



Tipo do documento	Protocolo Organizacional e Assistencial	Versão: 01 Pág.: 01/20
Título do documento	PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO PARA NEUROLOGIA ADULTO	Data de emissão: 19/05/2025
		Revisão: De acordo com a demanda

SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO E PLANEJAMENTO
NÚCLEO DE GOVERNANÇA CLÍNICA

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO PARA NEUROLOGIA ADULTO

1. Introdução

Este protocolo tem como finalidade orientar o encaminhamento de pacientes adultos para a especialidade de Neurologia. Há também direcionamento breve para encaminhamento a outras especialidades de acordo com características específicas da história clínica do paciente.

As informações aqui contidas determinam o fluxo de encaminhamento para a especialidade clínica de neurologia, servindo como subsídio para a tomada de decisão do profissional assistente e para o suporte dos processos de regulação no âmbito administrativo. Além disso, as orientações aqui presentes determinam situações em que o encaminhamento ao especialista, a priori, não é necessário. Sendo condições sensíveis à APS (Atenção Primária a Saúde).

Embora o protocolo contemple as condições clínicas de maior prevalência, outras situações não previstas poderão justificar o encaminhamento, desde que fundamentadas na avaliação clínica. O protocolo também estabelece critérios para priorização do atendimento e encaminhamento imediato ao serviço de Urgência e Emergência, garantindo que os casos com maior risco e urgência recebam a atenção adequada, em acordo com o princípio da equidade preconizado pelo Sistema Único de Saúde.

2. Objetivo

O Protocolo de Encaminhamento para Neurologia Adulto Esse protocolo compõe as normativas que orientam o acesso aos serviços de atenção especializada na rede de saúde de Aparecida de Goiânia. Através da padronização dos critérios clínicos e do uso racional dos recursos da Rede de Atenção à Saúde (atenção primária, atenção especializada, urgência e emergência e atenção domiciliar).



3. Orientações gerais para solicitação de encaminhamento:

- 3.1. Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade Neurologia 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.
- 3.2. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas no prontuário do paciente e devem constar no encaminhamento.
- 3.3. 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 e externos para avaliação e tratamento do caso.
- 3.4. O resultado de exames complementares é uma informação importante para auxiliar o trabalho da regulação, e deve ser descrito quando realizado pelo paciente e sua solicitação consta no conteúdo descritivo mínimo de cada protocolo. Contudo, os referidos exames não são obrigatórios para os locais sem estes recursos, e não impedem a solicitação de consulta especializada.
- 3.5. **Pacientes com diagnóstico de cefaleia e indicação de investigação com exame de neuroimagem, suspeita ou diagnóstico de polineuropatias agudas (após avaliação em emergência) ou com sintomas e sinais atípicos, suspeita ou diagnóstico de epilepsia recente, declínio cognitivo rapidamente progressivo ou vertigem de origem central (já avaliada em serviço de emergência) devem ter preferência no encaminhamento à Neurologia, quando comparados com outras condições clínicas previstas nos protocolos.**
- 3.6. É responsabilidade do médico assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado (urgência/emergência ou atenção especializada), conforme sua avaliação.



4. Motivos frequentes de encaminhamento

Neste documento apresentamos abaixo orientações específicas sobre alguns dos motivos mais frequente de encaminhamento a especialidade Neurologia Adulto conforme sumário a seguir:

SUMÁRIO:

Protocolo	Página
Protocolo 1 – Cefaleia	04
Protocolo 2 – Demência	07
Protocolo 3 – Convulsão / Epilepsia	08
Protocolo 4 – Síncope ou perda transitória da consciência	10
Protocolo 5 – Tremor e síndromes parkinsonianas	12
Protocolo 6 – Acidente Vascular Cerebral	14
Protocolo 7 – Distúrbios do movimento (ataxias, coreias e distonias)	16
Protocolo 8 – Polineuropatia	19
Protocolo 9 – Vertigem	22



PROTOCOLO 1 – CEFALEIA

Objetivo específico:

Tratar pacientes com diagnóstico de cefaleia e indicação de investigação com exame de neuroimagem, suspeita ou diagnóstico de polineuropatias agudas (após avaliação em emergência) ou com sintomas e sinais atípicos, suspeita ou diagnóstico de epilepsia recente, declínio cognitivo rapidamente progressivo ou vertigem de origem central (já avaliada em serviço de emergência) devem ter preferência no encaminhamento ao neurologista quando comparados a outras condições clínicas previstas neste protocolo.

Esses critérios devem ser adaptados conforme a necessidade da regulação local, após avaliação de recursos disponíveis na RAS.

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

- Pacientes com cefaleia e sinais de alerta – Quadro 1:

Quadro 1 – Sinais de alerta em pacientes com cefaleia que sugerem manejo em serviço de emergência/urgência (presença de pelo menos um).

início súbito ou recente com dor de forte intensidade (“pior cefaleia da vida”);
evolução insidiosa e progressiva, com ápice há poucos dias;
cefaleia iniciada após trauma de crânio recente;
sinais de doença sistêmica: febre, mialgias, petéquias, confusão mental, rigidez de nuca;
paciente HIV com padrão novo de cefaleia ou alteração em exame de imagem;
padrão novo de cefaleia em paciente com história recente/atual de neoplasia, uso de anticoagulantes ou com discrasias sanguíneas;
padrão novo de cefaleia iniciada em paciente com mais de 50 anos, com dor 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: TelessaúdeRS-UFRGS (2020), adaptado de Toward Optimized Practice (2016).



CEFALEIA – 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;
- Início da cefaleia em pessoa com mais de 50 anos;
- Evolução insidiosa e progressiva, com ápice em poucas semanas ou meses;
- Dor que acorda durante o sono;
- Dor desencadeada pelo esforço, coito, tosse, atividade física ou manobra de valsalva.

