

LUIZ CARLOS MALVEIRA

MIGRÂNEA OU ENXAQUECA

**UBERABA
2011**

LUIZ CARLOS MALVEIRA

MIGRÂNEA OU ENXAQUECA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Maria Teresa Marques Amaral

UBERABA
2011

LUIZ CARLOS MALVEIRA

MIGRÂNEA OU ENXAQUECA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Maria Teresa Marques Amaral

Comissão examinadora
Maria Teresa Marques Amaral
Edison José Corrêa

UBERABA
2011

DOR é o que o paciente diz ser e existe quando ele diz existir.

(Mcaffeny, M, 1983)

Se agressões do corpo doem, feridas na alma também.

(Drumond, J.P; Marques, J.O, 2007)

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
1.1. Justificativa	10
1.2. Objetivos	11
1.3. Metodologia	12
2. DEFINIÇÃO, CLASSIFICAÇÃO, MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E COMPLICAÇÕES	12
2.1. Definição e classificação	12
2.2. Fisiopatogenia	14
2.3. Anamnese, exame clínico e diagnóstico diferencial	14
3. TRATAMENTO	16
3.1. Aspectos gerais do tratamento e tratamento não farmacológico.	16
3.2. Tratamento geral das crises	17
3.3. Tratamento específico das crises de migrânea sem aura	17
3.4. Tratamento profilático de crises muito recidivantes	19
4. ATENDIMENTO POR CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DOS QUADROS DE CEFALÉIA	21
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
REFERÊNCIAS	23

RESUMO

Das várias modalidades clínicas das cefaléias, a migrânea é, seguramente, uma das mais freqüentes, a que tem sintomatologia clínica mais variada para a qual se dispõe de maior número de propostas terapêuticas. Muito se tem pesquisado sobre a migrânea, mas ainda não se conseguiu elucidar completamente todos os seus aspectos clínicos, fisiopatogênicos e terapêuticos. É uma forma de cefaléia prevalente e incapacitante, que ocupa no *ranking* da Organização Mundial de Saúde, a 19ª posição entre todas as doenças que causam incapacidade. É uma das causas mais freqüentes em perdas de dias de trabalho. Determinados estudos mostraram que a maioria dos pacientes buscam, além do alívio da dor, uma explicação para sua dor. Este trabalho pretende realizar uma revisão narrativa da literatura, atualizando os resultados dos estudos científicos, relacionados à epidemiologia com o absenteísmo e a auto-medicação, para a execução de um diagnóstico mais preciso e a possível aplicação prática desses conhecimentos aos portadores de cefaléias que buscam a equipe Saúde da Família.

Palavras-chaves: transtornos de enxaqueca, cefaléia histamínica , cefaléia, hemicrania paroxística,

ABSTRACT

Of the various clinical modalities of headache, migraine is certainly one of the most frequent, which has more varied clinical symptoms for which there is a greater number of therapeutic approaches. Much has been researched about migraine, but have not yet managed to elucidate fully all aspects of clinical, physiopathological and therapeutic. It is a form of prevalent and disabling headache, which occupies in the ranking of the World Health Organization, the 19th position among all diseases causing disability. It is one of the most frequent causes of loss of working days. Certain studies have shown that most patients seek, in addition to pain relief, an explanation for their pain. This paper intends to conduct a review of the literature, updating the results of scientific studies related to epidemiology with absenteeism and self-medication, to perform a more accurate diagnosis and possible practical application of that knowledge to patients with headaches seeking Family Health team.

Keywords: migraine disorders cluster headache, headache, paroxysmal hemicrania.

1. INTRODUÇÃO

Ao exercer a atividade de médico generalista em ambulatório do PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, verificamos que a incidência de enxaqueca/migrânea coincide com as estatísticas habitualmente encontradas em trabalhos científicos publicados.

