

CLÍNICA POPULAR NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

GUIA CLÍNICO ESPECIALIZADO

Protocolo de Intervenção em Crises

Ansiedade, Pânico e Agressividade em Crianças Neurodivergentes

MÓDULO I · FUNDAMENTOS CLÍNICOS

MÓDULO II · PROTOCOLO PRÁTICO

MÓDULO III · ESTRATÉGIAS DE LONGO PRAZO

Dr. Gilmar Rodrigues Pinto Cunha

Médico · Urgência, Emergência e Saúde Mental · CRM-CE 26182

Paracuru, CE · 4 de maio de 2026

Sumário

Apresentação	4
Módulo I — Fundamentos Clínicos	5
1.1 O Que Define uma Crise?	6
1.2 Bases Neurológicas em Crianças Neurodivergentes	6
1.3 Tipos de Crise: Classificação Clínica	7
1.4 Sinais de Alerta e Gatilhos	8
1.5 Quando Buscar Atendimento Médico Imediato	9
Módulo II — Protocolo Clínico Prático	10
2.1 Princípios Fundamentais da Intervenção	11
2.2 Protocolo de Intervenção: Passo a Passo	11
2.3 Técnicas de De-escalada: Guia de Aplicação	12
2.4 O Que NÃO Fazer Durante uma Crise	13
2.5 Checklist de Intervenção: Referência Rápida	13
2.6 Ficha de Registro de Crise	14
Módulo III — Estratégias de Longo Prazo	15
3.1 Princípio da Prevenção Proativa	16
3.2 Modificações Ambientais	16
3.3 Estruturação da Rotina	17
3.4 Estratégias de Comunicação	17
3.5 Construindo a Rede de Suporte	18
3.6 Quando e Como Envolver Profissionais de Saúde	18

Apresentação

Este guia clínico foi elaborado com um objetivo preciso: oferecer a cuidadores e profissionais de saúde um instrumento prático, baseado em evidências e linguagem acessível, para a identificação e manejo de episódios de crise em crianças neurodivergentes.

Crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA), Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Transtorno de Processamento Sensorial e outros diagnósticos relacionados apresentam características neurológicas que tornam os episódios de crise simultaneamente mais frequentes, mais intensos e, muitas vezes, de difícil compreensão para quem cuida.

Este material está organizado em três módulos complementares. O **Módulo I** estabelece as bases conceituais e neurológicas necessárias para compreender por que as crises ocorrem e como se apresentam em crianças neurodivergentes. O **Módulo II** apresenta o protocolo de intervenção clínica passo a passo — o que fazer, como fazer e o que evitar durante um episódio de crise. O **Módulo III** oferece estratégias de longo prazo para prevenção, estruturação do ambiente e construção de resiliência.

NOTA CLÍNICA

Este guia não substitui avaliação médica individualizada. Em caso de dúvidas sobre a conduta terapêutica de uma criança específica, consulte um profissional de saúde qualificado. Nossa equipe está disponível para avaliação individualizada — os contatos estão na seção final deste documento.

Sobre o Autor: Dr. Gilmar Rodrigues Pinto Cunha é médico com atuação em urgência e emergência e saúde mental, com experiência clínica no atendimento a crianças neurodivergentes e suas famílias. Atua na Clínica Popular Nossa Senhora da Conceição, em Paracuru, CE. CRM-CE 26182 · acolhimentodigital.com.br

MÓDULO I

Fundamentos Clínicos

Entendendo a Crise — Definição, neurobiologia e classificação dos episódios de crise em crianças neurodivergentes

1.1 O Que Define uma Crise?

Do ponto de vista clínico, uma crise é um episódio de perda parcial ou total do controle emocional e/ou comportamental, precipitado por sobrecarga interna ou ambiental que supera a capacidade regulatória disponível naquele momento.

DEFINIÇÃO OPERACIONAL

Crise em criança neurodivergente: episódio agudo de desregulação emocional e/ou comportamental, caracterizado por perda do controle voluntário de ações e reações, com duração variável, precipitado por sobrecarga sensorial, ruptura de rotina, frustração comunicativa ou outro gatilho identificável.

Crise vs. Birra: Distinção Diagnóstica Fundamental

A distinção entre crise de desregulação e birra voluntária é clinicamente relevante, pois define a conduta adequada. Intervir como se fosse birra numa crise real pode intensificar o episódio; tratar birra como crise pode reforçar comportamentos disfuncionais.

