

Diagnóstico e Tratamento das cefaléias em adultos na Atenção Primária à Saúde

Autores:

Maria Eugênia Bresolin Pinto

Hamilton Lima Wagner

André Klafke

Adriane Ramos

Supervisão:

Airton Tetelbom Stein

Eno Dias de Castro Filho

CONFLITO DE INTERESSE:

Nenhum conflito de interesse declarado.

Problema clínico: em pacientes adultos avaliados em atenção primária, com queixa de cefaléia, qual seria a melhor abordagem diagnóstica e terapêutica, considerando os diagnósticos mais prevalentes.

Estratégia de pesquisa de diagnóstico de cefaléias

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 Up To Date. Foram usados como limites adultos (19 anos ou mais) e as línguas portuguesa, italiana, espanhola e inglesa. Estas buscas resultaram em 46 artigos que enfocam o diagnóstico de cefaléias em atenção primária, dos quais 20 foram selecionados para utilização na confecção desta diretriz clínica por apresentarem relevância ao assunto. Também foram utilizados outros artigos pertinentes sobre cefaléias, 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 cefaléias 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 diagnósticos de cefaléia do escopo do especialista focal (cirurgia neurologia / oftalmologia / odontologia).

Estratégia de pesquisa sobre tratamento de cefaléias

Feito busca no Pubmed, Lilacs, Scielo com a seguinte estratégia de busca: cefaléia 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 cefaléia e tratamento (ou headache and treatment), enxaqueca e tratamento (ou migraine and treatment) buscou-se a bases secundária Cochrane e com a estratégia headache e migraine na base de dados secundária Dynamicmedical (Dynamed).

Foram encontrados 56 artigos que enfocam o diagnóstico em atenção primária, dos quais 33 foram selecionados – além das bases secundárias – para utilização na confecção desta diretriz clínica.

Critérios de inclusão: Pacientes adultos ou idosos, com queixa clínica de cefaléia, avaliados em atenção primária à saúde, com diagnósticos de cefaléia 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 também foram rejeitados. Também foram excluídos artigos direcionados ao manejo de cefaléias raras na prática clínica.

Introdução

A cefaléia é uma condição prevalente, incapacitante, muitas vezes sem um diagnóstico e um tratamento adequados. Ela afeta mais as mulheres e tem uma maior

frequência nos anos de maior produtividade ¹. No Brasil, as cefaléias são responsáveis por 9% das consultas por problemas agudos em atenção primária².

A maioria dos indivíduos experimenta algum episódio de cefaléia durante a vida adulta; entretanto, apenas poucos procuram atendimento médico. É estimado que apenas 16% dos pacientes com cefaléia tensional e 56% dos pacientes com enxaqueca ou migrânea procuram atendimento de médico generalista e, destes, 4% e 16%, respectivamente, consultam com especialistas em cefaléias, sendo mais comum as mulheres buscarem assistência médica por este motivo ³. No Brasil, num estudo em duas Unidades Básicas de Saúde, foi encontrada uma prevalência de 45% de enxaqueca nos pacientes com queixa de cefaléia². Nos EUA o diagnóstico de enxaqueca não aumentou significativamente na comparação dos anos de 1989 e 1999, embora os encaminhamentos para avaliação pelos especialistas de cefaléia tenham triplicado neste período de 10 anos ¹. Também nesse país, a enxaqueca, afeta aproximadamente 28 milhões de indivíduos, e os médicos de família tem um papel importante no diagnóstico e manejo desta patologia ¹. Outro fator que corrobora com a importância deste tema é o impacto que as patologias têm sobre a vida dos pacientes. Existe uma correlação importante entre a gravidade da cefaléia, a qualidade de vida e o impacto desta patologia na vida dos indivíduos e que pode ser avaliado na APS utilizando o questionário Headache Impact Test 6 (HIT-6)^{4;5}.

