

DIRETRIZ INTERPROFISSIONAL  
**ATENÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE**

2

TRANSTORNO  
DA APRENDIZAGEM

1ª EDIÇÃO

HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA

**Autores**

**RENATA BRASILEIRO REIS PEREIRA**  
**VIVIANE FELIPE CANTOS VERAS**  
**CHRISTIAN MÜLLER**  
**MARISA VALE CAVALCANTI**  
**MONIQUE CRELIER DE ARAÚJO**  
**THIAGO BLANCO VIEIRA**

**Editores**

**ELISA DE CARVALHO**  
**ERIKA BOMER**  
**ISIS QUEZADO MAGALHÃES**  
**RENILSON REHEM**

HOSPITAL DA  
**CRANÇA** I  
DE BRASÍLIA JOSÉ ALENCAR



DIRETRIZ INTERPROFISSIONAL  
**ATENÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE**

2

TRANSTORNO  
DA APRENDIZAGEM

Brasília, 2016

**Diretor Presidente**  
NEWTON CARLOS DE ALARCÃO

**Diretora Vice-Presidente**  
DEA MARA TARBES DE CARVALHO

**Conselho de Administração**  
DANIEL GALLO PEREIRA  
ILDA RIBEIRO PELIZ  
NADIM HADDAD  
HELOÍSA HELENA SILVA DE OLIVEIRA  
JAIR EVANGELISTA DA ROCHA  
JARBAS BARBOSA DA SILVA JUNIOR  
MARLENE GOMES BARRETO  
(Representante dos Funcionários)

**Conselho Fiscal**  
ADÉZIO DE ALMEIDA LIMA  
FERNANDO HECTOR RIBEIRO ANDALÓ  
FRANCISCO CLÁUDIO DUDA

**Superintendente Executivo**  
RENILSON REHEM

**Superintendente Executivo Adjunto**  
JOSÉ GILSON ANDRADE

**Diretor Administrativo**  
HÉLIO SILVEIRA

**Diretora do Centro Integrado e Sustentável de Ensino e Pesquisa**  
VALDENIZE TIZIANI

**Diretor de Custos, Orçamento e Finanças**  
HORÁCIO FERNANDES

**Diretora de Estratégia e Inovação**  
ERIKA BOMER

**Diretora de Recursos Humanos**  
VANDERLI FRARE

**Diretora Técnica**  
ISIS MAGALHÃES

**Núcleo de Comunicação e Mobilização**  
**Coordenadora de Comunicação e Mobilização**  
ANA LUIZA WENKE

**Assessor de Comunicação**  
CARLOS WILSON

**Designer Gráfico**  
JUCELÍ CAVALCANTE LIMA

**Diagramação e revisão: Ex-Libris Comunicação Integrada**

**Revisão:** Gabrielle Albiero, Pedro C. De Biasi.

**Diagramação:** Adriana Antico, Jonathan Oliveira, Nayara Antunes, Regina Beer e Ricardo Villar.

1ª edição, 2016.  
Esta é uma produção para uso interno no  
Hospital da Criança de Brasília, portanto  
não deve ser reproduzida.

**Informações:**  
Hospital da Criança de Brasília José Alencar  
SAIN Lote 4-B (ao lado do Hospital de Apoio)  
Brasília - DF.  
CEP 70.071-900

**Autores:**

Renata Brasileiro Reis Pereira  
Viviane Felipe Cantos Veras  
Christian Müller  
Marisa Vale Cavalcanti  
Monique Crelier de Araújo  
Thiago Blanco Vieira

**Editores:**

Elisa de Carvalho  
Erika Bömer  
Isis Quezado Magalhães  
Renilson Rehem

Ficha catalográfica

Hospital da Criança de Brasília José Alencar.

Diretriz Interprofissional de Atenção à Criança e ao Adolescente  
com Transtorno de Aprendizagem / Pereira, Renata Brasileiro Reis et  
al. Brasília: HCB, 2016.

38p.

Editores: Elisa de Carvalho, Erika Bömer, Isis Quezado  
Magalhães, Renilson Rehem.

1. Transtorno de Aprendizagem. 2. Pediatria. 3. Adolescente.  
I. Pereira, Renata B. Reis. II. Veras, Viviane F. Cantos. III. Müller,  
Christian. IV. Cavalcanti, Marisa Vale. V. Araújo, Monique C. de. VI.  
Vieira, Thiago Blanco. VII. Carvalho, Elisa de. VIII. Título.

CDU: 612.2

1. INTRODUÇÃO.....	5
1.1. Objetivos.....	5
1.2. Equipes de referência.....	5
2. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE.....	5
2.1. Critérios de inclusão.....	5
2.2. Critérios de exclusão.....	5
3. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO.....	6
4. ABORDAGEM TERAPÊUTICA RISCO 1.....	8
5. ABORDAGEM TERAPÊUTICA RISCO 2.....	10
6. ABORDAGEM TERAPÊUTICA RISCO 3.....	12
ANEXOS.....	15

# SUMÁRIO

DIRETRIZ INTERPROFISSIONAL

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1. Objetivos

### **Geral:**

Sistematizar o atendimento ao paciente com transtorno primário da aprendizagem (transtorno específico do aprendizado), bem como transtorno do déficit de atenção e/ou hiperatividade, promovendo efetividade assistencial.

### **Específicos:**

- Promover abordagem interprofissional às crianças e aos adolescentes com transtorno primário da aprendizagem e transtorno do déficit de atenção e/ou hiperatividade, baseada nas necessidades específicas de cada paciente e alinhada à estratificação de risco;
- Atuar de forma integrativa e complementar à rede de saúde SES/DF, no que tange à pediatria terciária.

## 1.2. Equipes de referência

### **Equipes médicas responsáveis pelo programa:**

Neurologia.

### **Equipes médicas de apoio:**

Psiquiatria.

### **Assistência complementar essencial:**

Fonoaudiologia;

Psicologia;

Psicopedagogia;

Serviço Social.

# 2. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

## 2.1. Critérios de inclusão

São elegíveis para este programa crianças e adolescentes com idade igual ou maior que sete anos de idade com transtorno específico do aprendizado, bem como transtorno do déficit de atenção e/ou hiperatividade.

## 2.2. Critérios de exclusão

- Pacientes sem encaminhamento devidamente justificado (compatível com os critérios de elegibilidade), o que inclui relatório escolar emitido pelo(a) professor(a) e/ou coordenador(a) pedagógico(a), relacionado ao comportamento e desempenho escolar.
- Pacientes abaixo de sete anos e acima de 18 anos de idade.
- Pacientes cujos transtornos de aprendizagem sejam decorrentes de comorbidades neurológicas e não neurológicas.
- Pacientes sem avaliação oftalmológica prévia.

### 3. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

A avaliação inicial do paciente será realizada por médico do Hospital da Criança de Brasília (HCB), neurologista infantil, sendo a primeira consulta externa (PCE) para o paciente proveniente do SISREG, ou uma consulta de seguimento especial (CSe) para o paciente em acompanhamento no HCB. Nesta primeira avaliação para admissão na DTA, serão realizados a anamnese e o exame físico, bem como solicitados os exames complementares, conforme fichas descritas no Anexo.

A segunda avaliação, 90 dias após a primeira, será realizada no Ambulatório DTA, por médico da equipe responsável pelo programa (neurologista infantil). Nessa consulta de retorno, o paciente já deve ter sido avaliado pela equipe interdisciplinar do serviço (Psicologia - quatro consultas para avaliação cognitiva/comportamental; Fonoaudiologia - quatro consultas para avaliação da linguagem oral e avaliação de leitura e escrita, e Psicopedagogia - quatro consultas para avaliação e orientações psicopedagógicas). Nesse momento, conforme os dados clínicos e os resultados dos exames complementares, será estabelecida a classificação do paciente, conforme estratificação de risco:

- Pacientes cujos transtornos de aprendizagem sejam decorrentes de comorbidades neurológicas e não neurológicas: estes pacientes receberão orientações da equipe da Neurologia Infantil (parecer especializado interno), sendo contrarreferenciados para a SES/DF ou mantidos em acompanhamento no HCB pela equipe médica responsável pelo paciente. Dessa forma, não serão admitidos na DTA.
- Pacientes com transtorno primário da aprendizagem (transtorno específico do aprendizado) e/ou transtorno do déficit de atenção e/ou hiperatividade: estes pacientes serão admitidos na DTA, com fluxo de atendimento conforme a estratificação de risco descrita na Tabela 1.

