



**Protocolo singularizado para o Município de ITU
NEUROLOGIA PEDIÁTRICA**

Organização e Elaboração

Departamento de Regulação da Saúde Unidade de
Gestão de Promoção da Saúde

2023



Secretaria Municipal
de Saúde



Guilherme Gazzola
Prefeito Municipal

Janaina Guerino de Camargo
Secretária Municipal de Saúde

Dra. Cláudia Cristina Pinton Magaldi
Gestora médica

Dr. Fabiano C. B. Ralid
Coordenador Médico do Ambulatório de Especialidades Médicas

Dra. Larissa de Almeida Isquierdo
Médica Neurologista do Ambulatório de Especialidades Médicas

Erica J. De Castro Tuani
Coordenação de Enfermagem do Ambulatório de Especialidades Médicas

Sumário

APRESENTAÇÃO	5
FLUXO DE ATENDIMENTO	7
Priorização	7
DOENÇAS E/OU MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA	8
Sobre As Doenças E/Ou Motivos De Encaminhamento Para Consulta	8
1. Cefaleia	8
2. Epilepsia	10
3. Atraso Global do Desenvolvimento (AGD) e Deficiência intelectual	11
4. Transtornos do espectro autista (TEA)	15
5. Transtorno Específico da Aprendizagem	19
6. Microcefalia	25
7. Alterações de comportamento	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29

APRESENTAÇÃO

A **Atenção Básica** se caracteriza como porta de entrada primordial aos serviços de saúde do SUS e como locus privilegiado da gestão do cuidado dos usuários, e cumpre papel estratégico nas redes de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade. Portanto, é importante que a Atenção Básica seja altamente resolutiva, o que depende da capacidade clínica e de cuidado de suas equipes, do grau de incorporação de tecnologias duras (diagnósticas e terapêuticas) e da articulação da Atenção Básica com outros pontos da rede de saúde.

O **Serviço Especializado** (ou secundário) é marcado por diferentes gargalos no que se refere ao seu acesso, em especial no que se refere ao dimensionamento e organização das ofertas em função da própria resolutividade da atenção básica. Para que estes gargalos sejam superados é preciso organizar estratégias que impactem na Atenção Básica, nos processos de Regulação do Acesso (desde os serviços solicitantes até as Centrais de Regulação), bem como na organização da Atenção Especializada.

A **Regulação da Assistência à Saúde** visa ordenar o acesso às ações e serviços de saúde, priorizando consultas e procedimentos em saúde em tempo oportuno. Para este ordenamento são necessárias informações clínicas mínimas que permitam determinar esta necessidade. Neste sentido, o desenvolvimento de protocolos para os principais motivos de encaminhamento de cada especialidade ou para os principais procedimentos solicitados facilita a ação da regulação e colabora com uma melhor qualificação das indicações/solicitações médicas.

A oferta deste protocolo é mais uma estratégia para aumentar a ampliação do cuidado clínico, resolutividade, capacidade de coordenação do cuidado e a legitimidade social da atenção primária. Serve como subsídio para uma triagem clínica mais qualificada dos encaminhamentos desnecessários, colaborando com a priorização do acesso dos pacientes às consultas e/ou procedimentos.

Por fim, tendo como objetivo essencial o melhor uso dos recursos em saúde, além de impedir deslocamentos desnecessários, trazendo eficiência e equidade à gestão da demanda reprimida.

Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade. Ressaltamos que 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 nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas.

As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, além de contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação do caso.

Pacientes com convulsão/epilepsia com controle inadequado das crises ou cefaleia com indicação de investigação com exame de neuroimagem devem ter preferência no encaminhamento à neurologia pediátrica quando comparados com outras condições clínicas previstas neste protocolo. Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas nestes protocolos.

Entretanto, ressaltamos que existem outras condições que não foram contempladas. É responsabilidade do médico assistente tomar essa decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

Atenção: Oriente o paciente para que leve, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos que está utilizando e os exames complementares realizados recentemente.

Este PROTOCOLO foi baseado em publicação do Ministério da Saúde e UFRGS denominado PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA NEUROLOGIA PEDIÁTRICA.

