

# ABORDAGEM INICIAL DA CEFALEIA NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Gian Carvalho da Silva <sup>1</sup>, Maria Clara Secron Hermanson Canela <sup>2</sup>

<sup>1</sup>Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos - Humanitas / [giancarvalhosilva@gmail.com](mailto:giancarvalhosilva@gmail.com)

## RESUMO

A cefaleia é um sintoma de alta prevalência na população brasileira e configura um dos distúrbios neurológicos mais comuns nas unidades de urgência e emergência. Estima-se que 70% dos brasileiros experienciou o sintoma, sendo a migrânea e a cefaleia tensional as formas mais comuns. Entretanto, apesar da alta frequência da queixa, classificá-la e identificá-la por meio de sinais de alarme ainda constituem desafios diagnósticos na prática clínica. Diante disso, o estudo tem como objetivo auxiliar na abordagem inicial das cefaleias, evidenciando a necessidade de reconhecimento precoce das cefaleias secundárias. Nesse cenário, foi realizada revisão narrativa de literatura, tendo enfoque na abordagem e manejo do sintoma, com busca na base de dados PUBMED. O presente estudo demonstra que a anamnese detalhada, exame físico, identificação precoce de sinais de alarme e classificação das cefaleias promovem uma abordagem inicial eficiente, selecionando os pacientes que necessitam de investigação complementar e encaminhamento para serviço especializado.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cefaléia aguda. Emergências. Manejo. **ÁREA TEMÁTICA:** Emergências neurológicas.

## INTRODUÇÃO

A cefaleia é um sintoma frequente nas unidades de urgência, representando cerca de 3% dos atendimentos em adultos, afetando ambos homens (94%) e mulheres (99%), sendo um dos distúrbios neurológicos mais comuns. De acordo com as estimativas no Brasil, 70% da população vivenciou algum tipo de cefaleia, sendo 29,5% relacionados à cefaleia tensional e 15,2% relacionados à migrânea. A cefaleia se apresenta como condição incapacitante, que prejudica as atividades do cotidiano e pode levar ao absenteísmo e sofrimento, afetando relações de trabalho e sociais, tornando-se um fator de impacto socioeconômico. Esse cenário é evidenciado pelas estimativas do Global Burden of Disease (GBD) de 2021, nas quais a enxaqueca, uma cefaleia primária, se constitui entre as principais causas de perda de saúde global, a partir do critério do GBD que utiliza os anos vividos com incapacidade (Years lived with Disability-YLDs) como medida, ocupando o terceiro lugar entre as doenças mais incapacitantes do mundo. Apesar da elevada prevalência e impacto, o processo do diagnóstico e diferenciação entre uma cefaleia primária ou cefaleia secundária com potencial de evolução grave ainda é um desafio, visto que na literatura estão descritos mais de 200 tipos de cefaleia. As cefaleias primárias incluem principalmente migrânea, cefaleia tensional e cefaleia em salvas. Nas cefaleias secundárias, tem-se a cefaleia por presença de fator desencadeante e temporalmente relacionado com o início da cefaleia, exemplo de doenças como fator precipitante: (Dengue, meningite, hemorragias intracranianas, acidentes vasculares cerebrais e tumores cerebrais). Portanto, esse estudo tem como objetivo discutir a abordagem inicial da cefaleia aguda no

âmbito da neurologia e urgência/emergência, enfatizando a necessidade de história clínica detalhada e exame físico direcionado, com identificação dos sinais de alerta, classificação do tipo de cefaleia, bem como observação da resposta ao tratamento imediato para avaliação de risco e necessidade de encaminhamento para serviço especializado.

## **OBJETIVOS**

O objetivo deste resumo é agrupar, analisar e sintetizar medidas para auxiliar na diferenciação diagnóstica da cefaleia e reconhecimento dos casos de maior gravidade, bem como estabelecer a sistematização do cuidado prestado por médicos em um serviço de pronto atendimento.

## **METODOLOGIA**

Pesquisa de artigos na base de dados PUBMED e Google Acadêmico, com descritores como cefaleia, abordagem, urgência e emergência. Foram aplicados filtros para seleção de artigos disponíveis gratuitamente em revistas de grande impacto, priorizando-se artigos atuais.

