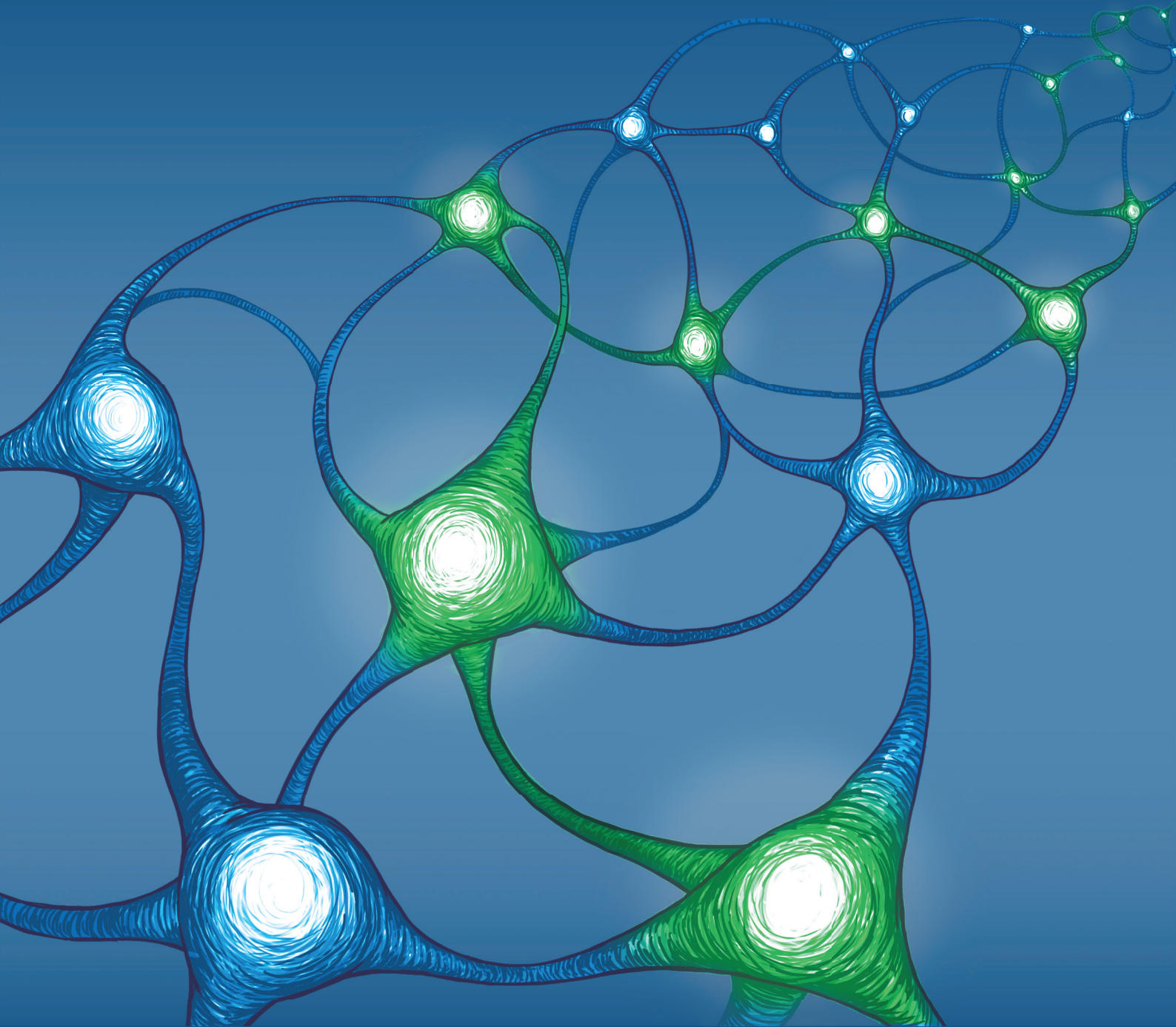


EVENTOS AGUDOS NA ATENÇÃO BÁSICA



Cefaleia

GOVERNO FEDERAL

Presidente da República

Ministro da Saúde

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)

Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)

Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde

Responsável Técnico pelo Projeto UNA-SUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitora Roselane Neckel

Vice-Reitora Lúcia Helena Pacheco

Pró-Reitora de Pós-graduação Joana Maria Pedro

Pró-Reitor de Pesquisa Jamil Assereuy Filho

Pró-Reitor de Extensão Edison da Rosa

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretor Sergio Fernando Torres de Freitas

Vice-Diretor Isabela de Carlos Back Giuliano

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

Chefe do Departamento Antonio Fernando Boing

Subchefe do Departamento Lúcio José Botelho

Coordenador do Curso de Capacitação Rodrigo Otávio Moretti-Pires

COMITÊ GESTOR

Coordenadora de Produção de Material Elza Berger Salema Coelho

Coordenadora Interinstitucional Sheila Rubia Lindner

Coordenador de AVA Antonio Fernando Boing

Coordenadora Acadêmica Kenya Schmidt Reibnitz

Coordenadora Executiva Rosângela Leonor Goulart

EQUIPE EAD

Douglas Kovaleski

Isabela Oliveira

Thays Berger Conceição

Carolina Carvalho Bolsoni

AUTORAS

Fernanda Lazzari Freitas

Tanise Gonçalves de Freitas

REVISOR EXTERNO

Lílian Tânia Amorim

Cesar Augusto Soares Nitschke

ASSESSORA PEDAGÓGICA

Marcia Regina Luz

EVENTOS AGUDOS NA ATENÇÃO BÁSICA

Cefaleia



© 2013 todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.
ISBN –

Edição, distribuição e informações:

Universidade Federal de Santa Catarina

Campus Universitário, 88040-900 Trindade – Florianópolis – SC

Disponível em: www.unasus.ufsc.br.

Ficha catalográfica elaborada pela Escola de Saúde Pública de Santa Catarina Bibliotecária responsável:
Eliane Maria Stuart Garcez – CRB 14/074

FICHA CATALOGRÁFICA

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenação Geral da Equipe: Eleonora Milano Falcão Vieira e Marialice de Moraes

Coordenação de Design Instrucional: Andreia Mara Fiala

Coordenação de Design Gráfico: Giovana Schuelter

Design Instrucional Master: Agnes Sanfelici

Design Instrucional: Soraya Falqueiro

Revisão de Português: Barbara da Silveira Vieira, Flávia Goulart

Design Gráfico: Fabrício Sawczen

Ilustrações: Rafaella Volkmann Paschoal, Fabrício Sawczen

Design de Capa: Rafaella Volkmann Paschoal

SUMÁRIO

1. Introdução	8
2. Conceito	9
3. Classificação	9
4. Avaliação diagnóstica	11
4.1 Anamnese.....	11
4.2 Exame físico.....	15
4.3 Exames complementares.....	15
5. Diagnóstico diferencial	16
5.1 Principais cefaleias primárias.....	16
5.1.1 Cefaleia tipo tensional.....	16
5.1.2 Migrânea [Enxaqueca].....	16
5.1.3 Cefaleia em salvas/Neuralgia do Trigêmeo.....	17
5.2 Cefaleias secundárias.....	18
6. Abordagem inicial	19
6.1 Cefaleia tensional.....	19
6.2 Migrânea.....	19
6.3 Cefaleia em salvas.....	21
7. Atendimento sequencial	22
7.1 Cefaleia tensional.....	23
7.2 Migrânea com ou sem aura.....	23
7.3 Cefaleia em salvas.....	24
7.4 Cefaleia por uso crônico de analgésicos.....	24
7.5 Cefaleias secundárias.....	24
8. Atendimento sequencial	25
9. Cuidados pós-eventos agudos no domicílio e na comunidade	27
10. Resumo do Módulo	28
Referências	29
Autoras	31

APRESENTAÇÃO DO MÓDULO

Caro aluno,

Neste módulo, vamos discutir aspectos essenciais para uma abordagem integral às pessoas com cefaleia no âmbito da Atenção Básica.

A cefaleia é um dos motivos mais frequentes de procura à Unidade de Saúde e integra a rotina das equipes de saúde, seja na forma de demanda espontânea ou em consultas programadas.

Embora o atendimento médico, com consequente prescrição de analgésicos para o alívio da dor, seja o objetivo fim do usuário que busca o serviço em virtude de uma cefaleia, é importante que toda a equipe de saúde esteja preparada para abordar este sintoma, especialmente no que toca ao reconhecimento dos sinais de alerta ou de risco imediato para o indivíduo, que indiquem a necessidade de referência aos outros níveis de atenção da rede.

Neste conteúdo, a ênfase é dada ao manejo das situações de demanda espontânea e no atendimento sequencial dos indivíduos que buscam o serviço de saúde com relato de cefaleia aguda.

Bom estudo!

A Coordenação.

Ementa da Unidade

Tipos de cefaleia. Sinais de alerta ou risco imediato para o indivíduo. Primeiro atendimento. Referência aos outros níveis de atenção da rede de atenção. Manejo dos casos agudos de cefaleia. Atendimento sequencial cefaleia.

Objetivos de Aprendizagem

- definir e classificar os diferentes tipos de cefaleia;
- realizar avaliação diagnóstica das situações de cefaleia;
- identificar os sinais de alerta ou gravidade frente a um caso de cefaleia aguda;
- realizar o diagnóstico diferencial de cefaleia;
- conhecer sinais de risco para os quadros de cefaleia aguda;
- realizar o manejo inicial dos casos de cefaleia que necessitarão de remoção ao serviço de urgência ou emergência;
- manejar ambulatorialmente os casos agudos mais comuns de cefaleia no âmbito da Atenção Básica;
- estruturar o atendimento sequencial na Atenção Básica para os quadros de cefaleia.

Carga Horária

30 horas

A queixa de cefaleia é particularmente comum no cotidiano das Unidades de Saúde, tanto no âmbito dos serviços de urgências ou emergências hospitalares como nas unidades que integram a Atenção Básica. Sua ocorrência configura-se em um problema com características potencialmente limitantes, uma vez que influenciam negativamente no bem-estar, na qualidade de vida dos sujeitos e trazem consigo prejuízos econômicos e sociais.

Dados epidemiológicos recentes apontam para a relevância do problema e ajudam a determinar o perfil dos brasileiros que sofrem deste sintoma e que buscam os serviços de saúde em decorrência dele. No Brasil, embora as cefaleias sejam responsáveis por 9% do total de consultas por problemas agudos na Atenção Básica, afetando aparentemente mais mulheres que homens (SBMFC et al., 2009), apenas 16% dos usuários com cefaleia tensional e 56% daqueles com enxaqueca ou migrânea procuram atendimento médico (BIGAL, 2000).

A dor de cabeça gera sofrimento físico, além de prejuízos sociais, laborais, emocionais e econômicos. A cefaleia, por ser uma queixa muito frequente entre estudantes, também está relacionada a dificuldades de aprendizado, com fracasso educacional, absentismo escolar, em média de 2,8 dias/ano, maior vulnerabilidade a comorbidades e prejuízo na qualidade de vida (BRAGA et al., 2012).