Critério	Crise de Desregulação	Birra Voluntária
Controle voluntário	Ausente ou muito reduzido	Presente; comportamento dirigido a objetivo
Capacidade de negociação	Não consegue processar argumentos	Consegue negociar se conveniente
Consciência do entorno	Reduzida; foco interno	Mantida; observa reações dos adultos
Duração / Cessação	Gradual; precisa de tempo de regulação	Pode cessar abruptamente se objetivo for alcançado
Estado pós-episódio	Exaustão, confusão, vergonha	Rápida recuperação do estado basal

1.2 Bases Neurológicas em Crianças Neurodivergentes

O sistema nervoso de crianças neurodivergentes apresenta diferenças estruturais e funcionais que modulam de forma significativa como elas percebem, processam e respondem a estímulos internos e externos.

RESPOSTA AO ESTRESSE AMPLIFICADA

- Limiar de ativação da amígdala frequentemente mais baixo
- Resposta de "luta-fuga-congelamento" ativada mais rapidamente
- Maior dificuldade de inibição cortical da resposta emocional
- Recuperação mais lenta ao estado de calma basal

PROCESSAMENTO SENSORIAL ATÍPICO

- Hiper ou hipossensibilidade em um ou mais canais sensoriais
- Menor capacidade de filtrar estímulos irrelevantes
- Sobrecarga sensorial como gatilho frequente de crises
- Resposta desproporcional a texturas, sons, luzes ou cheiros

REGULAÇÃO EMOCIONAL PREJUDICADA

- Desenvolvimento mais lento das funções executivas pré-frontais
- Dificuldade em identificar e nomear estados emocionais (alexitimia)
- Menor repertório de estratégias de autorregulação espontâneas
- Frustração comunicativa como amplificadora de crises

PREVISIBILIDADE E CONTROLE

- Forte necessidade de rotina e previsibilidade ambiental
- Mudanças abruptas como gatilhos potentes de desregulação
- Dificuldade de generalizar estratégias de coping para novos contextos
- Rituais e comportamentos repetitivos como mecanismo regulatório

1.3 Tipos de Crise: Classificação Clínica

SINAIS CLÍNICOS CARACTERÍSTICOS — ANSIEDADE

Hipervigilância · Inquietação motora · Agarramento excessivo ao cuidador · Recusa em participar de atividades · Queixas somáticas sem causa orgânica · Comportamentos de reassseguramento repetitivo · Dificuldade de concentração · Perturbação do sono

Crise de Ansiedade

Caracteriza-se por estado de hipervigilância, apreensão intensa e resposta fisiológica de alerta. Manifesta-se frequentemente por agitação motora, choro, comportamentos de evitação, recusa em participar de atividades, verbalização de medos ou queixas somáticas (dor de barriga, cefaleia).

SINAIS CLÍNICOS CARACTERÍSTICOS — PÂNICO

Taquicardia e palpitações · Sudorese · Tremores · Dispneia ou sensação de sufocamento · Náusea · Tontura · Sensação de irrealdade · Medo intenso e difuso · Desejo de fuga imediata do ambiente

Crise de Pânico

Episódio de ansiedade de pico máximo, com instalação rápida (minutos) e sintomas físicos intensos. Na criança neurodivergente, pode ser difícil distinguir de uma sobrecarga sensorial aguda. A diferenciação clínica orienta a conduta.

SINAIS CLÍNICOS CARACTERÍSTICOS — AGRESSIVIDADE

Autoagressão (morder, bater a cabeça, arranhar) · Agressão a pessoas próximas · Destruição de objetos · Linguagem verbal agressiva · Gritos · Comportamento oposicionista intenso · Recusa de qualquer forma de interação

Crise de Agressividade

Episódio de comportamento agressivo direcionado a si mesmo (autoagressão), a outros ou a objetos. Frequentemente representa a resposta final após esgotamento de estratégias regulatórias. A agressividade neste contexto é *sintoma*, não diagnóstico.

1.4 Sinais de Alerta e Gatilhos

A identificação precoce dos sinais precusores de uma crise — o chamado "estado de pré-crise" — é a intervenção mais eficaz disponível. A janela de intervenção preventiva é significativamente maior do que a janela de de-escalada durante a crise estabelecida.

