



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde

CÂMARA TÉCNICA DE ESPECIALIDADES



Protocolo de encaminhamento para Neurologia Adulto

Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade Neurologia.

As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade; todas as informações consideradas relevantes devem estar relatadas no encaminhamento.

Ressaltamos que outras situações clínicas ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas neste protocolo.

ORIENTAÇÕES PARA AGENDAMENTO DE CONSULTA EM NEUROLOGIA

- Encaminhamento em impresso REFERÊNCIA e CONTRA-REFERÊNCIA, com letra legível, assinatura e carimbo do médico solicitante, identificação da unidade solicitante;

- Atentar para o preenchimento de história clínica, exame neurológico sucinto, receita de medicamentos em uso e hipótese diagnóstica.

Especificar motivo/justificativa do encaminhamento.

- Orientar para que o usuário chegue 15 minutos antes do horário agendado para consulta, levando os documentos: documento com foto, cartão SUS, comprovante de endereço com CEP, impresso REFERÊNCIA e CONTRA-REFERÊNCIA, ticket de agendamento e os exames necessários para encaminhamento realizados nos últimos 6 meses.

Salvo os exames complementares particularizados nas seções abaixo, em termos gerais, os pacientes devem ser inicialmente avaliados com os seguintes exames laboratoriais: hemograma, albumina, glicemia, sódio, potássio, cálcio, ureia, creatinina, TGO, TGP, teste rápido para sífilis, HIV, hepatites B e C, vitamina B12, ácido fólico, TSH (colher T4 livre se TSH alterado) e, nos casos de suspeita de acometimento de sistema nervoso central, exame de neuroimagem.

Como pré-requisito básico, as avaliações iniciais no ambulatório de Neurologia devem SEMPRE ser feitas com o paciente de posse de seus exames complementares particularizados nas seções abaixo.

Observação: é fundamental a presença de acompanhante capaz de descrever aspectos cotidianos do agravo que motivou a consulta.

1. Cefaleias

Pacientes com queixas de cefaleia e qualquer das características abaixo citadas, devem ser inicialmente avaliados na Unidade de Urgência/Emergência:

- Cefaleia e:

- ✓ alterações no exame neurológico, crises convulsivas, sinais de hipertensão intracraniana associados a distúrbios do comportamento, com piora progressiva ou instalação súbita e constante;
- ✓ papiledema ao exame de fundo de olho;
- ✓ Febre e dor na nuca, cefaléia forte com início abrupto, suspeita de lesão expansiva intracraniana de causa vascular, presença de sinais neurológicos focais, alteração de estado mental;
- ✓ sinais de alerta (quadro 1).

Quadro 1 – Sinais de alerta em pacientes com cefaleia que sugerem manejo em serviço de emergência/urgência (presença de pelo menos um):

aparecimento súbito e dor descrita como a pior sentida na vida;
intensidade muito forte em pouco tempo após seu início;
evolução insidiosa e progressiva, com ápice há poucos dias;
iniciada após trauma de crânio recente;
suspeita de meningite;
paciente SIDA/HIV com padrão novo de cefaleia ou alteração em exame de imagem com lesão expansiva compatível com toxoplasmose;
padrão novo de cefaleia em paciente com história recente/atual de neoplasia ou com discrasias sanguíneas;
padrão novo de cefaleia iniciada em paciente com mais de 50 anos, com dor a palpação e edema da artéria temporal superficial, mialgias e/ou VSG elevado;
edema de papila;
sinais neurológicos focais;
crise hipertensiva e confusão mental;
suspeita de glaucoma (pupila fixa com midríase média / olho vermelho).

Fonte: GUSSO (2012).