Nesse sentido, a análise de dados estatísticos revela o papel significativo que a ocorrência de cefaleias assume sobre a sociedade, com impactos diretos sobre a vida econômica e a qualidade de vida das pessoas, para além dos custos diretos ao sistema de saúde.

Vincent et al. (1998) afirmam que cerca de 10% dos trabalhadores de uma empresa estudada relataram dor suficientemente intensa a ponto de prejudicar seu desempenho no trabalho, o que representa em números aproximadamente 538,75 horas não trabalhadas por mês. Na pesquisa em questão, o custo indireto das cefaleias foi estimado para cada tipo, resultando em um potencial prejuízo à empresa da ordem de R\$145,64 por funcionário ou R\$144.682,39 por ano. O número de horas pagas e não trabalhadas devido a cefaléias em um mês corresponderá a um prejuízo anual de 144 mil reais, apenas entre os 993 indivíduos entrevistados. Cada funcionário pode custar à empresa até cerca de R\$130,00-US\$112.45

por mês. Transpondo estes valores para toda a Petrobrás (41 000 funcionários), a ocorrência de cefaléias pode ocasionar um prejuízo anual da ordem de R\$5 971 240,00-US\$5 165 432.52 (VINCENT et al., 1998). Para os autores, a enxaqueca é o tipo de cefaleia com maior custo social e financeiro e seu controle é particularmente importante no ambiente de trabalho, com reflexos positivos tanto no bem-estar como na produtividade dos sujeitos.

A Organização Mundial de Saúde classifica a enxaqueca como uma das 20 principais causas de perda de anos de vida saudável por ano no mundo. A enxaqueca, isoladamente, é responsável por cerca de 400.000 dias de trabalho perdidos por ano, por um milhão de habitantes, nos países desenvolvidos. Prejudicial às relações familiares e sociais, a enxaqueca afeta a qualidade de vida e a execução das atividades diárias das pessoas. A cefaleia tensional e as várias cefaleias crônicas são capazes de provocar tantas incapacidades como a enxaqueca e, por este motivo, o conjunto das cefaleias deveria estar entre as dez causas mais importantes – e provavelmente entre as cinco mais importantes – de incapacidade em nível mundial (EHF, 2010).

Assim, o tema das cefaleias, suas consequências e seu impacto social devem ser considerados no planejamento das ações em saúde e sua problemática deve fazer parte da pauta de debates das equipes de saúde, com ampla discussão entre profissionais de saúde, usuários e gestores.

Nesse sentido, é fundamental que as equipes de Atenção Básica sejam capazes de atuar no enfrentamento deste problema, minimizando seus efeitos deletérios tanto para os sujeitos como para as comunidades atendidas.

Além disso, as equipes da Atenção Básica devem estar suficientemente sensibilizadas para adotar condutas adequadas, eficientes e acessíveis, sem a tendencialidade para os extremos, que vão desde a banalização da queixa ao uso inadvertido de tecnologias mais pesadas, pouco resolutivas e onerosas para o sistema de saúde.

Este material pretende servir de guia e se propõe a auxiliar os profissionais de saúde no reconhecimento e manejo das cefaleias agudas e crônicas na Atenção Básica, permitindo o estabelecimento do diagnóstico e o tratamento adequados, identificando situações de risco e atuando de forma integral e humanizada.

2. CONCEITO

A cefaleia, popularmente conhecida como dor de cabeça, é um sintoma que precisa ser considerado como sinal de alerta, uma vez que sua ocorrência pode estar relacionada a problemas de maior gravidade. Pode ser episódica ou contínua, envolvendo ou não estruturas orgânicas na etiologia da dor (SANVITTO; MONZILLO, 1997).

As cefaleias primárias são as mais comuns, principalmente a cefaleia tensional, responsável pela maioria dos casos, seguida pelas cefaleias tipo migrânea e as causadas por infecções sistêmicas agudas, tais como a gripe. Em menos de 1% dos casos a cefaleia está associada a doenças intracranianas graves como tumores ou infecções cerebrais (BRASIL, 2012).

As cefaleias primárias acolhem as dores de cabeça sem substrato orgânico, sendo as mais frequentes:

- a migrânea em suas diversas formas clínicas;
- a cefaleia do tipo tensional episódica e crônica;
- a cefaleia em salvas episódica e crônica;
- a hemicrânia paroxística episódica e crônica;
- a hemicrânia contínua; e
- a cefaleia tenso-vascular.

Na quase totalidade dos casos enquadrados nas modalidades referidas, exames subsidiários são desnecessários, havendo apenas algumas situações em que eles se tornam indispensáveis (SILVA, 2001).

Já as cefaleias secundárias relacionam-se diretamente com doenças primárias de variadas etiologias, tais como:

- infecciosas,
- inflamatórias,
- parasitárias,
- traumáticas,
- vasculares,
- tumorais e
- metabólicas.

Neste caso, os exames complementares são imprescindíveis e dependem da suspeita da doença de base (SILVA, 2001).

3. CLASSIFICAÇÃO

A forma de apresentação das cefaleias é bastante variável, do mesmo modo que sua relação com as diferentes patologias, o que atribui à sua classificação utilidade clínica e fundamentação para as diretrizes no estabelecimento do diagnóstico, prognóstico e abordagem terapêutica.

Existem hoje aproximadamente 156 tipos e subtipos diferentes de cefaleia, conforme a classificação proposta pela Sociedade Internacional de Dor de Cabeça (IHS, 2004, tradução livre).

Procurando padronizar e estruturar a abordagem das cefaleias em nível global, a Sociedade Internacional de Dor de Cabeça propõe a classificação internacional das cefaleias denominada *International Headache Classification* (ICHD-2). Neste sistema, a classificação é hierárquica e todos os tipos de cefaleia estão classificados em grandes grupos, cada um desses grupos é subdividido uma, duas ou três vezes em tipos, subtipos e subformas de cefaleia (SUBCOMITÊ DE CLASSIFICAÇÃO DAS CEFALIAS DA SOCIEDADE INTERNACIONAL DE CEFALIA, 2006).

O médico deve decidir qual o grau de detalhamento exigido para o seu diagnóstico e sua terapêutica, podendo variar desde o primeiro até o quarto dígito classificatório. O primeiro dá uma noção superficial sobre o grupo a que pertence a cefaleia apresentada pelo paciente, como, por exemplo:

1. Migrânea ou
2. Cefaleia do tipo tensional ou
3. Cefaleia em salvas e outras cefaleias trigêmino-autônômicas.

Vale ressaltar que muitos pacientes podem ser acometidos por mais de um tipo de cefaleia.

Na prática clínica, geralmente são empregados apenas o primeiro e o segundo dígitos, enquanto os cefalíatras e os profissionais dos centros terciários utilizam o terceiro e/ou o quarto dígitos (SUBCOMITÊ DE CLASSIFICAÇÃO DAS CEFALIAS DA SOCIEDADE INTERNACIONAL DE CEFALIA, 2006).

As cefaleias são classificadas de acordo com o fenótipo da cefaleia apresentada pelo sujeito no momento atual ou pela característica álgica apresentada no último ano. Cada tipo distinto de cefaleia relatado pelo usuário deve ser, separadamente, diagnosticado e codificado. Assim, um paciente gravemente acometido pode receber vários diagnósticos diferentes e várias classificações (SUBCOMITÊ DE CLASSIFICAÇÃO DAS CEFALIAS DA SOCIEDADE INTERNACIONAL DE CEFALIA, 2006).

As cefaleias do tipo primária podem se classificar em (IHS, 2004, tradução livre):

- migrânea, também denominada enxaqueca, e suas subdivisões;
- cefaleia tipo tensional e suas subdivisões;
- cefaleias trigeminais autonômicas, também conhecidas por cefaleia em salvas ou, ainda, neuralgia do trigêmeo e suas subdivisões;
- outras cefaleias primárias e suas subdivisões.

As cefaleias classificadas como secundárias são menos frequentes. Apenas 1% das cefaleias atendidas pelos centros de saúde da Atenção Básica são causadas por patologia intracraniana subjacente como tumores, meningite, malformações arteriais, hemorragia subaracnoidea e pós-traumatismo crânio encefálico (BRASIL, 2012).

Nas cefaleias de origem secundária, é fundamental o conhecimento dos sinais de alerta que podem indicar a gravidade da doença causal implicada na crise álgica. Neste sentido, a história clínica é o principal fator para a elaboração do diagnóstico correto, complementada pelo exame físico e seguida, se for o caso, por exames complementares (BRASIL, 2012).

Conforme The International Headache Classification (ICHD-2), as cefaleias do tipo secundária podem se classificar em (IHS, 2004, tradução livre):

- cefaleia atribuída a trauma na cabeça ou na região cervical, também chamada de cefaleia pós-traumática;
- cefaleias causadas por lesões estruturais intra ou extracranianas:
 - cefaleia atribuída a distúrbios vasculares cranianos/cervicais e suas subdivisões;
 - cefaleia atribuída a distúrbios não vasculares cranianos/cervicais e suas subdivisões;
- cefaleia atribuída a uma substância ou à sua retirada e suas subdivisões;
- cefaleia atribuída a infecções, também conhecida por cefaleia das doenças febris agudas e suas subdivisões;
- cefaleia atribuída a transtornos da homeostase e suas subdivisões;
- cefaleia ou dor facial atribuída a transtornos do pescoço, crânio, olhos, ouvidos, nariz, seios da face, dentes, bocas ou outras estruturas faciais e suas subdivisões;
- cefaleia atribuída a transtorno psiquiátrico.



Link

Para saber mais sobre a classificação das cefaleias, consulte o site da *Internacional Headache Society*: [<http://www.ihs-headache.org/>](http://www.ihs-headache.org/).

4. AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

Na maioria dos casos de cefaleia, a **anamnese** é o principal componente para elaboração do diagnóstico. A realização de uma anamnese fundamentada e criteriosa permite uma melhor suposição diagnóstica e auxilia o profissional na solicitação racional de exames complementares.

O exame clínico-neurológico complementa a anamnese na busca por um diagnóstico e uma classificação mais precisos da cefaleia em questão.

Segundo Silva (2002), apesar do extraordinário avanço tecnológico das últimas décadas, com exames complementares que auxiliam na classificação das cefaleias, a anamnese é, ainda hoje, insubstituível para o diagnóstico da cefaleia. Para o diagnóstico das cefaleias ditas primárias, que são as mais frequentes na prática diária, inexistem exames complementares capazes de confirmar ou afastar o diagnóstico clinicamente elaborado. O conjunto de sintomas e sinais possibilita a formulação do diagnóstico correto e é por meio da anamnese que se classifica a modalidade da cefaleia, detecta-se a coexistência de mais de um tipo de dor de cabeça e identifica-se os possíveis fatores desencadeantes. Os exames complementares destinam-se à confirmação do diagnóstico da patologia causal das cefaleias secundárias ou como apoio para o diagnóstico diferencial em certos quadros pouco definidos.

