

Protocolos de Encaminhamento para Neurologia Pediátrica

O protocolo de Neurologia Pediátrica será publicado *ad referendum* conforme resolução CIB/RS 764/2014. Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade. Ressaltamos que outras situações clínicas ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas.

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

Pacientes com convulsão/epilepsia com controle inadequado das crises ou cefaleia com indicação de investigação com exame de neuroimagem devem ter preferência no encaminhamento à neurologia pediátrica quando comparados com outras condições clínicas previstas neste protocolo.

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas nestes protocolos. Entretanto, ressaltamos que existem outras condições que não foram contempladas. É responsabilidade do médico assistente tomar essa decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

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

Elaborado em 28 de maio de 2018.



Supervisão Geral:

Francisco Paz

Coordenação:

Marcelo Rodrigues Gonçalves

Roberto Nunes Umpierre

Organização e Edição:

Milena Rodrigues Agostinho Rech

Rudi Roman

Autores:

Artur Francisco Schumacher Schuch

Carlos Eduardo Mantese

Dimitris Rucks Varvaki Rados.

Elise Botteselle de Oliveira

Fernanda Lucia Capitanio Baeza

Ligia Marroni Burigo

Josué Basso

Milena Rodrigues Agostinho Rech

Natan Katz

Rudi Roman

Revisão Técnica:

Leticia Machado Rosa da Silva

Rudimar dos Santos Riesgo

Thais Lampert Monte

Scheila Ernestina Lima

Yara Regina da Cunha Castro

Colaboração:

Departamento de Regulação Estadual – DRE/RS

Normalização:

Rosely de Andrade Vargas

Diagramação:

Lorenzo Costa Kupstaitis

Protocolo 1 – Cefaleia

Condições clínica que indicam necessidade de encaminhamento para emergência:

- pacientes com cefaleia e sinais de alerta:
 - criança com menos de 3 anos de idade; **ou**
 - aparecimento súbito e de intensidade muito forte; **ou**
 - sintoma que inicia após trauma de crânio recente; **ou**
 - suspeita de meningite (febre, rigidez de nuca, petéquias, alteração de sensório); **ou**
 - sinais neurológicos focais; **ou**
 - piora de intensidade em decúbito; **ou**
 - edema de papila; **ou**
 - criança que apresenta comorbidades de maior risco (anemia falciforme, imunodeficiências, história de neoplasia, coagulopatias, doenças cardíacas, neurofibromatose, esclerose tuberosa, entre outras).

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

- migrânea (enxaqueca) ou cefaleia tipo tensão refratária ao manejo profilático na Atenção Primária à Saúde (APS) por um período mínimo de 2 meses; **ou**
- outras cefaleias primárias que não se caracterizam como migrânea (enxaqueca) ou cefaleia tipo tensão; **ou**
- necessidade de investigação com exame de imagem (quadro 1), quando esse não for disponível na APS.

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

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

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever idade de início da cefaleia, características da dor, tempo de evolução, frequência das crises, mudança no padrão, exame físico neurológico, outros sinais e sintomas associados);
2. tratamentos em uso ou já realizados para cefaleia (medicamentos utilizados com dose e posologia);
3. resultado do exame de imagem (TC ou RMN de crânio), com data (se realizado);
4. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



Protocolo 2 – Epilepsia

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

- um ou mais episódios de alteração de consciência sugestivo de crise epiléptica (quadro 3), exceto quadro de convulsão febril simples de característica benigna (quadro 4); **ou**
- criança com diagnóstico prévio de epilepsia com controle inadequado das crises apesar do tratamento otimizado e descartada má adesão.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

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

Protocolo 3 – Atraso Global do Desenvolvimento (AGD) e Deficiência intelectual

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

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

- deficiência intelectual moderada/grave ou provável AGD (ausência de um ou mais marcos para a faixa etária anterior – quadro 5) ou possível AGD (ausência de um ou mais marcos para a sua faixa etária – quadro 5) em crianças com:
 - história familiar de deficiência intelectual/AGD em parente de primeiro grau; **ou**
 - pais consanguíneos; **ou**
 - alterações fenotípicas (como dismorfismos crâniofaciais ou esqueléticos, suspeita de síndrome genética específica, entre outros); **ou**
 - perímetro cefálico menor que o percentil 10 ou maior que o percentil 90.