Os pacientes com história de cefaleia e SEM os sinais de alerta acima descritos possuem indicação de seguimento neurológico ambulatorial quando, mesmo com tomografia de crânio normal, apresentar:

- cefaleias atípicas (sem critérios formais para o diagnóstico de migrânea ou cefaleia tensional, ex: neuralgia trigeminal, dor facial atípica, etc);
- migrânea (enxaqueca) ou cefaleia tipo tensão refratária ao manejo profilático na Atenção Primária à Saúde – APS (tentativa de profilaxia com duas classes de medicamento diferentes para migrânea ou com tricíclico para cefaleia tensional, por um período mínimo de 3 meses);

Paciente com indicação de solicitação de exame de imagem (tomografia de crânio) pelo médico da UBS:

- padrão novo ou mudança recente no padrão da cefaleia; **ou**
- início da cefaleia em pessoa com mais de 50 anos; **ou**
- evolução insidiosa e progressiva, com ápice em poucas semanas ou meses; **ou**
- dor que acorda durante o sono; **ou**
- dor desencadeada pelo esforço, coito, tosse, atividade física ou manobra de Valsalva.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para neurocirurgia:

- Paciente com cefaleia e exame de imagem (ressonância magnética nuclear ou tomografia computadorizada de crânio) com alteração sugestiva de potencial indicação cirúrgica (quadro 2).

Quadro 2 – Alterações em ressonância magnética nuclear ou tomografia computadorizada sugestivas de potencial indicação cirúrgica:

presença de lesão com efeito expansivo (incluindo tumores, cisto ou malformações);
presença de lesão sugestiva de tumor cerebral, independentemente do tamanho;
presença de aneurisma cerebral ou outra malformação vascular;
hidrocefalia, independente da causa;
presença de malformação de Chiari.

Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS (2015).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Anamnese: descrever idade de início da cefaleia, tempo de evolução, localização e características da dor, frequência das crises, mudança no padrão, exame físico neurológico, outros sinais/sintomas e doenças associadas; informar pressão arterial;
2. Tratamentos em uso ou já realizados para cefaleia (medicamentos utilizados com dose e posologia);
3. Exame de imagem realizado
4. O encaminhamento do paciente deve ser acompanhado pelo diário da cefaléia ao longo de no mínimo 60 dias. No diário da cefaleia deve constar data/ como foi a dor/ duração / o que fez e qual remédio tomou.

2. Síndrome cognitiva – queixas de “memória”

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ambulatório de neurologia:

- ✓ declínio cognitivo rapidamente progressivo (limitação funcional, cognitiva, comportamental ou motora significativas com evolução menor que dois anos); **ou**
- ✓ declínio cognitivo em que foram excluídas causas reversíveis e transtornos psiquiátricos descompensados.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Anamnese: Há prejuízo funcional? O comprometimento cognitivo afeta, pelo menos, dois destes domínios: memória, funções executivas, habilidades, visuais-espaciais, linguagem e/ou comportamento?

Se sim,

- Há queixas compatíveis com transtorno do humor? Foram tratadas?

Se não ou se o tratamento com medicação apropriada por no mínimo 3 meses não resultou em melhora do quadro amnésico:

Prosseguir a investigação com: Mini exame do Estado Mental (MEEM) e avaliação laboratorial de causas de transtorno amnésico potencialmente tratáveis: Hemograma, TAP, glicemia, sódio, potássio, cálcio, ureia, creatinina, TGO, TGP, fosfatase alcalina, GGT, bilirrubinas, proteínas totais e frações, teste rápido para sífilis e HIV, vitamina B12, ácido fólico, TSH (colher T4 livre se TSH alterado) e Tomografia Computadorizada de crânio.

Previamente ao encaminhamento, eventuais alterações na investigação laboratorial supracitada devem ser adequadamente corrigidos.

Se investigação normal (ou adequadamente compensada) e MEEM alterado = encaminhamento para avaliação especializada.

Anexos: Avaliação neuropsicológica com Mini Exame do Estado Mental (MEEM) – Anexo 1 e Escala de Depressão Geriátrica (GDS) – Anexo 2

Observação: é fundamental a presença de acompanhante capaz de descrever aspectos cotidianos do agravo que motivou a consulta.

Casos de Síndrome Cognitiva que devem ser encaminhados ao CRI, de acordo com a orientação de fluxo da Unidade (Anexo 4):

- **Pacientes acima de 60 anos com declínio cognitivo leve a moderado em que foram excluídas causas reversíveis e transtornos psiquiátricos descompensados.**

- **Pacientes acima de 60 anos com diagnóstico de demência leve a moderada com perfil para reabilitação**

Contrarreferência: Acompanhamento compartilhado entre especialista e UBS, com o relatório do especialista.