4.1 Anamnese

A multifatorialidade envolvida nos quadros de cefaleias tem validade no diagnóstico e na sua classificação. Segundo a Sociedade Brasileira de Cefaleia (SBCE, 2013a), alguns pontos merecem atenção durante a realização da anamnese e do exame físico. Acompanhe a seguir.

Sexo: homens e mulheres podem sofrer de cefaleia, podendo ocorrer a predominância em um dos sexos, conforme o tipo de cefaleia. A cefaleia em salvas predomina no sexo masculino, enquanto a migrânea, cefaleia tensional e hemicrânia paroxística episódica e crônica têm maior incidência entre as mulheres. Existem algumas modalidades de cefaleia que acometem exclusivamente o sexo feminino por estarem relacionadas a hormônios (migrânea menstrual) e ao uso de anticoncepcionais hormonais.

Idade de início e idade do paciente: as cefaleias podem acometer pacientes de qualquer idade, ainda que determinadas modalidades atinjam, preferencialmente, certa faixa etária, o que pode ser exemplificado nos casos da arterite temporal e das neuralgias craniofaciais, mais comuns em idosos.

Distribuição temporal: é de fundamental importância determinar como ocorreu o primeiro episódio doloroso – abrupto ou insidiosamente – e como evoluiu – sem maiores alterações de intensidade ou progressivamente.

Pródromos: no curso das dores de cabeça sintomáticas, é comum o aparecimento preliminar de sintomas inespecíficos a instalação da dor, tais como: mal-estar indefinido, astenia e calafrios, entre outros. Nos quadros infecciosos do sistema nervoso, pode haver lassidão, anorexia, mal-estar indefinido, enquanto perda de peso, artralgias, mialgias, febre e astenia costumam preceder o quadro de arterite temporal. Sintomas cerebrais focais, transitórios,

podem aparecer antecedendo as oclusões da artéria carótida. Na migrânea, tais sintomas podem aparecer horas antes das crises e englobam alterações do humor (ansiedade, irritabilidade, depressão e, mais raramente, euforia, alterações da capacidade intelectual), distúrbios gastrointestinais, diminuição do débito urinário; hipersensibilidade a estímulos sensoriais e, com relativa frequência, bocejos e necessidade de ingerir doces (SILVA, 2002).

Sintomas iniciais: considera-se aqui o que precede de imediato o quadro doloroso e que vem sendo descrito na literatura como aura, nos casos da denominada migrânea com aura (SILVA, 2002). São manifestações clínicas de origem no córtex ou tronco cerebral, tais como: sintomas motores, sensitivos, sensoriais, distúrbios da linguagem ou outros. Segundo Silva (2002), na migrânea, esses sintomas se iniciam habitualmente de maneira insidiosa e progridem lentamente, evoluindo em 5 a 60 minutos, podendo ter um curso evolutivo mais rápido, menos que 5 minutos (aura de início agudo) ou, ao contrário, mais duradouro, mais de 60 minutos (aura prolongada). É a presença dessas manifestações que diferencia as duas grandes formas clínicas da migrânea (com ou sem aura). No entanto, não são apenas as migrâneas com aura que são precedidas por sintomas iniciais. Em alguns tipos de epilepsia, por exemplo, os sintomas iniciais são muito semelhantes, porém se instalam de modo abrupto e evoluem em poucos segundos (SILVA, 2002).

Assim, é imprescindível definir como ocorre a instalação e a evolução dos sintomas iniciais das crises de migrânea com aura, já que esse fator é fundamental para o diagnóstico diferencial entre este tipo de cefaleia e aquelas decorrentes de crises isquêmico-transitórias e algumas crises epilépticas parciais.

Modo de instalação da dor: este aspecto relaciona-se mais frequentemente às cefaleias que evoluem por crises. Como já foi dito anteriormente, algumas cefaleias podem ter um curso insidioso. Entretanto, existem as cefaleias denominadas agudas, em que a dor atinge sua intensidade máxima rapidamente; e as subagudas, em que o ápice algíco ocorre após alguns minutos do início do quadro.

Nas cefaleias tensionais, a intensidade costuma ser constante, com baixa oscilação. Já entre as que não evoluem por crises, o início costuma ser insidioso com piora progressiva, como nos casos de tumores e hidrocefalias.

Caráter da dor: pode se apresentar de forma pulsátil, como pressão, sensação de peso, “em facada”, entre outras. Essa condição é variável e depende da modalidade da cefaleia em questão.

Localização e irradiação/projeção da dor: as dores de projeção nas regiões anteriores, frontais e temporais predominam sobre as posteriores, parietais e occipitais. Por outro lado, localizações algícas bilaterais localizadas ou difusas, sempre ou alternando com dores de um só lado, são bem mais frequentes que as dores exclusivamente unilaterais. Poucas condições evoluem com cefaleia unilateral. A dor unilateral pode estar relacionada àquelas que expressam sintomas de uma patologia orgânica localizada.

Duração da dor: identificar a duração exata de cada crise pode ser determinante para o diagnóstico diferencial entre as modalidades de cefaleias que apresentam características em comum, como a localização algíca e o conjunto de sintomas que a acompanham. Neste sentido, determinar a duração do quadro doloroso pode ser fundamental na elaboração do diagnóstico preciso do tipo de cefaleia em questão, uma vez os diferentes tipos assumem características muito semelhantes, diferindo por vezes apenas no que toca a duração das crises. Geralmente as cefaleias secundárias assumem maior duração que as primárias.

Frequência das crises: há casos nos quais os episódios dolorosos estão intimamente ligados a um fator desencadeante específico. Nas cefaleias primárias, a frequência das crises varia de uma modalidade para outra. De um modo geral, são inversamente proporcionais à duração, ou seja, as mais frequentes são as de menor duração. Um exemplo dessa afirmação pode ser observado entre variantes da cefaleia em salvas.

Horário das crises: a identificação dos horários em que ocorrem as crises pode auxiliar na elaboração do esquema terapêutico, indicando, por exemplo, qual o melhor horário para administração medicamentosa.

Periodicidade: a alternância entre períodos de crises e períodos assintomáticos auxilia no diagnóstico e na classificação da cefaleia e permite individualizar duas formas clínicas da cefaleia em salvas – a episódica e a crônica, existindo na primeira períodos de remissões com duração igual ou superior a 14 dias, o que não se observa na forma crônica. A literatura científica sobre o tema aponta para a existência de um padrão similar nos casos de migrânea, descrevendo o que se denomina migrânea em salvas ou cíclica.

Sintomas acompanhantes: são sintomas que ocorrem de maneira concomitante à dor de cabeça, como: náuseas, vômitos, osmo/fono/fotofobia, irritabilidade, palidez, sudorese, claudicação intermitente da mandíbula, febrícula, mialgia, artralgia, hiperemia conjuntival, lacrimejamento, rinorreia, obstrução nasal, entre outros – e são significativos na classificação das cefaleias e na adoção de condutas clínicas e terapêuticas.

Fatores de melhora e piora: identificar quais são as medidas que promovem alívio ou piora da cefaleia pode ser particularmente importante no estabelecimento do diagnóstico, classificação e, conseqüentemente, interferir no manejo dos quadros algícos por meio de analgésicos e dos fatores fisiopatogênicos passíveis de controle. É comum o envolvimento de mecanismos vasculares (como na migrânea), ortostáticos e da atividade física para a melhora ou piora do quadro, variando conforme a modalidade de cefaleia apresentada.

Fatores desencadeantes: algumas dores de cabeça episódicas estão diretamente relacionadas a procedimentos específicos – como a atividade física – ou à ingestão ou à supressão de substâncias.

Influência hormonal: em pacientes do sexo feminino, as crises de migrânea habitualmente têm início na puberdade e ocorrem ou são mais intensas nas fases menstruais, podendo se agravar com o uso de anticoncepcionais orais e de reposição hormonal. Em alguns casos, melhoram ou mesmo desaparecem durante a gravidez, como no caso da hemibrânquia paroxística crônica.

Antecedentes pessoais: em pessoas com migrânea, é comum observar o relato de história pregressa de vômitos cíclicos quando criança, vertigem paroxística benigna, enjoo de viagem, dores abdominais ou precordiais paroxísticas e recorrentes e sem substrato orgânico detectável. Crises convulsivas, principalmente aquelas que ocorrem durante esforço físico, ou cefaleias abruptas mal diagnosticadas sugerem a presença de uma malformação vascular intracraniana. A existência de traumas cranianos, da coluna cervical ou do pescoço é a chave para o diagnóstico das várias formas clínicas das cefaleias pós-traumáticas. Antecedentes de infecção sinusal ou do ouvido po-

dem levar à suspeição de uma tromboflebite de veias ou seios venosos encefálicos ou de abscesso cerebral. Por fim, os hábitos de vida, alimentares e higiênico-dietéticos devem ser pesquisados, pois podem auxiliar na obtenção do diagnóstico.

Antecedentes hereditários: a história familiar de cefaleia similar é referida por cerca de 70% dos migranosos.

Quadro 1: Perguntas-chave que auxiliam na anamnese

1. Quais os sintomas que você tem agora? A dor de cabeça ou mais alguma coisa?
2. Onde você localiza a sua dor?
3. A dor se espalha para qualquer outra área? Se sim, onde?
4. Quando essa dor de cabeça começou? O eu estava fazendo quando começou?
5. Como começou? Gradualmente, de repente ou de outra forma?
6. Você sentiu alguma coisa antes da dor de cabeça começar?
7. Quão ruim é a sua dor numa escala de 1 a 10?
8. Que tipo de dor que você tem? Latejante? Como uma facada? É uma pressão ou aperto? De alguma outra forma?
9. Esta é a primeira vez que tem dor de cabeça?
10. Você tem dores de cabeça frequentemente?
11. Essa dor de cabeça é semelhante a que você costuma ter? Em relação às anteriores, é a pior que já teve?
12. Quais os sintomas que você teve durante os episódios anteriores de dor de cabeça?
13. O que fazia para aliviar as dores de cabeça prévias?
14. Você tem outros problemas médicos? Se sim, quais?
15. Você toma algum medicamento? Se sim, quais?
16. Você teve acidente ou passou por procedimento médico ou odontológico?

Fonte: Magalhães-Pinto (2006).

Quando suspeitar da organicidade de uma cefaleia?