Quadro 1 – Aspectos clínicos em 768 casos de migrânea (560 sem aura, 208 com aura)

Sexo:		
Masculino	213	(27,73%)
Feminino	555	(72,27%)
Idade de início:		
Antes dos 20 anos	580	(75,25%)
Após os 20 anos	188	(24,47%)
Caráter da dor:		
Pulsátil	669	(87,10%)
Não-pulsátil	72	(9,37%)
Pulsátil/não-pulsátil	27	(3,51%)
Topografia:		
Localizada unilateral	183	(23,28%)
Localizada bilateral	264	(34,37%)
Hemicraniana	103	(13,41%)
Difusa	114	(14,84%)
Variável	104	(13,54%)
Sintomas acompanhantes:		
Náuseas e vômitos	572	(74,47%)
Palidez e suores	505	(65,75%)
Fotofobia	575	(74,86%)
Fonofobia	416	(54,16%)
Hiperemia conjuntival	86	(11,19%)
Lacrimejamento	65	(8,46%)
Obstrução nasal	24	(3,12%)
Rinorréia	15	(1,59%)
Fatores desencadeantes:		
Problemas emocionais	319	(41,53%)
Sono prolongado	37	(4,81%)
Sono encurtado	110	(14,42%)
Álcool	89	(11,58%)
Chocolates	61	(7,94%)
Gorduras	63	(8,20%)
Jejum	110	(14,32%)
Estímulos olfativos	107	(13,93%)
Estímulos visuais	79	(10,28%)
Antecedentes familiares de cefaleia:	516	(67,18%)

Fonte: Diagnóstico das Cefaléias, Silva, 2003, p.74

Através deste trabalho, via revisão narrativa, referenciamos a patologia migrânea, com sintomatologia variada, mas de diagnóstico eminentemente clínico, propedêutica simplificada e terapêutica com boa resolatividade.

De acordo com Silva (2003, p.35) “muito se tem pesquisado sobre a migrânea, mas não obstante os avanços obtidos, ainda não se conseguiu elucidar completamente todos os seus aspectos clínicos”. A decisão final vem sendo tomada em decorrência das contra-indicações e dos efeitos colaterais das diferentes drogas.

Meu interesse pelo tema se reporta há aproximadamente 38 anos atrás, em um serviço de urgências atendi uma paciente acometida por intensa cefaleia, vômitos incoercíveis, palidez muco-cutânea, ansiedade e grande abatimento do estado geral.

Estava acompanhada por seu esposo, ambos profissionais de nível superior, ela odontóloga em atividade na localidade onde ocorreu o atendimento.

Houve necessidade de internação de urgência para os cuidados gerais e alívio da dor. Em conversa com o seu acompanhante constatei que se tratava de sintomatologia repetitiva e que o diagnóstico até então era de enxaqueca. Após a melhora adequada da paciente que ocorreu nas 12 horas seguintes, retornamos a uma anamnese mais detalhada com a mesma e direcionamos o raciocínio clínico de forma diferente ao que se pensava até então. Encaminhamos a paciente ao serviço de neurologia fora do domicílio, pois não contávamos com a especialidade no local.

Foi examinada e submetida à propedêutica, com diagnóstico de aneurisma cerebral. Submetida à cirurgia a paciente foi a óbito, mesmo tendo sido assistida por conceituados profissionais.

A partir deste momento da minha vida profissional muito me preocupei em atualizar e tratar de enxaqueca (migrânea), especialmente porque a história clínica relatada poderia ter melhor desfecho. Na Atenção Básica esta é uma queixa recorrente; para os profissionais é fundamental não considerar como queixa “menor”.

1.1. Justificativa

O estudo sobre a migrânea é muito importante e muito significativo, tanto para o exercício habitual das minhas atividades profissionais, bem como para os usuários. Essa importância dá-se por conta da ocorrência clínica muito frequente, na rotina diária do ambulatório médico do programa de Saúde da Família e no âmbito da equipe que atua neste programa, sob uma visão multidisciplinar coadjuvante.

