

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL



RegulaSUS

Protocolos de Regulação Ambulatorial

Neurocirurgia Adulto

Versão Digital

2022

<p><i>Supervisão geral:</i> Arita Bergmann</p> <p><i>Coordenação:</i> Roberto Nunes Umpierre Natan Katz</p> <p><i>Coordenação científica:</i> Marcelo Rodrigues Gonçalves</p> <p><i>Organização e Edição:</i> Ana Cláudia Magnus Martins Elise Botteselle de Oliveira Luíza Emília Bezerra de Medeiros Rudi Roman</p> <p><i>Autores:</i> Ana Cláudia Magnus Martins Artur Francisco Schumacher Schuch Atahualpa Cauê Paim Strapasson Daissy Liliana Mora Cuervo Dimitris Rucks Varvaki Rados Elise Botteselle de Oliveira Georgia Lelis Aranha Tavares Ligia Marroni Burigo Luíza Emília Bezerra de Medeiros Milena Rodrigues Agostinho Rech Natan Katz Renata Rosa de Carvalho Rudi Roman</p>	<p><i>Revisão técnica:</i> Serviço de Neurocirurgia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre Alvaro Ernani Georg Ápio Cláudio Martins Antunes Marjeane Cristina Jaques Hockmuller</p> <p><i>Colaboração:</i> Departamento de Regulação Estadual – DRE/RS José Inácio Lermen</p> <p><i>Normalização:</i> Geise Ribeiro da Silva</p> <p><i>Projeto gráfico, design e capa:</i> Débora Renata de Moura Ramos Gyziane Souza da Silva Lorena Bendati Bello Michelle Iashmine Mauhs</p> <p><i>Diagramação:</i> Michelle Iashmine Mauhs</p>
--	---

Como citar este documento:

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Protocolos de Regulação Ambulatorial - Neurocirurgia Adulto**: versão digital 2022. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 21 jan. 2022. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/regulasus/#regulasus-protocolos>. Acesso em: dia, mês abreviado e ano.

TelessaúdeRS-UFRGS 2022.
Porto Alegre – RS.

Sumário

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL: NEUROCIRURGIA ADULTO	3
Mudanças da nova versão	4
Protocolo 1 – Dor Lombar e Alterações em Exame de Imagem de Coluna Lombar	5
Protocolo 2 – Dor Cervical e Alterações em Exame de Imagem de Coluna Cervical	7
Protocolo 3 – Síndrome do Túnel do Carpo	9
Protocolo 4 – Neoplasia do Sistema Nervoso Central	10
Protocolo 5 – Malformações Vasculares Cerebrais	11
Protocolo 6 – Hidrocefalia	12
Protocolo 7 – Cefaleia	13
Protocolo 8 – Acidente Vascular Cerebral	14
REFERÊNCIAS	15
APÊNDICES – QUADROS AUXILIARES	19

Protocolos de Regulação Ambulatorial: Neurocirurgia Adulto

O protocolo de Neurocirurgia Adulto foi publicado em resolução CIB/RS 173/2015, e será revisado *ad referendum*, conforme resolução CIB/RS 764/2014, como parte integrante da [Estratégia RegulaSUS](#) de otimização do acesso à atenção especializada. Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade Neurocirurgia Adulto. Ressaltamos que outras situações clínicas ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas, incluindo a expectativa do médico assistente com o encaminhamento.

As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, além de contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação e tratamento do caso. O resultado de exames complementares é uma informação importante para auxiliar o trabalho da regulação e deve ser descrito quando realizado pelo paciente. Sua solicitação consta no conteúdo descritivo mínimo de cada protocolo. Contudo, os referidos exames não são obrigatórios para os locais sem estes recursos e sua falta não impede a solicitação de consulta especializada.

