


# ESTRUTURAÇÃO DO RACIOCÍNIO CLÍNICO PARA CEFALÉIAS EM URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1561325160411>

*Data de aceite: 07/05/2025*

**Alan Henrique Grecco Guedes**

**Amanda Wohlenberg,**

**Felipe Bonadeo Abib**

**Isabella Bobsin Borba**

**Resumo:** A cefaleia figura entre as cinco principais causas de busca por atendimento em unidades de emergência. Apesar de ser amplamente discutida na literatura, persiste uma taxa considerável de morbimortalidade associada à complexidade de suas apresentações clínicas. A maioria dos casos corresponde a cefaleias primárias, como a enxaqueca e a cefaleia tensional, que, embora raramente associadas a risco de morte ou sequelas permanentes, configuram importantes causas de incapacidade funcional. As cefaleias secundárias, por outro lado, demandam atenção imediata, uma vez que podem representar condições potencialmente graves. Assim, sua identificação e exclusão precoce são fundamentais antes da definição do manejo clínico da queixa. Neste contexto, o presente capítulo tem como objetivo analisar a abordagem das cefaleias em unidades

de emergência, com ênfase na exclusão de causas secundárias, além de discutir a condução adequada das cefaleias primárias e estratégias para sua prevenção, incluindo orientações e medidas profiláticas. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, com buscas realizadas nas bases de dados BVS, PubMed e Google Acadêmico, considerando publicações entre os anos de 2020 e 2025, sem restrição de idioma. A amostra final consistiu em 7 artigos científicos, selecionados após a aplicação de critérios de inclusão e exclusão. Para a sistematização do raciocínio clínico, foi elaborado um fluxograma diagnóstico fundamentado nas evidências mais recentes, visando otimizar a avaliação, o diagnóstico e o manejo das cefaleias no contexto da atenção emergencial.

**Palavras-chave:** Cefaleia primária; cefaleia secundária; diagnóstico diferencial; fluxograma clínico; prevenção de cefaleias; triagem neurológica; abordagem em pronto atendimento.

## STRUCTURING CLINICAL REASONING FOR HEADACHES IN URGENCIES AND EMERGENCIES

**ABSTRACT:** Headache ranks among the five leading causes of emergency department visits. Despite being extensively discussed in the literature, a considerable rate of morbidity and mortality persists, mainly due to the complexity of its clinical presentations. Most cases correspond to primary headaches, such as migraine and tension-type headache, which, although rarely associated with death or permanent sequelae, constitute significant causes of functional disability. Secondary headaches, on the other hand, require immediate attention as they may represent potentially serious conditions. Thus, their early identification and exclusion are crucial before defining the appropriate clinical management. In this context, the present chapter aims to analyze the approach to headaches in emergency units, with an emphasis on the exclusion of secondary causes, as well as to discuss the proper management of primary headaches and strategies for their prevention, including patient education and prophylactic measures. This study consists of a narrative literature review, with searches conducted in the BVS, PubMed, and Google Scholar databases, considering publications from 2020 to 2025 without language restrictions. The final sample included 7 scientific articles, selected after applying inclusion and exclusion criteria. To systematize clinical reasoning, a diagnostic flowchart was developed, based on the most recent evidence, with the goal of optimizing the evaluation, diagnosis, and management of headaches within the emergency care setting.

**KEYWORDS:** Primary headache; secondary headache; differential diagnosis; clinical flowchart; headache prevention; neurological screening; emergency department management.

### INTRODUÇÃO

A cefaleia é definida como uma dor localizada na região craniana, podendo irradiar-se para face e pescoço, sendo uma das queixas neurológicas mais comuns nos serviços de saúde. Trata-se de uma manifestação clínica que pode ocorrer de forma isolada ou secundária a outras condições, e não necessariamente representa uma doença em si. De forma geral, as cefaleias são classificadas em primárias, quando a dor de cabeça é o próprio distúrbio, como na migrânea, cefaleia tensional ou cefaleia em salvas, e secundárias, quando resultam de outras doenças, como infecções, distúrbios vasculares ou neoplasias (ICHD-3, 2018).

Embora cerca de 98% dos casos de cefaleia atendidos em departamentos de emergência sejam de origem benigna, como as crises de migrânea ou cefaleia tensional, os 2% restantes, geralmente relacionados às cefaleias secundárias, representam risco de vida significativo. Estima-se que 1 em cada 25 pacientes atendidos com cefaleia apresente uma condição subjacente grave, como hemorragia subaracnoidea (HSA), acidente vascular encefálico, tumores cerebrais ou infecções do sistema nervoso central (Dalla Torre *et al.*, 2019).

