



PREFEITURA DE BENTO GONÇALVES

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

REGULAÇÃO AMBULATORIAL

Protocolos municipais de encaminhamento para Neurologia Adulto, Neurologia Pediátrica e Neurocirurgia

Protocolo desenvolvido conforme Portaria SAS nº 423, de 09 de julho de 2002 que aprova o detalhamento das atribuições básicas inerentes a cada nível do Governo referente ao controle, regulação e avaliação da Assistência à Saúde no SUS; e Política Nacional de Regulação (PNR) regulamentada pela [Portaria MS/GM nº 1.559, de 1º de agosto de 2008](#).

DIRETORES TÉCNICOS

Daniel Francio - Médico Regulador

Júlia Oliari Franco - Médica Reguladora

Pedro Augusto Cavagni Ambrosi - Médico Regulador

SUPERVISÃO GERAL

Daiane Piuco - Coordenadora da Central de Regulação Ambulatorial

Paula Coghetto Pertile - Médica coordenadora da Atenção Primária

Thiago Arpini Valerio - Médico coordenador

COLABORAÇÃO

Thais Dall'Acqua Jost - Médica da Estratégia da Saúde da Família

AUTORIDADES

Gilberto Santo Souza de Souza Junior - Secretário Municipal de Saúde

Diogo Segabinazzi Siqueira - Prefeito de Bento Gonçalves

Bento Gonçalves - RS

2024

Protocolos municipais de encaminhamento para Neurologia Adulto, Neurologia Pediátrica e Neurocirurgia

As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, além de contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação do caso.

Pacientes com diagnóstico de cefaleia e indicação de investigação com exame de neuroimagem, suspeita ou diagnóstico de polineuropatias agudas (**após avaliação em emergência**) ou com sintomas e sinais atípicos, suspeita ou diagnóstico de epilepsia recente, declínio cognitivo rapidamente progressivo ou vertigem de origem central (**já avaliada em serviço de emergência**) devem ter preferência no encaminhamento à Neurologia, quando comparados com outras condições clínicas previstas nos protocolos.

Pacientes com convulsão/epilepsia com controle inadequado das crises ou cefaleia com indicação de investigação com exame de neuroimagem devem ter preferência no encaminhamento à neurologia pediátrica quando comparados com outras condições clínicas previstas neste protocolo.

É responsabilidade do médico assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado (urgência/emergência ou ambulatório de atenção especializada), conforme sua avaliação e fornecer todas as informações pertinentes solicitadas pela Regulação Ambulatorial.

<p>Atenção: oriente o paciente para que leve, na primeira consulta ao serviço especializado, o <u>documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento</u>, as receitas dos medicamentos que está utilizando e os exames complementares realizados recentemente.</p>

Em caso de dúvida ou situação não disponível ou contemplada neste protocolo, por favor discuta qual o melhor fluxo com a Regulação Municipal através do email: regulacaomedicabentogoncalves@gmail.com ou ainda do nosso WhatsApp disponibilizado aos médicos cadastrados na Rede Municipal de Saúde de Bento Gonçalves.

Protocolos municipais de encaminhamento para Neurologia Adulto, Neurologia Pediátrica e Neurocirurgia	2
Protocolo 1 - CEFALÉIA	4
Protocolo 2 - CONVULSÃO / EPILEPSIA	6
Protocolo 3 - SÍNCOPE OU PERDA TRANSITÓRIA DA CONSCIÊNCIA	8
Protocolo 4 - VERTIGEM	9
Protocolo 5 - DEMÊNCIA	11
Protocolo 7 - DISTÚRBIOS DO MOVIMENTO	14
Protocolo 8 - TREMORES E SÍNDROMES PARKINSONIANAS	15
Protocolo 10 - MALFORMAÇÕES CEREBRAIS	18
MALFORMAÇÕES VASCULARES	18
HIDROCEFALIA	18
MICROCEFALIA	18
Protocolo 11 - TRANSTORNOS DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)	21
Protocolo 12 - TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH)	23
Protocolo 13 - TRANSTORNO ESPECÍFICO DA APRENDIZAGEM	24
Protocolo 14 - POLINEUROPATIA	25
REFERÊNCIAS	27

Protocolo 1 - CEFALEIA

NEUROLOGIA ADULTO:

1. migrânea (enxaqueca) refratária ao manejo profilático na APS (tentativa de profilaxia com duas classes de medicamento diferentes), por um período mínimo de 3 meses;
2. cefaleia tipo tensão refratária ao manejo profilático na APS com tricíclico, por um período mínimo de 3 meses;
3. outras cefaleias primárias que não se caracterizam como migrânea (enxaqueca) ou tipo tensão **após discussão com a regulação**;

Critérios diagnósticos e de classificação da cefaleia migrânea de acordo com Classificação Internacional das Cefaleias (ICHD-3):

1. com ou sem aura
2. Ao menos cinco crises preenchendo os critérios de **a a c**;
 - a. Crises de cefaleia durando 4-72 horas (sem tratamento ou com tratamento ineficaz),
 - b. A cefaleia possui ao menos duas das seguintes características:
 - i. localização unilateral
 - ii. caráter pulsátil
 - iii. intensidade da dor moderada ou forte
 - iv. exacerbada por ou levando o indivíduo a evitar atividades físicas rotineiras (por exemplo: caminhar ou subir escadas)
 - c. Durante a cefaleia, ao menos um dos seguintes:
 - i. náusea e/ou vômito
 - ii. fotofobia e fonofobia
 - iii. Não melhor explicada por outro diagnóstico da ICHD-3.

OBS.: cefaleia com sinais de alarme¹ que sugerem manejo em serviço de emergência devem ser encaminhadas à UPA.

