PROTOCOLOS PARA ENCAMINHAMENTO ELETIVO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA A **ATENÇÃO AMBULATORIAL**

NEUROPEDIATRIA, TEA E GENÉTICA



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

Governador do Estado
Carlos Massa Ratinho Junior

Secretário de Estado da Saúde
Beto Preto

Diretor-geral
César Augusto Neves Luiz

Diretora de Contratualização e Regulação
Raquel Mazetti

Diretor Executivo
Ian Lucena Sonda

Diretor de Unidades Próprias
Guilherme Fernandes Graziani

Diretor de Planejamento e Atenção Especializada
Vinícius Augusto Filipak

Diretora de Atenção e Vigilância em Saúde
Maria Goretti David Lopes

Diretor Administrativo
Carlos Batista Soares

Diretor Executivo do FUNSAUDE
Adriano Márcio Rissati

Diretor de Governança e Auditoria
Henrique Bonatti Rego Barbosa

Diretora de Obras
Marianna do Rocio Cardoso

2025

Elaboração
Aline Jarschel de Oliveira Graziani | Andrea Cristine Perry |Andressa Fiorio Zocoler Gonzalez | Daiymon Erik Calegari | Débora de Farias Guelfi Waihrich | Fernanda Crosewski | Fernanda de Oliveira Florentino dos Santos | Francisco Soares de Giacomo Neto | Gisella Sanches Henle Piassetta | Igor Barcellos | Jéssica Oliveira de Lima | Lidiane Siqueira Vizizoti | Luana Caroline Silva de Lima | Martha Maria de Oliveira Pegoraro | Olga Regina Cotovicz de Castro Deus | Raquel Kovac de Muzio Bampi | Rosalina Maia Braga | Salmo Raskin | Thais Trybus | Valéria Maria Abrão | Vinícius Augusto Filipak | Vinicius Motter

Colaboração
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná – UFPR
Solena Ziemer Kusma Fidalski

Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná
Fabio de Mello – Diretor Presidente
Adriane da Silva Jorge Carvalho
Marina S. R. Martins

Arte Gráfica e Diagramação
Juliana Scheller
Izabelle Vitória
Nicole Caroline da Silva

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – CIP
Biblioteca da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (BIBSESA)

P223 Paraná. Secretaria do Estado da Saúde do Paraná.
Protocolos para encaminhamento eletivo da Atenção Primária à Saúde para a Atenção Ambulatorial Especializada/ SESA/DAV/DCR. 1.ed. Curitiba : SESA, 2026.

44 p. color.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Atenção Ambulatorial Especializada. 4. Regulação e Fiscalização em Saúde

CDD 362.12098116 (23.ed.)

Elaine Cristina Itner Voidelo - CRB9/1239

SUMÁRIO

SIGLAS 4

1. DO COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO ENTRE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) E ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA (AAE) 5

1.1 DA REGULAÇÃO DE ACESSO 5
1.1.1. PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS 5
1.1.1.1. PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO DO ACESSO AMBULATORIAL 6
1.1.1.2. CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE DE ACESSO AMBULATORIAL 6

2. PROTOCOLO PARA ENCAMINHAMENTO ELETIVO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA A ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA 6

2.1 PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DE ACESSO PARA NEUROLOGIA PEDIÁTRICA 8
2.1.1. PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DO ACESSO - CEFALEIA 8
2.1.2. PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DE ACESSO – EPILEPSIAS/ CRISES CONVULSIVA 8
2.1.3. PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DE ACESSO - ALTERAÇÕES NO PERÍMETRO CEFÁLICO 10
2.1.4. PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DE ACESSO – ENCEFALOPATIAS / PARALISIA CEREBRAL 12
2.1.5. PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DE ACESSO – ATRASO GLOBAL DO DESENVOLVIMENTO (AGD) .. 13
2.1.6. PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DE ACESSO – DISTÚRBIOS DO MOVIMENTO 15
2.1.7. PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DE ACESSO – DOENÇAS NEUROMUSCULARES E MIOPATIAS 16
INFLAMATÓRIAS..... 17
2.1.8. PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DE ACESSO – DOENÇAS NEUROCUTÂNEAS 18
2.1.9. PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DE ACESSO – DISTÚRBIOS DO SONO 19
2.1.10. PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DE ACESSO – ALTERAÇÕES NEUROVASCULARES 20
2.1.11. PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DE ACESSO – SUSPEITA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO .. 21

2.2 PROTOCOLO DE ACESSO PARA SUSPEITA OU DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO (TEA) 23

2.3. PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DE ACESSO PARA CONSULTA ESPECIALIZADA EM GENÉTICA MÉDICA (PRESENCIAL E TELECONSULTA) 25

REFERÊNCIAS 29

ANEXO I 31
ANEXO II 35
ANEXO III 39
ANEXO IV 42

SIGLAS

AAE: Atenção Ambulatorial Especializada

AGD: Atraso Global do Desenvolvimento

APS: Atenção Primária à Saúde

AVC: Acidente Vascular Cerebral

CPF: Cadastro de Pessoa Física

EEG: Eletroencefalograma

RM: Ressonância Magnética

SUS: Sistema Único de Saúde

TC: Tomografia Computadorizada

UBS: Unidade Básica de Saúde

1. DO COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO ENTRE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) E ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA (AAE)

A porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde é a Atenção Primária à Saúde (APS), sendo a responsável pela ordenação do acesso aos serviços especializados, principal centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e local que assume a maior responsabilidade na ordenação do acesso e coordenação do cuidado do usuário de seu território. Dentre os seus atributos, está a integralidade, e para tal é fundamental que a APS seja resolutiva, o que por sua vez, depende da capacidade clínica e de cuidado de suas equipes, do grau de incorporação de tecnologias diagnósticas e terapêuticas e da articulação com outros pontos da rede de saúde.

O compartilhamento do cuidado entre APS e Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) deverá ocorrer em casos de difícil condução ou que necessite de um parecer especializado, permanecendo o acompanhamento pela equipe da APS dos usuários compartilhados com outros pontos de atenção da RAS. Sendo assim, é necessário que seja superada a lógica da referência e contrarreferência no cuidado, e seja implementada a prática do compartilhamento e transição do cuidado entre a APS e AAE, com foco na comunicação entre os profissionais de saúde.

Os usuários atendidos na AAE, em determinado momento, podem necessitar de cuidados mais intensivos e/ou distintos daqueles oferecidos pela APS. Nesse contexto, a AAE deve atuar como um suporte à APS, contribuindo para a construção de um sistema de cuidados integrais.

1.1. DA REGULAÇÃO DE ACESSO

A regulação do acesso confere ao poder público a responsabilidade de desenvolver capacidade sistemática para responder às demandas de saúde. Nesse sentido, atua como um instrumento de ordenamento, orientação e definição da atenção à saúde, promovendo uma atuação qualificada e integrada, sempre pautada pelo interesse social e coletivo.

Para a Regulação do Acesso aos estabelecimentos de saúde contratualizados pelo Estado à Secretaria de Saúde do Estado do Paraná disponibiliza uma Solução Tecnológica Integrada de Gestão Estadual de Regulação Assistencial – Sistema CARE PR.

Este sistema tem como objetivo de criar um ambiente tecnológico que permita:

I. A interligação de todas as unidades em tempo real;
II. O gerenciamento efetivo dos recursos públicos;
III. Formar uma rede integrada de informações relativas à oferta real disponível de serviços para maior agilidade no atendimento do usuário, resultando na melhoria do acesso aos serviços de saúde, controle, avaliação e auditoria dos serviços prestados.

O sistema informatizado é online, sendo possível a atualização do quadro de saúde do usuário em tempo real, como também é possível a interação rápida entre as equipes assistenciais e as equipes de regulação de modo a permitir que o usuário, em caso de agravamento do quadro clínico, possa ser priorizado de forma rápida e eficiente.

As Centrais de Regulação instituídas são responsáveis pela identificação da alternativa assistencial mais adequada às necessidades dos usuários, para tanto se baseiam nas informações sobre as condições clínicas, exames complementares e diagnóstico médico, informações inseridas no sistema pela própria unidade solicitante, que também é responsável pela atualização constante dessas informações.

1.1.1. Protocolos Assistenciais

A atuação das Centrais de Regulação está fundamentada em protocolos assistenciais, que se dividem em duas categorias principais: os Protocolos Clínicos e os Protocolos de Regulação do Acesso.

Os Protocolos Clínicos consistem em recomendações sistematicamente elaboradas com base em evidências científicas, com o objetivo de orientar médicos e usuários sobre os cuidados apropriados para situações clínicas específicas.

Os Protocolos de Regulação do Acesso são diretrizes que orientam a solicitação e o uso adequado dos recursos disponíveis, promovendo o encaminhamento racional para atendimentos especializados, exames diagnósticos e procedimentos terapêuticos. Esses protocolos desempenham papel estratégico na ordenação dos fluxos assistenciais entre os diferentes níveis de complexidade, além de orientar tecnicamente os profissionais que atuam nos serviços reguladores.

1.1.1.1. Protocolos de Regulação do Acesso Ambulatorial

Os Protocolos de Regulação do Acesso são compostos por duas partes, uma voltada para a Assistência, com orientações de como o profissional assistente deverá encaminhar o usuário para a especialidade e a outra, voltada para os médicos reguladores, que indicam ao profissional como classificar a prioridade de acesso baseada no risco apresentado pelo usuário encaminhado para o especialista. Ambas as partes são complementares.

No contexto do Sistema de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS), a classificação de prioridade de acesso é fundamental para o encaminhamento da atenção primaria à Saúde para a atenção especializada.

1.1.1.2. Classificação de Prioridade de Acesso Ambulatorial

A classificação de prioridade de acesso ambulatorial desempenha um papel essencial na organização do fluxo de pacientes, assegurando que aqueles com maior urgência e risco sejam atendidos com prioridade, conforme determinado pela Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.

Com a adoção da classificação de prioridade de acesso ambulatorial para encaminhamento com base no risco clínico apresentado pelo usuário, a APS torna-se responsável pela avaliação inicial do usuário e pelo fornecimento das informações necessárias para a definição do grau de prioridade no atendimento. Esse processo considera diversos fatores, como a gravidade do quadro clínico, o tempo de evolução da condição, a necessidade de intervenção imediata e outros elementos clínicos relevantes. A partir dessa análise, é possível determinar com maior precisão a prioridade no encaminhamento para os serviços de AAE, assegurando que os casos mais graves recebam atendimento com a agilidade necessária.

A aplicação da classificação de prioridade de acesso no âmbito do SUS traz uma série de benefícios significativos para a gestão do cuidado como:

I. Priorização do atendimento – Usuários com maior risco são atendidos com prioridade, o que garante que recebam o cuidado necessário em tempo hábil e de forma adequada às suas necessidades clínicas.

II. Melhora do fluxo assistencial – O Sistema de Regulação organiza e otimiza o encaminhamento dos usuários entre a atenção primária e a atenção especializada contribuindo para a redução do tempo de espera e da burocracia nos processos de marcação e agendamento.

III. Melhoria na qualidade do cuidado – Ao classificar os usuários de acordo com a gravidade e a urgência, a rede de saúde consegue oferecer um atendimento mais coerente com as reais necessidades de cada caso, elevando a resolutividade da assistência prestada.

IV. Aumento da eficiência do sistema – A integração entre a classificação de prioridade de acesso e o Sistema de regulação ambulatorial contribui para o uso racional dos recursos públicos, reduzindo desperdícios, otimizando agendas e fortalecendo a equidade no acesso aos serviços.

Os protocolos são construídos a partir de diretrizes disponibilizadas pelo Ministério da Saúde e, na ausência destas, baseiam-se nos protocolos clínicos emitidos pelas Sociedades Brasileiras das Especialidades Médicas ou em evidências científicas consolidadas.

Esses protocolos consideram os conceitos de Rotina, Prioridade e Urgência/Emergência, sendo a definição do conceito adotado o critério determinante para estabelecer se o acesso será realizado por meio de priorização ou por permanência em fila de espera.

ROTINA: Estas solicitações serão encaminhadas para AAE, entretanto não apresentam indicação de prioridade devendo ser inseridos na fila de espera, sem prioridade. Estes casos podem ser acompanhados pelos médicos da APS e estas solicitações seguem a ordem cronológica de inserção para agendamento.

