



Regula SUS

Protocolos de Regulação Ambulatorial

Neurologia Pediátrica

2ª Edição

Versão Digital

2024

Publicadores

Universidade Federal do Rio Grande do Sul - TelessaúdeRS-UFRGS
Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul

Organizadores

Ana Cláudia Magnus Martins
Luíza Emília Bezerra de Medeiros
Renata Rosa de Carvalho
Elise Botteselle de Oliveira
Rudi Roman
Juliana Nunes Pfeil
Rodolfo Souza da Silva
Natan Katz
Roberto Nunes Umpierre

Protocolos de Regulação Ambulatorial

Neurologia Pediátrica

2ª Edição

Porto Alegre
UFRGS
2024



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial - Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total deste protocolo desde que citada a fonte.

A coleção dos Protocolos de Regulação Ambulatorial do Rio Grande do Sul (RegulaSUS) pode ser acessada na íntegra na homepage do projeto TelessaúdeRS-UFRGS. **Atenção:** verifique se há edições atualizadas deste material na página: <https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-protocolos/>.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Faculdade de Medicina – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
TelessaúdeRS-UFRGS – Sede Barbara Starfield
Rua Dona Laura, 320 – 11º andar. Bairro Rio Branco
CEP: 90430 – 090 – Porto Alegre/RS
Tel.: (51) 3308.2092
Site: telessauders.ufrgs.br
E-mail: contato@telessauders.ufrgs.br

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL
Av. Borges de Medeiros, 1501 – 6º andar. Bairro Praia de Belas
CEP: 90110-150 – Porto Alegre/RS
Tel.: (51) 3288-5800
Site: saude.rs.gov.br/

1ª Edição – 2018.

2ª Edição – 2024.

Ficha catalográfica

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

U58 Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. TelessaúdeRS-UFRGS
Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde
Protocolos de Regulação Ambulatorial: Neurologia Pediátrica [recurso eletrônico]/ Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. TelessaúdeRS-UFRGS; Secretaria Estadual da Saúde. – 2. ed. – Porto Alegre: UFRGS, 2024.

52 p.

1. Protocolos Clínicos 2. Neurologia Pediátrica 3. Atenção primária à saúde 4. Telemedicina I. Universidade Federal do Rio Grande do Sul II. Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde III. TelessaúdeRS-UFRGS.

NLM WS 340.5

Catálogo na fonte – Letícia Pereira de Souza (CRB10/2768)

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Reitor: Prof. Carlos André Bulhões

Vice-Reitora: Profa. Patrícia Helena Lucas Pranke

Faculdade de Medicina

Diretora: Profa. Lúcia Maria Kliemann

Departamento de Medicina Social

Chefe: Prof. Paulo Antonio Barros Oliveira

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia

Coordenador: Prof. Rodrigo Citton Padilha dos Reis

TelessaúdeRS-UFRGS

Coordenador Geral: Roberto Nunes Umpierre

Vice-Coordenador Geral: Natan Katz

Coordenador Executivo: Rodolfo Souza da Silva

Coordenador Técnico-Científico: Marcelo Rodrigues Gonçalves

Coordenador Técnico-Científico substituto: Dimitris Rucks Varvaki Rados

Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul

Secretária da Saúde: Arita Bergmann

<p><i>Organização:</i> Ana Cláudia Magnus Martins¹ Luíza Emília Bezerra de Medeiros¹ Renata Rosa de Carvalho¹ Elise Botteselle de Oliveira¹ Rudi Roman¹ Juliana Nunes Pfeil¹ Marcelo Rodrigues Gonçalves^{1,2} Rodolfo Souza da Silva¹ Natan Katz^{1,2} Roberto Nunes Umpierre^{1,2}</p> <p><i>Autoria:</i> Artur Francisco Schumacher Schuch^{3,4} Carlos André Aita Schmitz^{1,5} Carlos Eduardo Aliatti Mantese⁶ Dimitris Rucks Varvaki Rados^{1,7} Elise Botteselle de Oliveira¹ Felipe Bauer Pinto da Costa⁶ Fernanda Lucia Capitano Baeza⁸ Isabel Cristina Schütz Ferreira⁶ João Ricardo Hass Massena⁶ Justino Afonso Cuadros Noble¹ Ligia Marroni Burigo¹ Luíza Emília Bezerra de Medeiros¹ Milena Rodrigues Agostinho Rech⁹ Raísa Dall'Agnol Fiorentin¹ Rudi Roman¹ Renata Rosa de Carvalho¹ Sara Kvitko de Moura¹⁰</p>	<p><i>Revisão técnica:</i> Leticia Machado Rosa da Silva¹¹ Rudimar dos Santos Riesgo^{12,13} Thais Lampert Monte⁴</p> <p><i>Colaboração:</i> Scheila Ernestina Lima¹⁴ Yara Regina da Cunha Castro¹⁴</p> <p><i>Revisão de texto e Normalização:</i> Bruna Rodrigues da Silva¹ Letícia Pereira de Souza¹</p> <p><i>Design:</i> Michelle Lashmine Mauhs¹</p> <p><i>Diagramação:</i> Luisa Nascimento¹ Laura Paiva Etchichury¹ Laura Willke de Moraes¹</p>
---	---

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, TelessaúdeRS-UFRGS.

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social.

³ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Ciências Básicas da Saúde, Departamento de Farmacologia.

⁴ Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Serviço de Neurologia.

⁵ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Departamento de Saúde Coletiva.

⁶ Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

⁷ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Interna.

⁸ Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Serviço de Psiquiatria.

⁹ Universidade de Caxias do Sul.

¹⁰ Hospital Materno Infantil Presidente Vargas.

¹¹ Hospital da Criança Santo Antônio.

¹² Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Departamento de Pediatria.

¹³ Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Serviço de Neurologia Infantil.

¹⁴ Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, Departamento de Regulação Estadual.

Como citar este documento:

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS; RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Protocolos de Regulação Ambulatorial: Neurologia Pediátrica**. 2. ed. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 18 abr. 2024. Disponível em: [https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-protocolos/..](https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-protocolos/) Acesso em: dia, mês abreviado e ano.

Sumário

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL: NEUROLOGIA PEDIÁTRICA	6
Mudanças da nova versão	7
Protocolo 1 – Cefaleia	9
Protocolo 2 – Epilepsia	10
Protocolo 3 – Atraso do Desenvolvimento	11
Protocolo 4 – Deficiência Intelectual	13
Protocolo 5 – Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)	14
Protocolo 6 – Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH)	16
Protocolo 7 – Transtorno Específico da Aprendizagem	17
Protocolo 8 – Distúrbios do Movimento (Ataxias, Coreias e Distonias)	18
Protocolo 9 – Microcefalia	19
Protocolo 10 – Prematuridade	21
REFERÊNCIAS	22
APÊNDICES – MATERIAIS COMPLEMENTARES	27

Protocolos de Regulação Ambulatorial: Neurologia Pediátrica

Os protocolos de Neurologia Pediátrica foram publicados como parte integrante da [Estratégia RegulaSUS](#) de otimização do acesso à atenção especializada. Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade Neurologia Pediátrica. 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 contemplados nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas, incluindo a expectativa do médico assistente com o encaminhamento.

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 e para tratamento do caso. O resultado de exames complementares é uma informação importante para auxiliar o trabalho da regulação e deve ser descrito quando realizado pelo paciente. Sua solicitação consta no conteúdo descritivo mínimo de cada protocolo. Contudo, os referidos exames não são obrigatórios para os locais sem esses recursos e sua falta não impede a solicitação de consulta especializada.

Pacientes com cefaleia com indicação de investigação com exame de imagem, convulsão/epilepsia com controle inadequado das crises, atraso do desenvolvimento e idade menor ou igual a 3 anos, microcefalia com atraso do desenvolvimento, suspeita ou diagnóstico de TEA em crianças com idade menor ou igual a 3 anos, suspeita ou diagnóstico de ataxia ou coreia devem ter preferência no encaminhamento à Neurologia Pediátrica, quando comparado com outras condições clínicas.

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas nesses protocolos. Entretanto, ressaltamos que existem muitas outras condições que não foram contempladas. É responsabilidade do médico assistente tomar a 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 em uso e os exames complementares recentes.

Elaborado em 28 de maio de 2018.
Última revisão em 18 de abril de 2024.

Mudanças da nova versão

- Inclusão de 1 novo protocolo:
 - Protocolo 10 – Prematuridade.
- No Protocolo 1 – Cefaleia:
 - atualização das indicações de encaminhamento para urgência/emergência, com acréscimo do Quadro 1 (sinais de alerta em crianças com cefaleia que sugerem manejo em serviço de emergência/urgência);
 - inclusão de condições clínicas que indicam a necessidade de investigação com exame de imagem;
 - inclusão do Quadro 2 (características das principais causas de cefaleia em crianças);
 - acréscimo da Figura 1 (diário de cefaleia).
- No Protocolo 2 – Epilepsia:
 - atualização das indicações de encaminhamento para urgência/emergência e para Neurologia Pediátrica;
 - atualização do conteúdo descritivo mínimo.
- O Protocolo 3 da versão anterior foi dividido, para dar lugar a 2 novos protocolos:
 - Protocolo 3 – Atraso do Desenvolvimento:
 - atualização das indicações de encaminhamento para Neurologia Pediátrica;
 - atualização do Quadro 6 (marcos do desenvolvimento em crianças de 0 a 6 anos);
 - atualização do conteúdo descritivo mínimo.
 - Protocolo 4 – Deficiência Intelectual:
 - atualização das indicações de encaminhamento para Neurologia Pediátrica;
 - atualização do conteúdo descritivo mínimo.
- No Protocolo 5 – Transtorno do Espectro Autista (TEA):
 - inclusão das indicações de encaminhamento para urgência/emergência;
 - atualização das indicações de encaminhamento e mudança nas condições que indicam especialidades específicas, com inclusão da Genética Médica;
 - acréscimo dos Quadros 8 (características clínicas de crianças com risco para TEA) e 10 (critérios diagnósticos do TEA), para auxílio diagnóstico de TEA em crianças maiores de 30 meses de vida.
- No Protocolo 6 – Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH):
 - atualização das indicações de encaminhamento e do conteúdo descritivo mínimo.
- No Protocolo 7 – Transtorno Específico da Aprendizagem:
 - acréscimo da Figura 2 (figura ilustrativa da tabela de acuidade visual para longe, para crianças a partir de 3 anos de idade) e da Figura 3 (figura ilustrativa da tabela de acuidade visual para perto, para crianças a partir de 3 anos de idade).
- No Protocolo 8 – Distúrbios do Movimento (Ataxias, Coreias e Distonias):
 - atualização das indicações de encaminhamento e do conteúdo descritivo mínimo.

- No Protocolo 9 – Microcefalia:
 - atualização das indicações de encaminhamento e mudança nas condições que indicam especialidades específicas, com inclusão da Pediatria e Reabilitação;
 - atualização do Quadro 18 (casos de síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika);
 - inclusão das figura 4A e 4B (gráfico internacional de perímetro cefálico por idade para meninos e meninas nascidos pré-termo, respectivamente) e das Figuras 6A e 6B (perímetro cefálico por idade para meninos e meninas nascidos a termo, respectivamente).

Protocolo 1 – Cefaleia

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- pacientes com cefaleia e sinais de alerta ([Quadro 1](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de investigação com exame de imagem (ressonância magnética nuclear – RMN ou tomografia computadorizada de crânio – TC de crânio)¹:

- cefaleia recorrente em crianças com menos de 6 anos;
- cefaleia que acorda a criança durante o sono ou ocorre logo ao acordar;
- criança com sintomas neurológicos associados (náusea, vômito, alteração de estado mental, ataxia, alterações focais, convulsão), quando não realizado exame de imagem em serviço de emergência;
- dor em região occipital (exceto se diagnóstico claro de cefaleia tipo tensão – [Quadro 2](#));

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

- migrânea (enxaqueca) ou cefaleia tipo tensão ([Quadro 2](#)) refratária ao manejo profilático na APS por um período mínimo de 2 meses;
- outras cefaleias primárias que não se caracterizam como migrânea (enxaqueca) ou cefaleia tipo tensão ([Quadro 2](#));
- necessidade de investigação com exame de imagem (RMN ou TC de crânio), quando exame 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 3](#)).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (idade de início da cefaleia, tempo de evolução, frequência, modo de instalação e horário preferencial das crises, fatores desencadeantes, de alívio e de agravamento, presença de aura, localização, qualidade e intensidade da dor, impacto nas atividades sociais e escolares, outros sinais e sintomas associados e exame físico neurológico - ver diário de cefaleia na [Figura 1](#));
2. tratamento em uso ou já realizado para a condição (medicamentos utilizados com dose e posologia);
3. anexar laudo de exame de imagem (RMN ou TC de crânio), preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
4. número da teleconsultoria, se o caso já foi discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹ Exames de imagem em crianças com cefaleia e sem achados neurológicos anormais na anamnese e/ou exame físico não são recomendados, pois têm baixo rendimento para achados clinicamente significativos e potencial de gerar sobrediagnóstico em até um terço dos pacientes com achados incidentais.

Protocolo 2 – Epilepsia

Condições clínicas que indicam necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- suspeita de crise convulsiva provocada por condições agudas e transitórias, como alterações sistêmicas, metabólicas ou tóxicas, ou lesões ao sistema nervoso central (infecção, acidente vascular cerebral, trauma craniano, hemorragia intracerebral ou intoxicação);
- crise convulsiva que dura mais de 5 minutos ou crises que recorrem sem a completa recuperação da consciência.

