



SEMANA

# MHIIT

# DNPM, TEA e TDAH



# DNPM, TEA E TDAH

## Desenvolvimento Neuropsicomotor

### → Definições

- Processo que engloba o desenvolvimento físico, maturação neurológica, comportamental, sensorial, cognitivo de linguagem e das relações que a criança constrói.
- Inicia na concepção
- Ao nascimento o cérebro é muito imaturo, conseqüentemente vai sofrer processo de maturação intenso com mielinização, criação de novas sinapses e isso permite a aquisição de novos marcos desse desenvolvimento.
- O ambiente que a criança está inserida afeta diretamente o desenvolvimento da criança, podendo inclusive atrapalhar.
- A definição de Janela de Oportunidades é como é chamada os 2 primeiros anos de vida. (Considerado também como os primeiros 1000 dias) – Período com maturação e desenvolvimento cerebral mais intenso. Em casos de atrasos, a criança possui uma plasticidade neuronal muito importante.
- O desenvolvimento infantil típico serve como base para comparação – o desenvolvimento de uma criança que foi não foi prematura e sem doença do sistema nervoso. Analisa em quanto tempo as crianças adquiriram marcos do desenvolvimento e esse tempo é considerado o desenvolvimento infantil típico.
- Avaliar em todas as consultas!

### → Fatores de Risco

- Período pré-natal e neonatal são importantes
  - Pré-natal: Ausente ou incompleto, prejudicam os rastreios de comorbidades, infecções.
  - Neonatal: Pré-termo (<37 semanas), principalmente em PT extremos (<28 semanas); Baixo peso (<2500g); asfixia perinatal; internação (local e o tempo, prejudica devido à falta de estímulos); infecção; hemorragia de SNC (Peri e intraventricular)

- Eventos Pós natais:
  - Meningite; TCE grave; convulsão; comorbidades.
- Ambiental: é comprovado que traz risco no atraso do desenvolvimento principalmente se:
  - Uso de substâncias psicoativas; abuso em suas variações; depressão materna; consanguinidade.
- Epidemiologia pode gerar um aumento de transtornos do desenvolvimento/ comportamento.

### → Avaliação

### → Marcos do Desenvolvimento;

- Desenvolvimento motor:
  - O desenvolvimento motor é de forma craniocaudal e proximodistal, parte de aquisições simples para mais complexas. As etapas são gradativas e previsíveis. Uma criança que não sentou, tende a não andar; uma criança que não realiza a pega ela não faz pinça. Bebês prematuros deve-se avaliar o desenvolvimento de acordo com a idade corrigida.
  - Motor grosseiro: sentar, rolar, andar.
    - Ordem: Fixação ocular → sustento cefálico → tronco e MMS → Quadril (sentar) → Ortostase.
    - Adaptativa: primeiro a preensão palmar reflexa → cubitopalmar → palmar → Pinça.
  - Adaptativo (motor fino): mãos, pega, pinça, escrever, desenhar.
  - Tônus:
    - RN: flexor em membros e hipotonia paravertebral, sem sustento da cabeça.



- 1ºs meses: o tônus flexor vai caindo, o bebê consegue fazer extensão, pegar o pé.
- 2º semestre: alterna entre flexão e extensão, permite rolar, sentar, andar.
- Reflexos primitivos: são fisiológicos ao nascimento pela imaturidade do SNC, e desaparecem com o desenvolvimento.
  - À medida que tem os marcos (desenvolvimento daquela área), desaparecimento do reflexo primitivos segue a ordem do desenvolvimento.
- Reflexo tônico-cervical (esgrimista): rotação da cabeça do bebê para o lado e ele faz a extensão dos membros ipsilaterais e flexão dos membros contralaterais.



- Reflexo de procura, estímulo na face do bebê e ele procura. (desaparece com 3 a 4 meses).



