

Paralisia cerebral — diagnóstico precoce e cuidado integral

Diagnóstico antes dos 6 meses com RM, GMA e HINE, classificação e GMFCS, intervenção precoce, comorbidades, espasticidade, vacinas e direitos, segundo SBP 2021, MS 2013, AAP 2022, NICE e AEP 2022

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências).  [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

Paralisia cerebral (PC) é um grupo de distúrbios permanentes do movimento e da postura por lesão **não progressiva** do cérebro em desenvolvimento, muitas vezes com epilepsia, deficiência intelectual, dor e problemas ortopédicos (MS 2013). Afeta cerca de **2 em 1.000 nascidos vivos**. O diagnóstico, antes feito aos 12–24 meses, **pode ser feito antes dos 6 meses de idade corrigida** combinando história de risco, RM, **avaliação dos movimentos gerais de Prechtl (GMA)** e **exame de Hammersmith (HINE)** (Novak, 2017); a SBP considera a GMA o padrão-ouro (SBP 2021). Na suspeita, **encaminhe já** ao neuropediatra e à **intervenção precoce**, sem esperar a confirmação ("alto risco de PC"). O pediatra coordena o cuidado: curvas específicas, deglutição, osso, **radiografia do quadril**, dor, sono, vacinas e direitos (BPC, CER). A criança estável segue com o pediatra (●); suspeita nova, regressão, quadril migrando ou desnutrição pedem especialista com prioridade (●); **crise ≥ 5 minutos, desconforto respiratório, desidratação, fratura, dor intensa sem causa ou abstinência de baclofeno** vão ao pronto-socorro (●).

1. O que é e como se apresenta

A **encefalopatia hipóxico-isquêmica explica só 3–13%** dos casos congênitos; a maioria soma fatores pré-natais, perinatais e genéticos (MS 2013). Na RM: lesão de substância branca (~45%, prematuros), de núcleos da base (~13%, discinética), malformações (~10%), infartos (~7%) (NICE NG62).

EIXO	CLASSIFICAÇÃO (MS 2013; SBP 2021; AEP 2022)
Tipo motor	Espástica (85–90%, SBP 2021; hipertonia, hiper-reflexia, clônus, Babinski); discinética (distonia ou coreoatetose; pode começar com hipotonia); atáxica (base alargada, tremor de intenção); mista
Distribuição	Unilateral ou bilateral (diplegia, típica do prematuro; quadriplegia)
GMFCS	I anda sem limitações; II anda com limitações; III anda com dispositivo manual; IV automobibilidade limitada, cadeira motorizada; V transportado, sem controle antigravitário

Sinais precoces (NICE NG62; SBP 2021; AEP 2022): movimentos pobres ou assimétricos, ausência dos movimentos inquietos (*fidgety*); tônus alterado; mau controle cefálico; polegar aduzido ou mão fechada assimétrica; reflexos primitivos persistentes; irritabilidade; dificuldade alimentar; perímetro cefálico que cruza percentis. **Marcos:** não sentar aos **8 meses**, não andar aos **18 meses** (idade corrigida), **preferência manual antes de 1 ano** e marcha persistente na ponta dos pés pedem avaliação (NICE NG62).

Comorbidades (Novak, 2017): 3 em 4 têm dor crônica; 1 em 2, deficiência intelectual; 1 em 3, deslocamento do quadril; 1 em 4, epilepsia (SBP 2021: 40–56%); 1 em 5, distúrbio do sono ou

sialorreia; 1 em 10 é cega; 1 em 25, surda. Constipação em 3 de 5 (NICE NG62); disfagia em 99% dos GMFCS IV–V (MS 2013).

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Quadro estável com equipe definida; alimentação segura e crescimento no canal da curva; epilepsia controlada; migração do quadril < 30%; sem dor nova	Seguimento pelo pediatra com a reabilitação; avaliação motora e ortopédica pelo menos semestral (MS 2013)
● Moderada	Suspeita ou alto risco de PC (fatores de risco com sinais precoces, GMA sem movimentos inquietos, HINE < 73, assimetria, marcos atrasados); sinal de alerta de outra doença (perda de habilidades, sinal focal inesperado, sem fatores de risco); GMFCS III–V sem vigilância do quadril; migração > 30%, abdução < 30° ou dor no quadril; escoliose progressiva; perda de peso ou sinais de aspiração; crises frequentes	Intervenção precoce já; encaminhar ao neuropediatra com prioridade e, na regressão, com urgência (o NICE pede avaliação "urgente"); ortopedia pediátrica, fonoaudiologia e nutrição conforme o problema
● Grave	Crise ≥ 5 minutos; desconforto respiratório, SpO2 < 92%; desidratação ou incapacidade de alimentar; fratura após trauma mínimo; dor intensa sem causa; abstinência ou intoxicação por baclofeno; disfunção de derivação ventricular; gastrostomia que saiu	Pronto-socorro (ver "Quando encaminhar")

