

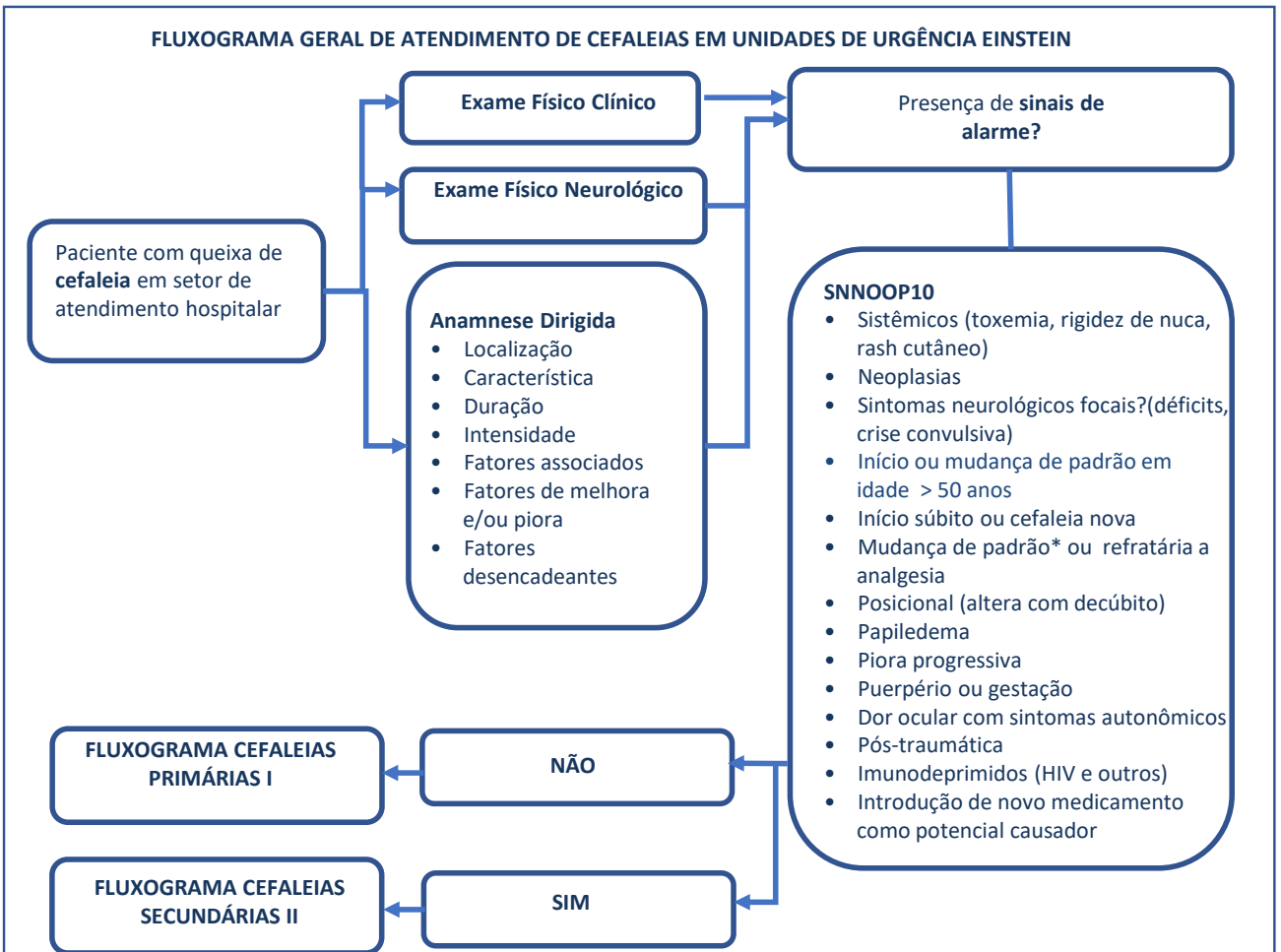


A anamnese cuidadosa associada ao exame físico e a busca ativa dos chamados “sinais de alarme”, ainda são os principais responsáveis pelo diagnóstico adequado de cefaleias secundárias graves.

