



**Manual do Residente de Medicina de Família e
Comunidade : Abordagem aos Problemas do Sistema
Nervoso**

Campo Grande

2022

Giulia Zanotto

Manual do Residente de Medicina de Família e Comunidade : Abordagem a Problemas do Sistema Nervoso

Monografia apresentada como requisito para a obtenção do título de Médico de Família e Comunidade ao Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/ Fiocruz.

Orientadora : Priscila Ramalho Drummond - Médica de Família e Comunidade

Campo Grande

2022

RESUMO

ZANOTTO, Giulia; DRUMMOND, Priscila Ramalho

Manual do Residente de Medicina de Família e Comunidade: Abordagem a problemas do Sistema Nervoso

Monografia de título de especialista em Medicina de Família e Comunidade, Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde/Fiocruz de Campo Grande.

INTRODUÇÃO: O Médico da Família e Comunidade visa ao atendimento integral das pessoas, famílias e comunidade por meio de competências preventivas e terapêuticas. Dentre os principais sistemas cujo conhecimento é fundamental para o seu manejo, apresenta-se o Sistema Nervoso como um dos mais frequentes, relevantes e complexos. A Abordagem dos problemas neurológicos como um todo, na Atenção Primária, mostra-se crucial, devido tamanha complexidade e frequência dos distúrbios neurológicos presentes na população. **OBJETIVO:** Este trabalho tem como objetivo discutir os principais problemas associados ao Sistema Nervoso, realizar o diagnóstico das principais síndromes encontradas na Atenção Primária, como conduzir seu manejo e definir os impactos para o paciente. **CONCLUSÕES :** Espera-se que com o conteúdo explanado no capítulo, os profissionais médicos atuantes na Atenção Primária de Campo Grande e os residentes de Medicina de Família e Comunidade possam utilizar o manual para expandir suas habilidades e conhecimento frente às principais

síndromes neurológicas presentes na APS e aprimorar o manejo e resolutividade de tais perante seu impacto individual e coletivo.

Palavras Chave : Medicina de Família e Comunidade ; Sistema Nervoso ; Distúrbios Neurológicos ; Atenção Primária à Saúde

INTRODUÇÃO

O Médico da Família e Comunidade visa ao atendimento integral das pessoas, famílias e comunidade por meio de competências preventivas e terapêuticas. Dentre os principais sistemas cujo conhecimento é fundamental para o seu manejo, apresenta-se o Sistema Nervoso como um dos mais frequentes, relevantes e complexos. A Abordagem dos problemas neurológicos como um todo, na Atenção Primária, mostra-se crucial, devido tamanha complexidade e frequência dos distúrbios neurológicos presentes na população.

QUESTÃO NORTEADORA E PROBLEMA DE PESQUISA

Como melhorar a abordagem e manejo dos problemas referentes ao Sistema Nervoso, no contexto da Atenção Primaria em Campo Grande - MS?

HIPÓTESE

O conhecimento aprofundado dos principais distúrbios neurológicos abordados pelo Médico de Família e Comunidade melhora o atendimento e capacidade de resolutividade na Atenção Primária à Saúde.

OBJETIVO PRIMÁRIO

Este trabalho apresenta como meta a produção do capítulo do Manual do Residente de Medicina de Família e Comunidade para consulta rápida do manejo e conduta frente a abordagem dos principais sistemas e queixas mais comuns no atendimento à Atenção Primária à Saúde.

A confecção foi realizada por integrantes da turma de Residência de Medicina de Família e Comunidade SESAU-Fiocruz de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, do ano de 2021-2023.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

Este trabalho tem como objetivo discutir os principais problemas associados ao Sistema Nervoso, realizar o diagnóstico das principais síndromes encontradas na Atenção Primária, como conduzir seu manejo e definir os impactos para o paciente.

MÉTODOS

A elaboração de um capítulo do Manual do Residente de Medicina de Família e Comunidade baseia-se na revisão narrativa da literatura de material disponível encontrado sobre abordagem de problemas do Sistema Nervoso na Atenção Primária. Utilizaram-se os descritores “headache” ; “migraine” ; “Epley” ; “vertigo” ; “gait” ; “Parkinson” ; “dementia” ; “stroke” ; “epilepsy” e “facial palsy”, na base PubMed. Ainda, foram utilizados os principais tratados e livros existentes diante da Medicina de Família e Comunidade.

RESULTADOS

O capítulo referente à abordagem das principais síndromes neurológicas existentes na Atenção Primária foi subdividido em oito temas que englobam o Sistema Nervoso, nos quais incluem os principais distúrbios encontrados na APS, em Campo Grande. Entre eles, configuram-se : Cefaleia ; Tontura e Vertigem ; Distúrbios da Locomoção ; Demências ; Epilepsia ; Tremor e Síndromes Parkinsonianas ; Acidente Vascular Encefálico e Paralisia Facial.

DISCUSSÃO

ÍNDICE

ABORDAGEM A PROBLEMAS DO SISTEMA NERVOSO

1. CEFALÉIA.....	7
 1.1 Classificação e Diagnóstico.....	7
 1.2 Seguimento.....	12

1.3 Tratamento.....	13
1.4 Sinais de Alarme.....	15
1.5 Crise Aguda.....	15
1.6 Prognóstico e Prevenção.....	18
2. TONTURA E VERTIGEM	19
2.1 Definição e Classificação.....	19
2.2 Manejo na APS.....	20
2.3 Tratamento.....	22
2.4 Seguimento.....	23
3. DISTÚRBIOS DA LOCOMOÇÃO.....	25
3.1 Definição e Diagnóstico.....	25
3.2 Exame Físico.....	26
3.3 Conduta.....	28
4. DEMÊNCIAS.....	30
4.1 Definição e Diagnóstico.....	30
4.2 Manejo.....	31
4.3 Tratamento.....	33
4.4 Conduta.....	34
5. CONVULSÕES E EPILEPSIA.....	35
5.1 Definição e Etiologia.....	35
5.2 Conduta e Manejo.....	36
5.3 Tratamento.....	39
5.4 Epilepsia nas Diferentes Fases.....	40
5.5 Seguimento.....	42
6. TREMOR E SÍNDROMES PARKINSONIANAS.....	44
6.1 Definições.....	44
6.2 Tratamento.....	49
6.3 Seguimento.....	51
7. ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO E ACIDENTE ISQUEMICO TRANSITÓRIO.....	52
7.1 Definição e Classificação.....	52

7.2 Seguimento.....	53
7.3 Manejo Inicial.....	55
7.4 Manejo na APS.....	56
8. PARALISIA FACIAL.....	61
8.1 Definição e Diagnóstico.....	61
8.2 Seguimento.....	61
8.3 Tratamento.....	63
8.4 Conduta.....	64
9. REFERÊNCIAS.....	65

ABORDAGEM A PROBLEMAS DO SISTEMA NERVOSO

1. CEFALEIA

1. CEFALEIA

1.1 Classificação e Diagnóstico

A classificação dos distintos tipos de cefaleia se divide, entre cefaleias primárias e secundárias. Nas primárias, apresentam-se as cefaleias que não decorrem de outras doenças e, no contexto da Atenção Primária à Saúde(APS), as principais são enxaqueca ou migrânea, tensional e cefaléia crônica. As dores de cabeça das cefaleias do tipo secundária decorre como consequência de alguma outra afecção, fazendo parte dos seus sintomas, mas não apresentando-se como única consequência. Entre as principais cefaleias do tipo secundária, apresentam-se como exemplos as relacionadas às Infecções de Vias Aéreas Superiores (IVAS), Trauma Cranioencefálico (TCE), Meningites, entre outras. (1)

Enxaqueca ou Migrânea

A Enxaqueca ou Migrânea, apresenta-se como uma das maiores causas de incapacidade no mundo todo. (2)

A crise de enxaqueca divide-se em 5 estágios : Pródromo, Aura, Cefaleia Propriamente Dita, Período de Resolução e Sintomas Residuais. Os sintomas premonitórios ou pródromos podem estar presentes até 24 horas antes da cefaleia propriamente dita e apresentam-se como irritabilidade, alteração de humor, bocejo, anorexia, náuseas, dificuldade de concentração ou raciocínio, retenção hídrica, compulsividade alimentar. É relevante diferenciar tais sintomas da presença de aura. (1)

Esta define-se como sintoma neurológico que precede a cefaléia, como alterações visuais, incluindo escotomas e fosfenos. Porém, a aura pode apresentar-se, mesmo que mais raramente, como alterações sensitivas e motoras. A apresentação da Aura dura, geralmente, entre 5 a 20 minutos, e cessa com a cefaleia. (1)

A Cefaleia do Tipo Migrânea manifesta-se com duração de 4 a 72 horas e é frequentemente unilateral, caracterizando uma dor moderada a intensa, pulsátil ou latejante. E acompanhada de sintomas como náuseas, vômitos, fotofobia, fonofobia.

Depois do pico máximo da cefaleia, manifesta-se o período de resolução, em que o paciente pode dormir ou vomitar. Entre os principais sintomas residuais, listam-se confusão mental, fadiga e dificuldade de concentração. (1)

A classificação da enxaqueca é definida a partir da presença da aura: migrânea clássica (com presença da aura), comum (sem aura) ou migrânea complicada (quando a aura não cessa com início da cefaléia). Ademais, apresenta-se também a migrânea crônica, que se define com duração de mais do que 15 dias por mês e há mais de 3 meses. (1)

Cefaleia Tensional

Manifesta-se como a cefaleia mais frequente, entre as primárias, como uma dor leve a moderada, podendo durar de 30 minutos a vários dias. Geralmente apresenta-se em aperto ou em peso, na região occipital ou bilateralmente. Sintomas como náuseas, vômitos, fotofobia e fonofobia não estão associados, geralmente, a esse tipo de

cefaleia. Pode ou não manifestar dor pericraniana (região temporal) à palpação. A presença de distúrbios do humor ou transtornos do sono pode aumentar o risco de cronificação dessa cefaléia.(1)

Para o diagnóstico da cefaleia tensional ser firmado, é necessário aprofundar a história clínica, para descartar possíveis doenças subjacentes. O exame físico geralmente é normal, se presença de alguma alteração como rigidez de nuca, papiledema, confusão mental, temos um forte indício de doença neurológica subjacente. (1)

Cefaleia Crônica

A cronificação está presente tanto na cefaleia migrânea quanto na tensional, por isso é relevante o diagnóstico do tipo adequado. É necessário investigar abuso de medicações, sobretudo quanto ao uso de opióides e triptanos, devido, principalmente, ao grande impacto na qualidade de vida destes pacientes. (1)

Cefaleia nas Diferentes Fases da Vida

As mulheres estão super-representadas entre os pacientes que procuram tratamento para sintomas de cefaléia e, sobretudo, enxaqueca. Compreender a apresentação da cefaléia em mulheres em relação às alterações hormonais durante o ciclo menstrual e ao longo da vida é essencial para o diagnóstico e tratamento adequados. As mulheres que sofrem de enxaqueca durante a gravidez são mais propensas a terem um distúrbio hipertensivo e acidente vascular cerebral durante a gravidez e/ou parto e período pós-parto. O quadro é desafiador devido aos riscos maternos e fetais; no entanto, uma revisão sistemática de 2021 sugere que os triptanos e a aspirina em baixa dose podem não estar associados a efeitos adversos fetais/infantis e podem ser mais fortemente considerados para tratamento de cefaléia na gravidez. (3)

A cefaleia é um sintoma comum em crianças e é importante colher uma história detalhada e realizar um exame físico completo para fazer o diagnóstico. Quase uma em cada 10 crianças apresenta dores de cabeça recorrentes devido à enxaqueca, o que causa prejuízo significativo no desempenho escolar e na qualidade de vida.

Com uma criança pequena, a história virá tanto da criança quanto da pessoa responsável, por isso é importante deixar a criança e o cuidador confortáveis. A criança deve ser mantida o mais calma possível, portanto, as ações do Médico de Família e Comunidade podem variar um pouco com base no temperamento da criança. O estilo para crianças mais velhas e adolescentes é diferente. Os adolescentes podem ser questionados diretamente e, posteriormente, os pais/responsáveis têm a oportunidade de relatar diferenças percebidas ou detalhes adicionais. (4)

Pergunte sobre as fontes de estresse emocional tanto na criança quanto na família. Estudos demonstraram que experiências adversas na infância (por exemplo, estresse financeiro; abuso físico, emocional ou sexual; violência urbana; divórcio dos pais; morte; doença mental ou vício) predispõem à cefaleia na infância e também mais tarde na vida. Dê aos adolescentes um momento longe dos pais/responsáveis para discutir segurança, sexualidade e uso de substâncias. (4)

Todas as crianças com enxaqueca devem receber um plano de tratamento agudo a ser usado no início de um episódio que inclua uma nota escolar permitindo que a criança seja dispensada da aula no início dos sintomas para se hidratar, tomar um medicamento que trate a crise aguda e descansar antes de voltar para a aula. (4)

Cefaleia pós-COVID

Os anos de 2020-2022 foram marcados por uma grave pandemia de uma nova doença de coronavírus (COVID-19) que afeta principalmente o sistema respiratório.

Uma parte das pessoas que se recuperaram da COVID-19 aguda sofrem de um espectro de sintomas que persistem por semanas e até meses após o desaparecimento da infecção aguda. Esta síndrome é caracterizada por uma ampla gama de problemas de saúde, incluindo “névoa cerebral” com distúrbios cognitivos, fadiga, dispneia, mialgia e fraqueza muscular, depressão e dor de cabeça persistente. Diferentes nomes têm sido usados para descrever a síndrome, entre eles síndrome pós-COVID-19, condição pós-COVID, consequências de COVID-19 e sequelas pós-agudas da infecção por SARS CoV-2. (5)

A cefaléia longa da COVID pode ser classificada de acordo com a apresentação clínica ou fenótipo, sintomas associados, variante do vírus ou com os critérios diagnósticos da

Classificação Internacional de Cefaleias. A cefaleia crônica diária também está associada a uma carga significativa em termos de comprometimento funcional e comorbidades psicológicas. (5)

A cefaleia prolongada de COVID é mais prevalente em mulheres de meia-idade e é caracterizada por uma dor de cabeça de intensidade moderada a grave que pode ser acompanhada por sintomas prolongados concomitantes de COVID, como fadiga, disfunção cognitiva e tontura, bem como hiposmia e insônia ou outros distúrbios do sono. Os 'sinais de alerta' geralmente adotados para o diagnóstico de dores de cabeça secundárias devem ser considerados para revelar possíveis complicações cerebrovasculares do COVID-19 ou outras dores de cabeça secundárias, como acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico. (5)

Pacientes com cefaléia longa por COVID requerem uma abordagem de tratamento multidisciplinar, incluindo estratégias farmacológicas (agudas e preventivas) e não farmacológicas. Para escolher a melhor opção terapêutica, é necessário avaliar a presença de outros sintomas da síndrome pós-COVID-19. É importante não descartar o desenvolvimento de um novo aparecimento ou o agravamento de um distúrbio cardiovascular existente, bem como a presença de fatores de risco (por exemplo, obesidade). Nestes casos, medicamentos antienxaquecosos com efeitos vasculares (por exemplo, triptanos) devem ser evitados, devido ao seu potencial efeito vasoconstritor. O tratamento não farmacológico inclui a educação do paciente com recomendações para mudanças no estilo de vida, fisioterapia, psicoterapia e manejo de comorbidades pré-existentes. Todas estas medidas podem ser incluídas em programas de reabilitação que podem ser realizados em ambiente clínico ou de forma autónoma em casa. (5)

Diário da Cefaleia

Principal meio diagnóstico no contexto da APS, o diário da dor é uma maneira de caracterizar a cefaleia a partir de seus componentes: dia, horário, intensidade,

qualidade, localização, medicamentos associados, duração, fatores desencadeantes, associação com ciclo menstrual e índice da dor. (1)

Paciente:	Mês:												Ano:																			
Dias	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	S
Madrugada (0-6)																																
Manhã (6-12)																																
Tarde (12-18)																																
Noite (18-24)																																
Sono																																
Um lado (D ou E)																																
Dois lados																																
Dor em pressão/aperto																																
Dor latejante/pulsátil																																
Dor em pontadas																																
Dor piora com esforço																																
Náusea/vômito																																
Luz incomoda																																
Som incomoda																																
Aura																																
Medicação para dor																																
Resultado (++/+-)																																
Menstruação																																
Fator desencadeante																																

Figura 1. Diário da Cefaleia - Sociedade Brasileira de Cefaleia

1.2 Seguimento

Exame Físico

A importância do exame clínico no indivíduo com queixa de cefaleia demonstra a exclusão de causas secundárias. Este deve ser realizado de acordo com as hipóteses elencadas na anamnese, que é mais relevante no indivíduo com cefaleia do que o exame físico por si próprio. Nos pacientes com quadro de cefaléia com comprometimento sistêmico, como febre, é obrigatório realizarem-se manobras que evidenciam rigidez de nuca, por exemplo. (1)

Além disso, o examinador necessita realizar a inspeção da face, oroscopia, quando se verificam queixas que corroboram uma hipótese de IVAS, por exemplo, a palpação da região temporal e a pesquisa de síndromes miofaciais.

