

ANEXO I

**POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL À
PESSOA COM TRANSTORNO DO
NEURODESENVOLVIMENTO E/OU
DEFICIÊNCIA FÍSICA NO MUNICÍPIO
DE LAGOA SANTA-MG**

ROGÉRIO CESAR DE MATOS AVELAR
PREFEITO MUNICIPAL

BRENO GOMES SALOMÃO
VICE-PREFEITO

GILSON URBANO DE ARAÚJO
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

BRENO APARECIDO DA COSTA
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE - PRESIDENTE

EQUIPE GESTORA SMS/SUS LAGOA SANTA-MG

JOÃO PAULO DA SILVA
COORDENADOR DO NÚCLEO DE REGULAÇÃO

VIRGÍNIA SALOMON
COORDENADORA DO NÚCLEO DE ATENÇÃO À SAÚDE

TIAGO AUGUSTO DE PAULA VIANA
COORDENADORA DO NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

CARLA CAROLINA BORGES ARAÚJO
CHEFE DE DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO EM SAÚDE

ARTHUR ROBERTO DE PAULA DINIZ
CHEFE DE DEPARTAMENTO DE CONTADORIA

JOÃO PAULO DA SILVA
CHEFE DE DEPARTAMENTO NÚCLEO DE PLANEJAMENTO, GESTÃO E LOGÍSTICA

BRENO APARECIDO DA COSTA
CHEFE DE DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO

MÁRCIA REGINA FERREIRA
CHEFE DO DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

TATIANE MACEDO BRAZ
ASSESSORA GABINETE SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

COMISSÃO CIENTÍFICA

ENDY PUFF MENDES DO VALLE LIPPI
ENFERMEIRA

COLABORADORES

BRENO APARECIDO DA COSTA
CHEFE DE DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO

ROSIELEN DOS REIS MEDEIROS DE MEIRELES
ENFERMEIRA RT DO CAIS

LETTÍCIA ARAÚJO DE OLIVEIRA
ACADÊMICA DE MEDICINA FAMINAS

LUIZA LAGO DE SOUZA
ACADÊMICA DE MEDICINA FAMINAS

MARIANA SILVA SANTOS
ACADÊMICA DE MEDICINA FAMINAS

RAFAELLA DIAS TROTTA
ACADÊMICA DE MEDICINA FAMINAS

DANIEL ZANINI BERNARDINO DE SOUZA
ACADÊMICA DE MEDICINA FAMINAS

ANA TERESA BAHIA CARDOSO ROMANELLI
ACADÊMICA DE MEDICINA FAMINAS

LEONARDO DE SOUZA RUBATINO
ACADÊMICA DE MEDICINA FAMINAS

PROTOCOLO DE ATENÇÃO INTEGRAL À PESSOA COM TRANSTORNO DO NEURODESENVOLVIMENTO E/OU DEFICIÊNCIA FÍSICA NO MUNICÍPIO DE LAGOA SANTA-MG

APRESENTAÇÃO:

Este protocolo visa organizar e padronizar o fluxo do paciente com suspeita e/ou diagnóstico de transtorno de neurodesenvolvimento e/ou deficiência física no município, principalmente para crianças, de forma a orientar o acesso e seguimento do mesmo dentro da atenção primária e especializada, em consonância com as políticas públicas existentes, como a Política Nacional de Atenção à Pessoa com Deficiência, Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança e da Lei 14.254/2021, que dispõe sobre o acompanhamento integral para educandos com dislexia ou Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) ou outro transtorno de aprendizagem, sancionada pelo Congresso Federal.

Os transtornos do neurodesenvolvimento são condições que se iniciam no período do desenvolvimento, caracterizados por déficits no funcionamento pessoal, social, acadêmico e profissional, com variações que vão desde limitações específicas até mesmo prejuízos globais do desenvolvimento.

Deficiência física são alterações completas ou parciais de um ou mais segmentos do corpo humano, que acarretam o comprometimento da mobilidade e da coordenação geral, podendo também afetar a fala, em diferentes graus.

O diagnóstico precoce pelos serviços gerais e especializados da rede atenção à saúde, assim como o seu acompanhamento longitudinal é um fator determinante e necessário para a criança se desenvolver da melhor forma dentro de suas condições, tendo como prioridade a atenção integral à saúde da criança, e assim alcançar mais autonomia, confiança e diminuir o nível de dependência para diversas atividades.

Após a recepção do diagnóstico, é essencial que ocorra uma série de acompanhamentos com o intuito de aprimorar habilidades, prevenir condições predispostas e gerar apoio familiar e individual, necessitando para isso, uma abordagem multidisciplinar que englobe o indivíduo na sua integralidade de forma longitudinal.

Ressalta-se que essa rede de equipe multidisciplinar e as famílias devem estar em consonância para a integração de recursos para efetivação das ações de promoção e proteção à saúde da criança.

Para efeitos deste protocolo, considera-se criança, a pessoa até 11 anos, 11 meses e 29 dias, e adolescente a pessoa entre 12 e 18 anos de idade, em consonância com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Contudo, torna-se fundamental a aplicação deste protocolo, como ferramenta estratégica para o direcionamento profissional adequado no cuidado ao indivíduo e família dentro da Rede de Atenção à Saúde de Lagoa Santa/MG.

OBJETIVOS:

- Ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com transtorno do neurodesenvolvimento e/ ou deficiência intelectual;
- Promover a vinculação das pessoas com com transtorno do neurodesenvolvimento e/ ou deficiência física e suas famílias aos pontos de atenção;
- Garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, matriciamento e projeto terapêutico singular (PTS).

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Orientação terapêutica às famílias com participação ativa dos pais ou responsáveis no PTS;
- Promover cuidados em saúde especialmente dos processos de reabilitação física e intelectual;
- Desenvolver ações de prevenção e de identificação precoce de transtorno do neurodesenvolvimento e/ou deficiência física na fase pré, peri e pós-natal, infância, adolescência e vida adulta;
- Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com deficiência física ou com transtorno do neurodesenvolvimento, por meio do acesso ao trabalho, à renda e à moradia solidária, em articulação com os órgãos de assistência social;
- Desenvolver ações intersetoriais de promoção e prevenção à saúde;
- Regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da rede de cuidados à pessoa com transtorno do neurodesenvolvimento e deficiência física.

DA ATENÇÃO INTEGRAL À PESSOA COM TRANSTORNO DO NEURODESENVOLVIMENTO E/OU DEFICIÊNCIA FÍSICA

1. Deficiência Física:

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, instituída pela Portaria do Ministério da Saúde, MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002, em seu artigo 4º, associado às alterações feitas pelo Decreto nº 5296/04, considera a pessoa portadora de deficiência física a que se enquadra na seguinte categoria:

“alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.”

2. Transtorno do Neurodesenvolvimento:

Os transtornos do neurodesenvolvimento constituem afecções que podem impactar diversas áreas do indivíduo, como a linguagem, atenção, desempenho social, aprendizagem e outros. Têm sua origem sobretudo no período gestacional ou na infância e os prejuízos vão desde limitações causadas por deficiências intelectuais até transtornos de aprendizagem. Eles possuem um forte fator relacionado à capacidade hereditária. Porém, suas origens podem ainda estar relacionadas a fatores ambientais que acontecem nos períodos iniciais do desenvolvimento como dieta e imunização, dentre outros. Este protocolo considera a título de inserção do paciente no fluxo de atenção, todos os transtornos do neurodesenvolvimento elencados no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5).

