



SAÚDE



PROTOCOLO DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL **NEUROLOGIA**

SÉRIE ESPECIALIDADES | CONSULTAS CLÍNICAS



SAÚDE



PROTOCOLO DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL **NEUROLOGIA**

SÉRIE ESPECIALIDADES | CONSULTAS CLÍNICAS

ATUALIZADO EM DEZEMBRO DE 2024

Rio de Janeiro/RJ



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons — Atribuição Não Comercial 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

© 2024 Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro // Subsecretaria Geral

Rua Afonso Cavalcanti, 455, 7º andar, Cidade Nova, Rio de Janeiro/RJ — CEP: 202011-110

<https://saude.prefeitura.rio/s>

Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro

Eduardo Paes

Secretário Municipal de Saúde

Daniel Soranz

Subsecretário Executivo

Rodrigo de Sousa Prado

Subsecretária Geral

Fernanda Adães Britto

Coordenador Geral de Contratualização, Controle e Auditoria

Andre Luis Paes Ramos

Coordenador Geral do Complexo Regulador

David Tebaldi Marques

Coordenadora da Regulação Ambulatorial

Eliana Bittencourt da Silva

Coordenação Técnica

Fernanda Adães Britto

Lucas Galhardo de Araújo

Colaboração

Bruno Mattos Coutinho

Claudia Miguelote

Revisão Técnica e Final

Fernanda Adães Britto

Assessoria de Comunicação Social da SMS-Rio

Paula Fiorito

Cláudia Ferrari

Supervisão Editorial

Aluisio Bispo

Capa

Aluisio Bispo

Projeto Gráfico e Diagramação

Sandra Araujo

Rio de Janeiro (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria Geral

Protocolo de Regulação Ambulatorial — Neurologia / Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro; coordenação Lucas Galhardo de Araújo, Fernanda Adães Britto — Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2024. -- (Série Especialidades)

Vários autores.

Vários colaboradores.

Bibliografia

28p.

1. Atenção Primária à Saúde (APS) 2. Ambulatórios 3. Saúde Pública — Rio de Janeiro (RJ) 5. Sistema Único de Saúde (Brasil) I. Araújo, Lucas Galhardo de. II. Britto, Fernanda Adães de III. Título IV. Série.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	4
CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE NEUROLOGIA.....	5
PROTOCOLO DE REGULAÇÃO	6
Cefaleia	7
Demência e déficit cognitivo	8
Acidente Vascular Cerebral (AVC).....	9
Epilepsia	10
Polineuropatias.....	11
Doença desmielinizante	11
Distúrbio do movimento.....	12
Doença de Parkinson	14
Doença do neurônio motor	14
Doenças neuromusculares.....	15
Distúrbios de aprendizagem, retardo psicomotor e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade que persistem com impactos na vida adulta.....	16
Vertigem	17
Pediatria.....	17
Pediatria — Epilepsia.....	19
SITUAÇÕES CLÍNICAS QUE NÃO NECESSITAM DE ENCAMINHAMENTO.....	19
COMO SOLICITAR NEUROLOGIA NO SISREG	20
ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA UNIDADE DE EMERGÊNCIA ...	20
PRIORIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO	21
UNIDADES EXECUTANTES.....	22
SAIBA MAIS SOBRE REGULAÇÃO AMBULATORIAL.....	25
REFERÊNCIAS	25

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) se organiza como serviço de primeiro contato do paciente com todo o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável pelo cuidado integral e longitudinal das pessoas.

A APS, quando organizada e estruturada, consegue atender cerca de 80% a 90% das demandas que lhe são trazidas pelas pessoas, demonstrando seu alto poder de resolutividade junto à população. Os demais 10% a 20% das demandas não inteiramente resolvidas na APS devem ser encaminhados para os diversos pontos da rede de Atenção Especializada (AE).

A Atenção Especializada figura como serviço para dar resolutividade aos demais problemas da população, geralmente casos mais complexos, ou que exijam alta densidade tecnológica ou técnica, ou, ainda, que demandem o uso de equipamentos especializados e intervenções que utilizem tecnologias duras, como cirurgias, quimioterapia, radioterapia e procedimentos endoscópicos e oftalmológicos, e os guiados por imagem.

A APS realiza, também, a coordenação do cuidado, que inclui a organização do acesso às consultas especializadas e exames complementares, quando necessário, devendo, então, garantir que o usuário trace um itinerário terapêutico que corresponda às suas necessidades, no menor tempo possível e sem prejuízo ao mesmo e ao sistema, evitando o desperdício de vagas com um consumo desnecessário das mesmas.

Para atingir este objetivo, a regulação deve atuar na garantia de que os pacientes acessem as vagas quando suas situações clínicas estejam embasadas nas evidências mais atuais que justifiquem o seu uso, bem como os encaminhando no tempo adequado, respeitando sua prioridade clínica, e para um determinado prestador que atenda à demanda, de forma a corresponder ao que se pediu na solicitação.

Ao profissional cabe a tarefa de solicitar a consulta, exame ou cirurgia de forma correta, fazendo-as quando possui clareza técnica baseada em evidências para tal, realizando as solicitações em campo adequado e com justificativa detalhada. Assim, o presente protocolo visa subsidiar profissionais de saúde da rede assistencial do município do Rio de Janeiro (MRJ) nas suas funções enquanto solicitantes, reguladores e executantes sobre o fluxo regulatório desta especialidade, buscando qualificar as solicitações, garantir transparência e segurança técnica para a

regulação das vagas e facilitar a jornada do paciente. O presente protocolo deverá ser visto e atualizado permanentemente, buscando adequação e compatibilidade com a linha de cuidado da neurologia na cidade.

CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE NEUROLOGIA

O crescente envelhecimento da população e o modo de vida ocidental tem elevado a carga de doenças crônicas não transmissíveis presentes no dia a dia dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), dentre os quais podemos destacar as doenças neurológicas, principalmente as neurodegenerativas.

