



Governo do Distrito Federal
Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
Coordenação de Atenção Secundária e Integração de Serviços
Diretoria de Atenção Secundária e Integração de Serviços

Nota Técnica N.º 8/2024 - SES/SAIS/COASIS/DASIS

Brasília-DF, 17 de maio de 2024.

Senhores (a)

Assunto: Nota Técnica de Critérios de encaminhamento de pacientes para a realização de consulta ambulatorial em Neurologia Pediátrica.

1. CONTEXTO

O especialista em Neurologia Pediátrica identifica o surgimento de alterações neurológicas que comprometem o cérebro, medula espinhal, nervos periféricos, vasos sanguíneos e sistema muscular, desde o nascimento até a adolescência.

A cada etapa do crescimento, as capacidades cognitiva, motora e linguística vão sendo aprimoradas e habilidades mais complexas vão sendo adquiridas. Assim, o que pode parecer um pequeno atraso durante a infância, pode afetar consideravelmente a autonomia e a qualidade de vida de indivíduos com o passar dos anos.

Condições de saúde como epilepsias, doenças musculares, doenças degenerativas e outras podem comprometer sobremaneira o desenvolvimento infantil.

Tendo em vista a interface desta especialidade com os cuidados pediátricos e a saúde mental, tornam-se necessários instrumentos que possam nortear os profissionais no referenciamento destes pacientes ao especialista em Neurologia Pediátrica.

2. OBJETIVO

Este documento tem como objetivo apresentar os principais elementos que serão observados para o encaminhamento dos usuários da Atenção Primária e Atenção Especializada para o atendimento na especialidade de Neurologia Pediátrica na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

A idade limite de atendimento da Neurologia Pediátrica na Atenção Ambulatorial Especializada é de 17 anos, 11 meses e 29 dias.

3. JUSTIFICATIVA

Considerando o impacto que doenças neurológicas trazem ao desenvolvimento infantil, quando não tratadas, é necessário que os serviços que solicitam atendimento tenham conhecimento dos elementos mínimos necessários para o encaminhamento, visando a organização da demanda e eficiência da regulação para o atendimento com o especialista em Neurologia Pediátrica, nos locais da rede de saúde onde este profissional está disponível.

Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes e todas as informações consideradas relevantes devem ser relatadas.

4. RELATO

4.1. ENCAMINHADORES:

Médicos das Unidades Básicas de Saúde e da Atenção Especializada.

Observações:

- Pacientes com suspeita de Transtorno do Espectro Autista (TEA), e que necessitem de avaliação da Atenção Ambulatorial Especializada, deverão ser referenciados conforme a [Linha de Cuidado da Saúde da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista](#) e/ou normativas vigentes e posteriores.
- Pacientes com dificuldades de aprendizado e que necessitem de avaliação da Atenção Ambulatorial Especializada, deverão ser encaminhados inicialmente à Pediatria, conforme normativas vigentes.

Esta Nota Técnica refere-se a consultas ambulatoriais eletivas. A respeito de pacientes hospitalizados:

- Casos urgentes deverão ser avaliados por meio de parecer ao neurologista pediátrico do hospital (se houver). Em hospitais que não disponham de parecer de Neurologia Pediátrica, deverão ser avaliados por solicitação de parecer especializado ao Hospital da Criança de Brasília via e-mail: agendamento@hcb.org.br.
- Casos avaliados por outras especialidades, não urgentes, devem ser referenciados para sua Unidade Básica de Saúde. Após avaliação da Atenção Primária, caso ainda se julgue necessário a consulta em Neurologia Pediátrica, deverão ser inseridos no Sistema de Regulação de acordo com esta Nota Técnica e seus critérios de encaminhamento.

4.2. RECOMENDAÇÕES SOBRE COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO:

É importante orientar o paciente para que leve, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas, as receitas dos medicamentos que está utilizando, a caderneta de Saúde da Criança e os exames complementares realizados de relevância.

As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, com CID pertinente à condição de saúde, além de contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação e tratamento do caso. Caso contrário, as solicitações deverão ser devolvidas ao solicitante.