3. Da Rede de Serviços:

A rede de saúde é organizada de forma poliárquica, isto é, os diferentes níveis dos serviços de saúde vinculam-se entre si com o objetivo de ofertar uma atenção à saúde integral, articulada e ampliada, por meio da coordenação da Equipe de Saúde da Família, composta por ACS, técnico de enfermagem, enfermeiro, médico e dentista. Desse modo, a pessoa com Transtorno do Neurodesenvolvimento e/ou Deficiência Física deve ser acompanhada não somente pela atenção secundária (especializada), mas também pela atenção primária e por toda a rede de saúde, a qual também deve estar em comunicação

para uma melhor vigilância da saúde. Isso significa que a pessoa, mesmo em acompanhamento especializado e já inserida em serviços assistenciais, também deve estar sendo acompanhada pela Equipe de Saúde da Família de sua unidade de saúde. Da mesma forma, também é importante que o acompanhamento seja em conjunto aos Serviços Intersetoriais de Educação (Sala Recurso) e de Desenvolvimento Social (Centro Dia), a fim de estabelecer identidade pessoal, criação e fortalecimento de vínculos sociais, sendo, portanto, uma forma de fortalecer a rede de cuidados. A interação entre a atenção primária de saúde e todos os pontos da rede de cuidados se dá por meio do processo de Matriciamento, que promove a atenção especializada sem deixar de estabelecer a continuidade da atenção em saúde, além de assegurar suporte técnico-pedagógico.

Em Lagoa Santa, o serviço de atenção às pessoas com transtornos do neurodesenvolvimento e/ou deficiência física é realizado principalmente pelas Equipes de Saúde da Família (ESF), Clínica Ampliada Multiprofissional, Serviço Especializado de Reabilitação em Deficiência Intelectual (SERDI), Programa de Intervenção do Precoce Avançado (PIPA), Centro de Atenção Psicossocial Infância Juvenil (CAPSIJ), Centro de Reabilitação (CREAB) e Centro de Atenção Integrado à Saúde (CAIS), como também os demais serviços da Rede de Atenção à Saúde municipal, diante da necessidade do cuidado. Essa rede de cuidados busca garantir e ampliar o acesso, além de qualificar o atendimento, desenvolver ações de prevenção e de identificação precoce de pessoas com necessidades especiais, como é o caso daquelas com Transtorno do Neurodesenvolvimento e/ou Deficiência Física (ANEXO 1).

4. Do acolhimento à criança com suspeita ou confirmação de transtorno do neurodesenvolvimento e/ou deficiência física na APS:

Como porta de entrada principal do SUS e ordenadora do cuidado, a equipe da Atenção Primária à Saúde, através da Estratégia de Saúde da Família, deve saber identificar precocemente as crianças com suspeita ou confirmação diagnóstica de transtorno do neurodesenvolvimento, ou com quadro de deficiência física, acolhê-las juntamente às suas famílias, e prover o melhor seguimento terapêutico na rede de atenção à pessoa com transtorno do neurodesenvolvimento e /ou deficiência física. Logo, os sinais e sintomas indicativos de risco ou atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, devem ser observados em todo contato do profissional da APS junto à criança, visto que este suporte quanto mais antecipado for, permite que a qualidade de vida desse indivíduo seja otimizada. Ademais, o suporte familiar e o uso do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) é de suma relevância, já que nestes casos, o contexto, o paciente como um todo, a sua experiência frente às adversidades, e a experiência do paciente e sua família frente

a essas, ajudam na elaboração de uma boa relação profissional-paciente, e de uma melhor adesão ao fluxo de manejo e apoio ao déficit neuropsicomotor.

5. Do Neonato de Risco (NR):

Compreende a faixa etária de 0 a 24 meses, onde o neonato apresenta critérios de risco, ou seja, está suscetível para o desenvolvimento de transtornos do neurodesenvolvimento. Neste caso, a criança avaliada e acompanhada na UBS através da Puericultura, deve ser encaminhada para o Programa de Intervenção Precoce Avançado (PIPA) na Associação de Pais e Amigos Excepcionais (APAE), para integralidade da assistência, juntamente com a Estratégia Saúde da Família. Ou seja, mantendo seu acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na UBS e na intervenção precoce avançada na APAE, conforme fluxo de atenção (ANEXO 2).

Conforme DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 1.404, DE 19 DE MARÇO DE 2013, que Institui o Programa de Intervenção Precoce Avançado – PIPA, entende-se por Neonato de Risco aquele que preenche os critérios de classificação de risco estabelecidos na Linha Guia de Assistência Hospitalar ao Neonato, 2ª edição/2008 pg. 41, sendo:

- a. Prematuridade: idade gestacional < 34 semanas;
- b. Peso de nascimento \leq 2000 g;
- c. Pequeno para a idade gestacional - PIG: > percentil 10;
- d. Asfixia perinatal grave: apgar menor ou igual a 6 no quinto minuto e/ou manifestações clínicas de asfixia: acidose metabólica nas primeiras duas horas de vida, oligúria, alteração da frequência cardíaca;
- e. Hiperbilirrubinemia indireta: níveis de exsanguineotransfusão;
- f. Infecção congênita: citomegalovírus, herpes, rubéola, toxoplasmose, neurosífilis;
- g. Síndrome inespecífica sistêmica (sepsis de difícil controle) e/ou enterocolite necrosante (grau III/IV);
- h. Alterações neurológicas evolutivas, principalmente alterações tônicas;
- i. Convulsão, equivalente convulsivo, uso de anticonvulsivantes;
- j. Hemorragia intracraniana: comprovada por ultra-sonografia transfontanelar;
- k. Crescimento anormal do perímetro cefálico;
- l. Distúrbios metabólicos sintomáticos: hipoglicemia que requer tratamento prolongado (mais de 3 dias);
- m. Hiperviscosidade/policitemia sintomática;
- n. Erros inatos do metabolismo;
- o. Parada cardiorrespiratória com manobras de reanimação.

Durante este período de intervenção precoce, em caso de recebimento de diagnóstico de transtorno do neurodesenvolvimento, a criança deixa de ser Neonato de Risco, e passa a ser acompanhada na Intervenção Precoce I (crianças até 3 anos e 11 meses com diagnóstico definido) também na APAE, conforme fluxo de atenção (ANEXO 2).

6. Dos sinais e sintomas indicativos de risco ou atraso no desenvolvimento neuropsicomotor na criança:

As condições associadas ao transtorno do neurodesenvolvimento, a extensa gama de possibilidades de déficits e por não haver um padrão específico para estes, cabe a todos os profissionais que tiverem acesso a criança, observar sinais, sintomas e fatores de risco para alteração no desenvolvimento neuropsicomotor e dar instrução aos pais sobre alterações do curso das habilidades esperadas para a faixa etária a qual o indivíduo apresenta, avaliando o domínio conceitual, social e prático e o grau de acometimento em cada um deles por esta criança, orientando o fluxo de atenção à saúde, para que a criança seja encaminhada e seja dado suporte a ela de forma adequada o mais precoce possível.

Além dos critérios do NR já definidos como risco para o desenvolvimento de transtornos do neurodesenvolvimento, há manifestações que podem ocorrer na infância em associação a atraso do desenvolvimento/deficiência intelectual que devem ser acompanhadas, conforme **Quadro 1**.

