

## Cefaleias em Adultos na Atenção Primária à Saúde: Diagnóstico e Tratamento

*Autoria: Sociedade Brasileira de Medicina  
da Família e Comunidade  
Associação Brasileira de Medicina  
Física e Reabilitação  
Academia Brasileira de Neurologia*

---

**Elaboração Final:** 30 de junho de 2009

**Participantes:** Pinto MEB, Wagner HL, Klafke A, Ramos A, Stein  
AT, Castro Filho ED, Pereira CF, Sarmiento E

---

---

*O Projeto Diretrizes, iniciativa conjunta da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.*

## DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIA:

**Estratégia de pesquisa de diagnóstico de cefaleias:** Foi realizada busca no PubMed e SciELO com a seguinte estratégia sobre diagnóstico de cefaleia: (“Headache” OR “Headache Disorders, Primary” OR “Headache Disorders, Secondary” OR “Cluster Headache” OR “Tension-Type Headache” OR “Headache Disorders” OR “Migraine Disorders” OR “Migraine with Aura”) AND (“Primary Health Care” OR “Physicians, Family” OR “Family Practice”) AND (“Diagnosis” OR “Diagnosis, Differential” OR “Laboratory Techniques and Procedures”), todos MeSH Terms. Utilizando os termos “headache” e “diagnosis”, buscou-se nas bases secundárias: Cochrane e UpToDate. Foram usados como limites adultos (19 anos ou mais) e as línguas portuguesa, italiana, espanhola e inglesa. Estas buscas resultaram em 46 artigos que enfocavam o diagnóstico de cefaleias em atenção primária, dos quais 20 foram selecionados para utilização na confecção dessa diretriz clínica por apresentarem relevância ao assunto. Também foram utilizados outros artigos pertinentes sobre cefaleias, assim como diretrizes e consensos de sociedades médicas. Critérios de inclusão: artigos de pacientes adultos ou idosos, avaliados no cenário da atenção primária à saúde, que abordassem métodos diagnósticos das cefaleias mais prevalentes na clínica; artigos com validade interna e com potencial validade externa para a realidade brasileira. Critérios de exclusão: artigos em que os pacientes foram avaliados apenas em serviços de emergência, secundários e/ou terciários e artigos que abordassem diagnóstico de cefaleia do escopo do especialista focal (cirurgia neurologia / oftalmologia / odontologia).

**Estratégia de pesquisa sobre tratamento de cefaleias:** Foi realizada busca no PubMed, LILACS, SciELO com a seguinte estratégia de busca: cefaleia ou *headache* (Mesh Terms) AND tratamento ou *treatment* (Mesh Terms) OR tratamento em atenção primária ou *treatment in primary care* (Mesh Terms). Com a estratégia de cefaleia e tratamento (ou *headache and treatment*), enxaqueca e tratamento (ou *migraine and treatment*), buscou-se na base secundária Cochrane e com a estratégia *headache* e *migraine* na base de dados secundária Dynamicmedical (Dynamed). Foram encontrados 56 artigos que enfocavam o diagnóstico em atenção primária, dos quais 33 foram selecionados – além das bases secundárias – para utilização na confecção dessa diretriz clínica. Critérios de inclusão: pacientes adultos ou idosos, com queixa clínica de cefaleia, avaliados em atenção primária à saúde, com diagnósticos de cefaleia compatível com os diagnósticos prevalentes na clínica; artigos com validade interna e com potencial validade externa para a realidade brasileira. Critérios de exclusão: artigos que se centram em realidades (medicamentos não disponíveis no Brasil) diferentes da brasileira; artigos em que os autores trabalham em centros de referência terciário, com pacientes rastreados em função da especialização dos centros; artigos em que o tratamento é do escopo do especialista focal (cirurgia neurologia / oftalmologia / odontologia); artigos em que a validade interna pode ser questionada foram rejeitados; também foram excluídos artigos direcionados ao manejo de cefaleias raras na prática clínica.

## GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

- A:** Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência.
- B:** Estudos experimentais ou observacionais de menor consistência.
- C:** Relatos de casos (estudos não controlados).
- D:** Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

## OBJETIVOS:

Apresentar dados que permitam avaliar, em pacientes adultos avaliados em atenção primária, com queixa de cefaleia, qual seria a melhor abordagem diagnóstica e terapêutica, considerando os diagnósticos mais prevalentes.

## CONFLITO DE INTERESSE:

Nenhum conflito de interesse declarado.

## INTRODUÇÃO

A cefaleia é uma condição prevalente, incapacitante, muitas vezes sem diagnóstico e tratamento adequados. Ela afeta mais as mulheres e tem maior frequência nos anos de maior produtividade<sup>1</sup>(B). No Brasil, as cefaleias são responsáveis por 9% das consultas por problemas agudos em atenção primária<sup>2</sup>(C).

A maioria dos indivíduos experimenta algum episódio de cefaleia durante a vida adulta; entretanto, apenas poucos procuram atendimento médico. É estimado que apenas 16% dos pacientes com cefaleia tensional e 56% dos pacientes com enxaqueca ou migrânea procuram atendimento de médico generalista e, destes, 4% e 16%, respectivamente, consultam com especialistas em cefaleias, sendo mais comum as mulheres buscarem assistência médica por esse motivo<sup>3</sup>(B). No Brasil, num estudo em duas Unidades Básicas de Saúde, foi encontrada prevalência de 45% de enxaqueca nos pacientes com queixa de cefaleia<sup>2</sup>(C). Nos Estados Unidos, o diagnóstico de enxaqueca não aumentou significativamente na comparação dos anos de 1989 e 1999, embora os encaminhamentos para avaliação pelos especialistas de cefaleia tenham triplicado neste período de 10 anos<sup>1</sup>(B). Também nesse país, a enxaqueca afeta aproximadamente 28 milhões de indivíduos, e os médicos de família têm papel importante no diagnóstico e manejo desta afecção<sup>1</sup>(B). Outro fator que corrobora com a importância desse tema é o impacto que a doença tem sobre a vida dos pacientes. Existe uma correlação importante entre a gravidade da cefaleia, a qualidade de vida e o impacto desta doença na vida dos indivíduos e que pode ser avaliado na atenção primária à saúde, utilizando o questionário *Headache Impact Test 6* (HIT-6)<sup>4,5</sup>(B).

A Classificação das Cefaleias da *International Headache Society* (IHS)<sup>6</sup>(D) tem a intenção de padronizar, tanto em pesquisas como na clínica, a definição dos tipos de cefaleias, sendo a cefaleia do tipo tensional a mais prevalente, seguida da enxaqueca (migrânea)<sup>2</sup>(C). No Reino Unido, a incidência na atenção primária de tumor intracraniano, hemorragia subaracnóide e hematoma subdural são, respectivamente, 6,1, 4,1 e 1,9 por 100.000, sendo que, dos diagnósticos corretos, 70% foram realizados pelos médicos de família com utilização criteriosa de exames de imagem. Nesse

estudo, apenas metade dos pacientes com tumor cerebral, hemorragia subaracnóidea e hematoma subdural apresentavam cefaleia<sup>7</sup>(C). Tendo em vista estes fatores, a educação continuada dos médicos de família e comunidade deveria enfocar o diagnóstico e o manejo e, com destaque, o impacto das cefaleias na vida dos pacientes<sup>5</sup>(B).

## DIAGNÓSTICO

Apenas 1% das cefaleias é ocasionado por doenças graves, que necessitam de atendimento imediato<sup>8-10</sup>(D). Para a maioria dos pacientes, mais importante do que um medicamento que alivie os seus sintomas é saber a origem do seu problema. Assim, o manejo das cefaleias, particularmente num cenário de atenção primária à saúde, inicia-se com informação clara e uma adequada relação médico-paciente.

Inicialmente, no diagnóstico da cefaleia, é importante identificá-la como primária ou secundária, além de afastar a presença de possíveis sinais e sintomas de alerta que indicariam a necessidade de avaliação por um especialista focal e exames de imagem<sup>11</sup>(C). A utilização de tomografia computadorizada (TC) na atenção primária à saúde é uma estratégia pouco robusta para melhorar a detecção de doenças mais graves, tendo em vista que o número necessário para rastrear é de um por 100.000 por ano, o que ocasiona um aumento de custos não produtivos no sistema de saúde<sup>7</sup>(C).

Em estudo realizado em 16 cidades brasileiras, 414 pacientes foram avaliados por especialistas em cefaleia, após serem atendidos por médicos não especialistas nessa doença, e foram encontrados diagnósticos corretos de enxaqueca (migrânea), cefaleia tensional e

cefaleia em salvas, respectivamente, em 44,9%, 6,7% e 26,7%<sup>12</sup>(C), demonstrando a necessidade de qualificar a estratégia diagnóstica das cefaleias, principalmente a tensional.

As enxaquecas ou migrêneas são mais frequentes em mulheres do que em homens, numa proporção de 3:1, iniciando entre a segunda e a terceira décadas de vida<sup>1</sup>(B). O rastreamento da enxaqueca na atenção primária à saúde, empregando um questionário autoaplicado baseado no Rastreamento de Identificação de Enxaqueca (*ID Migraine*), pode ser realizado, utilizando três questões que abordem os seguintes aspectos: limitação das atividades habituais (estudo, trabalho, outras), náusea e fotofobia (sensibilidade à luz). Este rastreamento apresenta uma sensibilidade de 0,81 (IC 95% 0,77-0,85), especificidade de 0,75 (IC 95% 0,64-0,84%) e valor preditivo positivo de 93,3% (IC 95% 89,9-95,8)<sup>13</sup>(B).

A IHS sugere a utilização de critérios diagnósticos para as cefaleias mais prevalentes: a enxaqueca sem aura (enxaqueca comum), a enxaqueca com aura, a cefaleia em salvas e a cefaleia tensional. A classificação e os critérios diagnósticos foram desenvolvidos e publicados em 1988 e revisados em 2004 e são apresentados no Quadro 1<sup>14</sup>(D). A utilização de uma versão abreviada dos critérios diagnósticos de enxaqueca da IHS foi testada em quatro populações, empregando diferentes combinações de sintomas. A conjunção de náusea, fotofobia e dor pulsátil foi o quadro que melhor caracterizou enxaqueca, apresentando uma Razão de Probabilidade (RP) positiva de 6,7 e uma RP negativa de 0,23. Já os sintomas náusea, fotofobia e piora da dor com atividade física apresentou uma RP positiva de 5,9 e uma RP negativa de 0,21. A náusea, como sintoma

isolado, foi o sintoma que melhor caracterizou um quadro clínico de enxaqueca, na qual a RP foi 4,8 e uma RP negativa de 0,23<sup>15</sup>(B).

O diagnóstico diferencial das cefaleias também inclui dor de cabeça causada por sinusite, alterações na articulação têmporo-mandibular, uso excessivo de medicação e pós-trauma. O diagnóstico de enxaqueca pode ser confundido com o de cefaleia causada por sinusite, tendo em vista que alguns dos sintomas oculares e nasais podem dificultar a interpretação diagnóstica feita pelo médico e entre 40% e 90% dos pacientes podem apresentar os critérios diagnósticos de enxaqueca da IHS<sup>16</sup>(D). Contudo, a frequência, a intensidade dos episódios de cefaleia, assim como outros sintomas associados à sinusite e radiografia dos seios da face, podem auxiliar no diagnóstico diferencial<sup>17</sup>(D). A sinusite crônica não é causa de cefaleia, a não ser que ocorra uma agudização do quadro<sup>17</sup>(D). Os critérios diagnósticos de cefaleia atribuída à rinosinusite são: a) Acefaleia frontal acompanhada por dor em uma ou mais regiões da face, ouvidos ou dentes e preenchendo os critérios C e D; b) Evidência clínica, por endoscopia nasal, por imagens de tomografia computadorizada e/ou ressonância nuclear magnética e/ ou laboratorial de rinosinusite aguda ou agudização de rinosinusite crônica<sup>1</sup>(B)<sup>2</sup>(C); c) A cefaleia e dor facial aparecem simultaneamente com o início ou exacerbação aguda da rinosinusite; d) A cefaleia e/ou a dor facial desaparecem dentro de sete dias após a remissão ou o tratamento bem-sucedido da rinosinusite aguda ou da agudização de rinosinusite crônica. Os erros de refração muitas vezes são muito valorizados como causa de cefaleia; no entanto, quando estão de fato implicados trazem dor de moderada intensidade, frontal e ocular ausente com exercício<sup>18</sup>(D). As

doenças da articulação têmporo-mandibular devem ser incluídas no diagnóstico diferencial quando o paciente apresentar quadro clínico de dor também na face e disfunção na oclusão oral, quando deve ser encaminhado para a avaliação de odontólogos e realização de ressonância magnética para a confirmação do diagnóstico<sup>19</sup>(C).

A cefaleia tensional, subtipo episódico, afeta até 80% das pessoas de tempos em tempos e ao longo da vida. É caracterizada pelos pacientes como “um sintoma normal ou comum”, levando à automedicação e, conseqüentemente, a não procura de assistência médica<sup>20</sup>(B); entretanto, a cefaleia tensional pode ser incapacitante e durar várias horas<sup>21</sup>(B). O estresse pode ser um fator desencadeante ou agravante desse tipo de cefaleia. O diagnóstico é clínico, segundo os critérios da IHS (Quadro 1).

A cefaleia em salvas (*cluster headache*) é caracterizada por dor de intensidade moderada a intensa, unilateral, sendo predominantemente retro-orbital ou temporal, associada a um ou mais sinais autossômicos no lado afetado (Quadro 1). Ela afeta mais homens que mulheres, numa relação de 2,5:1<sup>22</sup>(C) a 3,7:1<sup>23</sup>(B), e os sintomas tendem a iniciar em média aos 30 anos. O diagnóstico é clínico, utilizando-se os critérios da IHS<sup>14</sup>(D), embora 40% dos pacientes passem por procedimentos invasivos desnecessários<sup>22</sup>(C). É um tipo de cefaleia que demora em ser diagnosticada, e o paciente consulta de dois a três médicos gerais ao longo de três anos antes de obter um diagnóstico. Entre os fatores que podem retardar o diagnóstico está a falta de lembrança no diagnóstico diferencial pelos médicos<sup>22</sup>(C), idade jovem no início dos sintomas, episódio

## Quadro 1

### Classificação de enxaqueca, cefaleia tensional e cefaleia em salvas pela *Headache International Society*<sup>14</sup>(D)

O tipo mais comum de cefaleia é a *enxaqueca sem aura*, também conhecida como *enxaqueca comum*.

Diagnóstico da *enxaqueca comum*:

- Pelo menos cinco crises preenchendo os critérios B-D;
- Crise de cefaleia durando 4 a 72 horas (tratamento fracassado ou não realizado);
- Cefaleia tendo pelo menos duas das seguintes características:
  - Unilateral;
  - Pulsátil;
  - Dor de intensidade moderada a intensa;
  - Dor agravada ou impedindo atividade física rotineira (caminhada, subir escadas, etc).
- Durante a cefaleia, ocorrência de pelo menos um destes sintomas:
  - Náusea e vômitos;
  - Fotofobia e “Fonofobia”.
- Nenhum outro diagnóstico que explique a cefaleia.

*Enxaqueca com aura*. Aura é sintoma neurológico temporário que pode se referir a uma área focal do cérebro. As mais comuns são:

- Sintomas visuais unilaterais, mais comumente formas geométricas que se expandem e se movem;
- Visão embaralhada ou sensação anormal “que vai e vem”;
- Fraqueza unilateral;
- Dificuldade na fala.

Diagnóstico da *enxaqueca com aura*:

- Pelo menos duas crises que preencham os critérios B-D;
- Aura consistente com pelo menos 1 dos seguintes, menos fraqueza motora:

- Sintomas visuais completamente reversíveis, incluindo efeitos positivos (luzes que piscam, pontos ou linhas luminosas) e/ou negativos (perda de visão);
- Sintomas sensoriais completamente reversíveis, incluindo efeitos positivos (pontadas, agulhadas) e/ou negativos (insensibilidade);
- Disfonia completamente reversível.
- Pelo menos dois dos seguintes:
  - Sintomas visuais homônimos ou sintomas sensoriais unilaterais;
  - Pelo menos um sintoma de aura se desenvolve gradualmente por cinco ou mais minutos;
  - Cada sintoma dura entre 5 e 60 minutos.
- Cefaleia com critérios B-D para *enxaqueca sem aura*: iniciando durante a aura ou seguindo a aura por 60 minutos;
- Não atribuída a outra doença.

Diagnóstico da *cefaleia em salvas*:

- Pelo menos cinco episódios que preencham os critérios B-D;
- Dor intensa ou muito intensa unilateral orbital, supraorbital e/ou temporal, se não tratada duram 15 a 180 minutos;
- Cefaleia acompanhada de pelo menos um dos seguintes sintomas ipsilateral à dor:
  - Conjuntiva injetada (avermelhada) ou lacrimejamento;
  - Congestão nasal ou rinorreia;
  - Edema palpebral;
  - Sudorese na testa ou na face;
  - Miose e/ou ptose;

- Sensação de agitação e inquietação.
- As crises têm a frequência de dias intercalados até oito por dia;
- Não atribuído a nenhuma outra doença.

*Cefaleia em salvas episódica* é caracterizada por crises que ocorrem por sete dias até um ano, com períodos livres de dor por pelo menos duas semanas. É considerada cefaleia em salvas crônica se durar por pelo menos um ano, com períodos de remissão menores de duas semanas.

Diagnóstico *cefaleia tensional*:

- Pelo menos 10 episódios acontecendo em menos de um dia/mês (menos de 12 dias/ano) e preenchendo critérios B-D;
- Cefaleia durando 30 minutos a sete dias;
- Pelo menos duas das seguintes características da dor:
  - Localização bilateral;
  - Caráter de pressão ou aperto (não pulsátil);
  - Intensidade média ou moderada;
  - Não se agrava com atividade física rotineira (caminhada, ciclismo, etc).
- Ambos os itens seguintes:
  - Ausência de náusea ou vômito (anorexia pode ocorrer);
  - Fotofobia ou fonofobia estão ausentes ou apenas um deles pode estar presente.
- Não atribuível a outra doença.

de dor associada a fotofobia ou fonofobia e náusea (levando à confusão com a enxaqueca) e o padrão das crises (unilateral, mas entre as salvas pode raramente mudar de lado; e a duração entre as salvas)<sup>23</sup>(B). Exames laboratoriais e eletrofisiológicos, incluindo o exame do líquor, não auxiliam no diagnóstico das cefaleias, pois têm baixa sensibilidade, assim como a tomografia computadorizada, a ressonância nuclear magnética, a angiografia, entre outros<sup>24</sup>(D). Este tipo de cefaleia pode ser confundido com enxaqueca, sinusite e odontalgia, devendo o médico estar atento para a probabilidade desse diagnóstico<sup>24</sup>(D).

O eletroencefalograma não é útil na investigação de rotina da cefaleia, embora isto não exclua a sua utilização na avaliação de pacientes com cefaleia e sintomas associados sugestivos de epilepsia, como enxaqueca atípica com aura ou perdas de consciência episódica<sup>16</sup>(D).

A solicitação de tomografia computadorizada na atenção primária para o diagnóstico de cefaleia sem associação de sintomas e sinais de alerta (Figura 1) não produz achados significativos nos exames<sup>11</sup>(C). Em estudo retrospectivo realizado em algumas clínicas de atenção primária no Texas, Estados Unidos, a solicitação de ressonância nuclear magnética ou tomografia computadorizada na investigação da cefaleia demonstrou estar associada a algumas variáveis não clínicas, como: a solicitação de metade de exames na primeira consulta em relação às consultas seguintes, a solicitação de mais exames em homens do que em mulheres e a clínica onde ocorreu o atendimento<sup>25</sup>(B). A solicitação de neuroimagens (ressonância nuclear magnética ou tomografia computadorizada) deve ser considerada em pacientes com cefaleias agudas, com sinais de alerta e mudanças no padrão da cefaleia pré-existente e com achados não explicáveis no exame neurológico<sup>16</sup>(D). Em 10% dos

indivíduos com aneurisma intracraniano, existe história familiar positiva de parentes de primeiro grau. É recomendado o encaminhamento para investigação desta doença, mesmo em indivíduos assintomáticos, nas famílias com dois ou mais membros com a doença<sup>26</sup>(C).

O diagnóstico de enxaqueca e cefaleia tensional em idosos é, muitas vezes, um desafio, tendo em vista que o início dos sintomas depois dos 50 anos é infrequente e pode representar uma cefaleia de origem secundária, como, por exemplo, massas expansivas intracranianas e acidente vascular cerebral. Existe a necessidade de uma atenção maior nesta faixa etária, já que as causas secundárias de cefaleia são mais prováveis<sup>27</sup>(D).

## TRATAMENTO

Pacientes portadores de cefaleia tensional beneficiam-se de uma abordagem sistêmica<sup>28</sup>(A)<sup>29</sup>(C), na qual o contexto em que o sintoma se apresenta fique claro. O uso de analgésicos e de anti-inflamatórios não hormonais<sup>30</sup>(C)<sup>9,10,31-33</sup>(D) é a conduta adequada para a maioria dos casos, desde que complementado com a orientação aos fatores desencadeantes.

É importante evitar o abuso de drogas ansiolíticas para alívio da tensão<sup>10</sup>(D), uma vez que mascaram situações de vida que provocam desconforto e têm um grande potencial de adição, sem que isto resolva o problema do paciente.

Pacientes com quadro de cefaleia tensional podem se beneficiar do uso de antidepressivos tricíclicos – particularmente a amitriptilina<sup>9,10</sup>(D) – que têm boa ação na prevenção da cefaleia tensional e mesmo na prevenção da cefaleia decorrente de enxaqueca.

Dentre os pacientes que buscam o atendimento em atenção primária à saúde por cefaleia, de longe o diagnóstico mais frequente é a enxaqueca. O manejo da cefaleia por enxaqueca é um capítulo a parte no trato das cefaleias – seja pela prevalência, seja pelo grau de incapacidade que causa aos seus portadores<sup>8,10,34</sup>(D).

O manejo da enxaqueca depende da frequência das crises, da intensidade das mesmas, da experiência dos pacientes com os diferentes tratamentos e da negociação estabelecida na relação médico-paciente.

Medidas gerais devem ser consideradas sempre que se possa determinar um fator desencadeante – seja dietético, de hábitos (particularmente cigarro, ruídos, ritmo de sono), do uso de medicamentos (contraceptivo hormonal, uso crônico de analgésicos), ou mesmo situações em que as crises estejam associadas<sup>8,10,34</sup>(D). Quanto mais frequentes e intensas, mais provavelmente o paciente estará pronto para aceitar uma abordagem de mudança de hábitos.

Trabalhos randomizados mostram que atitudes e atividades que promovam relaxamento e qualidade de vida diminuem a prevalência e a intensidade das crises<sup>35</sup>(A)<sup>29</sup>(C). Aparentemente, *biofeedback*, relaxamento, yoga e outras atividades congêneres têm impacto no quadro, mas não há efeito somatório em fazer mais de uma delas, logo o gosto e a disposição do paciente devem ser considerados.

Há duas maneiras básicas de se abordar o paciente portador de enxaqueca – a primeira é iniciar passo a passo, tentando num ajuste de doses e medicamentos obter um tratamento adequado para o caso em tela, usando a droga



menos potente e em menor quantidade possível para um dado caso. A vantagem desse esquema é que o custo financeiro geralmente é menor e abre um grande leque de tratamentos alternativos para as crises intensas. A desvantagem é que muitos pacientes em que se demora algum tempo a obter um tratamento eficiente podem abandonar o mesmo e buscar alternativas em outros serviços, ou mesmo se automedicarem<sup>8,34</sup>(D).

A segunda abordagem baseia-se na intensidade da crise, oferecendo-se ao paciente mais de um esquema de manejo, a ser usado de acordo com a gravidade dos sintomas. Tem a vantagem de aumentar a aderência, mas muitas vezes leva os pacientes a usarem intensivamente drogas potentes, o que cria dificuldades terapêuticas em crises mais intensas<sup>8,34</sup>(D).

## Quadro 2

### Equivalência dos triptanos

Droga	Posologia	Alertas
Sumatriptano	6 mg, via subcutânea, podendo repetir em 1 hora – máximo 2 injeções em 24h 25 -100 mg, via oral, podendo repetir a cada 2h – máximo 200 mg em 24h 5 – 20 mg, intranasal, podendo repetir em 2h – máximo 40 mg em 24h	Risco coronariano em pacientes com cardiopatia isquêmica
Zolmitriptano	2,5 – 5 mg, via oral, podendo repetir em 2h – máximo 10 mg em 24h 5 mg, intranasal, podendo repetir em 2h – máximo 10 mg em 24h	Risco coronariano em pacientes com cardiopatia isquêmica
Naratriptano	2,5 mg, via oral, podendo repetir em 4h – máximo de 5 mg em 24h	Risco coronariano em pacientes com cardiopatia isquêmica
Rizatriptano	5 – 10 mg, via oral, podendo repetir após 2h – máximo de 30 mg em 24h	Risco coronariano em pacientes com cardiopatia isquêmica

Pode-se iniciar o tratamento das crises de enxaqueca com analgésicos comuns, como a dipirona e o ácido acetilsalicílico<sup>30(C)10(D)</sup>. Anti-inflamatórios não hormonais também são uma boa alternativa de manejo<sup>10(D)</sup>. Essas drogas, em geral, são eficientes em crises leves a moderadas e devem ser usadas em dose plena de forma precoce quando as crises se anunciam.

Pacientes que não respondem a esses medicamentos podem usar a associação de isometepto com um analgésico (dipirona, paracetamol, ácido acetilsalicílico). Também há no país a associação desse produto com cafeína e analgésicos<sup>30,36(C)10,33,37(D)</sup>. Sendo produtos que muitos pacientes conhecem e utilizam, às vezes de modo inadequado, podem levar à cefaleia diária por uso crônico de analgésicos. Esse tipo de formulação atende aos pacientes com crises leves, moderadas e ocasionalmente intensas.

Outra alternativa, para pacientes que apresentam náuseas e vômitos nas crises de enxaqueca, é a utilização de antieméticos (como a domperidona ou a metoclopramida) associada a analgésicos<sup>9,10,38(D)</sup>.

Pacientes com crises agudas podem apresentar boa resposta ao uso da dipirona injetável, associada ou não a metoclopramida e/ou antiespasmódicos<sup>30(C)38(D)</sup>.

Pacientes que apresentam crises moderadas a intensas podem requerer o uso de triptanos. Estudos controlados demonstram que todos os triptanos têm ação semelhante, desde que observadas as equivalências de dose<sup>39(A)10,32(D)</sup> (Quadro 2). Assim, a indicação depende da tolerância dos pacientes ao medicamento, bem como dos efeitos colaterais que o paciente venha a desenvolver. Os triptanos devem ser usados com cautela em pacientes com cardiopatia, insuficiência renal e insuficiência hepática, pois podem desencadear descompensações graves e mesmo levar à parada cardíaca.

Em pacientes com crises intensas, o uso de sumatriptano injetável, 6 mg, via subcutânea, é eficiente, oferecendo ação máxima de até 2h. Uma alternativa possível é o sumatriptano inalatório, na dose de 20 mg intranasal<sup>39(A)10(D)</sup>.

Pacientes que têm mais de quatro crises ao mês devem receber medicações preventivas, evitando com isto a incapacidade inerente ao quadro, bem como evitando o surgimento de cefaleia crônica diária induzida pelo uso de analgésicos<sup>8,10,33,34(D)</sup>.

As alternativas para medicação profilática são os  $\beta$ -bloqueadores (propranolol, metoprolol, timolol)<sup>40(A)10(D)</sup>, o antidepressivo tricíclico amitriptilina<sup>41(A)10(D)</sup> e o anticonvulsivante ácido valpróico, sendo que este último deve ser usado com cuidado em mulheres na idade fértil, uma vez que pode produzir malformação fetal<sup>42,43(A)10(D)</sup>. Há alguma evidência de que a metisergida e o pizotifeno, drogas antagonistas da serotonina, também possam ser usadas como drogas profiláticas em pacientes selecionados<sup>34(D)</sup>.

Alternativamente, para pacientes que aceitam a opção terapêutica, pode ser usada a acupuntura como abordagem para a profilaxia da enxaqueca, havendo um conjunto de evidências de que há melhora na frequência e na intensidade das crises<sup>44,45(A)</sup>. Outra alternativa usada é a abordagem homeopática, apesar da limitação de informação científica que sustente seu uso<sup>46(C)</sup>.

Quando se opta pela profilaxia, a mesma deve ser usada na menor dose possível, ajustada de acordo com a resposta, sendo os beta-bloqueadores as drogas de eleição para se iniciar, desde que não haja contraindicações<sup>40(A)</sup>. Obtido o resultado desejado, após seis meses de profilaxia, o medicamento deve ser retirado e o caso reavaliado. Muitas vezes, o efeito persiste e não há mais necessidade da profilaxia.

A cefaleia em salvas é mais prevalente em homens, particularmente em tabagistas. Sendo de grande intensidade e de curta duração, tende a recidivar a períodos regulares, com periodicidade diária e anual.

O manejo da cefaleia em salva tem início com a orientação dos pacientes sobre hábitos que desencadeiam as crises<sup>10,38</sup>(D). Algumas medidas gerais são eficientes para o manejo das crises, como oxigênio a 100%, sendo uma alternativa válida e eficiente, com praticamente nenhum efeito colateral<sup>38</sup>(D).

As drogas utilizadas para o manejo da crise de cefaleia em salvas são a ergotamina, 1 mg, endovenosa, intramuscular ou subcutânea até 3 mg ao dia<sup>38</sup>(D), e os triptanos – sumatriptano, 6 mg, via subcutânea, ou 20 mg intranasal<sup>38</sup>(D), que devem ser usados em doses plenas para o controle das crises.

Quando a cefaleia em salvas é muito frequente, ou pode ser definida como crônica, o uso de corticóide, equivalente a prednisona 40 mg, oferece alívio e pode ser mantido nesta dose, iniciando-se a retirada após três dias de tratamento, num ritmo de 5 mg ao dia<sup>38</sup>(D).

Bloqueadores de canais de cálcio também são uma alternativa importante. O uso de verapamil, em doses de 240 a 320 mg ao dia, mostra-se eficiente e pode ser associado ao corticóide para uma terapia mais prolongada em pacientes que têm crises frequentes ou em quem os episódios recorrem persistentemente<sup>38</sup>(D).

Casos que não respondam adequadamente à terapêutica proposta devem ser encaminhados ao especialista focal para readequação do tratamento.

## Recomendações principais no tratamento da cefaleia

### Cefaleia tensional

- Entender a situação;
- Oferecer apoio emocional;
- Evitar o uso de ansiolíticos, dentro do possível;
- Analgésicos e anti-inflamatórios não hormonais.

### Enxaqueca

- Identificar e afastar, dentro do possível, os fatores desencadeantes;
- Entrar precocemente com o tratamento nos pródromos crises;
- Crises leves a moderadas podem ser manejadas com antieméticos, analgésicos e anti-inflamatórios não hormonais;
- Crises moderadas a intensas devem ser manejadas com triptanos ou analgésicos potentes;
- Pacientes com crises frequentes podem receber profilaxia com beta-bloqueadores, antidepressivos tricíclicos ou anticonvulsivantes.

### Cefaleia em salvas

- Identificar e afastar desencadeantes;
- Oxigenioterapia, se disponível;
- Ergotamina ou triptanos para tratamento das crises;
- Crises muito frequentes, ou persistentes, profilaxia com corticóides e bloqueadores de canal de cálcio.

## REFERÊNCIAS

1. Lipton RB, Stewart WF, Diamond S, Diamond ML, Reed M. Prevalence and burden of migraine in the United States: data from the American Migraine Study II. *Headache* 2001;41:646-57.
2. Bigal ME, Bordini CA, Speciali JG. Etiology and distribution of headaches in two Brazilian primary care units. *Headache* 2000;40:241-7.
3. Rasmussen BK, Jensen R, Olesen J. Impact of headache on sickness absence and utilisation of medical services: a Danish population study. *J Epidemiol Community Health* 1992;46:443-6.
4. Nachit-Ouinekh F, Dartigues JF, Henry P, Becq JP, Chastan G, Lemaire N, et al. Use of the headache impact test (HIT-6) in general practice: relationship with quality of life and severity. *Eur J Neurol* 2005;12:189-93.
5. De Diego EV, Lanteri-Minet M. Recognition and management of migraine in primary care: influence of functional impact measured by the headache impact test (HIT). *Cephalalgia* 2005;25:184-90.
6. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1988;8 (Suppl 7):1-96.
7. Becker LA, Green LA, Beaufait D, Kirk J, Froom J, Freeman WL. Detection of intracranial tumors, subarachnoid hemorrhages, and subdural hematomas in primary care patients: a report from ASPN, Part 2. *J Fam Pract* 1993;37:135-41.
8. Dowson AJ, Sender J, Lipscombe S, Cady RK, Tepper SJ, Smith R, et al. Establishing principles for migraine management in primary care. *Int J Clin Pract* 2003;57:493-507.
9. Gallagher RM. Headache pain. *J Am Osteopath Assoc* 2005;105(9 Suppl 4):S7-11.
10. Alper B. Headache. Columbia: Dynamed;2006.
11. Benamore RE, Wright D, Britton I. Is primary care access to CT brain examinations effective? *Clin Radiol* 2005;60:1083-9.
12. Vincent MB, Freitas de Carvalho JJ, Brazilian Headache Care Cooperative Group. Primary headache care delivery by nonspecialists in Brazil. *Cephalalgia* 1999;19:520-4.
13. Lipton RB, Dodick D, Sadovsky R, Kolodner K, Endicott J, Hettiarachchi J, et al. A self-administered screener for migraine in primary care: the ID Migraine validation study. *Neurology* 2003;61:375-82.
14. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. 2<sup>nd</sup> edition. *Cephalalgia* 2004;24(Suppl 1):9-160.

15. Martin VT, Penzien DB, Houle TT, Andrew ME, Lofland KR. The predictive value of abbreviated migraine diagnostic criteria. *Headache* 2005;45:1102-12.
16. Bajwa ZH, Wootton RJ. Evaluation of headache in adults. *UpToDate* 2006;(14.3). Disponível em: <http://www.uptodate.com>
17. Taylor F, Hutchinson S, Graff-Radford S, Cady R, Harris L. Diagnosis and management of migraine in family practice. *J Fam Pract* 2004;53(Suppl):S3-24.
18. Steiner TJ, MacGregor EA, Davies PT. Guidelines for all doctors in the diagnosis and management of Migraine and Tension-Type Headache. British Association for the Study of Headache;2004. p.1-43. Disponível em: [www.bash.org.uk](http://www.bash.org.uk).
19. Pesquera-Velasco J, Casares-García G, Jiménez-Pasamontes N, García-Gómez FA. Method of help for the diagnosis of the temporomandibular joint internal derangements. Discriminant analysis applied to the temporomandibular derangements. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2005;10:294-300.
20. Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M, Olesen J. Interrelations between migraine and tension-type headache in the general population. *Arch Neurol*. 1992;49:914-8.
21. Schwartz BS, Stewart WF, Simon D, Lipton RB. Epidemiology of tension-type headache. *JAMA* 1998;279:381-3.
22. Bahra A, Goadsby PJ. Diagnostic delays and mis-management in cluster headache. *Acta Neurol Scand* 2004;109:175-9.
23. van Vliet JA, Eekers PJ, Haan J, Ferrari MD; Dutch RUSSH Study Group. Features involved in the diagnostic delay of cluster headache. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2003;74:1123-5.
24. May A. Cluster headache: pathogenesis, diagnosis, and management. *Lancet* 2005;366:843-55.
25. Couchman GR, Forjuoh SN, Rajab MH, Phillips CD, Yu J. Nonclinical factors associated with primary care physicians' ordering patterns of magnetic resonance imaging/computed tomography for headache. *Acad Radiol* 2004;11:735-40.
26. Kim DH, Van Ginhoven G, Milewicz DM. Incidence of familial intracranial aneurysms in 200 patients: comparison among Caucasian, African-American, and Hispanic populations. *Neurosurgery* 2003;53:302-8.
27. Landy SH. Challenging or difficult headache patients. *Prim Care* 2004;31:429-40.
28. Astin JA, Shapiro SL, Eisenberg DM, Forsy KL. Mind-body medicine: state of the science, implications for practice. *J Am Board Fam Pract* 2003;16:131-47.
29. Winkler R, Underwood P, Fatovich B, James R, Gray D. A clinical trial of a self-care approach to the management of chronic headache in general practice. *Soc Sci Med* 1989;29:213-9.

30. Bigal ME, Bordini CA, Speciali JG. Intravenous metamizol (Dipyrone) in acute migraine treatment and in episodic tension-type headache: a placebo-controlled study. *Cephalalgia* 2001;21:90-5.
31. Marcus DA. Focus on primary care diagnosis and management of headache in women. *Obstet Gynecol Surv* 1999;54:395-402.
32. Mathew NT, Loder EW. Evaluating the triptans. *Am J Med* 2005;118(Suppl 1):28S-35S.
33. Hutchinson S. Chronic daily headache. *Prim Care* 2004;31:353-67.
34. Dowson AJ, Lipscombe S, Sender J, Rees T, Watson D; MIPCA Migraine Guidelines Development Group. Migraine in Primary Care Advisors. New guidelines for the management of Migraine in primary care. *Curr Med Res Opin.* 2002;18:414-39.
35. Bronfort G, Nilsson N, Haas M, Evans R, Goldsmith CH, Assendelft WJ, et al. Non-invasive physical treatments for chronic/recurrent headache. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(3):CD001878.
36. Adams NJ, Plane MB, Fleming MF, Mundt MP, Saunders LA, Stauffacher EA. Opioids and the treatment of chronic pain in a primary care sample. *J Pain Symptom Manage* 2001;22:791-6.
37. Ward TN. Medication overuse headache. *Prim Care* 2004;31:369-80.
38. Freitag FG. Cluster headache. *Prim Care* 2004;31:313-29.
39. McCrory DC, Gray RN. Oral sumatriptan for acute migraine. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(3):CD002915.
40. Linde K, Rossnagel K. Propranolol for migraine prophylaxis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(2):CD003225.
41. Moja PL, Cusi C, Sterzi RR, Canepari C. Selective serotonin re-uptake inhibitors (SSRIs) for preventing migraine and tension-type headache. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;(3):CD002919.
42. Chronicle E, Mulleners W. Anticonvulsant drugs for migraine prophylaxis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(3):CD003226.
43. Wiffen P, Collins S, McQuay H, Carroll D, Jadad A, Moore A. Anticonvulsant drugs for acute and chronic pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;(3):CD001133.
44. Vickers AJ, Rees RW, Zollman CE, McCarney R, Smith CM, Ellis N, et al. Acupuncture of chronic headache disorders in primary care: randomised controlled trial and economic analysis. *Health Technol Assess* 2004;8:iii,1-iii,35.
45. Melchart D, Linde K, Fischer P, Berman B, White A, Vickers A, et al. Acupuncture for idiopathic headache. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001;(1):CD001218.
46. Witt CM, Lüdtke R, Baur R, Willich SN. Homeopathic medical practice: long-term results of a cohort study with 3981 patients. *BMC Public Health* 2005;5:115.