



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE TOLEDO

**GUIA DE ENCAMINHAMENTO DE CRIANÇAS PARA ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS
DO MUNICÍPIO DE TOLEDO**

1ª Edição

TOLEDO - PR

2024

AUTORES 1ª EDIÇÃO (SETEMBRO 2024)

Edson Luiz Michalkiewicz Junior

Raphael Henrique Chappuis

REVISORES

Alcione Correia de Lima Bacetti

Carlos Antonio Riedi

Cesar Ravache

Dhiego Sgarboza Tomin

Geruza Mara Hendges

Lara F Ciupak

Luciana Zabine De Oliveira

Marcia Inês Mallmann Baptista

Marco Aurelio Macedo

Mayara Angélica Bolson Salamanca

Robertta Fernandes Zandoná

Vanessa Cristina Venciguerra

DIRETORA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Tatiane da Veiga Rodrigues

SECRETÁRIA DE SAÚDE

Gabriela Almeida Kucharski

TOLEDO, SETEMBRO DE 2024

SUMÁRIO

DO ACESSO AOS SERVIÇOS	4
1. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO	4
1.1 Introdução.....	4
1.2. Como estratificar a criança.....	5
1.2.1. Risco Habitual.....	6
1.2.2. Risco Intermediário.....	6
1.2.3. Alto Risco.....	8
2. SITUAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA	8
3. FLUXO DE ENCAMINHAMENTOS	9
3.1. Pediatra de Referência.....	12
4. ORIENTAÇÕES DE ENCAMINHAMENTO	13
4.1. Alergopediatria.....	16
4.2. Cardiopediatria.....	16
4.3. Endocrinologia.....	16
4.4. Gastroenterologia e Hepatologia.....	18
4.5. Infectologia.....	19
4.6. Neuropediatria.....	19
4.7. Ortopedia.....	20
4.8. Pneumologia.....	20
5. ATENDIMENTOS DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR AMI	20
6. APÊNDICE: DIÁRIO DA PRESSÃO ARTERIAL	21
7. ANEXOS	22
Anexo 1. Escala M-CHAT-R/FTM.....	22
Anexo 2. Escala SNAP-IV.....	30
Anexo 3. Escala de Leitura e Escrita (ELE).....	30
Anexo 4. Escala de Avaliação de Transtornos de Comportamento Disruptivos para Pais e Professores (Parent/Teacher Disruptive Behaviour Disorder Rating Scale).....	32
Anexo 5. Marcos do Desenvolvimento em Crianças de 2 Meses a 2 Anos.....	34
Anexo 6. Estratificação de Risco de Saúde Mental (ERSM).....	35
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37

DO ACESSO AOS SERVIÇOS

Toda criança que necessitar de assistência médica no município de Toledo deve procurar a Unidade de Saúde de referência e consultar com o médico clínico, médico da família ou pediatra da unidade. Após avaliação, se o profissional responsável julgar necessário, deverá realizar o devido encaminhamento para a especialidade conforme descrito neste documento norteador.

1. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

1.1 INTRODUÇÃO

A estratificação de risco, segundo a Linha Guia Materno Infantil, estabelece critérios para garantir o cuidado adequado às crianças com maior probabilidade de adoecer e morrer.

Os atendimentos realizados no Ambulatório Materno Infantil (AMI) ocorrem a partir da estratificação de risco de crianças, que foi elaborada com base no documento aprovado pela CIB/PR em 28/04/2021. As crianças identificadas como risco habitual e intermediário deverão ser acompanhadas nos serviços de atenção primária à saúde (APS). Já as crianças classificadas como de alto risco deverão ser encaminhadas ao AMI (ANEXO A) e o cuidado passará a ser compartilhado entre a APS e o serviço especializado.

Importante enfatizar que, mesmo quando há necessidade de acompanhamentos especializados, a assistência integral ao paciente deve ser assegurada por atendimentos compartilhados com a APS. A continuidade do cuidado é um dos princípios que devem ser garantidos à criança. As equipes da APS e AMI devem atuar como um serviço único de apoio recíproco no que diz respeito ao compartilhamento de informações, objetivo e manejo objetivo e manejo recomendados pelas diretrizes clínicas e instrumentos pactuados a fim de concretizar o cuidado compartilhado da criança.

A realização da estratificação dos recém-nascidos (RN) e das crianças de risco habitual, intermediário e alto risco possibilita o planejamento do cuidado individualizado e de acordo com as necessidades de cada indivíduo. Os critérios da estratificação devem ser reavaliados de forma contínua e dinâmica a cada nova consulta, durante o acompanhamento da criança até completar o 2º ano de vida, visto que as crianças podem apresentar alterações em suas condições de saúde que ocasionem mudanças na estratificação de risco. No AMI as crianças seguem a mesma guia de estratificação até os 3 anos de vida.

A primeira estratificação de risco deve ser realizada preferencialmente antes da alta no hospital de nascimento ou durante a visita domiciliar do recém-nascido, realizada pela

APS, a estratificação realizada na maternidade precisa ser revista. A classificação da criança em risco habitual, intermediário ou alto risco depende de características maternas (idade, raça/cor, escolaridade, condições sociodemográficas), antecedentes pré-natais, perinatais e neonatais.

1.2. COMO ESTRATIFICAR A CRIANÇA

A estratificação de risco utilizada no município é embasada no documento aprovado pela CIB/PR em 28/04/2021 e foi adaptada para a realidade do município com contribuições dos profissionais que atendem no AMI.

- a) A estratificação de risco ao nascer deve ser realizada na maternidade e/ou no primeiro atendimento do RN na APS;
- b) A estratificação de risco entre 1 mês e 3 anos de vida deve ser realizada em todas as consultas;
- c) A identificação de um único critério define o risco da criança, predominando o critério de maior gravidade;
- d) A maternidade deve preencher todos os campos da Caderneta de Saúde da Criança referente ao período neonatal, bem como anexar o resumo das intercorrências no período de permanência na unidade, quando alta;
- e) Quando o cuidado for compartilhado entre a APS/ESF (Estratégia Saúde da Família) e AMI, deverá manter atendimentos intercalados;
- f) Quando houver comprometimento do crescimento e/ou desenvolvimento, necessidades especiais, doenças crônicas (pneumopatia, cardiopatia, nefropatia, diabetes, problemas neurológicos), intercorrências clínicas repetidas com repercussão orgânica e situações sociais que necessitem de intervenções;

1.2.1. RISCO HABITUAL

As crianças e recém nascidos de risco habitual são os que apresentam os riscos esperados para a fase da vida e não apresentam nenhum fator agravante.

Quem atende?	Profissionais envolvidos	Critérios da estratificação
ESF/EAP	Médico/Enfermeiro	-APGAR > 7 no 5º minuto; -Peso ao nascer ≥ 2.500g e < 4.000g; -Idade gestacional ≥ 37 e < 42 semanas. -Crianças com características individuais e condições sociodemográficas favoráveis, ou seja, risco inerente ao ciclo de vida da criança. -Triagem neonatal com resultado normal; -Vacinação em dia; -Adequado crescimento; - Adequado desenvolvimento.

1.2.2. RISCO INTERMEDIÁRIO

As crianças classificadas como risco intermediário precisam de adaptação no calendário de consultas de modo a realizar um seguimento intensificado com o objetivo de acompanhar sua evolução e desenvolvimento. Em casos nos quais não se identifica melhora dos fatores de risco ou exista piora dos critérios presentes, a classificação será alterada para alto risco e as crianças com idade inferior ou igual a 3 anos precisam ser encaminhadas para o AMI. Todo atendimento e classificação de risco devem ser registrados no prontuário. Caso a estratificação permaneça como risco intermediário a criança deverá ser encaminhada ao pediatra de referência.