Quadro 1: Manifestações que podem ocorrer na infância em associação a atraso do desenvolvimento/deficiência intelectual por faixa etária

FAIXA ETÁRIA	MANIFESTAÇÕES
Recém-nascido (0 a 28 dias):	Hipotonia; descoordenação de sucção-deglutição; dismorfismos; anomalias congênitas do Sistema Nervoso Central (SNC).
Lactente (28 dias a 11 meses)	Interação reduzida com a mãe ou ambiente; suspeita de déficit auditivo ou visual; atraso do desenvolvimento motor e alterações de comportamento.
Infante (12 a 36 meses):	Atraso/dificuldade de interação social e padrões incomuns de comportamento.
Pré-escolar (3 a 7 anos):	Atraso ou distúrbio de linguagem; déficit na coordenação motora fina (dificuldade para recortar, colorir, desenhar); alterações de comportamento como dificuldade de interação social e agitação psicomotora.
Escolar (8 a 11 anos):	Dificuldade escolar; déficit de atenção; agitação psicomotora; ansiedade; distúrbios do humor.

FONTE: Ministério da Saúde. Protocolo para o Diagnóstico Etiológico da Deficiência Intelectual. 2020. Adaptado de Shapiro and Batshaw. Mental Retardion. In: Nelson Textbook of Pediatrics. 18th ed. Philadelphia: Elsevier/Saunders; 2008 23.

A suspeita diagnóstica de um distúrbio do neurodesenvolvimento pode ser realizada por uma série de profissionais da Atenção Básica (AB), como: psicólogos, fonoaudiólogos, odontologistas, enfermeiros e médicos. Diante da identificação de alguma destas manifestações, o profissional responsável deve encaminhar o paciente para avaliação do médico ou enfermeiro da UBS, onde será realizado atendimento clínico, com preenchimento do Formulário de Avaliação do Neurodesenvolvimento na UBS (ANEXO 3), e inserção do paciente no fluxo de atenção em caso de confirmação de suspeita diagnóstica. Nesta situação o paciente deverá ser encaminhado para a Junta Reguladora no setor de Regulação, que por sua vez encaminhará para atendimento médico especializado para confirmação diagnóstica nos serviços APAE (se criança de até 2 anos, 11 meses e 29 dias, ou para o Centro de Atenção Integrado à Saúde - CAIS (se criança acima de 3 anos), conforme fluxo de atenção (ANEXO 2).

6.1. Escala de rastreamento M-CHAT-R e M-CHAT-R/F:

A M-CHAT-R é uma escala de rastreamento precoce do Transtorno do Espectro Autista (TEA) em crianças de 16 a 30 meses (ANEXO 4). O instrumento deve ser aplicado durante a consulta de puericultura pelo médico ou enfermeiro da UBS, e deve ser respondido pelos pais ou cuidadores da criança durante a consulta. A aplicação do instrumento é obrigatória para crianças em consultas pediátricas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento realizadas pelo Sistema Único de Saúde, segundo a Lei nº 13.438, de 26 de abril de 2017.

A escala indica uma suspeita de TEA, não sendo considerada diagnóstica. Para todos os itens, a resposta “NÃO” indica risco de TEA; exceto para os itens 2, 5 e 12, nos quais “SIM” indica risco de TEA. O resultado da aplicação classifica a criança em 3 níveis de risco: baixo, moderado e alto. Assim sendo, temos que:

- Baixo Risco: pontuação de 0 a 2
 - Poucas chances do paciente desenvolver o Transtorno do Espectro Autista e, assim, não são necessárias medidas de intervenção.
 - Caso a criança tenha menos de 2 anos (24 meses), é necessário que o teste seja repetido após o segundo aniversário.
- Moderado risco: pontuação de 3 a 7
 - Aplicar a consulta de seguimento - M-CHAT-R/F (segunda etapa do M-CHAT-R) para obter informações adicionais sobre as respostas de risco (ANEXO 5).

- Alto risco: pontuação de 8 a 20
 - Com essa pontuação, não é necessário realizar a consulta de seguimento. A criança deve ser encaminhada imediatamente para consulta com o especialista para avaliação diagnóstica e intervenção precoce.

A consulta de seguimento consiste na aplicação do M-CHAT-R/F. Este instrumento contém as mesmas perguntas do M-CHAT-R. Porém, deve-se selecionar apenas os itens do M-CHAT-R que a criança era considerada para risco de TEA e os reaplique no M-CHAT-R/F. Somente estes itens devem ser reaplicados. Se o resultado for maior ou igual a 2, a triagem da criança foi positiva. Deve-se encaminhar a criança para avaliação diagnóstica e de intervenção precoce. Se o escore da consulta de seguimento for de 0-1, a triagem da criança foi negativa. Nenhuma outra avaliação será necessária, exceto se a evolução clínica indicar risco de TEA. A criança deve ser triada novamente em futuros atendimentos clínicos.

Dessa forma, quando a pontuação na escala M-CHAT-R ou M-CHAT-R/F indicar risco para TEA, o médico ou enfermeiro da UBS que realizou o atendimento e aplicação do instrumento, deve encaminhar o paciente para a Junta Reguladora no setor de Regulação, através da guia de referência e contra-referência, que por sua vez encaminhará para atendimento médico especializado para confirmação diagnóstica nos serviços APAE (criança de até 2 anos, 11 meses e 29 dias, conforme fluxo de atenção (ANEXO 2).

7. Das atribuições dos membros da equipe da APS na identificação do maior número de situações possíveis para a identificação precoce dos quadros de transtorno do neurodesenvolvimento e/ou deficiência física:

- Agente Comunitário em Saúde (ACS): Aproveitar a sua maior inserção no ambiente que é comum à criança (residência) para observar e avaliar sua interação com o meio qual está inserida, e suas habilidades diárias, encaminhar na suspeita de possível atraso do neurodesenvolvimento ou presença de sinais indicativos de deficiência física ao atendimento clínico na UBS para avaliação médica. Observar o fluxo de atenção (Anexo 2).
- Odontologista: Observar possíveis alterações sugestivas do transtorno do neurodesenvolvimento e/ou deficiência física no seu atendimento; referenciar para atendimento médico em caso de suspeita. Observar o fluxo de atenção (Anexo 2).
- Médico e enfermeiro: Ficar atento e investigar os marcos do crescimento e desenvolvimento em pacientes pediátricos; registrar estes marcos na Caderneta da Criança para melhor avaliação de desvios do habitual e acompanhamento

longitudinal; fazer a realização de orientação aos pais sobre possíveis alterações e sinais que necessitam da atenção secundária; encaminhar a criança, em caso de alterações, para os serviços da rede de atenção à saúde, conforme o fluxo de atenção (Anexo 2).

- Profissionais da clínica ampliada (NASF e equipe multidisciplinar): Observar possíveis alterações sugestivas do transtorno do neurodesenvolvimento e/ou deficiência física no seu atendimento; referenciar para atendimento médico quando necessário; acompanhar de forma integral conforme o fluxo de atenção (Anexo 2).

7.1. Da suspeita diagnóstica de transtorno de neurodesenvolvimento por profissional da EDUCAÇÃO:

Diante da diversidade de sintomas e sinais que um indivíduo com alterações do neurodesenvolvimento pode apresentar, a escola se torna um importante instrumento de auxílio diagnóstico. Isso se deve ao acompanhamento longitudinal e experiência quanto ao desenvolvimento habitual de cada faixa etária por parte dos educadores. Como forma de contribuir para o diagnóstico médico com visão multidisciplinar, deverá ser utilizado pelo profissional da educação o relatório escolar (Anexo 6), que deverá ser encaminhado à eSF de referência do aluno, para que o médico ou enfermeiro possa realizar avaliação clínica e condutas necessárias.