As doenças neurológicas já acometem um bilhão de pessoas no mundo e são responsáveis por 12% das mortes por ano, demonstrando a importância destas condições no âmbito do Sistema Único de Saúde. No Brasil, as cefaleias, por exemplo, são responsáveis por 9% das consultas por problemas agudos em atenção primária.

É importante frisar que as doenças neurológicas são inúmeras e podem se apresentar de diversas formas, apresentando uma riqueza de sinais e sintomas. Cabe aos serviços de APS estarem aptos a identificar estes pacientes, elencar hipóteses diagnósticas, realizar as primeiras investigações e encaminhar, de forma correta, os pacientes que precisam de cuidado especializado.

Espera-se que as equipes de Saúde da Família também atuem junto aos pacientes no cuidado integral, entendendo que os cuidados necessários aos pacientes com queixas neurológicas incluem, também, o manejo e o controle das comorbidades, cuidados em saúde mental, orientação aos hábitos de vida saudáveis, como alimentação saudável, prática de atividades físicas e interrupção do tabagismo, além da abordagem familiar e comunitária. Se incluem no escopo de ações da APS as atividades de recuperação e reabilitação dos sujeitos e a redução de danos, permitindo que os mesmos otimizem a qualidade de vida e a autonomia dos pacientes, principalmente naqueles diagnosticados com doenças progressivas, a exemplo da doença de Parkinson, demência e doenças neuromusculares.

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

As indicações clínicas foram separadas segundo o tipo mais comum de acometimento neurológico ou diagnóstico, seguindo a seguinte distribuição:

1. Cefaleia;
2. Demência e déficit cognitivo;
3. Acidente Vascular Cerebral (AVC);
4. Epilepsia;
5. Polineuropatias;
6. Doença desmielinizante;
7. Distúrbios do movimento;
8. Doença de Parkinson;
9. Doenças neuromusculares;
10. Doenças do neurônio motor;
11. Distúrbios de aprendizagem, retardo psicomotor e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade;
12. Vertigem;
13. Pediatria;
14. Pediatria — Epilepsia.

ATENÇÃO!

Pacientes com necessidade de neurocirurgia devem ser encaminhados via Sistema Estadual de Regulação (SER). Inserir no SER o encaminhamento médico descrevendo, de forma clara e detalhada, a história clínica, os medicamentos em uso e o tempo de evolução da lesão, bem como os exames de imagem — Tomografia Computadorizada (TC) ou Ressonância Nuclear Magnética (RNM).

CEFALEIA

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM NEUROLOGIA.

Indicações clínicas:

1. Pacientes com enxaqueca (migrânea) se:
 - a. Ausência de resposta ao tratamento profilático com duas drogas (antidepressivos tricíclicos, propranolol, ácido valpróico ou topiramato) por três meses ou mais;
 - b. Enxaqueca crônica (≥ 15 episódios por três meses);
 - c. Enxaqueca com aura com sintomas motores (fraqueza muscular) ou do tronco cerebral;
 - d. Enxaqueca prolongada (duração > 1 hora).
2. Pacientes com cefaleia em salvas;
3. Pacientes com outros tipos de cefaleia não tensional com prejuízo pessoal, alteração em sono associada a sintomas neurológicos ou que não respondam ao tratamento com antidepressivos tricíclicos por três meses. Nestes casos, descartar sinusopatia e disfunção de articulação temporomandibular (ATM);
4. Pacientes com cefaleia primária por uso excessivo de analgésicos (dependência de opioides);
5. Pacientes com cefaleia e alterações em exame de imagem (TC/RNM).

Exames de Imagem — Cefaleia

Cogitar solicitar exame TC ou RNM de crânio em pacientes com cefaleia com um dos ou mais das seguintes alterações:

- Início abrupto de forte intensidade (< 1 minuto);
- Novo padrão de dor ou mudança recente no padrão da cefaleia;
- Início da cefaleia em pessoa com mais de 50 anos;
- Evolução insidiosa e progressiva, com ápice em poucas semanas ou meses, com aumento da intensidade e frequência;
- Cefaleia diária desde o início do quadro;
- Dor que desperta o paciente durante o sono;
- Dor desencadeada por atividade física, atividade sexual, tosse, manobra de Valsalva ou outro esforço;

- Episódios pontuais de sinais neurológicos focais reversíveis (enxaqueca complicada);
- Associada a outros sintomas neurológicos no exame físico, incluindo alteração de memória e consciência;
- Associação com febre sem causa aparente;
- Associação com perda patológica e não intencional peso;
- Pacientes com história de neoplasia ou HIV.

DEMÊNCIA E DÉFICIT COGNITIVO

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM NEUROLOGIA.

Indicações clínicas:

1. Pacientes com alteração ou déficit cognitivo progressivo, tendo sido descartadas desordens psiquiátrica ou reversíveis, se:
 - a. Dúvidas sobre o diagnóstico ou seguimento clínico (os sintomas mais comuns são a presença de atos repetitivos, memória fraca para fatos recentes, mudança de comportamento, comprometimento da função executivo e laboratorial);
 - b. Vontade expressa da família ou do paciente por uma segunda opinião sobre o diagnóstico realizado na APS;
 - c. Ausência de resposta ao tratamento instituído na APS;
 - d. Associação com transtorno depressivo grave;
 - e. Apresentações atípicas ou suspeita de outras etiologias.

Investigação Complementar de Demência na APS

- **Exame do Estado Mental (MEEM):** Ponto de corte — 20 para analfabetos; 26 para até oito anos de instrução; e 28 para os com mais de oito anos de escolaridade.
- **Exames laboratoriais:** Iniciar investigação solicitando hemograma completo, TSH, vitamina B12, sorologia para HIV e VDRL, eletrólitos, glicemia e cálcio sérico.
- **Tomografia Computadorizada ou Ressonância de Crânio se:**
 - Idade menor que 60 anos;
 - Declínio cognitivo ou funcional de início rápido, em um ou dois meses;
 - Trauma cranioencefálico importante e recente;
 - Sintomas neurológicos inexplicados, como início recente de cefaleia importante ou convulsões;

- História de câncer, especialmente em sítios ou tipos que possam desenvolver metástases no cérebro;
- Uso de anticoagulantes ou doença da coagulação;
- História de incontinência urinária e distúrbio da marcha que podem representar hidrocefalia de pressão normal; qualquer novo sinal de localização, como hemiparesia ou reflexo de Babinski;
- Sintomas cognitivos atípicos ou não usuais, como afasia progressiva.