Pacientes com diagnóstico de tumores do sistema nervoso central, suspeita clínica ou diagnóstico de estenose de coluna lombar, aneurisma não roto ou malformações cerebrais rotas não tratadas, mielopatia espondilótica cervical ou estenose de canal cervical que não foram operadas em caráter emergencial e lesão traumática de plexo braquial há menos de um ano devem ter preferência no encaminhamento para Neurocirurgia Adulto quando comparados com outras condições clínicas previstas nesses protocolos.

Os pacientes com critérios para encaminhamento para Oncologia devem ser atendidos nas agendas oncológicas respeitando-se as referências regionais de cada município, conforme o Plano Estadual de Oncologia, resolução nº265/20 - CIB/RS. O nome das agendas oncológicas por especialidades ou sistemas pode variar de acordo com as referências regionais estabelecidas nos UNACONS/CACONS, estando apresentadas neste protocolo conforme a portaria SAES/MS nº 1.399, de 17 de dezembro de 2019.

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas nesses protocolos. Entretanto, ressaltamos que existem muitas outras condições que não foram contempladas. É responsabilidade do médico assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

Atenção: oriente o paciente para que leve, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos em uso e os exames complementares recentes.

Elaborado em 9 de julho de 2015.

Última revisão em 21 de janeiro de 2022.

Mudanças da nova versão

- No protocolo 1 – Dor Lombar e Alterações em Exame de Imagem de Coluna Lombar:
 - alterações das indicações de encaminhamento e mudança nas condições que indicam especialidades específicas;
 - atualização do conteúdo descritivo mínimo.
- No protocolo 2 – Dor Cervical e Alterações em Exame de Imagem de Coluna Cervical:
 - alterações das indicações de encaminhamento e mudança nas condições que indicam especialidades específicas;
 - atualização do conteúdo descritivo mínimo.
- No protocolo 3 – Síndrome do Túnel do Carpo:
 - acréscimo do quadro 3 (tratamento da Síndrome do Túnel do Carpo).
- No protocolo 5 – Malformações Vasculares Cerebrais:
 - mudança nas condições que indicam especialidades específicas, com inclusão da Neurologia.
- No Protocolo 6 – Hidrocefalia:
 - mudança nas condições que indicam especialidades específicas, com inclusão da Neurologia;
 - acréscimo do quadro 6 (sinais e sintomas sugestivos de Hidrocefalia de Pressão Normal).
- No Protocolo 7 – Cefaleia
 - alterações das indicações de encaminhamento e mudança nas condições que indicam especialidades específicas.
- No Protocolo 8 – Acidente Vascular Cerebral
 - alterações das indicações de encaminhamento e mudança nas condições que indicam especialidades específicas.

Protocolo 1 – Dor Lombar e Alterações em Exame de Imagem de Coluna Lombar

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

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

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

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

- sintomas que iniciaram em paciente com idade maior que 70 anos ou menor que 20 anos;
- paciente com história prévia ou suspeita de câncer;
- paciente com imunossupressão (HIV, uso crônico de corticoides ou outros imunossupressores);
- presença de sinais ou sintomas sistêmicos (perda de peso involuntária, febre, outros achados);
- dor com característica não mecânica (não relacionada à atividade/reposo) ou dor predominantemente noturna (suspeita de etiologia inflamatória - [quadro 2](#));
- paciente com diagnóstico prévio de osteoporoze.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Medicina Interna:

- dor lombar com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial, na suspeita de causa secundária e impossibilidade de investigar na APS.

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

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

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

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

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Reumatologia:

- dor lombar crônica (mais de 3 meses) de início antes dos 40 anos e de característica inflamatória (ver [quadro 2](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado para Tratamento de Dor crônica (fisioterapia, equipe de tratamento da dor):

- dor lombar crônica inespecífica, sem melhora após tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses;
- dor lombar crônica já operada, sem indicação de reintervenção cirúrgica e sem melhora após tratamento clínico otimizado.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Medicina do Trabalho ou Saúde do Trabalhador:

- dor lombar crônica (mais de 3 meses) com suspeita de associação com atividade laboral.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. manifestações clínicas (características da dor, presença ou não de cialgia ou claudicação neurogênica, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio, sintomas constitucionais, descrição de exame físico neurológico, outros sinais e sintomas relevantes);
2. tratamento em uso ou já realizado para dor lombar [não-farmacológico (tipo, duração e resposta terapêutica); e/ou medicamentos utilizados (dose, posologia e resposta às medicações); e/ou cirurgias prévias (tipo, data e local que realizou a cirurgia)];
3. anexar laudo de exame de imagem, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
4. presença de imunossupressão (sim ou não). Se sim, descreva;
5. se suspeita de neoplasia, descreva o motivo;
6. osteoporose prévia (sim ou não). Se sim, descreva como foi feito o diagnóstico;
7. sintomas depressivos ou outra comorbidade psiquiátrica (sim ou não). Se sim, descreva quais são, os medicamentos em uso e a resposta terapêutica;
8. associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva a atividade;
9. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

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

Protocolo 2 – Dor Cervical e Alterações em Exame de Imagem de Coluna Cervical

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

- suspeita de síndrome de compressão medular ([quadro 1](#));
- exame de imagem com evidência de compressão medular e/ou mielopatia;
- suspeita de infecção (especialmente em pessoas imunossuprimidas e/ou usuárias de drogas endovenosas);
- suspeita de fratura vertebral, luxação ou lesão medular associada a traumatismo recente;
- dor cervical aguda e/ou alterações neurológicas em paciente com diagnóstico de neoplasia acometendo a coluna vertebral.

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

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

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

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

- diagnóstico de estenose de canal cervical ou mielopatia que não foram operados em caráter emergencial;
- pacientes com cervicalgia e diagnóstico definido de artrite reumatoide;
- dor cervical e sintomas de radiculopatia (dor irradiada para os braços, fraqueza, parestesia), sem resposta após 6 semanas de tratamento clínico otimizado;
- dor cervical crônica inespecífica sem melhora após tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses, na ausência de serviço especializado para tratamento de dor crônica;
- dor cervical com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial, na impossibilidade de solicitar RMN ou TC na APS.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Medicina Interna:

- dor cervical com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial, na suspeita de causa secundária e impossibilidade de investigar na APS.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Reumatologia:

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

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

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado para Tratamento de Dor Crônica (fisiatria, acupuntura, equipe de tratamento da dor):

- dor cervical crônica inespecífica, sem melhora após tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses;
- dor cervical crônica já operada, sem indicação de reintervenção cirúrgica e sem melhora após tratamento clínico otimizado¹.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Medicina do Trabalho ou Saúde do Trabalhador:

- dor cervical crônica (mais de 3 meses) suspeita de associação com o trabalho.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

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

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

Protocolo 3 – Síndrome do Túnel do Carpo

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

- Síndrome do Túnel do Carpo com déficit de força objetivo na mão e/ou atrofia tenar;
- Síndrome do Túnel do Carpo com déficit sensitivo contínuo por 3 meses (persistente, que não apresenta períodos de melhora dos sintomas sensitivos);
- Síndrome do Túnel do Carpo há mais de 6 meses sem resposta ao tratamento clínico otimizado ([quadro 3](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Medicina do Trabalho ou Saúde do Trabalhador:

- problemas de mão e/ou punho há mais de 3 meses, com suspeita de associação com o trabalho.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Tratamento da Dor:

- Síndrome do Túnel do Carpo já operada, sem indicação de reintervenção cirúrgica, com dor persistente apesar de tratamento clínico otimizado ([quadro 3](#)).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever características da dor, tempo de evolução, manobras de Tinel e Phalen, fatores desencadeantes e de alívio, outros sinais e sintomas relevantes);
2. tratamento em uso ou já realizado para Síndrome do Túnel do Carpo [não-farmacológico (tipo, duração e resposta terapêutica); e/ou medicamentos utilizados (dose, posologia e resposta às medicações)];
3. tratamento cirúrgico, se realizado (sim ou não e local de atendimento);
4. anexar laudo da eletroneuromiografia, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
5. associação dos sintomas com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva a atividade;
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 4 – Neoplasia do Sistema Nervoso Central