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

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

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

- Paciente com cefaleia e exame de imagem (RMN ou TC de crânio) com alteração sugestiva de potencial indicação cirúrgica – [Quadro 2](#)

Quadro 2 – 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 (2020).



CEFALEIA – Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento para Neurologia 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); a
4. Anexar laudo de exame de imagem (TC ou RMN de crânio), preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);



PROTOCOLO 2 – DEMÊNCIA

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

- Declínio cognitivo rapidamente progressivo (limitação funcional, cognitiva, comportamental ou motora significativas com evolução menor que dois anos);
- Declínio cognitivo em que foram excluídas causas reversíveis e transtornos psiquiátricos descompensados.

DEMÊNCIA – Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas (descrever idade e modo de início, tempo de evolução, situações e tarefas que o paciente apresenta prejuízo, exame físico neurológico, outros sinais e sintomas associados);
2. Pontuação no mini exame do estado mental e escolaridade (anos concluídos de educação formal);
3. Sintomas depressivos (sim ou não). Se sim, qual o tratamento em uso e resposta;
4. Resultado dos exames: TSH, Vitamina B12, FTA-ABS e VDRL (com data);
5. Anexar laudo de exame de imagem (TC ou RMN de crânio), preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);



PROTOCOLO 3 – CONVULSÃO / EPILEPSIA

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

- Crise convulsiva secundária a suspeita de infecção do sistema nervoso central, distúrbio hidroeletrólítico, abstinência de álcool ou suspeita de acidente vascular cerebral;
- Crise convulsiva que dura mais que 5 minutos ou crises que recorrem sem a completa recuperação da consciência.

CONVULSÃO / EPILEPSIA – Sinais sugestivos de crise convulsiva em paciente com episódio de alteração da consciência.

- Dúvida diagnóstica sobre a natureza das convulsões;
- Diagnóstico prévio de epilepsia com controle inadequado das crises com tratamento otimizado e descartada má adesão;
- Paciente com epilepsia e efeitos adversos intoleráveis da medicação;
- Paciente com epilepsia controlada há pelo menos 2 anos que deseja avaliação para retirada da medicação;
- Mulheres com epilepsia que estão gestantes ou que desejam planejar gravidez.
- Pelo menos um episódio de alteração de consciência sugestivo de crise convulsiva sem fatores desencadeantes reconhecíveis e reversíveis na APS – [Quadro 3](#):

Quadro 3 – Sinais sugestivos de crise convulsiva em paciente com episódio de alteração da consciência.

língua mordida;
desvio cefálico lateral persistente durante a crise;
posturas não usuais de tronco ou membros durante a crise;
contração muscular prolongada de membros (atentar para o fato de que pacientes com síncope podem apresentar abalos musculares não prolongados);
confusão mental prolongada após a crise;
não lembrar de comportamentos anormais testemunhados por outra pessoa e que aconteceram antes ou depois da alteração de consciência.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2020), adaptado de National Institute for Health and Clinical Excellence (2014a).



CONVULSÃO / EPILEPSIA – Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas (descrever as características e a frequência das crises convulsivas, idade de início, tempo de evolução, fatores desencadeantes, exame físico neurológico, outros sinais e sintomas fora das crises convulsivas);
2. Diagnóstico prévio de epilepsia (sim ou não). Se sim, descreva o tipo;
3. Tratamentos em uso ou já realizados para epilepsia (medicamentos utilizados com dose e posologia);
4. Medicamentos em uso que interferem no limiar convulsivo (sim ou não). Se sim, quais;
5. Avaliação clínica da adesão ao tratamento (sim ou não);

PROTOCOLO 4 – SÍNCOPE OU PERDA TRANSITÓRIA DA CONSCIÊNCIA

ATENÇÃO

Paciente com síncope vasovagal usualmente não necessita avaliação em serviço especializado.

As características comuns da síncope vasovagal são:

- Síncope desencadeada por postura ortostática prolongada;
- Síncope situacional, desencadeada por fatores definidos (dor, medo, fobia de sangue ou procedimentos médicos) ou situações específicas (tosse, espirro, estimulação gastrointestinal, pós-miccional);
- Que apresenta sintomas prodrômicos típicos como sudorese, calor e escurecimento da visão.

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

- Episódio de síncope em paciente com sinais de hipoperfusão, congestão pulmonar, fibrilação de início recente, suspeita de síndrome coronariana aguda, alterações de risco em eletrocardiograma ([Quadro 4](#)), história familiar (pais ou irmãos) de morte súbita antes dos 40 anos, entre outras.

Quadro 4 – Alterações eletrocardiográficas compatíveis com episódio de síncope que sugerem avaliação em serviço de emergência.

taquicardia ventricular;
taquicardia supraventricular paroxística rápida;
taquicardia ventricular polimórfica não-sustentada/intervalos de QT curto e longo;
disfunção de marca-passos ou cardio-desfibrilador implantável;
bradicardia sinusal persistente com frequência cardíaca inferior a 40 bpm;
síndrome de Brugada;
BAV 2º grau Mobitz II ou BAV 3º grau;
bloqueio sinoatrial repetitivo ou pausas maiores que 3 segundos.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2020), adaptado de National Institute for Health and Clinical Excellence (2014b).



