



ÍNDICE DO CAPÍTULO

1. CEFALEIA

- a. Cefaleias primárias
- b. Cefaleias secundárias
- c. Neuropatias e dores faciais e outras dores de cabeça

2. EPILEPSIA

- a. Início focal
- b. Início generalizado
- c. Início desconhecido

3. DIPLOPIA

4. QUADROS SINDRÔMICOS

- a. Síndrome do neurônio motor superior ou do primeiro neurônio
- b. Síndrome do neurônio motor inferior ou do segundo neurônio
- c. Síndrome extrapiramidal ou parkinsonismo
- d. Síndrome cerebelar
- e. Síndrome do nervo periférico
- f. Síndrome de compressão radicular
- g. Síndromes medulares
- h. Síndrome miastênica
- i. Síndrome de Guillain-Barré
- j. Síndrome de Horner
- k. Síndrome de hipertensão crânica

5. SÍNCOPE

6. TONTURA E VERTIGEM

- a. Equilíbrio Estático e Dinâmico

7. SENSIBILIDADE EXTEROCEPTIVA E PROPRIOCEPTIVA

- a. Exteroceptiva
- b. Proprioceptiva
- c. Dermátomos

8. MOTRICIDADE

- a. Voluntária
- b. Involuntária

9. REFLEXOS PROFUNDOS E SUPERFICIAIS

- a. Reflexos profundos (miotáticos)
- b. Reflexos superficiais

10. SINAIS DE INFLAMAÇÃO MENINGORRADICULAR

11. NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA

- a. Estado de vigiância
- b. Obnubilação
- c. Sonolência
- d. Estupor
- e. Estado de coma

12. EXAME COGNITIVO

- a. Orientação
- b. Memória
- c. Linguagem

13. LINGUAGEM - AFASIAS

- a. Afasia motora
- b. Afasia receptiva
- c. Afasia global

14. NERVOS CRANIANOS

- a. Nervo Olfatório
- b. Nervo Óptico
- c. Nervo Oculomotor, Nervo Troclear e Nervo Abducente
- d. Nervo Trigêmio
- e. Nervo Facial
- f. Nervo Vestibulococlear
- g. Nervo Glossofaríngeo e Nervo Vago
- h. Nervo Acessório
- i. Nervo Hipoglosso

15. ATITUDES E FÁCEIS

- a. Atitudes
- b. Fáceis

1) CEFALEIA

Contextualizando, a cefaleia é um sintoma de alta prevalência, sendo motivo de muitas consultas tanto ambulatoriais quanto emergenciais. De acordo com a Sociedade Brasileira de Cefaleia (SBC), 95% das pessoas terão ao menos um episódio de dor ao longo de suas vidas e, além disso, cerca de 70% das mulheres e 50% dos homens passam por isso uma vez ao mês, no mínimo. Dado isso, ter esse conhecimento clínico é essencial para a prática do médico generalista.

Os tipos de cefaléia são classificadas de acordo com os critérios da Sociedade Internacional de Cefaleia (International Classification of Headache Disorders - ICHD-3). As subdivisões são realizadas conforme etiologia subjacente:

a) Cefaleias Primárias

a.1) Migrânea (com ou sem aura)

A etimologia da palavra “enxaqueca”, do árabe com significado de “dor de um lado só da cabeça”, e da palavra “migrânea”, derivada do grego “hêmikraníon” - metade do crânio - já nos dão indícios de uma de suas principais características na apresentação clínica: localização unilateral.

A Migrânea é caracterizada por episódios de dor recorrente com apresentação clássica em quatro fases - pródromos, aura, crise e pós-crise - e apresentação sem aura, de nome autodescritivo.

Para o reconhecimento desse quadro, no geral focamos na unilateralidade da dor, na sua duração (4 a 72 horas), no seu caráter pulsátil, piora com o exercício, sintomas associados e presença ou não de aura e/ou pródromos.

a.1.1) Pródromos: são sintomas inespecíficos que precedem um episódio migranoso por horas a até dois dias, como se fossem “um aviso precoce”.

a.1.2) Aura: são sintomas neurológicos focais que precedem a hora anterior à crise e ocorrem em aproximadamente 30% dos casos. A manifestação focal mais comum é a aura visual, que pode se manifestar como linhas visuais, escotomas, pontos brilhantes, espectro de fortificação, dentre outros, mas também podem haver outros tipos de manifestações focais, como por exemplo as sensoriais, com alodinia e parestesias.

a.1.3) Crise de dor de cabeça

a.1.4) Pós-crise: período que pode durar até 2 dias após a resolução da crise. Descrita popularmente como uma “ressaca”, são sintomas inespecíficos que podem afetar a funcionalidade do indivíduo, como fadiga extrema, dificuldade de concentração, entre outros.

a.2) Cefaleia tipo tensional

A cefaleia do tipo tensional é a de maior prevalência geral na população. Sua apresentação clínica geral cursa com dor leve a moderada, podendo se localizar na região frontal, occipital ou holocraniana. A dor costuma aparecer no final da tarde, com duração entre 30 minutos a 7 dias, em aperto ou sensação de pressão, e pode ter relação com estresse físico, muscular (postural) e emocional que não piora ao exercício físico. Pode haver também aumento do tônus muscular da musculatura

pericraniana, que pode ser percebido ao exame físico. Além disso, devem ser leves ou estar ausentes os sintomas de náusea, vômito, fotofobia e fonofobia.

