

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BRUSQUE
DIRETORIA DE PLANEJAMENTO DE REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO
POLICLÍNICA DE REFERÊNCIAS DE ESPECIALIDADES
ANO DE REFERÊNCIA 2018**

**PROTOCOLO DE ACESSO SUGERIDO PARA:
CONSULTA EM NEUROLOGIA INFANTIL**

Uma adaptação autorizada de: **PROTOSCOLOS DE ENCAMINHAMENTO PARA NEUROLOGIA INFANTIL**, TelessaúdeRS-UFRGS, 2016 Porto Alegre – RS.

As informações solicitadas nos protocolos são de presença obrigatória. Têm como objetivo determinar se o paciente necessita do encaminhamento para o especialista e definir a prioridade de encaminhamento.

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.

Pacientes com diagnóstico de cefaleia e indicação de investigação com exame de neuroimagem, declínio cognitivo rapidamente progressivo ou vertigem de origem central já avaliada em serviço de emergência devem ter preferência no encaminhamento ao neurologista, quando comparados 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.

Protocolo 1

Cefaleia:

Condições clínicas que indicam necessidade de encaminhamento para emergência:

- 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 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) + exames laboratoriais;
 4. ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR DIÁRIO DA DOR,
- (ANEXO)

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).

MODELO:

Diário da Cefaléia

Paciente: _____																																
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	S
Madrugada (0-6)																																
Manhã (6-12)																																
Tarde (12-18)																																
Noite (18-24)																																
Sono																																
Um lado (D ou E)																																
Dois lados																																
Dor em pressão/aperto																																
Dor latejante/pulsátil																																
Dor em pontadas																																
Dor piora com esforço																																
Náusea / vômito																																
Luz incomoda																																
Som incomoda																																
Aura																																
Medicação para dor																																
Resultado (++)/+/ -)																																
Menstruação																																
Fator desencadeante																																

1 = **Dor Fraca** (não interfere em suas atividades)

2 = **Dor Moderada** (interfere mas não impede suas atividades)

3 = **Dor Forte** (impede suas atividades)

Índice de Cefaléia = _____

Períodos = _____

Dias sem Cefaléia = _____

Atenção: 1- Anote os fatores desencadeantes de cefaléia que você identificou, bem como o nome das medicações tomadas nas crises

2 - Não esqueça de preencher este diário ou de levá-lo às consultas de retorno, as anotações nele contidas são fundamentais para o seu tratamento.

FATORES DESENCADEANTES:

- ALIMENTAÇÃO,
- SONO,
- ODORES,
- PROBLEMAS EMOCIONAIS, entre outros.

* anotar se necessitou de medicação sintomática.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Triagem (avaliar cada situação/ individual):

Básico: exames laboratoriais gerais (função hepática, função tireoidiana, hemograma, CT e frações, glicemia, triglicerídeos),

Imagem: Tomografia de crânio, RNM de crânio.

TRATAMENTO:

MUDANÇA DO ESTILO DIÁRIO DE VIDA E ORIENTAÇÃO ALIMENTAR!

Agudo: ibuprofeno, paracetamol, dipirona,

Profilaxia: flunarizina (vertix gotas: 20 gotas = 5mg) na dose de 5 a 10mg/dia,

ciproheptadina na dose de 0,2 a 0,4mg/kg/dia (cobavital 1 comp = 4mg),

propranolol, amitríptilina, fluoxetina.

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. Exames laboratoriais; se possível imagem.

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

EXAMES COMPLEMENTARES:

Triagem (avaliar cada situação/ individual) :

Básico: exames laboratoriais gerais (função hepática, função tireoide Ana, hemograma, CT e frações, glicemia, triglicerídeos),

Imagem- dependendo do caso: Tomografia de crânio, RNM de crânio.

**** CRISE FEBRIL**

- *FATORES DE RISCO:*

Recorrência: idade <18 meses, história familiar de epilepsia, duração da febre < 1 hora, alteração do exame neurológico, crise febril complicada (duração > 15 minutos, crise focal, recorrência em 24 horas).

TRATAMENTO CRISE FEBRIL

Antitérmico se febre.

