



Protocolo Municipal



Acesso à Neurologia Clínica

SAÚDE SAÚDE

Sumário



AVC	2
Cefaleia	3
Déficit de atenção/Distúrbio de aprendizagem e retardo psicomotor	5
Distúrbio de movimento, tremor e síndromes parkinsonianas	5
Doenças neuromusculares e neurogenéticas	6
Dor Cervical e Alterações em Exame de Imagem de Coluna Cervical	7
Dor Lombar e Alterações em Exame de Imagem de Coluna Lombar	9
Epilepsia	12
Esclerose múltipla e outras doenças desmielizantes/neuroimunológicas	13
Neurocisticercose ativa	14
Paralisia facial ou paralisia de Bell	14
Polirradiculoneurite	15
Síncope ou perda transitória da consciência	15
Síndromes demenciais/cognitivas (queixas de memória)	17
Vertigem	18
Outras patologias e especialidades relacionadas	19

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para neurologia:

Pacientes com antecedente de AVC, há mais de 72 horas e avaliados em ambiente de emergência.

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

Todos os pacientes devem ser encaminhados já de posse do exame de Tomografia Computadorizada de Crânio realizada na emergência.

Paciente que deve ser inicialmente avaliado na Unidade da UPA/Unidades de Urgência e Emergência:

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

Conteúdo mínimo descrito no encaminhamento:

1. Anamnese: descrição do tipo de AVC (hemorrágico ou isquêmico), data do evento e etiologia, comorbidades, exame físico.
2. Resultado de exames (fundamentalmente): TC/ RMN de crânio e ECG, ecocardiograma, ecodoppler de carótidas (quando disponíveis).
3. Tomografia de crânio realizada na emergência.

Cefaleia

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para neurologia:

- Paciente com necessidade de investigação com exame de imagem, quando esse não for disponível na APS;
- Migrânea (enxaqueca) ou cefaleia tipo tensional refratária ao manejo profilático na APS (tentativa de profilaxia com duas classes de medicamento diferentes para migrânea (enxaqueca) ou com tricíclico para cefaleia tipo tensional, por um período mínimo de 3 meses);
- Outras cefaleias que não se caracterizam como migrânea (enxaqueca) ou tipo tensional.

Paciente que deve ser inicialmente avaliado na UPA/ Unidade de Urgência e Emergência:

- Alteração do exame neurológico, crises convulsivas, sinais de hipertensão intracraniana associado a distúrbio do comportamento, com piora progressiva ou instalação súbita e constante;
- Papiledema ao exame de fundo de olho;
- Febre e dor na nuca, cefaleia forte com início abrupto, suspeita de lesão expansiva intracraniana de causa vascular, presença de sinais neurológicos focais, alteração de estado mental.

Sinais de alerta no quadro a seguir:

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)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para neurocirurgia:

Paciente com cefaleia e exame de imagem com alteração sugestiva de potencial indicação cirúrgica:

- Paciente com cefaleia e exame de imagem com alteração sugestiva de potencial indicação cirúrgica:
- Presença de lesão com efeito expansivo (tumores, cistos ou malformação);
- Presença de lesão sugestiva de tumor cerebral, independente do tamanho;
- Presença de aneurisma cerebral ou outra malformação vascular;
- Hidrocefalia, independente da causa;
- Presença de má formação de Chiari.

Conteúdo mínimo descrito no encaminhamento:

1. Descrever o tipo de cefaleia.
2. Idade de início da cefaleia, tempo de evolução, características da dor, frequência das crises, mudança de padrão, exame físico neurológico, outros sinais e sintomas associados.
3. Resultado de exame de imagem, TC ou RMN de crânio, com data.

3

Déficit de atenção/Distúrbio de aprendizagem e retardo psicomotor

- Alteração progressiva da função cognitiva memória, cálculo, viso construção, função executiva, praxia, gnosis, juízo, atenção e alteração do comportamento);
- Distúrbio de aprendizagem;
- Retardo psicomotor.

Observação: Neuropediatra até 12 anos, 11 meses e 29 dias

Conteúdo mínimo descrito no encaminhamento:

1. Idade, sintomas, tempo de evolução, presença de doenças associadas, medicações em uso.
2. Os pacientes devem vir com exame de Eletroencefalograma.
3. Informar resultados de tomografia de crânio, se houver.
4. Laudo da escola ou avaliação da psicopedagoga ou psicólogo.