Estudos do Global Burden of Disease (2019) apontam que mais de 1 bilhão de pessoas no mundo sofrem com migrânea, tornando-a a segunda principal causa de anos vividos com incapacidade (DALYs), evidenciando seu grande impacto social, funcional e econômico. Diante desse cenário, diversas ferramentas foram desenvolvidas para auxiliar na exclusão das cefaleias secundárias. A

mais atualizada e eficaz é o mnemônico SNNOOP12, que reúne sinais e sintomas obtidos por meio de história clínica detalhada, anamnese e exame físico criterioso (Evans *et al.*, 2024). Além disso, também são utilizados escores e perguntas-chave que, embora apresentem menor sensibilidade, podem direcionar adequadamente a conduta clínica em unidades de emergência (Leone *et al.*, 2021).

Após a avaliação inicial, é essencial selecionar corretamente os exames de imagem que auxiliem na tomada de decisão, sendo a tomografia computadorizada de crânio o principal, mas não o único exame indicado. A correta solicitação desses exames interfere diretamente no prognóstico do paciente com cefaleia aguda no pronto-socorro (Dalla Torre *et al.*, 2019). No entanto, o uso indiscriminado de exames de imagem, especialmente em casos em que não há sinais de alerta, pode levar ao sobretratamento, à exposição desnecessária à radiação e ao aumento da sobrecarga dos serviços. Assim, a indicação de exames deve ser bem fundamentada, guiada por protocolos clínicos baseados em evidências, como os propostos pela American College of Radiology e pela American Headache Society (ACR, 2019; AHS, 2019).

Não obstante, o manejo da cefaleia vai além da exclusão de causas secundárias. É fundamental saber diagnosticar, tratar e, principalmente, prevenir as cefaleias primárias. Estas representam a principal causa de atendimento nas unidades de urgência e, quando bem orientadas, podem reduzir significativamente a sobrecarga dos serviços e a necessidade de exames para exclusão de causas graves.

Entre as cefaleias primárias, destacam-se a cefaleia tensional e a migrânea (enxaqueca), ambas com apresentações clínicas distintas e complexidade terapêutica variável. Essas condições, embora benignas, são altamente incapacitantes durante as crises e frequentemente associadas a comorbidades crônicas, exigindo abordagem individualizada e contextualizada (Costa, Zanetti, Cunha, 2023). A cefaleia em salvas, ainda que menos frequente, representa um desafio diagnóstico, pois sua dor intensa e os sintomas autonômicos podem simular cefaleias secundárias. Nesses casos, discute-se a necessidade de exames de imagem e condutas específicas (Costa, Zanetti, Cunha, 2023).

Surpreendentemente, a prevenção das cefaleias primárias pode (e deve) começar já no atendimento de urgência, no momento da alta. Doenças crônicas, como distúrbios cardiovasculares e psiquiátricos, além de fatores sociais e comportamentais, influenciam diretamente na recorrência das crises. A profilaxia medicamentosa, quando bem indicada, somada a orientações por escrito e ao fortalecimento do vínculo com a atenção primária, pode reduzir significativamente novos episódios (Stovner *et al.*, 2018).

Condutas simples, como entregar orientações por escrito e reforçar o acompanhamento na atenção primária, já são capazes de diminuir significativamente novas crises — uma medida importante, mas muitas vezes esquecida na rotina dos serviços de emergência (Costa, Zanetti, Cunha, 2023).

Apesar da alta prevalência das cefaleias, sua abordagem baseada em evidências ainda é subutilizada na rotina das unidades de pronto atendimento. As sutilezas do diagnóstico, o seguimento adequado e as condutas preventivas exigem raciocínio clínico apurado. O fluxograma proposto neste capítulo estrutura-se a partir da anamnese

detalhada, sinais de alarme, exame físico neurológico e indicação apropriada de exames complementares, possibilitando uma condução mais segura e eficaz. Assim, este capítulo tem como objetivo sintetizar, por meio de fluxogramas e recomendações práticas, uma abordagem atualizada da cefaleia no pronto-atendimento, aliando diagnóstico, conduta e prevenção — um componente essencial, mas ainda negligenciado na atenção secundária e terciária.