1. Quando o início tiver sido abrupto, mormente se for o primeiro episódio:
Suspeita – hemorragias subaracnoidea, parenquimatosa, intratumoral; tumores intracavitários (em válvula) e de fossa posterior.
Exames – neuroimagem, punção lombar.
2. Quando vier acompanhada por distúrbio de consciência, febre e/ou rigidez de nuca:
Suspeita – meningites; meningoencefalite; neuroparasitoses; neurotuberculose; doença de Lyme; infecção sistêmica; doença do colágeno e aids.
Exames – punção líquórica; testes no sangue e no LCR, neuroimagem.
3. Quando vier acompanhada de sintomas e/ou sinais neurológicos irritativos ou deficitários:
Suspeita – tumores; tromboflebites; acidente vascular cerebral; malformação arteriovenosa; doença do colágeno; neuroparasitoses e neurotuberculose.
Exames – neuroimagem, testes no sangue e no líquido cefalo-raquidiano (LCR), eletrencefalograma.
4. Quando apresentar paulatino incremento na intensidade e/ou frequência:
Suspeita – tumor; hematoma subdural; hidrocefalias.
Exame – neuroimagem.
5. Quando tiver início após os 50 anos:
Suspeita – arterite temporal; tumor; hematoma subdural.
Exames – velocidade de hemossedimentação ou velocidade de sedimentação das hemácias (VSH), leucograma; protidograma; biopsia arterial; neuroimagem.
6. Quando vier acompanhada por distúrbio endócrino e/ou hipertensão arterial:
Suspeita – tumor de hipófise; tumor da pineal; hipertensão arterial sistêmica; feocromocitoma (evoluindo com hipertensão arterial sustentada).
Exames – neuroimagem; dosagens hormonais; determinação da excreção urinária de catecolaminas; determinação dos níveis plasmáticos de adrenalina e noradrenalina; ultrassonografia de abdômen; testes no sangue; estudo da função renal.
7. Quando estiver diretamente relacionada com tosse ou esforço físico:
Suspeita – lesão expansiva intracraniana; hematoma subdural; cefaleia cardíaca (em idosos com doença coronariana).
Exames – neuroimagem; avaliação cardiológica.
8. Quando for desencadeada por atividade sexual, principalmente se acompanhada de vômitos e persistir por horas:
Exames – neuroimagem; punção lombar.
9. Quando houver mudança no padrão de uma cefaleia preexistente:
Suspeita – concomitância de outra doença.
Exames – neuroimagem ou outros consentâneos com a suposição diagnóstica.
10. Quando não preencher os requisitos para migrânea, cefaleia do tipo tensional e cefaleia em salvas.
Suspeita – pode ser qualquer uma das condições anteriormente referidas.
Exames – neuroimagem ou outros na dependência da hipótese diagnóstica formulada.

Fonte: Silva (2002).

4.2 Exame físico

O exame físico é parte importante da avaliação das cefaleias, pois permite detectar ou excluir sinais patognômicos. Os pontos importantes do exame físico são, segundo a SBCE (2013a):

- aferição da pressão arterial;
- determinação da frequência cardíaca e respiratória;
- inspeção da cabeça e do pescoço associada à palpação do couro cabeludo, das artérias carótidas, temporais e seus ramos, dos seios da face, dos nervos occipitais maiores, supra e infraorbitários e das raízes cervicais;
- realização de exame das articulações temporomandibulares;
- realização de exame neurológico:
 - solicitar ao paciente que se levante da posição sentada sem apoio,
 - solicitar ao paciente que ande na ponta dos pés e calcanhares,
 - examinar pares cranianos,
 - observar a marcha,
 - realizar teste de equilíbrio, também chamado teste de Romberg, que avalia o equilíbrio estático com o paciente em pé e de olhos fechados,
 - observar simetria nos testes de reflexo motor e sensorial,
 - pesquisar se há rigidez de nuca;
- observação das pupilas quanto à simetria e presença de midríase ou miose;
- realização de fundoscopia a fim de observar se há papiledema.

4.3 Exames complementares

A maioria dos casos atendidos em Atenção Básica é de cefaleia primária, com destaque para cefaleias tensional e migrânea, nos quais os exames geralmente não contribuirão para elaboração diagnóstica (SBMFC; ABMFR; ABN, 2009).

O diagnóstico de cefaleia é essencialmente clínico. Exames laboratoriais (destaque para análise do líquido em suspeita de hemorragias e meningites), radiografias da coluna cervical ou dos seios da face somente devem ser solicitados quando o quadro clínico sugerir alguma disfunção dessas estruturas ou doenças sistêmicas que possam causar cefaleia.

Não há, inicialmente, indicação de realização de eletroencefalograma na ocorrência de cefaleia, embora o exame possa ser útil na identificação de alguma anormalidade funcional ou estrutural do cérebro. Pacientes com cefaleia e sintomas associados sugestivos de epilepsia, como enxaqueca atípica com aura ou perdas de consciência episódica, podem se beneficiar desse exame (SBMFC; ABMFR; ABN, 2009).

Nos casos de cefaleia crônica, os exames de imagem como Ressonância Magnética (RNM) e Tomografia Computadorizada (TC) do crânio devem ser solicitados somente quando surgem alterações no exame neurológico não explicadas pelo quadro clínico (NEFF, 2005). Tais exames podem passar a ter indicação quando identificada a presença de sinais e/ou sintomas de alarme/alerta.

5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Para realizar o diagnóstico diferencial, é importante saber as características dos principais quadros de cefaleia. A seguir falamos das características das cefaleias primárias mais frequentes e suas diferenças. Em seguida, vamos abordar as cefaleias secundárias e como identificá-las no cotidiano da Atenção Básica.

5.1 Principais cefaleias primárias

5.1.1 Cefaleia tipo tensional

A modalidade tensional é o tipo mais frequente entre as cefaleias na população em geral (RANDALL; CLINCH, 2001). Por ser uma condição altamente prevalente, boa parte da população mundial experimentou (ou vai experimentar) episódios dessa entidade durante a vida. Trata-se da cefaleia primária mais comum (SILVA, 2002).

Observa-se predominância feminina, e o pico de prevalência geralmente ocorre entre os 20 e os 50 anos em ambos os sexos, com declínio após esse período. Vários estudos mostram que muitos desses pacientes nunca consultaram um médico em virtude de uma crise de cefaleia e, portanto, a automedicação é elevada nesse grupo (SILVA, 2002), sendo um importante fator verificar o uso recorrente de analgésicos para a determinação do diagnóstico.

A cefaleia do tipo tensional é complexa, uma vez que envolve diversos fatores e aspectos dos mecanismos geradores da dor (SBCE, 2000). Outras referências apontam o estresse como um poderoso fator desencadeante ou agravante desse tipo de cefaleia (SBMFC et al., 2009).

Segundo os critérios da Internacional Headache Society (IHS, 2004), a cefaleia tensional é caracterizada como uma dor de qualidade não pulsátil, em aperto ou pressão, geralmente bilateral, de intensidade leve a moderada e que não piora com atividade física (SBCE, 2000).

Normalmente é descrita pelos pacientes como uma sensação de aperto, pressão e muitas vezes dizem: “Parece que tenho uma cinta pressionando a cabeça” ou “um capacete apertado”. Outras vezes, dizem: “Tenho um peso enorme na cabeça e nos ombros” (SILVA, 2002).

Outros termos que os pacientes utilizam para descrever a dor incluem sensações de peso ou em faixa ou mesmo um dolorido no local. A dor pode durar minutos, horas ou ainda permanecer constante durante dias. Diferentemente das cefaleias secundárias, o diagnóstico é clínico e geralmente não requer exames complementares. Nos episódios de cefaleia tensional, é rara a presença de sintomas premonitórios como náuseas, fonofobia e fotofobia associados à dor.

O exame neurológico é normal, o diagnóstico é clínico e geralmente não requer exames complementares.

5.1.2 Migrânea [Enxaqueca]

A migrânea, ou enxaqueca, é o diagnóstico da maioria dos pacientes que busca atendimento na Atenção Básica com queixa de cefaleia (SBMFC et al., 2009).

Trata-se de uma doença neurovascular que se caracteriza por crises repetidas de dor de cabeça que podem ocorrer com uma frequência bastante variável, atingindo mais mulheres do que homens. Tem como mecanismo fisiopatogênico uma dilatação das artérias cranianas, o que justifica a melhora com a adoção de procedimentos que diminuem o aporte de sangue para o segmento cefálico, tais como escalda pés, compressão digital da artéria carótida externa ou da temporal superficial, aposição de gelo no local da dor (SBCE, 2000).

As crises migranosas são predominantemente marcadas por limitação das atividades habituais (estudo, trabalho, outras), náusea e fotofobia. Há de se considerar no diagnóstico, também, a presença de estímulos capazes de determinar o surgimento de uma crise em indivíduos predispostos, sendo os mais comuns: estresse; alterações do sono, jejuns, ingestão de certos alimentos (chocolate, laranja, comidas gordurosas e lácteas, vinhos), privação da cafeína, exposição a ruídos altos, odores fortes ou alterações climáticas, prática de exercícios físicos, uso de medicamentos vasodilatadores (SBCE, 2000).

De acordo com a IHS (2004), podemos dividir a migrânea em com ou sem aura.

- A migrânea (enxaqueca) sem aura caracteriza-se por localização unilateral, de intensidade moderada a forte (inibindo ou impedindo atividades diárias), caráter pulsátil e que piora com as atividades físicas rotineiras. Frequentemente, inicia-se durante o sono ou pela manhã, mas pode ter início em qualquer momento do dia. Além disso, tem sintomas associados a dor: fotofobia, fonofobia, osmofobia, náuseas e vômitos.
- A migrânea (enxaqueca) com aura caracteriza-se por sintomas ou sinais neurológicos focais transitórios que não estão presentes na enxaqueca comum. Os sintomas neurológicos focais instalam-se de forma gradual, geralmente ao longo de 5 a 20 minutos, durando 60 minutos ou menos e ocorrendo na maioria das vezes antes da dor. A aura visual é a mais comum e pode se apresentar como

flashes de luz, falhas no campo visual (escotomas) ou imagens brilhantes em ziguezague. O paciente pode apresentar, ainda, hemiparesia ou disfasia.

5.1.3 Cefaleia em salvas/Neuralgia do Trigêmeo

A cefaleia em salvas consiste em ataques de dor intensa de localização orbitária, supraorbitária e/ou temporal, unilateral, com duração de 15 minutos a 3 horas. As crises têm uma frequência variável, podendo ocorrer uma a cada dois dias ou até mesmo oito crises por dia, apresentando ritmicidade e ocorrência noturna. Os ataques ocorrem em séries que duram semanas a meses, separados por períodos de remissão. Alguns pacientes com cefaleia em salvas referem que exercícios físicos vigorosos podem melhorar ou mesmo abortar um ataque. O sono alterado e o uso de bebidas alcoólicas são reconhecidos fatores desencadeadores de crises (SBCE, 2000).

Acredita-se que esta dor tenha sua origem no hipotálamo e que possa ser desencadeada por uso de álcool e nitratos (BRASIL, 2012). É mais frequente em homens e, apesar da baixa prevalência, o seu reconhecimento é importante pela existência de tratamento eficaz (RANDALL; CLINCH, 2001).