- Reflexo de preensão palmar (encosta na mão da criança e ela segura). (desaparece com 4-6 meses)



- Reflexo de moro extensão dos MMSS em queda súbita. (desaparece com 4-6 meses)



- Reflexo cutâneo-plantar, estímulo lateral do pé e o dedo responde com extensão. (desaparece com 15-18 meses)



- Preensão plantar (mesmo da preensão palmar), fecha o dedo. (desaparece com 15-18 dias).
  - Pessoal-social: como se relaciona na sociedade.
  - Linguagem: entra inclusive audição e visão.
- ➔ Alterações fenotípicas: focar na avaliação da face, mãos e pés.
  - Face: Baixa implantação de orelhas, base nasal plana, protusão da língua, distanciamento dos olhos
- ➔ Perímetro cefálico: desenvolvimento de massa encefálica inadequada
- ➔ Marcos do desenvolvimento por idade que tem que estar realizando: (S-social; A-adaptativo; L-Linguagem; M- Motor).

- RN – 1Mês:
  - S: observa o rosto humano
  - A: eleva a cabeça em decúbito ventral
  - L: reage ao som
  - M: postura com pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada
- 2 Meses:
  - S: sorri
  - A: abre as mãos
  - L: emite sons (vocalização)
  - M: movimentação os membros
- 4 meses:
  - S: responde ativamente ao contato social
  - A: segura objetos
  - L: Emite sons, ri alto
  - M: sustenta a cabeça
- 6 meses:
  - Início da introdução alimentar
  - S: busca ativa de objetos
  - A: leva objetos a boca
  - L: localiza o som
  - M: rola
- 9 meses:
  - Engatinhar não é um marco obrigatório
  - Estranha desconhecidos (exame físico começa a ficar mais difícil)
  - S: Brinca de esconde-achou
  - A: transfere objetos de uma mão para outra
  - L: duplica sílabas
  - M: senta sem apoio
- 12 meses:
  - S: imita gestos
  - A: pinça
  - L: palavras incompreensíveis (jargão)
  - M: anda com apoio
- 15 meses:
  - S: mostra o que quer, executa gestos a pedido
  - A: coloca blocos na caneca
  - L: fala 1 palavra
  - M: anda sem apoio
- 24 meses:
  - S: tira a roupa
  - A: torre de 3 cubos
  - L: aponta 2 figuras
  - M: chuta a bola, corre

- ➔ Avaliação dos Marcos: Classificação em 3 grupos
  - Provável atraso:
    - PC alterado ou alterações fenotípicas ou ausência de  $\geq$  marcos da faixa etária anterior.
    - CD: Encaminhar p/ avaliação
  - Alerta para desenvolvimento:
    - Ausência de  $\geq$  marco da faixa etária ou com fator de risco
    - CD: estimulação e retorno precoce (30 dias)
  - Desenvolvimento adequado:
    - Todos os marcos da faixa etária e não tem fator de risco
- **Sempre que houver regressão de algum marco do desenvolvimento: CAUSAS PATOLÓGICAS!**

### *Transtorno do Espectro do Autismo - TEA*

- ➔ Definição: transtorno do neurodesenvolvimento, permanente, gravidade variável. (Leves a Graves)
- ➔ Composto de duas grandes variações:
  - Dificuldades de comunicação e interação social
  - Comportamento e/ou interesse repetitivo/restrito
- ➔ Epidemiologia: Aumento na prevalência importante (1:59 crianças) – 4 meninos para 1 menina.
- ➔ As causas estão relacionadas aos fatores de risco do desenvolvimento e por interação de fatores genéticos e ambientais:
  - Idade avançada dos pais
  - Prematuro, baixo peso ao nascer, asfixia
  - Negligência de cuidados
  - Exposição a medicações/substâncias pré-natais
- ➔ Sintomas são mais nítidos dos 12-24 meses. Sendo muito inespecíficos no primeiro ano.
  - No Brasil o diagnóstico médio é dos 4-5 anos. (No entanto o ideal é que o diagnóstico seja precoce, para poder intervir e então mudar o prognóstico)
    - Ganhos no funcionamento cognitivo e adaptativo
    - Plasticidade neuronal
  - Pode ter doenças associadas (deficiência intelectual, TDAH, Sd. Genética - por exemplo a síndrome de Down).