Sinais Precoces de Desregulação (Pré-crise)

COMPORTAMENTAIS

- Aumento da movimentação ou inquietação motora
- Mudança na qualidade ou no tom de voz
- Aumento de comportamentos repetitivos (stimming)
- Recusa de atividades habituais

FISIOLÓGICOS

- Rubor facial ou palidez súbita
- Respiração acelerada ou superficial
- Tensão muscular visível
- Queixas físicas (dor de barriga, cefaleia)

EMOCIONAIS

- Irritabilidade desproporcional
- Choro sem motivo aparente
- Retraimento ou isolamento repentino
- Expressão de medo sem causa clara

Gatilhos Frequentes em Crianças Neurodivergentes

Sensoriais	Relacionais / Contextuais	Fisiológicos
Ruído excessivo, luzes intensas, texturas aversivas, cheiros fortes, temperatura desconfortável, ambientes superlotados	Transições abruptas, ruptura de rotina, imprevisibilidade, frustração comunicativa, conflitos com pares	Fome, sede, privação de sono, dor não identificada, fadiga acumulada, efeitos de medicação

1.5 Quando Buscar Atendimento Médico Imediato

SINAIS DE ALARME — ENCAMINHAR PARA PRONTO-ATENDIMENTO

Acesse atendimento de emergência se a criança apresentar:

- Autolesão com risco de ferimento grave (bater a cabeça com força em superfícies duras, morder até sangrar)
- Comportamento agressivo com risco real de lesão a outros
- Perda de consciência ou convulsão associada à crise
- Sintomas físicos graves: dificuldade respiratória intensa, cianose, desmaio
- Crise com duração superior a 30 minutos sem resposta a intervenções
- Comportamento de fuga com risco de acidente (aproximar de via movimentada, tentar pular de altura)

MÓDULO II

Protocolo Clínico Prático

Procedimentos passo a passo para intervenção segura e eficaz durante episódios de crise

2.1 Princípios Fundamentais da Intervenção

Todo protocolo de intervenção em crise deve ser guiado por três princípios inegociáveis, nesta ordem de prioridade:

1. SEGURANÇA

Proteger a integridade física da criança e de todos os envolvidos é a prioridade absoluta, antes de qualquer intervenção terapêutica.

2. DE-ESCALADA

Reduzir progressivamente a intensidade da crise por meio de técnicas específicas, sem forçar ou impor contenção desnecessária.

3. REPARAÇÃO

Promover recuperação emocional no período pós-crise e fortalecer o vínculo de segurança entre criança e cuidador.

2.2 Protocolo de Intervenção: Passo a Passo

FASE 1 — AVALIAÇÃO INICIAL (0 A 1 MINUTO)

- 1** **Avalie o nível de segurança imediata.** Antes de qualquer ação, verifique: há risco de autolesão grave? Há risco de lesão a terceiros? O ambiente físico é seguro?
- 2** **Regule seu próprio estado emocional.** O sistema nervoso da criança está em estado de alerta máximo e é altamente sensível ao estado emocional do cuidador. Respire fundo antes de agir.
- 3** **Classifique o tipo de crise.** Ansiedade/pânico (hiperativação, fuga, queixas físicas) ou agressividade (externalizante, comportamento de ataque ou autoagressão)?

FASE 2 — SEGURANÇA E REDUÇÃO DE ESTÍMULOS (1 A 5 MINUTOS)

- 4** **Remova ou reduza os estímulos desencadeantes.** Se possível, leve a criança a um ambiente mais calmo. Reduza o volume de sons, a intensidade da luz e a presença de outras pessoas.
- 5** **Mantenha distância regulada.** Não se aproxime bruscamente nem imponha contato físico não solicitado. Posicione-se na mesma altura da criança (agache-se), mantendo distância que permita intervenção se necessário.
- 6** **Sinalize segurança verbalmente.** Use frases curtas, em tom baixo e firme: "*Estou aqui.*" · "*Você está seguro(a).*" · "*Não precisa falar agora.*" Evite perguntas, explicações ou negociações.

FASE 3 — DE-ESCALADA ATIVA (5 A 20 MINUTOS)

- 7** **Ofereça suporte sensorial regulador** (se tolerado). Ofereça — sem impor — cobertores de peso, objetos de textura confortável, fones de ouvido para redução de ruído.
- 8** **Aplique técnica de ancoragem sensorial.** Use a Regra dos 5 Sentidos ou a Respiração Quadrada (detalhadas na próxima seção). Conduza a criança com suavidade, sem impor.