É caracterizada por apresentar, obrigatoriamente, uma ou mais das seguintes manifestações:

- hiperemia conjuntival,
- lacrimejamento,
- congestão nasal,
- rinorreia,
- sudorese frontal e/ou facial,
- miose,
- ptose,
- edema palpebral (SBMFC et al., 2009).

A neuralgia do trigêmeo caracteriza-se por crises de dor intensa que podem ser desencadeadas por estímulos como mastigação, escovação, fala e outros. Predomina no sexo feminino e habitualmente tem início após os 50 anos. As dores são de forte intensidade, descritas como em punhalada ou em choque elétrico com duração de poucos segundos, mas repetitivas a curtíssimos intervalos de tempo. Geralmente a dor é localizada no território de um, ou mais que um, dos ramos do trigêmeo, o segundo e o terceiro sendo os mais frequentemente acometidos (SBCE, 2000).

A tabela a seguir sintetiza as principais diferenças entre as cefaleias mais frequentes na Atenção Básica:

Tabela 1: Cefaleias mais frequentes na Atenção Básica

SINTOMA	MIGRÂNEA	CEFALEIA TENSIONAL	CEFALEIA EM SALVAS
Localização	Unilateral.	Bilateral.	Unilateral na região orbital e têmporas
Características	Início, gradual, pulsátil, intensidade moderada a severa e piora com atividade física.	Tipo pressão ou aperto.	Dor súbita, aumento da intensidade da dor em minutos, dor contínua e lancinante.
Aparência do paciente	Paciente prefere ambiente silencioso e sem luz.	O paciente pode estar ativo ou desejar descansar.	Paciente ativo.
Duração	4 a 72 horas.	Variável.	30 minutos a 3 horas.
Sintomas associados	Náuseas, vômitos, fonofobia, fotofobia e pode haver aura.	Nenhum.	Lacrimejamento e olho vermelho ipsilateral a dor, rinorreia, obstrução nasal e sensibilidade ao álcool.

Fonte: Brasil (2012)

Pacientes que apresentam cefaleia muito frequentemente podem desenvolver uma modalidade de cefaleia oriunda do uso crônico de analgésicos. O mecanismo deste problema é o efeito rebote; a medicação e as dores se tornam constantes e de difícil manejo. Seu diagnóstico passa por uma anamnese adequada e um exame clínico detalhado, no qual seja possível afastar outro diagnóstico.

5.2 Cefaleias secundárias

A cefaleia é um sintoma, uma manifestação presente em diversas patologias. Na prática diária da Atenção Básica, é de suma importância diferenciar os quadros de cefaleia de origem primária daqueles de origem secundária, pois neste último a conduta será guiada pela patologia subjacente à cefaleia. E, além disso, na maioria das vezes, as doenças associadas à cefaleia secundária são potencialmente graves e exigem uma intervenção mais rápida.

O quadro a seguir sintetiza os principais sintomas e sinais de alerta indicativos de cefaleia secundária, muitas vezes direcionando o profissional a referenciar o paciente ao serviço de urgência.

Quadro 3: Principais sintomas e sinais de alerta de cefaleia secundária

SINAIS E SINTOMAS DE ALERTA	POSSÍVEIS CAUSAS
Início abrupto de forte intensidade.	Hemorragia subaracnoide por ruptura de aneurisma ou mal-formação arteriovenosa (MAV) ou hematoma intracerebral.
Aumento da frequência e da intensidade das crises de dor de forma subaguda (semanas a meses). Mudança do padrão das crises, cefaleia diária desde a sua instalação.	Processo expansivo intracraniano e/ou hidrocefalia.
Febre, rigidez de nuca, convulsões.	Meningite, encefalite.
Convulsões, dor hemicraniana, sempre ocorrendo no mesmo lado da cabeça.	MAV ou processo expansivo intracraniano.
Sinais e sintomas de disfunção endócrinológica.	Adenoma de hipófise.
Surgimento de cefaleia após os 50 anos.	Neoplasia sistêmica/SNC, arterite de células gigantes – arterite temporal
Anormalidades identificadas no exame físico neurológico (difusas ou focais).	Quaisquer das possíveis causas acima.

Fonte: Brasil (2012).

É importante que seja levantada a hipótese da instalação de hipertensão intracraniana cuja ocorrência pode estar relacionada a diferentes problemas, como acidente vascular cerebral (AVC), arterites, hematomas ou hemorragias subaracnoides, crise hipertensiva ou piora aguda da hipertensão arterial em tratamento, entre outras causas. Na suspeita da relação de cefaleias com outros problemas de saúde, vale incluir as possibilidades diagnósticas mais variadas, como: meningite ou meningismo, desenvolvimento de tumores, doenças infecciosas inflamatórias ou crônicas das vias aéreas superiores, sinusopatias, desidratação (inclusive relacionada ao consumo de álcool), má adaptação ao uso de lentes corretivas, órteses e/ou próteses (BRASIL, 2012). Cada uma dessas condições exige condutas profissionais específicas conforme a etiologia e gravidade do quadro.

Usualmente os fatores causais das cefaleias secundárias merecem condutas imediatas que, muitas vezes, ultrapassam as possibilidades da Atenção Básica, uma vez que é preciso lançar mão de exames de imagem, laboratoriais e atendimentos especializados ou de urgência.

A Atenção Básica, porém, torna-se responsável pelo acompanhamento do paciente quando fora de cenários de maior complexidade, devendo prestar assistência aos problemas de base ou situações crônicas e complicações instaladas após o diagnóstico.

6. ABORDAGEM INICIAL

Como o foco deste módulo é principalmente o atendimento à demanda espontânea, vamos abordar, sobretudo, o manejo da situação aguda de cefaleias classificadas como primárias. Consideraremos que as cefaleias secundárias são, normalmente, encaminhadas aos serviços de maior complexidade e seu tratamento se direciona mais especificamente à(s) causa(s) e não à crise.



Link

Para saber mais sobre o assunto, acesse:

- Sempre procure prescrever os medicamentos disponíveis na sua unidade de saúde. Consulte o site da Rename e saiba mais sobre as medicações disponíveis no seu município: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1337>.
- Sobre o uso racional de medicamentos: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Enxaqueca.pdf>>.

O material de referência para o manejo medicamentoso da maioria das crises abordadas neste tópico foi baseado no volume II do Caderno da Atenção Básica nº 28, não excluindo outras fontes. A justificativa por essa escolha leva em conta que, em se tratando de uma publicação ministerial de abrangência nacional, os medicamentos citados devem estar disponíveis para a maioria dos serviços de saúde.

No manejo das crises, é importante atentar para:

Tabela 2: Pontos importantes no tratamento da crise

NO TRATAMENTO DAS CRISES É IMPORTANTE:

Estabelecer o diagnóstico exato;

Estar atento às outras doenças associadas, evitando, por exemplo, a prescrição de anti-inflamatórios aos pacientes com úlcera péptica e de drogas vasoconstritoras a pacientes com doença cardiovascular;

Limitar a frequência do uso de drogas analgésicas, evitando o desenvolvimento da cefaleia crônica diária por abuso de medicação;

Utilizar tratamento adequado à intensidade da crise;
Educar o paciente de forma a aumentar sua cooperação.

Fonte: SBCE (2013b).

6.1 Cefaleia tensional

Crises de cefaleia tensional de intensidade leve podem aliviar com repouso ou com exercícios de relaxamento. As demais devem ser tratadas com analgésicos comuns ou AINEs (anti-inflamatórios não esteroides). A combinação desses fármacos com cafeína aumenta a eficácia de ambas as medicações (BRASIL, 2012):

- Paracetamol (1.000 mg) com cafeína (130 mg);
- Ibuprofeno (400 mg) com cafeína (200 mg).

6.2 Migrânea

O tratamento da crise aguda de migrânea deve basear-se de acordo com a intensidade das crises (RANDALL; CLINCH, 2001).

Crise de fraca intensidade: o paciente pode ser orientado a repousar ou até mesmo dormir e se afastar de luzes, sons, odores que tenham desencadeado a crise. Outras medidas como uso de bolsas de gelo e/ou compressão das artérias temporais podem ser úteis.

Alguns autores e estudos defendem que se pode iniciar o tratamento das crises de enxaqueca com analgésicos comuns, como a Dipirona e o Ácido Acetilsalicílico (AAS), assim como os AINES no início de episódios leves a moderados. Se houver náuseas ou vômitos associados ao quadro, pode-se utilizar Metoclopramida ou Domperidona (BRASIL, 2012).

A tabela a seguir sintetiza as opções farmacológicas no manejo da crise de fraca intensidade.

Tabela 3: Opções farmacológicas no manejo da crise de fraca intensidade

DROGA	DOSE/POSOLOGIA
Ácido acetilsalicílico	1.000mg VO repetir 2h a 4h após s/n – máximo/dia
Paracetamol	500mg a 1.000mg VO repetir 2h a 4h após s/n – máximo/dia 3g
Naproxeno sódico	750mg a 1.250mg VO repetir 2h a 4h após s/n – máximo/dia 1.650mg
Ibuprofeno	600mg a 1.200mg VO repetir 2h a 4h após s/n – máximo/dia 1.200mg
Diclofenaco de sódio	50mg a 100mg VO repetir 2h a 4h após s/n – máximo/dia 200mg
Dipirona	500mg VO repetir 2h a 4h após s/n – máximo/dia 2g
DROGA	DOSE/POSOLOGIA
Todos podem ser associados ou precedidos	Metoclopramida 10mg a 20mg VO ou domperidona 20mg VO
Outras opções	Isometepteno 65mg + cafeína 100mg + dipirona 300mg VO

Fonte: Brasil (2012).

Crise de moderada intensidade: além da possibilidade de uso de analgésicos e AINEs, na crise moderada são recomendados os agonistas 5-HT₁ seletivos – triptanos – e não seletivos – ergóticos. Os derivados ergóticos ligam-se receptores dopaminérgicos, o que pode explicar as náuseas que costumemente ocorrem em decorrência do seu uso. Devem ser iniciados o mais precocemente possível (pois não têm efeito quando utilizados tardiamente), podendo ser associados a antieméticos. Os triptanos podem ser utilizados em qualquer momento da crise, porém não devem ser associados a antieméticos (SBCE, 2000).

A tabela a seguir sintetiza as opções farmacológicas na crise de moderada intensidade.

Tabela 4: Opções farmacológicas na crise de moderada intensidade

DROGA	DOSE/POSOLOGIA
Ácido acetilsalicílico*	1.000mg VO repetir 2h a 4h após s/n – máximo/dia 3g
Sumatriptano	50mg a 100mg VO, 20mg IN repetir em caso de recorrência – máximo/dia 200mg
Naproxeno sódico	750mg a 1.250mg VO repetir 2h a 4h após s/n – máximo/dia 1.650mg
Ibuprofeno	600mg a 1.200mg VO repetir 2h a 4h após s/n – máximo/dia 1.200mg
Diclofenaco de sódio	50mg a 100mg VO repetir 2h a 4h após s/n – máximo/dia 200mg
Dipirona	500mg VO repetir 2h a 4h após s/n – máximo/dia 2g

Fonte: Brasil (2012).

