

MINISTÉRIO DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Protocolos de Encaminhamento da Atenção Primária para a Atenção Especializada

Volume 14

Neurocirurgia Adulto

Brasília - DF
2022



MINISTÉRIO DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Protocolos de Encaminhamento da Atenção Primária para a Atenção Especializada

Volume 14



Neurocirurgia Adulto

Brasília - DF
2022





Tiragem: 1ª edição – 2022 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Saúde da Família
Esplanada dos Ministérios, bloco G, Ed. Sede, 7º
Andar, Zona Cívico-Administrativa
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-9044 / 9096
Site: <https://aps.saude.gov.br/>
E-mail: desf@saude.gov.br

Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul
Av. Borges de Medeiros, 1501 – 6º andar Bairro Praia de
Belas CEP: 90110-150 – Porto Alegre/RS
Tel.: (51) 3288-5800
Site: <http://www.saude.rs.gov.br/>

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
TelessaúdeRS-UFRGS
Rua Dona Laura, 320, 1101, Bairro Rio Branco
CEP: 90430-090 – Porto Alegre/RS
Tel.: (51) 3333 7025
Site: www.telessaunders.ufrgs.br
E-mail: contato@telessaunders.ufrgs.br

Supervisão Geral:

Renata Maria de Oliveira Costa
Alexandre Borges Fortes
Karoliny Evangelista de Moraes Duque
Arita Bergmann

Coordenação Geral:

Roberto Nunes Umpierre
Natan Katz
Renata Maria de Oliveira Costa

Coordenação científica:

Marcelo Rodrigues Gonçalves

Organização:

Ana Célia da Silva Siqueira
Ana Cláudia Magnus Martins
Elise Botteselle de Oliveira
Luíza Emília Bezerra de Medeiros
Milena Rodrigues Agostinho Rech
Rudi Roman

Elaboração de texto:

Ana Cláudia Magnus Martins
Atahualpa Cauê Paim Strapasson
Carlos Eduardo Mantese
Elise Botteselle de Oliveira
Josué Basso
Milena Rodrigues Agostinho Rech
Natan Katz
Rudi Roman

Revisão técnica:

Adriana Paula de Almeida
Alvaro Ernani Georg
Ana Cláudia Cardoz Chaves
Ápio Cláudio Martins Antunes
Erika Rodrigues de Almeida
Francly Webster de Andrade Pereira
Marjeane Cristina Jaques Hockmuller
Melquia da Cunha Lima
Karoliny Evangelista de Moraes Duque
Bruna Gisele de Oliveira
Emelise Rodrigues Gobbi
Stéphany Walk de Araújo Martins
Hannah Carolina Tavares Domingo

Projeto gráfico, design e capa:

Lorena Bendati Bello
Michelle Iashmine Mauhs

Diagramação

Michelle Iashmine Mauhs

Normalização:

Geise Ribeiro da Silva
Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.

Neurocirurgia adulto [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

21 p. : il. – (Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada ; v. 14)

Modo de acesso: World Wide Web: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_encaminhamento_atencao_neurocirurgia_adulto.pdf
ISBN 978-65-5993-250-4

1. Neurocirurgia. 2. Planejamento em saúde. 3. Equidade em saúde. 4. Regulação assistencial. I. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. II. Título. III. Série

CDU 614

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2022/0048

Título para indexação:
Adult neurosurgery

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	4
INTRODUÇÃO	5
NEUROCIRURGIA ADULTO	6
Protocolo 1 – Dor Lombar e Alterações em Exame de Imagem de Coluna Lombar	7
Protocolo 2 – Dor Cervical e Alterações em Exame de Imagem de Coluna Cervical	9
Protocolo 3 – Síndrome do Túnel do Carpo	11
Protocolo 4 – Neoplasia do Sistema Nervoso Central	12
Protocolo 5 – Malformações Vasculares Cerebrais.....	13
Protocolo 6 – Hidrocefalia.....	14
Protocolo 7 – Cefaleia.....	15
Protocolo 8 – Acidente Vascular Cerebral.....	16
BIBLIOGRAFIA.....	17
APÊNDICE – QUADROS AUXILIARES.....	20

APRESENTAÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), que se caracteriza, entre outras diretrizes, como porta de entrada preferencial do SUS e como locus privilegiado de gestão do cuidado dos usuários, cumpre papel estratégico nas redes de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade. Para isso, é fundamental que a APS tenha alta resolutividade, o que, por sua vez, depende do acesso facilitado, da capacidade clínica e de cuidado de suas equipes, do grau de incorporação de tecnologias duras (diagnósticas e terapêuticas) e da articulação da APS com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Sabemos, por outro lado, que o serviço especializado, sobretudo seu componente ambulatorial, é um lugar marcado por diferentes gargalos que dificultam o acesso ao serviço. Isso decorre de elementos como o modelo de atenção adotado, o dimensionamento e a organização das ofertas e do grau de resolutividade da APS nos territórios. Tais entraves podem ser superados por meio de atendimentos resolutivos na APS e da qualificação dos encaminhamentos, o que pode otimizar o processo de regulação do acesso (desde os serviços solicitantes até as centrais de regulação), além de organizar os serviços prestados pela atenção especializada.

Neste material, toma-se como foco a APS, em especial alguns aspectos presentes no processo de referenciamento de usuários para outros serviços especializados, que são abordados sob a forma de protocolos de encaminhamento. É bem verdade que tais protocolos, para se efetivarem e terem maior potência, precisam ser articulados a processos que aumentem a capacidade clínica das equipes, que fortaleçam práticas de microrregulação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) - tais como gestão de filas de espera próprias da UBS/USF e dos exames e consultas descentralizados/programados, por exemplo - e que propiciem a comunicação entre UBS/USF, centrais de regulação e serviços especializados (pactuação de fluxos e protocolos, apoio matricial presencial e/ou a distância, entre outros). Um dos destaques que merecem ser feitos é a consideração e a incorporação, no processo de referenciamento, das ferramentas de telessaúde articuladas às decisões clínicas e aos processos de regulação do acesso.

Nesse contexto, os protocolos de encaminhamento são, ao mesmo tempo, ferramentas de gestão e de cuidado, pois tanto orientam as decisões dos profissionais solicitantes quanto se constituem como referência que modula a avaliação das solicitações pelos médicos reguladores.

É com essa clareza, e contando com a parceria de um grupo de profissionais fundamentais ao Sistema Único de Saúde (SUS) vinculados à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), que o Ministério da Saúde (MS) oferta os protocolos de encaminhamento para os gestores e trabalhadores do SUS. Esperamos que esta seja mais uma das estratégias que cooperam com o aumento da resolutividade, da capacidade de coordenação do cuidado e da legitimidade social da Atenção Primária. Mãos à obra!

Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (Saps/MS)
Departamento de Saúde da Família (Desf/Saps/MS)
Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS)
TelessaúdeRS-UFRGS

INTRODUÇÃO

A regulação da assistência à saúde tem a função primordial de ordenar o acesso às ações e aos serviços de saúde, em especial a alocação prioritária, em tempo oportuno, de consultas médicas e de procedimentos diagnósticos e terapêuticos aos pacientes com maior risco, necessidade e/ou indicação clínica oriundos dos diversos serviços de saúde. Complementarmente, a regulação deve servir de filtro aos encaminhamentos desnecessários, devendo selecionar o acesso dos pacientes às consultas e/ou procedimentos apenas quando eles apresentem indicação clínica para realizá-los. Essa ação de filtro deve provocar a ampliação do cuidado clínico e da resolutividade na APS, evitando a exposição dos pacientes a consultas e/ou procedimentos desnecessários (prevenção quaternária). Além disso, otimiza o uso dos recursos em saúde, impede deslocamentos desnecessários e traz maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera.

O cumprimento dessas funções depende, entretanto, do conhecimento de informações mínimas sobre o paciente para determinar a necessidade da consulta no serviço ou do procedimento especializado, incluindo a respectiva classificação de risco do problema de saúde em questão. Nesse sentido, o desenvolvimento de protocolos para os principais motivos de encaminhamento de cada especialidade ou para os principais procedimentos solicitados facilita a ação da regulação.

Importante ressaltar a necessidade de estabelecer fluxo institucional de comunicação (referência e contrarreferência) entre as equipes da atenção primária com outros pontos de atenção. Ao encaminhar o usuário para cuidados especializados temporários ou prolongados, é importante que as equipes da atenção primária possam compartilhar informações sobre o itinerário de cuidado na RAS.

Os protocolos de encaminhamento têm por objetivo orientar os profissionais que atuam na APS e responder a duas questões importantes para o médico regulador. São elas:

1. O paciente tem indicação clínica para ser encaminhado ao serviço especializado?
2. Quais são os pacientes com condições clínicas ou motivos de encaminhamento que devem ter prioridade de acesso?