## METODOLOGIA

Este capítulo foi desenvolvido com base em uma revisão narrativa da literatura científica sobre a abordagem diagnóstica, o manejo clínico e as estratégias de prevenção das cefaleias em unidades de urgência e emergência.

As buscas foram realizadas entre os meses de fevereiro e março de 2025 nas seguintes bases de dados: Google Acadêmico (em português e inglês), PubMed (em inglês) e Biblioteca Virtual em Saúde – BVS (em português). Os termos de busca utilizados incluíram: *“cefaleia”*, *“cefaleia + sinais de alarme”*, *“cefaleia + exames de imagem”*, *“diagnóstico + cefaleia secundária + urgência”*, *“prevenção + cefaleia”* e *“profilaxia + cefaleia primária”*, bem como suas equivalências em língua inglesa.

Complementarmente, foram consultadas diretrizes clínicas e documentos técnicos das principais instituições de referência na área, incluindo a International Headache Society (ICHD-3), a American Headache Society (AHS), o American College of Radiology (ACR) e o Emergency Medicine Journal, com o objetivo de embasar condutas clínicas e decisões diagnósticas com alto nível de evidência.

Os critérios de inclusão utilizados para a seleção dos materiais foram os seguintes:

- Publicações científicas entre os anos de 2020 e 2025;
- Artigos completos nos idiomas português ou inglês;
- Estudos originais, revisões narrativas ou sistemáticas, consensos e diretrizes que abordassem cefaleias primárias e secundárias no contexto do atendimento em serviços de urgência e emergência;
- Trabalhos que envolvessem estratégias de triagem clínica, uso de exames complementares ou medidas de prevenção.

Os dados obtidos foram analisados de forma qualitativa e integrados à experiência prática dos autores, sendo organizados em forma de texto corrido, discussão crítica dos temas e representação gráfica por meio de um fluxograma clínico ilustrativo, com foco na aplicabilidade prática da abordagem ao paciente com cefaleia em ambiente emergencial.

## RESULTADOS

As buscas realizadas entre 2020 e 2025 nas principais bases de dados resultaram nos seguintes números:

- Google Acadêmico (português e inglês): foram identificados aproximadamente 2.700 resultados iniciais, dos quais 132 artigos foram selecionados para análise com base na aderência aos critérios de inclusão e na relevância para o tema abordado.
- PubMed (em inglês): utilizando os mesmos descritores adaptados à língua inglesa, foram encontrados 89 artigos no período delimitado.
- Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) (em português): a busca gerou:
  - 2 resultados para a associação entre “cefaleia” e “sinais de alarme”;
  - 11 resultados para “cefaleia” e “exames de imagem”;
  - 1 resultado para “diagnóstico”, “cefaleia secundária” e “urgência”;
  - 71 resultados para “prevenção” e “cefaleia”.

A partir da análise da literatura nacional e internacional selecionada, foram identificadas as principais diretrizes, consensos clínicos e estudos observacionais voltados à triagem, diagnóstico e manejo das cefaleias no ambiente de urgência e emergência.