- **Em casos de síncope/pré-síncope de origem indeterminada considerar encaminhamento para unidade de urgência, onde será avaliada a necessidade de internação ou condutas imediatas pela equipe assistente.**

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

- Episódio de alteração de consciência sugestivo de crise convulsiva – [Quadro 3](#):

Quadro 3 – Sinais sugestivos de crise convulsiva em paciente com episódio de alteração da consciência.

língua mordida;
desvio cefálico lateral persistente durante a crise;
posturas não usuais de tronco ou membros durante a crise;
contração muscular prolongada de membros (atentar para o fato de que pacientes com síncope podem apresentar abalos musculares não prolongados);
confusão mental prolongada após a crise;
não lembrar de comportamentos anormais testemunhados por outra pessoa e que aconteceram antes ou depois da alteração de consciência.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2020), adaptado de National Institute for Health and Clinical Excellence (2014a).

Se identificado crise convulsiva, consultar PROTOCOLO 3 - CONVULSÃO/EPILEPSIA e dar seguimento.

SÍNCOPE – Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas (descrever episódio com sua frequência e duração, associação com outros sintomas de provável origem cardiológica (palpitação, dispneia, desconforto precordial), relação com exercício ou outros fatores desencadeantes e exame físico neurológico e cardiológico);
2. Presença de cardiopatia (sim ou não). Se sim, qual;
3. História familiar de morte súbita (sim ou não). Se sim, idade do evento e grau de parentesco;
4. Anexar eletrocardiograma, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
5. Medicamentos que podem causar síncope (antiarrítmicos, anti-hipertensivos) (sim/não). Se sim, descreva;



PROTOCOLO 5 – TREMORES E SÍNDROMES PARKINSONIANAS

TREMORES E SÍNDROMES PARKINSONIANAS – Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Neurologia:

- Suspeita de doença de Parkinson sem uso de medicamentos potencialmente indutores – [Quadro 5](#);
- Suspeita de tremor essencial sem resposta ao tratamento clínico otimizado.

Quadro 5 – Medicamentos indutores de parkinsonismo.

antipsicóticos (tanto típicos quanto atípicos);
antieméticos (metoclopramida e bromoprida);
antivertiginosos (flunarizina e cinarizina);
anti-hipertensivos bloqueadores do canal de cálcio (anlodipino, nifedipina, verapamil, diltiazem);
metildopa;
lítio;
amiodarona;
ácido valpróico.

Fonte: Chou (2019).

TREMORES E SÍNDROMES PARKINSONIANAS

TRATAMENTO CLÍNICO OTIMIZADO:

- Propranolol: dose inicial de 20 mg, três vezes ao dia, podendo ser aumentado até 240 mg ao dia; ou
- Primidona: dose inicial de 25 mg à noite. Aumentar gradualmente 25 mg a cada três a quatro dias, até 250 mg/dia.
- Para casos refratários, a combinação de propranolol e primidona pode ser mais efetiva que o uso de cada medicamento isoladamente.
- Substituir um medicamento pelo outro também é uma estratégia possível, caso ocorram efeitos adversos indesejáveis.



TREMORES E SÍNDROMES PARKINSONIANAS – Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas (descrever idade de início e tempo de evolução dos sintomas, características do tremor, bradicinesia, rigidez muscular do tipo plástica, alteração da marcha, instabilidade postural e demais exames neurológicos);
2. Tratamentos em uso ou já realizados para tremor e/ou síndrome parkinsoniana (medicamentos utilizados com dose e duração do tratamento);
3. Outros medicamentos em uso (com dose e posologia);



PROTOCOLO 6 – ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

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

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

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

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

ATENÇÃO

Sintomas 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.

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

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



AVC – 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. Anexar laudo de exame de imagem (TC ou RMN de crânio), preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
3. Anexar eletrocardiograma, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
4. Anexar ecodoppler de carótidas, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
5. Comorbidades (hipertensão, diabetes, arritmia) (sim ou não). Se sim, quais.

ATENÇÃO

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

PROTOCOLO 7 – DISTÚRBIOS DO MOVIMENTO (ATAXIAS, COREIAS E DISTONIA)

DISTÚRBIOS DO MOVIMENTO – Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- Episódio agudo de ataxia ou coreia em adultos (principais causas: acidente vascular cerebral, infecção, medicamentos, entre outras).

DISTÚRBIOS DO MOVIMENTO – Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Neurologia:

- Suspeita ou diagnóstico de ataxia (quadro 6);
- Suspeita ou diagnóstico de coreia (quadro 7);
- Suspeita ou diagnóstico de distonia (quadro 8) ou espasmo hemifacial.

Quadro 6 – Avaliação de ataxia.

Definição: incoordenação motora que não é resultado de fraqueza muscular. Pode afetar movimento ocular, fala (disartria), membros, tronco, postura e marcha.

Quadro clínico:

- Presença de hipotonia;
- Marcha desequilibrada, tende a quedas quando reduz a base de apoio (na avaliação do equilíbrio parado com os pés juntos);
- Presença de dismetria (incapacidade de atingir um alvo como identificado pela manobra index-nariz, calcanhar Joelho);
- Presença de disdiadococinesia (identificada pela incapacidade de realizar movimentos rápidos intercalados como pronação e supinação sobre a coxa);
- Presença de tremor de intenção (aumenta ao aproximar do alvo).

Causas:

- **Agudas:** Vascular (AVC/AIT), medicamentoso, infeccioso/pós-infeccioso.
- **Subagudas:** Infecções atípicas, autoimunes, neoplásico, paraneoplásico, álcool/deficiências nutricionais, doenças sistêmicas.
- **Crônicas:** Genéticas, degenerativas, congênitas (geralmente não progressivas).
- **Medicações:** Antiepilépticos, amiodarona, barbitúricos, alguns quimioterápicos, lítio, metronidazol, zidovudine.

