



DELIBERAÇÃO 230/CIB/2016 - **RETIFICAÇÃO**

A Comissão Intergestores Bipartite, no uso de suas atribuições, em sua 206ª reunião ordinária do dia 08 de dezembro de 2016 e a reunião de 24 de setembro de 2020:

RETIFICA o Protocolo de Acesso “Consulta em Neurologia Pediatria”, anexo desta Deliberação, devido à necessidade de ajustes e inclusão do conteúdo descritivo mínimo.

Considerando a Política Nacional de Regulação instituída pela Portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, que prevê a operacionalização da regulação do acesso por meio de Centrais de Regulação;

Considerando a Deliberação nº 40/CIB/13, de 21 de fevereiro de 2013, que aprova o Plano de Organização das Centrais de Regulação para o Estado de Santa Catarina;

Considerando a Deliberação nº 370/CIB/13, de 22 de agosto de 2013, que altera o escopo estabelecido para organização das Centrais de Regulação Macrorregionais nos Capítulos 3 e 6 do Plano Estadual anexo à Deliberação nº 40/CIB de 21 de fevereiro de 2013;

Considerando a Deliberação nº 132/CIB/15, de 29 de junho de 2015, que cria a Câmara Técnica de Regulação objetivando a discussão contínua sobre a gestão do acesso e as implicações da regulação nos diferentes níveis de atenção a saúde;

Considerando que as Centrais de Regulação são responsáveis pela identificação da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, fundamentada em protocolos assistenciais que podem ser categorizados como Protocolos Clínicos e Protocolos de Regulação do Acesso;

Considerando que os Protocolos Clínicos são recomendações sistematicamente desenvolvidas com objetivo de orientação de médicos e pacientes acerca de cuidados de saúde apropriados em circunstâncias clínicas específicas. E, os Protocolos de Regulação de Acesso são diretrizes para solicitar e usar, adequada e racionalmente, as tecnologias de apoio, diagnóstico e terapias especializadas, constituindo-se como instrumento de ordenação dos fluxos de encaminhamentos entre os níveis de complexidade assistencial, orientando os atos dos profissionais que fazem parte dos Protocolos Clínicos;

Considerando a necessidade de padronizar as ações regulatórias no Estado de Santa Catarina, bem como disponibilizar atenção à saúde de forma oportuna, ágil e adequada às necessidades dos usuários do Sistema Único de Saúde.

APROVA

Art. 1º Os Protocolos de Acesso (EM ANEXO), a serem utilizados pela Atenção Primária à Saúde (APS), Estratégia Saúde da Família, Equipe Saúde Bucal e por todas as Centrais de Regulação Ambulatoriais do Estado de Santa Catarina, das seguintes especialidades:

I - Especialidades médicas clínicas e cirúrgicas:

Acupuntura
Alergia e Imunologia Geral
Cardiologia
Cirurgia Cardíaca
Cirurgia Endovascular
Cirurgia Bariátrica
Cirurgia do Aparelho Digestivo
Cirurgia Geral
Cirurgia Geral - Fígado - Cirurgia Hepática
Clínica da Dor
Endocrinologia
Gastroenterologia
Geriatria
Ginecologia e Obstetrícia
Nefrologia
Neurocirurgia
Neurocirurgia Endovascular
Neurologia
Oncologia - Iodoterapia
Ortopedia OPMAL
Ortopedia OPMES
Otorrinolaringologia
Pequena Cirurgia
Pneumologia
Proctologia
Saúde do Trabalhador
Transplante Hepático

II - Especialidades Pediátricas:

Cirurgia Geral
Cardiologia
Cirurgia Plástica
Cirurgia Plástica - Fissurados
Dermatologia
Hematologia
Neurocirurgia
Neurologia
Oftalmologia
Ortopedia
Otorrinolaringologia
Urologia

III- Nutrição:

Nutrição Adulto
Nutrição Pediátrico

IV – Fonoaudiologia:

Fonoaudiologia Adulto

V- Exames:

Audiometria Adulto
Audiometria Infantil
Eletroencefalograma
Endoscopia Digestiva Alta
Espirometria

Parágrafo Único: Os Protocolos de Acesso são compostos por duas partes, uma voltada para a Assistência, com orientações de como o profissional assistente deverá encaminhar o paciente para a especialidade e a outra, voltada para os médicos reguladores, que indica ao profissional como classificar o risco referente aos casos encaminhados pela Assistência. Ambas as partes são complementares.