A alta prevalência da migrânea e o diagnóstico eminentemente clínico, associado ao baixo custo da propedêutica e ótima resolutividade, justificam colocá-la como foco e responsabilidade da atenção básica. Conhecimentos atualizados, em epidemiologia, conceitos clínicos, condutas propedêuticas e terapêuticas implicarão, obrigatoriamente, em redução da grande demanda de pacientes aos consultórios médicos, e ao programa de Saúde da Família e outros, pela óbvia facilitação de diagnóstico. O serviço de atenção primária à saúde preconizado pelo programa de Saúde da Família, devidamente orientado e informado, sobre a migrânea, dentro das competências complementares de cada profissional, serão importantes no acompanhamento do paciente migranoso.

Considerando os aspectos comentados e com uma longa atuação em consultório médico do programa de Saúde da Família, observamos a dificuldade da abordagem da migrânea, pelos médicos generalistas, na região em que exerço meu trabalho profissional. Sem nenhuma sombra de dúvida, isto ocorre por falta de educação permanente e de protocolos que facilitassem a abordagem da migrânea. Destaque-se ainda, conforme disse anteriormente, sua alta prevalência e por ser de diagnóstico eminentemente clínico. É observado um agravamento maior devido ao excesso de referências ao segundo nível da atenção à saúde, onerando significativamente os custos. Esse texto poderá, modestamente, contribuir para alertar a quem de direito e de interesse e levar adiante a nossa necessidade de compartilhar experiência.

A DOR é uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só o componente sensorial como um componente emocional da pessoa que sofre com ela. Por outro lado, a dor associa-se, ou é descrita como associada, a uma lesão tecidual concreta ou potencial. Constata-se, assim, que existe uma grande variabilidade na percepção e expressão da dor, face a uma mesma estimulação

dolorosa. Se por um lado a dor aguda, como a dor pós-operatória ou a dor pós-traumática, é, habitualmente, limitada no tempo, a dor crônica, como a dor neuropática ou a lombalgia, é, muitas vezes, rebelde, permanecendo e levando a sequelas incapacitantes. No entanto, todos os tipos de dor induzem sofrimento inevitável, frequentemente intolerável, refletindo-se negativamente na qualidade de vida dos doentes. Com a criação do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, há o desenvolver-se e a criação, por todo o país, de unidades de tratamento de dor, como recurso diferenciado para a abordagem. Importa, assim, que a dor e os efeitos da sua terapêutica sejam valorizados e sistematicamente diagnosticados, avaliados e registrados pelos profissionais de saúde, como norma de boa prática e como rotina, altamente humanizante, na abordagem das pessoas, de todas as idades, que sofram de dor aguda ou dor crônica, qualquer que seja a sua origem, elevando o registro da sua intensidade à categoria equiparada de sinal vital.

1.2. Objetivos

São os seguintes os objetivos deste trabalho.

Objetivo geral

Realizar uma revisão narrativa bibliográfica, atualizando os resultados dos estudos científicos relacionados à epidemiologia, como o absenteísmo e a automedicação, para a execução de diagnóstico mais preciso e possível aplicação prática desses conhecimentos aos portadores de cefaléias que buscam a equipe Saúde da Família.

Objetivos específicos

- ✓ Atualizar informações sobre enxaqueca
- ✓ Contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos portadores de dor crônica.
- ✓ Sugerir para as entidades de saúde a importância da inclusão do quinto sinal vital, na triagem dos pacientes.
- ✓ Contribuir para um plano de trabalho ou um projeto de atendimento especializado em dor crônica.

Metodologia

Utilizou-se a revisão bibliográfica narrativa como método para consecução dos objetivos propostos. Foram realizadas buscas nas seguintes referências: “Diagnóstico das Cefaléias”, “Cadernos da Atenção Primária” e “Sistema Manchester de Classificação de Risco”, relacionadas no capítulo referências, deste trabalho. Ao realizar esta revisão bibliográfica narrativa pretendeu-se atualizar os resultados dos estudos científicos mais significativos.