## **FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

A cefaleia é responsável por 9,3% das consultas não agendadas em serviços de saúde configurando um sintoma que exige cautela no manejo, uma vez que 5% dos casos terão ligação com patologias potencialmente fatais como hemorragia subaracnoide, tumores intracranianos e meningite. Mesmo na ausência de cefaleia secundária, o sintoma pode gerar sofrimento significativo ao portador cursando com incapacidade e prejuízo funcional como absenteísmo do trabalho. Segundo o Global Burden of Disease (GBD) de 2021, aproximadamente 2.81 bilhões de indivíduos apresentaram migrânea ou cefaleia tensional e no período entre 2010 e 2021, mesmo com o manejo existente, não foi observado uma melhora no fardo causado por esses distúrbios neurológicos. Posicionando a cefaleia entre as principais causas de perda de saúde no mundo.

Ademais, os pacientes possuem uma frequência de retorno elevada aos serviços de saúde, motivados por uma deficiência de orientação e encaminhamento adequado aos serviços ambulatoriais, como diz Filler, 2019. Com retorno constante e ausência de protocolos clínicos institucionais para condução e tratamento dos casos, tem-se condutas inconsistentes, solicitação inadequada de exames complementares e uso impróprio de fármacos.

A soma desses fatores leva à frustração do paciente, que tem redução da sua funcionalidade e produtividade, culminando em um impacto socioeconômico negativo. Nesse contexto, evidencia-se a importância da elaboração e sistematização do atendimento em casos de cefaleia e o mérito da orientação ao final do tratamento para garantir a continuidade do cuidado pós atendimento na urgência, fundamental na prática clínica.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Para estabelecer o diagnóstico e manejo deve-se reconhecer “red flags”, instrumento essencial na triagem para reconhecimento dos casos graves. Inicialmente, devemos dividir as cefaleias em dois grupos, primárias e secundárias:

As cefaleias primárias são aquelas que a dor de cabeça é o principal sintoma, pode-se ter associação com foto e fonofobia, náusea seguida de vômito, ausência de alteração no exame neurológico preservando nível de consciência e exame físico excluindo sinais meníngeos. Terão um caráter mais usual com recorrência, o paciente tem autoconsciência do quadro e de estar tendo uma crise. Pertence a esse grupo a cefaleia em salvas, cefaleia do tipo tensional e migrânea. O manejo é simples, consistindo em tratamento farmacológico e avaliação da resposta terapêutica, dispensando exames complementares, exceto se não houver melhora.

As cefaleias secundárias são mais preocupantes e produzem sinais de alerta, pois a dor de cabeça advém de alguma patologia instalada no indivíduo, seja ela uma malformação, infecção, neoplasias, entre outras, desde que esta patologia esteja elencada ao sintoma de cefaleia e seja estabelecido um nexo temporal entre a patologia e o início do sintoma, sendo necessário exame complementar individualizado para cada caso e tratamento equivalente.

Na ausência da semiologia propedêutica supracitada nas cefaleias primárias, uma anamnese completa com exame físico é essencial para identificar os sinais de alerta. Utiliza-se um mnemônico para auxiliar a identificar esses sinais: **S** (sinais sistêmicos)= Febre, perda ponderal, elevação da PA, rigidez de nuca, rash cutâneo, pacientes imunossuprimidos, HIV, uso de imunossupressores, portadores de neoplasia. **N** (neurológico)= Edema de papila, déficits neurológicos focais, rebaixamento do nível de consciência, síncope pré-cefaleia, convulsão. **O** (older)= início em idade > 50 anos. **O** (onset sudden)= início súbito, intensidade máxima em 1 minuto, pior cefaleia da vida (thunderclap headache). **P** (padrão)= mudança de padrão da cefaléia prévia, piora progressiva tanto em intensidade quanto frequência e duração, refratária. Pode-se adicionar mais P's: Puerpério/gestação, postural, precipitada por valsalva. Vale ressaltar que se há presença de 1 ou mais desses sintomas: >40 anos, dor ou rigidez cervical, síncope testemunhada, início durante esforço físico, pior cefaleia da vida, rigidez de nuca ao exame físico. Ele preenche os critérios de Ottawa para suspeita de hemorragia subaracnóide (100% sensibilidade e 15,3% especificidade) indicando a solicitação de uma tomografia de crânio. Conduta em paciente com cefaleia primária consiste em resgate da crise e encaminhamento para seguimento ambulatorial: Se possível estabilizar o paciente em ambiente de penumbra, silencioso e tranquilo → Orientação quanto a complexidade do quadro justificando ausência de exames complementares → Estabelecer acesso venoso periférico → Administrar dipirona 1g intravenoso (IV) → reavaliação em 1 hora, não melhorou? → \*clorpromazina 1 mg/kg (IV) diluído em 500ml de SF 0,9% → reavaliação em 2 horas → cetoprofeno 100 mg (IV) diluído em 100 ml SF 0,9% + omeprazol 40 mg (IV) lentamente → reavaliar em 1 hora → dexametasona 10 mg (IV) → pacientes com cefaleia em salvas e migrânea se beneficiam de sumatriptano 6 mg subcutâneo antes de encaminhar para o especialista → se não obtiver melhora encaminhar para avaliação com neurologista em serviço terciário. Caso contrário, com remissão significativa ou total da dor e sintomas associados como vômitos e mal estar, alta hospitalar com orientação educativa incluindo sono regular, evitar bebidas alcoólicas, técnicas de relaxamento e lazer. \*Se o paciente apresentar vômito administrar ondansetrona 8 mg (IV) ou dimenidrinato 30 mg (IV) ambos diluídos em SF 0,9% 100ml junto da clorpromazina.