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

- suspeita de neoplasia com sintomas/sinais de hipertensão intracraniana (cefaleia persistente acompanhada de vômitos, alteração no nível de consciência, fundo de olho com papiledema) e/ou sintomas neurológicos focais;
- suspeita de neoplasia com sinais e sintomas de compressão medular ([quadro 1](#)) e/ou Síndrome de Cauda Equina ([quadro 1](#));
- exame de imagem com lesão compatível com neoplasia e evidência de hipertensão intracraniana (desvio da linha média, herniação subfalcina, uncal ou transtentorial), presença de hidrocefalia, compressão do tronco encefálico;
- exame de imagem com lesão compatível com neoplasia e evidência de compressão medular.

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

- paciente com alteração em exame de imagem sugestiva de neoplasia, sem critérios para avaliação na urgência/emergência.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever presença de sintomas neurológicos focais, exame físico neurológico, outros achados relevantes);
2. anexar laudo de exame de imagem, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
3. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 5 – Malformações Vasculares Cerebrais

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

- suspeita de aneurisma ou outra malformação vascular cerebral com sinais/sintomas de alerta ([quadro 4](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Neurocirurgia:

- paciente com exame de imagem evidenciando aneurisma intracraniano não roto;
- paciente com história prévia de malformações vasculares cerebrais rotas (incluindo hemorragia subaracnóide), não tratados;
- paciente com malformações vasculares cerebrais não rotas.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Neurologia:

- paciente com história familiar de aneurisma intracraniano (dois ou mais parentes de primeiro grau)¹.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever presença de sintomas neurológicos focais, exame físico neurológico, outros achados relevantes);
2. presença de história prévia de aneurisma e/ou malformação vascular rota (sim ou não). Se sim, descreva quando e qual modalidade de tratamento, caso realizada;
3. anexar laudo de exame de imagem, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
4. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹O rastreamento de aneurismas intracranianos na população em geral não é indicado. Contudo, como há maior risco em familiares de pacientes com aneurismas intracranianos, há benefício de rastreamento dessa condição vascular em pessoas com 2 ou mais parentes de 1º grau, independente de sintomas.

Protocolo 6 – Hidrocefalia

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

- paciente com história ou exame de imagem com hidrocefalia e:
 - sinais/sintomas de hipertensão intracraniana e/ou obstrução e mau funcionamento da derivação ventricular ([quadro 5](#)); ou
 - presença de fistula liquórica com exteriorização de líquido pela pele, nariz ou ouvido; ou
 - suspeita de infecção do sistema nervoso central.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Neurocirurgia:

- paciente com alteração em exame de imagem sugestiva de hidrocefalia;
- paciente com derivação ventricular – derivação ventrículo-peritoneal (DVP), ventrículo-atrial ou outras;
- paciente com diagnóstico de hidrocefalia de pressão normal e indicação de tratamento com DVP, após avaliação com neurologia.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Neurologia:

- paciente com suspeita de hidrocefalia de pressão normal ([quadro 6](#));
- paciente com diagnóstico de hidrocefalia de pressão normal, já avaliado pela Neurologia ou Neurocirurgia, sem indicação de tratamento com DVP.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever presença de sintomas neurológicos focais, exame físico neurológico, outros achados relevantes);
2. paciente apresenta DVP ou outro tipo de derivação ou tratamento (sim ou não). Se sim, quando foi realizado;
3. anexar laudo de exame de imagem, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
4. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 7 – Cefaleia

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

- pacientes com cefaleia e sinais de alerta ([quadro 7](#)).