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

- deficiência intelectual ou provável AGD (quadro 5) ou possível AGD (quadro 5) em crianças com episódio de convulsão ou outras manifestações neurológicas como ataxia/coreia; **ou**
- regressão neurológica com perda de habilidades previamente adquiridas do desenvolvimento neuropsicomotor como perda de fala e/ ou marcha e/ou compreensão; **ou**
- deficiência intelectual recente sem etiologia estabelecida ou com necessidade de manejo de alterações comportamentais refratárias.

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

- diagnóstico de deficiência intelectual ou AGD associado com:
 - auto/heteroagressividade; **ou**
 - agitação psicomotora; **ou**
 - sintomas psicóticos (delírios ou alucinações).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Pediatria:

- provável AGD (quadro 5) sem etiologia identificada; **ou**
- possível AGD (quadro 5) que persiste após reavaliação em 30 dias.

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. história familiar de AGD, deficiência intelectual ou doenças raras (sim ou não). Se sim, descreva o quadro e grau de parentesco;
3. história de consanguinidade entre os pais (sim ou não). Se sim, descreva o grau de parentesco;
4. criança está em acompanhamento com reabilitação intelectual de sua referência (sim ou não)? Se sim, descreva;
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

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

Protocolo 4 – Transtornos do espectro autista (TEA)

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

- suspeita ou diagnóstico de TEA (quadro 6).

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

- suspeita ou diagnóstico de TEA (quadro 6) associado a:
 - auto/heteroagressividade; **ou**
 - agitação psicomotora; **ou**
 - sintomas psicóticos (alucinações ou delírios).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro atual (idade de início, evolução dos sintomas);
2. histórico de outros transtornos psiquiátricos ou internações psiquiátricas atuais e/ou passados (sim ou não)? Se sim, descreva;
3. tratamento em uso ou já realizado para a condição (se medicamentos, quais estão sendo ou foram utilizados, com dose e posologia);
4. história familiar de TEA/deficiência intelectual ou pais consanguíneos (sim ou não). Se sim, descreva;
5. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

* Crianças com idade até 3 anos que apresentam Transtornos do espectro autista devem ser também encaminhadas para Estimulação Precoce nos serviços de referência em reabilitação intelectual. Para crianças com idade superior a 3 anos, tratamentos de reabilitação intelectual também estão disponíveis nestes locais. Entrar em contato com sua secretaria municipal de saúde para identificar o local de referência para o município.

Protocolo 5 – Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Psiquiatria Pediátrica (preferencialmente) ou Neurologia Pediátrica e reabilitação intelectual*:

- diagnóstico de TDAH: seis sintomas de desatenção e/ou seis sintomas de hiperatividade e impulsividade marcadas como “Bastante” na escala SNAP, considerando resposta de pais e escola, por mais de 6 meses (quadro 7), **e**
 - sintomas persistentes após tratamento inicial em doses otimizadas por pelo menos 4 semanas (quadro 8); **ou**
 - TDAH associado a comorbidades psiquiátricas.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro atual (idade de início, evolução dos sintomas, características que sugerem diagnóstico - quadro 7);
2. sintomas são percebidos em mais de um ambiente (por exemplo casa e escola)? (sim ou não). Se sim, descreva em quais ambientes;
3. histórico de outros transtornos psiquiátricos 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. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

* Crianças com Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) podem ser encaminhadas para reabilitação intelectual, em serviços regionalizados. Entrar em contato com sua secretaria municipal de saúde para identificar o local de referência para o município.

