PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

VOLUME 15

PROBLEMAS NEUROLÓGICOS

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO E CONSULTORIA PARA A APS

CURITIBA

SAÚDE

Roteiro	ANAMNESE E EXAME FÍSICO/NEUROLÓGICO

Anamnese (Resumido)

- **IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**: nome completo do paciente, sexo, idade, escolaridade, profissão...
- **QUEIXA:** motivo da consulta e do encaminhamento;
- **HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL**: data de início, cronologia, início, duração, localização, características, quantidade, intensidade, frequência, fatores desencadeantes, fatores de piora, fatores de melhora, manifestações associadas, episódios prévios, tratamentos não medicamentosos e medicamentosos realizados (medicamentos, posologia, efeitos adversos, frequência do uso, duração do tratamento, resposta), se faz/fazia acompanhamento em algum serviço de neurologia. **Estas informações devem ser registradas de forma organizada e de preferência sem abreviações de palavras.**
- **HISTÓRIA MÉDICA PREGRESSA**: comorbidades, internações e cirurgias prévias, medicações de uso continuo, doença psiquiátricas, alergias medicamentosas, imunizações relevantes, acompanhamentos com as especialidades (descrevendo serviço que faz acompanhamento e o motivo);
- **HISTÓRIA FAMILIAR:** doenças familiares relevantes, perda de familiares por doenças relevantes;
- **HISTÓRIA PESSOAL E SOCIAL**: restrições alimentares, condições sociais relevantes, história de tabagismo, etilismo, substâncias ilícitas (tempo que fez uso, tempo que parou, frequência...);
- **REVISÃO DE SISTEMAS**: sintomas relevantes de outros sistemas.

Exame físico (resumido)

SINAIS VITAIS: frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura axilar, pressão arterial, peso, altura, índice de massa corpórea (IMC)...

EXAME FÍSCO GERAL: alterações significativas no exame físico geral e relevantes no contexto geral.

Exame físico neurológico (Roteiro resumido)

1. **ESTADO MENTAL:** nível de consciência (alerta, letárgico, torpor, coma), orientação (tempo, espaço, pessoa), atenção, concentração, cálculo, memória e raciocínio;
2. **LINGUAGEM:** fluência, compreensão, repetição (afasia, disartria);
3. **PUPILAS**: diâmetro (miótica, midriática), forma, simetria (anisocória), fotoreação e velocidade da reação;
4. **PARES CRANIANOS**: NC I (olfato), NC II (óptico), NC III (oculomotor), NC IV (troclear), NC V (trigêmeo), NC VI (abducente), NC VII (facial), NC VIII (vestibulococlear), NC IX (glossofarígeo), NC X (vago), NC XI (acessório) e NC XII (hipoglosso);
5. **MOTRICIDADE:** trofismo, tônus, motricidade ativa e passiva, força muscular (com graduação), movimentos involuntários;
6. **SENSIBILIDADE**: superficial (tátil, térmica e dolorosa), profunda (vibração, pressão **,** propriocepção);
7. **REFLEXOS**: profundos (biciptal, triciptal, braquirradial, patelar e aquileu) e superficiais (cutâneo-abdominal, cutâneo plantar);
8. **COORDENAÇÃO**: prova index-naso, prova calcanhar-joelho, diadococinesia;
9. **EQUILÍBRIO**: dinâmico e estático (sinal de Romberg);
10. **MARCHA**: caminhada, virada, pé-ante-pé, na ponta dos pés, somente com os calcanhares;
11. **SINAIS MENÍGEOS**: rigidez nuca, sinal de Brudzinski, sinal de Kerning, sinal de Laségue.

Exames complementares

Resultado dos exame laboratoriais recentes e relevantes, exames de imagem já realizados (radiografia, TC de crânio e RNM de crânio...), exames funcionais (eletrencefalograma, eletroneuromiografia). Sempre descrevendo a data de realização, e as alterações encontradas no laudo do exame.

Bibliografia : citada em anexo

Bibliografia de Roteiro de anamnese e exame físico e neurológico / SMS Curitiba:

- Bickley, LS; Szilagyi PG. **Bates, propedêutica médica**. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.
- Baehr, M; Frotscher, M. **Duss - diagnóstico topográfico em neurologia: anatomia, fisiologia, sinais e sintomas**. 5 ed. São Paulo: Guanabara Koogan 2014.
- Blumenfeld, H. **Neuroanatomy through clinical cases**. 2 ed, 2010
- Campbell, WW. **DeJong O exame neurológico**. 7 ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2007.
- Martins Jr., CR; França Jr. MC; Martinez ARM; Faber I; Nucci A. **Semiologia neurológica – UNICAMP.** Thieme Revieter. 2017.
- Speciali, J.G. **Semiotécnica neurológica.** Medicina Ribeirão Preto, 29: 19-31, jan./mar. 1996.
- Gagliardi RJ, Takayanagui OM. **Tratado de Neurologia da Academia Brasileira de Neurologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier,2019.

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO E CONSULTORIA PARA A APS

CURITIBA

SAÚDE

Situação clínica	CEFALÉIA

Quando encaminhar

1. Cefaleia com sinais de alerta ("bandeira vermelha"):

- Trauma cranioencefálico (TCE) precedendo uma cefaleia contínua;
- Primeira Cefaleia de início contínuo (não há períodos de alívio),
- Dor de início súbito e por demais intenso, atingindo sua intensidade máxima em poucos minutos ("pior dor da vida");
- Febre ou doença sistêmica associada (vasculites ou síndromes consuptivos associados);
- Início após os 50 anos de idade;
- Sinal ou sintoma neurológico focal (alteração de exame neurológico segmentar, alteração da consciência ou confusão mental, ou aura > 1 hora);
- Dor desencadeada por esforço físico ou manobra que simule Valsalva (tosse, espirro, atividade física ou sexual);
- Dor que piora de acordo com a postura (sempre no ortostatismo ou sempre no supino, ou quando deita para algum lado específico);
- Despertar por conta da dor ("acorda pela dor e não com a dor");
- Mudança do padrão de dor ou refratariedade ao tratamento clínico.

2. Cefaléia com características de síndromes trigêmino-autonômicas:

- Dor lateralizada em crises de forte intensidade associadas à sintomas disautonômicos que são ipsilaterais ao quadro álgico (hiperemia conjuntival, lacrimejamento, rinorréia, edema de pálpebra, sudorese facial, miose ou ptose)

3. Enxaqueca que não responde às medidas disponíveis na US (inclusive tratamento profilático otimizado) - Verificar documento orientativo: Linha essencial de conduta para adultos - Cefaleia.

4. Criança que necessite de tratamento profilático;

Requisitos e orientações de encaminhamento

Pacientes com até 13 anos: colocar na fila de Avaliação Neurológica Pediátrica;
Pacientes a partir dos 14 anos: encaminhar para Avaliação Neurológica Geral (Adulto);

- **Identificação:** Nome completo, idade, profissão,
- **História clínica**: características relevantes como tempo de início, duração, intensidade (0-10), característica, frequência, fatores associados de melhora ou piora, detalhar se há presença de sinais de alerta, se existe história familiar; comorbidades, medicações em uso.
- **História dos tratamentos**: descrição dos tratamento já realizados com doses e tempo de uso;)
- **Exame físico e neurológico**: se existe alguma alteração observada
- **Exames complementares**: exames laboratoriais, resultados de exames de imagem já realizados (com datas e laudos)
- Dúvida que se tem na condução do caso;

Critérios de prioridade

- **Cefaleia com sinais de Hipertensão intracraniana (HIC):** papiledema à fundoscopia, piora ao supino, vômitos, redução do nível de consciência ou confusão mental, e/ou perda visual progressiva;
- **Cefaleia com sinais de alerta**;
- **Cefaleia insuportável que não responde à Analgésicos e/ou anti-inflamatórios**;
- **Cefaleia súbita muito intensa com história familiar (primeiro grau) de aneurisma cerebral**;
- **Cefaleia aos esforços;**
- **Cefaleia contínua associada à um déficit neurológico focal identificável ao exame físico.**

Bibliografia : citada em anexo

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO E CONSULTORIA PARA A APS

CURITIBA

SAÚDE

MODELO DE DIÁRIO DE CEFALÉIA

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Ano:																															
Dia do mês																															
HORARIOS																															
Madrugada (0 -6 h)																															
Manhã (6 - 12 hs)																															
Tarde (12 - 18 hs)																															
Noite (18 - 24hs)																															
TIPO DE MANIFESTAÇÃO																															
Um lado (D ou E)																															
Dois lados																															
Dor em pressão / aperto																															
Dor latejante / pulsátil																															
Dor em pontadas																															
Aura																															
Intensidade (1 - 2 ou 3)																															
Duração (S – M – H ou D)																															
OUTRAS OCORRÊNCIAS																															
Menstruação																															
Dor com esforço / exercício físico																															
Náuseas / vômitos																															
Luz / som incomoda																															
Sono																															
Estresse emocional																															
Fator desencadeante (anotar quais)																															
MEDICAÇÃO																															
Medicação para dor																															
Resultado (+ / ++ / 0)																															

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

1 - Dor fraca (não interfere nas suas atividades) ; **2 - Dor moderada** (interfere mas não impede suas atividades) ; **3 - Dor forte** (impede suas atividades); **S - Segundos ; M - Minutos ; H - horas ; D – dias**

ÍNDICE DE CEFALEIA:	**PERÍODOS:**	**DIAS SEM CRISE:**

Bibliografia de Protocolo de Encaminhamento Cefaleia / SMS Curitiba:

- Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 3rd Edition (*beta*-version). Cephalalgia.2013;33:629-808;
- Ravishankar K. **"WHICH Headache to investigate, WHEN, and HOW?"**. Headache.2016;Nov:1685-1697;
- Tso AR, Goadsby PJ. **Headache**.Semin Neurol. 2016;Out:442-448;
- Müller KI, Alstadhaug KB, Bekkelund SI. **A randomized trial of telemedicine efficacy and safety for nonacute headaches.** Neurology.2017;Jul:153-162;
- Princípios Europeus de abordagem das cefaléias comuns nos cuidados de saúde primários - "Lifting the Burden" - Campanha global para redução das dores de cabeça a nivel mundial - Manual da European Headache Federation – 2010.Mar:1-47;
- Guidelines for All Healthcare Professionals in the Diagnosis and Management of Migranine – 4rd edition – 2010;
- Gago-Veiga AB, *et al*. **Cómo y cuándo derivar un paciente com cefalea primaria y neuralgia craneofacial desde Urgencias y Atencion Primaria: recomendaciones del Grupo de Estudio de Cefalea de la Sociedad Española de Neurologia**. Neurologia,2017;
- Silva WF. **Diagnóstico das Cefaléias**. Lemos Editorial, São Paulo,2003;
- Duncan, BB. *et al* (Org.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**.4.ed.Porto Alegre: Artmed,2013.
- Gusso G, Lopes, JMC. (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed,2012.