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM NEUROLOGIA.

Indicações clínicas:

1. Pacientes com história recente (< 6 meses) de AVC:
 - a. Hemorrágicos sem causa definida;
 - b. Isquêmico investigado e não encontrada causa (ECOTT, USG Doppler de Carótidas e ECG normais);
 - c. AIT/AVC recorrente;
 - d. AVC isquêmico em paciente com idade inferior a 45 anos;
 - e. AVC/AIT em pacientes com síndromes vasculares;
 - f. AVCi evidenciada obstrução em carótidas ipsilateral ao AVC maior entre 50% e 69%. — pacientes com obstrução igual ou superior a 70% devem ser encaminhados para Cirurgia Vascular via Sistema Estadual de Regulação (SER).
2. Pacientes com história recente (< 6 meses) de AVC isquêmico antes dos 45 anos, se diagnóstico incerto durante internações ou associado à estenose das artérias carótidas maior que 50% ipsilateral à isquemia. No caso de pacientes com estenose de carótidas maior que 70%, sugere-se encaminhar mesmo se assintomáticos.

ATENÇÃO!

Nos casos de pacientes vítimas de AVC há menos de dois anos, com sequelas e que não realizaram até então nenhuma reabilitação, sugere-se o encaminhar para Reabilitação Neurológica. Consultar “Protocolo de Regulação de Reabilitação” disponível em smsrio.org/protocolos.

EPILEPSIA

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM NEUROLOGIA ou CONSULTA EM NEUROLOGIA — EPILEPSIA.

Indicações clínicas:

1. Pacientes apresentando convulsões ou perda transitória da consciência com diagnóstico incerto ou em caso de dúvida diagnóstica, desde que tenham sido descartadas causas irreversíveis e infecciosas. Nestes casos, solicitar Eletroencefalograma e Tomografia Computadorizada de Crânio.
2. Pacientes com diagnóstico prévio de epilepsia que estão mantendo crise convulsiva mesmo com uso adequado da medicação prescrita na APS. Recomenda-se a escolha do fármaco baseada na eficácia, efeitos adversos, condições clínicas do paciente e idade, tolerabilidade e facilidade na administração. Em regra recomenda-se:
 - a. Adultos com epilepsia focal — Carbamazepina, Fenitoína, Lamotrigina e Ácido valproico;
 - b. Crianças com epilepsia focal — Carbamazepina;
 - c. Idosos com epilepsia focal — Lamotrigina.
3. Pacientes com epilepsia com intolerância aos medicamentos, necessidade de introdução de uma segunda droga ou efeito adverso ao anticonvulsivante.
4. Pacientes com epilepsia com dois anos ou mais sem episódio convulsivo, para avaliar desmame da medicação. Não se enquadram para os critérios de desmame os pacientes com doença estrutural em cérebro (tumores ou mal formações), em uso terapia combinada nas crises, epilepsias específicas, EEG apresentando descarga epileptiforme ou história familiar de epilepsia, devido à alta probabilidade de recorrência de crises.

EPILEPSIA REFRACTÁRIA OU FÁRMACO RESISTENTE

Pacientes com epilepsia refratária ao tratamento (em uso de três drogas ou mais em dose plena) podem ser inseridos no SER para “Neurocirurgia — Epilepsia Refratária ou Fármaco Resistente (adulto e infantil)”. Inserir no SER o encaminhamento médico descrevendo, de forma clara e detalhada, o tipo e a frequência das crises, as medicações utilizadas, o que comprova a refratariedade e outros tratamentos já tentados (inclusive cirurgias ou tratamentos alternativos), a presença de doença psiquiátrica associada e desenvolvimento cognitivo. Inserir se possível o EEG de rotina e RNM de encéfalo.

POLINEUROPATIAS

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM NEUROLOGIA.

Indicações clínicas:

1. Pacientes com polineuropatias sem etiologia conhecida e que se apresentem com sintomas graves, agudos, rápidos e progressivos, de localização que não depende do comprimento do nervo, assimétricos e predominantemente com sintomas motores e com manifestações clínicas autonômicas. Polineuropatias de localização que não depende do comprimento do nervo são as polirradiculoneuropatias, plexopatias, poliganglionopatias e as mononeurites múltiplas.

ATENÇÃO!

Polineuropatias típicas e de etiologia conhecida, como a decorrente do Diabetes Mellitus, hipotireoidismo, deficiência de vitamina B12 e ácido fólico, Doença Renal Crônica e do uso nocivo de álcool devem ser manejadas inicialmente na APS.

DOENÇA DESMIELINIZANTE

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM NEUROLOGIA — ESCLEROSE MÚLTIPLA.

Indicações clínicas:

1. Pacientes com diagnóstico ou suspeita de polineuropatia desmielinizante;
2. Pacientes com diagnóstico ou suspeita de esclerose múltipla;
3. Pacientes com doença desmielinizante imunomediada e progressiva de apresentação diversa, em sua maioria das vezes se apresentando de forma aguda seguida de remissão, levando o paciente a apresentar sintomas como diplopia, paresia ou alterações sensitivas e motoras de membros, disfunções de coordenação e equilíbrio, dor neuropática, espasticidade, fadiga, disfunções esfinterianas e cognitivo-comportamentais;
4. Pacientes com polineuropatia dolorosa sem resposta ao tratamento ou com sintomas progressivos mesmo com o tratamento (tricíclicos/gabapentina/pregabalina);
5. Pacientes com neuropatia do trigêmeo ou dor facial idiopática.

