Sessão Clínica

Atrasos no desenvolvimento: quando suspeitar?

Moderadora / Facilitadora

Larissa Monteiro / Milena Reis Cangussu

Professora do Departamento de Pediatra da UFBA / Médica Pediatra

Marca do palestrante

TelessaúdeBA FESF-SUS FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA SUS GOVERNO DO ESTADO SECRETARIA DA SAÚDE

DEFINIÇÃO

- O que é **desenvolvimento infantil**?

"Processo **multidimensional** e **integral**, que se inicia com a concepção e que engloba o **crescimento físico**, a **maturação neurológica**, o **desenvolvimento** comportamental, sensorial, cognitivo e de linguagem, assim como as **relações socioafetivas**. Tem como efeito tornar a criança capaz de responder às suas necessidades e as do seu meio, considerando seu contexto de vida (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2005)."

DESENVOLVIMENTO INFANTIL

QUATRO DOMÍNIOS:

- Teste de Denver II
- Academia Americana de Pediatria
- Cardeneta da Criança

Bellman et al., 2013

EPIDEMIOLOGIA

- Atrasado de desenvolvimento em um único domínio → afeta aproximadamente 5 a 10% das crianças - Bellman et al., 2013
- Nos **Estados Unidos**, de 2014 a 2016 → a prevalência de atraso de desenvolvimento aumentou de 5.76% em 2014 para 6.99% em 2016. – CDC, 2017
- **No Brasil** - Brito CML et al, 2011:

50% (219) → 05 anos

48,6% (213) → sexo masculino

438 crianças no município de Feira de Santana-BA

Prevalência de desempenho anormal no desenvolvimento neuropsicomotor → 46,3% (203)

Maior concentração de atrasos: **área da linguagem** (50,26%, aos quatro anos, e 41,93%, aos cinco anos) e seguida pelo **setor motor fino adaptativo** (22,05%, aos quatro anos, e 39,43%, aos cinco anos)

setor motor grosso (10,77%, aos quatro anos, e 10,04%, aos cinco anos), quanto no setor pessoal-social (16,92%, aos quatro anos, e 8,6%, aos cinco anos).

EPIDEMIOLOGIA

- Nos Estados Unidos (Feldman

- **~ 16%** das crianças apresenta**ic**iais de aprendizado
- **50%** dessas com dificuldades
- **3 a 5 anos**: atrasos de **linguag**ara encaminhamento para serviços de educação especializados

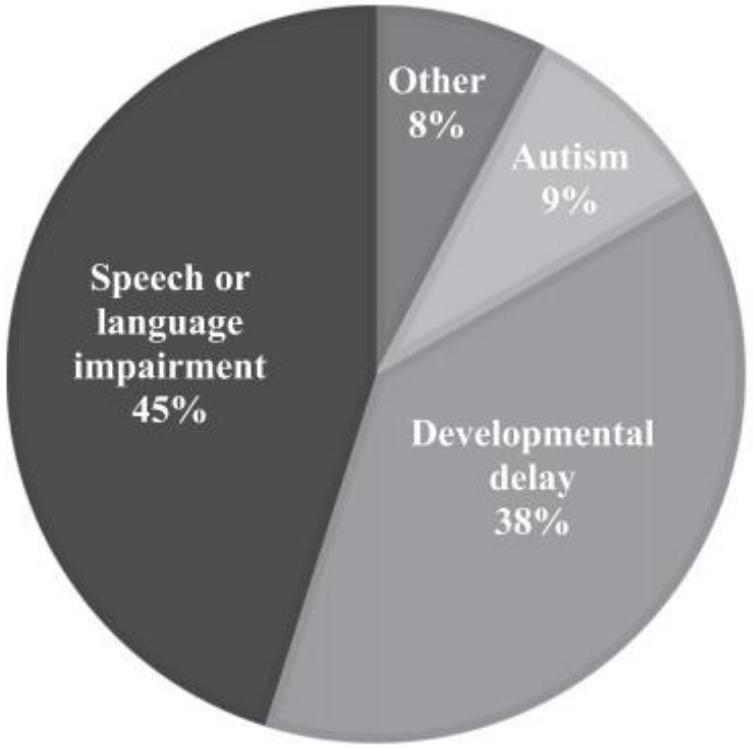


Figure 1. Among the more than 750,000 children in the United States age 3 to 5 years in 2016 who were enrolled in special education services, this pie chart shows the percentages found eligible for services based on speech-language impairment, autism, developmental delays, and other criteria. Speech-language impairment is the most common reason that children are deemed eligible for preschool special education services.

Academia Americana de Pediatra, 2019.

Qual o papel da Atenção Básica?

“ A atenção básica tem como uma das suas atribuições o **acompanhamento do desenvolvimento das crianças de seu território**. Assim, é de **responsabilidade** sanitária das equipes de Atenção Básica atentar-se à vigilância e o cuidado, no pré-natal, visita puerperal, imunização, consultas de crescimento e **desenvolvimento** etc, favorecendo o vínculo e **a identificação precoce de situações** que necessitam ser acompanhadas de forma regular e sistemática.”

Vínculo entre os profissionais e a família → ferramenta importante

O desenvolvimento infantil traduz o índice de desenvolvimento do país.

Ministério da Saúde, 2016.

ANAMNESE COMPLETA

HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL:

- Qual o **sinal ou sintoma** foi percebido pelo profissional de saúde?

- Qual a **idade** de início desses sinais e sintomas?

- Ocorre em **todos** os ambientes?

HISTÓRIA OBSTÉTRICA

- Doenças **maternas**? Sangramentos? Redução dos movimentos fetais?

- Uso de medicamentos, drogas ou álcool?

- Algum **exame obstétrico alterado** durante gestação?

Wellman, 2019.

ANAMNESE COMPLETA

HISTÓRIA PERINATAL:

- Dados do **parto**
- **Complicações** maternas/neonatais durante o parto?
- Necessitou de **reanimação neon**atal?
- Dados **antropométricos** ao nascer

DESENVOLVIMENTO:

- Algum **sinal de alerta** presente?
- Alterações **motoras**?
- Alterações na **visão, audição, comunicação ou interação** social?
- Alterações na **alimentação** ou **sono**?

Wellman, 2019.