9 **Valide a experiência emocional sem reforçar o comportamento.** "Percebo que você está muito assustado(a) agora." · "Parece que foi difícil demais." Validar o estado emocional não é aprovar o comportamento disruptivo.

10 **Aguarde com presença regulada.** Em muitos casos, a intervenção mais eficaz é a presença calma e silenciosa do cuidador. Resista ao impulso de preencher o silêncio com palavras.

FASE 4 — CUIDADO PÓS-CRISE (APÓS A DE-ESCALADA)

11 **Promova recuperação física.** Ofereça água, alimento leve se necessário, descanso. A crise é fisiologicamente esgotante. Não inicie discussões ou análises do episódio imediatamente.

12 **Reassegure o vínculo de forma simples.** Uma breve e genuína expressão de afeto reforça o vínculo de segurança e reduz a vergonha associada ao episódio.

13 **Documente o episódio.** Registre: horário, duração, gatilho identificado, técnicas utilizadas, resposta da criança e estado pós- crise. Este registro é insumo clínico valioso para ajuste do plano terapêutico.

2.3 Técnicas de De-escalada: Guia de Aplicação

Técnica 1 — Respiração Quadrada (Box Breathing)

Ansiedade · Pânico

Indicação: Crises de ansiedade e pânico. Pode ser aplicada pelo cuidador em conjunto com a criança.

Como aplicar: Inspire contando 4 tempos → Segure contando 4 tempos → Expire contando 4 tempos → Pause contando 4 tempos. Repita 4 vezes. O cuidador deve demonstrar e executar junto com a criança.

Varição pediátrica: Use um objeto visual (bolha de sabão, moinho de vento) para tornar a respiração tangível para crianças menores.

Técnica 2 — Regra dos 5 Sentidos (Ancoragem Sensorial)

Ansiedade · Pânico · Sobrecarga

Indicação: Crises de ansiedade, pânico e sobrecarga sensorial. Traz o foco para o presente e interrompe o ciclo de hiperativação cognitiva.

Como aplicar: Guie a criança a identificar: 5 coisas que pode VER → 4 coisas que pode TOCAR → 3 coisas que pode OUVIR → 2 coisas que pode CHEIRAR → 1 coisa que pode PROVAR. Use voz calma e pausada.

Indicação: Crises de agressividade e sobrecarga sensorial intensa. Requer preparação prévia do ambiente.

Como implementar: Delimitar na casa ou sala de atendimento um espaço com estimulação reduzida: luz baixa, sons mínimos, materiais sensoriais de preferência da criança (cobertor, almofada, objetos de textura). A criança deve poder acessar voluntariamente — não é punição.

2.4 O Que NÃO Fazer Durante uma Crise

CONDUTAS A EVITAR — RISCO DE ESCALADA

- x **Gritar ou elevar o tom de voz** — amplifica o estado de alerta da criança e pode precipitar escalada da crise
- x **Contenção física por força** — salvo risco imediato à integridade física, a contenção forçada tende a intensificar a agressividade e o trauma
- x **Tentar argumentar, explicar ou negociar durante a crise** — o córtex pré-frontal está inacessível; não há processamento racional disponível neste momento
- x **Punir imediatamente após o episódio** — reforça a vergonha e prejudica o vínculo de segurança sem contribuir para a regulação
- x **Ignorar completamente** — pode ser percebido como abandono e aumentar a insegurança
- x **Reproduzir o comportamento** (gritar de volta, demonstrar irritação intensa) — o cuidador é o modelo de regulação emocional da criança

2.5 Checklist de Intervenção: Referência Rápida

Durante a Crise

- Segurança física garantida? Ambiente sem objetos de risco, distância adequada mantida
- Meu estado emocional está regulado? Respirei fundo antes de agir?
- Identifiquei o tipo de crise? (Ansiedade / Pânico / Agressividade)
- Reduzi estímulos sensoriais no ambiente?
- Posicionei-me na mesma altura da criança, sem imposição de contato?
- Sinalizei segurança com frases curtas e voz calma?
- Ofereci suporte sensorial sem impor?

- Apliquei técnica de ancoragem quando adequado?
- Validei o estado emocional sem aprovar o comportamento disruptivo?

Após a Crise

- Evitei: gritar, conter à força, argumentar, punir imediatamente
- Promovi recuperação física (água, descanso, alimentação leve)?
- Reassegurei o vínculo de forma simples e genuína?
- Documentei o episódio na ficha de registro?
- Cuidei da minha própria recuperação emocional como cuidador?

