



Superintendência de Atenção à Saúde
Diretoria de Urgência e Atenção Especializada
Núcleo de Governança Clínica

Tipo do documento	Protocolo Clínico	PC/ENP	Versão: 01
		PRT nº 40 Pág.: 1/21	
Título do documento	PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO PARA NEUROLOGIA PEDIÁTRICA	Data de emissão: 06/09/ 2023	Revisão: de acordo com a demanda

1. Objetivos

Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a neurologia pediátrica. Outras situações clínicas ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas nesse protocolo.

As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade. É responsabilidade do médico assistente tomar essa decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

2. Aplicação

Unidades Básicas de Saúde para encaminhamento de forma adequada para Neurologia Pediátrica de acordo com a indicação clínica.

3. Cefaleia

3.1 Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para o Ambulatório de Neurologia Pediátrica:

- Migrânea (enxaqueca) ou cefaleia tipo tensão refratária ao manejo profilático na Atenção Primária à Saúde (APS) por um período mínimo de 2 meses; ou
- Outras cefaleias primárias que não se caracterizam como migrânea (enxaqueca) ou cefaleia tipo tensão; ou



- Necessidade de investigação com exame de imagem, quando esse não for disponível na APS.

3. 2 Condições clínicas que indicam necessidade de encaminhamento para emergência

Pacientes com cefaleia e um destes sinais de alerta:

- Criança com menos de 3 anos de idade; ou
- Aparecimento súbito e de intensidade muito forte; ou
- Sintoma que inicia após trauma de crânio recente; ou
- Suspeita de meningite (febre, rigidez de nuca, petéquias, alteração de sensório);
ou
- Sinais neurológicos focais; ou
- Piora de intensidade em decúbito; ou
- Edema de papila; ou
- Criança que apresenta comorbidades de maior risco (anemia falciforme, imunodeficiências, história de neoplasia, coagulopatias, doenças cardíacas, neurofibromatose, esclerose tuberosa, entre outras).

3. 3 Indicações de exame de imagem (Tomografia Computadorizada / Ressonância Magnética – a critério médico) em crianças com cefaleia.

- Cefaleia recorrente em crianças com menos de 6 anos
- Cefaleia acordada durante o sono ou ocorre logo ao acordar
- Criança com sintomas neurológicos associados (náusea, vômito, alteração de estado mental, ataxia), quando não realizado exame de imagem em serviço de emergência
- Dor em região occipital (exceto se diagnóstico claro de cefaleia tipo tensão)
- Cefaleia localizada e recorrente
- Ausência de resposta ao tratamento medicamentoso
- Cefaleia com padrão novo ou mudança recente no padrão (frequência, intensidade)
- Dor desencadeada por esforço, tosse, atividade física ou manobra de valsalva.

3.4 Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter



1. Sinais e sintomas (descrever idade de início da cefaleia, características da dor, tempo de evolução, frequência das crises, mudança no padrão, exame físico neurológico, outros sinais e sintomas associados);
2. Tratamentos em uso ou já realizados para cefaleia (medicamentos utilizados com dose e posologia);
3. Resultado do exame de imagem (TC ou RMN de crânio), com data (se realizado).

4. Epilepsia

4.1 Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ambulatório de Neurologia Pediátrica: um ou mais episódios de alteração de consciência sugestivo de crise epiléptica, como:

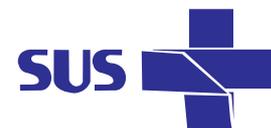
Episódios paroxísticos que podem apresentar início focal (com ou sem alteração da consciência) ou generalizado:

- Motor: atividade motora, versão (olhos, tronco ou pescoço), vocalização ou pausa na fala;
- Sensitivo: qualquer modalidade sensitiva. Parestesias, sensação de distorção de uma extremidade, vertigem, sintomas olfatórios ou auditivos, distúrbios visuais (como flashes);
- Autonômico: aura abdominal (sensação de “elevação” epigástrica), sudorese, alteração pupilar, ereção dos pelos;
- Comportamental: medo, alucinação, sentimentos de familiaridade (déjà-vu), distorção do tempo;
- Automatismo: movimentos mastigatórios, movimentos de pernas ou braços;
- Ausência: início súbito, parada nas atividades, olhar vazio, irresponsividade;
- Mioclônias: abalos breves e súbitos;
- Parada comportamental: parada nas atividades.

