

CEFALEIA NO PS

VOCÊ INVESTIGARIA OU TRATARIA?

Treinamento Prático: Manejo Seguro em 3 Passos



95% apresentarão pelo menos 1 episódio na vida.
AVCI: 6-42% apresentam cefaleia.
Você está pronto para não deixar o grave passar?

História do Paciente



Idade/Sexo: 34 anos, Feminino (Felícia).

Idade/Sexo: 34 anos, Feminino

Início/Duração: Súbito, há 2 horas.

Dor: Forte intensidade, pulsátil, hemicraniana direita.

Sintomas: Náuseas e piora com luz/som (foto/fonofobia).

Antecedentes: Episódios similares a cada 15 dias, gatilho menstrual. Uso irregular de AINEs.

Sinais Vitais e Exame Físico

FC: 98 bpm

FR: 18 irpm

PA: 140x90 mmHg

SatO2: 94%

Exame Neuro: GCS 15, sem déficits focais.

Qual a conduta inicial mais adequada?

- ☐ A) TC de crânio imediata.
- ☐ B) Dipirona IV + Morfina IV.
- ☐ C) Metoclopramida IV + Cetorolaco IM + Dipirona IV.
- ☐ D) Oxigênio 15L/min sob máscara.
- ☐ E) Sumatriptano subcutâneo isolado.



RESPOSTA CORRETA:

C) Metoclopramida IV + Cetorolaco IM + Dipirona IV.

RACIOCÍNIO:

Migrânea típica (75% sem aura). Fenótipo clássico com dor unilateral, pulsátil, associada a náuseas e fotofobia. O SNOOP é negativo (sem sinais de alarme).

CONDUTA:

Passo 3 (Tratar). Repouso, penumbra. Antiemético venoso (Metoclopramida atua na modulação dopaminérgica) + AINE (Cetorolaco IM/Cetoprofeno IV) + Analgésico (Dipirona IV).



ARMADILHA DO CASO: Prescrever Opioides! Não fazer morfina. Causa dependência, piora o quadro e pode mascarar etiologias secundárias.

História do Paciente



Idade/Sexo: 54 anos, Masculino (Marcolino).

Idade/Sexo: 54 anos, Masculino (Marcolino).

Início/Duração: Início no final da tarde, há 6 horas.

Dor: Pressão/aperto bilateral em nuca, fraca a moderada.

Sintomas: Alodinia (pele dolorida). Melhora com repouso.

Antecedentes: Hipertenso irregular, servente de pedreiro, exausto.

Afirma: "A dor é porque a pressão subiu".

Sinais Vitais e Exame Físico

FC: 84 bpm

FR: 14 irpm

PA: 150x90 mmHg

SatO2: 97%

Exame Neuro: Normal

Qual o próximo passo no manejo?

- ☐ A) Captopril sublingual para baixar a PA.
- ☐ B) Cetoprofeno IV + Dipirona IV + Alta após melhora.
- ☐ C) Encaminhar para neurologista urgente.
- ☐ D) TC de crânio devido à PA elevada.
- ☐ E) Sumatriptano subcutâneo.



RESPOSTA CORRETA:

B) Cetoprofeno IV + Dipirona IV + Alta após melhora.

RACIOCÍNIO:

Cefaleia do tipo tensional (CTT).



É a mais frequente. Dor em aperto, piora ao final do dia, associada a exaustão física e estresse.

CONDUTA:

Passo 3 (Tratar). Terapia combinada com AINE e Dipirona simples. Evitar prescrição automática de anti-hipertensivos na emergência.



ARMADILHA DO CASO: Tratar a pressão arterial isoladamente. A dor é o que eleva a PA. Trate a dor e a pressão cairá naturalmente.

História do Paciente



Idade/Sexo: 32 anos, Masculino (Roberto).

Início/Duração: Súbito, há 30 minutos.

Dor: Unilateral excruciante (10/10) em região periorbital esquerda.

Sintomas: Hiperemia conjuntival, lacrimejamento, rinorreia e rubor facial ipsilaterais.

Antecedentes: Episódios idênticos há 2 anos, que duraram 1 mês inteiro.