PRIORIDADE: São aqueles encaminhamentos de usuários que necessitam atendimento médico especializado prioritário por possíveis e/ou prováveis complicações, sendo inseridos na fila de espera com prioridade de agendamento.

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA: São os encaminhamentos que não podem, em hipótese alguma, ser inseridos e aguardar em lista de espera, sob pena de graves comprometimentos clínicos e/ou físicos ao usuário.

A classificação de prioridade de acesso para encaminhamento baseado nos riscos clínicos do paciente está fundamentada em:

Classificação de Prioridade de Acesso

URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA	Os usuários que necessitam atendimento médico especializado imediato por possíveis e/ou prováveis complicações. São os casos que não podem, em hipótese alguma, ser inseridos e aguardar em lista de espera, sob pena de graves comprometimentos clínicos e/ou físicos ao usuário. I. Procedimentos de urgência, para busca de atendimento nos serviços de urgência e emergência, por meio das Centrais SAMU 192 ou Central de Regulação de Leitos, conforme o caso. II. É vetada a inserção de casos urgentes na lista de espera para atendimento ambulatório eletivo.
ELETIVO PRIORITÁRIO (P1)	Usuários que necessitam encaminhamento à Atenção Ambulatorial Especializada de forma absolutamente prioritária, mediante caracterização de sua condição clínica atual apresentar risco elevado de desenvolvimento de possíveis complicações de forma iminente ou potencialmente candidato à investigação diagnóstica e terapêutica em curtíssimo espaço de tempo; e usuários com ordens judiciais ou liminares, com cumprimento imediato do prazo estipulado pelo Poder Judiciário, independentemente de outros critérios. Ambos inseridos na fila de espera com prioridade de agendamento imediato. Para usuários com mesma classificação de prioridade (P1), a ordem de agendamento se baseia seguindo: 1ª) Demandas Judiciais ou liminares de acordo com os prazos estipulados. 2ª) Prioridade (P1) e Ordem cronológica de inserção em fila.
ELETIVO PRIORITÁRIO (P2)	Usuários que necessitam encaminhamento à Atenção Ambulatorial Especializada em curto espaço de tempo, quando for observada condição crônica de risco moderado de desenvolvimento de complicações ou sintomatologia relevante, em que o retardo no agendamento para a Atenção Especializada possa ensejar perda de capacidade de intervenção efetiva ou que altere sobremaneira a conduta a ser seguida. Para usuários classificados como eletivo prioritário (P2), a ordem de agendamento se baseia seguindo: 1ª) Prioridade (P2) e Ordem cronológica de inserção em fila.
ELETIVO NÃO PRIORITÁRIO (ROTINA)	São situações clínicas sem gravidade que necessitam atendimento eletivo. Para usuários classificados como eletivo não prioritário haverá apenas um critério de inserção na lista de espera, que é o cronológico (ordem de chegada);
ATENDIMENTO NA APS	São situações clínicas sem identificação de risco iminente em que seja caracterizada a necessidade de avaliação do quadro pela Atenção Especializada a fim de contribuir com o manejo da sua condição mediante plano de cuidado compartilhado do paciente.

Os Protocolos para encaminhamento eletivo da Atenção Primária à Saúde para a Atenção Ambulatorial Especializada aqui descritos estão organizados nos seguintes componentes:

A) Critérios de Encaminhamento: Definem as indicações clínicas e os motivos pelos quais os usuários devem ser direcionados para consultas especializadas.

B) Sinais de Alarme: Descrevem achados clínicos ou sintomas que indicam um potencial de gravidade ou maior risco no quadro do paciente, exigindo atenção especial ou prioridade.

C) Conteúdo Descritivo Mínimo: Especificam as informações cruciais que o profissional da APS deve incluir para garantir a continuidade e a qualidade do cuidado pelo médico especialista.

D) Profissionais Solicitantes: Detalha quais profissionais tem a prerrogativa de realizar o ato formal de encaminhamento para um especialista, que é geralmente o médico da APS.

E) Classificação de Prioridade de Acesso: Estabelece a combinação de critérios clínicos e legais, dividida por cores, utilizada para determinar a urgência e a ordem de atendimento dos pacientes na AAE.

F) Observações Complementares: Incluem quaisquer informações adicionais que sejam pertinentes ou necessárias para aplicação do protocolo.

Nas próximas seções, serão detalhados os Protocolos para encaminhamento eletivo entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE).

2. PROTOCOLOS PARA ENCAMINHAMENTO ELETIVO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA A ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

2.1 PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO DO ACESSO – NEUROLOGIA PEDIÁTRICA

- Patologias elencadas para encaminhamento:
- Cefaleias
- Epilepsia/crises convulsivas
- Alterações do perímetro cefálico
- Encefalopatias / paralisia cerebral
- Atraso global do desenvolvimento (AGD)
- Distúrbios do movimento
- Doenças neuromusculares e miopatias inflamatórias
- Doenças neurocutâneas
- Distúrbios do sono
- Alterações neurovasculares
- Alterações do comportamento e desenvolvimento

2.1.1. PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DO ACESSO – CEFALEIA

A) CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Cefaleias classificadas como enxaqueca ou cefaleia tensional crônica refratária ao manejo profilático na APS por um período mínimo de 3 meses;
- Outros tipos de cefaleias que não classificadas como enxaqueca ou cefaleia tensional crônica;
- Cefaleia associada a sinais de alarme (item B);
- Indicação de realização de exame de imagem para investigação, quando não for possível a solicitação pela APS, nos seguintes casos:

» Cefaleia recorrente em crianças com menos de 6 anos;
» Cefaleia acorda a criança durante o sono ou ocorre logo ao acordar;
» Criança com sintomas neurológicos associados (náusea, vômito, alteração de estado mental, ataxia), quando não realizado exame de imagem em serviço de emergência;
» Dor em região occipital (exceto se diagnóstico claro de cefaleia tipo tensão);
» Cefaleia localizada e recorrente;

» Ausência de resposta ao tratamento medicamentoso;
» Cefaleia com padrão novo ou mudança recente no padrão (frequência, intensidade);
» Dor desencadeada por esforço, tosse, atividade física ou manobra de valsalva.

B) SINAIS DE ALARME EM CRIANÇAS COM CEFALEIA

- Criança com menos de 3 anos de idade; ou
- Piora de intensidade em decúbito; ou
- Dor localizada consistentemente em um único local; ou
- Acordar à noite devido a dor; ou
- Edema de papila; ou
- Criança que apresenta comorbidades de maior risco (anemia falciforme, imunodeficiências, história de neoplasia, coagulopatias, doenças cardíacas, neurofibromatose, esclerose tuberosa, entre outras).

C) CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

Minimamente o encaminhamento à especialidade deverá conter:

1. **Dados de identificação:** Nome completo sem abreviações, idade, data de nascimento, número do Cartão Nacional de Saúde, CPF, nome completo da mãe, endereço, telefones para contato, UBS de origem;
2. **Descrever achados do exame físico e clínico;** descrever exame neurológico;
3. **Antecedentes clínicos:** Comorbidades e complicações associadas (sinais de alerta ou outros sintomas associados), história da gestação e do período neonatal, hábitos de vida (alimentação, padrão de sono, uso de telas, atividade física);
4. **Antecedentes familiares:** Que tenham relação com a doença de base; história familiar de AGD, deficiência intelectual ou doenças raras (sim ou não), história de consanguinidade entre os pais;
5. **Medicações de uso contínuo:** Com posologia, tempo de uso e adesão ao tratamento;
6. **Informações de há quanto tempo apareceu o sintoma de cefaleia,** frequência, intensidade, localização, período do dia, duração das crises, limitação das atividades habituais, existência de fatores precipitantes, existência de fatores de alívio ou acentuação, alterações comportamentais ou do humor, interferência no desempenho escolar;
7. **Informações da condição de saúde que motivou o encaminhamento, e descrição objetiva do manejo realizado na APS:** Descrever achados do exame físico e clínico; descrever exame neurológico;
8. **Exames laboratoriais, de imagem e demais exames de investigação:** Informar o laudo e data dos exames realizados por solicitação da UBS;

D) PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Primária à Saúde e Pediatras.

E) CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE DE ACESSO

URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA	• Cefaleia com sinais de alarme. • Cefaleia de início súbito/agudo, intensa, contínua e progressiva, associado a sinais de alarme que sugerem hipertensão intracraniana ou a sinais focais ou alteração do nível de consciência. • Suspeita de meningite (febre, rigidez de nuca, petéquias, alteração de nível de consciência). • Cefaleia crônica com mudança no padrão ou contínua e progressiva. • Cefaleia de início após trauma de crânio recente.
ELETIVO PRIORITÁRIO (P1)	• Cefaleia com sinais de alarme e que não se encaixem nos casos que devem ser encaminhados à urgência e emergência.
ELETIVO PRIORITÁRIO (P2)	• Cefaleia incapacitante, frequente que afetem as atividades diárias e/ou desempenho escolar.
ELETIVO NÃO PRIORITÁRIO (ROTINA)	• Migrânea ou outras cefaleias crônicas refratárias ao tratamento.
ATENDIMENTO NA APS	• Diagnóstico e manejo inicial de cefaleia tensional e enxaqueca por pelo menos 3 meses. • Pacientes que já tenham diagnóstico e tratamento estabelecido, com doença estável e em uso de medicação que necessite de ajuste apenas pelo peso conforme Plano de Cuidados estabelecido pela AAE.

2.1.2. PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DO ACESSO – EPILEPSIAS/CRISES CONVULSIVAS

A) CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Um ou mais episódios de crise convulsiva, exceto crise convulsiva febril simples;
- Epilepsia sem investigação prévia;
- Epilepsia sem controle com tratamento adequado (otimizado e com boa adesão).

B) SINAIS DE ALARME – Não se aplica.

C) CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

Minimamente o encaminhamento à especialidade deverá conter:

1. **Dados de identificação:** Nome completo sem abreviações, idade, data de nascimento, número do Cartão Nacional de Saúde, CPF, nome completo da mãe, endereço, telefones para contato, UBS de origem;
2. **Antecedentes clínicos:** Comorbidades e complicações associadas (sinais de alerta ou outros sintomas associados), história da gestação e do período neonatal, hábitos de vida (alimentação, padrão de sono, uso de telas, atividade física);
3. **Descrever achados do exame físico e clínico;** descrever exame neurológico;
4. **Antecedentes familiares:** Que tenham relação com a doença de base; história familiar de AGD, deficiência intelectual ou doenças raras (sim ou não), história de consanguinidade entre os pais;
5. **Epilepsia:** Descrever característica das crises, idade de início, frequência, duração das crises, sintomas associados, fatores precipitantes e inibitórios se existirem, existência de crises prolongadas, outros sinais e sintomas fora das crises convulsivas;
6. **Medicações de uso contínuo:** Com posologia, tempo de uso e adesão ao tratamento;
7. **Informações da condição de saúde que motivou o encaminhamento, e descrição objetiva do manejo realizado na APS:** Descrever achados do exame físico e clínico; descrever exame neurológico;
8. **Fornecer laudos dos exames já realizados:** EEG, TC ou RM de crânio.

D) PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Primária à Saúde e Pediatras.

E) CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE DE ACESSO

URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA	• Primeiro episódio convulsivo ou crise convulsiva. • Crises convulsivas focais associadas a sinais de hipertensão intracraniana ou a sinais focais e de instalação aguda. • Estado de mal epiléptico.
ELETIVO PRIORITÁRIO (P1)	• Epilepsia/crise convulsiva sem investigação ou tratamento. • Perda progressiva de funções Neurológicas de instalação/progressão rápida e associada a crises convulsivas.
ELETIVO PRIORITÁRIO (P2)	• Epilepsia/crise convulsiva com refratariedade ao tratamento; • Mudanças do padrão de crises.
ELETIVO NÃO PRIORITÁRIO (ROTINA)	• Epilepsia medicada e controlada que precisa de retorno para acompanhamento ambulatorial habitual (eletivo ou periódico) ou necessidade de reavaliação com o especialista do quadro clínico ou do plano terapêutico.
ATENDIMENTO NA APS	• Pacientes que já tenham, diagnóstico, etiologia e tratamento estabelecido, com doença estável e em uso de medicação que necessite de ajuste apenas pelo peso conforme Plano de Cuidados estabelecido pela AAE.

F) OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

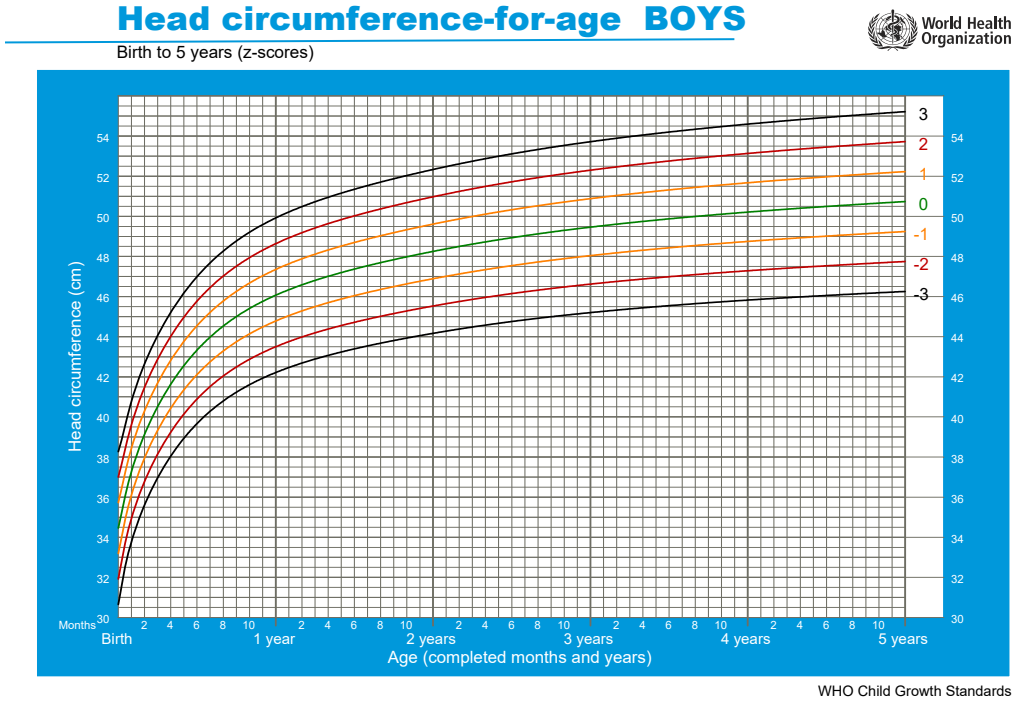
CARACTERÍSTICAS QUE SUGEREM CONVULSÃO FEBRIL SIMPLES DE ASPECTO BENIGNO

- Convulsão associada a episódio febril (acima de 38º C);
- Criança com idade entre 6 meses e 5 anos;
- Ausência de infecção ou inflamação do Sistema Nervoso Central (conforme outras características clínicas);
- Ausência de causa metabólica conhecida (como erro inato de metabolismo);
- Ausência de episódio de convulsão afebril previamente;
- Exame neurológico normal;
- História familiar de convulsão febril de curta duração (menos de 10 minutos);
- Sem novo episódio de convulsão em 24 horas;

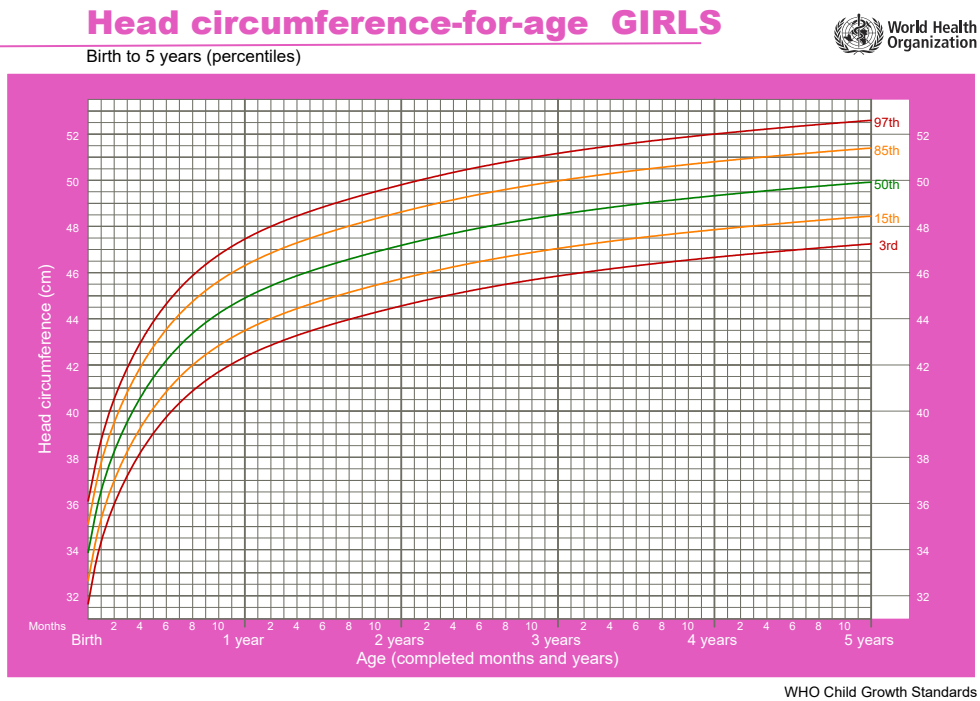
2.1.3. PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DO ACESSO – ALTERAÇÕES DO PERÍMETRO CEFÁLICO

A) CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Recém-nascido com circunferência craniana menor que -2 desvios-padrão, segundo a tabela de Inter Growth, de acordo com a idade gestacional ao nascer e sexo;
- Criança com perímetro cefálico menor do que -2 escores Z (microcefalia) ou maior do que +2 escores Z (macrocefalia) conforme gráfico da Organização Mundial da Saúde (OMS) ou curva Inter Growth:



WHO Child Growth Standards



WHO Child Growth Standards

- Mudanças no traçado da linha do perímetro cefálico (aceleração, desaceleração ou retificação) associado a alteração do crescimento/desenvolvimento neuropsicomotor.

B) SINAIS DE ALARME – as mesmas descritas nos Critérios de Encaminhamento.

C) CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

Minimamente o encaminhamento à especialidade deverá conter:

1. **Dados de identificação:** Nome completo sem abreviações, idade, data de nascimento, número do Cartão Nacional de Saúde, CPF, nome completo da mãe, endereço, telefones para contato, UBS de origem;
2. **Antecedentes clínicos:** Comorbidades e complicações associadas (sinais de alerta ou outros sintomas associados);
3. **Descrever achados do exame físico e clínico**; descrever exame neurológico;
4. **Medicações de uso contínuo:** Com posologia, tempo de uso e adesão ao tratamento;
5. **Informações da condição de saúde que motivou o encaminhamento, e descrição objetiva do manejo realizado na APS:** Descrever achados do exame físico e clínico; descrever exame neurológico;
6. **Exames laboratoriais, de imagem e demais exames de investigação:** Informar o laudo e data dos exames realizados por solicitação da UBS;
7. **Alterações do perímetro cefálico:** Descrever medida do perímetro cefálico ao nascimento e medidas realizadas posteriormente (com data), malformações, desproporção craniofacial, abaulamento de fontanela, manifestações como hipertonia e hiperexcitabilidade, atraso em marcos do desenvolvimento, ecografia obstétrica (se achados alterados, com data);

D) PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Primária à Saúde e Pediatras.

E) CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE DE ACESSO

URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA	• Rebaixamento do nível de consciência; • Déficit neurológico agudo.
ELETIVO PRIORITÁRIO (P1)	• Não se aplica.
ELETIVO PRIORITÁRIO (P2)	• Alteração do PC associado a Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor; • Déficit neurológico progressivo.
ELETIVO NÃO PRIORITÁRIO (ROTINA)	• Alteração do perímetro cefálico sem outras condições associadas das descritas acima.
ATENDIMENTO NA APS	• Pacientes que já tenham, diagnóstico, etiologia e tratamento estabelecido, com doença estável e em uso de medicação que necessite de ajuste apenas pelo peso conforme Plano de Cuidados estabelecido pela AAE.

2.1.4. PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DO ACESSO – ENCEFALOPATIAS / PARALISIA CEREBRAL

A) CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Perda progressiva ou regressão de funções neurológicas (motoras, cognitivas, linguagem) associada a crises epilépticas, transtornos de equilíbrio e marcha;
- Casos sem etiologia definida ou com indefinição diagnóstica.

- *o 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 (Fisiatria, Ortopedia e Reabilitação Neurológica).*

B) SINAIS DE ALARME

Início agudo e progressivo e/ou associado aos demais sinais a seguir

- Estado de mal convulsivo
- Epilepsia de difícil controle
- Presença de sinais focais associados
- Rebaixamento do nível de consciência
- Alterações da marcha e equilíbrio
- Alterações comportamentais
- Sinais sistêmicos como febre, vômito, letargia, perda de apetite e dor de cabeça

C) CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

Minimamente o encaminhamento à especialidade deverá conter:

1. **Dados de identificação:** Nome completo sem abreviações, idade, data de nascimento, número do Cartão Nacional de Saúde, CPF, nome completo da mãe, endereço, telefones para contato, UBS de origem;
2. **Descrever achados do exame físico e clínico;** descrever exame neurológico;
3. **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);
4. **Antecedentes clínicos:** Comorbidades e complicações associadas (sinais de alerta ou outros sintomas associados);
5. **Medicações de uso contínuo:** Com posologia, tempo de uso e adesão ao tratamento;
6. **Informações da condição de saúde que motivou o encaminhamento, e descrição objetiva do manejo realizado na APS:** Descrever achados do exame físico e clínico; descrever exame neurológico;
7. **Exames laboratoriais, de imagem e demais exames de investigação:** Informar o laudo e data dos exames realizados por solicitação da UBS;

D) PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Primária à Saúde e Pediatras.

E) CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE DE ACESSO

URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA	• Casos com sinais de alarme. Ou déficit neurológico focal agudo.
ELETIVO PRIORITÁRIO (P1)	• Não se aplica.
ELETIVO PRIORITÁRIO (P2)	• Demais casos sem etiologia definida.
ELETIVO NÃO PRIORITÁRIO (ROTINA)	• Casos com etiologia definida, estáveis e com necessidade de orientação de terapias ou que precisam de acompanhamento eletivo periódico.
ATENDIMENTO NA APS	• Pacientes que já tenham, diagnóstico, etiologia e tratamento estabelecido, com doença estável e em uso de medicação que necessite de ajuste apenas pelo peso conforme Plano de Cuidados estabelecido pela AAE.

2.1.5. PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DO ACESSO – ATRASO GLOBAL DO DESENVOLVIMENTO (AGD)

A) CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Ausência de um ou mais marcos do desenvolvimento para a faixa etária anterior;
- Ausência de um ou mais marcos do desenvolvimento para a faixa etária em crianças com:
  - » História familiar de deficiência intelectual/AGD em parente de primeiro grau;
  - » Pais consanguíneos;
  - » Alterações fenotípicas (como dismorfismos craniofaciais ou esqueléticos, suspeita de síndrome genética específica, entre outros);
  - » Perímetro cefálico menor do que -2 escores Z (microcefalia) ou maior do que +2 escores Z (macrocefalia);
  - » Persistência da alteração após reavaliação em 30 dias;
  - » Deficiência intelectual recente sem etiologia estabelecida ou com necessidade de manejo de alterações comportamentais refratárias;
  - » Deficiência intelectual ou AGD associado a crises convulsivas ou outras manifestações neurológicas como ataxia/coreia.