4

Distúrbio de movimento, tremor e síndromes parkinsonianas

- Suspeita de doença de Parkinson;
- Suspeita de tremor essencial sem resposta ao tratamento clínico otimizado;
- Distúrbios de equilíbrio com quedas frequentes;
- Tremor essencial de difícil controle;
- Ataxias a esclarecer;
- Coreias/ balismos.

Conteúdo mínimo descrito no encaminhamento:

1. Anamnese: idade de início e tempo de evolução dos sintomas, características do tremor, bradicinesia, rigidez muscular do tipo plástica, alteração da marcha, instabilidade postural e demais exames neurológicos.
2. Tratamento: tratamentos já realizados para tremor e/ou síndrome parkinsoniana (medicamentos utilizados com dose e duração do tratamento).

5

Doenças neuromusculares e neurogenéticas

Encaminhar casos tratados e descompensados de:

- Dores neuropáticas refratárias;
- Parestesias recorrentes, progressivas;
- Paraplegia e paresias;
- Esclerose lateral amiotrófica;
- Suspeita de miopatias;
- Miastenia Gravis e outros transtornos neuromusculares;
- Amiotrofias espinhais e síndromes correlatas;
- Polineuropatias e outros transtornos do Sistema Nervoso Periférico;
- Doenças neurogenéticas.

Conteúdo mínimo descrito no encaminhamento:

1. Idade que começou a doença, sintomas, localização da lesão, tempo de evolução da doença, presença de doença associada, medicações em uso e a quanto tempo.
2. Resultado de exames realizados: TC, RMN da área afetada, ENMG, TC de tórax.



Dor Cervical e Alterações em Exame de Imagem de Coluna Cervical

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- Suspeita de síndrome de compressão medular;
- Exame de imagem com evidência de compressão medular e/ou mielopatia;
- Suspeita de infecção (especialmente em pessoas imunossuprimidas e/ou usuárias de drogas endovenosas);
- Suspeita de fratura vertebral, luxação ou lesão medular associada a traumatismo recente;
- Dor cervical aguda e/ou alterações neurológicas em paciente com diagnóstico de neoplasia acometendo a coluna vertebral.

Condições clínicas que indicam a necessidade de solicitação de exame de imagem (ressonância magnética nuclear – RMN, preferencialmente, ou tomografia computadorizada – TC), se raio-x normal ou inconclusivo:

Dor cervical com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial:

- Sintomas que iniciaram em paciente com idade maior que 70 anos ou menor que 20 anos;
- Paciente com história prévia ou suspeita de câncer;
- Paciente com imunossupressão (HIV, uso crônico de corticoides ou outros imunossupressores);
- Presença de sinais ou sintomas sistêmicos (perda de peso involuntária, febre, outros achados);
- Paciente com diagnóstico prévio de osteoporose.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ortopedia ou Neurocirurgia:

- Diagnóstico de estenose de canal cervical ou mielopatia que não foram operados em caráter emergencial;
- Pacientes com cervicalgia e diagnóstico definido de artrite reumatoide;
- Dor cervical e sintomas de radiculopatia (dor irradiada para os braços, fraqueza, parestesia), sem resposta após 6 semanas de tratamento clínico otimizado;
- Dor cervical crônica inespecífica sem melhora após tratamento clínico otimizado por 6 meses, na ausência de serviço especializado para tratamento de dor crônica;
- Dor cervical com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial, na impossibilidade de solicitar RMN ou TC na APS.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Reumatologia:

- Dor cervical crônica (mais de 3 meses) de característica inflamatória (rigidez matinal e dor que piora com repouso e melhora com movimento).