Ainda, o exame neurológico deve ser feito para pesquisar confusão mental, alteração pupilar, sensitiva ou motora, quando indicado na história clínica. (1)

Indicação de Exames e Prevenção Quaternária

Exames Complementares de imagem não devem ser realizados quando houver uma hipótese de cefaléia primária, para que assim, o Médico de Família e Comunidade, configure a prática da Prevenção Quaternária. A indicação de exames laboratoriais e de imagem manifesta-se quando apresentados alguns sinais de alarme, como alteração no exame neurológico, mudança no padrão, cefaléia de intensidade muito forte e aguda. (1)

1.3 Tratamento

Não Farmacológico

O tratamento não farmacológico de pacientes com cefaléia, está associado a menor morbimortalidade e menor custo. (6)

Essa parte do tratamento é utilizada sobretudo para prevenção das crises, sendo pouco efetiva para a cefaléia em si. Técnicas de relaxamento, fisioterapia, psicoterapia e controle de estresse podem ser usadas como estratégia única ou combinada a farmacoterapia para manejo da cefaleia. A instituição do diário da cefaleia, como relatado anteriormente neste capítulo, mostra-se relevante para identificação de seus fatores desencadeantes e consequentemente para a prevenção do quadro da crise de cefaléia. (1)

Diante da Cefaleia Tensional, faz-se relevante ações e atividades educativas associadas a explicação da provável etiologia muscular, palpação da musculatura pericraniana e a pesquisa dos fatores desencadeantes da crise.

Existem algumas evidências sobre medidas terapêuticas não farmacológicas para este tipo de cefaleia como: terapia cognitivo comportamental, treinamento de relaxamento, biofeedback eletromiográfico, fisioterapia e acupuntura. (1)

Farmacológico e Profilático

A profilaxia é um dos mais importantes aspectos do manejo da cefaléia. Ao diminuir a frequência das crises e melhorar a resposta do paciente à terapia abortiva, a terapia profilática também evita a exposição do paciente ao uso excessivo de medicamentos, prevenindo a cronificação da dor por esse motivo. (9)

Ele é indicado conforme os seguintes parâmetros: frequência de pelo menos três crises mensais; grau de incapacidade importante (se menos crises); falência da medicação de resgate; enxaqueca basilar; aura prolongada ou infarto enxaquecoso; e ineficácia de profilaxia não medicamentosa. (1)

A classe dos betabloqueadores e antidepressivos tricíclicos são as principais classes utilizadas para profilaxia da enxaqueca, que podem ser usados isoladamente, ou associados, se cefaléia migrânea mais grave, aumentando a eficácia da profilaxia e diminuindo os efeitos colaterais. (1)

Ademais, novos estudos apresentam as medicações antiepilepticas e bloqueadores de canal de cálcio diante do tratamento profilático da enxaqueca, como terapia de segunda linha. (1)

Ao Introduzir seja qualquer tratamento profilático, é necessário fazer o seguimento adequado do paciente, pela longitudinalidade, orientar que é um processo demorado e nem sempre a primeira medicação prescrita será a melhor para o paciente no quesito de prevenção de crises. A dose deverá ser aumentada no período de duas a três semanas, até atingir a dose máxima ou efeito colateral que impossibilite um maior aumento de dose para aquele paciente. (1)

O tratamento profilático terapêutico deverá ser mantido por no mínimo 6 meses, após esse período fazer o desmame da medicação e observar a reação do indivíduo. Se a dor retornar na mesma medida, retornar com medicação e manter por um período maior, por exemplo, dois anos. Algumas pessoas necessitam de medicação profilática para o resto da vida. A adesão à terapia profilática em geral é baixa – entre 35 e 56% em 12 meses. (9)

Dante da Cefaléia do Tipo Tensão, apresenta-se como principal tratamento profilático, a classe dos antidepressivos tricíclicos, para redução e frequência das crises.

A amitriptilina é a medicação de primeira escolha, na dose entre 25 a 75mg por dia. Apresentam-se como demais opções a Venlafaxina, Mirtazapina, Martipilina e Clomipramina. O tratamento profilático deve ser mantido por 6 a 12 meses e depois tentado o desmame. (1)

1.4 Sinais de Alarme

A anamnese do indivíduo com queixa de cefaleia deve ser extremamente detalhada, para diferenciar entre cefaleia primária ou secundária. A dor deve ser caracterizada quanto a início, localização, duração, fatores de melhora e piora, intensidade, irradiação, periodicidade, uso de medicação. (1)

Para isso, faz-se relevante questionar ao paciente sobre os sinais de alerta. Entre eles, destacam-se como principais o início agudo ou súbito, a primeira ou piora cefaleia da vida, presença de sintomas neurológicos, início após os 50 anos de idade, piora progressiva de quadro, mudança do seu padrão, sintomas sistêmicos (febre, fraqueza), história de trauma craniano. O encaminhamento para outro setor de atenção deve ser realizado prontamente quando houver sintomas ou sinais de alarme e na suspeita de cefaleia secundária que exija investigação complementar ou tratamento em emergência. (9)

1.5 Crise Aguda

Enxaqueca Sem Aura

As expectativas dos pacientes com o tratamento da migrânea podem variar, mas o alívio da dor e o rápido retorno às atividades diárias são os resultados mais desejados. (9)

Divide-se as crises em leves, moderadas e intensas. Nas primeiras, o manejo deve ser realizado na APS, com uso de analgésicos e antiinflamatórios. É importante frisar a orientação dos fatores desencadeantes, manter-se em quarto escuro, evitar barulho, e conciliar sono. (1)

Nas crises chamadas de moderadas, a cefaléia não irá cessar apenas com as medicações iniciais, sendo necessário o uso de triptanos. Nessa fase já é relevante avaliar a necessidade de encaminhamento para atenção secundária. (1)

Nas crises intensas, utiliza-se, além dos triptanos, indometacina ou clorpromazina, haloperidol ou dexametasona, podendo ser associado a antiinflamatórios, se recorrência. (1)

Enxaqueca com Aura

A principal diferença na enxaqueca com Aura, é lembrar de afastar os fatores de risco para complicações vasculares. Controle de doenças como Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Doença Coronariana, além da cessação do tabagismo e uso de medicações como anticoncepcionais orais combinados e vasoconstritores. (1)

Na literatura, não existe nenhum consenso para o tratamento específico da aura. Diante das medicações, a principal recomendação é o não uso de sumatriptano endovenoso na fase da aura. (1)

Cefaleia Tensional

O plano terapêutico da cefaléia do tipo tensão envolve o tratamento abortivo, principalmente farmacológico, e profilático, farmacológico e não farmacológico. (9)

Na cefaléia do tipo tensão, o uso de analgésicos e antiinflamatórios geralmente é suficiente para cessar a dor. Entre as principais medicações utilizadas e comprovadas com eficácia efetiva apresentam-se o paracetamol, AAS, cetoprofeno, diclofenaco e naproxeno. (1)

O uso de cafeína não é recomendado, devido à piora da cefaleia na hora do desmame da medicação. Também não é recomendado o uso de opióides ou relaxantes musculares, sendo associados a cronificação da cefaleia por causa de abuso de medicações. É importante evitar o uso de ansiolíticos, pois eles podem mascarar situações de vida causadoras de estresse e ainda favorecer o uso excessivo de medicamentos com consequente risco de adição. Se o paciente estiver passando por estresse, crise familiar ou do ciclo de vida ou mesmo se sintomas de transtorno de ansiedade ou de humor estiverem presentes, uma abordagem dirigida aos problemas

identificados deve ser realizada. Em pacientes com tensão muscular, procedimentos não medicamentosos podem ser empregados, como massoterapia na musculatura cervical, aplicação de calor úmido local, banhos quentes de imersão e técnicas de relaxamento .(9)

No tratamento profilático, indicado para a cefaleia do tipo tensão crônica, os antidepressivos tricíclicos são os fármacos de primeira linha, sendo efetivos na diminuição da frequência e da intensidade das crises. (9)

Quando referenciar para Emergência

O referenciamento para a urgência, bem como a solicitação de exames complementares, sempre considerando a Prevenção Quaternária, deve ser indicado a critérios clínicos, que indicam sinais de alarme. (1)

São eles : início súbito ou recente com dor de forte intensidade (“pior cefaleia da vida”); evolução insidiosa e progressiva, com ápice há poucos dias; cefaléia iniciada após trauma de crânio recente; sinais de doença sistêmica: febre, mialgias, petequias, confusão mental, rigidez de nuca; paciente HIV com padrão novo de cefaleia ou alteração em exame de imagem; padrão novo de cefaleia em paciente com história recente/atual de neoplasia, uso de anticoagulantes ou com discrasias sanguíneas; padrão novo de cefaléia iniciada em paciente com mais de 50 anos, com dor à 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). Sendo necessária a presença de pelo menos 1 critério. (21)

Quando encaminhar para Especialista Focal

O Referenciamento para o Neurologista deve ser realizado com algumas indicações clínicas, as quais configuram -se : migrânea (enxaqueca) ou cefaleia tipo tensão refratária ao manejo profilático na APS ; outras cefaleias primárias que não se caracterizam como migrânea (enxaqueca) ou tipo tensão; paciente com necessidade

de investigação com exame de imagem (Ressonância Magnética ou Tomografia de Crânio), quando exame não for disponível na APS. (21)

Conteúdo descritivo mínimo que encaminhamento deve ter: sinais e sintomas (descrever idade de início da cefaleia, tempo de evolução, características da dor, frequência das crises, mudança no padrão, exame físico neurológico, outros sinais e sintomas associados); comorbidades (infecção pelo HIV, neoplasia, trauma craniano recente); tratamentos em uso ou já realizados para cefaleia (medicamentos utilizados com dose e posologia); anexar laudo de exame de imagem (TC ou RMN de crânio), preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado); (21)

O novo protocolo de acesso para consultas, exames e procedimentos ambulatoriais especializados, publicado pela Prefeitura de Campo Grande, em 29 de dezembro de 2022 enfatiza que o encaminhamento para o especialista focal deve ser realizado quando o mesmo for indispensável para investigação e em que o manejo de situações que não é possível de ser realizada na APS, como pacientes com lesões suspeitas de malignidade, lesões novas ou sem resposta ao tratamento na Atenção Primária. Nesses casos, investigar o caso o máximo possível, com exame neurológico completo , mini-mental e tomografia de crânio e procurar o diagnóstico diferencial de alteração da acuidade visual ; cervicalgias ; Hipertensão Arterial Sistêmica ; patologias odontológicas e sinusites. (39)

Encaminhar casos de cefaléia de difícil controle, associadas a sinais de alarme como distúrbio de comportamento, convulsões, agravamento progressivo e constante. (39)

1.6 Prognóstico e Prevenção

Complicações e Abordagem Multiprofissional

A cefaleia primária, configurada entre uma das queixas mais frequentes da APS, mostra-se relevante devido ao grande impacto que pode gerar na vida do paciente. Não é um quadro associado a complicações graves. (1)

O abuso de medicações e a cronificação da cefaleia apresenta-se como complicação principal. (1)

Ademais, é importante frisar a investigação detalhada dos sinais de alarme, para que doenças decorrentes de uma cefaleia secundária não evolua como complicação.

Como medidas preventivas, apresenta-se como a principal ferramenta a abordagem da equipe multiprofissional, sobretudo diante das orientações para o tratamento não farmacológico. O apoio da equipe NASF é fundamental no cuidado com sintomas relativos à saúde mental, frequentemente associados à queixa de cefaléia. Entre os principais componentes, destaca-se também a fisioterapia, que pode apoiar sobretudo no manejo da cefaleia tensional, para identificação de pontos gatilhos e síndromes miofasciais. (1)

Ações educativas em saúde, com esse apoio podem ser transformadoras para o usuário portador de cefaléia. Entre as possibilidades, dá-se o exemplo de discussões com profissionais de saúde para desmistificação de gravidades da cefaleia, prevenção de abuso de medicações e fatores desencadeantes e melhora da qualidade de vida.(1)

2. TONTURA E VERTIGEM

2.1 Definição e Classificação

Padrões Sindrômicos

Estudos internacionais mostram que a tontura e a vertigem são um fardo significativo para a população em geral, com 20 a 30% apresentando sintomas ao longo da vida. (1) Tradicionalmente, as tonturas são divididas em quatro padrões distintos: Vertigem (sensação de giro) , Síncope/Pré-Síncope (sensação de desfalecimento ou desmaio

iminente), Desequilíbrio (controle dos movimentos prejudicado) e Hiperventilação (sensação de desconexão do ambiente). (7)

Frequentemente, os pacientes que apresentam tontura são incapazes de descrever a sensação e podem ser vagos, principalmente se for a apresentação inicial. É relevante, dessa forma, diferenciar a vertigem de outras formas não rotacionais de tontura. Uma vez determinado o diagnóstico de vertigem, esta precisa ser diferenciada em um subtipo central ou periférico. (1)

Sinais de Alarme

Causas centrais mais graves, como acidentes vasculares cerebrais, tumores e esclerose múltipla, precisam ser consideradas. Suspeita-se de causas centrais se o paciente apresentar sintomas neurológicos associados, como fraqueza, disartria, alterações sensoriais, ataxia ou confusão. Pode ser difícil distinguir entre causas centrais e periféricas em pacientes que apresentam vertigem como único sintoma. (1) Fatores de risco para doença vascular, incluindo tabagismo, diabetes, obesidade, hipertensão e hipercolesterolemia, precisam ser avaliados para descartar AVCs, que podem levar a vertigem por isquemia ou infarto. (8)

2.2 Manejo na APS

Anamnese

Usando os componentes do Método Clínico Centrado na Pessoa, mostra-se essencial detalhar junto ao paciente qual é o sintoma e os seus fatores desencadeantes, sempre guiando sua anamnese em direção às hipóteses mais prováveis. Investigar, portanto, o tempo de duração dos sintomas, fatores desencadeantes, sintomas associados (náuseas, vômitos, perda auditiva ou déficits neurológicos), e pesquisar se há também no quadro, a perda de consciência. Sempre pensar nas comorbidades do paciente, e assim, nas medicações que este faz uso, pois podem ser possíveis causas desencadeantes do quadro exposto. Também é importante explorar acerca da

experiência de doença trazida pela pessoa em relação à tontura, quais as suas preocupações e medos e como isso impacta sua funcionalidade. (1)

Exame Físico

O Exame Físico é uma importante ferramenta na diferenciação das vestibulopatias centrais e periféricas. Para realizá-la adequadamente, pensando na avaliação neurológica, é essencial a avaliação dos pares craneianos, função cerebelar (marcha, coordenação, reflexos, teste index-nariz) e fundoscopia, quando possível.