Quem atende?	Profissionais envolvidos	Critérios de estratificação
ESF/EAP	Médico ESF Enfermeiro Pediatra EAP Pediatra da unidade de referência AMI, se for necessário	Características individuais e socioeconômicas maternas: <u>Filhos de mães:</u> – Com infecção intrauterina (sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes vírus, Zika vírus, HIV); – Em situação de vulnerabilidade e em situação de rua, indígenas, quilombolas ou migrantes; – Negras; – Com menos de 4 consultas de pré-natal; – Com menos de 15 ou mais de 40 anos de idade; – Com menos de 20 anos e mais de 3 partos; – Analfabetas ou com menos de 3 anos de estudo; – Que apresentaram exantema durante a gestação; – Com gravidez não planejada e/ou indesejada e/ou com dificuldade de aceitação; – Com gravidez decorrente de violência sexual; – Com histórico de 3 abortos de repetição em qualquer idade gestacional (3 ou mais abortos espontâneos consecutivos); Com histórico de natimorto (quando a duração da gestação for igual ou superior a 20 semanas de

		<p>gestação, ou se o feto apresentar peso igual ou superior a 500g, ou estatura igual ou superior a 25 cm).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sem rede de apoio para compartilhar o cuidado com a criança; - Óbito de irmão menor que 5 anos por causas evitáveis; - Mãe sem suporte familiar ou rede de apoio para compartilhar o cuidado com a criança.¹ - Chefe da família sem fonte de renda; - Depressão pós-parto e/ou baby blues; - Um dos pais com: transtorno mental severo, deficiência física e/ou doença neurológica; - Pais com dependência de álcool e outras drogas; - Mãe ausente por doença, abandono ou óbito; - Com histórico de violência interpessoal; - Cuidador não habilitado para o cuidado com o RN; - Sem acesso a saneamento básico e/ou água potável. <p>E/ou</p> <p>Características do nascimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peso ao nascer $\geq 2.000g$ e $< 2.500g$; - Idade gestacional ≥ 35 e < 37 semanas; - Anomalias congênitas menores relativamente frequentes na população geral e não acarretam maiores problemas aos portadores. Exemplos: fossetas, apêndices pré-auriculares, polidactilias do tipo de apêndices digitiformes, hipospádias de 1º grau ou balânicas, mamas extranumerárias, nevos pigmentados; - Internação ou intercorrência na maternidade ou em unidade neonatal; - Criança sem realização de triagem neonatal;² - Desmame precoce (antes do 6º mês de vida); - Desnutrição ou curva pondero estatural estacionária ou em declínio e/ou carências nutricionais ou sobrepeso;³ - Criança não vacinada ou com esquema vacinal atrasado;⁴ - Cárie;⁵ - Criança com 3 ou mais atendimentos em pronto socorro em um período de 3 meses.
--	--	--

- 1- Avaliar durante visita domiciliar se há indícios de violação dos direitos da criança.
- 2- Diz respeito ao teste da orelhinha, olhinho, coraçãozinho e pezinho. Cada teste possui tempo limite para detecção e intervenção precoce. A não realização de um ou mais testes já enquadra a criança como risco intermediário. Crianças que não realizaram os testes, mas possuem agendamento também se enquadram no critério.
- 3- De acordo com o Cartão da Criança: Peso elevado para a idade $>$ escore-z +2 | Peso adequado para a idade \geq escore-z 2 e \leq escore-z +2 | Baixo peso para idade \geq escore-z -3 e $<$ 2 | Muito baixo peso para a idade $<$ escore-z -3.
- 4- Após orientação e/ou busca ativa a criança continua faltosa. Crianças com contraindicação e/ou alergias graves ao imunizante devem ser acompanhadas como risco intermediário.
- 5- Ao apresentar cárie em um único dente já caracteriza como risco intermediário.

Todas as ESF possuem uma EAP de referência (item 3.1) que poderá auxiliar nos atendimentos quando existir necessidade de avaliação da criança com profissional pediatra. O pediatra, ou qualquer profissional da saúde, ao avaliar a criança com idade inferior ou igual a 3 anos e identificar a necessidade de estratificar como alto risco deverá realizar o encaminhamento ao AMI.

1.2.3. ALTO RISCO

Para as crianças com idade inferior ou igual a 3 anos e classificadas como alto risco deverá ocorrer o acompanhamento conjunto entre o AMI e a APS/ESF em que a família está cadastrada. A equipe da APS/ESF deve monitorar o seguimento, conhecendo a programação de procedimentos aos quais aquela criança deverá ser submetida. O coordenador do cuidado e dos atendimentos será o pediatra do ALTO RISCO.

Quem atende?	Profissionais envolvidos	Critérios
ESF/EAP AMI	<ul style="list-style-type: none"> - Médico e enfermeiro da ESF ou EAP - Equipe multidisciplinar do AMI Pediatra/Neuropediatra/Infectologista/nutricionista/enfermagem/psicologia/serviço social. 	<ul style="list-style-type: none"> - Afecções perinatais e malformações¹ congênitas graves (com repercussão clínica); - Peso ao nascer < 2.000g e ≥ 4.000g; - Prematuridade ≤ 34 semanas; - Asfixia perinatal e/ou APGAR < 7 no 5º minuto; - Hiperbilirrubinemia com exsanguinotransfusão; - Infecções crônicas como sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes vírus, Zika vírus, HIV confirmadas ou em investigação; - Cromossomopatias e doenças metabólicas com repercussão clínica;² - Testes de triagem neonatal alterados;³ - Desenvolvimento psicomotor insatisfatório para a faixa etária; - Sinais de violência / maus-tratos; - Desnutrição grave e/ou obesidade;⁴ - Intercorrências repetidas com repercussão clínica – após segunda internação.

- 1- Graves alterações anatômicas, estéticas e funcionais podendo levar à morte. Exemplos: lábio leporino com ou sem palato fendido, sindactilias microtrias, anencefalia, cardiopatia congênita, etc.
- 2- Como por exemplo: síndrome de Down, síndrome de Patau.
- 3- A identificação de um único teste alterado de triagem já caracteriza como alto risco.
- 4- Peso elevado para a idade > escore-z +2 | Peso adequado para a idade ≥ escore-z 2 e ≤ escore-z +2 | Baixo peso para idade ≥ escore-z -3 e < 2 | Muito baixo peso para a idade < escore-z -3.

2. SITUAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA

Em situações de urgência e emergência pediátrica, a criança deverá ser encaminhada a UPA (Unidade de Pronto Atendimento), independente da idade, para o manejo e acompanhamento da condição em questão.

Exemplos de casos de urgência e emergência em pediatria: Parada Cardiorrespiratória (PCR), crises convulsivas, sepse, urticária e angioedema, desidratação moderada a grave, crise de asma, bronquiolite, pneumonia e lesões traumáticas, atresia de vias biliares.

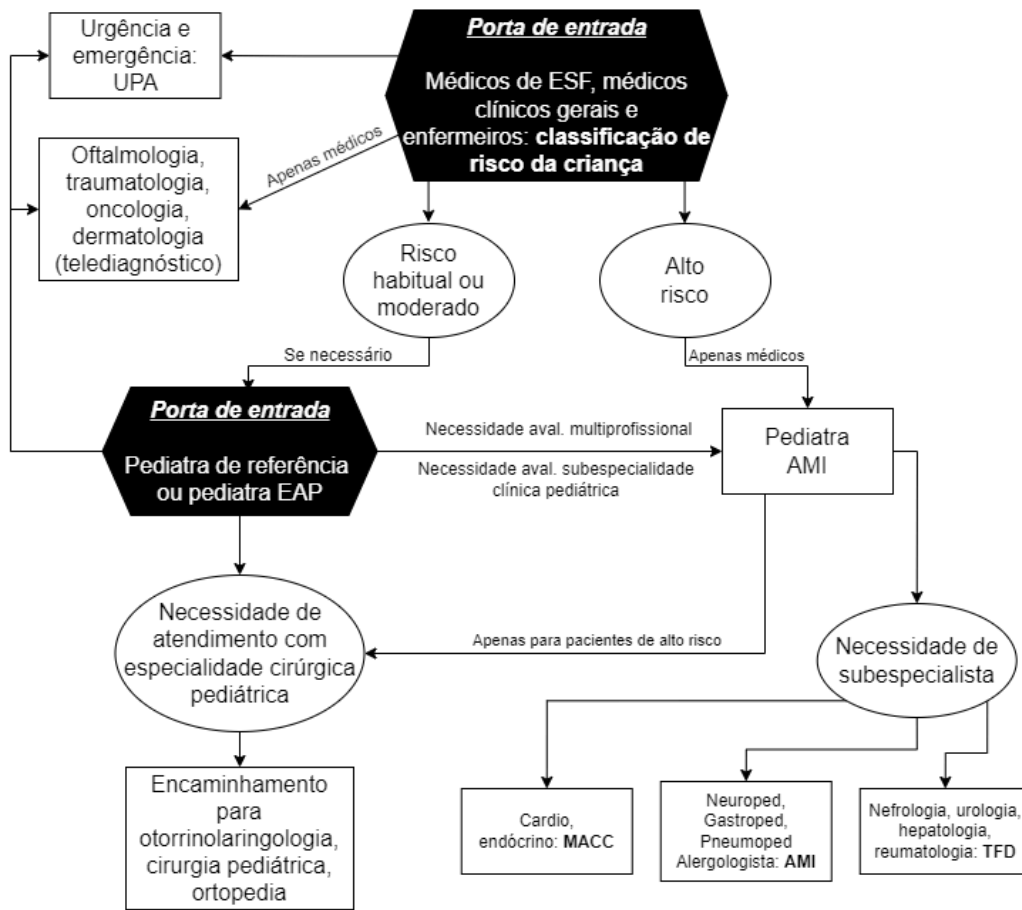
3. FLUXO DE ENCAMINHAMENTOS

O fluxo de atendimentos é explicitado abaixo com o fluxograma 1, relevante para pacientes com idade inferior ou igual a 3 anos; e o fluxograma 2, relevante para pacientes com idade superior a 3 anos.