ANAMNESE COMPLETA

ANTECEDENTES MÉDICOS

- Doenças **pregressas, tratamentos e medicações**

- Crianças com doenças crônicas normalmente apresentam algum tipo de atraso

HISTÓRIA SOCIAL

- Alguma **preocupação** ou sinal de alarme?

- Algum **familia**r com alterações do desenvolvimento?

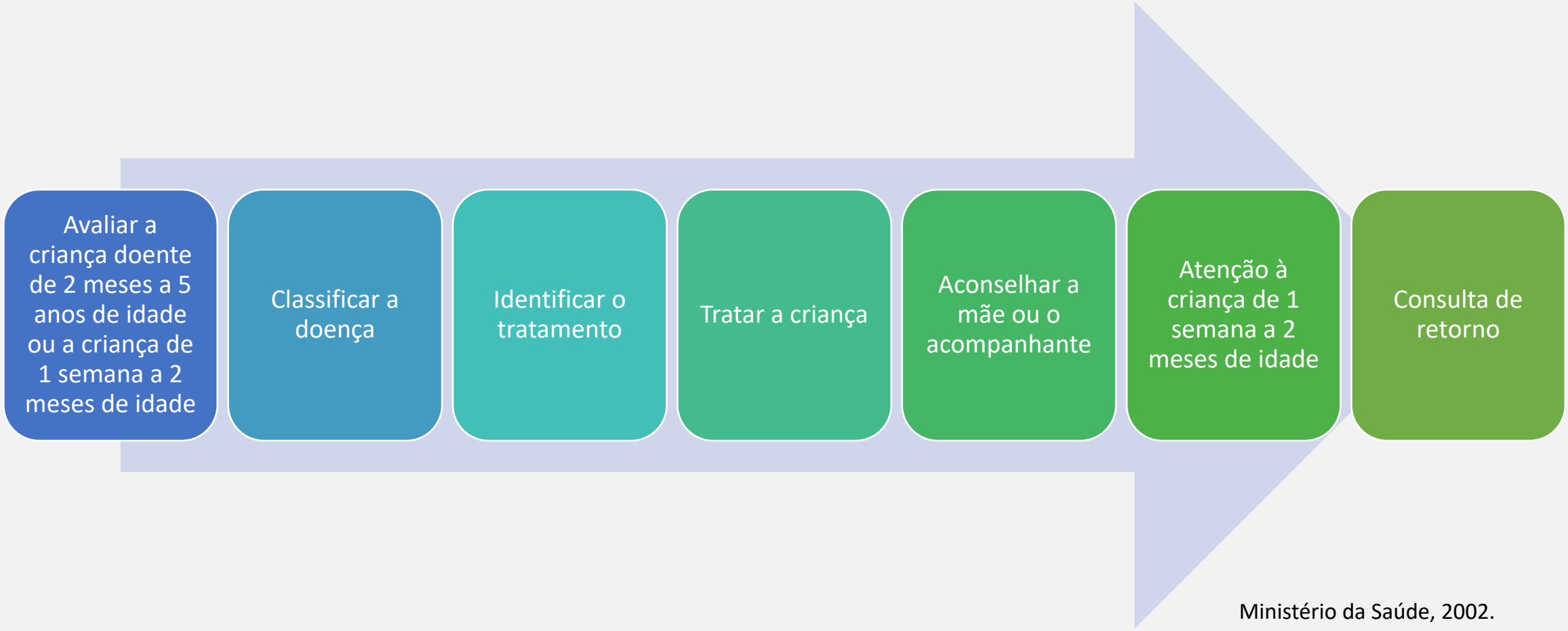
Wellman, 2019.

Manifestações Clínicas: Sinais de Alerta para o Desenvolvimento

- **Perda** de habilidades já adquiridas
- Alterações visuais percebidas pelos pais ou profissionais
- Perda auditiva
- Tônus muscular reduzido ou frouxidão
- Ausência de fala ou de qualquer tentativa de comunicação aos 18 meses
- Assimetria de movimentos ou outras características sugestivas de paralisia cerebral
- Andar persistentemente na “ponta dos pés”
- Deficiências complexas
- Perímetro cefálico > p99 ou < p0,4
- Avaliação clínica que gera qualquer tipo de preocupação com o desenvolvimento, ainda que incerta
- Qualquer indício de convulsão, distonias ou alterações neurológicas focais

Wellman, 2019.

ESTRATÉGIA AIDPI: Atenção Integrada às Doenças mais Prevalentes da Infância



Ministério da Saúde, 2002.

ANAMNESE COMPLETA

- “Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents, Fourth Edition”
  → idades predeterminadas para acompanhamento do desenvolvimento
- **09**, **18** e **30** meses

Academia Americana de Pediatra, 2020.