¹ início súbito ("pior cefaleia da vida"); evolução insidiosa com piora súbita; iniciada após trauma; sinais de doença sistêmica; paciente HIV com padrão novo de cefaleia ou alteração em exame de imagem; padrão novo de cefaleia em paciente com história recente/atual de neoplasia, uso de anticoagulantes ou com discrasias sanguíneas; padrão novo de cefaleia iniciada em paciente com mais de 50 anos, com dor à palpação e edema da artéria temporal superficial, mialgias e/ou VSG elevado; edema de papila; sinais neurológicos focais; crise hipertensiva e confusão mental; suspeita de glaucoma (pupila fixa com midríase média / olho vermelho).

NEUROCIRURGIA:

1. paciente com cefaleia e exame de imagem (RNM ou TC de crânio) com alteração sugestiva de potencial indicação cirúrgica²;

² lesão expansiva; lesão sugestiva de tumor; aneurisma ou outra malformação vascular; hidrocefalia independente da causa; malformação de Chiari; complicações de procedimentos neurocirúrgicos;

NEUROLOGIA PEDIÁTRICA

1. migrânea (enxaqueca) ou cefaleia tipo tensão refratária ao manejo profilático na Atenção Primária à Saúde (APS) por um período mínimo de 2 meses; ou
2. outras cefaleias primárias que não se caracterizam como migrânea (enxaqueca) ou cefaleia tipo tensão;

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

1. sinais e sintomas (descrever idade de início da cefaleia, tempo de evolução, características da dor, frequência das crises, mudança no padrão, exame físico neurológico, outros sinais e sintomas associados);
2. comorbidades (infecção pelo HIV, neoplasia, trauma craniano recente);
3. tratamentos em uso ou já realizados para cefaleia (medicamentos utilizados com dose e posologia);
4. anexar laudo de exame de imagem (TC ou RNM de crânio), preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
5. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Para uso da Regulação:

1. Brevidade muito alta:
 - a. Paciente com cefaleia e exame de imagem (RNM ou TC) com alteração sugestiva de potencial indicação cirúrgica ou neoplásica.
2. Brevidade média:
 - a. Paciente com diagnóstico de migrânea (enxaqueca) refratária ao manejo profilático na APS (tentativa de profilaxia com duas classes de medicamento diferentes), por um período mínimo de 3 meses;
 - b. Paciente com diagnóstico de cefaleia tipo tensional refratária ao manejo profilático na APS com tricíclico, por um período mínimo de 3 meses.

Protocolo 2 - CONVULSÃO / EPILEPSIA

NEUROLOGIA ADULTO:

1. pelo menos um episódio de alteração de consciência sugestivo de crise convulsiva³, sem fatores desencadeantes reconhecíveis e reversíveis na APS;
2. dúvida diagnóstica sobre a natureza das convulsões;
3. diagnóstico prévio de epilepsia com controle inadequado das crises com tratamento otimizado e descartada má adesão;
4. paciente com epilepsia e efeitos adversos intoleráveis da medicação;
5. paciente com epilepsia controlada há pelo menos 2 anos que deseja avaliação para retirada da medicação;
6. mulheres com epilepsia que estão gestantes ou que desejam planejar gravidez.

NEUROLOGIA PEDIÁTRICA:

1. um ou mais episódios de alteração de consciência sugestivo de crise epilética³, exceto quadro de convulsão febril simples de característica benigna; ou
2. criança com diagnóstico prévio de epilepsia com controle inadequado das crises apesar do tratamento otimizado e descartada má adesão;

³ língua mordida; desvio cefálico lateral persistente durante a crise; contração muscular prolongada de membros (atentar para o fato de que pacientes com síncope podem apresentar abalos musculares não prolongados); confusão mental prolongada após a crise; não lembrar de comportamentos anormais testemunhados por outra pessoa e que aconteceram antes ou depois da alteração de consciência.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

1. sinais e sintomas (descrever as características e a frequência das crises convulsivas, idade de início, tempo de evolução, fatores desencadeantes, exame físico neurológico, outros sinais e sintomas fora das crises convulsivas);
2. história prévia de epilepsia (sim ou não). Se sim, descreva o tipo;
3. tratamentos em uso ou já realizados para epilepsia (medicamentos utilizados com dose e posologia);
4. medicamentos em uso que interferem no limiar convulsivo (sim ou não). Se sim, quais;
5. avaliação clínica da adesão ao tratamento (sim ou não);
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Para uso da Regulação:

1. BREVIDADE MUITO ALTA: Pelo menos um episódio de alteração de consciência sugestivo de crise convulsiva de início recente, sem fatores desencadeantes reconhecíveis e reversíveis na APS, e sem histórico de epilepsia;
2. BREVIDADE ALTA:
 - a. Diagnóstico prévio de epilepsia com controle inadequado das crises com tratamento otimizado e descartada má adesão (epilepsia refratária ou descompensada);
 - b. Diagnóstico prévio de epilepsia com sinais de intoxicação ou efeito colateral importante do medicamento, que comprometa a vida do paciente, física ou qualitativamente.

Protocolo 3 - SÍNCOPE OU PERDA TRANSITÓRIA DA CONSCIÊNCIA

Atenção: Paciente com síncope vasovagal usualmente não necessita avaliação em serviço especializado. As características comuns da síncope vasovagal são:

- a. síncope desencadeada por postura ortostática prolongada; ou
- b. síncope situacional, desencadeada por fatores definidos (dor, medo, fobia de sangue ou procedimentos médicos) ou situações específicas (tosse, espirro, estimulação gastrointestinal, pós-miccional); ou
- c. que apresenta sintomas prodrômicos típicos como sudorese, calor e escurecimento da visão.