- Apresentação clínica (**Questões são focadas aqui!**)
  - Dificuldade de comunicação e interação social (observar durante o momento de amamentação)
    - Evita contato visual
    - Prefere ficar sozinho
    - Não responde ao chamado
    - Dificuldade em entender e expressar os sentimentos
    - **Atraso de fala/distúrbios de linguagem (sempre que houver atraso de fala, pensar na possibilidade).**
  - Comportamento e/ou interesse repetitivo/restrito:
    - Não tolera mudanças
    - **Estereotípias (movimentos repetitivos)**
    - Brincar incomum
    - Seletividade alimentar
    - Hipo/hipersensibilidade sensorial → seletividade alimentar
- Diagnóstico: DSM-V
  - Triagem: M-CHAT (entrevista)
    - SBP: para TODAS as crianças 16-24 meses.
    - ≥ 8: alto risco – encaminhar
  - Manejo:
    - Intervenção precoce multidisciplinar, avaliação nutricional
    - Psicofármacos: Risperidona, aripiprazol, se grave

### *Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade - TDAH*

- Define-se como um transtorno do neurodesenvolvimento
  - Início precoce
  - Evolução persistente
  - Prejuízo funcional – inclusive de relacionamento
  - Em mais de 2 ambientes
- Duas características do TDAH: cada criança pode ter um lado mais forte que o outro e pode variar ao longo da vida
  - Desatenção
  - Hiperatividade e/ou Impulsividade
- Houve um aumento da prevalência, em alguns estudos trazem até ~7,2%. Acometendo mais meninos.

- Apresentação clínica:
  - Desatenção (Hipotenacidade) – tem que aparecer em mais de 2 ambientes e trazer prejuízo funcional:
    - Não consegue manter a atenção
    - Erros por descuido
    - Parece não escutar
    - Não segue ordens, nem termina tarefas
    - Perde coisas
    - Esquece de atividades
    - Distrai com estímulos externos
  - Hiperatividade/Impulsividade (na sociedade a criança é vista como má educada):
    - Não consegue ficar parado/sentado (balança as pernas)
    - Não para, não desliga
    - Não espera a vez
    - Interrompe ou se intromete
- Diagnóstico: DSM-V
  - Um importante diagnóstico diferencial é o transtorno de aprendizagem – sintomas em ambiente escolar!
  - Triagem: SNAP IV: avaliação diagnóstica, triagem
    - ≥ 6 em cada área sugere o diagnóstico de TDAH
- Manejo
  - Terapia comportamental (parental e professores)
  - Farmacológico (psicoestimulantes – metilfenidato)

### *Questões*

- 1) **(USP-SP-2022)** Lactente, feminino, 11 meses, prematura de 35 semanas, com Pnasc 2110g, sem intercorrências. Na consulta de hoje, a maior preocupação da mãe é que a criança não engatinha. Na avaliação realizada na consulta, notado que a criança imita a mãe ao bater palmas, faz movimentos de pinça para pegar objetos, reage a uma conversa como se estivesse respondendo, mas com sons incompreensíveis, sem falar nenhuma palavra. Ela fica em pé com apoio, mas realmente não engatinha quando colocada de bruços. Qual das alternativas

contempla, respectivamente, a avaliação do desenvolvimento e a conduta indicada?