Art. 2º As Centrais de Regulação Ambulatoriais Municipais implantadas e com funcionamento anterior a publicação desta deliberação, terão o prazo de 02 meses, a contar da data de publicação desta deliberação, para adotarem estes Protocolos e replicarem para a APS de sua área de abrangência. As Centrais de Regulação Ambulatoriais que forem implantadas posteriormente a data de publicação desta deliberação, já deverão adotar os Protocolos de Acesso descritos no caput deste artigo.

Art. 3º A elaboração dos Protocolos de Acesso é um processo contínuo e se estenderá durante o ano de 2017, devendo ser apresentado à CIB suas respectivas alterações e/ou inclusões, após aprovação em Câmara Técnica de Regulação, sob responsabilidade da Coordenação Médica da Central Estadual de Regulação Ambulatorial (CERA).

Parágrafo Único: Poderão atuar como colaboradores na elaboração dos Protocolos de Acesso, médicos especialistas, professores universitários, representantes de entidades médicas e outros profissionais especialistas que a Coordenação Médica da CERA julgar necessário, não havendo restrição no quantitativo destes profissionais.

Art 4º. A partir da implantação dos protocolos, os encaminhamentos que não estiverem de acordo com os mesmos, serão devolvidos pelos médicos reguladores para inclusão dos dados clínicos e/ou exames complementares necessários para a adequada avaliação e classificação de risco. Os encaminhamentos cuja indicação clínica não estejam contemplados no protocolo da especialidade solicitada serão devolvidos para acompanhamento na Atenção Básica e/ou reinseridos na especialidade correta.

Florianópolis, 24 de setembro de 2020.

ANDRÉ MOTTA RIBEIRO
Coordenador CIB/SES
Secretário de Estado da Saúde

ALEXANDRE FAGUNDES
Coordenador CIB/COSEMS
Presidente do COSEMS

**PROTOCOLO DE ACESSO DA REGULAÇÃO ESTADUAL
AMBULATORIAL SES/SC**

CONSULTA EM NEUROLOGIA PEDIATRICA

Florianópolis - SC, agosto de 2020.

1.1 Patologias elencadas para encaminhamento:

- Epilepsia/crises convulsivas;
- Cefaleias;
- Encefalopatias progressivas;
- Encefalopatias crônicas não progressivas sem definição etiológica;
- Distúrbios do movimento;
- Doenças neuromusculares;
- Síndromes neurocutâneas;
- Distúrbios do sono, relacionados aos distúrbios do movimento (Síndrome das Pernas Inquietas, Movimentos Periódicos Durante o Sono, Distúrbio Rítmico do Movimento), parassonias e casos de insônia. ;
- Afecções neurovasculares;
- Suspeita de erros inatos do metabolismo.

1.2 Encaminhamentos exclusivos pelos médicos dos serviços de referência do município, que possuem equipe multidisciplinar

(compostas, por exemplo, por pediatras, psiquiatras, profissionais da psicologia, fonoaudiologia, psicopedagogia, neuropsicologia, serviço social):

- Transtorno do Espectro Autista (TEA);
- Deficiência de aprendizagem escolar com suspeita de condição neurológica determinando o quadro e sem fator psicológico ou socioambiental identificado.

1.3 Doenças e/ou motivos que não devem ser encaminhados à neurologia pediátrica:

- TDAH sem comorbidades neurológicas;
- Deficiência de aprendizagem escolar (dislexia, discalculia, dificuldades cognitivas globais).