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO E CONSULTORIA PARA A APS

CURITIBA

SAÚDE

Situação clínica	EPILEPSIA / CONVULSÕES

Quando encaminhar

- Mudança no tipo de crise convulsiva mesmo durante o tratamento otimizado;
- Pelo menos um episódio de alteração de consciência sugestivo de crise convulsiva (como perda de consciência, movimentos tônicos e/ ou clônicos, contração muscular prolongada, mordedura de língua, incontinência na crise, desvio cefálico lateral persistente durante a crise, sonolência, confusão mental prolongada e/ou dor muscular após crise), sem fatores desencadeantes reconhecíveis e reversíveis (ex: hipoglicemia, hiponatremia, uso ou abstinência de álcool ou substancias ilícitas, quadro infeccioso, quadro metabólico, jejum prolongado,...);
- Diagnóstico prévio de epilepsia com controle inadequado das crises mesmo com tratamento otimizado e descartada má adesão ao tratamento medicamentoso pelo paciente.
- Paciente com epilepsia controlada mas apresentando efeitos adversos intoleráveis a medicação utilizada.

Requisitos e orientações de encaminhamento

Pacientes com até 13 anos, colocar na **fila de Avaliação Neurológica Infantil**, conforme os critérios adotados no protocolo de encaminhamento da atenção primária para atenção especializada (Volume 19 - Neurologia pediátrica)

Pacientes a partir de 14 anos, colocar na **fila de Avaliação Neurológica Adulto**, com os seguintes dados:

- **Identificação**: nome do paciente, idade e nome da mãe;
- **História do diagnóstico**: descrição das crises (idade de início das crises, início do quadro, características da crise, tipo de movimentos, duração da crise, frequência, relato de perda de consciência (inicial ou ao longo da crise), fatores desencadeantes (privação de sono, luminosidade, jejum prolongado, abuso de substâncias ilícitas...), fatores de piora e de melhora, descrição da aura, data da última crise convulsiva, relato da crise feita por testemunhas, relatar se o paciente apresenta adesão terapêutica (uso da medicação da forma prescrita, na dosagens e nos horários orientados, se esquece de fazer uso, se suspendeu o uso...);
- **História pregressa e familiar**: comorbidades associadas, doenças psiquiátricas, medicações de uso continuo (principalmente as que interfiram no limiar convulsivo), historia familiar de epilepsia, tratamento prévios realizados.
- **História dos tratamentos para epilepsia/convulsão**: descrição dos medicamento utilizados (atuais e prévios) com as doses utilizadas (prévios informar a dose máxima utilizada), relatar o tempo de uso de cada um desses tratamentos, efeitos adversos, trocas medicamentosas recentes (marca, dosagem, principio ativo...), se já acompanhou ou consultou com algum especialista ou ambulatório de especialidade (relatando qual o serviço fez este acompanhamento e quais as condutas adotadas);
- **Exame físico e neurológico**: se existe alguma alteração significativa;
- **Exames complementares**: exames já realizados de imagem ou eletrencefalograma (citar data de realização e o laudo destes exames);
- Dúvida que se tem na condução do caso;

Critérios de prioridade

- Mudança do padrão das crises (aumento frequência, intensidade...) mesmo com o tratamento otimizado.
- Alteração nos exames de imagem
- Gestantes com epilepsia com controle inadequado das crises
- Crise convulsiva secundária a quadro de infecção do Sistema Nervoso Central, distúrbio hidroeletrolítico ou suspeita de AVC e/ou crise convulsiva com duração maior de 5 minutos ou crises recorrentes sem a completa recuperação da consciência - encaminhar para serviço de **URGÊNCIA/EMERGÊNCIA** (UPA).

Bibliografia : citada em anexo

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO E CONSULTORIA PARA A APS

CURITIBA

SAÚDE

MODELO DE DIÁRIO DE CRISE - EPILEPSIA

Ano:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Dia do mês																															
Dia da semana																															
HORARIOS																															
Madrugada (0 -6 h)																															
Manhã (6 - 12 hs)																															
Tarde (12 - 18 hs)																															
Noite (18 - 24hs)																															
TIPO DE MANIFESTAÇÃO																															
Número crises SEM alteração de consciência																															
Número crises COM alteração de consciência																															
Aura (ameaça)																															
Convulsão																															
OUTRAS OCORRÊNCIAS																															
Menstruação																															
Esqueceu de tomar medicamento																															
Tomou medicamento horário errado																															
Estresse emocional																															
Febre																															
Sono																															
NÚMERO DE CRISES																															
Número de crises - Ausência																															
Número de crises - Parciais																															
Número de crises - Desmaios																															
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES																															
Medicamentos em uso:																															
Informações complementares (causas, desencadeantes, situação...):																															
Tipos de crise: **A** - ausência (ameaço), **CPC** - crise parcial complexa (perda de consciência), **CO** - convulsão																															

Bibliografia de Protocolo de Encaminhamento Epilepsia e Convulsão / SMS Curitiba:

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Avaliação e Conduta da Epilepsia na Atenção Básica e na Urgência e Emergência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas: epilepsia.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- Duncan BB, Schmidt MI, Giugliane RJ *et al.* (Org.). **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências.** 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- Gusso G, Lopes JMC (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade**. Porto Alegre: Artmed, 2012. v. 2.
- Gagliardi RJ, Takayanagui OM. **Tratado de Neurologia da Academia Brasileira de Neurologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier,2019.

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO E CONSULTORIA PARA A APS

CURITIBA

SAÚDE

Situação clínica	DEFICIT COGNITIVO/DEMÊNCIA

Quando encaminhar

- Declínio cognitivo progressivos de:
  - No mínimo duas áreas da cognição (memória, desorientação visuoespacial, raciocínio, concentração, julgamento, linguagem, comportamento...).
  - Declínio cognitivo que causa prejuízo significativo no funcionamento social ou ocupacional comparado com um nível anterior de superior de funcionalidade.
- Descartado causa reversível, *delirium*, doença psiquiátrica (transtorno de humor, ansiedade, depressão...)

****** Fazer avaliação psicológica/psiquiátrica para doença mental em pacientes abaixo de 60 anos de idade.***

Requisitos e orientações de encaminhamento

Pacientes < 60 anos OU com déficits focais não relacionados a cognição: colocar na fila de Avaliação Neurológica Geral (Adulto);
Pacientes com 60 anos ou mais: colocar na fila de Avaliação da Geriatria com os requisitos de encaminhamento;

- **Identificação:** nome completo do paciente, idade, **escolaridade, profissão**;
- **História clinica**: idade de início dos sintomas, descrição do início dos sintomas, tempo de evolução, alterações cognitivas apresentadas, fatores de piora, fatores de melhora, sinais e sintomas associados específicos, as alterações e perdas funcionais, grau de independência para as atividades diárias,(descrever situações e tarefas que apresenta prejuízo funcional), distúrbios de humor e/ou de comportamento associados. Relatar se já acompanhou ou consultou com algum especialista ou ambulatório de especialidade, qual serviço fez este acompanhamento e quais as condutas adotadas;
- **História pregressa e familiar**: comorbidades associadas, doenças psiquiátricas, medicações de uso continuo, historia familiar, tratamento prévios realizados, descrição dos medicamento utilizados com a posologia e tempo de uso de cada um;
- **Exame físico e neurológico**: se existe alguma alteração observada.
- **Exames complementares**: exames laboratoriais com hemograma, eletrólitos, creatinina, uréia, transaminases, TSH, Vit. B12, ácido fólico, VDRL, FTA-Abs, anti-HIV (para menos de 60 anos de idade), glicemia de jejum. Exames de imagem já realizados (com a data e o laudo destes exames), pontuação no Mini Exame do Estado Mental (MEEM)/ escolaridade (anos concluídos de educação formal), pontuação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG) e pontuação da escala de CDR (Clinical Dementia Rating).
- Dúvida fundamentada na condução de caso já diagnosticada e em tratamento, com evolução fora da esperada ou de difícil controle.

Critérios de prioridade

- Déficit cognitivo de inicio precoce (< 60 anos) - Encaminhamento para avaliação com a **NEUROLOGIA**.
- Declínio cognitivo rapidamente progressivo (em até 6 meses);
- Alterações neurológicas focais e não relacionadas a cognição associadas;
- Sintomas comportamentais de difícil controle associado a demência.

Bibliografia : citada em anexo

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO E CONSULTORIA PARA A APS

CURITIBA

SAÚDE

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA - EDG

	SIM	NÃO
Você está basicamente satisfeito com sua vida?	0	1
Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	1	0
Você sente que sua vida está vazia?	1	0
Você se aborrece com frequência?	1	0
Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	0	1
Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	1	0
Você se sente feliz a maior parte do tempo?	0	1
Você sente que sua situação não tem saída?	1	0
Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	1	0
Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	1	0
Você acha maravilhoso estar vivo?	0	1
Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	1	0
Você se sente cheio de energia?	0	1
Você acha que sua situação é sem esperanças?	1	0
Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	1	0

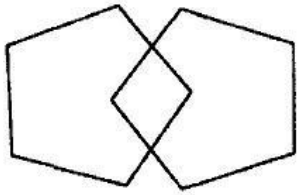
PONTUAÇÃO DA ESCALA DE DEPRESSÃO
0 a 5: Normal
6 A 10: Depressão leve
11 a 15: Depressão severa

(Yesavage et al, 1983)

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL - MEEM

ORIENTAÇÃO	**Orientação temporal** (0-5 pontos)	Em que **DIA** estamos?	1 PONTO
		Em que **DIA DA SEMANA** estamos?	1 PONTO
		Em que **MÊS** estamos?	1 PONTO
		Em que **ESTAÇÃO** estamos?	1 PONTO
		Qual é o **ANO** que estamos?	1 PONTO
	Orientação espacial (0-5 pontos)	Que **LOCAL** é este que estamos?	1 PONTO
		Qual é a **RUA** que estamos?	1 PONTO
		Em que **BAIRRO** estamos?	1 PONTO
		Em qual **CIDADE** estamos?	1 PONTO
		Qual é o **ESTADO** que estamos?	1 PONTO
REGISTRO	**Registro** (0-3 pontos) Repetir três palavras	VASO	1 PONTO
		TIJOLO	1 PONTO
		CARRO	1 PONTO
CÁLCULO	**Subtração** 100 - 7 (cinco vezes consecutivos) ou MUNDO de trás para frente. (0-5 pontos)	93 ou O	1 PONTO
		86 ou D	1 PONTO
		79 ou N	1 PONTO
		72 ou U	1 PONTO
		65 ou M	1 PONTO
EVOCAÇÃO	**Repetir três palavras** (0-3 pontos)	VASO	1 PONTO
		TIJOLO	1 PONTO
		CARRO	1 PONTO
LINGUAGEM	**Nomear objetos** (0-2 pontos)	RELOGIO	1 PONTO
		CANETA	1 PONTO
	Repetição (0-1 ponto)	Repetir frase: "Nem aqui, nem ali, nem lá"	1 PONTO
	Leitura e obedecer (0-1 ponto)	Deve ler e obedecer o comando "FECH OS OLHOS"	1 PONTO
	Comando (0-3 pontos) Uma ordem em 3 estágios	Pegue o papel com a mão direita,	1 PONTO
		Dobre-o ao meio,	1 PONTO
		Coloque em cima da mesa.	1 PONTO
	Escrita (0-1 pontos)	Escrever uma frase com um sujeito e um objeto e deve ter sentido.	1 PONTO
	Desenho (0-1 ponto)	Copiar o seguinte desenho. Verifique todos os lados e se tem a intersecção formam um quadrilátero.	1 PONTO