Avaliação na APS:

- Evolução da doença e sintomas associados;
- História familiar de distúrbios do movimento ou outras doenças associadas à ataxia;
- Questionar medicamentos recentemente introduzidos ou possíveis de causar ataxia e avaliar possibilidade de substituição;
- Avaliar uso de álcool e deficiências nutricionais (encefalopatia de Wernicke);
- Avaliação laboratorial conforme outras doenças crônicas ou sintomas que norteiam hipótese diagnóstica para causas secundárias, incluindo avaliação para sífilis e HIV.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2020), adaptado de Opal e Zoghbi (2019).

Quadro 7 – Avaliação de coreia.

Quadro clínico:

- Movimentos rápidos e irregulares que ocorrem de maneira involuntária e de forma imprevisível em diferentes partes do corpo.
- Pode estar associado à marcha irregular e instável, paciente inclinando-se e abaixando-se de um lado para o outro.
- Geralmente a força muscular é preservada, mas pode haver dificuldade para manter contração muscular como no aperto de mão.
- Desaparece durante o sono e não é suprimida por controle voluntário.

Causas:

- Vascular (AVC/AIT);
- Doenças hereditárias raras (como doença de Huntington e outras neurodegenerativas);
- Medicamentos e toxinas: dopaminérgicos, anticolinérgicos, tricíclicos, contraceptivos orais, antipsicóticos, lítio, fenitoína, anfetaminas, intoxicação e abstinência alcoólica;
- Doenças metabólicas e endocrinológicas: hipernatremia, hiponatremia, hipomagnesemia, hipocalcemia, hipertireoidismo, hipoparatiroidismo, nutricionais (deficiência de vitamina B12, pelagra, Beriberi), Doença de Wilson;
- Doenças autoimunes: lúpus, purpura Henoch-Schönlein;
- HIV/aids;
- Coreia de Sydenham (por infecção por estreptococo beta-hemolítico do grupo A);
- Gravidez (coreia gravídica).

Avaliação na APS (conforme disponibilidade local):

- avaliar história familiar de distúrbios do movimento ou outras doenças raras hereditárias,
- questionar medicamentos recentemente introduzidos e avaliar possibilidade de substituição,
- avaliação laboratorial varia conforme suspeita clínica. Na ausência de suspeita solicitar: anti-HIV, sódio, potássio, magnésio, cálcio, TSH, vitamina B12, FAN, glicemia, beta-HCG (para mulher em idade fértil).
- RMN ou TC com contraste de crânio.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018), adaptado de Greenberg, Aminoff e Simon (2014) e Louis, Stephan e Rowland (2015).

Quadro 8 - Avaliação de distonia.

Quadro clínico:

- Contração muscular involuntária que ocasiona postura anormal, torsão e movimentos repetitivos de uma parte do corpo.
- A postura anormal pode ser dolorosa.
- Se exacerbam em períodos de estresse e tensão, diminuem no relaxamento e desaparecem no sono.
- Podem melhorar com um gesto antagonista ou com truque sensorial como toque do local acometido.
- Podem ser focais (ex: blefaroespasmos, distonia cervical, câibra do escrivão), segmentares, multifocais ou generalizadas.

Causas:

- Hereditárias como distonias por mutações DYT.
- Adquiridas: Encefalopatia anóxica perinatal, doenças cerebrovasculares, lesão traumática craniana, medicamentos (ex: levodopa, bloqueadores de canal de cálcio, agonistas dopaminérgicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, metoclopramida), neoplasia de sistema nervoso central, infecções de sistema nervoso central e transtornos psicogênicos.

Avaliação na APS (conforme disponibilidade local):

- Avaliar história familiar de distúrbios do movimento ou outras doenças raras hereditárias.
- Questionar medicamentos recentemente introduzidos e avaliar possibilidade de substituição.
- Avaliação laboratorial conforme suspeita clínica. Na ausência de suspeita específica solicitar: hemograma, sódio, potássio, magnésio, cálcio, TGO, TGP, creatinina, ureia, FAN, VSG, VDRL.
- RMN ou TC com contraste de crânio.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018), adaptado de Chaves (2009) e Comella (2018).



DISTÚRBIOS DO MOVIMENTO – Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas (descrever idade de início e tempo de evolução dos sintomas, características do distúrbio de movimento, alteração da marcha, instabilidade postural e demais exames neurológicos);
2. Descrição do tipo de distúrbio do movimento (ataxia / coreia / distonia), data de início de sintomas;
3. Anexar laudo de exame de imagem (TC ou RMN de crânio), preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
4. História prévia de trauma (se houver)
5. Uso de medicamentos em uso (com dose e posologia);
6. Comorbidades (hipertensão, diabetes, arritmia) (sim ou não). Se sim, quais.

ATENÇÃO

Situação Especial – Regulação para vaga externa
Especialidade: GENETICISTA

DISTÚRBIOS DO MOVIMENTO – Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para GENETICISTA:

- Suspeita ou diagnóstico de ataxia ([quadro 6](#)) de provável origem genética, após avaliação com neurologista;
- Suspeita ou diagnóstico de coreia ([quadro 7](#)) de provável origem genética, após avaliação com neurologista;
- Suspeita ou diagnóstico de distonia ([quadro 8](#)) ou espasmo hemifacial de provável origem genética, após avaliação com neurologista.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento para GENETICISTA deve ter:

1. Sinais e sintomas;
2. História familiar de ataxia, coreia ou distonia hereditária (sim ou não). Se sim, descreva o quadro e grau de parentesco;
3. História de consanguinidade entre os pais (sim ou não). Se sim, descreva o grau de parentesco;



PROTOCOLO 8 – POLINEUROPATIA

Pacientes com sintomas de polineuropatia com características típicas e etiologia definida (como DM, abuso de álcool, quimioterapia, entre outros) devem inicialmente ser manejados na APS.