2. DEFINIÇÃO, CLASSIFICAÇÃO, MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E COMPLICAÇÕES

2.1. Definição e classificação

Até o presente momento não existe uma **definição** de migrânea que seja realmente precisa e universalmente aceita. A definição mais conhecida é emitida pelo comitê *ad doc* do instituto Nacional de Doenças Neurológicas e Cegueira de Bethesda (EUA), em 1962:

Desordem idiopática com sintomas neurológicos, localizadas no córtex ou tronco cerebral com crises recorrentes de dor de cabeça, de intensidade, duração e frequência variáveis. As dores são comumente unilaterais, pelo menos no início e usualmente associadas com anorexia e algumas vezes com náuseas e vômitos, foto e fonofobia. Em alguns casos são precedidas ou acompanhadas por distúrbios sensoriais ou motores e perturbações do humor. Frequentemente há história familiar de quadro clínico similar (apud SILVA, 2003, p. 38).

Conceitua-se migrânea com aura como cefaleia vascular com as características descritas e pródromos visuais, motores, ou ambos; migrânea sem aura (não clássica) como cefaleia vascular quase sem pródromos, menos frequente e unilateral; e migrânea hemiplégica como cefaleia vascular associada a distúrbios motores que persistem durante a cefaleia. (SILVA, 2003, p.38).

Segundo afirma Silva (2003), na classificação de 1988, as formas clínicas da migrânea estão assim discriminadas:

1. Migrânea
 - 1.1 Migrânea sem aura
 - 1.2 Migrânea com aura
 - 1.2.1 Migrânea com aura típica
 - 1.2.2 Migrânea com aura prolongada
 - 1.2.3 Migrânea hemiplégica familiar
 - 1.2.4 Migrânea basilar
 - 1.2.5 Aura migranosa sem dor de cabeça
 - 1.2.6 Migrânea com aura de início agudo
 - 1.3 Migrânea oftalmoplégica
 - 1.4 Migrânea retiniana

1.5 Síndromes periódicas da criança que podem ser precursoras ou associadas como migrânea.

1.5.1 vertigem paroxística benigna da criança

1.5.2 Hemiplegia alternante da criança

1.6 Complicações da migrânea

1.6.1 Estado migranoso

1.6.2 Infarto migranoso

1.7 Distúrbios migranosos que não preenchem os critérios das formas anteriores.

2.2. Fisiopatogenia

Os trabalhos de Wolff na década de 1930 e os de Sicuteri no término dos anos 1950 impulsionaram vigorosamente os estudos sobre a fisiopatogenia das crises de migrânea.

Contudo, não obstante os extraordinários avanços conseguidos nestes últimos 60 anos, não podemos afirmar que tenhamos chegado à total e perfeita compreensão dos mecanismos envolvidos numa crise de migrânea.

As primeiras sugestões para a origem da cefaleia da migrânea possivelmente partiram de Wepfer e Anhalt, os quais, nos anos de 1724, postularam que a dor tinha uma origem vascular, tese que voltou a ser defendida posteriormente, em 1860, por Dubois-Reymond e Mollendorf e Jaccoud. Todavia, somente a partir do fim da década de 1930, com os trabalhos pioneiros de Wolff e Graham, a patogenia das crises de migrânea passou a ser cientificamente estudada.

Alguns fatos oriundos da observação clínica sugeriam a participação vascular. Já se tinha observado que durante as crises de migrânea as artérias do couro cabeludo encontravam-se dilatadas e hiperpulsáteis e que a compressão digital da artéria carótida externa no pescoço ou da artéria temporal superficial do lado doloroso ou a colocação de gelo sobre a região dolorida melhoravam, em muitos casos, a cefaléia migrânea. (SILVA, 2003, p. 51).

2.3. Anamnese, exame clínico e diagnóstico diferencial

A utilização de uma ficha-padrão deve ser considerada imprescindível para a obtenção de um interrogatório sistemático e completo. No que se diz respeito à

migrânea, esta anamnese é extremamente importante por várias razões: (SILVA, 2003. p. 78 a 81).