PONTO DE CORTE
20 PONTOS - analfabeto
25 PONTOS - 1 a 4 anos de estudo
26 PONTOS - 4 a 8 anos de estudo
28 PONTOS - 9 a 11 anos de estudo
29 PONTOS - superior a 11 ano de estudo



(Folstein, 1975-Brucki,2013)

CURITIBA

SAÚDE

ESCALA CDR (CLINICAL DEMENTIA RATING)

	SEM DEMÊNCIA CDR 0	DEMÊNCIA QUESTIONÁVEL CDR 0,5	DEMÊNCIA MÉDIA CDR 1,0	DEMÊNCIA MODERADA CDR 2,0	DEMÊNCIA SEVERA CDR 3,0
MEMÓRIA	Sem perda de memória ou pequenos e ocasionais esquecimentos.	Esquecimento leve e consistente; lembrança parcial de eventos; "esquecimento benigno"	Perda de memória moderada, mais acentuada para fatos recentes; o déficit interfere com atividades do dia-a-dia.	Perda de memória grave; apenas material muito aprendido é retido; materiais novos são rapidamente perdidos.	Perda de memória grave; permanecem apenas fragmentos.
ORIENTAÇÃO	Plenamente orientado.	Plenamente orientado.	Dificuldade moderada com relações temporais; orientado no espaço durante o exame, mas pode ter desorientação geográfica em outros locais.	Geralmente desorientado.	Orientação pessoal apenas.
JULGAMENTO E SOLUÇÃO DE PROBLEMAS	Resolve bem problemas do dia-a-dia, juízo crítico é bom em relação ao desempenho passado.	Leve comprometimento da solução de problemas, semelhanças e diferenças.	Dificuldade moderada da solução de problemas, semelhanças e diferenças; julgamento social geralmente mantido.	Solução de problemas, semelhanças e diferenças gravemente comprometidas. Juízo social geralmente comprometido.	Incapaz de resolver problemas ou de ter qualquer juízo crítico
ASSUNTOS DA COMUNIDADE	Atuação independente na função habitual de trabalho, compras, negócios, finanças e grupos sociais.	Leve dificuldade nessas atividades.	Incapaz de funcionar independentemente nessas atividades, embora ainda possa desempenhar algumas; pode parecer normal à avaliação superficial.	Sem possibilidade de desempenho fora de casa. Parece suficientemente bem para ser levado a atividades fora de casa.	Sem possibilidade de desempenho fora de casa. Parece muito doente para ser levado a atividades fora de casa.
LAR E PASSATEMPO	Vida em casa, passatempo e interesses intelectuais mantidos.	Vida em casa, passatempos e	Comprometimento leve mas evidente em casa; abandono das tarefas mais difíceis; passatempos e interesses mais complicados são também abandonados.	Só realiza as tarefas mais simples. Interesses muito limitados e pouco mantidos.	Sem qualquer atividade significativa em casa.
CUIDADOS PESSOAIS	Plenamente capaz	Plenamente capaz	Necessita assistência ocasional.	Requer assistência no vestir e na higiene.	Requer muito auxílio nos cuidados pessoais. Geralmente incontinente.

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Alzheimer, 2017.

Bibliografia de Protocolo de Encaminhamento Déficit cognitivo e Demência / SMS Curitiba:

- Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde – Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa – Ministério da Saúde, 2017:144-147;
- Brasil. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes terapêuticas da Doença de Alzheimer.** Brasilia, 2017;
- Detection, diagnosis anda management of Dementia – American Academy of Neurology – Summary for Clinicians – 2004;
- Duncan, BB. *et al* (Org.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**.4.ed. Porto Alegre: Artmed,2013.
- Gusso G, Lopes JMC (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática.** Porto Alegre: Artmed, 2012.
- Freitas, EV. **Tratado de geriatria e gerontologia.** 4 ed. Guanabara Koogan, 2016.
- Gagliardi RJ, Takayanagui OM. **Tratado de Neurologia da Academia Brasileira de Neurologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO E CONSULTORIA PARA A APS

CURITIBA

SAÚDE

Situação clínica	SÍNCOPE/PERDA TRANSITÓRIA DA CONSCIÊNCIA

Quando encaminhar	• **Para Cardiologia**: se associada a sinais e sintomas de provável origem cardiológica (dispneia, hipotensão, dor torácica, sopro, episódio durante o exercício/esforço); alteração de Eletrocardiograma; História de cardiopatia pré-estabelecida; síncope/pré-síncope de origem indeterminada, História familiar de morte súbita até os 40 anos de idade. • **Para o Neurologia:** se associada a sintomas e/ou sinais neurológicos ou doença neurológica presente (Parkinsonismo, Neuropatia periférica) ou após exclusão de causa cardiológica. Se sugestivo de crise convulsiva (mordedura de língua, postura de membros e tronco, abalos, hipertonia, perda esfincteriana, sialorreia....), vide **PROTOCOLO DE EPILEPSIA/ CONVULSÃO.**
Requisitos e orientações de encaminhamento	• **Identificação**: nome completo do paciente, sexo, idade, nome da mãe; • **Historia clinica atual**: descrever o episódio, sua frequência, a duração, associação com outros sintomas de provável origem cardiológica como palpitação, dispneia, desconforto precordial ou neurológico como sialorréia, alteração esfíncteres, movimentos contração muscular, relatar se relação com exercício/ esforço físico ou outros fatores desencadeantes, recorrência do evento; • **História pregressa e familiar**: comorbidades associados do paciente, medicações em uso (recente e prévio, com a posologia e tempo de uso) medicamentos que possam estar associado a sincope como antiarrítmicos e anti-hipertensivos), história de cardiopatia (descrever qual), história familiar de morte súbita (idade do evento e grau de parentesco), uso de drogas ilícitas; • **Exame físico**: Aferição de pressão arterial em ambos os membros superiores, em decúbito e ortostatismo, alterações ausculta cardíaca, alterações no exame fisco neurológico relevantes; • **Exames complementares**: exames laboratoriais relevantes, eletrocardiograma já realizado (com data e laudo completo), exames de imagem já realizados (com data e laudo); • Dúvida que se tem na condução do caso; Obs: Síndrome vaso-vagal normalmente não necessita de avaliação especializada. Suspeita desta patologia no caso da sincope ser desencadeada por postura ortostática e/ou sincope desencadeada por alguma situação (dor, medo, fobia de sangue ou procedimentos médico) e/ou sincope com prôdomos típicos (sudorese, calor, escurecimento visual).
Critérios de prioridade	• **Para Cardiologia:** Pacientes com sinais de congestão pulmonar, fibrilação de início recente, hipoperfusão, alterações de risco em eletrocardiograma (Taquicardia Ventricular -TV-, TV paroxística rápida, TV polimórficas não sustentada, disfunção de marca-passo ou cardio-desfibrilador implantável, bradicardia sinusal persistente FC< 40 bpm, síndrome de Brugada, BAV 2º Grau Mobitz II ou BAV 3º grau, bloqueio sinoatrial repetitivo ou pausas significantes maiores que 3 segundos), suspeita de síndrome coronariana aguda ou história familiar (pais ou irmãos) de morte súbita antes dos 40 anos. • **Para Neurologia:** qualquer achado do exame segmentar neurológico alterado. • **Para Urgência/ Emergência**: síncope com sinais de hipoperfusão, congestão pulmonar, suspeita de infarto agudo de miocárdio, alterações no eletrocardiograma que possam colocar em risco a vida do paciente.

Bibliografia : citada em anexo

Bibliografia de Protocolo de Encaminhamento Síncope e Perda Transitória da Consciência / SMS Curitiba:

- Duncan, BB *et al* (Org.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- Gusso G, LOPES JMC. (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- Goroll, AH, Mulley, AG. **Primary care medicine: office evaluation and management of the adult patient**. 7th ed. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins, 2014.
- Linzer M, Yang EH, Estes 3rd, et al. **Diagnosing syncope. Part 1: Value of history, physical examination, and electrocardiography**. Ann Intern Med 1997; 126:989-996.
- Kenny RA, Ingram A, Bayüss J, Sutton R. **Head-up tilt: a useful test for investigating unexplained syncope**. Lancet 1986; i: 1352-1354.
- Anonymous. **Explaining syncope** {Editorial]. Lancet 1991; 338:353-354.
- Grupi CJ**. Investigação não invasiva do paciente com síncope**. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo 1992; 2:175-182.
- Kaapor W**. Evaluation and outcome of patients with syncope**. Medicine 1990;69:160- 175.
- Kaapor WN. Grubb P, Olshanky B, eds. **Syncope: Mechanisms and Management**. Arnouk: Futura Publishing Company, 1997; pp.1-13.
- Gibson TC, Heitzman MR. **Diagnostic efficacy of 24-hour electrocardiographic monitoring of syncope**. Am J Cardiol 1984; 53:1013-1017.
- Gagliardi RJ, Takayanagui OM. **Tratado de Neurologia da Academia Brasileira de Neurologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier,2019.

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO E CONSULTORIA PARA A APS

CURITIBA

SAÚDE

Situação clínica	TONTURA/ VERTIGEM

Quando encaminhar

Avaliação Otorrinolaringológica – suspeita de vertigem de origem periférica:

- Associada a zumbido ou hipoacusia ou sensação de plenitude aural unilateral;
- HINTS negativo
- Vertigem periférica que persiste por mais de 15 dias a despeito do tratamento conservador na APS
- Vertigem periférica com dúvida diagnóstica.
- Manobras posicionais positivas

Avaliação Neurológica – suspeita de vertigem de origem central:

- Paciente acima de 50 anos com início dos sintomas,
- Duração dos sintomas de vertigem acima de 10 minutos ininterruptamente
- Sintomas ou sinais neurológicos associados (ataxia, lateropulsão, diplopia, disartria);
- HINTS positivo (head impulse test, skew desviation, nistagmo)
- Fatores ateroscleróticos associados

Requisitos e orientações de encaminhamento

- **Identificação**: nome completo do paciente, sexo, idade, nome da mãe.
- **Historia clinica atual**: descrever os sinais e sintomas como as características, inicio (agudo, intermitente, progressivo), frequência (continuo, intermitente, diária/ semanal/ mensal/ anual), duração dos episódios de vertigem (minutos, horas, dias), tempo de evolução, fatores desencadeantes (postura, ortostatismo, posição especifica, virar na cama, olhar para cima, movimento, objetos em movimento, ansiedade), fatores de piora (luz, som, movimento), sintomas associados como náuseas, vômitos, sensação de desmaio, rotação e/ou inclinação, alteração auditiva (zumbido, perda auditiva), alteração da percepção visual (oscilopsia, atraso visual, desfoque, inclinação visual), alteração do equilíbrio. Tratamentos em uso ou já realizados para vertigem (não farmacológico e/ou medicamentos utilizados com dose e posologia e resposta a medicação), medicamentos associados a vertigem (álcool, cocaína, antiarrítmicos, fenitoína, fenobarbital, antidepressivos, anti-histamínicos sedativos, anti-hipertensivo, benzodiazepínico, furosemida, nitratos, lítio, relaxantes musculares...
- **História pregressa e familiar**: comorbidades associadas, medicações em uso (recente e prévio, com a posologia e tempo de uso), história de cardiopatia (descrever qual), uso de drogas ilícitas;
- **Exame físico**: Aferição de pressão arterial; alterações ausculta cardíaca, otoscopia e exame fisco neurológico. Descrever as alterações no exame físico neurológico como instabilidade, alteração de equilibro, oscilação, retropulsão, lateropulsão, ataxia, disartria, nistagmo marcha, sinal de Romberg,...
- **Exames complementares:** exames laboratoriais relevantes (TSH, glicemia jejum e/ou hemoglobina glicada), eletrocardiograma (com data e laudo completo), exames de imagem já realizados (com data e laudo).
- Dúvida que se tem na condução do caso;

Critérios de prioridade

- Déficit neurológico focal **progressivo** associado à vertigem.
- Vertigem com suspeita de origem central e/ou sinais de gravidade: déficits focais e/ou novo tipo de cefaleia e/ou surdez aguda unilateral e/ou nistagmo vertical.