A investigação deve ser realizada conforme o fluxograma

I. ASSISTENCIAL

FLUXOGRAMA GERAL DE ATENDIMENTO DE CEFALÉIAS EM UNIDADES DE URGÊNCIA EINSTEIN



Na presença de sinais de alarme, o paciente deve ser investigado. O líquido está reservado na suspeita de quadros infecciosos (meningoencefalites) ou hemorragia subaracnóide com TC de crânio normal.

Todos os casos de cefaleias primárias deverão seguir ambulatorialmente com Neurologia se ocorrem em frequência > 3 dias/mês ou menos em condições indicadas, exceto Cefaleia Tensional.

* Em paciente com cefaleia primária conhecida, define-se mudança de padrão quando a dor passa a apresentar **fenótipo distinto do habitual**, caracterizado por aumento **abrupto** da intensidade e/ou da frequência, **modificação** da localização e da **qualidade** da dor, bem como pelo surgimento de **novos sintomas associados** e por deterioração **consistente** da resposta às medicações de rotina. (8)

Na maioria dos casos – mesmo entre pacientes atendidos em serviços de emergência – a cefaleia é um distúrbio primário. A cefaleia que o paciente **reconhece como habitual**, porém com maior intensidade e sem resposta aos analgésicos usuais, corresponde, em geral, a uma cefaleia primária refratária ao tratamento habitual. Nessa situação, a investigação complementar não traz benefício e, desde que o exame físico, em especial o neurológico, seja normal, a conduta deve concentrar-se no alívio da dor em ambiente hospitalar. (7)

Check list para triagem de paciente com queixa de cefaleia em serviço de emergência

- Quando a dor começou?
- Em quanto tempo a dor atingiu a intensidade máxima?
- Você já teve esse tipo de dor antes?
- O que você estava fazendo quando a dor começou? (por exemplo, exercício físico)
- Há outros sintomas associados? Febre, foto ou fonofobia, vômitos, dor cervical, déficit neurológico focal, lentificação psicomotora?
- Existe algum fator externo ou comorbidade? Medicação nova, substâncias tóxicas, exposição a monóxido de carbono, trauma, gestação ou puerpério, câncer, doença sistêmica (incluindo HIV), procedimento com lesão dural ou risco de lesão no último mês (punção lombar, analgesia peridural, infiltrações em nervos/raízes espinhais)?
- A posição do corpo interfere na dor? (alívio ou piora em posição supina/deitada)

Exame físico

- Nível de consciência
- Pressão arterial e temperatura
- Sinais meníngeos
- Exame neurológico (força motora, sensibilidade, campos visuais, pares cranianos, coordenação, marcha)
- Alterações oftalmológicas, ORL ou odontológicas que possam justificar o quadro
- Fundoscopia para papiledema, se disponível

O paciente deve ser orientado a buscar atendimento ambulatorial especializado nas seguintes situações:

- conhece esse tipo de cefaleia, mas ela não responde aos analgésicos habituais;
- cefaleia subaguda (8 dias a 6 meses), sem sinais de piora nos últimos dias;
- cefaleia de longa duração (> 6 meses), com intensidade ou frequência com as quais o paciente não consegue lidar.

Esses casos podem ser manejado em seguimento clínico habitual, conforme julgamento médico (acompanhamento ambulatorial), mantendo orientação de retorno se surgirem sinais de gravidade ou mudança de padrão.

Já o **atendimento de emergência** é recomendado para os pacientes que apresentem:

- cefaleia de início súbito ou em thunderclap/trovoada (atingindo intensidade máxima em até um minuto);
- cefaleia incomum de início recente ou com mudança de padrão recente (< 7 dias)*
- cefaleia associada a febre (sem outra causa geral evidente, como síndrome gripal);
- cefaleia associada a sinais ou sintomas neurológicos focais;
- cefaleia sugestiva de intoxicação exógena;
- cefaleia em contexto de imunodeficiência.

Manejo Terapêutico

A) Pico da dor em ≤ 1 minuto?

- se SIM, seguir protocolo de THUNDERCLAP (cefaleia em trovoada) -> fluxograma emergência.