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

- um ou mais episódios sugestivos de crise epiléptica ([Quadro 4](#)), exceto quadro de convulsão febril simples ([Quadro 5](#));
- criança com diagnóstico prévio de epilepsia com controle inadequado das crises, apesar do tratamento otimizado com monoterapia em dose plena e descartada má adesão;
- criança com diagnóstico prévio de epilepsia e efeitos adversos intoleráveis da medicação.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (características e frequência das crises convulsivas, idade de início, tempo de evolução, fatores desencadeantes, exame físico neurológico, outros sinais e sintomas fora das crises convulsivas);
2. histórico gineco-obstétrico: idade gestacional no parto da criança, peso ao nascer, infecções congênitas;
3. lesão cerebral oriunda de traumatismo ocorrido durante o parto (sim ou não). Se sim, descreva o tipo;
4. presença de doenças cerebrovasculares ou infecções graves durante a infância (sim ou não). Se sim, descreva;
5. história prévia de epilepsia (sim ou não). Se sim, descreva o tipo;
6. história familiar de epilepsia (sim ou não). Se sim, descreva o grau de parentesco e tipo;
7. tratamento em uso ou já realizado para a condição (medicamentos utilizados com dose e posologia);
8. medicamentos em uso que interferem no limiar convulsivo (sim ou não). Se sim, descreva;
9. avaliação clínica da adesão ao tratamento (sim ou não);
10. anexar laudo de exame de imagem (RMN ou TC de crânio), preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
11. anexar laudo de eletroencefalograma, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
12. número da teleconsultoria, se o caso já foi discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 3 – Atraso do Desenvolvimento

Atraso Global do Desenvolvimento (AGD) é um termo reservado a crianças menores de 5 anos de idade. É utilizado quando o indivíduo não tem as competências esperadas para a idade em, pelo menos, dois marcos do desenvolvimento (fala, motor fino e grosso, dificuldades na socialização, dificuldade para aprender habilidades novas).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Neurologia Pediátrica e Reabilitação Intelectual e/ou Reabilitação Física (conforme necessidade)¹:

- provável atraso do desenvolvimento (ausência de um ou mais marcos para a faixa etária anterior – [Quadro 6](#)) em crianças com episódio de convulsão ou outras manifestações neurológicas como ataxia, coreia ou distonia;
- regressão neurológica com perda de habilidades previamente adquiridas do desenvolvimento neuropsicomotor, como perda de fala e/ou marcha e/ou compreensão.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Neurologia Pediátrica e Genética Médica e Reabilitação Intelectual e/ou Reabilitação Física (conforme necessidade)¹:

- provável atraso do desenvolvimento (ausência de um ou mais marcos para a faixa etária anterior – [Quadro 6](#)) em crianças com:
 - história familiar de deficiência intelectual ou AGD em parente de primeiro grau; ou
 - pais consanguíneos; ou
 - alterações fenotípicas (como dismorfismos craniofaciais ou esqueléticos, suspeita de síndrome genética específica, entre outros); ou
 - perímetro cefálico menor que -2 escores Z ou maior que +2 escores Z.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Pediatria e Reabilitação Intelectual e/ou Reabilitação Física (conforme necessidade)¹:

- provável atraso do desenvolvimento (ausência de um ou mais marcos para a faixa etária anterior – [Quadro 6](#)) sem etiologia identificada;
- sinal de alerta para o desenvolvimento (ausência de um ou mais marcos ao final da sua faixa etária – [Quadro 6](#)), que persiste após reavaliação em 30 dias.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Reabilitação Auditiva Pediátrica:

- provável atraso do desenvolvimento (ausência de um ou mais marcos para a faixa etária anterior – [Quadro 6](#)) e suspeita de problemas de audição ou fala ([Quadro 7](#)).

¹ Crianças com até 3 anos de idade que apresentam atraso no desenvolvimento devem ter prioridade no encaminhamento para estimulação precoce nos serviços de referência em Reabilitação Intelectual ou Reabilitação Física, conforme necessidade e Diretrizes de Estimulação Precoce do Ministério da Saúde.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. 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);
2. histórico gineco-obstétrico (uso de álcool durante a gestação, medicações utilizadas durante a gravidez, uso de drogas ilícitas, malformações e infecções congênitas);
3. histórico perinatal (intercorrências como: nascimento prematuro, hipóxia, infecção, trauma, hipoglicemia, hiperbilirrubinemia, baixo peso ao nascer e hemorragia intracraniana);
4. fatores de riscos sociais ou ambientais (baixa escolaridade parental, ruptura de vínculo familiar, fragilidades afetivas e relacionais, especialmente durante o primeiro ano de vida, comprometimento do estado nutricional, abuso infantil ou negligência);
5. histórico familiar de AGD, deficiência intelectual ou doenças raras (sim ou não). Se sim, descreva o quadro e grau de parentesco;
6. anexar laudo do teste do pezinho, preferencialmente, ou descrever na íntegra o seu resultado, com data;
7. descrição de demais triagens neonatais realizadas (teste do reflexo vermelho, triagem auditiva), com data;
8. história de consanguinidade entre os pais (sim ou não). Se sim, descreva o grau de parentesco;
9. medicamentos em uso (descrever dose e posologia);
10. acompanhamento com reabilitação intelectual de sua referência (sim ou não). Se sim, descreva;
11. número da teleconsultoria, se o caso já foi discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 4 – Deficiência Intelectual

A deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) faz parte dos transtornos do neurodesenvolvimento. Caracteriza-se por déficits em capacidades mentais genéricas, como raciocínio, solução de problemas, planejamento, pensamento abstrato, juízo, aprendizagem acadêmica e aprendizagem pela experiência, que se iniciam no período do desenvolvimento (infância ou adolescência). Em crianças, esse diagnóstico só pode ser aplicado **a partir dos 6 anos de idade**.

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

- deficiência intelectual em crianças com episódio de convulsão ou outras manifestações neurológicas, como ataxia, coreia e distonia;
- deficiência intelectual recente sem etiologia estabelecida.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Neurologia Pediátrica e Genética Médica e Reabilitação Intelectual:

- deficiência intelectual moderada/grave em crianças com:
 - história familiar de deficiência intelectual em parente de primeiro grau; ou
 - pais consanguíneos; ou
 - alterações fenotípicas (como dismorfismos craniofaciais ou esqueléticos, suspeita de síndrome genética específica, entre outros).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Reabilitação Intelectual:

- funcionamento intelectual significativamente inferior à média;
- limitações significativas no funcionamento adaptativo em, pelo menos, duas das seguintes áreas de habilidades: comunicação, autocuidado, vida doméstica, habilidades sociais/interpessoais, uso de recursos comunitários, autossuficiência, habilidades de aprendizagem, trabalho, lazer e segurança.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. 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, erros inatos do metabolismo ou outros achados relevantes);
2. histórico familiar de AGD, deficiência intelectual ou doenças raras (sim ou não). Se sim, descreva o quadro e grau de parentesco;
3. histórico gineco-obstétrico: uso de álcool durante a gestação, medicações utilizadas durante a gravidez, uso de drogas ilícitas, desnutrição materna, infecções congênitas, gestação múltipla;
4. histórico perinatal (intercorrências como nascimento prematuro, hipóxia, infecção, trauma, hipoglicemia, baixo peso ao nascer e hemorragia intracraniana);
5. anexar laudo do teste do pezinho, preferencialmente, ou descrever, na íntegra o seu resultado, com data;
6. descrição de demais triagens neonatais realizadas (teste do reflexo vermelho, triagem auditiva), com data;
7. história de consanguinidade entre os pais (sim ou não). Se sim, descreva o grau de parentesco;
8. medicamentos em uso (descrever dose e posologia);
9. acompanhamento com reabilitação intelectual de sua referência (sim ou não). Se sim, descreva;
10. número da teleconsultoria, se o caso já foi discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 5 – Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)

O TEA é um transtorno do neurodesenvolvimento, caracterizado por desenvolvimento atípico, manifestações comportamentais, déficits na comunicação e na interação social, padrões de comportamentos repetitivos e estereotipados, podendo apresentar um repertório restrito de interesses e atividades ([Quadro 8](#)). Recomenda-se que toda criança seja submetida à triagem de TEA na consulta de 18 meses, por meio da aplicação da escala M-CHAT-R/F™ ([Quadro 9](#)). A aplicação do M-CHAT-R/F™ é recomendada para crianças com idade entre 16 e 30 meses. O teste pode ser repetido em intervalos regulares ou quando houver dúvida. Em casos suspeitos, a aplicação da M-CHAT-R/F™ deve ser antecipada para uma consulta com 16 meses de idade. Para as crianças acima de 30 meses de idade, sugere-se a revisão dos sintomas presentes em comparação com critérios diagnósticos, descritos no [Quadro 10](#).

O programa TEAcolhe, da Secretaria de Saúde do RS, trabalha na metodologia do matriciamento, preconizando a discussão dos casos e promovendo o alinhamento entre os serviços envolvidos. Para acessar a rede do programa TEAcolhe, entre em contato com a equipe do [Centro Regional de Referência](#) da sua respectiva Região de Saúde. Mais informações no site <https://saude.rs.gov.br/conheca-o-programa-teacolhe>.

Médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde podem solicitar consultorias para o serviço Alô Genética, pelo telefone 0800 748 7829 ou WhatsApp (51) 3455-0027, e-mail alogenetica@cdr.org.br, ou por formulário de atendimento no site <https://alogenetica.cdr.org.br/>.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- pacientes com suspeita ou diagnóstico de TEA ([Quadro 8](#), [Quadro 9](#) e [Quadro 10](#)) e agitação e/ou agressividade graves.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Neurologia Pediátrica e Reabilitação Intelectual¹:

- suspeita ou diagnóstico de TEA ([Quadro 8](#), [Quadro 9](#) e [Quadro 10](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Neurologia Pediátrica e Genética Médica e Reabilitação Intelectual¹:

- diagnóstico de TEA e história familiar de TEA em parentes de primeiro grau, que necessite avaliação presencial após discussão com Alô Genética;
- diagnóstico de TEA e pais consanguíneos (irmãos, primos de segundo ou primeiro grau), que necessite avaliação presencial após discussão com Alô Genética;
- dismorfias e características sugestivas de síndrome associadas ao TEA ([Quadro 11](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço de referência em Reabilitação Intelectual¹:

- suspeita ou diagnóstico de TEA ([Quadro 8](#), [Quadro 9](#) e [Quadro 10](#)).

¹ Crianças com até 3 anos de idade que apresentam atraso no desenvolvimento devem ter prioridade no encaminhamento para estimulação precoce nos serviços de referência em Reabilitação Intelectual, conforme Diretrizes de Estimulação Precoce do Ministério da Saúde.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro atual (idade de início, evolução dos sintomas, dismorfias, descrever marcos do desenvolvimentos atrasados e os já adquiridos);
2. se criança entre 16 e 30 meses, anexar M-CHAT-R/F™ ([Quadro 9](#)) preenchido por pais/cuidadores, preferencialmente, ou descrever seu resultado, com data. Se criança maior que 30 meses, descrever os critérios diagnósticos presentes, conforme [Quadro 10](#);
3. histórico de outros transtornos psiquiátricos ou internações psiquiátricas atuais e/ou passados (sim ou não). Se sim, descreva;
4. tratamento em uso ou já realizado para a condição (medicamentos utilizados com dose e posologia);
5. histórico familiar de TEA/deficiência intelectual ou pais consanguíneos (sim ou não). Se sim, descreva;
6. número da teleconsultoria, se o caso já foi discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 6 – Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH)

O TDAH é uma condição do neurodesenvolvimento caracterizada por desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade frequentes, generalizadas, que interferem no funcionamento ou desenvolvimento normal. Seu diagnóstico é sugerido pela presença, por pelo menos 6 meses, de pelo menos 6 sintomas de desatenção e/ou 6 sintomas de hiperatividade e impulsividade marcadas como “Bastante” na escala SNAP ([Quadro 12](#)), considerando resposta de pais/cuidadores e escola.

A avaliação para TDAH só deve ser iniciada em crianças a partir dos 4 anos de idade, que apresentem sintomas de desatenção, hiperatividade ou impulsividade. Até os 4 anos, ocorre um aumento exponencial do comportamento fisicamente agressivo, que pode incluir morder, agredir colegas, familiares e o cuidador principal. Explosões emocionais intensas normalmente originam-se da resistência da criança aos pedidos dos pais, da frustração com eventos externos ou do estado de cansaço ou mesmo fome. Geralmente, ocorrem porque as crianças ainda estão adquirindo competências linguísticas para descrever suas emoções e desejos. Essas ações diminuem significativamente por volta dos 4 ou 5 anos, quando as crianças aumentam o seu vocabulário emocional, capacidades de autorregulação e conhecimento de demonstrações de emoção socialmente apropriadas.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço de referência em Saúde Mental Infantil (preferencialmente) ou Neurologia Pediátrica:

- pontuação positiva para TDAH ([Quadro 12](#)) em crianças de 4 a 6 anos incompletos;
- a partir da idade de 6 anos completos: pontuação positiva para TDAH ([Quadro 12](#)), com sintomas persistentes após tratamento inicial em doses otimizadas por, pelo menos, 4 semanas ([Quadro 13](#)), ocasionando:
 - dificuldades de aprendizagem; ou
 - agitação psicomotora, com dificuldade de manejo comportamental e prejuízo ao acompanhamento de aulas ou risco de dano à integridade física de si mesmo ou terceiros; ou
 - dificuldade de definição diagnóstica por associação de sinais/sintomas do transtorno do espectro do autismo.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro atual (idade de início, evolução dos sintomas, com duração, frequência e oscilações, e características que sugerem diagnóstico – [Quadro 12](#));
2. anexar SNAP ([Quadro 12](#)) preenchido por pais/cuidadores e escola;
3. descrever as repercussões no funcionamento social e acadêmico;
4. sintomas são percebidos em mais de um ambiente (por exemplo: casa e escola) (sim ou não). Se sim, descreva em quais ambientes. Se disponível, anexar relatório da escola sobre o comportamento do paciente;
5. histórico de outros transtornos psiquiátricos atuais e/ou passados (sim ou não). Se sim, descreva (relatar se houve internação);
6. tratamento em uso ou já realizado para a condição (não farmacológico - tipo, duração, acompanhamento em Centro de Atenção Psicossocial - CAPS/CAPSi e resposta terapêutica; e farmacológico - posologia, tempo de uso, tolerabilidade e padrão de resposta);
7. histórico familiar de transtornos psiquiátricos ou estressores psicossociais familiares (sim ou não). Se sim, descreva;
8. número da teleconsultoria, se o caso já foi discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 7 – Transtorno Específico da Aprendizagem

Este protocolo não é destinado para pacientes com dificuldades escolares 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 14](#), 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 14](#)) associado a alterações:
 - no exame neurológico (como ataxia, sinais neurológicos focais, alteração de equilíbrio); ou
 - fenotípicas (como dismorfismos craniofaciais ou esqueléticos, neurofibromas);
- suspeita ou diagnóstico de transtorno de aprendizagem persistente por mais de 6 meses sem fator psicológico ou socioambiental identificado.

Condições clínicas que indicam a necessidade de audiometria¹:

- dificuldade de aprendizagem ([Quadro 14](#)) e suspeita de problemas de audição ou fala.

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

- dificuldade de aprendizagem ([Quadro 14](#)) e suspeita de problemas de visão (como erro de refração, cegueira, entre outros).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descreva se apresenta atraso de desenvolvimento psicomotor, peso e altura adequados para idade, perímetro cefálico, alterações fenotípicas sugestivas de síndrome genética, questões familiares e sociais envolvidas com o quadro);
2. doenças neurológicas associadas, como epilepsia, cefaleia, entre outras (sim ou não). Se sim, descreva a condição e tratamento realizado;
3. outras doenças crônicas ou psiquiátricas associadas ao quadro (sim ou não). Se sim, descreva a condição e tratamento realizado;
4. se suspeita de problemas de audição ou fala, descrever resultado de triagem auditiva neonatal, avaliação fonoaudiológica ou anexar exame de audiometria, com data (se realizados);
5. se suspeita de problemas de visão, descrever quadro clínico apresentado e a medida de acuidade visual (a partir de 3 anos – [Figura 2](#) e [Figura 3](#)) em cada olho, informando se foi realizada com ou sem a lente corretiva;
6. descrição da avaliação psicopedagógica, com data (se realizada);
7. número da teleconsultoria, se o caso já foi discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹ A oferta de exames audiológicos pode variar conforme as pactuações regionais. Caso a Secretaria Municipal de Saúde não tenha conhecimento da pactuação vigente, orienta-se contato com a Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).