Mostra-se imprescindível também, afastar causas otológicas, através da otoscopia, sobretudo para a investigação de causas inflamatórias (otorreia, otite, cerume ou vesículas do pavilhão auricular. (1)

Outro sintoma importante, é a hipoacusia. Dessa forma, pode-se solicitar para o paciente repetir palavras ou números sussurrados próximos ao ouvido. Identificando-se a perda auditiva, pode-se usufruir do diapasão, se disponível, para a diferenciação de perda condutiva ou neurosensorial, através do teste de Rinne e Weber. (9)

Manobras

Dante das manobras a serem realizadas, a mais importante é a de Dix-Hallpike, a qual irá confirmar o diagnóstico de Vertigem Posicional Paroxística Benigna (VPPB). Nesta, o paciente fica sentado, de olhos abertos, a uma altura que, quando deitado, sua cabeça permanece fora da maca. Então a mesma é girada 45 graus para o lado a ser avaliado. Deita-se rapidamente a cabeça do paciente, sendo segurada pendente por 20 segundos, e a presença do nistagmo é pesquisada. Investiga-se mais uma vez o nistagmo, quando o paciente retorna a posição sentada. (1)

Exames Complementares

Os Exames Complementares podem ser úteis para confirmação do diagnóstico topográfico e das doenças vestibulares específicas. Pensando-se na abordagem inicial, realizada pelo Médico de Família e Comunidade, pode-se solicitar a audiometria para

pesquisa da perda auditiva. Demais exames como Ressonância ou Eletronistagografia vão ser pedidos apenas pelo especialista focal. (1)

Desequilíbrio e Riscos de Queda em Idosos

O último padrão sindrômico definido entre as tonturas recebe o nome de desequilíbrio e se caracteriza por sensação de instabilidade postural, em que não há sintomatologia de vertigem ou de pré-síncope. (1)

O equilíbrio depende da ação integrada de um conjunto de órgãos e sistemas, em que estão incluídos o sistema vestibular, a musculatura esquelética, a propriocepção, a audição e a visão. Portanto, a origem do problema pode estar ligada à disfunção de algum desses elementos ou do SNC (tronco cerebral e cerebelo), que recebe e integra os dados enviados por esses órgãos. Assim, é evidente a existência de uma relação direta entre as causas mais comuns de desequilíbrio e problemas associados com o envelhecimento. (1)

Em 75% dos casos, a causa da tontura por desequilíbrio é multifatorial, havendo comprometimento de uma ou mais das estruturas envolvidas na fisiologia e/ou anatomia do equilíbrio. Entre as causas comuns, podem-se citar: fraqueza da musculatura de MMII ou da musculatura postural, baixa acuidade visual e/ou auditiva, mau condicionamento físico, uso de determinadas medicações (sobretudo se mais de quatro classes), doenças da coluna cervical, neuropatia periférica e disfunção vestibular. (1)

2.3 Tratamento

Tratamento Não Farmacológico

O tratamento da VPPB deve ser feito por meio da manobra de reposição canalicular, que tem por objetivo mover os otólitos circulantes nos canais semicirculares em direção ao utrículo, cessando, assim, com os sintomas e resolvendo o problema. Caso a manobra seja bem-sucedida, os sintomas não reaparecerão mais e a pessoa estará livre da vertigem. A manobra de Epley é uma opção de tratamento de baixo custo, segura e benigna para vertigem posicional paroxística benigna (10).

Para a realização da manobra de Epley, você deverá começar pelos mesmos passos da manobra de Dix-Hallpike, seguindo para os passos que complementam a manobra. Após paciente deitado, com a cabeça lateralizada 45 graus e 20 graus estendida para trás, a cabeça do paciente é lateralizada para o outro lado e mantida nessa posição por 1 minuto. Continuando, girar a cabeça para o mesmo sentido do passo anterior, agora virando todo o corpo do paciente, que deverá terminar a manobra em decúbito lateral, com a cabeça ainda lateralizada a 45 graus e fletida a 20 graus. O paciente estará nesta fase com a face voltada para o chão. (10)

Durante a manobra, é comum que o paciente se sinta tonto. Diga que será passageiro, orientando para que, caso aconteça, ele mantenha os olhos fechados, a fim de aliviar o mal-estar. (10)

Tratamento Farmacológico

Em momentos de crise, podem ser usados medicamentos sedativos, com o intuito de aliviar os sintomas, porém alguns cuidados devem ser tomados. Medicamentos para supressão dos vômitos e antivertiginosos, como cinarizina, flunarizina, dimenidrinato e prometazina, não devem ser dados por um período maior do que 3 dias, para evitar prejuízos à compensação central, importante para a resolução do quadro. Evitar o uso excessivo de antivertiginosos parece ser a melhor conduta. (1)

Uso Crônico de Antivertiginosos

A relação entre o uso crônico de antivertiginosos e o parkinsonismo induzido por medicamentos é bastante consistente. Dessa forma, o médico de família e comunidade deve, primeiramente, evitar fazer uso dessas medicações, limitando seu uso como terapia abortiva ao menor tempo possível, bem como encorajar os pacientes que as utilizam cronicamente a descontinuá-las. Isso pode ser desafiador para o paciente e para o médico, que deverá, após a retirada da medicação, investigar qual é a real causa da tontura. (1)

2.4 Seguimento

Encaminhamento para Emergência

O referenciamento para emergência deve ser realizado quando o paciente apresenta vertigem com suspeita de origem central e sinais de gravidade: sintomas ou sinais neurológicos focais (como cefaleia, borramento visual, diplopia, disartria, parestesia, fraqueza muscular, dismetria, ataxia); ou novo tipo de cefaléia (especialmente occipital); ou surdez aguda unilateral; ou nistagmo vertical. (21)

Encaminhamento para o Especialista Focal

Paciente com lesão de origem central, após avaliação em emergência, deve ser encaminhado para o Neurologista. O referenciamento para Otorrinolaringologista deve ser realizado quando existe a suspeita de doença de Ménière ; vertigem posicional paroxística benigna com mais de 3 episódios de recorrência após manobras de reposição otolítica (Manobra de Epley -); labirintite ou neuronite com sintomas que não melhoram após 15 dias de tratamento conservador ; vertigem periférica com dúvida diagnóstica após investigação de causas secundárias na APS (como medicamentos, diabetes, hipertireoidismo e hipotireoidismo descompensados). (21)

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter : sinais e sintomas (duração, tempo de evolução e frequência dos episódios de vertigem; fatores desencadeantes; outros sintomas associados, exame físico neurológico e otoscopia); tratamento em uso ou já realizados para vertigem (não farmacológico e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação); resultado de TSH e glicemia de jejum ou hemoglobina glicada, com data; medicamentos que cursam com vertigem. (21)

O novo protocolo de acesso para consultas, exames e procedimentos ambulatoriais especializados, publicado pela Prefeitura de Campo Grande, em 29 de dezembro de 2022 enfatiza que o encaminhamento para o especialista focal (neurologista) no quadro de tontura ou desmaios deve ser realizado com os exames : angioressonâncnia encefálica ou tomografia de crânio (se houver) ; dosagem de ácido fólico ; eletrocardiograma ; função hepática ; função renal ; glicemia em jejum ; hemograma ; vitamina b12. (39)

Intervenção, Prevenção e Abordagem Multiprofissional

Devido à etiologia multifatorial do desequilíbrio, é necessária a existência de uma rede de cuidado multiprofissional e familiar, para maior chance de sucesso do plano terapêutico e para que seja possível uma avaliação mais ampla do indivíduo e do ambiente ao seu redor. Contudo, essa rede só será desencadeada se o médico de família perceber o paciente em risco de queda e der o primeiro passo para suspeitar e investigar o paciente, sabendo que não há medicamentos para desequilíbrio. Nessa rede, são igualmente importantes os papéis do fisioterapeuta, do terapeuta ocupacional, do educador físico e da equipe de enfermagem. Em pacientes com tontura desencadeada por hiperventilação decorrente de um quadro de ansiedade, o médico de família deve iniciar o cuidado e o seguimento, mas poderá recorrer a psicólogo ou a outro profissional de saúde mental, como psiquiatra, conforme a necessidade do paciente. (1)

3. DISTÚRBIOS DA LOCOMOÇÃO

3.1 Definição e Diagnóstico

Histórico e Rastreamento da Função Cognitiva

A marcha é uma função fundamental e importante para a vida. É alcançada por movimentos coordenados de segmentos corporais, a partir de uma interação entre fatores internos e externos, contemplada por meio da ação do sistema neuromusculoesquelético. A marcha normal é estável e flexível, permitindo mudanças de velocidade e manobras em diferentes terrenos. (11)

Dificuldade de locomoção, queixa frequente diante da população geriatrica e por isso muito relevante no contexto da APS, define-se como um preditor de qualidade de vida e capacidade funcional. O distúrbio de marcha pode apresentar uma etiologia única, quando em indivíduos jovens, ou múltiplas etiologias, estas mais comuns nos idosos, principalmente devido a fragilidade desta população, sendo o resultado da interação de alguns fatores clínicos. (1)

É relevante, então, uma história médica e anamnese detalhada para identificação adequada desses fatores, para a proteção do idoso em relação a sua fragilidade e a prevenção de quedas, que está muito relacionada aos distúrbios de locomoção.

Na anamnese, algumas condições clínicas e doenças subjacentes devem ser pesquisadas, como distúrbios da tireoide, doenças infecciosas e alterações cardiovasculares. Não obstante, é necessário ser realizado um rastreamento da função cognitiva, para entender o nível de incapacidade do indivíduo e escolher então o manejo adequado. (1)

3.2 Exame Físico

Inicialmente e principalmente o exame físico deve ser realizado com a observação da marcha do indivíduo. Caracterizar postura, ritmo, velocidade, posição dos pés, e tamanho da passada. (1) Fazer uma avaliação individualizada, do tipo de corpo, ditada pelo sexo, idade e quaisquer assimetrias físicas naturais, pois podem afetar seu padrão de movimento único. (12)

Quando o paciente estiver sentado, avaliar movimentos involuntários e mímica facial, bem como a pesquisa de hipotensão postural. Após avaliação inicial, solicitar que o indivíduo fique em pé, caminhe, aumente a velocidade e dê uma volta. (1)

Com o indivíduo parado, é importante analisar a distância entre seus pés e se mantém o ortostatismo. Neste momento, realizar a pesquisa de disfunção cerebral, com as manobras de equilíbrio. (1)

O principal momento do exame físico irá acontecer quando o paciente iniciar a caminhar, para que identifique-se os padrões específicos de sua marcha. Observar como é realizado o início do movimento, se existe hesitação, se os pés parecem estar grudados no solo, e como é realizada a virada do tronco. (1)

Para um diagnóstico adequado, é importante exemplificar os tipos específicos de marcha entre as causas osteomusculares ou neurológicas.

Causas Osteomusculares

A marcha antalgica denomina-se sua principal representante. Geralmente, é uma consequência de lesão articular, óssea ou de tecidos moles. Caracteriza-se por uma marcha de passos pequenos, e corpo sustentado pelo lado acometido pela dor referida. O restante do exame neurológico costuma ser normal, como teste de reflexos e sensibilidade. (1)

Causas Neurológicas

Apresentam-se como principais a marcha hemiparética, e na paraparesia,. A primeira, caracteriza-se por marcha ceifante, com extensão do joelho e quadril e inversão do pé. Geralmente decorre de lesão do neurônio motor. A marcha parética, denomina-se como tesourante, com extensão da coxa, rigidez e hiperreflexia. Consequência, normalmente de uma lesão espinhal ou de medula. Ademais, a marcha no Parkinsonismo, apresenta-se em pequenos passos, com movimentos lentificados, instabilidade postural e tremor de repouso. (1)

Não obstante, quando existe uma apraxia de marcha, existe uma hesitação para o começo do movimento e dar a volta, associada a disfunção cognitiva. Apresenta-se em uma lesão cerebral microvascular. Quando existe uma lesão cerebelar, a marcha mostra-se com aumento do polígono de sustentação, passos não uniformizados, oscilação de movimento, disartria e dismetria. Diante dos distúrbios de propriocepção, comum em uma mielopatia, há uma elevação desproporcional da perna, diminuição da sensibilidade tátil e sinal de Romberg positivo. (1)

Exames Complementares

Diante do contexto da APS, e da Medicina de Família e Comunidade é importante frisar a Prevenção Quaternária e solicitar os exames complementares apenas com a indicação adequada. Raramente são utilizados diante dos Distúrbios de Locomoção, apenas para corroborar diagnóstico. (1)

Marcadores como PCR (Proteína C Reativa) e VHS (Velocidade de Hemossedimentação, podem ser solicitados para separar as causas inflamatórias. Não obstante, a Vitamina B12, Vitamina D e TSH podem ser pesquisados no paciente

suspeito de doença neurológica periférica, já que suplementação de vitamina D em doses superiores a 700 UI/d pode melhorar a força muscular e o equilíbrio postural, o que demonstrou reduzir o risco de queda em quase 20%. O tratamento de deficiências nutricionais de vitamina B12 e tiamina também pode ajudar nos déficits sensoriais periféricos. (13)

A Tomografia de Crânio é indicada quando pensa-se em doença neurológica de etiologia central, e se presente lesão microvascular no exame, é relevante pesquisar na APS a presença de fatores de risco para eventos cerebrovasculares.(1)

Conclui-se, portanto, que exames de custo mais elevado como a ressonância magnética só devem ser solicitados, se houver mudança de conduta e na grande maioria dos casos uma anamnese detalhada e um exame físico minucioso são o suficiente para realizar o diagnóstico. (1)

3.3 Conduta

Prevenção e Riscos de Quedas

Diante do tratamento, é importante ressaltar que baseia-se, principalmente, na melhora da qualidade de vida do paciente e sua funcionalidade, objetivando a diminuição da dor, aumento da distância e velocidade, bem como autonomia com segurança da marcha. (1)

Perante isso, uma das prevenções mais importantes e a diminuição do risco de quedas, que pode ser realizada com : redução de medicamentos, principalmente os psicotrópicos, melhora da acuidade visual, tratamento da hipotensão postural, fisioterapia para treino de equilíbrio, otimização do manejo da dor, escolha de calçados adequados, suplementação de vitaminas, manejo de demência e depressão associados, usufruir de aparelhos para auxílio da marcha e modificações comportamentais. (1)

Fisioterapia

Entre os fatores citados, a fisioterapia mostra-se como um dos de maiores benefícios, principalmente em algumas condições específicas como no pós AVC, osteoartrose e

Doença de Parkinson. Principalmente nestas patologias, as intervenções médicas cirúrgicas muitas vezes não fornecem alívio satisfatório ou duradouro desses sintomas axiais, que podem, na verdade, exigir tratamentos diferenciados. Exercícios e programas de atividade física adaptada podem contribuir para melhorar a condição dos pacientes. (14)

Quando referenciar para o Especialista Focal

O manejo dos distúrbios de locomoção pode e deve ser realizado no contexto da APS e pelo Médico de Família e Comunidade. O encaminhamento para o especialista focal (neurologista, ortopedista ou geriatra) pode ser realizado quando o paciente apresenta lesão osteomuscular crônica, com indicação de uso de prótese, marcha de causa neurológica de difícil manejo ou pacientes muito idosos com distúrbio de marcha multifatorial. (1)

O novo protocolo de acesso para consultas, exames e procedimentos ambulatoriais especializados, publicado pela Prefeitura de Campo Grande, em 29 de dezembro de 2022 enfatiza que o encaminhamento para o especialista focal deve ser realizado com os seguintes exames complementares: Eletroneuromiografia de membros inferiores e superiores (se houver); Raio-X de coluna vertebral; Raio-X de crânio; Ressonância nuclear magnética de coluna vertebral (se houver); Ressonância nuclear magnética de encéfalo (se houver); Tomografia de crânio (se houver). (39)

Quando referenciar para Emergência

Deterioração cognitiva, comportamental e neurológica rápida; Síndromes compressivas agudas com sintomatologia intensa.