* associar metoclopramida parenteral na vigência de vômito.

Crise de forte intensidade: nas crises de forte intensidade recomenda-se o uso de Triptanos, Indometacina ou Clorpromazina. O uso de Dexametasona ou de Haloperidol pode também ser recomendado. Pacientes com crises agudas podem apresentar boa resposta ao uso da Dipirona injetável, associada ou não a Metoclopramida e/ou antiespasmódicos (BRASIL, 2012).

A tabela sintetiza as opções farmacológicas na crise de forte intensidade.

Tabela 5: Opções farmacológicas na crise de forte intensidade

DROGA	DOSE/POSOLOGIA
Dipirona*	1.000mg IV diluída em SF 0,9% – máximo/dia 2g
Clorixinato de lisina*	200mg IV diluído em 20ml de SF 0,9% – máximo/dia 500mg
Sumatriptano	6mg SC ou 20mg IN, ou 50mg a 100mg VO
Rizatriptano	5mg a 10mg VO mg disco dispersível sobre língua
Zolmitriptano	2,5mg a 5mg VO
Indometacina*	100mg IR repetir 1h s/n – máximo/dia 200mg
Clorpromazina	0,1mg/kg a 0,7mg/kg IM ou IV diluído em SF 0,9%, repetir até três vezes nas 24h
Dexametasona*	4mg IV, repetir 12h a 24h s/n
Haloperidol	5mg IM ou IV diluído em SF 0,9%
Triptanos	Em caso de recorrência frequente de cefaleia, associar ácido tolfenâmico 200mg ou naproxeno sódico 550mg VO

Fonte: Brasil (2012).

* Associar metoclopramida parenteral na vigência de vômito.

Os medicamentos da classe dos triptanos não devem ser usados em pacientes com doença coronariana ou vasculopatias pelo aumento do risco cardiovascular. Além disto, o seu uso é contraindicado nas 24 horas subsequentes ao uso do ergótico.

6.3 Cefaleia em salvas

O manejo da cefaleia em salvas tem início com a orientação dos pacientes sobre hábitos que desencadeiam as crises. As drogas utilizadas são:

- Ergotamina, 1 mg via endovenosa, intramuscular ou subcutânea até 3 mg ao dia;
- Triptanos – Sumatriptano, 6 mg/dia via subcutânea ou 20 mg via inalatória;
- Oxigênio a 7 litros por minuto por 15 minutos com máscara facial;
- Não oferecer Paracetamol (Acetominofen), AINEs e opioides (SBMFC; et al., 2009).

7. ATENDIMENTO SEQUENCIAL

O indivíduo pode procurar o serviço de saúde desde o primeiro episódio de cefaleia ou porque vem apresentando crises frequentes de cefaleia. Neste contato inicial, é muito importante procurar diferenciar os quadros de cefaleia primária e secundária, no intuito de promover melhor atenção e manejo do caso.

A longitudinalidade, que trata do acompanhamento do paciente ao longo do tempo por profissionais da Atenção Básica, é considerada característica central deste nível de atenção (CUNHA; GIOVANELLA, 2013).

Assim, é muito importante planejar o atendimento sequencial do indivíduo após o atendimento da crise aguda.

O tratamento e os cuidados devem levar em conta as necessidades individuais e suas preferências. Para isso, uma boa comunicação clínica é essencial e deve estar embasada em evidências, permitindo ao usuário a tomada de decisões informadas sobre o seu cuidado. Quando possível, familiares e cuidadores devem ser convidados a se envolver na gestão dos cuidados e nos tratamentos propostos.

Algumas orientações são muito úteis na abordagem ao paciente com cefaleia.

- Lembrar que as crises podem ser classificadas, conforme o grau de comprometimento das atividades cotidianas, em leves, moderadas e fortes. As leves muitas vezes respondem às medidas simples como repouso, sono e relaxamento. As moderadas e intensas devem receber tratamento medicamentoso.

- Proporcionar um diagnóstico positivo, incluindo uma explicação do diagnóstico e garantia de que outra patologia foi excluída no caso de cefaleias primárias.
- Reconhecer que a cefaleia tem impacto significativo para o indivíduo, sua família e seus cuidadores.
- Abordar o usuário de forma compreensiva e individualizada e tranquilizá-lo com explicações sobre o seu quadro.
- Estabelecido o diagnóstico, falar sobre as opções de tratamento.
- Identificar, junto ao usuário, possíveis fatores desencadeantes ou precipitantes da crise de cefaleia visando sua modificação.
- Na escolha do tratamento farmacológico, levar em conta os medicamentos já utilizados, efeitos adversos, contraindicações e presença de outros sintomas associados à cefaleia.
- Abordar, sempre que possível, tratamentos não farmacológicos como acupuntura, técnicas de relaxamento, uso de florais, óleos essenciais, psicoterapia, atividade física e homeopatia – principalmente no manejo da cefaleia tensional e da enxaqueca.

Para todos os casos de cefaleia, é muito útil a utilização de um diário da dor para auxiliar no diagnóstico e nas condutas posteriores. O modelo do diário, apresentado a seguir, deve ser preenchido pelo paciente no mínimo por 8 semanas.

Tabela 6: Modelo do diário.

DIA	DURAÇÃO INTENSIDADE	SINTOMAS ASSOCIADOS	TODOS OS MEDICAMENTOS QUE USOU PARA ALIVIAR A DOR	PRECIPITANTES

Fonte: NICE (2012).

Na suspeita de quadros de cefaleia secundária, normalmente o indivíduo será referenciado para serviço de urgência ou necessitará de investigação e avaliação com especialista focal (neurologista), embora o vínculo com o serviço de Atenção Básica deva ser mantido por meio de acompanhamento após o manejo hospitalar do quadro álgico e a promoção de cuidados subjacentes.

7.1 Cefaleia tensional

Neste tipo de cefaleia, deve ser considerada a orientação do uso de Paracetamol (Acetaminofen) ou AINEs associados ou não à cafeína quando o indivíduo apresentar dor (BRASIL, 2012), levando em conta a preferência pessoal, as comorbidades e o risco de efeitos adversos.

É importante não oferecer opioides para tratamento da cefaleia tensional e monitorar o uso abusivo de medicamentos.

A SBCE (2013a); SBMFC et al. (2009) sugerem que, para a forma crônica, podem ser utilizados antidepressivos tricíclicos, com destaque para a Amitriptilina na dosagem de 25 mg a 75 mg/dia, em dose única diária, preferencialmente à noite.

Como tratamento profilático da cefaleia tensional frequente, pode-se considerar um curso de 10 sessões de acupuntura por 5 a 8 semanas (SBCE, 2000).

7.2 Migrânea com ou sem aura

Para obter um melhor controle da enxaqueca, com consequente profilaxia dos quadros algícos, é fundamental a identificação dos possíveis fatores desencadeantes das crises. Assim, é possível que os indivíduos evitem ou modulem sua exposição a tais fatores.

Segundo SBMFC et al. (2009), o manejo da enxaqueca depende de múltiplos fatores, entre eles:

- frequência das crises,
- intensidade das crises e suas consequências,
- sucesso ou fracasso de tratamentos realizados com base na experiência dos pacientes,
- negociação estabelecida na relação médico-paciente.

Pacientes que têm mais de 4 crises ao mês merecem indicação de profilaxia medicamentosa, considerando a minimização das consequências relacionadas aos episódios e evitando o surgimento de cefaleia crônica diária induzida pelo uso de analgésicos. Outras razões que indicam o tratamento profilático são a ocorrência de enxaquecas incomuns (enxaqueca hemiplégica, enxaqueca com aura prolongada) e a contraindicação ao uso de medicações para o tratamento agudo (SBMFC et al., 2009).

Segundo dados da SBCE, de Brasil (2012) e de SBMFC et al. (2009), a profilaxia medicamentosa da migrânea pode ser feita com as seguintes substâncias, considerando sempre a menor dose possível, ajustada de acordo com a resposta:

- **Betabloqueadores:** O propranolol 40 mg pode ser utilizado e está disponível na maioria das unidades de saúde. Outras alternativas são o metoprolol e o timolol. São recomendados para indivíduos portadores de hipertensão e ansiedade. Não devem ser prescritos para indivíduos com asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, doença vascular periférica e insuficiência cardíaca;
- **Antidepressivos tricíclicos:** a Amitriptilina (25 mg) costuma ser a droga mais indicada, com posologia variando entre 25 e 75 mg/dia. É recomendada para indivíduos portadores de depressão, cefaleia tensional, distúrbios do sono e outras síndromes dolorosas (BRASIL, 2012). Não deve ser usada em indivíduos portadores de doença isquêmica do coração, arritmia, infarto do miocárdio ou epilepsia;
- **Anticonvulsivantes:** o Topiramato (25-200mg/dia) e Valproato de Sódio/Ácido Valproico (500-1500 mg/dia) estão entre as drogas utilizadas (SBCE, 2000), porém podem gerar teratogenicidade. Representam drogas de segunda linha para profilaxia de migrânea.
- **Gabapentina:** eleva os níveis de GABA no cérebro, mas o mecanismo ainda não está totalmente explicado. A Gabapentina mostrou-se eficaz na profilaxia da enxaqueca gerando poucos efeitos colaterais conforme alguns estudos (MATHEW, et al. 2001). A dose utilizada varia de 300-2400 mg/dia, (SBCE, 2000). O alto custo, porém, é um fator limitante para a escolha do fármaco.

A profilaxia inicialmente deve ser continuada por 6 meses. Após este período, reavaliar a necessidade de manutenção.

Na gestação a droga de escolha para tratamento da migrânea é o Paracetamol (Acetaminofen), ainda que possa ser considerado uso de triptanos e anti-inflamatórios após discutir com gestante os riscos do uso dessas medicações durante a gravidez (BRASIL, 2012).

É importante evitar uso de anticoncepcional hormonal combinado para contracepção em mulheres portadoras de enxaqueca com aura.

7.3 Cefaleia em salvas

Um dos poucos tratamentos para cefaleia em salvas com efetividade comprovada em ensaios clínicos randomizados é o Verapamil. Trata-se de um bloqueador dos canais de cálcio com indicação para os casos de cefaleia na dosagem de 360 a 480 mg, diários. Quando a cefaleia em salvas é muito frequente, ou pode ser definida como crônica, o uso de corticoide, equivalente a prednisona 40 mg, oferece alívio e pode ser mantido nesta dose, iniciando-se a retirada após três dias de tratamento, seguindo o ritmo de 5 mg/dia (SBMFC et al., 2009).