B) SE mudança de padrão RECENTE (≤ 7 dias), sem RED FLAGS ou alterações de exame físico

- Classificar como “cefaleia com mudança de padrão ≤ 7 dias, sem sinais de gravidade
- Solicitar neuroimagem em curto prazo, preferencialmente RM de crânio com contraste
- Agendar avaliação neurológica rápida (idealmente em ≤ 72 h).

* Em casos de **cefaleia com início ou piora nos últimos 7 dias**, a anamnese e o exame físico devem **buscar sinais de hipertensão intracraniana** (cefaleia intensa ao despertar pela manhã, vômitos, borramento visual, edema de papila ao exame de fundo de olho), que sejam sugestivos de processo expansivo intracraniano, ou dor cervical sugestiva de dissecação das artérias cervicais. Caso esses sinais estejam presentes, deve-se realizar neuroimagem para pesquisar processo expansivo intracraniano ou causa vascular.

C) SE mudança de padrão SUBAGUDA/CRÔNICA (> 7 dias), sem RED FLAGS ou alterações de exame físico

- Classificar como “mudança de padrão sem sinais de gravidade”
- Programar avaliação ambulatorial prioritária (Neurologia) em **7–15 dias** para:
 - decidir necessidade de RM de crânio
 - pesquisar hipertensão intracraniana (história + fundoscopia)
 - avaliar outras causas secundárias conforme exame clínico.

6. Nota de segurança

Boa resposta a analgésicos NÃO deve ser usada para tranquilizar nem para descartar cefaleia secundária.

I. FLUXOGRAMA CEFALIAS PRIMÁRIAS

1.1 ENXAQUECA

Critérios Diagnósticos

- A.** Histórico de ao menos 5 episódios preenchendo critérios de B-D
- B.** Episódios de cefaleia com duração de **4 a 72h**, se não tratado, ou tratado de forma ineficaz
- C.** Ao menos **2** das seguintes características:
1. Bilateral
 2. Pulsátil
 3. Intensidade moderada a forte
 4. Exacerbada por ou levando ao paciente a evitar esforços físicos rotineiros
- D.** Ao menos **um** dos seguintes:
1. Náusea e/ou vômito
 2. Fotofobia e fonofobia

1.2 TRATAMENTO DE FASE AGUDA NO PRONTO-SOCORRO

Etapa 1:

- **Sumatriptano 6mg SC**

Nota 1 , 4

Reavaliar após 1hr, se refratário:

Etapa 2:

- **Cetorolaco Trometamol 30mg EV**
- **Repetir etapa 1 se não contraindicado** (não passar dose máxima de triptanos ao dia)

Nota 2, 4

Reavaliar após 1hr, se refratário:

Etapa 3

- **Dipirona 1g + Metoclopramida 10mg* + Dexametasona 10mg**

*Alternativa: Ondansetrona 8mg

Nota 3, 5 e 6

2.1. CEFALeia DO TIPO TENSÃO

Critérios Diagnósticos

- A.** Histórico de ao menos 10 episódios preenchendo os critérios de B-D
- B.** Duração de **30min a 7 dias**
- C.** Ao menos **2** das seguintes características:
1. Bilateral
 2. Em pressão ou aperto
 3. Intensidade fraca a moderada
 4. Não piora aos esforços físicos rotineiros
- D. Ambos** os seguintes:
1. Sem náusea ou vômitos
 2. Não mais que um dos seguintes: fotofobia ou fonofobia

Reavaliar após 1hr, se refratário:

Etapa 4

- **Droperidol 2,5mg EV**
- **ou Clorpromazina 25mg IM**

Nota 3, 5 e 6

Se **refratário**:

- Avaliação Neurologia
- Bloqueio de GON (+/- LON)

Notas

Nota 1: checar dose máxima de triptano/dia, ou se contraindicado ir a Etapa 2/3/4

Nota 2: checar dose máxima de AINE/dia, ou se contraindicado ir a Etapa 3/4

Nota 3 : considerar associar difenidramina para evitar efeitos extrapiramidais, se contraindicado ir a Etapa %

Nota 4: se paciente apresentar náusea/vômitos, associar antieméticos e hidratação endovenosa (metoclopramida, ondansetrona)