Protocolo 8 – Distúrbios do Movimento (Ataxias, Coreias e Distonias)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- episódio agudo de ataxia ou coreia 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 15](#));
- suspeita ou diagnóstico de coreia ([Quadro 16](#));
- suspeita ou diagnóstico de distonia ([Quadro 17](#)) ou espasmo hemifacial.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Genética Médica e Reabilitação Física:

- suspeita ou diagnóstico de ataxia ([Quadro 15](#)) de provável origem genética, após avaliação com neurologista pediátrico;
- suspeita ou diagnóstico de coreia ([Quadro 16](#)) de provável origem genética, após avaliação com neurologista pediátrico;
- suspeita ou diagnóstico de distonia ([Quadro 17](#)) ou espasmo hemifacial de provável origem genética, após avaliação com neurologista pediátrico.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. histórico gineco-obstétrico;
3. histórico familiar de ataxia, coreia ou distonia hereditária (sim ou não). Se sim, descreva o quadro e grau de parentesco;
4. histórico de consanguinidade entre os pais (sim ou não). Se sim, descreva o grau de parentesco;
5. histórico dos medicamentos utilizados (descrever dose, posologia e tempo de uso para avaliar possível causa secundária de ataxia);
6. tratamento em uso ou já realizado para a condição (medicamentos utilizados com dose e posologia);
7. anexar laudo de exame de imagem (RMN ou TC de crânio), preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
8. número da teleconsultoria, se o caso já foi discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 9 – Microcefalia

Casos 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 <http://www.resp.saude.gov.br/microcefalia#/painel>, e encaminhados via sistema de regulação. Ver [Quadro 18](#) para definição de casos de microcefalia.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Neurologia Pediátrica e Reabilitação Intelectual, Física, Visual e/ou Auditiva (conforme necessidade)¹:

- recém-nascidos ou crianças com microcefalia ([Quadro 18](#)) e alteração do crescimento ou desenvolvimento neuropsicomotor ([Quadro 6](#));
- recém-nascidos ou crianças com microcefalia ([Quadro 18](#)) e epilepsia/espasmos;
- crianças que, no acompanhamento de puericultura, apresentarem desaceleração do crescimento cefálico com medida inferior a - 2 DP para idade e sexo conforme o gráfico Intergrowth para nascidos a termo ([Figura 4A](#) e [Figura 4B](#)) ou conforme o gráfico da OMS/MS para nascidos pré-termo ([Figura 6A](#) e [Figura 6B](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Genética Médica (após notificação no Resp) e Reabilitação Intelectual¹:

- crianças com microcefalia ao nascer ([Quadro 18](#)) e alterações morfológicas externas ou internas que possam indicar diagnóstico de síndrome genética.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Pediatria (após notificação no Resp) e Reabilitação Intelectual, Física, Visual e/ou Auditiva (conforme necessidade)¹:

- crianças com microcefalia ao nascer ([Quadro 18](#)).

¹ Crianças com até 3 anos de idade, que apresentam atraso no desenvolvimento, devem ter prioridade no encaminhamento para estimulação precoce nos serviços de referência em Reabilitação Intelectual, conforme Diretrizes de Estimulação Precoce do Ministério da Saúde.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descreva malformações, desproporção craniofacial, abaulamento de fontanela, manifestações como hipertonia e hiperexcitabilidade, atraso em marcos do desenvolvimento, outros achados relevantes);
2. descreva a medida do perímetro cefálico ao nascer e medidas realizadas posteriormente, com data;
3. histórico gineco-obstétrico: idade gestacional no parto da criança, peso ao nascer, presença de diabetes gestacional na mãe, hipertensão arterial, eclâmpsia, placenta prévia, descolamento prematuro de placenta;
4. mãe com histórico de suspeita/confirmação de STORCH+Zika durante a gestação da criança (sim ou não). Se sim, descreva o resultado de sorologias da mãe e do RN para sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes vírus e/ou Zika e teste molecular para Zika nos materiais biológicos, com data;
5. presença de comorbidades (sim ou não). Se sim, descreva;
6. anexar laudo de ecografia obstétrica, preferencialmente, ou descrever, na íntegra, o seu resultado (se achados alterados), com data;
7. anexar laudo de ecografia transfontanelar e/ou tomografia de crânio da criança, preferencialmente, ou descrever na íntegra o seu resultado (se realizados), com data;
8. anexar laudo do teste do pezinho, preferencialmente, ou descrever, na íntegra, o seu resultado, com data;
9. descrever demais triagens neonatais realizadas (teste do reflexo vermelho, triagem auditiva), com data;
10. número da notificação no Registro de Eventos de Saúde Pública (Resp);
11. acompanhamento com reabilitação intelectual de sua referência (sim ou não). Se sim, descreva;
12. número da teleconsultoria, se o caso já foi discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 10 – Prematuridade

Prematuridade: a idade gestacional ao nascer determina a base das subcategorias do RN prematuro:

- pré-termo extremo (menores de 28 semanas);
- muito pré-termo (de 28 semanas a 32 semanas incompletas);
- pré-termo moderado (de 32 semanas a 34 semanas incompletas);
- pré-termo tardio (de 34 semanas a 37 semanas incompletas).

Considerando nascer com 40 semanas de idade gestacional como parâmetro, deve-se descontar da idade cronológica do prematuro as semanas que faltaram para sua idade gestacional atingir 40 semanas: idade corrigida = idade cronológica - (40 semanas - idade gestacional em semanas).

Para efeito de acompanhamento longitudinal do crescimento dos recém nascidos pré-termo, o gráfico correspondente ao período de 27 a 64 semanas pós-concepcionais deverá ser utilizado ([Figura 4A](#), [Figura 4B](#), [Figura 5A](#) e [Figura 5B](#)). A idade corrigida deve ser utilizada até 2 anos de idade cronológica, ou até 3 anos em casos de pré-termos extremos. Após esse período, o acompanhamento do crescimento deve continuar com as curvas da OMS/MS.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Neurologia Pediátrica e Reabilitação Intelectual, Física, Visual e/ou Auditiva (conforme necessidade):

- recém-nascidos pré-termo ou crianças nascidas pré-termo com atraso do desenvolvimento, conforme idade gestacional corrigida;
- crianças nascidas pré-termo com hemorragia peri-intraventricular grau III e IV, leucomalácia periventricular e hidrocefalia vista em exame de imagem.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Pediatria e Reabilitação Intelectual, Física, Visual e/ou Auditiva (conforme necessidade):

- crianças nascidas pré-termo extremas ou muito pré-termo.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (exame neurológico, atraso em marcos do desenvolvimento, outros achados relevantes);
2. descreva a medida do perímetro cefálico ao nascer e medidas realizadas posteriormente, com data;
3. histórico gineco-obstétrico: idade gestacional no parto da criança, peso ao nascer, infecções congênicas, gestação por fertilização *in vitro*, gestação múltipla, pré-natal insuficiente, idade materna, presença na mãe de diabetes gestacional, hipertensão arterial, tabagismo, desnutrição, eclâmpsia, placenta prévia, descolamento prematuro de placenta;
4. fatores neonatais: cardiopatia, anemia grave, choque;
5. anexar laudo de ecografia transfontanelar e/ou tomografia de crânio, preferencialmente, ou descreva na íntegra seus resultados, com data (se realizados);
6. acompanhamento com reabilitação intelectual de sua referência (sim ou não). Se sim, descreva;
7. número da teleconsultoria, se o caso já foi discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Referências

- AGRAWAL, D. **Approach to the child with acute ataxia**. Waltham, MA: UpToDate, 23 maio 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-child-with-acute-ataxia>. Acesso em: 18 abr. 2024.
- ALVES, M. R. *et al.* **Estrabismo**. 3. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica: Guanabara Koogan, 2013. (Série Oftalmologia Brasileira).
- ALVES, M. R. *et al.* **Óptica, refração e visão subnormal**. 3. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica: Guanabara Koogan, 2013. (Série Oftalmologia Brasileira).
- ALVES, M. R.; MOREIRA, C. A. **Semiologia básica em oftalmologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica: Guanabara Koogan, 2013. (Série Oftalmologia Brasileira).
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR**. 5. ed. Washington, DC : American Psychiatric Association Publishing, 2022.
- ATLANTIC HEALTH SYSTEM. **Pediatric neurology and neurosurgery**. Morristown, NJ: Atlantic Health System, 2018.
- AUGUSTYN, M.; VON HAHN, L. E. **Autism spectrum disorder in children and adolescents: clinical features: clinical features**. Waltham, MA: UpToDate, 17 maio 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/autism-spectrum-disorder-in-children-and-adolescents-clinical-features>. Acesso em: 18 abr. 2024.
- AUGUSTYN, M.; VON HAHN, L. E. **Autism spectrum disorder in children and adolescents: evaluation and diagnosis**. Waltham, MA: UpToDate, 16 maio 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/autism-spectrum-disorder-in-children-and-adolescents-evaluation-and-diagnosis>. Acesso em: 18 abr. 2024.
- BACK, N. C. F. *et al.* Modelo de avaliação de transtornos de aprendizagem por equipe interdisciplinar. **Revista Psicopedagogia**. São Paulo , v. 37, n. 112, p. 37-51, abr. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862020000100005. Acesso em: 18 abr. 2024.
- BONTHIUS, D. J.; HERSHEY, A. D. **Headache in children: approach to evaluation and general management strategies**. Waltham, MA: UpToDate, 19 set. 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/headache-in-children-approach-to-evaluation-and-general-management-strategies>. Acesso em: 18 abr. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto do Câncer Infantil e Pediatria Especializada. Hospital da Criança de Brasília José Alencar. **Desenvolvimento neuropsicomotor, sinais de alerta e estimulação precoce: um guia para profissionais de saúde e educação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/desenvolvimento_neuropsicomotor_guia.pdf. Acesso em: 18 abr.2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde: cuidados gerais**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 4 v. (Série A. Normas e Manuais Técnicas). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf. Acesso em: 18 abr. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf. Acesso em: 18 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Caderneta da criança**: menina. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022a. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menina_5.ed.pdf. Acesso em: 18 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Caderneta da criança**: menino. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022b. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menino_5.ed.pdf. Acesso em: 18 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Linha de cuidado. **Transtorno do espectro autista (TEA) na criança**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 25 mar. 2021. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/transtorno-do-espectro-autista/>. Acesso em 18 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Linha de cuidado. **Síndrome de infecção congênita pelo vírus Zika (SCZ)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 14 jan. 2022. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/zika/>. Acesso em: 18 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. Coordenação-Geral de Gestão de Tecnologias em Saúde. Coordenação de Monitoramento e Avaliação de Tecnologias em Saúde. **Metilfenidato e lisdexanfetamina para indivíduos com transtorno do déficit de atenção com hiperatividade**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, dez. 2020. (Relatório de Recomendação: medicamento). Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2020/20210104_Relatorio_Metilfenidato_Lisdexanfetamina_TDAH_CP_69.pdf. Acesso em: 18 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à 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, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_integradas_vigilancia_atencao_emergencia_saude_publica.pdf. Acesso em: 18 abr. 2024.

CHAVES, M. L. F.; FINKELSTEIN, A.; STEFANI, M. A. (org.). **Rotinas em neurologia e neurocirurgia**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CONNECTICUT STATE. Department of Education. **Guidelines for identifying children with learning disabilities**. Hartford, CT: Connecticut State, 2010. Disponível em: https://portal.ct.gov/-/media/SDE/Special-Education/2010_Learning_Disability_Guidelines_Acc.pdf. Acesso em: 18 abr. 2024.

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

DEIK, A.; COMELLA, C. **Etiology, clinical features, and diagnostic evaluation of dystonia**. Waltham, MA: UpToDate, 9 mar. 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/etiology-clinical-features-and-diagnostic-evaluation-of-dystonia>. Acesso em: 18 abr. 2024.

DINIZ, N. L. F. *et al.* Autism and Down syndrome: early identification and diagnosis. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, v. 80, n. 6, p. 620-630, jun. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/anp/a/B9cvNsZ5G86jFbj3CNmBnkS/>. Acesso em: 18 abr. 2024

DUNCAN, B. B. *et al.* (ed.). **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.

DYNAMED. **Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children and adolescents**. Ipswich, MA: EBSCO Information Services, 17 mar. 2022. Disponível em: <https://www.dynamed.com/condition/attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd-in-children-and-adolescents>. Acesso em: 18 abr. 2024.

DYNAMED. **Autism spectrum disorders**. Ipswich, MA: EBSCO Information Services, 22 set. 2023. Disponível em: <https://www.dynamed.com/condition/autism-spectrum-disorders>. Acesso em: 18 abr. 2024.

DYNAMED. **Epilepsy in children**. Ipswich, MA: EBSCO Information Services, 20 jul. 2023. Disponível em: <https://www.dynamed.com/condition/epilepsy-in-children>. Acesso em: 18 abr. 2024.

DYNAMED. **Headache in Children: acute evaluation**. Ipswich, MA: EBSCO Information Services, 27 jun. 2023. Disponível em: <https://www.dynamed.com/approach-to/headache-in-children-acute-evaluation>. Acesso em: 18 abr. 2024.

DYNAMED. **Intellectual disabilities in children: approach to the patient**. Ipswich, MA: EBSCO Information Services, 2023. Disponível em: <https://www.dynamed.com/approach-to/intellectual-disabilities-in-children-approach-to-the-patient>. Acesso em: 18 abr. 2024.

DYNAMED. **Seizure in children**. Ipswich, MA: EBSCO Information Services, 20 jul. 2023. Disponível em: <https://www.dynamed.com/condition/seizure-in-children>. Acesso em: 18 abr. 2024.

DYNAMED. **Specific learning disabilities in children**. Ipswich, MA: EBSCO Information Services, 2020. Disponível em: <https://www.dynamed.com/condition/specific-learning-disabilities-in-children>. Acesso em: 18 abr. 2024.

FIGUEIRAS, a. c. **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI**. Washington, DC: OPAS, 2005. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/manual-para-vigilancia-do-desenvolvimento-infantil-no-contexto-da-aidpi/>. Acesso em: 18 abr. 2024.

FISHER, R. S. *et al.* ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. **Epilepsia**, Malden, MA, v. 55, n. 4, p. 475-482, abr. 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24730690/>. Acesso em: 18 abr. 2024.

GAGLIARDI, R. J.; TAKAYANAGUI, O. M. (org.) **Tratado de neurologia da academia brasileira de neurologia**. 2 ed. Barueri: Guanabara Koogan, 2019.