4. DEMÊNCIAS

4.1. Definição e Diagnóstico

Suspeita e Avaliação

Demência (ou transtorno neurocognitivo) pode ser definida como perda progressiva das funções cognitivas e emocionais de uma pessoa, com impacto em sua relação com o mundo, em geral com prejuízo à sua qualidade de vida. Caracteriza-se por distúrbios de memória associados a comprometimento do raciocínio lógico, da orientação espacial, da afetividade, da linguagem, das habilidades construtivas e de outras funções cognitivas, como capacidade de aprendizado, pensamento abstrato e julgamento. (1)

Causas

As causas da demência são inúmeras e incluem condições neurológicas, neuropsiquiátricas e médicas primárias. É comum que várias doenças contribuam para a síndrome de demência de qualquer paciente. As demências neurodegenerativas, como a doença de Alzheimer e a demência com corpos de Lewy, são mais comuns em idosos, enquanto lesões cerebrais traumáticas e tumores cerebrais são causas comuns em adultos mais jovens. (9)

Diagnóstico Diferencial

A suspeita da Síndrome Demencial dá-se sobretudo, pelos cuidadores e familiares, ou pelo profissional de saúde que acompanha o paciente. É fundamental, quando a pessoa trouxer a queixa de perda de memória, realizar uma triagem para patologias relativas à Saúde Mental, como Ansiedade e Depressão, que podem ser diagnósticos diferenciais, além do Delirium. O Delirium é um estado de confusão agudo que é comum e dispendioso e está associado a declínio funcional e sofrimento significativos. (9)

É a manifestação de encefalopatia aguda e é variavelmente chamada de insuficiência cerebral aguda , disfunção cerebral aguda ou estado mental alterado. (15)

Todos os estudos sobre a incidência da demência e da Doença de Alzheimer, em particular, coincidem em mostrar que é uma patologia que aumenta com a idade e que

apresenta um padrão de crescimento exponencial a partir dos 65 anos. As taxas de incidência de demência vascular e outros subtipos de demência são muito inferiores às da DA, fato que afeta a precisão das estimativas. (16)

Recentemente, o Plano Nacional para lidar com a Doença de Alzheimer priorizou as demências relacionadas à doença de Alzheimer para incluir: doença de Alzheimer, demência com corpos de Lewy, demência frontotemporal, demência vascular e demências mistas. Embora cada uma dessas condições de demência tenha sua assinatura patológica única, uma etiologia comum compartilhada entre todas essas condições é a disfunção cerebrovascular em algum ponto durante o processo da doença.(17)

Sinais de Alarme

4.2 Manejo

Mini Mental

Como principal meio de avaliação do quadro, o miniexame do estado mental é um teste simples, que pode ser aplicado na prática clínica como auxílio ao diagnóstico e ao seguimento, documentando a perda progressiva de funções mentais. Na aplicação do miniexame, é importante que o Médico de Família e Comunidade tenha conhecimento das etapas do teste, bem como clareza ao realizá-las junto ao paciente. (1)

O diagnóstico de demência é essencialmente clínico, mas pode ser dificultado pela presença de múltiplas comorbidades. Na primeira consulta, em geral, a queixa de perda de memória parte do acompanhante, sendo que diversas informações devem ser coletadas com ele, a fim de compreender o quadro. Isso significa, avaliar as capacidades funcionais atuais e perdas progressivas do paciente. Nesse momento, devem-se afastar quadros de delirium e depressão, tratá-los, se presentes, e cogitar causas secundárias e sobrepostas. Juntamente com o declínio cognitivo, 90% dos pacientes com demência apresentam sintomas comportamentais e psicológicos, como psicose, agressividade, agitação e depressão. A psicose relacionada à demência (PDR), que inclui delírios e alucinações, contribui para a institucionalização, declínio

cognitivo e sobrecarga do cuidador. (18) Uma dica com alto grau de subjetividade é observar como a pessoa com demência tenta realizar os testes como o Mini Mental com mais vigor e responde incorretamente às questões, ao passo que a pessoa com depressão empenha-se menos para respondê-las. O miniexame do estado mental também pode ser usado para verificar a competência da pessoa em tomar decisões sobre seu próprio tratamento. (1)

O teste do desenho do relógio é realizado solicitando-se que a pessoa desenhe um relógio analógico corretamente, desenhando os ponteiros na hora referida pelo examinador. É importante ater-se a detalhes do relógio que são significativos para sua leitura, como a diferença de tamanho entre o ponteiro das horas e dos minutos e a correta marcação das horas ao redor do círculo. (9)

O teste de fluência verbal é realizado solicitando-se que a pessoa cite, ao longo de um minuto, todas as palavras relacionadas a um determinado tema que conseguir lembrar. Por exemplo, pede-se que ela diga o nome de todos os animais que lembrar enquanto o examinador confere o tempo. Considera-se normal a lembrança de 15 itens.

A longitudinalidade é crucial na atenção primária à saúde (APS), e o contato prolongado com o médico de família e comunidade desde antes do aparecimento dos primeiros sinais facilita a percepção das perdas cognitivas. (9)

Exame Físico

O exame físico é importante para buscar sinais de demências secundárias, bem como para a avaliação integral da pessoa, que, em geral, tem múltiplas comorbidades. Deve-se realizar um exame neurológico cuidadoso em busca de alterações neurológicas focais; entretanto, a sobreposição de doenças degenerativas do SNC é muito comum. (9)

Indicação de Exames Complementares

A realização de exames laboratoriais pode ser importante, principalmente para o diagnóstico das demências primárias, pois, nelas, os exames são, por definição, negativos. Ademais, a maior parte das demências reversíveis é devida a distúrbios

metabólicos, a medicamentos e à depressão. Entretanto, demências reversíveis são bastante raras, e a suspeita de demência não deve motivar o Médico de Família e Comunidade a buscar incessantemente um diagnóstico definitivo. Embora a TC de crânio seja frequentemente realizada, não há evidências fortes de que se deva fazer isso de maneira generalizada ou populacional, pois aumenta o custo e não parece trazer muitos benefícios. (1)

4.3 Tratamento

Tratamento Farmacológico

Nas demências, estão disponíveis alguns inibidores da colinesterase ou antagonistas de receptor N-metil-D-aspartato (NMDA) de glutamato frequentemente utilizados como medicamentos. A recomendação para seu uso em pessoas com diversos níveis de demência é fraca; no entanto, em pessoas com Alzheimer moderado a grave, Parkinson e vascular , parecem proporcionar maiores benefícios. Os medicamentos mais utilizados são: a Rivastigmina, o Donepezila Galantamina e a Memantina. Perante a Doença de Alzheimer, é indicado a Memantina já na fase moderada da doença e os demais no manejo inicial. Após introdução ou mudança da medicação, deve-se observar o resultado do tratamento por um tempo de 2 a 3 meses. (19)

Dos fármacos supracitados, a Donepezila e a Galantamina podem ser administrados uma vez diariamente, enquanto a Rivastigmina necessita de duas doses diárias. Os principais efeitos colaterais observados em todas as medicações são sintomas gastrointestinais como náuseas, vômitos e diarreia. Sempre lembrar de orientar o paciente e seu familiar ou cuidador. (1)

Abordagem Multiprofissional

É importante instituir os Cuidados Paliativos diante os pacientes diagnosticados com qualquer tipo de demência. A doença de Alzheimer, na sua forma pura, é a que provavelmente leva mais tempo para incapacidade de deambulação, passando pela fase de primeiramente apraxia de marcha. No momento em que o quadro demencial vai ser avançado, é provável que o paciente se torne acamado, assim, devemos manejar e avaliar bem a integridade da pele desse paciente, com a prevenção do

surgimento de escaras e seu estado nutricional. O atendimento domiciliar deve ser preconizado, utilizando-se uma abordagem multiprofissional. (1)

4.4 Conduta

Prevenção

É importante discutir algumas medidas preventivas para Síndromes Demenciais, no geral. Alta escolaridade e intensa atividade intelectual, bom manejo de quadros depressivos, controle de outras comorbidades como Diabetes e Hipertensão, além de medidas saudáveis como prática de atividade física regular, alimentação balanceada e evitar tabagismo e obesidade são as principais. Estas, podem reduzir a Doença de Alzheimer em até 40 %. (1)

Quando encaminhar Especialista Focal

O referenciamento pode ser realizado quando há dificuldade do manejo pelo Médico de Família e Comunidade. O neurologista, geriatra e psiquiatra podem ser acionados para o manejo em conjunto com o Médico de Família perante o paciente com síndrome demencial. Entre tais casos, o paciente com 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 devem ser manejados em conjunto com o especialista focal, dependendo também das necessidades individuais de cada paciente.(21) O referenciamento para o psiquiatra, em especial, em casos de pseudodemência depressiva que não esteja respondendo às terapias indicadas ou quando apresenta-se outros transtornos psiquiátricos associados ao caso.

Quando referenciar para Emergência

O encaminhamento para o setor de Emergência deve ser realizado quando em pacientes com suspeita de Delirium de etiologia infecciosa ou metabólica, ou quadro de depressão grave associada com risco de suicídio.

5. Convulsões e Epilepsia

5.1 Definição e Etiologia

Convulsão e Epilepsia

Define-se convulsão ou crise convulsiva como uma ocorrência transitória de sinais e/ou sintomas devido à atividade neuronal anormal, que pode ser excessiva ou síncrona no cérebro, caracterizada por descargas elétricas súbitas e excessivas de neurônios cerebrais. Clinicamente, apresenta-se por distúrbios com alteração ou perda de consciência, alterações motoras, sensitivas, comportamentais e autonômicas, conforme a fração do cérebro afetada. (1)

A Epilepsia é uma patologia neurológica que pode ser definida quando o paciente tem duas ou mais crises convulsivas não provocadas em um intervalo de 24 horas ou a partir de uma crise reflexa (não provocada) e uma probabilidade de crises futuras similar ao risco geral de recorrência de duas crises (maior ou igual 60%) nos próximos dez anos. (1)

Caracteriza-se por ser uma doença crônica, a qual engloba distúrbios epilépticos recorrentes, dentre eles, as convulsões. Dessa forma, as crises são sintomas de um complexo distúrbio. (1)

Convulsão Febril

Uma convulsão febril é uma convulsão que ocorre em uma criança de seis meses a cinco anos de idade, acompanhada de febre, sem sinais de infecção do sistema nervoso central. As convulsões febris são classificadas como simples ou complexas. Uma convulsão complexa dura 15 minutos ou mais, está associada a achados neurológicos focais ou recorre dentro de 24 horas. A causa das convulsões febris é provavelmente multifatorial. Doenças virais, certas vacinas e predisposição genética são fatores de risco comuns que podem afetar um sistema nervoso em desenvolvimento vulnerável sob o estresse de uma febre. (23)

O episódio é caracterizado por uma convulsão do tipo tônico-clônica generalizada com duração limitada. (1)

Sinais de Alerta

Dessa forma, é relevante definir quais são os sinais de alerta, definidos como “ red flags” e “ yellow flags ”. Os primeiros, indicam condições potencialmente sérias como convulsões febris com sinais meníngeos ou outros sinais neurológicos, crises rapidamente progressivas. Ainda, epilepsias iniciadas em idosos ou epilepsia associadas a crises mioclônicas e astáticas. Os segundos, indicam barreiras para o tratamento, e manifestam-se como crises com sintomas constitucionais, associadas a atraso de desenvolvimento, crises conversivas. Ainda, quando o paciente é de potencial risco para condução de veículos ou apresentando como estigma no seu convívio. (1)

5.2 Conduta e Manejo

História e Exame Clínico

O manejo rápido do estado de mal epiléptico e da crise convulsiva está associado a uma maior probabilidade de término das crises e a melhores resultados. (24)

A principal conduta perante uma crise convulsiva é o controle imediato da crise. A terapia deve ser preconizada após 5 minutos de atividade epiléptica contínua ou mais de uma crise sem recuperação entre elas. (1)

A sequência do manejo inicial no adulto, pensando no setor de Atenção Primária, deve ser iniciada por posicionamento em decúbito lateral direito e afrouxamento das roupas, seguida de avaliação neurológica para classificar o possível tipo de crise e sua etiologia. Realizar então, uma avaliação respiratória bem como avaliação cardíaca. (1)

Na Terapia Medicamentosa, a principal opção de droga disponível é o Diazepam até 10 mg por dose, via retal, iniciando com 0,15 mg por quilo. Em crianças, a opção inicial é pelo Diazepam, de 0,1 a 0,3 mg/kg, e Midazolam, 0,15 a 0,2 mg/kg (até 3 doses). (1)

Após o controle da crise, deve-se avaliar o paciente clinicamente, bem como sua doença de base. É importante detalhar bem como foi a crise, para definir se foi mesmo uma convulsão. Questionar a presença de testemunha ocular, estimular a realização de mímica da crise, e orientar sempre a filmagem, quando possível. (1)

Menos de 50% dos pacientes que têm uma primeira convulsão não provocada têm uma segunda convulsão; portanto, a avaliação deve se concentrar em determinar o risco de recorrência de convulsão do paciente. (25)

Alguns sinais reforçam a possibilidade de crise convulsiva, como aura, pródromos, pós-ictal, sintomas motores ou sensoriais. Ainda, sintomas autonômicos como náusea, vômitos, palidez, cianose, sialorréia, perda de controle de esfíncteres, confusão mental sem etiologia aparente e língua com sinais de mastigação. (1)

Os pródromos como irritabilidade, alterações do humor, cefaléia, transtornos de personalidade podem servir como preditores da crise, podendo durar até dias. Já a aura caracteriza-se por sintomas iniciais do evento, como distúrbios sensoriais, percepções visuais ou auditivas, parestesias e disestesias, podendo chegar a alucinações visuais ou sonoras, “sensações”. Geralmente, é a última coisa que o paciente lembra antes da crise. (1)

No exame físico, é relevante ressaltar a investigação para a doença adjacente. Em caso de convulsão febril, buscar o processo infeccioso ou inflamatório associado. Sempre realizar a avaliação do estado mental, cardiológico e do desenvolvimento, para que sejam feitos os possíveis diagnósticos diferenciais, excluindo por exemplo, as síncopes e crises não epilépticas psicogênicas. Pensando em uma manifestação de uma síndrome epiléptica, questionar a idade de início, frequência de ocorrência e intervalos mais curtos e mais longos. (1)

Para uma história clínica completa, caracterizar eventos perinatais, crises no período neonatal, crises febris, qualquer crise não provocada e história de epilepsia na família. (1)