NEUROLOGIA ADULTO:

1. episódio de alteração de consciência sugestivo de crise convulsiva;
2. síncope/pré-síncope de origem indeterminada (afastadas causas cardiovasculares e de urgência/emergência);

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

1. sinais e sintomas (descrever episódio com sua frequência e duração, associação com outros sintomas de provável origem cardiológica (palpitação, dispneia, desconforto precordial), relação com exercício ou outros fatores desencadeantes e exame físico neurológico e cardiológico);
2. presença de cardiopatia (sim ou não). Se sim, qual;
3. história familiar de morte súbita (sim ou não). Se sim, idade do evento e grau de parentesco;
4. anexar eletrocardiograma, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
5. medicamentos que podem causar síncope (antiarrítmicos, anti-hipertensivos) (sim/não). Se sim, descreva;
6. número da teleconsulta, se o caso foi discutido com o TelessaúdeRS-UFRGS.

Alterações eletrocardiográficas compatíveis com episódio de síncope que sugerem avaliação em serviço de emergência:

- a. taquicardia ventricular;
- b. taquicardia supraventricular paroxística rápida;
- c. taquicardia ventricular polimórfica não-sustentada/intervalos de QT curto e longo;
- d. disfunção de marca-passo ou cardio-desfibrilador implantável;
- e. bradicardia sinusal persistente com frequência cardíaca inferior a 40 bpm;
- f. síndrome de Brugada;
- g. síndrome de Brugada;
- h. bloqueio sinusal repetitivo ou pausas maiores que 3 segundos.

Protocolo 4 - VERTIGEM

Encaminhar para serviço de urgência/emergência:

- a. vertigem com suspeita de origem central COM sinais de gravidade:
 - i. sintomas ou sinais neurológicos focais (como cefaleia, borramento visual, diplopia, disartria, parestesia, fraqueza muscular, dismetria, ataxia); ou
 - ii. novo tipo de cefaleia (especialmente occipital); ou
 - iii. surdez aguda unilateral; ou
 - iv. nistagmo vertical.

NEUROLOGIA ADULTO:

1. vertigem com suspeita de origem central após avaliação em serviço de emergência;
2. Distúrbios do equilíbrio com quedas frequentes após discussão com TelessaúdeRS.

Vertigem central:

- a. nistagmo vertical (altamente sugestivo) ou outras apresentações (horizontal, rotatório ou multidirecional). Nistagmo de origem central não costuma ter latência (e, se presente, dura até 5 segundos), não é fatigável (pode durar semanas a meses) e não é inibido com a fixação do olhar;
- b. grave desequilíbrio e dificuldade para caminhar ou mesmo ficar em pé;
- c. presença de outros sinais e/ ou sintomas neurológicos focais (cefaleia, diplopia, disartria, parestesia, fraqueza muscular, dismetria);
- d. surdez súbita unilateral;
- e. vertigem e nistagmo menos intensos, raramente associados a zumbido ou hipoacusia.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

1. sinais e sintomas (duração, tempo de evolução e frequência dos episódios de vertigem; fatores desencadeantes; outros sintomas associados, exame físico neurológico e otoscopia);
2. tratamento em uso ou já realizados para vertigem (não farmacológico e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);
3. resultado de TSH e glicemia de jejum ou hemoglobina glicada, com data;
4. medicamentos que cursam com vertigem;
5. número da teleconsultoria, se o caso foi discutido com o TelessaúdeRS-UFRGS

Para uso da Regulação:

1. BREVIDADE ALTA:
 - a. Vertigem com suspeita de origem central após avaliação em serviço de emergência;

2. ELETIVO:

- a. Distúrbios do equilíbrio com quedas frequentes após discussão com TelessaúdeRS.

Protocolo 5 - DEMÊNCIA

NEUROLOGIA ADULTO:

1. declínio cognitivo rapidamente progressivo (limitação funcional, cognitiva, comportamental ou motora significativas com evolução menor que dois anos);

GERIATRIA:

2. declínio cognitivo em que foram excluídas causas reversíveis e transtornos psiquiátricos descompensados.

1. Causas potencialmente reversíveis:
 - a. Distúrbios metabólicos: desidratação ou outro distúrbio hidroeletrolítico, hiponatremia, hipovitaminose (Vitamina B12), DM2 descompensado, hipoglicemia, insuficiência renal/uremia, hipotireoidismo, patologias hepáticas;
 - b. Síndromes infecciosas: infecções graves (trato urinário, respiratório, septicemia, outras); SIDA, toxoplasmose, outras;
 - c. Intoxicação por drogas psicoativas (alucinógenos, álcool) ou mesmo efeito colateral de tratamentos medicamentosos;
 - d. Doenças hematológicas: discrasias sanguíneas tais como anemia, trombocitopenia e coagulação intravascular disseminada;
 - e. Fraturas ósseas, principalmente em pessoas idosas (podem apresentar embolia gordurosa e desencadear confusão mental/delirium).
2. Diagnósticos diferenciais:
 1. Síndrome de Wernicke ou Wernicke-Korsakoff;
 2. Patologias psiquiátricas (Esquizofrenia, Depressão grave, Mania, Transtornos de Déficit de Atenção e Hiperatividade, Autismo, Estados Dissociativos, entre outros);
 3. TCE.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

1. sinais e sintomas (descrever idade e modo de início, tempo de evolução, situações e tarefas que o paciente apresenta prejuízo, exame físico neurológico, outros sinais e sintomas associados);
2. pontuação no mini exame do estado mental e escolaridade (anos concluídos de educação formal);
3. sintomas depressivos (sim ou não). Se sim, qual o tratamento em uso e resposta;
4. resultado dos exames: TSH, vitamina B12, FTA-Abs e VDRL (com data);
5. anexar laudo de exame de imagem (TC ou RNM de crânio), preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
6. número da teleconsulta, se o caso foi discutido com o TelessaúdeRS-UFRGS.