Fatores de risco para PC: prematuridade (quanto menor a idade gestacional, maior o risco), corioamnionite, infecção materna tratada no hospital, baixo peso, encefalopatia neonatal, sepse neonatal (sobretudo < 1.500 g), meningite (NICE NG62); restrição de crescimento intrauterino, pré-eclâmpsia grave, doença tireoidiana materna, infecção congênita, kernicterus, hemorragia intraventricular grave, AVC, trauma craniano (MS 2013).

Elevam a gravidade: GMFCS IV–V, desnutrição, epilepsia de difícil controle, escoliose, fratura prévia, traqueostomia, derivação ventricular, comunicação limitada, cuidador sobrecarregado.

3. Diagnóstico no consultório

É clínico: disfunção motora confirmada em exames seriados, história compatível e neuroimagem (SBP 2021; AEP 2022). Com as ferramentas certas, a PC ou o **"alto risco de PC"** são reconhecidos antes dos 6 meses de idade corrigida (Novak, 2017):

FERRAMENTA	SENSIBILIDADE E USO (NOVAK, 2017)
GMA de Prechtl (< 5 meses)	98%; filmagem avaliada por observador treinado; ausência de movimentos irrequietos aos 3–5 meses
RM de crânio	86–89%
HINE	90%; escore < 73 aos 6, 9 ou 12 meses = alto risco; < 40 quase sempre PC

Alto risco de PC (provisório): disfunção motora mais RM alterada ou história de risco; já indica intervenção específica (Novak, 2017).

O que o pediatra faz: seguimento aumentado até 2 anos de idade corrigida de todo bebê de risco (NICE NG62), mensal no primeiro ano (MS 2013), com exame de tônus, postura, simetria e mãos em toda consulta. **RM:** exame de escolha (MS 2013), obrigatória para a AEP; repetir perto de 2 anos se normal e a evolução fugir do esperado; não prediz prognóstico sozinha (NICE NG62). No diagnóstico: avaliação **oftalmológica** (NICE NG62) e **auditiva** (AEP 2022); EEG se houver eventos suspeitos.

Diferencial que não pode passar: a PC não progride. **Perda de habilidades, sintomas flutuantes ou paroxísticos, ausência de fatores de risco, história familiar, dismorfias ou RM incompatível** apontam para outra doença (NICE NG62; AEP 2022): AME, Duchenne, erros inatos do metabolismo, distonias genéticas, paraparesia espástica hereditária, lesão medular, hidrocefalia, tumor; sem etiologia, investigação genética até o exoma (AEP 2022). Não confundir discinesia ou clônus com crise (NICE NG62).

4. Tratamento e seguimento

Intervenção precoce: começa na suspeita, na janela de neuroplasticidade dos 2 primeiros anos (SBP 2021): fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia com treino de tarefas e programa domiciliar; na forma unilateral, contenção induzida e treino bimanual (Novak, 2020). No SUS, pela UBS ou regulação ao **CER (Centro Especializado em Reabilitação)**, que também fornece órteses e cadeiras (MS).

O que o pediatra acompanha:

- **Crescimento e deglutição:** peso, estatura (ou altura do joelho) e **prega tricipital** (< p10 = desnutrição), nas **curvas de peso para PC por GMFCS** (Brooks, 2011; MS 2013; AAP 2022); nutricionista e, se a via oral não bastar, avaliação para gastrostomia (NICE NG62). Disfagia: ver **Pneumonia aspirativa e disfagia**.
- **Osso:** risco se GMFCS IV–V, deficiência de vitamina D, disfagia, peso < p2, fratura prévia ou anticonvulsivante; então dosar cálcio, fósforo, fosfatase alcalina e 25-OH-vitamina D; densitometria após fratura de baixo impacto; bisfosfonato no especialista (NICE NG62).
- **Quadril** (SBP e MS não fixam intervalo; o site segue o **NICE CG145**): radiografia AP da bacia com **porcentagem de migração aos 24 meses na PC bilateral** e sempre que houver

dor, perda de abdução, diferença de comprimento dos membros ou piora ao sentar; **anual nos GMFCS III–V**; migração > 30%: repetir em 6 meses e, se subir > 10 pontos por ano, a cada 6 meses. **Ortopedia pediátrica** se migração > 30% ou aumento > 10 pontos por ano (NICE CG145; AACPDM e AEP concordam). Até a maturidade esquelética.

- **Coluna e epilepsia:** escoliose — radiografia e ortopedia (AEP 2022); crises — plano de resgate por escrito e neuropediatra (MS 2013).
- **Constipação e sialorreia:** polietilenoglicol, **sem óleo mineral**; na sialorreia, rever postura, dentes, refluxo e remédios antes do anticolinérgico (NICE NG62).
- **Dor e sono:** perguntar **em toda consulta** (NICE NG62); buscar quadril, espasticidade, constipação, refluxo, dentes, fratura; escala NCCPC se não se comunica; sem causa, teste de analgesia. Sono: apneia, crises, dor; melatonina só com indicação médica; sem sedativo regular.
- **Visão, audição e família:** reavaliar periodicamente; TEA em 7–9% (SBP 2021); apoiar os cuidadores.

Espasticidade (especialista): fisioterapia e órteses são a base (MS 2013); **toxina botulínica A** na espasticidade focal, por equipe experiente, mais segura nos GMFCS I–III, seguida de fisioterapia (SBP 2021); baclofeno ou diazepam orais na generalizada (NICE CG145); baclofeno intratecal, rizotomia e cirurgia multinível em centros especializados. O pediatra mantém e **nunca suspende de forma abrupta**.

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Baclofeno VO (especialista inicia)	Início ~0,3 mg/kg/dia; manutenção 0,75–2 mg/kg/dia; acima de 10 anos, até 2,5 mg/kg/dia; máximo 40 mg/dia abaixo de 8 anos e 60 mg/dia a partir de 8 anos	2–4x/dia (de preferência 4)	Contínuo; subir a cada 1–2 semanas; rever pelo menos a cada 6 meses (NICE CG145)	A bula brasileira (genérico Teuto) é de uso adulto; dose pediátrica do RCM europeu do Lioresal®, igual ao documento Desenvolvimento Neuromotor; retirada gradual — suspensão abrupta causa alucinações, confusão, convulsões e espasmos
Toxina botulínica A — onabotulinumtoxinA (especialista)	Por músculo 0,5–2 U/kg (membro superior) e 2–4 U/kg (membro inferior); máx. 8 U/kg ou 300 U por sessão; unidades não intercambiáveis entre marcas	≥ 3 meses entre aplicações	Enquanto houver meta	Bula brasileira do Botox (≥ 2 anos); SBP 2021 (equipe experiente, fisioterapia depois)
Midazolam (crise ≥ 5 min)	IN 0,2, bucal 0,3 ou IM 0,2 mg/kg (máx. 10 mg)	Dose única	Resgate	Protocolo de Estado de Mal Convulsivo do site
Diazepam retal (crise ≥ 5 min)	0,5 mg/kg (máx. 10 mg)	Dose única	Resgate	Idem
Paracetamol (dor)	10–15 mg/kg/dose; máx. 75 mg/kg/dia, 500 mg/dose < 12 anos, 4 g/dia	4–6 h	Reavaliar em 48–72 h	Padrão do site (bula); NICE NG62
Ibuprofeno (dor)	5–10 mg/kg/dose, ≥ 6 meses	6–8 h	Idem	Padrão do site
Polietilenoglicol	Manutenção ~0,4 g/kg/dia (0,2–0,8)	1x/dia	≥ 2 meses	Constipação intestinal do site (ESPGHAN/NASPGHAN 2014)
Glicopirrônio oral (especialista)	16 mcg/kg/dose até 80 mcg/kg/dose (máx. 2,4 mg/dose), ≥ 3 anos	3x/dia	Com reavaliação	Pneumonia aspirativa do site (Cambridge 2026)

Não usar: óleo mineral, sedativos para dormir, anti-histamínicos sedativos, terapias vendidas como cura.

