



A importância da vigilância do neurodesenvolvimento na consulta de saúde infantil e juvenil em Portugal

Sandra Franco Afonso Correio*

RESUMO

A patologia do neurodesenvolvimento tem vindo a registar uma progressiva relevância, verificando-se atualmente uma maior consciencialização nesta área específica da saúde infantil e juvenil. Uma vez que em Portugal as crianças são vigiadas maioritariamente pela medicina geral e familiar (MGF), sem formação específica na área, este artigo pretende alertar para os aspetos relevantes da vigilância do neurodesenvolvimento, cujo objetivo principal é permitir que as crianças e jovens alcancem o seu máximo potencial. É importante rastrear as várias áreas do desenvolvimento nas consultas de rotina, para além de identificar as crianças em risco, de modo a agilizar a referência para uma intervenção precoce e adequada.

Palavras-chave: Neurodesenvolvimento; Vigilância; Rastreo; Cuidados de saúde primários.

INTRODUÇÃO

A abordagem na área da saúde infantil e juvenil tem-se modificado ao longo do tempo, com uma crescente relevância das questões relacionadas com o neurodesenvolvimento e não apenas orientada para a vigilância da saúde física. Esta mudança tem ocorrido de uma forma global, tendo Portugal acompanhado a tendência, expressa no novo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil que entrou em vigor em 2013. Há um novo enfoque nas questões relacionadas com o desenvolvimento infantil, as perturbações do comportamento e os maus-tratos, assim como a adequação da cronologia das consultas para determinadas idades-chave, coincidindo com marcos do desenvolvimento psicomotor (DPM) e da vida escolar das crianças, permitindo identificar precocemente perturbações nesta área.¹

Nas últimas décadas assistiu-se a uma redução da taxa de mortalidade infantil, com contribuição importante do progresso da medicina. Particularmente na área da neonatologia, novas e eficazes técnicas de su-

porte de vida, aliadas à otimização de terapêuticas, condicionam maior sobrevivência de recém-nascidos, com o conseqüente aumento da morbidade em patologia do neurodesenvolvimento. Estimativas da Organização Mundial da Saúde indicam que 5% das crianças de todo o mundo com menos de 15 anos de idade apresentam algum tipo de deficiência moderada a grave,² ocorrendo um atraso global do DPM em 4 a 5% das crianças com menos de cinco anos, particularmente no sexo masculino.³ Nos Estados Unidos da América, a prevalência do atraso do DPM varia entre 15% em crianças dos 3 aos 17 anos de idade,^{2,4} sendo as perturbações do desenvolvimento apontadas como uma das cinco causas mais frequentes de limitação funcional das crianças com doença crónica.⁵ A nível nacional calcula-se afetar 10 a 20% da população pediátrica, sendo das patologias crónicas mais frequentes e com tendência a aumentar, embora a resposta de consultas especializadas em neurodesenvolvimento seja insuficiente face às necessidades, de acordo com um levantamento realizado em Portugal Continental e Ilhas entre 2008 e 2009.⁶

Uma perturbação do neurodesenvolvimento tende a causar um impacto negativo na vida das crianças e fa-

*Médica Pediatra. Hospital CUF Descobertas.



mílias. Traduz-se por dificuldades no desempenho das tarefas diárias e *performance* escolar, com repercussão a nível emocional e comportamental. Baixa autoestima, desafios na interação com os pares, perturbações na relação parental e dinâmica familiar podem surgir. O impacto económico na família e sociedade é também significativo. Estudos comprovam que o rastreio regular do neurodesenvolvimento permite detetar crianças com alterações em idades mais precoces, antecipando a intervenção adequada⁴ e minimizando as sequelas a longo prazo.

O objetivo deste artigo é reforçar a importância da vigilância do neurodesenvolvimento na rotina da consulta de saúde infantil e juvenil, consciencializando os médicos sobre o desenvolvimento normal e conhecimento da aquisição das habilidades cognitivas, sociais e emocionais das crianças. Idealmente, as patologias congénitas do neurodesenvolvimento deveriam ser identificadas antes da entrada para o primeiro ciclo escolar, permitindo uma intervenção atempada e adequada, de modo a que as crianças pudessem alcançar toda a sua potencialidade.