Para uso da Regulação:

1. ELETIVO:
 - a. Todas as situações contempladas no protocolo.

Protocolo 6 - ATRASO GLOBAL DO DESENVOLVIMENTO

Encaminhar para avaliação com pediatra geral nos casos de:

1. provável AGD sem etiologia identificada; ou
2. possível AGD que persiste após reavaliação em 30 dias.

NEUROLOGIA PEDIÁTRICA:

1. deficiência intelectual moderada/grave ou provável AGD (ausência de um ou mais marcos para a faixa etária anterior) ou possível AGD (ausência de um ou mais marcos para a sua faixa etária) em crianças com:
 - a. o história familiar de deficiência intelectual/AGD em parente de primeiro grau; ou
 - b. pais consanguíneos; ou
 - c. alterações fenotípicas (como dismorfismos craniofaciais ou esqueléticos, suspeita de síndrome genética específica, entre outros); ou
 - d. perímetro cefálico menor que o percentil 10 ou maior que o percentil 90.
2. deficiência intelectual ou provável AGD ou possível AGD em crianças com episódio de convulsão ou outras manifestações neurológicas como ataxia/coreia; ou
3. regressão neurológica com perda de habilidades previamente adquiridas do desenvolvimento neuropsicomotor como perda de fala e/ ou marcha e/ou compreensão; ou
4. deficiência intelectual recente sem etiologia estabelecida ou com necessidade de manejo de alterações comportamentais refratárias.

Realizar **simultaneamente** MATRICIAMENTO com o CAPSi:

1. se diagnóstico de deficiência intelectual ou AGD associado com
 - a. auto/heteroagressividade; ou
 - b. agitação psicomotora; ou
 - c. sintomas psicóticos (delírios ou alucinações).

Crianças com idade até 3 anos que apresentam AGD devem ser também encaminhadas para Estimulação Precoce nos serviços de referência em reabilitação intelectual, conforme Diretrizes de Estimulação Precoce do Ministério da Saúde. Para crianças com idade superior a 3 anos, tratamentos de reabilitação intelectual também estão disponíveis nestes locais. Entrar em contato com sua secretaria municipal de saúde para identificar o local de referência para o município.

Para uso da Regulação:

1. BREVIDADE ALTA:

- a. deficiência intelectual moderada/grave ou provável AGD;
 - b. deficiência intelectual ou provável AGD ou possível AGD em crianças com episódio de convulsão ou outras manifestações neurológicas.
2. BREVIDADE MÉDIA:
- a. regressão neurológica com perda de habilidades previamente adquiridas do desenvolvimento neuropsicomotor como perda de fala e/ou marcha e/ou compreensão.
3. ELETIVO:
- a. deficiência intelectual recente sem etiologia estabelecida ou com necessidade de manejo de alterações comportamentais refratárias.

Protocolo 7 - DISTÚRBIOS DO MOVIMENTO

NEUROLOGIA ADULTO:

1. suspeita ou diagnóstico de ataxia⁴;
2. suspeita ou diagnóstico de coreia⁵;
3. suspeita ou diagnóstico de distonia⁶ ou espasmo hemifacial.

NEUROLOGIA PEDIÁTRICA:

4. suspeita ou diagnóstico de ataxia⁴;
5. suspeita ou diagnóstico de coreia⁵;

⁴ incoordenação motora que não é resultado de fraqueza muscular. Presença de hipotonia; Marcha desequilibrada, tende a quedas quando reduz a base de apoio (na avaliação do equilíbrio parado com os pés juntos); Presença de dismetria (incapacidade de atingir um alvo como identificado pela manobra index-nariz, calcanhar Joelho); Presença de disdiadococinesia (identificada pela incapacidade de realizar movimentos rápidos intercalados como pronação e supinação sobre a coxa); Presença de tremor de intenção (aumenta ao aproximar do alvo).

⁵ Movimentos rápidos e irregulares que ocorrem de maneira involuntária e de forma imprevisível em diferentes partes do corpo; Pode estar associado à marcha irregular e instável, paciente inclinando-se e abaixando-se de um lado para o outro; Geralmente a força muscular é preservada, mas pode haver dificuldade para manter contração muscular como no aperto de mão; Desaparece durante o sono e não é suprimida por controle voluntário.

⁶ Contração muscular involuntária que ocasiona postura anormal, torção e movimentos repetitivos de uma parte do corpo; A postura anormal pode ser dolorosa; Se exacerbam em períodos de estresse e tensão, diminuem no relaxamento e desaparecem no sono; Podem melhorar com um gesto antagonista ou com truque sensorial como toque do local acometido; Podem ser focais (ex: blefaroespasmo, distonia cervical, câibra do escrivão), segmentares, multifocais ou generalizadas.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

1. sinais e sintomas;
2. história familiar de ataxia, distonia ou coreia hereditária (sim ou não). Se sim, descreva o quadro e grau de parentesco;
3. história de consanguinidade entre os pais (sim ou não). Se sim, descreva o grau de parentesco;
4. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Para uso da Regulação:

1. ELETIVO:
 - a. Todas as situações contempladas no protocolo.

Protocolo 8 - TREMORES E SÍNDROMES PARKINSONIANAS

NEUROLOGIA ADULTO:

1. suspeita de doença de Parkinson sem uso de medicamentos potencialmente indutores;
2. Tremor essencial de difícil controle (que curse com prejuízo das atividades de vida diárias e refratária a tratamento clínico otimizado);

Medicamentos indutores de parkinsonismo:

- a. antipsicóticos (tanto típicos quanto atípicos);
- b. antieméticos (metoclopramida e bromoprida);
- c. antivertiginosos (flunarizina e cinarizina);
- d. anti-hipertensivos bloqueadores do canal de cálcio (anlodipino, nifedipina, verapamil, diltiazem);
- e. metildopa;
- f. lítio;
- g. amiodarona;
- h. ácido valproico.