Para responder a primeira pergunta, é fundamental que a gestão, em parceria com a regulação e com os pontos de atenção envolvidos, estabeleça quais são, dentro de cada especialidade ou de cada motivo de encaminhamento, os pacientes que precisam ser avaliados pelo serviço especializado e aqueles que não têm necessidade de atendimento em outro nível de atenção e podem ser manejados na APS.

Algumas condições clínicas são do campo de atuação de mais de uma especialidade. Nesses casos, o médico regulador deve conhecer as características dos serviços de referência e, na medida do possível, redirecionar os encaminhamentos para as especialidades com maior resolutividade e/ou menor demanda. Dessa forma, desde que atendidos os princípios de responsabilização clínica, economia de escala e resolutividade do serviço de referência diante do problema encaminhado, em um plano posterior, é garantido o conforto de deslocamento do paciente.

A identificação de encaminhamentos fora dos protocolos ou imprecisos (com definição duvidosa) deve ser acompanhada, quando possível, de atividades de apoio matricial, a partir dos núcleos de telessaúde e de outras ações pedagógicas, conforme a realidade de cada território. Nesses casos, identificamos um momento oportuno para o aprendizado e auxílio dos profissionais, por meio de teleconsultoria dirigida ao diagnóstico e/ou manejo. A recusa do encaminhamento equivocada, aliada à discussão do caso clínico em questão, pode ser um ótimo instrumento de desenvolvimento profissional contínuo. Isso porque tal recusa é centrada na observação de uma necessidade concreta de aprendizado do médico da APS, com potencial de aumentar sua resolutividade no caso discutido e em questões futuras semelhantes.

NEUROCIRURGIA ADULTO

Os motivos de encaminhamento aqui selecionados são os mais prevalentes para pacientes adultos encaminhados 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 no momento do 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 do caso. Falta de condições para prover investigação adequada também deve ser considerada como indicação do encaminhamento para o serviço especializado.

Pacientes com diagnóstico de tumores do sistema nervoso central (cérebro ou coluna), aneurisma cerebral não roto ou outras malformações cerebrais rotas não tratadas em caráter emergencial (aneurismas, malformações arteriovenosas ou outras malformações vasculares rotas não tratadas), mielopatia espondilótica cervical, estenose de coluna lombar ou estenose carotídea sintomática que não foram operadas em caráter emergencial ou lesão traumática de plexo braquial há menos de um ano devem ter preferência no encaminhamento ao neurocirurgião quando comparados com outras condições clínicas previstas neste protocolo. Esses critérios devem ser adaptados conforme a necessidade da regulação local, após avaliação de recursos disponíveis na RAS.

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas nestes protocolos. Entretanto, existem muitas outras condições que não foram contempladas. É responsabilidade do médico da atenção primária coordenar o cuidado, tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado em tempo oportuno e de forma segura, 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.

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

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

- suspeita de compressão de cone medular ou síndrome da cauda equina (ver [Quadro 1](#) no apêndice); ou
- perda de força progressiva medida de maneira objetiva; ou
- dor intensa refratária ao tratamento clínico otimizado; ou
- diagnóstico de neoplasia acometendo a coluna vertebral; ou
- suspeita de infecção (especialmente em pessoas imunossuprimidas e/ou usuárias de drogas ilícitas endovenosas); ou
- suspeita de fratura ou luxação associada a traumatismo recente.

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

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; ou
- paciente com história prévia ou suspeita de câncer; ou
- paciente com imunossupressão (HIV, uso crônico de corticoides ou outros imunossupressores); ou
- presença de sinais ou sintomas sistêmicos (perda de peso de maneira involuntária, febre, outros achados); ou
- dor com característica não mecânica (não relacionada à atividade/repouso) ou dor predominantemente noturna (suspeita de etiologia inflamatória); ou
- paciente com diagnóstico prévio de osteoporose.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a 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 a Neurocirurgia ou a 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 neurogênica;

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.

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

- 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 crônica por 6 meses, na ausência de serviço especializado para tratamento de dor crônica.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Reumatologia:

- dor lombar crônica (mais de 3 meses) com característica inflamatória (ver [Quadro 2](#) no apêndice).