Após a alta da Neurologia Pediátrica, o paciente será contrarreferenciado para as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), para continuidade do acompanhamento no âmbito da Atenção Primária à Saúde ou na Pediatria (Atenção Ambulatorial Especializada), de acordo com cada caso.

No momento da alta, o paciente deve receber o relatório apontando a finalização do processo terapêutico e indicando a continuidade de cuidados no nível de atenção necessário, além de plano de cuidados indicado pelo neurologista pediátrico.

4.3. PARAMETRIZAÇÃO:

Organizar, em fila única, as solicitações que serão trabalhadas em Panorama 3 - ofertado pela SES/DF sob regulação central.

Parametrização do agendamento:

- Para turnos de 4h : 2 pacientes de primeira consulta e 4 pacientes de retorno.
- Para turnos de 5h :2 pacientes de primeira consulta e 6 retornos.
- Para turnos de 6h: 3 pacientes de primeira consulta e 7 retornos.

Salienta-se que o número de consultas de primeira vez pode ser maior em novos serviços, com base na pressão assistencial. Os retornos serão agendados de acordo com o processo de trabalho local, com sugestão de intervalos de 30 minutos cada. Este tempo faz-se necessário pela complexidade de atendimentos da especialidade, solicitações de exames a serem inseridos no Sistema de Regulação, preenchimentos de laudos e formulários.

5. CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

EPILEPSIA (G40.0/G40.1/G40.2/G40.3/G40.4/G40.5/G40.6/G40.7/G40.8/G40.9) R56 Convulsões, não classificadas em outra parte (R56.8, exceto R56.0) P90 Convulsões no recém-nascido R56.0 Convulsões febris complicadas	
Critérios de inclusão	Crisis epilépticas/convulsões, não provocadas, recorrentes, sem acompanhamento;
	Primeira crise epiléptica não provocada (na ausência de quadro infeccioso, trauma ou qualquer outro desencadeante identificado);
	Convulsão febril complexa - definição: crises focais em vigência de febre; crises febris que evoluíram para status epilepticus (recorrência no mesmo dia; duração de mais de 10 minutos); três ou mais episódios de crise convulsiva em vigência de febre no mesmo dia.
Critérios de exclusão	Crisis febris simples, as quais serão seguidas na Pediatria (apenas uma crise febril simples sem recorrência).
Conteúdo descritivo mínimo	Data da primeira e da última crise;
	Descrição sumária da crise e sua frequência;
	Descrever presença de comorbidades (ex.: paralisia cerebral, TEA, atraso do DNPM, etc.);
	Descrever o resultado de exames complementares, se houver, mesmo que antigos (EEG, neuroimagem, teste do pezinho, exames laboratoriais relevantes etc.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

PRIORIDADE 1	Epilepsia sem tratamento;
	Epilepsia com regressão neurológica;
	Epilepsia refratária a fármacos.
PRIORIDADE 2	Crise epiléptica única sem desencadeantes;
	Primeira crise epiléptica em paciente hígido sem desencadeantes;
	Epilepsia medicada e controlada.

DOENÇAS NEUROMUSCULARES (G12, G70-G72) P94 Bebê hipotônico M62.5 Perda e atrofia muscular não classificada em outra parte (M62/M62.8/M62.9) M63 Transtorno de músculos (M63.8) G70 Miastenia Gravis e outros transtornos neuromusculares (G70.0/G70.1/G70.2/G70.8/G70.9) G71.0 Distrofia muscular (G71/G71.1/G71.2/G71.3/G71.8/G71.9) G72.9 Miopatia não especificada (G72.8) G12 Atrofia muscular espinhal (G12.0/G12.1/G12.2/G12.8/G12.9) R62 Retardo do desenvolvimento fisiológico normal (R62.8/R62.9)