DISTÚRBIO DO MOVIMENTO

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM NEUROLOGIA ou CONSULTA EM NEUROLOGIA — DISTÚRBIOS DO MOVIMENTO.

Indicações clínicas:

1. Pacientes com tremores (movimento de um segmento corporal, rítmico e oscilatório, em torno de um eixo no espaço), após descartadas condições psiquiátricas e hipertireoidismo, se:
 - a. Paciente com tremor unilateral;
 - b. Paciente com tremor de repouso ou de intenção (tremor que surge no decorrer de um movimento voluntário e que aumenta de amplitude conforme o membro se aproxima do alvo);
 - c. Paciente apresentando tremor essencial (tremor postural e cinético dos membros superiores, geralmente simétrico) com prejuízo funcional, quando há incerteza ou dúvida diagnóstica;
 - d. Paciente apresentando tremor de etiologia benigna com importante prejuízo funcional e sem melhora ao tratamento com dois medicamentos de primeira linha em dose adequada por três meses. O tratamento inicial do tremor de etiologia benigna deve ser realizado com as medicações de primeira linha: Propranolol (dose inicial de 30 a 60mg ao dia até 320mg/dia); Primidona (dose inicial de 62,5mg, até 750mg/dia).
2. Pacientes com tiques (movimentos ou vocalizações voluntários, repetitivos e estereotipados que ocorrem fora de contexto, geralmente precedidos de algum fator causal estressor aliviado pelo tique, podendo ser voluntariamente suprimidos). Os tiques são movimentos voluntários que podem ocorrer diversas vezes ao dia, tais como piscar olhos, encolher ombros, virar cabeça, limpar garganta, fungar, realizar gestos obscenos ou produzir sons. O mais famoso dos tiques é o encontrado na síndrome de Tourette, mas outras condições podem ocorrer, como o Transtorno de Tique Motor ou Vocal Persistente, Transtorno de Tique Transitório e Transtorno de Tique Não Especificado.
3. Pacientes com suspeita ou diagnóstico de ataxia. As ataxias são um grupo de desordens neurológicas que se apresentam de diversas formas, incluindo déficit de coordenação motora sem redução de força, acometendo os mais diversos músculos, incluindo: (1) Membros, com alteração de marcha, dismetria e disidiadococinesia; (2) Tronco com alteração de postura e desequilíbrio sentado; (3) Movimento dos olhos (p.ex.: nistagmo); (4) Fala (disartria); e (5) Tremores. As ataxias podem ser classificadas em transitórias (infeciosas), episódicas ou progressivas. Podem, ainda, ser classificadas em hereditárias (Ataxia de Friedreich,

Ataxia Espinocerebelar e Ataxia Episódicas), idiopáticas (Ataxia cerebelar neurodegenerativa idiopática) ou relacionadas às desordens neurológicas específicas, a exemplo da Variante cerebelar da Atrofia de múltiplos sistemas (MAS).

ATENÇÃO!

Ataxias de rápida evolução, geralmente em semanas, podem estar relacionadas à síndrome paraneoplásica. Neste caso, investigar o sítio primário.

4. Pacientes com suspeita ou diagnóstico de coreias (p.ex.: doença de Huntington). Pacientes com movimentos anormais, involuntários, espontâneos, incontroláveis, irregulares, intermitentes e sem ritmo e rumo de diversas partes do corpo, incluindo face, tronco e membros. É sinal importante que tais movimentos desaparecem ao dormir. Os pacientes ainda podem apresentar distonia, rigidez muscular, acatisia, disfagia, mioclonias, distúrbios da marcha e equilíbrio, bruxismo, redução da destreza motora, alterações em fala e outros, conforme a progressão da doença (alteração global do movimento, déficit cognitivo etc.). Os sintomas motores frequentes são precedidos por sintomas cognitivos ou alterações no comportamento.
6. Pacientes com suspeita ou diagnóstico de distonia. Distonia é caracterizada pela contratura muscular involuntária e mantida de um único músculo ou grupo muscular, podendo ser idiopática ou secundária. Pacientes se apresentam com alterações em postura ou movimentos repetitivos, podendo ser dolorosa, melhora com movimento antagonista e piora com estresse. Podem se apresentar como:
 - Blerafoespasmo;
 - Espasmo hemifacial
 - Distonia oromandibular
 - Disfonia espasmódica
 - Torcilo espasmódico
 - Distonia de membro

ATENÇÃO!

“Consulta em Neurologia — Toxina Botulínica” no SISREG: Pacientes com 14 anos ou mais com distonias ou espasticidade com indicação de tratamento com toxina botulínica para tratamento. Estão excluídos deste procedimento pacientes com necessidade de anestesia ou com contratura fixa.

DOENÇA DE PARKINSON

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM NEUROLOGIA ou CONSULTA EM NEUROLOGIA — PARKINSON.

Indicações clínicas:

1. Paciente apresentando tremor, com ou sem outras alterações neurológicas, sob suspeita de doença de Parkinson ou outras doenças neurológicas para diagnóstico conclusivo e tratamento inicial. A doença de Parkinson se caracteriza por bradicinesia com rigidez e/ou tremor de repouso assimétrico, principalmente em mãos ("sinal de contar moedas"). Nem todo paciente com Parkinson apresenta tremor de repouso.

TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA DOENÇA DE PARKINSON

Pacientes com diagnóstico de doença de Parkinson com indicação de tratamento cirúrgico (diagnóstico há mais de 5 anos, ausência de demência, flutuação motora e boa resposta a levodopa) devem ser inseridos no SER para "Neurocirurgia — Parkinson / Movimentos Involuntários". Inserir no SER o encaminhamento médico descrevendo, de forma clara e detalhada, o tratamento a ser realizado (clínico e cirúrgico), o uso de medicações regulares (quais) e o tempo de lesão. Inserir, também, os exames de imagem (TC ou RNM).

DOENÇA DO NEURÔNIO MOTOR

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM NEUROLOGIA — DOENÇAS NEUROMUSCULARES.