GLADSTEIN, J.; MACK, K. J. Common presentations of chronic daily headache in adolescents. **Pediatric Annals**, Thorofare, NJ, v. 39, n. 7, p. 424-430, jul. 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20666348/>. Acesso em: 18 abr. 2024.

GREENBERG, D. A.; AMINOFF, M. J.; SIMON, R. P. **Neurologia clínica**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
HYMAN SL, LEVY SE, MYERS SM. Identification, Evaluation, and Management of Children With Autism Spectrum Disorder. **Pediatrics**, v. 145, n. 1, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31843864/>. Acesso em: 18 abr. 2024.

JANKOVIC, J. **Hyperkinetic movement disorders in children**. Waltham, MA: UpToDate, 6 out. 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/hyperkinetic-movement-disorders-in-children>. Acesso em: 18 abr. 2024

KRULL, K. R. **Attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: overview of treatment and prognosis**. Waltham, MA: UpToDate, 19 set. 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/attention-deficit-hyperactivity-disorder-in-children-and-adolescents-overview-of-treatment-and-prognosis>. Acesso em: 18 abr. 2024.

KRULL, K. R.; CHAN, E. **Attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: clinical features and diagnosis**. Waltham, MA: UpToDate, 9 mar. 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/attention-deficit-hyperactivity-disorder-in-children-and-adolescents-clinical-features-and-diagnosis>. Acesso em: 18 abr. 2024.

LEWIS, D. W. *et al.* Practice parameter: Evaluation of children and adolescents with recurrent headaches: Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society. **Neurology**, [s. l.], v. 59, n. 4, p. 490–498, 2002. Disponível em: <https://www.neurology.org/lookup/doi/10.1212/WNL.59.4.490>. Acesso em: 18 abr. 2024.

LEXICOMP. **Methylphenidate**: Pediatric drug information. Waltham, MA: UpToDate, 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/methylphenidate-pediatric-drug-information>. Acesso em: 18 abr. 2024.

LIPKIN, P. H.; MACIAS, M. M.; COUNCIL ON CHILDREN WITH DISABILITIES. Promoting optimal development: identifying infants and young children with developmental disorders through developmental surveillance and screening. **Pediatrics**, Elk Grove Village Il, v. 145, n. 1, p. 1-19, Jan. 2020. Disponível em: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/145/1/e20193449/36971/Promoting-Optimal-Development-Identifying-Infants?autologincheck=redirected>. Acesso em: 18 abr. 2024.

LOUIS, E. D.; STEPHAN, A. M.; ROWLAND, L. P. **Merrit's Neurology**. 13. ed. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins, 2015.

MACK, K. J. **Preventive treatment of migraine in children**. Waltham, MA: UpToDate, 1 abr. 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/preventive-treatment-of-migraine-in-children>. Acesso em: 18 abr. 2024.

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, set./dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v28n3/v28n3a08.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2024.

MILLICHAP, J. J. **Clinical features and evaluation of febrile seizures**. Waltham, MA: UpToDate, 2 jun. 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-evaluation-of-febrile-seizures>. Acesso em: 24 out. 2022.

NEWTON, R. W. Childhood headache. **Archives of Disease in Childhood Education and Practice Edition**, London, v. 93, p. 105-111, jul. 2008. Disponível em: <https://ep.bmj.com/content/93/4/105>. Acesso em: 18 abr. 2024.

OPAL, P.; ZOGHBI, H. Y. **Overview of the hereditary ataxias**. Waltham, MA: UpToDate, 17 ago. 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-hereditary-ataxias>. Acesso em: 18 abr. 2024.

PIVALIZZA, P. **Intellectual disability in children: evaluation for a cause**. Waltham, MA: UpToDate, 10 jan. 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/intellectual-disability-in-children-evaluation-for-a-cause>. Acesso em: 18 abr. 2024.

PRINCETON UNIVERSITY. **Special education for students with disabilities**. Princeton: The Future of Children, 2012. Disponível em: https://futureofchildren.princeton.edu/sites/futureofchildren/files/media/children_with_disabilities_22_01_fulljournal.pdf. Acesso em: 18 abr. 2024.

REY, J. M.; MARTIN, A. (ed.). **JM REY'S IACAPAP e-Textbook of child and adolescent mental health**. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2015. Disponível em: <https://iacapap.org/english.html>. Acesso em: 18 abr. 2024.

ROBINS, D.; FEIN, D.; BARTON, M. Tradução de Losapio, Siquara, Lampreia, Lázaro e Pondé. **Checklist modificado para autismo em crianças pequenas: versão revisada e consulta de seguimento (M-CHAT-R/F)**TM. 2009. Disponível em: https://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2020/09/M-CHAT-R_F_Brazilian_Portuguese_v2.pdf. Acesso em: 18 abr. 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. **Fonoaudiologia e atenção ao escolar**: contribuições para o Programa Saúde na Escola. Santa Maria: Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria, 2019. Disponível em: <https://www.ufsm.br/cursos/posgraduacao/santa-maria/residenciamulti/wp-content/uploads/sites/607/2020/05/Cartilha-Fonoaudiologia.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Protocolos de encaminhamento para genética médica**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 19 dez. 2016. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/ptrs_genetica.pdf. Acesso em: 18 abr. 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Protocolos de encaminhamento para neurologia adulto**. rev. e atual. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 6 maio 2020. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/ptrs_neurologia.pdf. Acesso em: 18 abr. 2024.

VILLAR, J.; *et al.* Postnatal growth standards for preterm infants: the Preterm Postnatal Follow-up Study of the INTERGROWTH-21(st) Project. **The Lancet Global Health**, v. 3, n. 11, nov. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26475015/>. Acesso em: 18 abr. 2024.

VON HAHN, L. E. **Specific learning disorders in children**: clinical features. Waltham, MA: UpToDate, 7 mar. 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/specific-learning-disorders-in-children-clinical-features>. Acesso em: 18 abr. 2024.

WILFONG, A. **Seizures and epilepsy in children**: classification, etiology, and clinical features. Waltham, MA: UpToDate, 1 jan. 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/seizures-and-epilepsy-in-children-classification-etiology-and-clinical-features>. Acesso em: 18 abr. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Chronic Disease Prevention and Management. **Primary ear and hearing care training resource**: advanced level. Geneva: WHO, 2006. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43333/9241592710_eng.pdf. Acesso em: 18 abr. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Child Growth Standards**. Geneva: WHO, 2006. Disponível em: <http://www.who.int/childgrowth/standards/en/>. Acesso em: 18 abr. 2024.

Apêndices – Materiais Complementares

Quadro 1 – Sinais de alerta em crianças com cefaleia que sugerem manejo em serviço de emergência/urgência (presença de pelo menos um)

- Criança com menos de 3 anos de idade.
- Cefaleia de aparecimento súbito e de intensidade muito forte.
- Cefaleia com padrão novo, de início súbito e forte intensidade.
- Cefaleia com mudança de característica ou piora do padrão temporal em relação à frequência, duração ou intensidade.
- Associação com crises convulsivas.
- Recente mudança comportamental ou declínio no desempenho escolar sem causa aparente.
- Vômitos proeminentes, principalmente quando não aliviam a cefaleia ou quando se sobressaem à própria dor.
- Cefaleia que inicia após trauma de crânio recente.
- Suspeita de meningite (febre, rigidez de nuca, petéquias, alteração de sensório).
- Sinais neurológicos focais¹.
- Cefaleia que piora de intensidade em decúbito, ou dor desencadeada por esforço, evacuação, tosse, atividade física ou manobra de valsalva.
- Edema de papila.
- Crise hipertensiva.
- Criança que apresenta comorbidades de maior risco (anemia falciforme, imunodeficiências, história de neoplasia, coagulopatias, doenças cardíacas, neurofibromatose, esclerose tuberosa, entre outras).

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de de Bonthius e Hershey (2021) e Dynamed (2023).

¹ Sintomas neurológicos focais não incluem os sintomas típicos da aura ou pródromos de enxaqueca, como pontos de luminosidade intermitente, escotomas, amaurose transitória, deformação dos objetos, distorções no tamanho dos objetos - micro e macropsias, sensação de que objetos fixos se deslocam, diplopia.

Quadro 2 – Características das principais causas de cefaleia em crianças (migrânea e cefaleia tensional)

	Migrânea	Tensional
Localização	Pode ser bilateral. Nos adolescentes, pode ser unilateral em 60 a 70% e em 30% bifrontal ou holocraniana. A dor unilateral habitualmente surge no fim da adolescência ou no início da vida adulta.	Bilateral/difusa.
Características	Início gradual, pulsátil, intensidade moderada a grave.	Intensidade leve a moderada, em pressão ou aperto (não pulsátil).
Duração	2 a 72 horas. Pode parecer tipo tensional, ter duração mais curta e menos sintomas associados quando comparada à apresentação em adultos.	Variado.
Sintomas associados	Náusea, vômito, fotofobia, fonofobia, pode ter aura. Os sintomas prodrômicos podem começar horas ou um ou dois dias antes dos outros sintomas de uma crise de migrânea sem aura. Eles incluem várias combinações de fadiga, dificuldade de concentração, rigidez cervical, sensibilidade à luz e/ou som, náusea, visão borrada, bocejos e palidez. Os sintomas “posdrômicos”, mais comumente cansaço, dificuldade para se concentrar e rigidez cervical, podem seguir após a resolução da cefaleia, persistindo por até 48 horas. As crises de migrânea podem estar associadas a sintomas autonômicos cranianos e a sintomas de alodinia cutânea.	Em geral, nenhum, mas fotofobia ou fonofobia podem estar presentes.
História Familiar	Há história familiar de enxaqueca na maioria dos pacientes.	Fatores hereditários desempenham um papel menor na patogênese.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Bonthius e Hershey (2021).

Quadro 3 – Alterações em exame de imagem sugestivas de indicação cirúrgica em pacientes com cefaleia

- Presença de lesão com efeito expansivo (incluindo tumores, cistos ou malformações).
- Presença de lesão sugestiva de tumor cerebral, independentemente do tamanho.
- Presença de aneurisma cerebral ou outra malformação vascular.
- Hidrocefalia, independente da causa.
- Presença de malformação de Chiari.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024).

Figura 1 – Diário de cefaleia

NOME: _____ MÊS: _____ ANO: _____

		DIAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
HORÁRIO	Madrugada (0-6h)																																		
	Manhã (6-12h)																																		
	Tarde (12-18h)																																		
	Noite (18-24h)																																		
	Dia inteiro																																		
LOCALIZAÇÃO	Um lado																																		
	Dois lados																																		
	Frontal																																		
	Toda a cabeça																																		
INTENSIDADE	Leve (faz atividade)																																		
	Moderada (atrapalha atividade)																																		
	Forte (não realiza atividade)																																		
CARACTERÍSTICA	Pressão/aperto																																		
	Latejante																																		
	Em pontadas																																		
	Outra																																		
SINTOMAS ASSOCIADOS	Náusea																																		
	Vômito																																		
	Dor abdominal																																		
	Luz incomoda																																		
	Som incomoda																																		
	Aura																																		
	Piora com esforço																																		
Medicação																																			
Fator desencadeante																																			

Fatores desencadeantes						
Alimentares	Ambientais	Físicos e metabólicos	Hormonais	Psicológicos	Sono	Ciclo hormonal
- Falta de cafeína. - Queijos. - Adoçante. - Condimentos/temperos. - Chocolate. - Bebidas alcoólicas. - Outros.	- Cheiro forte. - Exposição à luz/sol. - Mudança climática. - Outros.	- Esforço físico. - Jejum prolongado. - Outros.	- Uso de hormônios. - Outros.	- Ansiedade. - Depressão. - Estresse. - Outros.	- Excesso de sono. - Falta de sono. - Mudança no ciclo do sono. - Outros.	- Pré-menstruação. - Menstruação. - Outros.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024).

Quadro 4 – Manifestações sugestivas de crise epiléptica em crianças

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 e/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.
- Mioclonias: abalos breves e súbitos.
- Parada comportamental: parada nas atividades.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Fisher *et al.* (2014) e Wilfong (2022).

Quadro 5 – Características que sugerem convulsão febril simples

- 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, hipoglicemia).
- Ausência de episódio prévio de convulsão afebril.
- Exame neurológico normal.
- História familiar de convulsão febril.
- Curta duração (menos de 10 minutos).
- Sem novo episódio de convulsão em 24 horas.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Millichap (2023).

Quadro 6 – Marcos do desenvolvimento em crianças de 0 a 6 anos

- **Provável atraso do desenvolvimento:** ausência de um ou mais marcos para a faixa etária anterior.
- **Sinal de alerta para o desenvolvimento:** ausência de um ou mais marcos ao final da sua faixa etária. Em crianças sem outros achados de gravidade (como dismorfias, convulsão, perímetro cefálico menor que -2 escores z ou maior que +2 escores z), orientar cuidador sobre estimulação da criança 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).

0 a 1 mês	<ul style="list-style-type: none"> ● Pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada. ● Observa um rosto. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Reage ao som. ● Eleva a cabeça.
1 a 2 meses	<ul style="list-style-type: none"> ● Sorri quando estimulada. ● Abre as mãos. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Emite sons. ● Movimenta os membros.
2 a 4 meses	<ul style="list-style-type: none"> ● Responde ativamente ao contato social. ● Segura objetos. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Emite sons, ri alto. ● Levanta a cabeça e apoia-se nos antebraços, de bruços.
4 a 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> ● Busca ativa de objetos. ● Leva objetos à boca. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Localiza o som. ● Muda de posição (rola).
6 a 9 meses	<ul style="list-style-type: none"> ● Brinca de esconde-achou. ● Transfere objetos de uma mão para outra. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Duplica sílabas. ● Senta-se sem apoio.
9 a 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> ● Imita gestos (exemplo: bater palmas ou dar tchau). ● Faz pinça (exemplo: segura pequenos objetos com a ponta dos dedos em forma de pinça). 	<ul style="list-style-type: none"> ● Produz “jargão” (conversa incoerente consigo mesma ou com outros). ● Anda com apoio.
12 a 15 meses	<ul style="list-style-type: none"> ● Mostra o que quer. ● Coloca blocos na caneca. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Fala uma palavra. ● Anda sem apoio.
15 a 18 meses	<ul style="list-style-type: none"> ● Usa colher ou garfo. ● Constrói torre de 2 cubos. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Fala 3 palavras ● Anda para trás.
18 a 24 meses	<ul style="list-style-type: none"> ● Tira a roupa. ● Constrói uma torre de 3 cubos. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Aponta 2 figuras. ● Chuta bola.
24 a 30 meses	<ul style="list-style-type: none"> ● Veste-se com supervisão. ● Constrói uma torre de 6 cubos. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Fala frases com 2 palavras. ● Pula com ambos os pés.
30 a 36 meses	<ul style="list-style-type: none"> ● Brinca com outras crianças. ● Imita o desenho de uma linha. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Reconhece 2 ações. ● Arremessa bola.
36 a 42 meses	<ul style="list-style-type: none"> ● Veste uma camiseta. ● Move o polegar com a mão fechada. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Compreende 2 adjetivos. ● Equilibra-se em cada pé por 1 segundo.
42 a 48 meses	<ul style="list-style-type: none"> ● Emparelha cores. ● Copia círculos. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Fala clara e compreensível. ● Pula em um pé só.
48 a 54 meses	<ul style="list-style-type: none"> ● Veste-se sem ajuda. ● Copia cruz. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Compreende 4 preposições. ● Equilibra-se em cada pé por 3 segundos.
54 a 60 meses	<ul style="list-style-type: none"> ● Escova os dentes sem ajuda. ● Aponta a linha mais comprida. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Define 5 palavras. ● Equilibra-se em um pé por 5 segundos.
60 a 72 meses	<ul style="list-style-type: none"> ● Aceita e segue regras nos jogos de mesa. ● Copia um quadrado. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Define 7 palavras. ● Equilibra-se em cada pé por 7 segundos.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Brasil (2022a, 2022b).