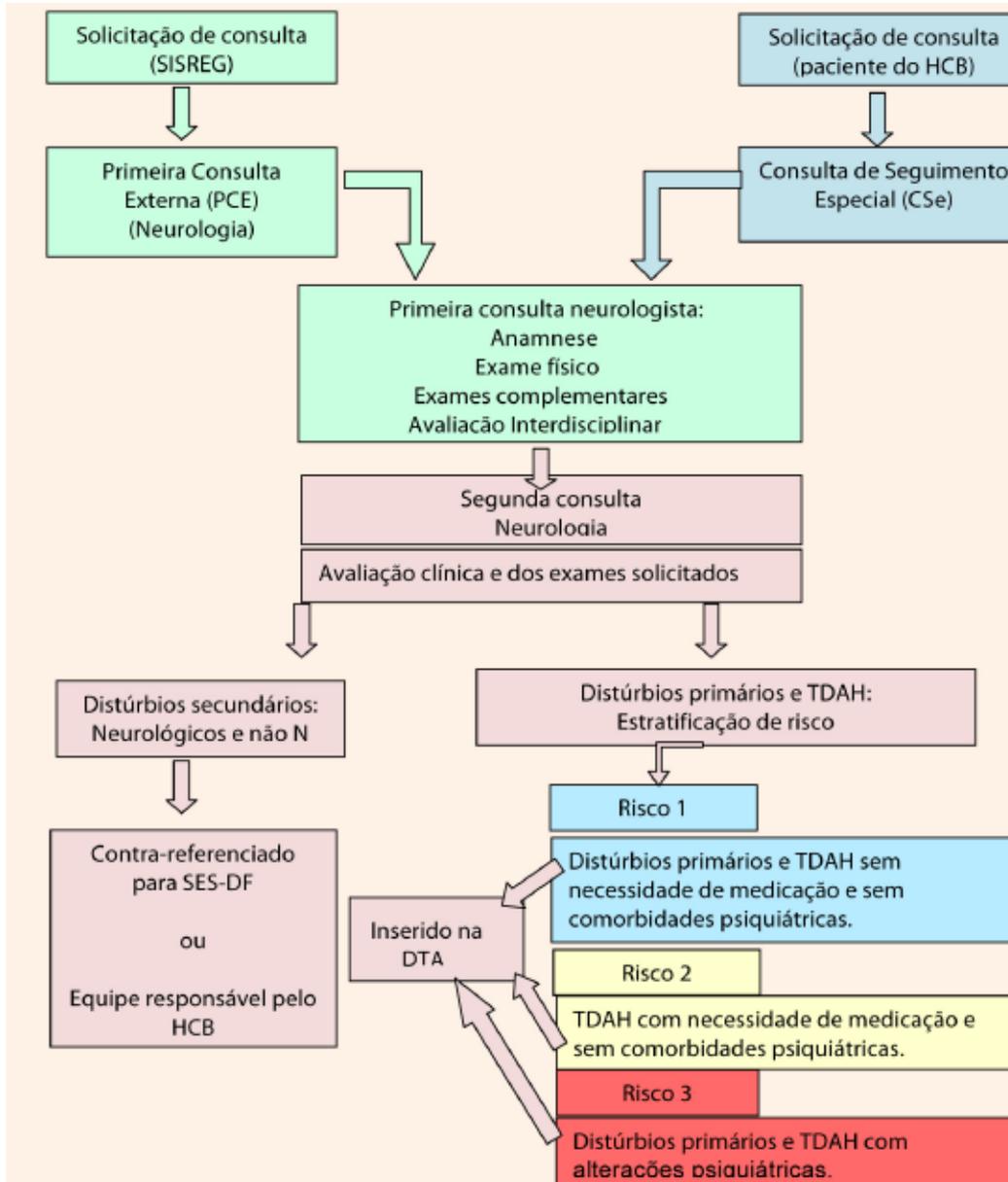
**Tabela 1.** Estratificação de risco do Programa de Transtorno do Aprendizado do HCB

<b>Estratificação de risco</b>	<b>Comorbidades</b>
Risco 1	Pacientes portadores de transtorno específico do aprendizado sem comorbidades psiquiátricas; ou TDAH (Transtorno do Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade) sem comorbidades psiquiátricas e sem necessidade de intervenção medicamentosa.
Risco 2	Pacientes portadores de TDAH sem comorbidades psiquiátricas e com necessidade de intervenção medicamentosa.
Risco 3	Pacientes portadores de transtorno específico do aprendizado, com comorbidades psiquiátricas; ou TDAH com comorbidades psiquiátricas e uso de intervenção medicamentosa.

Na admissão no programa, serão realizados: o cadastro do paciente; a ambientação; a apresentação da equipe; a pactuação das metas terapêuticas e das metas do paciente, de caráter interdisciplinar; o termo de compromisso; a identificação de necessidades sociais; e a entrega do caderno do paciente. Os pacientes classificados como risco 1 serão incluídos na Abordagem Terapêutica 1 (AT1 – R1); os pacientes classificados como risco 2 serão incluídos na Abordagem Terapêutica 2 (AT2 – R2) e os pacientes categorizados como risco

3 deverão seguir a Abordagem Terapêutica 3 (AT3 - R3).

A Figura 1 resume o fluxo de avaliação para admissão no Programa de Atenção à Criança e ao Adolescente com Transtorno da Aprendizagem do HCB.



**Figura 1.** Fluxo de avaliação para admissão na diretriz de transtorno de aprendizagem.

## 4. ABORDAGEM TERAPÊUTICA – RISCO 1 (AT 1 – R1)

O paciente passará inicialmente por processo avaliativo com duração de três meses. Após esse período, a AT1 – R1 terá duração de 12 meses. Ao término da AT1 – R1, o programa será avaliado pelo alcance das metas terapêuticas e das metas do paciente, definidas na Tabela 1. O alcance das metas constitui, dessa forma, os marcadores de eficácia da AT1 – R1. Conforme os resultados obtidos, o paciente terá alta da DTA ou será reclassificado em relação à estratificação de Risco e, conforme esta, será estabelecido novo fluxo de atendimento, segundo dados que serão detalhados a seguir.

**Tabela 1.** Metas terapêuticas e metas do paciente na Abordagem Terapêutica 1 – Risco 1

<b>Metas terapêuticas</b>	Melhora do desempenho escolar Melhora da interação social Melhora comportamental
<b>Metas do paciente</b>	Manter frequência no programa* Seguir as orientações da equipe Envolvimento familiar Assiduidade na escola Realização das tarefas escolares Organização da rotina de estudo Cuidado com o material escolar

\* Em caso de falta, esta deverá ser justificada.

\* Serão monitorados tanto os dados de desempenho quanto dos encontros em reunião e em relatórios escolares.

A AT1 – R1, consiste em:

- Consultas - Equipe médica (consultas: 6º e 12º meses), com o objetivo de avaliar a evolução do paciente ao longo do ano, após admissão na DTA.
- Participação em reuniões bimestrais com a equipe composta por Neurologia/Psicologia/Fonoaudiologia/Psicopedagogia.
- Outras, conforme a necessidade de cada caso.

Ao término da AT1 – R1, o plano de tratamento será programado, conforme a estratificação de Risco e o cumprimento das metas:

### **Paciente mantido como Risco 1, com cumprimento das metas:**

Paciente está apto a ter alta da DTA, recebendo orientações da equipe interdisciplinar que o avaliou e receberá relatório, constando diagnóstico e CID compatíveis.

### **Paciente mantido no Risco 1, com não cumprimento das metas:**

O paciente, a família e a escola serão orientados pela equipe interdisciplinar que avaliou o paciente, receberão relatório com diagnóstico e CID compatíveis, e serão orientados e contrarreferenciados para seguimento na rede básica de saúde.

### **Paciente reclassificado como Risco 2:**

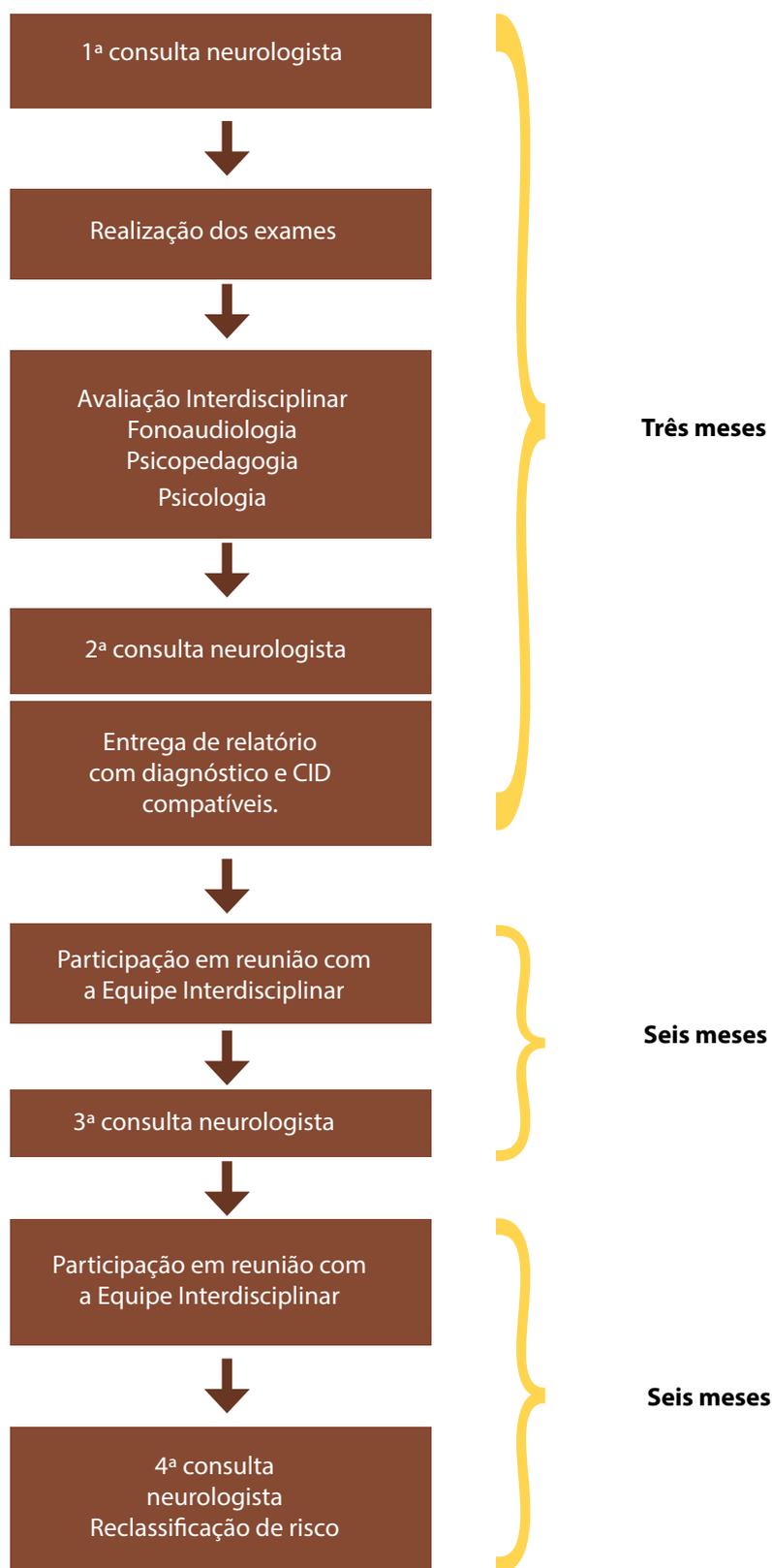
Seguirá o protocolo definido para esse grupo, que será detalhado em seguida.