B) SINAIS DE ALARME

- Quadros associados a crises convulsivas, perda progressiva ou regressão de funções neurológicas (motoras, cognitivas, linguagem) ou transtornos de equilíbrio e marcha
- Critérios de encaminhamento descritos acima

C) CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

Minimamente o encaminhamento à especialidade deverá conter:

1. **Dados de identificação:** Nome completo sem abreviações, idade, data de nascimento, número do Cartão Nacional de Saúde, CPF, nome completo da mãe, endereço, telefones para contato, UBS de origem;
2. **Descrever achados do exame físico e clínico:** Alterações fenotípicas (como dismorfismos craniofaciais ou esqueléticos, suspeita de síndrome genética específica, entre outros); perímetro cefálico menor do que -2 escores Z (microcefalia) ou maior do que +2 escores Z (macrocefalia); persistência da alteração após reavaliação em 30 dias; deficiência intelectual recente sem etiologia estabelecida ou com necessidade de manejo de alterações comportamentais refratárias; deficiência intelectual ou AGD associado a crises convulsivas ou outras manifestações neurológicas como ataxia/coreia.
3. **Antecedentes clínicos:** Comorbidades e complicações associadas (sinais de alerta ou outros sintomas associados); história familiar de deficiência intelectual/AGD em parente de primeiro grau; pais consanguíneos.
4. **Medicações de uso contínuo:** Com posologia, tempo de uso e adesão ao tratamento;
5. **Informações da condição de saúde que motivou o encaminhamento, e descrição objetiva do manejo realizado na APS:** Descrever achados do exame físico e clínico; descrever exame neurológico;
6. **Exames laboratoriais, de imagem e demais exames de investigação:** Informar o laudo e data dos exames realizados por solicitação da UBS;

- *Descrever idade de início dos sintomas, marcos do desenvolvimento que estão atrasados, áreas de prejuízo, perímetro cefálico atual, presença de dismorfias ou características sindrômicas, episódios de crise convulsiva ou outros sintomas neurológicos associados;*

D) PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Primária à Saúde e Pediatras.

E) CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE DE ACESSO

URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA	• Não se aplica.
ELETIVO PRIORITÁRIO (P1)	• Quadros associados a crises convulsivas, perda progressiva ou regressão de funções neurológicas (motoras, cognitivas, linguagem) ou transtornos de equilíbrio e marcha.
ELETIVO PRIORITÁRIO (P2)	• Não se aplica.
ELETIVO NÃO PRIORITÁRIO (ROTINA)	• Demais casos sem alteração progressiva da condição e que precisam de retorno para acompanhamento periódico.
ATENDIMENTO NA APS	• Pacientes que já tenham, diagnóstico, etiologia e tratamento estabelecido, com doença estável e em uso de medicação que necessite de ajuste apenas pelo peso conforme Plano de Cuidados estabelecido pela AAE.

2.1.6. PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DO ACESSO – DISTÚRBIOS DO MOVIMENTO

A) CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Ataxias agudas (início há menos de 72 horas);
- Coreias;
- Distonias;
- Mioclonias;
- Tremores;
- Balismos;
- Tiques.

B) SINAIS DE ALARME (descrever sinais de alarme)

- Distúrbio do movimento novo ou piora do já existente com deterioração motora, cognitiva ou associação com sintomas psiquiátricos.
- Ataxia aguda (< 72 horas de instalação) em criança previamente hígida.

C) CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

Minimamente o encaminhamento à especialidade deverá conter:

1. **Dados de identificação:** Nome completo sem abreviações, idade, data de nascimento, número do Cartão Nacional de Saúde, CPF, nome completo da mãe, endereço, telefones para contato, UBS de origem;
2. **Descrever achados do exame físico e clínico;** descrever exame neurológico;
3. **Antecedentes clínicos:** comorbidades e complicações associadas (sinais de alerta ou outros sintomas associados);
4. **Medicações de uso contínuo:** Com posologia, tempo de uso e adesão ao tratamento;
5. **Informações da condição de saúde que motivou o encaminhamento, e descrição objetiva do manejo realizado na APS:** Descrever achados do exame físico e clínico; descrever exame neurológico;
6. **Exames laboratoriais, de imagem e demais exames de investigação:** Informar o laudo e data dos exames realizados por solicitação da UBS;
7. **Informações sobre o movimento anormal,** seu início, evolução, frequência, fatores de melhora e piora;

D) PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Primária à Saúde e Pediatras.

E) CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE DE ACESSO

URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA	• Distúrbio do movimento novo ou piora do já existente com deterioração motora, cognitiva ou associação com sintomas psiquiátricos. • Ataxia aguda (< 72 horas de instalação) em criança previamente hígida.
ELETIVO PRIORITÁRIO (P1)	• Não se aplica.
ELETIVO PRIORITÁRIO (P2)	• Demais casos de movimentos anormais que estejam impedindo a movimentação funcional ou interferindo na qualidade de vida e na vida social.
ELETIVO NÃO PRIORITÁRIO (ROTINA)	• Pacientes com lesões sequelares de distúrbios do movimento.
ATENDIMENTO NA APS	• Pacientes que já tenham, diagnóstico, etiologia e tratamento estabelecido, com doença estável e em uso de medicação que necessite de ajuste apenas pelo peso conforme Plano de Cuidados estabelecido pela AAE.

2.1.7. PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DO ACESSO – DOENÇAS NEUROMUSCULARES E MIOPATIAS INFLAMATÓRIAS

A) CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Hipotonia muscular associada a déficit motor e a hipo ou arreflexia dos reflexos profundos e arcaicos, distúrbios na respiração, sucção e deglutição;
- Déficit motor (quedas frequentes ao chão, dificuldade para levantar-se, para correr e subir escadas, alteração da marcha) e a hipotrofia de predomínio proximal na cintura escapular e pélvica.

B) SINAIS DE ALARME

- Evolução rápida e progressiva
- Disfagia
- Insuficiência respiratória

C) CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

Minimamente o encaminhamento à especialidade deverá conter:

1. **Dados de identificação:** Nome completo sem abreviações, idade, data de nascimento, número do Cartão Nacional de Saúde, CPF, nome completo da mãe, endereço, telefones para contato, UBS de origem;
2. **Antecedentes clínicos:** Comorbidades e complicações associadas (sinais de alerta ou outros sintomas associados), história da gestação e do período neonatal, hábitos de vida (alimentação, padrão de sono, uso de telas, atividade física);
3. **Antecedentes familiares:** Que tenham relação com a doença de base; história familiar de AGD, deficiência intelectual ou doenças raras (sim ou não), história de consanguinidade entre os pais;
4. **Descrever achados do exame físico e clínico;** descrever exame neurológico;
5. **Medicações de uso contínuo:** Com posologia, tempo de uso e adesão ao tratamento;
6. **Exames laboratoriais, de imagem e demais exames de investigação:** Informar o laudo e data dos exames realizados por solicitação da UBS;
7. **Informações do início do quadro, sintomas associados:** Quedas frequentes, perda de força proximal ou distal, alteração do tônus muscular, presença de fasciculações, alteração de fácies, dificuldade de marcha, astenia, dificuldade respiratória, alterações de equilíbrio e presença de disfagia;

D) PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Primária à Saúde e Pediatras.

E) CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE DE ACESSO

URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA	• Casos em que os sintomas evoluam rapidamente e que apresentem sinais de dificuldade respiratória ou disfagia.
ELETIVO PRIORITÁRIO (P1)	• Não se aplica.
ELETIVO PRIORITÁRIO (P2)	• Os demais casos. • Suspeita de doença neuromuscular com instalação aguda ou piora do quadro preexistente, após avaliação na urgência/emergência e afastado risco de vida;
ELETIVO NÃO PRIORITÁRIO (ROTINA)	• Casos crônicos que já estejam em tratamento e nos quais os pacientes estejam controlados ou pacientes com quadros sequelares e retorno ambulatorial eletivo periódico (prazo determinado pelo especialista ou formalizado em alguma linha de cuidado).
ATENDIMENTO NA APS	• Pacientes que já tenham, diagnóstico, etiologia e tratamento estabelecido, com doença estável e em uso de medicação que necessite de ajuste apenas pelo peso conforme Plano de Cuidados estabelecido pela AAE.

2.1.8. PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DO ACESSO – DOENÇAS NEUROCUTÂNEAS

A) CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Suspeita de Neurofibromatose:
  - » Seis ou mais lesões “café com leite” com mais de 5 mm de diâmetro antes da puberdade e mais de 15 mm depois da puberdade;
  - » Sardas nas áreas axilares ou inguinais;
  - » Dois ou mais neurofibrosas ou um neurofibroma plexiforme;
  - » Hamartomas pigmentados da íris (nódulos de Lisch);
  - » Lesão óssea característica (displasia esfenoide, afinamento do córtex dos ossos longos, com ou sem pseudoartrose);
- Parente de 1º grau com diagnóstico de neurofibromatose;
- Suspeita de Esclerose Tuberosa:
  - » Máculas hipomelanóticas;
  - » Angiofibromas faciais;
  - » Fibromas ungueais;
  - » Placa de Shagreen (lesão ligeiramente elevada, com borda irregular e superfície texturada, localizada no dorso ou na região do flanco);
- Sintomas neurológicos: retardo mental e convulsões;
- Presença de tumores: sistema nervoso central, coração, rins, pulmões, ósseas e intestinais;
- Suspeita de Doença de Sturge-Weber;
- Angioma cutâneo unilateral na fronte ou em volta dos olhos ou lesões mais extensas envolvendo grande parte da face e do tronco;
- Sintomas neurológicos: convulsões, retardo mental;
- Suspeita de outras doenças neurocutâneas: Ataxia telangiectasia, Incontinência pigmentar, Hipomelanose de Ito.

B) SINAIS DE ALARME – Não se aplica

C) CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

Minimamente o encaminhamento à especialidade deverá conter:

1. **Dados de identificação:** Nome completo sem abreviações, idade, data de nascimento, número do Cartão Nacional de Saúde, CPF, nome completo da mãe, endereço, telefones para contato, UBS de origem;
2. **Descrever achados do exame físico e clínico;** descrever exame neurológico;
3. **Antecedentes clínicos:** Comorbidades e complicações associadas (sinais de alerta ou outros sintomas associados);
4. **Medicações de uso contínuo:** Com posologia, tempo de uso e adesão ao tratamento;
5. **Informações da condição de saúde que motivou o encaminhamento, e descrição objetiva do manejo realizado na APS:** Descrever achados do exame físico e clínico; descrever exame neurológico;
6. **Exames laboratoriais, de imagem e demais exames de investigação:** Informar o laudo e data dos exames realizados por solicitação da UBS;

D) PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Primária à Saúde e Pediatras.

E) CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE DE ACESSO

URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA	• Casos com sinais neurológicos agudos: crises convulsivas, alterações visuais, déficit neurológico focal, regressão do desenvolvimento neurológico.
ELETIVO PRIORITÁRIO (P1)	• Não se aplica.
ELETIVO PRIORITÁRIO (P2)	• Suspeita de Esclerose Tuberosa; • Casos com alteração do quadro vigente ou piora dos sintomas usuais, mas já em tratamento.
ELETIVO NÃO PRIORITÁRIO (ROTINA)	• Casos estáveis em tratamento.
ATENDIMENTO NA APS	• Pacientes que já tenham, diagnóstico, etiologia e tratamento estabelecido, com doença estável e em uso de medicação que necessite de ajuste apenas pelo peso conforme Plano de Cuidados estabelecido pela AAE.

2.1.9. PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DO ACESSO – DISTÚRBIOS DO SONO

A) CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Alterações no sono associadas a sintomas respiratórios (roncos, apneias, cianose);
- Presença de movimentos anormais e repetitivos durante o sono;
- Alterações comportamentais e/ou prejuízo no rendimento escolar e qualidade de vida;
- Ocorrência de parassonias.

B) SINAIS DE ALARME

- Ronco frequente
- Pausas respiratórias
- Sonolência excessiva
- Irritabilidade, dificuldade de concentração, hiperatividade, enurese (molhar a cama) e mudanças comportamentais.

C) CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

Minimamente o encaminhamento à especialidade deverá conter:

1. **Dados de identificação:** Nome completo sem abreviações, idade, data de nascimento, número do Cartão Nacional de Saúde, CPF, nome completo da mãe, endereço, telefones para contato, UBS de origem;
2. **Descrever achados do exame físico e clínico;** descrever exame neurológico;
3. **Antecedentes clínicos:** Comorbidades e complicações associadas (sinais de alerta ou outros sintomas associados);
4. **Medicações de uso contínuo:** Com posologia, tempo de uso e adesão ao tratamento;
5. **Informações da condição de saúde que motivou o encaminhamento, e descrição objetiva do manejo realizado na APS:** Descrever achados do exame físico e clínico; descrever exame neurológico;
6. **Exames laboratoriais, de imagem e demais exames de investigação:** Informar o laudo e data dos exames realizados por solicitação da UBS;

D) PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Primária à Saúde e Pediatras.

E) CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE DE ACESSO

URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA	• Não se aplica.
ELETIVO PRIORITÁRIO (P1)	• Não se aplica.
ELETIVO PRIORITÁRIO (P2)	• Pacientes com os sinais de alarme.
ELETIVO NÃO PRIORITÁRIO (ROTINA)	• Pacientes com prejuízo escolar ou de qualidade de vida.
ATENDIMENTO NA APS	• Demais casos.

2.1.10. PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DO ACESSO – ALTERAÇÕES NEUROVASCULARES

A) CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Pacientes com diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquêmico ou hemorrágico ou Trombose de Seio Venoso Cerebral;
- Pacientes com doenças neurovasculares associadas a estas condições: trombofilias, anemia falciforme, vasculites e síndrome do anticorpo antifosfolípide.

B) SINAIS DE ALARME (descrever sinais de alarme)

- Fraqueza súbita em um lado do corpo
- Sensação de perda de força ou formigamento
- Dificuldade de levantar ou segurar objetos
- Perda de equilíbrio repentino
- Fala enrolada ou dificuldade em articular frases e palavras
- Dormência ou formigamento em um lado do rosto, com sorriso torto
- Confusão mental repentina
- Perda súbita ou turvação da visão, se, causa aparentemente
- Cefaleia repentina, sem explicação e sem histórico.

C) CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

Minimamente o encaminhamento à especialidade deverá conter:

1. **Dados de identificação:** Nome completo sem abreviações, idade, data de nascimento, número do Cartão Nacional de Saúde, CPF, nome completo da mãe, endereço, telefones para contato, UBS de origem;
2. **Descrever achados do exame físico e clínico;** descrever exame neurológico;
3. **Antecedentes clínicos:** Comorbidades e complicações associadas (sinais de alerta ou outros sintomas associados);
4. **Medicações de uso contínuo:** Com posologia, tempo de uso e adesão ao tratamento;
5. **Informações da condição de saúde que motivou o encaminhamento, e descrição objetiva do manejo realizado na APS:** Descrever achados do exame físico e clínico; descrever exame neurológico;
6. **Exames laboratoriais, de imagem e demais exames de investigação:** Informar o laudo e data dos exames realizados por solicitação da UBS;

D) PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Primária à Saúde e Pediatras.

E) CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE DE ACESSO

URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA	• Se presença de déficit neurológico focal agudo.
ELETIVO PRIORITÁRIO (P1)	• Não se aplica.
ELETIVO PRIORITÁRIO (P2)	• Pacientes com evento neurovascular prévio e que não esteja em uso de profilaxia secundária.
ELETIVO NÃO PRIORITÁRIO (ROTINA)	• Pacientes com doenças neurovasculares associadas a alterações descritas nos critérios de encaminhamento. • Pacientes com necessidade de retorno eletivo periódico conforme definido em documentou ou pelo especialista.
ATENDIMENTO NA APS	• Pacientes que já tenham, diagnóstico, etiologia e tratamento estabelecido, com doença estável e em uso de medicação que necessite de ajuste apenas pelo peso conforme Plano de Cuidados estabelecido pela AAE.

2.1.11. PROTOCOLO DE ACESSO – SUSPEITA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO

A) 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.

B) SINAIS DE ALARME

- Crises epilépticas
- Espasticidade
- Ataxia
- Progressão de piora inexorável

C) CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

Minimamente o encaminhamento à especialidade deverá conter:

1. **Dados de identificação:** Nome completo sem abreviações, idade, data de nascimento, número do Cartão Nacional de Saúde, CPF, nome completo da mãe, endereço, telefones para contato, UBS de origem;
2. **Descrever achados do exame físico e clínico;** descrever exame neurológico;
3. **Antecedentes clínicos:** Comorbidades e complicações associadas (sinais de alerta ou outros sintomas associados). É importante encaminhar relato sucinto do quadro clínico, sintomatologia, tratamentos realizados.
4. **Medicações de uso contínuo:** Com posologia, tempo de uso e adesão ao tratamento;
5. **Exames laboratoriais, de imagem e demais exames de investigação:** Descrever laudos 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.

D) PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e Pediatras.

E) CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE DE ACESSO

URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA	• Quadro neurológico agudo de acordo com os sinais de alarme.
ELETIVO PRIORITÁRIO (P1)	• Todos os outros casos.
ELETIVO PRIORITÁRIO (P2)	• Não se aplica.
ELETIVO NÃO PRIORITÁRIO (ROTINA)	• Todos os casos já em acompanhamento que necessitem de retorno eletivo periódico.
ATENDIMENTO NA APS	• Pacientes que já tenham, diagnóstico, etiologia e tratamento estabelecido, com doença estável e em uso de medicação que necessite de ajuste apenas pelo peso conforme Plano de Cuidados estabelecido pela AAE.

2.2. PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DO ACESSO - SUSPEITA OU DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO (TEA)

ALERTA

O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) é um diagnóstico clínico baseado 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).

O laudo para fins de diagnóstico de TEA pode ser emitido pelo PROFISSIONAL MÉDICO PEDIATRA OU PSIQUIATRA OU NEUROLOGISTA conforme critério definidos por este protocolo de acesso.

É função da neurologia e psiquiatria contribuir com apoio diagnóstico nos casos de difícil manejo devido a transtornos de comportamento e/ou condições neurológicas associadas.

É FUNÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL estabelecer, dentro do âmbito de cada profissão, a avaliação para auxílio do diagnóstico e Projeto Terapêutico Singular em conjunto com familiar e paciente.

É VEDADO AOS PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO realizar encaminhamentos para consultas com especialistas no âmbito do SUS, ficando a cargo da educação a emissão de relatório educacional (conforme anexo IV), e, caso necessário, poderá orientar o paciente ou familiar a buscar serviço de saúde, preferencialmente UBS.

Todos os casos devem ser inseridos no Sistema de Telessaúde do Estado.

A) CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

Apoio diagnóstico nos casos de difícil manejo devido a transtornos de comportamento e/ou condições neurológicas associadas.

B) SINAIS DE ALARME

- Comportamento agressivo

C) CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

1. **Número da Teleconsultoria TEA**
2. **Documentos pessoais do paciente** (cartão SUS, documento com foto, comprovante de endereço);
3. **Anexo I –** Rastreamento Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) (menores de 03 (três) anos), ou;
4. **Anexo II –** Rastreamento Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) (03 (três) à 13 anos, 11 meses e 29 dias), ou;
5. **Anexo III –** Rastreamento Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) (maiores de 14 (doze) anos);
6. **Anexo IV –** Relatório Escolar (paciente em fase escolar)

D) PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Profissionais solicitantes Atenção Primária em Saúde – APS

- Médico da Estratégia da Saúde da Família
- Médico da Família e Comunidade
- Médico Generalista
- Médico Clínico
- Médico Pediatra

E) CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE DE ACESSO

URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA	• Crise aguda**.
ELETIVO PRIORITÁRIO (P1)	• Suspeita de TEA com idade entre 0 a 3 anos e atraso global do desenvolvimento; • TEA com Transtorno do Desenvolvimento Intelectual grave ou profundo, ausência de linguagem funcional e comportamento agressivo instável de qualquer idade;
ELETIVO PRIORITÁRIO (P2)	• Suspeita de TEA com idade entre 04 a 06 anos sem Transtorno do Desenvolvimento Intelectual e com linguagem funcional prejudicada; • Suspeita de TEA com idade entre 04 a 06 anos com Transtorno do Desenvolvimento Intelectual moderado e linguagem funcional prejudicada; • Suspeita de TEA com idade acima de 07 anos com Transtorno do Desenvolvimento Intelectual moderado ou grave e com leve ou nenhum comprometimento da linguagem funcional. • Suspeita ou diagnóstico de TEA com transtorno do comportamento de qualquer idade.
ELETIVO NÃO PRIORITÁRIO (ROTINA)	• TEA diagnosticado com idade acima de 07 anos com Transtorno do Desenvolvimento Intelectual leve, moderado ou grave e com leve ou nenhum comprometimento da linguagem funcional; • TEA diagnosticado sem transtorno do comportamento ou comportamento agressivo;
ATENDIMENTO NA APS	• Necessidade de acompanhamento com maior frequência na puericultura; • Necessidade de avaliação multidisciplinar para intervenção precoce; • Necessidade de avaliação dos pais/cuidadores para treinamento parental; • TEA sem Transtorno do Desenvolvimento Intelectual e com leve ou nenhum comprometimento da linguagem funcional.

(**)CRISE AGUDA

Define-se um quadro de agitação psicomotora com necessidade de contenção, hiperatividade, inquietude, angústia, irritabilidade e verborreia ou atitude hostil física e/ou verbal, ameaçadora ou em franca agressão, onde torna-se necessário inclusive acionamento do Serviço Móvel de Urgência (SAMU 192) por configurar situação de risco à pessoa. Além disso, figuram ainda os casos de sobrecargas emocionais, sensoriais ou sociais que pessoas autistas, definidos como *Meltdown* ou *Shutdown*, com falha/ausência de resposta à abordagens de manejo extra-hospitalares, conforme descrito na Linha de Cuidado para Pessoas com TEA (2025), disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_pessoas_tea.pdf.

F) OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Na CID-11, o Transtorno do Espectro do Autismo é identificado pelo código 6A02 em substituição ao F84.0, e as subdivisões passam a estar relacionadas com a presença ou não de Deficiência Intelectual e/ou comprometimento da linguagem funcional:

- 6A02.0 – Transtorno do Espectro do Autismo sem Transtorno do Desenvolvimento Intelectual e com leve ou nenhum comprometimento da linguagem funcional.

Todos os indivíduos devem atender aos critérios para TEA, não apresentarem Transtorno do Desenvolvimento Intelectual, havendo apenas leve ou nenhum comprometimento no uso da linguagem/ comunicação funcional, seja através da fala, seja através de outro recurso comunicativo (como imagens, textual, sinais, gestos ou expressões).

- 6A02.1 – Transtorno do Espectro do Autismo com Transtorno do Desenvolvimento Intelectual e com leve ou nenhum comprometimento da linguagem funcional.

Todos os indivíduos devem atender aos critérios para TEA e Transtorno do Desenvolvimento Intelectual associados a leve ou nenhum comprometimento no uso da linguagem/comunicação funcional, seja através da fala, seja através de outro recurso comunicativo (como imagens, textual, sinais, gestos ou expressões).

- 6A02.2 – Transtorno do Espectro do Autismo sem Transtorno do Desenvolvimento Intelectual e com linguagem funcional prejudicada.

Todos os indivíduos devem atender aos critérios para TEA, não apresentarem Transtorno do Desenvolvimento Intelectual, havendo, porém, prejuízo acentuado na linguagem/comunicação funcional em relação ao esperado para a sua faixa etária, seja através da fala (não podendo fazer uso mais do que palavras isoladas ou frases simples), seja através de outro recurso comunicativo (como imagens, textual, sinais, gestos ou expressões).

- 6A02.3 – Transtorno do Espectro do Autismo com Transtorno do Desenvolvimento Intelectual e linguagem funcional prejudicada.

Todos os indivíduos devem atender aos critérios para TEA e Transtorno do Desenvolvimento Intelectual associados a prejuízo acentuado na linguagem/comunicação funcional em relação ao esperado para a sua faixa etária, seja através da fala (não podendo fazer uso mais do que palavras isoladas ou frases simples), seja através de outro recurso comunicativo (como imagens, textual, sinais, gestos ou expressões).

- 6A02.5 – Transtorno do Espectro do Autismo com Transtorno do Desenvolvimento Intelectual e ausência de linguagem funcional.