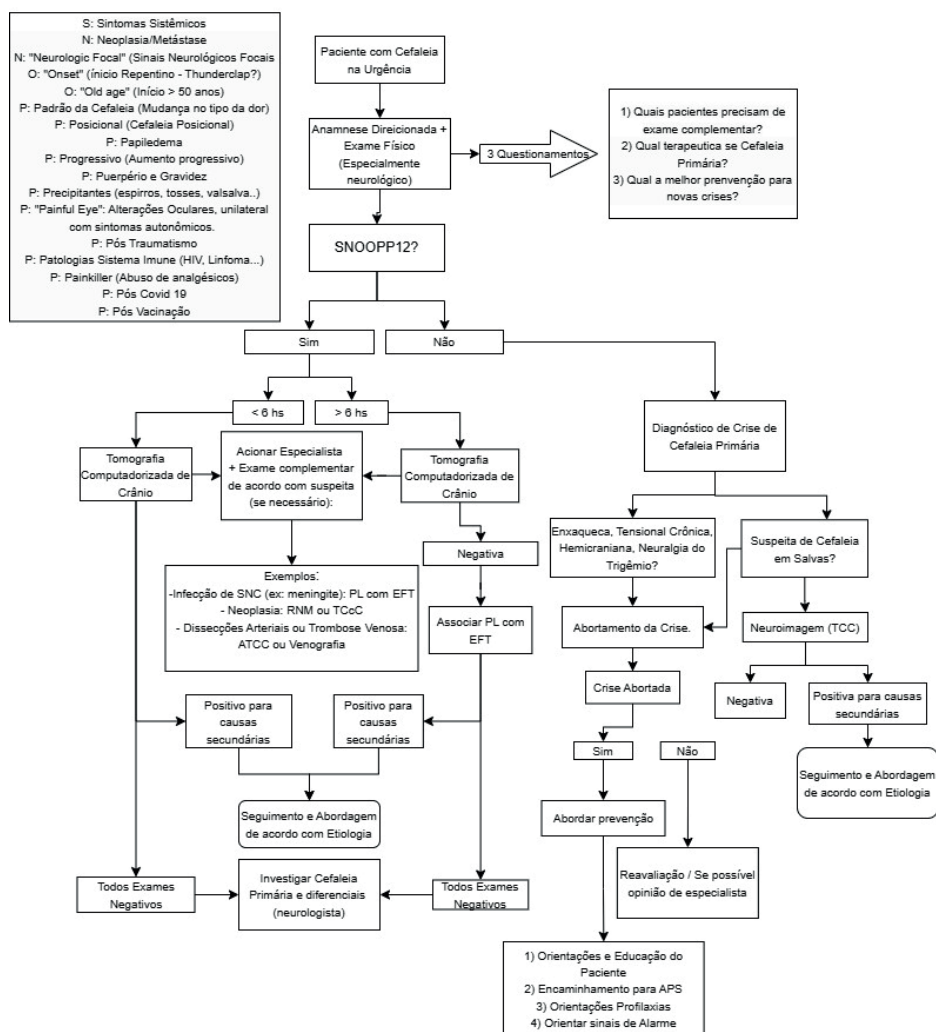
Os principais achados consolidados foram:

- Reconhecimento dos sinais de alarme como etapa fundamental na abordagem inicial de pacientes com cefaleia, com destaque para a eficácia do mnemônico SNNOOP10/12, amplamente citado como ferramenta válida para triagem clínica (Evans *et al.*, 2024).
- Confirmação do papel da tomografia computadorizada de crânio (TC sem contraste) como exame de primeira escolha nos casos suspeitos de cefaleia secundária, especialmente quando realizada nas primeiras seis horas após o início dos sintomas (Walton *et al.*, 2022).
- Constatação do uso excessivo de exames de imagem, mesmo em quadros de cefaleia primária, reforçando a necessidade de um raciocínio diagnóstico estruturado e baseado em sinais clínicos (Dalla Torre *et al.*, 2019).
- Importância da prevenção das cefaleias primárias, uma estratégia ainda pouco aplicada nos serviços de emergência, mas de grande impacto na redução da recorrência de crises e na diminuição da sobrecarga dos sistemas de saúde (Costa; Zanetti; Cunha, 2023; Caponnetto *et al.*, 2021).

Como produto da integração desses achados, foram selecionados 7 estudos e elaborado um fluxograma clínico (Figura 1) que organiza, de forma sistemática e prática, os principais passos para a avaliação de pacientes com cefaleia na urgência, contemplando:

- Avaliação clínica e anamnese dirigida;
- Aplicação do mnemônico SNNOOP12 como ferramenta de triagem;
- Definição de critérios para indicação de exames complementares;
- Diferenciação entre cefaleias primárias e secundárias;
- Condutas terapêuticas e orientações preventivas no momento da alta.

O fluxograma representa uma proposta prática e baseada em evidências, com potencial de aplicação direta nos protocolos de unidades de pronto atendimento e serviços de emergência, visando maior eficácia diagnóstica e otimização do cuidado ao paciente.



**Figura 1.** Fluxograma de abordagem diagnóstica para cefaleia em unidades de emergência. O

esquema considera os principais sinais de alarme, exames complementares e diferenciação entre cefaleias primárias e secundárias. Fonte: adaptado de Dalla Torre *et al.* (2019); Caponnetto *et al.* (2021); Leone *et al.* (2021); Nayak *et al.* (2022); Walton *et al.* (2022); Costa *et al.* (2023); Evans *et al.* (2024).

