

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 neurovascular;
- 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):

- 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;
- Transtorno do Espectro Autista (TEA) 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.*

*** Transtorno do Espectro Autista (TEA) sem comorbidades neurológicas devem ser referenciados para serviços multidisciplinares, conforme previsto na Linha de Cuidado da Pessoa com Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro do Autismo (Deliberação CIB 718/2025)*

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 fâcies, 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 epilépticas 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/PROTOCLO 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 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 | 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 neonatal: Fenilcetonúria; Hipotireoidismo congênito; Hemoglobinopatias; Outras patologias: Galactosemia; Leucinose; 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 dismorfias 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 | |