NEURODESENVOLVIMENTO

O neurodesenvolvimento da criança é um processo contínuo e progressivo, de diferenciação e aperfeiçoamento de diversas competências (cognitivas, motoras, sensoriais, sociais e emocionais), permitindo à criança realizar tarefas progressivamente mais complexas e com maior habilidade na sua interação com o meio que a rodeia. A aquisição destas competências depende da maturação neuro-biológica, relacionada com aspetos psicológicos e sociais, e também da interferência ambiental. Apesar da individualidade de cada criança, com um ritmo próprio de desenvolvimento, esta aquisição processa-se de modo sequencial em todas as culturas, com uma progressão céfalo-caudal e do geral para o específico.

Particularmente nos primeiros anos de vida há quatro áreas essenciais no neurodesenvolvimento.⁷ A motricidade global e postura, relacionada com a locomoção, depende grandemente da maturação e mielinização do sistema nervoso central (SNC), sendo pouco influenciada por fatores do ambiente. É pouco preditiva da capacidade cognitiva, embora possa ser um sinal precoce de disfunção neuronal global. A visão e a mo-

tricidade fina, a área que melhor se correlaciona com a cognição não-verbal, englobam a capacidade manipulativa e a coordenação olho/mão, requerendo a integridade da visão, motricidade e função cognitiva. A audição e a linguagem permitem comunicar, falar e compreender, isto é, utilizar a linguagem expressiva e compreensiva. A sua avaliação não se deve iniciar apenas com as primeiras palavras, havendo já no período pré-linguístico indicadores precoces, através de comportamentos, como a atenção partilhada, o sorriso social, o palrar. É a que melhor se correlaciona com a capacidade cognitiva verbal e com o nível cognitivo futuro. Através do comportamento e da adaptação social, a criança interage e relaciona-se com o outro, assim como adquire a autonomia e independência nas atividades do quotidiano. Necessita de pré-requisitos e interação entre várias competências, como as capacidades motoras, oculomotoras, da linguagem e cognição. É a área mais dependente de fatores ambientais, educacionais e culturais.

As alterações no neurodesenvolvimento, um grupo heterogéneo de patologias que se manifestam por anomalias neurológicas ou sensoriais de caráter permanente, habitualmente desde os primeiros meses de vida, são principalmente de origem genética e podem afetar uma ou várias áreas do desenvolvimento, através de atraso ou desvio nas aquisições do desenvolvimento e/ou por alterações do comportamento.⁶ A altura da identificação destas situações depende da gravidade e da área do desenvolvimento afetada, sendo sinal de pior prognóstico a precocidade das manifestações e/ou deteção de sinais de alarme.

De acordo com a literatura nacional e internacional, nomeadamente o DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS (DSM-5) da Associação Americana de Psiquiatria, o termo «atraso global do desenvolvimento» aplica-se a crianças abaixo dos cinco anos de idade que não atingem duas ou mais competências psicomotoras dentro do tempo esperado.⁸ Esta situação pode ser transitória e reversível com a intervenção adequada, necessitando de reavaliações posteriores. Em crianças a partir desta idade, quando na avaliação cognitiva por testes formais existe um défice de dois ou mais desvios-padrão no Quociente de Inteligência estamos perante uma perturbação do desenvolvimento intelectual, que pode ter várias causas. A dissociação do de-



envolvimento refere-se a uma diferença significativa na velocidade de aquisição entre as diferentes áreas (superior a 15%), podendo existir patologia específica, enquanto um desvio do desenvolvimento subentende uma aquisição não sequencial das competências dos vários domínios, sendo frequentemente um sinal precoce de patologia, com alterações neurológicas na sua génese. A regressão, mais rara, é quando há perda de uma aprendizagem ou capacidade adquirida previamente, sugerindo habitualmente doença neuro-degenerativa ou metabólica.

