

## Protocolos de encaminhamento para neurocirurgia adulto

Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade Neurocirurgia. Estes protocolos foram aprovados em resolução CIB/RS 173/2015. As informações solicitadas nos protocolos são de presença obrigatória. Têm como objetivo determinar se o paciente necessita do encaminhamento para o especialista e definir a prioridade de encaminhamento.

Ressaltamos que outras situações clínicas, ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes, podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas.

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 ao neurocirurgião, quando comparados com outras condições clínicas.

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.

Elaborado em 9 de julho de 2015.

Revisado em 10 de setembro de 2015.

## Protocolo 1 – Dor lombar e alterações em exame de imagem de coluna lombar

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- suspeita de compressão de cone medular ou síndrome da cauda equina (ver quadro 1 no anexo); 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 encaminhamento para exame de imagem (ressonância magnética nuclear – RMN –, 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; 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; ou
- paciente com diagnóstico prévio de osteoporose; ou
- dor lombar com duração maior que 8 semanas, sem resposta ao tratamento clínico otimizado<sup>1</sup>.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para neurocirurgia ou ortopedia:

- síndrome radicular sem melhora clínica após 6 semanas de tratamento clínico otimizado; ou
- diagnóstico de estenose de canal lombar ou suspeita clínica (claudicação neurogênica); ou
- lombalgia de característica mecânica e diagnóstico de espondilolistese; ou
- dor lombar com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial, na impossibilidade de solicitar RMN ou TC na APS; ou
- dor lombar crônica inespecífica sem melhora após tratamento clínico otimizado<sup>1</sup> por 6 meses, na ausência de serviço especializado para tratamento de dor crônica.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado para tratamento de dor crônica (fisiatria, acupuntura, equipe de tratamento da dor ou outra referência disponível):

- dor lombar crônica inespecífica, sem melhora após tratamento clínico otimizado<sup>1</sup> por 6 meses, sem indicação ou condição clínica para cirurgia.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:

- dor lombar crônica (mais de 3 meses) de característica inflamatória (ver quadro 2 no anexo).

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

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

**Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

1. sinais e sintomas:
  - a)descrever características da dor, presença ou não de ciatalgia 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 a 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 caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.

---

<sup>1</sup>Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterápico, adaptado às condições do paciente.

---

## Protocolo 2 – Dor cervical e alterações em exame de imagem de coluna cervical

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- suspeita de síndrome de compressão medular (ver quadro 1 no anexo); 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 encaminhamento para 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; 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; ou
- dor cervical com duração maior que 8 semanas, sem resposta ao tratamento clínico otimizado<sup>1</sup>.

### 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; ou
- pacientes com cervicalgia e diagnóstico definido de artrite reumatóide; ou
- dor cervical e sintomas de radiculopatia (dor irradiada para os braços, fraqueza, parestesia), sem resposta após 6 semanas de tratamento clínico otimizado; ou
- dor cervical com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial, na impossibilidade de solicitar RMN ou TC; ou
- dor cervical crônica inespecífica sem melhora após tratamento clínico otimizado<sup>1</sup> por 6 meses, na ausência de serviço especializado para tratamento de dor crônica.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado para tratamento de dor crônica (fisiatria, acupuntura, equipe de tratamento da dor ou outra referência disponível):

- dor cervical crônica inespecífica, sem melhora após tratamento clínico otimizado<sup>1</sup> por 6 meses, sem indicação ou condição clínica para cirurgia.

### 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).

**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. 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 a medicação);
3. resultado de exame de imagem, com data (se realizado);
4. presença de imunossupressão ou artrite reumatóide (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 teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.

---

<sup>1</sup>Tratamento clínico otimizado é definido como tratamento medicamentoso, exercícios e acompanhamento fisioterápico, adaptado às condições do paciente.

---

## Protocolo 3 – Síndrome do túnel do carpo

### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para neurocirurgia ou ortopedia ou 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 otimizado<sup>1</sup>.