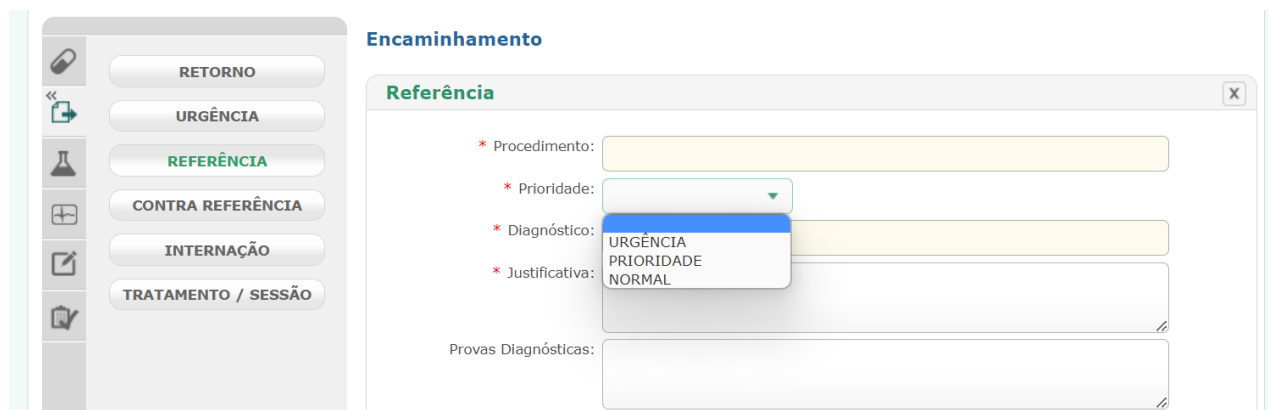
FLUXO DE ATENDIMENTO

- A necessidade de consulta será determinada pelo profissional médico/generalista ESF, que deve constatar esta necessidade e fará o encaminhamento deste paciente.
- Somente serão aptos ao agendamento os encaminhamentos que contenham todos os dados solicitados no formulário de encaminhamento.
- O paciente será agendado de acordo com Classificação de Prioridade e disponibilidade de vagas da Central de Regulação.
- O paciente será acompanhado pelo serviço de especialidade ou receberá o relatório de contra referência para acompanhamento na própria unidade básica (UBS).

Priorização

- **Urgência:** Não se aplica ao atendimento ambulatorial. São os casos com necessidade de atendimento imediato e de características hospitalares. Encaminhar as Unidades de Urgência e Emergência do Município.
- **PRIORIDADE:** Casos que necessitam de atendimento especializado em um curto período de tempo (até 21 dias); e casos cuja demora implique em dificuldade ou quebra de acesso a outros procedimentos – situações clínicas sem gravidade que necessitam de agendamento eletivo em até 02 meses;
- **NORMAL:** Todos os casos restantes – necessitam de atendimento eletivo e não prioritário e podem ser acompanhados inicialmente pelos médicos da atenção básica e agendamento com especialidade acima de 02 meses sem prejuízo ao paciente.

Quadro demonstrando as priorizações disponíveis em nosso sistema de prontuário eletrônico – siss online.



Encaminhamento

Referência

* Procedimento:

* Prioridade:

* Diagnóstico:

* Justificativa:

Provas Diagnósticas:

DOENÇAS E/OU MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA

- Cefaleia
- Epilepsia
- Atraso Global do Desenvolvimento (AGD) e Deficiência intelectual
- Transtornos do espectro autista (TEA)
- Transtorno Específico da Aprendizagem
- Microcefalia
- Alterações de comportamento

Sobre As Doenças E/Ou Motivos De Encaminhamento Para Consulta

1. Cefaleia

Condições clínicas que indicam necessidade de encaminhamento para emergência:

- Pacientes com cefaleia e 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; anisocoria ou
 - Criança que apresenta comorbidades de maior risco (anemia falciforme, imunodeficiências, história de neoplasia, coagulopatias, doenças cardíacas, neurofibromatose, esclerose tuberosa, entre outras).

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

- Migrânea (enxaqueca) ou cefaleia tipo tensão ou
- Cefaleia em pacientes menores de 10 anos; mudança de padrão de cefaleia; dor recente e progressiva (< 6 meses); desencadeadas pelo esforço físico; a dor que acorda criança a noite, localização occipital (características suspeitas de cefaleia secundárias)
- Outras cefaleias primárias que não se caracterizam como migrânea (enxaqueca) ou cefaleia tipo tensão; ou
- Necessidade de investigação com exame de imagem (quadro 1), quando esse não for disponível na APS.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Neurocirurgia Pediátrica:

- Cefaleia e exame de imagem com alteração sugestiva de potencial indicação cirúrgica (quadro 2).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- 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);
- Tratamentos em uso ou já realizados para cefaleia (medicamentos utilizados com dose e posologia);
- resultado do exame de imagem (TC ou RMN de crânio), com data (se realizado)

Quadro 1 – Indicações de exame de imagem em crianças com cefaleia

CEFALEIA RECORRENTE EM CRIANÇAS COM MENOS DE 6 ANOS

- cefaleia acorda a criança 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.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de Bonthius, Lee e Hershey (2017).