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

Cefaleia com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial:

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

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Neurocirurgia:

- paciente com cefaleia e exame de imagem (RMN ou TC de crânio) com alteração sugestiva de potencial indicação cirúrgica ([quadro 8](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Neurologia:

- migrânea (enxaqueca) ou cefaleia tipo tensão refratária ao manejo profilático na APS¹;
- outras cefaleias primárias que não se caracterizam como migrânea (enxaqueca) ou tipo tensão;
- paciente com necessidade de investigação com exame de imagem (RMN ou TC de crânio), quando exame não for disponível na APS.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descreva o tipo de cefaleia;
2. 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);
3. tratamentos em uso ou já realizados para cefaleia (medicamentos utilizados com dose e posologia);
4. anexar laudo de exame de imagem, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Tentativa de profilaxia com duas classes de medicamento diferentes para migrânea ou com tricíclico para cefaleia tipo tensão, por um período mínimo de 3 meses.

Protocolo 8 – Acidente Vascular Cerebral

Não se recomenda ecografia de carótidas de rotina como método de rastreamento para doença cardiovascular.

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

- suspeita de Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou Ataque Isquêmico Transitório (AIT) agudo.

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

- AVC isquêmico ou AIT em paciente com estenose de carótida, ipsilateral à lesão cerebral, maior ou igual a 70%, que não foi submetido a procedimento cirúrgico emergencial no momento do diagnóstico;
- estenose de carótida assintomática¹ maior que 70%, com indicação de intervenção após avaliação de riscos e benefícios com neurologista.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Neurologia:

- AVC hemorrágico sem etiologia definida;
- AVC isquêmico ou AIT em paciente com menos de 45 anos;
- AVC isquêmico ou AIT 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%;
- estenose de carótida assintomática¹ maior que 70%.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. presença de AVC ou AIT prévio (sim ou não). Se sim, descreva tipo, data do evento e etiologia, quando conhecida;
2. anexar laudo de exame de imagem (TC de crânio), preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
3. anexar laudo de ecocardiograma, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
4. anexar laudo de ecodoppler de carótidas, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
5. comorbidades (hipertensão, diabetes, arritmia) (sim ou não). Se sim, descreva;
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Sintomas associados à estenose de carótida correspondem a eventos isquêmicos (AVC e/ou AIT) nos últimos 6 meses. Vertigem, síncope e cefaleia usualmente não caracterizam sintomas dessa condição.

Referências

- BALAGUÉ, F. *et al.* Non-specific low back pain. **Lancet**, London, v. 379, n. 9814, p. 482-491, Feb. 2012. Doi 10.1016/S0140-6736(11)60610-7.
- BLAZAR, F. E. **History and examination of the adult with hand pain**. Waltham (MA): UpToDate, 19 Oct. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/history-and-examination-of-the-adult-with-hand-pain>. Acesso em: 26 nov. 2021
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de rotinas para atenção ao AVC**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_para_atencao_avc.pdf. Acesso em: 26 nov. 2021.
- CARRAGEE, E. J. Clinical practice: persistent low back pain. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 352, n. 18, p. 1891-1898, May 2005. Doi 10.1056/NEJMcp042054.
- CHAVES, M. L. F.; FINKELSTEIN, A.; STEFANI, M. A. (org.). **Rotinas em neurologia e neurocirurgia**. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- CHOU, R. **Subacute and chronic low back pain: nonpharmacologic and pharmacologic treatment**. Waltham (MA): UpToDate, 11 Nov. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/subacute-and-chronic-low-back-pain-nonpharmacologic-and-pharmacologic-treatment>. Acesso em: 26 nov. 2021.
- CHOU, R. *et al.* Diagnostic imaging for low back pain: advice for high-value health care from the American College of Physicians. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 154, n. 3, p. 181-189, 2011. Disponível em: <http://annals.org/aim/fullarticle/746774/diagnostic-imaging-low-back-pain-advice-high-value-health-care>. Acesso em: 26 nov. 2021.
- COHEN, S. P.; ARGOFF, C. E.; CARRAGEE, E. J. Management of low back pain. **British Medical Journal**, London, v. 337, a2718, Dec. 2008. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/337/bmj.a2718>. Acesso em: 26 nov. 2021.
- DEYO, R. A.; JARVIK, J. G.; CHOU, R. Low back pain in primary care. **British Medical Journal**, London, v. 349, g4266, July 2014. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/349/bmj.g4266.long>. Acesso em: 26 nov. 2021.
- DUNCAN, B. B. *et al.* (org.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- DYNAMED. **Record No. T1566411925086, Unruptured intracranial saccular aneurysms**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 30 Nov. 2018a. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T1566411925086>. Acesso em: 26 nov. 2021.
- DYNAMED. **Record No. T113928, Normal-pressure hydrocephalus (NPH)**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 30 Nov. 2018b. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T113928>. Acesso em: 26 nov. 2021.
- EMERY, P. *et al.* Early referral recommendation for newly diagnosed rheumatoid arthritis: evidence based development of a clinical guide. **Annals of the Rheumatic Diseases**, London, v. 61, n. 4, p. 290-297, Apr. 2002. Doi 10.1136/ard.61.4.290.
- GARZA, I.; SCHWEDT, T. J. **Chronic migraine**. Waltham (MA): UpToDate, 9 Dec. 2020. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/chronic-migraine>. Acesso em: 26 nov. 2021.