Quando solicitado relatório escolar pelos profissionais de saúde, torna-se necessário o preenchimento de critérios mínimos no documento, constando dados sobre a atenção, linguagem, comportamento, aspectos psicomotores, aspectos cognitivos, solução de problemas e interação social, lembrando que o desenvolvimento ocorre de forma dinâmica, complexa e contínua. Além disso, como o educador está significativamente presente no cotidiano da criança/adolescente avaliada, também deve constar percepções subjetivas feitas pelo profissional.

Ademais, quando o profissional da educação suspeita do diagnóstico de transtorno do neurodesenvolvimento, este deve o quanto antes alertar pessoalmente os responsáveis pela criança/adolescente, em ambiente calmo, utilizando linguagem leiga e acessível, com o intuito que este tome as providências para a investigação do caso e prosseguimento do cuidado.

O relatório, seja por pedido médico ou devido à suspeita do educador, deve ser entregue aos responsáveis para que este possa entregar ao profissional da saúde solicitante ou ao médico/enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Sendo assim, é atribuição do professor e demais profissionais da educação: avaliar comportamentos e desenvolvimento que fujam do habitual esperado para a faixa etária; encaminhar para UBS diante suspeita; informar o responsável pela criança sobre a

necessidade de investigação da condição pela APS. Observar o fluxo de atenção (Anexo 2).

8. Do Diagnóstico de transtorno do neurodesenvolvimento:

Conforme consta no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), os diagnósticos do grupo do neurodesenvolvimento podem ser feitos tanto em relação ao excesso quanto a déficits relacionados aos marcos esperados para determinada faixa etária, seja de maneira global, seja em relação a funções específicas que podem ser identificados ou suspeitados com base nas queixas da família, educadores ou do próprio paciente. Dessa forma, segundo o DSM-5, são Transtornos do Neurodesenvolvimento:

- Deficiência intelectual ou Transtorno do Desenvolvimento Intelectual: é um transtorno que inclui déficits funcionais, tanto intelectuais quanto adaptativos, nos domínios conceitual, social e prático.
 - F70 - Leve
 - F71 - Moderada
 - F72 - Grave
 - F73 - Profunda
- Transtornos da Comunicação:
 - F80.2 - Transtorno da Linguagem
 - F80.0 - Transtorno da Fala
 - F80.81 - Transtorno da Fluência com Início na Infância (Gagueira)
Nota: Casos com início tardio são diagnosticados como (F98.5) transtorno da fluência com início na idade adulta.
 - F80.89 - Transtorno da Comunicação Social (Pragmática)
 - F80.9 - Transtorno da Comunicação Não Especificado
- Transtorno do Espectro Autista: As características essenciais desse transtorno são prejuízos na comunicação social e na interação social e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades.
 - 6A02 (antigo F84) - Transtorno do Espectro Autista
- Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: esse déficit possui um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento ou no desenvolvimento.
 - F90.2 - Apresentação combinada

- F90.0 - Apresentação predominantemente desatenta
- F90.1 - Apresentação predominantemente hiperativa\impulsiva

- Transtorno Específico da Aprendizagem : a característica essencial desse transtorno são as dificuldades persistentes para aprender habilidades acadêmicas fundamentais, que incluem leitura exata e fluente de palavras isoladas, compreensão da leitura, expressão escrita e ortografia, cálculos aritméticos e raciocínio matemático.
 - F81.0 - Com prejuízo na leitura
 - F81.2 - Com prejuízo na matemática
 - F81.81 - Com prejuízo na expressão escrita

- Transtornos Motores:
 - F82 - Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação
 - F98.4 - Transtorno do Movimento Estereotipado
 - Especificar se:* Com comportamento autolesivo, Sem comportamento autolesivo
 - Especificar se:* Associado a alguma condição médica ou genética conhecida, transtorno do neurodesenvolvimento ou fator ambiental
 - Especificar a gravidade atual:* Leve, Moderada, Grave

- Transtornos de Tique:
 - F95.2 - Transtorno de Tourette
 - F95.1 - Transtorno de Tique Motor ou Vocal Persistente (Crônico)
 - Especificar se:* Apenas com tiques motores, Apenas com tiques vocais
 - F95.0 - Transtorno de Tique Transitório
 - F95.8 - Outro Transtorno de Tique Especificado
 - F95.9 - Transtorno de Tique Não Especificado

- Outros Transtornos do Neurodesenvolvimento:
 - F88 - Outro Transtorno do Neurodesenvolvimento Especificado
 - F89 - Transtorno do Neurodesenvolvimento Não Especificado

Os profissionais responsáveis pela confirmação diagnóstica são: neurologista ou psiquiatra.

Dessa forma, a criança deve ser encaminhada para a APAE (se criança de até 2 anos, 11 meses e 29 dias, ou para o CAIS (se criança acima de 3 anos, adolescente ou adulto), conforme fluxo de atenção (ANEXO 2).

Nota: No caso de atendimento ao adulto, este poderá também ser encaminhado para confirmação diagnóstica no Centro de Atenção Psicossocial Adulto (CAPS II), serviço integrante da Rede de Atenção Psicossocial.

9. Do diagnóstico de deficiência física:

Segundo a Política Nacional da Pessoa com Deficiência, o diagnóstico incluirá a doença e suas causas, bem como o grau de extensão da lesão. A mensuração da incapacidade e do comprometimento físico-funcional, real ou potencial, também deverão ser diagnosticados com precisão.

A realização do diagnóstico presuntivo precocemente da deficiência na APS, é fundamental para otimizar a inserção do paciente no fluxo de atenção e confirmação diagnóstica, que deverá ser realizada pelo ponto de atenção ambulatorial especializada em reabilitação que realiza além do diagnóstico, o tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde no território. Neste caso, no município de Lagoa Santa estes serviços são o Centro de Atenção Integrado à Saúde (CAIS), em caso de criança; ou Centro de Reabilitação (CREAB), em caso de adolescente ou adulto.

10. Seguimento:

Deve-se entender que o processo de reabilitação tenha duração limitada e objetivos definidos, como o alcance físico, mental e social máximo da pessoa com Transtorno do Neurodesenvolvimento, isto é, a habilitação ou reabilitação deve ser capaz de possibilitar a construção da autonomia em diferentes aspectos da vida.

Esse cuidado específico deve acontecer na Atenção Primária à Saúde, pelos serviços da ESF e Clínica Ampliada juntamente a Atenção Secundária através dos serviços especializados da APAE, CAIS, RAPS e CEMM/CREAB. Para o acompanhamento especializado na atenção secundária, a porta de entrada, bem como o coordenador do cuidado, é sempre a APS. Dessa forma, ressalta-se o fluxo de atenção do paciente aos serviços especializados, definidos conforme faixa etária, diagnóstico, prioridade e disponibilidade do serviço.

Sendo assim, o paciente em seguimento no serviço especializado CAIS, CREAB e APAE terá o caso matriciado pela equipe multidisciplinar de referência do serviço, onde será elaborado um Projeto Terapêutico Singular (PTS) do paciente com confirmação diagnóstica. A avaliação da situação e dinâmica familiar envolverá também as condições emocionais e a

situação socioeconômica, cultural e educacional do indivíduo, bem como as suas expectativas frente ao processo de reabilitação, educação e profissionalização. Esse diagnóstico global deverá ser realizado em conjunto com a pessoa com transtorno do neurodesenvolvimento e/ou deficiência física ou seu responsável e servirá de base para a definição de seu programa de reabilitação, ou seja, seu PTS;

Contudo, destaca-se aqui o serviço do CAIS, que independente em qual serviço especializado o paciente esteja inserido, é o serviço de referência e gestão do caso. Ou seja, tem a função de integrar a rede de serviços ambulatorial e especializada em habilitação e reabilitação do município, acompanhando o diagnóstico, tratamento e seguimento de cada paciente, de forma a otimizar um cuidado integral e longitudinal. Este serviço tem ainda a atribuição de articular junto aos demais pontos de atenção (APAE, RAPS, CEMM, UBS/NASF, Clínica Ampliada, Centro Dia e Salas Recurso) a continuidade do cuidado em caso de diagnóstico que não se enquadra a Transtornos do Neurodesenvolvimento.