Conteúdo mínimo descrito no encaminhamento:

1. Manifestações clínicas (características da dor, presença ou não de sintomas de radiculopatia cervical, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio, sintomas constitucionais, descrição de exame físico neurológico, outros sinais e sintomas relevantes).
2. Tratamento em uso ou já realizado para dor cervical [não-farmacológico (tipo, duração e resposta terapêutica); e/ou medicamentos utilizados (dose, posologia e resposta às medicações); e/ou cirurgias prévias (tipo, data e local que realizou a cirurgia)].
3. Anexar laudo de exame de imagem, preferencialmente, ou descrever na íntegra o seu resultado, com data (se realizado).
4. Presença de imunossupressão ou artrite reumatoide (sim ou não). Se sim, descreva.
5. Se suspeita de neoplasia, descreva o motivo.
6. Osteoporose prévia (sim ou não). Se sim, descreva como foi feito o diagnóstico.
7. Sintomas depressivos ou outra comorbidade psiquiátrica (sim ou não). Se sim, descreva quais são, os medicamentos em uso e a resposta terapêutica.
8. Associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva a atividade.
9. Número da teleconsultoria.

Dor Lombar e Alterações em Exame de Imagem de Coluna Lombar

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- Suspeita de compressão de cone medular ou Síndrome da Cauda Equina (quadro 1);
- Perda de força progressiva medida de maneira objetiva;
- Dor intensa refratária ao tratamento clínico otimizado;
- Dor lombar aguda e/ou alterações neurológicas em paciente com diagnóstico de neoplasia acometendo a coluna vertebral;
- Suspeita de infecção (especialmente em pessoas imunossuprimidas e/ou usuárias de drogas endovenosas);
- Suspeita de fratura ou luxação associada a traumatismo recente.

Condições clínicas que indicam a necessidade de solicitação de exame de imagem (ressonância magnética nuclear – RMN, preferencialmente, ou tomografia computadorizada – TC), se raio-x normal ou inconclusivo:

Dor lombar com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial:

- Sintomas que iniciaram em paciente com idade maior que 70 anos ou menor que 20 anos;
- Paciente com história prévia ou suspeita de câncer;
- Paciente com imunossupressão (HIV, uso crônico de corticoides ou outros imunossupressores);
- Presença de sinais ou sintomas sistêmicos (perda de peso involuntária, febre, outros achados);
- Dor com característica não mecânica (não relacionada à atividade/repouso) ou dor predominantemente noturna (suspeita de etiologia inflamatória - quadro 2);

- Paciente com diagnóstico prévio de osteoporose.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Neurocirurgia ou Ortopedia:

- Síndrome radicular sem melhora clínica após 6 semanas de tratamento clínico otimizado¹;
- Diagnóstico de estenose de canal lombar ou espondilolistese e sintomas compatíveis com síndrome radicular e/ou claudicação neurogênica²;
- Suspeita clínica de claudicação neurogênica²;
- Lombalgia de característica mecânica e diagnóstico de espondilolistese ístmica (qualquer grau) ou espondilolistese degenerativa \geq grau 2;
- Dor lombar com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial, na impossibilidade de solicitar RMN ou TC na APS;
- Dor lombar crônica inespecífica sem melhora após tratamento clínico otimizado para dor crônica¹ por 6 meses, na ausência de serviço especializado para tratamento de dor crônica.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Reumatologia:

- Dor lombar crônica (mais de 3 meses) de início antes dos 40 anos e de característica inflamatória (quadro 2).

Conteúdo mínimo descrito no encaminhamento:

1. Manifestações clínicas (características da dor, presença ou não de cialgia ou claudicação neurogênica, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio, sintomas constitucionais, descrição de exame físico neurológico, outros sinais e sintomas relevantes);
2. Tratamento em uso ou já realizado para dor lombar [não-farmacológico (tipo, duração e resposta terapêutica); e/ou medicamentos utilizados (dose, posologia e resposta às medicações); e/ou cirurgias prévias (tipo, data e local que realizou a cirurgia)];

1. Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterapêutico, adaptado às condições do paciente. Nos casos de dor crônica inespecífica, é importante a discussão com equipe multidisciplinar (fisioterapeuta, educador físico, psicólogo), quando disponível, para melhores resultados no manejo da dor.

2. Claudicação neurogênica: dor e alteração de sensibilidade nas pernas, com ou sem fraqueza, na distribuição das raízes nervosas, precipitados por caminhada ou permanência em pé. Tem alívio lento com repouso (usualmente necessita sentar) e mudança de posição (flexão do tronco).