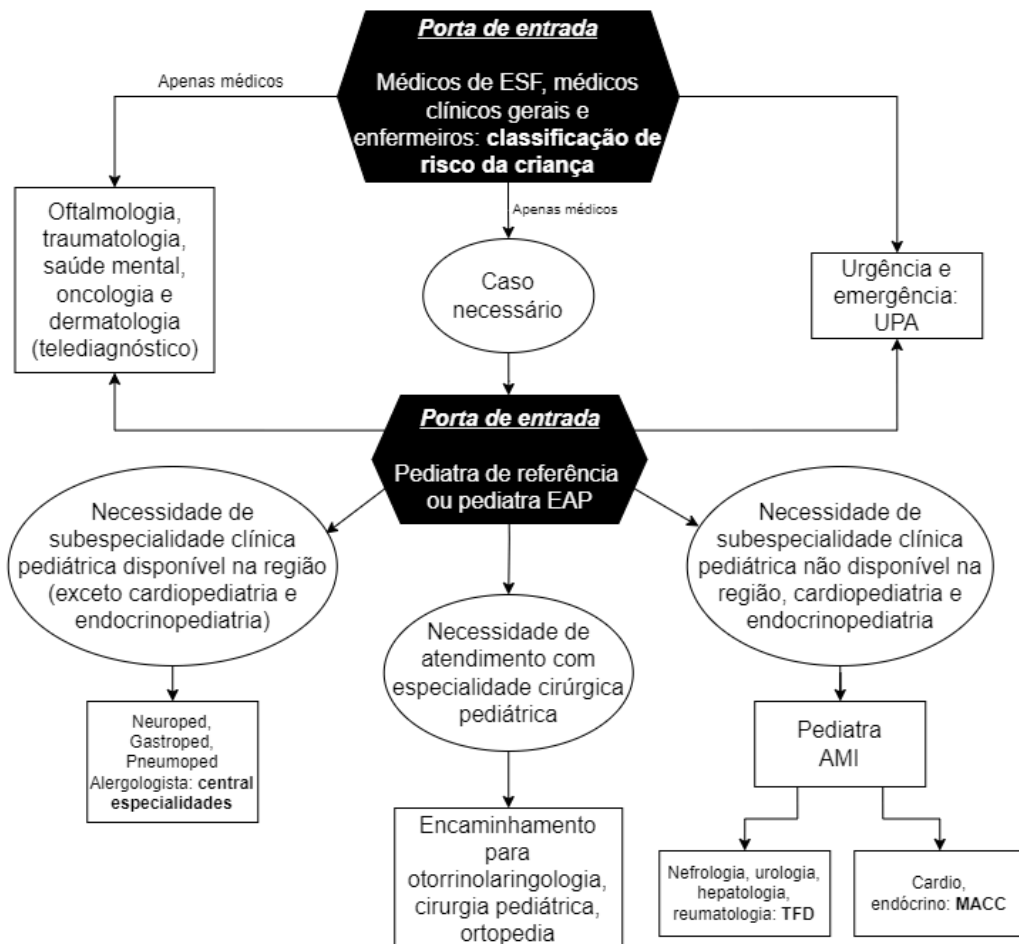
Em resumo:

- Independentemente da idade, existem duas possibilidades de porta de entrada: médicos ESF, clínicos EAP e enfermeiros ou pediatras EAP.
- Pacientes com idade menor ou igual a 3 anos de risco habitual ou intermediário são encaminhados da ESF para o pediatra referência, e então para a avaliação com subespecialista, caso seja necessário.
- Pacientes com idade menor ou igual a 3 anos de alto risco são encaminhados diretamente para avaliação pediátrica no AMI, sem necessidade de avaliação pelo pediatra de referência da unidade.
- O pediatra de referência, ao manejar pacientes com idade menor ou igual a 3 anos, pode optar por encaminhar diretamente para pediatria cirúrgica (ortopedia, otorrinolaringologia e cirurgia pediátrica), AMI (em caso de necessidade de subespecialidade clínica pediátrica), Oftalmologista, Dermatologista (telediagnóstico), Traumatologista, Oncologista ou para UPA em situações e urgência ou emergência.
- Pacientes maiores de 3 anos, independentemente da estratificação de risco, são encaminhados conforme necessidade da ESF para o pediatra referência, exceto em casos de urgência e emergência ou necessidade de atendimento oftalmológico, dermatológico ou de traumatologia (ortopedia fraturas). O pediatra de referência então poderá encaminhar o paciente para subespecialidade clínica ou cirúrgica conforme necessidade.

Menor ou igual a 3 anos de idade



Maiores de 3 anos de idade



3.1. PEDIATRA DE REFERÊNCIA

Considerando a necessidade eventual de profissionais das ESFs encaminharem crianças para uma avaliação pediátrica, segue abaixo as Unidades de referência:

Centro de Saúde de Toledo	
ESF São Francisco	Linha Nossa senhora do rocio (possui sede)
ESF Panorama	Linha Tapuí
ESF Panorama II	Linha mandarina (possui sede)
ESF Bressan/Cezar parque	Linha da Usina (possui sede)
Linha Cerâmica prata	Linha Aracary
Linha São Francisco	Linha Chaparral
Linha Boiko (possui sede)	Linha Caça e pesca
Linha Sanga Funda/de Marchi	

UBS Jardim Maracana	
ESF Pioneira	Linha Carvalho
ESF Jardim da Mata	Linha Comin
Distrito Bom Princípio (possui sede)	Linha Gramado (possui sede)
Linha Lacto Bom	Linha Estrada Marilopeí
Linha Vista Alegre (possui sede)	Linha Anzolin
Linha Sanga Guarani	ESF Paulista

UBS Coopagro	
ESF Cosmos	Linha Fadanelli
ESF Pancera	Linha Tigre I
UBS Dois Irmãos	Linha Pinhalzinho
UBS Vila Ipiranga	Linha Laticinio
ESF Novo Sarandi	Linha Espigão
UBS Novo Sobradinho	Linha Sitio Paz D' Água
UBS Vila Nova	Linha Primo Cruzado (possui sede)
Linha Tigre	Linha Guaçú
Linha Estrada da produção	Linha Floriano (possui sede)
Linha Sanga Verde (Lidio)	Linha Projeto poty
Linha da Cascalheira	Linha Flórida (possui sede)
Linha São João (possui sede)	Linha Nova Brasilia
Linha Tres quedas (possui sede)	Linha Gabardo/Tremea
Linha Marafon	Linha Dois Marcos (possui sede)
Linha Santo Antonio (possui sede)	Linha São Pedro (possui sede)
Linha Gafuri	Linha Pérola
Linha Sapo (Celso porsch)	Linha Peabiru I
Linha Pietrowski	Linha Peabiru II
Linha Giacomini (possui sede)	Linha Brasilia
Linha Arapongas (possui sede)	Linha Recanto
Linha Gavião	Pedreira Municipal
Linha Fazenda Branca (possui sede)	Linha são Valentim

UBS Jardim Porto Alegre	
ESF Europa	Linha dom Bosco/pedreira/compostec
ESF Concórdia;	Linha Lira II (saída para São Roque)
UBS Distrito São Luiz do Oeste	Linha laticínio
UBS Boa vista	Linha Buê Caé (possui sede)
Linha do Sol Nascente (possui sede)	Linha sítio vagalume
Linha Galvão	Linha Schuh
Linha Manzatti	Linha Fazenda São Roque
Linha Klein	Linha Gaçu/Picinin/Ticão
Linha Hoffmann/Orlando	Linha Conte
Linha Rio Toledo	Linha Pasqualli/Perin
Linha Estrada do Aeroporto regional	Linha Dr. Ernesto (possui sede)
Distrito Ouro Preto	Linha Assermuto
Linha Lira	Linha cavalo Morto
Linha Mazur	

UBS Vila Industrial	
ESF Santa Clara IV	Linha Kasper
ESF Concórdia do Oeste/Dez de Maio	Linha Michelin
Linha Angola	Linha Sanga Funda
Linha 14 de dezembro (possui sede)	Linha Estrada Zadimel
Linha Santa Terezinha	Linha Bangu (possui sede)
Linha General Osório (Possui sede)	Linha Xaxim (pertence ESF Concórdia)
Linha KM 41 (possui sede)	Linha Nova Videira
Linha União Baixa	Linha São Miguel
Linha União Alta	Linha Lajeado (possui sede)
Linha São Salvador (possui sede)	Linha São Paulo (possui sede)
Linha Entre Meio	Linha Três bocas (possui sede)
Linha Cerro da Lola (ESF Concórdia)	Linha Tatu
Linha Kliemann	

4. ORIENTAÇÕES DE ENCAMINHAMENTO

Os encaminhamentos devem seguir o esquema evidenciado nos fluxogramas 1 e 2 do tópico 4 (presente no protocolo), a depender da idade do paciente (discriminado em menor ou igual a 3 anos ou maior de 3 anos).