Quadro 7 – Síntese da aquisição de habilidades auditivas e comunicativas no desenvolvimento típico

Faixa etária	Habilidades auditivas	Habilidades comunicativas
Zero a 3 meses	Resposta de sobressalto (moro) em recém-nascidos com estímulos sonoros fortes (ex: batida de porta). Resposta de atenção/virar a cabeça a partir do 3º mês.	Choro, expressões faciais e vocalizações; acalma-se com a voz materna. O sorriso deixa de ser reflexo no passar do primeiro mês e surge o sorriso social.
3 a 6 meses	Entre 3 e 4 meses: começa a virar lentamente a cabeça. Resposta de atenção/virar a cabeça/localização lateral.	Presta atenção nos sons e vocaliza.
6 a 9 meses	Começa a identificar a localização precisa da fonte sonora com lateralização da cabeça. Ainda não olha diretamente para o som apresentado acima do nível dos olhos.	Balbucia sons, ex.: “dada”; percebe que seus sons provocam respostas no outro; responde quando chamada e repete sons para escutá-los, vocaliza para chamar atenção e enquanto manipula objetos.
9 a 12 meses	Localiza o estímulo sonoro diretamente para os lados e para baixo.	Aumenta a frequência do balbucio e inicia a produção das primeiras palavras; entende ordens simples, ex.: “dá tchau”.
12 a 18 meses	Localização direta da fonte sonora para o lado, para baixo e indiretamente para cima. 16º ao 21º mês: localiza diretamente os sons para o lado, para baixo e para cima.	Compreende verbos que representam ações como “dar”, “acabou”. Identifica objetos familiares com nomeação, mostra partes do corpo em si.
19 a 24 meses	A partir de 21 meses localiza diretamente os sons em qualquer ângulo.	Frases de até 2 palavras, consegue manter atenção, compreende pequenas histórias, identifica partes do corpo no outro e utiliza o próprio nome.
2 a 3 anos	Assiste à televisão em volume normal. Crianças muito distraídas podem ter algum tipo de perda auditiva.	Produz sentenças com três palavras; combina formas geométricas com figuras correspondentes.
4 anos	Compreende bem.	Cria e conta histórias; entende regras de jogos simples.
5 anos	Compreende bem.	Forma frases completas; fala semelhante ao adulto; apta a iniciar processo de aquisição e desenvolvimento da leitura e da escrita.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de World Health Organization (2006), Brasil (2016) e Universidade Federal de Santa Maria (2019).

Quadro 8 – Características clínicas de crianças com risco para transtorno do espectro do autismo¹

De 6 a 8 meses	De 12 a 14 meses	Por volta de 18 meses
Não apresentam iniciativa em começar, provocar e sustentar interações com adultos próximos (por exemplo: ausência da relação olho a olho).	Não respondem claramente quando são chamadas pelo nome.	Não se interessam por jogos de faz-de-conta.
Não se interessam pelo prazer que podem provocar no outro.	Não demonstram atenção compartilhada.	Ausência da fala ou fala sem intenção comunicativa.
Silenciamento de suas manifestações vocais, ausência do balbúcio, principalmente em resposta ao outro.	Ausência do apontar protodeclarativo, na intenção de mostrar algo a alguém.	Desinteresse por outras crianças: preferem ficar sozinhas e, se ficam sozinhas, não incomodam ninguém.
Ausência de movimentos antecipatórios em relação ao outro.	Não há ainda as primeiras palavras ou os primeiros esboços são de palavras estranhas.	Caso tenham tido o desenvolvimento da fala e interação, podem começar a perder essas aquisições.
Não se viram na direção da fala humana a partir dos 4 primeiros meses de vida.	Não imitam pequenos gestos ou brincadeiras.	Já podem ser observados comportamentos repetitivos e interesses restritos e estranhos (por exemplo: por ventiladores, rodas de carrinhos, portas de elevadores).
Não estranham quem não é da família mais próxima, como se não notassem a diferença.	Não se interessam em chamar a atenção das pessoas conhecidas e nem em demonstrar gracinhas.	Podem aumentar seu isolamento.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024).

¹ Se a criança apresentar alguma característica clínica positiva a escala M-CHAT-R/F™, deve ser utilizada para avaliação complementar (ver [Quadro 9](#)).

Quadro 9 – Checklist Modificado para Autismo em Crianças Pequenas: versão revisada e consulta de seguimento (M-CHAT-R/F)^{TM1}

Por favor, responda as questões abaixo sobre o(a) seu(ua) filho(a). Pense em como ele(a) geralmente se comporta. Se você viu o(a) seu(ua) filho(a) apresentar o comportamento descrito poucas vezes, ou seja, se não for um comportamento frequente, então, responda não. Por favor, marque sim ou não para todas as questões. Obrigado(a).

1. Se você apontar para algum objeto no quarto, o(a) seu(ua) filho(a) olha para este objeto? (POR EXEMPLO, se você apontar para um brinquedo ou animal, o(a) seu(ua) filho(a) olha para o brinquedo ou para o animal?)	Sim	Não
2. Alguma vez você se perguntou se o(a) seu(ua) filho(a) pode ser surdo(a)?	Sim	Não
3. O(A) seu(ua) filho(a) brinca de faz de contas? (POR EXEMPLO, faz de conta que bebe em um copo vazio, faz de conta que fala ao telefone, faz de conta que dá comida a uma boneca ou a um bichinho de pelúcia?)	Sim	Não
4. O(A) seu(ua) filho(a) gosta de subir nas coisas? (POR EXEMPLO, móveis, brinquedos em parques ou escadas.)	Sim	Não
5. O(A) seu(ua) filho(a) faz movimentos estranhos com os dedos perto dos olhos? (POR EXEMPLO, mexe os dedos em frente aos olhos e fica olhando para os dedos?)	Sim	Não
6. O(A) seu(ua) filho(a) aponta com o dedo para pedir algo ou para conseguir ajuda? (POR EXEMPLO, aponta para um biscoito ou brinquedo fora do alcance dele(a)?)	Sim	Não
7. O(A) seu(ua) filho(a) aponta com o dedo para mostrar algo interessante para você? (POR EXEMPLO, aponta para um avião no céu ou um caminhão grande na rua.)	Sim	Não
8. O(A) seu(ua) filho(a) se interessa por outras crianças? (POR EXEMPLO, seu(ua) filho(a) olha para outras crianças, sorri para elas ou se aproxima delas?)	Sim	Não
9. O(A) seu(ua) filho(a) traz coisas para mostrar para você ou as segura para que você as veja – não para conseguir ajuda, mas apenas para compartilhar? (POR EXEMPLO, para mostrar uma flor, um bichinho de pelúcia ou um caminhão de brinquedo.)	Sim	Não
10. O(A) seu(ua) filho(a) responde quando você o(a) chama pelo nome? (POR EXEMPLO, ele(a) olha para você, fala ou emite algum som, ou para o que está fazendo quando você o(a) chama pelo nome?)	Sim	Não
11. Quando você sorri para o(a) seu(ua) filho(a), ele(a) sorri de volta para você?	Sim	Não
12. O(A) seu(ua) filho(a) fica muito incomodado(a) com barulhos do dia a dia? (POR EXEMPLO, seu(ua) filho(a) grita ou chora ao ouvir barulhos como os de liquidificador ou de música alta?)	Sim	Não
13. O(A) seu(ua) filho(a) anda?	Sim	Não
14. O(A) seu(ua) filho(a) olha nos seus olhos quando você está falando ou brincando com ele(a), ou vestindo a roupa dele(a)?	Sim	Não
15. O(A) seu(ua) filho(a) tenta imitar o que você faz? (POR EXEMPLO, quando você dá tchau, ou bate palmas, ou joga um beijo, ele(a) repete o que você faz?)	Sim	Não
16. Quando você vira a cabeça para olhar para alguma coisa, o(a) seu(ua) filho(a) olha ao redor para ver o que você está olhando?	Sim	Não
17. O(A) seu(ua) filho(a) tenta fazer você olhar para ele(a)? (POR EXEMPLO, o(a) seu(ua) filho(a) olha para você para ser elogiado(a)/aplaudido(a), ou diz: “olha mãe!” ou “óh mãe!”)	Sim	Não
18. O(A) seu(ua) filho(a) compreende quando você pede para ele(a) fazer alguma coisa? (POR EXEMPLO, se você não apontar, o(a) seu(ua) filho(a) entende quando você pede: “coloca o copo na mesa” ou “liga a televisão”?)	Sim	Não
19. Quando acontece algo novo, o(a) seu(ua) filho(a) olha para o seu rosto para ver como você se sente sobre o que aconteceu? (POR EXEMPLO, se ele(a) ouve um barulho estranho ou vê algo engraçado, ou vê um brinquedo novo, será que ele(a) olharia para seu rosto?)	Sim	Não
20. O(A) seu(ua) filho(a) gosta de atividades de movimento? (POR EXEMPLO, ser balançado(a) ou pular em seus joelhos).	Sim	Não

Para todos os itens, a resposta “NAO” corresponde a um ponto; exceto para os itens 2, 5 e 12, nos quais “SIM” indica um ponto cada. Suspeita diagnóstica de TEA: resultado **maior ou igual a 3 pontos**.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Robins, Fein e Barton (2009) e Brasil (2022a, 2022b).

¹ A escala M-CHAT-R/FTM auxilia na identificação de pacientes com idade entre 16 e 30 meses com possível TEA. Ela é de rápida aplicação, pode ser aplicada por qualquer profissional da saúde, devendo ser respondida pelos pais ou cuidadores durante a consulta. Ela indica suspeita de TEA e não é diagnóstica. Resultados falso-negativos são possíveis e se o resultado da triagem não for positivo, recomenda-se acompanhamento e monitoramento do desenvolvimento neuropsicomotor da criança e reavaliação.

Quadro 10 – Critérios diagnósticos do Transtorno do Espectro do Autismo

Domínios	Sintomas (Déficits em)	Exemplos
A - Déficits persistentes na comunicação social e na interação social em vários contextos, manifestados pelo seguinte, atualmente ou pela história; deve ter todos os 3 sintomas neste domínio.	1. Reciprocidade socioemocional.	Abordagem social anormal e dificuldade para estabelecer uma conversa; compartilhamento reduzido de interesses, emoções ou afeto; dificuldade para iniciar ou responder a interações sociais.
	2. Comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social.	Comunicação verbal e não verbal pouco integrada; anormalidade no contato visual e linguagem corporal; déficits na compreensão e uso de gestos; ausência total de expressões faciais e comunicação não verbal.
	3. Desenvolver, manter e compreender relacionamentos.	Dificuldade em ajustar o comportamento para se adequar a contextos sociais diversos; dificuldade em compartilhar brincadeiras imaginativas ou em fazer amigos; ausência de interesse por pares.
B - Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, conforme manifestado por pelo menos 2 dos seguintes sintomas , atualmente ou por história prévia.	1. Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos.	Estereotípias motoras simples; alinhar brinquedos ou girar objetos; ecolalia; frases idiossincráticas.
	2. Insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal.	Sufrimento extremo em relação a pequenas mudanças; dificuldades com transições; padrões rígidos de pensamento; rituais de saudação; necessidade de fazer o mesmo caminho ou ingerir os mesmos alimentos diariamente.
	3. Interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco.	Forte apego a ou preocupação com objetos incomuns; interesses excessivamente circunscritos ou perseverativos.
	4. Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente.	Indiferença aparente a dor/temperatura; reação contrária a sons ou texturas específicas; cheirar ou tocar objetos de forma excessiva; fascinação visual por luzes ou movimento.
C - Os sintomas devem estar presentes precocemente no período do desenvolvimento (mas podem não se tornar plenamente manifestos até que as demandas sociais excedam as capacidades limitadas ou podem ser mascarados por estratégias aprendidas mais tarde na vida).		
D - Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo no presente.		
E - Essas perturbações não são mais bem explicadas por deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) ou por atraso global do desenvolvimento. Deficiência intelectual ou transtorno do espectro autista costumam ser comórbidos; para fazer o diagnóstico da comorbidade de transtorno do espectro autista e deficiência intelectual, a comunicação social deve estar abaixo do esperado para o nível geral do desenvolvimento.		

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Hyman *et al.* (2020) e American Psychiatric Association (2022).