### **Paciente reclassificado como Risco 3:**

- Seguirá o protocolo definido para esse grupo, que será detalhado em seguida.
- Outras, conforme a necessidade de cada caso.

A Figura 2 ilustra o algoritmo da Abordagem Terapêutica Risco 1.

Segue esquema representativo da AT1 – R1



## 5. ABORDAGEM TERAPÊUTICA 2 - RISCO 2 (AT2 – R2)

O paciente passará inicialmente por processo avaliativo com duração de três meses. Após esse período, a AT2 – R2 terá duração de 12 meses. Ao término da AT2 – R2, o programa será avaliado pelo alcance das metas terapêuticas e das metas do paciente, definidas na Tabela 2. O alcance das metas constitui, dessa forma, os marcadores de eficácia da AT2 – R2. Conforme os resultados obtidos, o paciente será reclassificado em relação à estratificação de Risco e, conforme esta, será estabelecido novo fluxo de atendimento, segundo dados que serão detalhados a seguir.

**Tabela 2.** Metas terapêuticas e metas do paciente na Abordagem Terapêutica 2 – Risco 2

<b>Metas terapêuticas</b>	Melhora do desempenho escolar Melhora da interação social Melhora comportamental
<b>Metas do paciente</b>	Manter frequência no programa* Seguir as orientações da equipe Uso adequado das medicações Envolvimento familiar Assiduidade na escola Realização das tarefas escolares Organização da rotina de estudo Cuidado com o material escolar

\* Em caso de falta, esta deverá ser justificada.

\* Serão monitorados tanto os dados de desempenho quanto dos encontros em reunião e relatórios escolares.

A AT2 – R2 consiste em:

- Consultas - Equipe médica (consultas: 3º, 6º e 12º meses), com o objetivo de avaliar a evolução do paciente ao longo do ano, após admissão na DTA.
- Participação em reuniões bimestrais com a equipe composta por Neurologia/Psicologia/Fonoaudiologia/Psicopedagogia.
- Outras, conforme a necessidade de cada caso.

Ao término da AT2 – R2, o plano de tratamento será programado conforme a estratificação de risco e o cumprimento das metas:

### **Paciente reclassificado como risco 1**

O paciente, a família e a escola serão orientados pela equipe interdisciplinar que avaliou o paciente, receberão alta com relatório, constando diagnóstico e CID compatíveis, além das orientações cabíveis.

### **Paciente mantido no risco 2 com cumprimento das metas:**

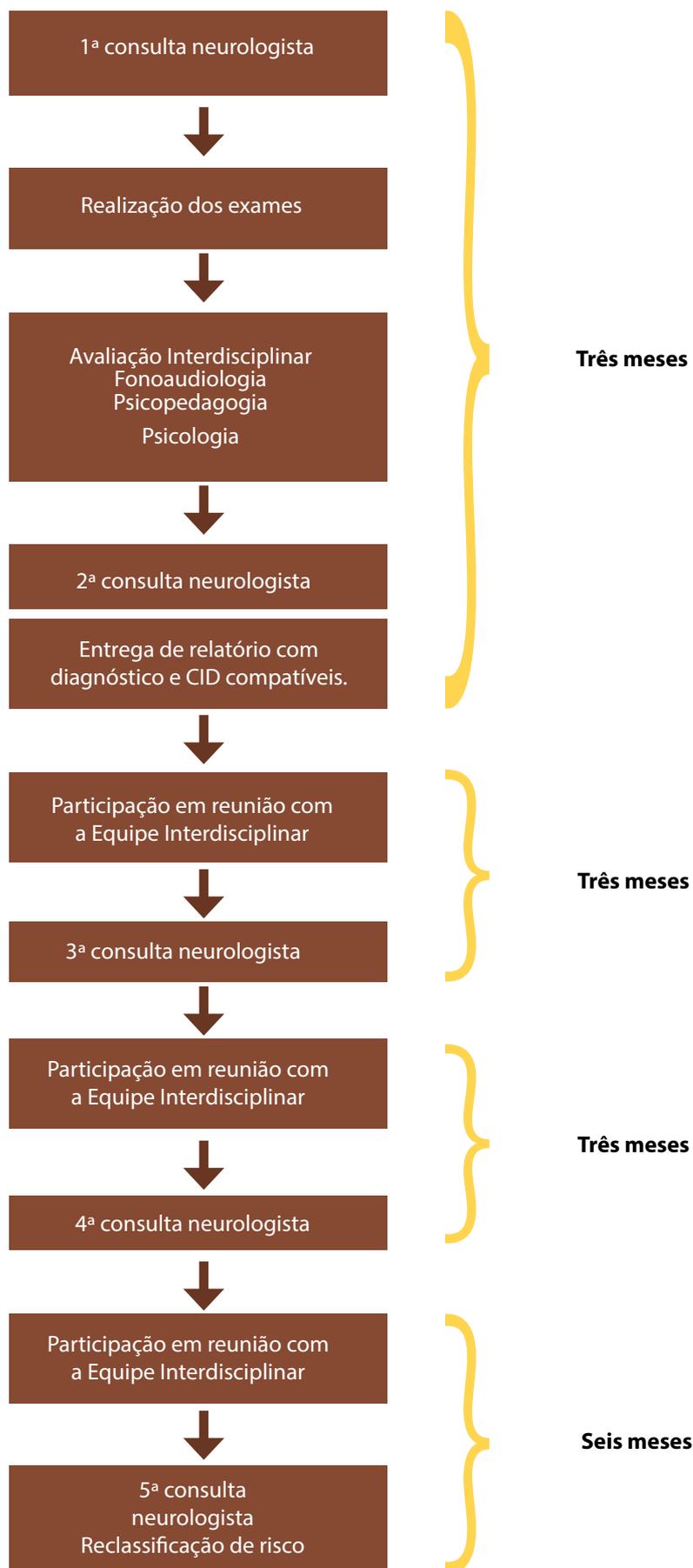
O paciente, a família e a escola serão orientados pela equipe interdisciplinar que avaliou o paciente, receberão relatório com diagnóstico e CID compatíveis e será mantida consulta semestral com neurologista pediátrico para acompanhamento medicamentoso.

### **Paciente mantido no risco 2, com não cumprimento das metas do paciente:**

O paciente, a família e a escola serão orientados pela equipe interdisciplinar que avaliou o paciente, receberão relatório com diagnóstico e CID compatíveis, e serão orientados e contrarreferenciados para seguimento na rede básica de saúde.

### **Reclassificado como risco 3:**

Seguirá o protocolo definido para esse grupo, que será detalhado em seguida.



Segue esquema representativo da AT2 – R2.

## 6. ABORDAGEM TERAPÊUTICA 3 - RISCO 3 (AT3 – R3)

O paciente passará inicialmente por processo avaliativo com duração de três meses. Após esse período, a AT3 – R3 terá duração de 12 meses, com consultas na Neurologia Infantil no 3º, 6º e 12º meses após a definição diagnóstica. Porém, nesse período, o paciente deverá ser avaliado pela Psiquiatria Infantil, que definirá o número de retornos necessários nessa especialidade. Ao término dessa abordagem, o programa será avaliado pelo alcance das metas terapêuticas e das metas do paciente, definidas na Tabela 3. O alcance das metas constitui, desta forma, o marcador de eficácia da AT3 – R3. Conforme os resultados obtidos, o paciente será reclassificado quanto à estratificação de risco e, conforme esta, será estabelecido novo fluxo de atendimento, segundo dados que serão detalhados a seguir.

**Tabela 3.** Metas terapêuticas e do paciente na Abordagem Terapêutica 3 - Risco 3

<b>Metas terapêuticas</b>	Melhora do desempenho escolar Melhora da interação social Melhora comportamental Melhora do quadro psiquiátrico
<b>Metas do paciente</b>	Manter frequência no programa* Seguir as orientações da equipe Envolvimento familiar Uso correto da(s) medicação(ões) prescrita(s) Assiduidade na escola Realização das tarefas escolares Organização da rotina de estudo Cuidado com material escolar

\* Em caso de falta, esta deverá ser justificada.