É imprescindível, encaminhar para o setor de Emergência para que a investigação seja continuada e a realização de exames como hemograma, eletrólitos, glicemia, função hepática e exames toxicológicos e nível sérico de medicações antiepilepticas. Trauma craniano, infecção ou intoxicações prévias também devem ser investigados. (1)

Exames Complementares

A solicitação de exames complementares deve ser diferenciada diante de uma convulsão febril. O Médico de Família e Comunidade deve enfatizar a Prevenção Quaternária, já que nesse tipo de convulsão o eletroencefalograma (EEG) não tem valor prognóstico, não contribui para o diagnóstico e não tem potencial de alterar a conduta clínica, mesmo em convulsões febris complexas. (9)

A punção lombar deve ser realizada apenas quando se pensa num quadro de meningite associada ao processo infeccioso da convulsão febril. Exames laboratoriais podem auxiliar na investigação da causa infecciosa, mas não na convulsão febril em si. (9)

Na propedêutica dos demais tipos de convulsões, o eletroencefalograma constitui uma importante ferramenta para o diagnóstico de epilepsia. Tal exame responde às principais questões frente ao diagnóstico, se realmente o paciente tem epilepsia, onde consta a região epiléptica e se o paciente já está em tratamento, se está sendo adequado. O EEG não deve ser realizado no estado pós-ictal imediato, e alterações encontradas nas primeiras 48 horas podem ser transitórias, devendo ser solicitado a partir do 3º ao 4º dia e, no máximo, dentro das quatro primeiras semanas pós-crise. (9)

Exames de imagem como a Tomografia ou Ressonância apresentam indicações específicas como déficit cognitivo ou motor significativo, alterações neurológicas não explicáveis pelo quadro convulsivo ou epilepsias parciais. (1)

5.3 Tratamento

Tratamento Síndromes Epilépticas

Após fechar o diagnóstico, a escolha medicamentosa para uma síndrome epiléptica deve ser minuciosa, enfatizando a monoterapia, e o mais livre possível de sintomas colaterais. O National Institute for Health and Care Excellence (NICE) recomenda Carbamazepina e Lamotrigina como primeiras opções de tratamento para adultos e crianças com quadros iniciais relacionados a crises parciais. Se houver crises generalizadas, o Ácido Valpróico constitui-se como primeira opção. No protocolo do Ministério da Saúde manter essa recomendação perante crises generalizadas. Este divide o tratamento para crises focais em faixa etária, sendo a Carbamazepina, Fenoitoína e Ácido Valpróico para adultos, Carbamazepina para crianças e Lamotrigina e Gabapentina para idosos. (1)

A duração do tratamento vai depender do tipo de epilepsia, etiologia, alteração cognitiva, anormalidades eletrencefalográficas, presença de déficits neurológicos e outras comorbidades. Na infância deve ser suspenso o mais cedo possível, após pelo menos 2 anos sem crises. (1)

Monitorização

A monitorização dos níveis plasmáticos rotineiramente não deve ser preconizada. Alguns casos especiais podem ser solicitados como na politerapia, em gestantes não controladas. (1)

Terapia Adjuvante

A Terapia Adjuvante pode ser uma alternativa em adultos com controle inadequado ou em crianças com resistência ao tratamento farmacológico. Engloba as intervenções psicológicas, tais como terapia de relaxamento, terapia cognitivo-comportamental (TCC), biofeedback e intervenções educacionais. Ainda, apresentam-se como outras opções a dieta cetogênica, a estimulação do nervo vago, e o uso do canabidiol, em situações específicas. (1)

5.4 Epilepsia nas diferentes fases

Gestação, parto e puerpério

Pacientes epilépticas em idade fértil, que estão tentando engravidar, é relevante realizar o pré natal completo e adequado e serem aconselhadas pelo Médico de Família e Comunidade diante dos riscos para o futuro bebê. Dentre as opções de medicamentos, o ácido valpróico é o de maior risco, para incidência de malformações congênitas como hipospadia, fenda labial e, em longo prazo, atraso de desenvolvimento e dano cognitivo. Deve ser evitada sobretudo no primeiro trimestre. Lamotrigina e Levetiracetam são alternativas para tratamentos de primeira escolha instituídos em gestantes, particularmente para o valproato de sódio. (1)

Durante o parto, o risco de convulsões é relativamente baixo. Recém-nascidos de mulheres com epilepsia tomando anticonvulsivantes têm risco duas vezes maior de serem pequenos para a idade gestacional (PIG) e de apresentarem escores de Apgar de 1 minuto menores do que 7. Isso é suficiente para justificar a recomendação de que o nascimento ocorra em uma unidade obstétrica com meios para reanimação materna e neonatal e tratamento de convulsões maternas. (1)

A mulher epiléptica deve ser sempre encorajada a amamentar. Os fármacos de primeira classe (Valproato, Fenobarbital, Fenitoína e Carbamazepina) não penetram no leite materno em quantidades clinicamente importantes. Dessa forma, não existe nenhuma recomendação da suspensão de drogas anticonvulsivantes para a realização da amamentação. (1)

Diante da concepção, alguns anticonvulsivantes podem diminuir o efeito dos contraceptivos, então é interessante discutir outras formas de prevenir uma gestação indesejada. As melhores alternativas a serem elencadas para essas pacientes são os DIUS, tanto de cobre, quanto o de levonorgestrel, bem como a medroxiprogesterona, que não tem efetividade alterada com o uso de anticonvulsivante. (1)

Perante a mulher que se apresenta no período da menopausa, e que necessita de reposição hormonal é a progesterona em sua forma natural, facilmente disponível. A Gabapentina foi estudada como benéfica para a redução de sintomas na menopausa e pode ser considerada uma opção. A droga a ser evitada é a Fenitoína, pois pode aumentar a perda óssea. (1)

Primeiro Ano de Vida

A epilepsia no primeiro ano de vida é um processo relativamente bem comum, e varia na prática clínica. Em convulsões não provocadas, as crises são controladas em uma minoria de lactentes e RNs, com uso de fenobarbital ou fenitoína. Ademais, RNs com crises leves ou em redução têm propensão a não ter mais convulsões, independentemente do tratamento. (1)

Idoso

Na faixa etária dos idosos, a epilepsia pode ter um grande impacto psicológico e físico. Geralmente, é apenas uma das multimorbidades do paciente, o qual está propenso a várias interações medicamentosas e agravo das patologias. A maioria das crises, em idosos, é focal, com ou sem generalização secundária, muitas vezes com apresentação atípica. Quanto à etiologia, as crises agudas têm como principais causas, nessa faixa etária, acidentes vasculares, causas metabólicas e medicamentos (efeito colateral ou abstinência). Nas epilepsias de início tardio, destacam-se: a doença cerebrovascular e as demências, especialmente Alzheimer. (1)

Assim, para investigação de doenças adjacentes e de base, os exames de imagem mostram-se mais importantes nesta faixa etária, sendo mais importante, por exemplo, que o EEG. A escolha de um antiepileptico deve levar em consideração os efeitos colaterais, o metabolismo, a interação medicamentosa e comorbidades. O Ministério da Saúde recomenda, para pessoas acima de 60 anos, o uso de antiepileptico não induzidores do metabolismo hepático (gabapentina e lamotrigina), evitando-se induidores enzimáticos clássicos (carbamazepina, fenitoína e fenobarbital), com aumento lento da dosagem, evitando-se atingir doses máximas e politerapia. (1)

Epilepsia e Dirigir

Em relação a permissão para dirigir, de acordo com a legislação brasileira, um paciente em uso de medicação antiepileptica deve estar livre de crises por um ano ou mais e estar em adesão ao tratamento. Os requisitos obrigatórios para pacientes com medicação suspensa são que eles estejam livres de crises por pelo menos dois anos, não apresentem o diagnóstico de Epilepsia Mioclônica Juvenil, e estejam livres de

crises por pelo menos seis meses após a retirada completa. Um relatório do médico assistente também é exigido em ambas as categorias (22)

5.5 Seguimento

Quando encaminhar para Emergência

Como citado anteriormente em manejo, o paciente com quadro de crise convulsiva na APS deve ser sempre encaminhado para Emergência para continuidade da investigação diagnóstica.

Quando encaminhar para Especialista Focal

O referenciamento para o neurologista deve ser realizado quando o paciente em questão apresentou pelo menos um episódio de alteração de consciência sugestivo de crise convulsiva , sem fatores desencadeantes reconhecíveis e reversíveis na APS; ou quando tem o diagnóstico prévio de epilepsia com controle inadequado das crises com tratamento otimizado e descartada má adesão. O conteúdo descritivo mínimo do encaminhamento deve ter 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); história prévia de epilepsia (sim ou não). Se sim, descreva o tipo; tratamentos em uso ou já realizados para epilepsia (medicamentos utilizados com dose e posologia);medicamentos em uso que interferem no limiar convulsivo (sim ou não). Se sim, quais; avaliação clínica da adesão ao tratamento (sim ou não).(21)

O novo protocolo de acesso para consultas, exames e procedimentos ambulatoriais especializados, publicado pela Prefeitura de Campo Grande, em 29 de dezembro de 2022 enfatiza que o encaminhamento para o especialista focal deve ser realizado se falha abordagem diagnóstica e terapêutica inicial e com resultados de eletroencefalograma (obrigatório) e Tomografia de Crânio(se tiver). (39)

Prognóstico e Possíveis Complicações

As crises febris evoluem sem complicações, déficits ou sequelas motoras, não alteram a inteligência ou a coordenação e não causam dano cerebral. Para as epilepsias refratárias, o prognóstico é ruim, e os medicamentos têm eficácia de apenas 6% em adultos e 21% em crianças. Nessas pessoas, que geralmente evoluem com déficit cognitivo e neurológico graves, há a discussão sobre a utilidade de se insistir no tratamento medicamentoso. (1)

Prevenção

Relações de medo, vergonha, tristeza, insegurança e preconceito pelas próprias pessoas e seus familiares acompanham o paciente com epilepsia. Eles sofrem de medo e incerteza da recorrência das crises e isso interfere em seu estilo de vida, trabalho, recreação e escolaridade. (22)

Atividades formativas, para a educação e informação para toda a população referente a esta patologia e suas associações faz-se demasiadamente relevante. O aconselhamento à mulher tem bases empíricas e envolve contracepção, concepção, gravidez, cuidados com crianças, amamentação e menopausa. Ações de aconselhamento para crianças, adolescentes e pais demonstraram benefícios para o bem-estar de crianças com epilepsia e impactos variáveis. (1)

6. Tremor e Síndromes Parkinsonianas

6.1 Definições

Parkinson e Tremor Essencial

Movimento rápido, involuntário e oscilatório é definido como tremor. Em sua explicação fisiopatológica, enfatiza- se que o tremor é uma reação devido a hiperexcitabilidade ou oscilação rítmica neuronal, ou baseada em uma patologia estrutural com neurodegeneração. No Contexto da APS, os tipos mais prevalentes são o Tremor Essencial e as Síndrome de Parkinson. (1)

O Tremor Essencial é a forma mais comum de tremor, estando presente em até 0,9 % da população, sobretudo acima dos 65 anos de idade. É definido como tremor postural, cinético, simétrico, bilateral, geralmente, com evolução progressiva e insidiosa. Acomete, na maioria das vezes, mãos e braços, e não é comum a presença de outros sintomas neurológicos, sendo que aproximadamente 50 % dos pacientes referiram história familiar positiva. É uma condição benigna, quando não se mostra incapacitante.

(1)

As Síndromes Parkinsonianas definem um grupo de patologias caracterizadas por sintomas associados ao movimento. O principal critério diagnóstico é a presença de bradicinesia, com tremor de repouso, rigidez muscular ou ambos. Diante da suspeita de uma síndrome parkinsoniana, é relevante definir se é atribuída a Doença de Parkinson em si, ou alguma de suas outras causas. Entre as principais, temos parkinsonismo induzido por medicamentos, por sequelas de doença cerebrovascular ou encefalites, por degeneração neuronal cerebral, tumores cerebrais ou por doenças sistêmicas, por exemplo, hipertireoidismo, distúrbios hidroelectrolíticos ou síndromes paraneoplásicas.

(1)

A doença de Parkinson (DP) é a segunda doença neurodegenerativa mais comum depois da doença de Alzheimer. 1 Descrita inicialmente em 1817 por James Parkinson como uma doença predominantemente motora, hoje é reconhecida por seu envolvimento em múltiplas áreas neuroanatômicas com comprometimento de diferentes neurotransmissores, resultando em uma ampla combinação de sintomas motores e não motores. (9)

A doença é universal, acometendo todos os grupos étnicos e classes socioeconômicas, com uma leve predominância no sexo masculino. Sua incidência e prevalência aumentam exponencialmente com a idade, acometendo 1 a 3% da população com idade > 65 anos. No Brasil, um estudo de base populacional identificou a prevalência de 3,3% entre indivíduos com idade > 60 anos. 4 No Rio Grande do Sul, a prevalência é de 3% entre os idosos. (9)

A Doença de Parkinson é caracterizada por ser uma condição neurodegenerativa progressiva que está associada à perda dos neurônios dopaminérgicos na substância nigra. Sintomas associados a movimento, tremor, rigidez e equilíbrio são os principais sinais da patologia. É relevante pontuar que os primeiros sinais também podem ser os não motores, como fadiga, depressão e queixas musculoesqueléticas. Ainda, podem se pronunciar a sialorréia, disfunção visual, vocal e geniturinária, distúrbios do sono, seborreia, constipação, parestesias, demência e ansiedade. À medida que os sintomas vão se pronunciando, o paciente pode se tornar mais incapacitante, com dificuldade para falar, deglutar e completar suas atividades diárias. (1)

Investigação e Diagnóstico

O diagnóstico é confirmado com o aparecimento súbito e gradual dos sintomas.