Nota 5: realizar expansão volêmica em caso de administração de medicamentos que possam cursar com hipotensão (Metoclopramida, Clorpromazina, Droperidol)

Nota 6: em pacientes com histórico de reação extrapiramidal, associar administração de Difenidramina 12,5mg EV

Orientações para alta domiciliar:

1. Receituário:

Na crise, utilizar um dos seguintes: Naratriptana 2,5mg, Sumatriptano 50mg, Rizatriptano 10mg, Zolmitriptano 2,5mg ou Eletriptana 20mg; se necessário, associar Naproxeno 550mg ou Cetorolaco Trometamol 10mg ao triptano.

2. Mudanças de estilo de vida

3. **Encaminhar todos para seguimento com Neurologia**

4. Entregar formulário de orientações e consentimento

2.2 TRATAMENTO DE FASE AGUDA NO PRONTO-SOCORRO

1. Analgésico simples (Ex: Dipirona 1g)
2. Cetorolaco Trometamol 30mg OU Cetoprofeno 100mg

Orientações para alta domiciliar:

1. Receituário:

- Dipirona 500mg até de 6/6h e/ou Naproxeno 250mg até de 8/8h por 03 dias se necessário
 - Se **refratário**: Dipirona 500mg + Cafeína 65mg até de 6/6h
2. Mudanças de estilo de vida
3. Encaminhar para seguimento com Clínico Geral, ou Neurologista se frequência maior que 3 dias ao mês.
4. Formulário de orientações

I. FLUXOGRAMA CEFALÉIAS PRIMÁRIAS

3.1. CEFALÉIA EM SALVAS

Critérios Diagnósticos

- A.** Histórico de ao menos 5 episódios preenchendo os critérios B-D
- B.** Dor **forte** ou muito forte **unilateral, orbital, supraorbital** e/ou **temporal**, durando **15-180min** (quando não tratada)
- C.** Um dos **ou ambos** os seguintes:
1. ao menos **um** dos seguintes sintomas ou sinais, ipsilaterais à cefaleia:
 - a. injeção conjuntival e/ou lacrimejamento
 - b. congestão nasal e/ou rinorreia
 - c. edema palpebral
 - d. sudorese frontal e facial
 - e. miose e/ou ptose
 2. sensação de inquietude ou de agitação
- D.** Ocorrendo com uma frequência entre uma a cada dois dias e oito por dia

4.1. NEURALGIA TRIGEMINAL

Critérios Diagnósticos

- A.** Paroxismos recorrentes de dor facial unilateral na(s) distribuição(ões) de **uma ou mais divisões do nervo trigêmeo**, sem irradiação além e preenchendo os critérios B e C
- B.** A dor possui **todas as seguintes características**:
1. duração de **segundos a dois minutos**
 2. intensidade **forte**
 3. qualidade em **choque, disparo, facada** ou **aguda**
- C.** Precipitada por estímulos sensoriais na distribuição trigeminal afetada

3.2 TRATAMENTO DE FASE AGUDA NO PRONTO-SOCORRO

- O2 100% 12L/min em máscara não reinalante, por 15 a 20 minutos, com paciente sentado (inicial)
- Sumatriptano 6mg **SC** (se necessário ou dor muito intensa inicial)

Se refratário :

- Avaliação Neurologia
- Bloqueio de GON

Orientações para alta domiciliar:

1. Betametasona IM dose única no PS
2. Receituário
 - Sumatriptano 6mg SC se crise
 - Verapamil* 120mg 2x ao dia ou 80mg 3x ao dia

*após realização de ECG em PS, e sem contraindicações
3. Encaminhar para seguimento com Neurologia (**prioridade**)
4. Formulário de orientações

2.2 TRATAMENTO DE FASE AGUDA NO PRONTO-SOCORRO

- Avaliação de ECG
- Fenitoína 10mg/kg em SF 0,9% 100ml, realizar velocidade que não ultrapasse 50mg/min