Tratamento otimizado: Propranolol: dose inicial de 20 mg, três vezes ao dia, podendo ser aumentado até 240 mg ao dia; ou Primidona: dose inicial de 25 mg à noite. Aumentar gradualmente 25 mg a cada três a quatro dias, até 250 mg/dia. Para casos refratários, a combinação de propranolol e primidona pode ser mais efetiva que o uso de cada medicamento isoladamente. Substituir um medicamento pelo outro também é uma estratégia possível, caso ocorram efeitos adversos indesejáveis.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

1. sinais e sintomas (descrever idade de início e tempo de evolução dos sintomas, características do tremor, bradicinesia, rigidez muscular do tipo plástica, alteração da marcha, instabilidade postural e demais exames neurológicos);
2. tratamentos em uso ou já realizados para tremor e/ou síndrome parkinsoniana (medicamentos utilizados com dose e duração do tratamento);
3. outros medicamentos em uso (com dose e posologia);
4. número da teleconsulta, se o caso foi discutido com o TelessaúdeRS-UFRGS.

Para uso da Regulação:

1. BREVIDADE MÉDIA / BAIXA:
 - a. Tremor essencial de difícil controle (que curse com prejuízo das atividades de vida diárias e refratária a tratamento sintomático);
 - b. Doença de Parkinson descompensada;
2. ELETIVO: Doença de Parkinson e parkinsonismo a esclarecer após discussão com TelessaúdeRS.

Protocolo 9 - ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Não se recomenda ecografia de carótidas de rotina como método de rastreamento para doença cardiovascular.

NEUROLOGIA ADULTO:

1. AVC hemorrágico sem etiologia definida;
2. AVC isquêmico ou AIT em paciente com menos de 45 anos;
3. AVC isquêmico ou AIT com investigação diagnóstica inconclusiva ou não realizada na emergência (ecodoppler de carótidas, ecocardiograma, eletrocardiograma);
4. AVC isquêmico ou AIT com evidência de obstrução de carótida, ipsilateral à lesão cerebral, entre 50% a 69%;
5. Estenose de carótida assintomática⁷ maior que 70%.

NEUROCIRURGIA OU CIRURGIA VASCULAR:

1. AVC isquêmico ou AIT em paciente com estenose de carótida, ipsilateral à lesão cerebral, maior ou igual a 70%, que não foi submetido a procedimento cirúrgico emergencial no momento do diagnóstico;
2. Estenose de carótida assintomática⁷ maior que 70%, com indicação de intervenção após avaliação de riscos e benefícios com neurologista.

⁷ Sintomas associados à estenose de carótida correspondem a eventos isquêmicos (AVC e/ou AIT) nos últimos 6 meses. Vertigem, síncope e cefaleia usualmente não caracterizam sintomas dessa condição.

Sequelas de AVC/AVE de qualquer tipo: todas as condutas nesses casos podem ser feitas pela Clínica Médica. **Exceto** sequelas específicas tais como EPILEPSIA, PARKINSONISMO, DORTALÂMICA.

Recomenda-se o manejo das sequelas com **REABILITAÇÃO** – Fisioterapia, Fonoaudioterapia, Terapia Ocupacional - para melhoria funcional e dos sintomas, e, principalmente, **PREVENÇÃO DE NOVOS AVEs**: avaliação e tratamento de distúrbios cardiovasculares, avaliação e tratamento de distúrbios metabólicos, avaliação e tratamento de distúrbios hematológicos; profilaxia com uso de antiagregantes plaquetários ou, quando indicado, anticoagulantes orais (discutir com **TELESSAÚDE RS**).

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

1. presença de AVC ou AIT prévio (sim ou não). Se sim, descreva tipo, data do evento e etiologia, quando conhecida;
2. anexar laudo de exame de imagem (TC de crânio), preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);

3. anexar laudo de ecocardiograma, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
4. anexar laudo de ecodoppler de carótidas, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
5. comorbidades (hipertensão, diabetes, arritmia) (sim ou não). Se sim, descreva incluindo tratamento com dose e posologia;
6. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Para uso da Regulação:

1. BREVIDADE MUITO ALTA:

- a. AVC isquêmico ou AIT em paciente com estenose de carótida, ipsilateral à lesão cerebral, maior ou igual a 70%, que não foi submetido a procedimento cirúrgico emergencial no momento do diagnóstico;

2. BREVIDADE ALTA:

- a. AVC hemorrágico sem etiologia definida;
- b. AIT ou AVC recorrente;
- c. AVC isquêmico em paciente com menos de 45 anos;
- d. AVC isquêmico ou AIT em paciente com obstrução de carótida, ipsilateral à lesão cerebral, maior ou igual a 70% que não foi submetido a procedimento cirúrgico emergencial no momento do diagnóstico.
- e. Estenose de carótida assintomática⁷ maior que 70%, com indicação de intervenção após avaliação de riscos e benefícios com neurologista.

1. BREVIDADE MÉDIA/BAIXA:

- a. AVC isquêmico com investigação diagnóstica inconclusiva (após realização de ecodoppler de carótidas, ecocardiograma, eletrocardiograma)
- b. AVC isquêmico ou AIT com evidência de obstrução de carótida, ipsilateral à lesão cerebral, entre 50 a 69%.

Protocolo 10 - MALFORMAÇÕES CEREBRAIS

MALFORMAÇÕES VASCULARES

NEUROCIRURGIA:

1. paciente com exame de imagem evidenciando aneurisma intracraniano não roto;
2. paciente com história prévia de malformações vasculares cerebrais rotas (incluindo hemorragia subaracnoide), não tratados;
3. Paciente com malformações vasculares cerebrais não rotas;
4. Fístula arteriovenosa, liquórica;

NEUROLOGIA ADULTO:

1. paciente com história familiar de aneurisma intracraniano (dois ou mais parentes de primeiro grau).