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

- dor lombar crônica inespecífica, sem melhora após tratamento clínico otimizado³ por 6 meses; ou
- dor lombar crônica já operada, sem indicação de reintervenção cirúrgica e sem melhora após tratamento clínico otimizado³.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Medicina do Trabalho ou a 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. sinais e sintomas:
 - a. descrever características da dor, presença ou não de cialgia ou claudicação neurogênica, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio;
 - b. presença de alterações em exame físico neurológico (sim ou não). Se sim, descreva;
 - c. outros sinais e sintomas relevantes (sintomas constitucionais);
2. tratamento em uso ou já realizado para dor lombar (não farmacológico, tipo e duração; e/ ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta à medicação);
3. resultado de exame de imagem, com data (se realizado);
4. presença de imunossupressão (sim ou não). Se sim, qual?
5. se suspeita de neoplasia, descreva o motivo;
6. osteoporose prévia (sim ou não). Se sim, descreva como foi feito o diagnóstico;
7. associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva a atividade;
8. número da teleconsultoria, se o caso foi discutido com o Telessaúde.

³ Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterapêutico, adaptado às condições do paciente. Nos casos de dor crônica inespecífica, é importante a discussão com equipe multidisciplinar (fisioterapeuta, educador físico, psicólogo), quando disponível, para melhores resultados no manejo da dor.

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

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

- suspeita de síndrome de compressão medular (ver [Quadro 1](#) no apêndice); ou
- exame de imagem com evidência de compressão medular e/ou mielopatia; ou
- suspeita de infecção (especialmente em pessoas imunossuprimidas e/ou usuárias de drogas ilícitas endovenosas); ou
- suspeita de fratura vertebral, luxação ou lesão medular associada a traumatismo recente; ou
- diagnóstico de neoplasia acometendo a coluna vertebral.

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

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; ou
- paciente com história prévia ou suspeita de câncer; ou
- paciente com imunossupressão (HIV, uso crônico de corticoides ou outros imunossupressores); ou
- presença de sinais ou sintomas sistêmicos (perda de peso de maneira involuntária, febre, outros achados); ou
- paciente com diagnóstico prévio de osteoporose.

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

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

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a 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 em tratamento de dor crônica (fisiatria, equipe de tratamento da dor):

- dor cervical crônica inespecífica, sem melhora após tratamento clínico otimizado¹ por 6 meses; ou
- 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 a Medicina do Trabalho ou a Saúde do Trabalhador:

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

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas:
 - a. descrever características da dor, presença de sintomas de radiculopatia cervical, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio;
 - b. presença de alterações em exame físico neurológico (sim ou não). Se sim, descreva;
 - c. outros sinais e sintomas relevantes (sistêmicos);
2. tratamento em uso ou já realizado para dor cervical (não farmacológico, tipo e duração; e/ ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta à medicação);
3. resultado de exame de imagem, com data (se realizado);
4. presença de imunossupressão ou artrite reumatoide (sim ou não). Se sim, qual?
5. se suspeita de neoplasia, descreva o motivo;
6. osteoporose prévia (sim ou não). Se sim, descreva como foi feito o diagnóstico;
7. associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva a atividade;
8. número da teleconsultoria, se o caso foi discutido com o Telessaúde.

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 a Neurocirurgia ou a Ortopedia - Cirurgia da Mão:

- síndrome do túnel do carpo com déficit de força objetivo na mão e/ou atrofia tenar; ou
- síndrome do túnel do carpo com déficit sensitivo contínuo por 3 meses (persistente, que não apresenta períodos de melhora dos sintomas sensitivos); ou
- síndrome do túnel do carpo há mais de 6 meses sem resposta ao tratamento clínico otimizado¹.

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

- síndrome do túnel do carpo há mais de 3 meses, com suspeita de associação com atividade laboral.

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

- síndrome do túnel do carpo já operada, sem indicação de reintervenção cirúrgica, com dor persistente apesar de tratamento clínico otimizado¹.

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 com dose, posologia e resposta às medicações);
3. tratamento cirúrgico, se realizado (sim ou não e local de atendimento);
4. conclusão da eletroneuromiografia, com data (se realizado);
5. associação dos sintomas com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva a atividade;
6. número da teleconsultoria, se o caso foi discutido com o Telessaúde.

¹Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, uso de órtese, exercícios e/ou acompanhamento fisioterapêutico, adaptado às condições do paciente.