ANAMNESE

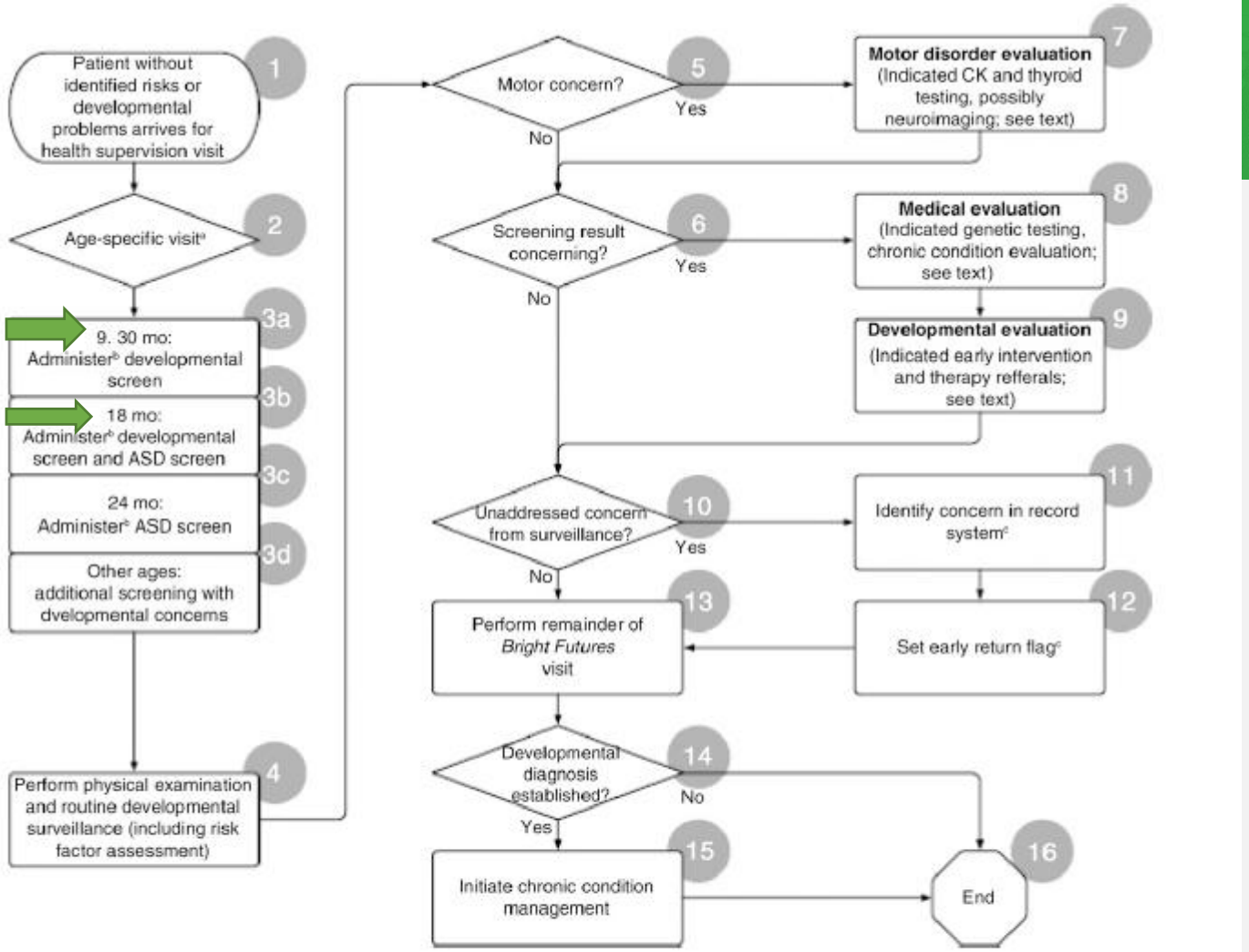


FIGURE 2

Algorithm for screening a patient without identified risks for developmental problems at a health supervision visit. Numbers and headings refer to steps in the algorithm. [a]To identify problems not previously recognized during earlier screenings, clinicians should pay particular attention to developmental surveillance at the age 4- or 5-year visit, before entering kindergarten. Developmental surveillance should continue throughout childhood. [b]Screening instruments may be administered through a previsit process initiated by the practice or by the family. [c]Providers should create methods in their record system (paper or electronic) to ensure that these facts are visible to clinicians in future visits and in the appointment scheduling process. CK, creatine kinase.

Academia Americana de Pediatra, 2020.

CADERNETA DA CRIANÇA: IDENFICAR FATORES DE RISCO

Profissional de saúde, identifique:

1. Riscos ambientais como violência doméstica, depressão materna, drogas ou alcoolismo entre os moradores da casa, suspeita de abuso sexual etc.

2. Presença de **infecções durante o período gestacional** (STORCH + Zika).

3. **Pré-natal** não realizado ou incompleto.

4. Problemas na gestação, no parto ou no nascimento.

5. Prematuridade **(<37 semanas**).

6. Peso **abaixo de 2.500** gramas.

7. **Icterícia** grave.

8. Hospitalização no período neonatal.

9. **Doenças graves** como meningite, traumatismo craniano e convulsões.

10. Parentesco entre os pais.

Ministério da Saúde, 2021.

FERRAMENTAS PARA AVALIAR O DESENVOLVIMENTO INFANTIL

■ Observar perímetro cefálico (< -2 escores Z ou > +2 escores Z).

■ Verifique a presença de **alterações fenotípicas** mais frequentes

• Fenda palpebral oblíqua

• Olhos afastados

• Implantação baixa de orelhas

• Lábio leporino

• Fenda palatina

• Pescoço curto e/ou largo

• Prega palmar única

• Quinto dedo da mão curto e recurvado

■ Observe o **comportamento** da criança.

■ Procure **ajuda dos responsáveis** pela criança no preenchimento dos Marcos de Desenvolvimento que constam nesta Caderneta.

Ministério da Saúde, 2021.

Instrumento de Avaliação do Desenvolvimento Integral da Criança

DADOS DE AVALIAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	CONDUTA
Perímetro cefálico < -2Z escores ou > +2Z escores; **ou** Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas*; **ou** Ausência de 1 ou mais reflexos/posturas/habilidades para a faixa etária anterior **(se a criança estiver na faixa de 0 a 1 mês, considere a ausência de 1 ou mais reflexos/posturas/habilidades para a sua faixa etária suficiente para esta classificação).**	**PROVÁVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO**	• **Acionar a rede de atenção especializada para avaliação do desenvolvimento.**
Ausência de 1 ou mais reflexos/posturas/habilidades para a sua faixa etária **(de 1 mês a 6 anos).** **ou** Todos os reflexos/posturas/habilidades para a sua faixa etária estão presentes, mas existe 1 ou mais fatores de risco.	ALERTA PARA O DESENVOLVIMENTO	• **Orientar a mãe/cuidador sobre a estimulação da criança.** • **Marcar consulta de retorno em 30 dias. Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta para retornar antes de 30 dias.**
Todos os reflexos/posturas/habilidades presentes para a sua faixa etária.	DESENVOLVIMENTO ADEQUADO	• Elogiar a mãe/cuidador. • Orientar a mãe/cuidador para que continue estimulando a criança. • Retornar para acompanhamento conforme a rotina do serviço de saúde. • Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta para retornar antes.