10.1. Projeto Terapêutico Singular:

Entende-se por PTS uma estratégia de cuidado organizada por meio de ações articuladas desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar e que busca a singularidade do indivíduo como elemento central da promoção do cuidado, a fim de mudar a tendência de igualar as situações ou os sujeitos a partir de diagnósticos firmados.

A elaboração do PTS se dá mediante a atuação singular do profissional referência do usuário, ou seja, aquele em que está em maior contato com o paciente, e dele com toda a rede de cuidados, por meio de discussões e estudo do caso em que todos os profissionais envolvidos compartilham informações sobre o indivíduo acompanhado com finalidade para o cuidado. Além disso, para a efetividade do PTS, é importante que a equipe multidisciplinar construa um vínculo com o paciente e sua família ou, ainda, com aqueles envolvidos em seu cuidado diário, além de envolvê-los ativamente nas decisões sobre as ações a serem realizadas.

Desse modo, é uma ferramenta que pode auxiliar na compreensão e no acompanhamento da pessoa com demanda de cuidados em habilitação/reabilitação intelectual, além de ajudar a definir as ações e metas a serem trabalhadas no atendimento, sendo estas em curto, médio e a longo prazo, assim como definir os profissionais de referência neste cuidado, e, ainda, contribuir para a inclusão plena da pessoa com deficiência intelectual em todas as esferas da vida social, bem como prevenir agravos e promover cuidados em saúde.

11. Inclusão familiar:



11.1. Orientações à família do paciente:

A identificação de sintomas em crianças com transtorno do neurodesenvolvimento é de extrema importância para um diagnóstico precoce. Os sinais e sintomas irão variar de acordo com o transtorno, mas na maioria dos casos, iniciam antes dos 3 anos, desse modo o ambiente mais propício para fazer esse reconhecimento é a própria residência da criança, com apoio dos pais e familiares que convivem diariamente.

Assim como no transtorno do neurodesenvolvimento, o diagnóstico de deficiência física, no âmbito familiar, causa grande impacto devido ao longo acompanhamento do desenvolvimento, podendo afetar a rotina, situação financeira, relações familiares e outros. Além disso, de acordo com estudos, o impacto do diagnóstico pode levar a família a experimentar sentimentos e sensações como luto, negação, insegurança, frustração, culpa e medo. E esses sentimentos são amplificados quando a família desconhece sobre a patologia ou quando a vê com estigmas.

A aceitação de um transtorno ou doença está diretamente relacionada ao nível de conhecimento sobre a patologia, diagnóstico, resposta terapêutica, bem como seu prognóstico. Dessa maneira, faz-se necessário a implementação de técnicas para apresentar à família o diagnóstico, assim como esclarecer sobre o transtorno e dúvidas dos familiares.

Diante disso, é importante que seja adotada algumas medidas para revelar o diagnóstico:

- Estabelecer vínculo entre paciente, família e profissional da saúde;
- Escolher um ambiente acolhedor, confortável, tranquilo e privado;
- Disponibilizar um maior tempo de consulta para esse dia;
- Usar linguagem simples, evitando termos técnicos;
- Elaborar um diálogo e explicação profunda e completa acerca do tema, contendo (etiologia, fisiopatologia, diagnóstico, tratamento e prognóstico);
- Expor a situação de forma honesta, respeitosa e empática;
- Incentivar o questionamento dos familiares;
- Direcionar próximos passos após o diagnóstico;
- Entregar material educativo;
- Incentivar a participação de grupos de pessoas com mesmo diagnóstico.

Após o diagnóstico, é crucial manter segmento não só com o paciente, mas também com os familiares. O diagnóstico de um transtorno crônico ocasiona mudanças na rotina dos pais ou responsáveis, levando a constantes adaptações para suprir as necessidades da criança. O conhecimento sobre a doença leva a uma maior taxa de aceitação e isso leva a

uma melhor adaptação à nova rotina, participação ativa dos pais ou responsáveis, que começam a se envolver ativamente no processo de cuidados.

11.2. Projeto terapêutico familiar:

Ao longo do processo de diagnóstico de um transtorno de neurodesenvolvimento assim como o pós diagnóstico os pais ou responsáveis passam por situações conflitantes, experimentam diversos sentimentos e permeiam por inúmeras dificuldades para adaptação e criação da criança, dessa maneira, a atenção primária deve-se atentar para manter o cuidado não só da criança, mas também dos pais ou responsáveis. Além dos esclarecimentos médicos e clínicos obtidos durante a consulta com pediatra, fonoaudiólogo, psicólogo, fisioterapeuta e qualquer outro profissional que esteja acompanhando, é essencial implementar atividades complementares, conforme necessidade, voltadas aos responsáveis:

- **Psicoterapia:** Auxilia no desenvolvimento de repertório comportamental para lidar com situações do cotidiano que podem ser desafiantes, desenvolvimento de autoconhecimento e fortalecimento da autoestima. A atenção com o responsável e ou cuidador é diretamente refletido no cuidado desse com a criança.
- **Grupos de apoio/Terapia em grupo:** Além da psicoterapia individual, é importante introduzir o responsável pela criança em grupos de apoio com reuniões presenciais, onde pais ou responsáveis possam compartilhar suas experiências, vivências, frustrações, dificuldades e expectativas, guiados por psicólogo ou terapeuta.
- **Cursos:** Possibilitar que profissionais especialistas na área realizem capacitações das famílias para melhora do cuidado do indivíduos com transtorno de neurodesenvolvimento em todas as faixas etárias. Auxiliando com as dificuldades do cotidiano e dúvidas que possam vir a surgir.

12. Capacitação dos recursos humanos:

Os profissionais envolvidos no cuidado às crianças e adolescentes com necessidades neuropsicomotor e/ou deficiência física devem estar devidamente capacitados a atuarem no acompanhamento clínico e psicossocial deste público, além de serem capazes de atuarem segundo à interdisciplinaridade, com o intuito de garantir o direito ao atendimento em saúde e ao acesso à habilitação/reabilitação. Para isso, busca-se formar equipes multidisciplinares compostas por profissionais formados em nível técnico e universitário, que serão submetidos continuamente a cursos de qualificação e atualização no que diz respeito à assistência às crianças e adolescentes com necessidades em habilitação/reabilitação.

Sendo assim, os ACSs e os profissionais que atuam nas equipes de saúde da família deverão receber treinamento especializado que os habilite a desenvolver ações de prevenção, detecção precoce, intervenção específica e encaminhamento adequado desta população com necessidades neuropsicomotoras. Além disso, a capacitação também deve levar em consideração a perspectiva da promoção à vida saudável, manutenção dos ganhos funcionais e estímulo à autonomia e individualidade da pessoa com Transtornos do Neurodesenvolvimento, sempre respeitando seus limites e necessidades.

