risco de virada maníaca em pacientes com THB. Sugere-se introdução lenta e

			são e acima de seis anos para TOC		gradual. Ficar atento ao aumento do risco de suicídio.
Escitalopram	10-20		A partir de 12 anos apenas para depressão	VO	Riscos e efeitos semelhantes a outros IRSS. Baixo índice de interação medicamentosa.
Metilfenidato	5-40	TDAAH	A partir dos seis anos	VO	Insônia, diminuição do apetite, perda de peso, disforia, efeito rebote sobre a hiperatividade. Possível piora dos tiques, mania, psicose e diminuição do ritmo de crescimento (controverso)
Benzodiazepínicos	Depende da medicação	Ansiedade extrema (pânico, ansiedade generalizada)	NA	VO, IM	Sonolência, desinibição, risco de dependência, agitação, confusão, efeito rebote, efeito de retirada (principalmente para o lorazepam), depressão e abstinência, efeitos paradoxais. Devido ao risco-benefício não ser muito favorável, é uma classe medicamentosa

					que deve ser evitada em crianças e adolescentes.
Clonidina	0,025-0,4	Agitação, agressividade	Acima de 12 anos	VO	Sedação, hipotensão, irritabilidade, boca seca, disforia, hipertensão rebote.
Propranolol Atenolol	10-100 25-100	Acatísia, agressividade, agitação grave	NA	VO	Semelhante à clonidina, com risco de indução de bradicardia e hipotensão (ambos dose-dependente) e hipertensão rebote. Contraindicado em casos de asma (broncoespasmo) e diabetes mellitus.

NA: não aprovada pelo FDA; THB: Transtorno do Humor Bipolar; ESQ: Esquizofrenia; TOC: Transtorno Obsessivo-Compulsivo; TDAH: Transtorno do Déficit de Atenção-Hiperatividade; VO: via oral; IM: intramuscular; EV: endovenoso; FDA: ;depot: fármacos que têm ação retardada por serem absorvidos lentamente.

Referência

Scivoletto S, Boarati MA, Turkiewicz G. Emergências psiquiátricas na infância e adolescência. Rev Bras Psiqu. Out/2010; 32(supl II): S112-120.



Realização:

LIGA ACADÊMICA DE PEDIATRIA – UNIOESTE – Cascavel/PR
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM PEDIATRIA –
HUOP – Cascavel/PR



ISBN 978-65-265-1851-9