A Classificação das Cefaléias da International Headache Society (IHS)⁶ tem a intenção de padronizar, tanto em pesquisas como na clínica, a definição dos tipos de cefaléias, sendo a enxaqueca a mais prevalente, seguida da cefaléia tensional e cefaléia em salvas (cluster headache) ⁷. No Reino Unido, a incidência na atenção primária de tumor intracraniano, hemorragia subaracnóidea 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, Neste estudo, apenas metade dos pacientes com tumor cerebral, hemorragia subaracnóidea e hematoma subdural apresentavam cefaléia⁸. Tendo em vista estes fatores, a educação continuada dos médicos de família e comunidade deveria focar o diagnóstico e o manejo e, com destaque, o impacto das cefaléias na vida dos pacientes⁵.

Diagnóstico

Apenas 1% (um por cento) das cefaléias é ocasionada por patologias graves, que necessitam de atendimento imediato (⁹C; ¹⁰D; ¹¹D). 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 cefaléias, particularmente num cenário de atenção primária à saúde, inicia-se com informação clara e uma adequada relação médico-paciente.

Inicialmente, no diagnóstico da cefaléia, é importante identifica-la como primária ou secundária, além de afastar a presença de possíveis sinais e sintomas de alerta (**Figura 1**) que indicariam a necessidade de avaliação por um especialista focal e exames de imagem ¹² (**D**). A utilização de tomografia computadorizada na APS é uma estratégia pouco robusta para melhorar a detecção de patologias 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 saúde⁸ (**B**).

Em estudo realizado em 16 cidades brasileiras, 414 pacientes foram avaliados por especialistas em cefaléia, após serem atendidos por médicos não especialistas nesta doença, e foram encontrados diagnósticos corretos de enxaqueca, cefaléia tensional e cefaléia em salvas, respectivamente, em 44,9%, 6,7% e 26,7%⁷, demonstrando a necessidade de qualificar a estratégia diagnóstica das cefaléias, 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 vida¹³. O rastreamento da enxaqueca na APS, utilizando um questionário auto-aplicado 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) ¹⁴ (**B**).

A Sociedade Internacional de Cefaléia (IHS) sugere a utilização de critérios diagnósticos para as cefaléias mais prevalentes: a enxaqueca sem aura (enxaqueca comum), a enxaqueca com aura, a cefaléia em salvas e a cefaléia tensional. A classificação e os critérios diagnósticos foram desenvolvidos e publicados em 1988 e revisados em 2004 e são apresentados no **apêndice 1**¹⁵ (**D**). A utilização de uma versão abreviada dos critérios

diagnósticos de enxaqueca da IHS foi testada em 4 populações utilizando 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 ¹⁶ **(B)**.

O diagnóstico diferencial das cefaléias também inclui dor de cabeça causada por sinusite, alterações na articulação temporomandibular, uso excessivo de medicação e pós-trauma. O diagnóstico de enxaqueca pode ser confundido com o de cefaléia 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 IHS¹⁷; contudo, a frequência, a intensidade dos episódios de cefaléia assim como outros sintomas associados à sinusite e radiografia dos seios da face podem auxiliar no diagnóstico diferencial¹⁸ **(D)**. A sinusite crônica não é causa de cefaléia, a não ser que ocorra uma agudização do quadro ¹⁸ **(D)**. Os erros de refração que muitas vezes são muito valorizados como causa de cefaléia, no entanto, quando estão de fato implicados, trazem uma dor de moderada intensidade, frontal e ocular e está ausente com exercício¹⁹ **(D)**. As patologias da articulação temporomandibular devem ser incluídas no diagnóstico diferencial quando o paciente apresentar um 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 diagnóstico²⁰ **(B)**.

A cefaléia 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 auto-medicação e, conseqüentemente, a não procura de assistência médica²¹; entretanto, a cefaléia tensional pode ser incapacitante e durar várias horas²². O estresse pode ser um fator desencadeante ou agravante deste tipo de cefaléia. O diagnóstico é clínico segundo os critérios da IHS **(Apêndice 1) (D)**.