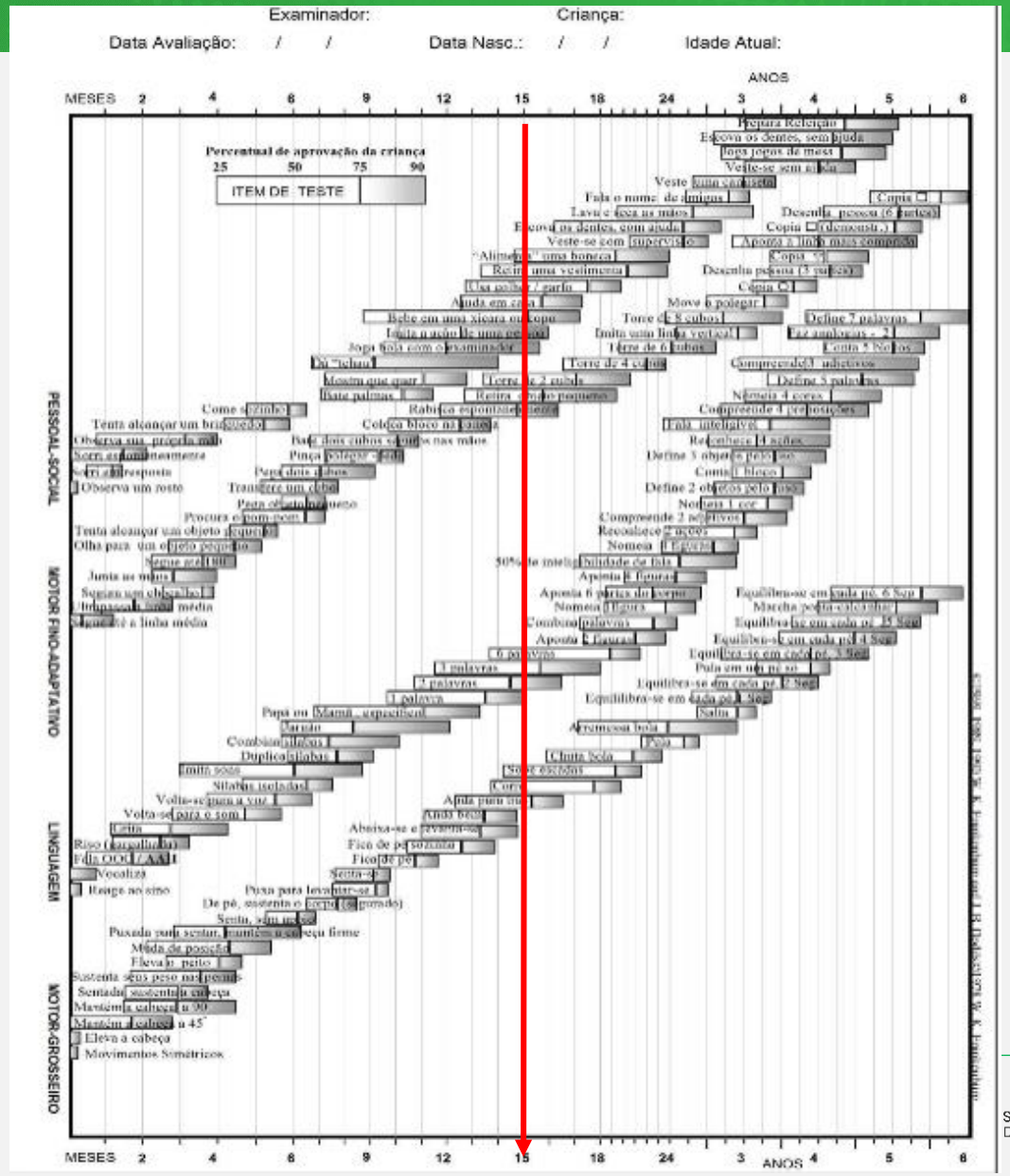
Ministério da Saúde, 2021.

Acompanhando o Desenvolvimento da Criança

Marcos do Desenvolvimento do Nascimento aos 6 Meses

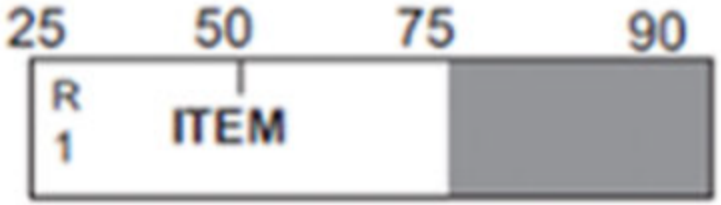
Marcos	Como pesquisar	Idade em meses 0	1	2	3	4	5	6
Postura: pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada	Deite a criança em superfície plana, de costas com a barriga para cima; observe se seus braços e pernas ficam flexionados e sua cabeça lateralizada.							
Observa um rosto	Posicione seu rosto a aproximadamente 30 cm acima do rosto da criança. Observe se a criança olha para você, de forma evidente.							
Reage ao som	Fique atrás da criança e bata palmas ou balance um chocalho a cerca de 30 cm de cada orelha da criança e observe se ela reage ao estímulo sonoro com movimentos nos olhos ou mudança da expressão facial.							
Eleva a cabeça	Coloque a criança de bruços (barriga para baixo) e observe se ela levanta a cabeça, desencosta o queixo da superfície, sem virar para um dos lados.							
Sorri quando estimulada	Sorria e converse com a criança; não lhe faça cócegas ou toque sua face. Observe se ela responde com um sorriso.							
Abre as mãos	Observe se em alguns momentos a criança abre as mãos espontaneamente.							
Emite sons	Observe se a criança emite algum som, que não seja choro. Caso não seja observado pergunte ao acompanhante se faz em casa.							
Movimenta os membros	Observe se a criança movimenta ativamente os membros superiores e inferiores.							
Responde ativamente ao contato social	Fique à frente do bebê e converse com ele. Observe se ele responde com sorriso e emissão de sons como se estivesse "conversando" com você. Pode pedir que a mãe o faça.							
Segura objetos	Ofereça um objeto tocando no dorso da mão ou dedos da criança. Esta deverá abrir as mãos e segurar o objeto pelo menos por alguns segundos.							
Emite sons, ri alto	Fique à frente da criança e converse com ela. Observe se ela emite sons (gugu, eeee, etc), veja se ela ri emitindo sons (gargalhada).							
Levanta a cabeça e apoia-se nos antebraços, de bruços	Coloque a criança de bruços, numa superfície firme. Chame sua atenção a frente com objetos ou seu rosto e observe se ela levanta a cabeça apoiando-se nos antebraços.							
Busca ativa de objetos	Coloque um objeto ao alcance da criança (sobre a mesa ou na palma de sua mão) chamando sua atenção para o mesmo. Observe se ela tenta alcançá-lo.							
Leva objetos a boca	Ofereça um objeto na mão da criança e observe se ela o leva a boca.							
Localiza o som	Faça um barulho suave (sino, chocalho, etc.) próximo à orelha da criança e observe se ela vira a cabeça em direção ao objeto que produziu o som. Repita no lado oposto.							
Muda de posição (rola)	Coloque a criança em superfície plana de barriga para cima. Incentive-a a virar para a posição de bruços.							