- A- O atraso do desenvolvimento é justificado pela prematuridade, orientar estimulação motora e retorno precoce.
  - B- O desenvolvimento maior está atrasado mesmo se considerada a prematuridade, encaminhar para seguimento com fisioterapia.
  - C- O desenvolvimento está compatível com o esperado para a idade, sem necessidade de nenhuma intervenção específica.
  - D- O desenvolvimento motor e de linguagem estão atrasados para a idade, iniciar investigação com eletroencefalograma.
- 2) **(SURCE-2022)** Durante a consulta de puericultura de um bebê de 4 meses, na Unidade Básica de Saúde, nascido a termo, sua mãe demonstra preocupação em relação ao desenvolvimento. Em condições normais, quais marcos do desenvolvimento um bebê dessa idade já apresenta?
- A- Arrastra-se, fica em pé com apoio, senta com apoio, grita.
  - B- Rola no leito, engatinha e busca objetos próximos, sorriso social.
  - C- Senta sem apoio das mãos, leva objetos à boca, rola no leito, sorriso social.
  - D- Observa sua própria mão, segue com o olhar até 180°, grita, sustenta a cabeça, agarra um brinquedo colocado em sua mão.
- 3) **(SUS-BA-2022)** Menina, 80 dias de vida, nascida de parto natural, sem intercorrências, em comunidade rural, é levada para à UBS pela primeira vez. É a segunda filha. Está em aleitamento materno exclusivo, mamando religiosamente a cada 4 horas. Há queixa de choro frequente e dejeções a cada mamada. Ao exame, Peso: 4500g; Comprimento: 58,5cm; PC: 39cm. Sorri a estímulos; Marcha reflexa ausente; quando deitada; ao ser puxada para a posição sentada a cabeça pende. Exame segmentar não mostra alterações. Indique o significado dos achados quanto ao desenvolvimento neuropsicomotor, nessa criança.

- A- Presença de reflexos patológicos.
- B- Atraso no desenvolvimento.
- C- Desenvolvimento normal para a idade.
- D- Falta de estímulo neurosensorial.

- 4) **(SUS-SP-2022)** Acerca do desenvolvimento no primeiro ano de vida, assinale a alternativa correta.
- A- No primeiro mês de vida, observa-se uma extensão generalizada dos membros, a hipotonia fisiológica.
  - B- A preensão palmar reflexa dura cerca de nove meses.
  - C- Aos dois meses, deve sustentar-se quando levantado pelos braços.
  - D- A mudança de decúbito ocorre a partir do 6º mês de vida.
  - E- A preensão polegar-indicador (pinça) inicia-se por volta dos oito meses de vida.
- 5) **(UNIFESP-2022)** Menino, 1 ano e 2 meses, é acompanhado em UBS desde o nascimento, apresentando crescimento e desenvolvimento adequados. Na consulta de hoje, a mãe mostrou-se preocupada, pois o filho fala pouco e ainda não anda sozinho, diferentemente da outra filha que nessa idade falava bastante e andava pela casa sozinha. Ao avaliar os marcos do desenvolvimento, o médico observou que o menino fica de pé com apoio e troca passos, faz movimento de pinça ao pegar uma “bolinha de papel”, aponta com o indicador quando quer um objeto e fala “papá, mamá, qué, dá, não”. Qual é o diagnóstico mais provável do desenvolvimento?
- A- Atraso no desenvolvimento motor grosseiro; desenvolvimento motor fino e de linguagem dentro do esperado.
  - B- Atraso do desenvolvimento motor fino; desenvolvimento motor grosseiro e de linguagem dentro do esperado.
  - C- Atraso do desenvolvimento da linguagem; desenvolvimento motor grosseiro e motor fino dentro do esperado.
  - D- Desenvolvimento motor grosseiro, motor fino e de linguagem dentro do esperado.