O conteúdo descritivo mínimo necessário para qualquer encaminhamento, independentemente da especialidade, consiste em:

1. História atual detalhada. Descrição das manifestações clínicas, com datas de início, episódios de agudização e fatores de risco relevantes para a condição em foco.
2. História pregressa detalhada, incluindo dados da gestação e outras doenças crônicas, mesmo que não associadas à patologia que justifique o encaminhamento.
3. Preenchimento completo da carteirinha da criança, em especial curvas de crescimento, desenvolvimento neuropsicomotor e exames de triagem neonatal.
4. Tratamentos prévios já realizados, em detalhe, com a data de duração de cada intervenção e resultados.
5. Exames prévios pertinentes já realizados, com data, devem ser levados pelo paciente na consulta com subespecialista.

As informações supracitadas deverão estar contidas em prontuário eletrônico e, em casos de impossibilidade de acesso aos dados descritos em prontuário eletrônico (sistemas diferentes e/ou não compatíveis), tais informações dever-se-ão fazer presentes em forma de documento físico (carta) entregue ao paciente (solicitar ao paciente, ou responsável, que apresente o documento para o médico ao qual está sendo encaminhado), permitindo assim que o próximo profissional esteja atualizado a respeito do quadro.

Em nossa rede, a principal situação na qual a realização de carta é necessária ocorre nos encaminhamentos para o MACC, onde usa-se o sistema IDS saúde em vez do sistema SIGSS, utilizado na atenção primária.

As cadernetas da criança e da gestante devem estar disponíveis para a conferência e registros de informações em todas as consultas com o pediatra (referência, AMI ou subespecialidade). Orientar o responsável pela criança a sempre portar tais documentos.

Exames adicionais necessários para encaminhamento para cada especialidade são descritos nos subtópicos abaixo.

4.1. ALERGOPEDIATRIA

Os encaminhamentos para especialidade de cardiopediatria devem respeitar o fluxo estabelecido no tópico 4 (FLUXOS DE ENCAMINHAMENTO). Além disso, é necessário que os pacientes apresentem exames já realizados de acordo com a tabela abaixo. Estes exames devem ser solicitados previamente ao encaminhamento pelo pediatra referência ou médico da ESF, sendo idealmente realizados durante o período de espera pelo atendimento na especialidade.

Alergopediatria	
Doença	Exames obrigatórios pré-encaminhamento
Anafilaxia	Histórico completo de exacerbações
Imunodeficiência	Sem exames adicionais

4.2. CARDIOPEDIATRIA

Os encaminhamentos para especialidade de cardiopediatria devem respeitar o fluxo estabelecido no tópico 4 (FLUXOS DE ENCAMINHAMENTO). Além disso, é necessário que os pacientes apresentem exames já realizados de acordo com a tabela abaixo. Estes exames devem ser solicitados previamente ao encaminhamento pelo pediatra referência ou médico da ESF, sendo idealmente realizados durante o período de espera pelo atendimento na especialidade.

Cardiologia	
Doença	Exames obrigatórios pré-encaminhamento
Arritmias	Ecocardiograma se menor de 1 mês de vida Radiografia de tórax PA
Cardiopatía congênita	Ecocardiograma se menor de 1 mês de vida
Hipertensão arterial	Controle de pressão arterial
Vertigem ou síncope	Sem exames adicionais

4.3. ENDOCRINOLOGIA

Os encaminhamentos para especialidade de endocrinologia devem respeitar o fluxo estabelecido no tópico 4 (FLUXOS DE ENCAMINHAMENTO). Além disso, é necessário que os pacientes apresentem exames já realizados de acordo com a tabela abaixo. Estes exames devem ser solicitados previamente ao encaminhamento pelo pediatra referência ou

médico da ESF, sendo idealmente realizados durante o período de espera pelo atendimento na especialidade.

Endocrinologia	
Doença	Exames obrigatórios pré-encaminhamento
Baixa velocidade de crescimento	Hemograma Ferritina e TIBC Radiografia de ossos do punho (idade óssea) TSH + T4L Antitransglutaminase tecidual IgA Dosagem de IgA total Anti gliadina deaminada IgG (caso anti-tTG IgA negativo) Dosagem de vitamina D e B12 Sedimento urinário
Baixo peso	Hemograma Ferritina e TIBC TSH + T4L Antitransglutaminase tecidual IgA Dosagem de IgA total Anti gliadina deaminada IgG (caso anti-tTG IgA negativo) Dosagem de vitamina D e B12 Sedimento urinário
Diabetes mellitus (1 ou 2)	Hemograma Perfil lipídico (CT, LDL, HDL, triglicérides) HbA1c Glicemia de jejum Creatinina e ureia Sedimento urinário Receita de insulina e controle glicêmico caso faça uso
Hiperplasia adrenal congênita	Sódio e potássio Dosagem de 17-OH-progesterona
Hipo e hipertireoidismo	Hemograma PCR TSH e T4L
Obesidade ou dislipidemia	Hemograma Perfil lipídico (CT, LDL, HDL, triglicérides) ALT (alanina aminotransferase) Glicemia (jejum ou HbA1c) TSH + T4L
Puberdade precoce	LH e FSH Estradiol USG abdomen (acrescentar pelve em sexo feminino) Radiografia de ossos do punho (idade óssea)
Puberdade tardia	LH e FSH Radiografia de ossos do punho (idade óssea)
Síndromes genéticas	Sem exames adicionais.
Teste metabólico (pezinho) anormal	Sem exames adicionais.

4.4. GASTROENTEROLOGIA E HEPATOLOGIA

Os encaminhamentos para especialidade de gastroenterologia e hepatologia devem respeitar o fluxo estabelecido no tópico 4 (FLUXOS DE ENCAMINHAMENTO). Além disso, é necessário que os pacientes apresentem exames já realizados de acordo com a tabela abaixo. Estes exames devem ser solicitados previamente ao encaminhamento pelo pediatra referência ou médico da ESF, sendo idealmente realizados durante o período de espera pelo atendimento na especialidade.

Gastroenterologia e Hepatologia	
Doença	Exames obrigatórios pré-encaminhamento
Alergia a proteína do leite de vaca	Sem exames adicionais
Disfagia	Sem exames adicionais
Icterícia (com critérios de encaminhamento)	Hemograma Bilirrubina total e frações
Icterícia com colúria e acolia	Encaminhar com urgência para UPA
Intolerância à lactose	Não solicitar exames.
Refluxo gastroesofágico	Sem exames adicionais
Sangramento retal	Sem exames adicionais
Síndrome diarreica	Sem exames adicionais
Síndromes disabsortivas com baixo peso	Sem exames adicionais

4.5. INFECTOLOGIA

Os encaminhamentos para especialidade de infectologia devem respeitar o fluxo estabelecido no tópico 4 (FLUXOS DE ENCAMINHAMENTO). Além disso, é necessário que os pacientes apresentem exames já realizados de acordo com a tabela abaixo. Estes exames devem ser solicitados previamente ao encaminhamento pelo pediatra referência ou médico da ESF, sendo idealmente realizados durante o período de espera pelo atendimento na especialidade.

Infectologia	
Doença	Exames obrigatórios pré-encaminhamento
Sífilis congênita	VDRL binômio
Toxoplasmose congênita	Sorologia binômio
Hepatites virais	Sem exames adicionais

4.6 NEUROPEDIATRIA

Os encaminhamentos para especialidade de neuropediatria devem respeitar o fluxo estabelecido no tópico 4 (FLUXOS DE ENCAMINHAMENTO). Além disso, é necessário que os pacientes apresentem exames já realizados de acordo com a tabela abaixo. Estes exames devem ser solicitados previamente ao encaminhamento pelo pediatra referência ou médico da ESF, sendo idealmente realizados durante o período de espera pelo atendimento na especialidade.