\* Serão monitorados tanto os dados de desempenho quanto dos encontros em reunião e relatórios escolares.

A AT3 – R3, consiste em:

- Consultas:
  - Equipe médica de Neurologia Infantil (consultas: 3º, 6º e 12º meses).
  - Equipe médica de Psiquiatria Infantil (o número de consultas ficará a critério do médico assistente).
- Participação em reuniões bimestrais com a equipe composta por Neurologia/Psicologia/Fonoaudiologia/Psicopedagogia.
- Outras, conforme a necessidade de cada caso.

Ao término da AT3 – R3, o plano de tratamento será programado, conforme a estratificação de risco:

### **Paciente reclassificado como risco 1:**

O paciente, a família e a escola serão orientados pela equipe interdisciplinar que avaliou o paciente, receberão alta com relatório, constando diagnóstico e CID compatíveis, além das orientações cabíveis.

### **Paciente mantido no risco 2:**

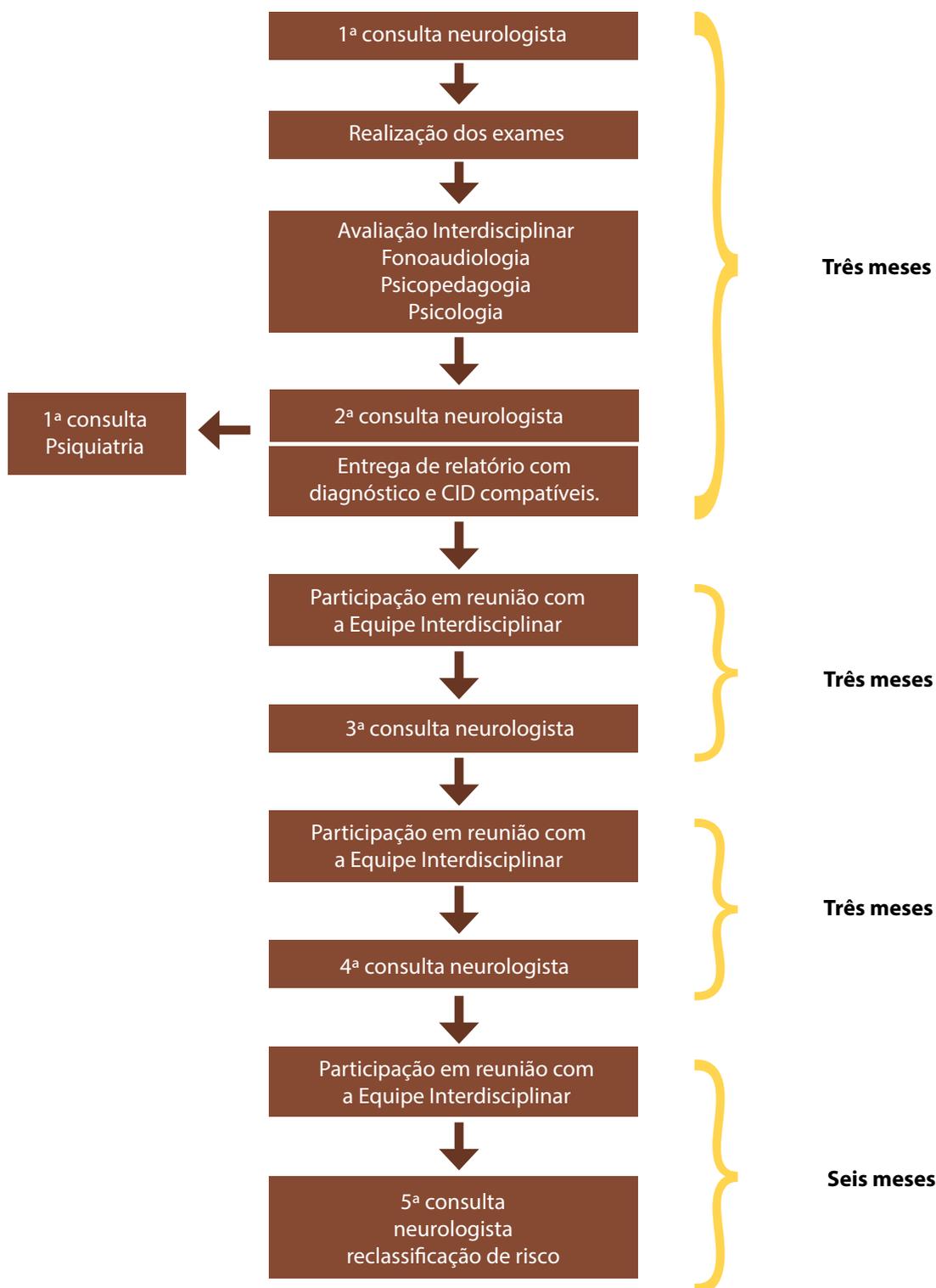
O paciente, a família e a escola serão orientados pela equipe interdisciplinar que avaliou o paciente, receberão relatório com diagnóstico e CID compatíveis. E será mantida consulta semestral com neurologista pediátrico para acompanhamento medicamentoso.

**Paciente mantido como risco 3 com cumprimento das metas:**

Após esse período, o paciente deverá permanecer em seguimento com a Psiquiatria Infantil. Caso o paciente necessite de seguimento com Neurologia, este ficará a critério do médico assistente.

**Paciente mantido como risco 3 com não cumprimento das metas:**

O paciente, a família e a escola serão orientados pela equipe interdisciplinar que avaliou o paciente,



receberão relatório com diagnóstico e CID compatíveis, e serão orientados e contrarreferenciados para seguimento na rede básica de saúde.

Segue esquema representativo da AT3 – R3.

Nota: Independente da classificação de risco definida pela DTA, a investigação/intervenção será individualizada e poderá ser encaminhada para serviços de apoio externo.



# DIRETRIZ INTERPROFISSIONAL ATENÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE

# 2

ANEXOS

## TRANSTORNO DA APRENDIZAGEM

1ª EDIÇÃO

HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA

**Autores**

RENATA BRASILEIRO REIS PEREIRA  
VIVIANE FELIPE CANTOS VERAS  
CHRISTIAN MÜLLER  
MARISA VALE CAVALCANTI  
MONIQUE CRELIER DE ARAÚJO  
THIAGO BLANCO VIEIRA

**Editores**

ELISA DE CARVALHO  
ERIKA BOMER  
ISIS QUEZADO MAGALHÃES  
RENILSON REHEM

HOSPITAL DA  
**CRANÇA** I  
DE BRASÍLIA JOSÉ ALENCAR



1. FOLHA DE ROSTO .....	19
2. ANAMNESE .....	21
3. EXAME NEUROLÓGICO GERAL .....	27
4. EXAME SUMÁRIO DO ESTADO MENTAL .....	28
5. EXAME DE FUNÇÕES CORTICAIS SUPERIORES .....	29
6. SNAP - IV ESCALA DE PONTUAÇÃO PARA PAIS E PROFESSORES .....	33
7. SOLICITAÇÃO DO EXAMES NA ADMISSÃO .....	34
7.1 Exames obrigatórios .....	34
7.2 Exames opcionais .....	34
7.3 Eletrocardiograma .....	34
8. AVALIAÇÃO INTERDISCIPLINAR .....	35
9. REUNIÕES DE GRUPO .....	35
10. REUNIÃO DE EQUIPE .....	36
11. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....	36
11.1. Transtorno Específico do Aprendizado .....	36
11.2. Transtorno do Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade (TDAH) .....	37
11.2.1. Abordagem diagnóstica .....	37
11.2.2. Abordagem Terapêutica .....	38
12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	39

# SUMÁRIO

DIRETRIZ INTERPROFISSIONAL

OBS: Pacientes classificados em risco 2 e risco 3 poderão comparecer, a qualquer momento, no dia designado do Ambulatório da DTA, caso ocorram efeitos colaterais da medicação.