- 6) **(SURCE-2022)** No ambulatório, uma criança de 30 meses de idade apresenta alterações compatíveis com Transtorno do Espectro Autista. Qual dos critérios abaixo certamente foram considerados como os mais importantes na definição da hipótese diagnóstica?
- A- Capacidade limitada para fazer amizade com seus pares assim como algum prejuízo na capacidade de iniciar ou manter uma conversação.
  - B- Prejuízo limitado na espontaneidade de compartilhar prazer, interesses ou realizações com outras pessoas (p. ex, não mostrar, trazer ou apontar objetos de interesse).
  - C- Prejuízo acentuado no uso de múltiplos comportamentos não verbais, como contato visual direto, expressão facial, postura corporal e gestos para regular a interação social.
  - D- Prejuízo limitado na atividade imaginativa, como representação de papéis de adultos, personagens de fantasia ou animais; falta de interesse em histórias sobre acontecimentos imaginários.
- 7) **(FAMERP-2022)** Criança de 5 anos é levada pelos pais ao consultório, segundo o que relatam, a escola tem se queixado da criança por não acompanhar os colegas no rendimento geral e por não conversar com os amigos e professores. Conforme o médico fazia mais perguntas sobre a criança, os pais explicam que ele sempre foi “difícil de lidar”, que se irrita muito quando tocam nele, que faz “escândalos” quando tentam arrumar o cabelo dele. Mas que adora brincar com dinossauros, inclusive suas primeiras palavras se relacionavam a esses animais, sabendo mais de 30 nomes diferentes. Durante a consulta toda, a criança quase não respondeu às indagações da pediatra e não tirava o olho de uma figura colada na balança. O quadro descrito tem como provável diagnóstico:
- A- Paralisia cerebral
  - B- Transtorno opositor desafiador
  - C- Transtorno do espectro autista
  - D- Transtorno de déficit de atenção
- 8) **(SES-PE-2022)** A avaliação do desenvolvimento é etapa essencial na consulta pediátrica e vai muito além de conhecer os importantes marcos para cada faixa etária. O perceptor solicitou que fosse aplicado em um paciente o M-CHAT, que permite ao pediatra, a partir de um determinado escore de pontos, pensar, principalmente na possibilidade de:
- A- Depressão
  - B- Transtorno Obsessivo Compulsivo
  - C- Transtorno do Espectro Autista
  - D- Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
  - E- Erros inatos do metabolismo
- 9) **(SUS-SP-2022)** Uma menina de oito anos de idade apresenta dificuldade de aprendizado há seis meses. Sua professora relata que ela tem dificuldade de leitura e comportamento hipercinético, além de não conseguir manter o foco nas atividades escolares. Os pais referem que a filha é desatenta e estão preocupados. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa correta a respeito do transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH).
- A- Dos transtornos do neurodesenvolvimento, é o mais raro na infância.
  - B- O TDAH é mais frequente em crianças do sexo feminino que em crianças do sexo masculino.
  - C- A etiologia engloba apenas fatores genéticos.
  - D- O eletroencefalograma é fundamental para o diagnóstico.
  - E- As crianças com queixas de desatenção e comportamento hipercinético e(ou) impulsivo devem ser avaliadas para distúrbios auditivos e visuais.
- 10) **(UFPR-2022)** Criança de 8 anos de idade apresenta agitação motora, impulsividade e desatenção. As notas escolares estão ruins e esse comportamento ocorre desde a pré-escola, aos 5 anos de idade. O provável diagnóstico e seu respectivo tratamento são:
- A- Dislexia – acompanhamento pedagógico e fonoaudiológico
  - B- Transtorno opositor desafiante – aripiprazol
  - C- Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade tipo misto – psicoestimulantes

- D- Transtorno de ansiedade – inibidor seletivo da recaptção de serotonina
- E- Epilepsia tipo ausência – etossuximida

11) **(AMIRIGS- 2022)** Em relação ao Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), é correto afirmar que:

- A- É um transtorno que usualmente aparece na infância ou adolescência, relacionado a alterações neurobiológicas e costuma apresentar melhora do quadro clínico com uso de psicoestimulantes.
- B- É relacionado essencialmente com fatores culturais (as práticas de determinada sociedade) e as primeiras vivências infantis (o modo como os pais, ou seus substitutos, educam e se relacionam com os filhos, com os decorrentes conflitos psicológicos).
- C- São consideradas as principais causas: luz artificial, consumo de açúcar, deficiência hormonal e deficiências vitamínicas na dieta da criança. Não estão associados a outras comorbidades psiquiátricas na vida adulta.
- D- Abordagem focada completamente na relação do terapeuta com o paciente.

### *Gabarito*

- 1 – C
- 2 – D
- 3 – C
- 4 – E
- 5 – D
- 6 – C
- 7 – C
- 8 – C
- 9 – E
- 10 – C
- 11 - A