### **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.

### **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 e duração) e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);
3. conclusão da eletroneuromiografia, com data (se realizado);
4. associação do sintomas com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva a atividade;
5. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.

---

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

---

## Protocolo 4 – Neoplasia do sistema nervoso central

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para 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; ou
- suspeita de neoplasia com sinais e sintomas de compressão medular (ver quadro 1 no anexo) e/ou síndrome de cauda equina (ver quadro 1 no anexo); 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 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 caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.

## Protocolo 5 – Malformações vasculares cerebrais

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- suspeita de aneurisma ou outra malformação vascular cerebral com sinais/sintomas de alerta (ver quadro 3 no anexo).

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para neurocirurgia:

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



## Protocolo 6 – Hidrocefalia

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para 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 anexo); ou
- presença de fístula liquórica com exteriorização de líquido pela pele; 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; ou
- paciente com derivação ventricular – derivação ventrículo-peritoneal (DVP), ventrículo-atrinal 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 teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.

## Protocolo 7 – Cefaleia

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- pacientes com cefaleia e sinais de alerta (ver quadro 5 no anexo).

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para exame de imagem (ressonância magnética nuclear ou tomografia computadorizada de crânio), quando disponível na APS:

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

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para neurocirurgia:

- paciente com cefaleia e exame de imagem (ressonância magnética nuclear ou tomografia computadorizada de crânio) com alteração sugestiva de potencial indicação cirúrgica (ver quadro 6 no anexo).

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

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

### 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. resultado do exame de imagem (TC ou RMN de crânio), com data (se realizado);
5. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.

## Protocolo 8 – Acidente vascular cerebral

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- suspeita de AVC/AIT agudo.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para cirurgia vascular ou neurocirurgia:

- 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.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para 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%.

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do tipo de AVC (hemorrágico ou isquêmico), data do evento e etiologia, quando conhecida;
2. resultado de exame de imagem (TC de crânio) com data, quando realizado;
3. resultado de ecocardiograma com data, quando realizado;
4. resultado de ecodoppler de carótidas, quando realizado;
5. comorbidades (hipertensão, diabetes, arritmia) (sim ou não). Se sim, quais;
6. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.

## Referências

- ANDERSON, B. C. **Evaluation of the patient with hand pain**. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-patient-with-hand-pain>>. Acesso em 14 ago. 2015
- BAJWA, Z. H.; WOOTTON, R. J. **Evaluation of headache in adults**. Waltham (MA): UpToDate, 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-headache-in-adults>>. Acesso em: 10 jan. 2015.
- BALAGUÉ, F. et al. Non-specific low back pain. **Lancet**, London, v. 379, n. 9814, p. 482-491, Feb. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21982256>>. Acesso em: 29 abr. 2015.
- 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://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_rotinas\\_para\\_atencao\\_avc.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_para_atencao_avc.pdf)>. Acesso em: 14 abr. 2015.
- CARRAGEE, E. J. Clinical practice: persistent low back pain. **New England Journal of Medicine**, Boston (MA), v. 352, n. 18, p. 1891-1898, 2005.
- CHAVES, M. L. F.; FINKELSTEIN, A.; STEFANI, M. A. (Org.). **Rotinas em neurologia e neurocirurgia**. Porto Alegre (RS): 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.
- 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 (PA), v. 154, n. 3, p. 181-189, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21282698>>. Acesso em: 30 abr. 2015.
- DEYO, R. A.; JARVIK, J. G.; CHOU, R. Low back pain in primary care. **British Medical Journal**, London, v. 349, g4266, Jul. 2014.
- DUNCAN, B. B. et al (Org.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2013.
- GARZA, I.; SCHWEDT, T. J. **Chronic migraine**. Waltham (MA): UpToDate, 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/chronic-migraine>>. Acesso em: 20 fev. 2015.
- GOROLL, A. H.; MULLEY, A. G. **Primary care medicine: office evaluation and management of the adult patient**. 7th ed. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins, 2014.
- 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**. Porto Alegre (RS): Artmed, 2012. v. 1.
- HEADACHE CLASSIFICATION SUBCOMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY. The international classification of headache disorders: 2nd ed. **Cephalalgia**, Oslo, v. 24, p. 9-160, 2004. Supplement 1.