Bibliografia : citada em anexo

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO E CONSULTORIA PARA A APS

CURITIBA

SAÚDE

VERTIGEM CENTRAL X VERTIGEM PERIFÉRICA

VERTIGEM PERIFÉRICA	VERTIGEM CENTRAL

• **Nistagmo**:
  • Horizontal ou horizonto rotatório;
  • Geralmente desencadeado após teste provocativo (manobra de Dix-Halpike);
  • Tempo de latência em torno de 20 segundos aos teste provocativo;
  • Inibido após fixação do olhar;
  • Fatigável.
• **Desequilíbrio** leve a moderado (geralmente para o lado do labirinto acometido), mas consegue caminhar;
• Normalmente associado a **sintomas auditivos** (zumbido, hipoacusia, plenitude aural...)
• Vertigem e nistagmo pronunciados, associado a **náuseas e vômitos.**
	• **Nistagmo**:
	  • Vertical (sugestivo), horizontal, rotatório ou multidirecional;
	  • Não costuma ter latência (mas se presente dura no máximo 5 segundos);
	  • Não fatigável (pode durar semanas a meses);
	  • Não é inibido com a fixação do olhar.
	• **Grave desequilíbrio**, com dificuldade para caminhar e até ficar em pé;
	• Outros **sinais e/ou sintomas focais** associados: cefaleia, diplopia, disartria, parestesia, fraqueza muscular, dismetria;
	• Surdez súbita unilateral;
	• Vertigem e nistagmo menor intensidade, raramente com zumbido e hipoacusia.

MANOBRA DE DIX-HALPIKE E HEAD IMPULSE TEST

MANOBRA DE DIX – HALPIKE:	TESTE DO IMPULSO CEFÁLICO
• Posicione paciente sentado, mas que ao ser deitado paciente deve permanecer com a cabeça para fora da maca; • Vire a cabeça do paciente num ângulo de 45 graus, para o lado avaliado • Oriente o paciente a permanece r com os olhos abertos e fixado num ponto a sua frente. • Segure a cabeça do paciente; • Deite rapidamente o paciente com a cabeça virada num ângulo de 45 graus. • Mantenha a cabeça do paciente pendente em um ângulo de 20 graus; por até 20 segundos **POSITIVA**: nistagmo presente – sugestivo de Vertigem Postural Paroxística Benigna (VPPB) • Ao levantar o paciente para a posição sentada observe o nistagmo; • O nistagmo costuma modificar a direção após e apresenta duração de 20 a 40 segundos • Ao fixar o olhar, observar se o nistagmo é fatigável.	• Com paciente sentado • Solicite ao paciente que fixe o olhar em um objeto a sua frente • O examinador então roda a cabeça do paciente rapidamente para a esquerda e depois para a direita **POSITVO**: ao rodar a cabeça de maneira rápida , o olhar não é mantido e o paciente faz uma sacada para re-fixar o olhar no objeto.

Bibliografia de Protocolo de Encaminhamento Vertigem/ SMS Curitiba:

- Duncan, BB et al (Org.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- Gusso, G, Lopes, JMC (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- Chaves, MLF, Finkelstein A, Stefani MA (Org.). **Rotinas em neurologia e neurocirurgia**. Porto Alegre: ArtMed, 2008.
- Terry DF. **Approach to the History and Evaluation of Vertigo and Dizziness**. CONTINUUM 2021;27: 306–329.
- Gagliardi RJ, Takayanagui OM. **Tratado de Neurologia da Academia Brasileira de Neurologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier,2019.

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO E CONSULTORIA PARA A APS

CURITIBA

SAÚDE

Situação clínica	TREMOR E SÍNDROMES PARKINSONIANAS
Quando encaminhar	• Suspeita de doença de Parkinson sem uso de medicamentos potencialmente indutores como antipsicóticos típicos ou atípicos, antieméticos (metoclopramida e bromoprida), antivertiginosos (flunarizina e cinarizina), anti-hipertensivos bloqueadores do canal de cálcio (anlodipino, nifedipina, verapamil, diltiazem), lítio, metildopa, amiodarona e ácido valpróico. • Suspeita de tremor essencial sem resposta e/ou refratários ao tratamento clínico otimizado (com propranolol ou primidona) • Suspeita de tremor cerebelar: tremor cinético irregular e grosseiro gerado em direção proximal, teste anormal do dedo ao nariz e calcanhar na canela, disdiadococinesia, marcha atáxica baseada em movimentos amplos, disartria.
Requisitos e orientações de encaminhamento	• **Identificação:** nome completo do paciente, sexo, idade e nome da mãe; • **Historia clinica atua**l: descrever a idade de início, o tempo de evolução dos sintomas, características do tremor, fatores desencadeantes (hipoglicemia, repouso, postura específica, movimento...), fatores de melhora e piora (fatores estressantes...), tratamento que já utilizou para esta finalidade (posologia, dose e duração), historia familiar de tremor, se acompanhava em algum serviço especializado (descrever qual serviço e as condutas), suspeita de intoxicação (mercúrio, chumbo…), medicamentos que possam estar associado ao quadro (antipsicóticos, antieméticos, antivertiginosos, anti-hipertensivos bloqueadores do canal de cálcio, metildopa, lítio, amiodarona, acido valpróico…); • **Historia pregressa e familiar**: comorbidades do paciente, medicamentos em uso contínuo (com dose e posologia); doenças familiares relevantes, uso de drogas ilícitas e abuso de álcool • **Exame fisco/ neurológico**: alterações dados vitais, alterações no exame físico geral e neurológico como a presença de bradicinesia, rigidez muscular do tipo plástica, roda denteada, alteração da marcha, instabilidade postural) e demais alterações relevantes presenciadas; • **Exames complementares**: laboratoriais (TSH, T4 livre, glicemia jejum, hemograma completo, gama glutamiltransferase - GGT, função hepática - TGO e TGP, ureia, creatinina, investigação metabólica…), exames de imagem já realizados (com descrição do laudo e datas); • Dúvida que se tem na condução do caso;
Critérios de prioridade	• Suspeita de tremor cerebelar; • Paciente gestante se diagnóstico prévio; • Alterações no exame complementar de imagem (tomografia, ressonância).

Bibliografia : citada em anexo

Bibliografia de Protocolo de Encaminhamento Tremor e Síndromes Parkinsonianas / SMS Curitiba:

- Chaves, MLF, Finkelstein A, Stefani MA (Org.). **Rotinas em neurologia e neurocirurgia**. Porto Alegre: ArtMed, 2008.
- Duncan BB et al (Org.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- Gusso G, Lopes JMC. (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. v. 1.
- Goroll, AH, Mulley AG. **Primary care medicine: office evaluation and management of the adult patient.** 7th ed. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins, 2014.
- Gagliardi RJ, Takayanagui OM. **Tratado de Neurologia da Academia Brasileira de Neurologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier,2019.
- Brasil. Ministérioda Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Parkinson**. Brasília, 2017.

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO E CONSULTORIA PARA A APS

CURITIBA

SAÚDE

Situação clínica	DISTÚRBIOS DO MOVIMENTO

Quando encaminhar

- Episódio agudo de ataxia e/ou coréia em adultos (causas: acidente vascular encefálico, infecção de sistema nervoso central, efeito adverso de medicamentos, genético, degenerativa, neoplasias, deficiência nutricionais…)
- Suspeita de ataxia (incoordenação motora não resultante de fraqueza muscular, podendo afetar movimentos oculares, fala (disartria), membros superiores e/ou inferiores, tronco, postura e marcha). Entre as causas: AVC, hereditária, medicamentos, abuso de substancias ilícitas e álcool, deficiência nutricional (encefalopatia de Wernicke), sífilis, AIDS,…;
- Suspeita de coreia (movimentos rápidos, irregulares, involuntários, de forma previsível que ocorrem em diferentes partes do corpo). Entre as causas: AVC, Doença de Hugtintgon, medicamentos, alterações metabólicas, Lúpus, AIDS, Coreia de Sydenham, gravidez..;
- Suspeita de distonia (contração muscular involuntária, com posição anormal (dolorosa ou não), com torsão, com movimentos repetitivos de uma parte do corpo podendo ser focais (blefaroespasmo, distonia cervical), multifocais, segmentares ou até mesmo generalizadas Entre as causas: hereditária, AVC, traumatismo/lesões cranianas, medicamentos, neoplasias do sistema nervoso central, transtornos psiquiátrico/ psicogênicos...

Requisitos e orientações de encaminhamento

- **História clinica atua**l: descrever a idade de início, o tempo de evolução dos sintomas, características do distúrbio de movimento frequência, evolução, fatores desencadeantes, fatores de melhora (relaxamento, sono, posição, controle voluntário…), fatores de piora (estresse, tensão emocional...), quais tratamento que já utilizou para esta finalidade (posologia, dose e duração), historia familiar semelhante, doenças associadas a alteração de movimento, medicamentos que possam estar associado ao sintoma (antiepilépticos, amiodarona, barbitúricos, lítio, metronidazol, quimioterápicos, dopaminérgicos, anticolinérgicos, tricíclicos, contraceptivos orais, fenitoína, anfetaminas, alcoolismo, levodopa, agonistas dopaminérgicos, antipsicóticos, metoclopramida);
- **Historia pregressa e familiar**: comorbidades do paciente, história de doença hereditária/ genética, doenças psiquiátricas, medicamentos em uso contínuo (com dose e posologia); medicações recentes ou com troca recente (descrever qual, posologia e tempo de uso), doenças familiares relevantes, história de consanguinidade na família, uso de drogas ilícitas e abuso de álcool...
- **Exame fisco/ neurológico**: alterações dados vitais, alterações no exame físico geral, alterações no exame neurológico como hipotonia, alteração força muscular, desequilíbrio, alteração da marcha (base alargada, irregular, instável), dismetria, disdiadocinesia, tremor de intenção, e demais alterações relevantes presenciadas;
- **Exames complementares**: laboratoriais (TSH, T4 livre, glicemia jejum, hemograma completo, TGO, TGO, Gama GT, VDRL, HIV, vitamina B12, , metabólico (Na, K, Ca, Mg), beta-HCG, FAN, glicemia)…), exames de imagem como TC ou RNM (com descrição do laudo e datas);
- **Dúvida** que se tem na condução do caso;

Critérios de prioridade

- Sintoma agudo de ataxia e/ou coréia descartadas possíveis causas descritas pela UBS.
- **Para Emergência**: caso com suspeita de acidente vascular cerebral agudo, intoxicação aguda com repercussão clinica que possa colocar em risco a vida do paciente .