## 1. FOLHA DE ROSTO *(deverá permanecer na capa plástica inicial do prontuário)*

### **Programa Multiprofissional de Atenção à Criança e ao Adolescente com Transtorno da Aprendizagem e TDAH**

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Responsáveis: \_\_\_\_\_

1ª Consulta neurologista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Reavaliação: 3 meses Data:     /     /

Média SNAP: Pais \_\_\_\_\_ Escola \_\_\_\_\_

Metas do paciente / terapêuticas alcançadas: \_\_\_\_\_

Classificação de risco: ( ) Risco 1 ( ) Risco 2 ( ) Risco 3

Medicação em uso: \_\_\_\_\_

Observações relevantes: \_\_\_\_\_

#### Abordagem Terapêutica – Risco 1

Reavaliação: 6 meses - Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Metas do paciente / terapêuticas alcançadas: \_\_\_\_\_

Reclassificação de risco: ( ) Risco 1 ( ) Risco 2 ( ) Risco 3

Medicação em uso: \_\_\_\_\_

Observações relevantes: \_\_\_\_\_

Reavaliação: 6 meses - Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Média SNAP: Pais \_\_\_\_\_ Escola \_\_\_\_\_

Metas do paciente / terapêuticas alcançadas: \_\_\_\_\_

Reclassificação de risco: ( ) Risco 1 ( ) Risco 2 ( ) Risco 3

Medicação em uso: \_\_\_\_\_

Observações relevantes: \_\_\_\_\_

1. FOLHA DE ROSTO (deverá permanecer na capa plástica inicial do prontuário)

**Programa Multiprofissional de Atenção à Criança e ao Adolescente com Transtorno da Aprendizagem e TDAH**

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Responsáveis: \_\_\_\_\_

1ª Consulta neurologista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Reavaliação: 3 meses Data:     /   /

Média SNAP: Pais \_\_\_\_\_ Escola \_\_\_\_\_

Metas do paciente / terapêuticas alcançadas: \_\_\_\_\_

Classificação de risco: ( ) Risco 1 ( ) Risco 2 ( ) Risco 3

Medicação em uso: \_\_\_\_\_

Observações relevantes: \_\_\_\_\_

Abordagem Terapêutica – Risco 2 e Risco 3

Reavaliação: 3 meses - Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Metas do paciente / terapêuticas alcançadas: \_\_\_\_\_

Reclassificação de risco: ( ) Risco 1 ( ) Risco 2 ( ) Risco 3

Medicação em uso: \_\_\_\_\_

Observações relevantes: \_\_\_\_\_

Reavaliação: 3 meses - Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Média SNAP: Pais \_\_\_\_\_ Escola \_\_\_\_\_

Metas do paciente / terapêuticas alcançadas: \_\_\_\_\_

Reclassificação de risco: ( ) Risco 1 ( ) Risco 2 ( ) Risco 3

Medicação em uso: \_\_\_\_\_

Observações relevantes: \_\_\_\_\_

**Reavaliação: 6 meses** - Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Média SNAP: Pais \_\_\_\_\_ Escola \_\_\_\_\_

Metas do paciente / terapêuticas alcançadas: \_\_\_\_\_

Reclassificação de risco: ( ) Risco 1 ( ) Risco 2 ( ) Risco 3

Medicação em uso: \_\_\_\_\_

Observações relevantes: \_\_\_\_\_

## 2. ANAMNESE

**(Adaptado do Serviço de Neurologia Infantil do HCFMRP – USP)**

### Identificação

Nome:

Data do nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade:

Gênero (sexo):

Peso:                      Altura:

Naturalidade:                      Procedência:

Mãe (nome e idade):

Pai (nome e idade):

Informante:

### Queixa principal

**História clínica** (Detalhamento da queixa principal)

## Evolução escolar

- Escolaridade:
- Período: ( ) manhã ( ) tarde
- Rede de ensino: ( ) privada ( ) pública
- Tipo de escola: ( ) regular ( ) especial ( ) inclusão
- Particularidades: ( ) sala de recurso ( ) professor particular ( ) apoio pedagógico  
( ) reforço escolar ( ) outros: \_\_\_\_\_
- Gosta da escola? ( ) sim ( ) não (motivo: \_\_\_\_\_)
- Idade de início: creche: \_\_\_\_\_ pré-escola: \_\_\_\_\_
- Adaptação: ( ) ótima ( ) boa ( ) regular ( ) ruim (motivo: \_\_\_\_\_)
- Quando iniciou a dificuldade escolar: \_\_\_\_\_
- Tipo de dificuldade:
  - ( ) cálculo
  - ( ) leitura
  - ( ) interpretação de texto
  - ( ) formar palavras
  - ( ) ortografia
  - ( ) escrever frases ou textos
  - ( ) comportamento
  - ( ) desatenção
  - ( ) outras: \_\_\_\_\_
- Repetiu ano letivo? ( ) não ( ) sim Qual(is)? \_\_\_\_\_ Quantas vezes? \_\_\_\_\_
- Assiduidade: ( ) boa ( ) regular ( ) ruim número de faltas/ano: \_\_\_\_\_
- Trocou de escola? ( ) não ( ) sim Quantas vezes? \_\_\_\_\_ Motivo(s)? \_\_\_\_\_
- Os pais frequentam as reuniões da escola? ( ) sim ( ) não
- Principal queixa do professor? \_\_\_\_\_
- Comportamento da criança na escola: \_\_\_\_\_
- Ocorrência de advertência ou suspensão? \_\_\_\_\_

### Rotina de estudo:

- Realiza tarefas de casa? ( ) sim ( ) não
  - Onde / o que realiza? \_\_\_\_\_
- Como é o ambiente no qual realiza as tarefas escolares em casa? ( ) silencioso ( ) ruidoso
- Hábito de leitura em casa? ( ) não ( ) diariamente ( ) às vezes Por quem?
  - Tem horário de estudo? ( ) não ( ) sim – qual horário e quantas horas por dia? \_\_\_\_\_
  - Auxílio? ( ) não ( ) sim De quem? \_\_\_\_\_
  - Qual frequência de auxílio? ( ) diária ( ) às vezes

### Rotina diária:

( ) sim: Horário de acordar: \_\_\_\_\_ Horário de dormir: \_\_\_\_\_

Horário de almoço: \_\_\_\_\_ Horário de jantar: \_\_\_\_\_

( ) não segue rotina para acordar e dormir

( ) não segue rotina para almoçar e jantar

- Aceita bem a rotina? ( ) sim ( ) não
- Assistir à TV: Dias de semana: \_\_\_\_\_ horas/dia  
Fins de semana: \_\_\_\_\_ horas/dia
- Computador / jogos eletrônicos / celular: Dias de semana: \_\_\_\_\_ horas/dia  
Fins de semana: \_\_\_\_\_ horas/dia
- Qualidade do sono: ( ) tranquilo ( ) agitado ( ) insônia  
( ) ronca ( ) range os dentes ( ) fala ( ) anda
- Local de dormir: ( ) próprio quarto ( ) quarto da mãe ( ) quarto da avó ( ) sala
- Pratica atividade física? ( ) não ( ) sim Qual? \_\_\_\_\_ Frequência? \_\_\_\_\_
- Faz atividades lúdicas? ( ) não ( ) sim ( ) isolado ( ) em grupo

### Antecedentes

#### Gestacionais/Obstétricos:

G P A

Filho: ( ) único ( ) 1º ( ) 2º ( ) 3º ( ) 4º ( ) outro: \_\_\_\_\_

Pré-natal: ( ) sim ( ) não

Idade em que engravidou: \_\_\_\_\_ anos

Gravidez foi planejada: ( ) sim ( ) não

Intercorrências durante a gestação?

Uso de álcool, cigarro, medicações ou drogas ilícitas:

( ) não ( ) sim \_\_\_\_\_

### **Neonatais:**

Nascido de parto: ( ) normal ( ) uso de fórceps ( ) cesáreo (motivo: \_\_\_\_\_)

( ) termo ( ) pré-termo ( ) pós-termo

Apgar:

Peso do nascimento:      g                      Altura:      cm                      PC:      cm

Intercorrências:

Alta com a mãe: ( ) sim ( ) não (motivo: \_\_\_\_\_)

( ) berçário \_\_\_\_\_

( ) UTI \_\_\_\_\_

### **Patológicos:**

Internações:

Cirurgias:

Comorbidades crônicas (asma, epilepsia, anemia, doença renal):

### **Imunizações:**

Calendário vacinal: ( ) completo ( ) incompleto: \_\_\_\_\_

Reações indesejáveis:

### **Desenvolvimento Neuropsicomotor**

■ Controle cervical:

■ Sentar sem apoio:

■ Engatinhou:

■ Andou:

■ Controle esfinteriano vesical:                      anal:

■ Tem algum comprometimento motor? ( ) não ( ) sim \_\_\_\_\_

## Fala e Linguagem

- Atraso na fala em relação às outras crianças? ( ) não ( ) sim (Por que? \_\_\_\_\_)
- Balbucio:
- Primeiras palavras:
- Frases simples:
- Frases complexas:
- Narração de fatos:
- Inicia discurso: ( ) sim ( ) não
- Organiza os fatos em uma sequência de início, meio e fim? ( ) sim ( ) não
- As pessoas compreendem o que a criança fala? ( ) sim ( ) não Situações: \_\_\_\_\_
- Nomeia os objetos de forma adequada? ( ) sim ( ) não \_\_\_\_\_
- Atualmente, compreende as ordens solicitadas? ( ) sim ( ) não
- Tipos: ( ) simples ( ) complexas ( ) contextualizadas ( ) descontextualizadas
- Transmite recados de forma adequada? ( ) sim ( ) não
- Descreve o que vê ( ) sim ( ) não

## Hábitos

- ( ) chupeta - duração:
- ( ) sucção digital - duração:
- ( ) onicofagia - duração:
- ( ) sucção de outro(s) objeto(s) - duração:
- ( ) morder os lábios - duração:
- ( ) outro(s): \_\_\_\_\_ - duração:

## Hábitos Alimentares

- Amamentou no seio? ( ) sim ( ) não (motivo: \_\_\_\_\_)
- Idade de desmame:
- Fez uso de mamadeira? ( ) não ( ) sim (até que idade: \_\_\_\_\_)
- Rejeição alimentar: ( ) sim ( ) não
- Houve ou há dificuldades para sugar, mastigar ou engolir? Quando?