Vacinas: nenhuma vacina do calendário é contraindicada (MS 2013). Calendário SBP 2026/2027, **influenza anual** e COVID-19; no CRIE, a doença neurológica crônica incapacitante dá acesso a influenza, pneumocócica 23-valente, meningocócica C e DTP acelular; nirsevimabe no SUS para < 2 anos com doença neuromuscular grave (documentos de imunizações do site). Vacinar os contatos.

Direitos: BPC/LOAS — um salário mínimo mensal com impedimento de longo prazo (≥ 2 anos), renda familiar por pessoa de até 1/4 do salário mínimo e CadÚnico atualizado; pedido pelo Meu INSS ou 135, com avaliação médica e social (INSS). O relatório descreve tipo de PC, GMFCS, comorbidades e dependência.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

Critérios (●): crise ≥ 5 minutos; desconforto respiratório, $SpO_2 < 92\%$ (ou 92–94% sem melhora); desidratação ou impossibilidade de dar alimento e remédios; edema ou deformidade após trauma mínimo (osteopenia; pensar em maus-tratos); choro intenso sem causa (quadril, fratura, abdome agudo); **baclofeno** — abstinência por suspensão ou falha da bomba (alucinações, convulsões, espasmos, taquicardia; bula) ou intoxicação (sonolência, hipotonia, respiração lenta); derivação ventricular com vômitos, cefaleia ou sonolência; gastrostomia que saiu (serviço no mesmo dia).

Como encaminhar:

- Crise ≥ 5 minutos: midazolam ou diazepam (tabela), decúbito lateral, aspirar, glicemia capilar, oxigênio; SAMU (192).
- Oxigênio para manter **$SpO_2 \geq 94\%$** no transporte; semissentar; suspender a via oral se houver risco de aspiração.
- Imobilizar fratura sem forçar articulações espásticas; analgesia.
- Levar remédios, plano de resgate, equipamentos e relatório (tipo de PC, GMFCS, peso, o que foi feito).

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "Comecem as terapias já, sem esperar o diagnóstico."
- "Anotem crises, sono, evacuações e sinais de dor."
- "O baclofeno não pode faltar nem ser parado de repente. Alimentem sempre sentado, na consistência orientada."
- **Pronto-socorro se:** convulsão de 5 minutos ou mais, cansaço para respirar, febre e tosse depois de engasgar, não conseguir comer ou tomar os remédios, dor forte, inchaço em braço ou perna, sonolência anormal, sonda de gastrostomia que saiu.

- **Retorno:** mensal no primeiro ano no bebê de risco (MS 2013), depois pelo menos semestral; antes se perder peso, surgir dor, aumentarem as crises ou houver perda de habilidades.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Diagnóstico precoce	Sinais no 1º ano; GMA padrão-ouro (2021)	Em geral antes de 18 meses; consolida perto de 24 (2013)	Ferramentas validadas e intervenção já (2022)	Seguimento até 2 anos; GMA 0–3 meses (NG62)	Clínico, o mais cedo possível (2022)	Sem posição localizada; estudo KKI/JHU (2024): GMA e HINE pouco usados	Sem posição específica localizada	Seguem o NICE
Quadril	Vigilância é eficaz; sem intervalo de Rx	Ortopedia semestral; sem intervalo de Rx	Via da AACPDM	Rx aos 24 meses; anual GMFCS III–V (CG145)	Rx 6–12 meses se não anda	Sem posição específica localizada	Vigia quadril e coluna	Seguem o NICE
Espasticidade	Toxina por equipe experiente	Toxina, baclofeno intratecal, rizotomia	Especialista	Baclofeno ou diazepam VO; toxina focal	Toxina é o principal	Sem posição específica localizada	Toxina, bomba, rizotomia	Seguem o NICE
Comorbidades	Epilepsia 40–56%; TEA	Curvas por GMFCS; osso; disfagia	Curvas; osso; dor e sono	Ossos, dor, sono, saliva, visão	Epilepsia 25–50%; PEATE em todos	Sem posição específica localizada	Pulmão, nutrição, crises	Seguem o NICE
Vacinas	Calendário; influenza anual	Sem contraindicação; CRIE	Vacinação reforçada	Sem posição localizada	Influenza; palivizumabe < 2 anos graves	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Seguem o NICE