** TDAH afeta mais de 10% dos escolares e não devem ser encaminhados ao ambulatório de especialidades. A avaliação, diagnóstico e tratamento devem ser feitos nas UBS com o envolvimento da escola. Casos extremos de difícil tratamento devem ser encaminhados à psiquiatria e não à neurologia. Emissão das receitas de medicamentos controlados por notificação A deve ser descentralizada e feita no município.*

PROTOCOLO DE ACESSO - EPILEPSIAS

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Um ou mais episódios de crise convulsiva, exceto quadro de convulsão febril simples de característica benigna;
- Epilepsia sem investigação;
- Epilepsia em tratamento, não controlada;

SINAIS DE ALARME

- Crise convulsiva febril complexa (crises que duram mais de 15 minutos, se repetem mais de uma vez em 24 horas ou que tenham características focais ictais ou pós-ictais),
- Múltiplas crises e/ou crise prolongada em 24 horas;
- Crises farmacorresistentes e com sintomas e sinais associados (cefaleia, vômitos, transtornos visuais, alteração de comportamento pós-ictal, deterioração no desenvolvimento motor e/ou cognitivo, perda de força, afasias, apraxias e perda de marcos do desenvolvimento e habilidades adquiridas).

**Crise com características focais: associadas a sinais de alarme sugestivos de hipertensão intracraniana ou sinais focais de instalação aguda e recente devem ser encaminhados diretamente ao pronto atendimento de um hospital terciário.*

**Os pacientes com crises epiléticas de difícil controle devem realizar consultas periódicas com a neurologia pediátrica. Os pacientes com epilepsias bem controladas podem ser avaliados anualmente e as prescrições podem ser feitas por médicos da APS.*

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO QUE O ENCAMINHAMENTO DEVE CONTER

- Descrição do quadro clínico do paciente: idade de início, frequência, duração das crises, sintomas associados, fatores precipitantes e inibitórios se existirem, existência de crises prolongadas;
- Informar quando existência de complicações pós-natais;

- Tratamentos utilizados (medicamentos e posologia) e adesão ao tratamento (sim ou não);
- Achados do exame físico;
- Descrição de comorbidades;
- Fornecer laudos dos exames já realizados: EEG, TC ou RM de crânio.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

Médicos da Atenção Primária à Saúde e Pediatras.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

PRIORIDADE ZERO	Epilepsia/crise convulsiva com sinais de alarme.
P1 PRIORIDADE URGENTE	Epilepsia/crise convulsiva sem investigação; Epilepsia/crise convulsiva sem tratamento ou com refratariedade ao tratamento; Mudanças do padrão de crises.
P2 PRIORIDADE NÃO URGENTE	Epilepsia medicada e controlada.
P3 ATENDIMENTO ELETIVO	

PROTOCOLO DE ACESSO - CEFALEIA

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Cefaleia com sinais de alarme;
- Migrânea ou outras cefaleias crônicas refratárias ao tratamento;

SINAIS DE ALARME:

- 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 náusea, vômitos, transtornos visuais, transtornos autonômicos, alteração de marcha e equilíbrio, perda de força,

alteração de funções corticais superiores como apraxias, agnosias e afasias associadas;

- Presença de comorbidades de maior risco (ex. anemia falciforme, imunodeficiências, história de neoplasia, coagulopatias, doenças cardíacas, neurofibromatose, esclerose tuberosa).

**Cefaleia aguda associada a sinais de alarme sugestivos de hipertensão intracraniana ou sinais focais de instalação aguda deve ser encaminhada diretamente ao pronto atendimento de um hospital terciário.*

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO QUE O ENCAMINHAMENTO DEVE CONTER

- Descrição do quadro clínico do paciente: idade de início, frequência, duração das crises, sintomas associados, fatores precipitantes, sintomas associados;
- Tratamentos realizados e adesão ao tratamento (sim ou não);
- Achados do exame físico;
- Descrição de comorbidades;
- Fornecer laudos dos exames já realizados: TC ou RM de crânio

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e Pediatras.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

PRIORIDADE ZERO	Cefaleia com sinais de alarme.
P1 PRIORIDADE URGENTE	Cefaleia incapacitante, frequente.
P2 PRIORIDADE NÃO URGENTE	Migrânea ou outras cefaleias crônicas refratárias ao tratamento.
P3 ATENDIMENTO ELETIVO	

PROTOCOLO DE ACESSO - DOENÇAS NEUROMUSCULARES E MIOPATIAS INFLAMATÓRIAS

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Todos os casos

SINAIS DE ALARME:

- Instalação aguda ou piora de quadro pré-existente

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO QUE O ENCAMINHAMENTO DEVE CONTER:

- Descrever resumo do quadro clínico: início do quadro, sintomas associados como quedas frequentes, perda de força proximal ou distal, alteração do tônus muscular, presença de fasciculações, alteração de fácies, dificuldade de marcha, astenia, dificuldade respiratória, alterações de equilíbrio e presença de disfagia;
- Se presença de quadro semelhante ou história de casamentos consanguíneos na família;
- Fornecer laudo dos exames já realizados: enzimas musculares, eletroneuromiografia, cariótipo, triagem para erros inatos do metabolismo, TC ou RM de cérebro.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e Pediatras

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

PRIORIDADE ZERO	Casos em que os sintomas evoluam rapidamente e que apresentem sinais de dificuldade respiratória ou disfagia.
P1 PRIORIDADE URGENTE	Todos os demais casos.
P2 PRIORIDADE NÃO URGENTE	Casos crônicos que já estejam em tratamento e nos quais os pacientes estejam controlados ou pacientes com quadros sequelares.
P3 ATENDIMENTO ELETIVO	

PROTOCOLO DE ACESSO - SÍNDROME NEURO CUTÂNEOS

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

Todos os casos:

- Esclerose tuberosa;
- Neurofibromatose;
- Sturge-Weber.

SINAIS DE ALARME:

- Surgimento de epilepsia, transtornos visuais, déficits neurológicos focais e/ou regresso de habilidades adquiridas.

**Entre as facomatoses, a esclerose tuberosa é a que merece mais atenção pela possibilidade de complicações tratáveis, como os astrocitomas de células gigantes.*

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO QUE O ENCAMINHAMENTO DEVE CONTER

- Resumo do quadro clínico: início e evolução do quadro, tipo e quantidade de lesões cutâneas, sintomas associados;
- Presença de crises epiléticas e presença ou não de deterioração das habilidades cognitivas;
- Comorbidades,
- História familiar de quadro semelhante ou de consanguinidade;
- Tratamentos em uso ou já utilizados com dose e posologia;
- Fornecer laudo dos exames já realizados: TC ou RM de cérebro.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Primária e Pediatras.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

PRIORIDADE ZERO	Casos com sinais de alarme como epilepsia, alteração visual, déficit neurológico focal, deterioração de condutas adquiridas.
P1 PRIORIDADE URGENTE	Suspeita de Esclerose Tuberosa; Casos com alteração do quadro vigente ou piora dos sintomas usuais, mas já em tratamento.

P2 PRIORIDADE NÃO URGENTE	Casos estáveis em tratamento.
P3 ATENDIMENTO ELETIVO	

PROTOCOLO DE ACESSO - DISTÚRBIOS DO MOVIMENTO

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Tiques
- Coreias
- Balismos
- Distonias
- Mioclonias
- Tremores

SINAIS DE ALARME

- Distúrbio do movimento novo e piora progressiva de algum distúrbio do movimento já existente.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO QUE O ENCAMINHAMENTO DEVE CONTER

- Resumo do quadro clínico: início dos sintomas, evolução, descrição do movimento anormal e a frequência com que se manifesta, descrever fatores de piora ou melhora se houver;
- Comorbidades, afecções psiquiátricas;
- Tratamentos já utilizados com dose e posologia, sintomas associados;
- História familiar de casos semelhantes ou casamentos consanguíneos;
- Fornecer laudo de exames já realizados: TC ou RM de crânio.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e Pediatras.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

PRIORIDADE ZERO	Distúrbio do movimento novo ou piora do já existente com
------------------------	--

	deterioração motora, cognitiva ou associação com sintomas psiquiátricos.
P1 PRIORIDADE URGENTE	Demais casos de movimentos anormais que estejam impedindo a movimentação funcional ou interferindo na qualidade de vida e na vida social.
P2 PRIORIDADE NÃO URGENTE	Pacientes com lesões sequelares de distúrbios do movimento.
P3 ATENDIMENTO ELETIVO	

PROTOCOLO DE ACESSO - ENCEFALOPATIAS PROGRESSIVAS

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO:

- Perda progressiva de funções neurológicas (motoras, cognitivas, linguagem), crises epiléticas, transtornos de equilíbrio e marcha.