Caracterizando a cefaleia do tipo tensional, a dividimos em:

a.2.1) Infrequente Episódica: Crises < 12 por ano.

a.2.2) Frequente Episódica: Crises entre 12 a 180 dias/ano.

a.2.3) Crônica: Crises ≥ 15 dias/mês em > 3 meses/ano.

a.3) Cefaleia trigeminal autonômica

Aqui abordaremos a Cefaleia em Salvas especificamente, que é a cefaleia trigêmimo-autonômica mais frequente, com prevalência de 1/1000 (85% dos afetados são homens).

Esse tipo de cefaleia é marcado por crises de dor forte, excruciante, estritamente unilateral (mas pode mudar de lado de uma crise para outra) e de localização periorbitária. Podem ocorrer sintomas como agitação e manifestações autonômicas parassimpáticas ipsilaterais à dor, como ptose, miose, edema palpebral, lacrimejamento, hiperemia conjuntival, congestão nasal, rinorreia e sudorese.

Em termos de duração e frequência, as crises de cefaléia em salva podem ter duração de 15-180 minutos, com frequências de 1 vez a cada 2 dias até 8 vezes em um único dia, por 6 a 12 semanas. Pode ficar em remissão por muitos meses, mas também pode ser crônica, onde a remissão ocorre por um período < 1 mês/ano ou não há remissão.

a.4) Outras cefaleias primárias

b) Cefaleias Secundárias

b.1) Dor de cabeça atribuída a trauma ou lesão na cabeça e/ou pescoço

b.2) Dor de cabeça atribuída a distúrbio vascular craniano ou cervical

b.3) Dor de cabeça atribuída a distúrbio intracraniano não vascular

b.4) Dor de cabeça ou dor facial atribuída a distúrbios do crânio, pescoço, olhos, ouvidos, nariz, seios nasais, dentes, boca ou outra estrutura facial ou cervical

b.5) Dor de cabeça atribuída à infecção

b.6) Dor de cabeça atribuída ao distúrbio da homeostase

b.7) Dor de cabeça atribuída a transtorno psiquiátrico

b.8) Dor de cabeça atribuída a uma substância ou sua retirada

Nesse tópico, por questões de prevalência em consultas também, focaremos nossa abordagem na Cefaléia por Abuso de Analgésicos.

A cefaleia por abuso de analgésicos deriva do uso excessivo de um agente terapêutico em um paciente suscetível. Ocorre em pacientes com cefaleia primária (usualmente migrânea crônica ou tipo tensional crônica), que, para alívio de sua dor, utilizam analgésicos não opióides por > 15 dias/mês ou opióides, ergotaminas ou

triptanos por > 10 dias/mês e, assim, desenvolvem um novo tipo de dor de cabeça ou uma piora marcada de seu padrão anterior.

As características da dor podem variar, seja entre indivíduos ou de uma crise para outra. Sua apresentação clínica usual é dor de cabeça ao acordar com história de uso excessivo de medicamentos por 3 ou mais meses.

c) Neuropatias e Dores Faciais e Outras Dores de Cabeça

c.1) *Lesões dolorosas dos nervos cranianos e outras dores faciais*

c.2) *Outros distúrbios da dor de cabeça*

Orientados pela epidemiologia e prevalência das cefaléias, nossa atenção deve ser direcionada para a identificação de cefaleias específicas, como a migrânea, cefaleia tipo tensional, cefaleia trigeminal autonômica e a dor de cabeça atribuída a uma substância ou sua retirada, por serem a maioria esmagadora dos tipos identificados em atendimentos com cefaleia como queixa principal.

2) EPILEPSIAS E CONVULSÕES

A epilepsia consiste em uma condição em que a pessoa corre risco de convulsões recorrentes devido processo subjacente crônico. Seu diagnóstico consiste de: pelo menos duas crises convulsivas não provocadas com intervalo maior que 24 horas; diagnóstico de uma síndrome epiléptica; uma crise não provocada e probabilidade de recorrência em 10 anos similar ao risco de recorrência geral após duas crises não provocadas.

E o que é uma convulsão? Uma convulsão consiste na ocorrência transitória de sinais ou sintomas por atividade neuronal anormal, excessiva ou síncrona cerebral. As manifestações variam de acordo com o local da descarga, podendo se manifestar como fenômenos sensoriais sutis até abalos generalizados com perda de consciência e fase de recuperação pós crise, chamada fase pós-ictal, período em que o paciente pode apresentar sintomas inespecíficos como confusão, sonolência, dores musculares e cefaleia. Nesse sentido, as convulsões podem ser divididas em focais, quando a descarga atinge uma rede neuronal limitada, ou generalizadas, quando atingem redes neuronais distribuídas em ambos os hemisférios cerebrais.

O diagnóstico da convulsão na maioria das vezes é feito pelo relato e observações de testemunhas, dificilmente o paciente terá uma crise durante o atendimento. Isso, pois os exames físico e neurológico podem ser normais, mas ainda são fundamentais para detectar causas agudas (ex. infecção) e sinais de lesões estruturais (ex. déficit focal) que indiquem a causa da convulsão.

Dito isso, a apresentação pode se dar basicamente de três maneiras:

a) Início focal

Início com sintomas bem localizados, com ou sem perda de consciência, com início motor ou não motor e evolução de focal para tônico-clônica generalizada.

b) Início generalizado

Motoras, subdivididas em tônico-clônicas e outras motoras (ex. atônicas ou mioclônicas), ou não motoras (de ausência).

c) Início desconhecido:

Motor, não motor ou não classificado

Durante a anamnese, exame físico e neurológico, buscamos informações que nos permitam constatar se foi de fato uma convulsão e que nos permitam classificá-la, como detalhes sobre o início da crise, se foi precedida de algum sintoma prodrômico, se houve fator precipitante, a duração da crise, como o paciente estava e o que fazia antes da convulsão e como ele ficou após.