A cefaléia em salvas (cluster headache) é caracterizada por dor de intensidade moderada a intensa, unilateral, sendo predominantemente retro-orbital ou temporal,

associado a um ou mais sinais autossômicos no lado afetado (**Apêndice 1**). Ela afeta mais homens que mulheres numa relação de 2,5:1²³ a 3,7:1²⁴ e os sintomas tendem a iniciar em média aos 30 anos. O diagnóstico é clínico, utilizando-se os critérios da IHS¹⁵ (**D**), embora 40% dos pacientes passem por procedimentos invasivos desnecessários²³. É um tipo de cefaléia que demora em ser diagnosticada, e o paciente consulta de dois a três médicos gerais ao longo de 3 anos antes de obter um diagnóstico. Entre os fatores que podem retardar o diagnóstico está a falta de lembrança no diagnóstico diferencial pelos médicos²³, idade jovem no início dos sintomas, episódio de dor associada a fotofobia ou fonofobia e náusea (levando a 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)²⁴. Este tipo de cefaléia pode ser confundida com enxaqueca, sinusite e odontalgia, devendo o médico estar atento para a probabilidade deste diagnóstico. Exames laboratoriais e eletrofisiológicos, incluindo o exame do líquido, não auxiliam no diagnóstico das cefaléias, pois têm baixa sensibilidade, assim como a tomografia computadorizada, a ressonância magnética, a angiografia, etc²⁵ (**D**).

O eletroencefalograma (EEG) não é útil na investigação de rotina da cefaléia, embora isto não exclua a sua utilização na avaliação de pacientes com cefaléia e sintomas associadas sugestivos de epilepsia, como enxaqueca atípica com aura ou perdas de consciência episódica (D)¹⁷.

A solicitação de tomografia computadorizada (TC) na atenção primária para o diagnóstico de cefaléia sem associação de sintomas e sinais de alerta (**Figura 1**) não produz achados significativos nos exames¹² (**B**). Em estudo retrospectivo realizado em algumas clínicas de atenção primária no Texas (USA), a solicitação de ressonância magnética (RM) ou TC na investigação da cefaléia demonstrou estar associada a algumas variáveis não clínicas como: a solicitação de metade de exames na primeira consulta em relação as consultas seguintes, a solicitação de mais exames em homens do que em mulheres e a clínica onde ocorreu o atendimento²⁶ (**B**). A solicitação de neuroimagens (TC ou RM) deve ser considerada em pacientes com cefaléia não aguda e com achados não explicáveis no exame neurológico¹⁷ (**D**). Em 10% dos indivíduos com aneurisma intracraniano existe historia familiar positiva de parentes de primeiro grau. É recomendado

o encaminhamento para investigação desta patologia, mesmo em indivíduos assintomáticos, nas famílias com 2 ou mais membros com a patologia²⁷ (D).

O diagnóstico de enxaqueca e cefaléia 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 cefaléia 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 cefaléia são mais prováveis²⁸ (D).

Tratamento

Pacientes portadores de cefaléia tensional beneficiam-se de uma abordagem sistêmica (²⁹C; ³⁰C), na qual o contexto em que o sintoma se apresenta se fique claro. O uso de analgésicos e de antiinflamatórios não hormonais (³¹C; ³²D; ³³D; ³⁴C; ¹⁰D; ¹¹D) 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 (¹¹D), uma vez que mascaram situações de vida que provocam desconforto e tem um grande potencial de adição, sem que isto resolva o problema do paciente.

Pacientes com quadro de cefaléia tensional e que apresentam comorbidade de quadro depressivo podem se beneficiar do uso de antidepressivos tricíclicos – particularmente a amitriptilina (¹¹D; ¹⁰D) – que tem boa ação na prevenção da cefaléia tensional e mesmo na prevenção da cefaléia devida a enxaqueca.