Protocolo 6 – Transtorno Específico da Aprendizagem

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

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para neurologia pediátrica e reabilitação intelectual*:

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

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para psiquiatria pediátrica e reabilitação intelectual*:

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

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

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

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

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

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descreva se apresenta atraso de desenvolvimento psicomotor, peso e altura adequados para idade, alterações fenotípicas sugestivas de síndrome genética, questões familiares e sociais envolvidas com o quadro);
2. apresenta doenças neurológicas associadas (como epilepsia, cefaleia, entre outras) Sim ou não. Se sim, descreva a condição e tratamento realizado;
3. apresenta outras doenças crônicas ou psiquiátricas associadas ao quadro (sim ou não). Se sim, descreva a condição e tratamento realizado
4. descrição do EEG ou neuroimagem, com data (se realizado);
5. se suspeita de problemas de audição ou fala em crianças menores de 3 anos, descrever resultado de Triagem Auditiva Neonatal;
6. descrição da avaliação psicopedagógica, com data (se realizada);
7. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

* Crianças com Transtorno Específico de Aprendizagem podem ser encaminhadas para Reabilitação Intelectual, em serviços regionalizados. Entrar em contato com sua secretaria municipal de saúde para identificar o local de referência para o município.

Protocolo 7 – Distúrbios do movimento (ataxias e coreias)

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

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- episódio agudo de ataxia em crianças (principais causas: infecção, tumor, intoxicação exógena).

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

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

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para genética e reabilitação física:

- suspeita ou diagnóstico de ataxia (quadro 12) de provável origem genética, após avaliação com neurologista pediátrico; **ou**
- suspeita ou diagnóstico de coreia (quadro 13) de provável origem genética, após avaliação com neurologista pediátrico.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. história familiar de ataxia ou coreia hereditária (sim ou não). Se sim, descreva o quadro e grau de parentesco;
3. história de consanguinidade entre os pais (sim ou não). Se sim, descreva o grau de parentesco;
4. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 8 – Microcefalia

Casos suspeitos de microcefalia congênita ou pós-natal, relacionada ou não ao vírus Zika, devem ser registrados pelos serviços públicos e privados de saúde no formulário de Registro de Eventos de Saúde Pública (RESP) – microcefalias, disponível em www.resp.saude.gov.br/microcefalia#/painel, e encaminhados via sistema de regulação. Ver quadro 14 para casos suspeitos de microcefalia.

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

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

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Genética Médica Microcefalia (após notificação no RESP e avaliação clínica pela CEVS/SES dos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde) e reabilitação intelectual*:

- recém-nascidos ou crianças com suspeita de microcefalia (quadro 14); **ou**
- crianças que no acompanhamento de puericultura apresentarem desaceleração do crescimento cefálico com medida inferior a – 2 DP para idade e sexo.

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 medida do perímetro cefálico ao nascimento e medidas realizadas posteriormente, com data;
3. descreva idade gestacional no parto da criança;
4. ecografia transfontanelar ou tomografia de crânio da criança (se realizada), com data;
5. ecografia obstétrica (se achados alterados), com data;
6. número da notificação no Registro de Eventos de Saúde Pública (RESP);
7. criança está em acompanhamento com reabilitação intelectual de sua referência (sim ou não)? Se sim, descreva;
8. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

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

Referências

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS; COUNCIL ON CHILDREN WITH DISABILITIES. Identifying infants and young children with developmental disorders in the medical home: an algorithm for developmental surveillance and screening. **Pediatrics**, Springfield, v. 118, n. 1, p. 405-420, 2006. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/118/1/405.long>>. Acesso em: 25 abr. 2018.