3) DIPLOPIA

A diplopia é a visão dupla causada por dificuldade de coordenação na visão binocular, havendo sobreposição de campos visuais, podendo ser horizontal ou vertical. O quadro pode indicar o acometimento por alguma substância neurotóxica, como álcool, lesões de tronco cerebral ou cerebelo, fraqueza/paralisia de um ou mais músculos da musculatura extrínseca ocular ou lesões nos nervos oculomotor (III par craniano), troclear (IV) ou abducente (VI). Além disso, pode acometer um olho só, correspondendo a alteração da refração luminosa no cristalino ou córnea.

Ao exame físico, caracterizar tempo de início e como foi a evolução até então, se houve algum desencadeante (ex. trauma), presença de sintomas associados, história médica pregressa e condições concomitantes, medidas do desvio ocular e exame da musculatura extrínseca.

4) QUADROS SINDRÔMICOS

Primeiramente, o que é uma síndrome? Uma síndrome nada mais é do que uma associação de sinais e sintomas que sugerem uma condição ou padrão patológico específico, mas que pode variar em etiologia e condições associadas. Dito isso, como a etiologia em síndromes não é muito bem definida e isso requer uma investigação aprofundada posterior, vamos focar somente em reconhecer os principais quadros síndrômicos em neurologia:

a) Síndrome do neurônio motor superior ou do primeiro neurônio:

a.1) *Hemiplegia contralateral à lesão.*

a.2) *Inicia como paralisia flácida, evoluindo para paralisia espástica, com hipertonia e hiperreflexia.*

a.3) *Hipotrofia de desuso.*

a.4) *Babinski e sucedâneos + Marcha parético-espástica, também conhecida como ceifante ou hemiplégica*

b) Síndrome do neurônio motor inferior ou do segundo neurônio:

- b.1) Paralisia flácida*
- b.2) Hipotonia e hiporreflexia*
- b.3) Atrofia*
- b.4) Ausência de reflexos patológicos*
- b.5) Marcha parética ou escarvante*

c) Síndrome extrapiramidal ou parkinsonismo:

- c.1) Bradicinesia*
- c.2) Rigidez*
- c.3) Tremor em repouso*
- c.4) Distonia*
- c.5) Discinesia*
- c.6) Acatisia*
- c.7) Alterações de postura e marcha*

d) Síndrome cerebelar:

- d.1) Ataxia*
- d.2) Dismetria*
- d.3) Tremor de intenção*
- d.4) Disdiadococinesia*
- d.5) Disartria*
- d.6) Hipotonia*
- d.7) Nistagmo*

e) Síndrome do nervo periférico:

- e.1) Acometimento de um nervo periférico, podendo causar paresia, parestesia, hipoestesia, entre outros, a depender do nervo.*
- e.2) Podem se manifestar como uma mononeuropatia, mononeuropatia múltipla ou polineuropatia.*

f) Síndrome de compressão radicular:

- f.1) Dor referida*
- f.2) Parestesias*
- f.3) Fraqueza muscular*
- f.4) Reflexos profundos diminuídos ou ausentes*
- f.5) Radiculopatia cervical: sintomas álgicos, motores e sensitivos em região inervada pelo plexo braquial*
- f.6) Radiculopatia lombossacra: sintomas álgicos, motores e sensitivos em região inervada pelo plexo lombossacro*

g) Síndromes Medulares:

- g.1) Medula Central: fraqueza mais pronunciada em MMSS, alteração sensorial variável*

g.2) Medula Anterior: paralisia nos níveis abaixo da lesão, déficit nociceptivo e de sensibilidade térmica, funções proprioceptiva e de sensibilidade vibratória preservadas

g.3) Medula Posterior: déficit da propriocepção e sensibilidade vibratória, ataxia sensorial

g.4) Hemissecação Medular: paralisia ipsilateral nos níveis abaixo da lesão, perda da propriocepção e sensibilidade vibratória, déficit da sensibilidade nociceptiva e térmica contralateral

g.5) Cauda Equina: radiculopatia lombossacral com fraqueza assimétrica e flácida em MMII, alteração de sensibilidade em região perianal (em sela) e disfunção esfinteriana

g.6) Cone Medular: fraqueza simétrica em MMII, parestesia perianal, disfunção esfinteriana e pouco dolente

h) Síndrome miastênica:

h.1) Diplopia, ptose, disartria, disfagia e dispneia

h.2) Fraqueza e fadigabilidade muscular, sendo pior no final do dia e com melhora ao repouso

h.3) Fraqueza com distribuição característica: segmento proximal dos membros, músculos extensores do pescoço, generalizada

h.4) O teste do gelo, colocar gelo por 1 minuto na pálpebra superior, com melhora da ptose é muito sensível

i) Síndrome de Guillain-Barré:

i.1) Paralisia motora arreflexica de evolução rápida, com padrão ascendente

i.2) Frequente envolvimento de nervos cranianos inferiores

i.3) Dor no pescoço, ombros, dorso ou difusamente na coluna vertebral

i.4) Reflexos tendíneos profundos reduzidos ou abolidos

i.5) Déficits sensitivos cutâneos geralmente leves

i.6) Febre e sintomas constitucionais ausentes no início. Em casos graves, pode haver disfunção vesical transitória

j) Síndrome de Horner:

j.1) Miose ou anisocoria + Ptose + Anidrose em hemiface

k) Síndrome de hipertensão intracraniana:

k.1) Tríade de Cushing: Hipertensão + bradicardia + alteração do ritmo respiratório

k.2) Cefaleia

k.3) Vômitos em jato

k.4) Papiledema

k.5) Paralisia do Abducente

k.6) Alteração do Estado Mental

5) SÍNCOPE

Síncope é um episódio de perda transitória de consciência com recuperação espontânea (autolimitada) decorrente de comprometimento global agudo do fluxo sanguíneo cerebral. As etiologias podem ser divididas em três categorias gerais: síncope neuromediada (também conhecida como síncope reflexa ou vasovagal), hipotensão ortostática e síncope cardíaca.