Existem dois grandes grupos de fatores-risco para uma criança apresentar alterações do desenvolvimento, do foro biológico e ambiental, que podem coexistir na mesma criança. O risco biológico, geralmente associado a lesão do SNC, surge desde a conceção e gestação (patologia do foro genético ou metabólico, malformações e doenças congénitas, infeções intrauterinas), durante o parto (prematuridade, baixo peso, anóxia neonatal) ou depois (patologia adquirida do SNC, como infeções, traumatismos, tumores).³ No risco ambiental isolado, a criança é genética e biologicamente normal, mas está inserida num contexto de estimulação inapropriada, exposição a ambientes com hábitos tóxicos de consumo ou privação emocional,⁹ baixo nível socioeconómico ou baixo nível educacional materno.⁴ Múltiplas experiências influenciam o desenvolvimento, com realce para a relação afetiva e protetora da criança com os pais/cuidadores. Se for desadequada, tanto o desenvolvimento cognitivo como a aprendizagem das competências sociais e emocionais são prejudicados, através de mecanismos hormonais e alterações no funcionamento de áreas cerebrais específicas, como o córtex pré-frontal e o sistema límbico.⁵

Uma característica importante é a resiliência, uma resposta adaptativa positiva face a adversidades. É o resultado da interação de múltiplos fatores protetores do ambiente e de um sistema biológico responsivo, fortalecida pela simbiose entre a criança e seu cuidador. Assim, aprender a lidar com obstáculos rotineiros da vida pode levar ao desenvolvimento das funções executivas e capacidades de autocontrolo.⁵

CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL (CSIJ)

Em Portugal, de acordo com o 4.º Inquérito Nacional de Saúde, cerca de 68,9% das crianças são acompa-

nhadas nas CSIJ dos centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS), constituindo estes a primeira escolha para o seguimento das crianças, desde o período perinatal até ao final da adolescência.¹⁰ Os cuidados de saúde primários (CSP) assumem um papel fundamental na vigilância da saúde e rastreio dos problemas de comportamento e do desenvolvimento infantil.

Tradicionalmente a vigilância é um processo contínuo, de observações seriadas da criança, questionando os pais sobre as suas preocupações, marcos do DPM e comportamento da criança.¹¹ O rastreio subentende a aplicação de um teste padronizado em determinadas idades-chave, permitindo identificar problemas específicos do desenvolvimento.¹² Há dois tipos de testes formais de rastreio, embora nenhum seja universalmente aceite e reconhecido. Os questionários preenchidos pelos pais (como, por exemplo, *Parents' Evaluation of Developmental Status, Ages and Stages Questionnaire*) são eficazes, baratos e práticos para um rastreio inicial. Testes baseados em listas de competências, aplicados pelos médicos a partir da observação da criança, revelam-se úteis para o *follow-up* quando os questionários parentais levantam suspeitas,¹³ mas são mais morosos, sendo este o principal obstáculo para a sua utilização.⁴ Apenas a vigilância e a preocupação parental, sem uso de testes de rastreio, podem não ser suficientes para identificar crianças com atraso de DPM,⁴ com taxas de identificação entre 20 e 30% em crianças de idade pré-escolar, em CSP americanos.¹³ No Canadá existe indicação para rastreio apenas aos 18 meses, com uma especificidade de aproximadamente 70%, criando preocupação com o impacto dos falsos positivos.¹¹

A Academia Americana de Pediatria recomenda a vigilância informal do desenvolvimento em todas as consultas de rotina, baseada nas preocupações dos cuidadores, devendo ser feito um rastreio com teste padronizado quando surgem preocupações durante a vigilância e rotineiramente em determinadas idades (9, 18 e 24-30 meses),^{4-5,11} enquanto a nível europeu a vigilância assenta na verificação do cumprimento dos marcos do DPM em todas as consultas, rastreando quando surgem preocupações.¹¹ Em Portugal a avaliação clínica informal é a abordagem mais frequentemente usada em CSP para avaliação do desenvolvimento.¹ O programa informático utilizado no SNS disponibiliza dois



testes. A Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (EADMSM), usada do primeiro mês até aos cinco anos de idade (1, 2, 4, 6, 9, 12 e 18 meses, 2, 3, 4 e 5 anos), serve como padrão de referência da normalidade, com vários quadros representativos dos itens a pesquisar e sinais de alarme de acordo com a idade, notas explicativas e material sugerido para a utilização da escala, pelo que não serão reproduzidos neste artigo. Está ainda disponível o *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT), um questionário para ser respondido pelos pais, de indicadores precoces de perturbação do espectro do autismo (PEA). É usado como rastreio, nas consultas dos 18 e 24-30 meses. Tem uma boa sensibilidade e especificidade, com um valor preditivo positivo baixo, pelo que um resultado positivo implica uma (re)observação da criança e confirmação de algumas respostas para fundamentar a referência.¹²

