

PROTOCOLO INSTITUCIONAL

CEFALEIAS NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

MANEJO SEGURO EM 3 PASSOS



PREFEITURA DE
ITARIRI
O NOVO TEMPO É AGORA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE



SAÚDE
ITARIRI

APOSTILA MÉDICA

CEFALEIAS NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

MANEJO SEGURO EM 3 PASSOS
Reconhecer • Avaliar • Tratar • Reavaliar • Decidir



1 **DESCARTAR**
CEFALEIA SECUNDÁRIA



2 **DEFINIR**
O TIPO DE CEFALÉIA



3 **TRATAR**
REAVALIAR E DEFINIR
DESTINO



PARA MÉDICOS, ENFERMEIROS E PROFISSIONAIS
DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



SEGURANÇA DO PACIENTE
Reconhecer sinais de alarme
e causas graves



DECISÃO BASEADA EM EVIDÊNCIAS
Aplicar diretrizes científicas
adaptadas à nossa realidade



REAVLIAÇÃO SISTEMÁTICA
Monitorar resposta
e ajustar condutas

VERSÃO 1.0/2026



DESCARTAR SECUNDÁRIA → DEFINIR O FENÓTIPO → TRATAR • REAVALIAR • DESTINO

Versão 1.0/2026

SUMÁRIO

1. Objetivo e princípios
2. Fluxo dos primeiros minutos
3. RED FLAGS — SNOOP ampliado
4. Cefaleia em trovoada / suspeita de HSA
5. Quando considerar neuroimagem/investigação
6. Passo 2 — Definir o fenótipo
7. Passo 3 — Migrânea aguda no PS
8. Cefaleia tensional aguda
9. Cefaleia em salvas
10. Reavaliação
11. Critérios de alta segura
12. Critérios de regulação/transferência
13. Checklist de atendimento
14. Indicadores de qualidade sugeridos
15. Pontos reconciliados da aula para o protocolo
16. Referências essenciais

A paginação é indicada no rodapé e pode variar conforme o editor utilizado.

1. Objetivo e princípios

Padronizar a abordagem inicial da cefaleia na urgência, priorizando reconhecimento de causas secundárias potencialmente graves, diagnóstico clínico das cefaleias primárias mais comuns, tratamento agudo seguro, reavaliação e definição de destino.

- Não rotular como cefaleia primária antes de pesquisar sinais de alarme.
- Antecedente de migrânea não exclui nova causa secundária.
- PA elevada durante dor não define, isoladamente, emergência hipertensiva.
- Resposta ao analgésico não exclui causa secundária.
- Neuroimagem não deve ser solicitada apenas para tranquilização quando o quadro é típico de cefaleia primária e não há sinais de alarme.
- Evitar opioides como tratamento rotineiro de migrânea e cefaleia tensional.

2. Fluxo dos primeiros minutos

ETAPA	AÇÃO
1. Estabilidade	ABCDE se paciente grave; sinais vitais; glicemia se alteração neurológica/consciência ou contexto compatível.
2. História dirigida	Início e tempo para pico; primeira/pior cefaleia; mudança de padrão; trauma; esforço/Valsalva; febre; câncer/imunossupressão; gestação/puerpério; antitrombóticos; drogas vasoativas.
3. Exame	Estado mental, pupilas, pares cranianos, força/sensibilidade, coordenação/marcha quando possível, meningismo e fundo de olho quando indicado/disponível.
4. Decisão	RED FLAG? → investigar/observar/transferir. Sem red flag e fenótipo típico → tratar cefaleia primária e reavaliar.

3. RED FLAGS — SNOOP ampliado

1º PASSO: DESCARTAR CEFALEIA SECUNDÁRIA

PRIMÁRIA

X

SECUNDÁRIA

Use o mnemônico SNOOP para identificar sinais de alarme

S	SINTOMAS SISTÊMICOS - Febre - Perda de peso não intencional - Neoplasia conhecida (câncer) - Infecção de SNC ou Imunossupressão	   
N	NEUROLÓGICOS - Déficit neurológico focal - Alteração do estado mental - Convulsões - Sinais de hipertensão intracraniana (papiledema, vômitos em jato)	   
O	ONSET (INÍCIO) - Início súbito, tipo trovada - Primeira cefaleia da vida - Pós-esforço ou relação sexual	  
O	OLDER (IDADE) - Início após os 50 anos - Mudança no padrão da cefaleia em pessoas com > 50 anos	 >50
P	PATTERN (PADRÃO) - Mudança no padrão habitual da cefaleia - Aumento da frequência ou da intensidade - Cefaleia que não melhora com tratamento habitual	 

★ A presença de um ou mais desses sinais de alerta não confirma o diagnóstico, mas indica necessidade de investigação adequada.
Na dúvida, investigue!

CONDUTAS IMEDIATAS DIANTE DE SINAIS DE ALERTA

 AVALIAÇÃO CLÍNICA Exame físico e neurológico completo	 EXAMES LABORATORIAIS Conforme suspeita clínica	 NEUROIMAGEM URGENTE TC de crânio sem contraste é o exame inicial de escolha	 ENCAMINHAMENTO ADEQUADO Conforme diagnóstico e gravidade	 DOCUMENTAÇÃO E REAVALIAÇÃO Registrar achados e reavaliar frequentemente
--	---	--	---	--


ATENÇÃO: DOR DE CABEÇA PODE SER SINAL DE DOENÇAS GRAVES. NÃO IGNORE SINAIS DE ALERTA!

SINAL	EXEMPLOS / IMPLICAÇÃO
S — sistêmico	Febre, perda ponderal, câncer, imunossupressão, gestação/puerpério, toxemia.
N — neurológico	Déficit focal, convulsão, alteração cognitiva/comportamental, rebaixamento da consciência.
O — onset	Início súbito; pico máximo em até 5 minutos; cefaleia em trovoada; desencadeada por exercício/Valsalva.
O — older	Nova cefaleia em >50 anos: considerar arterite de células gigantes e outras causas secundárias.
P — pattern	Mudança substancial do padrão, progressão, refratariedade, cefaleia posicional, trauma recente, vômitos sem causa evidente.

TRANSFERÊNCIA / SALA VERMELHA Déficit neurológico novo, rebaixamento, convulsão, meningismo com instabilidade, suspeita de HSA/AVC/dissecção/TVC, hipertensão intracraniana, glaucoma agudo ou outra condição tempo-dependente → estabilizar, investigar conforme capacidade e regular/transferir sem atraso evitável.

4. Cefaleia em trovoada / suspeita de HSA

- Considerar HSA diante de cefaleia súbita com intensidade máxima rapidamente, especialmente primeira/pior cefaleia.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PS Dr. TAMINATO TION



- Realizar avaliação neurológica e TC de crânio sem contraste com prioridade conforme disponibilidade e tempo de início.
- TC negativa não deve ser usada como exclusão universal de HSA em todos os cenários; necessidade de investigação adicional depende do tempo, qualidade do exame e probabilidade clínica.
- Se suspeita persistir após imagem inicial não diagnóstica, discutir investigação adicional (por exemplo, angio-TC e/ou punção lombar conforme cenário, protocolo de referência e disponibilidade).
- Suspeita/diagnóstico de HSA requer transferência tempestiva para centro com expertise neurovascular.

5. Quando considerar neuroimagem/investigação

1º PASSO: DESCARTAR CEFALÉIA SECUNDÁRIA



SUSPEITA DE CEFALÉIA SECUNDÁRIA



• ANAMNESE + EXAME FÍSICO DETALHADO



• EMERGÊNCIA = **M.O.V.E** + QC



• SOLICITAR: HEMOGRAMA, NA, K, UR, CR, TAP, TTP, PCR, VHS, **TC CRÂNIO**, LÍQUOR



• ENCAMINHAR PARA AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA



PRINCIPAIS TIPOS

- **HSA:** DOR SÚBITA E INTENSA EM 97% DOS PAC.
- **TROMBOSE VENOSA CENTRAL:** DOR GRADUAL EM 89%, GESTANTE, PUÉRPERAS
- **SÍNDROME DE VASOCONSTRIÇÃO REVERSÍVEL:** USO DE COCAÍNA, ECSTASY
- **DISSECÇÃO ARTERIAL:** TRAUMA, MANIPULAÇÃO
- **TCE:** IDOSOS, ANTICOAGULANTES, AAS



ATENÇÃO:
THUNDERCLAP
(CEFALÉIA EM TROVOADA)

TC NORMAL



CENÁRIO	CONDUTA OPERACIONAL
Red flag presente	Investigar de acordo com a hipótese; TC sem contraste é exame inicial frequente em emergência, mas modalidade depende do diagnóstico suspeito.
Déficit focal / alteração de consciência	Neuroimagem urgente e protocolo neurológico correspondente.
Febre + meningismo / suspeita infecciosa	Avaliar sepse/SNC; exames e antimicrobianos conforme protocolo; decidir imagem antes de PL conforme risco clínico.
Gestação/puerpério	Baixo limiar para causas secundárias como TVC, pré-eclâmpsia/eclâmpsia e PRES; investigação direcionada.
Trauma / antitrombóticos	Aplicar protocolo de TCE e critérios de imagem.
Fenótipo primário típico, exame normal, sem red flags	Não indicar neuroimagem apenas para tranquilização.

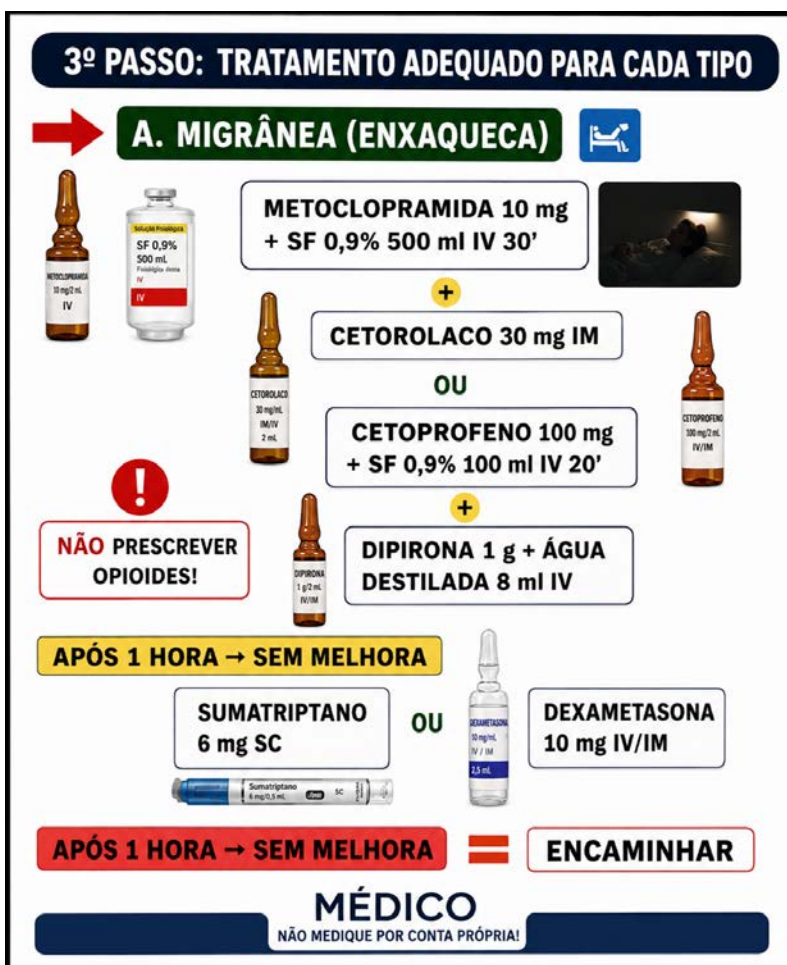
PUNÇÃO LOMBAR Não realizar indiscriminadamente. A indicação depende da hipótese (p.ex., infecção do SNC ou HSA selecionada), contraindicações e necessidade de imagem prévia.

6. Passo 2 — Definir o fenótipo



CARACTERÍSTICA	TENSIONAL	MIGRÂNEA	SALVAS
Localização	Geralmente bilateral	Uni ou bilateral	Unilateral orbitária/supraorbitária/temporal
Qualidade	Pressão/aperto	Pulsátil	Muito intensa; variável
Intensidade	Leve–moderada	Moderada–grave	Grave–muito grave
Atividade	Não piora tipicamente	Piora/evita atividade	Agitação/inquietação
Associados	Geralmente ausentes	Náusea/vômito, foto/fonofobia; aura em parte	Sinais autonômicos ipsilaterais
Duração típica	30 min a contínua	4–72 h em adultos	15–180 min

7. Passo 3 — Migrânea aguda no PS



Para paciente com diagnóstico clínico de migrânea, sem sinais de alarme e sem contraindicações, priorizar terapia não opioide e reavaliar.

OPÇÃO	DOSE / VIA	POSIÇÃO NO PROTOCOLO	ALERTAS
Metoclopramida	10 mg IV	Opção parenteral preferencial quando disponível	Acatisia/EPS; avaliar QT e interações.
Cetorolaco	30 mg IV*	Opção AINE parenteral	Evitar em DRC relevante, sangramento GI, alergia a AINE, gestação conforme contexto.
Sumatriptano	6 mg SC**	Opção específica, especialmente apresentação precoce	Evitar em doença vascular isquêmica, vasoespasmos e outras contraindicações do produto.
Dexametasona	8–16 mg IV	Adjuvante possível; maior papel na redução de recorrência, não como substituto de terapia específica	Avaliar hiperglicemia e contraindicações.
Proclorperazina	10–12,5 mg IV	Evidência forte, se disponível no serviço	Acatisia, sedação; disponibilidade local pode limitar uso.

*A AHS 2025/2026 avalia cetorolaco IV 30–60 mg; o protocolo municipal propõe iniciar pela menor dose eficaz quando o fármaco for escolhido. **A AHS avalia 3–6 mg SC; 6 mg é a apresentação clássica reproduzida na fonte.

NÃO USAR ROTINEIRAMENTE Opioides não são tratamento de rotina para migrânea. Hidromorfona IV recebeu recomendação AHS nível A para não oferecer; NICE também recomenda não oferecer opioides para crise de migrânea.

HIDRATAÇÃO SF 0,9% não deve ser administrado automaticamente como 'tratamento da migrânea'; usar fluidos quando houver indicação clínica, como hipovolemia/desidratação.

8. Cefaleia tensional aguda

2º PASSO: DEFINIR O TIPO DE CEFALeia

 **B. CEFALeia TENSIONAL (CTT)**



- É A MAIS FREQUENTE
- PICO AOS 40 ANOS

CARACTERÍSTICAS DA DOR:
FRACA/MODERADA, EM APERTO/PRESSÃO, EM QUALQUER REGIÃO DA CABEÇA

→ FREQUENTEMENTE ATRIBUÍDA A AUMENTOS DA PRESSÃO ARTERIAL (A DOR É QUE ELEVA A PA)



- ASSOCIADA A ALODINIA



- SURGE AO FINAL DA TARDE



- MELHORA COM ATIVIDADE FÍSICA



- GATILHOS: ESTRESSE, PRIVAÇÃO DE SONO, ESGOTAMENTO FÍSICO

 **ATENÇÃO:** ABUSO DE ANALGÉSICOS = CRONIFICAÇÃO

- Confirmar ausência de red flags e fenótipo compatível.
- Considerar paracetamol ou AINE conforme preferência, comorbidades e risco de eventos adversos.
- Não oferecer opioides.
- Orientar risco de cefaleia por uso excessivo de medicação em pacientes com uso frequente de analgésicos.

9. Cefaleia em salvas

2º PASSO: DEFINIR O TIPO DE CEFALEIA

→ C. CEFALEIA EM SALVAS



- HOMENS 20-40 ANOS
- DURAÇÃO:
 - 15 MINUTOS A 3 HORAS
 - 1-8 CRISES/DIA POR ATÉ 3 MESES



- CARACTERÍSTICAS:
 - DOR INTENSA
 - UNILATERAL
 - HIPEREMIA CONJUNTIVAL
 - RINORREIA/CONGESTÃO NASAL
 - RUBOR FACIAL
 - MIOSE E/OU PTOSE IPSILATERAL



ATENÇÃO: CEFALEIA EM SALVAS É UMA CEFALEIA PRIMÁRIA E EXIGE TRATAMENTO ESPECÍFICO.



CONDUTA	PADRÃO
Oxigênio	O ₂ 100% ≥12 L/min, máscara não reinalante com reservatório.
Triptano	Sumatriptano SC ou triptano nasal quando apropriado e sem contraindicações.
Evitar como abortivo	Paracetamol, AINE, opioide, ergot e triptano oral não são recomendados para crise de salvas.
Primeiro episódio	Discutir necessidade de neuroimagem/avaliação especializada.
Prevenção	Verapamil pode ser considerado sob orientação adequada, com atenção à monitorização por ECG.

CORREÇÃO EM RELAÇÃO À AULA Dexametasona isolada não será adotada neste protocolo como substituto de oxigênio/triptano para abortar crise de cefaleia em salvas. A adaptação permanece registrada apenas na apostila como conteúdo da fonte.

10. Reavaliação

EM 30–60 MIN	CONDUTA
Melhora importante + exame normal + sem red flags	Planejar alta segura e orientação.
Melhora parcial	Revisar diagnóstico, contraindicações, tratamento realizado e necessidade de terapia adicional.
Sem melhora / piora	Reexaminar neurologicamente; reconsiderar cefaleia secundária; ampliar investigação/observação/transferência.
Novo déficit / rebaixamento / convulsão	Emergência neurológica: estabilizar, imagem/protocolo específico e transferência quando necessária.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PS Dr. TAMINATO TION



11. Critérios de alta segura

- Quadro compatível com cefaleia primária e ausência de sinais de alarme relevantes após avaliação.
- Exame neurológico sem alteração nova.
- Resposta clínica aceitável e condições de hidratação/controle de sintomas.
- Paciente/cuidadores compreendem diagnóstico provável, tratamento domiciliar e sinais de retorno.
- Orientar retorno imediato se: piora abrupta, nova cefaleia em trovoada, febre/rigidez de nuca, síncope, convulsão, déficit focal, confusão, vômitos persistentes ou mudança importante do padrão.
- Considerar diário de cefaleia e seguimento na APS/neurologia conforme recorrência, incapacidade, uso excessivo de analgésicos ou necessidade de profilaxia.

12. Critérios de regulação/transferência

- Suspeita ou confirmação de HSA, AVC, TVC, dissecação ou outra emergência neurovascular.
- Déficit neurológico novo, rebaixamento de consciência, convulsões ou deterioração clínica.
- Suspeita de infecção do SNC com necessidade de suporte/diagnóstico não disponível localmente.
- Suspeita de hipertensão intracraniana ou lesão expansiva.
- Cefaleia secundária grave em gestação/puerpério.
- Necessidade de neuroimagem avançada, neurocirurgia, neurologia ou cuidado intensivo não disponível no serviço.
- Persistência/refratariedade com dúvida diagnóstica relevante após avaliação e tratamento inicial.

TRANSFERÊNCIA SEGURA Estabilizar sem atrasar a regulação; enviar história, início/última vez bem quando pertinente, exame neurológico, sinais vitais, medicamentos/doses/horários, exames e imagens disponíveis.

13. Checklist de atendimento

CHECKLIST MÉDICO NA PRÁTICA

CEFALEIAS - MANEJO SEGURO EM 3 PASSOS

1º PASSO: DESCARTAR CEFALÉIA SECUNDÁRIA



SNOOP

→ Sistêm / Neurol / Início / > 50a / Padrão

2º PASSO: DEFINIR QUAL TIPO DE CEFALÉIA

A. MIGRÂNEA

B. TENSIONAL

C. EM SALVAS





3º PASSO: TRATAMENTO ADEQUADO PARA CADA TIPO

METOCLOPRAM. 10 mg
+ SF 0,9% 500 ml IV 30'

+

CETOROLACO 30 mg IM
OU
CETOPROFENO 100 mg
+ SF 0,9% 100 ml IV 20'

+

DIPIRONA 1 g +
ÁGUA DESTILADA 8 ml IV

! NÃO PRESCREVER OPIOIDES!

SEM MELHORA

DEXAMETASONA 10 mg IV/IM

CETOPROFENO 100 mg
+ SF 0,9% 100 ml IV 20'

+

DIPIRONA 1 g +
ÁGUA DESTILADA 8 ml IV

SEM MELHORA

SUMATRIPTANO 6 mg SC
OU
DEXAMETASONA 10 mg IV/IM

O₂ 12 - 15 L/min

SUMATRIPTANO 6 mg SC

OU

DEXAMETASONA 10 mg IV/IM

MÉDICO

ADAPTAR CONFORME RESPOSTA CLÍNICA E CONDIÇÕES DO PACIENTE

ITEM	☐
Caracterizei início, pico, duração e mudança de padrão?	☐
Pesquisei SNOOP/red flags?	☐
Documentei exame neurológico?	☐
Considere trauma, antitrombóticos, gestação/puerpério, câncer/imunossupressão?	☐
Defini necessidade de neuroimagem/investigação?	☐
Se primária, defini fenótipo?	☐
Chequei contraindicações antes da medicação?	☐
Evitei opioide de rotina?	☐
Reavaliei em 30–60 min?	☐
Documentei alta segura ou justificativa para transferência?	☐

14. Indicadores de qualidade sugeridos

INDICADOR	META INICIAL SUGERIDA
% cefaleias com red flags documentadas	≥90%
% pacientes com exame neurológico documentado	≥90%
% migrânea tratada com opioide sem justificativa	<5%
% casos com reavaliação documentada após terapia parenteral	≥90%
% transferências com resumo clínico + medicações + exames anexados	≥95%

15. Pontos reconciliados da aula para o protocolo



CONTEÚDO DA FONTE	DECISÃO PARA v1.0/2026
SF 0,9% 500 mL associado rotineiramente à metoclopramida	Não padronizar volume rotineiro; hidratar por indicação clínica.
Dexametasona como opção de resgate da migrânea	Pode ser adjuvante; evidência contemporânea a posiciona como opção, especialmente para recorrência, não como substituto universal.
Dexametasona como alternativa ao sumatriptano na salvas	Não incorporar como abortivo substituto de O ₂ /triptano.
Opioides	Evitar; não fazem parte da rotina de migrânea/tensional.
TC/PL em cefaleia secundária	Indicação orientada pela hipótese; não automática.
PA elevada + cefaleia	Não diagnosticar emergência hipertensiva apenas pela PA; procurar lesão aguda de órgão-alvo.

16. Referências essenciais

Nota bibliográfica: As referências sustentam a versão institucional; as ilustrações incorporadas são material-fonte didático do projeto.

- NICE. Headaches in over 12s: diagnosis and management. Clinical guideline CG150. Atualizado em 3 jun 2025; revisado em dez 2025.
- Robblee J, Minen MT, Friedman BW, et al. 2025 guideline update to acute treatment of migraine for adults in the emergency department: American Headache Society evidence assessment of parenteral pharmacotherapies. Headache. 2026;66:53–77. doi:10.1111/head.70016.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PS Dr. TAMINATO TION



3. Hoh BL, Ko NU, Amin-Hanjani S, et al. 2023 Guideline for the Management of Patients With Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2023. doi:10.1161/STR.0000000000000436.
4. Material-fonte do projeto: transcrição integral da aula 'Cefaleias na Emergência' e imagens didáticas fornecidas, 2026.

STATUS Minuta técnica v1.0/2026 para revisão e aprovação institucional. Recomenda-se conferência final de disponibilidade/formulário dos medicamentos no PS antes da publicação assistencial.