OBS.: Exceto quadro de convulsão febril simples de característica benigna

Características que sugerem convulsão febril simples de aspecto benigno:

- Convulsão associada a episódio febril (acima de 38º C);
- Criança com idade entre 6 meses e 5 anos;
- Ausência de infecção ou inflamação do SNC (conforme outras características clínicas);



- Ausência de causa metabólica conhecida (como erro inato de metabolismo);
- Ausência de episódio de convulsão afebril previamente;
- Exame neurológico normal.
- História familiar de convulsão febril;
- Curta duração (menos de 10 minutos);
- Sem novo episódio de convulsão em 24 horas.

4.2 Criança com diagnóstico prévio de epilepsia com controle inadequado das crises apesar do tratamento otimizado e descartada má adesão

4.3 Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- sinais e sintomas (descrever as características e a frequência das crises convulsivas, idade de início, tempo de evolução, fatores desencadeantes, exame físico neurológico, outros sinais e sintomas fora das crises convulsivas);
- história prévia de epilepsia (sim ou não). Se sim, descreva o tipo;
- tratamentos em uso ou já realizados para epilepsia (medicamentos utilizados com dose e posologia);
- medicamentos em uso que interferem no limiar convulsivo (sim ou não). Se sim, quais;
- avaliação clínica da adesão ao tratamento (sim ou não).

5. Atraso Global do Desenvolvimento e Deficiência Intelectual

Atraso Global do Desenvolvimento (AGD) é um termo reservado a crianças menores que 5 anos de idade. Utilizado quando o indivíduo fracassa em alcançar os marcos do desenvolvimento em várias áreas da função intelectual, aplicada a crianças muito pequenas que não são capazes de passar por avaliações formais.

5.1 Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ambulatório de Neurologia Pediátrica e ambulatório de Genética Médica (via regulação) e **Programa de Reabilitação Intelectual** (Equipe multiprofissional: Psicopedagoga / Psicóloga / Fonoaudióloga) - Cada caso analisado individualmente.

- Deficiência intelectual moderada/grave ou provável AGD (ausência de um ou mais “**marcos do desenvolvimento infantil**” para a faixa etária anterior – Vide Marcos do Desenvolvimento Infantil no Caderno de saúde da Criança

ou



- Possível AGD (ausência de um ou mais “**marcos do desenvolvimento infantil**” para a sua faixa etária em crianças com:
 - História familiar de deficiência intelectual/AGD em parente de primeiro grau;
 - Pais consanguíneos;
 - Alterações fenóticas (como dismorfismos crâniofaciais ou esqueléticos, suspeita de síndrome genética específica, entre outros);
 - Perímetro cefálico menor que o percentil 10 ou maior que o percentil 90.

5.2 Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para **Neurologia Pediátrica** e **Programa de reabilitação intelectual** (Equipe multiprofissional: Psicopedagoga / Psicóloga / Fonoaudióloga) - Cada caso analisado individualmente.

- Deficiência intelectual ou provável AGD (ausência de um ou mais dos Marcos do Desenvolvimento Infantil) ou possível AGD (ausência de um ou mais Marcos do Desenvolvimento Infantil para a sua faixa etária) em crianças com episódio de convulsão ou outras manifestações neurológicas como ataxia/coreia;
- Regressão neurológica com perda de habilidades previamente adquiridas do desenvolvimento neuropsicomotor como perda de fala e/ ou marcha e/ou compreensão;
- Deficiência intelectual recente sem etiologia estabelecida ou com necessidade de manejo de alterações comportamentais refratárias.

5.3 Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ambulatório de **Psiquiatria da Infância e Adolescência** e **Programa de Reabilitação Intelectual** (Equipe multiprofissional: Psicopedagoga / Psicóloga / Fonoaudióloga) - Cada caso analisado individualmente.

- Diagnóstico de deficiência intelectual ou AGD associado com:
 - Auto/heteroagressividade;
 - Agitação psicomotora;
 - sintomas psicóticos (delírios ou alucinações).

5.4 Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para **Pediatria**

- Provável AGD (ausência de um ou mais dos Marcos do Desenvolvimento Infantil) sem etiologia identificada;



- Possível AGD (ausência de um ou mais Marcos do Desenvolvimento Infantil para a sua faixa etária) que persiste após reavaliação em 30 dias.