O neurônio motor se encontra distribuído na região anterior da medula e tronco cerebral, sendo responsável pela integração de impulsos nervosos originados pelo SNC e pela atividade muscular. As doenças do neurônio motor são causadas por apoptose neuronal, seja por causas genéticas, estresse funcional ou necrose por lesão direta.

Indicações clínicas:

1. Pacientes com suspeita ou diagnóstico de Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA). A ELA é uma doença neurodegenerativa progressiva de prognóstico sombrio que envolve as regiões bulbar, cervical, lombar e torácica por perda dos primeiros e segundos neurônios motores. Os pacientes se apresentam com labilidade emocional (alteração e exacerbação de estados de humor), disartria espástica, disfagia, hiperreflexia, disartria flácida, atrofia e fasciculações da língua.

2. Pacientes adultos com diagnóstico de Atrofia Muscular Espinhal (AME). A AME é uma doença genética degenerativa e progressiva que acomete os neurônios motores localizados no corpo anterior da medula espinhal e nos núcleos dos nervos cranianos. Os pacientes se apresentam com hipotonia (fraqueza, arreflexia profunda e fasciculações), tremor fino de extremidades, atrofia e fraqueza muscular dos músculos dos membros inferiores, respiratórios e bulbares. O quadro geralmente inicia ainda na infância.
 - a. Pacientes com suspeita ou diagnóstico de Esclerose Lateral Primária (ELP). A ELP é doença degenerativa e progressiva, de origem multifatorial, com prognóstico sombrio e se caracteriza por acometer os neurônios motores superiores ou inferiores. Os pacientes apresentam sintomas de diversas formas, incluindo fraqueza em extremidades, disfagia e disfonia, além de associação com demência frontotemporal.
 - b. Pacientes com suspeita ou diagnóstico de Paralisia Bulbar Progressiva (PBP). A PBP é uma doença neurodegenerativa e progressiva, que predomina no sexo feminino. Os pacientes se apresentam com disfagia, atrofia muscular, fasciculações e disartria. O sintoma mais típico é a atrofia da língua com alteração na mastigação, seguida de disfagia e disartria. Os pacientes também evoluem com alterações na musculatura respiratória com falência dos movimentos respiratórios.

DOENÇAS NEUROMUSCULARES

► **Nomenclatura no SER:** CONSULTA EM NEUROLOGIA — DOENÇAS NEUROMUSCULARES.

Indicações clínicas:

1. Pessoas com diagnóstico ou suspeita de distrofias musculares (distrofia muscular de Duchenne; distrofia muscular de Becker; distrofia muscular de Emery-Dreifuss; distrofia muscular de Cinturas (LGMD); distrofia facioescapuloumeral; distrofias musculares congênitas). A distrofia neuromuscular de Duchenne é uma doença rara de etiologia genética ligada ao cromossomo X. Se caracteriza por fraqueza muscular progressiva, apresentando-se com atraso de marcos do desenvolvimento motor e, por vezes, associada a déficit intelectual, cujos pacientes costumam iniciar sintomas por volta dos cinco anos de idade e são do sexo masculino.
2. Pessoas com diagnóstico ou suspeita de síndromes miastênicas (miastenia gravis; miastenias congênitas; miastenia autoimune; amiotrofia espinhal). A miastenia gravis é uma doença autoimune que acomete a junção neuromuscular, sendo caracterizado por fraqueza muscular flutuante e fadiga muscular após utilização do músculo, podendo acometer a musculatura ocular, bulbar, esquelética e respiratória.

3. Pessoas com suspeita ou diagnóstico de síndrome de Lambert-Eaton, sendo caracterizada como distúrbio da placa de junção neuromuscular, podendo ocorrer como uma síndrome paraneoplásica ou doença autoimune. É uma doença caracterizada pela presença de fraqueza e fadiga, principalmente dos músculos proximais da cintura e coxa, arreflexia tendinosa, midríase, baixa reação pupilar e xerostomia.
4. Pessoas com suspeita ou diagnóstico de miopatias (miopatias congênicas; miopatias metabólicas; miopatias inflamatórias).
5. Pessoas com suspeita ou diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré e polineuropatias hereditárias sensitivo-motoras I, II e III (Dejérine-Sottas).

ATENÇÃO!

Ao encaminhar via Sistema Estadual de Regulação (SER), anexar guia de encaminhamento médico devidamente assinada, não sendo necessário diagnóstico concluído ou laudo prévio. Pacientes com diagnóstico prévio não requerem laudo recente para inserção, haja vista serem doenças crônicas. Critérios de exclusão para inserção no SER: radiculopatias; hérnias de disco; lesões traumáticas das raízes nervosas e nervos periféricos; síndrome do túnel do carpo; lombalgia; dorsalgia; e fibromialgia.

DISTÚRBIOS DE APRENDIZAGEM, RETARDO PSICOMOTOR E TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE QUE PERSISTEM COM IMPACTOS NA VIDA ADULTA

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM NEUROLOGIA.

Indicações clínicas:

1. Pacientes com distúrbios de aprendizagem, retardo psicomotor, transtorno de déficit de atenção e hiperatividades, sem diagnóstico prévio na infância ou adolescência, com piora recente do quadro ou mudança do padrão apresentado até então, desde que descartadas condições de origem psicossociais.

ATENÇÃO!

Pacientes com diagnóstico prévio destas condições podem se beneficiar mais de encaminhamentos para Fonoaudiologia ou Reabilitação Intelectual. Ver o "Protocolo de Saúde Mental e Psiquiatria" para abordagem de condições psicossociais e o "Protocolo de Reabilitação".

VERTIGEM

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM NEUROLOGIA.

Indicações clínicas:

1. Pacientes com vertigem de origem central associado a quedas frequentes por instabilidade severa e nistagmo, desde que puramente vertical, horizontal ou em torção, não inibido pela fixação dos olhos em objetos, podendo mudar de direção mediante diferentes posições dos olhos).