- ➔ Encaminhar pacientes ao neurologista que apresentam sintomas atípicos, refratários ou sem etiologia definida.

POLINEUROPATIA – Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para URGÊNCIA/EMERGÊNCIA:

- Suspeita de polineuropatia aguda (como Guillain-Barré).
- Polineuropatia com características atípicas – [Quadro 9](#).
 - Após avaliação em serviço de emergência e descartadas condutas imediatas, encaminhar ao neurologista.

Quadro 9 – Características atípicas de polineuropatia que sugerem investigação com neurologista.

- sintomas graves ou rapidamente progressivos;
- sintomas assimétricos ou não comprimento dependente;
- sintomas predominantemente motores;
- sintomas com início agudo;
- predomínio de manifestações clínicas autonômicas;
- causa etiológica não definida.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2020), adaptado de Callaghan, Price e Feldman (2015) e Rutkove (2019).

POLINEUROPATIA – Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para NEUROLOGIA:

- Polineuropatia desmielinizante;
- Polineuropatia com etiologia definida, porém com sintomas progressivos ou refratários ao tratamento clínico otimizado (tratamento da causa base e uso de medicamentos como tricíclicos ou gabapentina);
- Sintomas de polineuropatia (perda de sensibilidade, sensação de queimação, formigamento, perda de força) sem etiologia definida após investigação inicial na APS.



AVALIAÇÃO DE POLINEUROPATIA (PNP)

QUADRO CLÍNICO:

- Varia conforme as fibras acometidas, podendo ter sintomas sensitivos, motores, autonômicos ou mistos:
 - **Sintomas sensitivos:** hipoestesia, parestesia, disestesia, ataxia sensitiva, entre outros;
 - **Sintomas motores:** fraqueza, atrofia e hipotonia muscular, hipo ou arreflexia, fasciculações, entre outros.
 - **Sintomas autonômicos:** anidrose, hipotensão ortostática, arritmias, hipossecreção salivar ou lacrimal, entre outros.

CAUSAS:

- **PNP por condições clínicas gerais** (mais comum): diabetes mellitus, uso abusivo de álcool, hipotireoidismo, doença hepática crônica, doença renal crônica (estágios graves ou dialíticos), neoplasias (como leucemias, linfomas, metástase de tumores sólidos), para proteinemias (presença de proteínas monoclonais), lúpus, artrite reumatoide.
- **PNP inflamatória ou infecciosas:** Síndrome de Guillain-Barré (emergência médica), neuropatia motora multifocal (sintomas motores como punho caído unilateral seguido por pé caído), PNP associada ao HIV ou hanseníase.
- **PNP metabólicas ou tóxicas:** deficiências nutricionais (tiamina, vitamina B12), tóxica (álcool, chumbo, mercúrio, arsênio, solventes), medicamentos (quimioterápicos, colchicina, amiodarona, nitrofurantoína, isoniazida).
- **PNP hereditárias:** Charcot-Marie-Tooth (perda de força distal, arreflexias, perda de sensibilidade).

AVALIAÇÃO LABORATORIAL:

- Pacientes que apresentam polineuropatia leve por provável condição tratável na APS (como diabetes, alcoolismo, uso de medicamentos, hipotireoidismo, entre outros) não necessitam avaliação extensa laboratorial no início do quadro, devendo-se tratar a causa base da PNP. Porém sugere-se investigação precoce com eletroneuromiografia se paciente apresenta comorbidades de maior potencial de gravidade (como HIV, lúpus, artrite reumatoide) ou se o paciente apresenta sintomas graves, progressivos, atípicos. Nesses casos, o padrão eletroneuromiográfico (desmielinizante versus axonal) irá nortear a sequência de investigação.



- Em localidades onde o estudo eletroneuromiográfico não pode ser realizado, sugere-se a seguinte investigação mínima, se disponível:
 - glicose;
 - vitamina B12;
 - TSH;
 - eletroforese de proteínas;
 - VSG;
 - hemograma;
 - painel metabólico (creatinina, sódio, potássio, cálcio, TGO, TGP, GGT, fosfatase alcalina);
 - Teste rápido ou sorologia para HIV.

POLINEUROPATIA – Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas (evolução dos sintomas no tempo, características dos sintomas sensitivos, motores, reflexos miotáticos profundos, entre outros);
2. Anexar laudo de eletroneuromiografia, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
3. Descrever resultado de exames realizados na investigação (hemograma, glicemia de jejum ou hemoglobina glicada, vitamina B12, TSH, teste rápido ou sorologia para HIV), com data;
4. Paciente tem outras comorbidades? (sim ou não) Se sim, quais?
5. Tratamento em uso ou já realizado para polineuropatia (descreva medicamento e posologia);
6. Outros medicamentos em uso;
7. História familiar de neuropatia hereditária (sim ou não)? Se sim, descreva a doença e grau de parentesco;



PROTOCOLO 9 – VERTIGEM

VERTIGEM – Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para URGÊNCIA/EMERGÊNCIA:

- Vertigem com suspeita de origem central (quadro 11) + sinais de gravidade.

SINAIS DE GRAVIDADE

- Sintomas ou sinais neurológicos focais (como cefaleia, borramento visual, diplopia, disartria, parestesia, fraqueza muscular, dismetria, ataxia);
- Novo tipo de cefaleia (especialmente occipital);
- Surdez aguda unilateral;
- Nistagmo vertical.

Quadro 11 – Suspeita de vertigem central e periférica.