Critérios de inclusão	Recém-nascido ou lactente hipotônico, já ao nascimento, ou adquirido;
	Atraso do desenvolvimento motor, sem agravo gestacional ou perinatal (ausência de um ou mais marcos para a faixa etária conforme Caderneta da Criança);
	Fraqueza muscular progressiva;
	Suspeita de distrofia muscular, atrofia muscular espinhal, miopatia, miastenia gravis.
Conteúdo descritivo mínimo	Idade, sinais e sintomas detalhados (sobre o início dos sintomas: se foi súbito, se há outras alterações motoras, se apresenta dor, alterações de esfíncteres, dificuldade respiratória, crises convulsivas);
	Comorbidades;
	Tratamentos já realizados com detalhamentos sobre prescrições;
	Descrição do exame físico;
	Histórico de “engasgos” e deformidades ortopédicas ou distorções faciais;
	Descrever os atrasos dos marcos de desenvolvimento observados;
	Descrever se fez exames, como CPK-Total e CPK-MB, e o resultado.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

PRIORIDADE 1	Casos em que os sintomas estejam evoluindo e/ou que apresentem sinais incipientes de disfagia.
PRIORIDADE 2	Casos crônicos que já estejam em tratamento e nos quais os sintomas estejam controlados ou pacientes com quadros sequelares.

<p style="text-align: center;">DISTÚRBIOS DE MOVIMENTO (ATAXIA/COREIA/DISTONIA) (G10-G11, G24-G25) G11 Ataxia (G11.1/G11.2/G11.3/G11.8/G11.9) G25 Outras doenças extrapiramidais e transtorno dos movimentos (G25.0/G25.3/G25.4/G25.5/G25.6/G25.8/G25.9) G24 Distonia (G24.0/G24.1/G24.2/G24.8/G24.9)</p>	
Critérios de inclusão	Incoordenação motora que não é resultada de fraqueza muscular, podendo afetar o movimento ocular, a fala (disartria), membros, tronco, postura e marcha Outros distúrbios de movimento: coreia, tremores, distonia.
Critérios de exclusão	Ataxia de instalação aguda é uma emergência neurológica e o paciente deve ser encaminhado ao PRONTO ATENDIMENTO .
Conteúdo descritivo mínimo	Idade, sinais e sintomas detalhados, comorbidades;
Conteúdo descritivo mínimo	Tratamentos já realizados com detalhamentos sobre prescrições;
	Descrição do exame físico;
	Descrever a evolução da doença e sintomas associados;
	História familiar de distúrbios do movimento ou outras doenças associadas a ataxia;
	Questionar medicamentos recentemente introduzidos como possível causa da ataxia.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

PRIORIDADE 1	Distúrbio do movimento novo ou piora do já existente com deterioração motora e/ou cognitiva.
PRIORIDADE 2	Demais casos de movimentos anormais que estejam impedindo a movimentação funcional ou interferindo na qualidade de vida.
PRIORIDADE 3	Casos crônicos que já estejam em tratamento e nos quais os sintomas estejam controlados ou pacientes com quadros sequelares.

CEFALEIA (G43)	
Critérios de inclusão	Migrânea (enxaqueca) refratária ao manejo profilático na Atenção Primária à Saúde (APS) ou na Pediatria por um período mínimo de 2 meses - seguindo o Protocolo Cefaleia SES/DF (fluxograma) .

Critérios de exclusão	Não preenchem critérios para Neurologia Pediátrica: o paciente com primeiro episódio de cefaleia, cefaleia de origem tensional, cefaleia de início recente (menor que 30 dias) não manejada na Atenção Primária ou Pediatria.
	<p>ENCAMINHAR AO PRONTO ATENDIMENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> crianças com menos de 3 anos de idade; surgimento súbito com dor de forte intensidade; cefaleia com características de progressividade e sinais e sintomas associados, como: náuseas, vômitos, transtornos visuais, transtornos autonômicos, alteração de marcha e equilíbrio, perda de força, alteração de funções corticais superiores como apraxias, afasias e agnosias associadas; presença de comorbidades de maior risco: anemia falciforme, imunodeficiências, história de neoplasia, coagulopatias, doenças cardíacas, neurofibromatose, esclerose tuberosa; cefaleias com sinais de hipertensão intracraniana.
Conteúdo descritivo mínimo	<ul style="list-style-type: none"> Sinais e sintomas detalhados - característica da dor, frequência de dor, sinais e sintomas associados;
	<ul style="list-style-type: none"> Grau de interferência da cefaleia nas atividades da criança (falta escolar, necessidade de atendimento na emergência);
	<ul style="list-style-type: none"> Histórico familiar de enxaqueca;
	<ul style="list-style-type: none"> Tratamento já realizado;
	<ul style="list-style-type: none"> Resultado de exames realizados, com as datas;
	<ul style="list-style-type: none"> Presença de doenças associadas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