Bibliografia : citada em anexo

Bibliografia de Protocolo de Encaminhamento Distúrbios de Movimento / SMS Curitiba:

- Gagliardi RJ, Takayanagui OM. **Tratado de Neurologia da Academia Brasileira de Neurologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier,2019.
- Chaves, MLF, Finkelstein A, Stefani MA (Org.). **Rotinas em neurologia e neurocirurgia**. Porto Alegre: ArtMed, 2008.
- Duncan BB et al (Org.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- Gusso G, Lopes JMC. (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. v. 1.

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO E CONSULTORIA PARA A APS

CURITIBA

SAÚDE

Situação clínica	POLINEUROPATIAS

Quando encaminhar

- Paciente com sintomas de polineuropatia atípicos (início agudo, sintomas grave ou rapidamente progressivos, assimétricos ou não comprimento dependentes, sintomas predominantemente motores, com predomínio de sintomas autonômicos, sem etiologia definida);
- Suspeita de polineuropatia desmielinizante;
- Polineuropatia com etiologia definida mas com sintomas progressivos ou refratários ao tratamento clinico otimizado (que seria o tratamento da causa base da polineuropatia e uso de medicamentos para o tratamento como tricíclico e gabapentina);
- Paciente com sintomas de polineuropatia (alteração de sensibilidade, sensação de queimação e/ou formigamento, alteração de força muscular) sem etiologia definida após investigação pela APS.

OBS: Pacientes com sintomas característicos típicas e com etiologia definida como diabetes, hipotiroidismo, por doença hepática, doença renal, neoplasias, lúpus, artrite reumatóide, HIV, hanseníase, tóxicas (chumbo, álcool, arsênio, mercúrio, solventes…), medicamentos (amiodarona, izoniazida, nitrofurantoína, quimioterápicos, colchichina...), déficits nutricionais (vitamina B12, tiamina…) devem inicialmente serem avaliados e manejados na APS.

Requisitos e orientações de encaminhamento

- **Historia clinica atua**l: descrever a idade de início, o tempo de evolução dos sintomas, duração dos sintomas, progressão, as características dos sintomas (sensitivo e motores), frequência, fatores desencadeantes, fatores de melhora e de piora, quais tratamento que já utilizou para esta finalidade (posologia, dose e duração), doenças associadas, acompanhamento e tratamentos prévios (descrever qual o serviço e qual foi a conduta), diagnósticos prévios realizados, historia familiar de neuropatia hereditária;
- **Historia pregressa e familiar**: comorbidades do paciente, história de doença hereditária/ genética, doenças psiquiátricas, medicamentos em uso contínuo (com dose e posologia); medicações recentes ou com troca recente (descrever qual, posologia e tempo de uso), doenças familiares relevantes, uso de drogas ilícitas e abuso de álcool...
- **Exame físico/ neurológico**: alterações dados vitais, alterações no exame físico geral, alterações no exame neurológico como avaliação da sensibilidade (hipoestesia, parestesia, distesias, ataxia sensitiva...), se existência de nível sensitivo, avaliação da força motora (fraqueza, atrofia, hipotonia, fasciculações...), avaliação do reflexos profundos (hipo ou arreflexia), sintomas autonômicos (anidrose, hipotensão ortostática, arritmias, hiposecreção salivar/lacrimal) e outras alterações relevantes;
- **Exames complementares**: laboratoriais (TSH, T4 livre, glicose, hemograma completo, TGO, TGO, VDRL, HIV, vitamina B12, tiamina, ureia, creatinina, TGO, TGP, fosfatase alcalina, GGT, metabólico (Na, K, Ca, Mg), eletroforese de proteínas, FAN,…), exame de eletroneuromiografia (preferencialmente descrever o laudo na integra com data), exames de imagem já realizados como TC ou RNM (com descrição do laudo e datas);
- **Dúvida** que se tem sobre o caso.

Critérios de prioridade

- Sintoma atípicos, de maior gravidade ou rapidamente progressivos
- Paciente com HIV, lúpus e/ou artrite reumatoide
- **Serviço de Urgência/ Emergência**: polineuropatia aguda (suspeita de Síndrome de Guillan-Barré)

Bibliografia : citada em anexo

Bibliografia de Protocolo de Encaminhamento Polineuropatia / SMS Curitiba:

- Gagliardi RJ, Takayanagui OM. **Tratado de Neurologia da Academia Brasileira de Neurologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier,2019.
- Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Síndrome de Guillain-Barré. Brasília, 2020.
- Chaves, MLF, Finkelstein A, Stefani MA (Org.). **Rotinas em neurologia e neurocirurgia**. Porto Alegre: ArtMed, 2008.
- Duncan BB et al (Org.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- Gusso G, Lopes JMC. (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. v. 1

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO E CONSULTORIA PARA A APS

CURITIBA

SAÚDE

Situação clínica	ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Quando encaminhar

Encaminhamento ambulatorial para a Neurologia:

- AVE hemorrágico de etiologia indefinida (se paciente não tiver HAS ou sangramento não for em profundidade);
- AVE isquêmico em paciente jovem <50 anos de idade;
- AVE isquêmico ou AIT (Ataque Isquêmico Transitório) com investigação etiológica NEGATIVA;
- AIT recorrente sem causa definida e sem resposta ao tratamento;
- Diagnóstico de Trombose Venosa Sistema Nervoso Central;
- Parente direto com história de aneurisma cerebral;
- Diagnóstico de malformação arteriovenosa, fístula arteriovenosa, aneurisma intracraniano, angioma cavernoso;
- Na presença de estenose em artéria cervical >50% ipsilateral a lesão cerebral.

Encaminhamento ambulatorial para a Cirurgia Vascular:

- AVE ou AIT em paciente com estenose de carótida ipsilateral a lesão, > 70% que não realizou tratamento no momento do diagnóstico
- Estenose de carótida assintomática >70% com indicação de intervenção após avaliação.

Requisitos e orientações de encaminhamento

- **Identificação**: nome completo do paciente, idade, sexo e nome da mãe;
- **História do diagnóstico**: data do evento, descrição do evento, evolução, fatores de risco, o tipo de AVE (isquêmico ou hemorrágico), déficits apresentados no evento, existência de eventos semelhantes e/ou anteriores, tratamentos realizados (medicamentos, posologia e resposta), déficits permanentes após o evento, etiologia do evento (cardioembólico, aterosclerótico, lacunar...), descrever qual serviço que foi realizado o atendimento agudo e as condutas adotadas (trombólise, cirurgia descompressiva,...), resposta a o tratamento agudo, grau de independência e funcionalidade para as atividades diárias;
- **História pregressa e familiar**: comorbidades prévias (hipertensão arterial, diabetes, arritmia cardíaca – fibrilação atrial, dislipidemia,...), doenças psiquiátricas, medicações de uso continuo, historia familiar de AVE, tratamento prévios realizados.
- **Exame físico**: Aferição de pressão arterial; alterações ausculta cardíaca, alterações no exame fisco neurológico com os déficits encontrados (paresia, plegias, disartria, afasia, alterações visuais, alterações de pares cranianos, parestesias, marcha, disfagia, negligências...);
- **Exames complementares**: exames laboratoriais (glicemia, hemograma, lipidograma, triglicerídeos, ureia, creatinina, VDRL, coagulograma,...), exames de imagem (TC e/ou RNM de crânio), eletrocardiograma, ecocardiograma, ecodopller de carótidas e vertebrais. Todos os exames realizados especificando a data de realização e o laudo destes exames;
- **Dúvida** que se tem na condução do caso;

Critérios de prioridade

AVC é uma emergência neurológica, devendo ser acionado o SAMU (192) na presença de sintomas sugestivos par atendimento hospitalar conforme protocolo

- **Para Emergência/ Urgência**: Casos suspeitos de AVE/AIT agudos e AVC hemorrágico.
- AIT recorrente sem resposta a tratamento otimizado.

Bibliografia : citada em anexo

CURITIBA

SAÚDE

AVALIAÇÃO AVE

Você sabe como fazer.

De volta pra casa.

Eu cheguei em casa do trabalho.

Próximo da mesa, na sala de jantar.

Eles ouviram o Pelé falar no rádio.

Fonte: Neurology, 1999, v. 53, p. 126-131.

Mamãe

Tic-Tac

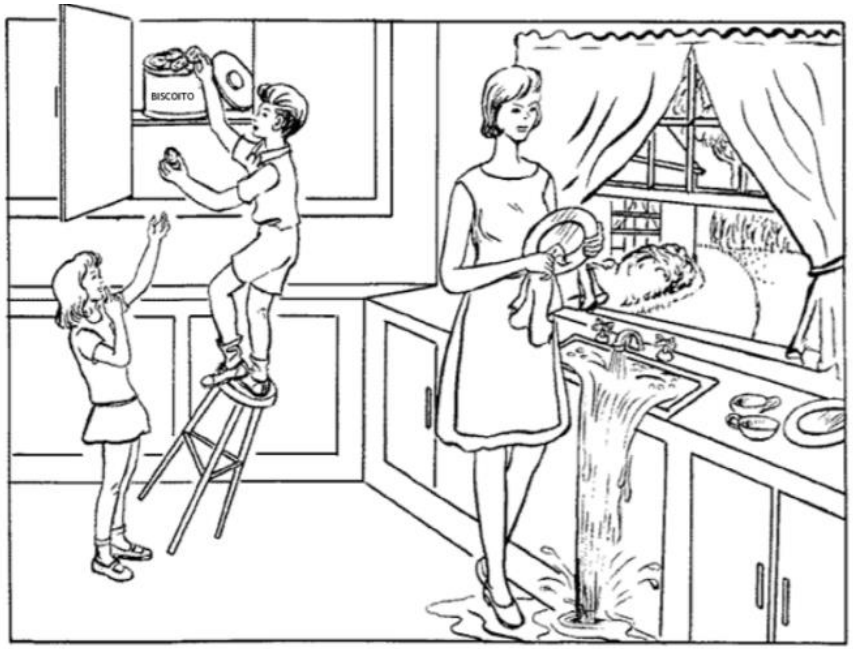
Paralelo

Obrigado

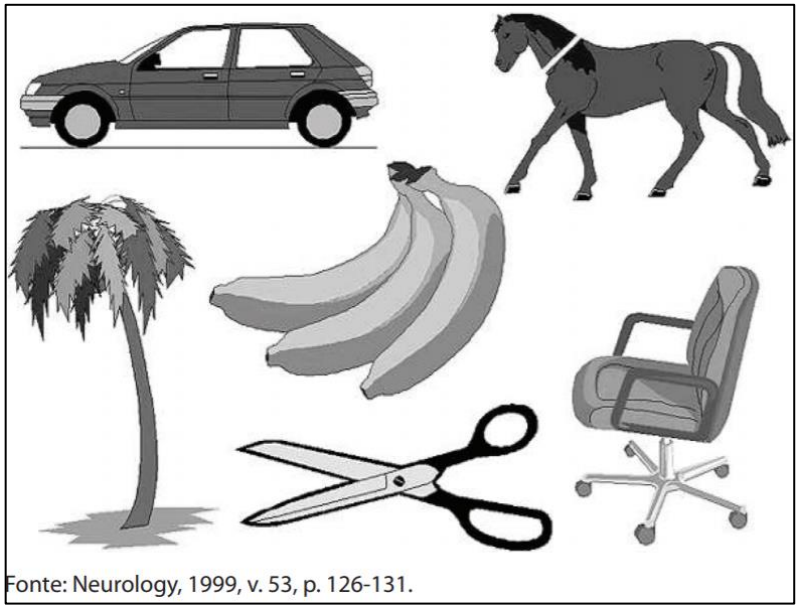
Estrada de ferro

Jogador de futebol

Fonte: Neurology, 1999, v. 53, p. 126-131.