## DISCUSSÃO

A principal prioridade na abordagem das cefaleias em contextos de urgência é a exclusão de condições que representem risco de vida ou possam resultar em sequelas permanentes. Paratanto, recomenda-se a adoção de um raciocínio diagnóstico sistematizado. Embora o conhecimento das principais causas de cefaleias secundárias seja essencial, o objetivo central é identificá-las precocemente, possibilitando o encaminhamento adequado dentro do serviço de emergência. O primeiro passo consiste no reconhecimento dos sinais de alerta para cefaleias secundárias, seguido da solicitação de exames de imagem e da investigação propedêutica específica, conforme a suspeita clínica, ou da exclusão dessas condições. Somente após essa etapa é que se deve prosseguir para a identificação das cefaleias primárias, que representam a principal etiologia dos atendimentos por cefaleia nas unidades de pronto atendimento.

### **Avaliação Inicial e Sinais de Alerta das Cefaleias Secundárias.**

As cefaleias secundárias podem ter diferentes origens, incluindo infecções, inflamações, alterações vasculares, traumas ou lesões estruturais. De acordo com a Classificação Internacional de Distúrbios de Cefaleia – 3ª edição (ICHD-3), essas condições são agrupadas em categorias específicas, com destaque para: cefaleias atribuídas a trauma crânio-encefálico, distúrbios vasculares cranianos ou cervicais (como dissecação arterial, trombose de seio cavernoso, arterite de células gigantes e crises hipertensivas), tumores cerebrais, hipertensão intracraniana idiopática e cefaleias associadas a infecções (Ferreira *et al.*, 2023).

O diagnóstico precoce desses quadros pode ser determinante para evitar complicações graves e melhorar o prognóstico clínico. Por isso, é imprescindível que profissionais estejam familiarizados com os principais sinais de alarme que indicam uma possível cefaleia secundária.

### *Estratégias de Triage para Cefaleias Secundárias nos Serviços de Urgências e Emergências*

Diversas estratégias diagnósticas vêm sendo desenvolvidas para promover a intervenção rápida em casos de cefaleia com potencial de gravidade. Entre os elementos mais relevantes estão a coleta do histórico médico pessoal, exame físico direcionado, dados demográficos e antecedentes familiares. Estudos recentes destacam a importância de questões-chave durante a anamnese, como localização da dor, horário de início, padrão de progressão, fatores desencadeantes ou de alívio, e presença de trauma prévio (Evans *et al.*, 2024).

Um aspecto frequentemente negligenciado, mas de grande relevância clínica, é a cefaleia por uso excessivo de medicamentos. Esta condição deve ser considerada desde a abordagem inicial, exigindo investigação detalhada sobre o uso recente ou prolongado de analgésicos e medicamentos correlatos. Embora a maioria dos pacientes apresente cefaleias primárias, o primeiro passo deve ser sempre a exclusão de causas secundárias. Nesse contexto, o mnemônico mais amplamente utilizado para identificação de sinais de alarme é o SNNOOP10, cujas letras representam critérios clínicos de risco:

- **S** – Sintomas sistêmicos (ex.: febre, indicativa de processo infeccioso como meningite);
- **N** – Neoplasia (histórico de câncer ou metástase);
- **N** – Déficits neurológicos focais (ex.: parestesias, paresias, alterações pupilares, rebaixamento do nível de consciência);
- **O** – Início súbito da dor (“thunderclap headache”), típico de HSA e outras causas vasculares;
- **O** – Idade > 50 anos (associada a arterite temporal, neoplasias e AVCs);
- **P** – Padrão de dor alterado;
- **P** – Cefaleia posicional (intensificada ao deitar ou ao levantar);
- **P** – Papiledema (sugerindo hipertensão intracraniana);
- **P** – Dor progressiva;
- **P** – Dor precipitada por esforço, tosse ou espirros;
- **P** – Cefaleia no puerpério ou gravidez (associada a trombose venosa cerebral);
- **P** – Dor ocular (indicando patologias da fossa posterior, seio cavernoso ou causas oftalmológicas);
- **P** – Pós-trauma;
- **P** – Condições de imunossupressão (HIV, linfomas, uso de imunossupressores);
- **P** – Abuso de analgésicos.

Autores como Ferreira *et al.* (2023) e Evans *et al.* (2024) propõem a atualização do mnemônico para SNNOOP12, incorporando dois novos elementos relevantes no contexto contemporâneo:

- **P** – Pós-Covid-19, dada a associação entre infecção viral e novas cefaleias persistentes;
- **P** – Pós-vacinação, principalmente em relação às vacinas contra a Covid-19.