Dos pacientes que buscam o atendimento em atenção primária à saúde por cefaléia, de longe o diagnóstico mais frequente é a **enxaqueca**. O manejo da cefaléia por enxaqueca é um capítulo a parte no trato das cefaléias – seja pela prevalência, seja pelo grau de incapacidade que causa aos seus portadores (⁹D; ³⁵D; ¹¹D).

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 (contracepção hormonal, uso crônico de analgésicos), ou mesmo

situações em que as crises estejam associadas (⁹D; ³⁵D; ¹¹D). Quando 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(²⁹C; ³⁶A). 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 disposição do paciente devem ser considerados.

Há 2 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 deste esquema é que o custo financeiro geralmente é menor e abre um grande leque de tratamentos alternativos para as crises severas. 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 (⁹D; ³⁵D).

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 pacientes a usarem intensivamente drogas potentes – o que cria dificuldades terapêuticas em crises mais severas(⁹D; ³⁵D)..

Pode-se iniciar o tratamento das crises de enxaqueca com analgésicos comuns, como a dipirona e o ácido acetil-salicílico (³⁴C; ¹¹D). Antiinflamatórios não hormonais também são uma boa alternativa de manejo (¹¹D). Estas drogas, em geral, são eficientes em crises leves a moderadas e devem ser usadas em dose plena de forma precoce quando às crises se anunciam.

Pacientes que não respondem a estes medicamentos podem usar a associação de isometepteno com um analgésico (dipirona, paracetamol, ácido acetil-salicílico). Também há no país a associação deste produto com cafeína e analgésico s(³⁷C; ³⁸C; ³³D; ³⁴C; ¹¹D). Sendo produtos que muitos pacientes conhecem e utilizam, às vezes de modo inadequado,

podem levar à cefaléia diária por uso crônico de analgésicos. Este tipo de formulação atende aos pacientes com crises leves, moderadas e ocasionalmente graves.

Uma outra alternativa, para pacientes que apresentam náuseas e vômitos nas crises de enxaqueca, é a utilização de antieméticos (como a domperidona ou a metoclopramida) associado a analgésicos(¹⁰D; ¹¹D, ⁴⁷A).

Pacientes com crises agudas podem apresentar boa resposta ao uso da dipirona injetável, associada ou não a metoclopramida e / ou antiespasmódicos(³⁴C, ⁴⁷A).

Pacientes que apresentam crises moderadas a graves podem requerem o uso de triptanos, estudos bem controlados mostram que todos os triptanos têm ação semelhante, desde que observadas as equivalências de dose(³²D; ³⁹A; ¹¹D).. 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 graves, o uso de sumatriptan injetável, 6mg sc, é eficiente, oferecendo uma ação máxima de até 2h. Uma alternativa possível é o sumatriptan inalatório – na dose de 20mg intranasal(³⁹A; ¹¹D).

Pacientes que tem mais de 4 crises ao mês devem receber medicações preventivas, evitando com isto a incapacidade inerente ao quadro, bem como evitando o surgimento de cefaléia crônica diária induzida pelo uso de analgésicos(⁹D; ³³D; ³⁵D; ¹¹D).

As alternativas para medicação profilática são os betabloqueadores (propranolol, metoprolol, timolol) (⁴⁰A; ¹¹D), o antidepressivo tricíclico amitriptilina (⁴¹A; ¹¹D) e o anticonvulsivante ácido valpróico (⁴²A; ⁴³A; ¹¹D). Há alguma evidência de que a metisergida e o pizotifeno, drogas antagonistas da serotonina, também podem ser usadas como drogas profiláticas em pacientes selecionados (³⁵D).

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 intensidade das crises (⁴⁴B; ⁴⁵A). Outra alternativa usada é a abordagem homeopática, com resultados promissores, apesar da limitação dos trabalhos (⁴⁶C).