5.5 Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas (descrever idade de início dos sintomas e áreas de prejuízo, perímetro cefálico atual e marcos do desenvolvimento que estão atrasados, presença de dismorfias ou características sindrômicas, episódios de convulsão ou outros achados relevantes);
- História familiar de AGD, deficiência intelectual ou doenças raras (sim ou não). Se sim, descreva o quadro e grau de parentesco;
- História de consanguinidade entre os pais (sim ou não). Se sim, descreva o grau de parentesco;
- Criança está em acompanhamento com reabilitação intelectual de sua referência (sim ou não)? Se sim, descreva.

6. Transtorno de Espectro Autista- TEA

6.1 Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a **Neurologia Pediátrica e Programa de Reabilitação Intelectual** (Equipe multiprofissional: Psicopedagoga / Psicóloga / Fonoaudióloga) - Cada caso analisado individualmente.

- Suspeita ou diagnóstico de TEA: utilizar a **Escala M-CHAT (Anexo I)** para **triagem** de transtornos do espectro autista, para ser utilizado em crianças de 16 a 30 meses.

6.2 Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a **Psiquiatria Pediátrica e Programa de Reabilitação Intelectual** (Equipe multiprofissional: Psicopedagoga / Psicóloga / Fonoaudióloga) - Cada caso analisado individualmente.

- Suspeita ou diagnóstico de TEA associado a:
 - Auto/heteroagressividade;
 - Agitação psicomotora;
 - Sintomas psicóticos (delírios ou alucinações).

6.3 Escala M-CHAT para triagem de transtornos do espectro autista, para ser utilizado em crianças de 16 a 30 meses (Anexo I);



- Pode e deve ser aplicada pelo profissional da atenção básica (Médico ou Enfermeira);
- A escala consiste em 23 questões do tipo “sim” e “não”, que deve ser preenchida pelos pais ou responsáveis que estejam acompanhando a criança na consulta;

6.4 Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Descrição do quadro atual (idade de início, evolução dos sintomas);
- Histórico de outros transtornos psiquiátricos ou internações psiquiátricas atuais e/ou passados (sim ou não)? Se sim, descreva;
- Tratamento em uso ou já realizado para a condição (se medicamentos, quais estão sendo ou foram utilizados, com dose e posologia);
- História familiar de TEA/deficiência intelectual ou pais consanguíneos (sim ou não). Se sim, descreva.

7. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade- TDAH

7.1 Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para **Psiquiatria da Infância e Adolescência** (preferencialmente) ou **Neurologia Pediátrica** e **Programa de Reabilitação Intelectual** (Equipe multiprofissional: Psicopedagoga / Psicóloga / Fonoaudióloga) - Cada caso analisado individualmente.

- Diagnóstico presumido de TDAH: seis sintomas de desatenção e/ou seis sintomas de hiperatividade e impulsividade marcadas como “Bastante” ou “Demais” na escala SNAP (**Anexo II**), considerando resposta de pais e escola, com sintomas presentes por mais de 6 meses.

7.2 Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Descrição do quadro atual (idade de início, evolução dos sintomas, características que sugerem diagnóstico - quadro 7);
- Sintomas são percebidos em mais de um ambiente (por exemplo casa e escola)? (sim ou não). Se sim, descreva em quais ambientes;
- Histórico de outros transtornos psiquiátricos atuais e/ou passados (sim ou não)? Se sim, descreva;
- Tratamento em uso ou já realizado para a condição (medicamentos utilizados com dose e posologia).