Vertigem central:

- nistagmo vertical (altamente sugestivo) ou outras apresentações (horizontal, rotatório ou multidirecional). Nistagmo de origem central não costuma ter latência (e, se presente, dura até 5 segundos), não é fatigável (pode durar semanas a meses) e não é inibido com a fixação do olhar;
- grave desequilíbrio e dificuldade para caminhar ou mesmo ficar em pé;
- presença de outros sinais e/ ou sintomas neurológicos focais (cefaleia, diplopia, disartria, parestesia, fraqueza muscular, dismetria);
- surdez súbita unilateral;
- vertigem e nistagmo menos intensos, raramente associados a zumbido ou hipoacusia.

Vertigem periférica:

- nistagmo horizontal ou horizonte-rotatório. Geralmente desencadeado após teste provocativo (como Manobra de Dix-Hallpike – [figura 1](#)), com tempo de latência em torno de 20 segundos após manobra. O nistagmo é inibido após fixação do olhar e é fatigável;
- desequilíbrio leve a moderado (geralmente para o lado do labirinto comprometido), porém consegue caminhar;
- comumente associada a sintomas auditivos (zumbido, hipoacusia, plenitude aurál);
- vertigem e nistagmo pronunciados, associado a náusea e vômito.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2020), adaptado de Kanagalingam, Hajioff e Bennett (2005) e Labuguen (2006).

VERTIGEM – Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para NEUROLOGIA:

- Vertigem com suspeita de origem central (quadro 11) após avaliação em serviço de emergência.



VERTIGEM – Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para OTORRINOLARINGOLOGIA:

- Suspeita de doença de Ménière ([quadro 12](#));
- Vertigem posicional paroxística benigna - VPPB ([quadro 12](#)): encaminhar ao otorrino se houver características clínicas compatíveis associado a mais de 3 episódios de recorrência após manobras de reposição otolítica (Manobra de Epley)
- Labirintite ou neuronite com sintomas que não melhoram após 15 dias de tratamento conservador ([quadro 13](#))
- Vertigem periférica ([quadro 11](#)) com dúvida diagnóstica após investigação de causas secundárias na APS
- Antes de encaminhar ao neurologista, descartar causas secundárias de vertigem:
 - Medicamentos e substâncias ([quadro 14](#))
 - Diabetes
 - Hipertireoidismo e hipotireoidismo descompensados

Quadro 12 – Características das causas mais comuns de vertigem periférica.

Vertigem Posicional Paroxística Benigna (VPPB) • sensação rotatória que geralmente dura menos que 1 minuto e é desencadeada por movimentação da cabeça (como sair da cama, inclinar-se para frente ou para trás); • vertigem costuma ser intensa e associada à náusea; • presença de nistagmo (horizontal ou rotatório) desencadeado por manobras como Dix-Hallpike (figura 1). • O nistagmo apresenta período de latência (inicia 5 a 20 segundos após manobra), é fatigável e inibido após fixação do olhar.
Neurite vestibular aguda (neuronite/labirintite) • sensação rotatória sustentável (não-posicional) unidirecional, geralmente de início abrupto, com melhora progressiva durante semanas; • associada à náusea e vômitos, porém sem outros sintomas como zumbido ou sintomas neurológicos focais; • nistagmo (horizontal ou rotatório) é inibido após a fixação do olhar; • apresenta teste do impulso cefálico positivo (sacada para manter o alvo visual) quando cabeça é movimentada para o lado afetado (figura 3).
Doença de Ménière • crises recorrentes de vertigem com sintomas cocleares (hipoacusia, zumbido e plenitude aurais); • crise inicia com os sintomas cocleares, seguido pela vertigem, que tem pico de intensidade rápido e dura cerca de 20 minutos a horas (porém não costuma durar mais que 24 horas); • costuma apresentar perda auditiva neurosensorial unilateral ou assimétrica.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2020), adaptado de Duncan *et al.* (2013), Kanagalingam, Hajioff e Bennett (2005) e Harcourt, Barraclough e Bronstein (2017).



Quadro 13 – Tratamento farmacológico da neuronite ou labirintite aguda.

Sintomáticos: antieméticos ou antivertiginosos devem ser oferecidos durante os 3 primeiros dias da fase aguda. Não ultrapassar o prazo de 3 dias, pois pode atrasar o período de compensação pelo sistema nervoso central.

Anti-histamínicos:

Dimenidrato: 50 mg, de 6 em 6 horas (VO); ou

Meclizina: 25 a 50 mg, de 6 em 6 horas (VO); ou

Cinarizina: 25 mg, de 8 em 8 horas (VO); ou

Prometazina: 25 mg de 8 em 8 horas (VO); ou

Outros antieméticos:

Domperidona: 10 a 20 mg, de 8 em 8 horas (VO); ou

Metoclopramida: 5 a 10 mg, de 6 em 6 horas (VO); ou

Ondansetrona: 4 a 8 mg, 12 em 12 horas (VO).

Benzodiazepínicos:

Clonazepam: 0,25 a 0,5 mg, de 8 em 8 horas (VO); ou

Diazepam: 5 a 10 mg, de 12 em 12 horas (VO); ou

Lorazepam: 1 a 2 mg, de 8 em 8 horas (VO); ou

Corticoesteroide ou antiviral: utilizado na suspeita de neuronite ou labirintite aguda por infecção viral (exemplos: herpes simples, herpes zoster).

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2020), adaptado de Furman (2018).

Quadro 14 – Alguns medicamentos/substâncias que causam vertigem.