Fonte: Neurology, 1999, v. 53, p. 126-131.



Fonte: Neurology, 1999, v. 53, p. 126-131.

Bibliografia de Protocolo de Encaminhamento Acidente Vascular Encefálico / SMS Curitiba:

- Cabral NL, Freire AT, Conforto AB, Dos Santos N, Reis FI, Nagel V, Guesse VV, Safanelli J, Longo AL. **Increase of Stroke Incidence in Young Adults in a Middle-Income Country: A 10-Year Population-Based Study**. Stroke, 2017 Nov;48(11):2925-2930;
- Messé R.S, Gronseth G, Kent D.M, Kizer J.R, Homma S, Rosterman L, Kasner S.E. **Practice advisory: Recurrent stroke with patent foramen ovale.** Neurology. August 23, 2016 vol. 87 no. 8 815-821 ;
- Wang MCI, Rubinstein D, Kindt GW, Breese RE. **Prevalence of intracranial aneurysms in first-degree relatives of patients with aneurysms**. Neurosurg Focus, 2002 Sep 15;13(3)
- Guidelines for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2014, July: 2160-2236;
- Duncan BB et al (Org.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- Gusso G, Lopes JMC. (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. v. 1.
- Gagliardi RJ, Takayanagui OM. **Tratado de Neurologia da Academia Brasileira de Neurologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier,2019.
- Brasil. Ministério da Saúde. **Manual de Rotinas para Atenção ao AVC**. Brasília, 2013.

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO E CONSULTORIA PARA A APS

CURITIBA

SAÚDE

Situação clínica	ESPASTICIDADE (TOXINA BOTULÍNICA)
Quando indicar	• A espasticidade é um distúrbio motor com aumento do tônus muscular, dependente da velocidade, associado à exacerbação do reflexo miotático. • As principais causas: acidente vascular encefálico (AVE), traumatismo cranioencefálico (TCE), traumatismo raquimedular (TRM) e paralisia cerebral (PC**);** • Tratamento com a toxina botulínica é multifatorial (requerer outras medidas medicamentosas, não medicamentosas e/ou cirúrgicas); • Importante paciente estar realizando acompanhamento com terapia de reabilitação e/ou manutenção (fisioterapia, terapia ocupacional...);
Requisitos e orientações de encaminhamento	• **Identificação**: nome do paciente, sexo, idade e nome da mãe; • **História do diagnóstico**: a causa da espasticidade, há quanto tempo deste evento, descrição como características, sinais e sintomas focais, fatores de piora (infecções, medicamentos, ulceras de pressão...), sintomas associados (dor, perda funcionalidade, dificuldades pela espasticidade), grupo musculares afetados, tratamentos realizados (não medicamentoso, medicamentosos e cirúrgicos) com as datas e duração de cada tratamento, informar se paciente faz acompanhamento em algum serviço especializados (qual e quais as condutas), grau de independência e de funcionalidade, dificuldades de autocuidados e do cuidados com o paciente, relatar se esta em acompanhamento de terapia de reabilitação (fisioterapia, terapia ocupacional, órtese,...), se já fez uso da toxina botulínica previamente, qual a resposta , se hipersensibilidade a algum componente da toxina botulínica; • **História pregressa e familiar**: comorbidades associadas, medicações de uso, tratamento prévios realizados. • **Exame físico e neurológico**: relatar as alterações encontradas nos exames físico e neurológico relevantes, descrever membro/grupo muscular afetado (segmentar ou focal) a graduação da força, tônus muscular, presença de contraturas, deformidades osteoarticulares, espasmos musculares; • **Exames complementares**: exames laboratoriais recentes, exames de imagem (TC, RNM de crânio) citando a data de realização do exame e o laudo destes exames); • **Dúvida** relacionada ao caso.
Critérios de prioridade	• Espasticidade associada a dor, perda funcional importante e/ou dificuldade na higienização • Espasticidade generalizada (tronco e de MMSS e MMII).

Bibliografia : citada em anexo

Bibliografia de Protocolo de Encaminhamento Espasticidade (toxina Botulínica) / SMS Curitiba:

- Brasil. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Espasticidade**. Brasília, 2017.
- Gagliardi RJ, Takayanagui OM. **Tratado de Neurologia da Academia Brasileira de Neurologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier,2019.
- Vivancos-Matellano F, Pascual-Pascual SI, Nardi-Vilardaga J, Miquel-Rodriguez F, de Miguel-Leon I, Martinez-Garre MC, et al. **Guide to the comprehensive treatment of spasticity**. Rev Neurol. 2007;45(6):365-75.
- Esquenazi A, Albanese A, Chancellor MB, Elovic E, Segal KR, Simpson DM, et al. **Evidence-based review and assessment of botulinum neurotoxin for the treatment of adult spasticity in the upper motor neuron syndrome**. Toxicon. 2013;67:115-28.
- Gracies JM, Hefter H, Simpson D, Moore AP. **Spasticity in adults. In: Moore AP, Naumann M, editors. Handbook of botulinum toxin treatment**. 2nd ed. New Jersey: Wiley-Blackwell; 2003.
- Pathak MS, Nguyen HT, Graham HK, Moore AP. **Management of spasticity in adults: practical application of botulinum toxin.** Eur J Neurol. 2006;13 Suppl 1:42-50.
- Ward AB**. Spasticity treatment with botulinum toxins**. J Neural Transm (Vienna). 2008;115(4):607-16.

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO E CONSULTORIA PARA A APS

CURITIBA

SAÚDE

Situação clínica	AMBULATÓRIO DE DOR - DOR CRÔNICA

Quando indicar

- Dor é uma sensação ou experiência emocional desagradável, associada com dano tecidual real ou potencial.
- A dor pode ser aguda (duração inferior a 30 dias) ou crônica (duração superior a 30 dias), sendo classificada segundo seu mecanismo fisiopatológico em três tipos: Dor de predomínio nociceptivo, Dor de predomínio neuropático E dor mista.
- A dor nociceptiva está relacionada à lesão de tecidos ósseos, musculares ou ligamentares e geralmente responde bem ao tratamento sintomático com analgésicos ou anti-inflamatórios não esteroides (AINES).
- A dor neuropática é definida como dor iniciada por lesão ou disfunção do sistema nervoso, normalmente responde pobremente aos analgésicos usuais (paracetamol, dipirona, AINES, opióides fracos).
- O tipo de dor mais frequente na prática clínica é o misto (radiculopatia ou a dor "oncológica"), que afetam outras estruturas (nervos, raízes, ossos, facetas, articulações e ligamentos) gerando dor nociceptiva.
- **Descrição do solicitação feita pelo médico especialista do paciente citando o diagnóstico de base que causa da dor crônica e quais tratamentos utilizados anteriormente** (ortopedista, reumatologista, neurologista, neurocirurgião);

Requisitos e orientações de encaminhamento

- **Identificação**: nome do paciente, idade e nome da mãe;
- **História do diagnóstico**: a causa da dor(diagnóstico da doença de base), há quanto tempo deste evento, descrição da dor: características, tipo (Escala de LANSS), intensidade (escala de EVA), frequência, fatores de piora, fatores de alívio, fatores desencadeantes, pontos de gatilho, dor referida, sintomas associados (força, sensibilidade, autonômico, alteração sono,...), tratamentos realizados (não medicamentoso, medicamentosos e cirúrgicos) com as datas e duração de cada tratamento, quais classe de tratamento já foram utilizadas (relaxante musculares, analgésico, AINEs, antidepressivos, antiepilépticos, opióides fracos, opióides fortes) informando a dose máxima utilizadas e a resposta para cada desses tratamentos/medicamentos, informar se paciente faz acompanhamento em algum serviço especializados (qual e quais as condutas, adesão aos tratamentos medicamentosos e não medicamentoso, descrição da solicitação de encaminhamento do médico especialista responsável pelo tratamento da causa da dor crônica do paciente;
- **História pregressa e familiar**: comorbidades associadas, distúrbios psiquiátricos, medicações de uso, história familiar de neoplasias, tratamento prévios realizados, realiza atividade física regular, .
- **Exame físico e neurológico**: relatar as alterações encontradas nos exames físico e neurológico relevantes, descrever local afetado (segmentar ou focal) pontos de gatilho, presença de contraturas, deformidades osteoarticulares, alteração de sensibilidade, alteração de força muscular, amplitude movimento;
- **Exames complementares**: exames laboratoriais recentes, exames de imagem (TC, RNM de crânio) citando a data de realização do exame e o laudo destes exames);
- **Dúvida** relacionada ao caso.

Critérios de prioridade

- Dor crônica com diagnóstico de doença de base com tratamento ineficaz/ refratário mesmo em uso de medicação em dose recomendada das diversas classes medicamentosas (analgésico, AINEs, antidepressivos, antiepilépticos, opióides fracos);

Bibliografia : citada em anexo

ESCALA DE DOR DE LANNS

A. QUESTIONÁRIO DE DOR

Pense na dor que você vem sentindo na última semana
Por favor, diga se qualquer uma das características abaixo se aplica à sua dor.
Responda apenas SIM ou NÃO.