Quadro 11 – Síndromes genéticas mais comuns associadas a Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)

Síndrome genética	Descrição
X frágil	<ul style="list-style-type: none"> Há atraso no desenvolvimento (motor e/ou da linguagem). Dismorfias: rosto estreito e alongado, orelhas e testa proeminentes, hiperextensibilidade das articulações dos dedos das mãos, pés chatos, e macroorquidismo nos homens em pós-adolescência.
Síndrome de Angelman	<ul style="list-style-type: none"> Nos primeiros seis meses do período pós-natal, podem ocorrer dificuldades de alimentação e hipotonia, seguidos de atraso no desenvolvimento entre 6 meses e 2 anos de idade. Apresenta marcha atáxica, atraso de linguagem e convulsões. Riso ou sorriso frequente; comportamento aparentemente feliz com labilidade emocional; uma personalidade facilmente excitável, muitas vezes com movimentos de agitar as mãos; um curto período de atenção. Dismorfias: microcefalia, macrostomia, hipoplasia maxilar, prognatismo.
Síndrome de Down	<ul style="list-style-type: none"> TEA é comum em crianças com Síndrome de Down, afetando entre 12 a 41% delas. Dismorfias mais comuns: fissuras palpebrais oblíquas, pregas epicânticas e braquicefalia. Diagnóstico pode ser tardio devido à deficiência intelectual associada.
Síndrome de Smith-Lemli-Opitz	<ul style="list-style-type: none"> Há atraso no crescimento e atraso global do desenvolvimento. Dismorfias: fenda palatina, úvula bifida; micrognatia; orelhas rodadas posteriores, giradas posteriormente; sindactilia do segundo e terceiro dedos; microcefalia (80% dos casos), estreitamento bitemporal, ptose, ponte nasal estreita, raiz nasal curta, narinas antevertidas (90% dos casos), queixo pequeno, rizomelia e polidactilia pós-axial das mãos ou dos pés. Os problemas de comportamento incluem múltiplos traços neuro atípicos, hiperatividade, comportamento auto-agressivo e distúrbios do sono. Anomalias estruturais do cérebro podem incluir hipoplasia ou ausência de corpo caloso, e holoprosencefalia. Ocasionalmente são observadas cataratas, estrabismo e nistagmo. Nos indivíduos do sexo masculino, 70% apresentam anomalias genitais como pênis pequeno, hipospádias, genitais ambíguos. Podem estar presentes anomalias cardiovasculares, como defeitos dos septos interatrial e interventricular, canal arterial patente, canal atrioventricular. São frequentes anomalias gastrointestinais incluindo dificuldades de alimentação, refluxo gastroesofágico, estenose pilórica, má-rotação e aganglionose colônica.
Síndrome de Rett	<ul style="list-style-type: none"> Ocorre apenas em meninas com sintomas neuro atípicos e regressão neurológica. Pacientes desenvolvem-se normalmente no início e depois perdem progressivamente a fala após os 18 meses de idade. Há desaceleração do crescimento da cabeça - em contraste com a aceleração do crescimento da cabeça, que ocorre no TEA - e movimentos estereotipados das mãos.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Augustyn e Von Hahn (2023) e Diniz *et al.* (2022).

Quadro 12 – MTA SNAP - IV Escala de pontuação para pais e professores para triagem de transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH)

Preenchido por pais ou cuidadores e escola¹.

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 exijam 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).				
¹ A escala SNAP é apropriada para avaliação de pacientes entre 5 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 que seja considerada pontuação positiva, são necessários 6 sintomas de desatenção e/ou 6 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 13 – Tratamento clínico otimizado para transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH)

- Tratamento farmacológico inicial (metilfenidato deve ser evitado em crianças com menos de 6 anos completos):
 - Metilfenidato: doses iniciais de 2,5 a 5 mg, 1 ou 2x/dia, com aumentos semanais de 5 a 10 mg a cada semana conforme resposta e tolerabilidade.
 - As doses médias devem variar entre 0,4 e 1,3 mg/kg/dia, não devendo exceder 2 mg/kg/dia, e a dose máxima recomendada é de 60 mg/dia. A última dose deve ser administrada antes das 18 horas.
 - A medicação deve ser descontinuada se não houver benefício após 4 semanas de uso.
 - Antes de iniciar o tratamento, realizar avaliação cardíaca: história clínica e exame físico (medidas de pressão, frequência cardíaca, ausculta), história familiar de eventos cardíacos (morte súbita antes dos 40 anos de idade). O ECG está indicado quando há alterações sugestivas de cardiopatia na história e/ou no exame físico.
 - O metilfenidato não deve ser iniciado na APS em pessoas com fatores de risco para morte súbita como: anormalidades estruturais cardíacas graves, cardiomiopatias ou arritmias graves.
- Monitoramento:
 - Realizar nova avaliação cardíaca em pacientes que desenvolvam dor precordial ao esforço ou síncope após iniciar o uso do fármaco.
 - Monitorar sinais de uso inadequado ou abusivo.
 - Monitorar peso e altura antes e após o início do tratamento, visto que o uso prolongado do metilfenidato pode causar atraso do crescimento. Caso haja interferência significativa na curva de crescimento, pode-se considerar pausas periódicas (como finais de semana e feriados).
 - Reavaliar pacientes a cada 6 meses para observar a necessidade de continuação ou não de tratamento.
 - Eletroencefalograma e exames de neuroimagem **não** estão indicados na avaliação rotineira de casos suspeitos ou confirmados de TDAH.

- Opções de tratamento não-farmacológico (como adjuvantes ou quando tratamento farmacológico não é possível ou é indesejado):
 - Psicoeducação: fornecer informação adequada a respeito da condição à família, no sentido de organizar o tratamento e as expectativas familiares, bem como desfazer mitos a respeito.
 - Orientar a família a informar os professores/cuidadores a respeito do diagnóstico e de como podem ajudar e apoiar os estudantes.
 - Medidas comportamentais: estabelecer objetivos realistas e atingíveis, tais como melhorar a relação com colegas e adultos (diminuição dos episódios de brigas, respeitar as regras das brincadeiras, fazer as tarefas da escola de forma completa, respeitar regras de convivência e aceitar limites impostos pelos pais e cuidadores/professores).

* Em diversas localidades, em função de recursos limitados, nem sempre é possível ofertar as opções de tratamento não-farmacológico.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Cordioli *et al.* (2015), Rey e Martin (2015), Krull e Chan (2023) e Lexicomp (2023).

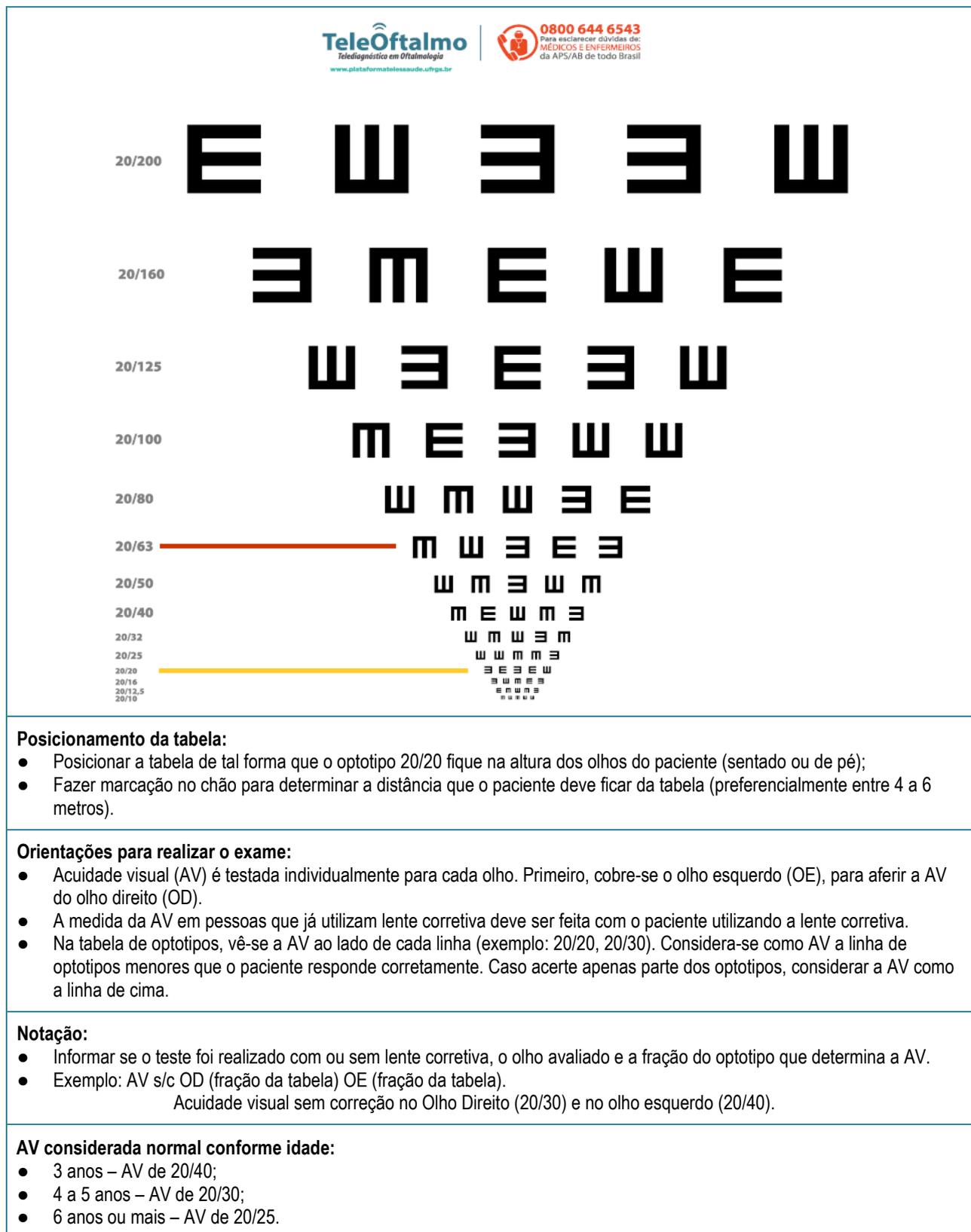
Quadro 14 – Critérios diagnósticos para transtornos específicos da aprendizagem

Os 4 critérios diagnósticos (A, B, C e D) devem ser preenchidos com base em uma síntese clínica da história do indivíduo (do desenvolvimento, médica, familiar, educacional), em relatórios escolares e em avaliação psicoeducacional.

A. Dificuldades na aprendizagem e no uso de habilidades acadêmicas, conforme indicado pela presença de ao menos 1 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 de 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).
B. 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.
C. 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).
D. 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 (2022).

Figura 2 – Figura ilustrativa da tabela de acuidade visual para longe para crianças a partir de 3 anos de idade (utilizar tabela em tamanho padronizado¹)



¹ Tabelas de acuidade visual disponíveis para impressão em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/tabelas_de_acuidade.pdf.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Alves (2013).

Figura 3 – Figura ilustrativa da tabela de acuidade visual para perto para crianças a partir de 3 anos de idade (utilizar tabela em tamanho padronizado¹)

J1	 	J1
J2	 	J2
J3	 	J3
J4	 	J4
J5	 	J5
J6	 	J6

Posicionamento da tabela:

- Posicionar a tabela a 33 a 40 cm de distância.

Orientações para realizar o exame:

- A acuidade visual (AV) para perto é testada de maneira binocular (ambos os olhos abertos).
- A medida da AV em pessoas que já utilizam lente corretiva deve ser feita com o paciente utilizando a lente corretiva, em local iluminado.
- Na tabela de leitura para perto, vê-se a AV ao lado de cada linha (exemplo: J1, J2.). Considera-se como AV a linha de optotipos menores que o paciente consegue ler corretamente. Caso acerte apenas parte dos optotipos, considerar a AV como a linha de cima.

Notação:

- Informar se o teste foi realizado com ou sem lente corretiva, a menor linha que o paciente conseguir ler que determina a AV.
- Exemplo: AV s/c (a menor linha que o paciente conseguir ler).
Acuidade visual sem correção (J1).

¹ Tabelas de acuidade visual disponíveis para impressão em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/tabelas_de_acuidade.pdf.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Alves (2013).

Quadro 15 – Avaliação de ataxia

Definição: incoordenação motora que não é resultado 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:** infecção, tumor, intoxicação exógena, trauma, vascular (AVC/AIT), medicamentosa (antiepilépticos, amiodarona, barbitúricos, alguns quimioterápicos, lítio, metronidazol, zidovudina). Quando de causa genética, está associada a erros inatos de metabolismo (geralmente identificados em neonatos e início da infância). Ataxia aguda é uma emergência neurológica.
- **Subagudas:** infecções atípicas, autoimunes, neoplásico, paraneoplásico, álcool/deficiências nutricionais, doenças sistêmicas.
- **Crônicas:** genéticas, degenerativas, congênitas (geralmente não progressivas).

Avaliação na APS:

- Evolução da doença e sintomas associados.
- Histórico familiar de distúrbios do movimento ou outras doenças associadas à 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 (2024), adaptado de Opal e Zoghbi (2021) e Agrawal (2023).

Quadro 16 – Avaliação de coreia

Definição: movimentos aleatórios e assimétricos, que podem acometer qualquer parte do corpo. Costumam estar presentes durante o repouso, mas são exacerbados com ações e com o aumento da tensão emocional e, usualmente, desaparecem durante o sono. Não são suprimidos pela vontade do indivíduo.

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 a contração muscular como no aperto de mão.
- Desaparece durante o sono e não é suprimida por controle voluntário.

Causas:

- Doenças hereditárias raras: 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, Beriberi), doença de Wilson.
- Doenças autoimunes: Lúpus, púrpura de Henoch-Schönlein.
- HIV/aids.
- Coreia de Sydenham (por infecção por estreptococo beta-hemolítico do grupo A).

Avaliação na APS:

- Avaliar histórico 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.
- RMN ou TC com contraste de crânio.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Opal e Zoghbi (2023) e Agrawal (2023).

Quadro 17 – Avaliação de distonia

Definição: contrações musculares sustentadas ou intermitentes, geralmente envolvendo grupos agonistas e antagonistas de forma simultânea, levando a movimentos repetitivos ou a posturas anormais. Pode acometer qualquer parte do corpo, de forma localizada ou generalizada. Não são suprimidos pela vontade do indivíduo.

Quadro clínico:

- Contração muscular involuntária que ocasiona postura anormal, torção e movimentos repetitivos de uma parte do corpo.
- A postura anormal pode ser dolorosa.
- Se exacerbam em períodos de estresse e tensão, diminuem no relaxamento e desaparecem no sono.
- Podem melhorar com um gesto antagonista ou com truque sensorial como toque do local acometido.
- Podem ser focais (ex: blefaroespasma, distonia cervical, câibra do escrivão), segmentares, multifocais ou generalizadas.

Causas:

- Hereditárias como distonias por mutações DYT.
- Adquiridas: Encefalopatia anóxica perinatal, doenças cerebrovasculares, lesão traumática craniana, medicamentos (ex: levodopa, bloqueadores de canal de cálcio, agonistas dopaminérgicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, metoclopramida), neoplasia de sistema nervoso central, infecções de sistema nervoso central e transtornos psicogênicos.

Avaliação na APS:

- Avaliar histórico familiar de distúrbios do movimento ou outras doenças raras hereditárias.
- Questionar medicamentos recentemente introduzidos e avaliar possibilidade de substituição.
- Avaliação laboratorial conforme suspeita clínica. Na ausência de suspeita específica solicitar: hemograma, sódio, potássio, magnésio, cálcio, TGO, TGP, creatinina, ureia, FAN, VSG, teste treponêmico para sífilis.
- RMN ou TC com contraste de crânio.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Opal e Zoghbi (2021) e Agrawal (2023).

Quadro 18 – Casos de síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika

Todos os casos que atenderem às definições deste quadro deverão ser registrados no formulário eletrônico Registro de Eventos de Saúde Pública (Resp), disponível no endereço: www.resp.saude.gov.br/microcefalia/#painel.