Álcool / Cocaína
Aminoglicosídeos
Antiarrítmicos
Anticonvulsivantes (fenitoína, fenobarbital)
Antidepressivos
Anti-histamínicos sedativos
Anti-hipertensivos
Benzodiazepínicos
Diuréticos (furosemida)
Nitratos
Lítio
Relaxantes musculares

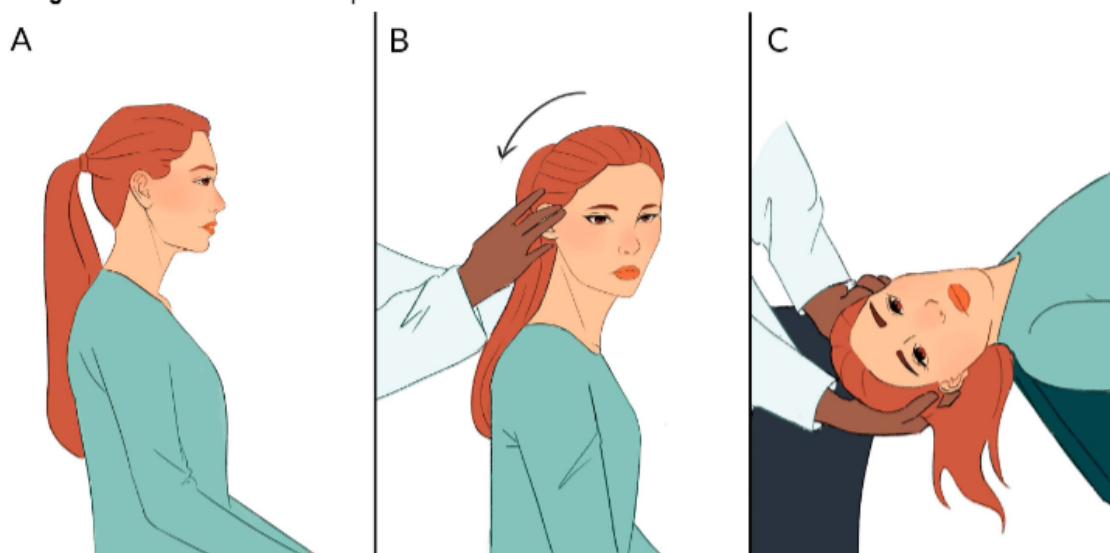
Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2020), adaptado de Labuguen (2006) e Muncie, Sirmans e James (2017).

VERTIGEM – Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas (duração, tempo de evolução e frequência dos episódios de vertigem; fatores desencadeantes; outros sintomas associados, exame físico neurológico e otoscopia)
2. Tratamento em uso ou já realizados para vertigem (não farmacológico e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação)
3. Resultado de TSH e glicemia de jejum ou hemoglobina glicada, com data;
4. Medicamentos que cursam com vertigem ([quadro 14](#))

VERTIGEM – Manobras específicas:

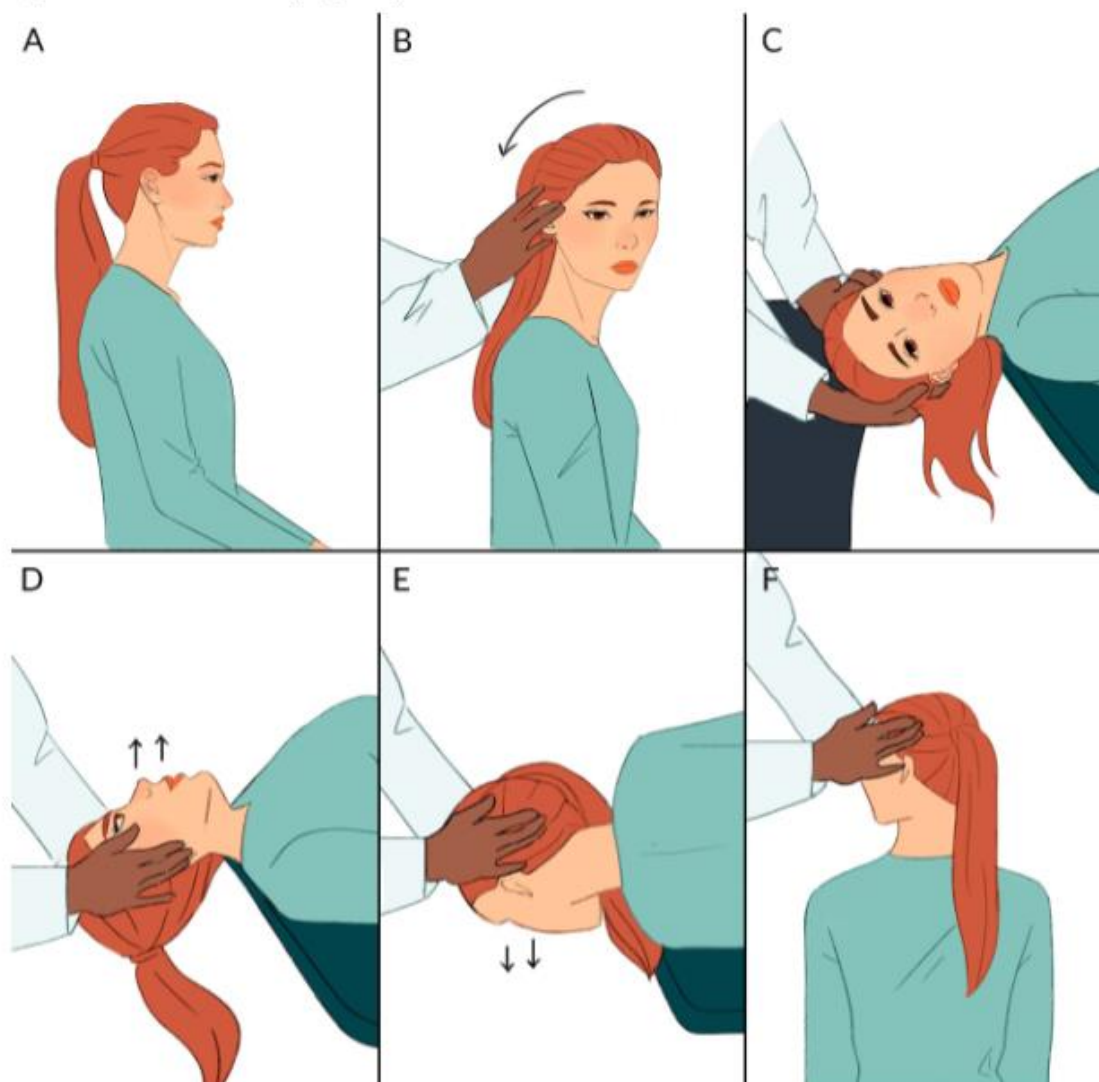
Figura 1 – Manobra de Dix-Hallpike.