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

ATLANTIC HEALTH SYSTEM. **Pediatric neurology and neurosurgery**. Morristown, NJ: Atlantic Health System, 2018. Disponível em: <<http://www.atlantichealth.org/neuroscience/our+services/diagnostics+and+treatments/pediatric+neurology+and+neurosurgery>>. Acesso em: 24 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de microcefalia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <<http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/13/Diretrizes-de-Estimulacao-Precece.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2018.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional: procedimentos para o monitoramento das alterações no crescimento e desenvolvimento a partir da gestação até a primeira infância, relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas dentro da capacidade operacional do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/12/orientacoes-integradas-vigilancia-atencao.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2018.

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

BRASIL. Ministério de Saúde. **Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central (SNC)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <<http://combateaaedes.saude.gov.br/images/sala-de-situacao/Microcefalia-Protocolo-de-vigilancia-e-resposta-10mar2016-18h.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2016.

BONTHIUS, D. J.; LEE, A. G.; HERSHEY, A. D. **Headache in children: Approach to evaluation and general management strategies** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/headache-in-children-approach-to-evaluation-and-general-management-strategies>>. Acesso em: 24 abr. 2018.

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

CONNECTICUT STATE. Department of Education. **Guidelines for identifying children with learning disabilities**. Hartford, CT: Connecticut State, 2010. Disponível em: <http://portal.ct.gov/-/media/SDE/Special-Education/2010_Learning_Disability_Guidelines_Acc.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2018.

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

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

FIGUEIRAS, a. c. **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI**. Washington, D.C.: OPAS, 2005. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/pediatria/conteudos-1/ppsca/bibliografia/crescimento-e-desenvolvimento/figueiras-manual-para-vigilancia-do-desenvolvimento-infantil-no-contexto-da-aidpi-2005/view>>. Acesso em: 25 abr. 2018.

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

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

HARZHEIM, E.; AGOSTINHO, M. R.; KATZ, N. **Protocolos de encaminhamento para genética médica** [Internet]. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2016. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/ptrs_genetica.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2018.

KULKARNI, M. Approach to learning disability. **Indian Journal of Pediatrics**, New Delhi, v. 68, n. 6, p. 539-546. Disponível em: <<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F02723250.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2018.

LOSAPIO, M. F.; PONDÉ, M.P. **Tradução para o português da escala M-CHAT para rastreamento precoce de autismo**. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 221-229, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v30n3/v30n3a11.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2018.

MACK, K. J. **Preventive treatment of migraine in children** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2016. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/preventive-treatment-of-migraine-in-children>>. Acesso em: 24 abr. 2018.

MATTOS, P. et al. Apresentação de uma versão em português para uso no Brasil do instrumento MTA-SNAP-IV de avaliação de sintomas de transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e sintomas de transtorno desafiador e de oposição. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 3, p. 290-297, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v28n3/v28n3a08.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2018.

MILLICHAP, J. J. **Clinical features and evaluation of febrile seizures** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-evaluation-of-febrile-seizures>>. Acesso em: 25 abr. 2018.

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

NEWTON, R. W. Childhood headache. **Archives of Disease in Childhood Education and Practice edition**. London, v. 93, p. 105, 2008. Disponível em: <<http://ep.bmj.com/content/93/4/105.long>>. Acesso em: 24 abr. 2018.

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

UPTODATE. **Definitions of learning disability** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=PEDS%2F53010&topicKey=PEDS%2F610&rank=1~150&source=see_link&search=learning%20problems&utdPopup=true>. Acesso em: 24 abr. 2018.

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

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



Anexos – Quadros auxiliares

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

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

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

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

presença de lesão com efeito expansivo (incluindo tumores, cisto ou malformações)
presença de lesão sugestiva de tumor cerebral, independentemente do tamanho
presença de aneurisma cerebral ou outra malformação vascular
hidrocefalia, independente da causa
presença de malformação de Chiari.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018).