Neurologia	
Doença	Exames obrigatórios pré-encaminhamento
Epilepsia/ Crises Convulsivas	Sem exames adicionais
Microcefalia	Sem exames adicionais
Encefalopatia Progressiva	Sem exames adicionais
Encefalopatia estática/ Paralisia Cerebral	Sem exames adicionais
Distúrbios do movimento	Sem exames adicionais
Doenças Neuromusculares	Sem exames adicionais
Suspeita de erros inatos do metabolismo	Testes de triagem neonatal
Atraso global do desenvolvimento (AGD) e Deficiência intelectual	Sem exames adicionais
Cefaleias	Sem exames adicionais
Distúrbios do Sono	Sem exames adicionais
Afecções Neurovasculares	Sem exames adicionais
Transtorno Específico da Aprendizagem	Sem exames adicionais
Transtorno do Espectro Autista (TEA)	M-CHAT (16 a 30 meses)
Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)	SNAP-IV (3 a 18 anos)
Transtorno Opositor Desafiador (TOD)	Parent/Teacher Disruptive Behaviour Disorder Rating Scale

4.7. ORTOPEDIA

Os encaminhamentos para especialidade de ortopedia devem respeitar o fluxo estabelecido no tópico 4 (FLUXOS DE ENCAMINHAMENTO). Além disso, é necessário que os pacientes apresentem exames já realizados de acordo com a tabela abaixo. Estes exames devem ser solicitados previamente ao encaminhamento pelo pediatra referência ou médico da ESF, sendo idealmente realizados durante o período de espera pelo atendimento na especialidade.

Ortopedia	
Doença	Exames obrigatórios pré-encaminhamento
Displasia do Desenvolvimento de Quadril	USG quadril

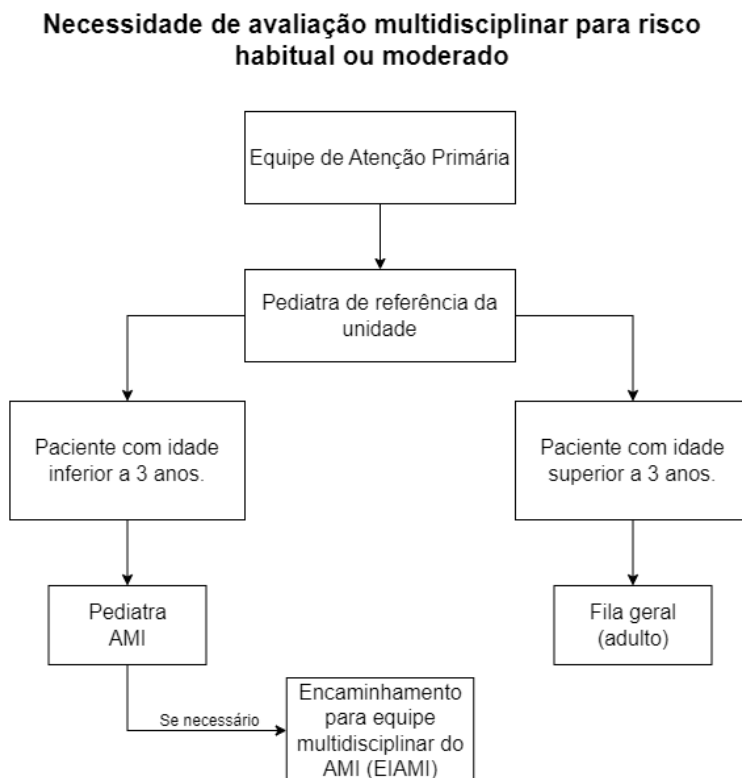
4.8. PNEUMOLOGIA

Os encaminhamentos para especialidade de pneumologia devem respeitar o fluxo estabelecido no tópico 4 (FLUXOS DE ENCAMINHAMENTO). Além disso, é necessário que os pacientes apresentem exames já realizados de acordo com a tabela abaixo. Estes exames devem ser solicitados previamente ao encaminhamento pelo pediatra referência ou médico da ESF, sendo idealmente realizados durante o período de espera pelo atendimento na especialidade.

Pneumologia	
Doença	Exames obrigatórios pré-encaminhamento
Asma	Histórico completo de exacerbações (sibilância de repetição)
Fibrose Cística	Teste do pezinho alterado ou história sugestiva

5. ATENDIMENTOS DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR AMI

Os atendimentos da EIAMI são realizados a partir dos encaminhamentos efetuados pelos Pediatras do AMI, conforme presente no fluxograma abaixo.



É importante lembrar que a EIAMI realiza atendimentos somente para crianças com idade menor ou igual a 3 anos. Caso a idade seja superior a 3 anos e exista a necessidade de acompanhamento com equipe multidisciplinar, o médico da EAP deverá encaminhar o paciente para avaliação do pediatra de referência.

Os atendimentos disponibilizados pela EIAMI são citados abaixo:

- Fonoaudiologia (menores de 3 anos)
- Nutrição (menores de 3 anos)
- Psicologia (menores de 3 anos)
- Fisioterapia (menores de 3 anos)
- Serviço Social (menores de 3 anos)

Para que a criança seja encaminhada para o serviço de psicologia torna-se necessária a realização da estratificação de risco em saúde mental, encontrada no anexo 6.

6. APÊNDICE - DIÁRIO DE PRESSÃO ARTERIAL

Diário da Pressão Arterial	
Nome:	
Data	Pressão Arterial aferida com esfigmomanômetro calibrado
	Manhã:
	Tarde:
	Manhã:
	Tarde:
	Manhã:
	Tarde:
	Manhã:
	Tarde:
	Manhã:
	Tarde:
	Manhã:
	Tarde:
	Manhã:
	Tarde:
	Manhã:
	Tarde:
	Manhã:
	Tarde:
	Manhã:
	Tarde:

7. ANEXOS

Anexo 1. Escala M-CHAT-R/F™

Instruções de uso

O M-CHAT-R pode ser aplicado e pontuado como parte da visita de puericultura e também por especialistas ou outros profissionais que desejem avaliar o risco de TEA. O principal objetivo do MCHAT-R é maximizar a sensibilidade, ou seja, detectar o máximo possível de casos de TEA. Portanto, existe alta taxa de falso positivo, o que significa que nem todas as crianças que apresentarem escore de risco serão diagnosticadas com TEA. Por isso, foram acrescentadas as questões da consulta de seguimento (M-CHAT-R/F). Os usuários do instrumento devem estar cientes que, mesmo com a consulta de seguimento, um número significativo de crianças com pontuação positiva no M-CHAT-R não serão diagnosticadas com TEA. Entretanto, essas crianças são de alto risco para outros transtornos ou atrasos do desenvolvimento, de modo que, estas devem ser reavaliadas.

Algoritmo da pontuação

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 algoritmo a seguir maximiza as propriedades psicométricas da MCHAT-R:

- **BAIXO RISCO:** Pontuação Total entre 0-2; se a criança tem menos de 24 meses, reavaliar após o segundo aniversário. Nenhuma outra avaliação será requerida a menos que a evolução clínica indique risco de TEA.
- **RISCO MÉDIO:** Pontuação Total entre 3-7; aplicar a consulta de seguimento (segunda etapa do MCHAT-R/F) para obter informações adicionais sobre as respostas de risco. Se o escore permanecer 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 futuras visitas médicas.
- **RISCO ELEVADO:** Pontuação Total entre 8-20; não é necessário fazer a consulta de seguimento, a criança deve ser encaminhada imediatamente para avaliação diagnóstica e intervenção precoce.

© 2009 Robins, Fein, & Barton. Tradução: Losapio, Siquara, Lampreia, Lázaro, & Pondé **M-CHAT-R™**

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

© 2009 Robins, Fein, & Barton. Tradução: Losapio, Siquara, Lampreia, Lázaro, & Pondé

M-CHAT-R Consulta de Seguimento (M-CHAT-R/F)™

Instruções de Uso

O M-CHAT-R/F foi criado para ser usado junto com o M-CHAT-R. O M-CHAT-R foi validado para rastrear crianças entre 16 e 30 meses de idade, para avaliar o risco de Transtorno do Espectro Autista (TEA). Quem o utiliza deve estar ciente que, mesmo com a consulta de seguimento, haverá um número significativo de crianças que pontuarão para TEA no M-CHAT-R, mas não terão esse diagnóstico. Contudo, essas crianças apresentam risco de outros transtornos ou atrasos do desenvolvimento, portanto a consulta de seguimento se justifica para qualquer criança rastreada positivamente.

Após o preenchimento do M-CHAT-R pelo familiar, o profissional deve pontuar o instrumento de acordo com as instruções. Se a pontuação for positiva, selecione os itens do M-CHAT-R que a criança falhou e os reaplique no M-CHAT-R/F. Somente aqueles itens nos quais a criança inicialmente falhou precisam ser reaplicados.