O Médico de Família e Comunidade, quando se depara com um paciente com queixa de tremor, deve iniciar a investigação diagnóstica com Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP). Explorar a saúde, a doença e a experiência da pessoa com o sintoma, entendê-la como um todo e o impacto dos sintomas em sua vida, elaborar um plano terapêutico comum para manejar a doença e intensificar a relação médico-pessoa. (1)

Os critérios do Brain Bank da Parkinson's Disease Society do Reino Unido ainda são os mais utilizados na prática clínica e incluem três etapas para o processo diagnóstico: o diagnóstico da síndrome parkinsoniana, a exclusão de achados que sugiram causa alternativa de parkinsonismo e a presença de critérios prospectivos de suporte para Doença de Parkinson. (9)

Pensando-se assim, algumas informações adicionais mostram-se necessárias. Qual o tipo de tremor, se acontece em repouso ou em movimento, qual é sua localização, se é simétrico ou assimétrico. Ainda, se características de uma síndrome parkinsoniana estão presentes, como bradicinesia ou rigidez muscular. Se positivo para alguma dessas características, quais são os possíveis sinais associados a exacerbação, como

medicações indutoras. É relevante, sempre, alencar as comorbidades associadas, e principalmente, outros sintomas neurológicos presentes no quadro do paciente. (1)

Parkinsonismo X Síndrome de Parkinson

Os principais critérios diagnósticos para uma síndrome parkinsoniana são o tremor em repouso, ou seja, aquele que é observado em um membro totalmente relaxado e desaparece ao iniciar o movimento voluntário, a bradicinesia, a qual caracteriza-se a lentidão do movimento e a diminuição da amplitude ou velocidade e a rigidez muscular, que define-se pelo aumento de tônus. Para a avaliação dessas últimas características, pode-se pedir para o paciente abrir e fechar a mão, realizar movimentos de pinça e também observar a resistência ao fletir e estender um membro. (1)

Para o diagnóstico da Doença de Parkinson, é necessário a presença da bradicinesia e pelo menos, um outro critério necessário, que pode ser o tremor de repouso, a rigidez muscular ou a instabilidade postural não causada por distúrbios visuais, vestibulares, cerebelares ou proprioceptivos. Ainda é preciso a presença de pelo menos três critérios de suporte positivo. São eles : início unilateral, presença de tremor de repouso, doença progressiva, assimetria, boa resposta a levodopa, discinesia induzida por levodopa, resposta a levodopa por 5 anos ou mais, evolução há mais de 10 anos. (1)

Ainda, é importante a ausência de qualquer critério excludente da Doença de Parkinson, sendo os principais a História de Acidente Vascular Cerebral de repetição, presença de tumor cerebral, trauma craniano ou demência precoce. (1)

Recomenda-se coletar a história medicamentosa completa, incluindo medicamentos fitoterápicos e uso de outras substâncias, como chás, bebidas ou drogas lícitas e ilícitas. Entre as principais medicações indutoras de parkinsonismo, cita-se haloperidol, clorpromazina, levomepromazina (antipsicóticos) ; Lítio ; Bloqueadores de Canal de cálcio ; Metoclopramida, Bromoprida (antieméticos) ; Cinarizina, Flunarizina (antivertiginosos). (1)

Exames Complementares

É importante instituir, portanto, que o diagnóstico é essencialmente clínico, tanto da Doença de Parkinson como de qualquer outra síndrome parkinsoniana. O exame clínico geral e neurológico deve ser completo, sendo necessário a realização de mais de uma consulta, em sua maioria das vezes para completá-lo. (1)

Alguns exames devem ser realizados de rotina apenas com intuito de afastar causas secundárias do parkinsonismo. Assim, recomenda-se solicitar hemograma, Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) e teste de imunofluorescência indireta (anticorpo treponêmico fluorescente absorvido [FTA-ABS]), vitamina B12 , hormônio estimulante da tireoide (TSH [do inglês, thyroid-stimulating hormone]), eletrólitos, e provas de função hepática e renal. Estudos de neuroimagem, como a tomografia computadorizada e a ressonância magnética de crânio, podem ser úteis ao sugerir diagnósticos diferenciais, como hidrocefalia de pressão normal, parkinsonismo vascular, paralisia supranuclear progressiva e atrofia de múltiplos sistemas. Estudos com tomografia computadorizada por emissão de fóton único (SPECT [do inglês, single-photon emission computed tomography]) utilizando traçadores para transportador de dopamina (TRODAT) também podem ser vantajosos em casos de suspeita de tremor essencial ou de parkinsonismo psicogênico. (9)

Sinais de Alarme

Os sinais de alarme (também conhecidos como Red-Flags) podem sugerir patologias alternativas à doença de Parkinson, havendo necessidade de busca ativa durante o primeiro atendimento do paciente a fim de que o diagnóstico da doença seja mais preciso. Entre eles, considera-se : Má resposta a levodopaterapia; demência de início precoce; disautonomia de início precoce, como incontinência/retenção urinária ou hipotensão postural ortostática; instabilidade de marcha precoce, nos primeiros cinco anos do início dos sintomas; uso de neurolépticos durante início dos sintomas; história de traumatismo crânioencefálico; história de recorrentes acidentes vasculares cerebrais com progressão “em escada” de características parkinsonianas; história de encefalite; presença de sinais piramidais ;presença de sinais cerebelares; presença de

paralisia supranuclear do olhar; presença de neoplasia ou hidrocefalia comunicante em exames de neuroimagem. (1)

6.2 Tratamento

Tratamento Medicamentoso

Quando realizado o diagnóstico de Tremor Essencial, a conduta medicamentosa deve ser iniciada pelo Médico da APS, sobretudo em casos de desconforto ou limitação funcional do paciente causado pelo tremor. As medicações de primeira escolha são o Propranolol, iniciando com 20mg, 3 vezes no dia podendo ir até 240mg e a Primidona, 25mg por dia, chegando aos 250 mg, com aumento gradual. Sempre individualizar cada caso, realizar teste terapêutico e se houver sintomas intermitentes, terapia contínua pode ser necessária, ou até mesmo a associação de medicações. Caso haja falha terapêutica, temos como outras opções a gabapentina, topiramato ou nifedipino. Ainda, existe a possibilidade da tentativa de tratamento cirúrgico com a terapia de estimulação cerebral profunda. (1)

Diante da síndrome parkinsoniana, a causa de maior prevalência na APS é a indução por medicações. Deve-se avaliar a possibilidade de suspensão ou troca de droga em cada caso. Geralmente os sintomas demoram de 1 a 4 semanas após retirada, mas podem levar até 6 meses para remissão completa. (1)

Em relação à terapia medicamentosa na Doença de Parkinson, recomenda-se sempre tentar a dose mais baixa que possibilite o controle sintomático. As principais drogas utilizadas, no contexto da APS são o Levodopa e os agonistas dopaminérgicos, sobretudo o pramipexol. Pensando no paciente de até os 65 anos, pode-se utilizar qualquer uma das drogas como tratamento inicial. Em idosos com mais de 70 anos, que já têm problemas cognitivos ou funcionais graves, utiliza-se como principal medicação o levodopa, devido aos efeitos colaterais dos agonistas dopaminérgicos, como sonolência, hipotensão e alucinações. (1)

Se o paciente a se manejar já usufrui de uma medicação ou a combinação destas, sempre investigar o motivo da escolha de tal droga. A associação de fármacos pode ter sido realizada para otimizar o controle dos sintomas, para manejo de efeitos adversos dos medicamentos, para manejo de sintomas não motores ou de comorbidades. (1)

Outro ponto que é importante ser citado é a relevância do manejo dos sintomas não motores como depressão, ansiedade, psicose, demência e distúrbios do sono, principalmente pelo motivo de não responderem pelas terapias sintomáticas tradicionais. Tais sintomas devem ser sempre investigados,e individualizar a abordagem de cada paciente. (26)

Terapias de Reabilitação e Complementares

Intervenções não farmacológicas são elementos fundamentais no manejo dos pacientes com Parkinson embora muitas vezes sejam negligenciadas pelos médicos. Elas incluem cuidados gerais com alimentação, realização de fisioterapia e fonoterapia, educação sobre a doença e apoio psicológico ao paciente e cuidadores.

Para isso, o paciente deve contar com uma equipe multidisciplinar atuante, especialmente nas fases mais avançadas da doença. A orientação nutricional visa prevenir complicações comuns da doença, como desnutrição, perda de massa muscular e constipação. Na prática, nenhuma dieta especial é necessária, apenas a instrução dos pacientes quanto à importância de uma alimentação balanceada que contenha fibras e líquidos suficientes em função da constipação, além do cuidado quanto à administração da levodopa, que deve ser feita 1 hora antes ou 1 hora depois das refeições. (9)

A fisioterapia, a terapia ocupacional e os demais exercícios de reabilitação objetivam melhorar a mobilidade, a postura e o equilíbrio dos doentes, tentando reduzir o número de quedas e suas complicações secundárias. A fonoterapia, por sua vez, tem como objetivo a manutenção da fala e a prevenção da disfagia, um dos principais incapacitantes na doença avançada. (9)

Diante da Doença de Parkinson, é enfatizado o Cuidado Paliativo como uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias que enfrentam problemas associados a todas as doenças que ameaçam a vida. Na Patologia em discussão, os cuidados paliativos mostram-se indispensáveis, principalmente quando a pessoa não tolera a terapia medicamentosa, não tem indicação cirúrgica e há presença de comorbidades em estágio avançado, já que é possível fornecer uma abordagem holística para atender às necessidades multifacetadas do paciente , incluindo controle de sintomas, necessidades de comunicação e suporte do cuidador (26).

É essencial que a equipe de saúde que trabalha na APS reconheça as necessidades da pessoa, da família e dos cuidadores e elabore um plano terapêutico em conjunto que leve em consideração suas necessidades, bem como o papel de cada um no momento do final da vida. (1)

6.3 Seguimento

Quando encaminhar para Emergência

O paciente, na suspeita de Doença de Parkinson, deve ser referenciado para o setor de emergência diante de uma deterioração cognitiva, comportamental e neurológica rápida. Neste caso, é imprescindível a realização de exames para investigação de processo infeccioso ou Acidente Vascular Encefálico ou Transitório. (39)

Quando encaminhar para o Especialista Focal

O encaminhamento para o neurologista deve ser realizado na suspeita de doença de Parkinson sem uso de medicamentos potencialmente indutores ; ou suspeita de tremor essencial sem resposta ao tratamento clínico otimizado. O conteúdo descritivo mínimo do encaminhamento deve conter sinais e sintomas (descrever 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 exame neurológico); tratamentos em uso ou já realizados para tremor e/ou síndrome parkinsoniana

(medicamentos utilizados com dose e duração do tratamento); outros medicamentos em uso (com dose e posologia).

O novo protocolo de acesso para consultas, exames e procedimentos ambulatoriais especializados, publicado pela Prefeitura de Campo Grande, em 29 de dezembro de 2022 enfatiza que o paciente deve ser encaminhado quando suspeita-se de Doença de Parkinson, com relato sucinto do quadro clínico, tempo de evolução, comorbidades e medicamentos em uso. Investigar predisposição genética, padrão de realização de atividades diárias, histórico de depressão, alterações emocionais, dificuldade para deglutição, mastigação e fala, problemas urinários ou constipação, alterações de pele, padrão de sono e repouso.

Exame físico deve conter se houver rigidez muscular e tremor em repouso, relativamente amplo e lento, principalmente nos dedos, que diminui ou desaparece quando se inicia o movimento. Analisar a escrita, expressão facial, padrão de discurso e se há instabilidade postural ou alteração, Acrescentar pontuação mini mental. (39)

7. ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO E ACIDENTE ISQUEMICO TRANSITÓRIO (AVC E AIT)

7.1 Definição e Classificação

Diagnóstico

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) pode ser definido por uma alteração focal e súbita do fluxo sanguíneo cerebral, com correspondente manifestação neurológica. O Acidente Isquemico Transitório ocorre quando existe uma redução súbita e localizada no fluxo sanguíneo cerebral que causa disfunção neuronal temporária, a qual é revertida quando restaurado o fluxo sanguíneo antes que haja morte neuronal. A definição atual de AIT exige que os sintomas não tenham se estendido por mais de uma hora e que a neuroimagem não apresente alterações isquêmicas recentes. (1)

Os acidentes vasculares cerebrais (AVC) agudos, são amplamente classificados como isquêmicos ou hemorrágicos. (9) Apenas 15% são hemorrágicos (AVCh), mas esses são responsáveis por 40% das mortes. O AVCh pode ser subaracnóide ou intracerebral. O AVC isquêmico ocorre por embolia ou evento trombótico. Embora haja uma evolução no manejo clínico e cirúrgico da doença cerebrovascular, a prevenção ainda é a estratégia mais efetiva na redução da sua morbimortalidade. É papel fundamental do médico de família e comunidade conhecer todas as ferramentas disponíveis para seu manejo, em toda sua integralidade. (27)

7.2 Seguimento

Apenas cerca da metade dos casos de AVC agudo cursam com hemiparesia evidente. Outros 25 % apresentaram paresia facial. Existem outros sintomas que sugerem o diagnóstico de AVC, mesmo sem hemiparesia como distúrbios da fala ou da linguagem (afasia e disartria), alterações binoculares ou mononucleares (hemianopsia, quadrantanopsia, diplopia, amaurose), ou ataxia de marcha. (1)

Pensando em acidente vascular cerebral hemorrágico, a cefaleia apresenta-se como a principal manifestação clínica. A grande maioria dos pacientes descreve como a pior cefaleia da vida. Outros sintomas podem incluir vômitos, náuseas, rigidez de nuca, rebaixamento do nível de consciência e sinal neurológico associado (paresia do nervo craniano, alteração da força ou alteração de linguagem). (1)

Exame Físico

Os sinais vitais primários são a parte mais simples e importante do exame físico em qualquer paciente, incluindo pacientes com AVC. O Médico de Família e Comunidade deve sempre levar em consideração a relação bidirecional entre lesão cerebral e sinais vitais. A hipertensão (valores de pressão arterial $\geq 140/90$ mmHg) é um dos fatores de risco modificáveis mais importantes para AVC e está presente em até 70% de todos os pacientes com AVC na chegada. (28) Ademais, é relevante verificar a temperatura axilar, já que hipo ou hipertermia podem ser tanto consequência como causa de eventos cerebrais, como convulsões, ou síncope. Ainda, frequência respiratória (FR),

pode evidenciar alterações ou dano em áreas do centro respiratório; e frequência cardíaca (FC), importante na busca de arritmias, favorecendo deslocamentos de trombos para o cérebro, como na FA, ou de bradicardias que forneçam um baixo fluxo cerebral. (28)

Continuando, na avaliação cardíaca, deve-se dar especial atenção à auscultação cardíaca, tentando identificar alguma alteração do ritmo e da frequência cardíacos, como, por exemplo, FA ou sopro. Essas alterações podem ajudar na elucidação da causa do AVC. A avaliação carotídea deve ser sempre realizada para se identificarem sopros carotídeos e a possível causa do evento, além de instituir medidas para evitá-lo. Não obstante, a parte neurológica do exame é fundamental. (28)

A motricidade é testada por meio da movimentação espontânea, como a solicitação de movimentos do tipo abrir e fechar a mão, estender e fletir o antebraço, fletir a coxa, elevar o braço e fletir e estender a perna. Verifica-se assim se há ou não limitação em algum dos movimentos, assim como o grau de tal limitação. (1)

A força muscular é testada com os mesmos movimentos descritos apenas com oposição aplicada pelo examinador. (1)

O tônus muscular é avaliado através da inspeção e da palpação das massas musculares e dos movimentos passivos de extensão e flexão dos membros. Geralmente, na hemiplegia, há hipertonia piramidal, também chamada espasticidade, que atinge globalmente os músculos, com predomínio dos extensores dos membros inferiores (MMII) e dos flexores dos membros superiores (MMSS). (1)

Os reflexos profundos, como o aquileu, e patelar e o flexor dos dedos, estão aumentados (hiper-reflexia) no paciente pós-AVC, devido à lesão na via piramidal. (27)

Assim, considerando a APS como espaço de primeiro contato do paciente, um diagnóstico rápido é essencial para facilitar a intervenção precoce e encaminhamento adequado. (1)

A escala de Cincinnati (CPSS) apresenta ótima acurácia, sensibilidade e concordância interobservadora. Trata-se de um instrumento útil para auxiliar os profissionais da saúde durante a avaliação inicial do paciente com suspeita de AVC, uma vez que

contribui significativamente para o reconhecimento precoce da doença de uma maneira simples e rápida. (29)

O CPSS identifica vítimas de derrame procurando por queda facial, desvio de braço e fala arrastada. Leva menos de um minuto para avaliar e é bastante preciso com alta especificidade para identificar um paciente com AVC. (30)

Exames Complementares

Após identificação do quadro de AVC, faz-se relevante a diferenciação entre isquêmico e hemorrágico. Como podem se manifestar clinicamente da mesma maneira, é preciso solicitar exames complementares para conseguir fazer o diagnóstico diferencial. A tomografia computadorizada (TC) de crânio deve ser feita em todas as pessoas com suspeita de AVC. (27)

Alguns exames laboratoriais podem ser solicitados para exclusão de diagnósticos diferenciais, orientação terapêutica e identificação de fatores de risco para doença cerebrovascular, como hemograma (anemia, processos infecciosos), glicemia (diabetes melito [DM], hipoglicemia), ureia, creatinina (Cr), sódio, potássio (estados epilépticos por distúrbios hidroeletrolíticos), fatores de coagulação (estados de hiper ou hipercoagulabilidade), níveis de álcool no sangue, gasometria (se suspeita de hipoxemia). (1)

Dessa forma, quando o Médico de Família e Comunidade se depara com um paciente com suspeita de AVC, este sempre será encaminhado para setor secundário para ser referenciado para a Atenção Terciária e realizar os exames necessários. (1)

7.3 Manejo Inicial

É importante que os profissionais de APS saibam, de antemão, quais são as emergências de hospitais mais próximas que contam com unidades de AVC e com terapia trombolítica (centro de AVC), bem como o tempo de deslocamento até elas, para poder priorizar o encaminhamento de pacientes de acordo com o tempo desde o aparecimento dos sintomas.(9)

Quando instituído o paciente com suspeita de AVC, inicialmente deve-se determinar a data dos primeiros sinais e sintomas. Se houver sintomas nas últimas 24h, determinar

o horário do início. No caso de o início dos sintomas serem observados ao acordar, será considerado o último momento em que o paciente foi visto sem sintomas, antes de dormir. Após o referenciamento para o setor de emergência, o manejo do paciente no contexto da APS deve incluir algumas medidas como: verificar história de diabetes, epilepsia, demência (excluir delirium*) e dependência química (álcool**); verificar a Escala de Cincinnati e exame físico como citado anteriormente neste capítulo ; Checar glicemia capilar: hipoglicemia pode causar sinais focais e simular um AVC. Se glicose < 70 mg/dL, administrar glicose hipertônica 50% / 20 ml endovenosa / 1 vez, repetir hemoglicoteste em 1h; Manter o paciente com cabeceira a 0°, (posicionar a 30° em caso de vômitos); Manter permeabilidade de vias aéreas e ventilação adequada; não reduzir níveis pressóricos, exceto se pressão arterial sistólica estiver ≥ 220 mmHg ou pressão arterial diastólica estiver ≥ 120 mmHg; utilizar antitérmico se temperatura axilar $> 37,5^{\circ}\text{C}$.