ISAAC, Z.; ATLAS, S. J. PARK, L. **Evaluation of the patient with neck pain and cervical spine disorders.** Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <[http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-patient-with-neck-pain-and-cervical-spine-disorders?source=search\\_result&search=neck+pain&selectedTitle=1~150](http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-patient-with-neck-pain-and-cervical-spine-disorders?source=search_result&search=neck+pain&selectedTitle=1~150)>. Acesso em: abril/2015.

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, Jun. 2006.

KOTHARI, M. J. **Treatment of carpal tunnel syndrome.** Waltham (MA): UpToDate, 2014. Disponível em: <[http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-carpal-tunnel-syndrome?source=search\\_result&search=carpal+tunnel+syndrome&selectedTitle=1~128](http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-carpal-tunnel-syndrome?source=search_result&search=carpal+tunnel+syndrome&selectedTitle=1~128)>. Acesso em: abril/2015.

LAST, A. R.; HULBERT, K. Chronic low back pain: evaluation and management. **American Family Physician**, Kansas City (MO), v.79, n. 12, p. 1067-1074, Jun. 2009. Disponível em: <<http://www.aafp.org/afp/2009/0615/p1067.html>>. Acesso em: 30 abr. 2015.

LEVIN, K. **Cervical spondylotic myelopathy.** Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <[http://www.uptodate.com/contents/cervical-spondylotic-myelopathy?source=search\\_result&search=Cervical+spondylotic+myelopathy&selectedTitle=1~13](http://www.uptodate.com/contents/cervical-spondylotic-myelopathy?source=search_result&search=Cervical+spondylotic+myelopathy&selectedTitle=1~13)>. Acesso em: abril/2015.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. **Headaches: diagnosis and management of headaches in young people and adults.** London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2012. (Clinical Guideline, n. 150). Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/cg150/resources/guidance-headaches-pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. **Headaches in young people and adults.** London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2013. (NICE Quality Standard, n. 42). Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/qs42/resources/guidance-headaches-in-young-people-and-adults-pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Low back pain: early management of persistent non-specific low back pain.** London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009. (Clinical Guideline, n.88). Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/cg88>>. Acesso em: 29 abr. 2015.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. **Stroke quality standard.** London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2013. (NICE Quality Standard, n. 2). Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/qs2/resources/guidance-stroke-quality-standard-pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

NORTH AMERICAN SPINE SOCIETY. **Clinical guidelines for diagnosis and treatment of lumbar disc herniation with radiculopathy.** Burr Ridge (IL): North American Spine Society, 2012.

NORTH AMERICAN SPINE SOCIETY. **Diagnosis and treatment of cervical radiculopathy from degenerative disorders.** Burr Ridge (IL): North American Spine Society, 2010. Disponível em: <<https://www.spine.org/Documents/.../CervicalRadiculopathy.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2015.

NORTH AMERICAN SPINE SOCIETY. **Diagnosis and treatment of degenerative lumbar spinal stenosis.** Burr Ridge (IL): North American Spine Society, 2011. Disponível em:

<<https://www.spine.org/Documents/ResearchClinicalCare/Guidelines/LumbarStenosis.pdf>>. Acesso em: 3 maio 2015.

NORTH AMERICAN SPINE SOCIETY. **Diagnosis and treatment of degenerative lumbar spondylolisthesis**. Burr Ridge (IL): North American Spine Society, 2014. Disponível em: <<https://www.spine.org/Documents/ResearchClinicalCare/Guidelines/Spondylolisthesis.pdf>>.

ROWLAND, L. P., PEDLEY, T. A. **Merrit's neurology**. 12th ed. Philadelphia (PA): 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** v.68. p.777-783.2009.