Quadro 2 – Alterações em exame de imagem sugestiva de indicação cirúrgica em pacientes com cefaleia

- presença de lesão com efeito expansivo (incluindo tumores, cisto ou malformações)
- presença de lesão sugestiva de tumor cerebral, independentemente do tamanho
- presença de aneurisma cerebral ou outra malformação vascular

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • hidrocefalia, independente da causa |
| <ul style="list-style-type: none"> • presença de malformação de Chiari. |

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018).

2. Epilepsia

Quando solicitar exame de imagem na crise inédita:

- Na urgência, solicitar exame de imagem, preferencialmente TC de crânio, para as crises sintomáticas agudas alteração prolongada do nível de consciência
 - Déficit motor persistente
 - Febre
 - Consequência de alguma entidade subjacente aguda ou agudizada (por ex.: distúrbio metabólico, infecção no SNC, acidente vascular encefálico, TCE)
- Posteriormente, pode se prosseguir investigação com RM de encéfalo

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

- Um ou mais episódios de quadro sugestivo de crise epiléptica (quadro 3), quadro de convulsão febril simples (característica benignas - quadro 4) ou complexa; ou
- Criança com diagnóstico prévio de epilepsia.

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);

Quadro 3 – Manifestações sugestivas de crise epiléptica em criança

<p>Episódios paroxísticos que podem apresentar início focal (com ou sem alteração da consciência) ou generalizado:</p>
<ul style="list-style-type: none"> • 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

Fonte: TelesaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de Wilfong (2017) e Fisher et al. (2014).

Quadro 4 – Características que sugerem convulsão febril simples de aspecto benigno

• Convulsão associada a episódio febril (acima de 38° 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

Fonte: TelesaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de Millichap (2018).

3. Atraso Global do Desenvolvimento (AGD) 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.

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

- Deficiência intelectual moderada/grave ou provável AGD (ausência de um ou mais marcos para a faixa etária anterior – sinais de alarme abaixo) ou possível AGD

(ausência de um ou mais marcos para a sua faixa etária – sinais de alarme abaixo) em crianças com:

- História familiar de deficiência intelectual/AGD em parente de primeiro grau; ou
- Pais consanguíneos; ou
- Alterações fenotípicas (como dismorfismos crâniofaciais ou esqueléticos, suspeita de síndrome genética específica, entre outros); ou
- Perímetro cefálico menor que o percentil 10 ou maior que o percentil 90.

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

- Deficiência intelectual ou provável AGD ou possível AGD (sinais de alarme abaixo) em crianças com episódio de convulsão ou outras manifestações neurológicas como ataxia/coreia; ou
- Regressão neurológica com perda de habilidades previamente adquiridas do desenvolvimento neuropsicomotor como perda de fala e/ ou marcha e/ou compreensão; ou
- Deficiência intelectual recente sem etiologia estabelecida ou com necessidade de manejo de alterações comportamentais refratárias.
- Diagnóstico de deficiência intelectual ou AGD associado com:
 - Auto/heteroagressividade; ou
 - Agitação psicomotora; ou
 - Sintomas psicóticos (delírios ou alucinações).
- Provável AGD (sinais de alarme abaixo) sem etiologia identificada; ou
- Possível AGD (sinais de alarme abaixo) que persiste após reavaliação em 30 dias.

Sinais de alarme para atraso no desenvolvimento por faixa etária:

- **Provável atraso:** ausência de um ou mais marcos para a faixa etária anterior. Referir para avaliação neuropsicomotora.
- **Possível atraso:** ausência de um ou mais marcos para a sua faixa etária. Em crianças sem outros achados de gravidade (como dismorfias, convulsão, entre outros) orientar mãe sobre estimulação de seu filho e reavaliar se atraso persiste após 30 dias. Retornar antes se intercorrências.

Para os prematuros até 12 meses de idade cronológica utilize a idade corrigida (Idade corrigida = semanas da idade cronológicas – semanas que faltaram para completar 40 semanas).