- Explique a manobra ao paciente e informe que pode provocar vertigem.
- Posicione o paciente sentado a uma altura que, quando deitado, sua cabeça permaneça fora da maca (figura A).
- Vire a cabeça do paciente 45 graus para o lado a ser avaliado e solicite que o mesmo mantenha os olhos abertos e focados em um ponto fixo à sua frente (figura B). Explique que será importante que ele mantenha os olhos abertos mesmo que sinta vertigem, para a observação dos movimentos oculares.
- Segure a cabeça e deite rapidamente o paciente, mantendo a cabeça pendente em um ângulo de 20 graus por até 20 segundos (período de latência para surgimento do nistagmo) (figura C). A manobra é considerada positiva quando o nistagmo está presente, e sugere o diagnóstico de VPPB.
- Observe novamente a presença de nistagmo ao levantar o paciente para a posição sentada. O nistagmo costuma modificar sua direção e dura cerca de 20 a 40 segundos.
- Solicite ao paciente para que fixe o olhar, identificando se o nistagmo é fatigável.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2020) adaptado de Labuguen (2006) e Kim e Zee (2014).

Figura 2– Manobra de Epley – reposicionamento otolítico.



- Explique a manobra ao paciente e informe que pode induzir vertigem ou nistagmo.
- Primeiramente, realize a manobra de Dix-Hallpike (figuras A, B e C – deite rapidamente o paciente com a cabeça virada em ângulo de 45 graus).
- Vire a cabeça do paciente em ângulo de 90 graus (figura D) para o lado não afetado.
- Vire novamente a cabeça do paciente em ângulo de 90 graus (figura E). Nessa posição o paciente está com a face virada para o chão e o tronco está virado em 90 graus.
- Mova o paciente para a posição sentada (figura F).
- Mantenha o paciente em cada posição até que o nistagmo ou vertigem resolvam, porém no mínimo por 30 segundos.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2020), adaptado de Kim e Zee (2014).

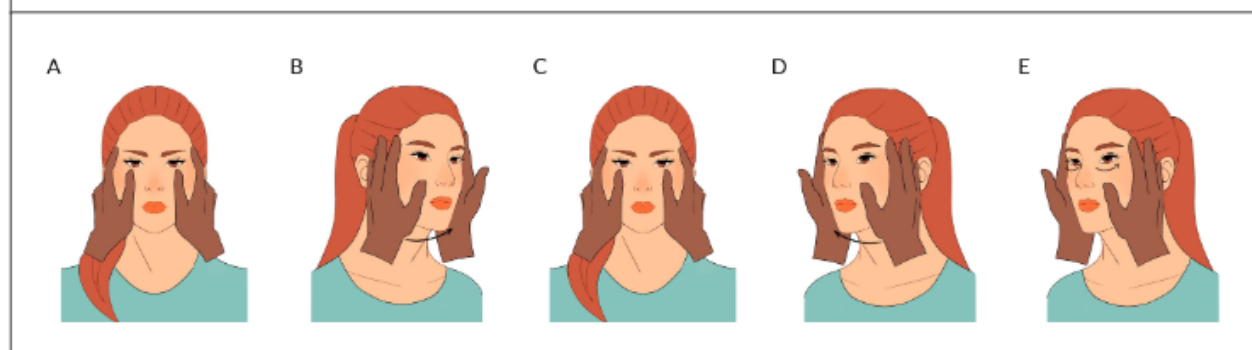
Figura 3 – Teste do impulso cefálico.

Teste que auxilia no diagnóstico de neuronite vestibular aguda. Trata-se de vertigem sustentada (não posicional) que apresenta nistagmo unidirecional, predominantemente horizontal, sem perda auditiva, zumbido ou manifestação neurológica.

Manobra: solicite ao paciente que fixe o olhar em um objeto à sua frente. A cabeça do paciente é rodada rapidamente pelo examinador, primeiro para a esquerda (A e B), depois para a direita (C e D).

Estado normal: o olhar se mantém fixo a um objeto quando se rota a cabeça de maneira rápida (A,B).

Teste do impulso cefálico positivo: Ao rotar a cabeça de maneira rápida, o olhar não é mantido e o paciente faz uma sacada para refixar o olhar no objetivo (C,D,E).



Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2020), adaptado de Furman (2018).

REFERÊNCIAS:

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Protocolos de encaminhamento para neurologia adulto. rev. e atual. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 29 abr. 2020. Disponível em: <https://telessauders.ufrgs.br/protocolos/protocolo-de-neurologia-adulto-ses>

Acesso em: 11, jun. 2025

	Nome	Cargo	Área de Atuação
Elaboração	Thâmara Oliveira Costa	Médica	Núcleo de Governança Clínica
	Sônia Maria S. S. Martins	Chefe de unidade	Núcleo de Governança Clínica
Revisão	Loanny Moreira Barbosa	Diretora	Atenção Especializada - SAS
Aprovação	Carlos Eduardo de Paula Itacramby	Superintendente	Superintendência de Gestão e Planejamento