Teste de Denver



Teste de Denver

Cada tarefa, por sua vez, é representada por uma pequena barra que mede a porcentagem de cumprimento desta, que varia de 25 a 90% (veja abaixo). A parte branca indica que 25 a 75% das crianças, nessa idade, ainda não são capazes de executar a tarefa. Já a parte sombreada, por sua vez, indica que 75 a 90% das crianças já deveriam executar a tarefa.



Teste de Denver

Pontuação

Cada tarefa pode receber a seguinte avaliação:

- P (passou) – se o pequeno conseguiu realizar a tarefa;
- F (falhou) – se ele não conseguir cumprir a tarefa;
- C (cuidado) – se o pequeno não conseguir terminar a tarefa, ou se recusa a fazê-la e sua linha de cumprimento cai de 75 a 90%;
- NO (não houve oportunidade) – se, por algum motivo ou restrição, o pequeno não conseguiu realizar a tarefa;
- RE (recusa-se) – se o pequeno se recusa a cumprir a tarefa.

Teste de Denver

Interpretação

Normal: é quando não são identificadas falhas com relação às atividades e, no máximo, um C (de CUIDADO). Neste caso, a conduta correta é realizar o teste novamente com a criança em outra oportunidade.

Risco: é quando são registrados 2 ou mais Cs (CUIDADO) e/ou um ou mais Fs (FALHAS). Aqui, o recomendado é realizar o teste novamente dentro de 1 ou 2 semanas.

Não testável: quando há mais de um R (RECUSA-SE). Recomenda-se realizar o teste novamente dentro de 1 ou 2 semanas.

M-CHAT: Triagem para o Autismo

- **Academia Americana de Pediatria** e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) → toda criança deve ser triada entre 18 e 24 meses de idade para o Autismo, mesmo que não tenha sinais clínicos claros e evidentes deste diagnóstico ou de outros atrasos do desenvolvimento

- M-CHAT → **teste de triagem** e não de diagnóstico

✓ Exclusivo para **sinais precoces de autismo**

✓ Não serve para **análise global** do neurodesenvolvimento

✓ SBP → Questionário Modificado para Triagem do autismo em Crianças entre 16 e 30 meses (M-CHAT-R) + Entrevista de Seguimento (M-CHAT-R/F)

✓ M-CHAT-R/F contém os mesmos itens do M-CHAT-R → as respostas obtidas são: passa ou falha

✓ A entrevista será considerada pontuando como positivo se a criança falhar em quaisquer

Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019

M-CHAT: Triagem para o Autismo

M-CHAT

Por favor, preencha as questões abaixo sobre como seu filho geralmente é. Por favor, tente responder todas as questões. Caso o comportamento na questão seja raro (ex. você só observou uma ou duas vezes), por favor, responda como se seu filho não fizesse o comportamento.

1. Seu filho gosta de se balançar, de pular no seu joelho, etc.?	Sim	Não
2. Seu filho tem interesse por outras crianças?	Sim	Não
3. Seu filho gosta de subir em coisas, como escadas ou móveis?	Sim	Não
4. Seu filho gosta de brincar de esconder e mostrar o rosto ou de esconde-esconde?	Sim	Não
5. Seu filho já brincou de faz-de-conta, como, por exemplo, fazer de conta que está falando no telefone ou que está cuidando da boneca, ou qualquer outra brincadeira de faz-de-conta?	Sim	Não
6. Seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar, para pedir alguma coisa?	Sim	Não
7. Seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar, para indicar interesse em algo?	Sim	Não
8. Seu filho consegue brincar de forma correta com brinquedos pequenos (ex. carros ou blocos), sem apenas colocar na boca, remexer no brinquedo ou deixar o brinquedo cair?	Sim	Não
9. O seu filho alguma vez trouxe objetos para você (pais) para lhe mostrar este objeto?	Sim	Não
10. O seu filho olha para você no olho por mais de um segundo ou dois?	Sim	Não
11. O seu filho já pareceu muito sensível ao barulho (ex. tapando os ouvidos)?	Sim	Não
12. O seu filho sorri em resposta ao seu rosto ou ao seu sorriso?	Sim	Não
13. O seu filho imita você? (ex. você faz expressões/caretas e seu filho imita?)	Sim	Não
14. O seu filho responde quando você chama ele pelo nome?	Sim	Não
15. Se você aponta um brinquedo do outro lado do cômodo, o seu filho olha para ele?	Sim	Não
16. Seu filho já sabe andar?	Sim	Não
17. O seu filho olha para coisas que você está olhando?	Sim	Não
18. O seu filho faz movimentos estranhos com os dedos perto do rosto dele?	Sim	Não
19. O seu filho tenta atrair a sua atenção para a atividade dele?	Sim	Não
20. Você alguma vez já se perguntou se seu filho é surdo?	Sim	Não
21. O seu filho entende o que as pessoas dizem?	Sim	Não
22. O seu filho às vezes fica aéreo, "olhando para o nada" ou caminhando sem direção definida?	Sim	Não
23. O seu filho olha para o seu rosto para conferir a sua reação quando vê algo estranho?	Sim	Não

Acesso à Escala:

- http://mchatscreen.com/wp-content/ uploads/2018/04M-CHAT-R_F_Brazilian_ Portuguese.pdf
- http://www.mchatscreen.com