- a) É a única maneira de se fazer um diagnóstico correto de migrânea, não existindo, até o momento, nenhum exame complementar que permita fazê-lo. Lembramos, ainda que não há definição de migrânea que seja inteiramente satisfatória e universalmente aceita. Por outro lado, não se pode esquecer que nenhum dos sintomas da migrânea é constante e a própria cefaléia pode estar ausente.
- b) Permite o diagnóstico de outros tipos de cefaléia coexistentes, o que implica a escolha da ou das medicações mais adequadas.
- c) Possibilita uma avaliação da personalidade do paciente, o que pode ser muito importante para o planejamento terapêutico.
- d) É necessária para detectar componentes depressivos e/ ou ansiosos associados, os quais podem ser um dos parâmetros para a escolha da medicação a ser usada inicialmente ou que podem, por sua relevância, exigir o concurso de um psiquiatra.
- e) Serve para detectar possíveis fatores desencadeantes ou agravantes das crises.

Para o diagnóstico diferencial assim se expressa Silva (2003, p.73)

O diagnóstico diferencial de migrânea nem sempre é fácil, sobretudo quando vemos o paciente na sua primeira crise, uma vez que o Comitê da Sociedade Internacional de Cefaléia de 1988, dentro das normas diagnósticas, determina a necessidade de se observar pelo menos cinco crises, devido ao polimorfismo clínico com que a migrânea se manifesta além do que nenhum dos sintomas é constante. Por outro lado, os sintomas considerados como os mais característicos da migrânea – unilateralidade da dor, caráter pulsátil da cefaléia, associação com náuseas e vômitos, foto e fonofobia – não estão presentes em todas as crises de um mesmo paciente. A cefaléia é unilateral em cerca de metade dos casos e mesmo nesses há uma certa tendência para, com o evoluir da crise, a dor de cabeça se tornar bilateral e a distribuição hemcraniana mostra predominância pela região frontal. A qualidade pulsátil também pode estar ausente. Alguns pacientes jamais têm dores pulsáteis, enquanto em outros, a cefaléia, que inicialmente era pulsátil, adquire uma qualidade de dor contínua com o passar das horas. Quanto às náuseas e vômitos, foto e fonofobia percebe-se que são sintomas muito frequentes, mas não se pode dizer que estejam sempre presentes (SILVA, 2003, p. 73).

Não devemos valorizar sintomas isolados por mais característicos que eles pareçam ser. Uma aparição global é imprescindível, o que significa dizer que a possibilidade de um diagnóstico correto depende, do ponto de vista prático, único e exclusivamente de uma anamnese bem feita. Apesar do progresso tecnológico, não existe, ainda, até os dias de hoje nenhum exame capaz de afirmar o diagnóstico de migrânea. O valor dos exames complementares está em serem imprescindíveis, em certos casos, para o diagnóstico diferencial com outras condições que podem mimetizar migrânea ou para demonstrar complicações ocorridas durante uma crise.

Esse fato fica bem patente com o crescente número de casos de infartos ou de hemorragias que vêm sendo descritos na literatura, após o advento da tomografia computadorizada (TC) e da ressonância neurológica magnética (RNM) (SILVA,2003.)

3. TRATAMENTO

O tratamento será abordado considerando os níveis de maior responsabilização da atenção básica; a profilaxia e cuidados gerais, o tratamento das crises e o tratamento preventivo das recidivas

A Sociedade Brasileira de Cefaléia (SBCe) designou um Comitê *ad hoc* com os propósitos de estabelecer consenso sobre o tratamento profilático da migrânea e de elaborar recomendações para serem difundidos entre os profissionais da área médica. O Comitê respaldou-se em evidências da literatura médica mundial e na experiência pessoal dos relatores, bem como procurou alicerçar-se nas realidades dos recursos medicamentosos existentes em nosso meio. No que diz respeito às drogas, a ordem de colocação das mesmas não indica preferência dos relatores nem grau de eficácia terapêutica. (Recomendações para o tratamento profilático da migrânea. Consenso da Sociedade Brasileira de Cefaléia, 2002).