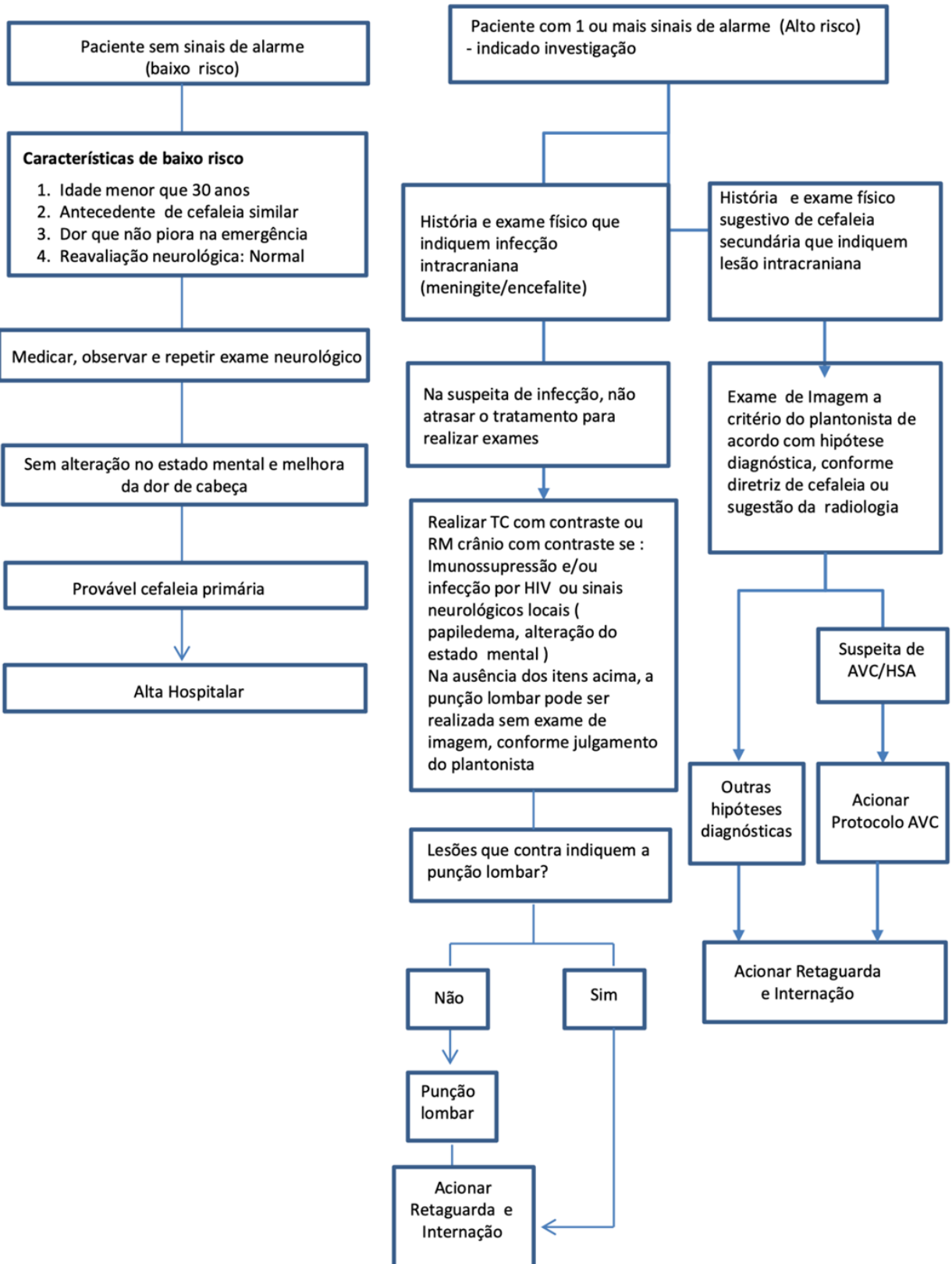
Se refratário:

- Avaliação Neurologia
- Lacosamida 100mg EV

Orientações para alta domiciliar:

1. Encaminhar para seguimento com Neurologia
2. Formulário de orientações

FLUXOGRAMA PARA ATENDIMENTO DE CEFALEIA NO PRONTO ATENDIMENTO – PARTE II



1. EXAMES

Tomografia de crânio é o exame inicial (a não ser que haja contra-indicação, como na gravidez) com angiotomografia cerebral e cervical nos casos de suspeita de etiologia vascular (dissecção, aneurisma roto, malformação arteriovenosa, trombose venosa cerebral);