3. Síndrome Epiléptica

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Unidade de Urgência/Emergência:

- > Crise convulsiva posterior a trauma recente ou AVE;
- > Estado de mal epiléptico
- > Pacientes com mais de uma crise em menos de 24 horas e sem medicação
- > Episódio de primeira crise convulsiva ocorrida há menos de 24 horas

Considerar a discussão de caso com o especialista (por e-mail, telessaúde, telefone) previamente ao encaminhamento à Neurologia, pacientes com suspeita clínica de epilepsia quando:

- > pelo menos um episódio de alteração de consciência sugestivo de crise convulsiva (quadro 3), sem fatores desencadeantes reconhecíveis e reversíveis na APS (condições metabólicas, febris, substâncias psicoativas e medicamentos); ou
- > diagnóstico prévio de epilepsia com controle inadequado das crises com tratamento otimizado e descartada má adesão; ou
- > paciente com epilepsia controlada há pelo menos 2 anos que deseja avaliação para retirada da medicação; ou
- > Gestantes com epilepsia ou mulheres que desejam planejar gravidez.

Após avaliação pelo neurologista e confirmando o diagnóstico de epilepsia, será mantido o acompanhamento compartilhado entre especialista e equipe da UBS. Caso a medicação termine antes do retorno do especialista e estando o paciente sob controle, a prescrição deverá ser mantida pelo médico da UBS até o retorno ao neurologista. Para tanto, deverá ser preenchido o relatório de contrarreferência à equipe do CS, constando o tratamento proposto com posologia e duração; bem como incluir a validade da receita de acordo com a data de retorno ao especialista.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Anamnese: sinais e sintomas (descrever as características e a frequência das crises convulsivas, idade de início, tempo de evolução, fatores desencadeantes, exame físico neurológico, outros sinais e sintomas fora das crises convulsivas), doenças associadas;
 - 1.1. diagnóstico prévio de epilepsia (sim ou não). Se sim, descreva o tipo;
 - 1.2. tratamentos em uso ou já realizados para epilepsia (medicamentos utilizados com dose e posologia);
 - 1.3. medicamentos em uso que interferem no limiar convulsivo (sim ou não). Se sim, quais;

1.4. avaliação clínica da adesão ao tratamento (sim ou não);

2. Exames complementares - hemograma, glicemia, sódio, potássio, cálcio, ureia, creatinina, TGO, TGP, fosfatase alcalina, GGT, bilirrubinas, proteínas totais e frações, teste rápido para sífilis e HIV, vitamina B12, ácido fólico, TSH (colher T4 livre se TSH alterado).

A tomografia de crânio está indicada para os pacientes com epilepsia de início recente ou pacientes com história crônica sem nenhum exame de imagem.

Eventuais alterações que sugiram quadro de lesões expansivas intracranianas, encaminhar imediatamente ao serviço de Neurocirurgia.

Observação: é fundamental a presença de acompanhante capaz de descrever aspectos cotidianos do agravo que motivou a consulta.

Contrarreferência: Acompanhamento compartilhado entre especialista e UBS, com o relatório do especialista.

Quadro 3 – Sinais sugestivos de crise convulsiva em paciente com episódio de alteração da consciência:

língua mordida;
desvio cefálico lateral persistente durante a crise;
posturas não usuais de tronco ou membros durante a crise;
contração muscular prolongada de membros (atentar para o fato de que pacientes com síncope podem apresentar abalos musculares não prolongados);
confusão mental prolongada após a crise.

Fonte: TelesaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de NICE Quality Standard 26 (2013).

4. Acidente vascular cerebral (AVC)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Unidade de Urgência/Emergência:

✓ Pacientes com déficit neurológico focal agudo (instalação há menos de 72 horas).