Manejo e Tratamento

- Criar **vínculo** com a família assistida → orientar e capacitar

✓ Reafirmar importância das **rotinas**

✓ Higiene do **sono**

✓ Qualidade de **tempo com a criança**

✓ Importância do **"brincar"**

✓ Ambiente **calmo e acolhe**dor para a criança crescer

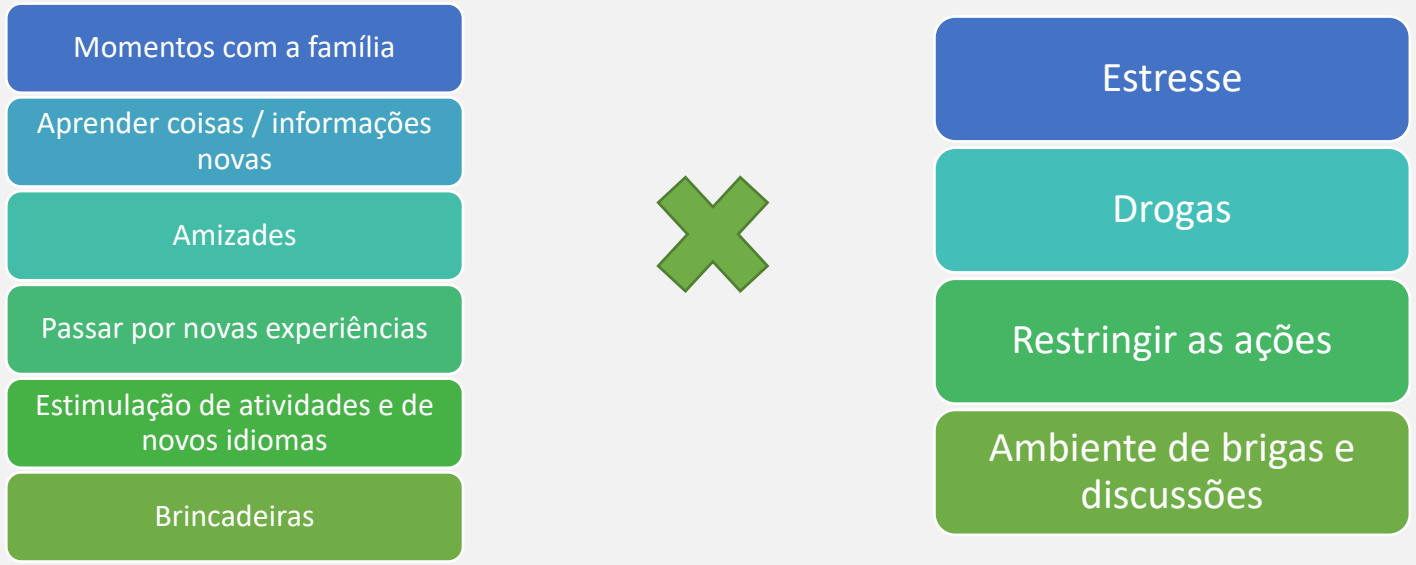
✓ **Alimentação** adequada → leite materno

✓ Tempo de "telas"

J Can Acad Child Adolesc Psychiatry, 2011

Manejo e Tratamento: Neuroplasticidade

- Processo contínuo e dinâmico
- Início antes mesmo do nascimento e permanece até meados da vida adulta
- Sofre diversas influências



J Can Acad Child Adolesc Psychiatry, 2011

CASO CLÍNICO

Menina de **4 anos e 3 meses**, comparece a **Unidade básica de atendimento pediátrico conveniada com a Universidade Federal da Bahia (UFBA)** para consulta com pediatra acompanhada da tia materna. **Primeira consulta** na unidade. Anteriormente vinha em acompanhamento no posto de vacinação próximo ao vilarejo onde morava com os pais, onde **tomava vacinas** e realizava medidas de **peso e altura de forma esporádica** com um profissional de saúde.

Motivo da consulta: realizar um “check-up”. Tia a acha **muito magra para a idade** e suspeita que a criança sofreu **abuso sexual** enquanto estava sob a guarda dos pais.

Interrogatório sistemático

- Dorme bem
- Higiene oral e geral adequada (após troca da guarda)
- Exposição atual a telas: em média 1h por dia
- Começou a frequentar escola em Salvador há 3 meses, onde foi notado que a criança não interage bem com os colegas, brinca sozinha e gosta de girar objetos em seu próprio eixo, fala poucas palavras, não forma frases, quando deseja algo aponta. Não gosta de brincar com as irmãs, prefere ficar no colo da tia ou deitada quieta com um brinquedo.

CASO CLÍNICO

Antecedentes pré-natais e neonatais

- G4P4A0, PSNV a termo na maternidade da cidade próxima. Não fez pré-natal, sorologias desconhecidas, **mãe com transtornos mentais e usuária de álcool**. Idade da mãe ao nascimento da criança: 38 anos.
- Nasceu bem (SIC), PN 3.050g EST 50 cm Alta hospitalar com a mãe.
- Triagens neonatais normais (SIC)

Antecedentes médicos

- Desconhecidos. Cartão vacinal atualizado.

Antecedentes familiares

- Possui 3 irmãs, com 11, 8 e 6 anos que aparentemente **não apresentam problemas de saúde e estão bem na escola**. Mãe com doença psiquiátrica desconhecida e alcoolista, pai usuário de maconha, álcool e cocaína. Avó materna hipertensa e diabética.

Marcos do desenvolvimento

- Desconhecidos. Atualmente a tia afirma que a criança corre com desenvoltura, pula com os dois pés, sobe e desce escadas, **brinca de forma inadequada**, gosta de **ficar sozinha** e fala **no máximo dez palavras sem as combinar**. Não se veste sozinha, utiliza colher para se alimentar. Entende o que é dito mas **só faz as coisas "quando quer".**

CASO CLÍNICO

Antecedentes alimentares

Não foi amamentada. Alimentação a base de farinha, água, feijão e leite de vaca in natura.

Antecedentes sociais

- Moravam em um vilarejo próximo a Formosa do Rio Preto (BA).
- Casa sem reboco, esgotamento sanitário.
- Renda familiar inferior a meio salário mínimo aproximadamente.
- Atualmente moram com a tia em casa própria com esgotamento sanitário, 5 cômodos, sem mofo ou poeira, um cachorro, quintal grande.
- Renda familiar de três salários mínimos.
- Tia não tinha filhos nem é casada. Trabalha fazendo doces e salgados para festas.