O rastreamento de aneurismas intracranianos na população em geral **não** é indicado. Contudo, como há maior risco em familiares de pacientes com aneurismas intracranianos, há benefício de rastreamento dessa condição vascular em pessoas com 2 ou mais parentes de 1º grau, independente de sintomas.

HIDROCEFALIA

NEUROCIRURGIA:

1. Paciente com alteração em exame de imagem sugestiva de hidrocefalia;
2. Paciente com derivação ventricular – derivação ventrículo-peritoneal (DVP), ventrículo-atrial ou outras;
3. Paciente com diagnóstico de hidrocefalia de pressão normal e indicação de tratamento com DVP, após avaliação com neurologia.

NEUROLOGIA ADULTO:

1. Paciente com suspeita de hidrocefalia de pressão normal;
2. Paciente com diagnóstico de hidrocefalia de pressão normal, já avaliado pela Neurologia ou Neurocirurgia, sem indicação de tratamento com DVP.

MICROCEFALIA

NEUROLOGIA PEDIÁTRICA:

1. recém-nascidos ou crianças com suspeita de microcefalia e alteração do crescimento/desenvolvimento neuropsicomotor; ou
2. crianças que no acompanhamento de puericultura apresentarem desaceleração do crescimento cefálico com medida inferior a – 2 DP para idade e sexo conforme gráfico da OMS ou curva intergrow.

Crianças com idade até 3 anos que apresentam AGD associado a microcefalia devem ser também encaminhadas para Estimulação Precoce nos serviços de referência em reabilitação intelectual, conforme Diretrizes de Estimulação Precoce do Ministério da Saúde (avaliação APAE). Para crianças com idade superior a 3 anos, tratamentos de reabilitação intelectual também estão disponíveis nestes locais. Entrar em contato com sua secretaria municipal de saúde para identificar o local de referência para o município e o fluxo adequado de encaminhamento. Na ausência de acompanhamento em reabilitação intelectual, considerar encaminhamento para agenda de reabilitação física.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

1. Adultos:
 - a. sinais e sintomas (descrever presença de sintomas neurológicos focais, exame físico neurológico, outros achados relevantes);
 - b. paciente com tratamento anterior (sim ou não). Se sim, quando foi realizado;
 - c. anexar laudo de exame de imagem, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
 - d. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.
2. Pediátrico
 - a. sinais e sintomas (descreva malformações, desproporção craniofacial, abaulamento de fontanela, manifestações como hipertonia e hiperexcitabilidade, atraso em marcos do desenvolvimento, outros achados relevantes);
 - b. descreva medida do perímetro cefálico ao nascimento e medidas realizadas posteriormente, com data;
 - c. descreva idade gestacional no parto da criança;
 - d. ecografia transfontanelar ou tomografia de crânio da criança (se realizada), com data; 5. ecografia obstétrica (se achados alterados), com data;
 - e. número da notificação no Registro de Eventos de Saúde Pública (RESP);
 - f. criança está em acompanhamento com reabilitação intelectual de sua referência (sim ou não)? Se sim, descreva;
 - g. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Para uso da Regulação:

1. BREVIDADE ALTA:
 - a. paciente com história prévia de malformações vasculares cerebrais rotas (incluindo hemorragia subaracnoide), não tratados;
 - b. crianças que no acompanhamento de puericultura apresentarem desaceleração do crescimento cefálico com medida inferior a – 2 DP para idade e sexo conforme gráfico da OMS ou curva intergrow.
2. BREVIDADE MÉDIA: outras malformações vasculares;
3. ELETIVO:
 - a. hidrocefalia;
 - b. RN com microcefalia;

Protocolo 11 - TRANSTORNOS DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)

Crianças com idade até 3 anos que apresentam Transtornos do espectro autista devem ser também encaminhadas para Estimulação Precoce nos serviços de referência em reabilitação intelectual (ACOLHIMENTO APAE). Para crianças com idade superior a 3 anos, tratamentos de reabilitação intelectual também estão disponíveis nestes locais.

NEUROLOGIA PEDIÁTRICA:

1. suspeita ou diagnóstico de TEA⁸

⁸ Aplicar escala M-CHAT em crianças de 16-30 meses; suspeita diagnóstica na falha em 3 itens no total ou em 2 itens considerados críticos (2, 7, 9, 13, 14, 15).

CAPS INFANTO-JUVENIL com vistas ao seguimento no TEACOLHE:

1. suspeita ou diagnóstico de TEA⁸ associado a:
 - a. auto/heteroagressividade; ou
 - b. agitação psicomotora; ou
 - c. sintomas psicóticos (alucinações ou delírios).

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

1. descrição do quadro atual (idade de início, evolução dos sintomas e as áreas de atividades com prejuízo, dismorfias, descrever marcos do desenvolvimento atrasados e os já adquiridos);
2. inserção no ambiente escolar (regular ou especial) e acompanhamento em sala de recurso (sim ou não). Se sim, descreva;
3. apresenta comorbidades neurológicas ou psiquiátricas (sim ou não). Se sim, descreva;
4. anexar M-CHAT-R preenchido por pais/cuidadores, preferencialmente, ou descrever seu resultado, com data;
5. história familiar de deficiência intelectual ou doenças raras (sim ou não). Se sim, descreva o quadro e grau de parentesco;
6. terapias de reabilitação realizadas (sim ou não). Se sim, descreva;
7. tratamento medicamentoso em uso ou já realizado (sim ou não). Se sim, descrever quais medicações e posologia;
8. realiza acompanhamento em serviço especializado em Saúde Mental (sim ou não). Se sim, descreva e se associado à comportamentos ou alterações psiquiátricas;
9. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Para uso da Regulação:

1. ELETIVO:

- a. Todas as situações contempladas no protocolo.