Protocolo 4 – Neoplasia do Sistema Nervoso Central

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço de 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 de instalação rápida (horas ou dias); ou
- suspeita de neoplasia com sinais e sintomas de compressão medular e/ou síndrome de cauda equina (ver [Quadro 1](#) no apêndice); ou
- 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; ou
- exame de imagem com lesão compatível com neoplasia e evidência de compressão medular.

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

- paciente com alteração em exame de imagem sugestiva de neoplasia, sem critérios para avaliação na 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. resultado de exame de imagem, com data;
3. número da teleconsultoria, se o caso foi discutido com o Telessaúde.

Protocolo 5 – Malformações Vasculares Cerebrais

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

- suspeita de aneurisma ou outra malformação vascular cerebral com sinais/sintomas de alerta (ver [Quadro 3](#) no apêndice).

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

- paciente com exame de imagem evidenciando aneurisma intracraniano não roto; ou
- paciente com malformações vasculares cerebrais não rotas; ou
- paciente com malformações vasculares cerebrais rotas (incluindo hemorragia subaracnóidea, aneurismas, malformações arteriovenosas ou outras malformações vasculares rotas), não tratados em caráter emergencial; ou
- paciente com história familiar de aneurisma intracraniano (dois ou mais parentes de primeiro grau).

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, descrever quando, se realizou e qual modalidade de tratamento;
3. resultado de exame de imagem, com data (se realizado);
4. número da teleconsulta, se o caso foi discutido com o Telessaúde.

Protocolo 6 – Hidrocefalia

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço de 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 (ver [Quadro 4](#) no apêndice); ou
- presença de fístula líquórica 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 a Neurocirurgia:

- paciente com alteração em exame de imagem sugestiva de hidrocefalia; ou
- paciente com derivação ventricular – derivação ventrículo-peritoneal (DVP), ventrículo- atrial ou outras.

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. resultado de exame de imagem, com data (se realizado);
4. número da teleconsultoria, se o caso foi discutido com o Telessaúde.

Protocolo 7 – Cefaleia

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

- pacientes com cefaleia e presença de sinais de alerta (ver [Quadro 5](#) no apêndice).

Condições clínicas que indicam a necessidade de investigação com exame de imagem (ressonância magnética nuclear (RMN) ou tomografia computadorizada de crânio (TC)):

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

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

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

- paciente com cefaleia e exame de imagem (RMN ou TC de crânio) com alteração sugestiva de potencial indicação cirúrgica (ver [Quadro 6](#) no apêndice).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Neurologia:

- migrânea (enxaqueca) ou cefaleia tipo tensão refratária ao manejo profilático na APS¹; ou
- outras cefaleias primárias que não se caracterizam como migrânea (enxaqueca) ou tipo tensão; ou
- 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. 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);
2. comorbidades (infecção pelo HIV, neoplasia, trauma craniano recente);
3. tratamentos em uso ou já realizados para cefaleia (medicamentos utilizados com dose e posologia);
4. resultado do exame de imagem (TC ou RMN de crânio), com data (se realizado);
5. número da teleconsultoria, se o caso foi discutido com o Telessaúde.

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 serviço de urgência/ emergência:

- suspeita de acidente vascular cerebral (AVC) ou acidente isquêmico transitório (AIT) agudo.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Neurologia:

- AVC hemorrágico sem etiologia definida; ou
- AVC isquêmico em paciente com menos de 45 anos; ou
- AVC isquêmico com investigação diagnóstica inconclusiva ou não realizada na emergência (ecodoppler de carótidas, ecocardiograma, eletrocardiograma); ou
- AVC isquêmico ou AIT com evidência de obstrução de carótida, ipsilateral à lesão cerebral, entre 50% a 69%; ou
- estenose de carótida assintomática¹ maior que 70%.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Cirurgia Vascular ou a 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; ou
- estenose de carótida assintomática¹ maior que 70%, com indicação de intervenção após avaliação de riscos e benefícios pela neurologia.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. 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);
2. comorbidades (infecção pelo HIV, neoplasia, trauma craniano recente);
3. tratamentos em uso ou já realizados para cefaleia (medicamentos utilizados com dose e posologia);
4. resultado do exame de imagem (TC ou RMN de crânio), com data (se realizado);
5. número da teleconsultoria, se o caso foi discutido com o Telessaúde.

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.