Quando se opta pela profilaxia, a mesma deve ser usada na menor dose possível, ajustada de acordo com a resposta, sendo os betabloqueadores as drogas de eleição para se iniciar em não havendo contra-indicações^(40A). Obtido o resultado desejado, após 6 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 **cefaléia 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 cefaléia em salva inicia com a orientação dos pacientes sobre hábitos que desencadeiam as crises (^{47D}; ^{11D}). 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 (^{47D}).

As drogas utilizadas para o manejo da crise de cefaléia em salvas são a ergotamina 1mg EV, IM ou SC até 3mg ao dia (^{47D}), e os triptanos – sumatriptan 6mg SC ou 20mg intranasal (^{47D}), que devem ser usados em doses plenas para o controle das crises.

Quando a cefaléia em salvas é muito freqüente, ou pode ser definida como crônica, o uso de corticóide, equivalente a prednisona 40mg, oferece alívio e pode ser mantido nesta dose, iniciando-se a retirada após 3 dias de tratamento, num ritmo de 5mg ao dia (^{47D}).

Bloqueadores de canais de cálcio também são uma alternativa importante. O uso de verapamil em doses de 240 a 320mg ao dia mostra-se eficiente e pode ser associado ao corticóide para uma terapia mais prolongada em pacientes que têm crises freqüentes ou em quem os episódios recorrem persistentemente (^{47D}).

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

Recomendações principais no tratamento da cefaléia:

Cefaléia tensional:

- Entender a situação.
- Oferecer apoio emocional.
- Evitar o uso de ansiolíticos, dentro do possível.
- Analgésicos e antiinflamatórios 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 antiinflamatórios não hormonais.
- Crises moderadas a severas devem ser manejadas com triptanos ou analgésicos potentes.
- Pacientes com crises freqüentes podem receber profilaxia com betabloqueadores, antidepressivos tricíclicos ou anticonvulsivantes.

Cefaléia em salvas:

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

Apêndice 1

Classificação de enxaqueca, cefaléia tensional e cefaléia em salvas pela Headache International Society¹⁵

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

Diagnóstico da *enxaqueca comum*:

- A. Pelo menos 5 crises preenchendo os critério B-D
- B. Crise de cefaléia durando 4 a 72 horas (tratamento fracassado ou não realizado)
- C. Cefaléia tendo pelo menos 2 das seguintes características:
 - a. Unilateral
 - b. Pulsátil
 - c. Dor de intensidade moderada a severa
 - d. Dor agravada ou impedindo atividade física rotineira (caminhada, subir escadas, etc)
- D. Durante a cefaléia ocorrência de pelo menos um destes sintomas:
 - a. Náusea e vômitos
 - b. Fotofobia e “Fonofobia”
- E. Nenhum outro diagnóstico que explique a cefaléia

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

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

Diagnóstico da *enxaqueca com aura*:

- A. Pelo menos 2 crises que preencham os critérios B-D
- B. Aura consistente com pelo menos 1 dos seguintes, menos fraqueza motora:
 - a. Sintomas visuais completamente reversíveis, incluindo efeitos positivos (luzes que piscam, pontos ou linhas luminosas) e/ou negativos (perda de visão);
 - b. Sintomas sensoriais completamente reversíveis, incluindo efeitos positivos (pontadas, agulhadas) e/ou negativos (insensibilidade);
 - c. Disfonia completamente reversível;
- C. Pelo menos 2 dos seguintes:
 - a. Sintomas visuais homônimos ou sintomas sensoriais unilaterais;
 - b. Pelo menos 1 sintoma de aura se desenvolve gradualmente por 5 ou mais minutos;

- c. Cada sintoma dura entre 5 e 60 minutos
- D. Cefaléia com critérios B-D para enxaqueca sem aura: iniciando durante a aura ou seguindo a aura por 60 minutos;
- E. Não atribuída a outra patologia