CONCLUSÃO:

As informações contidas neste protocolo esclarecem que a atenção integral do cuidado às pessoas com Transtorno do Neurodesenvolvimento é realizada por meio da equipe multidisciplinar, tendo como porta de entrada a atenção primária. Para que esse trabalho seja realizado de forma eficaz, cada profissional deve entender o seu papel dentro dessa rede de atenção, para que assim tenham sucesso nesse atendimento integral. Para que isso se concretize, também é essencial a participação da família e da escola, cada uma utilizando os elementos necessários para que a evolução da criança/adolescente seja observada em todos os aspectos de sua vida. Destaca-se que a realização da gestão do caso e da gestão da Política Municipal de Atenção à Pessoa com Transtorno do Neurodesenvolvimento e/ou Deficiência Física pelo CAIS, contribuirá para efetivação deste Protocolo bem como monitoramento e avaliação desta política municipal.

REFERÊNCIAS:

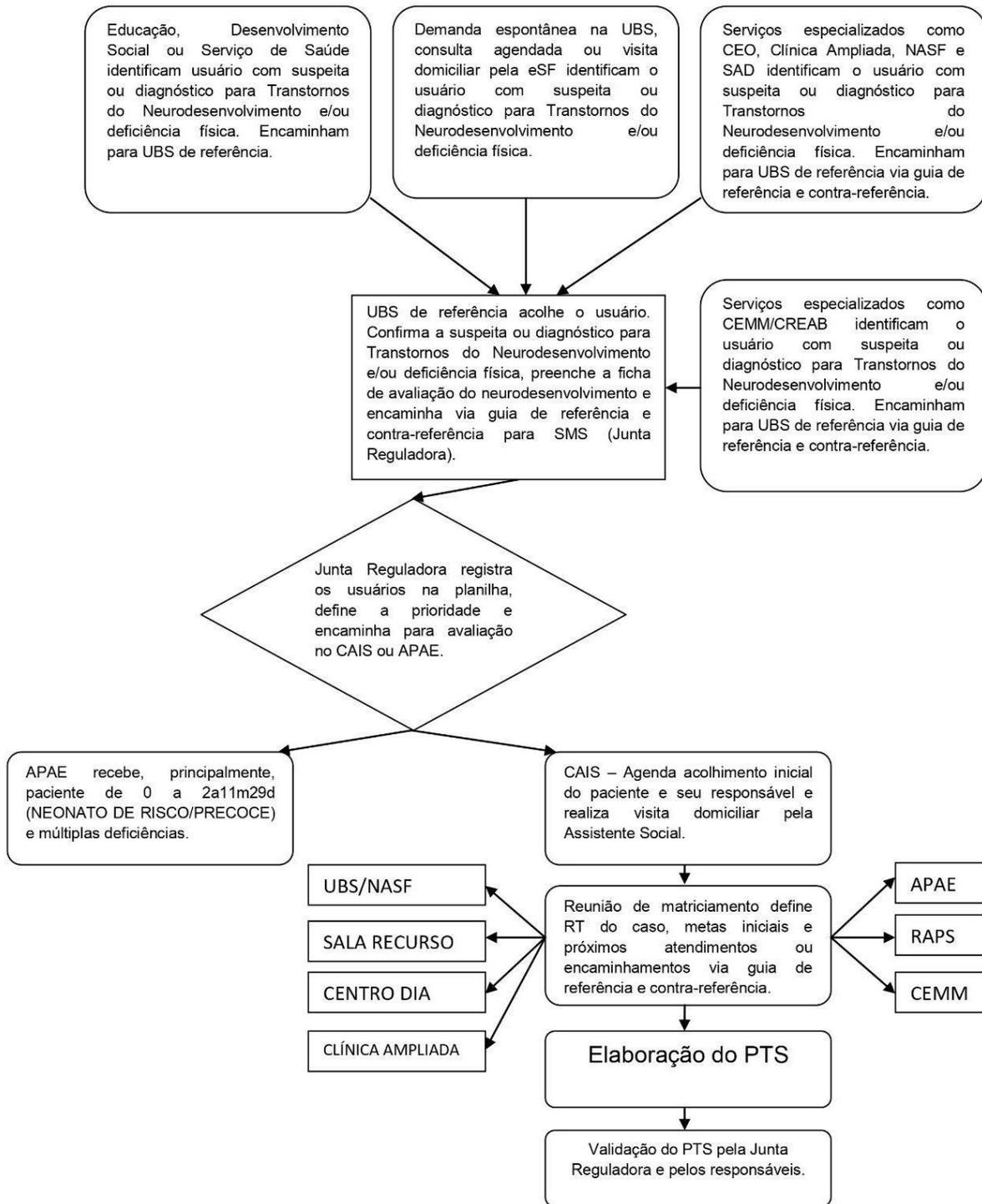
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ARAUJO, Luize Bueno de; MELO, Tainá Ribas; ISRAEL, Vera Lúcia. Baixo peso ao nascer, renda familiar e ausência do pai como fatores de risco ao desenvolvimento neuropsicomotor. J. Hum. Growth Dev., São Paulo, v. 27, n. 3, p. 272-280, 2017. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822017000300003&lng=es&nrm=iso>. acessado em 22 sept. 2022. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.124072>.
- AUTISMO E REALIDADE. Guia para leigos sobre o Transtorno do Espectro Autista (TEA). 2021.
- BELO HORIZONTE, Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Diretrizes para a Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência Intelectual na Rede de Reabilitação do SUS-BH. Belo Horizonte, 2019.
- BRASIL, Lei 12.764, de 27 de Dezembro de 2012, sancionada pelo Congresso Federal, que Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Diário Oficial da União: seção 1, p 2. Brasília, DF. 26 dez. 2012.
- BRASIL. Lei 14.254, de 30 de Novembro de 2021, sancionada pelo Congresso Federal. Diário Oficial da União: seção 1, p 5. Brasília, DF. 1 dez. 2021.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Conjunta No 21, de 25 de Novembro de 2020. Anexo: Protocolo para diagnóstico etiológico da deficiência intelectual.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança : orientações para implementação / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 72 p. – (Série E. Legislação em Saúde)
- CARVALHO, Karla Cristina Naves de et al. Prevalência de sinais e sintomas do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em crianças e adolescentes da cidade de Cavalcante-GO que se identificam como Kalunga. 2011.
- FONTANA, Rosiane da Silva et al. Prevalência de TDAH em quatro escolas públicas brasileiras. Arquivos de Neuro-psiquiatria, v. 65, p. 134-137, 2007.
- HALPERN, Ricardo; et al. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. Jornal de Pediatria. Sociedade Brasileira de Pediatria, Rio de Janeiro, v. 76, n. 6, p. 421 - 428, 2000. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/54368/000295661.pdf?seq>
- INSTITUTO NEUROSABER DE ENSINO. Diretrizes para elaboração de relatório escolar direcionado ao aluno com TEA. Londrina: Editora NeuroSaber, 2021.

- LAGOA SANTA. Prefeitura Municipal de Lagoa Santa. Contrato de Prestação de Serviços No 068\2020.
- LOPES, Amanda Trindade; ALMEIDA, Gabriel Antonio de. Perfil de indivíduos com Transtorno de Espectro Autista (TEA) no Brasil. 2021
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Assistência Hospitalar ao Neonato. Maria Albertina Santiago Rego. Belo Horizonte, 2005. 296p.
- MINAS GERAIS. Deliberação CIB-SUS/MG Nº 1.404, de 19 de março de 2013, que institui o Programa de Intervenção Precoce Avançado – PIPA.
- PINTO, Rayssa Naftaly Muniz et al. Autismo infantil: impacto do diagnóstico e repercussões nas relações familiares. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre - RS. v. 37, 2016.
- SBP - Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de Orientação: Transtorno do Espectro do Autismo. Vol. 5; Abril 2019.