## Audição

- Escuta bem: ( ) sim ( ) não
- Atende quando é chamado? ( ) sim ( ) não ( ) às vezes
- Existe necessidade de falar alto para que entenda? ( ) sim ( ) não

- Ouve rádio ou assiste à TV em volume alto? ( ) sim ( ) não
- Já fez avaliação audiológica? ( ) não ( ) sim (quando? \_\_\_\_\_)
- Resultados: ( ) normal ( ) alterado

### **Sociocomportamental**

- Como é o comportamento da criança?

- ( ) sem queixas
- ( ) irritabilidade
- ( ) choro fácil
- ( ) isolamento
- ( ) culpa excessiva
- ( ) distração
- ( ) agitação
- ( ) negativismo
- ( ) agressividade
- ( ) timidez
- ( ) birra
- ( ) dificuldade para dormir
- ( ) outros: \_\_\_\_\_

- Como é o relacionamento da criança com:

- Pai
- Mãe:
- Irmãos:
- Avós:
- Colegas da escola:
- Outras crianças conhecidas:
- Professores:
- Desconhecidos:

- Tem dificuldade em fazer amizades? ( ) sim ( ) não

- Brincadeiras preferidas:

### **História patológica familiar**

- Consanguinidade:
- Doenças relevantes na família:

■ Escolaridade da família:

Pai:            profissão:                      dificuldade em fixar-se em emprego?  
                  Teve dificuldade escolar?

Mãe:            profissão:                      dificuldade em fixar-se em emprego?  
                  Teve dificuldade escolar?

Irmã(o):            idade:                      teve dificuldade escolar?

Irmã(o):            idade:                      teve dificuldade escolar?

■ Conflitos familiares:

( ) desemprego   ( ) alcoolismo   ( ) uso de drogas   ( ) brigas violentas

( ) separação    ( ) outros:

Como a criança lida com isso? \_\_\_\_\_

Familiares: pessoas da família com dificuldade de aprendizagem.

### 3. EXAME NEUROLÓGICO GERAL

■ Estado geral:

■ Linguagem:

■ Atitude:

■ Comportamento:

■ Nervos cranianos:

■ Força muscular:

■ Tônus e trofismo:

■ Reflexos:

■ Sensibilidades:

- Equilíbrio estático e dinâmico:
  
- Coordenação:
  
- Marcha:
  
- Motricidade

#### 4. EXAME SUMÁRIO DO ESTADO MENTAL

- **fisionomia:** triste/alegre, móvel/rígida
- **orientação autopsíquica:** sabe o nome, idade, local onde mora, onde nasceu, o dia do aniversário.
- **orientação heteropsíquica:** sabe que dia da semana é, que dia do mês, em que mês e ano estamos, sabe onde está, sabe o período do dia.
- **psicomotricidade:** presença de maneirismos, estereotípias, tiques motores e vocais, está em constante movimento (vai de um lugar para outro sem parar, fica pulando no mesmo lugar), mesmo estimulado(a), não se move.
- **volição/pragmatismo:** iniciativa para fazer as coisas, passividade/falta de interesse, lentidão.
- **linguagem e comunicação:** mutismo, prosódia, ecolalia, faz contato visual, expressão facial, posição corporal durante a entrevista.
- **sensopercepção:** vê ou ouve coisas que apenas ele(a) consegue ver ou ouvir.
- **juízo:** tem medo de pessoas que não tenham lhe causado mal ou ameaçado, não se dá conta do perigo.
- **humor/afeto:** irritabilidade (frequentemente irritável? Facilmente provocado(a)? Demasiadamente tranquilo(a)?), capacidade de divertir-se, disponibilidade/vontade para o contato social (tendência ao isolamento?), amor próprio (gosta de si mesmo(a) ou da sua aparência? Refere-se a si mesmo(a) com termos depreciativos?), sente-se infeliz ou triste na maior parte do tempo, chora com frequência maior que o usual para sua idade, tem medo excessivo, tem medo do que as pessoas pensam dele(a), já se feriu voluntariamente.
- **sono:** não gosta de ir dormir, levanta-se muito cedo, sono irregular, troca o dia pela noite, dorme muito poucas horas.
- **enurese/encoprese**

## 5. EXAME DE FUNÇÕES CORTICAIS SUPERIORES

### I – Linguagem

1. Fala espontânea e orientação temporoespacial: \_\_\_\_\_
  2. Compreensão:
    - Uso de objetos (indicar um objeto e perguntar para que serve): \_\_\_\_\_
    - Descrever uma cena (mostrar figuras): \_\_\_\_\_
  3. Nomear:
    - Cores (B, P, Vm, Am, Az): \_\_\_\_\_
    - Objetos (moeda-lápis-sapato-chaves): \_\_\_\_\_
    - Figuras (objetos e partes do corpo): \_\_\_\_\_
  4. Repetição (ditar uma a uma: mosca-chave-sino-bicho-bico): \_\_\_\_\_
  5. Escrita (ditado: vaso-data-menino) - em anexo: \_\_\_\_\_
  6. Leitura (usar impresso próprio: gato-faca-maço) \_\_\_\_\_
  7. Cópia (usar uma impressão em maiúscula, outra em minúscula e outra normal) - em anexo: Casa -guaraná-maço.
- Os leões do circo pularam no círculo de fogo.

### II – Dominância

1. Pé: chutar a bola (repetir três vezes cada tarefa): \_\_\_\_\_
2. Mão: jogar a bola: \_\_\_\_\_
3. Olho: olhar através de um furo de cartão ou luneta: \_\_\_\_\_

### III – Praxia

1. Ideativo / ideomotora:
  - Prova dedo – nariz: \_\_\_\_\_
  - Construir torre com seis cubos (3a): \_\_\_\_\_
  - Construir ponte com três cubos (4a): \_\_\_\_\_
  - Virar páginas de um livro (4a): \_\_\_\_\_
  - Bater os pés no chão alternadamente (5a): \_\_\_\_\_
  - Enrolar um fio num carretel (5a): \_\_\_\_\_

- Abrir uma mão e fechar a outra (5a): \_\_\_\_\_
- Polegar nos dedos (5a): \_\_\_\_\_
- Ritmo com o indicador e o pé (6a): \_\_\_\_\_
- Figura 112 de Luria (crianças maiores): \_\_\_\_\_

2. Construtivo: pedir para copiar as figuras:

- Cruz            - Círculo            - Quadrado            - Losango  
 (4a)                (5a)                (6a)                (7a)

3. Praxia de OFA:

- Protuir, lateralizar, elevar a língua: \_\_\_\_\_
- Protuir os lábios e cerrá-los com a boca cheia de ar: \_\_\_\_\_
- Soprar, sibilar e chiar (as palavras silêncio e chave): \_\_\_\_\_
- Mexer com a língua dentro da boca: \_\_\_\_\_

#### IV – Gnosias (testar direito e esquerdo)

1. Reconhecer objetos (examinador fala o nome do objeto): \_\_\_\_\_

Ex.: Moeda-lápis-sapato-chave-figuras

2. Reconhecer faces (usar figuras): \_\_\_\_\_

3. Reconhecer cores (usar figuras ou lápis coloridos): \_\_\_\_\_

4. Gnosia digital: \_\_\_\_\_

5. Esterognosia: \_\_\_\_\_

Ex.: Chave-lápis-bola de gude-algodão-ano

6. Reconhecimento direita / esquerda (provas de Piaget-Head):

a) Piaget 1 (6a) - mão D - mão E: \_\_\_\_\_

- olho D - olho E: \_\_\_\_\_

b) Head 1 (7a): - mão D na orelha E: \_\_\_\_\_

- mão E no olho D: \_\_\_\_\_

- mão D no olho E: \_\_\_\_\_

- mão E na orelha D: \_\_\_\_\_

- posição relativa de dois objetos: \_\_\_\_\_

c) Piaget 2 (8a) (reconhecimento de direita / esquerda no examinador):

- qual é a mão em que tenho a chave? \_\_\_\_\_

d) Head 2 (9a) (imitação de gestos do examinador):

- mão E no olho D

- mão D na orelha D

- mão D no olho E
- mão E na orelha E
- mão D no olho D
- mão E na orelha D
- mão D na orelha E
- mão E no olho E

e) Head 3 (10a) - reprodução de figuras: \_\_\_\_\_

f) Piaget 3 (11a) - posição relativa entre três objetos: \_\_\_\_\_

### 7. Posição segmentar:

a) Reconhecer formas (usar figuras indicando):

( ) quadrado ( ) círculo ( ) triângulo ( ) losango

b) Discriminação visual:

Figura fundo (ex. Figura 122 do Luria)

c) Discriminação auditiva:

- Igual ou diferente? pote-bote, vila-fila, braço-baço, dia-tia  
minha-mia, pote-pote, mula-nula, braço-braço

- Ritmo (prova de coordenação para 7a) – acertos 4/6

.....  
(2 fracos e 3 fortes)

3 fortes e 2 fracos)

### V – Memória

1. Visual (enunciar figuras vistas por 30 segundos num cartão):

(3 anos – 3 fig // 4 anos – 4 fig // 5 a 7 anos – 5 fig // > 8 anos – 6 fig)

2. Auditiva:

a) Palavras (pedir para repetir as palavras em série):

(3a) Quadro – vovó – chapéu \_\_\_\_\_

(4a) Cobra – bebê – bolsa – varal \_\_\_\_\_

(5a) Leão – sino – tronco – velho – saci \_\_\_\_\_

(6a) Papai – grama – pato – sol – planta – chalé \_\_\_\_\_

b) Números:

- 2 – 5 – 9 \_\_\_\_\_

- 3 – 4 – 7 \_\_\_\_\_

- 2 – 4 – 5 – 8 \_\_\_\_\_

- 1 – 5 – 7 – 8 \_\_\_\_\_

- 1 – 3 – 4 – 7 – 9 \_\_\_\_\_

- 2 – 4 – 5 – 8 – 9 \_\_\_\_\_

## VI – Cálculos

$$\begin{array}{r} 1 \quad 12 \quad 73 \quad 30 \quad 3 \quad 21 \\ + 8 \quad + 21 \quad - 8 \quad - 15 \quad \times 4 \quad \times 3 \end{array}$$

## 6. SNAP - IV ESCALA DE PONTUAÇÃO PARA PAIS E PROFESSORES

Para cada item, marque a coluna que melhor descreve esta criança:

	<b>Nem um pouco (0)</b>	<b>Só um pouco (1)</b>	<b>Bastante (2)</b>	<b>Demais (3)</b>
1. Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros nos trabalhos da escola ou tarefas por descuido.				
2. Tem dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer.				
3. Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele(a).				
4. Não segue instruções até o fim e não termina deveres da 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 (p. ex: brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros).				
8. Distrai-se com estímulos externos.				
9. É esquecido(a) em atividades do dia a dia.				
Total: _____				
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(a).				
12. Corre de um lado para 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 as perguntas de forma precipitada antes de terem sido terminadas.				
17. Tem dificuldade de esperar sua vez.				
18. Interrompe os outros ou se intromete (ex. interfere nas conversas / jogos).				
Total: _____				
19. Descontrola-se.				
20. Discute com adultos.				
21. Desafia ativamente ou se recusa a atender pedidos ou regras de adultos				
22. Faz de propósito coisas que incomodam outras pessoas.				
23. Culpa os outros pelos seus erros ou mau comportamento.				
24. É irritável ou facilmente incomodado(a) pelos outros.				
25. É raivoso(a) e ressentido(a).				
26. É rancoroso(a) ou vingativo(a).				
Total: _____				

(Swanson, Nolan e Pelham – versão IV)

## 7. SOLICITAÇÃO DOS EXAMES NA ADMISSÃO:

### 7.1 – Exames obrigatórios

Audiometria – Logaudiometria – Impedanciometria

Hemograma completo – Fe sérico – Ferritina;

Glicemia de jejum;

Função tireoideana.

OBS.: A avaliação oftalmológica já foi mencionada como pré-requisito na entrada da DTA.

### 7.2 – Exames opcionais (conforme indicação clínica)

Ureia – Creatinina - TGO – TGP , amilase, lipidograma, outros;

Exames de neuroimagem;

Eletroencefalograma.

7.3 - Eletrocardiograma (indicado para pacientes que farão uso de antidepressivo tricíclico)

OBS: Seguindo o protocolo de dispensação de medicamento especializado da SES/DF, é obrigatória a realização de Eletrocardiograma com laudo cardiológico para uso do metilfenidato.

## 8. AVALIAÇÃO INTERDISCIPLINAR

A avaliação interdisciplinar ajuda a elucidar dúvidas e possibilita um entendimento mais claro da natureza das dificuldades de aprendizagem. Sugere-se que a avaliação interdisciplinar seja feita inicialmente por uma equipe formada por psicóloga, fonoaudióloga e psicopedagoga e, caso necessário, outros profissionais, para se determinar ou eliminar fatores, em todas as áreas, que possam estar comprometendo o processo de aprendizagem.

A avaliação interdisciplinar permite uma melhor definição do tipo e da gravidade do problema e, conseqüentemente, torna mais eficazes o acompanhamento escolar e o tratamento realizado por especialistas.

### **Fonoaudiologia – 4 sessões**

A Fonoaudiologia é a ciência que tem como objeto de estudo a comunicação humana, no que se refere ao seu desenvolvimento, aperfeiçoamento, distúrbios e diferenças, em relação aos aspectos envolvidos na função auditiva periférica e central, na função vestibular, na função cognitiva, na linguagem oral e escrita, na fala, na fluência, na voz, nas funções orofaciais e na deglutição.

### **Psicopedagogia – 4 sessões**

A Psicopedagogia é um campo de atuação em Saúde e Educação que lida com o processo de aprendizagem humana: seus padrões normais e patológicos, considerando a influência do meio - família, escola e sociedade - no seu desenvolvimento, utilizando procedimentos próprios.

### **Neuropsicologia – 5 sessões**

A Avaliação Neuropsicológica (5 sessões): Tem por objetivo investigar o comportamento, o processo de aprendizagem, o desempenho cognitivo e a funcionalidade do paciente no seu contexto social. Avalia em detalhes, as funções corticais superiores: atenção, memória, praxias, percepção, linguagem, bem como estado de humor; objetivando compreender as dificuldades atuais apresentadas pela criança.

## 9. REUNIÕES DE GRUPO

As reuniões de grupo fazem parte da dinâmica do Programa de DTA e têm como objetivos estimular e auxiliar os pais e os pacientes no processo de melhora da vida escolar.

As reuniões acontecerão bimestralmente. A primeira reunião do paciente e de sua família será de acolhimento, quando as diretrizes do programa serão esclarecidas. A duração será de uma hora e os temas abordados serão:

- 1ª Reunião: Boas vindas ao Programa DTA;
- 2ª Reunião: Esclarecimentos médicos sobre dificuldade de aprendizagem e suas consequências;
- 3ª Reunião: Esclarecimentos fonoaudiológicos, psicopedagógicos e psicológicos sobre dificuldade de aprendizagem e suas consequências;
- 4ª Reunião: Importância da família no processo de adesão; papel de cada membro familiar; orientações sobre a importância da rotina de estudo e organização do ambiente de estudo;
- 5ª Reunião: Esclarecimento de dúvidas, troca de informações entre os pacientes/responsáveis;
- 6ª Reunião: Finalização do Programa DTA;

## 10. REUNIÃO DE EQUIPE

As reuniões de equipe fazem parte da dinâmica do Programa DTA e têm como objetivo discutir os casos atendidos, promovendo assim um atendimento de maior qualidade aos pacientes do Programa DTA. As reuniões acontecerão uma vez ao mês, com duração de duas horas.

## 11. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 11.1 Transtorno Específico do Aprendizado

Problemas relacionados à aprendizagem vêm se tornando cada vez mais frequentes no consultório pediátrico. Uma das principais justificativas seria a preocupação com o desempenho escolar por parte de familiares, professores e profissionais da saúde, acarretando ainda uma frustração na própria criança. Além disso, o diagnóstico e a conduta, por parte dos profissionais, vem se aprimorando, e tornando-se mais acessível.

É necessário ter em mente que há uma diferença entre dificuldade e transtorno de aprendizado. Quase sempre, crianças com transtorno específico da aprendizagem têm baixo rendimento escolar, o que não quer dizer, necessariamente, que o desempenho escolar deficitário seja decorrente de transtorno.

**Dificuldade escolar** ocorre por interferência no processo de aprendizado, podendo ser por condições intrínsecas: deficiência intelectual ou outras comorbidades neurológicas; deficiência sensorial, como perda auditiva ou visual; transtornos psiquiátricos; doenças crônicas; e/ou problemas psicológicos, como falta de motivação e baixa autoestima. Podendo ocorrer, também, por condições extrínsecas: falta de oportunidade para aprender, instrução inadequada por parte da escola / professor ou dificuldades econômicas e/ou culturais.

**Transtorno de aprendizagem** é uma desordem no processo de aprendizagem, podendo estar relacionado à leitura, escrita ou matemática. Pode ocorrer em crianças que apresentam inteligência normal, ausência de alterações motoras ou sensoriais, bom ajuste emocional e nível socioeconômico e cultural aceitável. De acordo com o DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) essas disfunções devem estar presentes por pelo menos seis meses, mesmo com intervenção terapêutica. Estes transtornos são permanentes, não desaparecendo com maturidade da vida adulta nem retorno escolar. Pode ocorrer melhora das dificuldades com instrução apropriada.

No DSM - V foram reunidos em uma única categoria - Transtorno Específico da Aprendizagem (TEA) - as três perturbações que apresentavam critérios diagnósticos distintos no anterior DSM – IV, com o objetivo de identificar de forma mais precisa as sintomatologias do transtorno de aprendizado. São eles:

- TA com prejuízo na leitura: precisão na leitura de palavras, velocidade ou fluência da leitura, compreensão da leitura.  
Nota: Dislexia é um termo alternativo usado em referência a um padrão de dificuldade de aprendizagem caracterizado por problemas no reconhecimento preciso ou fluente de palavras, problemas de decodificação e dificuldade de ortografia.
  
- TA com prejuízo na expressão escrita: precisão na ortografia, precisão na gramática e na pontuação, clareza ou organização da expressão escrita.
  
- TA com prejuízo na matemática: senso numérico, memorização de fatos aritméticos, precisão ou fluência de cálculo, precisão no raciocínio matemático.  
Nota: Discalculia é um termo alternativo usado em referência a um padrão de dificuldades caracterizado por problemas no processamento de informações numéricas, aprendizagem de fatos aritméticos e realização de cálculos precisos ou fluentes.