Essas ferramentas demonstram alto valor na triagem inicial de pacientes com cefaleia, pois direcionam a necessidade de investigação por meio de exames complementares, especialmente neuroimagem, com base em anamnese e exame físico direcionado. Apesar de sua eficácia, esforços atuais buscam simplificar esses instrumentos para ampliar sua aplicabilidade nos diversos cenários clínicos (Evans *et al.*, 2024).

### *Outras Estratégias de Triagem para Cefaleias Secundárias*

Em busca de abordagens mais práticas e rápidas na triagem de cefaleias em serviços de urgência, diferentes estratégias vêm sendo estudadas. Em Londres, um estudo observacional avaliou a aplicabilidade de uma nova ferramenta de triagem composta por cinco perguntas-chave, com o objetivo de diferenciar cefaleias primárias de secundárias (Leone *et al.*, 2021). As questões propostas foram:

1. A cefaleia apresenta características de trovoadas, atingindo pico de intensidade em até 30 minutos?
2. Há associação entre cefaleia e sintomas neurológicos?
3. Há sinais neurológicos como papiledema, déficits motores ou sensoriais, sinais cerebelares, rebaixamento do nível de consciência, convulsões ou alterações comportamentais?
4. A cefaleia está associada a sinais sistêmicos, como meningismo, perda de peso ou alterações nos sinais vitais?
5. A cefaleia teve início após os 50 anos de idade?

Caso todas as respostas fossem negativas, a cefaleia era considerada de provável origem primária. Em situações de dúvida, recomendava-se a discussão do caso com um especialista ou profissional mais experiente.

O estudo acompanhou 79 pacientes adultos ao longo de cinco meses, revelando que a presença de sinais neurológicos foi o preditor mais relevante para a detecção de cefaleias secundárias. Apesar dos bons resultados em termos de sensibilidade e especificidade, o estudo apresentou limitações metodológicas, como tamanho amostral reduzido e coleta de dados em apenas um centro hospitalar, o que restringe a generalização dos achados (Leone *et al.*, 2021).

Ainda assim, a proposta representa uma contribuição importante, estimulando novas investigações sobre estratégias de triagem para cefaleias — tema de alta prevalência e complexidade no ambiente de emergência.

### *Triagem Específica para Hemorragia Subaracnoidea (HSA)*

No contexto da suspeita de hemorragia subaracnoidea (HSA), diversas escalas e ferramentas diagnósticas foram desenvolvidas para otimizar a triagem inicial. Entretanto, um dos maiores desafios permanece a identificação precoce em pacientes que ainda não apresentam déficits neurológicos evidentes.

A Regra de Ottawa para HSA, revisada por Walton *et al.* (2022) em uma análise sistemática baseada no instrumento QUADAS-2, demonstrou uma sensibilidade de 99,5%, o que a torna extremamente eficaz na exclusão da doença. Por outro lado, a especificidade foi de apenas 24%, o que significa que muitos pacientes foram submetidos a exames complementares desnecessários (Walton *et al.*, 2022).

Esses dados reforçam a importância da realização precoce da tomografia computadorizada (TC) de crânio, especialmente nas primeiras seis horas após o início dos sintomas. A TC, nessa janela, atinge alta sensibilidade e especificidade, tornando-se o exame de escolha para investigação inicial de HSA.

Embora haja um esforço crescente para desenvolver métodos de triagem mais simples e abrangentes, os próprios autores ressaltam a necessidade de validação multicêntrica para novas abordagens. Até que novos protocolos sejam amplamente aceitos, os sinais de alarme continuam sendo a principal ferramenta clínica para identificação precoce das cefaleias secundárias em ambientes de emergência.

### **Seguimento na Suspeita de Cefaleia Secundária**

Na investigação de cefaleias com possível etiologia secundária, especialmente de origem vascular, a tomografia computadorizada (TC) de crânio sem contraste é o exame de referência. Trata-se de um método de imagem rápido, amplamente disponível no sistema de saúde brasileiro e com alta acurácia na detecção de causas graves de cefaleia, como hemorragias e eventos isquêmicos (Walton *et al.*, 2022).