PRIORIDADE 1	Cefaleia recorrente acompanhada de epilepsia.
PRIORIDADE 2	Migrânea ou outras cefaleias crônicas refratárias ao tratamento já manejadas na Pediatria ou Atenção Primária.

TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA) (F84.0 associado às situações descritas abaixo)	
Critérios de inclusão	Criança com diagnóstico confirmado de TEA associado a epilepsia e/ou regressão do desenvolvimento, déficits motores, suspeita de doença metabólica, alteração de exames complementares (EEG ou TC/RM de crânio).
Critérios de exclusão	Pacientes com diagnóstico confirmado de TEA (seja por pediatra, médico de família e comunidade ou neurologista pediátrico de serviço privado), ou suspeita, sem epilepsia, não necessitam ser inseridos na Neurologia Pediátrica.
	Para finalidade de laudo ou seguimento. Podem ser referidos diretamente, via regulação, aos serviços de reabilitação em CONSULTA EM REABILITAÇÃO INTELECTUAL - INFANTIL (cód. 0498017).
	<p>Agitação psicomotora aguda ou contínua com risco de autoagressividade e agressão a outros, distúrbios comportamentais com risco a si ou terceiros, atitudes autolesivas recorrentes (cutting), sintomas ansiosos ou disruptivos (agredir, mentir, furto), ou sintomas psicóticos (alucinações ou delírios) indicam necessidade de encaminhamento diretamente a serviços de Saúde Mental:</p> <ul style="list-style-type: none"> Casos moderados - encaminhar aos Centros Especializados de Saúde Mental, conforme notas técnicas vigentes. Casos graves e persistentes - encaminhar ao CAPSi com relatório (Lista dos CAPS - Centros de Atenção Psicossocial). Serviço não regulado - "porta aberta".
Conteúdo descritivo mínimo	Sinais e sintomas detalhados;
	Tratamentos já realizados com detalhamentos sobre prescrições;
	Histórico de outros transtornos psiquiátricos/TEA/deficiência intelectual na família;
	Relatórios de avaliações disponíveis;
	Descrição das crises e frequência.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

PRIORIDADE 1	Caso de TEA com condições neurológicas associadas - epilepsia e/ou regressão do desenvolvimento.
---------------------	--

ATRASO GLOBAL DO DESENVOLVIMENTO (ADNPM; AGDPM)

Aplicável a crianças de idade inferior aos 5 anos, que não atingem as competências expectáveis para o seu grupo etário em várias áreas do seu desenvolvimento psicomotor (DPM), e a crianças na primeira infância, quando o nível de severidade clínica é de difícil especificação e prognóstico,

necessitando de reavaliações posteriores. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5, p. 41, 2013, American Psychiatric Association).	
Critérios de inclusão	Crianças com atraso global do desenvolvimento e 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.
Critérios de exclusão	Diagnóstico de deficiência intelectual ou AGDPM associado a: auto/heteroagressividade; ou agitação psicomotora; ou sintomas psicóticos (delírios ou alucinações) - referenciar a serviço de Saúde Mental adequado ao caso;
	Possível atraso: ausência de um ou mais marcos para a sua faixa etária. Em crianças sem outros achados de gravidade (como dismorfias, convulsão, entre outros), encaminhar para educação precoce e/ou serviços de saúde funcional; (investigar inicialmente na Atenção Primária ou Pediatria);
	Possível atraso em prematuros sem crises neonatais e/ou epilepsia: até 12 meses de idade cronológica, utilize a idade corrigida (idade corrigida = semanas da idade cronológica - semanas que faltaram para completar 40 semanas) - investigar inicialmente na Atenção Primária ou Pediatria, encaminhar para Serviços de saúde funcional e educação precoce.
	Atraso global do desenvolvimento com dismorfias, sugestivo de doença genética: encaminhar para Genética Médica.
	Casos de atraso de desenvolvimento sem manifestações neurológicas.
Conteúdo descritivo mínimo	Descrição sumária do atraso do desenvolvimento;
	Descrever presença de comorbidades;
	Descrever o resultado de exames complementares, se houver, mesmo que antigos (EEG, neuroimagem, teste do pezinho, exames laboratoriais relevantes).