Todos os indivíduos devem atender aos critérios para TEA e Transtorno do Desenvolvimento Intelectual associados à ausência de repertório e uso de linguagem/comunicação funcional, seja através da fala, seja através de outro recurso comunicativo.

- 6A02.Y – Outro Transtorno do Espectro do Autismo especificado
- 6A02.Z – Transtorno do Espectro do Autismo, não especificado.

2.3. PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DE ACESSO - CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA CONSULTA ESPECIALIZADA EM GENÉTICA MÉDICA (PRESENCIAL E TELECONSULTA)

ALERTA

Considerando a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras que organiza a Rede de Atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS) e preconiza a otimização do acesso aos serviços de saúde.

Considerando que a Consulta em Genética Médica consiste em avaliar, entrevistar, diagnosticar, ofertar tratamento de usuários com suspeita de Doenças Raras, esclarecimento ao usuário e à família sobre a doença bem como orientar sobre terapias de apoio e aconselhamento genético.

Considerando a Portaria GM/MS 3.691, de 23 de maio de 2024, a qual define teleconsulta como "consulta remota, mediada por Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação, para a troca de informações clínicas, laboratoriais e de imagens entre profissional de saúde e paciente, com possibilidade de prescrição e emissão de atestados, devendo ser observadas as resoluções vigentes de cada conselho de classe profissional em exercício".

Considerando necessidade de acesso regulado e qualificado a consulta de Genética Médica realizada no Centro Hospitalar de Reabilitação Ana Carolina Moura Xavier (CHR) que integra o Complexo Hospitalar do Trabalhador (CHT).

Seguem as orientações às Centrais de Regulação para a inclusão de usuários na fila de espera pelo Sistema e-Saúde/Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE:

A) CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Usuários de qualquer idade que apresentem características suspeitas de doenças raras;
- Documentos pessoais do usuário (cartão SUS, documento com foto, comprovante de endereço);
- Anexo I - Formulário de encaminhamento para consulta especializada em genética médica;

- Três ou mais malformações congênitas menores (conforme Guia Pratico de Anomalias Congênitas - http://plataforma.saude.gov.br/anomalias-congenitas/guia-pratico-anomalias-congenitas.pdf);
- Uma malformação congênita maior (conforme Guia Pratico de Anomalias Congênitas - http://plataforma.saude.gov.br/anomalias-congenitas/guia-pratico-anomalias-congenitas.pdf);
- Fraqueza muscular, distúrbio de marcha e de movimentos (ataxia, hipotonia, distonia);
- Alteração metabólica com suspeita de Erro Inato do Metabolismo;
- Regressão neurológica;
- Fraturas de repetição, suspeita de alterações ósseas;
- Distúrbio de Diferenciação sexual;
- Obesidade precoce e sindrômica;
- Excesso de crescimento unilateral;
- Perda auditiva de início precoce sem causa ambiental evidente e/ou com comorbidades e/ou história familiar;
- Déficit intelectual e transtorno espectro autista **COM** suspeita de X-frágil ou outra suspeita de Doença Rara;
- Epilepsia de difícil controle;
- Infecções de repetição com suspeita de alteração imunológica, considerando critérios de sinais de alerta;
- Suspeita de distúrbio genético afetando o tecido conjuntivo (hiperextensibilidade da pele, cicatrizes atróficas, hipermobilidade articular generalizada, alterações oculares, entre outros);
- Alterações cardiovasculares (cardiomiopatia dilatada / hipertrófica; dilatação de raiz de aorta, dissecções espontâneas de artérias, arritmias cardíacas, aortopatias, síndrome do QT longo, hiperlipidemia)
- Suspeita ou histórico familiar de doença hereditária de início tardio (como por exemplo Doença de Huntington, Doença Renal Policística do Adulto, Doença de Parkinson e de Alzheimer de início antes dos 50 anos);
- Distúrbios hematológicos, em especial trombofilias/coagulopatias, evidenciados por sangramentos recorrentes, hematomas frequentes, tromboses venosas profundas recorrentes ou embolias;

Situações que indicam necessidade de investigação para Doença Rara após exames não confirmatório de outras etiologias nas seguintes situações:

- Alterações cutâneas que indicam suspeita de Doenças raras;
- Lesões vasculares que indicam suspeita de Doenças raras;
- Acidente vascular encefálico (AVE) na infância que indicam suspeita de Doenças raras;
- Alterações oftalmológicas congênitas e progressivas;
- Distúrbios do crescimento (baixa estatura, baixa velocidade de crescimento, alta estatura);
- Puberdade atrasada ou precoce.

B) SINAIS DE ALARME – Não se aplica.

C) CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

Somente serão agendadas consultas presenciais ou teleconsulta mediante a manifestação de indicação na teleconsultoria. O protocolo de solicitação de teleconsultoria encontra-se disponível em: https://www.canva.com/design/DAGzFDu3G_w/HPgvUR4ietiGiJw_nUmGzQ/edit?utm_content=DAGzFDu3G_w&utm_campaign=designshare&utm_medium=link2&utm_source=sharebutton.

D) PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da Atenção Primária à Saúde (Médicos da Estratégia da Saúde da Família, Médico da Família e Comunidade, Médico Generalista, Médico Clínico, Médico Pediatra).
- Médicos de serviços ambulatoriais especializados e hospitalares (Médico Pediatra, Médico neuropediatra, Médico cardiologista, médico endocrinologista, médico dermatologista, médico gastroenterologista, dentre outros).

E) CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE DE ACESSO

URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA	• Erro inato do metabolismo (EIM).
ELETIVO PRIORITÁRIO (P1)	• Usuário com malformações, deformidades e disrupções; • Suspeita de amiotrofia espinhal; • Osteogênese imperfeita; • Regressão neurológica; Epilepsia refratária; • Suspeita de erro inato do metabolismo; • Aplasia medular ou similar; • Suspeita de erros inatos da imunidade.
ELETIVO PRIORITÁRIO (P2)	• Déficit intelectual e transtorno espectro autista COM e SEM comorbidades ou histórico familiar; • Malformações Congênitas maiores ou menores; • Insuficiência cardíaca e cardiomiopatia hipertrófica dilatada, mais frequentemente associada a hipotonia; • Restrição de crescimento intrauterino sem causa definida; Fraqueza muscular, distúrbio de marcha e de movimentos (ataxia, hipotonia, distonia); • Fraturas de repetição, suspeita de alterações ósseas; Distúrbio de Diferenciação sexual; • Alterações cutâneas ou vasculares com suspeita de Doenças raras; • Maturação sexual anormal ou puberdade tardia; Acidente vascular encefálico (AVE) na infância e Infecções de repetição com suspeita de alteração imunológica; • Distúrbios do crescimento com resposta atípica a terapias convencionais; • Sintomas inespecíficos, tais como dificuldade respiratória, hipotonia, reflexo de sucção,vômitos, letargia e outros problemas que podem ser atribuídos a sepse; • Casos em acompanhamento já com diagnóstico sindrômico e Esclarecer diagnóstico prévio de síndrome.
ELETIVO NÃO PRIORITÁRIO (ROTINA)	• Aconselhamento genético Reconsulta em genética médica.
ATENDIMENTO NA APS	• Usuários diagnosticados e em tratamento.

F) OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO PARA CONSULTA PRESENCIAL E TELECONSULTA

- Usuário sem suspeita de condição de causa genética;
- Usuário classificado com grau de prioridade urgência/emergência.
- Usuário sem teleconsultoria.

TELECONSULTA

A teleconsulta em genética não tem por objetivo substituir o atendimento presencial, e pode ser indicada em alguns casos, a saber: usuários geograficamente distantes do CHR, usuários com dificuldade de deslocamento, seja por desordens físicas ou de transporte sanitário, preferência do usuário, indicação médica. Deve-se obter o consentimento do usuário sempre que optar por esta modalidade de atendimento, além de garantir que o atendimento seja realizado na Unidade de Saúde de seu território.

No momento do atendimento, o usuário deverá estar acompanhado de um profissional enfermeiro (nível superior),que fornecerá o auxílio necessário durante a consulta e realizar o registro do atendimento em prontuário local.

A decisão da modalidade de atendimento (se presencial ou remota) será definida pelo médico teleconsultor, com base no caso cadastrado para teleconsultoria. O agendamento da teleconsulta ocorrerá por meio de agenda interna do Sistema de Regulação Estadual (Sistema Care), e serão previamente agendadas no Consultório Virtual do Sistema de Telemedicina e Telessaúde (STT) e os atendimentos serão realizados por meio do link: https://teleatendimento.telessaude.ufsc.br/atendimento/0015369.

Serão estruturados fluxos para comunicar a regional de saúde, município de usuários sobre o referido agendamento (se presencial ou remoto). As recomendações técnicas para estruturação de ofertas de teleconsulta e sua operacionalização serão disponibilizadas em Nota Técnica específica pelo Núcleo de Telessaúde da SESA-PR.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM): proposta de instrumento de avaliação com ajustes: versão relatório final do GTI.** Brasília: Ministério da Saúde, [202?]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/ifbrm. Acesso em: 18 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.060, de 5 de junho de 2002. **Institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência.** Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 198, p. 167, 6 jun. 2002. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.060-de-30-de-abril-de-2020-258265486. Acesso em: 18 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. **Institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS e recomenda a utilização de protocolo único de classificação de risco.** Brasília, 2011. Disponível em: https://www.saude.gov.br/ptbr/legislacao/portarias/2011/portaria-ms-gm-1600-de-7-de-julho-de-2011. Acesso em: 13 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.526, de 11 de outubro de 2023. **Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nºs 2, 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre PNAISPD e RCPD no âmbito do SUS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.526-de-11-de-outubro-de-2023-516446366. Acesso em: 18 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011. **Organiza o componente hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no SUS.** Brasília, 2011. Disponível em: https://www.saude.gov.br/pt-br/legislacao/portarias/2011/portaria-msgm-2395-de-11-de-outubro-de-2011. Acesso em: 13 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. **Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 2013. Disponível em: https://www.saude.gov.br/pt-br/legislacao/portarias/2013/portaria-ms-gm-3390-de-30-de-dezembro-de-2013. Acesso em: 13 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. E**stabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 2010. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=6785-portaria-4279-de-30-de-dezembro-de-2010-sesmg. Acesso em: 13 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. **Institui a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras e as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** (Origem: PRT MS/GM nº 199/2014). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, set. 2017. Anexo XXVIII. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 18 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS – SIGTAP**. Brasília, DF: DataSUS, [2021]. Disponível em: http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp. Acesso em: 18 ago. 2025.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA. **Protocolos de acesso e classificação de risco**. Florianópolis, 2014. Disponível em: https://www.saude.sc.gov.br/index.php/resultado-busca/protocolos-e-diretrizesterapeuticas/3507-protocolos-de-acesso-e-classificacao-de-risco. Acesso em: 13 maio 2025.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Portaria nº 564, de 14 de junho de 2018. **Estabelece os Protocolos de Acolhimento e Classificação de Risco nas Portas Fixas de Urgência e Emergência da Rede de Saúde do Distrito Federal.** Brasília, 2018. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/1a0be6ab8d624138a9912e94fe1b3209/Portaria_564_14_06_2018.html. Acesso em: 13 maio 2025.

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal da Saúde. Fluxo assistencial e regulatório da vaga de genética médica. São Paulo: SMS, 2024. Disponível em: https://drive.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Fluxo_assistencial_regulatorio_vaga_genetica_medica_jul24.pdf. Acesso em: 18 ago. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GENÉTICA MÉDICA E GENÔMICA. **Genética para profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde no Brasil.** São Paulo: SBGEM, 2022. Disponível em: https://www.sbgm.org.br/uploads/cartilha.pdf. Acesso em: 18 ago. 2025.

WIKIPEDIA. **Sistema Nacional de Regulação.** Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Sistema_Nacional_de_Regula%C3%A7%C3%A3o. Acesso em: 13 maio 2025.