A vigilância do desenvolvimento começa na primeira consulta, incluindo anamnese detalhada para deteção de fatores de risco e antecedentes familiares, exame completo do recém-nascido e promoção da relação de vinculação mãe-filho. Na observação, preferencialmente feita no estágio de vigília (embora o modo de transição entre os diferentes estádios do recém-nascido seja relevante), pesquisam-se sinais de dismorfia, alterações da pigmentação da pele e existência de anomalias, major ou minor. Faz parte o exame neurológico com a medição do perímetro cefálico (PC), avaliação da postura, tônus muscular, presença de reflexos primitivos e simetria dos reflexos osteo-tendinosos, para além do rastreio sensorial com a reação ao som, capacidade de fixação do olhar (perante a face ou o olho-de-boi) e eventual reflexo do olho vermelho, se não estiver sinalizado no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil.¹⁴⁻¹⁵ Apesar do atual rastreio auditivo neonatal universal existente na maioria das maternidades portuguesas, através do exame de otoemissões acústicas, défices moderados são frequentes e muitas vezes subdiagnosticados, pelo que a vigilância da acuidade auditiva é pertinente. Nas consultas subseqüentes é relevante a monitorização da somatometria, particularmente do PC, da acuidade visual e auditiva (reação ao som até ao ano de idade e, posteriormente, avaliação por ordens verbais) e realização do exame neurológico sumário. Para além da pesquisa de reflexos (reflexos

primitivos mantidos acima dos três meses ou reflexos posturais ausentes aos oito meses traduzem doença do SNC), avalia-se a postura e o tônus, assim como a coordenação, equilíbrio e força muscular, posteriormente. Na verificação das competências do DPM, de acordo com a EADMSM, existem itens que deverão ser pesquisados pelo médico, outros podem ser validados pela resposta dos pais, sendo todos os momentos da CSIJ importantes para a avaliação global da criança, através da sua postura, exploração do gabinete, interação com o cuidador. A idade média corresponde à idade em que metade das crianças atingiu determinada competência (nas crianças prematuras, a idade a considerar deve ser a idade corrigida para a idade gestacional até fazerem dois anos), enquanto «idade limite» situa-se dois desvio-padrões afastados da média. Se for acima, torna-se um sinal de alarme e a suspeita de existir um atraso do DPM deve ser colocada. É importante considerar os limites e a variabilidade de aquisição das competências, como a subjetividade de uma avaliação isolada do DPM, muitas vezes dependente da colaboração e comportamento da criança, evitando gerar ansiedade nos pais e referências excessivas. O médico deve ficar atento aos sinais de alarme, agendar consultas com maior frequência para reavaliar a criança e pode recomendar aos pais atividades promotoras do desenvolvimento da criança. Orientações para o uso de brinquedos adequados, atividades elaboradas ou brincadeiras não estruturadas e imaginativas⁵ estão disponíveis no anexo da EADMSM. As preocupações dos pais devem ser sempre valorizadas, principalmente se suspeitam de uma alteração do desenvolvimento, habitualmente por comparação com irmãos, familiares ou pares. É necessário ser cauteloso com a interpretação dos testes e valorização de dados isolados. Na informação transmitida aos pais deve-se evitar diagnósticos desnecessários, que acarretam uma carga emocional grande para a família, ou tão pouco fazer um prognóstico rigoroso quanto ao futuro.

É no âmbito da CSIJ que o médico, perante o quadro de suspeita, alteração ou regressão do DPM, decide quanto à necessidade de referência, fazendo a articulação com uma equipa multidisciplinar, de vários profissionais dos setores da saúde, educação e segurança social, que contribuem para o bem-estar, crescimento e desenvolvimento das crianças e jovens.¹ A co-



laboração com o serviço de assistência social, quando existente, facilita e agiliza as intervenções necessárias.³ É essencial a orientação para avaliação complementar numa consulta especializada, nomeadamente em consulta de desenvolvimento do hospital de referência, de modo atempado e preferencialmente via ALERT ou através de um documento de referência. De modo a não constituir um obstáculo à comunicação entre as várias partes, a informação deve ser objetiva, explicitando a alteração ou sinais de alarme encontrados, existência de fatores de risco, intervenções realizadas, eventuais exames complementares prévios, dados complementares (eventualmente relatórios) de todos os contextos da criança, assim como identificar comorbilidades ao nível do sono, alimentação, comportamento ou outras condições médicas.¹¹ Nos centros especializados realiza-se a avaliação detalhada das várias áreas do neurodesenvolvimento, define-se um perfil funcional, não sendo sempre possível alcançar um diagnóstico etiológico, com resultados positivos variáveis desde os 44,3%¹⁶ até 50-80% da totalidade das situações.¹⁷