BIBLIOGRAFIA

- BALAGUÉ, F. *et al.* Non-specific low back pain. **Lancet**, London, v. 379, n. 9814, p. 482-491, Feb. 2012.
- BLAZAR, P. E. **History and examination of the adult with hand pain**. Waltham, MA: UpToDate, 2 Jan. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/history-and-examination-of-the-adult-with-hand-pain>. Acesso em: 31 ago. 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: 31 ago. 2021.
- CARRAGEE, E. J. Clinical practice: persistent low back pain. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 352, n. 18, p. 1891-1898, 2005. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp042054>. Acesso em: 31 ago. 2021.
- CHAVES, M. L. F.; FINKELSTEIN, A.; STEFANI, M. A. (org.). **Rotinas em neurologia e neurocirurgia**. Porto Alegre: ArtMed, 2008.
- 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: 31 ago. 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: 31 ago. 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: 31 ago. 2021.
- DUNCAN, B. B. *et al.* (org.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- GARZA, I.; SCHWEDT, T. J. **Chronic migraine**. Waltham, MA: UpToDate, 9 Dec. 2020. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/chronic-migraine>. Acesso em: 31 ago. 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.
- GREENBERG, M. S. **Handbook of neurosurgery**. 7th ed. New York: Thieme, 2010.
- HEADACHE CLASSIFICATION SUBCOMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY. The international classification of headache disorders: 2nd ed. **Cephalalgia**, Oslo, v. 24, p. 9-160, 2004. Suppl. 1.
- ISAAC, Z.; KELLY, H. R. **Evaluation of the adult patient with neck pain**. Waltham, MA: UpToDate, 13 July 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-adult-patient-with-neck-pain>. Acesso em: 31 ago. 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: 31 ago. 2021.

KOTHARI, M. J. **Carpal tunnel syndrome**: treatment and prognosis. Waltham, MA: UpToDate, 18 June 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/carpal-tunnel-syndrome-treatment-and-prognosis>. Acesso em: 31 ago. 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: 31 ago. 2021.

LEVIN, K. **Cervical spondylotic myelopathy**. Waltham, MA: UpToDate, 14 July 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/cervical-spondylotic-myelopathy>. Acesso em: 31 ago. 2021.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Dementia: supporting people with dementia and their carers in health and social care. **NICE Clinical Guideline 42**. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 22 Nov. 2006. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg42>. Acesso em: 31 ago. 2021.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Headaches in over 12s: diagnosis and management. **NICE Clinical Guideline 150**. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 19 Sep. 2012. [atual. 12 maio 2021]. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg150>. Acesso em: 31 ago. 2021.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Headaches in over 12s. **NICE Quality Standard 42**. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 28 Aug. 2013. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs42>. Acesso em: 31 ago. 2021.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. Low back pain: early management of persistent non-specific low back pain. **NICE Clinical Guideline 88**. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, May 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11702/>. Acesso em: 31 ago. 2021.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Stroke in adults: Quality standard. **NICE Quality Standard 42**. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2010 [atual. 12 abr. 2016]. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs2>. Acesso em: 31 ago. 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: 31 ago. 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: 31 ago. 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: 31

ago. 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: 31 ago. 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: 31 ago. 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: 31 ago. 2021.

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

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: 31 ago. 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: 31 ago. 2021.

TOWARD OPTIMIZED PRACTICE; HEADACHE WORKING GROUP. **Primary care management of headache in adults: clinical practice guideline.** 2th ed. Edmonton AB: TOP, Sep. 2016. Disponível em: <http://www.topalbertadoctors.org/cpgs/10065>. Acesso em: 31 ago. 2021.

APÊNDICE – 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 MMSS 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 com característica inflamatória (pelo menos 4 entre os 5 critérios)

primeiros sintomas iniciaram antes dos 40 anos;
início insidioso;
melhora com exercício;
sem melhora com repouso;
dor noturna (com melhora ao levantar-se).

Fonte: Rudwaleit (2009).

Quadro 3 – Sinais de alerta sugestivo de aneurisma roto e/ou AVC 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 4 – 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 periependi-mária.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022).

Quadro 5 – 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;
pessoa vivendo com 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 6 – Alterações em RMN ou TC de crânio sugestivas de potencial indicação cirúrgica

presença de lesão com efeito expansivo (incluindo tumores, cistos 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).

Conte-nos o que pensa sobre esta publicação. [Clique aqui](#) e responda a pesquisa.

DISQUE
SAÚDE
136

Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsmms.saude.gov.br

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

0800 644 6543



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