GOROLL, A. H.; MULLEY JR, A. G. (ed.). **Primary care medicine: office evaluation and management of the adult patient**. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2014.

GRAFF-RADFORD R. N. **Normal pressure hydrocephalus**. Waltham (MA): UpToDate, 11 Feb. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/normal-pressure-hydrocephalus>. Acesso em: 26 nov. 2021.

GREENBERG, M. S. **Handbook of neurosurgery**. 7th ed. New York: Thieme, 2010.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

HEADACHE CLASSIFICATION SUBCOMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY. The international classification of headache disorders: 2. ed. **Cephalalgia**, Oslo, v. 24, Suppl. 1, p. 9-160, 2004. Doi 10.1111/j.1468-2982.2003.00824.x.

HERNDON, C. M.; ZOBERI, K. S.; GARDNER, B. J. Common questions about chronic low back pain. **American Family Physician**, Kansas City, v. 91, n. 10, p. 708-714, May 2015.

ISAAC, Z.; KELLY, H. R. **Evaluation of the adult patient with neck pain**. Waltham (MA): UpToDate, 16 Mar. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-adult-patient-with-neck-pain>. Acesso em: 26 nov. 2021.

KNIGHT, C. L. *et al.* **Treatment of acute low back pain**. Waltham (MA): UpToDate, 4 Aug. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-low-back-pain>. Acesso em: 26 nov. 2021.

KOES, B. W.; VAN TULDER, M. W.; THOMAS, S. Diagnosis and treatment of low back pain. **British Medical Journal**, London, v. 332, n. 7555, p. 1430-1434, June 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1479671/>. Acesso em: 26 nov. 2021.

KOTHARI, M. J. **Carpal Tunnel Syndrome: treatment and prognosis**. Waltham (MA): UpToDate, 12 Nov. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/carpal-tunnel-syndrome-treatment-and-prognosis>. Acesso em: 26 nov. 2021.

LAST, A. R.; HULBERT, K. Chronic low back pain: evaluation and management. **American Family Physician**, Kansas City, v.79, n. 12, p. 1067-1074, 2009. Disponível em: <http://www.aafp.org/afp/2009/0615/p1067.html>. Acesso em: 26 nov. 2021.

LEVIN, K. **Cervical spondylotic myelopathy**. Waltham (MA): UpToDate, 14 July 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/cervical-spondylotic-myelopathy>. Acesso em: 26 nov. 2021.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. **Headaches in over 12s: diagnosis and management**. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2012 [atual. 12 mai 2021]. (Clinical Guideline, n. 150). Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg150>. Acesso em: 26 nov. 2021.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. **Headaches in over 12s**. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 28 Aug. 2013. (NICE Quality Standard, n. 42). Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs42>. Acesso em: 26 nov. 2021.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management**. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2016 [atual. 11 dez. 2020]. (NICE Guideline, n.59). Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng59>. Acesso em: 26 nov. 2021.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. **Stroke in adults**. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2010 [atual. 12 abr. 2016]. (NICE Quality Standard, n. 2). Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs2>. Acesso em: 26 nov. 2021.