Quadro 3 – Manifestações sugestivas de crise epiléptica em criança

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

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

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

Convulsão associada a episódio febril (acima de 38° C)
Criança com idade entre 6 meses e 5 anos
Ausência de infecção ou inflamação do SNC (conforme outras características clínicas)
Ausência de causa metabólica conhecida (como erro inato de metabolismo)
Ausência de episódio de convulsão afebril previamente
Exame neurológico normal
História familiar de convulsão febril
Curta duração (menos de 10 minutos)
Sem novo episódio de convulsão em 24 horas

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

Quadro 5 – Marcos do desenvolvimento em crianças de 2 meses a 2 anos

<p>Provável atraso: ausência de um ou mais marcos para <u>a faixa etária anterior</u>. Referir para avaliação neuropsicomotora.</p> <p>Possível atraso: ausência de um ou mais marcos para <u>a sua faixa etária</u>. Em crianças sem outros achados de gravidade (como dismorfias, convulsão, entre outros) orientar mãe sobre estimulação de seu filho e reavaliar se atraso persiste após 30 dias. Retornar antes se intercorrências. Para os prematuros até 12 meses de idade cronológica utilize a idade corrigida (Idade corrigida= semanas da idade cronológicas – semanas que faltaram para completar 40 semanas).</p>	
2 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Fixa o olhar no rosto do examinador ou dos pais • Segue objeto na linha média • Reage ao som • Eleva a cabeça
4 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Responde ao examinador • Segura objetos • Emite sons • Sustenta a cabeça
6 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Alcança um brinquedo • Leva objetos a boca • Localiza o som • Rola
9 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Brinca de esconde-achou • Transfere objetos de uma mão para outra • Duplica sílabas • Senta sem apoio
12 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Imita gestos (exemplo: bater palmas) • Faz pinça (exemplo: segura pequenos objetos com a ponta dos dedos em forma de pinça) • Produz jargão (conversação incompreensível consigo mesma ou com outros) • Anda com apoio
15 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Executa gestos a pedido • Coloca cubos na caneca • Produz uma palavra • Anda sem apoio
18 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Identifica 2 objetos. • Rabisca espontaneamente • Produz três palavras • Anda para trás
24 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Tira roupa • Constrói torre com 3 cubos • Aponta duas figuras • Chuta a bola

Fonte: Figueiras et al. (2005).

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

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



As respostas consideradas “Falha” em cada item estão relacionadas abaixo. Os itens críticos são marcados em negrito.				
1. Não	6. Não	11. Sim	16. Não	21. Não
2. Não	7. Não	12. Não	17. Não	22. Sim
3. Não	8. Não	13. Não	18. Sim	23. Não
4. Não	9. Não	14. Não	19. Não	
5. Não	10. Não	15. Não	20. Sim	
Suspeita diagnóstica de TEA: falha em 3 itens no total ou 2 itens considerados críticos (2, 7, 9, 13, 14, 15).				

Fonte: Losapio e Pondé (2008).

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

Para cada item, escolha a coluna que melhor descreve a criança/adolescente				
	NEM UM POUCO	UM POUCO	BASTANTE	DEMAIS
1. Falha em prestar atenção aos detalhes ou comete erros por falta de cuidado em trabalhos escolares e tarefas.				
2. Tem dificuldade em manter atenção em tarefas ou em brincadeiras.				
3. Parece não escutar quando lhe falam diretamente.				
4. Não segue instruções e falha em terminar temas de casa, tarefas ou obrigações.				
5. Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades.				
6. Evita, não gosta ou reluta em envolver-se em tarefas que 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).				
<p>* A escala SNAP é apropriada para avaliação de pacientes entre 6 e 18 anos incompletos, *Os itens 1 a 9 são relativos a desatenção. Os itens 10 a 18 são relacionados a hiperatividade e impulsividade. Para o diagnóstico, são necessários seis sintomas de desatenção e/ou seis sintomas de hiperatividade e impulsividade marcadas como “Bastante”, considerando resposta de pais e escola, por mais de 6 meses.</p>				

Fonte: Mattos et al. (2006).