Outra opção terapêutica nos pacientes com crises frequentes de cefaleia em salvas é a descompressão cirúrgica do 5º par craniano.

7.4 Cefaleia por uso crônico de analgésicos

A cefaleia por uso crônico de analgésicos é observada em indivíduos que desenvolvem ou pioram da cefaleia enquanto fazem uso das medicações descritas a seguir, por 3 meses ou mais:

- Triptanos, opioides, derivados ergotamina ou combinação de analgésicos por 10 dias do mês ou mais;
- Paracetamol (Acetaminofen), aspirina ou AINEs, 15 dias por mês ou mais.

O primeiro passo consiste em explicar para o indivíduo que o tratamento consiste em cessar abruptamente os medicamentos analgésicos por pelo menos 30 dias e orientar os efeitos desagradáveis dessa cessação. Em alguns casos pode ser necessária a intervenção de um especialista ou, até mesmo, desintoxicação hospitalar.

Deve ser feita uma reavaliação do diagnóstico e do tratamento da cefaleia entre 4 a 8 semanas após interrupção dos analgésicos, bem como fornecido suporte durante o período de abstinência (SBCE, 2013b).

7.5 Cefaleias secundárias

Uma vez identificada a etiologia da cefaleia, o tratamento deve ser direcionado, quando possível, à causa, e o usuário deve ser acompanhado, considerando a eficácia das medidas de tratamento e o manejo de possíveis sequelas.

Cefaleias oriundas de malformações arteriovenosas e outras complicações vasculares poderão ter uma terapia medicamentosa diferenciada daquela aplicada às cefaleias primárias e cuidados específicos. Muitas vezes, o tratamento é mantido por tempo indeterminado. Alguns casos evoluem para indicação cirúrgica e acompanhamento especializado em caráter multiprofissional e interdisciplinar.

Doenças infecciosas que levaram ao aparecimento da cefaleia deverão ser tratadas e avaliadas e algumas delas, inclusive, notificadas à Vigilância Epidemiológica, como no caso das meningites.

Processos neoplásicos merecem especial atenção na Atenção Básica, sobretudo nos casos em que os pacientes evoluem com prognóstico reservado e em cuidados paliativos. Vale ressaltar que o tratamento em serviços oncológicos reforça a necessidade à equipe de saúde de seguir o acompanhamento e a promoção do cuidado continuado ao usuário e sua família, respeitando os fluxos de referência e contrarreferência.

8. ATENDIMENTO SEQUENCIAL

Na Atenção Básica, toda a equipe deve estar devidamente preparada para identificar sinais de gravidade diante de quadros de cefaleia aguda, especialmente aos critérios que indicam a necessidade de referenciar o paciente a outros níveis de atenção. As cefaleias secundárias, que normalmente exigem atendimento rápido em nível hospitalar, apresentam-se acompanhadas por sinais de alerta que orientam as suspeitas clínicas e diagnósticas e reforçam a necessidade de atendimento em serviços de emergência. São sinais de gravidade (BRASIL, 2012):

- hipertensão intracraniana: a cefaleia caracterizada como opressão ou pulsátil, contínua e persistente;
- tumor: dor constante e com piora progressiva, acompanhada de sinais focais progressivos que se traduzem por alteração durante o exame neurológico; pode ser pulsátil ou surda;
- meningite ou meningismo por trauma ou hemorragia: a cefaleia intensa, universal e acompanhada por sinais de irritação meníngea (rigidez da nuca, sinal de Brudzinski positivo, sinal de Kerning positivo), febre e sinais de toxemia, nos casos de meningite infecciosa (vírus e bactérias);
- cefaleia de forte intensidade que não cessa com o uso de analgésicos administrados na própria Unidade de Saúde;
- cefaleia que apresente sinais de alerta descritos no quadro a seguir.

Quadro 3: Sinais e sintomas de alerta nas cefaleias.

SINAIS E SINTOMAS DE ALERTA	POSSÍVEIS CAUSAS
Início abrupto de forte intensidade.	Hemorragia subaracnoide por ruptura de aneurisma ou mal-formação arteriovenosa (MAV) ou hematoma intracerebral.
Aumento da frequência e da intensidade das crises de dor de forma subaguda (semanas a meses). Mudança do padrão das crises, cefaleia diária desde a sua instalação.	Processo expansivo intracraniano e/ou hidrocefalia.
Febre, rigidez de nuca, convulsões.	Meningite, encefalite.
Convulsões, dor hemicraniana, sempre ocorrendo no mesmo lado da cabeça.	MAV ou processo expansivo intracraniano.
Sinais e sintomas de disfunção endócrina.	Adenoma de hipófise.
Surgimento de cefaleia após os 50 anos.	Neoplasia sistêmica/SNC, arterite de células gigantes – arterite temporal.
Anormalidades identificadas no exame físico neurológico (difusas ou focais).	Quaisquer das possíveis causas acima.

Fonte: Brasil (2012).

No caso das cefaleias classificadas como primárias, as indicações de encaminhamento ao especialista focal (neurologista) são (SBMFC et al., 2009):

- dúvida diagnóstica;
- paciente não responde, não melhora ou piora após tratamento instituído;
- prejuízo funcional decorrente da cefaleia;
- Cefaleia por abuso de analgésicos com dificuldade de manejo ambulatorial (dependência opioides potentes) e necessidade de internação para desintoxicação.

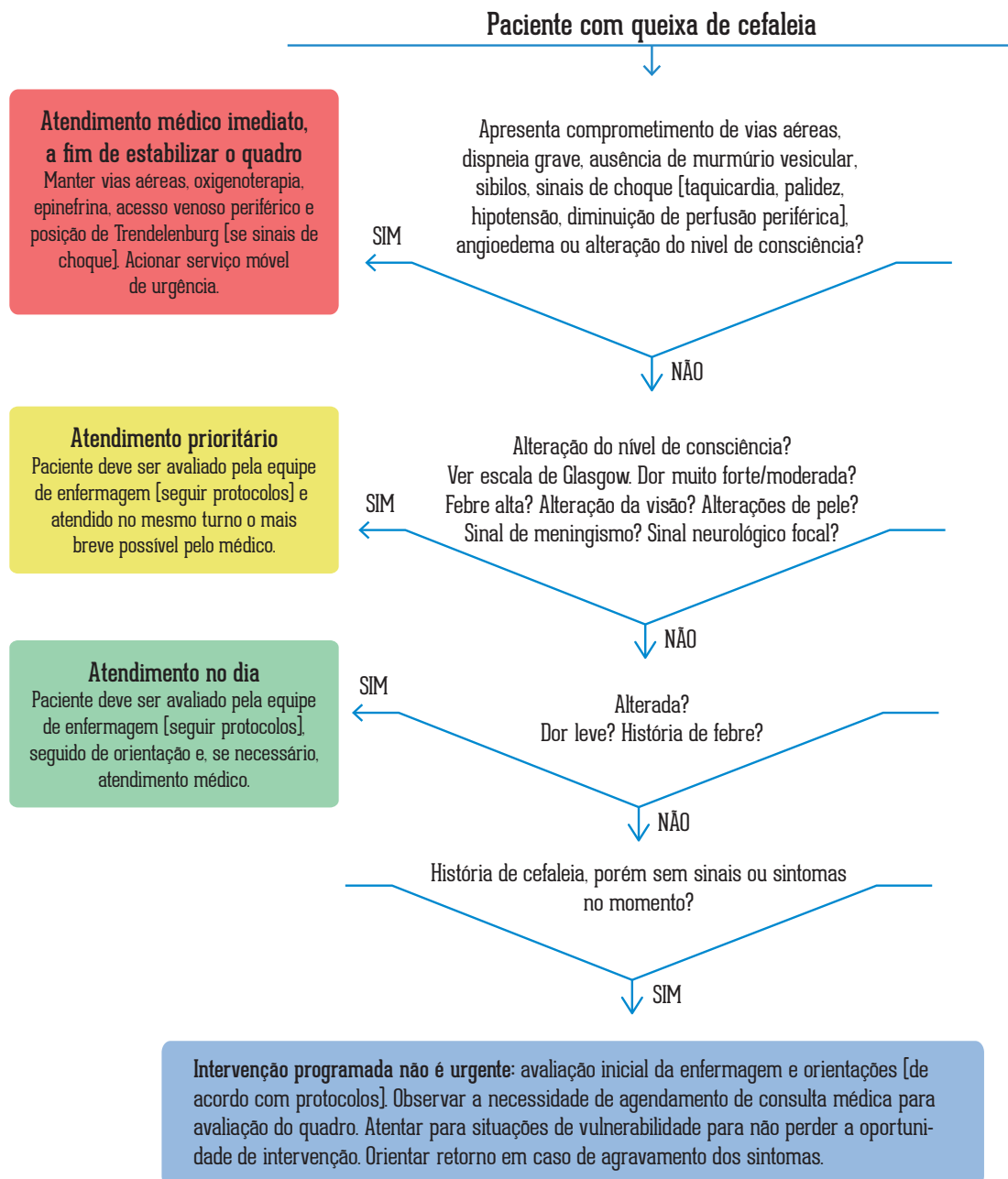
Importante:

- não encaminhar indivíduos com diagnóstico de cefaleia tensional, enxaqueca, cefaleia em salvas ou cefaleia por abuso de medicação para estudo de neuroimagem apenas por segurança;
- considerar estudo de imagem nos indivíduos portadores de cefaleia crônica diária e achados anormais no exame neurológico;
- exame de imagem geralmente não é indicado em pacientes com migrânea e exame neurológico normal;
- o eletroencefalograma não é útil em identificar as causas e os subtipos de cefaleia, assim não se recomenda realização deste exame na abordagem da cefaleia;
- na avaliação do indivíduo com cefaleia, estar atento aos “sinais de alerta” que indicam provável cefaleia secundária.

Fonte: Silva (2002).

O fluxograma a seguir pode auxiliar na estratificação de risco dos pacientes acometidos por cefaleia que buscam o serviço de saúde. Acompanhe.

Quadro 4: Fluxograma - abordagem inicial de usuários com queixa de cefaleia.



9. CUIDADOS PÓS-EVENTOS AGUDOS NO DOMICÍLIO E NA COMUNIDADE

Ao atender ou tomar conhecimento de um caso de cefaleia aguda ou recorrente, a equipe deverá discutir e avaliar a necessidade deste indivíduo ser acompanhado, agendado para retorno, referenciado ao especialista ou mantido sob supervisão nas rotinas das visitas domiciliares. Sempre deve ser reforçada a importância da adesão às orientações, da assiduidade às consultas de rotina quando instituídas, bem como naquelas especializadas quando for o caso.

No primeiro momento, a equipe de saúde deve classificar a cefaleia em primária ou secundária para, então, planejar as condutas a serem instituídas.