Mesmo na ausência de um diagnóstico definitivo, o médico pode sinalizar para as Equipas Locais de Intervenção, do Sistema Nacional de Intervenção Precoce para a Infância (SNIPI),⁶ através de um impresso próprio (ficha de referência), de fácil acesso *online*. A intervenção precoce, centrada na criança e na família, é um conjunto de medidas de apoio de natureza preventiva e reabilitativa, particularmente eficaz nas crianças que apresentam fatores de risco, com melhoria significativa da evolução e diminuição dos comportamentos de risco.⁴ A precocidade do início da intervenção, aproveitando o período de maior plasticidade cerebral na primeira infância,¹⁴ mais moldável a estímulos adequados,⁵ é diretamente proporcional à maximização dos resultados e diminuição do tempo de terapêutica. Em situações particulares do desenvolvimento, como a PEA, a intervenção precoce associa-se a uma maior independência funcional e integração no futuro.

CONCLUSÃO

Atualmente a vigilância do desenvolvimento das crianças e jovens faz parte integrante das CSIJ, sendo um aspeto de extrema relevância, dado que são os CSP o local onde as crianças são preferencialmente vigiadas em Portugal. Não são necessários testes complexos para

se suspeitar de uma perturbação do DPM, sendo preciso conhecer as suas variações normais para detetar as patológicas, tendo em conta o meio biopsicossocial da criança. Um desafio que se coloca é o uso de um teste de rastreio universal, adaptado e validado para a população infantil, de fácil e rápida aplicação, com elevada sensibilidade e especificidade, de modo a minimizar as referências e maximizar a deteção de alterações. Idealmente seria composto por medidas objetivas passíveis de ser usadas em todas as crianças, abrangendo todos os domínios do neurodesenvolvimento (incluindo o socioemocional), independente do ambiente cultural, adaptável aos diferentes tipos de consulta e sistemas de saúde dos vários países e que gerasse, de acordo com os resultados, uma orientação específica e objetiva de conduta. Perante a inexistência atual deste teste, é importante a utilização das ferramentas atuais recomendadas (como a EADMSM) e a experiência na avaliação da criança normal, que poderá ser adquirida/enriquecida pelo acompanhamento em consultas de neurodesenvolvimento durante a formação em MGE. O médico assistente deverá ser o primeiro a dar o passo da referência, diretamente para o SNIPI e eventualmente para um centro ou consulta especializados em neurodesenvolvimento, para uma avaliação pormenorizada e proceder à marcha diagnóstica. O mais importante é iniciar uma intervenção adequada e atempada, permitindo que a criança atinja o seu potencial máximo, através da aquisição das competências e minimização das sequelas a longo prazo, com redução dos custos e morbilidade.

De acordo com o Conselho Científico Nacional da Criança em Desenvolvimento da Universidade de Harvard, “o futuro de qualquer sociedade depende de sua habilidade em adotar estratégias para um melhor desenvolvimento da próxima geração”,¹⁸ sendo uma das responsabilidades da classe médica, enquanto promotora do bem-estar físico, psíquico e social dos pacientes, “organizar ambientes estimuladores, não só no aspeto neuromotor e cognitivo, mas também do desenvolvimento socioemocional, em casa, na creche ou na educação infantil”.¹⁹

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Direção-Geral da Saúde. Programa nacional de saúde infantil e juvenil: norma n.º 010/2013, de 31/05/2013. Lisboa: DGS; 2013.