Pacientes com antecedente de AVC (**há mais de 72 horas e avaliado em ambiente de emergência**) devem ser encaminhados ao ambulatório de Neurologia em caso de:

✓ AVC hemorrágico sem etiologia definida; ou

✓ AVC isquêmico em paciente com menos de 45 anos; ou

✓ AVC isquêmico com investigação diagnóstica inconclusiva ou não realizada na emergência (ecodoppler de carótidas, ecocardiograma); ou

✓ AVC isquêmico ou AIT com evidência de obstrução de carótida, ipsilateral à lesão cerebral, entre 50% a 69%; ou

✓ Paciente com estenose de carótida assintomática maior que 70%

- **Todos os pacientes devem ser encaminhados já de posse de Exame de Tomografia Computadorizada de crânio ou Ressonância Magnética de crânio.**

- **A avaliação neurológica ocorrerá com o enfoque de determinar a etiologia do AVC e definir o plano terapêutico adequado à profilaxia secundária.**

Condições clínicas que indicam também a necessidade de encaminhamento para cirurgia vascular:

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

✓ paciente com estenose de carótida maior ou igual a 70%, independentemente se assintomática ou sintomática.

Além do controle dos fatores de risco, é prioritário o encaminhamento ao serviço de reabilitação mais precoce possível.

Pacientes com 60 anos ou mais com perfil para reabilitação com equipe interdisciplinar que preencham esses critérios acima, podem ser encaminhados ao CRI, de acordo com a orientação de fluxo da Unidade (Anexo 4).

Os pacientes que se encontrem totalmente dependentes ou acamados e/ou restritos ao leito, avaliar o encaminhamento à equipe do SAD.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Anamnese: descrição do tipo de AVC (hemorrágico ou isquêmico), data do evento e etiologia, quando conhecida;

1.1. comorbidades (hipertensão, diabetes, arritmia) (sim ou não). Se sim, quais;

1.2. relatar achados importantes ao exame físico;

2. resultado de exames – fundamentalmente TC/ RNM de crânio e, quando disponíveis eletrocardiograma, ecocardiograma, ecodoppler de carótidas.

Contrarreferência: Após conclusão da investigação etiológica, encaminhar à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.

5. Vertigem e Tontura

O encaminhamento deve ser feito primariamente ao serviço de Urgência/Emergência nos casos de pacientes com queixas de vertigem/tontura e:

- Déficits neurológicos focais (borramento visual, diplopia, disartria, parestesia, fraqueza muscular, dismetria, ataxia)
- Cefaleia;
- Alterações visuais
- Perda de consciência;
- crise epiléptica;
- Intoxicação medicamentosa ou por substâncias psicoativas;
- Síndrome febril aguda.

A absoluta maioria dos casos de tontura/vertigem é de escopo de tratamento otorrinolaringológico.

O encaminhamento ao ambulatório de Neurologia deve ser feito no contexto ambulatorial quando:

- Paciente já avaliado no contexto de Urgência/Emergência e diagnosticado com vertigem de origem central, por ex: AVC (quadro 10) ou após descartadas causas otorrinolaringológicas.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Anamnese: sinais e sintomas (descrever as características, frequência e duração dos episódios de vertigem, tempo de evolução, fatores desencadeantes, exame físico neurológico e otoscopia);
 - 1.1. Tratamentos em uso ou já realizados para vertigem (não farmacológico e/ou medicamentos utilizados com dose e posologia e resposta a medicação);

Quadro 10 – Suspeita de vertigem central e periférica

<p>Vertigem central:</p> <ul style="list-style-type: none">• nistagmo vertical (altamente sugestivo) ou outras apresentações (horizontal, rotatório ou multidirecional). Nistagmo de origem central não costuma ter latência (e se presente dura até 5 segundos), não é fatigável (pode durar semanas a meses) e não é inibido com a fixação do olhar;• grave desequilíbrio e dificuldade para caminhar ou mesmo ficar em pé;• presença de outros sinais e/ ou sintomas neurológicos focais (cefaleia, diplopia, disartria, parestesia, fraqueza muscular, dismetria);• surdez súbita unilateral;• vertigem e nistagmo menos intensos, raramente associados a zumbido ou hipoacusia;
<p>Vertigem periférica:</p> <ul style="list-style-type: none">• nistagmo horizontal ou horizonte-rotatório. Geralmente desencadeado após teste provocativo (como Manobra de Dix-Hallpike – figura 1), com tempo de latência em torno de 20 segundos após manobra. O nistagmo é inibido após fixação do olhar e é fatigável;• desequilíbrio leve a moderado (geralmente para o lado do labirinto comprometido), porém consegue caminhar;• comumente associada à sintomas auditivos (zumbido, hipoacusia, plenitude aural);• vertigem e nistagmo pronunciados, associado a náusea e vômito.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de Kanagalingam, Hajioff e Bennett (2005) e Labuguen (2006),