Para caracterização da síncope em anamnese o ideal seria indagar o paciente e alguma testemunha sobre o episódio, buscando por informações circunstanciais (o que o paciente estava fazendo no momento), se houve algum pródromo (ex. dor abdominal, sudorese, náusea, palpitação), a apresentação da crise (se houve alguma manifestação motora, lateralização cefálica, liberação esfíncteriana), a duração do episódio e o estado após a recuperação (se houve algum período de confusão, cansaço, sonolência, paralisia transitória). Com isso, conseguimos excluir outras causas etiológicas e prosseguir na investigação da síncope.

6) TONTURA E VERTIGEM

No dia a dia dos atendimentos, tontura é um sintoma impreciso utilizado para descrever um conjunto de sensações que incluem vertigem, sensação de desmaio iminente, desmaio e desequilíbrio. Isso representa uma barreira diagnóstica, uma vez que os pacientes muitas vezes têm dificuldades para distinguir e definir esses vários sintomas. Durante a avaliação de um paciente com tontura, buscamos excluir ou identificar primeiro situações de risco imediato (ex. arritmia, AVC), identificar a etiologia (síndrome vestibular ou hipoperfusão cerebral) e sua posterior caracterização.

A vertigem é, digamos em termos imprecisos, um subtipo de tontura caracterizado basicamente pela sensação de que as coisas estão girando ou uma sensação de rotação, que pode ter origem fisiológica (rotação sustentada da cabeça) ou patológica (origem vestibular).

a) Equilíbrio Estático e Dinâmico

O equilíbrio é mantido pela integração de informações provenientes do sistema vestibular, visão e propriocepção, coordenadas pelo cerebelo e tratos vestibuloespinais.

*a.1) Equilíbrio estático refere-se à capacidade de manter o corpo ereto em repouso, testado por meio da **prova de Romberg**.*

Tabela 1 - Prova de Romberg

Objetivo	Avaliar a integridade da propriocepção
Orientação	Peça ao paciente que fique em pé, com os pés juntos, braços ao longo do corpo. Primeiro com os olhos abertos, depois com olhos fechados.

Resultados	
Normal	Paciente mantém-se em pé, sem oscilar.
Ataxia sensitiva	O paciente oscila ou cai com olhos fechados.
Ataxia cerebelar	Oscilação mesmo com olhos abertos.

Fonte: Ana Carolina (2025), programa de criação de tabelas Excel

a.1.1) Como diferenciar as ataxias?

a.1.1.1) *Ataxia sensitiva*: melhora com olhos abertos, piora com olhos fechados (Romberg positivo)

a.1.1.2) *Ataxia cerebelar*: oscilação com olhos abertos e fechados

a.1.1.3) *Distúrbios vestibulares*: presença de vertigem, nistagmo e tendência a cair para o lado da lesão

a.2) Equilíbrio dinâmico avalia a estabilidade durante o movimento. A marcha é examinada sob diferentes condições (marcha normal, em linha reta, em calcanhares ou pontas dos pés). Alterações podem indicar síndromes cerebelares, vestibulares ou sensitivas.

a.2.1) Observações de marcha

Tabela 2 - Tipos de Marcha

Tipos de marcha	Descrição
Cerebelar	Base alargada, passos irregulares, desequilíbrio acinturado (como “bêbado”).
Sensitiva	Paciente olha para os pés, levanta-os excessivamente e os bate no chão (marcha tabética).
Vestibular	Desvio lateral ou quedas para um lado específico
Hemiparética (ou em foice)	Um dos membros superiores está em flexão (braço “colado” ao tronco) e o membro inferior do mesmo lado é espástico e estendido (semicírculo, como uma foice).
Parkinsoniana	Passos curtos e arrastados, corpo inclinado para frente, pouco balanço dos braços e dificuldade de iniciar o movimento (hesitação).
Escarvante	Eleva o joelho excessivamente e o pé é lançado com força no chão.

Fonte: Ana Carolina (2025), programa de criação de tabelas Excel

a.2.2) Outros testes de marcha:

Tabela 3 - Teste de Marcha em Linha

Marcha em linha (tandem gait)	
Descrição	Paciente caminha em linha reta, colocando o calcanhar de um pé na ponta do outro
Alterações	Dificuldades indicam alterações cerebelares ou proprioceptivas

Fonte: Ana Carolina (2025), programa de criação de tabelas Excel

Tabela 4 - Teste de Avaliação dos Músculos e Nervos MMII

Avaliação músculos e nervos MMII	
Marcha nos calcanhares	Avalia L4-L5 e força dos dorsiflexores.
Marcha nas pontas dos pés	Avaliar S1-S2 e força dos flexores plantares

Fonte: Ana Carolina (2025), programa de criação de tabelas Excel

7) SENSIBILIDADE EXTEROCEPTIVA E PROPRIOCEPTIVA

A sensibilidade é avaliada por meio das vias aferentes da medula e tronco encefálico. Divide-se em:

a) Exteroceptiva (superficial)

Inclui **tátil**, **dolorosa** e **térmica**. São veiculadas pelas fibras espinotalâmicas. Avaliação com algodão (tato), agulha (dor) e objetos quentes/frios (temperatura).