8. Transtorno Específico da Aprendizagem



8.1 Critérios diagnósticos para Transtornos Específicos da Aprendizagem

- Dificuldades na aprendizagem e no uso de habilidades acadêmicas, conforme indicado pela presença de ao menos um dos sintomas a seguir que tenha persistido por pelo menos 6 meses, apesar da provisão de intervenções dirigidas a essas dificuldades:
 1. Leitura de palavras de forma imprecisa ou lenta e com esforço (exemplo: lê palavras isoladas, em voz alta, de forma incorreta ou lenta e hesitante, frequentemente adivinha palavras, tem dificuldade de soletrá-las).
 2. Dificuldade para compreender o sentido do que é lido (exemplo: pode ler o texto com precisão, mas não compreende a sequência, as relações, as inferências ou os sentidos mais profundos do que é lido).
 3. Dificuldades para ortografar (ou escrever ortograficamente) (exemplo: pode adicionar, omitir ou substituir vogais e consoantes).
 4. Dificuldades com a expressão escrita (exemplo: comete múltiplos erros de gramática ou pontuação nas frases; emprega organização inadequada de parágrafos; expressão escrita das ideias sem clareza)
 5. Dificuldades para dominar o senso numérico, fatos numéricos ou cálculo (entende números, sua magnitude e relações de forma insatisfatória; conta com os dedos para adicionar números de um dígito em vez de lembrar o fato aritmético, como fazem os colegas; perde-se no meio de cálculos aritméticos e pode trocar as operações).
 6. Dificuldades no raciocínio (tem grave dificuldade em aplicar conceitos, fatos ou operações matemáticas para solucionar problemas quantitativos).
- As habilidades acadêmicas afetadas estão substancial e quantitativamente abaixo do esperado para a idade cronológica do indivíduo, causando



interferência significativa no desempenho acadêmico ou profissional ou nas atividades cotidianas, confirmada por meio de medidas de desempenho padronizadas administradas individualmente e por avaliação clínica abrangente.

- As dificuldades de aprendizagem iniciam-se durante os anos escolares, mas podem não se manifestar completamente até que as exigências pelas habilidades acadêmicas afetadas excedam as capacidades limitadas do indivíduo (p. ex., em testes cronometrados, em leitura ou escrita de textos complexos longos e com prazo curto, em alta sobrecarga de exigências acadêmicas).
- As dificuldades de aprendizagem **não podem ser explicadas por deficiências intelectuais**, acuidade visual ou auditiva não corrigida, outros transtornos mentais ou neurológicos, adversidade psicossocial, falta de proficiência na língua de instrução acadêmica ou instrução educacional inadequada.

8.2 Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para **neurologia pediátrica e Programa de Reabilitação Intelectual** (Equipe multiprofissional: Psicopedagoga / Psicóloga / Fonoaudióloga) - Cada caso analisado individualmente.

- Suspeita ou diagnóstico de transtorno de aprendizagem (ver critérios) associado a alterações:
 - no exame neurológico (ataxia, sinais neurológicos focais, alteração de equilíbrio, entre outros); **ou**
 - fenotípicas (dismorfismos crâniofaciais ou esqueléticos, neurofibromas, etc.).
 - suspeita ou diagnóstico de transtorno de aprendizagem (ver critérios) persistente por mais de 6 meses sem fator psicológico ou sócio ambiental identificado.

8.3 Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para **Psiquiatria da Infância e Adolescência e Programa de Reabilitação Intelectual** (Equipe multiprofissional: Psicopedagoga / Psicóloga / Fonoaudióloga) - Cada caso analisado individualmente.

- Suspeita ou diagnóstico de transtorno de aprendizagem (ver critérios) associado a sintomas como depressão, irritabilidade, impulsividade, agressividade, ansiedade, comportamento retraído etc.).



8.4 Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para avaliação com **otorrinolaringologista** pediátrico ou reabilitação auditiva:

- Dificuldade de aprendizagem (ver critérios) com suspeita de problemas de audição ou fala (como ausência de resposta motora a estímulos sonoros- Anexo III).

8.5 Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para avaliação com **oftalmologia pediátrica** ou reabilitação visual:

- Dificuldade de aprendizagem (ver critérios) com suspeita de problemas de visão (como erro de refração, cegueira, entre outros – vide marcos do desenvolvimento infantil- **Anexo III**).

8.6 Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas (descreva se apresenta atraso de desenvolvimento psicomotor, peso e altura adequados para idade, alterações fenotípicas sugestivas de síndrome genética, questões familiares e sociais envolvidas com o quadro);
- Apresenta doenças neurológicas associadas (como epilepsia, cefaleia, entre outras) Sim ou Não. Se sim, descreva a condição e tratamento realizado;
- Apresenta outras doenças crônicas ou psiquiátricas associadas ao quadro (sim ou não). Se sim, descreva a condição e tratamento realizado.
- Descrição do eletroencefalograma (EEG) ou neuroimagem, com data (se realizado);
- Se suspeita de problemas de audição ou fala em crianças menores de 3 anos, descrever resultado de Triagem Auditiva Neonatal;
- Descrição da avaliação psicopedagógica, com data (se realizada).