<p>Segundo recomendações do MS, em conformidade com a OMS, o gráfico Intergrowth deve ser utilizado 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. Ele está disponível em: http://intergrowth21.ndog.ox.ac.uk/pt/ManualEntry/Compute. Para aferições após 48 horas de vida, o gráfico Intergrowth é aplicado para os nascidos pré-termo (Figura 4A e Figura 4B) e o gráfico de crescimento da OMS/MS para os nascidos a termo (Figura 6A e Figura 6B).</p>	
<p>Recém-nascido nas primeiras 48 horas de vida</p>	<p>Deve ser notificado todo recém-nascido, nas primeiras 48 horas de vida, que se enquadre em um ou mais dos seguintes critérios:</p> <p>1) Critério antropométrico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Circunferência craniana/perímetro cefálico menor que -2 desvios-padrão, segundo o gráfico Intergrowth, de acordo com idade gestacional ao nascer e sexo. <p>2) Critério clínico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desproporção craniofacial (macro ou microcrania em relação à face). • Malformação articular dos membros (artrogripose). • Ultrassonografia/ecografia alterada durante a gestação (Quadro 19).
<p>Recém-nascido ou criança após as primeiras 48 horas de vida.</p>	<p>Deve ser notificado todo recém-nascido ou criança que, após as primeiras 48 horas de vida, enquadre-se em um ou mais dos seguintes critérios:</p> <p>1) Critério antropométrico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pré-termo (idade gestacional menor que 37 semanas): circunferência craniana menor que -2 desvios-padrão, segundo o gráfico de crescimento Intergrowth, de acordo com idade e sexo (Figura 4A e Figura 4B). • A termo ou pós-termo (idade gestacional igual ou maior que 37 semanas): circunferência craniana menor que -2 desvios-padrão, segundo os gráficos de crescimento da OMS/MS, de acordo com idade e sexo (Figura 6A e Figura 6B). <p>2) Critério clínico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desproporção craniofacial (macro ou microcrania em relação a face). • Malformação articular dos membros (artrogripose). • Persistência de 2 ou mais manifestações neurológicas, visuais ou auditivas, sem outra causa conhecida (Quadro 19). • Identificação de 2 ou mais manifestações neurológicas, visuais ou auditivas (Quadro 19), quando mãe teve suspeita/confirmação de infecção por STORCH+Zika durante a gestação. • Alteração do crescimento/desenvolvimento neuropsicomotor (Quadro 6), sem causa definida, independente do histórico clínico de infecção na gestação.

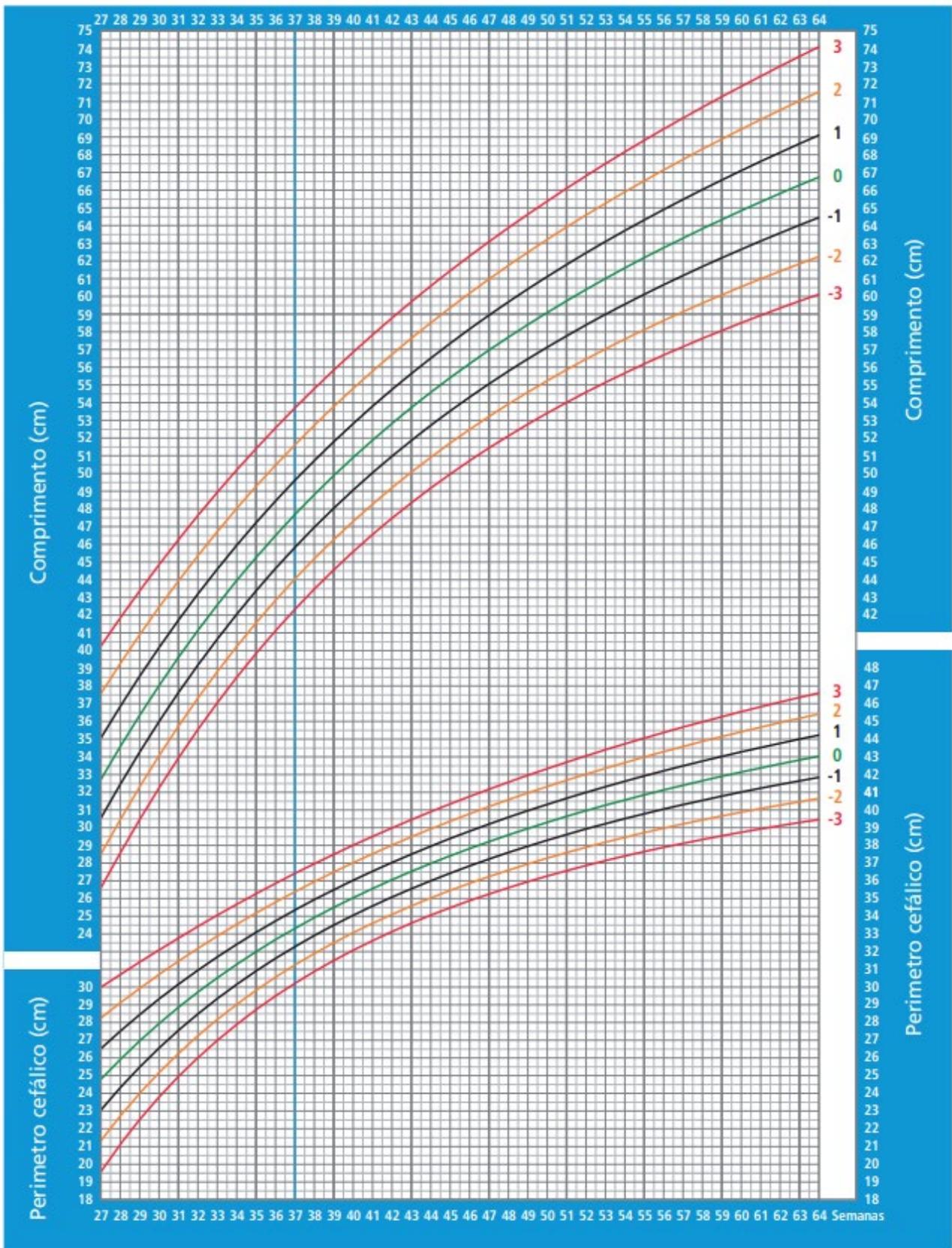
Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de de Brasil (2017).

Quadro 19 – Casos de síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika

Alterações mais comuns identificadas durante o pré-natal			
Alterações neurológicas em exame de imagem	Dismorfias faciais	Músculo-articulares	Outros
<ul style="list-style-type: none"> ● Microcefalia. ● Microencefalia. ● Alterações de fossa posterior; dimorfismo de vermis cerebelar. ● Ventriculomegalia. ● Hidrocefalia. ● Calcificações cerebrais disseminadas. ● Sinéquias. ● Disgenesia de corpo caloso. ● Esquizencefalia/porencefalia. ● Afilamento do córtex. ● Occipital proeminente. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Desproporção craniofacial. ● Face plana. ● Microftalmia. ● Retrognatia. ● Hipotelorismo. ● Redundância de pele no couro cabeludo. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Posição viciosa das mãos e dos pés (<i>proxy</i> de artrogripose). 	<ul style="list-style-type: none"> ● Alteração do volume amniótico (polidrâmio).
Alterações mais comuns identificadas ao nascer e dentro do 1º mês de vida			
Alterações em exame de imagem	Alterações na visão ou audição	Alterações neurossensoriais	Achados clínicos dismorfológicos
<ul style="list-style-type: none"> ● Calcificações cerebrais. ● Distúrbio do desenvolvimento cortical cerebral. ● Predomínio fronto parietais do espessamento cortical. ● Polimicrogiria. ● Simplificação do padrão de giração/sulcação cerebral. ● Ventriculomegalia/dilatação ventricular. ● Alteração do padrão de fossa posterior. ● Hipoplasia de tronco cerebral, cerebelo, corpo caloso. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Alterações no mapeamento de retina. ● Lesão do epitélio retiniano, achados incomuns de pigmentação. ● Lesões circulares atróficas da retina. ● Alterações de nervo óptico (hipoplasia, atrofia parcial ou completa, aumento da escavação papilar). ● Alteração da função visual. ● Avaliação da função auditiva (emissões otoacústicas e BERA). 	<ul style="list-style-type: none"> ● Alterações do tônus muscular. ● Alteração de postura. ● Exagero dos reflexos primitivos. ● Hiperexcitabilidade. ● Hiperirritabilidade. ● Crises epiléticas. ● Dificuldade de sucção e deglutição. ● Disfagia. ● Alterações de fundoscopia (retina e nervo óptico). ● Movimentos oculares anormais. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Microcefalia (-2 dp). ● Desproporção craniofacial. ● Deformidades articulares e de membros.
Alterações mais comuns identificadas após o 1º mês de vida			
Alterações físicas	Alterações físicas	Alterações físicas	
<p>Mais frequente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Desproporção craniofacial. ● Alteração de PC/hidrocefalia pela expansão da fontanela anterior. ● Visuais (desatenção visual/estrabismo manifestos/nistagmo). ● Hipertonía. ● Luxação congênita de quadril. <p>Frequente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Alterações auditivas (perda auditiva sensorio-neural uni ou bilateral). <p>Raramente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Microftalmia. ● Alteração em genitália (criptorquidia/hipospádia). 	<p>Mais frequente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● RGE/disfagia ● Epilepsia/espasmos ● Irritabilidade ● Alterações visuais ● Hipertonía/persistência dos reflexos arcaicos (RTCA). <p>Frequente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Alterações auditivas (perda auditiva sensorio-neural uni ou bilateral). 	<p>Mais frequente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Alterações estruturais do SNC (calcificação, dismorfias do corpo caloso e ventriculomegalia). ● Alterações do BERA/EOA (tira da lista de alteração muito comum, necessidade de fazer o BERA). ● Alterações no mapeamento de retina/reflexo olho vermelho/foto documentação digital da retina (RetCam). <p>Raramente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Catarata. ● Glaucoma. ● Microftalmia. ● Coloboma. 	

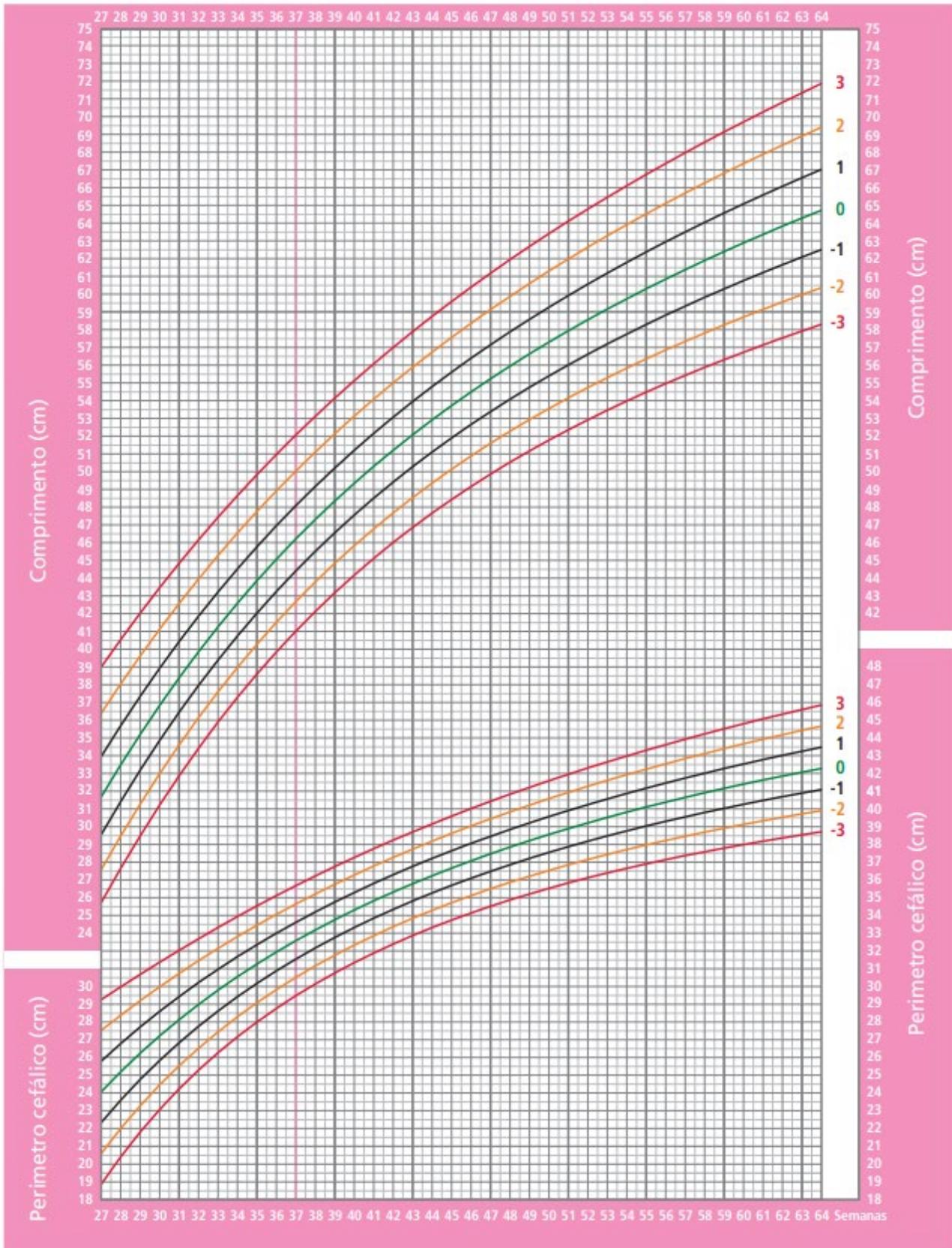
Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Brasil (2017).