Aos 2 meses:

- Não responde a sons altos
- Não observa o movimento das coisas
- Não sorri para as pessoas
- Não leva as mãos à boca

- Não consegue manter cabeça erguida ao elevar o tronco quando está de bruços

Aos 4 meses:

- Não observa o movimento das coisas
- Não sorri para as pessoas
- Não consegue erguer a cabeça firmemente
- Não faz barulhos ou emite sons
- Não traz coisas à boca
- Não empurra as pernas quando os pés estão encostados em uma superfície dura
- Tem dificuldade em movimentar um ou ambos os olhos em todas as direções

Aos 6 meses:

- Não tenta pegar objetos que estão ao alcance
- Não mostra afeto por seus cuidadores
- Não responde aos sons ao seu redor
- Apresenta dificuldade em levar objetos à boca
- Não emite sons vogais (ah, eh, oh)
- Não rola em nenhuma direção
- Não ri ou emite sons agudos
- Parece bem duro, com músculos contraídos
- Parece bem mole, como uma boneca de pano

Aos 9 meses:

- Não suporta o peso nas pernas com apoio
- Não senta com ajuda
- Não balbucia ("mama", "baba", "dada")
- Não joga nenhum jogo envolvendo dar e receber
- Não responde ao próprio nome
- Não parece reconhecer pessoas familiares
- Não olha para onde você aponta
- Não transfere os brinquedos de uma mão para outra

Aos 12 meses:

- Não engatinha
- Não consegue ficar em pé com apoio
- Não procura objetos que viu você esconder
- Não fala palavras simples como "mama" ou "papa"
- Não aprende gestos como acenar ou balançar a cabeça

- Não aponta para objetos
- Perde habilidades que já teve

Aos 18 meses:

- Não aponta para mostrar coisas para outras pessoas
- Não consegue andar
- Não sabe para que servem objetos comuns
- Não imita os outros
- Não adquire novas palavras
- Não tem vocabulário de pelo menos 6 palavras
- Não percebe ou liga se um cuidador sai ou retorna
- Perde habilidades que já teve

Aos 2 anos

- Não usa frases de 2 palavras (por exemplo "beber leite")
- Não sabe o que fazer com coisas comuns, como escova, telefone, garfo, colher
- Não imita ações e palavras
- Não segue instruções simples
- Não anda com firmeza
- Perde habilidades que já teve

Aos 3 anos

- Cai muito ou tem dificuldade com degraus
- Baba ou apresenta fala não clara
- Não consegue manusear brinquedos simples (como painéis furados, quebra cabeças simples, maçaneta de virar)
- Não usa frases para se comunicar
- Não entende instruções simples
- Não brinca de faz de conta ou de mentirinha
- Não quer brincar com outras crianças ou com brinquedos
- Não faz contatos com os olhos
- Perde habilidades que já teve

Aos 4 anos

- Não consegue pular no mesmo local
- Apresenta dificuldades para rabiscar
- Não mostra interesse em jogos interativos ou de faz de conta
- Ignora outras crianças ou não responde a pessoas de fora da família
- Resiste à troca de roupa, hora de dormir e ir ao banheiro
- Não segue comandos de 3 partes

- Não entende "igual" e "diferente"
- Não usa "eu" e "você" corretamente
- Fala de forma não compreensível
- Perde habilidades que já teve

Aos 5 anos

- Não mostra uma série de emoções
- Demonstra comportamentos extremos (medo, agressividade, timidez ou tristeza fora do comum)
- Retraído e pouco ativo fora do comum
- É facilmente distraído, tem dificuldade em focar em uma atividade por mais que 5 minutos
- Não responde a pessoas, ou responde apenas superficialmente
- Não consegue separar o real do imaginário
- Não brinca de uma série de jogos e atividades
- Não consegue dizer seu nome e sobrenome
- Não usa plurais e tempo passado corretamente
- Não fala sobre atividades ou experiências diárias
- Não faz desenhos
- Não consegue escovar os dentes, lavar e enxugar as mãos, ou se despir sem ajuda

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 distorções 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;

4. Transtornos do espectro autista (TEA)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Neurologia Pediátrica, considerar encaminhamento para triagem em Núcleo de apoio a criança com autismo*:

- Suspeita ou diagnóstico de TEA (quadro 6).
- Suspeita ou diagnóstico de TEA (quadro 6) associado a:
 - Auto/heteroagressividade; ou

- Agitação psicomotora; ou
- Sintomas psicóticos (alucinações ou delírios).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Descrição do quadro atual (idade de início, evolução dos sintomas);
- 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;

Quadro 6 - Escala M-CHAT para triagem de transtornos do espectro autista, para ser utilizado em crianças de 16 a 30 meses

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 (exemplo: você só observou uma ou duas vezes), responda como se seu filho não tivesse 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 para apontar, para pedir alguma coisa?	Sim	Não
7. Seu filho já usou o dedo indicador para apontar, para indicar interesse em algo?	Sim	Não
8. Seu filho consegue brincar de forma correta com brinquedos pequenos (exemplo: 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 mostrá-los?	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 (exemplo: 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? (exemplo: 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

As respostas consideradas “Falha” em cada item estão relacionadas abaixo. Os itens críticos são marcados em negrito.