6. Síncope ou perda transitória da consciência

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Unidade de Urgência/Emergência:

✓ episódio de síncope em paciente com sinais de hipoperfusão, congestão pulmonar, fibrilação de início recente, suspeita de síndrome coronariana aguda, alterações de risco em eletrocardiograma, história familiar (pais ou irmãos) de morte súbita antes dos 40 anos, entre outras.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para neurologia:

✓ episódio de alteração de consciência sugestivo de crise convulsiva (quadro 3).

Boa parte dos casos de síncope ou perda transitória da consciência deverá ter investigação cardiológica prévia para descartar causas não neurológicas.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Anamnese: sinais e sintomas (descrever as características e a frequência das crises convulsivas, idade de início, tempo de evolução, fatores desencadeantes, exame físico neurológico, outros sinais e sintomas fora das crises convulsivas), doenças associadas;

1.1. diagnóstico prévio de epilepsia (sim ou não). Se sim, descreva o tipo;

1.2. tratamentos em uso ou já realizados para epilepsia (medicamentos utilizados com dose e posologia);

1.3. medicamentos em uso que interferem no limiar convulsivo (sim ou não). Se sim, quais;

1.4. avaliação clínica da adesão ao tratamento (sim ou não);

7. Sinais e sintomas neurológicos gerais que demandam encaminhamento

à Neurologia:

Pacientes com quadros de evolução crônica (> 3 meses) que encontram-se descritos abaixo:

- tremores (de ação que sugiram tremor essencial ou repouso que sugiram doença de Parkinson);
- Rigidez apendicular e/ou axial do tipo plástica (tipo “roda denteada”);
- Ataxia (apendicular, axial ou de marcha);
- Coreias
- Atrofia muscular progressiva e difusa, isto é, não restrita ao território de um único nervo ou raíz,
- Fraqueza muscular flutuante no decorrer do dia (sugestiva de miastenia gravis) associada ou não à diplopia, ptose, disfagia;
- Deficit neurológico transitório compatível com surto de esclerose múltipla
- Polineuropatias (déficit sensitivo e/ou motor simétrico e comprimento dependente - mais precoce e intenso em extremidades distais) fora do contexto de diabetes melitus;
- Dor neuropática - score na escala LANSS (Anexo 3) >12 pontos;

Em termos gerais, os pacientes devem ser avaliados com exames laboratoriais gerais como Hemograma, glicemia, sódio, potássio, cálcio, ureia, creatinina, TGO, TGP, fosfatase alcalina, GGT, bilirrubinas, proteínas totais e frações, teste rápido para hepatites B e C, sífilis e HIV, vitamina B12, ácido fólico, TSH, e nos casos de suspeita de acometimento de sistema nervoso central, exame de neuroimagem.

NÃO É NECESSÁRIO ENCAMINHAR AO SERVIÇO DE NEUROLOGIA CLÍNICA:

a) Paralisia facial periférica

Mononeuropatia do facial isolada de instalação aguda com comprometimento de toda a hemiface. Pode-se acompanhar de alteração dos gostos salgado e doce na metade da língua do lado comprometido e hiperacusia.

Obrigatoriamente não deve haver outro déficit neurológico (hemiplegia, hemianestesia e alteração de sensibilidade superficial da face).

Exame físico - Diferenciar a paralisia periférica (toda a hemiface) da central (somente da parte inferior da face, não comprometendo a frontal). Não sendo necessário realizar exames complementares.

Não é necessário encaminhar ao serviço de neurologia, manejar na UBS.