Diagnóstico *cefaléia em salvas*:

- A. Pelo menos 5 episódios que preencham os critérios B-D
- B. Dor severa ou muito severa unilateral orbital, supraorbital e/ou temporal, se não tratada duram 15 a 180 minutos
- C. Cefaléia acompanhada de pelo menos um dos seguintes sintomas ipsilateral a dor:
 - a. Conjuntiva injetada (avermelhada) ou lacrimejamento
 - b. Congestão nasal ou rinorreia
 - c. Edema palpebral
 - d. Sudorese na testa ou na face
 - e. Miose e/ou ptose
 - f. Sensação de agitação e inquietação
- D. As crises têm a freqüência de dias intercalados até 8 por dia
- E. Não atribuído a nenhuma outra patologia

Cefaléia em salvas episódica é caracterizada por crises ocorrem por 7 dias até 1 ano com períodos livres de dor por pelo menos 2 semanas. É considerada cefaléia em salvas crônica se durar por pelo menos por 1 ano com períodos de remissão menores de 2 semanas.

Diagnóstico *cefaléia tensional*:

- A. Pelo menos 10 episódios acontecendo em menos de 1 dia/mês (menos de 12 dias/ano) e preenchendo critérios B-D;
- B. Cefaléia durando 30 minutos a sete dias;
- C. Pelo menos duas das seguintes características da dor:
 - a. Localização bilateral
 - b. Caráter de pressão ou aperto (não pulsátil)
 - c. Intensidade média ou moderada
 - d. Não se agrava com atividade física rotineira (caminhada, ciclismo, etc)
- D. Ambos os itens seguintes:
 - a. Ausência de náusea ou vômito (anorexia pode ocorrer)
 - b. Fotofobia ou fonofobia, estão ausentes ou apenas um deles pode estar presente;
- E. Não atribuível a outra patologia

Apêndice 2 – Equivalência dos triptanos

Droga	Posologia	Alertas
Sumatriptan	6mg SC podendo repetir em 1 hora – máximo 2 injeções em 24h 25 -100mg VO podendo repetir a cada 2h – máximo 200mg em 24h 5 – 20mg intranasal – podendo repetir em 2h – máximo 40mg em 24h	Risco coronariano em pacientes com cardiopatia isquêmica
Zolmitriptano	2,5 – 5mg VO podendo repetir em 2h – máximo 10mg em 24h 5mg intranasal podendo repetir em 2h – máximo 10mg em 24h	Risco coronariano em pacientes com cardiopatia isquêmica
Naratriptan	2,5mg VO – podendo repetir em 4h – máximo de 5mg em 24h	Risco coronariano em pacientes com cardiopatia isquêmica
Rizatriptan	5 – 10mg VO podendo repetir após 2h – máximo de 30mg em 24h	Risco coronariano em pacientes com cardiopatia isquêmica

Refêrencias

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, Becg 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. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Headache Classification Committee of the International Headache Society. *Cephalalgia* 1988;**8**:1-96.
7. Vincent MB, de Carvalho JJ. Primary headache care delivery by nonspecialists in Brazil. Brazilian Headache Care Cooperative Group. *Cephalalgia* 1999;**19**:520-4.
8. Becker LA, Green LA, Beaufait D, Kirk J, From 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.
9. 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.
10. Gallagher RM. Headache pain. *J Am Osteopath.Assoc* 2005;**105**:S7-11.
11. Alper, B. Headache. Dynamed . 2006. Columbia.
Ref Type: Electronic Citation
12. Benamore RE, Wright D, Britton I. Is primary care access to CT brain examinations effective? *Clin Radiol.* 2005;**60**:1083-9.
13. Lipton R, Stewaert W, Diamond S, Diamond M, Reed M. Prevalence and Burden of Migraine in the United States: data from the american migraine Study II. *Headache* 2001;**41**:646-57.