1. Não	6. Não	11. Sim	16. Não	21. Não
2. Não	7. Não	12. Não	17. Não	22. Sim
3. Não	8. Não	13. Não	18. Sim	23. Não
4. Não	9. Não	14. Não	19. Não	
5. Não	10. Não	15. Não	20. Sim	

Suspeita diagnóstica de TEA: falha em 3 itens no total ou 2 itens considerados críticos (2, 7, 9, 13, 14, 15).

Fonte: Losapio e Pondé (2008). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH)

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

- Diagnóstico de TDAH: seis sintomas de desatenção e/ou seis sintomas de hiperatividade e impulsividade marcadas como “Bastante” na escala SNAP, considerando resposta de pais e escola, por mais de 6 meses (quadro 7), ou
- TDAH associado a comorbidades psiquiátricas.

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);

Quadro 7 - MTA SNAP – IV Escala de pontuação para pais e professores para triagem de TDAH (Preenchido por pais ou cuidadores e escola) *

Para cada item, escolha a coluna que melhor descreve a criança/adolescente	NEM UM POUCO	UM POUCO	BASTANTE	DEMAIS
1. Falha em prestar atenção aos detalhes ou comete erros por falta de cuidado em trabalhos escolares e tarefas.				
2. Tem dificuldade em manter atenção em tarefas ou em brincadeiras.				
3. Parece não escutar quando lhe falam diretamente.				
4. Não segue instruções e falha em terminar temas de casa, tarefas ou obrigações.				
5. Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades.				
6. Evita, não gosta ou reluta em envolver-se em tarefas que exigem manutenção de esforço mental.				
7. Perde coisas necessárias para suas atividades (brinquedos, livros, lápis, material escolar).				
8. É distraído por estímulos alheios.				
9. É esquecido nas atividades diárias.				
10. Irrequieto com as mãos ou pés ou se remexe na cadeira.				
11. Abandona sua cadeira em sala de aula ou em outras situações nas quais se espera que permaneça sentado.				
12. Corre ou escala em demasia em situações nas quais isto é inapropriado.				
13. Tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer.				

14. Está a mil ou frequentemente age como se estivesse a “todo vapor”.				
15. Fala em demasia.				
16. Dá respostas precipitadas antes das perguntas serem completadas.				
17. Tem dificuldade para aguardar sua vez.				
18. Interrompe ou se intromete com os outros (exemplo: intromete-se em conversas ou brincadeiras).				

* A escala SNAP é apropriada para avaliação de pacientes entre 6 e 18 anos incompletos,

*Os itens 1 a 9 são relativos a desatenção. Os itens 10 a 18 são relacionados a hiperatividade e impulsividade. Para o diagnóstico, são necessários seis sintomas de desatenção e/ou seis sintomas de hiperatividade e impulsividade marcadas como “Bastante”, considerando resposta de pais e escola, por mais de 6 meses.

Fonte: Mattos et al. (2006). Quadro 8: Tratamento clínico otimizado para TDAH*

Para crianças e adolescentes com critérios diagnósticos para TDAH:

- Tratamento farmacológico inicial: metilfenidato: doses iniciais de 5 mg 1 ou 2 x ao dia. As doses médias devem variar entre 0,4 e 1,3 mg/kg/dia. A última dose deve ser administrada antes das 18:00. A medicação deve ser descontinuada se não houver benefício após 4 semanas de uso.

Fonte: TelessaúdeRS (2018) com base em Cordioli et al. (2015).