**** Diazepam intermitente:** 0,5 a 1mg/kg/dia (1/2 comprimido de 5mg de 12 em 12 horas se febre, até 24 horas afebril).

OPÇÕES (CASO SEJA NECESSÁRIO TRATAMENTO)

Ácido valpróico (uso contínuo) 15 a 60 mg/kg/dia

Fenobarbital (uso contínuo) 3 a 5 mg/kg/dia

MEDICAÇÕES QUE USAMOS NA EPILEPSIA (HABITUAÇÃO DE DOSES, AJUSTES)

Ácido valpróico: Depakene 5ml = 250mg, Valpakine 1ml = 200mg; 15 a 60mg/kg/dia

Carbamazepina: 5ml = 100mg, comprimido de 200mg; 10 a 30mg/kg/dia

Clobazam: comprimido de 10 e 20mg; dose empírica, geralmente começando com 5mg a noite.

Etossuximida: 5ml = 250mg; Começar com 5ml ao dia, depois 7 dias 2 vezes ao dia. A dose geralmente fica em torno de 20mg/kg/dia. Máximo 40mg/kg/dia ou 1500mg/dia.

Fenitoína: comprimido de 100mg; 5 a 10mg/kg/dia

Fenobarbital: 1 gota = 1mg, comprimido de 100mg; 3 a 6mg/kg/dia

Lamotrigina: comprimido de 25, 50 e 100mg; até 15mg/kg/dia (se junto com ác. valpróico, até 5mg/kg/dia)

Levetiracetam (Keppra): 1ml = 100mg, comprimido de 250 e 500mg; até 60mg/kg/dia.

Oxcarbazepina: 5ml = 300mg; comprimido de 300 e 600mg; 15 a 40mg/kg/dia

Topiramato: comprimido de 25, 50 e 100mg; até 10mg/kg/dia

Vigabatrina: comprimido de 500mg; até 150mg/kg/dia

Protocolo 3

Atraso Global do Desenvolvimento (AGD)

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 / genética:

- deficiência intelectual ou provável AGD (ausência de um ou mais marcos para a faixa etária anterior – 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.
- 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*:

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

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 - TRAZER RELATÓRIOS;
5. Relatório escolar / creche;
6. Exames laboratoriais; se possível imagem.

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

Provável atraso: ausência de um ou mais marcos para a faixa etária anterior. Referir para avaliação neuropsicomotora.

Possível atraso: ausência de um ou mais marcos para a sua faixa etária. Em crianças sem outros achados de gravidade (como distorções, 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).

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: Fleisher et al. (2005).

EXAMES COMPLEMENTARES:

Avaliar a necessidade de exclusão de outras causas (diagnóstico diferencial).

Triagem (avaliar cada situação/ individual) :

Triagem (avaliar cada situação/ individual) :

Básico: exames laboratoriais gerais (função hepática, função tireoidiana, hemograma, CT e frações, glicemia, triglicerídeos),

Importante:

Audiometria,

Função visual - encaminhar ao oftalmologista

Testes neuropsicológicos, se acesso - acima 7 anos (determinar grau da deficiência, teste QI).

---> ESTIMULAÇÃO PRECOCE! Não esperar consulta com neurologista infantil para a realização dos encaminhamentos!

TERAPIAS:

Fonoaudiologia, psicologia, pedagoga, terapia ocupacional, fisioterapia, entre outras,

SEGUIMENTOS:

Pediatria: manter consulta de rotina de uma criança normal -- controle de peso e altura, orientações sobre alimentações, vacinas...

Protocolo 4

Transtornos do espectro autista (TEA)

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

Os critérios diagnósticos do **Transtorno de Espectro do Autismo, segundo o DSM 5 (APA, 2014) são:**

- 1) **déficits persistentes na comunicação social e nas interações**, clinicamente significativos manifestados por: déficits persistentes na comunicação não-verbal e verbal utilizada para a interação social; falta de reciprocidade social; incapacidade de desenvolver e manter relacionamentos com seus pares apropriados ao nível de desenvolvimento.
- 2) **padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades**, manifestados por pelo menos dois dos seguintes: estereotipias ou comportamentos verbais estereotipados ou comportamento sensorial incomum, aderência excessiva à rotinas e padrões de comportamento ritualizados, interesses restritos.
- 3) **Os sintomas devem estar presentes na primeira infância** (mas podem não se manifestar plenamente, até que as demandas sociais ultrapassem as capacidades limitadas).
- 4) **Os sintomas causam limitação e prejuízo no funcionamento diário.** O DSM 5 também sugere o registro de especificadores: Com ou sem Deficiência intelectual, com ou sem comprometimento da linguagem concomitante, associado à alguma condição médica ou genética conhecida, ou a fator ambiental, associado a outro transtorno do desenvolvimento, mental ou comportamental, com catatonia.