Quadro 8: Tratamento clínico otimizado para TDAH*

Para crianças e adolescentes com critérios diagnósticos para TDAH:

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

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

Quadro 9 - Critérios diagnósticos para Transtornos Específicos da Aprendizagem

A. Dificuldades na aprendizagem e no uso de habilidades acadêmicas, conforme indicado pela presença de ao menos um dos sintomas a seguir que tenha persistido por pelo menos 6 meses, apesar da provisão de intervenções dirigidas a essas dificuldades:

1. Leitura de palavras de forma imprecisa ou lenta e com esforço (exemplo: lê palavras isoladas, em voz alta, de forma incorreta ou lenta e hesitante, frequentemente adivinha palavras, tem dificuldade de soletrá-las).
2. Dificuldade para compreender o sentido do que é lido (exemplo: pode ler o texto com precisão, mas não compreende a sequência, as relações, as inferências ou os sentidos mais profundos do que é lido).
3. Dificuldades para ortografar (ou escrever ortograficamente) (exemplo: pode adicionar, omitir ou substituir vogais e consoantes).
4. Dificuldades com a expressão escrita (exemplo: comete múltiplos erros de gramática ou pontuação nas frases; emprega organização inadequada de parágrafos; expressão escrita das ideias sem clareza)
5. Dificuldades para dominar o senso numérico, fatos numéricos ou cálculo (entende números, sua magnitude e relações de forma insatisfatória; conta com os dedos para adicionar números de um dígito em vez de lembrar o fato aritmético, como fazem os colegas; perde-se no meio de cálculos aritméticos e pode trocar as operações).
6. Dificuldades no raciocínio (tem grave dificuldade em aplicar conceitos, fatos ou operações matemáticas para solucionar problemas quantitativos).

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 (2014).



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

Faixa etária	Respostas motoras	Reflexo cócleo-palpebral
Zero a 3 meses	No início, resposta de sobressalto ou de Moro em recém-nascidos com audição normal com estímulo de 65 dB NPS (nível de pressão sonora) ou mais alto, apresentado de forma súbita. Reação de sobressalto/resposta de atenção/virar a cabeça.	Presente
3 a 6 meses	Entre 3 e 4 meses: o lactente pode começar a virar lentamente a cabeça. Resposta de atenção/virar a cabeça/localização lateral.	Presente
6 a 9 meses	7 meses: os músculos do pescoço do lactente estão suficientemente fortes para permitir que ele gire a cabeça diretamente para o lado de onde vem o som. Resposta de atenção/localização lateral. Localização INDIRETA para baixo. Entre 7 e 9 meses: começa a identificar a localização precisa da fonte sonora com uma virada direta da cabeça para o lado. Resposta é brusca e firme. Ainda não olha diretamente para o som apresentado acima do nível dos olhos.	Presente
9 a 13 meses	10 meses: começa a localizar o som acima da cabeça. Localização para o lado. Localização DIRETA para baixo.	Presente
16 a 24 meses	Localiza diretamente os sons para o lado, para baixo e para cima.	Presente

Fonte: Brasil (2016).



Quadro 11 – Marcos do desenvolvimento visual da criança (zero a 3 anos de idade).