PEDIATRIA

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM NEUROLOGIA — PEDIATRIA.

Indicações clínicas — pacientes entre 0 e 18 anos com:

1. Enxaqueca ou cefaleia tensional sem melhora com tratamento iniciado na APS após dois meses;
2. Outros tipos de cefaleia não classificadas como enxaqueca ou cefaleia tensional;
3. Ataxias, tiques, tremores, distonia e coreia;
4. Suspeita ou diagnóstico de doenças desmielinizante (polineuropatia desmielinizante, doença desmielinizante imunomediada e progressiva, e outras);
5. Vertigem de origem central;
6. Polineuropatias sem etiologia conhecida e que se apresentem com sintomas graves, agudos, rápidos e progressivos, de localização que não dependa do comprimento do nervo, assimétricos e predominantemente com sintomas motores e com manifestações clínicas autonômicas — polineuropatias de localização que não dependa do comprimento do nervo são as polirradiculoneuropatias, plexopatias, poliganglionopatias e as mononeurites múltiplas;
7. Macrocefalia ou aceleração do crescimento cefálico com medida superior a +2DP;
8. Microcefalia ou desaceleração do crescimento cefálico com medida inferior a -2DP.

ATENÇÃO!

Crianças com suspeita ou diagnóstico confirmado de doenças neuromusculares, como distrofias musculares (distrofia muscular de Duchenne, distrofia muscular de Becker, distrofia muscular de Emery-Dreifuss, distrofia muscular de cinturas — LGMD¹ —, distrofia facioescapuloumeral e distrofias musculares congênitas), síndromes miastênicas (miastenia gravis, miastenias congênitas e miastenia autoimune), Amiotrofia Espinhal (AME), miopatias congênitas, miopatias metabólicas, polineuropatias hereditárias sensitivo-motoras I, II e III (Dejerine-Sottas), síndrome de Guillain-Barré e miopatias inflamatórias, deverão ser inseridas via SER no recurso “Consulta em Neurologia — Doenças Neuromusculares”. É necessário anexar o encaminhamento médico e história clínica.

ATRASSO GLOBAL DO DESENVOLVIMENTO (AGD), DEFICIÊNCIA INTELECTUAL, TRANSTORNOS DO ESPECTRO AUTISTA (TEA) E TRANSTORNO ESPECÍFICO DA APRENDIZAGEM

Crianças com suspeita destes diagnósticos não devem ser encaminhadas para “Consulta em Neurologia — Pediatria”. Nestes casos, encaminhar para “Avaliação multiprofissional — Suspeita de Autismo”. Crianças com diagnóstico concluído deverão ser encaminhadas para “Reabilitação intelectual — Pediatria”.

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH)

Crianças com suspeita ou diagnóstico de TDAH não deverão ser encaminhadas para “Consulta em Neurologia — Pediatria”. Nestes casos, inicialmente discutir o caso em matriciamento com as equipes de Saúde Mental (eMulti, CAPS infantojuvenil ou deambulatório). Após discussão, se pertinente, encaminhar para “Consulta em Psiquiatria — Infantojuvenil” e/ou “Consulta em Fonoaudiologia — Infantojuvenil”.

PEDIATRIA — EPILEPSIA

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM NEUROLOGIA — PEDIATRIA — EPILEPSIA.

Indicações clínicas — pacientes entre 0 e 18 anos com:

1. Um ou mais episódios de perda da consciência ou convulsão que sugerem epilepsia na ausência de febre;
2. Diagnóstico prévio de epilepsia mantendo crises a despeito de tratamento em curso de forma otimizada e com garantia de boa adesão;
3. Crises convulsivas febris atípicas — crises com duração maior que 10 minutos, parciais, que se repetem durante o mesmo episódio febril e acompanhadas por sinais neurológicos transitórios (paralisia de Todd).

PARALISIA DE TODD

Caracterizado por período pós-ictal de paralisia transitória com hemiplegia ou hemiparesia.

SITUAÇÕES CLÍNICAS QUE NÃO NECESSITAM DE ENCAMINHAMENTO

- Cefaleias benignas;
- AVC não agudo (> 6 meses);
- Condições isoladamente de saúde mental;
- Polineuropatias de origem conhecida e manejáveis na APS (DM II, hipovitaminose de B12, déficit de ácido fólico etc.).
- Fibromialgia;
- Tontura com diagnóstico indefinido — investigar inicialmente na APS e, em dúvida, encaminhar para Otorrinolaringologia inicialmente.

COMO SOLICITAR NEUROLOGIA NO SISREG

Ao solicitante, sugere-se descrever, para melhor compreensão da situação clínica do paciente e das razões pelas quais o mesmo necessita de consulta especializada, exame e/ou procedimento, as seguintes informações:

- Condições clínicas apresentadas e suas complicações;
- Exame físico neurológico;
- História familiar de doenças neurológicas;
- Hipóteses diagnósticas ou diagnóstico concluído;
- Testes ou scores clínicos importantes, a exemplo do resultado do mini-mental para demências;
- Medicamentos em uso e sua posologia;
- Tratamentos prévios e suas repercussões;
- Exames realizados e seus resultados, com data;
- Exames solicitados e que aguardam realização.

A ausência de completude nas informações prejudica o seu paciente. Busque atender integralmente ao que foi solicitado pelo regulador. Em casos de dúvidas, acione o RT de sua unidade, CAP ou Central de Regulação Ambulatorial.

ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

O encaminhamento imediato deve ser realizado via Vaga Zero nas situações a seguir.