Protocolo 12 - TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH)

1. Solicitar avaliação da psicóloga do NASF com acompanhamento durante 6 meses.
2. Após solicitar matriciamento com a psicopedagogia pelo CMAEE através do CAPSi.

CAPS INFANTO-JUVENIL

1. diagnóstico de TDAH: seis sintomas de desatenção e/ou seis sintomas de hiperatividade e impulsividade marcadas como “Bastante” na escala SNAP, considerando resposta de pais e escola, por mais de 6 meses, E
 - a. sintomas persistentes após tratamento inicial em doses otimizadas⁹ por pelo menos 4 semanas (quadro 8); ou
 - b. TDAH associado a comorbidades psiquiátricas.

⁹Para crianças e adolescentes com critérios diagnósticos para TDAH: Tratamento farmacológico inicial: metilfenidato: doses iniciais de 5 mg 1 ou 2 x ao dia. As doses médias devem variar entre 0,4 e 1,3 mg/kg/dia. A última dose deve ser administrada antes das 18:00. A medicação deve ser descontinuada se não houver benefício após 4 semanas de uso.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

1. descrição do quadro atual (idade de início, evolução dos sintomas, características que sugerem diagnóstico);
2. sintomas são percebidos em mais de um ambiente (por exemplo casa e escola)? (sim ou não). Se sim, descreva em quais ambientes;
3. histórico de outros transtornos psiquiátricos atuais e/ou passados (sim ou não)? Se sim, descreva;
4. tratamento em uso ou já realizado para a condição (medicamentos utilizados com dose e posologia);
5. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Para uso da Regulação:

1. ELETIVO:
 - a. Todas as situações contempladas no protocolo.

Protocolo 13 - TRANSTORNO ESPECÍFICO DA APRENDIZAGEM

Os critérios diagnósticos para Transtornos Específicos da Aprendizagem que nortearam este protocolo foram retirados do material disponibilizado pelo American Psychiatric Association; Afastar na investigação suspeita de problemas de audição, fala ou suspeita de problemas de visão.

NEUROLOGIA PEDIÁTRICA:

1. suspeita ou diagnóstico de transtorno de aprendizagem associado a alterações:
 - a. no exame neurológico; ou
 - b. fenotípicas;
2. suspeita ou diagnóstico de transtorno de aprendizagem persistente por mais de 6 meses sem fator psicológico ou sócio ambiental identificado.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

1. sinais e sintomas (descreva se apresenta atraso de desenvolvimento psicomotor, peso e altura adequados para idade, alterações fenotípicas sugestivas de síndrome genética, questões familiares e sociais envolvidas com o quadro);
2. apresenta doenças neurológicas associadas (como epilepsia, cefaleia, entre outras) Sim ou não. Se sim, descreva a condição e tratamento realizado;
3. apresenta outras doenças crônicas ou psiquiátricas associadas ao quadro (sim ou não). Se sim, descreva a condição e tratamento realizado
4. descrição do EEG e neuroimagem, com data (se realizado);
5. se suspeita de problemas de audição ou fala em crianças menores de 3 anos, descrever resultado de Triagem Auditiva Neonatal;
6. descrição da avaliação psicopedagógica, com data (se realizada);
7. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Atenção: Este protocolo não é destinado para pacientes com Dificuldades Escolares (DE) relacionadas a problemas de origem e de ordem pedagógica, como dificuldade no aprender relacionado a professores e escola, envolvendo processos socioculturais mal estruturados, desde inadequação pedagógica até a falta de recursos materiais e humanos).

Para uso da Regulação:

1. ELETIVO:
 - a. Todas as situações contempladas no protocolo.

Protocolo 14 - POLINEUROPATIA

1. Polineuropatia desmielinizante;
2. Polineuropatia com características atípicas, após avaliação em serviço de emergência, se necessário;
3. Polineuropatia com etiologia definida porém com sintomas progressivos ou refratários ao tratamento clínico otimizado (tratamento da causa base e uso de medicamentos como tricíclicos ou gabapentina);
4. Sintomas de polineuropatia (perda de sensibilidade, sensação de queimação, formigamento, perda de força) sem etiologia definida após investigação inicial na APS

Características atípicas de polineuropatia que sugerem investigação com neurologista retiradas do Protocolo de Encaminhamento do TelessaúdeRS:

1. sintomas graves ou rapidamente progressivos;
2. sintomas assimétricos ou não comprimento dependente;
3. sintomas predominantemente motores;
4. sintomas com início agudo;
5. predomínio de manifestações clínicas autonômicas;
6. causa etiológica não definida.

Avaliação clínica de polineuropatia (PNP)

Quadro clínico: Varia conforme as fibras acometidas

- a. Sintomas sensitivos: hipoestesia, parestesia, disestesia, ataxia sensitiva, entre outros.
- b. Sintomas motores: fraqueza, atrofia e hipotonia muscular, hipo ou arreflexia, fasciculações, entre outros.
- c. Sintomas autonômicos: anidrose, hipotensão ortostática, arritmias, hipossecreção salivar ou lacrimal, entre outros.