7.4 Manejo na APS

Investigação Diagnóstica Completa e Plano Terapêutico

O principal papel da Atenção Primária, perante um paciente com AVC, após o manejo inicial e devido encaminhamento para Emergência e a reabilitação após alta hospitalar. O Método Clínico Centrado na Pessoa faz-se fundamental. (1)

A visão da pessoa como um todo, buscando compreender a doença e o seu significado, com uma abordagem interativa e uma equipe interdisciplinar, são as peças-chave para a reabilitação pós-AVC. Pessoas pós-AVC e seus cuidadores são participantes centrais no processo de recuperação, a fim de estimular e garantir a adesão aos tratamentos e facilitar a reintegração da pessoa na comunidade, proporcionando qualidade de vida, apesar das incapacidades residuais que possam permanecer. A equipe de saúde precisa dar apoio à família envolvida no cuidado para que as necessidades emocionais e físicas possam ser compartilhadas, e o cuidado se torne menos árduo. É importante o envolvimento de uma equipe multidisciplinar para

garantir melhores resultados. O sucesso da reabilitação está intimamente ligado à formação, à organização, à experiência e à coordenação da equipe. (27)

A avaliação básica do paciente pós AVC deve incluir uma investigação completa. Pesquisar como está o nível de dor do paciente, as funções vesicais e intestinais, a existência de complicações como úlceras de pressão, trombose ou quedas. Ainda, avaliar como apresentam-se as funções básicas do paciente. Cognição, comunicação, nutrição, deglutição, visão e a função motora. Ademais, aprofundar de como se encontra o status psicológico do paciente. (1)

Grau de Reabilitação

A Escala de Rankin modificada (mRS) é uma escala de classificação de resultado global de item único que foi desenvolvida para medir o grau de incapacidade ou dependência nas atividades diárias de pessoas que sofreram acidente vascular cerebral ou outros distúrbios neurológicos. (31)

O mRS tem um intervalo entre 0 e 6, onde uma pontuação de 0 é nenhuma incapacidade (regressão dos sintomas), 1 sem incapacidade clinicamente significativa (capaz de realizar tarefas e atividades prévias), 2 incapacidade leve (incapaz de realizar todas as atividades prévias, mas realiza cuidados pessoais sem ajuda), 3 incapacidade moderada,(não realiza suas atividades mas capaz de andar sem ajuda), 4 incapacidade moderadamente grave (não anda sem ajuda), 5 incapacidade grave (acamado) e 6 morte. (32)

Um dos principais pontos fortes do mRS é sua referência à função do paciente antes de seu déficit neurológico. Isso torna o mRS um prognosticador superior para escalas que não se referem a atividades anteriores. (32)

É fundamental certificar que todos os exames para investigação da etiologia do AVC foram solicitados no Hospital. Ou também, se o paciente chegar na APS em estado pós AVC sem ter procurado atendimento no momento agudo, esta investigação deve ser realizada pelo Médico de Família. Eletrocardiograma, Ecocardiograma, Doppler de Carótidas devem ser solicitados. Ainda, exames laboratoriais com perfil lipídico,

investigação para Diabetes, sorologias para HIV, Sífilis e Doença de Chagas também precisam ser pedidas. (1)

Quando Encaminhar para Emergência

O paciente deve ser referenciado para o setor de urgência/emergência sempre na suspeita de Acidente Vascular Cerebral ou Transitório. (21)

Mesmo que o paciente se apresente fora da janela terapêutica para trombólise ou para trombectomia, o AVC é uma urgência e o paciente deve ser transferido o mais rápido possível para um hospital de referência. (9)

Quando Encaminhar para o Especialista Focal

O referenciamento para o neurologista deve ser realizado nas situações : 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%. (21)

O encaminhamento para cirurgia vascular ou neurocirurgia deve ser realizado no caso de AVC isquêmico ou AIT em paciente com obstrução de carótida, ipsilateral à lesão cerebral, maior ou igual a 70% que não foi submetido a procedimento cirúrgico emergencial no momento do diagnóstico. (21)

O conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter e a descrição do tipo de AVC (hemorrágico ou isquêmico), data do evento e etiologia, quando conhecida; resultado de exame de imagem (TC de crânio) com data, quando realizado; resultado de ecocardiograma com data, quando realizado; resultado de ecodoppler de carótidas, quando realizado; comorbidades (hipertensão, diabetes, arritmia) (sim ou não). Se sim, quais. (21)

Prevenção

Otimizar a prevenção do AVC é uma grande prioridade de saúde pública. O gerenciamento do paciente visa identificar fatores de risco tratáveis, aplicar

intervenções de tratamento baseadas em evidências para minimizar o risco, fornecer educação ao paciente e tomada de decisão compartilhada e incentivar a adesão e persistência do paciente com as recomendações de tratamento. (33)

Pensando em Prevenção Primária, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é o principal fator de risco modificável para o AVC. Realizar o controle pressórico do paciente e certificar o manejo adequado da comorbidade. O uso do tabaco é um fator de risco bem documentado para AVC, quase dobrando o risco, com o efeito dose-resposta (quanto mais cigarros fumados, maior o risco). Associa-se a um aumento de 2 a 4 vezes do risco de HSA – hemorragia subaracnóidea. Além disso, potencializa os efeitos de outros fatores de risco, como a HAS e o uso de anticoncepcionais orais (ACO). Assim, sempre orientar o paciente e sua rede de apoio, realizar campanhas, atividades educacionais e grupos para a cessação do Tabagismo. O Diabetes Mellitus aumenta entre 1,8 a 6 vezes o risco de AVC. O tratamento adequado, com controle rígido da PA, reduz o número de episódios isquêmicos. Altos níveis de colesterol e a Dislipidemia em si demonstra um risco aumentado para AVC. Sendo assim, sempre instituir a prevenção secundária, com introdução de estatina para todo paciente pós evento, seja AVC ou AIT. Para prevenção secundária em indivíduos após AVC não cardioembólico, o uso do AAS em monoterapia está indicado. Para prevenção terciária em indivíduos após AVC não cardioembólico, o uso do AAS com clopidogrel, iniciado nas primeiras 24 horas após o AVC e mantido por até 90 dias, mostra-se relevante. Para prevenção terciária em indivíduos após AVC não cardioembólico, o uso do clopidogrel em monoterapia está indicado naquelas pessoas com alguma contra indicação ao AAS, com ou sem dipiridamol. (1)

O risco de AVC associado aos anticoncepcionais é baixo. Mulheres com características específicas (mais velhas, tabagistas, hipertensas, diabéticas, obesas ou dislipidemias) estão em maior risco. Para mulheres com características de risco que escolherem usar ACO, a terapia agressiva desses fatores de risco deve ser iniciada e monitorada. Estudos observacionais e ensaios clínicos demonstram que uma dieta rica em verduras e frutas, como a dieta DASH, reduz o risco de AVC. Em grupos mais específicos, como negros, hipertensos e pessoas de meia-idade ou idosas, esse tipo

de ingestão é recomendado, pois são mais sensíveis aos efeitos da redução do sal. O sedentarismo está associado a numerosos efeitos prejudiciais à saúde, incluindo risco de mortalidade geral, por DCV e AVC. Pessoas fisicamente ativas em geral têm um risco de 25 a 30% menor de AVC ou morte, comparados aos menos ativos. Vários estudos demonstram que o aumento da adiposidade está associado ao risco aumentado de AVC. Apesar de não haver comprovação direta da redução do peso com a redução do AVC, com a melhora da PA, há, por consequência, a redução do risco da doença cerebrovascular. A associação entre o consumo de álcool e o risco de AVC se manifesta de maneira que o uso com moderação reduz o risco, e o uso pesado aumenta, sendo importante neste caso, a orientação para o paciente e realização de atividades educacionais. Infecção e inflamação estão relacionadas a AVC porque infecções agudas (p. ex., influenza) podem induzir eventos cerebrovasculares, por meio de mecanismos que incluem indução de reagentes procoagulantes de fase aguda (p. ex., fibrinogênio) ou desestabilização de placas ateroscleróticas.(27)

Assim, é importante para o Médico de Família e Comunidade estar atento aos pacientes com doenças autoimunes inflamatórias. (27)

Cuidados Paliativos

Os cuidados paliativos devem começar no diagnóstico de qualquer doença com risco de morte e aumentar gradualmente com a redução da expectativa de sobrevida ou ausência de tratamentos com impacto na história natural da doença.(40)

O período pós-alta traz insegurança para os pacientes e seus familiares. Nesse momento, deve entrar em ação a equipe de APS para auxiliar nessa transição. A reabilitação em nível domiciliar e comunitário tem a propriedade de amenizar o efeito da incapacidade sobre o cuidador principal e o restante da família. O período de internação de pacientes hospitalizados por AVC pode ser reduzido em até 1 semana com os programas de implementação de transferência de cuidados do nível hospitalar para a atenção primária e secundária. (9)

Os familiares que exercem o papel de cuidadores, em geral, lidam melhor com as limitações físicas dos pacientes do que com as limitações cognitivas e afetivas. Quando as necessidades psicossociais dos pacientes com AVC e suas famílias são

adequadamente supridas pela equipe de saúde e pela rede de apoio social, observa-se diminuição na prevalência de estresse do cuidador, além de redução no risco de transtornos depressivos e de ansiedade nos pacientes. (9)

8. PARALISIA FACIAL

8.1 Definição e Diagnóstico

Principais Causas

A Paralisia Facial é definida pela perda, parcial ou completa, da função motora dos músculos da mímica facial, sendo decorrente de lesões centrais ou periféricas.

Quando a lesão ocorre no neurônio motor do nervo facial, classifica-se como paralisia periférica. Determina-se como paralisia central se a lesão ocorre no tronco cerebral ou acima deste. A causa mais comum de lesão central é o AVC, porém outras etiologias podem ser responsáveis, como neoplasia, desmielinização ou infecção do sistema nervoso central(1).

A principal patologia que causa a paralisia facial periférica é a Paralisia de Bell, sendo motivos secundários o colesteatoma, trauma, malignidade, afecções autoimunes e gestação. O diagnóstico deve ser realizado a partir dos dados clínicos e será abordado em seguimento. (9)

8.2 Seguimento

Anamnese

É importante, na APS, quando um paciente chega com queixa de paralisia facial, identificar sinais e sintomas que enfatizam gravidade para o encaminhamento para setor de Urgência e Emergência, se necessário. A partir da clínica do paciente, é determinada a etiologia do quadro. Assim, uma das perguntas mais relevantes é o tempo de evolução de sintomas. Ademais, história de trauma, queixas otológicas como vertigem, zumbido, perda auditiva devem ser sempre investigados. (1)

Exame Físico

Diante do exame físico, a parte mais importante é diferenciar o quadro e classificar se a paralisia é periférica ou central, ou seja, se a lesão ocorre no nervo facial ou acima do tronco cerebral. Então, os músculos da mímica facial devem ser examinados minuciosamente. Na afecção ocorre no nervo, geralmente, toda face do paciente é acometida. Sendo assim, observa-se os músculos da pálpebra e da boca todos comprometidos. As características típicas da paralisia do nervo facial periférico são ausência de enrugamento da testa, posição baixa da sobrancelha (ptose da sobrancelha), fechamento incompleto da pálpebra, canto da boca pendente e sulco nasolabial achatado (34)

A Paralisia de Bell, como a principal causa de uma lesão periférica, deve ser lembrada e seus principais sinais discutidos. Nesta ocorre um quadro unilateral de início súbito, com fraqueza muscular periférica, hiperacusia, alteração salivar e no paladar. Em alguns casos, o lacrimejamento também está presente. (33) É relevante ressaltar que esta paralisia, acomete toda a face na maioria dos casos, mas 30% destes, pode ter apresentação parcial, porém nunca acometendo a parte superior da face. (1)

Perante uma lesão central, os músculos da parte superior da face não serão acometidos. Isso acontece pois tal musculatura é inervada por ambos hemisférios cerebrais, sendo que a principal etiologia da paralisia cerebral mostra-se como vascular. Assim, é muito provável que outros nervos além do facial estejam envolvidos, sendo fundamental um exame neurológico completo. (1)

Exames Complementares

Em sua grande maioria de casos, a história clínica e exame físico completo são suficientes para realizar o diagnóstico de Paralisia Facial e sua classificação adequada. Em casos específicos em que determinam-se sinais de alarme, podem ser solicitadas a Tomografia ou Ressonância Magnética, quando, por exemplo, não existe nenhuma evidência de melhora em um mês de evolução, na perda de audição; suspeita de lesão em outros nervos cranianos ou suspeita de AVC. A audiometria pode ser solicitada na hipoacusia. (1)

Exames laboratoriais mostram-se relevantes quando se pensa em uma infecção sistêmica com um quadro em que apresenta febre, perda de peso e fraqueza muscular facial. Punção lombar e análise do líquido cefalorraquidiano complementam a investigação, para descartar a meningite. (1)

8.3 Tratamento

Tratamento Não Farmacológico

Após fechar o diagnóstico correto da Paralisia e sua classificação, é importante promover o acolhimento ao paciente, verificar seu entendimento acerca de sua condição e explicar sobre a benignidade da mesma, informar que o prognóstico é favorável e que normalmente apresenta uma recuperação espontânea. (1)

Orientações frente aos cuidados para que não haja danos a córnea devem ser sempre realizadas, já que é uma possibilidade devido a redução da produção lacrimal e dificuldade de fechamento da pálpebra. Explicar para o paciente, dessa forma, a importância da lubrificação ocular e como cobrir o olho à noite, para a proteção da córnea. A fisioterapia, pode ser considerada, bem como a psicoterapia e acupuntura, sempre individualizando as necessidades e especificidades de cada caso. O tratamento, sobretudo, pode ser considerado um método eficaz e seguro, particularmente no tratamento de pacientes com sequelas persistentes de paralisia de Bell e pode ter um efeito positivo na cicatrização corneana de pacientes com tais sequelas (35).