CASO CLÍNICO

Exame físico

BEG, descorada ++/4, eupneica, hidratada, afebril, aspecto emagrecido, apática

FC- 90bpm FR 21ipm Temp 36,5ºC TA 100/60mmHg

Peso: 11,4Kg (Z score -3) Est: 94 (Z score entre -2 e -3) IMC 12,9 (Z score entre -2 e -3)

- Seg. Cefálico: **ausência de dismorfismos.** Orofaringe, otoscopia sem alterações.
- AR: Tórax com expansibilidade preservada e conformação habitual, múrmurios pulmonares bem distribuídos sem ruídos adventícios
- ACV: Bulhas rítmicas, normofonéticas em 2T sem sopros
- Abdome: Plano, flácido, indolor, sem VMG. RHA +
- Genitália: feminina típica, hímen íntegro sem sinais de abuso aparentes e vulva e ânus.
- Extremidades: perfundidas, sem edemas, aparelho osteoarticular se alterações

CASO CLÍNICO

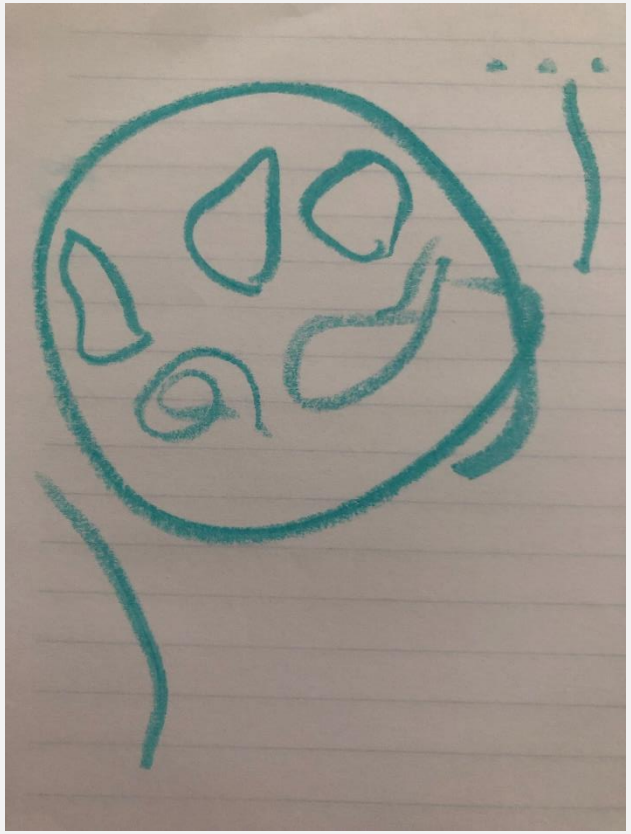
Neurológico:

- Postura **incompatível com a idade durante a consulta** (no colo da tia, abraçada, alheia a meus chamados e comandos, não interagiu com outras pessoas na sala, não verbalizou)
- Passou um bom tempo brincando com o zíper do vestido da tia.
- Fáscies atípica. Motricidade ocular, mímica facial, tônus, coordenação motora e força muscular preservados. Reflexos tendíneos presentes e simétricos. Marcha atípica.
- Quando solicitada a fazer um desenho de uma pessoa, fez o desenho a seguir

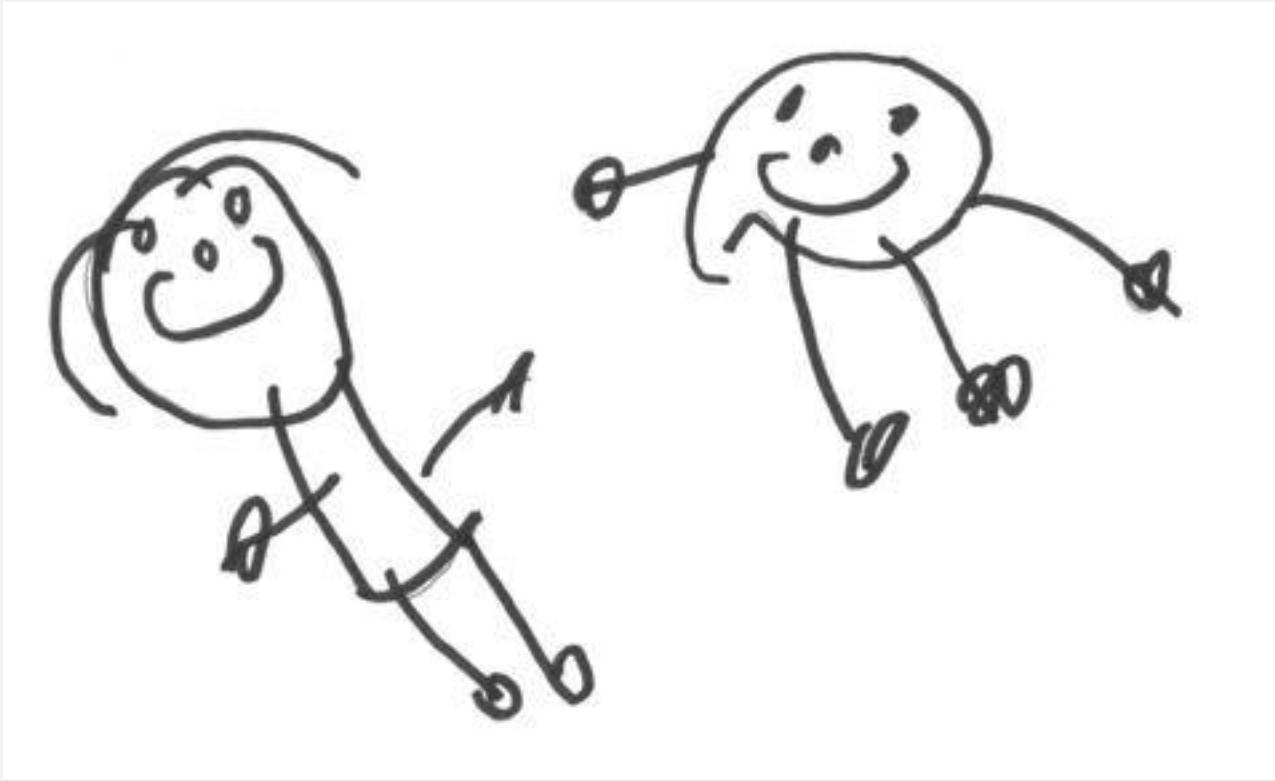
ESCALA MCHAT: 15 pontos

CASO CLÍNICO

Desenho produzido pela paciente (4 anos) de uma pessoa.