5. Transtorno Específico da Aprendizagem

Atenção: Este protocolo não é destinado para pacientes com Dificuldades Escolares (DE) relacionadas a problemas de origem e de ordem pedagógica, como dificuldade no aprender relacionado a professores e escola, envolvendo processos socioculturais mal estruturados, desde inadequação pedagógica até a falta de recursos materiais e humanos). Ver quadro 9, no anexo, para diagnóstico de Transtorno Específico de Aprendizagem.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para neurologia pediátrica:

- Suspeita ou diagnóstico de transtorno de aprendizagem (quadro 9) associado a alterações:
 - No exame neurológico (ataxia, sinais neurológicos focais, alteração de equilíbrio, entre outros);ou
 - Fenóticas (dismorfismos crâniofaciais ou esqueléticos, neurofibromas, etc.).
- Suspeita ou diagnóstico de transtorno de aprendizagem persistente por mais de 6 meses sem fator psicológico ou sócioambiental identificado.

- Suspeita ou diagnóstico de transtorno de aprendizagem (quadros 9) associado a sintomas como depressão, irritabilidade, impulsividade, agressividade, ansiedade, comportamento retraído, etc.).

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

- Dificuldade de aprendizagem (quadro 9) e suspeita de problemas de audição ou fala (como ausência de resposta motora a estímulos verbais – quadro 10).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para avaliação com o ftalmologia pediátrica:

- Sificuldade de aprendizagem (quadro 9) e suspeita de problemas de visão (como erro de refração, cegueira, entre outros – quadro 11).

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 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);

Quadro 9 - Critérios diagnósticos para Transtornos Específicos da Aprendizagem

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• 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: |
| <ul style="list-style-type: none">○ 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). |
| <ul style="list-style-type: none">○ 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). |
| <ul style="list-style-type: none">○ Dificuldades para ortografar (ou escrever ortograficamente) (exemplo: pode adicionar, omitir ou substituir vogais e consoantes). |

<ul style="list-style-type: none"> ○ 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)
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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).
<ul style="list-style-type: none"> ○ Dificuldades no raciocínio (tem grave dificuldade em aplicar conceitos, fatos ou operações matemáticas para solucionar problemas quantitativos).
<ul style="list-style-type: none"> • 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.
<ul style="list-style-type: none"> • 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).
<ul style="list-style-type: none"> • 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.

Fonte: American Psychiatric Association (2014).

Quadro 10 – Respostas motoras ao estímulo sonoro em crianças de zero a 3 anos.

Faixa etária	Respostas motoras	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.	Presente
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.	Presente

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.	Presente
9 a 13 meses	10 meses: começa a localizar o som acima da cabeça. Localização para o lado. Localização DIRETA para baixo.	Presente
16 a 24 meses	Localiza diretamente os sons para o lado, para baixo e para cima.	Presente

Fonte: Brasil (2016)

Quadro 11 – 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.

Fonte: Brasil (2016). Distúrbios do movimento (ataxias e coreias)

Crianças com suspeita de ataxias ou coreias serão avaliados inicialmente pela neurologia, que indicará consulta com genética médica, se necessário.

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 (quadro 12); ou
- Suspeita ou diagnóstico de coreia (quadro 13).

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;

Quadro 12 – Avaliação de ataxia

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

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 disdiadococinesia (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).

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).

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.

Medicações: antiepilépticos, álcool, amiodarona, barbitúricos, alguns quimioterápicos, lítio, metronidazol, zidovudine.

Avaliação na 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.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de Opal e Zoghbi (2016).

Quadro 13 – Avaliação de coreia

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.

Causas:

- Doenças hereditárias raras (como doença de Huntington, neuroacantocitose);
- Medicamentos e toxinas: dopaminérgicos, anticolinérgicos, tricíclicos, contraceptivos orais, antipsicóticos, lítio, fenitoína, anfetaminas, intoxicação e abstinência alcoólica;
- 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.

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.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de Greenberg (2005) e Rowland (2010).

6. Microcefalia

Casos suspeitos de microcefalia congênita ou pós-natal, relacionada ou não ao vírus Zika, devem ser registrados pelos serviços públicos e privados de saúde no formulário de Registro de Eventos de Saúde Pública (RESP) – microcefalias, disponível em www.resp.saude.gov.br/microcefalia#/painel, e encaminhados via sistema de regulação.

Ver quadro 14 para casos suspeitos de microcefalia.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Neurologia Pediátrica e reabilitação intelectual*:

- Recém-nascidos ou crianças com suspeita de microcefalia (quadro 14) e alteração do crescimento/desenvolvimento neuropsicomotor; ou
- Crianças que no acompanhamento de puericultura apresentarem desaceleração do crescimento cefálico com medida inferior a – 2 DP para idade e sexo conforme gráfico da OMS ou curva intergrow.