ANEXO I

Rastreamento Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)
(Menores de 3 anos)

Município: _____ UBS:_____ Data:___/___/_____

IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____ Data de Nascimento:___/___/_____

Idade: ___anos Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino Raça/cor: _____

CPF: _____ Cartão SUS: _____

Filiação: _____

Escola: _____ Ano do Ensino escolar:_____

I. INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA (REFERÊNCIA: CADERNETA DE SAÚDE DA MENINA OU DO MENINO*):

*Caderneta de Saúde
Menina:https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid= gtf-escriba-sesa@50b8e4cc-6590-468f-8401-f3592ebbc4ec&emPg=true
Menino:https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escriba-sesa@243a4cb2-5fe2-4ea2-9762-bd76540e9405&emPg=true

Instrumento de Avaliação do Desenvolvimento Integral da Criança

Dados de Avaliação	Classificação	Conduta
Perímetro cefálico < 2Z escores ou > +2Z escores ou Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas*; ou Ausência de 1 ou mais reflexos/posturas/habilidades para a faixa etária anterior (se a criança estiver na faixa de 0 a 1 mês, considere a ausência de 1 ou mais reflexos/posturas/habilidades para a sua faixa etária suficiente para esta classificação).	Provável atraso no desenvolvimento	Acionar a rede de atenção especializada para avaliação do desenvolvimento.
Ausência de 1 ou mais reflexos/posturas/habilidades para a sua faixa etária (de 1 mês a 6 anos) ou Todos os reflexos /posturas/habilidades para a sua faixa etária estão presentes, mas existe 1 ou mais fatores de risco.	Alerta para o desenvolvimento	Orientar a mãe/cuidador sobre a estimulação da criança. Marcar consulta de retorno em 30 dias. Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta para retornar antes de 30 dias.
Todos os reflexos/posturas/habilidades presentes para a sua faixa etária.	Desenvolvimento Adequado	Elogiar a mãe/cuidador. Orientar a mãe/cuidador para que continue estimulando a criança. Retornar para acompanhamento conforme a rotina do serviço de saúde. Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta para retornar antes.

*Exemplos de alterações fenotípicas mais frequentes: fenda palpebral oblíqua, implantação baixa de orelhas, lábio leporino, fenda palatina, pescoço curto e/ou largo, prega palmar única e quinto dedo da mão curto e recurvado

AVALIAÇÃO → ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO/ CONDUTA
( ) **Desenvolvimento adequado** → Rotina do Serviço
( ) **Alerta para o desenvolvimento** → Orientar estimulação / Reavaliar em 30 dias
( ) **Provável atraso no desenvolvimento** → Acionar Rede de Atenção Especializada

II. M-CHAT-R (16-30 meses) (Referência: Caderneta de Saúde da menina ou do menino*):

( ) **Baixo Risco** (0-2)
- < 24 meses, repetir o M-CHAT-R aos 24 meses.
- Não é necessária qualquer outra medida, a não ser que seja observado sinais que indique risco de TEA.

( ) **Moderado Risco** (3-7)
- Entrevista de Seguimento (segunda etapa do M-CHAT-R/F) para obter informação adicional sobre as respostas de risco:
- https://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2020/09/M-CHAT-R_F_Brazilian_Portuguese_v2.pdf
- (≥ 2 → Positivo) Encaminhar a criança para avaliação diagnóstica e para avaliação da necessidade de intervenção.
- Se a pontuação da Entrevista de Seguimento for 0-1, a criança pontua negativo.
- Nenhuma outra medida é necessária, a não ser que seja observado sinais que indique risco de TEA.
- A criança deverá fazer a triagem novamente em futuras consultas de rotina.

( ) **Alto risco** (8-20)
- Encaminhar para avaliação diagnóstica e avaliação da necessidade de intervenção.

III. Anamnese

1. História familiar de TEA? ( ) Sim ( ) Não. Caso sim, grau de parentesco: _____

2. Suspeita de deficiência visual? ( ) Sim ( ) Não .

3. Suspeita de deficiência auditiva? ( ) Sim ( ) Não .

4. O paciente apresenta comorbidade(s)? ( ) Sim ( ) Não.
Caso sim, especificar comorbidade(s):
( ) Epilepsia ( ) Paralisia cerebral ( ) TDAH ( ) Déficit cognitivo ( ) TOD ( ) Síndrome genética.
Especificar qual: _____ ( ) Outras comorbidades. Especificar qual: _____

5. Assinalar qual(is) exame(s) o paciente já realizou, anexar laudo e imagens (*não obrigatório para APS):
( ) Tomografia Computadorizada de Crânio
( ) Ressonância Nuclear Magnética de Encéfalo
( ) Eletroencefalograma
( ) Exames genéticos
( ) BERA
( ) Outros. Especificar quais e resultados:

6. Paciente foi avaliado por equipe multiprofissional? ( ) Sim ( ) Não.
Caso, sim, assinale os profissionais que avaliaram paciente:

( ) Fonoaudiologia
( ) Psicologia
( ) Terapia ocupacional
( ) Fisioterapia
( ) Outras. Especificar: _____

7. O paciente está realizando estimulação precoce? ( ) Sim ( ) Não
Caso sim, há quanto tempo: _____

8. Existe um Projeto Terapêutico Singular (PTS)? ( ) Sim (anexar PTS) ( ) Não

9. Quais profissionais estão acompanhando o paciente atualmente?
( ) Não se aplica
( ) Fonoaudiologia
( ) Psicologia
( ) Terapia ocupacional
( ) Fisioterapia
( ) Outras. Especificar: _____

10. O paciente frequenta escola? ( ) Sim ( ) Não

Caso sim, especificar: ( ) Escola pública ( ) Escola particular ( ) Educação Especial

11. Há relatório escolar? ( ) Sim (anexar) ( ) Não

12. Há necessidade atualmente de intervenção farmacológica? ( ) Sim ( ) Não

13. Qual(is) fármaco(s) o paciente utiliza atualmente? Descrever conforme solicitado

Fármaco	Dose diária	Tempo que fez uso	O fármaco visa tratar qual (is) sintoma (s)?

14. Qual(is) o(s) fármaco(s) já utilizado(s)? Descrever conforme solicitado:

Fármaco	Dose diária	Por quanto tempo que fez uso	O fármaco visa tratar qual (is) sintoma (s)?	Motivo e tempo da suspensão da medicação

15. Qual o motivo da solicitação de consulta presencial com médico especialista?

_____

_____

_____

_____

Assinatura médico solicitante:
CRM: _____

( ) Médico da Estratégia da Saúde da Família
( ) Médico da Família e Comunidade
( ) Médico Generalista
( ) Médico Clínico
( ) Médico Pediatra

ANEXO II

Rastreamento Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)
(maiores de 3 anos até 13 anos, 11 meses e 29 dias)

Município: _____ UBS: _____ Data:___/___/_____

IDENTIFICAÇÃO:
Nome: _____ Data de Nascimento:___/___/____
Idade: ___anos Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino Raça/cor: _____
CPF: _____ Cartão SUS: _____
Filiação: _____
Escola: _____ Ano do Ensino escolar: _____

I- INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA (Referência: Caderneta de Saúde da menina ou do menino*):

AVALIAÇÃO → ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO/ CONDUTA
( ) **Desenvolvimento adequado** → Rotina do serviço
( ) **Alerta para o desenvolvimento** → Orientar estimulação / Reavaliar em 30 dias
( ) **Provável atraso no desenvolvimento** → Acionar Rede de Atenção Especializada

II- RASTREIO

1. Atrasos ou funcionamento anormal com início antes dos 3 anos de idade:
( ) Linguagem para fins de comunicação social.
( ) Interação social.
( ) Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades.
( ) Jogos imaginativos ou simbólicos.

2. Comunicação:
( ) Atraso ou ausência total de desenvolvimento da linguagem falada (não acompanhado por uma tentativa de compensar através de modos alternativos de comunicação, tais como gestos ou mímica).
( ) Em indivíduos com fala adequada, acentuado prejuízo na capacidade de iniciar ou manter uma conversação.
( ) Uso estereotipado e repetitivo da linguagem ou linguagem idiossincrática.
( ) Falta de jogos ou brincadeiras de imitação sociais variadas e espontâneos apropriados ao nível de desenvolvimento.
( ) Fala apenas em determinados contextos sociais (diagnóstico diferencial para Mutismo Seletivo).

3. Interação social:
( ) Prejuízo acentuado no uso de múltiplos comportamentos não-verbais (ausência de contato visual direto, expressão facial, posturas corporais e gestos para regular a interação social).
( ) Prejuízo acentuado para desenvolver relacionamentos com seus pares apropriados ao nível de desenvolvimento.
( ) Prejuízo acentuado para tentativa espontânea de compartilhar realizações com outras pessoas (não mostrar, trazer ou apontar objetos de interesse).

( ) Prejuízo acentuado de reciprocidade social-emocional (Capacidade de receber, interpretar, aceitar e devolver afeto da mesma forma ou de forma similar. Por exemplo, quando abraçamos de volta quem nos abraçou).
( ) Prejuízo acentuado ou ausente na demonstração de interesses, emoções ou afeto.
( ) Prejuízo acentuado para iniciar ou responder a interações sociais (não se aplica quando criança apresenta sentimentos relacionados a "vergonha ou timidez" ou decorrentes de situações traumáticas, como abusos físicos, psicológicos e sexuais).

4. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades:
( ) Adesão aparentemente inflexível a rotinas ou rituais específicos e não-funcionais.
( ) Maneirismos motores estereotipados e repetitivos de interesse.
( ) Preocupação persistente com partes de objetos.
( ) Interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco.

5. Comportamento:
( ) Autoagressividade
( ) Heteroagressividade
( ) Irritabilidade
( ) Comportamento destrutivo
( ) Esquecimentos
( ) Desatenção e dificuldade concentração
( ) Choro frequente

6. Hiperatividade/hiporreatividade:
( ) Agitação excessiva
( ) Inquietação excessiva
( ) Movimentação pelo ambiente excessiva
( ) Impulsividade excessiva
( ) Hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum

7. Sono:
( ) Aumento da latência do sono (aumento de tempo para adormecer).
( ) Sono agitado.
( ) Despertares noturnos.

8. Alimentação:
( ) Mastigação alterada, como não morde, não engole.
( ) Apetite ausente.
( ) Apetite excessivamente voraz.
( ) Exigências sobre certos tipos de comida, determinadas cores, texturas, temperatura da comida.
( ) Dieta hiper seletiva de forma rígida.

III- Anamnese

1. História familiar de TEA? ( ) Sim ( ) Não. Caso sim, grau de parentesco: _____

2. Suspeita de deficiência visual? ( ) Sim ( ) Não .

3. Suspeita de deficiência auditiva? ( ) Sim ( ) Não .

4. O paciente apresenta comorbidade(s)? ( ) Sim ( ) Não .
Caso sim, especificar comorbidade(s): ( ) Epilepsia ( ) Paralisia cerebral ( ) TDAH ( ) Déficit cognitivo
( ) TOD ( ) Síndrome genética. Especificar qual: _____
( ) Outras comorbidades. Especificar qual: _____

5. Assinalar qual(is) exame(s) o paciente já realizou - anexar laudo e imagens (*não obrigatório para APS):
( ) Tomografia Computadorizada de Crânio
( ) Ressonância Nuclear Magnética de Encéfalo
( ) Eletroencefalograma
( ) Exames genéticos
( ) BERA
( ) Outros. Especificar quais e resultados: _____
_____
_____
_____

6. Paciente foi avaliado por equipe multiprofissional? ( ) Sim ( ) Não.
Caso, sim, assinale os profissionais que avaliaram paciente:
( ) Fonoaudiologia
( ) Psicologia
( ) Terapia ocupacional
( ) Fisioterapia
( ) Outras. Especificar: _____

7. O paciente está realizando estimulação precoce? ( ) Sim ( ) Não
Caso sim, há quanto tempo: _____

8. Existe um Projeto Terapêutico Singular (PTS)? ( ) Sim (anexar PTS) ( ) Não

9. Quais profissionais estão acompanhando o paciente atualmente?
( ) Não se aplica
( ) Fonoaudiologia
( ) Psicologia
( ) Terapia ocupacional
( ) Fisioterapia
( ) Outras. Especificar: _____

10. O paciente frequenta escola? ( ) Sim ( ) Não
Caso sim, especificar: ( ) Escola pública ( ) Escola particular ( ) Educação Especial

11. Há relatório escolar? ( ) Sim (anexar) ( ) Não

12. Há necessidade atualmente de intervenção farmacológica? ( ) Sim ( ) Não

13. Qual(is) fármaco(s) o paciente utiliza atualmente? Descrever conforme solicitado

Fármaco	Dose diária	Tempo que fez uso	O fármaco visa tratar qual (is) sintoma (s)?