**SUB ANEXO 1 - REDE DE ATENÇÃO À PESSOA COM TRANSTORNO DO
NEURODESENVOLVIMENTO E/OU DEFICIÊNCIA FÍSICA**



SUB ANEXO 2 - FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DA PESSOA COM TRANSTORNO DO NEURODESENVOLVIMENTO E/OU DEFICIÊNCIA FÍSICA



SUB ANEXO 3 – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO NEURODESENVOLVIMENTO PELA UBS

Regional: ()Norte ()Sul ()Leste ()Centro Oeste UBS: _____ Data: ____/____/____		
Avaliação do neurodesenvolvimento - UBS		
Nome:		
DN: ____/____/____	Id:	CPF:
Responsável:		
Parentesco:	CPF/CI:	
QUESTÕES	RESPOSTAS	
	SIM	NÃO
1. É neonato de risco?		
2. Sustenta a cabeça?		
3. Possui sorriso social?		
4. É hipotônico?		
5. Realiza contato visual?		
6. Possui atraso de fala quando comparada aos da mesma idade?		
7. Comunica verbalmente?		
8. Consegue formular frases coerentes?		
9. Troca letras ou palavras com frequência?		
10. Apresenta desequilíbrios ou quedas constantes?		
11. Mostra-se irritado com barulhos?		
12. Apresenta incômodo quando entra em contato com materiais de texturas diferentes?		
13. Realiza algum movimento diferente e repetitivo, como mexer com os dedos e as mãos de forma peculiar ou balançar o corpo?		
14. Consegue brincar com outras crianças/adolescentes?		
15. Respeita a rotina?		
16. Alimenta sozinha?		
17. Seletividade alimentar?		
18. Compulsividade alimentar/higiene/organização/outros?		
19. Controle dos esfínteres?		

20. Distúrbio do sono?						
21. Tem epilepsia?						
22. Roe unhas?						
23. Chupa dedo?						
24. Chupa chupeta?						
25. Possui apoio do serviço escolar (ASE)?						
26. Faz uso da sala recurso na escola?						
27. Como o responsável descreve sua criança/adolescente?						
<input type="checkbox"/> Feliz	<input type="checkbox"/> Triste	<input type="checkbox"/> Agitada	<input type="checkbox"/> Quieta	<input type="checkbox"/> Desatenta		
<input type="checkbox"/> Sonolenta	<input type="checkbox"/> Tímida	<input type="checkbox"/> Desastrada	<input type="checkbox"/> Agressiva	<input type="checkbox"/> Organizada		
<input type="checkbox"/> Cansada	<input type="checkbox"/> Irritada	<input type="checkbox"/> Chorosa	<input type="checkbox"/> Concentrada	<input type="checkbox"/> Desorganizada		

ORIENTAÇÕES: 1- Anexar cópia dos seguintes documentos: CNS; CPF; COMPROVANTE DE ENDEREÇO; TELEFONE DE CONTATO; DOCUMENTO DO RESPONSÁVEL.

2- Guia de referência e contra referência, preferencialmente do E-SUS.

HD/CID/ACHADO CLÍNICO: _____

Detalhamento caso clínico: _____

Assinatura/Carimbo
Profissional



**SUB ANEXO 4 - Checklist Modificado para Autismo em Crianças Pequenas: versão revisada
(M-CHAT-R)TM**

Por favor, responda as questões abaixo sobre o seu filho. Pense em como ele geralmente se comporta. Se você viu o seu filho apresentar o comportamento descrito poucas vezes, ou seja, se não for um comportamento frequente, então responda não. Por favor, marque sim ou não para todas as questões. Obrigado.

1	Se você apontar para algum objeto no quarto, o seu filho olha para este objeto? (POR EXEMPLO, se você apontar para um brinquedo ou animal, o seu filho olha para o brinquedo ou para o animal?)	Sim	Não
2	Alguma vez você se perguntou se o seu filho pode ser surdo?	Sim	Não
3	O seu filho brinca de faz de contas? (POR EXEMPLO, faz de conta que bebe em um copo vazio, faz de conta que fala ao telefone, faz de conta que dá comida a uma boneca ou a um bichinho de pelúcia?)	Sim	Não
4	O seu filho gosta de subir nas coisas? (POR EXEMPLO, móveis, brinquedos em parques ou escadas)	Sim	Não
5	O seu filho faz movimentos estranhos com os dedos perto dos olhos? (POR EXEMPLO, mexe os dedos em frente aos olhos e fica olhando para os mesmos?)	Sim	Não
6	O seu filho aponta com o dedo para pedir algo ou para conseguir ajuda? (POR EXEMPLO, aponta para um biscoito ou brinquedo fora do alcance dele?)	Sim	Não
7	O seu filho aponta com o dedo para mostrar algo interessante para você? (POR EXEMPLO, aponta para um avião no céu ou um caminhão grande na rua)	Sim	Não
8	O seu filho se interessa por outras crianças? (POR EXEMPLO, seu filho olha para outras crianças, sorri para elas ou se aproxima delas?)	Sim	Não

9	O seu filho traz coisas para mostrar para você ou as segura para que você as veja - não para conseguir ajuda, mas apenas para compartilhar? (POR EXEMPLO, para mostrar uma flor, um bichinho de pelúcia ou um caminhão de brinquedo)	Sim	Não
10	O seu filho responde quando você o chama pelo nome? (POR EXEMPLO, ele olha para você, fala ou emite algum som, ou para o que está fazendo quando você o chama pelo nome?)	Sim	Não
11	Quando você sorri para o seu filho, ele sorri de volta para você?	Sim	Não
12	O seu filho fica muito incomodado com barulhos do dia a dia? (POR EXEMPLO, seu filho grita ou chora ao ouvir barulhos como os de liquidificador ou de música alta?)	Sim	Não
13	O seu filho anda?	Sim	Não
14	O seu filho olha nos seus olhos quando você está falando ou brincando com ele/ela, ou vestindo a roupa dele/dela?	Sim	Não
15	O seu filho tenta imitar o que você faz? (POR EXEMPLO, quando você dá tchau, ou bate palmas, ou joga um beijo, ele repete o que você faz?)	Sim	Não
16	Quando você vira a cabeça para olhar para alguma coisa, o seu filho olha ao redor para ver o que você está olhando?	Sim	Não
17	O seu filho tenta fazer você olhar para ele/ela? (POR EXEMPLO, o seu filho olha para você para ser elogiado/aplaudido, ou diz: “olha mãe!” ou “óh mãe!”)	Sim	Não
18	O seu filho compreende quando você pede para ele/ela fazer alguma coisa? (POR EXEMPLO, se você não apontar, o seu filho entende quando você pede: “coloca o copo na mesa” ou “liga a televisão”)?	Sim	Não

19	Quando acontece algo novo, o seu filho olha para o seu rosto para ver como você se sente sobre o que aconteceu? (POR EXEMPLO, se ele/ela ouve um barulho estranho ou vê algo engraçado, ou vê um brinquedo novo, será que ele/ela olharia para seu rosto?)	Sim	Não
20	O seu filho gosta de atividades de movimento? (POR EXEMPLO, ser balançado ou pular em seus joelhos)	Sim	Não

Fonte: Checklist Modificado para Autismo em Crianças Pequenas: versão revisada e consulta de seguimento (M-CHAT-R/F)TM. Tradução: Losapio, Siquara, Lampreia, Lázaro, & Pondé, 2020.