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

PRIORIDADE 1	Crianças com atraso global do desenvolvimento e episódio de convulsão ou outras manifestações neurológicas como ataxia/coreia; Regressão neurológica com perda de habilidades previamente adquiridas do desenvolvimento neuropsicomotor.
---------------------	--

AFECÇÕES NEUROVASCULARES (I64; I69.4)	
Critérios de inclusão	Pacientes com história de acidentes vasculares cerebrais isquêmicos ou hemorrágicos durante a vida fetal ou na infância e/ou doenças associadas a esta afecção, como a presença de vasculites, síndrome do anticorpo antifosfolípide e anemia falciforme com manifestação neurológica.
Critérios de exclusão	SINAIS DE ALARME: Déficit neurológico focal agudo, encaminhar ao PRONTO ATENDIMENTO.
Conteúdo descritivo mínimo	Dados relevantes da história médica pré-natal e perinatal;
	Descrição dos sinais, sintomas (se presentes sinais de alarme);
	Descrição de tratamentos já realizados;
	Laudos dos exames já realizados: TC ou RM de cérebro, laboratoriais.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

PRIORIDADE 1	Pacientes que já apresentaram algum episódio de acidente vascular cerebral recente, sem etiologia e encontram-se sem profilaxia secundária.
PRIORIDADE 2	Casos crônicos, com sequelas, sem epilepsia

NEUROFACOMATOSES (Síndromes neurocutâneas) Q85.1; Q85.8; Q85	
São doenças multissistêmicas, genéticas, que comprometem o sistema ocular, o sistema nervoso central e causam lesões cutâneas, de gravidade variável. São elas: esclerose tuberosa; síndrome de Sturge-Weber; neurofibromatose tipos 1 e 2.	
Critérios de inclusão	Pacientes com diagnóstico de qualquer neurofacomatose desde que associada a epilepsia, atraso e/ou regressão do desenvolvimento e déficits motores.
Critérios de exclusão	Pacientes com diagnóstico de neurofacomatose e tumores de sistema nervoso central ou de nervos periféricos devem ser encaminhados diretamente para Neurocirurgia Pediátrica.
	Pacientes com sinais de neurofibromatose tipo 1 (mais de 6 manchas café com leite), sem alteração do desenvolvimento, sem alteração no exame de imagem, devem ser encaminhadas inicialmente para Genética Médica.
	Agitação psicomotora aguda ou contínua com risco de autoagressividade e agressão a outros, distúrbios comportamentais com risco a si ou terceiros, atitudes autolesivas recorrentes, sintomas ansiosos ou disruptivos (agredir, mentir, furto), ou sintomas psicóticos (alucinações ou delírios) indicam necessidade de encaminhamento diretamente aos serviços de Saúde Mental, conforme a gravidade do caso.
Conteúdo descritivo mínimo	Sinais e sintomas detalhados;
	Resultados de exames de imagem;
	Descrição das crises e frequência.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

PRIORIDADE 1	Casos com epilepsia, alteração visual, déficit neurológico focal, atraso ou deterioração do desenvolvimento.
PRIORIDADE 2	Suspeita de neurofibromatose tipo 1 sem comprometimento neurológico.