Atualmente, a TC é indicada prioritariamente para a exclusão de hemorragias subaracnoides (HSA), hemorragias intraparenquimatosas e acidentes vasculares cerebrais isquêmicos. Quando realizada nas primeiras seis horas após o início da cefaleia associada a sinais de alarme, a TC atinge sensibilidade de 98,7% e especificidade de 100%, desde que interpretada por neurorradiologistas experientes (Walton *et al.*, 2022). Contudo, após seis horas de evolução, a sensibilidade da TC diminui significativamente, sendo recomendada, nesses casos, a realização de punção lombar com análise de xantocromia, preferencialmente por espectrofotometria, para investigação complementar de hemorragia.

A TC permanece como o exame inicial preferido pela rapidez e pela capacidade de excluir causas graves, mesmo que, em casos específicos, outros métodos apresentem melhor desempenho. A escolha do exame deve considerar a topografia da dor, tempo de

evolução e hipóteses clínicas associadas: a RM, por exemplo, apresenta maior sensibilidade para lesões de fossa posterior, neoplasias pequenas ou alterações desmielinizantes, enquanto a ATC é fundamental na suspeita de dissecações ou vasculites (Walton *et al.*, 2022). A correta seleção dos exames complementares depende fundamentalmente da aplicação de protocolos clínicos baseados em sinais de alarme, como o mnemônico SNNOOP12 (Evans *et al.*, 2024).

Entre os principais exames complementares indicados estão:

- Angiografia por Tomografia Computadorizada (ATC): indicada na suspeita de dissecação arterial, síndrome de vasoconstrição cerebral reversível, vasculites e trombose venosa cerebral;
- Punção Lombar (PL): recomendada na suspeita de meningite, infecções do sistema nervoso central ou investigação de hemorragia subaracnoidea após seis horas;
- Ressonância Magnética (RM): útil para avaliação de tumores, lesões de fossa posterior ou hemorragia subaracnoidea tardia.

Apesar da existência de protocolos bem estabelecidos, há falhas recorrentes na condução da anamnese e exame físico nas emergências, o que contribui para o uso excessivo e desnecessário de exames de imagem. Estima-se que até 95% das TCs solicitadas em cefaleia sejam negativas, evidenciando a necessidade de aprimoramento da avaliação clínica inicial (Dalla Torre *et al.*, 2019).

Além da investigação clínica, fatores como busca por segurança diagnóstica, pressões do ambiente hospitalar e preocupações médico-legais influenciam a alta solicitação de exames de imagem (Evans *et al.*, 2019).

## **Apresentação das Cefaleias Primárias: a Importância do Diagnóstico Diferencial**

Após a exclusão de causas secundárias, é fundamental reconhecer e diagnosticar corretamente as cefaleias primárias, responsáveis pela maioria dos atendimentos por cefaleia em serviços de emergência (Costa; Zanetti; Cunha, 2023).

Dentre as cefaleias primárias, destacam-se:

- Cefaleia Tensional: a mais prevalente, caracterizada por dor em pressão, geralmente holocraniana, associada à tensão muscular (Costa; Zanetti; Cunha, 2023).
- Migrânea (Enxaqueca): acomete cerca de 12% da população, predominando em mulheres. Caracteriza-se por dor unilateral, pulsátil, acompanhada de náuseas, fonofobia e fotofobia. Pode ser precedida por aura visual ou sensorial (Nayak *et al.*, 2022).
- Cefaleia em Salvas: menos comum, porém altamente incapacitante, cursa com

dor unilateral severa associada a sintomas autonômicos, como lacrimejamento, rinorreia e ptose (Nayak *et al.*, 2022).

Cada tipo de cefaleia possui características clínicas distintas, exigindo abordagens terapêuticas específicas para o alívio das crises e para a prevenção de novos episódios. Dentre os principais desafios diagnósticos, destacam-se:

- Migrânea com aura: pode ser confundida com AIT (acidente isquêmico transitório);
- Cefaleia em salvas: pode mimetizar lesões hipofisárias;
- Cefaleia tensional: embora considerada benigna, pode estar presente em neoplasias intracranianas em 24% dos casos (Nayak *et al.*, 2022).

Esses aspectos reforçam a necessidade de um exame neurológico minucioso e de uma história clínica bem conduzida para diferenciar cefaleias primárias de secundárias. Além disso, vale ressaltar o impacto socioeconômico dessas condições: a migrânea é considerada uma das principais causas de anos vividos com incapacidade no mundo, gerando alto índice de absenteísmo laboral e perda de produtividade (Lancaster University, 2019; Relationships..., 2023).