14. 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.
15. The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. *Cephalalgia* 2004;**24 Suppl 1**:9-160.
16. Martin VT, Penzien DB, Houle TT, Andrew ME, Lofland KR. The predictive value of abbreviated migraine diagnostic criteria. *Headache* 2005;**45**:1102-12.
17. Bajwa, ZH and Wootton, RJ. Evaluation of headache in adults. UpToDate (14.3). 7-9-2006. 2006.

Ref Type: Electronic Citation

18. Taylor F, Hutchinson S, Graff-Radford S, Cady R, Harris L. Diagnosis and management of migraine in family practice. *J Fam.Pract.* 2004;**Suppl**:S3-24.
19. Steiner, T. J., MacGregor, E. A., and Davies, P. T. G. Guidelines for all Doctors in the diagnosis and management of Migraine and Tension-Type Headache. 1-43. 2004. British Association for the Study of Headache.

Ref Type: Report

20. Pesquera-Velasco J, García G, Pasamontes N, Gómez F. 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.
21. 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.
22. Schwartz BS, Stewart WF, Simon D, Lipton RB. Epidemiology of tension-type headache. *JAMA* 1998;**279**:381-3.
23. Bahra A, Goadsby PJ. Diagnostic delays and mis-management in cluster headache. *Acta Neurol.Scand.* 2004;**109**:175-9.
24. van Vliet JA, Eekers PJ, Haan J, Ferrari MD. Features involved in the diagnostic delay of cluster headache. *J Neurol.Neurosurg.Psychiatry* 2003;**74**:1123-5.
25. May A. Cluster headache: pathogenesis, diagnosis, and management. *Lancet* 2005;**366**:843-55.
26. 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.

27. 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.
28. Landy SH. Challenging or difficult headache patients. *Prim.Care* 2004;**31**:429-40, viii.
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. Astin JA, Shapiro SL, Eisenberg DM, Forys KL. Mind-body medicine: state of the science, implications for practice. *J Am Board Fam Pract.* 2003;**16**:131-47.
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, vii.
34. 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.
35. Dowson AJ, Lipscombe S, Sender J, Rees T, Watson D. New guidelines for the management of MIgraine in Primary Care. *current medical research and opinions* 2002;**18**:414-39.
36. Bronfort, G. et al. Non-invasive physical treatments for chronic/recurrent headache. Cochrane Collaboration . 2006. Oxford.

Ref Type: Electronic Citation

37. Ward TN. Medication overuse headache. *Prim.Care* 2004;**31**:369-80, vii.
38. 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.
39. McCrory, DC and Gray, RN. Oral sumatriptan for acute migraine. Cochrane Collaboration . 2006. Oxford.

Ref Type: Electronic Citation

40. Linde K and Rossnagel K. Propranolol for migraine prophylaxis. Cochrane Collaboration . 2006. Oxford.

Ref Type: Electronic Citation

41. MOJA, P. L., CUSI, C, STERZI, R. R, and CANEPARI, C. Selective serotonin re-uptake inhibitors (SSRIS) for preventing migraine and tension-type headache. Cochrane Collaboration . 2006. Oxford.

Ref Type: Electronic Citation

42. Chronicle, E. and Mulleners, W. Anticonvulsant drugs for migraine prophylaxis. Cochrane Collaboration . 2006. Oxford.

Ref Type: Electronic Citation

43. Wiffen, P and et al. Anticonvulsant drugs for acute and chronic pain. Cochrane Collaboration . 2006. Oxford.

Ref Type: Electronic Citation

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 and et al. Acupuncture for idiopathic headache. Cochrane Collaboration . 2000. Oxford.

Ref Type: Electronic Citation

46. Witt CM, Ludtke R, Baur R, Willich SN. Homeopathic medical practice: long-term results of a cohort study with 3981 patients. *BMC.Public Health* 2005;**5**:115.

47. Freitag FG. Cluster headache. *Prim.Care* 2004;**31**:313-29, vi.