Tabela 5 - Sensibilidade Exteroceptiva

Tato superficial	
Material	Algodão
Descrição	Peça ao paciente para fechar os olhos; toque levemente diferentes áreas do corpo com algodão; solicite ao paciente que diga onde foi tocado.
Alterações	Hipoestesia (redução) ou anestesia (ausência).

Dor	
Material	Objeto pontiagudo e ponta romba.
Descrição	Toque alternadamente com a ponta afiada e a ponta romba; peça ao paciente identifique: “agulha” ou “não agulha”
Alterações	Avaliar lado a lado para comparações.
Temperatura	
Material	Objeto frio e objeto quente.
Descrição	Encoste os tubos em áreas distintas da pele; peça ao paciente para dizer se sente frio ou quente.

Fonte: Ana Carolina (2025), programa de criação de tabelas Excel

b) Proprioceptiva (profunda)

Inclui **palestesia** (vibração), **cinestesia** (posição articular) e **sensibilidade profunda pressórica**. Utiliza-se diapasão (vibração) e movimentação passiva de articulações.

Tabela 6 - Sensibilidade Proprioceptiva

Sensibilidade vibratória	
Material	Diapasão de 128 Hz
Descrição	Faça o diapasão vibrar; encoste sobre proeminências ósseas; Pergunte ao paciente: “você sente vibrar?” e “parou de vibrar”
Alterações	Diminuição: neuropatia
Cinestesia	
Descrição	Segure o dedo do pé ou da mão pela lateral; movimente-o passivamente para cima ou para baixo; peça para o paciente, de olhos fechados, dizer a direção
Pressão profunda	
Descrição	Pressionar com os dedos áreas

	musculares ou tendões; Menos sensível clinicamente, mas pode ser útil em neuropatias severas
--	--

Fonte: Ana Carolina (2025), programa de criação de tabelas Excel

c) Dermátomos

São áreas da pele inervadas por um único nervo espinal. O mapeamento dos dermatômos é essencial na localização de lesões radiculares ou medulares.

8) MOTRICIDADE

A motricidade é controlada por vias piramidais e extrapiramidais:

a) Voluntária:

Movimento comandado conscientemente. Avaliado pela força muscular (escala de Oxford), tônus e trofismo. Fraqueza pode ser **central** (espasticidade, reflexos exaltados) ou **periférica** (hipotonia, atrofia, reflexos abolidos).

Tabela 7 - Escala de Oxford

<i>Escala de Oxford</i>	
<i>Grau</i>	<i>Descrição</i>
0	Sem contração
1	Contração visível, sem movimento articular
2	Movimento possível sem gravidade
3	Movimento contra gravidade
4	Movimento contra resistência moderada
5	Força normal

Fonte: Ana Carolina (2025), programa de criação de tabelas Excel

a.1) Avaliação da fraqueza:

a.1.1) Central (piramidal): fraqueza mais evidente em extensores de membros superiores e flexores de membros inferiores, com **espasticidade, reflexos vivos, sinal de Babinski positivo**.

a.1.2) Periférica (neurônio motor inferior): hipotonia, atrofia, fasciculações, reflexos abolidos ou diminuídos.

a.1.3) Passiva: movimentos realizados pelo examinador nas articulações do paciente. Permite avaliar o **tônus muscular** (ex: hipertonia espástica ou rígida).

Tabela 8 - Avaliação de Tônus Muscular

Descrição	Peça para o paciente relaxar totalmente; movimente lentamente os segmentos articulares.
Alterações	
Hipertonia espástica (lesão piramidal)	Resistência que aumenta com a velocidade do movimento (“canivete”)
Hipertonia rígida (extrapiramidal)	Resistência constante, independente da velocidade (“chumbo”)
Hipotonia	Pouca ou nenhuma resistência ao movimento passivo

Fonte: Ana Carolina (2025), programa de criação de tabelas Excel

b) Involuntária

Movimentos não controlados voluntariamente, como **tremores, coreias, atetoses, mioclonias** — relacionados ao sistema extrapiramidal (núcleos da base).

Tabela 9 - Movimentos Involuntários

Movimentos	Descrição
Tremores	De repouso (Parkinson); De ação (cerebelar ou essencial)
Coreias	Movimentos rápidos, irregulares, de distribuição aleatória
Atetoses	Movimentos lentos e sinuosos, especialmente nas mãos
Mioclonias	Contrações musculares rápidas, abruptas e breves
Distonias	Contrações mantidas com torções posturais anormais

Fonte: Ana Carolina (2025), programa de criação de tabelas Excel

c) Automática

Inclui movimentos subconscientes e habituais, como andar, falar, expressões faciais. Sua perda pode ser observada em doenças parkinsonianas (hipocinesia facial, marcha em bloco).

9) REFLEXOS PROFUNDOS E SUPERFICIAIS

a) Reflexos profundos (miotáticos):

Avaliados com martelo de reflexos, envolvem o arco reflexo medular (via aferente, sinapse na medula, via eferente).