1) A sua dor se parece com uma sensação estranha e desagradável na pele? Palavras como "agulhadas", "choques elétricos" e "formigamento" são as que melhor descrevem estas sensações.

a) NÃO - Minha dor não se parece com isso.....[0]
b) SIM - Eu tenho este tipo de sensação com frequência.....[5]

2) A sua dor faz com que a cor da pele dolorida mude de cor? Palavras como "manchada" ou "avermelhada ou rosada" descrevem a aparência da sua pele.

a) NÃO - Minha dor não afeta a cor da minha pele.....[0]
b) SIM - Eu percebi que a dor faz com que minha pele mude de cor. .....[5]

3) A sua dor faz com a pele afetada fique sensível ao toque? [A ocorrência de] Sensações desagradáveis ou dolorosas ao toque leve ou mesmo ao toque da roupa ao vestir-se descrevem esta sensibilidade anormal.-

a) NÃO - Minha dor não faz com que minha pele fique mais sensível.....[0]
b) SIM - Minha pele é mais sensível ao toque nesta área.....[3]

4) A sua dor inicia de repente ou em crises, sem nenhuma razão aparente, quando você está parado, sem fazer nenhum movimento? Palavras como "choques elétricos", "dor em pontada" ou "dor explosiva" descrevem estas sensações.

a) NÃO - Minha dor não se comporta desta forma .....[0]
b) SIM - Eu tenho estas sensações com muita frequência.....[2]

5) A sua dor faz com que a temperatura da sua pele na área dolorida mude? Palavras como "calor" e "queimação" descrevem estas sensações.

a) NÃO - Eu não tenho este tipo de sensação.....[0]
b) SIM - Eu tenho estas sensações com frequência.....[1]

B. EXAME DA SENSIBILIDADE (preenchido pelo médico)

A sensibilidade da pele pode ser examinada comparando-se a área dolorida com a área contra-lateral ou nas áreas adjacentes não doloridas avaliando a presença de alodinia e alteração do limiar de sensação ao estímulo da agulha (LSA).

6) ALODINIA

Examine a resposta ao toque leve com algodão sobre a área não dolorida e, a seguir, ao toque da área dolorida. Caso sensações normais forem percebidas no lado não dolorido e, ao contrário, se dor ou sensações desagradáveis (sensação tipo "picada" ou "latejante") forem percebidas na área afetada, então a alodinia está presente.

a) NÃO - Sensação normal em ambas as áreas.....[0]
b) SIM - Alodinia somente na área dolorida.....[5]

7) ALTERAÇÃO DO LIMIAR POR ESTÍMULO DE AGULHA

a) Determine o limiar por estímulo de agulha pela comparação da resposta a uma agulha de espessura 23 (cor azul) conectada a uma seringa de 2 ml – sem a parte interna - suavemente colocada nas áreas doloridas da pele e depois nas não doloridas.

b) Caso uma sensação de agulhada normal for sentida na área da pele não dolorida, mas uma sensação diferente for sentida na área dolorida como, por exemplo, "nenhuma sensação" ou "somente sensação de toque" (LSA aumentado) ou "dor muito intensa" (LSA diminuído), isso significa que há um LSA alterado.

c) Caso a sensação de agulhada não for percebida em nenhuma área, conecte a parte interna da seringa à agulha para aumentar o peso e repita a manobra.

a) NÃO - Sensação igual em ambas as áreas.....[0]
b) SIM - Limiar por estímulo de agulha alterado no lado dolorido.....[3]

ESCORE TOTAL: _____ /24

Some os valores entre parênteses nos achados descritivos e de exame da sensibilidade para obter um escore global.

PONTO DE CORTE

- Se o escore for inferior a 12, (são improváveis de) estejam contribuindo para a dor do paciente.
- Se o escore for igual ou superior a 12, provavelmente mecanismos neuropáticos estejam contribuindo para a dor do paciente.

(Adaptada ao Português do Brasil por Schestatsky et al., 2011)

Bibliografia de Protocolo de Encaminhamento Ambulatório de Dor – Dor Crônica / SMS Curitiba:

- Brasil. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica**. Brasília, 2012.
- Gagliardi RJ, Takayanagui OM. **Tratado de Neurologia da Academia Brasileira de Neurologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier,2019.
- Merskey H, Bogduk N**. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms.** Seattle: IASP Press; 1994.
- Schestatsky P, Nascimento OJ. **What do general neurologists need to know about neuropathic pain?** Arq Neuropsiquiatr. 2009;67(3A):741-9.
- Schestatsky P, Félix-Torres V, Chaves ML, Câmara-Ehlers B, Mucenic T, Caumo W, et al. **Brazilian Portuguese validation of the Leeds assessment of neuropathic symptoms and signs for patients with chronic pain**. Pain Med. 2011;12(10):1544-50.
- Finnerup NB, Otto M, McQuay HJ, Jensen TS, Sindrup SH. **Algorithm for neuropathic pain treatment: an evidence based proposal.** Pain. 2005;118(3):289-305.
- Kroenke K, Krebs EE, Bair MJ. **Pharmacotherapy of chronic pain: a synthesis of recommendations from systematic reviews.** Gen Hosp Psychiatry. 2009;31(3):206-19.

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO E CONSULTORIA PARA A APS

CURITIBA

SAÚDE

Situação clínica	DISTÚRBIOS DE SONO

Quando indicar	• Sonolência diurna excessiva (suspeita de narcolepsia, hipersonia Idiopática ou recorrente,...); • Distúrbios respiratórios durante o sono (Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono, Síndrome de Aumento de Resistência das Vias Aéreas Superiores, ...); • Distúrbios de comportamento que ocorrem durante o sono (sonambulismo, distúrbio de Comportamento do Sono REM, epilepsias, síndrome de Pernas Inquietas e Movimentos Periódicos dos Membros...); • Insônias que não responderam tratamento prévio (higiene do sono e medicamentos como anti-histamínicos, fitoterápicos - valeriana, antidepressivos - trazodona, mirtrazapina, amitriptilina, agonistas melatoninérgicos e melatonina, benzodiazepínicos, hipnóticos - zolpidem, zopiclona...) e descartadas outras causas de insônia associadas como causas psiquiátricas (transtornos de humor, transtornos somatoformes, ansiedade, estresse, depressão, síndrome do pensamento acelerado,...), condições médicas, fibromialgia, uso e abuso de substâncias e drogas ilícitas, ...
Requisitos e orientações de encaminhamento	• **Identificação**: nome do paciente, idade e nome da mãe; • **História do diagnóstico**: anamnese completa com: o início dos sintomas, curso dos sintomas, a qualidade do sono (sono reparador, fragmentação..), horários: de início e término (quantas horas de sono/dia), há quanto tempo apresenta este padrão de sono, existe privação de sono, realiza períodos de descanso ou soneca durante o dia (horário e duração), sintomas associados (fadiga, sonolência diurna, alteração atenção/ concentração, alteração de humor, ...), historia de comorbidades associadas (apneia obstrutiva do sono, síndrome das pernas inquietas, sonambulismo, terror noturno, bruxismo, transtornos de humor, ansiedade alterações psiquiátricas, doenças pulmonares, outras comorbidades neurológicas, cardiopatias, ...), medicamentos em uso e sua resposta com cada tratamento (informar a posologia, a duração, dependência e a resposta a esses tratamentos), tratamentos não medicamentosos utilizados (mudança de hábitos, higiene do sono, terapia de controle de estímulos, terapia de restrição de sono, técnicas de relaxamento, reconstrução cognitiva, intenção paradoxal,...), faz ou fez uso de CPAP (período e resposta), diário do sono; • **História pregressa e familiar**: comorbidades associadas, distúrbios psiquiátricos, medicações de uso continuo (antidepressivos, estimulantes, descongestionantes e anti-histamínicos, analgésicos, medicamentos cardiovasculares, medicamentos pulmonares, esteroides, hormônio da tireoide e inibidores da colinesterase, uso/ abuso de substâncias e drogas ilícitas (álcool, estimulantes e tabaco), história familiar de neoplasias, tratamento prévios realizados, realiza atividade física regular, . • **Exame físico e neurológico**: relatar as alterações encontradas nos exames físico e neurológico relevantes; • **Exames complementares**: exames laboratoriais recentes, exames de imagem e complementares (TC, RNM de crânio, polissonografia) citando a data de realização do exame e o laudo destes exames); • **Dúvida** relacionada ao caso.
Critérios de prioridade	• Distúrbios do sono associado a déficits neurológicos no exame físico/ neurológico

Bibliografia : citada em anexo

HÁBITOS SAUDÁVEIS PARA UMA BOA NOITE DE SONO

- Ir para cama com sono
- Manter uma rotina regular no horário de deitar e levantar
- Manter o quarto escuro e silencioso a noite
- Caso haja necessidade de levantar durante a noite, procure usar lâmpadas adequadas evitando luz branca ou azul
- Manter a temperatura do quarto confortável para iniciar e manter o sono
- Evitar o uso de medicações para o sono sem prescrição médica
- Manter os animais que atrapalham o sono fora do quarto de dormir
- Evitar atividades na cama como: assistir televisão, usar celular, usar computador, usar eletrônicos...
- Evitar alimentação pesada próximo do horário de dormir
- Evitar o uso de bebidas alcóolicas e alimentos ou bebidas que contenham cafeína próximo do horário de dormir
- Praticar exercícios físico regularmente evitando os mesmo próximo do horário de deitar
- Evitar tabagismo e álcool antes de dormir
- Evite cochilos prolongados durante o dia (limite o tempo em cerca de 30 minutos após o almoço)
- Avalie as condições da cama e quarto (travesseiros adequados, colchão confortável, pouca luz...)

Ministério da Saúde - Brasil.

ESCALA DE SONOLÊNCIA DE EPWORTH (ESS – BR)

Qual a probabilidade de você cochilar ou dormir e não apenas se sentir cansado nas seguintes situações?				
• Sentado e lendo	0	1	2	3
• Assistindo televisão	0	1	2	3
• Sentado, quieto, em um lugar publico (teatro, reunião ou palestra	0	1	2	3
• Andando de carro por uma hora sem parar, como passageiro	0	1	2	3
• Sentado quieto após o almoço sem bebida de álcool	0	1	2	3
• Em um carro parado no trânsito por alguns minutos	0	1	2	3
OBS: Considere o modo de vida que você tem levado recentemente. Mesmo que você não tenha feito algumas destas coisas recentemente, tente imaginar coo elas o afetariam.				

LEGENDA	
0	Nunca cochila
1	Pequena probabilidade de cochilar
2	Probabilidade média de cochilar
3	Grande probabilidade de cochilar

Bertolazi NA et al, 2009.