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 transfontanelar ou tomografia de crânio da criança (se realizada), com data;
- Ecografia obstétrica (se achados alterados), com data;
- Número da notificação no registro de eventos de saúde pública (resp);
- Criança está em acompanhamento com reabilitação intelectual de sua referência (sim ou não)? Se sim, descreva;

*Crianças com idade até 3 anos que apresentam AGD associado a microcefalia devem ser também encaminhadas para Estimulação Precoce nos serviços de referência em reabilitação intelectual, conforme Diretrizes de Estimulação Precoce do Ministério da Saúde. Para crianças com idade superior a 3 anos, tratamentos de reabilitação intelectual também estão disponíveis nestes locais. Entrar em contato com sua secretaria municipal de saúde para identificar o local de referência para o município. Na ausência de acompanhamento em reabilitação intelectual, considerar encaminhamento para agenda de reabilitação física via Gercon

Quadro 14 – Casos suspeitos de microcefalia congênita – requerem notificação e investigação apropriada

Segundo recomendações da OMS a tabela InterGrowth é utilizada para avaliação do perímetro cefálico de todas as crianças recém-nascidas (pré-termo ou a termo) quando a medida é realizada até 48 horas de vida.

Para aferições após 48 horas devida, a tabela InterGrowth é aplicada para os nascidos pré-termo e as tabelas e curvas de crescimento da OMS para os nascidos a termo.

Tais tabelas podem ser consultadas no documento “Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional” pelo link: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/12/orientacoes-integradas-vigilancia-atencao.pdf>

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 intergrowth de acordo com idade gestacional ao nascer e sexo;
- Critério clínico:
 - Desproporção craniofacial (macro ou microcrania em relação a face).
 - Malformação articular dos membros (artrogripose)
 - Ultrassonografia/ecografia alterada durante a gestação (microcefalia, microencefalia, dismorfismo em vermis cerebelar, ventriculomegalia, hidrocefalia, calcificações cerebrais disseminadas, sinéquias, disgenesia de corpo caloso, esquizencefalia/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:
 - Pré-termo (idade gestacional menor que 37 semanas): circunferência craniana menor que - 2 desvios-padrão, segundo a curva de crescimento intergrowth, de acordo com idade e sexo.
 - 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:
 - Desproporção craniofacial (macro ou microcrania em relação a face).
 - Malformação articular dos membros (artrogripose).
 - Persistência de duas ou mais manifestações neurológicas visuais ou auditivas, sem outra causa conhecida.
 - Identificação de duas ou mais manifestações neurológicas, visuais ou auditivas, quando mãe teve suspeita/confirmação de infecção por STORCH+Zika durante a gestação.
 - Alteração do crescimento/desenvolvimento neuropsicomotor, sem causa definida.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de Brasil (2017).

7. Alterações de comportamento

Condições clínicas agudas que sugerem encefalite – Considerar encaminhamento a serviço de emergência pediátrica

- (A) ENCEFALOPATIA + (B) INFLAMAÇÃO + (C) ALTERAÇÃO NEUROLÓGICA

A. Rebaixamento do nível de consciência, alteração de personalidade ou do estado mental que dura mais de 24 horas sem outra causa

- B. Febre dentro de 72 horas da apresentação inicial, pleocitose LCR (>4-5 em > 2 meses e > 15 em <2 meses), neuroimagem, EEG compatíveis
- C. neurológico: convulsões, sinais neurológicos focais
 - Encefalite auto imune:
 - Crianças previamente híginas com início rápido de sintomas neuropsiquiátricos;
 - Excluir causas infecciosas e toxicológicas

Condições clínicas agudas que sugerem doenças neuroinflamatórias e desmielinizantes adquiridas na infância e devem ser encaminhadas ao Neurologista Pediátrico

- Dor periorbital ou dor de cabeça frontal que piora com movimentação ocular, redução subaguda da acuidade visual, visão anormal de cores e contrastes, defeito no campo visual
- Dor radicular, déficit motor, alteração esfinteriana e alteração de sensibilidade subaguda. Pode incluir: parestesia, hiperestesia, dor local em queimação
- Irritabilidade, confusão, letargia; associado a déficit neurológico multifocal (tracto espinal, ataxia, hemiparesia, paresia de pares de nervoso cranianos, crise convulsiva, neurite), com pico de piora em 4-7 dias. Pode apresentar previamente pródromos de quadro infeccioso viral (febre, mal estar, cefaleia, náusea e vômitos)
- Perda visual súbita e/ou transitória, ataxia, diplopia, parestesia/diminuição de força, sintomas urinárias, paralisia dos nervoso cranianos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS; COUNCIL ON CHILDREN WITH DISABILITIES. Identifying infants and young children with developmental disorders in the medical home: an algorithm for developmental surveillance and screening. Pediatrics, Springfield, v. 118, n. 1, p. 405-420, 2006. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/118/1/405.long>>.