Ex:

a.1) *Bíceps (C5-C6)*

a.2) *Tríceps (C7-C8)*

a.3) *Patelar (L2-L4)*

a.4) *Aquileu (S1-S2)*

A exacerbação desses reflexos sugere lesão do **trato corticoespinal** (central); abolição sugere **lesão periférica**.

b) Reflexos superficiais

Requerem integridade da via piramidal e sensitiva

b.1) Reflexo cutâneo abdominal (T8-T12)

b.2) Reflexo cremastérico (L1-L2)

b.3) Reflexo plantar (L5-S1): a resposta normal é flexora (flexão dos dedos); extensor do hálux com abertura em leque dos demais dedos é sinal de **Babinski**, indicativo de lesão piramidal.

10) SINAIS DE INFLAMAÇÃO MENINGORRADICULAR

A meninge, ao ser inflamada (como na meningite ou hemorragia subaracnóidea), provoca sinais clínicos por irritação das raízes nervosas:

Tabela 10 - Testes de Inflamação Meningorradicular

Teste	Descrição
Sinal de Brudzinski	Flexão involuntária dos joelhos e quadris ao flexionar o pescoço passivamente do paciente deitado. Sugere meningismo.
Kernig	Paciente em decúbito dorsal, ao tentar estender o joelho com a coxa fletida a 90°, há dor e resistência à extensão por tração das raízes nervosas inflamadas.
Rigidez de nuca	Resistência involuntária à flexão passiva do pescoço. Clássica na meningite.
Sinal de Lasègue	Com o paciente em decúbito dorsal (deitado de barriga para cima); o examinador eleva lentamente uma das pernas, mantendo o joelho estendido; considera-se positivo, se dor irradiada para o membro inferior entre 30–70° de elevação.
Sinal de Bragard	Após dor com Lasègue, abaixa-se levemente a perna e faz-se dorsiflexão do pé → acentua a dor ciática.

Fonte: Ana Carolina (2025), programa de criação de tabelas Excel

11) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

A consciência é caracterizada pela percepção consciente do mundo exterior de si mesmo. Ela pode ser dividida em 5 diferentes categorias, organizadas de maior para menor percepção:

a) Estado de Vigília

Percepção em relação ao mundo exterior é plena, sem alterações.

b) Obnubilação

A consciência é reduzida de modo pouco intenso, porém o estado de alerta é mais atingido.

c) Sonolência

O indivíduo oscila entre estar consciente e dormindo, porém é facilmente despertado e consegue responder perguntas de forma moderada antes de voltar a dormir.

d) Estupor

Há um maior comprometimento da consciência, porém diante de estímulos intensos, o indivíduo consegue realizar movimentos espontâneos e abrir os olhos.

e) Estado de Coma

O paciente não reage a nenhum tipo e intensidade de estímulo e também não realiza movimentos espontâneos.

Além dessa classificação, há também a Escala de Coma de Glasgow, a qual está sendo cada vez mais utilizada, pois é mais objetiva que a classificação apresentada acima. A sua avaliação é composta de três parâmetros: abertura ocular, resposta verbal e reação motora. É colocada uma pontuação para cada uma das categorias, como demonstrado nas tabelas abaixo, sendo a menor pontuação 3 e a maior 15.

Tabela 11 - Abertura Ocular

Espontânea	4
Após estímulo sonoro	3
Após estímulo doloroso	2
Ausente	1

Fonte: Manoela (2025), programa de criação de tabelas Excel

Tabela 12 - Resposta Verbal

Orientada	5
Confusa	4
Palavras inapropriadas	3
Palavras incompreensíveis	2
Ausente	1

Fonte: Manoela (2025), programa de criação de tabelas Excel

Tabela 13 - Reação Motora

Obedece comandos	6
Localiza a dor	5
Afasta a dor	4
Flexão à dor	3
Extensão à dor	2
Ausente	1

Fonte: Manoela (2025), programa de criação de tabelas Excel

12) EXAME COGNITIVO

A avaliação do estado mental é uma porção fundamental do exame neurológico. O teste mais utilizado é a versão traduzida do Mini Mental, pois ele é fácil de ser aplicado e permite uma análise dependendo no nível de escolaridade do paciente, o que permite uma análise com mais acurácia.

O teste é dividido em três seções: orientação em tempo e espaço, memória e linguagem. Cada uma dessas partes, constitui de uma série de pequenos testes que são realizados e com pontuações específicas.

a) Orientação

a.1) É perguntado o ano, o mês, o dia do mês, o dia da semana e o horário aproximado que está sendo realizado o exame → 1 ponto cada, 5 no total.

a.2) É perguntado o nome do país, do estado, da cidade, do bairro e do local em que a consulta está sendo realizada → 1 ponto cada, 5 no total.

b) Memória:

b.1) Devem ser ditas 3 palavras para o paciente e pedir para que ele as repita logo após → 1 ponto cada, 3 no total.

b.2) Solicitar para que o paciente subtraia 7 de 100, 5 vezes seguidas → 1 ponto cada, 5 no total.

b.3) Pedir para que sejam repetidas as 3 palavras ditas anteriormente, no primeiro teste → 1 ponto cada, 3 no total.

c) Linguagem:

c.1) O paciente deve falar o nome de dois diferentes objetos (como lápis e relógio) → 1 ponto cada, 2 no total.

c.2) Solicitar que seja repetida uma frase ou conjunto de palavras (aqui, lá, aqui), → 1 ponto.

c.3) Prova dos 3 comandos: paciente é orientado a pegar uma folha, dobrá-la em 3 partes e colocar em um determinado local → 1 ponto cada, 3 no total.

c.4) Apresenta um papel em que está escrito: feche os olhos. Ele deve ler o que está escrito e executar o comando → 1 ponto.

c.5) O paciente deve escrever uma frase que ele escolher → 2 pontos.

c.6) Copiar um desenho simples (dois pentágonos) → 1 ponto.