SINAIS DE ALARME

- Rapidez na instalação, presença de crises epiléticas.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO QUE O ENCAMINHAMENTO DEVE CONTER

- Dados relevantes da história médica pré-natal e perinatal;
- Descrição dos sinais, sintomas (descrever idade de início dos sintomas, funções comprometidas, marcos do desenvolvimento atrasados, presença de distorções ou características sindrômicas, episódios de convulsão ou outros achados relevantes);
- Descrição de tratamentos já realizados;
- Fornecer laudo de exames já realizados: TC ou RM de crânio, cariótipo, outros.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e Pediatras

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

PRIORIDADE ZERO	Casos com sinais de alarme.
P1 PRIORIDADE URGENTE	Demais casos.
P2 PRIORIDADE NÃO URGENTE	
P3 ATENDIMENTO ELETIVO	

PROTOCOLO DE ACESSO - ENCEFALOPATIAS CRÔNICAS ESTÁTICAS

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Casos com indefinição diagnóstica, sem etiologia definida;
- Necessidade de orientação de terapias.

**Ao Neuropediatra cabe o diagnóstico de paralisia cerebral, o que inclui, quando possível, a determinação da causa. Estes pacientes devem manter seguimento com o Neuropediatra apenas se sofrerem de epilepsia.*

**Manejo de deformidades, espasticidade e distonia ficará a cargo da Medicina de Reabilitação (Fisioterapia, Ortopedia e Reabilitação Neurológica).*

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO QUE O ENCAMINHAMENTO DEVE CONTER

- Dados relevantes da história médica pré-natal e perinatal;
- Descrição dos sinais, sintomas (descrever idade de início dos sintomas, funções comprometidas, marcos do desenvolvimento atrasados, presença de dismorfias ou características sindrômicas, episódios de convulsão ou outros achados relevantes);
- Descrição de tratamentos já realizados;
- Fornecer laudo de exames já realizados: TC ou RM de crânio, cariótipo, outros.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e Pediatras.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

PRIORIDADE ZERO	
P1PRIORIDADE NÃO URGENTE	

P2 PRIORIDADE NÃO URGENTE	Todos os casos.
P3 ATENDIMENTO ELETIVO	

PROTOCOLO DE ACESSO - AFECÇÕES NEUROVASCULARES

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Encaminhar com descrição do quadro clínico 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 anti-fosfolípide e anemia falciforme.

SINAIS DE ALARME:

- Déficit neurológico focal agudo, permanente ou transitório.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO QUE O ENCAMINHAMENTO DEVE CONTER

- 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.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e Pediatras.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

PRIORIDADE ZERO	Pacientes com sinais de alarme.
P1 PRIORIDADE URGENTE	Pacientes que já apresentaram algum episódio de acidente vascular cerebral e encontra-se sem profilaxia secundária.
P2 PRIORIDADE NÃO URGENTE	Casos tratados e estáveis.
P3 ATENDIMENTO ELETIVO	

PROTOCOLO DE ACESSO - DISTÚRBIOS DO SONO

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Encaminhar casos de distúrbios do sono relacionados aos distúrbios do movimento (Síndrome das Pernas Inquietas, Movimentos Periódicos Durante o Sono, Distúrbio Rítmico do Movimento), parassonias e casos de insônia.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO QUE O ENCAMINHAMENTO DEVE CONTER

- Descrição dos sinais, sintomas, idade de início e repercussões na qualidade de vida e desempenho escolar;
- Descrição de tratamentos já realizados e atuais (com posologia);
- Se há contexto sócio-familiar desfavorável;
- Descrever laudo dos exames já realizados: EEG, TC ou RM de cérebro ou polissonografia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

PRIORIDADE ZERO	
P1 PRIORIDADE URGENTE	
P2 PRIORIDADE NÃO URGENTE	Pacientes com prejuízo escolar ou de qualidade de vida.
P3 ATENDIMENTO ELETIVO	Demais casos.

PROTOCOLO DE ACESSO - SUSPEITA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Todos os casos sem etiologia definida em que haja suspeita de erro inato do metabolismo quando houver desaceleração e parada de desenvolvimento neuropsicomotor.