9. Distúrbios do movimento (ataxias e coreias)

- Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para **emergência**:
 - episódio agudo de ataxia em crianças (principais causas: infecção, tumor, intoxicação exógena).
- Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para **neurologia pediátrica e reabilitação física**:



- suspeita ou diagnóstico de ataxia (critérios abaixo) ou
- suspeita ou diagnóstico de coreia (critérios abaixo).

9.1 Ataxia: Avaliação e Critérios diagnósticos

9.1.1 Definição: Incoordenação motora que não é resultada de fraqueza muscular. Pode afetar movimento ocular, fala (disartria), membros, tronco, postura e marcha.

9.1.2 Quadro clínico:

- Presença de hipotonia;
- Marcha desequilibrada, tende a quedas quando reduz a base de apoio (na avaliação do equilíbrio parado com os pés juntos);
- Presença de dismetria (incapacidade de atingir um alvo como identificado pela manobra index-nariz, calcanhar-joelho);
- Presença de disdiadococcinesia (identificada pela incapacidade de realizar movimentos rápidos intercalados como pronação e supinação sobre a coxa);
- Presença de tremor de intenção (aumenta ao aproximar do alvo);

9.1.3 Causas:

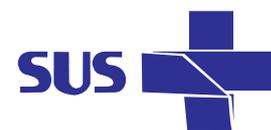
- **Agudas:** Vascular (AVC/AIT), medicamentoso, infeccioso/pós-infeccioso;
- **Subagudas:** infecções atípicas, autoimunes, neoplásico, paraneoplásico, álcool/deficiências nutricionais, doenças sistêmicas;
- **Crônicas:** genéticas, degenerativas, congênitas (geralmente não progressivas).

9.1.4 Manifestações clínicas: Causas agudas: quando de causa genética, está associada a erros inatos de metabolismo (geralmente identificadas em neonatos e início da infância). Ataxia aguda é uma emergência neurológica.

9.1.5 Medicamentos que podem provocar ataxia: antiepilépticos, álcool, amiodarona, barbitúricos, alguns quimioterápicos, lítio, metronidazol, zidovudine.

9.1.6 Avaliação na Atenção Primária à Saúde (APS):

- Evolução da doença e sintomas associados;
- História familiar de distúrbios do movimento ou outras doenças associadas a ataxia;
- Questionar medicamentos recentemente introduzidos ou possíveis de causar ataxia e avaliar possibilidade de substituição;



- Avaliação laboratorial conforme outras doenças crônicas ou sintomas que norteiam hipótese diagnóstica para causas secundárias, incluindo avaliação para sífilis e HIV.

9.2 Coreia: Avaliação e Critérios Diagnóstico

9.2.1 Quadro Clínico:

- Movimentos rápidos e irregulares que ocorrem de maneira involuntária e de forma imprevisível em diferentes partes do corpo;
- Pode estar associado à marcha irregular e instável, paciente inclinando-se e abaixando-se de um lado para o outro;
- Geralmente a força muscular é preservada, mas pode haver dificuldade para manter contração muscular como no aperto de mão;
- Desaparece durante o sono e não é suprimida por controle voluntário.

9.2.2 Causas:

- Doenças hereditárias raras (como doença de Huntington, neuroacantocitose);
- Medicamentos e toxinas: dopaminérgicos, anticolinérgicos, tricíclicos, contraceptivos orais, antipsicóticos, lítio, fenitoína, anfetaminas, intoxicação e abstinência alcóolica;
- Doenças metabólicas e endocrinológicas: hipernatremia, hiponatremia, hipomagnesemia, hipocalcemia, hipertireoidismo, hipoparatiroidismo, nutricionais (deficiência de vitamina B12, pelagra, beri-beri);
- Doenças autoimune: lúpus, purpura Henoch-Scholein;
- HIV/AIDS.

9.2.3 Avaliação na APS:

- Avaliar história familiar de distúrbios do movimento ou outras doenças raras hereditárias;
- Questionar medicamentos recentemente introduzidos e avaliar possibilidade de substituição;
- Avaliação laboratorial conforme outras doenças crônicas ou sintomas que norteiam hipótese diagnóstica para causas secundárias.