Só encaminhar se houver eventos recorrentes ou outros achados neurológicos combinados.

b) Transtorno depressivo e/ou ansioso

c) Radiculopatias, cervicobraquialgia ou lombalgia

d) tumores do sistema nervoso

e) Aneurisma cerebral

f) Sequela de traumatismo craniano (exceto por epilepsia sequelar)

g) Perda da consciência de etiologia cardíaca (transtornos do ritmo cardíaco, hipotensão postural)

PROPOSTA PARA CRITÉRIO DE ALTA NEUROLOGIA

	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CRITÉRIO PARA ALTA
V E R D E	Demências, síndromes amnésticas (Korsakoff) e doenças degenerativas	Acompanhamento conjunto após avaliação e quadro estabilizado. Retorno periódico anual.
	Infecções crônicas do SNC (virais, bacterianas, parasitárias, fúngicas).	Após tratamento.
	Distúrbios da fala e linguagem	Após diagnóstico etiológico e conduta.
	Doenças metabólicas adquiridas do SN, exceto quadros crônicos seqüelares	Após diagnóstico etiológico e conduta
	Doenças musculares (distrofias musculares progressivas, miopatias inflamatórias, miopatias tóxicas e metabólicas), exceto quadros crônicos estáveis e seqüelares	Acompanhamento conjunto após avaliação e quadro estabilizado. Retorno periódico anual.
	Cefaléia recorrente e/ou crônica sem anormalidade no exame neurológico com evolução inferior a 5 anos	Após diagnóstico e controle
	Distúrbios da coordenação, marcha e equilíbrio com sintomas estáveis há mais de 1 ano e menos de 5 anos (Tremor, mioclonias, distonias focais e tiques)	Acompanhamento conjunto após avaliação e quadro estabilizado. Retorno periódico semestral
	Epilepsia ativa (última crise há menos de 5 anos) e outras síndromes convulsivas	Após investigação e controle
	Sequelas motoras ou sensitivas não progressivas de qualquer natureza há mais de 1 e menos de 5 anos.	Após investigação etiológica e definição de conduta
	Neuropatias periféricas sem etiologia definida	Após investigação etiológica e definição de conduta
Acidente vascular cerebral há mais de 1 ou menos de 5 anos de evolução	Após investigação etiológica e definição de conduta	
Investigação clínica das doenças cerebrovasculares	Após investigação etiológica e definição de conduta	

A M A R E L O	Sinais e sintomas sensitivos, motores e psíquicos com evolução progressiva em tempo igual ou inferior a 30 dias.	Após investigação etiológica e definição de conduta
	Distúrbios do Líquor e sua circulação (hidrocefalias).	Após investigação etiológica e definição de conduta
	Crise aguda ou surto de esclerose múltipla e outras doenças desmielinizantes.	Acompanhamento conjunto após avaliação e quadro estabilizado. Retorno periódico semestral
	Epilepsia de difícil controle	Após controle – segue critério de alta para epilepsia.
	Miastenia gravis e síndrome miastênica, distúrbios da placa mioneural	Acompanhamento conjunto Retorno periódico semestral
	Mielopatias agudas (menos de 1 mês)	Após investigação etiológica e definição de conduta
	Miotonias congênitas e paralisias periódicas	Acompanhamento conjunto Retorno periódico anual
	Neoplasias intracranianas	Após investigação etiológica e definição de conduta
	Neuropatias cranianas	Após investigação etiológica e definição de conduta
Sinais e sintomas neurológicos específicos (papiledema).	Após investigação etiológica e definição de conduta	
Todas as situações previstas no critério de risco AZUL		

RELAÇÃO DOS SERVIÇOS:

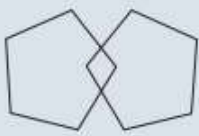
- Ambulatório da Policlínica 3
- Ambulatório do Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi – Ouro Verde
- Hospital da PUC-Campinas

Anexos:

1. Avaliação neuropsicológica com Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

1. Orientação temporal(0 - 5 pontos)	Em que dia estamos?	Ano Semestre Mês Dia Dia da semana	1 1 1 1 1
2. Orientação espacial(0 - 5 pontos)	Onde estamos?	Estado Cidade Bairro Rua Local	1 1 1 1 1
3. Repita as palavras(0 - 3 pontos)	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las Repita todos os objetos até que o entrevistado o aprenda (máximo 5 repetições)	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1
4. Cálculo	O(a) Sr(a) faz cálculos?	Sim (vá para 4a) Não (vá para 4b)	1 1

4a. Cálculo(0 - 5 pontos)	Se de R\$100,00 fossem tirados R\$ 7,00 quanto restaria? E se tirarmos mais R\$ 7,00? (total 5 subtrações)	93 86 79 72 65	1 1 1 1 1
4b.	Soletre a palavra MUNDO de trás para frente	O D N U M	1 1 1 1 1
5. Memorização	Repita as palavras que disse há pouco	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1
6. Linguagem (0-3 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los	Relógio Caneta	1 1
7. Linguagem (1 ponto)	Repita a frase:	NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.	1
8. Linguagem (0-2 pontos)	Siga uma ordem de três estágios:	Pegue o papel com a mão direita Dobre-o ao meio Ponha-o no chão	1 1 1
9. Linguagem (1 ponto)	Escreva em um papel: "feche os olhos". Peça ao idoso para que leia a ordem e a execute	FECHE OS OLHOS	1
10. Linguagem (1 ponto)	Peça ao idoso para escrever uma frase completa.		1
11. Linguagem (1 ponto)	Copie o desenho:		1

2. Escala de Depressão Geriátrica - GDS

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA - GDS

1. Está satisfeito (a) com sua vida? (não =1) (sim = 0)
2. Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses? (sim = 1) (não = 0)
3. Sente que a vida está vazia? (sim=1) (não = 0)
4. Aborrece-se com frequência? (sim=1) (não = 0)
5. Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo? (não=1) (sim = 0)
6. Teme que algo ruim possa lhe acontecer? (sim=1) (não = 0)
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo? (não=1) (sim = 0)
8. Sente-se freqüentemente desamparado (a)? (sim=1) (não = 0)
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? (sim=1) (não = 0)
10. Acha que tem mais problemas de memória que a maioria? (sim=1) (não = 0)
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora? (não=1) (sim = 0)
12. Vale a pena viver como vive agora? (não=1) (sim = 0)
13. Sente-se cheio(a) de energia? (não=1) (sim = 0)
14. Acha que sua situação tem solução? (não=1) (sim = 0)
15. Acha que tem muita gente em situação melhor? (sim=1) (não = 0)

Avaliação:

0 = Quando a resposta for diferente do exemplo entre parênteses.
1 = Quando a resposta for igual ao exemplo entre parênteses.
Total > 5 = suspeita de depressão

Yesavage JA, Brink TL, Rose TL et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiat Res 1983;17:37-49.

Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 1999, 57(2)-B:421-426.

Paradela EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátria em um ambulatório geral. Revista de Saúde Pública, 2005, 39(6):918-923.

Tabela para apresentação dos resultados do GDS

DATA	RESPOSTA SIM	RESPOSTA NÃO	PONTUAÇÃO TOTAL	CLASSIFICAÇÃO

3. ESCALA DE DOR LANNS

ESCALA DE DOR LANNS (ADAPTADA AO PORTUGUÊS DO BRASIL POR SCHESTATSKY ET AL., 2011) (6)

Nome: _____ Data: _____

Esta escala de dor ajuda a determinar como os nervos que carregam a informação de dor estão funcionando. É importante obter este tipo de informação, pois ela pode ajudá-lo na escolha de um tratamento específico para o seu tipo de dor.

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 que 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 LIMAR 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]

SCORE:

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

SCORE TOTAL (máximo 24)

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.

4. Orientação de fluxo de encaminhamento ao CRI

COMO REALIZAR O ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES AO CRI

O encaminhamento poderá ser realizado por qualquer profissional de saúde de nível superior da Rede SUS Campinas – preencher a **referência/contra-referência (FO0130)**, com letra legível e o máximo de informações possíveis do paciente (cartão do SUS, data de nascimento, telefones de contato). Caso a unidade possua outros exames como resumos de altas hospitalares deverá anexá-los também no e-mail.