Sinais Vitais e Exame Físico

FC: 110 bpm (agitado)

FR: 20 irpm

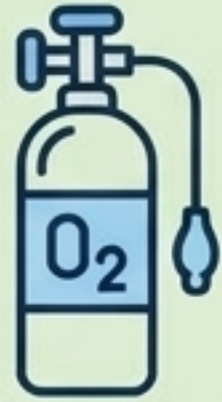
PA: 160x95 mmHg

SatO2: 99%

Exame Neuro: Miose e ptose à esquerda, sem déficits motores.

Qual a intervenção primária específica?

- ☐ A) Dexametasona 10mg IV apenas.
- ☐ B) Dipirona 1g IV.
- ☐ C) Metoclopramida + Cetorolaco.
- ☐ D) Oxigênio 12-15 L/min (máscara) + Sumatriptano SC.
- ☐ E) Tramadol IV.



RESPOSTA CORRETA:

D) Oxigênio 12-15 L/min (máscara) + Sumatriptano SC.

RACIOCÍNIO:

Cefaleia em Salvas. Crises de 15 min a 3 horas, dor unilateral intensa com sinais autonômicos (lacrimejamento, miose, rubor).



CONDUTA:



**3º PASSO
(TRATAR)**

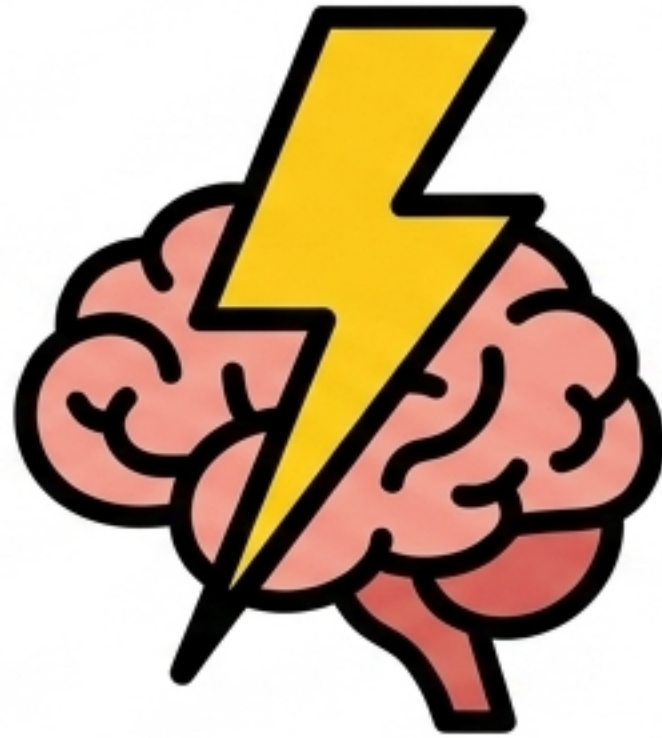


Passo 3 (Tratar). O Oxigênio atua causando potente vasoconstrição direcionada. Associar Triptano se disponível, ou Dexametasona 10mg IV/IM como alternativa prática validadas no protocolo.



ARMADILHA DO CASO: Negar Oxigênio porque a SatO2 está 99%. Na cefaleia em salvas, o O2 é droga terapêutica de resgate, não suporte ventilatório.

História do Paciente



Idade/Sexo: 45 anos, Feminino (Sandra).

Início/Duração: Há 4 horas, atingiu intensidade máxima em segundos.

Dor: “A pior dor da minha vida”, “trovoada”.

Sintomas: Vômitos em jato, fotofobia acentuada.

Antecedentes: Saudável.

Sinais Vitais e Exame Físico

FC: 105 bpm

FR: 18 irpm

PA: 180x100 mmHg

Temp: 37.2°C

Exame Neuro: GCS 14
(confusa), rigidez de nuca
leve (meningismo).

Diante da suspeita, o que fazer se a TC de crânio for normal?

- ☐ A) Alta imediata com AINEs e repouso.
- ☐ B) Encaminhamento psiquiátrico imediato.
- ☐ C) Punção lombar para análise de líquido.
- ☐ D) Prescrever Opioides e manter em observação.
- ☐ E) Repetir TC em 24h sem outras medidas.



RESPOSTA CORRETA:
C) Punção lombar para análise de líquido.

RACIOCÍNIO:

SNOOP positivo: O ('Onset' - Início Súbito/Thunderclap). Suspeita altíssima de Hemorragia Subaracnóidea (HSA), que causa dor súbita em 97% dos pacientes.



CONDUTA:

Passo 1 (Descartar Secundária).
MOVE (Monitor, Oxigênio, Veia, Exames) + **TC Crânio urgente**. Se a dor tiver mais de 6h, a TC pode estar normal.



ARMADILHA DO CASO: Dar alta com TC de crânio normal! Em início súbito, a ausência de sangue visível na imagem não descarta HSA; a punção lombar é mandatória.



TC NORMAL

História do Paciente



Idade/Sexo: 65 anos, Masculino (João).

Início/Duração: Instalação há 1 hora.

Dor: Dor de cabeça global moderada.

Sintomas: Fala “enrolada”, fraqueza no lado direito do corpo.

Antecedentes: Hipertensão, Diabetes Tipo 2.

Sinais Vitais e Exame Físico

FC: 90 bpm

FR: 16 irpm

PA: 190x110 mmHg

SatO2: 96%

Exame Neuro: Hemiparesia à direita, disartria.

Baseado no SNOOP, qual o sinal de alarme e a suspeita principal?

- ☐ A) S (Systemic) / Infecção do SNC.
- ☐ B) N (Neurologic) / AVC.
- ☐ C) O (Onset) / Enxaqueca com aura.
- ☐ D) P (Pattern) / Cefaleia Tensional.
- ☐ E) O (Older) / Arterite Temporal.



RESPOSTA CORRETA:
B) N (Neurologic) / AVC.

RACIOCÍNIO:

SNOOP positivo: N (Déficit Neurológico Focal). A presença de hemiparesia e disartria aponta diretamente para evento vascular cerebral (AVC Isquêmico ou Hemorrágico).

CONDUTA:

Passo 1 (Investigação). Ativação de protocolo AVC. Requer TC de Crânio sem contraste imediata.



ARMADILHA DO CASO: Ignorar a cefaleia no AVC ou focar apenas no déficit motor.

Lembre-se: **de 6 a 42% dos casos de AVCI e >50% dos casos de AVCH apresentam cefaleia!**

História do Paciente



Idade/Sexo: 68 anos, Feminino (Maria).

Início/Duração: Progressiva nas últimas 3 semanas, agora diária.

Dor: Localizada na região temporal direita, contínua. Padrão totalmente novo.

Sintomas: Claudicação da mandíbula (dor ao mastigar), fadiga, febrícula.

Antecedentes: Nunca teve histórico de dores de cabeça frequentes.

Sinais Vitais e Exame Físico

FC: 88 bpm

FR: 16 irpm

PA: 130x80 mmHg

Temp: 37.6°C

Exame Neuro: Normal, porém artéria temporal espessada e dolorosa à palpação.

Segundo o mnemônico SNOOP, quais letras estão positivas?

- ☐ A) S e N.
- ☐ B) N e O (Onset).
- ☐ C) O (Older) e P (Pattern).
- ☐ D) S (Systemic), O (Older) e P (Pattern).
- ☐ E) Apenas P.



SNOP

RESPOSTA CORRETA:

D) S (Systemic), O (Older) e P (Pattern).

RACIOCÍNIO:

A paciente possui **sintomas**  **sistêmicos** (fadiga, febrícula), tem **mais de 50 anos**  (*Older*) e apresenta uma cefaleia de **padrão totalmente novo** (*Pattern*).  
Quadro clássico de **Arterite Temporal**.

CONDUTA:

Exige **investigação laboratorial imediata** (VHS, PCR) e **encaminhamento especialista** para **corticoterapia precoce** a fim de evitar **amaurose** (cegueira).



ARMADILHA DO CASO: Tratar com analgésicos rotineiros apenas porque a dor é 'suportável', ignorando a idade avançada e o padrão atípico.

História do Paciente



Idade/Sexo: 78 anos, Masculino (Antônio).

Início/Duração: Piora insidiosa nos últimos 5 dias.

Dor: Dor surda, peso global na cabeça.

Sintomas: Confusão mental flutuante, sonolência.

Antecedentes: Queda da própria altura há 2 semanas. Faz uso de AAS e anticoagulante oral.

Sinais Vitais e Exame Físico

FC: 70 bpm

FR: 14 irpm

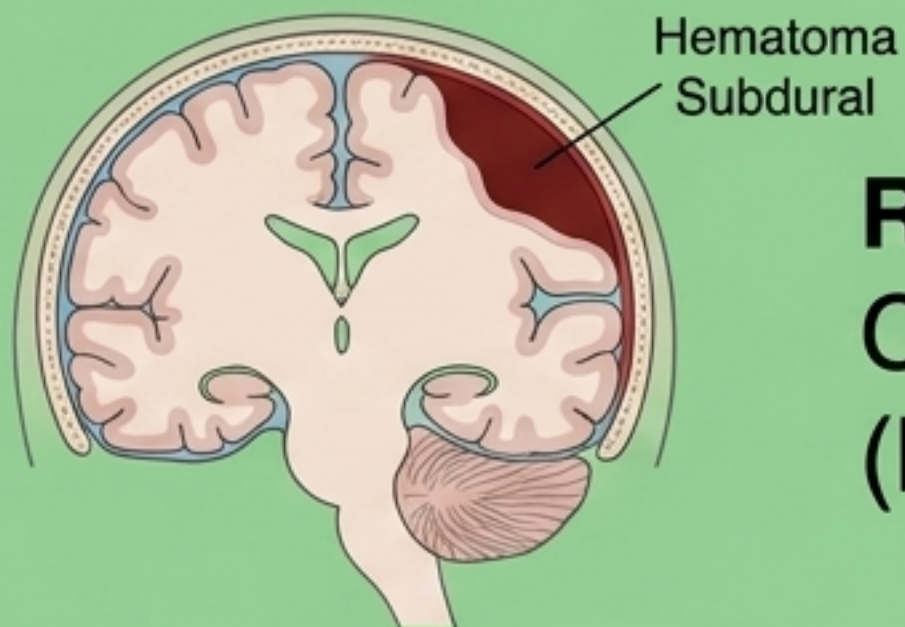
PA: 140x85 mmHg

SatO2: 98%

Exame Neuro: GCS 13, leve
assimetria de reflexos.

Qual a fisiopatologia estrutural mais provável guiando a investigação?

- ☐ A) Ativação trigeminovascular primária.
- ☐ B) Vasoconstrição reversível meníngea.
- ☐ C) Sangramento venoso crônico (Hematoma Subdural).
- ☐ D) Rompimento de aneurisma arterial.
- ☐ E) Hipertensão intracraniana idiopática.



RESPOSTA CORRETA:

C) Sangramento venoso crônico (Hematoma Subdural).

RACIOCÍNIO:

Cefaleia Secundária. Idosos sofrem atrofia cortical, estirando veias pontes. Traumas mínimos podem causar gotejamento lento (HSD).
SNOOP: N (Alteração estado mental).

CONDUTA:

Neuroimagem urgente (TC de Crânio) indicada pelo trauma recente + uso de anticoagulantes + idade.



ARMADILHA DO CASO: Atribuir a confusão mental à “demência senil” e liberar o idoso medicado com analgésicos, ignorando a queda e o uso crônico de anticoagulantes.

História do Paciente



Idade/Sexo: 26 anos, Feminino (Camila).

Início/Duração: Dor gradual nos últimos 4 dias, agora insuportável.

Dor: Holocraniana (toda a cabeça), piora ao deitar.

Sintomas: Visão turva.

Antecedentes: Puérpera (2 semanas pós-parto). Sem histórico prévio de enxaqueca.

Sinais Vitais e Exame Físico

FC: 92 bpm

FR: 16 irpm

PA: 120x75 mmHg

SatO2: 99%

Exame Neuro: Papiledema ao exame de fundo de olho.