Leitura: todas tratam a PC como diagnóstico clínico apoiado por imagem, com cuidado multiprofissional e vigilância ativa das comorbidades. A divergência principal é de **tempo**: o MS (2013) descreve diagnóstico consolidado perto dos 24 meses, enquanto SBP, AAP e Novak (2017) defendem reconhecê-lo antes dos 6 meses. A RM é obrigatória para a AEP e exame de escolha para o MS, mas seletiva no NICE. A epilepsia varia de 1 em 4 (Novak) a 40–56% (SBP). No quadril, SBP e MS não definem intervalo de radiografia; por isso o site segue o **NICE CG145** (AACPDM e AEP são coerentes). As doses de baclofeno e de toxina seguem a bula brasileira. **O site adota a posição da SBP** (sinais precoces, GMA, intervenção antes da confirmação, toxina por equipe experiente) e a do MS na rede de cuidado, na nutrição e nas vacinas.

PONTOS PRÁTICOS

1. Bebê de risco com movimentos pobres ou assimétricos, mão fechada ou mau controle cefálico: GMA, HINE e RM, neuropediatra e intervenção precoce já.
2. PC não piora: perda de habilidades ou ausência de fatores de risco pedem investigar outra doença.
3. GMFCS III–V: radiografia do quadril periódica; migração > 30%, abdução < 30° ou dor, ortopedia pediátrica.
4. Curvas de peso para PC e prega tricipital; perda de peso ou tosse ao comer, avaliar a deglutição.
5. Pergunte por dor e sono em toda consulta; choro sem causa pode ser quadril, fratura, constipação ou refluxo.
6. Baclofeno nunca é suspenso de repente; vacinas, BPC e CER fazem parte do cuidado.

Veja também, nesta Biblioteca: **Desenvolvimento Neuromotor de 0 a 2 Anos** (Neurologia); **Hipotonia no lactente, Macrocefalia, microcefalia e hidrocefalia e Doenças neuromusculares — atrofia muscular espinal (AME) e distrofia muscular de Duchenne** (nesta área); **Pneumonia aspirativa e disfagia na criança com comprometimento neurológico** (Pneumologia); **Constipação intestinal e Distúrbios do sono na infância** (Patologias do consultório); **Protocolo de Estado de Mal Convulsivo** (Urgências).

8. Fontes

- SBP, Departamento Científico de Neurologia. Encefalopatia hipóxico-isquêmica e paralisia cerebral. Documento Científico nº 4, 2021. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. Diretrizes de atenção à pessoa com paralisia cerebral, 2013. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. Centros Especializados em Reabilitação. [gov.br](#)
- INSS. BPC/LOAS à pessoa com deficiência. [gov.br](#)
- NICE. Cerebral palsy in under 25s (NG62), 2017, notas revistas em 2024. [nice.org.uk](#)
- NICE. Spasticity in under 19s (CG145), 2012, atualizado em 2016. [nice.org.uk](#)
- Novak I et al. Early, accurate diagnosis and early intervention in cerebral palsy. JAMA Pediatr, 2017. [PMC](#)
- Novak I et al. State of the evidence traffic lights 2019. Curr Neurol Neurosci Rep, 2020. [PubMed](#)

- AAP. Noritz G et al. Providing a primary care medical home for children and youth with cerebral palsy. Pediatrics, 2022. [PubMed](#); resumo em cpresource.org
- AEP. García Ron A et al. Parálisis cerebral. Protocolos de Neurología Pediátrica, 2022. [PDF](#)
- AACPDM. Hip surveillance in cerebral palsy, 2017. aacpdm.org
- Boston Children's Hospital. CP and Spasticity Center. childrenshospital.org
- Hornby B et al. (Kennedy Krieger / Johns Hopkins). Identifying opportunities for early detection of cerebral palsy. Children, 2024. [PubMed](#)
- Baclofeno (Teuto), bula brasileira — uso adulto. consultaremedios.com.br
- Lioresal® (baclofeno), Resumo das Características do Medicamento (UE) — posologia pediátrica, conforme o documento Desenvolvimento Neuromotor de 0 a 2 Anos.
- Botox (onabotulinumtoxinA, Allergan; Reg. MS 1.0147.0045), bula brasileira — espasticidade na paralisia cerebral pediátrica. [PDF](#)

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.