A unidade de saúde deverá enviar formulário anexo ao e-mail do CRI: agendamento.cri@campinas.sp.gov.br

CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO NO CRI

➤ Antecedente de AVC isquêmico com investigação diagnóstica inconclusiva ou não realizada na emergência (ecodoppler de carótidas, ecocardiograma) (há mais de 72 horas e avaliado em ambiente de emergência) ou antecedente de AVC há menos de 2 anos, com perfil para reabilitação multidisciplinar:

- Todos os pacientes devem ser encaminhados já de posse de Exame de Tomografia Computadorizada de crânio ou Ressonância Magnética de crânio e/ou outros exames realizados durante internação;

- Descrever medicações em uso e déficit/comprometimentos/seqüelas apresentados após AVC.

- A avaliação multidisciplinar terá foco em determinar a etiologia do AVC e definir o plano terapêutico adequado à profilaxia secundária.

➤ Doença de Parkinson diagnosticada (para reabilitação);

➤ Síndrome Cognitiva – queixas de “memória”:

- Pacientes com declínio cognitivo leve a moderado em que foram excluídas causas reversíveis e transtornos psiquiátricos descompensados.

- Pacientes com diagnóstico de Demência leve a moderada com perfil para reabilitação

Conteúdo descritivo no encaminhamento:

- ✓ Anamnese: descrever se há prejuízo funcional, alterações na autonomia, se o comprometimento cognitivo afeta pelo menos dois destes domínios: memória, funções executivas, habilidades, visuais-espaciais, linguagem e/ou comportamento.
- ✓ Há queixas compatíveis com transtorno de humor? Foram tratadas?

Realizar, previamente, investigação de causas reversíveis através dos seguintes exames:

- ✓ Avaliação laboratorial: hemograma, glicemia, sódio, potássio, cálcio, uréia, creatinina, TGO, TGP, Fosfatase alcalina, GGT, Bilirrubinas, Proteínas totais e frações, teste rápido de Sífilis e HIV, Vitamina B12, Acido Fólico, TSH.
- ✓ Tomografia Computadorizada de Crânio
- ✓ Mini exame do Estado Mental (MEEN)
- ✓ Escala de Depressão Geriátrica (GDS)

Caso haja alterações laboratoriais, estas deverão ser tratadas e/ou compensadas previamente ao encaminhamento. Caso a investigação esteja normal ou compensada e MEEN alterado – encaminhar para avaliação com especialista.

Importante: É fundamental a presença de acompanhante e/ou cuidador que saiba descrever em detalhes aspectos cotidianos do agravo que resultou na consulta.

Contra-referência: Após compensar e estabilizar o quadro (em média 1 ano), o paciente será contra-referenciado à UBS de origem para dar seguimento clínico. O acompanhamento compartilhado entre serviços pode ocorrer, através de Matriciamento, sempre que houver alterações significativas do quadro e/ou necessidade de ajuste terapêutico.

➤ **Indicadores de reabilitação e somatória de fatores de fragilidade:** perda de peso não intencional no último ano, internações hospitalares recentes, quedas freqüentes, grau de dependência para o auto-cuidado, mobilidade, locomoção, comunicação, uso de medicamentos, fatores sócio-ambientais.

CRITÉRIOS PARA NÃO-INSERÇÃO

- **Pacientes não-residentes em Campinas,**
- **Pacientes com Demência Avançada,**
- **Pacientes acamados (restritos ao leito) e/ou totalmente dependentes,**
- **Pacientes que tiveram último episódio de Acidente Vascular Encefálico (AVE) há mais de 2 anos,**
- **Pacientes que necessitem de atendimento em apenas uma única especialidade profissional,**
- **Pacientes que forem encaminhados para REINSERÇÃO sem mudança significativa pós-alta.**

Referências:

1. Protocolos de encaminhamento para neurologia adulto – UFRGS; Publicado em 09 de julho de 2015; Revisado em 06 de abril de 2018. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/ptrs_neurologia.pdf. Acesso em: 26 jan.2020
2. Manual de Neurologia – SMS Campinas março de 2007