- Ressonância magnética do encéfalo caso seja necessária imagem detalhada do parênquima ou vascular (angiorressonância);
- Não é recomendado solicitar exames para casos de cefaleias recorrentes com as características habituais e que preenchem critérios para cefaleia primária;
- Presença de sinais de alarme (vide fluxograma);
- Suspeita de hipertensão intracraniana;
- Suspeita de meningite ou encefalite;
- Suspeita de hemorragia meníngea ou AVC.
- Indicação de outros exames:
- Liquor (suspeita de meningite, encefalite);
- Exames laboratoriais gerais (quadro sistêmico, infecções).

2. INTERNAÇÃO

- Cefaleia refratária que incapacite o paciente e que não melhora com o tratamento adequado;
- Toda suspeita de cefaleia secundária, sem diagnóstico definido;
- Toda cefaleia secundária que ameace a vida do paciente;
- Critérios de semi e UTI: necessidade de vigilância neurológica até definição etiológica; causa vascular definida (dissecção arterial, trombose venosa cerebral, hemorragia meníngea, acidente vascular cerebral) ou encefalites;
- Alocação na enfermaria nos casos de cefaleia primária refratária.

3. TRATAMENTO

Critérios de conversão para terapia oral

- Controle da dor.

Critérios de alta

- Controle da dor na cefaleia primária;
- Definição diagnóstica e controle clínico da etiologia para tratamento ambulatorial na cefaleia secundária.

Duração do tratamento

- Até controle da dor;
- A depender da etiologia na cefaleia secundária.

Indicação de exames de controle durante o tratamento

- Sem controle da dor apesar do tratamento adequado ou novo sintoma neurológico;
- Etiologia vascular ;
- Lesão estrutural intracraniana;
- Meningite sem etiologia definida com persistência dos sintomas.

Indicação de retorno ambulatorial, em quanto tempo, exames no retorno

- Nas cefaleias primárias, retorno dentro de 30 dias após a alta e não há necessidade de exames para o retorno;
- Nas cefaleias secundárias, a programação dependerá da etiologia.

II. INDICADORES DE QUALIDADE

- Alta hospitalar do pronto atendimento em paciente sem dor (EVA 0);
- Não prescrição de opióides em quadros de cefaleias primárias;
- Taxa de internação de cefaleias primárias;
- Taxa de solicitação de tomografia de crânio em pronto atendimento;
- Taxa de conversão de pacientes para atendimento ambulatorial;
- Indicador de performance - tempo de permanência no pronto atendimento;
- Número de eventos adversos graves por mês relacionados ao não diagnóstico de cefaleias secundárias;
- Número de eventos adversos graves relacionados aos medicamentos administrados em pronto atendimento.