9.3 Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ambulatório de genética e reabilitação física (Fisioterapia e/ou Fisiatria)



- Suspeita ou diagnóstico de ataxia (ver critérios) de provável origem genética, após avaliação com neurologista pediátrico; ou
- Suspeita ou diagnóstico de coreia (ver critérios) de provável origem genética, após avaliação com neurologista pediátrico.

9.4 Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas;
- História familiar de ataxia ou coreia hereditária (sim ou não). Se sim, descreva o quadro e grau de parentesco;
- História de consanguinidade entre os pais (sim ou não). Se sim, descreva o grau de parentesco.

10. Microcefalia

10.1 Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para **Neurologia Pediátrica** e **Programa de Reabilitação Intelectual** (Equipe multiprofissional: Psicopedagoga / Psicóloga / Fonoaudióloga) - Cada caso analisado individualmente.

- Recém-nascidos ou crianças com suspeita de microcefalia (critérios abaixo) e alteração do crescimento/desenvolvimento neuropsicomotor; ou
- Crianças que no acompanhamento de puericultura apresentarem desaceleração do crescimento cefálico com medida inferior a -2 de desvio padrão para idade e sexo conforme critérios do Ministério da Saúde

10.2 Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ambulatório **Genética Médica** (critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde) e reabilitação intelectual:

- Recém-nascidos ou crianças com suspeita de microcefalia (critérios abaixo); ou
- Crianças que no acompanhamento de puericultura apresentarem desaceleração do crescimento cefálico com medida inferior a -2 de desvio padrão para idade e sexo.

10.3 Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas (descreva malformações, desproporção craniofacial, abaulamento de fontanela, manifestações como hipertonia e hiperexcitabilidade, atraso em marcos do desenvolvimento, outros achados relevantes);



- Descreva medida do perímetro cefálico ao nascimento e medidas realizadas posteriormente, com data;
- Descreva idade gestacional no parto da criança;
- Ecografia transfontanela ou tomografia de crânio da criança (se realizada), com data;
- Ecografia obstétrica (se achados alterados), com data;
- Criança está em acompanhamento com reabilitação intelectual de sua referência (sim ou não)? Se sim, descreva;

10.4 Casos do Ministério da Saúde para microcefalia congênita

- Requerem notificação e investigação apropriada.
- Recém-nascido nas primeiras 48 horas de vida que se enquadre em um ou mais dos seguintes critérios (preferencialmente medida com 24 horas de vida):
 - Critério antropométrico: circunferência craniana / perímetro cefálico menor que -2 desvios padrão, segundo a tabela do cartão de vacina de acordo com idade gestacional ao nascer e sexo;
 - Critério clínico:
 1. Desproporção craniofacial (macro ou microcrania em relação a face);
 2. Malformação articular dos membros (artrogripose);
 3. Ultrassonografia/ecografia alterada durante a gestação (microcefalia, microencefalia, dismorfismo em vermis cerebelar, ventriculomegalia, hidrocefalia, calcificações cerebrais disseminadas, sinéquias, disgenesia de corpo caloso, esquizecefalia/porencefalia, afilamento do córtex, occipital proeminente).
- Recém-nascido ou criança após as primeiras 48 horas de vida que se enquadre em um ou mais dos seguintes critérios:
 - Critério antropométrico:
 - a) Pré-termo (idade gestacional menor que 37 semanas): circunferência craniana menor que 2 desvios-padrão, segundo a curva de crescimento de acordo com a tabela do cartão de vacina, de acordo com idade e sexo.



- b) A termo ou pós-termo (idade gestacional igual ou maior que 37 semanas): circunferência craniana menor que -2 desvios-padrão, segundo as curvas de crescimento da OMS, de acordo com idade e sexo.
- Critério clínico:
1. Desproporção craniofacial (macro ou microcrania em relação a face);
 2. Malformação articular dos membros (artrogripose);
 1. Persistência de duas ou mais manifestações neurológicas visuais ou auditivas, sem outra causa conhecida;
 2. Identificação de duas ou mais manifestações neurológicas, visuais ou auditivas, quando mãe teve suspeita/confirmação de infecção por STORCH+Zika durante a gestação;
 3. Alteração do crescimento/desenvolvimento neuropsicomotor, sem causa definida.