SUB ANEXO 5 - Checklist Modificado para Autismo em Crianças Pequenas: consulta de seguimento (M-CHAT-R/F)™

Por favor, responda as questões abaixo sobre o seu filho. Pense em como ele geralmente se comporta. Se você viu o seu filho apresentar o comportamento descrito poucas vezes, ou seja, se não for um comportamento frequente, então responda não. Por favor, marque sim ou não para todas as questões. Obrigado.

1	Se você apontar para algum objeto no quarto, o seu filho olha para este objeto? (POR EXEMPLO, se você apontar para um brinquedo ou animal, o seu filho olha para o brinquedo ou para o animal?)	Passou	Falhou
2	Alguma vez você se perguntou se o seu filho pode ser surdo?	Passou	Falhou
3	O seu filho brinca de faz de contas? (POR EXEMPLO, faz de conta que bebe em um copo vazio, faz de conta que fala ao telefone, faz de conta que dá comida a uma boneca ou a um bichinho de pelúcia?)	Passou	Falhou
4	O seu filho gosta de subir nas coisas? (POR EXEMPLO, móveis, brinquedos em parques ou escadas)	Passou	Falhou
5	O seu filho faz movimentos estranhos com os dedos perto dos olhos? (POR EXEMPLO, mexe os dedos em frente aos olhos e fica olhando para os mesmos?)	Passou	Falhou
6	O seu filho aponta com o dedo para pedir algo ou para conseguir ajuda? (POR EXEMPLO, aponta para um biscoito ou brinquedo fora do alcance dele?)	Passou	Falhou
7	O seu filho aponta com o dedo para mostrar algo interessante para você? (POR EXEMPLO, aponta para um avião no céu ou um caminhão grande na rua)	Passou	Falhou
8	O seu filho se interessa por outras crianças? (POR EXEMPLO, seu filho olha para outras crianças, sorri para elas ou se aproxima delas?)	Passou	Falhou

9	O seu filho traz coisas para mostrar para você ou as segura para que você as veja - não para conseguir ajuda, mas apenas para compartilhar? (POR EXEMPLO, para mostrar uma flor, um bichinho de pelúcia ou um caminhão de brinquedo)	Passou	Falhou
10	O seu filho responde quando você o chama pelo nome? (POR EXEMPLO, ele olha para você, fala ou emite algum som, ou para o que está fazendo quando você o chama pelo nome?)	Passou	Falhou
11	Quando você sorri para o seu filho, ele sorri de volta para você?	Passou	Falhou
12	O seu filho fica muito incomodado com barulhos do dia a dia? (POR EXEMPLO, seu filho grita ou chora ao ouvir barulhos como os de liquidificador ou de música alta?)	Passou	Falhou
13	O seu filho anda?	Passou	Falhou
14	O seu filho olha nos seus olhos quando você está falando ou brincando com ele/ela, ou vestindo a roupa dele/dela?	Passou	Falhou
15	O seu filho tenta imitar o que você faz? (POR EXEMPLO, quando você dá tchau, ou bate palmas, ou joga um beijo, ele repete o que você faz?)	Passou	Falhou
16	Quando você vira a cabeça para olhar para alguma coisa, o seu filho olha ao redor para ver o que você está olhando?	Passou	Falhou
17	O seu filho tenta fazer você olhar para ele/ela? (POR EXEMPLO, o seu filho olha para você para ser elogiado/aplaudido, ou diz: "olha mãe!" ou "óh mãe!")	Passou	Falhou
18	O seu filho compreende quando você pede para ele/ela fazer alguma coisa? (POR EXEMPLO, se você não apontar, o seu filho entende quando você pede: "coloca o copo na mesa" ou "liga a televisão")?	Passou	Falhou

19	Quando acontece algo novo, o seu filho olha para o seu rosto para ver como você se sente sobre o que aconteceu? (POR EXEMPLO, se ele/ela ouve um barulho estranho ou vê algo engraçado, ou vê um brinquedo novo, será que ele/ela olharia para seu rosto?)	Passou	Falhou
20	O seu filho gosta de atividades de movimento? (POR EXEMPLO, ser balançado ou pular em seus joelhos)	Passou	Falhou

Fonte: Checklist Modificado para Autismo em Crianças Pequenas: versão revisada e consulta de seguimento (M-CHAT-R/F)TM. Tradução: Losapio, Siquara, Lampreia, Lázaro, & Pondé, 2020.

SUB ANEXO 6 – RELATÓRIO ESCOLAR PARA REFERÊNCIA AO SERVIÇO DE SAÚDE DA APS

Avaliação do neurodesenvolvimento - Escola		
Nome do estudante:	OPÇÃO DE REPOSTA	
Data de nascimento:	SIM	NÃO
ATENÇÃO:		
O estudante consegue finalizar tarefas que demandam atenção significativa?		
O estudante durante o período de aula consegue se manter focado na maior parte do tempo?		
Períodos de dispersão da atenção durante a aula são frequentes?		
LINGUAGEM		
O estudante troca letras ou palavras com frequência?		
O estudante consegue formular frases coerentes com a situação e com a gramática básica?		
O estudante possui atraso de fala quando comparado aos alunos da mesma idade?		
O aluno compreende expressões faciais e corporais de outras pessoas?		
O aluno entende situações de entrelinhas, linguagem figurada, duplo sentido e piadas?		
COMPORTEAMENTO		
O estudante respeita a rotina do grupo?		
Mostra-se irritado com barulhos?		
O estudante parece não ouvir quando chamado?		
O estudante não realiza contato visual?		
Apresenta algum incômodo quando entra em contato com materiais com texturas diferentes?		
O aluno apresenta acessos de raiva?		
O aluno possui obsessão por organização?		
O aluno apresenta interesse exagerado por algum assunto específico?		
O estudante apresenta comportamento frequente de agitação que atrapalha as atividades acadêmicas ?		
O estudante apresenta comportamento frequente de impulsividade que atrapalham as atividades acadêmicas?		
ASPECTOS PSICOMOTORES		

O estudante consegue realizar tarefas que demandam destreza de movimento? Como cortar e colar?		
Apresenta desequilíbrios ou quedas constantes?		
Consegue participar das atividades físicas?		
Realiza algum movimento diferente e repetitivo, como mexer com os dedos e as mãos de forma peculiar?		
ASPECTOS COGNITIVOS		
Consegue acompanhar o desenvolvimento intelectual como a maioria dos alunos da mesma turma?		
O aluno consegue compreender comandos e segui-los?		
O aluno tem facilidade de memorização?		
Esquece com facilidade o que foi administrado em aula?		
O estudante tem capacidade de imaginação reduzida?		
SOLUÇÃO DE PROBLEMAS		
O estudante consegue resolver sozinho pequenos problemas do dia a dia?		
INTERAÇÃO SOCIAL		
O estudante possui amigos dentro da escola com pessoas da mesma idade?		
Interage em atividades sociais realizadas pela turma?		
O estudante se junta a outras pessoas por iniciativa própria?		
PERCEPÇÃO SUBJETIVA DO EDUCADOR SOBRE O DESENVOLVIMENTO ESCOLAR		
<p>Anotações sobre percepções subjetivas do educador acerca do desenvolvimento escolar do estudante, podendo constar aspectos relevantes não abordados nos temas supracitados da tabela.</p> <hr/>		