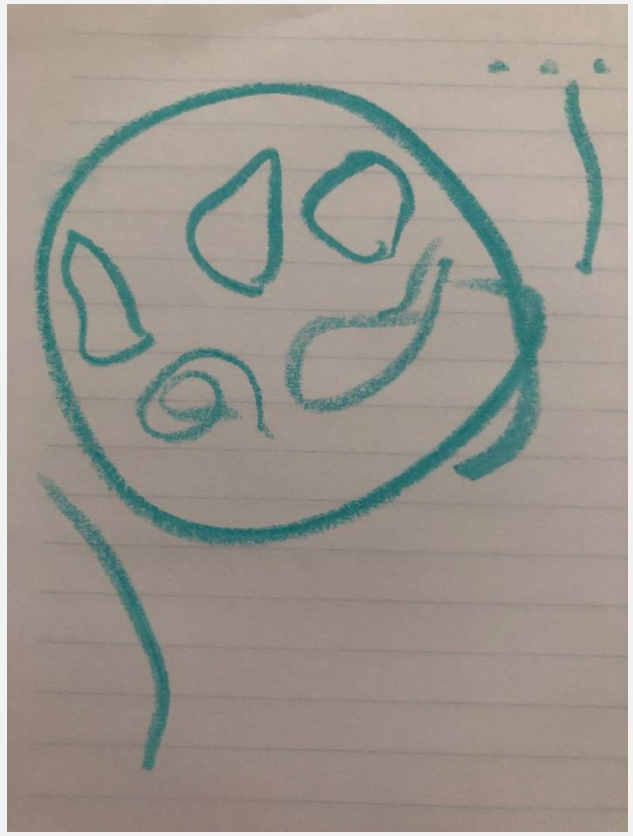


Desenho de uma criança de 4 anos



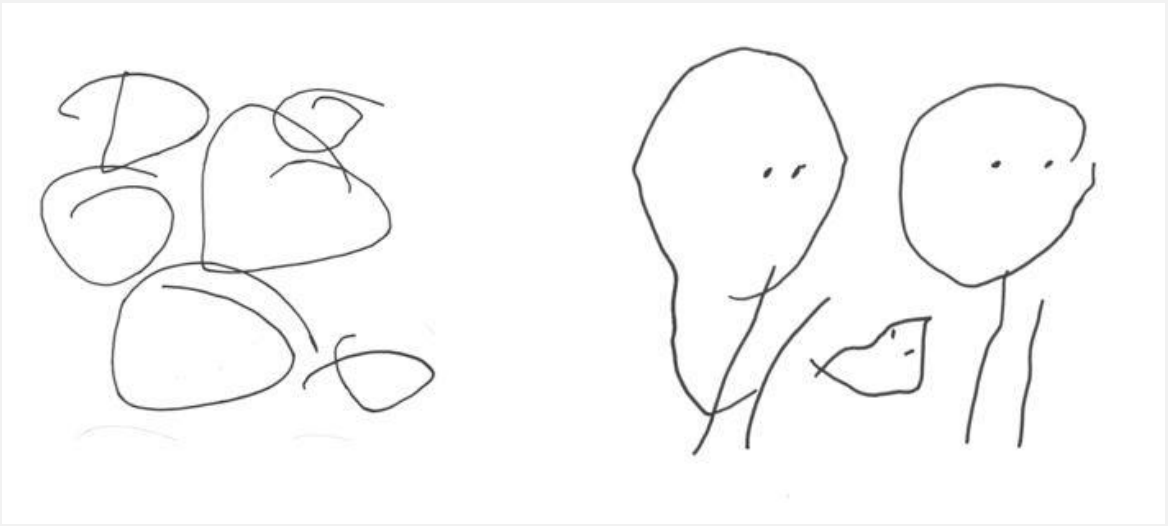
CASO CLÍNICO

Desenho produzido pela paciente (4 anos) de uma pessoa.



X

Desenho de uma criança de 3 anos



CASO CLÍNICO

Tipos de pega no lápis por idade

Pega da paciente

Referências

- AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: introdução: módulo 1 Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – 2. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- Brito CML et al. DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR DE PRÉ-ESCOLARES. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(7):1403-1414, jul, 2011. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000700015.
- Diretrizes de estimulação precoce : crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 184 p. : il.
- Drachler ML, Marshall T, Carvalho-Leite JC. A contínuos-scale measure of child development for population-based epidemiological serveys: a preliminary study using Item Response Theory for the Denver Test. Paediatr Perinat Epidemiol 2007;21:138-53.
- Heidi M. Feldman; How Young Children Learn Language and Speech. *Pediatr Rev* August 2019; 40 (8): 398–411. https://doi.org/10.1542/pir.2017-0325.
- Kolb B, Gibb R. Brain plasticity and behaviour in the developing brain. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;20(4):265-276.
- Lemay J-F, Yohemas M, Langenberger S. Redesign of the autism spectrum screening and diagnostic process for children aged 12 to 36 months. Paediatr Child Health. 2018;23(5):308–13.
- Lipkin PH, Macias MM, AAP COUNCIL ON CHILDREN WITH DISABILITIES, SECTION ON DEVELOPMENTAL AND BEHAVIORAL PEDIATRICS. Promoting Optimal Development: Identifying Infants and Young Children With Developmental Disorders Through Developmental Surveillance and Screening. Pediatrics. 2020;145(1):e20193449.
- Wellman S, Davis P. Developmental delay: When to suspect it and when to refer. *InnovAiT*. 2019;12(2):72-78. doi:10.1177/1755738018813662.
- Zablotsky B, Black LI, Blumberg SJ. Estimated prevalence of children with diagnosed developmental disabilities in the United States, 2014–2016. NCHS Data Brief, no 291. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2017.