Cada página da entrevista corresponde a um item do M-CHAT-R. Siga o fluxograma, fazendo perguntas até marcar “PASSOU” ou “FALHOU”. Atenção, os familiares podem responder “talvez” para perguntas da entrevista. Se isso acontecer, pergunte se o mais frequente é “sim” ou “não” e continue a entrevista de acordo com essa resposta. Naqueles lugares onde é possível dar como resposta “outro”, o entrevistador deve julgar se a resposta é “PASSOU” ou “FALHOU”.

Pontue as respostas para todos os itens na página de pontuação do M-CHAT-R/F (que contém os mesmos itens do M-CHAT-R, sendo que “Sim/Não” foram substituídos por “PASSOU/FALHOU”). A entrevista é considerada como sendo de rastreamento positivo se a criança falhar em dois itens quaisquer da consulta de seguimento. Se a criança for rastreada positivamente no M-CHAT-R/F, é altamente recomendado que a criança seja encaminhada para a intervenção precoce e testagem diagnóstica o mais breve possível. Atenção, se o agente de saúde ou o familiar tiver preocupações sobre TEA, a criança deve ser encaminhada para avaliação, independente da pontuação no M-CHAT-R ou M-CHAT-R/F.

© 2009 Robins, Fein, & Barton. Tradução: Losapio, Siquara, Lampreia, Lázaro, & Pondé

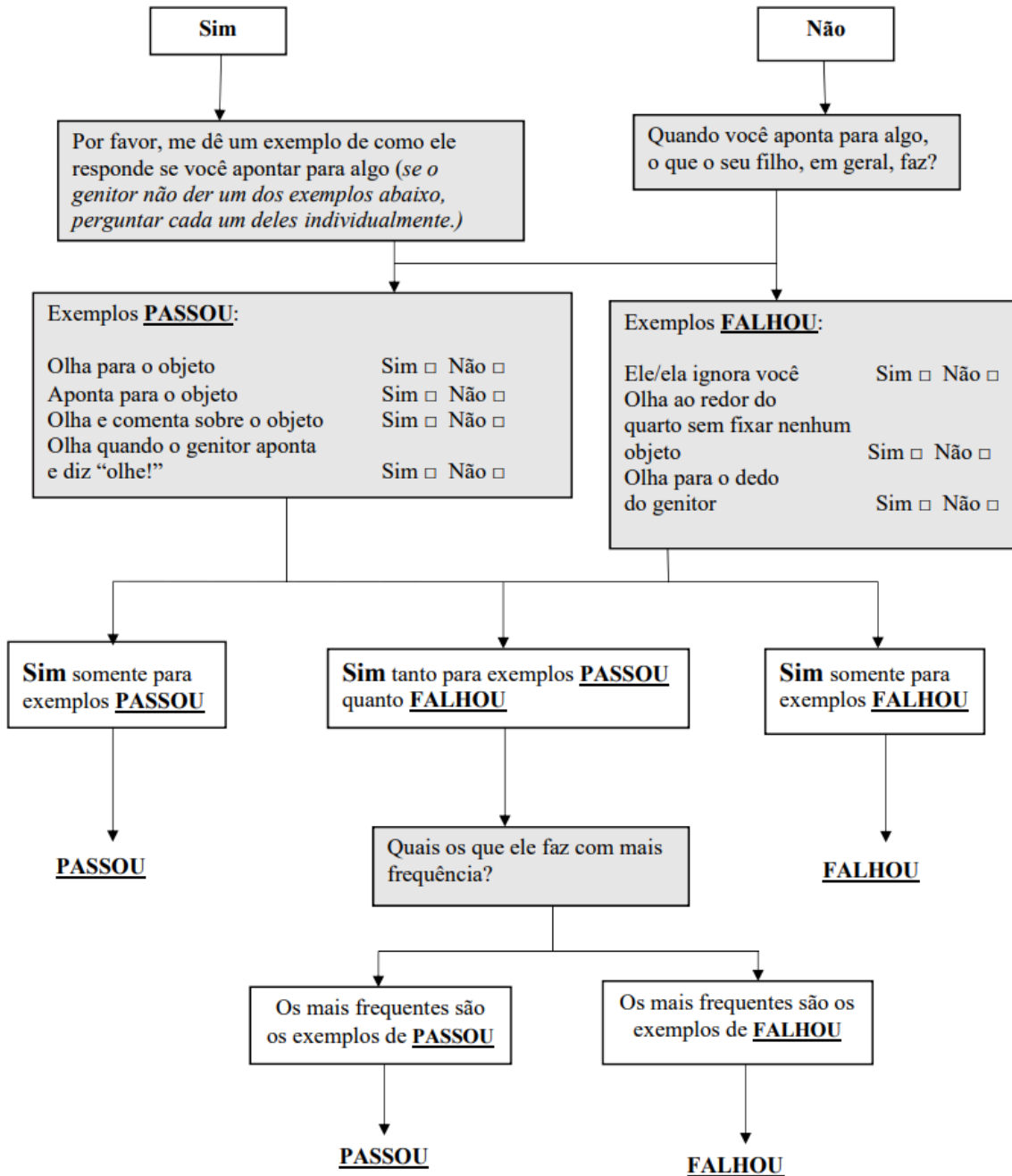
M-CHAT-R Consulta de seguimento™ Folha de Pontuação

Atenção: Sim/Não foram substituídos por Passou/Falhou

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 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 no 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 conseguir ajuda? (POR EXEMPLO, aponta para um biscoito ou brinquedo fora do alcance dele?)	Passou	Falhou
7	O seu filho aponta com um 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 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 aspirador de pó 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, ou vestindo ele?	Passou	Falhou
15	O seu filho tenta imitar o que você faz? (POR EXEMPLO, dá tchau, bate palmas ou faz barulho engraçado quando você faz)	Passou	Falhou
16	Se 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? (POR EXEMPLO, olha para você para ser elogiado/aplaudido, ou diz "olha mãe" ou "óh mamãe"?)	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 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

© 2009 Robins, Fein, & Barton. Tradução: Losapio, Siquara, Lampreia, Lázaro, & Pondé

1. Se você apontar para algum objeto no quarto, o seu filho olha para este objeto?



© 2009 Robins, Fein, & Barton. Tradução: Losapio, Siquara, Lampreia, Lázaro, & Pondé

Anexo 2. Escala SNAP-IV

Público alvo: pais ou cuidadores e escola.

Escala com quatro níveis de gravidade (graduadas como nem um pouco, só um pouco, bastante ou demais). Deverá ser respondido por pelo menos 3 observadores que tenham contato frequente e regular com a criança ou adolescente.

Se forem pontuados pelo menos 6 itens “bastante” ou “demais” (características de 1 a 9), considera-se que existem mais sintomas de desatenção que o esperado.

Se forem pontuados pelo menos 6 itens marcados como “bastante” ou “demais” (questões de 10 a 18), considera-se que existem mais sintomas de hiperatividade / impulsividade que o esperado.

Marque um X na coluna que melhor descreve o comportamento da criança ou adolescente:

	Nem um pouco	Só um pouco	Bastante	Demais
1. Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas				
2. Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer				
3. Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele				
4. Não segue instruções até o fim e não termina deveres de escola, tarefas ou obrigações				
5. Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades				
6. Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado				
7. Perde coisas necessárias para atividades (brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros)				
8. Distrai-se com estímulos externos				
9. É esquecido em atividades do dia a dia				
10. Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira				
11. Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado				
12. Corre de um lado para o outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inapropriado				
13. Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma				
14. Não para ou frequentemente está a "mil por hora"				
15. Fala em excesso				
16. Responde perguntas de forma precipitada antes que elas tenham sido terminadas				
17. Tem dificuldade em esperar sua vez				
18. Interrompe os outros ou se intromete (nas conversas, jogos, etc.)				

Fonte: Matos et al. (2006).

MATOS, P et al. Revista de Psiquiatria RS, v. 3, n. 28, p. 290-297, set./dez. 2006

Anexo 3. Escala de Leitura e Escrita (ELE)

Idade da criança ou adolescente: 6 a 13 anos.

Público alvo: professores.

Para a avaliação, utiliza-se uma escala *likert* de 4 pontos para mensurar a frequência com que os sintomas, elencados em 16 itens, se manifestam. A pontuação da escala foi a seguinte: cada item marcado com a frequência “nunca” recebia um ponto; “raramente”, dois pontos; “às vezes”, três pontos; e “frequentemente/sempre”, quatro pontos. A pontuação mínima total, que indica nenhuma dificuldade, é 16 pontos; a máxima, que indica muita dificuldade, 64 pontos.