3. Anexar laudo de exame de imagem, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
4. Presença de imunossupressão (sim ou não). Se sim, descreva;
5. Se suspeita de neoplasia, descreva o motivo;
6. Osteoporose prévia (sim ou não). Se sim, descreva como foi feito o diagnóstico;
7. Sintomas depressivos ou outra comorbidade psiquiátrica (sim ou não). Se sim, descreva quais são, os medicamentos em uso e a resposta terapêutica;
8. Associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva a atividade;
9. Número da teleconsultoria.

Quadro 1 – Suspeita de Síndrome de Cauda Equina, compressão de cone medular ou compressão medular.

<p>Compressão medular (cervical ou torácica):</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tetra ou paraparesia; • Presença de nível sensitivo – hipo ou anestesia abaixo do provável nível da lesão; • Espasticidade; • Presença de reflexos tendinosos profundos aumentados abaixo do nível da lesão; • Presença de sinais de liberação piramidal (sinais de Hoffmann, Trömner, Babinski, clônus); • Presença do sinal de Lhermitte; • Alteração no controle de esfínteres vesical ou anal; • Síndrome Medular Central (sintomas de hipo/atrofia, perda de força, parestesias com predomínio nos membros superiores e, mais proeminentemente, na mão).
<p>Compressão de cone medular ou cauda equina (lombossacra):</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Perda de força e alteração da sensibilidade nos membros inferiores (simétrica ou assimétrica); • Anestesia em sela; • Alteração no controle de esfínteres vesical ou anal.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022).

Quadro 2 – Dor lombar característica inflamatória (pelo menos 3 entre os 4 critérios).

- Início insidioso;
- Melhora com exercício;
- Sem melhora com repouso;
- Dor noturna (na segunda metade da madrugada), com melhora ao se levantar.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Rudwaleit (2009).

8

Epilepsia

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para neurologia:

Pelo menos um episódio de alteração de consciência sugestivo de crise convulsiva:

- 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.

Diagnóstico prévio de epilepsia com controle inadequado das crises com tratamento otimizado e descartada má adesão.

Paciente com epilepsia controlada há pelo menos 2 anos que deseja avaliação para retirada da medicação.

Gestantes com epilepsia ou mulheres que desejam planejar engravidar.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para UPA/ Unidades Urgência e Emergência:

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

Conteúdo mínimo descrito no encaminhamento:

1. Anamnese: características e frequência das crises, idade de início, fatores desencadeantes, exame físico neurológico, doenças associadas.
2. Diagnóstico prévio de epilepsia (se houver), descrever tipo.
3. Tratamento, medicamentos utilizados com dose e posologia.
4. Medicamentos que interferem no limiar convulsivo (se sim, quais)
 - Exames complementares (descrever);
 - Tomografia de crânio para pacientes com epilepsia de início recente ou com história crônica sem nenhum exame de imagem.

9

Esclerose múltipla e outras doenças desmielizantes/neuroimunológicas

Todos os casos de doenças incluídas no CID-10 G35 - esclerose múltipla, G36 - outras desmielinizações disseminadas agudas, a G37 - outras doenças desmielinizantes do sistema nervoso central.

Conteúdo mínimo descrito no encaminhamento:

1. Sintomas, tempo de evolução da doença, doenças associadas.
2. Resultados dos exames: RMN de crânio, líquido, potencial evocado.

10

Neurocisticercose ativa

Todos os casos de neurocisticercose ativa (agente viável/escólex vivo).

Conteúdo mínimo descrito no encaminhamento:

1. Tempo de evolução das doenças, doenças associadas, medicações em uso.
2. Resultados de exames já realizados: TC/RMN de crânio.

11

Paralisia facial ou paralisia de Bell

Paciente com paralisia facial deverá ter atendimento na UBS e deverá realizar o protocolo de atendimento.

Medicações preconizadas para atendimento de paralisia facial:

- Complexo B 1 cp de 8/8 horas;
- Prednisona 20 mg: iniciar com 60 mg e ir reduzindo 10 mg a cada dia num período total de 10 dias;
- Aciclovir 400 mg: 1cp 5 vezes ao dia por 10 dias evitando a dose noturna;
- Lacrima colírio 1 gota de 2/2 horas;
- Ocluir o olho a noite com Epitzan pomada oftalmológica e gaze;
- Encaminhar para fisioterapia motora.