<p>TRANSTORNO DAS HABILIDADES ESCOLARES (TRANSTORNO DE APRENDIZAGEM) (F81) x TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH) (F90.0) x DEFICIÊNCIA INTELECTUAL (F70-F79)</p> <p>Os distúrbios de aprendizagem são um grupo heterogêneo de transtornos que se manifestam por dificuldades significativas na aquisição e no uso da escrita, da leitura, do raciocínio ou habilidade matemática. São intrínsecos ao indivíduo. São detectados através de testes padronizados para leitura, matemática ou expressão da escrita, onde o indivíduo apresenta desempenho substancialmente abaixo do esperado para sua idade, escolarização e nível de inteligência.</p>	
Critérios de inclusão	Distúrbios de aprendizagem em que exista a suspeita de etiologia neurológica em crianças acima de 6 anos, que tenham sido avaliadas por Equipe Especializada de Apoio ao Aprendizado ou por equipes eMulti, após avaliação global do desenvolvimento infantil e elaboração de hipótese diagnóstica.
Critérios de exclusão	Problemas 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;
	Fatores emocionais, ambientais e sociais (ex.: violência doméstica, falta de acesso à escola, dificuldade em comparecer às aulas de reforço escolar, baixa escolaridade materna/paterna, bullying escolar);
	Déficits visuais ou auditivos graves.
Conteúdo descritivo mínimo	Idade, sinais e sintomas detalhados (descreva se apresenta atraso de desenvolvimento psicomotor, alterações fenotípicas sugestivas de síndrome genética, questões familiares e sociais envolvidas com o quadro);
	Comorbidades;
	Descrição de exames auditivos e visuais, com data;
	Descrição da avaliação psicopedagógica, se houver;
	Descrever os recursos que já foram utilizados para o manejo do caso (aula de reforço, acompanhamento com fonoaudiólogo, pedagogo etc.).

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

PRIORIDADE 3	Todos os casos.
---------------------	-----------------

PARALISIA CEREBRAL (G80.0/G80.1/G80.2/G80.3/G80.4/G80.8/G80.9)	
Critérios de inclusão	Pacientes com quadro clínico sugestivo de paralisia cerebral (encefalopatia crônica não evolutiva) que necessitem de investigação para fechamento diagnóstico e/ou que tenham epilepsia não controlada ou com controle a partir de dois medicamentos.
Critérios de exclusão	Pacientes que já possuam esses diagnósticos, sem epilepsia ou com epilepsia controlada em monoterapia.
	Obs.: tais pacientes podem também ser referenciados para atendimento em serviços de reabilitação ou, havendo demanda de alteração de comportamento, sofrimento psíquico, devem ser referidos aos serviços de Saúde Mental.
Conteúdo descritivo mínimo	Descrição detalhada do quadro clínico apresentado;
	Descrever a idade de início dos sintomas e as áreas de atividades com prejuízo;
	Descrever resultados de exames, se realizados, com as datas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

PRIORIDADE 1	Casos com epilepsia sem tratamento;
	Casos em tratamento de epilepsia sem controle.
PRIORIDADE 2	Pacientes com quadro clínico sugestivo de paralisia cerebral (encefalopatia crônica não evolutiva) que necessitem de investigação para fechamento diagnóstico, sem epilepsia.

NÃO SÃO MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA NEUROLOGIA PEDIÁTRICA:

CONDIÇÃO CLÍNICA	ENCAMINHAMENTO
Recém-nascidos que sofreram anóxia leve, sem relato de crises neonatais; prematuros sem crises convulsivas no período perinatal; prematuros com hemorragia periventricular grau 1 visto na USG transfontanelar.	Deverão ser seguidos na Pediatria e encaminhados para o Ambulatório de Saúde Funcional ou serviço de Estimulação Precoce.
Distúrbio do sono (insônia, despertar frequente, sono agitado, sonambulismo); Macrocefalia com desenvolvimento normal e TC de crânio ou USG normais.	Deverão ser investigados na Pediatria/APS.