## Prevenção das Cefaleias Primárias

Considerando que as cefaleias primárias representam a maioria dos atendimentos de urgência, a adoção de estratégias de prevenção torna-se fundamental para reduzir a recorrência e o impacto socioeconômico dessas condições (Caponnetto *et al.*, 2021).

A prevenção inclui:

- Tratamento farmacológico profilático: betabloqueadores, topiramato e bloqueadores de canais de cálcio para migrânea; amitriptilina para cefaleia tensional; verapamil para cefaleia em salvas (Nayak *et al.*, 2022).
- Controle de comorbidades associadas: distúrbios psiquiátricos, hipertensão arterial sistêmica, obesidade, distúrbios do sono.
- Educação do paciente: orientações claras ainda no pronto-socorro e encaminhamento para seguimento em atenção primária (Costa; Zanetti; Cunha, 2023).

A coexistência de cefaleia e doenças cardiovasculares, como hipertensão arterial e acidente vascular cerebral, reforça a importância de uma abordagem integrada que contemple tanto o tratamento agudo quanto a prevenção a longo prazo (Caponnetto *et al.*, 2021).

Apesar das evidências favoráveis, as práticas preventivas ainda são subutilizadas nos serviços de emergência, resultando em altos índices de recorrência e sobrecarga assistencial.

## REFERÊNCIAS

- CAPONNETTO, V.; BOURA, I.; SARACENO, D.; RESTIVO, D. A.; DI LORENZO, G.; SCIACCA, G.; TORRE, E.; GIGLIA, G.; LAZZARO, V. D. Comorbidities of primary headache disorders: A literature review with meta-analysis. *Journal of Clinical Neuroscience*, v. 88, p. 18–26, 2021.
- COSTA, A.; ZANETTI, N. O.; CUNHA, R. A. S. Cefaleias: Diagnóstico Diferencial e Abordagens Terapêuticas: Um estudo das diferentes tipos de cefaleias, incluindo enxaqueca e cefaleia tensional, e suas opções de tratamento. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 2023.
- DALLA TORRE, E. M.; MARCHETTI, M.; NAPPI, G.; VILLANI, V.; CECCARELLI, R.; CESARETTI, C.; SANTORO, A.; VERTA, R.; BARALDI, C.; BELTRAMO, M. Headache in emergency departments: a multicenter observational study in Italy. *Internal and Emergency Medicine*, v. 14, p. 915–922, 2019.
- EVANS, R. W.; FRESE, A.; HOFFMANN, J.; MAY, A.; SCHANKIN, C.; SOUSA, J. R.; SPINELLA, M.; TASCA, I.; WÖBER, C.; ZAKOWSKI, M. SNNOOP10: A new and improved mnemonic for the differential diagnosis of secondary headaches. *Journal of Integrative Neuroscience*, v. 23, n. 2, 2024.
- HEADACHE CLASSIFICATION COMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY (IHS). The International Classification of Headache Disorders – 3rd edition (ICHD-3). *Cephalalgia*, v. 38, n. 1, p. 1–211, 2018.
- LANCASTER UNIVERSITY. Society's headache: the socioeconomic impact of migraine. Lancaster: Work Foundation, 2019.
- LEONE, M.; D'ANDREA, G.; FUMAGALLI, L.; TROJANO, M.; DI LORENZO, G.; BALOTTIN, U.; FUSCO, M.; BONAVIDA, V. Novel screening tool for secondary headache in acute care—A pilot study. *Journal of Integrative Neuroscience*, v. 23, n. 2, 2021.
- MEDICAL NEWS TODAY. Migraine self-care: diet, avoiding triggers, and more. *Medical News Today*, 2023.
- NAYAK, S. P.; DASH, G.; PADHI, M.; SATAPATHY, S.; PANDA, S. A Review on Headache: Epidemiology, Pathophysiology, Classifications, Diagnosis, Clinical Management and Treatment Modalities. *Current Neuropharmacology*, v. 20, n. 10, p. 1860–1892, 2022.
- NON-PHARMACOLOGICAL treatment for primary headaches prevention: a systematic review. *PubMed*, 2018.
- RELATIONSHIPS between headache frequency, disability, and unemployment. *PubMed Central*, 2023.
- WALTON, D.; WALLACE, A.; ANAND, N.; HERNANDEZ, G.; YU, E. Sensitivity and specificity of Ottawa Subarachnoid Hemorrhage Rule: A systematic review and meta-analysis. *Emergency Medicine Journal*, v. 39, n. 11, p. 818–824, 2022.