- Pacientes com cefaleia com sinais de urgência (pior cefaleia da vida, alterações neurológicas, associação com febre ou demais sistêmicos de infecção, associação com sinais meníngeos, após TCE etc.);
- Pacientes com estado confusional agudo;
- Pacientes com crise de epilepsia que durem mais de 5 minutos ou paciente não tendo recuperado totalmente a consciência após a crise;

- Pacientes com crises convulsivas associadas a outros sintomas que corroborem para o diagnóstico de infecção do sistema nervoso central, abstinência por álcool, AVC ou distúrbio hidroeletrólítico;
- Pacientes com síncope com sinais prováveis de origem cardíaca, como hipoperfusão ou síndrome coronariana, bem como se houver história familiar de morte súbita;
- Pacientes com suspeita de AVC ou Ataque Isquêmico Transitório (AIT);
- Pacientes com episódio súbito de alteração do movimento, como ataxias ou coreias;
- Pacientes com polineuropatia de início agudo, como a Síndrome de Guillain-Barré — paraparesia flácida ascendente e arreflexa;
- Pacientes com vertigem associado a sintomas graves, como associação com nistagmo vertical, surdez súbita, cefaleia de padrão novo ou sintomas neurológicos.

PRIORIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO

VERMELHO ➔ Cefaleia e alterações em exame de imagem; pacientes apresentando convulsões ou perda transitória da consciência com diagnóstico incerto ou em caso de dúvida diagnóstica; pacientes com polineuropatias sem etiologia conhecida e que se apresentem com sintomas graves, agudos, rápidos e progressivos; pacientes com diagnóstico ou suspeita de polineuropatia desmielinizante; pacientes com diagnóstico ou suspeita de esclerose múltipla; ataxia; coreias; Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA); Atrofia Muscular Espinhal (AME); distrofias musculares; Miastenia Gravis; síndrome de Lambert-Eaton.

AMARELO ➔ Alteração ou déficit cognitivo progressivo; pacientes com história recente (< 6 meses) de AVC; alteração ou déficit cognitivo progressivo sem resposta ao tratamento instituído na APS; pacientes com diagnóstico prévio de epilepsia que estão mantendo crise convulsiva mesmo com uso adequado da medicação prescrita na APS; Parkinson; distonia; tremores; tiques.

VERDE ➔ Cefaleia em salva; enxaqueca; pacientes com outros tipos de cefaleia não tensional com prejuízo pessoal, alteração em sono, associada a sintomas neurológicos ou que não respondam ao tratamento; pacientes com epilepsia com intolerância aos medicamentos, necessidade de introdução de uma segunda droga ou efeito adverso ao anticonvulsivante; vertigem de origem central associada a quedas frequentes por instabilidade severa e nistagmo.

AZUL ➔ Cefaleia primária por uso excessivo de analgésicos; pacientes com epilepsia com dois anos ou mais sem episódio convulsivo, para avaliar desmame da medicação; pacientes com polineuropatia dolorosa sem resposta ao tratamento ou com sintomas progressivos mesmo com o tratamento (tricíclicos/gabapentina/pregabalina; distúrbios de aprendizagem, retardo psicomotor, transtorno de déficit de atenção e hiperatividades, sem diagnóstico prévio na infância ou adolescência.

UNIDADES EXECUTANTES

Como forma de facilitar o processo regulatório, nas páginas a seguir estão listados os procedimentos e as unidades executantes que os ofertam. Atentar para o preparo do paciente para cada tipo de consulta especializada, exame e/ou procedimento, que pode variar entre as unidades executantes. As informações do preparo por procedimento e unidade executante estão no portal **smsrio.org**.

CONSULTA EM NEUROLOGIA

- Ambulatório Laserj Maracanã
- Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG/UNIRIO)
- Hospital Geral de Bonsucesso (HGB)
- Hospital dos Servidores do Estado (HSE)
- Policlínica Piquet Carneiro
- Policlínica Ronaldo Gazolla

- Centro Carioca de Especialidades
- Hospital Municipal da Piedade
- Hospital Municipal Ronaldo Gazolla
- Policlínica Lincoln de Freitas Filho
- Policlínica Manoel Guilherme (PAM Bangu)
- Policlínica Rocha Maia
- Instituto de Neurologia Deolindo Couto (INDC/UFRJ)

CONSULTA EM NEUROLOGIA — DISTÚRPIO DO MOVIMENTO

- Hospital dos Servidores do Estado (HSE)
- Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ)

CONSULTA EM NEUROLOGIA — DOENÇAS NEUROMUSCULARES

- Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG/UNIRIO)
- Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ)
- Instituto de Neurologia Deolindo Couto (INDC/UFRJ)
- Hospital Geral de Bonsucesso (HGB)

CONSULTA EM NEUROLOGIA — EPILEPSIA

- Hospital dos Servidores do Estado (HSE)
- Centro Carioca de Especialidades
- Centro Municipal de Reabilitação Engenho de Dentro
- CMS Clementino Fraga
- Hospital Municipal da Piedade
- Policlínica José Paranhos Fontenelle
- Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ)
- Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF/UFRJ)
- Instituto de Neurologia Deolindo Couto (INDC/UFRJ)

CONSULTA EM NEUROLOGIA — ESCLEROSE MÚLTIPLA

- Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG/UNIRIO)

- Hospital Federal da Lagoa
- Hospital dos Servidores do Estado (HSE)
- Policlínica Rocha Maia
- Hospital Municipal Rocha Maia
- Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ)
- Instituto de Neurologia Deolindo Couto (INDC/UFRJ)

CONSULTA EM NEUROLOGIA — PARKINSON

- Hospital Federal Cardoso Fontes
- Hospital dos Servidores do Estado (HSE)
- Centro Carioca de Especialidades
- Hospital Municipal da Piedade
- Policlínica José Paranhos Fontenelle
- Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF/UFRJ)
- Instituto de Neurologia Deolindo Couto (INDC/UFRJ)

CONSULTA EM NEUROLOGIA — TOXINA BOTULÍNICA

- Hospital dos Servidores do Estado (HSE)
- Instituto de Neurologia Deolindo Couto (INDC/UFRJ)

CONSULTA EM NEUROLOGIA — PEDIATRIA

- Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG/UNIRIO)
- Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ)
- Hospital Geral de Bonsucesso (HGB)
- Hospital Federal Cardoso Fontes
- Hospital Federal da Lagoa
- Hospital dos Servidores do Estado (HSE)
- Ambulatório Médico de Especialidades (AME) Jornalista Susana Napolini
- Centro Carioca de Especialidades
- Hospital Municipal Salgado Filho

- Hospital Municipal Raphael de Paula Souza
- Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG/UFRJ)

CONSULTA EM NEUROLOGIA — PEDIATRIA — EPILEPSIA

- Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ)
- Hospital Geral de Bonsucesso (HGB)
- Hospital Federal da Lagoa

Em caso de dúvidas ou para casos muito particulares, o profissional solicitante deve acionar o RT médico da unidade, NIR da CAP, RT médico da CAP ou a Central de Regulação Ambulatorial, para definição da conduta mais adequada. Sugere-se, também, que acione o Telessaúde vinculado ao Ministério da Saúde, caso necessário, pelo telefone 0800-644-6543 (das 8h às 17h30) — linha de atendimento para acesso em todo o Brasil.