3.1. Aspectos gerais do tratamento e tratamento não farmacológico

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cefaleia, deve-se

- Cogitar o tratamento profilático para todos os pacientes com migrânea (diagnosticados de conformidade com os critérios da Sociedade Internacional de Cefaléia de 1988) com o objetivo de melhorar sua qualidade de vida, diminuindo o grau de incapacidade relacionado às crises, reduzindo sua freqüência e intensidade, bem como facilitando sua resposta ao tratamento abortivo.
- Avaliar o impacto sobre os aspectos pessoal, familiar, social e produtivo da migrânea na vida do paciente;
- Estabelecer expectativas realistas para o tratamento;
- Identificar morbidades associadas;
- Identificar fatores desencadeantes e agravantes;
- Avaliar o tipo do tratamento profilático a ser seguido (nenhum, episódico, periódico ou contínuo);
- Envolver o paciente no tratamento, incluindo o preenchimento de um diário de cefaléia;
- Estabelecer critérios de eficácia terapêutica, opções e modificações do tratamento (Recomendações para o tratamento profilático da migrânea. Consenso da Sociedade Brasileira de Cefaléia. 2002).

3.2. Tratamento geral das crises

Não obstante os principais aspectos clínicos da migrânea serem conhecidos há milênios, o tratamento das crises é bem mais recente, pouco mais de um século e, mesmo assim, apenas nas últimas décadas apoiado em dados cientificamente comprovados.

a) Aposição de gelo nas regiões temporais: induzindo vasoconstricção local, melhora a cefaleia da crise de migrânea;

b) “Escalda-pés” são indicados. O afluxo de sangue para os segmentos distais dos membros inferiores, em decorrência da vasodilatação periférica provocada pelo calor, diminui o aporte de sangue nas artérias cranianas, reduzindo, dessa forma, a dor de cabeça;

c) Infusão concentrada de café: atualmente sabe-se que a cafeína, inibindo a ação da fosfodiesterase, impede a degradação do AMP-cíclico que age como segundo mensageiro junto aos receptores serotoninérgicos, induzindo, também a vasoconstricção arterial intracraniana provavelmente por bloquear os receptores de adenosina;

d) Compressão digital da artéria no pescoço e, por extensão, também da artéria temporal superficial do lado doloroso: este fato constatado por Parry, em 1792, tem como mecanismo de ação a redução do fluxo de sangue para os vasos extracranianos.

e) Alguns pacientes provocam o vômito, por terem observado que este procedimento habitualmente melhora a dor de cabeça, o que tem sua explicação na liberação de serotonina das células cromafins do intestino.

As causas da enxaqueca são muitas, mas sabe-se que algumas mudanças simples no estilo de vida contribuem para o controle das crises, e, de quebra, são extremamente benéficas para a saúde humana.

3.3. Tratamento específico das crises de migrânea sem aura

Migrânea sem aura – tratamento da crise leve:

Nas crises fracas, é recomendado tentar repouso em quarto escuro, evitar barulho e, se possível, conciliar o sono. Medidas como o uso de bolsa de gelo e/ou compressão das artérias temporais podem ser úteis. Nas crises fracas, que não cedem com as medidas gerais, sugere-se o uso de analgésicos comuns (ácido acetilsalicílico, paracetamol, dipirona), anti-inflamatórios não esteroidais (naproxeno sódico, ibuprofeno, diclofenaco de sódio, ácido tolfenâmico e clonixinato de lisina).

Além disso, recomenda-se o uso de metoclopramida ou domperidona quando sintomas de náuseas ou vômito estão associados. Essas drogas podem ser usadas 30 minutos antes dos medicamentos propostos para a dor, mesmo quando o paciente não apresenta náusea, para se obter efeito gastrocinético ou mesmo impedir a progressão da crise. A presença de intensa sedação ou história prévia de distonia, ou outras manifestações extrapiramidais, deve contra-indicar o uso de metoclopramida. Associações de fármacos, tão frequentemente encontradas no comércio, são desaconselhadas em virtude da somatória de possíveis efeitos colaterais e das doses inadequadas, habitualmente, encontradas nessas formulações. (Recomendações para o tratamento da crise migranosa. Consenso da Sociedade Brasileira de Cefaléia, 2000).