2. Valla L, Wentzel-Larse T, Hofoss D, Slinning K. Prevalence of suspected developmental delays in early infancy: results from a regional population-based longitudinal study. *BMC Pediatr*. 2015;15:215.
3. Vale MC. Atraso global do desenvolvimento psicomotor [homepage]. *Pedipedia.org*; 2018 Jan 30. Available from: <https://pedipedia.org/pro/artigo-profissional/atraso-global-de-desenvolvimento-psicomotor>
4. Vitrikas K, Savard D, Bucaj M. Developmental delay: when and how to screen. *Am Fam Physician*. 2017;96(1):36-43.
5. Eickmann SH, Emond AM, Lima M. Evaluation of child development: beyond the neuromotor aspect. *J Pediatr (Rio J)*. 2016;92(3 Suppl 1): S71-83.
6. Oliveira G, Duque F, Duarte C, Melo F, Teles L, Brito M, et al. Pediatria do neurodesenvolvimento: levantamento nacional de recursos e necessidades. *Acta Pediatr Port*. 2012;43(1):1-7.
7. Sheridan MD. From birth to five years: children's development progress. 4th ed. London: Routledge; 1997. ISBN 9780203133248
8. American Psychiatric Association. Manual de diagnóstico e estatística de doenças mentais – DSM-5®. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
9. Castelo TM, Fernandes B. Sinais de alarme em desenvolvimento [Developmental red flags]. *Saúde Infantil*. 2009;31(1):12-7. Portuguese
10. Entidade Reguladora da Saúde. Caracterização do acesso dos utentes a cuidados de saúde infantil e juvenil e de pediatria. Porto: ERS; 2011.
11. Dosman CF, Andrews D, Goulden KJ. Evidence-based milestone ages as a framework for developmental surveillance. *Paediatr Child Health*. 2012;17(10):561-8.
12. Oliveira G. Autismo: cuidados primários de saúde [Autism: primary healthcare]. *Rev Port Clin Geral*. 2009;25(6):688-95. Portuguese
13. Brothers KB, Glascoe FP, Robertshaw RS. PEDS: developmental milestones – an accurate brief tool for surveillance and screening. *Clin Pediatr (Phila)*. 2008;47(3):271-9.
14. Pinto M. Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme [The surveillance and warning signs of child's development]. *Rev Port Clin Geral*. 2009;25(6):677-87. Portuguese
15. Dixon SD. The newborn: ready to get going. In: Dixon SD, Stein MT, editors. *Encounters with children: pediatric behavior and development*. 4th ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2006. p. 146-69. ISBN 9780323029155
16. Pereira C, Martins R, Lima CB, Baptista M, Sousa A. Perturbação do desenvolvimento intelectual/incapacidade intelectual: experiência de um centro de neurodesenvolvimento de um hospital de nível III [Intellectual disability: neurodevelopment clinical experience in a level III hospital]. *Acta Pediatr Port*. 2017;48(4):304-11. Portuguese
17. Oliveira R, Rodrigues F, Venâncio M, Saraiva JM, Fernandes B. Avaliação e investigação etiológica do atraso do desenvolvimento psicomotor/déficé intelectual [Etiologic evaluation and investigation of global development delay and intellectual disability]. *Saúde Infantil*. 2012;34(3):5-10. Portuguese
18. National Scientific Council on the Developing Child. Excessive stress disrupts the architecture of the developing brain: working paper 3 [Internet]. Harvard: Harvard University; 2014. Available from: <https://developingchild.harvard.edu/resources/wp3/>
19. National Scientific Council on the Developing Child. Building the brain's "air traffic control" system: how early experiences shape the development of executive functions: working paper 11 [Internet]. Harvard: Harvard University; 2011. Available from: <https://developingchild.harvard.edu/resources/building-the-brains-air-traffic-control-system-how-early-experiences-shape-the-development-of-executive-function/>

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não ter quaisquer conflitos de interesse.

FINANCIAMENTO DO TRABALHO.

Os autores declaram não ter recebido qualquer fonte de financiamento.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Sandra Franco Afonso Correio

E-mail: sandra.afonso@jmellosaude.pt

<http://orcid.org/0000-0002-3516-5580>

Recebido em 07-10-2018

Aceite para publicação em 24-10-2019

ABSTRACT

THE IMPORTANCE OF NEURODEVELOPMENTAL SURVEILLANCE IN PORTUGUESE CONSULTATION OF CHILDREN AND JUVENILE HEALTH

Neurodevelopmental disorders have become progressively more relevant in recent times, being a pertinent and current subject in the health care of children and young people. In Portugal routine child surveillance is performed by primary care clinicians, without specific training in this area. This article aims to raise awareness of the relevant aspects of neurodevelopmental surveillance, whose main objective is to enable children and young people to reach their maximum potential. The regular screening of developmental domains will help in identifying children at risk, promoting appropriate referrals, and adequate and early interventions.

Keywords: Neurodevelopment; Surveillance; Screening; Primary health care.