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. Exames laboratoriais;
6. Relatórios do seguimento multiprofissional e escolar.

ESCALA DE TRIAGEM:

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).

EXAMES COMPLEMENTARES:

Avaliar a necessidade de exclusão de outras causas (diagnóstico diferencial).

Ainda não há marcadores biológicos e exames específicos para autismo.

Triagem (avaliar cada situação/ individual):

Básico: exames laboratoriais gerais (função hepática, função tireoidiana), audiometria, função visual, testes neuropsicológicos.

IMPORTANTE

---> **ESTIMULAÇÃO PRECOCE! Não esperar consulta com neurologista infantil para a realização dos encaminhamentos!**

TERAPIAS:

Fonoaudiologia, psicologia, pedagoga, terapia ocupacional, fisioterapia, nutricionista entre outras,

SEGUIMENTOS:

Pediatria: manter consulta de rotina de uma criança normal -- controle de peso e altura, orientações sobre alimentações, vacinas...

TRAMAMENTO DAS COMORBIDADES:

Risperidona

Neuleptil (utilizar o pediátrico a 1%)

Imipramina (comp = 10 e 25mg)

Fluoxetina (geralmente começamos com 10mg)

Metilfenidato

Protocolo 5

Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Psiquiatria Pediátrica 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),

COM PREJUÍZO ESCOLAR/ SOCIAL

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).

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).
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. Relatório escolar / creche;
6. Exames laboratoriais;

Triagem (avaliar cada situação/ individual):

Básico: exames laboratoriais gerais (função hepática, função tireoidiana), audiometria, função visual, testes neuropsicológicos.

TERAPIAS:

Fonoaudiologia, psicologia, pedagoga.

TRATAMENTO

Nome	Droga	Apresentação	Duração	Vantagens	Desvan- tagens	Dose
Ritalina	Metilfenidato	10mg	4 horas	Custo baixo	Curta duração	Não passar 60mg/dia.
Ritalina LA	Metilfenidato	10mg, 20mg, 30mg, 40mg	8 horas	Custo alto	Longa duração	Não passar 60mg/dia.
Concerta	Metilfenidato	18mg, 36mg, 54mg	12 horas	Custo alto	Longa duração	Não passar 54mg/dia.
Venvance	Lisdexanfetamina	30mg, 50mg, 70mg	12 horas	Custo alto Difícil comprar	Longa duração	Dose única de manhã Começar com 30mg (mesma dose de adulto, o que tem gerado críticas), máximo 70mg. Uso liberado para adolescentes
Strattera	Atomoxetina (inibidor seletivo da recaptação norepinefrina)	10mg, 18mg, 25mg, 40mg, 60mg, 80mg, 100mg	Contínua	Custo alto Tem que ser importada	Longa Duração	Até 70Kg: Começar com 0,5mg/kg/dia depois de 3 dias 1,2mg/kg/dia (não passar 1,4mg/kg) Dose única de manhã ou de manhã ou à noite.

Protocolo 6

Transtorno Específico da Aprendizagem

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).

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);
- fenotípicas (dismorfismos craniofaciais ou esqueléticos, neurofibromas, etc.).

· suspeita ou diagnóstico de transtorno de aprendizagem persistente por mais de 6 meses sem fator psicológico ou sócio-ambiental 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:

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

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).

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. Se suspeita de problemas de audição ou fala descrever resultado de Triagem Auditiva Neonatal; AUDIOMETRIA,
5. Descrição da avaliação psicopedagógica, com data (se realizada); RELATÓRIO ESCOLAR!
6. Triagem (avaliar cada situação/ individual) :

Básico: exames laboratoriais gerais (função hepática, função tireoidiana), audiometria, função visual, testes neuropsicológicos.

TERAPIAS:

Fonoaudiologia, psicologia, pedagoga.