As cefaleias identificadas como primárias devem, ainda, ser analisadas e posteriormente classificadas quanto à sua modalidade tanto no atendimento à crise como no atendimento sequencial, se for o caso. A equipe de saúde deverá propor ações voltadas à identificação e ao manejo da dor, junto ao paciente, à família e à comunidade, atentando para a ocorrência de fatores desencadeantes e predisponentes a fim de instituir medidas de profiláticas e o tratamento adequado conforme o tipo de cefaleia.

É fundamental que o paciente seja informado acerca da natureza de sua cefaleia a fim de tranquilizá-lo e instrumentalizá-lo, evitando o pânico, idas desnecessárias aos serviços de pronto-atendimento ou a não valorização de sintomas diferentes dos apresentados habitualmente.

No caso das cefaleias caracterizadas como secundárias, é importante proceder à investigação diagnóstica da patologia de base e estabelecer medidas voltadas para seu controle e acompanhamento na Atenção Básica. Em todos os casos, devem ser realizadas buscas ativas para conhecimento do desfecho clínico e medidas cabíveis. Um caso que merece especial atenção é a ocorrência de meningites, no qual se faz necessária a quimioprofilaxia para os contatos íntimos nos casos de doença meningocócica e causadas por *Haemophilus influenza* com Rifampicina administrada no prazo de 48 horas da exposição à fonte de infecção. Neste caso, ainda, é fundamental notificar o caso à Vigilância Epidemiológica e proceder o seguimento.

A terapêutica farmacológica adequada, sobretudo quando nos casos de profilaxia medicamentosa, deve ser rigorosamente monitorada pelos diferentes profissionais da equipe de saúde nas consultas, acolhimentos e pode ser questionada pelos os agentes comunitários de saúde (ACSs) nas visitas domiciliares.

Em se tratando de educação em saúde, é fundamental insistir que, para além dos medicamentos, a influência do estilo de vida na evolução das cefaleias pri-

márias e nos processos fisiopatogênicos de algumas cefaleias secundárias são determinantes. Medidas preventivas e ações de promoção à saúde devem ser trabalhadas individualmente e na comunidade, enfatizando a importância de melhorias nas condições de sono e repouso, alimentação adequada, redução do estresse e à prática de atividades físicas no controle das crises ou das doenças de base:

- a criação de uma rotina deve ser proposta quando possível, e o indivíduo orientado a evitar dormir demais ou em horários muito diferentes. A insônia, quando relatada, deve ser considerada como parte do processo e passível de conduta;
- os fatores ambientais modificáveis deverão ser adaptados ao conforto do paciente. Quanto àqueles não passíveis de modificação, eles devem ser evitados, assim como situações desencadeadoras de crises relacionadas aos choques de temperatura, iluminação inadequada, odores desagradáveis, sons muito altos, entre outros;
- esforços que geram crises devem ser reconhecidos para que sejam evitados sempre que possível ou melhorada a capacidade física e a consequente tolerância;
- alimentos e bebidas relacionados à ocorrência de crises devem ser identificados e evitados ao máximo.

A equipe multiprofissional, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a própria população devem estar articulados no sentido de criar cenários e instrumentos que estimulem a adoção de hábitos saudáveis. Assim, é possível contar com o apoio de nutricionistas para auxiliar pacientes na elaboração de cardápios e receitas mais adequados e/ou na substituição de determinados alimentos relacionados a crises; um educador físico pode programar ou até mesmo conduzir atividades na comunidade; psicólogos têm como planejar atendimentos individuais e realizar grupos no controle de situações pontuais e do estresse; fisioterapeutas podem trabalhar no alívio e com orientações para situações cujo sistema musculoesquelético esteja envolvido na etiologia da dor.

Considerando, especificamente a enxaqueca, que afeta três vezes mais as mulheres do que os homens em decorrência de fatores hormonais relacionados ao período pré-menstrual, medidas profiláticas para esse período podem ser instituídas. Também é sabido que a contracepção hormonal oral combinada exerce influência sobre as crises migranasas. Dessa forma, os profissionais envolvidos no planejamento familiar devem questionar o histórico de cefaleia das pacientes e estar atentos para o início de crises relacionadas ao uso de métodos hormonais, que, se detectadas, in-

dicam a substituição por outro método contraceptivo. Por fim, a equipe deve estabelecer vínculos com a comunidade e repensar formas de acesso a fim de evitar a automedicação e a ocorrência de cefaleias recorrentes por uso crônico de analgésicos. Deste modo, essa condição poderá ser evitada, bem como outras complicações. Os profissionais devem investir em medidas educativas que encorajem a população a buscar auxílio para que seja realizado o diagnóstico

correto e adotadas as medidas adequadas em lugar das paliativas.



Link

Confira sites interessantes sobre o tema e saiba mais sobre cefaleia:

- American Family Physician – coleção de artigos sobre cefaleia: <<http://www.aafp.org/afp/topicModules/viewTopicModule.htm?topicModuleId=10>>.
- Clinical Knowledge Summaries – site Britânico com guias clínicos de referência: <http://www.cks.nhs.uk/headache_assessment>.
- National Institute for Health and Clinical Excellence – Guia do Sistema de Saúde Britânico: <<http://www.nice.org.uk/CG150>>.

10. RESUMO DO MÓDULO

Caro aluno,

Neste módulo acompanhamos um importante conteúdo sobre os tipos de cefaleia, além de sua definição e classificação. Como é uma das queixas mais frequentes na Unidade de Saúde, identificamos sinais de alerta ou gravidade frente a um caso de cefaleia aguda, de modo a estarmos aptos a manejar ambulatorialmente casos agudos mais comuns e identificar casos de cefaleia que necessitarão de remoção ao serviço de urgência ou emergência. Vale ressaltar que acompanhamos aspectos importantes para toda a equipe de saúde no que diz respeito aos cuidados pós-eventos agudos no domicílio e na comunidade. Lembre-se de que este conteúdo pode ser consultado quando necessário e continue, sempre, a aprofundar seus conhecimentos sobre o tema.

Bom estudo!

Fernanda Lazzari Freitas

- BIGAL, M. E. et al. Custos hospitalares das cefaléias agudas em uma unidade de emergência pública brasileira. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**. São Paulo, v. 58, n. 3A, set. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X200000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 02 mar. 2013.
- BRAGA, P.C.V. et al. Ocorrência e prejuízos da cefaleia em estudantes universitárias de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, Suppl. 1, p. 138-44, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. v.II, n. 28. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700036&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 6 mar. 2013.
- EHF (European Headache Federation). **Princípios europeus da abordagem das cefaleias comuns nos cuidados de saúde primários**. Traduzido do original por Sociedade Portuguesa de Cefaleias. Lisboa: European Headache Federation, 2010.
- IHS (INTERNACIONAL HEADACHE SOCIETY). The Internacional Classification of Headache Disorders. 2ed. **Cephalalgia**. v. 24, Suppl. 1, p. 9-160, 2004.
- MATHEW, N.T. et al. Efficacy of gabapentin in migraine prophylaxis. **Headache**, v.41, n.2, p.119-128, feb. 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11251695#>>. Acesso em: 23 abr. 2013.
- MARANHÃO-FILHO, P. A anamnese das cefaléias. **Migrêneas cefaléias**, v.9, n.1, p.18-22, jan./fev./mar. 2006
- NICE (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE). **Diagnosis and management of headaches in young people and adults**. Set, 2012. Disponível em: <<http://publications.nice.org.uk/headaches-cg150/guidance>>. Acesso: 5 mar. 2013.
- NEFF, M.J. Evidence Based Guidelines for neuroimaging in patients with non acute headache. **American Family Physicia**, v. 71. Suppl. 6 p. 1219-1222, 2005.
- RANDALL, C.; CLINCH, D.O. Evaluation of Acute Headaches in Adults. **American Family Physicia**, v. 63, Suppl. 63. p. 685-692, 2001.
- SANVITO, W.L.; MONZILLO, P. H. Cefaléias primárias: aspectos clínicos e terapêuticos. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 30, p. 437-448, out./dez. 1997. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/1997/vol30n4/cefaleias_primarias.pdf>. Acesso: 2 mar. 2013.
- SBCE (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA). Recomendações para o tratamento da crise migranosa. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 58, n. 2A, p. 371-389. São Paulo: 2000.
- SBCE (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA). **Manual Diagnóstico e Tratamento das Cefaléias**. Goiânia, 2013a. Disponível em: <http://www.sbcefaleia.com/associados/index.php?option=com_k2&view=itemlist&layout=category&task=category&id=14&Itemid=568>. Acesso em: 2 mar. 2013.
- SBCE (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA). **Tratamento das crises**. Goiânia, 2013b. Disponível em: <http://www.sbcefaleia.com/index.php?option=com_content&view=article&id=43:tratamento-das-crisis&catid=15:tratamento-das-crisis&Itemid=720>. Acesso em: 10 mar. 2013.
- SBMFC (Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade); ABMFR (Associação Brasileira de Medicina Física e Reabilitação); ABN (Academia Brasileira de Neurologia). Cefaléias em Adultos na Atenção Primária

à Saúde: Diagnóstico e Tratamento. **Projeto Diretrizes**, 2009. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/8_volume/16-Cefaleias.pdf>. Acesso: 2 mar. 2013.

SILVA, W. F. **Manual Prático para Diagnóstico e Tratamento das Cefaléias**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Cefaléia, 2001.

_____. **Cefaléias**. São Paulo: Lemos Editorial, 2002.

SUBCOMITÊ DE CLASSIFICAÇÃO DAS CEFALÉIAS DA SOCIEDADE INTERNACIONAL DE CEFALÉIA. Classificação internacional das cefaléias - segunda edição (revista e ampliada). Trad. Sociedade Brasileira de Cefaléia. São Paulo: Alaúde Editorial Ltda., 2006.

VINCENT, M.; et al. Prevalência e custos indiretos das cefaléias em uma empresa brasileira. **Arq. Neuro-Psiquiatr**. São Paulo, v. 56, n. 4, Dec. 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1998000500006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 2 mar. 2013.

Fernanda Lazzari Freitas

Graduada em Medicina pela UFSC em 2003. Residência em Medicina de Família e Comunidade no Grupo Hospitalar Conceição Porto Alegre 2004/2006. Concluiu Mestrado em Saúde Coletiva na UFSC em 2011. Trabalha como médica de família e comunidade no município de Florianópolis desde 2006 e desenvolve atividades de preceptoría na Residência em Medicina de Família e Comunidade UFSC/HU e na Graduação em Medicina UFSC.

Lattes: <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4762927U3>

Tanise Gonçalves de Freitas

Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2002), possui especialização em Atenção Básica e Saúde Coletiva pelo Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (2006), é mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina (2010). Atualmente é pesquisadora do Núcleo de Pesquisa em Bioética e Saúde Coletiva da UFSC, enfermeira da Prefeitura Municipal de Florianópolis e Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina. Tem experiência na Atenção Básica, atuando principalmente na área de Saúde da Família e Saúde Coletiva.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2878518544634263>