A lista abaixo descreve algumas dificuldades específicas que podem aparecer quando a criança/adolescente apresenta prejuízo na aprendizagem da leitura e/ou da escrita. Para cada frase, marque um “X” na frequência que corresponde à resposta que melhor:

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente / Sempre
1. Demora mais tempo que os colegas para ler palavras;				
2. Demora mais tempo que os colegas para ler textos;				
3. Troca letras ao ler sílabas e palavras na leitura oral;				
4. Fica ensaiando a palavra (lendo em voz baixa) antes de ler oralmente;				
5. Gagueja, treme, fica vermelho e/ou rele algumas palavras na hora de ler oralmente;				
6. Inventa, “chuta”, troca a palavra por outra parecida ou parece tentar adivinhar as palavras na leitura;				
7. Não compreende o que lê, (p.ex.: após ler o texto não entende o que é para fazer e/ou não entende o que aconteceu com os personagens);				
8. Troca, “come”/omite ou acrescenta letras na escrita;				
9. Escreve textos muito simples, pobres em ideias e detalhes se comparado aos colegas;				
10. Conta, oralmente, uma história melhor do que consegue escrevê-la;				
11. Demora mais tempo que os colegas nos momentos de cópia (como por exemplo do quadro);				
12. Tem letra difícil de ler e entender;				
13. Evita situações que envolvem leitura e escrita;				
14. Tem dificuldade de identificar e/ou produzir rimas;				
15. Durante uma conversa, comumente, demora para se lembrar o nome das pessoas, objetos, sentimentos ou conteúdos escolares que já conhece (como se a palavra estivesse na “ponta da língua”);				
16. Tem dificuldade para memorizar listas ou sequências de informações (p.ex., tabuada, meses do ano, dias da semana).				

Favor responder também às perguntas abaixo em relação aos últimos 6 meses:

1. Em comparação aos colegas de turma, o desempenho desta(e) criança/adolescente em português está muito abaixo do esperado?

Sim Não

2. O aluno vem recebendo algum tipo de reforço/apoio ou adaptação pedagógica na escola?

Sim Não

3. O aluno vem evoluindo consideravelmente (exemplos: atualmente já consegue ler textos mais extensos e compreender; e/ou diminuiu, significativamente, o número de erros ortográficos; entre outros) nas suas habilidades de leitura e escrita?

Sim Não

4. Espaço para realizar observações que considerar pertinentes:

Fonte: Bassôa et al. (2021).

BASSÔA, A. et al.. Escala para rastreio de dislexia do desenvolvimento: evidências de validade e fidedignidade. CoDAS, v. 33, n. 2, p. e20200042, 2021.

Anexo 4. Escala de Avaliação de Transtornos de Comportamento Disruptivos para Pais e Professores (Parent/Teacher Disruptive Behaviour Disorder Rating Scale)

Público alvo: pais e professores.

Para a avaliação, utiliza-se uma escala *likert* de 4 pontos para mensurar a frequência com que os sintomas, elencados em 45 itens, se manifestam. A pontuação da escala foi a seguinte: cada item marcado com a frequência “nada” recebia zero pontos; “pouco”, um ponto; “muito”, dois pontos; e “demais”, três pontos.

Verifique a coluna que melhor descreve seu aluno(a) / seu filho(a). Assinale nos quadrados abaixo conforme comportamento da criança ou escreva NS ao lado de qualquer item para o qual você não saiba a resposta.

	Nada	Pouco	Muito	Demais
Frequentemente interrompe ou se intromete nas atividades dos outros (em geral durante as conversas ou atividades lúdicas e jogos)				
Tem fugido de sua casa ou escola por pelo menos 2 vezes quando ainda vive com seus pais ou cuidadores (ou uma vez sem retornar por um longo período)				
Frequentemente argumenta desnecessariamente com adultos				
Frequentemente mente para obter vantagens ou favores ou para evitar obrigações				
Frequentemente inicia luta corporal ou brigas com seus pares da escola/casa				
Tem sido fisicamente cruel com as pessoas				
Fala excessivamente				
Tem roubado itens ou coisas das pessoas de forma sorrateira (em geral, roubo em lojas, falsificar, quebrar)				
Distrai-se fácil por estímulos externos				
Frequentemente se engaja em atividades físicas perigosas sem considerar os riscos e sem noção do perigo				
Frequentemente mata aulas (antes dos 13 anos)				
Inquietude excessiva com as mãos e os pés e durante postura sentada				
É rancorosamente vingativo				
Frequentemente usa linguagem obscena				
Frequentemente responsabiliza os outros pelos erros ou comportamentos inadequados				
Tem deliberadamente destruído as propriedades dos outros				
Frequentemente desafia ou se recusa a concordar com opiniões ou regras de adultos				
Parece frequentemente não atender quando se fala diretamente com ele(a)				
Frequentemente responde precocemente antes das perguntas serem completadas				
Frequentemente inicia lutas físicas e brigas com pessoas que não conhece ou que vivem na sua escola ou vizinhança				
Frequentemente pula de uma atividade para outra				
Frequentemente tem dificuldade de participar de uma atividade em silêncio				
Frequentemente falha em cumprir atividades que exigem observação de detalhes e comete erros na escola, em casa e/ou com os trabalhos				
Frequentemente emburra e aborrece por pouca coisa				
Frequentemente levanta ou anda em momentos em que se espera que se fique sentado e tranquilo				

Frequentemente é insensível e facilmente se aborrece com os outros				
Frequentemente não segue instruções e fracassam em tarefas escolares, trabalhos da escola ou pesquisas no ambiente onde se faz estas atividades (mas não por comportamento opositivo ou porque não entendeu as instruções)				
Temperamento explosivo facilmente				
Tem frequente dificuldade em sustentar a atenção em tarefas ou atividades lúdicas				
Tem dificuldade em esperar sua vez				
Forçou ou força alguém a manter relações sexuais				
Aplica bullying, intimida ou ameaça as pessoas				
Frequentemente quer sempre chegar logo na frente e faz as coisas correndo				
Frequentemente perde coisas, objetos necessários para tarefas e atividades (brinquedos, materiais escolares, lápis, livros ou instrumentos quaisquer)				
Frequentemente se agita e corre excessivamente em situações nas quais não se recomenda ou não se é esperado (em adolescentes e adultos, pode ser em situações onde se esteja o descanso ou subjetivamente se espera que sossegue)				
Aplica atos cruéis com animais				
Frequentemente evita, não gosta ou fica relutante para se engajar em atividades				
Fica fora de casa com frequência mesmo com a proibição dos pais, começando antes dos 13 anos				
Deliberadamente aborrece as pessoas				
Tem roubado de forma a confrontar com a vítima (assalto, puxa objetos, extorsão, e roubo à mão armada)				
Estraga deliberadamente coisa, patrimônios, causando sérios danos				
Tem evidente dificuldade em organizar tarefas e atividades sequenciais				
Tem quebrado e desfastado muito coisas da casa, do carro ou da escola				
Frequentemente é esquecido para atividades rotineiras de vida diária				
Tem usado instrumentos ou armas que tem causado sérios danos físicos às pessoas ou instituições				

Fonte: Pelham et al. (1992).

Pelham, W. E. Jr. et al..Teacher ratings of DSM-III-R symptoms for the disruptive behavior disorders. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry vol. 31, n. 2, p. 210-218, 1992. doi:10.1097/00004583-199203000-00006

Anexo 5. Marcos do Desenvolvimento em Crianças de 2 Meses a 2 Anos

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

Fonte: Figueiras et al. (2005).

FIGUEIRAS, a. c. Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI.. Washington, D.C.: OPAS, 2005. Disponível em: . Acesso em: 25 abr. 2018. FISHER, R. S. et al. ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. Epilepsia, Copenhagen, v. 55, n. 4, p. 475-482, 201

Anexo 6. Estratificação de Risco de Saúde Mental (ERSM)

Vide próximas páginas.

ESTADO DO PARANÁ
Secretaria de Estado da Saúde – SESA
Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde - DAV
Coordenadoria de Atenção à Saúde - COAS
Divisão de Atenção à Saúde Mental - DVSAM

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL

Nome do usuário:
Ocupação:

Número de Prontuário:

Nome e inscrição profissional (profissional que realizou atendimento):

Serviço de saúde:

Data:

Instruções de preenchimento¹:

- 1) Devem ser consideradas as manifestações sintomáticas ocorridas somente nos últimos 12 meses;
- 2) Todos os grupos devem ser preenchidos;
- 3) Circule o número correspondente ao sinal/sintoma;
- 4) Realize a somatória dos números circulados;
- 5) O total de pontos bruto será o escore para a Estratificação de Risco.