Os pontos de corte entre valores considerados normais e comprometimento do estado depende da escolaridade do paciente, como demonstrado abaixo:

Tabela 14 - Relação entre Ponto de Corte e Escolaridade

Analfabetos	≤ 21
Baixa escolaridade (1 a 5 anos completos)	≤22
Média escolaridade (6 a 11 anos completos)	≤23
Alta escolaridade (12 ou mais anos completos)	≤24

Fonte: Manoela (2025), programa de criação de tabelas Excel

13) LINGUAGEM - AFASIAS

Afasia são alterações parciais ou totais da linguagem do indivíduo. A análise clínica constitui: distúrbios de expressão verbal, recepção verbal e atividade gestual.

Por constituir uma ampla gama de mudanças clínicas da linguagem, há vários diferentes tipos de afasia, sendo alguns dos principais, citados abaixo:

a) Afasia Motora

Ocorre quando há uma lesão na área de Broca, no lobo frontal. Nesse tipo de afasia a compreensão da fala está intacta, porém a há dificuldade, em diferentes níveis, na fala e na escrita. Ela pode estar associada com hemiparesia ou hemiplegia direita.

b) Afasia Receptiva

Também conhecida como afasia de Wernicke, pois está localizada nessa área do cérebro que fica no lobo temporal. Nessa afasia, a parte motora está intacta, porém a compreensão da fala e da escrita estão afetadas desde modos leves a severos. Ela pode ser representada de três formas principais: parafasia (uso do vocabulário e de frases de forma incorreta), perseveração (repetição de uma mesma palavra) e jargonofasia (uso de palavras novas, criadas pelo indivíduo).

c) Afasia Global

Há lesão na área de Wernicke e na de Broca, o que leva a perda tanto da parte motora da fala quanto da sua compreensão. Normalmente, a hemiparesia e a hemiplegia estão presentes.

14) NERVOS CRANIANOS

a) Nervo Olfatório - I

No exame, o indivíduo deve reconhecer substâncias com aromas amplamente conhecidos, como café.

Alterações:

a.1) Deficitárias: hiposmia (diminuição do olfato) e anosmia (perda do olfato). Normalmente associada com distúrbios neurológicos.

a.2) Alucinações olfatórias.

a.3) Cacosmia: sensação de aromas desagradáveis, sem a presença de algo que emita esse odor.

b) Nervo Óptico - II

O exame do segundo nervo craniano é dividido em três partes:

b.1) Acuidade visual: é verificado se o paciente consegue ver ou ler algo na sala adequadamente, sendo testado um olho de cada vez.

b.2) Campo visual: o paciente e o médico devem ficar frente a frente, para garantir que ambos tenham o mesmo campo visual. Em seguida, o médico, deslocará um objeto no seu campo de visão horizontalmente e verticalmente e checando se o paciente também está conseguindo enxergar o objeto.

b.3) Fundoscopia: com um oftalmoscópio, é observado o fundo de olho do indivíduo

b.4) Possíveis alterações:

b.4.1) Ambliopia: diminuição da acuidade

b.4.2) Amaurose: sem acuidade visual. É resultado de uma lesão no nervo óptico antes do quiasma.

b.4.3) Hemianopsia heterônima bitemporal: perda de visão lateral. Tem como causa uma lesão no quiasma óptico.

b.4.5) Hemianopsia homônima: perda da visão do lado esquerdo ou direito de cada olho. É causada por uma lesão em um dos tratos ópticos.

b.4.6) Palidez da papila: atrofia do nervo óptico.

b.4.7) *Edema de papila*: inflamação do nervo óptico ou hipertensão craniana.

c) Nervo Oculomotor - III, Nervo Troclear - IV e Nervo Abducente - VI

Esses nervos cranianos inervam os músculos que realizam a motilidade ocular e por isso são analisados juntos. O n. oculomotor é responsável pela inervação do reto medial, reto superior, reto inferior, oblíquo inferior e, também a musculatura elevadora da pálpebra. Já o n. troclear inerva o oblíquo superior e o n. abducente inerva o reto lateral.

Para facilitar e sistematizar o exame desses nervos, ele é dividido em duas partes:

c.1) *Motilidade Extrínseca*: é analisado pelo movimento ocular nos eixos vertical e horizontal de cada olho.

c.2) *Motilidade Intrínseca*: o exame é realizado pelo uso de uma fonte luminosa, como uma lanterna, e também pelo teste de convergência. No primeiro, o indivíduo deve olhar para um local atrás do médico e esse irá colocar a luz na pupila e observar a reação das pupilas. Deve ocorrer o reflexo fotomotor direto (contração da pupila em que o feixe de luz foi colocado) e reflexo motor consensual (contração da pupila do outro olho)

c.3) *Possíveis alterações*:

c.3.1) *Estrabismo*: predomínio de um dos músculos, podendo ser horizontal ou vertical.

c.3.2) *Discoria*: contorno pupilar irregular.

c.3.3) *Midríase*: aumento do diâmetro.

c.3.4) *Miose*: diminuição do diâmetro

c.3.5) *Anisocoria*: desigualdade no diâmetro das pupilas.

d) Nervo Trigêmeo - V

O nervo trigêmeo é misto, tendo assim raízes motora e sensitiva.