SAIBA MAIS SOBRE REGULAÇÃO AMBULATORIAL



No site **smsrio.org**, você pode consultar o “Manual de Regulação Ambulatorial — Diretrizes para Coordenação do Cuidado” e os critérios de acesso aos prestadores.

REFERÊNCIAS

ALVES, D. R.; MORAIS, E. H. M.; SANTOS, R. B. O. Abordagens práticas na identificação de problemas no processo de ensino aprendizagem do aluno adulto com dislexia. **Braz. J. of Develop.** v. 6, n. 11, 2020.

BACHOUD-LEVI, A. C. *et al.* International Guidelines for the Treatment of Huntington's Disease. **Front. Neurol.** v. 10, 2019.

BATES, C. *et al.* **Management of the Ataxias: Towards Best Clinical Practice. University of Plymouth PEARL (2016).** Faculty of Health and Human Sciences School of Health Professions 2016. Disponível em: https://www.ataxia.org.uk/wp-content/uploads/2020/11/Ataxia_UK_Medical_Guidelines_Third_Edition_v3m_Dec_2016_-_updated_Sep_2019.pdf. Acesso em: 16 dez. 2024.

BERTOL, E.; RODRIGUEZ, C. A. Da tontura à vertigem: uma proposta para o manejo do paciente vertiginoso na atenção primária. **Rev. APS.** v. 11, n. 1, p. 62-73, 2008.

BRASIL. Ministério as Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Doença de Parkinson.** 2017.

BRASIL. Ministério as Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Distonias e Espasmo Hemifacial.** 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Esclerose Lateral.** 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Esclerose Lateral Amiotrófica.** 2021.

CARVALHO, V.; MASSANO, J. Tremor: Um Guia Clínico Para Não Neurologistas. **Acta Med Port.** v. 32, n. 2, p. 149-157, 2019.

CASTRO-RODRIGUEZA, E.; AZAGRAB, R.; GOMEZ-BATISTEF, X.; POVEDANO, M. La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) desde la Atención Primaria. Epidemiología y características clínico-asistenciales. **Atención Primaria.** v. 53, 2021.

DOMITRZ, I.; LIPA, A.; ROZNIECK, J.; STEPIEN, A.; KOZUBSKI, W. Migraine diagnosis and treatment in Poland: survey of primary care practitioners. **Neurologia i Neurochirurgia Polska.** v. 55, n. 4, 2021.

FINKELSTEJN, A.; CHAVES, M. L. Encaminhamentos da atenção primária para avaliação neurológica em Porto Alegre, Brasil. **Physis.** v. 19, n. 3, p. 731-741, 2009.

CECATO, J. F.; MONTIEL, J. M.; BARTHOLOMEU, D.; MARTINELLI, J. E. Poder preditivo do MoCa na avaliação neuropsicológica de pacientes com diagnóstico de demência. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** v. 17, n. 4, 2014.

KRAYCHETE, D. C.; SAKATA, R. K. Neuropatias Periféricas Dolorosas. **Rev Bras Anesthesiol.** v. 61, n.5, p. 641-658, 2011.

LINN, C. C. *et al.* Primary care providers perform more neurologic visits than neurologists among Medicare beneficiaries. **J Eval Clin Pract.** 1-5, 2020.

MANTEGAZZA, R.; CAVALCANTE, P. Diagnosis and treatment of myasthenia gravis. **Curr Opin Rheumato.** v. 31, n. 6, 2021.

MARTIN, V. T.; FEOKTISTOV, A.; SOLOMON, G. D. A rational approach to migraine diagnosis and management in primary care. **Annals of Medicine.** v. 53, n.1, 2021.

MYRA, R. S.; KOERICH, M. H. A. L.; SWAROESKY, A. Primary care for people with Parkinson's disease in Brazil: A referral flowchart based on risk of falls. **Public Health.** 10:836633, 2022.

PINTO, M. *et al.* Cefaleias em adultos na atenção primária à saúde: Diagnóstico e tratamento. **Projeto Diretrizes.** p. 1-14, 2009.

RAMOS, A. M. *et al.* Demência do Idoso: Diagnóstico na Atenção Primária à Saúde. **Projeto Diretrizes,** p. 1-12, 2009.

RECH, M. R. A. Diagnóstico e tratamento das crises epilépticas e epilepsia. In: UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. Cuidado nas queixas comuns no atendimento à demanda espontânea na Atenção Primária à Saúde. **Cuidado em crises epilépticas e epilepsia.** São Luís: UNA-SUS; UFMA, 2021.

RECH, Milena Rodrigues Agostinho. **Diagnóstico e tratamento das crises epilépticas e epilepsia.** In: UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. Cuidado nas queixas comuns no atendimento à demanda espontânea na Atenção Primária à Saúde. Cuidado em crises epilépticas e epilepsia. São Luís: UNA-SUS; UFMA, 2021.

STAHELIN, S. E. S. Obstáculos do desenvolvimento: repensando as dificuldades de aprendizagem. **Gespevida.** v. 3, n. 6, 2017.

STEINER, T. J. *et al.* Aids to management of headache disorders in primary care (2nd edition). **J Headache Pain.** v. 20, n. 57, 2019.