Uma vez estabelecido o diagnóstico, o tratamento é clínico e educacional. A abordagem e a conduta serão interdisciplinares, baseadas no transtorno específico do paciente. É importante uma eficaz integração entre os profissionais envolvidos, juntamente com apoio familiar, para o bem comum do paciente.

## **11.2 - Transtorno do Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade (TDAH)**

O TDAH é considerado um distúrbio do desenvolvimento que se inicia na infância, embora possa continuar até idade adulta. Esse transtorno se caracteriza por sintomas classificados em três categorias principais: predominantemente desatento, predominantemente hiperativo e sem predominância. Entretanto, é importante ressaltar que tais manifestações são relativamente comuns na população pediátrica, portanto, para o diagnóstico de TDAH, faz-se necessário que, juntamente com a queixa de falta de atenção e/ou hiperatividade/impulsividade, exista um significativo comprometimento funcional do indivíduo em diversas áreas, como, por exemplo, nas áreas escolar/familiar/social.

### **11.2.1 Abordagem diagnóstica**

O diagnóstico é baseado nos dados clínicos. Até o momento, não há marcadores biológicos, levando-se em consideração os critérios estabelecidos pelo CID 10 (World Health Organization, 1993) ou DSM V (American Psychiatric Association, 2013). A apresentação clínica varia de acordo com a fase do desenvolvimento da criança. (Tabelas 1.1 e 1.2)

**Tabela 1.1:** Critérios diagnósticos do DSM – V e do CID 10

	<b>DSM - V</b>	<b>CID - 10</b>
Número de sintomas necessários para o diagnóstico	Seis ou mais dos nove sintomas de desatenção e/ou seis ou mais dos nove sintomas de hiperatividade/impulsividade	Seis ou mais dos nove sintomas de desatenção, três ou mais dos sintomas de hiperatividade e pelo menos um dos quatro sintomas de impulsividade
Idade de início dos sintomas	Antes dos 12 anos de idade	Antes dos sete anos de idade
Duração mínima dos sintomas	Seis meses	Seis meses
Presença dos sintomas	Sintomas presentes em dois ou mais ambientes (ex.: escola, trabalho, casa)	Sintomas na escola são necessários se aplicáveis para a idade e nível de desenvolvimento da criança

**Tabela 1.2:** Manifestações clínicas de acordo com as fases do desenvolvimento

<b>Pré-escola</b>	<b>Escolar</b>	<b>Adolescência</b>	<b>Vida adulta</b>
<b>DESATENÇÃO</b>			
• É desatento mesmo em jogos de sequência curta (<3 min.)	• É desatento em atividades breves (<10 min.)	• Menos persistente que os colegas	• Pouco detalhista
• Deixa atividades incompletas	• Não conclui as atividades	• Desatento a detalhes	• Esquece compromisso
• Parece não estar escutando	• Esquecido, distraído	• Dificuldade de planejamento	• Imprevisível
<b>HIPERATIVIDADE</b>			
• Agitado	• Inquieto quando deveria estar calmo	• Inquieto	• Incansável
<b>IMPULSIVIDADE</b>			
• Atitudes intempestivas	• Interrompe a vez dos outros e dá respostas precipitadas	• Autocontrole inadequado	• Acidentes automobilísticos e outros
• Sem noção de perigo	• Dificuldade para aguardar a sua vez	• Se expõe em atividades de risco	• Toma decisões prematuras e precipitadas

(Fonte: TAYLOR, E. SONUGA BARKER, E. (2008), *Disorder of attention and activity In Rutter et al (eds), Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, p.552. Adaptado.)

De acordo com o DSM V, o TDAH pode ser classificado em apresentações (anteriormente determinado subtipos), sugerindo a transitoriedade dos sintomas, de acordo com o quadro clínico apresentado nos últimos seis meses: a apresentação com tipo predominantemente hiperativo/impulsivo causa um desajuste social e escolar maior, portanto, é mais facilmente reconhecido; na apresentação tipo predominantemente desatento, o diagnóstico é feito mais tardiamente; e, por fim, a apresentação combinada, que é a mais comum entre crianças e adolescentes.

Outra modificação feita pelo DSM V é a classificação de TDAH em leve, moderado ou grave e a possibilidade de uso do termo TDAH com remissão parcial.

### 11.2.2 Abordagem terapêutica

O tratamento é interdisciplinar, individualizado e tem por objetivo reorganizar a criança e viabilizar um comportamento funcional, sendo de grande importância o envolvimento dos familiares.

A decisão do tratamento farmacológico deverá levar em consideração alguns fatores, como idade do paciente, características e gravidade dos sintomas, existência de comorbidades, efeitos colaterais das drogas, entre outros. (Tabelas 2.1 e 2.2)

**Tabela 2.1:** Medicamentos estimulantes disponíveis para o tratamento de TDAH

<b>Metilfenidato</b>					
<b>Tipo de duração</b>	<b>Nome da marca</b>	<b>Horário de dosagem</b>	<b>Duração aproximada de ação</b>	<b>Dose inicial</b>	<b>Dose diária máxima (mg)</b>
Curta duração	Ritalina	2-3 vezes ao dia	3 a 5	5	60
Duração intermediária	N/D*	1-3 vezes ao dia	3 a 8	10	60
Duração prolongada	Ritalina LA	1 vez ao dia	8 a 10	10	60
	Concerta	1 vez ao dia	12	18	72
<b>Anfetaminas</b>					
<b>Tipo de duração</b>	<b>Nome da marca</b>	<b>Horário de dosagem</b>	<b>Duração aproximada de ação</b>	<b>Dose inicial</b>	<b>Dose diária máxima (mg)</b>
Curta Duração	N/D*	1-2 vezes ao dia	4	5	30
Duração intermediária	N/D*	1-2 vezes ao dia	10	5	40
Duração prolongada	Venvanse	1 vez ao dia	13	30	70

\*Não disponível no Brasil

(Fonte: IACAPAC *Textbook of Child and Adolescent Mental Health*)

**Tabela 2.2:** Medicamentos não estimulantes

<b>Drogas</b>	<b>Doses</b>
Atomexitina*	1,2 – 1,9mg/kg/dia
Amitriptilina	0,5 – 2,0mg/Kg/dia
Nortriptilina	1 – 3mg/Kg/dia
Clonidina	0,04 – 0,05mg/Kg/dia
*Não disponível no Brasil	

(Fonte: ROTTA, N T; OHLWEILER, L; RIESGO, R S. (2007), *Transtorno da aprendizagem abordagem neurobiological e multidisciplinary*, p.311; ROSEMBERG, S. (1010), *Neuropediatria*, p.193)

## 12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-V*. 5. ed. Washington, D.C., 2000.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV*. 4. ed. Washington, D.C., 2013.

ARITA, F.N. *Distúrbios de Aprendizagem*. In: ROSEMBERG, Sérgio. *Neuropediatria*. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2010. pgs. 187-201.

CYPEL, S. *A criança com déficit de atenção e hiperatividade*. In: DIAMENT, A.; CYPEL, S.; REED, U.C. (Org.). *Neurologia Infantil*. 5. ed. São Paulo: Atheneu, 2010, v. 2. pgs. 1721-1734.

CYPEL, S. *Déficit de atenção e hiperatividade e as funções executivas: Atualização para pais, professores e profissionais da saúde*. 4. ed. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010.

CORDAZZO, S.T.D.; VIEIRA, M.L. *A brincadeira e suas implicações nos processos de aprendizagem e de desenvolvimento*. Estudos e pesquisas em Psicologia. Rio de Janeiro: UERJ, 2007, v. 7, n. 1, pgs. 92-104.

FUNAYAMA, C.A.R. (Org.). *Problemas de Aprendizagem: enfoque multidisciplinar*. 2. ed. Campinas: Alínea, 2005. v. 1.

MEDEIROS, P.C.; LOUREIRO, S.R.; LINHARES, M.B.M.; MARTURANO, E.M. *A auto-eficácia e os aspectos comportamentais de crianças com dificuldades de aprendizagem*. Psicologia: Reflexão e Crítica. Porto Alegre, 2000. v. 13, n. 3, pgs. 327-336.

MASSI, G.A. *Dislexia ou processo de aquisição da escrita?* Revista Distúrbios da Comunicação. São Paulo: PUC, 2004, v. 16, n. 3, pgs. 355-369.

MORIYAMA, T.S.; CHO, A.J.M.; VERIN, R.E.; FUENTES, J.; POLANCZYK, G.V. *Attention deficit hyperactivity disorder*. In: REY, J.M. (editor). *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2012. pgs. 1-22.

RIBEIRO, G.M.; SILVA, J.B.L. *A alimentação no processo de aprendizagem*. Revista Eventos Pedagógicos, 2013, v. 4, n. 2, pgs. 77 -85.

ROTTA, N.T. *Transtorno da atenção: aspectos clínicos*. In: ROTTA, N.T.; OHLWEILER, L.; RIESGO, O.R. (Org.). *Transtornos de aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar*. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 301-313.

SCHIRMER, C.R.; FONTOURA, D.R.; NUNES, M.L. *Distúrbios da aquisição da linguagem e da aprendizagem*. Rio de Janeiro: Jornal de Pediatria, 2004, v. 80, n. 2 (supl).

VALLE, L. E. L. R.; VALLE, E. L. R.; REIMÃO, R. *Sono e aprendizagem*. Revista Psicopedagogia (online), 2009, v. 26, n. 80. pgs. 286-290.