d.1) *Raiz nervosa*

É analisada a capacidade de abrir e fechar a boca, utilizando os músculos da mastigação.

d.2) *Raiz sensitiva*

Analisa-se cada uma das porções individualmente (n. oftálmico, maxilar e mandibular) com um algodão.

e) Nervo Facial - VII

É responsável pela inervação dos músculos da face. Para analisar se está sem nenhuma lesão, pede-se para que o indivíduo enrugue a testa, feche as pálpebras e outros movimentos que testam os músculos faciais.

e.1) *Alterações*

e.1.1) Paralisia unilateral: lagoftalmia (olho permanecer sempre aberto), lacrimejamento e desvio da boca para o lado não afetado.

e.1.2) Paralisia de Bell: afeta toda a hemiface do lado do nervo comprometido.

e.2) IMPORTANTE!!

Diferenciação entre paralisia periférica (n. facial, supracitada) e central: A paralisia central afeta apenas a metade inferior da face contralateral. Essa paralisia pode ser um indício importante de acidente vascular cerebral.

f) Nervo Vestibulococlear - VIII

A análise do nervo vestibulococlear é dividida de acordo com as suas duas raízes: nervo vestibular e o nervo coclear.

f.1) O nervo coclear é essencial para a audição, por isso, seus testes tem como objetivo perceber alterações auditivas. A diminuição da intensidade da voz é um sinal de lesão coclear. Além disso, também se realiza a Prova de Rinne, na qual é utilizado o diapásão para comparar a condução óssea e a condução pelo ar, sendo em condições normais, a condução pelo ar mais perceptível que a óssea.

f.2) O nervo vestibular, tem como sinais de acometimento relatos de vertigem, náuseas e desequilíbrios. Esses podem ser testados pela pesquisa de nistagmo (movimentação rítmica dos olhos) e o sinal de Romberg.

g) Nervo Glossofaríngeo - IX e Nervo Vago - X

Por terem uma origem e trajetória similar, esses dois nervos são examinados em conjunto.

g.1) Lesões unilaterais de ambos os nervos irão resultar em um desvio do véu palatino para o lado não afetado, o sinal da cortina (desvio da parede posterior da faringe para o lado não afetado) e diminuição do reflexo velopalatino.

g.2) Lesões apenas do nervo glossofaríngeo podem causar uma diminuição na percepção da gustatação e disfagia.

h) Nervo Acessório - XI

Ele é um nervo essencialmente motor que inerva os músculos trapézio e esternocleidomastóideo. A sua lesão resulta em atrofia muscular, dificuldade na elevação dos ombros e desvio do pescoço para o lado afetado.

i) Nervo Hipoglosso - XII

Sua função principal é a inervação dos diferentes músculos que compõem a língua. Por isso, como exame é solicitado para que o paciente a movimente para todos os lados. Em lesões unilaterais, a língua estará desviada em direção ao lado afetado.

14) ATITUDES E FÁCEIS

a) Atitudes

Um conjunto de características que são típicas de algumas síndromes. Alguns dos fatores que podem ser observados são: cooperação, contato visual, expressão facial, postura corporal, movimentos e agitação, e linguagem. Algumas das principais atitudes são:

a.1) Parkinsoniana

Encurvada, bradicinesia, tremor de repouso, hipomimia, passos curtos e arrastados, hipofonia e micrografia.

a.2) Esquizofrênica

Postura inusitada, comportamento inadequado, afeto embotado, isolamento social e desconfiança.

a.3) Maníaca

Hiperatividade, irritabilidade, afeto elevado, fuga de ideias, comportamento impulsivo e desinibição.

b) Fáceis

Referem-se à expressão e aparência, em geral, de um indivíduo. Fáceis atípicas significam não ter semelhança a alguma que seja característica de uma patologia, ou seja, "normal". Alguns exemplos são:

b.1) Fácies Parkinsoniana

Hipomimia, diminuição da frequência de piscar e aparência de máscara. Indica Doença de Parkinson.

b.2) Fácies Cushingóide

Rosto em lua cheia, bochechas avermelhadas e acúmulo de gordura na região do pescoço. Indica Síndrome de Cushing.

b.3) Fácies Hipotireoidiana

Rosto inchado e pálido, lábios espessos, nariz largo, pele seca e grossa. Indica hipotireoidismo.

REFERÊNCIAS:

ARRUDA, Milton de et al. **Semiologia Clínica**. 1. ed. Barueri, SP: Manole, 2021.

LOSCALZO, J. et al. **Medicina interna de Harrison**. 21. ed. Porto Alegre: AMGH, 2024

International Headache Society. **Classificação Internacional de Cefaleias: ICHD-3**. Tradução oficial em português. 3ª ed. 2018. Disponível em: <https://ihs-headache.org/wp-content/uploads/2021/03/ICHD-3-Brazilian-Portuguese.pdf>. Acesso em: 05 out. 2024.

Speciali, José & Kowacs, Fernando & Jurno, Mauro & Bruscky, Igor & De Carvalho, João José & Goreth, Francisca & Fantini, Malheiro & Carvalho, Henrique & Pires, Leopoldo & Fialho, Daniel & Prado, Gilmar. (2020). **PROTOCOLO NACIONAL PARA DIAGNÓSTICO E MANEJO DAS CEFALÉIAS NAS UNIDADES DE URGÊNCIA DO BRASIL - 2018** Departamento Científico de Cefaleia da Academia Brasileira de Neurologia - Sociedade Brasileira de Cefaleia.