REFERÊNCIAS

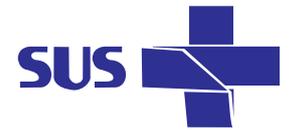
AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de microcefalia. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta de saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional: procedimentos para o monitoramento das alterações no crescimento e desenvolvimento a partir da gestação até a primeira infância, relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas dentro da capacidade operacional do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério de Saúde. Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada a infecção pelo vírus Zika. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.



BRASIL. Ministério de Saúde. Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central (SNC). Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL NETO, J. P.; TAKAYANAGUI, O. M. (Org.) Tratado de neurologia da academia brasileira de neurologia. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

FIGUEIRAS, a. c. Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI.. Washington, D.C.: OPAS, 2005.

LOSAPIO, M. F.; PONDÉ, M.P. Tradução para o português da escala M-CHAT para rastreamento precoce de autismo. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 221-229, 2008.

MATTOS, P. et al. Apresentação de uma versão em português para uso no Brasil do instrumento MTASNAP-IV de avaliação de sintomas de transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e sintomas de transtorno desafiador e de oposição. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, v. 28, n. 3, p. 290- 297, 2006.



ANEXO I

Escala M-CHAT

Como funciona a escala M-CHAT

- Essa escala consiste em 23 questões do tipo “sim” e “não”, que deve ser preenchida pelos pais ou responsáveis que estejam acompanhando a criança na consulta;
- Do número total de questões, 14 foram desenvolvidas com base em uma lista de sintomas frequentes em crianças com autismo. Se a criança obtiver mais de **3 pontos** oriundos de quaisquer dos itens, ela é considerada em **risco para autismo**.
- Se obtiver **2 pontos derivados de itens críticos** (que são as questões **2, 7, 9, 13, 14 e 15**) também é considerada em **risco** para autismo. As respostas **FALHAS** pontuadas com “não” são: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 21 e 23. As respostas **FALHAS** pontuadas com “sim” são: 11, 18, 20, 22.

A escala M-CHAT classifica as crianças em 3 níveis de risco: baixo, moderado e alto. Assim sendo, temos que:

- **Baixo Risco:** pontuação de **0 a 2**
 - Poucas chances do paciente desenvolver o Transtorno do Espectro Autista e, assim, não são necessárias medidas de intervenção;
 - Caso a criança tenha menos de 2 anos (24 meses), é necessário que o teste seja repetido.
- **Moderado** risco: pontuação de **3 a 7**
 - Nesse caso, é importante que a história da criança seja muito bem coletada, como o início dos sintomas.
- **Alto** risco: pontuação de **8 a 20**
 - Com essa pontuação, deve ser marcada uma consulta com o especialista. Com ele, será confirmado ou descartado o diagnóstico, e tomado o tratamento cabível.



Escala M-CHAT

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 o chama 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 ()



ANEXO II
Escala SNAP

Nome:				
Série:		Idade:		
OBS.: para cada item , escolha a coluna que melhor descreve a criança ou adolescente e marque um X				
Questões	Respostas			
	Nem um pouco	Só um pouco	Bastante	Demais
1- Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos de escola ou tarefas.				
2- Tem dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer.				
3- Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele.				
4- Não segue instruções até o fim e não termina deveres de escola , tarefas e obrigações.				
5- Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades.				
6- Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado.				
7- Perde coisas necessárias para atividades (por exemplo, brinquedos, deveras da escola, lápis ou livros).				
8- Distrai-se com estímulos externos.				
9- É esquecido em atividades do dia a dia.				
10- Mexe com as mãos ou pés ou se remexe na cadeia.				
11- Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado.				
12- Corre de um lado para outro ou sobe nas mobílias em situações em que isso é inapropriado.				
13- Tem dificuldade para brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma.				
14- Não para ou costuma estar a “mil por hora”.				
15- Fala em excesso.				
16- Responde às perguntas de forma precipitada antes que elas tenham sido terminadas.				
17- Tem dificuldade para esperar sua vez.				
18- Interrompe ou outros ou se intromete (por exemplo, intromete-se em conversas/jogos)				
Avaliação 1: havendo pelo menos 6 itens marcados com “BASTANTE” ou “DEMAIS” de 1 a 9 = existem mais sintomas de desatenção que o esperado numa criança ou adolescente.				
Avaliação 2: havendo pelo menos 6 itens marcados como “BASTANTE” OU “DEMAIS” de 10 a 18 = existem mais sintomas de hiperatividade e impulsividade que o esperado numa criança ou adolescente.				