12

Polirradiculoneurite

Pacientes atendidos no ambulatório de Neurologia devem ter a Imunoglobulina, quando necessária, solicitada pelo médico prescriptor junto ao Alto Custo (a Santa Casa não tem como conseguir essa medicação via SUS).

Exceção: encaminhar para Santa Casa paciente com risco de insuficiência respiratória. (será encaminhado via CROSS).

13

Síncope ou perda transitória da consciência

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para neurologia:

Episódio de alteração de consciência sugestivo de crise convulsiva.

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.

Paciente que deve ser inicialmente avaliado na UPA/ Unidade de Urgência e 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 (ver quadro 4 no anexo) ou história familiar (pais ou irmãos) de morte súbita antes dos 40 anos, entre outras.

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

- Taquicardia ventricular;
- Taquicardia supraventricular paroxística rápida;
- Taquicardia ventricular polimórfica não-sustentada/intervalos de QT curto e longo;
- Disfunção de marca-passo ou cardio-desfibrilador implantável;
- Bradicardia sinusal persistente com frequência cardíaca inferior a 40 bpm;
- Síndrome de Brugada;
- BAV 2º grau Mobitz II ou BAV 3º grau;
- Bloqueio sinoatrial repetitivo ou pausas significativas maiores que 3 segundos.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para cardiologia (sempre avaliar necessidade de encaminhar primeiramente para serviço de emergência):

- Síncope associada a sinais e sintomas de provável origem cardiológica (dispnéia, hipotensão, dor torácica, sopro, episódio que ocorre durante o exercício);
- Síncope em paciente com alteração compatível no eletrocardiograma (ver quadro 4 no anexo);
- Síncope em paciente com cardiopatia estabelecida (insuficiência cardíaca, cardiopatia isquêmica, valvulopatia, miocardiopatia dilatada, doenças cardíacas congênitas);
- Síncope em paciente com história familiar (pais ou irmãos) de morte súbita antes dos 40 anos;
- Síncope/pré-síncope de origem indeterminada.

Situações associadas à síncope que usualmente **não** necessitam avaliação em serviço especializado (síncope vaso-vagal):

- Postura ortostática prolongada;
- Estresse emocional (fatores definidos como: dor, medo, fobia de sangue ou procedimentos médicos) ou situações específicas (tosse, espirro, estimulação gastrointestinal, pós-miccional);
- Sintomas prodrômicos como sudorese, calor e escurecimento da visão.

Conteúdo mínimo descrito no encaminhamento:

1. Descrever episódios e sua frequência e duração, associações com outros sintomas de provável origem cardiológica (palpitação, dispnéia, desconforto precordial), relação com exercício, exame físico neurológico e cardiológico.
2. Presença de cardiopatia, se sim, qual.
3. História familiar de morte súbita, se sim, idade do evento e grau de parentesco.
4. Resultado de ECG.
5. Medicamentos que causam a síncope (antiarrítmicos, antihipertensivos).

14

Síndromes demenciais/ cognitivas (queixas de memória)

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

Conteúdo mínimo descrito no encaminhamento:

1. sinais e sintomas (descrever idade e modo de início, tempo de evolução, situações e tarefas que o paciente apresenta prejuízo, exame físico neurológico, outros sinais e sintomas associados).
2. escolaridade (anos concluídos da educação formal).
3. apresenta sinais depressivos (sim ou não). Se sim, qual o tratamento em uso.
4. resultado dos exames: TSH, Vitamina B12, FTA-ab, VDRL.
5. resultado de exame de imagem, com data, se realizado (TC ou RMN de crânio).

Vertigem

Condição clínica que indica a necessidade de encaminhamento para neurologia:

- Vertigem com suspeita de origem central já avaliada em serviço de emergência.

Condição clínica que indica a necessidade de encaminhamento para emergência:

Vertigem com suspeita de origem central.