Craniostenose: fechamento precoce de suturas cranianas, escafocefalia/dolicocefalia, trigonocefalia, braquicefalia ou plagiocéfalia; Seguimento de trauma raquimedular; Seguimento de fratura de crânio; Hemorragia periventricular graus II e III com indícios evolutivos de hidrocefalia; Hidrocefalias e seguimento de derivação ventrículo peritoneal; Disrafias espinhais (espinha bífida, meningomielocele); Paralisia obstétrica do plexo braquial; Exame de imagem com alterações suspeitas: cistos, tumores, hidrocefalia, dilatação ventricular, malformação vascular.	Avaliação para a neurocirurgia: CONSULTA EM NEUROCIURURGIA PEDIÁTRICA (código interno 0320116).
Pacientes acompanhados previamente por psiquiatras (em convênios, particulares, instituições etc.) em uso de medicação contínua e que perderam seguimento (encaminhados à Neurologia Pediátrica para renovação de receita de psicotrópicos); Crianças/adolescentes que manifestam sinais ou transtornos psiquiátricos sem comorbidades neurológicas; Fobias; Crises de agressividade (auto e/ou heteroagressividade); Dificuldades para seguir regras e orientações de limites; Transtorno opositor desafiador (TOD); Transtorno do espectro do autismo Transtornos de conduta; Transtornos de ansiedade; Transtornos depressivos.	Avaliação por equipes eMulti e apoio matricial de equipes de Saúde Mental.
Pacientes já com diagnóstico confirmado de déficit intelectual leve/moderado (CID-10: F70/F71), sem epilepsia.	Deverão ser mantidos na rede primária ou na Pediatria e ter cuidado compartilhado com eMulti, Educação ou CER.
Pacientes com doenças genéticas já diagnosticadas, sem epilepsia, para seguimento do desenvolvimento ou por deficiência intelectual.	Devem permanecer na Atenção Primária ou na Pediatria da Atenção Ambulatorial Especializada ou encaminhados ao CER.
Pacientes com diagnóstico de infecção congênita (ZSTORCH), sem epilepsia, apenas para seguimento de desenvolvimento e reabilitação; Pacientes com sorologia para ZSTORCH positiva, mas sem alteração do desenvolvimento, sem epilepsia, sem alteração de exame de imagem do SNC.	Podem ser seguidos com pediatra na Atenção Ambulatorial Especializada, compartilhando cuidados com a Atenção Primária, e devem ser encaminhados aos centros de educação precoce, estimulação precoce e/ou CER, de acordo com suas necessidades (intelectual, física).
Paralisia facial periférica sem outras alterações no exame neurológico.	Encaminhar para fisioterapia.
Pacientes com diagnóstico isolado de DPAC (deficit de processamento auditivo central).	Encaminhar para tratamento com fonoaudiologia.

RESUMO - CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL
Epilepsia sem tratamento; Epilepsia com regressão neurológica; Epilepsia refratária a fármacos; Crises epilépticas neonatais; Crise convulsiva febril complicada.	Crise epiléptica única sem desencadeantes; Primeira crise epiléptica em paciente hígido sem desencadeantes; Epilepsia medicada e controlada.	Transtorno do desenvolvimento das habilidades escolares; TDAH; Déficit intelectual.	Suspeita de Neurofibromatose tipo 1.
Doenças neuromusculares.	Migrânea ou outras cefaleias crônicas refratárias ao tratamento já manejadas na Pediatria ou Atenção Primária.		Sequela de acidente vascular cerebral sem epilepsia
Distúrbio do movimento novo ou piora do já existente com deterioração motora e/ou cognitiva.	Pacientes com quadro clínico sugestivo de paralisia cerebral (encefalopatia crônica não evolutiva) que necessitem de investigação para fechamento diagnóstico, sem epilepsia.		
Neurofacomatoses com epilepsia, atraso e/ou regressão do desenvolvimento.	Pacientes que já apresentaram algum episódio de acidente vascular cerebral recente, sem etiologia e encontram-se sem profilaxia secundária.		
TEA com condições neurológicas associadas - epilepsia e/ou regressão do desenvolvimento.	Transtorno de movimento, já com diagnóstico, para controle de sintomas que estejam interferindo na qualidade de vida ou causando dor.		
Crianças com atraso global do desenvolvimento e episódio de convulsão ou outras manifestações neurológicas como ataxia/coreia, e/ou regressão do desenvolvimento neurológico.			
Cefaleia recorrente acompanhada de epilepsia.			