STEIGER, T. O. et al. **Diagnostic testing for low back pain**. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <[http://www.uptodate.com/contents/diagnostic-testing-for-low-back-pain?source=related\\_link#H1](http://www.uptodate.com/contents/diagnostic-testing-for-low-back-pain?source=related_link#H1)>. Acesso em: 28 abr. 2015.

WHEELER, S. G. et al. **Approach to the diagnosis and evaluation of low back pain in adults; treatment of acute low back pain**. Waltham (MA): UpToDate, 2014. Disponível em: <[http://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-diagnosis-and-evaluation-of-low-back-pain-in-adults?source=search\\_result&search=Approach+to+the+diagnosis+and+evaluation+of+low+back+pain+in+adults%3B+Treatment+of+acute+low+back+pain&selectedTitle=2~150](http://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-diagnosis-and-evaluation-of-low-back-pain-in-adults?source=search_result&search=Approach+to+the+diagnosis+and+evaluation+of+low+back+pain+in+adults%3B+Treatment+of+acute+low+back+pain&selectedTitle=2~150)>. Acesso em: 29 abr. 2015.

WINN, H. R. **Youmans neurological surgery**. 6th. ed. Philadelphia (PA): Elsevier, 2011.

WONG, E. T.; WU, J. K. **Clinical presentation and diagnosis of brain tumors**. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <[http://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-and-diagnosis-of-brain-tumors?source=search\\_result&search=brain+tumor&selectedTitle=1~150](http://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-and-diagnosis-of-brain-tumors?source=search_result&search=brain+tumor&selectedTitle=1~150)>. Acesso em: 30 abr. 2015.



## Anexos

### Quadro 1 – Suspeita de síndrome de cauda equina, compressão de cone medular ou compressão medular

<b>Compressão medular (cervical ou torácica)</b>
Tetra ou paraparesia;
Presença de nível sensitivo – hipo ou anestesia abaixo do provável nível da lesão;
Espasticidade;
Presença de reflexos tendinosos profundos aumentados abaixo do nível da lesão;
Presença de sinais de liberação piramidal (sinais de Hoffmann, Trömner, Babinski, clônus);
Presença do sinal de Lhermitte;
Alteração no controle de esfínteres vesical ou anal;
Síndrome medular central (sintomas de hipo/atrofia, perda de força, parestesias com predomínio nos MMSS e, mais proeminentemente, na mão).
<b>Compressão de cone medular ou cauda equina (lombossacra)</b>
Perda de força e alteração da sensibilidade nos membros inferiores (simétrica ou assimétrica);
Anestesia em sela;
Alteração no controle de esfínteres vesical ou anal;

TelessaúdeRS/UFRGS (2015).

### Quadro 2 – Dor lombar 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:

cefaléia 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 (2015).

**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 periepandimária.

Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS (2015).

**Quadro 5 – Sinais de alerta em pacientes com cefaleia que sugerem manejo em serviço de emergência/urgência (presença de pelo menos um):**

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

Fonte: GUSSO (2012).

**Quadro 6 – Alterações em ressonância magnética nuclear ou tomografia computadorizada sugestivas de potencial indicação cirúrgica:**

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

Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS (2015).



**Organizadores:**

Erno Harzheim  
Milena Rodrigues Agostinho  
Natan Katz

**Autores:**

Ápio Cláudio Martins Antunes  
Alvaro Ernani Georg  
Artur Francisco Schumacher Schuch  
Atahualpa Cauê Paim Strapasson  
Erno Harzheim  
Lucas Wollmann  
Marilaine Bertuol  
Marjeane Cristina Jaques Hockmuller  
Milena Rodrigues Agostinho  
Natan Katz  
Thiago Frank

**Designer:**

Luiz Felipe Telles

**Revisão**

Ana Célia da Silva Siqueira  
Complexo Regulador Estadual – SES/RS  
Letícia Felipak dos Passos Martins  
Rosely de Andrade Vargas

TelessaúdeRS/UFRGS 2015  
Porto Alegre – RS.