III. GLOSSÁRIO

TC: Tomografia Computadorizada

RM: Ressonância Magnética

AVC: Acidente Vascular Cerebral

UPA: Unidade de Pronto Atendimento

IV. HISTÓRICO DE REVISÕES

Revisão Periódica 01/09/2025

Pathway GMA Cefaleias V1.2025

2026: Revisão Periódica

V. Referências

- [1] Burch R. Acute treatment of migraine. *Continuum (Minneapolis, Minn)*. 2024;30(2, Headache):344-363.
- [2] Friedman BW. Migraine in the emergency department. *Neurol Clin*. 2019;37(4):743-752. doi:10.1016/j.ncl.2019.07.005.
- [3] Orr SL, Friedman BW, Christie S, Minen MT, Bamford C, Kelley NE, et al. Management of adults with acute migraine in the emergency department: The American Headache Society evidence assessment of parenteral pharmacotherapies. *Headache*. 2016;56(6):911-940. doi:10.1111/head.12835.
- [4] Robblee J, Grimsrud KW. Emergency department and inpatient management of headache in adults. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2020;20(7):7. doi:10.1007/s11910-020-01030-w.
- [5] Cortel-LeBlanc MA, Orr SL, Dunn M, James D, Cortel-LeBlanc A. Managing and preventing migraine in the emergency department: a review. *Ann Emerg Med*. 2023;82(6):732-751. doi:10.1016/j.annemergmed.2023.05.024.
- [6] Speciali JG, Kowacs F, Jurno ME, Bruscky IS, Carvalho JJ, Fantini FGM, et al. Protocolo nacional para diagnóstico e manejo das cefaleias nas unidades de urgência do Brasil. *Sociedade Brasileira de Cefaleia; Academia Brasileira de Neurologia*. 2018.
- [7] Moisset X, Mawet J, Guegan-Massardier E, Bozzolo E, Gilard V, Tollard E, Feraud T, Noëlle B, Rondet C, Donnet A. French Guidelines For the Emergency Management of Headaches. *Rev Neurol (Paris)*. 2016 Jun-Jul;172(6-7):350-60. doi: 10.1016/j.neurol.2016.06.005. Epub 2016 Jul 1. PMID: 27377828
- [8] Lebedeva ER, Olesen J. Proposed general diagnostic criteria for secondary headaches. *Cephalalgia*. 2023;43(12).

Código Documento: CPTW97.4	Elaborador: Polyana Vulcano de Toledo Piza Ivy Liger Riso Mario Fernando Prieto Peres Marcio Nattan Portes Souza Leandro Cortoni Calia Alexandre Ottoni	Revisor : Fernando Ramos de Mattos	Aprovador: Andrea Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 20/04/2021 Data de Revisão: 27/05/2026	Data de Aprovação: 29/05/2026
--------------------------------------	--	--	--	---	---

A maioria das dores de cabeça é **benigna e transitória**, sendo a **cefaleia tensional** e a **enxaqueca** as causas mais comuns. Infecções e alterações do estado geral também podem atuar como **fatores desencadeantes**.

Medidas que auxiliam no alívio da dor

- **Alimentação:** evite jejum prolongado.
- **Hábitos:** reduza o consumo de álcool, cafeína e cigarro.
- **Sono:** mantenha repouso adequado e sono regular.
- **Cuidados locais:** banhos mornos ou compressas quentes na região do pescoço, ombros e costas podem ajudar, especialmente nos quadros de cefaleia tensional.
- **Medicações:** utilize apenas as medicações conforme prescrição médica. Evite uso excessivo de medicamentos

Retorne imediatamente ao Pronto-Atendimento se apresentar:

- Confusão mental, sonolência excessiva, desmaio ou convulsão.
- Dor de cabeça de **início súbito e muito intensa**
- Fraqueza, dormência no corpo ou dificuldade para falar ou enxergar
- Dor que **piora ao deitar** ou que leva a despertar durante a noite
- Febre, calafrios, rigidez no pescoço, mal-estar importante ou tontura

Em pacientes atendidos no pronto-socorro que necessitem do uso de medicações com potencial efeito sedativo, como metoclopramida, droperidol ou clorpromazina, deve-se obrigatoriamente realizar orientação quanto aos possíveis efeitos residuais, incluindo sintomas extrapiramidais, sonolência, tontura e prejuízo do estado de alerta. Essas orientações devem constar automaticamente no relatório de alta, conforme documento institucional "Efeitos Residuais", além da avaliação de critérios de alta segura, como presença de acompanhante e/ou condições adequadas de retorno ao domicílio.

Uso de medicações com potencial efeito residual / sedativo:

Aplica-se aos pacientes que receberem, durante o atendimento no PS:

- Droperidol
- Clorpromazina
- Difenidramina
- (outros fármacos com potencial sedativo)

Ações obrigatórias:

1. **Orientar o paciente** quanto aos possíveis efeitos residuais da medicação (sonolência, tontura, lentificação psicomotora, sintomas extrapiramidais, entre outros)
2. **Registrar orientação em prontuário**, com texto automático de alta (conforme documento "Efeitos Residuais")
3. **Avaliar critérios de alta segura**, incluindo:
 - Paciente está acompanhado?
 - Veio dirigindo?
 - Apresenta sonolência significativa no momento da alta?
1. **Considerar permanência em observação ou alta assistida**, se necessário