6. VIGÊNCIA

Após a finalização do protocolo ou outro documento normativo.

7. ELABORADORA

Tânia Virgínia Fernandes Silva - Referência Técnica Distrital em Neurologia Pediátrica.

7.1 Colaboradores :

1. Pedro Capela Cardoso - Matr.1696840-9
2. Marcio Tulio Rodrigues Coura - Matr.1438872-3
3. Raquel Andrade Sousa - Matr.1673346-0
4. Renata Kaiser Guimaraes - Matr.0179659-3

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por não esgotar todas as ocorrências relacionadas à Neurologia Pediátrica, os casos não indicados nesta Nota Técnica podem ter seus critérios definidos pela Referência Técnica Distrital (RTD) em Neurologia Pediátrica na SES/DF.

9. REFERÊNCIAS

1. Guedes, B. A. e cols. A organização da atenção ambulatorial secundária na SES/DF. CIENCIA E SAUDE COLETIVA, 2019.
2. [Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade. PORTARIA CONJUNTA Nº 14, de 29 de JULHO de 2022, Ministério da Saúde.](#)
3. <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/regulacao-1/acessos-por-especialidade/consulta-pediatria/13819-neurologia-pediatria/file>.
4. https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/protocolos_neurologia_infantil.pdf
5. https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/ptrs_neuropediatria.pdf
6. https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/LINHA_DE_CUIDADO_DA_SA%C3%9ADE_DA_PESSOA_COM_TEA_DF_-_VERS%C3%83O_LIMPA.pdf/c12a22c0-5c47-8ed8-accb-8025693b5179?t=1683206294797
7. Critérios para encaminhamento de Crianças e Adolescentes para os Serviços de Saúde Mental Infantojuvenil da Atenção Secundária. <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/64120/Nota+t%C3%A9cnica+-+Crit%C3%A9rios+para+encaminhamento+de+Crian%C3%A7as+e+Adolescentes+para+os+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde+Mental+Infanto-Juvenil+da+Aten%C3%A7%C3%A3o+Secund%C3%A1ria.pdf>.
8. [Health Supervision for Children With Neurofibromatosis Type 1.](#) Miller DT, Freedenberg D, Schorry E, Ullrich NJ, Viskochil D, Korf BR; COUNCIL ON GENETICS; AMERICAN COLLEGE OF MEDICAL GENETICS AND GENOMICS. Pediatrics. 2019 May;143(5).
9. [Tuberous Sclerosis Complex.](#) Islam MP. Semin Pediatr Neurol. 2021 Apr;37:100875. doi: 10.1016/j.spen.2021.100875. Epub 2021 Feb 11.
10. [Epilepsy: Epileptic Syndromes and Treatment.](#) Katayayan A, Diaz-Medina G. Neurol Clin. 2021 Aug;39(3):779-795.

Atenciosamente,



Documento assinado eletronicamente por **TANIA VIRGINIA FERNANDES SILVA - Matr.1437052-2**, Referência Técnica Distrital (RTD) Neuropediatria, em 20/06/2024, às 14:59, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **MARIA FERNANDA BACIUK AMADOR - Matr.1443577-2**, Diretor(a) de Atenção Secundária e Integração de Serviços substituto(a), em 26/06/2024, às 14:15, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **GABRIELA CAMARGO DE PAULA CARDOSO - Matr.1666110-9**, Coordenador(a) de Atenção Secundária e Integração de Serviços substituto(a), em 26/06/2024, às 16:52, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **BIANCA SOUZA LIMA - Matr.1443954-9**, Subsecretário(a) de Atenção Integral à Saúde substituto(a), em 26/06/2024, às 17:13, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:
[http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?](http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)
[acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)
verificador= **141194087** código CRC= **CA0840C1**.

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"
SRTVN Quadra 701 Lote D, 1º e 2º andares, Ed. PO700 - Bairro Asa Norte - CEP 70719-040 - DF
Telefone(s):
Site - www.saude.df.gov.br

00060-00254703/2024-18

Doc. SEI/GDF 141194087