NORTH AMERICAN SPINE SOCIETY. **Evidence-based clinical guidelines for multidisciplinary spine care:** diagnosis and treatment of cervical radiculopathy from degenerative disorders. Burr Ridge: North American Spine Society, 2010. Disponível em: <https://www.spine.org/Documents/ResearchClinicalCare/Guidelines/CervicalRadiculopathy.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2021.

NORTH AMERICAN SPINE SOCIETY. **Evidence-based clinical guidelines for multidisciplinary spine care:** diagnosis and treatment of lumbar disc herniation with radiculopathy. Burr Ridge: North American Spine Society, 2012. Disponível em: <https://www.spine.org/Documents/ResearchClinicalCare/Guidelines/LumbarDiscHerniation.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2021.

NORTH AMERICAN SPINE SOCIETY. **Evidence-based clinical guidelines for multidisciplinary spine care:** diagnosis and treatment of degenerative lumbar spinal stenosis. rev. Burr Ridge: North American Spine Society, 2011. Disponível em: <https://www.spine.org/Documents/ResearchClinicalCare/Guidelines/LumbarStenosis.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2021.

NORTH AMERICAN SPINE SOCIETY. **Evidence-based clinical guidelines for multidisciplinary spine care:** diagnosis and treatment of degenerative lumbar spondylolisthesis. 2th. ed. Burr Ridge: North American Spine Society, 2014. Disponível em: <https://www.spine.org/Documents/ResearchClinicalCare/Guidelines/Spondylolisthesis.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2021.

ROWLAND, L. P.; PEDLEY, T. A. **Merrit's neurology**. 12th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins, 2010.

RUDWALEIT, M. *et al.* The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. **Annals of the Rheumatic Diseases**, London, v. 68. p. 777-783, 2009. Disponível em: <http://ard.bmj.com/content/68/6/777.long>. Acesso em: 26 nov. 2021.

SINGER, R. J.; OGILVY, C. S., RORDORF, G. **Screening for intracranial aneurysm**. Waltham (MA): UpToDate, 11 Feb. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/screening-for-intracranial-aneurysm>. Acesso em: 26 nov. 2021.

TOWARD OPTIMIZED PRACTICE (TOP), HEADACHE WORKING GROUP. **Primary care management of headache in adults:** clinical practice guideline. 2. ed. Edmonton AB: TOP, Sep. 2016. Disponível em: <https://actt.albertadoctors.org/CPGs/Pages/Headache.aspx>. Acesso em: 26 nov. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Protocolos de encaminhamento para tratamento da dor**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 3 jun. 2020. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_tratamento_dor_TSRS.pdf. Acesso em: 26 nov. 2021.

WHEELER, S. G. *et al.* **Evaluation of low back pain in adults**. Waltham (MA): UpToDate, 21 June 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-low-back-pain-in-adults>. Acesso em: 26 nov. 2021.

WINN, H. R. **Youmans neurological surgery**. 6th. ed. Philadelphia: Elsevier, 2011. 4 v.

WOLFE, F. *et al.* 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. **Seminars in Arthritis and Rheumatism**, Amsterdam, v. 46, n. 3, p. 319-3029, ago. 2016. Doi 10.1016/j.semarthrit.2016.08.012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27916278>. Acesso em: 26 nov. 2021.

WONG, E. T.; WU, J. K. **Overview of the clinical features and diagnosis of brain tumors in adults**. Waltham (MA): UpToDate, 26 Apr. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-clinical-features-and-diagnosis-of-brain-tumors-in-adults>. Acesso em: 26 nov. 2021.