2.6 Ficha de Registro de Crise

INSTRUÇÃO DE USO

Preencha esta ficha após cada episódio de crise, quando a criança estiver calma. O registro sistemático permite identificar padrões, gatilhos recorrentes e avaliar a eficácia das intervenções ao longo do tempo. Compartilhe com a equipe terapêutica.

Data e horário	____/____/____ às ____ h
Duração estimada	_____ minutos
Tipo de crise	() Ansiedade () Pânico () Agressividade
Gatilho identificado	_____
Técnicas utilizadas	_____
Sinal de alerta percebido antes?	() Sim () Não () Não observado
Resposta da criança	_____
Comportamento de risco	() Autolesão () Heteroagressão () Nenhuma
Estado pós-crise	_____
Observações adicionais	_____

MÓDULO III

Estratégias de Longo Prazo

Prevenção e Gestão Contínua — Modificações ambientais, estruturação de rotina e construção de resiliência no dia a dia

3.1 Princípio da Prevenção Proativa

A melhor intervenção em crise é aquela que previne a crise. As estratégias de prevenção proativa atuam sobre os fatores de vulnerabilidade e os gatilhos conhecidos, reduzindo a frequência e a intensidade dos episódios ao longo do tempo.

EVIDÊNCIA CLÍNICA

Estudos em populações de crianças com TEA e TDAH demonstram que intervenções ambientais estruturadas e rotinas consistentes reduzem significativamente a frequência de episódios de desregulação comportamental, com efeito sustentado ao longo de 6 a 12 meses de implementação.

3.2 Modificações Ambientais

Checklist do Ambiente Seguro e Regulador

ORGANIZAÇÃO E ESPAÇO FÍSICO

- Ambiente com poucos objetos espalhados e estimulação visual controlada
- Canto calmo identificado e acessível à criança
- Objetos de risco removidos ou guardados
- Espaço previsível: cada coisa tem seu lugar fixo

CONTROLE DE ESTÍMULOS SENSORIAIS

- Iluminação regulável ou indireta, sem lâmpadas fluorescentes piscantes
- Controle de ruído ambiental
- Temperatura confortável e estável
- Redução de odores fortes

Kit de Regulação Sensorial

Para Hipersensibilidade

- Fones de ouvido abafadores ou com cancelamento de ruído
- Óculos de sol para ambientes com iluminação intensa
- Cobertores de peso (weighted blanket)
- Roupas sem etiqueta, costura plana
- Protetores auriculares de silicone

Para Hipossensibilidade

- Objetos de textura variada para estimulação tátil
- Música rítmica moderada
- Bolas antiestresse, massa de modelar, slime
- Balanço, trampolim ou espaço para movimento
- Fidgets e objetos de manipulação

3.3 Estruturação da Rotina

A rotina previsível é, para a criança neurodivergente, um dispositivo de segurança neurológica. Quando o ambiente é previsível, o sistema nervoso não precisa estar em estado de alerta constante, liberando recursos cognitivos e emocionais para aprendizado e interação social.

PRINCÍPIOS PARA ESTRUTURAÇÃO DA ROTINA

- 1 Visualize a rotina.** Use cronogramas visuais com imagens ou pictogramas. A representação visual da sequência do dia reduz a ansiedade de antecipação e diminui a necessidade de perguntas repetitivas.
- 2 Antecipe transições.** Sinalize mudanças de atividade com antecedência: *"Em 5 minutos vamos terminar..."* · *"Mais 2 minutos e depois..."* Transições sem aviso são gatilhos potentes de desregulação.
- 3 Inclua momentos de desregulação permitida.** Incorpore na rotina momentos estruturados de atividade motora intensa, atividade sensorial ou atividade de interesse especial da criança — válvulas de escape regulatórias planejadas.
- 4 Mantenha consistência nos horários críticos.** Horários de sono, alimentação e transição casa-escola são os mais críticos. Irregularidade nestes pontos está diretamente associada ao aumento na frequência de crises.
- 5 Prepare mudanças com antecedência.** Quando mudanças na rotina são previsíveis (viagem, consulta médica, mudança de escola), prepare a criança usando narrativas sociais e antecipação gradual.