SINAIS DE ALARME

- Presença de sinais neurológicos anormais (crises epiléticas, espasticidade, ataxia) e progressão de piora inexorável.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO QUE O ENCAMINHAMENTO DEVE CONTER

- É importante encaminhar relato sucinto do quadro clínico, sintomatologia, tratamentos realizados e medicações em uso
- Descrever laudo dos exames já realizados: cariótipo, triagem para erros inatos do metabolismo (teste do Pezinho), TC ou RM de cérebro.
- As patologias mais comuns são as diagnosticadas através do teste de triagem neo-natal: Fenilcetonúria; Hipotireoidismo congênito; Hemoglobinopatias; Outras patologias: Galactosemia; Leucinoze; Deficiência de biotinidase; Deficiência de glicose 6 fosfato desidrogenase; Defeitos da beta-oxidação mitocondrial dos ácidos graxos

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e Pediatras.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

PRIORIDADE ZERO	
P1 PRIORIDADE URGENTE	Todos os casos.
P2 PRIORIDADE NÃO URGENTE	
P3 ATENDIMENTO ELETIVO	

PROTOCOLO DE ACESSO - DEFICIÊNCIA DE APRENDIZAGEM ESCOLAR

CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTO

- Deficiência de aprendizagem escolar onde exista suspeita de condição neurológica determinando o quadro e sem fator psicológico ou socioambiental identificado.

* Encaminhamentos exclusivos por médicos dos serviços de referência do município, que possuem equipe multidisciplinar (compostas, por exemplo,

por pediatras, psiquiatras, profissionais da psicologia, fonoaudiologia, psicopedagogia, neuropsicologia, serviço social);

**Casos de deficiência de aprendizagem associados a sintomas como depressão, irritabilidade, impulsividade, agressividade, ansiedade, comportamento retraído, TDAH, devem ser encaminhados ao Psiquiatra Infantil e acompanhados por equipe multidisciplinar.*

**Ao Neurologista cabe a avaliação dos casos específicos, já avaliados por profissionais da equipe multidisciplinar e com suspeita de condição neurológica determinando o quadro. Após diagnóstico e indicação de tratamento, estes casos devem ficar a cargo dos profissionais da educação (Pedagogia) e dos profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e/ou Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e/ou CAPS (compostas por exemplo por pediatras, psiquiatras, profissionais da psicologia, fonoaudiologia).*

**A indicação da necessidade de um segundo professor e a definição de estratégias e técnicas utilizadas nas intervenções educacionais não são escopo da Neurologia Pediátrica, estando os profissionais da educação mais habilitados para determinar estratégias de ensino a serem utilizadas.*

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO QUE O ENCAMINHAMENTO DEVE CONTER

- Dados relevantes da história médica pré-natal e perinatal;
- Descrição dos sinais, sintomas e dificuldades cognitivas (descrever idade de início dos sintomas, funções comprometidas, marcos do desenvolvimento que estão atrasados, presença de distúrbios ou características sindrômicas, episódios de convulsão ou outros achados relevantes);
- Descrição da condição oftalmológica e auditiva;
- Descrição das avaliações e tratamentos prévios e atuais, assim como o plano terapêutico da equipe e/ou profissional assistente de

referência (informar data das avaliações, nomes dos profissionais e número do conselho profissional)

- Descrição resumida do relatório emitido pela escola.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos dos serviços com equipe multidisciplinar (compostas, por exemplo, por pediatras, psiquiatras, profissionais da psicologia, fonoaudiologia, psicopedagogia, serviço social) .

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

PRIORIDADE ZERO	
P1 PRIORIDADE URGENTE	
P2 PRIORIDADE NÃO URGENTE	
P3 ATENDIMENTO ELETIVO	Todos os casos.

PROTOCOLO DE ACESSO - TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)

CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTO

- Suspeita de TEA, com evidências clínicas;

**O transtorno do espectro autista (TEA) é um diagnóstico clínico feito por pediatras, psiquiatras, neurologistas, dentre outros, com suporte de psicólogos, e outros profissionais da saúde, que normalmente atuam em equipes multidisciplinares. O diagnóstico baseia-se na coleta de informações em entrevistas estruturadas e uso de ferramentas de avaliação observacional e leva em consideração o funcionamento em mais de um ambiente (por exemplo, escola, residência, locais de saúde).*

Ex. Questionário de Comunicação Social (SQC), Escala de Classificação de Autismo Infantil (CARS), M-CAT, CAST.

**É função da Neurologia Pediátrica contribuir com o diagnóstico e considerar as condições associadas. O seguimento de alterações comportamentais ficará a cargo dos profissionais da equipe multidisciplinar de referência. A abordagem educacional ficará a cargo*

dos profissionais de educação mais habilitados a julgar e definir estratégias educacionais a estes indivíduos.

**Casos suspeitos de TEA, com sintomas psicóticos, auto/heteroagressividade, indicam necessidade de encaminhamento também ao Psiquiatra Infantil.*

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO QUE O ENCAMINHAMENTO DEVE CONTER:

- Descrição dos sinais, sintomas e dificuldades cognitivas (descrever idade de início dos sintomas, funções comprometidas, marcos do desenvolvimento que estão atrasados, presença de dismorfias ou características sindrômicas, episódios de convulsão ou outros achados relevantes);
- Resultados das avaliações e dos testes psicológicos, neuropsicológicos, psicométricos já realizados, com data, nome dos profissionais e número do registro profissional;
- Descrição da avaliação oftalmológica e auditiva;
- História familiar de TEA. Se sim informe o quadro e grau de parentesco;
- Descrição dos tratamentos realizados, assim como o plano terapêutico da equipe e/ou profissional assistente de referência;
- Descrever laudo dos exames complementares já realizados (EEG, RM de cérebro, cariótipo, triagem para erros inatos do metabolismo).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos dos serviços com equipe multidisciplinar (compostas, por exemplo, por pediatras, psiquiatras, profissionais da psicologia, fonoaudiologia, psicopedagogia, serviço social).

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

PRIORIDADE ZERO

P1 PRIORIDADE URGENTE	TEA com condições neurológicas associadas (ex. Epilepsia).
P2 PRIORIDADE NÃO URGENTE	TEA
P3 ATENDIMENTO ELETIVO	

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do MS:
<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/840-sctie-raiz/daf-raiz/cgceaf-raiz/cgceaf/l3-cgceaf/11646-pcdt>
- Protocolos de acesso do Ministério da Saúde: endocrinologia e nefrologia.
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolos_atencao_basica_atencao_especializada.pdf
- Protocolo de regulação médica. Prefeitura de Guarulhos.
http://regulacao.guarulhos.sp.gov.br/protocolo_de_regulacao_medica-versao_5.pdf
- Protocolos de acesso ambulatorial: consultas especializadas. Hospitais Federais no Rio de Janeiro, 2015.
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_acesso_ambulatorial_consulta_especializada.pdf

- Protocolos de acesso a exames de média e alta complexidade. Prefeitura de Pelotas. <http://www.pelotas.com.br/central-de-regulacao/arquivos/Protocolo-Exames.pdf>

- Protocolos de acesso à rede de serviços ambulatoriais com classificação de risco por prioridade. SESAU/Recife, 2013. http://www2.recife.pe.gov.br/wp-content/uploads/PROTOCOLO_ACESSO_AMBULATORIAL.pdf

- PROTOCOLO ACESSO À REGULAÇÃO DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS E PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE da Prefeitura de Aracaju. https://www.saude.se.gov.br/wp-content/uploads/2019/12/VERSÃO-UNIFICADO-DEZEMBRO_-13-12-1_Nova-formatação.pdf

- PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DO ACESSO: Procedimentos de Média e Alta Complexidade da cidade de Parnaíba. http://www.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/PROTOCOLO%20DE%20ACESSO%20DE%20REGULAO%20-%20PARNAIBA_PI%20UNICO.pdf.

- PROTOCOLO DE ACESSO ÀS CONSULTAS E PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE DO ESTADO DE AMAZONAS. [http://www.saude.am.gov.br/regulacao/adm/imgeditor/file/arquivos_reg/Protocolo%20de%20Acesso%20Consultas%20e%20Exames%20v23_06_2016\(1\).pdf](http://www.saude.am.gov.br/regulacao/adm/imgeditor/file/arquivos_reg/Protocolo%20de%20Acesso%20Consultas%20e%20Exames%20v23_06_2016(1).pdf).

- <https://tdah.org.br/diagnostico-criancas/>