SINAIS E SINTOMAS		NÃO	SIM
GRUPO I	Ansiedade ou medo persistente, sem causa ou explicação definida, que pode se manifestar com sudorese, tremor, taquicardia, sintomas digestivos e/ou episódios de sensação de morte iminente, de enlouquecer ou de perder o controle	0	4
	Insônia ou hipersonia	0	2
	Medo intenso e persistente de alguma coisa ou alguma situação bem definida que não apresente risco real (fobia)	0	2
	Crises conversivas (distúrbios sensoriais sem base física) e/ou dissociativas (alteração da qualidade da consciência, estreita/rebaixada)	0	2
	Alterações do apetite ou do comportamento alimentar	0	2
	Preocupação excessiva com o peso e/ou a forma corporal com distorção da autoimagem	0	2
	Queixas físicas (somáticas) persistentes sem causa aparente e/ou hipocondríacas	0	2
	Pensamentos ou comportamentos repetitivos/compulsivos com ou sem rituais obsessivos	0	2
	Pensamentos de inutilidade e/ou sentimento de culpa (situações nas quais pode não haver vinculação com a realidade)	0	4
	Tristeza persistente acompanhada de perda de interesse e prazer e/ou desesperança sem causa aparente	0	4
	Prejuízo da atividade sexual (perda ou aumento do desejo sexual, impotência, frigidez, dor na penetração, entre outros)	0	2
	Desorientação temporal e/ou espacial	0	2
	Ideação suicida sem planejamento	0	4
Ideação suicida com planejamento ² ou histórico de tentativa de suicídio recente (últimos 12 meses)	0	10	

¹ Realizada preferencialmente pelo profissional de nível superior e vinculada à elaboração do plano de cuidados e/ou ao Projeto Terapêutico Singular.

² Caso o usuário apresente ideação suicida com planejamento e com acesso a um método, associado a um transtorno mental (especialmente depressão ou abuso de substâncias), desespero, presença de delírio ou alucinação ele deverá ser encaminhado imediatamente a serviço de urgência

GRUPO II	Apatia, diminuição do desempenho social, distanciamento afetivo e/ou afastamento do convívio social e familiar	0	4
	Humor instável associado a impulsividade e comportamentos destrutivos	0	6
	Heteroagressividade e/ou comportamento autolesivo	0	8
	Desinibição social, sexual e/ou perda da noção de pudor	0	4
	Aumento da atividade motora com ou sem inquietação excessiva e constante	0	4
	Humor anormalmente elevado, expansivo, irritável ou eufórico	0	4
	Delírio (ideias criadas e/ou distorcidas da realidade cujo questionamento não é tolerado)	0	8
	Alucinação (percepção visual, auditiva, gustativa, olfativa, ou tátil sem a presença de objetos reais)	0	8
	Alteração do curso e/ou da forma do pensamento (pode estar acelerado, lentificado ou interrompido)	0	6
	Perda da capacidade de julgamento da realidade sem que haja consciência ou noção desta alteração	0	8
	Alteração da memória (perda, excesso ou lapso)	0	2
GRUPO III	<i>Delirium tremens</i> (diminuição do nível da consciência, tremores, febre, sudorese, alucinações de pequenos insetos e animais e outros sintomas que surgem após 72 horas de abstinência alcoólica)	0	10
	Sinais ou sintomas de abstinência ao uso continuado de álcool e/ou drogas	0	8
	Incapacidade de redução e controle do uso de substâncias psicoativas (mantém o uso apesar do prejuízo)	0	8
	Manifestação de comportamento de risco para si e para terceiros sob efeito de substâncias	0	8
	Consumo progressivo de substância psicoativa sem obter o efeito esperado (tolerância)	0	6
	Uso abusivo de Substâncias Psicoativas	0	8
GRUPO IV	Dificuldade de compreender e/ou transmitir informação através da fala e linguagem no período de desenvolvimento infantil	0	4
	Movimentos corporais ou comportamentais repetitivos, bizarros ou paralisados	0	4
	Dificuldade para adquirir e desenvolver as habilidades escolares	0	4
	Dificuldade para adquirir e desenvolver as habilidades motoras	0	4
	Severa dificuldade na interação social e às mudanças na rotina	0	8
	Desatenção com interrupção prematura de tarefas e/ou deixando tarefas inacabadas	0	2
	Comportamento provocativo, desafiador e/ou opositor persistente	0	6
	Comportamentos ou reações emocionais que não correspondem ao esperado para a idade biológica	0	4
	Resistência ao tratamento, refratariedade ou não adesão	0	4
	Recorrência ou Recaída (02 meses após desaparecimento dos sintomas)	0	4
	Exposição continuada ao estresse ou evento traumático acima do individualmente suportável	0	4

GRUPO V

Precariedade de suporte familiar e/ou social com ou sem isolamento social e distanciamento afetivo	0	4
Testemunha de violência	0	2
Autor ou Vítima de violência interpessoal	0	6
Perda da funcionalidade familiar e/ou social (autonomia)	0	6
Perda progressiva da capacidade funcional, ocupacional e social decorrentes de um agravo de saúde	0	4
Vulnerabilidade social	0	2
Histórico familiar de transtorno mental / dependência química / suicídio	0	2
Comorbidade ou outra condição crônica de saúde associada	0	4
Faixa etária menores de 18 anos e maiores de 60 anos	0	6
Abandono e/ou atraso escolar	0	2

PONTUAÇÃO	RISCO	PONTUAÇÃO TOTAL:
0 a 40	BAIXO RISCO	ESTRATIFICAÇÃO:
42 a 70	MÉDIO RISCO	
72 a 240	ALTO RISCO	
Condições Especiais	Gestação e maternidade recente (há menos de um ano); grupos vulneráveis (ex: indígena, LGBTQIA+, migrante, pessoa em situação de rua, população exposta a agrotóxicos), deficiência intelectual moderada ou severa.	
Eventos agudos	Tentativa de suicídio; crise; surto psicótico.	

Autoria de Aline Pinto Guedes, Débora de F. Guelfi Waihrich, Flávia Caroline Figel, Júlia Eliane Murta, Larissa Sayuri Yamaguchi, Maristela da Costa Souza, Rejane Cristina Teixeira Tabuti, Suelen Leticia Gonçalo, Vanessa Carvalho de Souza Leal Wladimir Cid Bastos Gonçalves.

Colaboração: Técnicos das regionais de saúde e COSEMS.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ. Estratificação de risco e acompanhamento de puericultura aprovada em CIB 28.04.2021. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2021-05/Estratificacao%20de%20risco%20e%20acompanhamento%20de%20puericultura%20aprovada%20em%20CIB%2028.04.2021.pdf. Acesso em: 05 set. 2024.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ. Instrumento de estratificação de risco em saúde mental. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2021-07/instrumento_de_estratificacao_de_risco_em_saude_mental.pdf. Acesso em: 05 set. 2024

SENADO FEDERAL. TDAH: Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade em crianças. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/sis/pdfs/tdah-snap-criancas>. Acesso em: 05 set. 2024.

CUNHA, G. R.; SILVA, R. S.; NASCIMENTO, A. R. Título do artigo. *Revista Brasileira de Política e Administração da Saúde*, v. X, n. Y, p. Z-Z, ano. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rprs/a/fJsx7JhDNbjswLKPZ7Td69J/>. Acesso em: 05 set. 2024.

MCHATSCREEN. M-CHAT-R/F - Versão em português (Portugal). Disponível em: https://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2015/05/M-CHAT-R_F_Portuguese_Portugal.pdf. Acesso em: 05 set. 2024.

Sociedade Brasileira de Pediatria. Consenso sobre alergia alimentar – Parte 01. *São Paulo: SBP*. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/flip/consenso-alergia-alimentar-parte-01/28/>. Acesso em: 05 set. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Consenso sobre alergia alimentar. Parte 02. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/flip/consenso-alergia-alimentar-parte-02/>. Acesso em: 05 set. 2024.

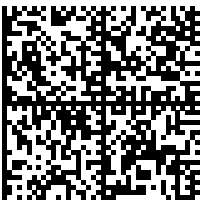
Silva, Luciana Rodrigues; Solé, Dirceu; Silva, Clovis Artur Almeida da; Constantino, Clóvis Francisco; Liberal, Edson Ferreira; Lopez, Fabio Ancona (orgs); (coord). Tratado de pediatria [5. ed.], SANTANA DE PARNAÍBA: Manole, 2022.



Documento: 35949/2024 - protocolo_AMI_ .pdf
Data: 01/10/2024 09:53:07

Assinatura avançada realizada por: GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55.

Assinatura avançada realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:57.



Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020
A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço:
[http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#!/consulta-anexo-
assinado/entidade/136](http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#!/consulta-anexo-assinado/entidade/136) com
o código 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46