14. Qual(is) o(s) fármaco(s) já utilizado(s)? Descrever conforme solicitado:

Fármaco	Dose diária	Por quanto tempo que fez uso	O fármaco visa tratar qual (is) sintoma (s)?	Motivo e tempo da suspensão da medicação

15. Qual o motivo da solicitação de consulta presencial com médico especialista?

_____
_____
_____
_____
_____

Assinatura médico solicitante:
CRM: _____
( ) Médico da Estratégia da Saúde da Família
( ) Médico da Família e Comunidade
( ) Médico Generalista
( ) Médico Clínico
( ) Médico Pediatra

ANEXO III

Rastreamento Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) (Maiores de 14 anos)

Município: _____ UBS: _____
CNES: _____ Data: ___/___/_____

IDENTIFICAÇÃO:
Nome: _____ Data de Nascimento:___/___/_____
Idade: ___anos Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino Raça/cor: _____
CPF: _____ Cartão SUS: _____
Filiação: _____
Escola: _____ Ano do Ensino escolar:_____

1. De acordo com o DSM-5, assinale o nível de suporte atual do paciente:

( ) **Nível 1** – Precisam de pouco suporte – geralmente apresentam dificuldades na comunicação social e interação, mas conseguem lidar com rotinas diárias.
( ) **Nível 2** – Precisam de suporte substancial – dificuldades sociais e de comunicação são mais pronunciadas. As pessoas nesse nível podem demonstrar comportamentos repetitivos ou restritos que interferem na funcionalidade. Podem precisar de suporte substancial para lidar com mudanças na rotina e podem ter dificuldade em adaptar-se a novas situações sociais.
( ) **Nível 3** – Precisam de muito suporte – dificuldades graves na comunicação, interação social e comportamento. Pode haver compreensão limitada das pistas sociais, dificuldade em expressar suas necessidades e podem apresentar comportamentos desafiadores. Requer um suporte muito substancial para todas as áreas da vida.

2. Assinale os sinais e sintomas dos Critérios de Eixo A (dificuldade na comunicação, linguagem e interação social) dos critérios diagnósticos do DSM – 5 existentes no paciente:

( ) Déficits na reciprocidade sócio emocional, variando, por exemplo, de abordagem social anormal e dificuldade para estabelecer uma conversa normal a compartilhamento reduzido de interesse, emoções ou afeto, a dificuldade para iniciar ou responder a interações sociais.
( ) Déficits nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social, variando, por exemplo, de comunicação verbal e não verbal pouco integrada a anormalidade no contato visual e lingugem corporal ou déficits na compreensão e uso gestos, a ausência total de expressões faciais e comunicação não verbal.
( ) Déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos, variando de dificuldades em ajustar o comportamento para se adequar a contextos sociais diversos a dificuldade em compartilhar brincadeiras imaginativas ou em fazer amigos, ausência de interesse por pares.

3. Assinale os sinais e sintomas dos Critérios de Eixo B (Padrões restritos e repetitivos de comportamento) dos critérios diagnósticos do DSM – 5 existentes no paciente:
( ) Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos (estereotipais motoras simples, alinhar brinquedos ou girar objetos, ecolalia, frases idiossincráticas).
( ) Insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal (sofrimento extremo em relação a pequenas mudanças, dificuldades com transições, padrões rígidos de pensamento, rituais de saudação, necessidade de fazer o mesmo caminho ou ingerir os mesmos alimentos diariamente).

( ) Interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco (forte apego a ou preocupação com objetos incomuns, interesses excessivamente circunscritos ou perseverativos).
( ) Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente (indiferença aparente a dor/temperatura, reação contrária a sons ou texturas específicas, cheirar ou tocar objetos de forma excessiva, fascinação visual por luzes ou movimento).

4. História familiar de TEA? ( ) Sim ( ) Não. Caso sim, grau de parentesco: _____

5. Suspeita de deficiência visual? ( ) Sim ( ) Não .

6. Suspeita de deficiência auditiva? ( ) Sim ( ) Não .

7. O paciente apresenta comorbidade(s)? ( ) Sim ( ) Não . Caso sim, especificar comorbidade(s):
( ) Epilepsia ( ) Paralisia cerebral ( ) TDAH ( ) Déficit cognitivo ( ) TOD
( ) Síndrome genética. Especificar qual: _____
( ) Outras comorbidades. Especificar qual: _____

8. Assinalar qual(is) exame(s) o paciente já realizou, anexar laudo e imagens (*não obrigatório para APS):
( ) Tomografia Computadorizada de Crânio
( ) Ressonância Nuclear Magnética de Encéfalo
( ) Eletroencefalograma
( ) Exames genéticos
( ) BERA
( ) Outros. Especificar quais e resultados:

9. Paciente foi avaliado por equipe multiprofissional? ( ) Sim ( ) Não .
Caso, sim, assinale os profissionais que avaliaram paciente:
( ) Fonoaudiologia
( ) Psicologia
( ) Terapia ocupacional
( ) Fisioterapia
( ) Outras. Especificar:

10. O paciente está realizando estimulação precoce? ( ) Sim ( ) Não
Caso sim, há quanto tempo:

11. Existe um Projeto Terapêutico Singular (PTS)? ( ) Sim (anexar PTS) ( ) Não

12. Quais profissionais estão acompanhando o paciente atualmente?
( ) Não se aplica
( ) Fonoaudiologia
( ) Psicologia
( ) Terapia ocupacional
( ) Fisioterapia
( ) Outras. Especificar:

13. O paciente frequenta escola? ( ) Sim ( ) Não
Caso sim, especificar: ( ) Escola pública ( ) Escola particular ( ) Educação Especial

14. Há relatório escolar? ( ) Sim (anexar) ( ) Não

15. Há necessidade atualmente de intervenção farmacológica? ( ) Sim ( ) Não

16. Qual(is) fármaco(s) o paciente utiliza atualmente? Descrever conforme solicitado

Fármaco	Dose diária	Tempo que fez uso	O fármaco visa tratar qual (is) sintoma (s)?

17. Qual(is) o(s) fármaco(s) já utilizado(s)? Descrever conforme solicitado:

Fármaco	Dose diária	Por quanto tempo que fez uso	O fármaco visa tratar qual (is) sintoma (s)?	Motivo e tempo da suspensão da medicação

18) Qual o motivo da solicitação de consulta presencial com médico especialista?

_____

_____

_____

_____

Assinatura médico solicitante:
CRM: _____
( ) Médico da Estratégia da Saúde da Família
( ) Médico da Família e Comunidade
( ) Médico Generalista
( ) Médico Clínico
( ) Médico Pediatra

ANEXO IV
RELATÓRIO ESCOLAR

IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____

Data de Nascimento: ___/___/_____ Idade: _____anos

Questionário escolar

Este questionário tem como objetivo coletar informações sobre o comportamento, as habilidades e as interações da criança no ambiente escolar, de forma a identificar suas necessidades específicas.

Solicita-se que este check-list seja respondido de forma cuidadosa e objetiva pelo professor que passa mais tempo com a criança. Leia todas as questões com atenção. Responda de forma sincera e objetiva. Este questionário é confidencial, e suas respostas serão utilizadas exclusivamente para apoiar a equipe de saúde nos cuidados e encaminhamentos necessários.

	Pergunta	Sim	Não
1	A criança inicia brincadeiras com outras crianças de forma espontânea?		
2	A criança mantém brincadeiras com outras crianças sem intervenção de adultos?		
3	A criança faz amizade com facilidade?		
4	Há conflitos frequentes entre a criança e seus colegas?		
5	Há conflitos frequentes entre a criança e seus professores?		
6	Os conflitos são resolvidos com facilidade?		
7	A criança resolve conflitos com os colegas de maneira adequada quando orientada?		
8	O professor percebe que os colegas procuram a criança para interações sociais?		
9	A criança tem dificuldade em responder adequadamente a interações sociais iniciadas por outras pessoas?		
10	A criança apresenta dificuldade em entender e reagir a emoções dos outros?		
11	A criança apresenta dificuldade em ajustar o comportamento em diferentes contextos sociais?		
12	A criança reage de maneira calma diante de frustrações?		
13	A criança consegue controlar as emoções em situações de conflito?		
14	A criança demonstra atitudes positivas em relação aos colegas e professores?		
15	A criança demonstra interesse para participar das atividades escolares?		
16	A criança apresenta iniciativa nas atividades escolares?		
17	A criança respeita regras e normas estabelecidas na escola?		
18	A criança mantém seus materiais organizados?		
19	A criança demonstra cuidado com seus pertences?		
20	A criança consegue prestar atenção nas aulas sem se distrair?		
21	A criança realiza atividades em sala de aula de forma independente?		
22	A criança persiste na realização de tarefas mesmo quando encontra dificuldades?		

23	A criança apresenta dificuldades para finalizar as tarefas, desistindo facilmente?		
24	A criança consegue acompanhar as explicações em sala de aula de forma autônoma?		
25	A criança apresenta dificuldades relacionadas à organização ou ao planejamento de etapas em tarefas mais complexas?		
26	A criança demonstra facilidade em expressar suas ideias verbalmente?		
27	A criança demonstra criatividade ao propor soluções para problemas do cotidiano?		
28	A criança demonstra maior facilidade em atividades que envolvem criatividade ou resolução de problemas?		
29	A criança demonstra facilidade em atividades que envolvem interpretação, leitura ou escrita?		
30	A criança desenvolve atividades que exigem cálculo ou resolução de problemas matemáticos com facilidade?		
31	Prefere participar de atividades práticas ou experimentais, como artes, ciências ou educação física?		
32	A criança demonstra boa coordenação motora fina (ex.: escrever, desenhar, usar tesoura)?		
33	A criança demonstra boa coordenação motora global (ex.: correr, pular, caminhar)?		
34	A criança mantém uma postura adequada para sentar e realizar tarefas?		
35	A criança apresenta agitação motora ou tiques frequentes?		
36	A criança apresenta reações extremas a estímulos sensoriais (sons, luzes, texturas ou movimentos)?		
37	A criança apresenta dificuldade em reconhecer situações de perigo?		
38	A criança apresenta dificuldades em atividades que requerem leitura?		
39	A criança apresenta dificuldades em atividades que requerem escrita?		
40	A criança apresenta dificuldades em resolver problemas matemáticos ou cálculos?		
41	A criança realiza atividades diárias de maneira independente (ex.: guardar materiais, ir ao banheiro sozinha)?		
42	A criança se alimenta sozinha durante o horário do lanche?		
43	A criança recusa com frequência alimentos no horário do lanche?		
44	A criança apresenta movimentos repetitivos, como balançar o corpo ou bater palmas?		
45	Esses movimentos interferem nas atividades diárias ou nas interações sociais?		
46	A criança demonstra resistência a mudanças de rotina, ambientes ou atividades?		
47	A criança pede ajuda ou comunica o que deseja de forma verbal?		
48	A criança pede ajuda ou comunica o que deseja de forma não-verbal?		
49	A criança apresenta dificuldade em usar gestos ou expressões faciais para se comunicar?		
50	A criança apresenta comportamento obsessivo com objetos ou temas específicos (hiperfoco)?		

51	Os pais ou responsáveis participam regularmente das reuniões escolares?		
52	Os pais ou responsáveis comparecem à escola sempre que são convocados?		
53	A relação entre família e escola é colaborativa?		
54	Os pais ou responsáveis comunicam regularmente à escola, informações relevantes sobre o desenvolvimento da criança?		

Professor, caso você tenha alguma outra observação que considere relevante, e que não foi contemplada no questionário, utilize as linhas abaixo para uma breve descrição.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Local, data:

_____

Responsável pelo preenchimento/função na escola

PROTOCOLOS PARA
ENCAMINHAMENTO ELETIVO
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE PARA A
ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

NEUROPEDIATRIA,
TEA E GENÉTICA

PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

SAUDE.PR.GOV.BR