30 a 34 semanas de idade gestacional	Reação pupilar à luz, fechar as pálpebras diante de luz intensa e reflexo de fixação.
Ao nascimento	Busca da fonte luminosa, fixação visual presente, mas breve, tentativas de seguir objeto em trajetória horizontal.
1 mês	Contato visual e fixação visual por alguns segundos, seguimento visual em trajetória horizontal em arco de 60 graus, preferência por objetos de alto contraste e figuras geométricas simples.
2 meses	Fixação estável e muito bem desenvolvida, inicia coordenação binocular, seguimento visual em trajetória vertical, interesse por objetos novos e com padrões mais complexos, inicia sorriso social
3 meses	Desenvolve acomodação e convergência, inicia observação das mãos e faz tentativas de alcance para o objeto visualizado. Até o 3º mês, a esfera visual é de 20 a 30 centímetros
4 meses	Pode levar a mão em direção ao objeto visualizado e agarrá-lo.
5 a 6 meses	Fixa além da linha média, aumento da esfera visual, capaz de dissociar os movimentos dos olhos dos movimentos de cabeça, acuidade visual bem desenvolvida, reconhece familiar, amplia o campo visual para 180 graus, movimentos de busca visual são rápidos e precisos. Pode apresentar desvio ocular, mas, se for persistente, é necessária avaliação oftalmológica.
7 a 10 meses	Interessa-se por objetos menores e detalhes, interessa-se por figuras, esfera visual bastante ampliada, busca e reconhece objetos parcialmente escondidos.
11 a 12 meses	Orienta-se visualmente no ambiente familiar, reconhece figuras, explora detalhes de figuras e objetos, comunicação visual é efetiva
12 a 24 meses	Atenção visual, aponta para o objeto desejado, mesmo que esteja à distância, muda o foco de visão de objetos próximos para distantes com precisão, identifica em si, no outro ou em bonecos as partes do corpo, reconhece o próprio rosto no espelho, reconhece lugares, rabisca espontaneamente
24 a 36 meses	Tenta copiar círculos e retas, constrói uma torre com três ou quatro cubos. Percepção de profundidade está quase completa.

Fonte: Brasil (2016).



Quadro 12 – Avaliação de ataxia

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

Quadro clínico:

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

Causas:

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

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

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

Avaliação na APS:

- evolução da doença e sintomas associados
- história familiar de distúrbios do movimento ou outras doenças associadas a ataxia
- questionar medicamentos recentemente introduzidos ou possíveis de causar ataxia e avaliar possibilidade de substituição.
- avaliação laboratorial conforme outras doenças crônicas ou sintomas que norteiam hipótese diagnóstica para causas secundárias, incluindo avaliação para sífilis e HIV.

Quadro 13 – Avaliação de coreia**Quadro Clínico:**

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

Causas:

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

Avaliação na APS:

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

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



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

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

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

Tais tabelas podem ser consultadas no documento “Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional” pelo link:

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

Recém-nascido nas primeiras 48 horas de vida que se enquadre em um ou mais dos seguintes critérios (preferencialmente medida com 24 horas de vida):

- critério antropométrico: circunferência craniana / perímetro cefálico menor que -2 desvios-padrão, segundo a tabela InterGrowth de acordo com idade gestacional ao nascer e sexo;
- critério clínico:
 - desproporção craniofacial (macro ou microcrania em relação a face).
 - malformação articular dos membros (artrogripose)
 - ultrassonografia/ecografia alterada durante a gestação (microcefalia, microencefalia, dismorfismo em vermis cerebelar, ventriculomegalia, hidrocefalia, calcificações cerebrais disseminadas, sinéquias, disgenesia de corpo caloso, esquizencefalia/porencefalia, afilamento do córtex, occipital proeminente).

Recém-nascido ou criança após as primeiras 48 horas de vida que se enquadre em um ou mais dos seguintes critérios:

- Critério antropométrico:
 - pré-termo (idade gestacional menor que 37 semanas): circunferência craniana menor que -2 desvios-padrão, segundo a curva de crescimento InterGrowth, de acordo com idade e sexo.
 - a termo ou pós-termo (idade gestacional igual ou maior que 37 semanas): circunferência craniana menor que -2 desvios-padrão, segundo as curvas de crescimento da OMS, de acordo com idade e sexo.
- Critério clínico:
 - desproporção craniofacial (macro ou microcrania em relação a face).
 - malformação articular dos membros (artrogripose).
 - persistência de duas ou mais manifestações neurológicas visuais ou auditivas, sem outra causa conhecida.
 - identificação de duas ou mais manifestações neurológicas, visuais ou auditivas, quando mãe teve suspeita/confirmação de infecção por TORCH+Zika durante a gestação.
 - alteração do crescimento/desenvolvimento neuropsicomotor, sem causa definida.