3.4 Estratégias de Comunicação

Estratégia	Como Implementar	Indicação
Comunicação Alternativa e Aumentativa (CAA)	Pranchas de comunicação, aplicativos de CAA, pictogramas de necessidades	Crianças com linguagem verbal limitada ou ausente
Vocabulário emocional explícito	Cartões de emoções com termômetro de intensidade	Crianças com alexitimia ou dificuldade de reconhecimento emocional
Linguagem simplificada durante crises	Frases curtas, diretas, sem duplo sentido; evite ironia e linguagem figurada	Durante e imediatamente após episódios de crise
Escolhas binárias	"Quer fazer X ou Y?" — apenas duas opções, nunca questões abertas	Situações de sobrecarga e pré-crise
Narrativas sociais	Histórias curtas descrevendo situações desafiadoras e respostas adequadas	Preparação para situações novas ou desafiadoras

3.5 Construindo a Rede de Suporte

REDE IMEDIATA

- Família nuclear — todos os cuidadores devem conhecer e aplicar o protocolo de forma consistente
- Avós e cuidadores secundários treinados nas estratégias básicas
- Vizinhos e comunidade próxima — rede de segurança informal
- Escola e professores informados sobre o plano de intervenção

REDE PROFISSIONAL

- Médico assistente / pediatra especializado
- Psicólogo com experiência em neurodivergência
- Terapeuta Ocupacional (integração sensorial)
- Fonoaudiólogo (comunicação e CAA)
- Psicopedagogo + equipe escolar

RECOMENDAÇÃO CLÍNICA

Cuidadores de crianças neurodivergentes apresentam taxas significativamente mais elevadas de ansiedade e depressão do que a população geral. O cuidado com a saúde mental do cuidador não é opcional — é condição para a continuidade e a qualidade do cuidado oferecido à criança. Inclua o cuidador principal no plano terapêutico.

3.6 Quando e Como Envolver Profissionais de Saúde

Situação	Profissional Indicado	O que esperar
Crises frequentes sem melhora com as estratégias deste guia	Médico / Psiquiatra Infantil	Reavaliação diagnóstica, possibilidade de suporte farmacológico
Comportamentos de autolesão persistentes	Psicólogo especializado em neurodivergência	TCC adaptada, DBT para adolescentes, orientação parental
Sobrecarga sensorial como gatilho predominante	Terapeuta Ocupacional	Avaliação e intervenção em integração sensorial
Frustração comunicativa intensa	Fonoaudiólogo	Implantação de CAA, desenvolvimento de linguagem funcional
Dificuldades de adaptação escolar	Psicopedagogo + Equipe Escolar	Plano Educacional Individualizado (PEI), adaptações curriculares

FREQUÊNCIA DE REVISÃO DESTE PROTOCOLO

Recomenda-se revisão a cada 3 meses ou após qualquer mudança significativa no quadro clínico da criança (novo diagnóstico, mudança de medicação, transição escolar). O protocolo deve ser personalizado e atualizado conforme o desenvolvimento da criança.

Próximos Passos

SUA CRIANÇA MERECE CUIDADO ESPECIALIZADO

Este protocolo foi desenvolvido para orientar o cotidiano — mas cada criança é única. Os episódios de crise variam em intensidade, frequência e gatilhos de acordo com o perfil neurológico individual, a fase de desenvolvimento e o contexto familiar. Por isso, o uso deste guia não substitui o acompanhamento clínico e o suporte especializado ao cuidador.

Se você chegou até aqui, já fez parte do caminho. Conhecer os mecanismos das crises, identificar os sinais precoces e ter um plano de ação claro são recursos que fazem diferença real no cotidiano — tanto para a criança quanto para o cuidador.

O próximo passo natural é discutir este protocolo com a equipe terapêutica da criança, adaptar as estratégias ao perfil específico dela e estabelecer um plano de prevenção personalizado. **Frequência recomendada de revisão deste protocolo: a cada 3 meses ou após qualquer mudança clínica significativa.**

Clínica Popular Nossa Senhora da Conceição

Paracuru, Ceará · Atendimento especializado em saúde mental infantil e neurodivergência

WhatsApp: (85) 98418-2390

Web: acolhimentodigital.com.br

Dr. Gilmar Rodrigues Pinto Cunha · CRM-CE 26182 · Medicina de Urgência, Emergência e Saúde Mental

© 2026 Clínica Popular Nossa Senhora da Conceição · Todos os direitos reservados

Este documento é de uso clínico e educativo. Não substitui avaliação médica individualizada.