ANEXO III

Estímulos Sonoros e Desenvolvimento Visual

⇒ **Respostas motoras ao estímulo sonoro em crianças de zero a 3 anos.**

1. Reflexo cócleo-palpebral

Zero a 3 meses = No início, resposta de sobressalto ou de Moro em recém-nascidos com audição normal com estímulo de 65 dB NPS (nível de pressão sonora) ou mais alto, apresentado de forma súbita. Reação de sobressalto/resposta de atenção/virar a cabeça.

3 a 6 meses = Entre 3 e 4 meses: o lactente pode começar a virar lentamente a cabeça. Resposta de atenção/virar a cabeça/localização lateral.

6 a 9 meses = 7 meses: os músculos do pescoço do lactente estão suficientemente fortes para permitir que ele gire a cabeça diretamente para o lado de onde vem o som.

Resposta de atenção/localização lateral.

Localização **INDIRETA** para baixo.

Entre 7 e 9 meses = começa a identificar a localização precisa da fonte sonora com uma virada direta da cabeça para o lado. Resposta é brusca e firme.

Ainda não olha diretamente para o som apresentado acima do nível dos olhos.

9 a 13 meses = 10 meses: começa a localizar o som acima da cabeça. Localização para o lado. Localização **DIRETA** para baixo.

16 a 24 meses = Localiza diretamente os sons para o lado, para baixo e para cima.

⇒ **Marcos do desenvolvimento visual da criança (zero a 3 anos de idade).**

30 a 34 semanas de idade gestacional = Reação pupilar à luz, fechar as pálpebras diante de luz intensa e reflexo de fixação.

Ao nascimento = Busca da fonte luminosa, fixação visual presente, mas breve, tentativas de seguir objeto em trajetória horizontal

1 mês = Contato visual e fixação visual por alguns segundos, seguimento visual em trajetória horizontal em arco de 60 graus, preferência por objetos de alto contraste e figuras geométricas simples.

2 meses = Fixação estável e muito bem desenvolvida, inicia coordenação binocular, seguimento visual em trajetória vertical, interesse por objetos novos e com padrões mais complexos, inicia sorriso social

3 meses = Desenvolve acomodação e convergência, inicia observação das mãos e faz tentativas de alcance para o objeto visualizado. Até o 3º mês, a esfera visual é de 20 a 30 centímetros

4 meses = Pode levar a mão em direção ao objeto visualizado e agarrá-lo.

5 a 6 meses = Fixa além da linha média, aumento da esfera visual, capaz de dissociar os movimentos dos olhos dos movimentos de cabeça, acuidade visual bem desenvolvida, reconhece familiar, amplia o campo visual para 180 graus, movimentos de busca visual são rápidos e precisos. Pode apresentar desvio ocular, mas, se for persistente, é necessária avaliação oftalmológica.



7 a 10 meses = Interessa-se por objetos menores e detalhes, interessa-se por figuras, esfera visual bastante ampliada, busca e reconhece objetos parcialmente escondidos.

11 a 12 meses = Orienta-se visualmente no ambiente familiar, reconhece figuras, explora detalhes de figuras e objetos, comunicação visual é efetiva

12 a 24 meses = Atenção visual, aponta para o objeto desejado, mesmo que esteja à distância, muda o foco de visão de objetos próximos para distantes com precisão, identifica em si, no outro ou em bonecos as partes do corpo, reconhece o próprio rosto no espelho, reconhece lugares, rabisca espontaneamente

24 a 36 meses = Tenta copiar círculos e retas, constrói uma torre com três ou quatro cubos. Percepção de profundidade está quase completa.

	Nome	cargo	Área de Atuação
Elaboração	Gilson Carlos Batista de Souza	Coordenação médica	Coordenador médico do AMAG
Revisão	Thais Kato de Sousa	Enfermeira	Núcleo de Governança Clínica
	Gabriela de Souza Castro Vieira	Coordenação médica	Coordenação médica Urgência e Emergência
Aprovação	Loanny Moreira Barbosa	Diretora	Diretora de Urgência, Emergência e Atenção Especializada