WOOTTON, R. J.; WIPPOLD II, F. J.; WHEALY, M. A. **Evaluation of headache in adults**. Waltham (MA): UpToDate, 12 Aug. 2021. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-headache-in-adults>. Acesso em: 26 nov. 2021.

Apêndices – quadros auxiliares

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

Compressão medular (cervical ou torácica):
tetra ou paraparesia;
presença de nível sensitivo – hipo ou anestesia abaixo do provável nível da lesão;
espasticidade;
presença de reflexos tendinosos profundos aumentados abaixo do nível da lesão;
presença de sinais de liberação piramidal (sinais de Hoffmann, Trömner, Babinski, clônus);
presença do sinal de Lhermitte;
alteração no controle de esfíncteres vesical ou anal;
Síndrome Medular Central (sintomas de hipo/atrofia, perda de força, parestesias com predomínio nos membros superiores e, mais proeminentemente, na mão).
Compressão de cone medular ou cauda equina (lombossacra):
perda de força e alteração da sensibilidade nos membros inferiores (simétrica ou assimétrica);
anestesia em sela;
alteração no controle de esfíncteres vesical ou anal.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022).

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

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

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

Quadro 3 – Tratamento otimizado Síndrome do Túnel do Carpo.

<ul style="list-style-type: none"> • Uso de órtese rígida para o punho, especialmente durante o período de maior sintomatologia (usualmente à noite). • Fisioterapia/protocolos de exercício e mobilização do carpo. • Uso de corticoides por via oral (p.ex. prednisona 10 mg, de 12 em 12 horas, por 14 dias). • Uso de corticoides por injeção local (p.ex. acetato de metilprednisolona 20 a 40 mg) – há pequeno risco de lesão direta do nervo bem como do desenvolvimento de fibrose.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022).

Quadro 4 – Sinais de alerta sugestivo de aneurisma roto e/ou Acidente Vascular Cerebral hemorrágico.

Cefaleia súbita, intensa.
Alteração do nível de consciência.
Déficit focal de início súbito.
Presença de sinais de irritação meníngea (rigidez de nuca, sinais de Kernig ou Brudzinski).

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022).

Quadro 5 – Sinais e sintomas de hipertensão intracraniana e/ou obstrução e mau funcionamento da derivação ventricular.

Cefaleia, vômitos.
Alteração do estado de consciência.
Surgimento de novos sinais neurológicos focais.
Papiledema no fundo de olho.
Câmara da válvula não funcionante.
Exame de imagem evidenciando herniação cerebral ou presença de transudação líquórica periependimária.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022).

Quadro 6 – Sinais e sintomas sugestivos de Hidrocefalia de Pressão Normal.

Declínio cognitivo.
Alteração de marcha.
Incontinência urinária.
TC crânio ou RMN crânio sugestiva: <ul style="list-style-type: none"> ● ventriculomegalia sem evidência de obstrução do fluxo líquórico; ● índice de Evans ≥ 0.33; ● alargamento dos ventrículos desproporcional à atrofia cerebral.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Graff-Radford (2020) e Dynamed (2018b).

Quadro 7 – Sinais de alerta em pacientes com cefaleia que sugerem manejo em serviço de emergência/urgência (presença de pelo menos um).

Início súbito ou recente com dor de forte intensidade (“pior cefaleia da vida”).
Evolução insidiosa e progressiva, com ápice há poucos dias.
Cefaleia iniciada após trauma de crânio recente.
Sinais de doença sistêmica: febre, mialgias, petéquias, 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 cefaleia 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).

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Toward Optimized Practice (2016).

Quadro 8 – Alterações em ressonância magnética nuclear ou tomografia computadorizada sugestivas de potencial indicação cirúrgica.

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

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022).

Secretaria Estadual da Saúde-RS
www.saude.rs.gov.br

Atendimento para médicos, enfermeiros e dentistas da APS
do Brasil para esclarecer dúvidas ligue:



0800 644 6543