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

ATLANTIC HEALTH SYSTEM. Pediatric neurology and neurosurgery. Morristown, NJ: Atlantic Health System, 2018. Disponível em: <<http://www.atlantichealth.org/neuroscience/our+services/diagnostics+and+treatments/pediatric+neurology+and+neurosurgery>>.

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. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/13/Diretrizes-de-Estimulacao-Precoce.pdf>>.

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. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/12/orientacoes-integradas-vigilancia-atencao.pdf>>.

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. Disponível em: <<http://combateaedes.saude.gov.br/images/sala-de-situacao/Microcefalia-Protocolo-de-vigilancia-e-resposta-10mar2016-18h.pdf>>.

BONTHIUS, D. J.; LEE, A. G.; HERSHEY, A. D. Headache in children: Approach to evaluation and general management strategies [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2017.

Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/headache-in-children-approach-to-evaluation-and-general-management-strategies>>.

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

CONNECTICUT STATE. Department of Education. Guidelines for identifying children with learning disabilities. Hartford, CT: Connecticut State, 2010. Disponível em: <http://portal.ct.gov/-/media/SDE/Special-Education/2010_Learning_Disability_Guidelines_Acc.pdf>.

CORDIOLI, A. V.; GALLOIS, C. B.; ISOLAN, L. (Org.). Psicofármacos: consulta rápida. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

DUNCAN, B. B. et al (Orgs.). Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

FIGUEIRAS, a. c. Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI.. Washington, D.C.: OPAS, 2005. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/pediatria/conteudos-1/ppsca/bibliografia/crescimento-e-desenvolvimento/figueiras-manual-para-vigilancia-do-desenvolvimento-infantil-no-contexto-da-aidpi-2005/view>>.

FISHER, R. S. et al. ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*, Copenhagen, v. 55, n. 4, p. 475-482, 2014.

GLADSTEIN, J.; MACK, K. J. Common presentations of chronic daily headache in adolescents. *Pediatric Annals*, New York, v. 39, n. 7, p. 424-430, 2010.

HARZHEIM, E.; AGOSTINHO, M. R.; KATZ, N. Protocolos de encaminhamento para genética médica [Internet]. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2016. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/ptrs_genetica.pdf>.

KULKARNI, M. Approach to learning disability. *Indian Journal of Pediatrics*, New Delhi, v. 68, n. 6, p. 539-546. Disponível em: <<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2FBF02723250.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2018.

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. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v30n3/v30n3a11.pdf>>.

MACK, K. J. Preventive treatment of migraine in children [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2016. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/preventive-treatment-of-migraine-in-children>>.

MATTOS, P. et al. Apresentação de uma versão em português para uso no Brasil do instrumento MTA- SNAP-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. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v28n3/v28n3a08.pdf>>

MILLICHAP, J. J. Clinical features and evaluation of febrile seizures [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-evaluation-of-febrile-seizures>.

NAG, S.; SNOWLING, M. School underachievement and specific learning difficulties. In: IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2015. Disponível em: <<http://iacapap.org/wp-content/uploads/C.3-LEARNING-DISABILITIES-072012.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2018.

NEWTON, R. W. Childhood headache. Archives of Disease in Childhood Education and Practice edition. London, v. 93, p. 105, 2008. Disponível em: <<http://ep.bmj.com/content/93/4/105.long>>.

THE FUTURE OF CHILDREN. Special education for students with disabilities. Princeton, NJ: Princeton University, v. 6, n. 1, Spring, 1996.

UPTODATE. Definitions of learning disability [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em:

<https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=PEDS%2F53010&topicKey=PEDS%2F610&rank=1~150&source=see_link&search=learning%20problems&utdPopUp=true>

VON HAHN, L. E. Specific learning disabilities in children: Clinical features [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2016. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/specific-learning-disabilities-in-children-clinical-features?source=search_result&search=learning%20problems&selectedTitle=1~150>. Acesso em: 24 abr. 2018.

WILFONG, A. Seizures and epilepsy in children: Classification, etiology, and clinical features [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/seizures-and-epilepsy-in-children-classification-etiology-and-clinical-features>>. Acesso em: 25 abr. 2018.

<https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-protocolos/> acesso em Maio de 2023.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:	Versão:	Data aprovação: