

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 CEFALEIA



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 TIPO • TRATAR E REAVALIAR



SUMÁRIO

CEFALEIAS NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA — MANEJO SEGURO EM 3 PASSOS

1. Importância e lógica dos 3 passos	3
2. Passo 1 — SNOOP e sinais de alarme	4
3. Suspeita de cefaleia secundária	5
4. Migrânea — fases e características	6
5. Migrânea — apresentações e fisiopatologia	7
6. Cefaleia do tipo tensional	8
7. Cefaleia em salvas	9
8. Migrânea — revisão de 2023 apresentada na fonte	10
9. Migrânea — NICE 2025 apresentada na fonte	11
10. Migrânea — diretriz farmacológica 2025	12
11. Migrânea no PS — AHS 2025 apresentada na fonte	13
12. Protocolo nacional de cefaleias — 2018	14
13. Adaptação prática — migrânea	15
14. Tratamento ilustrado — tensional e salvas	16
15. Checklist médico na prática	17
16. Caso clínico didático 1	18
17. Caso clínico didático 2	19
18. Síntese operacional e documentação	20
Referências bibliográficas	21

Nota editorial: as referências abaixo foram transcritas/organizadas a partir das fontes explicitamente identificadas no material fornecido. Dados bibliográficos não exibidos na fonte não foram inventados.

1. Importância e lógica dos 3 passos

A fonte organiza o atendimento em três etapas: descartar cefaleia secundária, definir o tipo de cefaleia e instituir tratamento adequado com reavaliação.

IMPORTÂNCIA



- ALTA PREVALÊNCIA
- FREQUENTE NAS EMERGÊNCIAS
- DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

→ **95%** DAS PESSOAS APRESENTARÃO PELO MENOS 1 EPISÓDIO NA VIDA

 → **A ENXAQUECA ATINGE 34 MILHÕES DE BRASILEIROS**

 **AVCI: 6 A 42% APRESENTAM CEFALÉIA**
AVCH: > 50% APRESENTAM CEFALÉIA

MANEJO SEGURO EM 3 PASSOS

- 1º PASSO: **DESCARTAR CEFALÉIA SECUNDÁRIA**
- 2º PASSO: **DEFINIR O TIPO DE CEFALÉIA**
- 3º PASSO: **TRATAMENTO ADEQUADO PARA CADA TIPO**



-  ALTA PREVALÊNCIA NA POPULAÇÃO
-  MOTIVO FREQUENTE DE ATENDIMENTO
-  AMPLIO ESPECTRO DE DIAGNÓSTICOS
-  CONDUTA SEGURA EVITA COMPLICAÇÕES

 **RECONHECER PRECOCEMENTE AS CAUSAS GRAVES SALVA VIDAS E REDUZ SEQUELAS**

2. Passo 1 — SNOOP e sinais de alarme

O SNOOP é apresentado como ferramenta prática para reconhecer sinais de alerta e selecionar pacientes que necessitam investigação adequada.

1º PASSO: DESCARTAR CEFALÉIA SECUNDÁRIA

PRIMÁRIA



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!**

SEGURANÇA Um ou mais sinais de alerta não confirmam causa secundária, mas exigem investigação compatível com o cenário clínico.

3. Suspeita de cefaleia secundária

Na fonte, a suspeita de causa secundária leva a anamnese e exame físico detalhados, avaliação neurológica e investigação orientada pela hipótese.

1º PASSO: DESCARTAR CEFALEIA SECUNDÁRIA



SUSPEITA DE CEFALEIA 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
(CEFALIA EM TROVOADA)

TC NORMAL



ATENÇÃO A relação de exames da aula não deve ser interpretada como solicitação automática para todo paciente.

4. Migrânea — fases e características

A fonte descreve dor frequentemente pulsátil e unilateral, com náuseas/vômitos, foto/fonofobia e piora com esforço, além das fases clínicas ilustradas.

2º PASSO: DEFINIR O TIPO DE CEFALEIA

➔ A. MIGRÊNEA (ENXAQUECA)



➔ **34 MILHÕES** DE BRASILEIROS



ACOMETE MAIS MULHERES
(30–50 anos)



75% SEM AURA



80% HISTÓRIA FAMILIAR

5 FASES

1 SINTOMAS PREMONITÓRIOS



Irritabilidade,
déficit de atenção,
compulsão alimentar

2 AURAS (5–60 MINUTOS)



Sintomas neurológicos
complexos
(visuais/auditivos)

3 CEFALEIA (4–72 HORAS)



Forte intensidade,
unilateral,
pulsátil

4 SINTOMAS ASSOCIADOS



Náuseas, vômitos,
fono ou fotofobia

5 FASE DE RECUPERAÇÃO



Exaustão,
necessidade de
repouso

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS PRINCIPAIS



Dor latejante
(pulsátil)



Geralmente
unilateral



Piora com
esforço físico



Duração:
4 a 72 horas



Náuseas, vômitos,
fotofobia e fonofobia



SINAIS DE ALERTA: aura nova, mudança da dor ou cefaleia refratária ao tratamento habitual.
CEFALEIAS SECUNDÁRIAS PODEM IMITAR ENXAQUECA – REAVALIE SEMPRE!

5. Migrânea — apresentações e fisiopatologia

O material destaca migrânea sem aura, estado migranoso, migrânea crônica, abuso de analgésicos e um modelo didático de ativação trigeminovascular.

2º PASSO: DEFINIR O TIPO DE CEFALeia



A. MIGRÂNEA (ENXAQUECA)

- **MIGRÂNEA SEM AURA (75%)**
- **ESTADO MIGRANOSO: DOR > 72 HORAS**
- **MIGRÂNEA CRÔNICA: DOR > 15 DIAS/MÊS NOS ÚLTIMOS 3 MESES**
- **ABUSO DE ANALGÉSICOS, TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS**



FISIOPATOLOGIA

1. PREDISPOSIÇÃO

- EXCITABILIDADE ↑ E ↓
ESTÍMULOS PELO CÉREBRO

2. GATILHOS

- Estresse
- Privação de sono
- Alimentos (queijos, vinho, chocolate)
- Alterações hormonais
- Luzes fortes, sons, cheiros

3. ATIVAÇÃO DE REDES CEREBRAIS E ALTERAÇÃO DA HOMEOSTASE

4. DEPRESSÃO CORTICAL ALASTRANTE → AURA

- Despolarização neuronal/glial
- Alterações iônicas
- Seguida de supressão da atividade neuronal

5. ATIVAÇÃO DO SISTEMA TRIGEMINOVASCULAR → INERVAM A DURA-MÁTER E VASOS MENÍNGEOS

6. LIBERAÇÃO DE CGRP E OUTROS MEDIADORES

- Glutamato
- Substância P
- Óxido nítrico
- Prostanóides

VASODILATAÇÃO MENÍNGEA +
ATIVAÇÃO/ SENSIBILIZAÇÃO
DOS NOCICEPTORES



IMPORTANTE: A compreensão da fisiopatologia ajuda a direcionar o tratamento e a identificar alvos terapêuticos específicos.

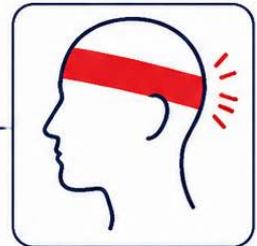
6. Cefaleia do tipo tensional

Descrita na fonte como muito frequente, geralmente fraca a moderada e em aperto/pressão, com gatilhos como estresse, privação de sono e esgotamento físico.

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

PONTO PRÁTICO A aula chama atenção para não atribuir automaticamente a cefaleia à elevação da pressão arterial.

7. Cefaleia em salvas

O material descreve dor intensa unilateral, crises de 15 minutos a 3 horas e sinais autonômicos ipsilaterais.

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



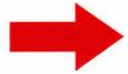
ATENÇÃO: CEFALEIA EM SALVAS É UMA CEFALEIA PRIMÁRIA E EXIGE TRATAMENTO ESPECÍFICO.



8. Migrânea — revisão de 2023 apresentada na fonte

Quadro de abordagem e tratamento reproduzido do material fornecido.

3º PASSO: TRATAMENTO ADEQUADO PARA CADA TIPO



A. MIGRÂNEA (ENXAQUECA)



2023 Managing and Preventing Migraine in the Emergency Department: A Review

Head & Face Medicine, Vol. 19:27 | Journal of the Hong Kong
Society of Head and Neck, Ear, Nose and Throat Surgeons



MIGRÂNEA COM OU SEM AURA

ABORDAGEM E TRATAMENTO

1.3.6

Oferecer terapia combinada com um **anti-inflamatório não esteroideal (AINE), ou paracetamol**; para o tratamento agudo da enxaqueca, levando em consideração preferências, comorbidades e eventos adversos anteriores. Para pessoas com ≥ 12 anos, considere o tramadol como tratamento agudo de segunda linha.

1.3.7

Para pessoas que relataram falha apenas a analgésicos convencionais com um **AINE, aspirina 900 mg ou paracetamol** para o tratamento agudo da enxaqueca, testando opções eficazes de segunda linha e levando em consideração as preferências, comorbidades e eventos adversos anteriores. Para pessoas com ≥ 12 anos, considere o **tramadol** como tratamento agudo de segunda linha.

1.3.9

Considere um **antiemético** em associação ao tratamento agudo da enxaqueca na presença de náuseas e vômitos.



PONTO-CHAVE: O tratamento deve ser individualizado com base nas características do paciente, gravidade dos sintomas, comorbidades e histórico de resposta aos medicamentos.

LEITURA CRÍTICA Manter como conteúdo da fonte até validação institucional de doses, indicações e contraindicações.

9. Migrânea — NICE 2025 apresentada na fonte

Tabela de tratamentos e intervenções para crise aguda, conforme reprodução presente na aula.

3º PASSO: TRATAMENTO ADEQUADO PARA CADA TIPO



A. MIGRÊNEA (ENXAQUECA)

2025
NICE

National Institute for
Health and Care Excellence

Headaches in over 12s:
diagnosis and management



TABELA 4. TRATAMENTOS E INTERVENÇÕES PARA CRISES AGUDAS DE ENXAQUECA NO DE

TRATAMENTO OU INTERVENÇÃO		FORÇA DA RECOMENDAÇÃO (NÍVEL DE EVIDÊNCIA)		
		EVIDÊNCIAS LEVES A MODERADAS	AAS	DAS
PRIMEIRA LINHA	• Acetaminofeno 1000 mg VO (EM DOS PACIENTES)	N.A. (Nível A) *		FORTE (AAS1) *
	• Naproxeno 500 mg VO	N.A. (Nível A) *		FORTE (AAS1) *
	• Ibuprofeno (200–400 mg VO)	N.A. (Nível A) *		FORTE (AAS1) *
	• Diclofenaco 50–100 mg VO	N.A. (Nível A) *		FORTE (AAS1) *
SEGUNDA LINHA	• Cetorolaco 30 mg IV ou IM ou 60 mg IM (EM DOS PACIENTES)	PODE OFERECER (NÍVEL C) *		FORTE (AAS2) *
	• Metoclopramida 10–20 mg IV	DEVE OFERECER (NÍVEL B) *		FORTE (MODERADA) *
	• Proclorperazina 10 mg IV (EM DOS PACIENTES)	DEVE OFERECER (NÍVEL B) *		FORTE (AAS1) *
	• Sumatriptana 6 mg SC (pode repetir em 2 horas)	DEVE OFERECER (NÍVEL B) *		FORTE (MODERADA) *

* Ver apêndice F | † Baseado em revisão de recomendações existentes | * Sujeito às recomendações e notas sobre o DAS



PONTO-CHAVE: A escolha do tratamento deve considerar a intensidade da dor, resposta prévia, comorbidades e preferência do paciente. Reavaliar a necessidade de ajustes se a resposta for inadequada.

10. Migrânea — diretriz farmacológica 2025

Resumo das recomendações farmacológicas apresentado no material-fonte.

3º PASSO: TRATAMENTO ADEQUADO PARA CADA TIPO



A. MIGRÂNEA (ENXAQUECA)



Sage Journals
Headache
Volume 65, Issue 1, April 2025
© International Headache Society 2025, Article reuse
guidelines: sagepub.com/journals-permissions

2025

Sage Journals

Guidelines

Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of migraine



TABELA 11. RESUMO DAS RECOMENDAÇÕES PARA O TRATAMENTO AGUDO DA ENXAQUECA

NÍVEL DE EVIDÊNCIA / FORÇA DA RECOMENDAÇÃO	AAS (ASPIRINA)	MODERADA (PARACETAMOL)	AINEs (GERAIS)	TRIPTANOS (ESPECÍFICOS)
 FORTE A FAVOR	- Acetilsalicilato de lisina 900 mg - Aspirina 1.000 mg VO - Aspirina eferv. 1.000 mg - Aspirina 900 mg IV - Aspirina 500 mg IV - Aspirina solúvel 1.000 mg - Aspirina eferv. 500 mg - Aspirina 325 mg - Aspirtab 1.000 mg - Cafiaspirina 900 mg (cafeína) - Complexo AAS (300 mg), paracetamol (150 mg) e cafeína (15 mg) comprimido - Dipirona 1 g IV - Metamizol 2,5 g IV/IM	- Paracetamol eferv. 500 mg IV - Paracetamol 1.000 mg - Paracetamol 625 mg - Paracetamol eferv. 1.000 mg	- Ibuprofeno 200 mg IV/IM 1 g - Cetoprofeno 100 mg IV - Naproxeno 550 mg - Dexnaproxeno 550 mg - Diclofenaco 50 mg - Flurbiprofeno 100 mg - Indometacina 25 mg - Ketorolaco 60 mg IM	Rizatriptano 10 mg ou ODT 10 mg VO
 FORÇA A FAVOR	—	- Paracetamol 100 mg IV - Paracetamol eferv. 1 g - Propacetamol 1 g - Propacetamol 2 g - Metamizol	- Ibuprofeno 100 mg IV - Indometacina 50 mg - Ketoprofeno 50 mg - Piroxicam 20 mg - Sulindaco 150 mg VO	- Sumatriptano 25 mg VO - Sumatriptano 6 mg SC - Eletriptano 20 mg VO - Zolmitriptano 5 mg VO

VO: via oral | IV: via intravenosa | IM: via intramuscular | SC: via subcutânea | ODT: comprimido de desintegração oral

AAS: ácido acetilsalicílico | AINEs: anti-inflamatórios não esteroides



PONTO-CHAVE: As recomendações devem ser individualizadas conforme a resposta prévia do paciente, comorbidades, intensidade da dor, tolerabilidade e preferências. Reavaliar a necessidade de ajustes conforme a resposta ao tratamento.

11. Migrânea no PS — AHS 2025 apresentada na fonte

Quadro de recomendações parenterais reproduzido da aula, com níveis de recomendação.

3º PASSO: TRATAMENTO ADEQUADO PARA CADA TIPO



A. MIGRÂNEA (ENXAQUECA)

American Headache Society | Guidelines Update | Abril 2025

ATUALIZAÇÃO DE DIRETRIZ

2025 guideline update to acute treatment of migraine for adults in the emergency department: The American Headache Society evidence assessment of parenteral pharmacotherapies.



AHS 2025 DIRETRIZES PARA ENXAQUECA NO PS

RECOMENDAÇÕES

DEVEM OFERECER (NÍVEL A)	DEVEM OFERECER (NÍVEL B)	PODE OFERECER (NÍVEL C)	PODE NÃO OFERECER (NÍVEL C OU INFERIOR)
 Proclorpromazina EV Considerar também: Dexametasona ou Metilprednisolona (IV/VO) Não deve oferecer Dihidroergotamina IV (efeitos adversos potenciais)	- Metoclopramida EV - Clorpromazina EV - Droperidol (baixa dose) EV - Sumatriptana SC - Magnesium de Sulfato (baixa dose IV)	- Dexametasona EV - Cetorolaco ou AINE EV - Clorpromazina EV - Ácido valpróico IV/IM - Diclofenaco IV - Dipirona IV/IM - Olanzapina EV - Haloperidol EV	- Dihidroergotamina EV - Morfina EV - Octreotida EV - Paracetamol EV

● As recomendações devem ser individualizadas conforme o paciente, comorbidades e resposta prévia ao tratamento.

VALIDAÇÃO O conteúdo permanece identificado como fonte didática e será reconciliado na etapa de protocolo institucional.

12. Protocolo nacional de cefaleias — 2018

A fonte reproduz um protocolo nacional para diagnóstico e manejo das cefaleias nas unidades de urgência do Brasil.

3º PASSO: TRATAMENTO ADEQUADO PARA CADA TIPO



A. MIGRÂNEA (ENXAQUECA)



PROTOCOLO NACIONAL PARA DIAGNÓSTICO E MANEJO DAS CEFALÉIAS NAS UNIDADES DE URGÊNCIA DO BRASIL – 2018

Academia Brasileira de Neurologia – Departamento Científico
de Cefaleia / Sociedade Brasileira de Cefaleia



EM TODOS OS CASOS TENTAR MANTER O PACIENTE EM REPOUSO
SOB PENUMBRA EM AMBIENTE TRANQUILO E SILENCIOSO
(LEITOS DE OBSERVAÇÃO).



DOR COM DURAÇÃO < 72h:

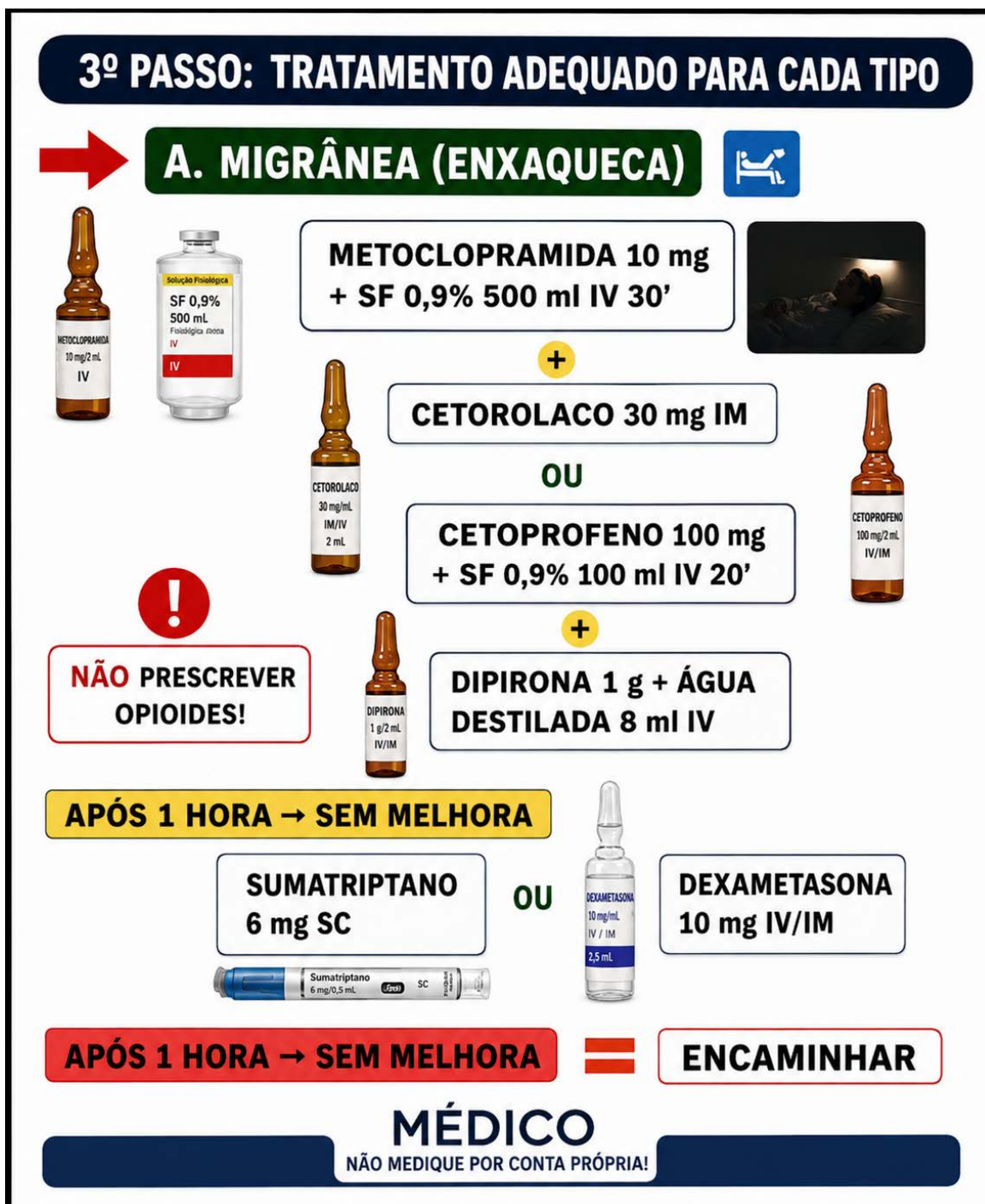
- I. **DIMENIDRATO** 30mg + SF 0,9% 100ml; ou, 50 mg IM
 - II. REPOSIÇÃO DE FLUÍDOS IV (SF 0,9%) SE HOUVER INDÍCIOS DE DESIDRATAÇÃO;
 - III. **DIPIRONA** 1g + ÁGUA DESTILADA 8 ml IV
 - III. **CETOPROFENO** 100mg + SF 0,9% 100ml; ou, 100mg IM.
 - IV. REAVALIAR PACIENTE EM 1 HORA
- SE HOUVER MELHORA DA DOR, **LIBERAR O PACIENTE**
 - SE HOUVER **PIORA OU NÃO MELHORA – ENCAMINHAR** PACIENTE PARA HOSPITAL TERCIÁRIO POR MEIO DA CENTRAL DE REGULAÇÃO PARA AVALIAÇÃO DE NEUROLOGISTA



ATENÇÃO: PROTOCOLO PARA USO DE MEDICAMENTOS DEVE SER SEGUIDO
DE ACORDO COM A AVALIAÇÃO CLÍNICA E RESPONSABILIDADE DO
PROFISSIONAL MÉDICO.

13. Adaptação prática — migrânea

Esquema terapêutico prático apresentado na aula para migrânea, incluindo reavaliação após uma hora.



ATENÇÃO Doses, diluições e terapia de resgate desta figura são registro da fonte e requerem validação institucional antes de padronização.

14. Tratamento ilustrado — tensional e salvas

A figura consolida os esquemas apresentados na fonte para cefaleia tensional e cefaleia em salvas.

3º PASSO: TRATAMENTO ADEQUADO PARA CADA TIPO



B. CEFALEIA TENSIONAL (CTT)



CETOROLACO 30 mg IM

OU

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



**NÃO PRESCREVER
OPIOIDES!**



**DIPIRONA 1 g + ÁGUA
DESTILADA 8 ml IV**



C. CEFALEIA EM SALVAS



O₂ 12 - 15 L/min



**SUMATRIPTANO
6 mg SC**

OU



**DEXAMETASONA
10 mg IV/IM**



ADAPTAR CONFORME RESPOSTA CLÍNICA E CONDIÇÕES DO PACIENTE

VALIDAÇÃO A dexametasona aparece como adaptação no material e não deve ser presumida equivalente às terapias específicas sem revisão.

15. Checklist médico na prática

Resumo visual dos três passos para uso como memória de trabalho durante o atendimento.

CHECKLIST MÉDICO NA PRÁTICA

CEFALEIAS - MANEJO SEGURO EM 3 PASSOS

1º PASSO: DESCARTAR CEFALÉIA SECUNDÁRIA



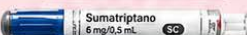
SNOOP

→ 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  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

✓

16. Caso clínico didático 1

Homem de 54 anos, hipertenso, com cefaleia e dor em nuca há 6 horas; o material apresenta sinais vitais e uma prescrição didática.

CASO CLÍNICO 1 E PRESCRIÇÃO

MARCOLINO BELMAR, 54 ANOS, RELATA ESTAR COM A PRESSÃO ALTA PORQUE ESTÁ COM DOR NA CABEÇA E NUCA HÁ 6 HORAS.

HAS EM USO IRREGULAR DAS MEDICAÇÕES.

FC: 84 bpm FR: 14 irpm PA: 150x90 mmHg



① Diclofenaco 75 mg (IM)

② Dipirona 1 g (VO)



AVALIAR CONDIÇÕES CLÍNICAS E ADAPTAR CONFORME NECESSÁRIO

DISCUSSÃO Aplicar primeiro o Passo 1 e avaliar contraindicações antes de qualquer tratamento sintomático.

17. Caso clínico didático 2

Mulher de 34 anos, com cefaleia súbita há 2 horas, forte, pulsátil, hemicraniana direita, náuseas e foto/fonofobia.

CASO CLÍNICO 2 E PRESCRIÇÃO



FELÍCIA TRINDADE, 34 ANOS,
COM QUEIXA DE CEFALÉIA DE
INÍCIO SÚBITO, HÁ 2 HORAS,
FORTE INTENSIDADE, TIPO
PULSÁTIL, HEMICRANIANA
DIREITA, ACOMPANHADO DE
NÁUSEAS E PIORA COM LUZ
E SOM ALTO.

♥ FC: 98 bpm

🫁 FR: 18 irpm

SAT O₂: 94%

🩺 PA: 140x90 mmHg

ECG 15



1. DIETA ZERO + OBSERVAÇÃO

2. METOCLOPRAMIDA 10 mg

SFO, 9% 500 ml IV EM 1 HORA

3. CETOROLACO 30 mg IM

4. DAPIRONA 1g + AD 8 ml IV LENTO

APÓS 1 HORA

5. DEXAMETASONA 10 mg

+ AD 9 ml IV LENTO



AVALIAR CONDIÇÕES CLÍNICAS E ADAPTAR CONFORME NECESSÁRIO

PONTO CRÍTICO O próprio material classifica início súbito como sinal de alerta; segurança diagnóstica precede a classificação como migrânea.

18. Síntese operacional e documentação

1 • DESCARTAR SECUNDÁRIA

SNOOP • início e evolução • exame neurológico • contexto clínico • investigação orientada.

2 • DEFINIR O FENÓTIPO

Migrânea • tensional • salvas • reconsiderar secundária se apresentação atípica.

3 • TRATAR E REAVALIAR

Medidas de suporte e terapia específica conforme avaliação clínica, contraindicações e conteúdo institucional validado.

Documentar

- horário e modo de início; primeira/pior cefaleia; mudança do padrão;
- sinais sistêmicos e fatores de risco relevantes;
- exame neurológico e achados associados;
- tratamento realizado e resposta;
- reavaliação da dor e do exame neurológico;
- orientações de alta ou justificativa para investigação/encaminhamento.

GOVERNANÇA Esta apostila registra a fonte e suas ilustrações. A próxima etapa é converter o conteúdo em Protocolo Institucional v1.0/2026, com validação das condutas terapêuticas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referências identificadas nas ilustrações e fontes utilizadas na apostila.

1. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). Headaches in over 12s: diagnosis and management. NICE guideline. Atualização indicada no material-fonte: 2025.
2. AMERICAN HEADACHE SOCIETY. 2025 guideline update to acute treatment of migraine for adults in the emergency department: The American Headache Society evidence assessment of parenteral pharmacotherapies. Guidelines Update, abril de 2025.
3. INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of migraine. Headache, v. 65, n. 1, abril de 2025. Referência conforme identificação reproduzida no material-fonte.
4. Managing and Preventing Migraine in the Emergency Department: A Review. Head & Face Medicine, v. 19:27, 2023. Referência conforme título e periódico exibidos no material-fonte.
5. ACADEMIA BRASILEIRA DE NEUROLOGIA — Departamento Científico de Cefaleia; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA. Protocolo nacional para diagnóstico e manejo das cefaleias nas unidades de urgência do Brasil. 2018.
6. MATERIAL DIDÁTICO-FONTE. Cefaleias: como manejar com segurança em 3 passos. Slides/ilustrações fornecidos para elaboração desta apostila. Conteúdo utilizado como fonte primária para organização didática, casos clínicos e esquemas terapêuticos reproduzidos.

Observação bibliográfica: quando autores, DOI, paginação ou outros elementos não estavam visíveis nas fontes fornecidas, esses dados foram deliberadamente omitidos para evitar completar a referência por inferência.