Sinais e sintomas que sugerem vertigem de **origem central**:

- Nistagmo vertical;
- Nistagmo que não melhora com a fixação do olhar;
- Cefaleia occipital;
- Grave desequilíbrio e dificuldade para caminhar ou mesmo ficar em pé;
- Presença de outros sinais e/ou sintomas neurológicos focais.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para otorrinolaringologia:

- Suspeita de doença de Ménière (vertigem periférica associada a zumbido, hipoacusia e/ou sensação de plenitude aurial);
- Vertigem periférica que persiste por mais de 15 dias a despeito do tratamento conservador na APS;
- Vertigem periférica com dúvida diagnóstica.

Conteúdo mínimo descrito no encaminhamento:

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

16

Outras patologias e especialidades relacionadas

Encaminhar para Neurocirurgia:

1. Fístula liquórica ou arteriovenosa.
2. Hidrocefalia com indicação cirúrgica.
3. Deformidades craniofaciais.
4. Síndrome pós laminectomia.
5. Malformações arteriovenosas.
6. Neoplasias encefálicas o do cordão espinhal.
7. Malformação anatômica do desenvolvimento (encéfalo e medula espinhal).
8. Abscessos encefálicos.
9. Espondilose, espondilólise, espondilolistese.
10. Herniação do disco intervertebral.
11. Estenose espinhal.
12. Aneurisma cerebrais
13. Espasmos hemifacial (encaminhar para Sobrapar ou cirurgia plástica com RX ou Tomografia).

Encaminhar para Reumatologia:

1. Dor lombar crônica (+ de 3 meses) de início antes dos 40 anos de característica inflamatória.
2. Dor cervical crônica (+ de 3 meses) de característica inflamatória (rigidez matinal e dor que piora com repouso e melhora com movimento).
3. Fibromialgia.

Encaminhar para ortopedia:

1. Síndrome do túnel do carpo.

Situações que **não** necessitam de encaminhamento e podem ser manejadas na UBS:

1. Nervosismo (não há razão para encaminhar ao neurologista, **exceto quando presente sinais e sintomas de lesão orgânica no SNC**).

Avaliar o caso e encaminhar a saúde mental.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de rotinas para atenção ao AVC. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_para_atencao_avc.pdf>. Acesso em: 11 fev.2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19) Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/velhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf>. Acesso em: 11 fev.2022

GUSSO, G., LOPES, J. M. C. (Org.). Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. v. 1.

Protocolo de Neurologia Adulto – Câmara Técnica de Especialidades – Prefeitura Municipal de Campinas – Secretaria Municipal de Saúde; versão preliminar julho de 2020. Disponível em: <https://saude.campinas.sp.gov.br/especialidades/neurologia/Neurologia_Adulto_julho2020.pdf>. Acesso em: 10 mai.2022

Protocolo de Encaminhamento para Neurologia Adulto – UFRGS – RegulaSUS, 2015. Revisado em: 21 jan.2022. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessaunders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_encaminhamento_neurologia_TSRS_20160324.pdf>. Acesso em: 11 fev.2022

Protocolos de Acesso da Regulação Estadual Ambulatorial – Consulta em Neurologia – SES/SC – Florianópolis- SC; 2018. Disponível em: <<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/legislacao-principal/anexos-de-deliberacoes-cib/anexos-deliberacoes-2018/14258-anexo-236-protocolo-consulta-em-neurologia-adulto-atualizacao/file>>. Acesso em 11 fev.2022

Protocolo de Regulação Ambulatorial: Neurologia Adulto – RegulaSUS, 2015. Revisado em: 21 jan.2022. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessaunders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_encaminhamento_neurologia_TSRS_20160324.pdf>. Acesso em: 15 mar.2022

Coordenadora da Atenção Primária em Saúde

Manuela Clozel

Coordenador da Atenção Secundária em Saúde

Thiago Alexandre Ciafa Guidi

Departamento de Educação Permanente em Saúde

Claudia Pizzi

Secretário da Saúde

Renan Dias Irabi

Elaboração

Enf^ª. Viviane Rodrigues
da Silva Prates

Médica Reguladora

Renata Politi Ferreira

Médica Neurologista

Ana Paula Henriques

Rua: Marcos Dian, nº 365. Bairro Jardim de Lucca - Itatiba/SP
CEP 13.255-210 Fone/Fax: (011) 4534-0832
E-mail: gestorsaude@saude.itatiba.sp.gov.br



SECRETARIA DE SAÚDE DE ITATIBA