A conduta da cefaleia secundária na maioria dos casos necessita de avaliação do especialista em serviços de maior complexidade, devido a gravidade do quadro e possíveis repercussões, sendo papel principal do médico no serviço de urgência o reconhecimento e estabilização do paciente para transporte adequado. Fazendo-se por

meio de: Contatar a central de regulação para transferir imediatamente o paciente, enquanto isso aloca-lo em leito de observação, inicialmente em jejum, avaliar necessidade de proteção de vias aéreas, monitorar sinais vitais, oxigenoterapia se necessário ( $StO_2 < 92\%$ ), estabelecer acesso venoso periférico, verificar se preenche critérios de Ottawa para solicitar TC.

## CONCLUSÃO

O manejo das cefaleias em serviços de urgência deve priorizar a exclusão de casos graves que necessitam de atenção especializada mediata, sendo essencial o conhecimento sobre as publicações mais atualizadas acerca do assunto, sequenciado a abordagem terapêutica. Nesse contexto, busca-se o resgate do paciente da crise incapacitante e orientação até a passagem em serviço ambulatorial. Desse modo, estabelecer um protocolo direcionado torna o atendimento e tratamento eficaz e seguro, reduzindo diagnósticos incorretos, otimizando o fluxo no serviço de saúde e reduzindo custos assistenciais.

## PRINCIPAIS REFERÊNCIAS

1. Melhado EM, Brugunolli ID, Salis GVV, Buck C, Goulart LA, Sucena TA, et al. Protocolo de Tratamento de Cefaleia na Emergência em um Hospital-Escola. *Headache Medicine*. 2017;8(2):43-7.
2. Speciali JG, et al. Protocolo Nacional para Diagnóstico e Manejo das Cefaleias nas Unidades de Urgência do Brasil. Academia Brasileira de Neurologia – Departamento Científico de Cefaleia Sociedade Brasileira de Cefaleia, 2018.
3. Perry JJ, Stiell IG, Sivilotti MLA, et al. Clinical Decision Rules to Rule Out Subarachnoid Hemorrhage for Acute Headache. *JAMA*. 2013;310(12):1248–1255. doi:10.1001/jama.2013.278018
4. HEADACHE CLASSIFICATION COMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia: An International Journal of Headache*, v. 33, n. 9, p. 629–808, 2013.
5. Souza JS, et al. The study protocol for a multicenter observational headache registry: Brazilian Headache Registry - REBRACEF II. *Headache Medicine* 2024, 15(3): 175-184. DOI: 10.48208/HeadacheMed.2024.35.
6. GBD 2021 DISEASES AND INJURIES COLLABORATORS. Global incidence, prevalence, years lived with disability (YLDs), disability-adjusted life years (DALYs), and healthy life expectancy (HALE) for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet*, Londres, v. 403, n. 10440, p. 2133–2161, 2024. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00757-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00757-8).
7. FILLER, Levi; AKHTER, Murtaza; NIMLOS, Perrin. Evaluation and management of the emergency department headache. In: *Seminars in neurology*. Thieme Medical Publishers, 2019.