CURITIBA

SAÚDE

MODELO DE DIÁRIO DE SONO

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Dia da semana																															
Dia do mês																															
Ontem me deitei às ..... h																															
Consegui dormir às .....h																															
Acordei ..... Vezes durante a noite																															
Hoje acordei às .....h																															
Saí da cama às .....h																															
Devo ter dormido umas .....h																															
Acordei: (1) Péssimo (4) Bem (2) Mal (5) Muito bem (3) Mais ou menos																															
Meu sono foi: (1) Péssimo (4) Bom (2) Ruim (5) Ótimo (3) Regular																															
Ontem durante o dia eu passei: (1) Péssimo (4) Bom (2) Ruim (5) Ótimo (3) Regular																															
Ontem eu: (0) não cochilei Cochilei ..... vezes																															

(Pinto Jr. Et al, 2009)

Bibliografia de Protocolo de Encaminhamento Ambulatório de Sono/ SMS Curitiba:

- Biblioteca Virtual de Salde Atenção Primária à Saúde. **Como deve ser o manejo da insônia na APS?**. Ministério da Saúde. Brasília, 2017.
- Gagliardi RJ, Takayanagui OM. **Tratado de Neurologia da Academia Brasileira de Neurologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.
- Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani EJ, Duncan MS, Giugliani, C. **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**, 4th edição. ArtMed, 2013.
- Pinto Jr LR, et al. **Diretrizes para Diagnóstico e Tratamento da Insônia.** Associação Brasileira do Sono. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- Aloé F. **Diretrizes Clínicas para Diagnóstico e Tratamento da Narcolepsia.** Associação Brasileira do Sono. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- Bertolazi AN, Fagondes SC, Hoff LS, Pedro VD, Barreto SSM, Johns MW. **Validação da escala de sonolência de Epworth em português para uso no Brasil.** J Bras Pneumol. 2009;35:877-83.

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO E CONSULTORIA PARA A APS

CURITIBA

SAÚDE

Situação clínica	TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE
Quando indicar	• **PARA PSIQUIATRIA:** pacientes a partir de 14 anos, com **diagnóstico prévio de TDAH e sem alterações neurológicas** ou adulto com **suspeita de TDAH, sem diagnóstico na infância** - VIDE PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO PARA A PSIQUIATRIA, , • **PARA NEUROLOGIA ADULTO:** pacientes **a partir de 14 anos**, com diagnóstico prévio **TDAH, já em acompanhamento com a psiquiatria, associado a alguma alteração neurológica** que necessite de avaliação/ acompanhamento da Neurologia adulto (com solicitação do psiquiatra).
Requisitos e orientações de encaminhamento	• **Identificação**: nome do paciente, idade e nome da mãe; • **História do diagnóstico**: descrição dos sintomas que justifique a avaliação/ acompanhamento com a neurologia descrevendo: início, características, duração, frequência, fatores desencadeantes, fatores de piora e de melhora, sinais e sintomas focais, sintomas associados... Da avaliação do TDAH: descrever as dificuldades de aprendizagem, desempenho escolar, nas funções da casa e do trabalho, alterações no desenvolvimento neuropsicomotor na infância, alterações comportamentais associadas descrevendo início destes sintomas (impulsividade, hiperatividade, ansiedade, dificuldade de manter atenção...), sintomas psiquiátricos associados (alteração de humor, alterações de condutas, agressividade, alucinações,...), tratamentos realizados (cirúrgicos e medicamentosos) com as datas e duração de cada tratamento, descrever se faz/fazia acompanhamento em algum serviço especializados (qual serviço e quais as condutas realizadas no período de acompanhamento), descrever outros dados relevantes; • **História pregressa e familiar**: comorbidades associadas, diagnósticos psiquiátricos, medicações de uso (substância, posologia e , historia familiar relevante, tratamento prévios realizados. • **Exame físico e neurológico**: relatar as alterações encontradas nos exames físico e neurológico (déficits/ sinais focais); • **Exames complementares**: exame anatomopatológico, exames de imagem já realizados (TC, RNM de crânio) citando a data de realização do exame e o laudo destes exames; • **Dúvida** relacionada ao caso.
Critérios de prioridade	• Diagnóstico de TDAH associado a uma alteração neurológica que justifique acompanhamento conjunto com a neurologia (detalhar o motivo no encaminhamento). • Paciente com TDAH com piora dos déficits e/ ou das alterações neurológicas.

Bibliografia : citada em anexo

Bibliografia de Protocolo de Encaminhamento Tumores ou Massas do Sistema Nervoso Central / SMS Curitiba:

- Brasil. Ministério da Saúde. **Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas para Trastorno de Deficit de Atenção e Hiperatividade**. Brasília, 2019.
- SUS. Santa Catarina. **Protocolo da Rede de Atenção Psicossocial, para o acolhimento, o tratamento e o encaminhamento intersetorial de crianças e adolescentes com transtornos hipercinéticos (incluindo as síndromes de déficit de atenção e sem hiperatividade).** Sistema Único de Saúde Estado de Santa Catarina, 2015.

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO E CONSULTORIA PARA A APS

CURITIBA

SAÚDE

Situação clínica	TRANSTORNO ESPECTRO AUTISTA
Quando Encaminhar	• **PARA AVALIAÇÃO PSICOLOGIA NASF:** Pacientes com suspeita de TEA deverão ser encaminhados para Psicologia NASF que dará seguimento aos encaminhamentos necessários. • **PARA NEUROLOGIA ADULTO**: paciente > 14 anos com diagnóstico de TEA com alteração neurológica associada.
Requisitos e orientações de encaminhamento	• **Identificação**: nome do paciente, idade e nome da mãe; • **História do diagnóstico**: descrição dos sintomas (início, características, duração, frequência, fatores desencadeantes, fatores de piora e de melhora, sinais e sintomas focais, sintomas associados, tratamento realizados (cirúrgicos e medicamentosos) como as datas e duração, se faz/fazia acompanhamento em algum serviço especializados (qual e quais as condutas), grau de independência e de funcionalidade, alterações no desenvolvimento neuropsicomotor na infância (principais marcos do desenvolvimento), alterações da interação social, alterações de linguagem, alterações de comportamento ; • **História pregressa e familiar**: comorbidades associadas, medicações de uso, historia familiar de neoplasias, tratamento prévios realizados. • **Exame físico e neurológico**: relatar as alterações encontradas nos exames físico e neurológico (déficits/ sinais focais); • **Exames complementares**: exame anatomopatológico, exames de imagem já realizados (TC, RNM de crânio) citando a data de realização do exame e o laudo destes exames; • **Dúvida** relacionada ao caso.
Critérios de prioridade	• Diagnóstico de TEA associado a uma alteração neurológica que justifique acompanhamento conjunto com a neurologia (detalhar o motivo no encaminhamento). • Paciente com TEA com piora dos déficits e/ ou das alterações neurológicas prévias.

Bibliografia : citada em anexo

Bibliografia de Protocolo de Encaminhamento Tumores ou Massas do Sistema Nervoso Central / SMS Curitiba:

- Brasil. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Trastronos do Espectro Autista (TEA)**. Brasília, 2014.

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO E CONSULTORIA PARA A APS

CURITIBA

SAÚDE

Situação clínica	MALFORMAÇÕES VASCULARES CEREBRAIS
Quando indicar	**Para Neurocirurgia (eletivamente):** • Exame de imagem evidenciando aneurisma intracraniano não roto ; • História prévia de malformações vasculares cerebrais rotas (incluindo hemorragia subaracnóide), não tratados; • Malformações vasculares cerebrais não rotas; • História familiar de aneurisma intracraniano (dois ou mais parentes de primeiro grau).
Requisitos e orientações de encaminhamento	• **Identificação**: nome do paciente, sexo, idade e nome da mãe; • **História do diagnóstico**: descrição dos sinais e sintomas focais (início, características, duração, frequência, fatores desencadeantes, fatores de piora e de melhora, sintomas associados, tratamento realizados (cirúrgicos e medicamentosos) como as datas e duração, se faz/fazia acompanhamento em algum serviço especializados (qual e quais as condutas), grau de independência e de funcionalidade, descrever se tem história prévia de aneurisma e/ou malformação vascular rota (quando e qual tratamento foi realizado); • **História pregressa e familiar**: comorbidades associadas, medicações de uso, historia familiar de neoplasias, tratamento prévios realizados. • **Exame físico e neurológico**: relatar as alterações encontradas nos exames físico e neurológico (déficits/ sinais focais); • **Exames complementares**: exames de imagem já realizados (TC, RNM de crânio) citando a data de realização do exame e o laudo destes exames, outros exames relevantes realizados (com a data de realização e resultado); • **Duvida** relacionada ao caso.
Critérios de prioridade	**Encaminhamento para Urgência/ Emergência**: • suspeita de aneurisma ou outra malformação vascular cerebral com sinais/sintomas de alerta (cefaléia súbita e intensa; alteração do nível de consciência e/ou; • déficit focal de início súbito e/ou; • presença de sinais de irritação meníngea (rigidez de nuca, sinais de Kernig ou Brudzinski).

Bibliografia : citada em anexo

Bibliografia de Protocolo de Encaminhamento Malformações Vasculares Cerebrais / SMS Curitiba:

- Brasil. Ministério da Saúde. **Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas de Tumor Cerebral no Adulto**. Brasília, 2020.
- Gagliardi RJ, Takayanagui OM. **Tratado de Neurologia da Academia Brasileira de Neurologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier,2019.

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO E CONSULTORIA PARA A APS

CURITIBA

SAÚDE

Situação clínica	TUMORES OU MASSAS DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL
Quando indicar	• **Para Fila Neurocirurgia (eletivamente):** Suspeita de Massa/ Tumor de SNC sem sintomas/sinais de hipertensão intracraniana (cefaleia persistente acompanhada de vômitos, alteração no nível de consciência, fundo de olho com papiledema) e/ou sintomas neurológicos focais; • **Para serviço Hospitalar ou Pronto-Atendimento**: Suspeita de Massa/ Tumor de SNC com sinais e sintomas de compressão medular e/ou síndrome de cauda equina ;Exame de imagem com lesão compatível com neoplasia e evidência de hipertensão intracraniana (desvio da linha média, herniação subfalcina, uncal ou transtentorial), presença de hidrocefalia, compressão do tronco encefálico; exame de imagem com lesão compatível com neoplasia e evidência de compressão medular.
Requisitos e orientações de encaminhamento	• **Identificação**: nome do paciente, idade e nome da mãe; • **História do diagnóstico**: descrição dos sintomas (início, características, duração, frequência, fatores desencadeantes, fatores de piora e de melhora, sinais e sintomas focais, sintomas associados (dor, tontura, perda de consciência, cefaleia, ...), tratamento realizados (cirúrgicos e medicamentosos) como as datas e duração, se faz/fazia acompanhamento em algum serviço especializados (qual e quais as condutas), grau de independência e de funcionalidade; • **História pregressa e familiar**: comorbidades associadas, medicações de uso, historia familiar de neoplasias, tratamento prévios realizados. • **Exame físico e neurológico**: relatar as alterações encontradas nos exames físico e neurológico (déficits/ sinais focais); • **Exames complementares**: exame anatomopatológico, exames de imagem já realizados (TC, RNM de crânio) citando a data de realização do exame e o laudo destes exames; • **Duvida** relacionada ao caso.
Critérios de prioridade	• **Para Neurocirurgia (eletivamente):** paciente com alteração em exame de imagem sugestiva de neoplasia, sem critérios para avaliação na emergência.;

Bibliografia : citada em anexo

Bibliografia de Protocolo de Encaminhamento Tumores ou Massas do Sistema Nervoso Central / SMS Curitiba:

- Brasil. Ministério da Saúde. **Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas de Tumor Cerebral no Adulto**. Brasília, 2020.
- Gagliardi RJ, Takayanagui OM. **Tratado de Neurologia da Academia Brasileira de Neurologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier,2019.