Tratamento Farmacológico

Uma terapia medicamentosa, é recomendável, considerando por estarmos falando de uma patologia que pode evoluir com diversos tipos de sequelas. Frente às drogas passíveis de ser utilizadas, corticosteróides e anti virais são opções, sobretudo quando usufruídas precocemente, nas primeiras 72 horas, para o paciente evoluir para uma recuperação funcional. A principal droga é a prednisona, na dose de 60mg por dia, por 7 dias. Estudos demonstraram que a terapia combinada (corticoide + antiviral) reduziu o número de pessoas que ficaram com efeitos de longo prazo. (36)

8.4 Conduta

Prognóstico e Complicações

Pode demorar até um ano para que a paralisia facial apresente melhora total. Pacientes jovens, ou com uma paralisia facial incompleta tem melhor prognóstico. 80 % dos casos tem remissão completa em até 3 meses e, as sequelas, não costumam ser permanentes (95 % dos casos). (1)

Abordagem Multidisciplinar

Fatores psicológicos podem desempenhar um papel em pacientes com DPF por vários motivos, um dos quais é o possível envolvimento da paralisia facial no autoconceito de um indivíduo. Os distúrbios funcionais e motores da região facial presentes nesses pacientes afetam significativamente a percepção de sua autoimagem. Essa percepção dos atributos físicos e da autoimagem (ou autoconceito) influencia significativamente o humor e a autoestima (37)

O paciente com paralisia facial deve ser sempre avaliado a partir de uma abordagem multiprofissional. Os profissionais constituintes do NASF, devem sempre ser acionados, quando possível, sobretudo fisioterapia e psicologia, para juntos, em equipe, configurar uma melhor qualidade de vida para o paciente em questão. (1)

Sinais de Alarme

Os principais sinais de alarme que devem ser avaliados pelo Médico de Família são quando existe uma paralisia lenta e gradual, podendo elencar uma suspeita de doença neoplásica. Ainda, a lesão central, com outros sinais neurológicos também precisam ser destacados, e nesse caso, descartar a hipótese de AVC. Outros sinais como trauma craniano, hemotímpano, otalgia com abaulamento da membrana timpânica, também mostram-se como alarmantes. Ademais, otorreia crônica, envolvimento bilateral, perda auditiva e massa palpável na parótida devem ser examinados com cautela. (1)

Quando Encaminhar a Emergência

Como citado anteriormente diante dos sinais de alarme, o encaminhamento para setor de urgência e emergência deve ser realizado quando suspeita de lesão central com outros sintomas neurológicos presentes, pensando-se na hipótese de Acidente Vascular Cerebral ou Transitório. Na presença de outros sinais de alarme como trauma craniano, otalgia com abaulamento da membrana e hemotímpano, o paciente também deve ser avaliado na emergência. (1)

Quando Encaminhar ao Especialista Focal

Referenciar ao especialista focal, também na necessidade de exames complementares como Tomografia de Crânio e Ressonância, quando as mesmas não estiverem disponíveis para solicitação em APS. (1)

CONCLUSÕES

Espera-se que com o conteúdo explanado no capítulo, os profissionais médicos atuantes na Atenção Primária de Campo Grande e os residentes de Medicina de Família e Comunidade possam utilizar o manual para expandir suas habilidades e conhecimento frente às principais síndromes neurológicas presentes na APS e aprimorar o manejo e resolutividade de tais perante seu impacto individual e coletivo.

REFERÊNCIAS

1. Gustavo, Gustavo, et al. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**. 2 ed., vol. 2, Porto Alegre, Artmed, 2019.
2. Peters GL. **Migraine overview and summary of current and emerging treatment options**. Am J Manag Care. 2019 Jan;25(2 Suppl):S23-S34. PMID: 30681821.
3. Pavlović JM. **Headache in Women**. Continuum (Minneapolis Minn). 2021 Jun 1;27(3):686-702. doi: 10.1212/CON.0000000000001010. PMID: 34048399.

4. Szperka C. Headache in Children and Adolescents. Continuum (Minneapolis, Minn). 2021 Jun 1;27(3):703-731. doi: 10.1212/CON.0000000000000993. PMID: 34048400; PMCID: PMC9455826.
5. Tana C, Bentivegna E, Cho SJ, Harriott AM, García-Azorín D, Labastida-Ramirez A, Ornello R, Raffaelli B, Beltrán ER, Ruscheweyh R, Martelletti P. **Long COVID headache**. J Headache Pain. 2022 Aug 1;23(1):93. doi: 10.1186/s10194-022-01450-8. PMID: 35915417; PMCID: PMC9340759.
6. Vázquez-Justes D, Yarzábal-Rodríguez R, Doménech-García V, Herrero P, Bellosta-López P. **Effectiveness of dry needling for headache: A systematic review**. Neurologia (Engl Ed). 2022 Nov-Dec;37(9):806-815. doi: 10.1016/j.nrleng.2019.09.010. Epub 2022 Jun 2. PMID: 35659858.
7. Nguyen CT, Basso M. **Epley Maneuver**. [Updated 2022 Oct 3]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563287/>
8. Dommaraju, Sindhu, and Eshini Perera. “**An approach to vertigo in general practice**.” The Royal Australian College of General Practitioners 2016, vol. 45, no. 4, 2016, pp. 190-194 <https://www.racgp.org.au/afp/2016/april/an-approach-to-vertigo-in-general-practice>
9. Duncan, Bruce B., et al. **Medicina ambulatorial : condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 5 ed., Porto Alegre, Artmed, 2022.
10. Ballvé JL, Carrillo-Muñoz R, Rando-Matos Y, Villar I, Cunillera O, Almeda J, Rodero E, Monteverde X, Rubio C, Moreno N, Arias OL, Martin C, Azagra R. **Effectiveness of the Epley manoeuvre in posterior canal benign paroxysmal positional vertigo: a randomised clinical trial in primary care**. Br J Gen Pract. 2019 Jan;69(678):e52-e60. doi: 10.3399/bjgp18X700253. Epub 2018 Dec 3. PMID: 30510098; PMCID: PMC6301349.
11. Mirelman A, Shema S, Maidan I, Hausdorff JM. **Gait**. Handb Clin Neurol. 2018;159:119-134. doi: 10.1016/B978-0-444-63916-5.00007-0. PMID: 30482309.
12. Buckley E, Mazzà C, McNeill A. **A systematic review of the gait characteristics associated with Cerebellar Ataxia**. Gait Posture. 2018 Feb;60:154-163. doi: 10.1016/j.gaitpost.2017.11.024. Epub 2017 Dec 1. PMID: 29220753.

13. Lam R. **Office management of gait disorders in the elderly.** Can Fam Physician. 2011 Jul;57(7):765-70. PMID: 21753097; PMCID: PMC3135439.
14. Debû B, De Oliveira Godeiro C, Lino JC, Moro E. **Managing Gait, Balance, and Posture in Parkinson's Disease.** Curr Neurol Neurosci Rep. 2018 Apr 6;18(5):23. doi: 10.1007/s11910-018-0828-4. PMID: 29623455.
15. Gale, Seth A., et al. "Dementia." **The American Journal of Medicine**, vol. 131, no. 10, 2018, pp. 1161-1169. PubMed, [https://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(18\)30098-6/fulltext#%20](https://www.amjmed.com/article/S0002-9343(18)30098-6/fulltext#%20).
16. Mattison, Melissa L.P. "Delirium." **Annals of Internal Medicine**, vol. 173, no. 7, 2020, pp. ITC49-ITC64. PubMed, <https://www.acpjournals.org/doi/full/10.7326/AITC202010060>.
17. Garre-Olmo J. **Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias.** Rev Neurol 2018;66 (11):377-386
18. Raz L, Knoefel J, Bhaskar K. **The neuropathology and cerebrovascular mechanisms of dementia.** J Cereb Blood Flow Metab. 2016 Jan;36(1):172-86. doi: 10.1038/jcbfm.2015.164. PMID: 26174330; PMCID: PMC4758551.77i889o
19. Aarsland, Dag. (2020). **Epidemiology and Pathophysiology of Dementia-Related Psychosis.** The Journal of clinical psychiatry.
20. Tadi P, Lui F. **Acute Stroke.** [Updated 2022 Jun 28]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535369/>
21. Schumacher Schuch, Artur Francisco, et al. "Protocolos de encaminhamento para neurologia adulto." UFRGS, 9 July 2015, https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_en_caminhamento_neurologia_TSRS_20160324.pdf. Accessed 15 January 2023.
22. Ferreira Neto Segundo A, Silva MME, Mercer PBS, Reinert C, Borges EF, Siqueira JM, Bomediano MP, Witt MCZ. **The patient with epilepsy and medicolegal aspects: a view for the neurologist.** Arq Neuropsiquiatr. 2019 Oct 24;77(10):741-745. doi: 10.1590/0004-282X20190133. PMID: 31664350.
23. Smith DK, Sadler KP, Benedum M. **Febrile Seizures: Risks, Evaluation, and Prognosis.** Am Fam Physician. 2019 Apr 1;99(7):445-450. PMID: 30932454.
24. Abend NS, Loddenkemper T. **Pediatric status epilepticus management.** Curr Opin Pediatr. 2014 Dec;26(6):668-74. doi: 10.1097/MOP.0000000000000154. PMID: 25304961; PMCID: PMC4277681.
25. Bergey GK. **Management of a First Seizure.** Continuum (Minneapolis Minn). 2016 Feb;22(1 Epilepsy):38-50. doi: 10.1212/CON.0000000000000271. PMID: 26844729.

26. Ng JSC. **Palliative care for Parkinson's disease.** Ann Palliat Med. 2018 Jul;7(3):296-303. doi: 10.21037/apm.2017.12.02. Epub 2018 Jan 4. PMID: 29307212.
27. Garcia-Cazares R, Merlos-Benitez M, Marquez-Romero JM. **Role of the physical examination in the determination of etiology of ischemic stroke.** Neurol India. 2020 Mar-Apr;68(2):282-287. doi: 10.4103/0028-3886.284386. PMID: 32415006.
28. Maddali A, Razack FA, Cattamanchi S, Ramakrishnan TV. **Validation of the Cincinnati Prehospital Stroke Scale.** J Emerg Trauma Shock. 2018 Apr-Jun;11(2):111-114. doi: 10.4103/JETS.JETS_8_17. PMID: 29937640; PMCID: PMC5994852
29. ALMEIDA, Priscila Masquento Vieira de et al. **Translation, cross-cultural adaptation and validation of the Cincinnati prehospital stroke scale in Brazil.** Arquivos de Neuro-Psiquiatria [online]. 2021, v. 79, n. 04 [Accessed 3 December 2022], pp. 272-277. Available from: <<https://doi.org/10.1590/0004-282X-anp-2020-0246>>. Epub 05 May 2021. ISSN 1678-4227. <https://doi.org/10.1590/0004-282X-anp-2020-0246>.
30. Saver JL, Chaisinankul N, Campbell BCV, Grotta JC, Hill MD, Khatri P, Landen J, Lansberg MG, Venkatasubramanian C, Albers GW; XIth Stroke Treatment Academic Industry Roundtable. Standardized Nomenclature for **Modified Rankin Scale Global Disability Outcomes: Consensus Recommendations From Stroke Therapy Academic Industry Roundtable XI.** Stroke. 2021 Aug;52(9):3054-3062. doi: 10.1161/STROKEAHA.121.034480. Epub 2021 Jul 29. PMID: 34320814.
31. Yoshimura S, Sakai N, Yamagami H, Uchida K, Beppu M, Toyoda K, Matsumaru Y, Matsumoto Y, Kimura K, Takeuchi M, Yazawa Y, Kimura N, Shigeta K, Imamura H, Suzuki I, Enomoto Y, Tokunaga S, Morita K, Sakakibara F, Kinjo N, Saito T, Ishikura R, Inoue M, Morimoto T. **Endovascular Therapy for Acute Stroke with a Large Ischemic Region.** N Engl J Med. 2022 Apr 7;386(14):1303-1313. doi: 10.1056/NEJMoa2118191. Epub 2022 Feb 9. PMID: 35138767.
32. Gladstone DJ, Lindsay MP, Douketis J, Smith EE, Dowlatshahi D, Wein T, Bourgoin A, Cox J, Falconer JB, Graham BR, Labrie M, McDonald L, Mandzia J, Ngui D, Pageau P, Rodgerson A, Semchuk W, Tebbutt T, Tuchak C, van Gaal S, Villaluna K, Foley N, Coutts S, Mountain A, Gubitz G, Udell JA, McGuff R, Poppe AY; Canadian Stroke Consortium. **Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Secondary Prevention of Stroke Update 2020.** Can J Neurol Sci. 2022 May;49(3):315-337. doi: 10.1017/cjn.2021.127. Epub 2021 Jun 18. PMID: 34140063.

33. Kim SJ, Lee HY. **Acute Peripheral Facial Palsy: Recent Guidelines and a Systematic Review of the Literature.** J Korean Med Sci. 2020 Aug 3;35(30):e245. doi: 10.3346/jkms.2020.35.e245. PMID: 32743989; PMCID: PMC7402921.
34. Egilmez OK, Gündoğan ME, Yılmaz MS, Güven M. **Can COVID-19 Cause Peripheral Facial Nerve Palsy?** SN Compr Clin Med. 2021;3(8):1707-1713. doi: 10.1007/s42399-021-00967-4. Epub 2021 May 22. PMID: 34056546; PMCID: PMC8140315.
35. Heckmann JG, Urban PP, Pitz S, Guntinas-Lichius O, Gágory I. **The Diagnosis and Treatment of Idiopathic Facial Paresis (Bell's Palsy).** Dtsch Arztebl Int. 2019 Oct 11;116(41):692-702. doi: 10.3238/arztebl.2019.0692. PMID: 31709978; PMCID: PMC6865187.
36. Canan Ertemoğlu Öksüz, Ahmet Kalaycıoğlu, Özlem Uzun, Şahi Nur Kalkışım, Nihat Burak Zihni, Ahmet Yıldırım, Cavit Boz, **The Efficacy of Acupuncture in the Treatment of Bell's Palsy Sequelae,** Journal of Acupuncture and Meridian Studies, Volume 12, Issue 4, 2019, Pages 122-130, ISSN 2005-2901, <https://doi.org/10.1016/j.jams.2019.03.001>.
(<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2005290118304370>)
37. Gágory I, Madhok VB, Daly F, Sullivan F. **Antiviral treatment for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis).** Cochrane Database Syst Rev. 2019 Sep 5;9(9):CD001869. doi: 10.1002/14651858.CD001869.pub9. PMID: 31486071; PMCID: PMC6726970.
38. Cuenca-Martínez F, Zapardiel-Sánchez E, Carrasco-González E, La Touche R, Suso-Martí L. **Assessing anxiety, depression and quality of life in patients with peripheral facial palsy: a systematic review.** PeerJ. 2020 Dec 1;8:e10449. doi: 10.7717/peerj.10449. PMID: 33344085; PMCID: PMC7718791.
39. Amaral, Evenen Campos, Rafael Jorge de Souza Pereira. “**PROTOCOLO DE ACESSO PARA CONSULTAS, EXAMES E PROCEDIMENTOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE.**” 2022.
40. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de rotinas para atenção ao AVC /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.