Figura 4A – Gráfico internacional de comprimento e perímetro cefálico por idade para meninos nascidos pré-termo



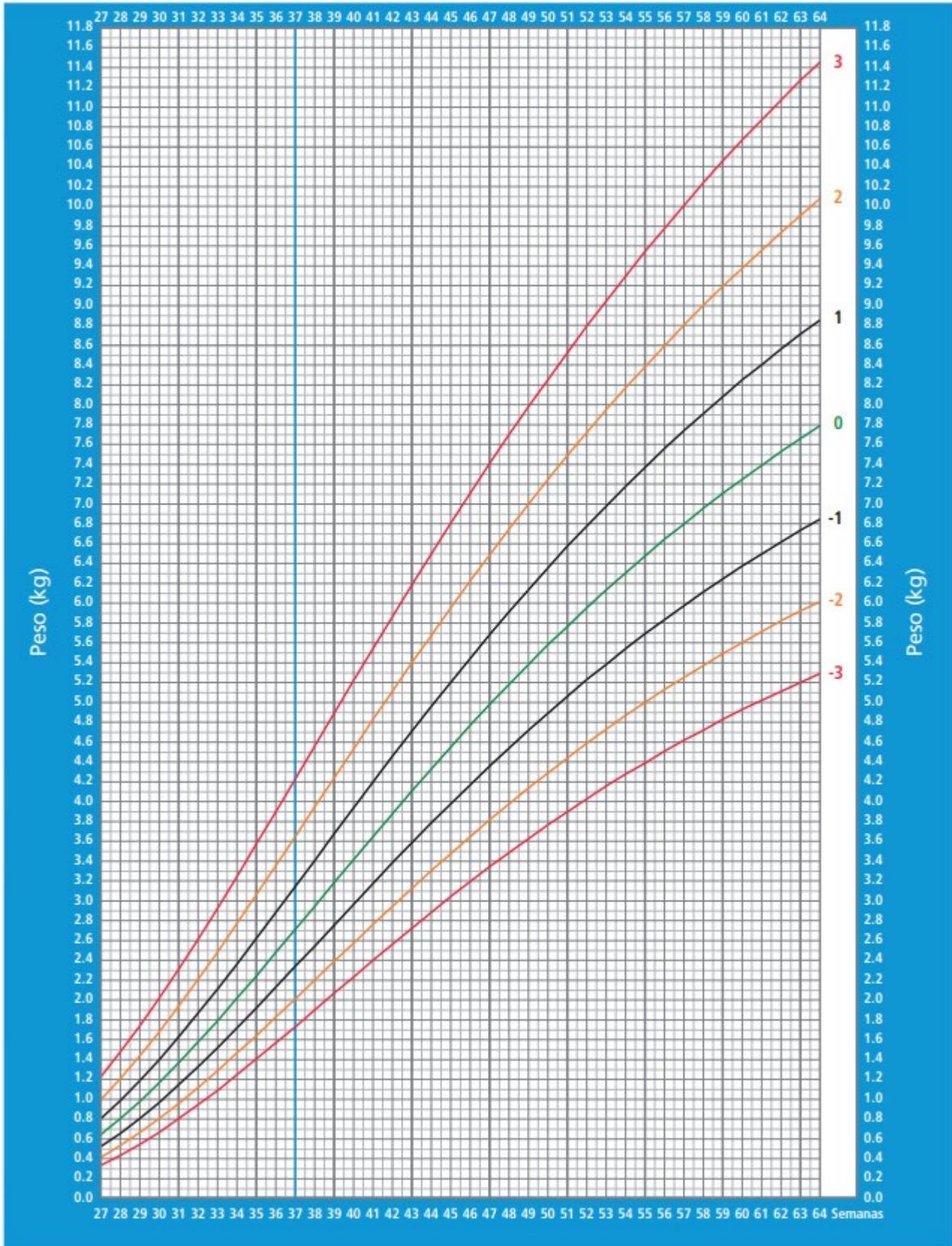
Fonte: Villar et al. (2015).

Figura 4B – Gráfico internacional de comprimento e perímetro cefálico por idade para meninas nascidas pré-termo



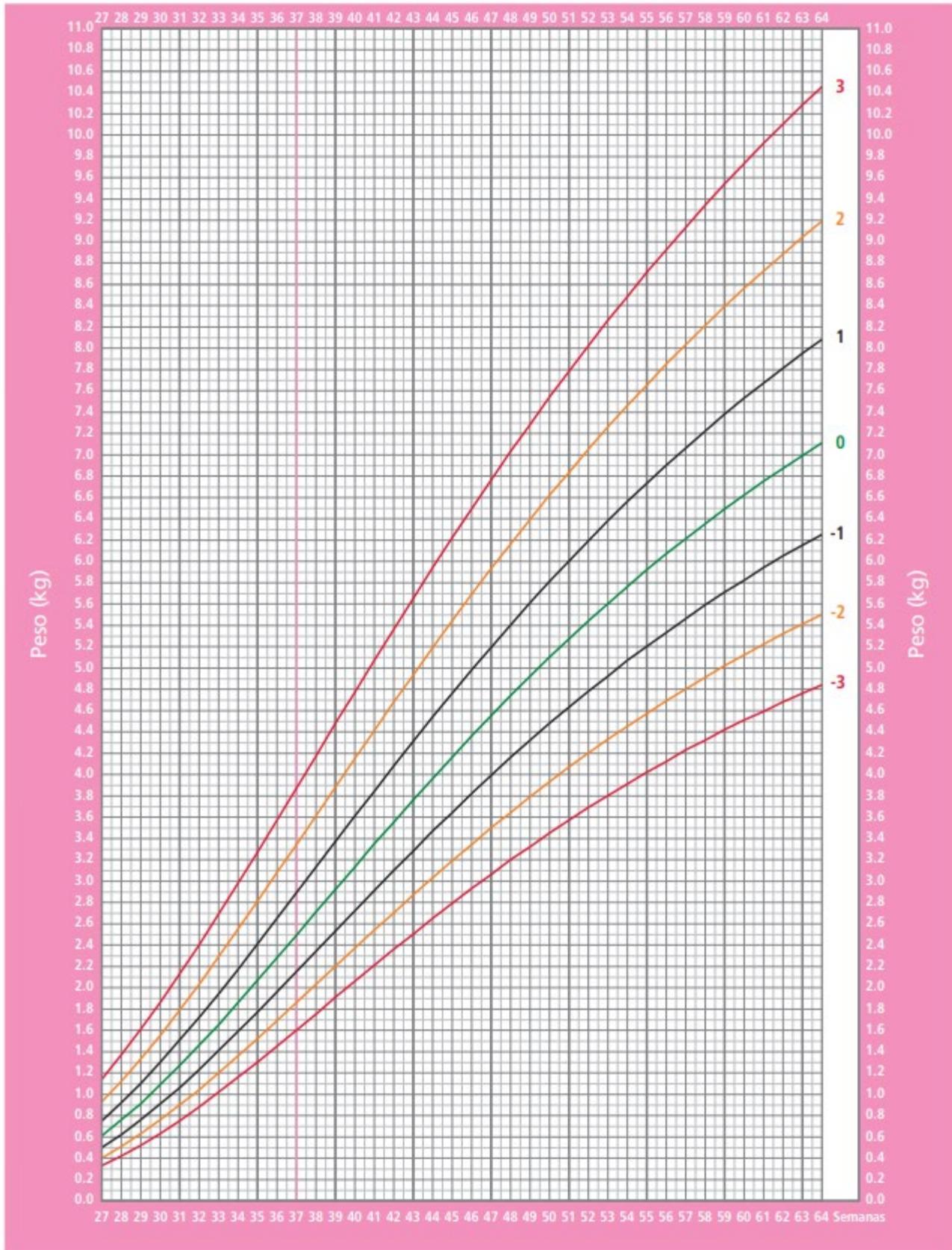
Fonte: Villar et al. (2015).

Figura 5A – Gráfico internacional de peso por idade para meninos nascidos pré-termo



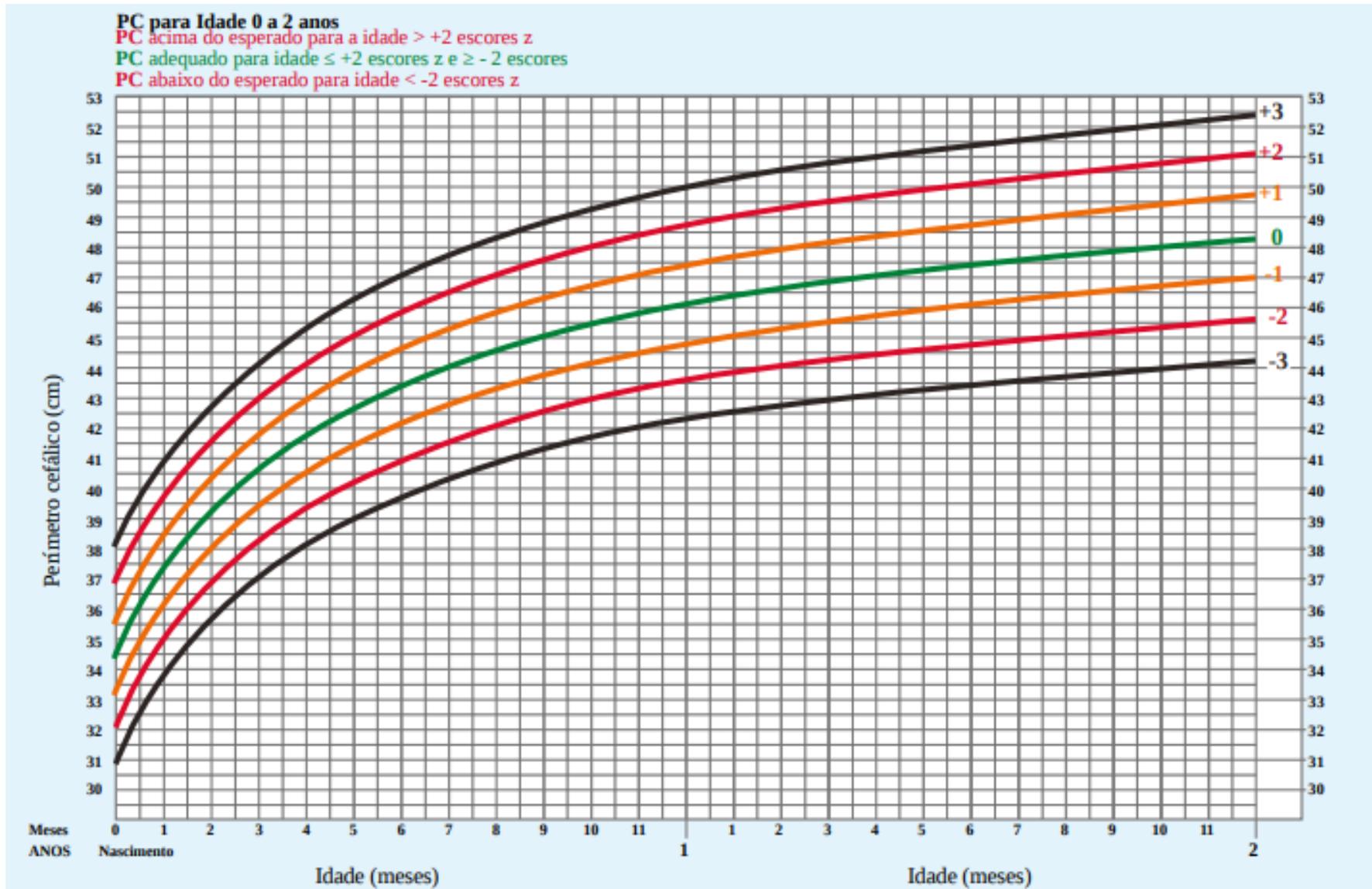
Fonte: Villar *et al.* (2015).

Figura 5B – Gráfico internacional de peso por idade para meninas nascidas pré-termo



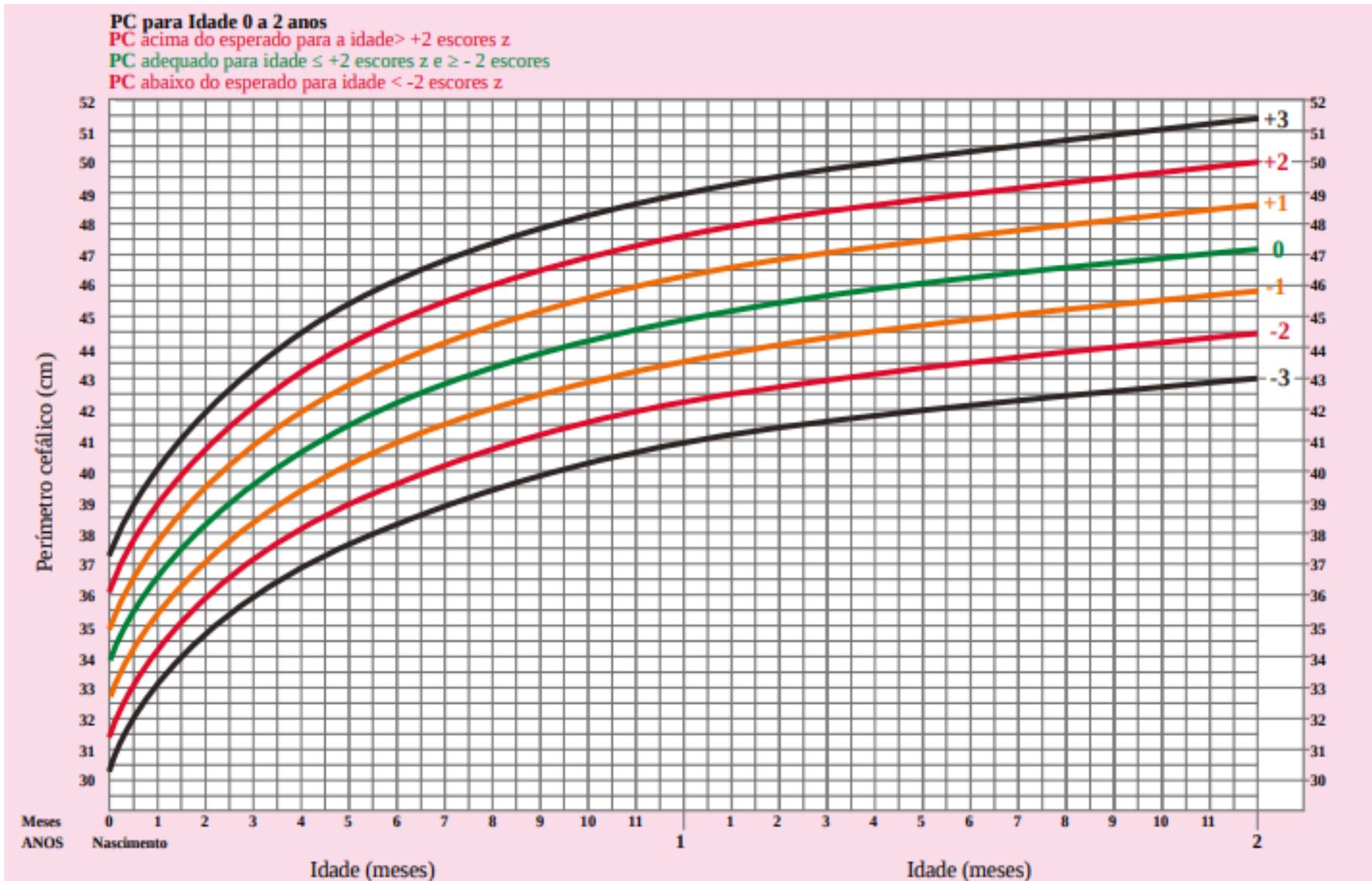
Fonte: Villar et al. (2015).

Figura 6A – Perímetro cefálico por idade para meninos nascidos a termo de 0 a 2 anos



Fonte: Brasil (2022b).

Figura 6B – Perímetro cefálico por idade para meninas nascidos a termo de 0 a 2 anos



Fonte: Brasil (2022a).

Secretaria Estadual da Saúde-RS
www.saude.rs.gov.br

Atendimento para médicos, enfermeiros e dentistas da APS do Brasil.
Para esclarecer dúvidas, ligue:



0800 644 6543