Qual fator da história aponta diretamente para a causa secundária provável (TVC)?

- ☐ A) Idade de 26 anos.
- ☐ B) Puerpério.
- ☐ C) Dor gradual.
- ☐ D) B e C estão corretas.
- ☐ E) Visão turva isolada.



RESPOSTA CORRETA:

D) B e C estão corretas
(Puerpério + Dor gradual).

RACIOCÍNIO:

Trombose Venosa Central. Diferente da HSA (súbita), a dor na TVC é gradual em 89% dos pacientes. Ocorre classicamente em estados de hipercoagulabilidade (gestantes e puérperas).

CONDUTA:

Investigação direcionada com Neuroimagem (Angio-RM ou Angio-TC venosa).



ARMADILHA DO CASO: Diagnosticar como uma simples “enxaqueca nova” pelo cansaço pós-parto, ignorando os sinais de alerta de hipertensão intracraniana (dor que piora ao deitar, papiledema).

História do Paciente



Idade/Sexo: 62 anos, Feminino (Lourdes).

Início/Duração: Há 2 dias.

Dor: Severa, difusa.

Sintomas: Febre alta, fadiga extrema.

Antecedentes: Tratamento ativo para câncer de mama (paciente imunossuprimida).

Sinais Vitais e Exame Físico

FC: 115 bpm.

FR: 22 irpm.

PA: 100x60 mmHg.

Temp: 39.1°C.

Exame Neuro: Sinal de Brudzinski e Kernig positivos (rigidez nuca).

O que a investigação inicial DEVE incluir compulsoriamente?

- ☐ A) Dexametasona 10mg IM + alta com ATB oral.
- ☐ B) TC de Crânio seguida de punção lombar (Líquor).
- ☐ C) Apenas Hemograma e PCR.
- ☐ D) Ressonância Magnética ambulatorial.
- ☐ E) Sumatriptano teste.



S

RESPOSTA CORRETA:

B) TC de Crânio seguida de punção lombar (Líquor).

RACIOCÍNIO:

SNOOP positivo: **S**

(Sintomas sistêmicos / Neoplasia conhecida). A paciente imunossuprimida com febre e meningismo tem alto risco de neuroinfecção (Meningite) ou metástase.



CONDUTA:

A TC de crânio precede a punção para descartar efeito de massa (devido ao histórico de câncer), seguida da coleta de líquido.



ARMADILHA DO CASO: Tratar sintomaticamente a febre e a dor e dar alta, ignorando que o câncer ativo e a imunossupressão são portas abertas para infecções fatais do SNC.

História do Paciente



Idade/Sexo: 29 anos, Masculino (Thiago).

Início/Duração: Em crise há 4 dias contínuos (>72 horas).

Dor: Pulsátil, extrema, agora bilateral.

Sintomas: Vômitos incoercíveis (5x hoje). Mucosas secas.

Antecedentes: Enxaquecoso crônico. Crises costumam durar 1 dia. Refere abuso de AINEs em casa sem sucesso.

Sinais Vitais e Exame Físico

FC: 105 bpm.

FR: 18 irpm.

PA: 130x80 mmHg.

Temp: 36.8°C.

Exame Neuro: Normal, porém fisicamente exausto.

Paciente refratário com dor > 72h, qual a conduta?

- ☐ A) Fazer Morfina IV para alívio imediato.
- ☐ B) Dar alta imediata com corticoide oral.
- ☐ C) Tratar como Estado Migranoso (Observação/encaminhar p/ Neurologia).
- ☐ D) Fazer TC de crânio e, se normal, alta.
- ☐ E) Prescrever mais 2 AINEs simultâneos via oral.



RESPOSTA CORRETA:
C) Tratar como Estado Migranoso.

Estratégia correta para a crise prolongada (status migranosus) e refratária.

RACIOCÍNIO:

Dor refratária > 72 horas em enxaquecoso com abuso de analgésicos.



ARMADILHA FINAL:
OPIOIDES mascaram o quadro e geram dependência aguda. Nunca use.  No Opioids

Uso inadequado e perigoso, sem benefício a longo prazo.

ALGORITMO MESTRE DE MANEJO