Causas:

- a. PNP por condições clínicas gerais (mais comum): diabetes mellitus, uso abusivo de álcool, hipotireoidismo, doença hepática crônica, doença renal crônica (estágios graves ou dialíticos), neoplasias (como leucemias, linfomas, metástase de tumores sólidos), paraproteinemias (presença de proteínas monoclonais), lúpus, artrite reumatoide.
- b. PNP inflamatória ou infecciosas: Síndrome de Guillain-Barré (emergência médica), neuropatia motora multifocal (sintomas motores como punho caído unilateral seguido por pé caído), PNP associada ao HIV ou hanseníase
- c. PNP metabólicas ou tóxicas: deficiências nutricionais (tiamina, vitamina B12), tóxica (álcool, chumbo, mercúrio, arsênio, solventes), medicamentos (quimioterápicos, colchicina, amiodarona, nitrofurantoína, isoniazida).
- d. PNP hereditárias: Charcot-Marie-Tooth (perda de força distal, arreflexias, perda de sensibilidade).

Avaliação laboratorial

Pacientes que apresentam polineuropatia leve por provável condição tratável na APS não necessitam avaliação extensa laboratorial no início do quadro. Sugere-se investigação precoce com eletroneuromiografia se paciente apresenta comorbidades de maior potencial de gravidade (como HIV, lúpus, artrite reumatoide) **ou** se o paciente apresenta sintomas graves, progressivos e atípicos. Nesses casos, o padrão eletroneuromiográfico (desmielinizante versus axonal) irá nortear a sequência de investigação.

Pela demanda da fila para estudo eletroneuromiográfico sugere-se a seguinte investigação mínima:

- a. glicose;
- b. vitamina B12;
- c. TSH;
- d. eletroforese de proteínas;
- e. VSG; • hemograma;
- f. painel metabólico (creatinina, sódio, potássio, cálcio, TGO, TGP, GGT, fosfatase alcalina);
- g. Teste rápido ou sorologia para HIV.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

1. sinais e sintomas (evolução dos sintomas no tempo, características dos sintomas sensitivos, motores, reflexos miotáticos profundos, entre outros);
2. anexar laudo de eletroneuromiografia, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
3. descrever resultado de exames realizados na investigação (hemograma, glicemia de jejum ou hemoglobina glicada, vitamina B12, TSH, teste rápido ou sorologia para HIV), com data;
4. paciente tem outras comorbidades? (sim ou não) Se sim, quais?
5. tratamento em uso ou já realizado para polineuropatia (descreva medicamento e posologia);
6. outros medicamentos em uso;
7. história familiar de neuropatia hereditária (sim ou não)? Se sim, descreva a doença e grau de parentesco;
8. número da teleconsulta, se o caso foi discutido com o TelessaúdeRS-UFRGS.

Para Regulação:

1. BREVIDADE MUITO ALTA: todos os casos de Doenças Neuromusculares, Esclerose Múltipla e outras doenças desmielinizantes e/ou neuro-imunológicas.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2014.

BONTHIUS, D. J.; LEE, A. G.; HERSHEY, A. D. **Headache in children: Approach to evaluation and general management strategies** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: . Acesso em: 26 FEV. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de rotinas para atenção ao AVC**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_para_atencao_avc.pdf. Acesso em: 26 fev. 2024.

BRASIL NETO, J. P.; TAKAYANAGUI, O. M. (Org.) **Tratado de neurologia da academia brasileira de neurologia**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

CHAVES, M. L. F.; FINKELSTEIN, A.; STEFANI, M. A. (org.). **Rotinas em neurologia e neurocirurgia**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

CORDIOLI, A. V.; GALLOIS, C. B.; ISOLAN, L. (Org.). **Psicofármacos: consulta rápida**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

DUNCAN, B. B. et al. (org.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

FISHER, R. S. et al. ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. **Epilepsia**, Copenhagen, v. 55, n. 4, p. 475-482, 2014.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

LOSAPPIO, M. F.; PONDÉ, M.P. **Tradução para o português da escala M-CHAT para rastreamento precoce de autismo**. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 221-229, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v30n3/v30n3a11.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2024.

MATTOS, P. et al. Apresentação de uma versão em português para uso no Brasil do instrumento MTASAP-IV de avaliação de sintomas de transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e sintomas de transtorno desafiador e de oposição. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 3, p. 290- 297, 2006. Disponível em: . Acesso em: 26 fev. 2024.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. **Headaches in over 12s**: diagnosis and management. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2012 [atual. 12 mai 2021]. (Clinical Guideline, n. 150). Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg150>. Acesso em: 26 fev. 2024.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. **Stroke in adults**. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2010 [atual. 12 abr. 2016]. (NICE Quality Standard, n. 2). Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs2>. Acesso em: 26 fev. 2024.

SINGER, R. J.; OGILVY, C. S., RORDORF, G. **Screening for intracranial aneurysm**. Waltham (MA): UpToDate, 11 Feb. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/screening-for-intracranial-aneurysm>. Acesso em: 26 fev. 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Protocolos de encaminhamento para neurocirurgia adulto**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 21 jan. 2022. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolos_encaminhamento_neurocirurgia_TSRS_20160324.pdf. Acesso em: 26 fev. 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Protocolos de encaminhamento para neurologia adulto**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 6 mai. 2020. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/ptrs_neurologia.pdf. Acesso em: 26 fev. 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Protocolos de encaminhamento para neurologia pediátrica**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 28 mai. 2018. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/ptrs_neuropediatrica.pdf. Acesso em: 26 fev. 2024.

WILFONG, A. **Seizures and epilepsy in children**: Classification, etiology, and clinical features [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: . Acesso em: 26 fev. 2024.

ASSINATURAS

Diogo Segabinazzi Siqueira
Prefeito de Bento Gonçalves

Gilberto Santo Souza de Souza Junior
Secretário Municipal de Saúde

Daniel Francio
Médico Regulador

Júlia Oliari Franco
Médica Reguladora

Pedro Augusto Cavagni Ambrosi
Médico Regulador

Daiane Piuco
Coordenadora da Central de Regulação Ambulatorial

Paula Coghetto Pertile
Médica coordenadora da Atenção Primária

Thiago Arpini Valerio
Médico coordenador