Migrânea sem aura – tratamento da crise moderada:

Nas crises moderadas, fora a possibilidade do emprego de analgésicos e anti-inflamatórios, podem ser recomendados derivados de ergotamina ou mesilato de dihidroergotamina) ou triptanos, salvaguardando as suas respectivas restrições de uso.

A escolha do triptano e sua via de administração deve levar em consideração peculiaridades de crise, tais como: total do tempo necessário para chegar ao auge da intensidade da dor e presença de náusea e/ou vômito. Exceto com o uso dos triptanos, o emprego de ergóticos deve ser o mais precoce possível, pois não tem efeito quando tardiamente usados. Os triptanos, por outro lado, podem ser utilizados em qualquer momento da crise.

Na recorrência frequente da cefaleia, após uso de triptano, é recomendada a associação com AINES (por exemplo, ácido tolfenâmico ou naproxeno sódico) (Recomendações para o tratamento da crise migranosa. Consenso da Sociedade Brasileira de Cefaléia, 2000).

Migrânea sem aura – tratamento da crise forte:

Nas crises fortes, recomenda-se o uso de triptanos, indometacina ou clorpromazina. O uso de dexametasona ou de haloperidol pode também ser recomendado. Na vigência de recorrência da cefaleia, após uso de triptanos, deve-se associar AINES. (Recomendações para o tratamento da crise migranosa. Consenso da Sociedade Brasileira de Cefaléia, 2000).

3.3.1 Tratamento profilático de crises muito recidivantes

Devem ser considerados conjuntamente os seguintes critérios:

Frequência das crises: em geral, indica-se a profilaxia medicamentosa quando ocorrem três ou mais crises por mês.

Grau de incapacidade importante (pessoal, familiar, social e produtiva): nesse caso, considerar a indicação de profilaxia, mesmo quando a frequência for menor do que a referida no item anterior (uma crise ao mês ou, mesmo, menos).

Falência da medicação abortiva: ineficácia, uso abusivo ou excessivo, intolerância.

Subtipos especiais de migrânea: basilar, hemipléfica, com aura prolongada, com auras freqüentes e atípicas e infarto migranoso.

Ineficácia da profilaxia não farmacológica quando tiver sido esta a preferência inicial do paciente. (Recomendações para o tratamento profilático da migrânea. Consenso da Sociedade Brasileira de Cefaléia. 2002).

São as seguintes as recomendações principais no tratamento das crises muito recidivantes

- ✓ Identificar e afastar, dentro do possível, os fatores desencadeantes.
- ✓ Realizar, precocemente, o tratamento nos pródromos das 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.

A elas se agregam as recomendações da Sociedade Brasileira de Cefaleia

Educação

- Fazer o paciente entender a migrânea como doença fundamentalmente biológica

- Motivar a adesão da (o) paciente ao tratamento;

- Discutir com a (o) paciente a cronobiologia da migrânea;

- Discutir as opções de tratamento profilático associado ou não ao tratamento agudo;

- Explicar, em linguagem acessível os mecanismos, da migrânea e sua predisposição genética;

- Explicar a importância de se evitarem os fatores desencadeantes e agravantes comprovados para o seu caso particular;

- Explicar a importância e estimular o uso de um diário de cefaléia.

Os métodos a seguir foram avaliados com base na literatura existente e as recomendações, fundamentadas em evidências científicas e opiniões consensuais de especialistas. Os métodos aqui não recomendados podem

ser, eventualmente, utilizados em pacientes selecionados e motivados que demonstrem preferência ou benefício prévio com os mesmos.

a) Biofeedback e técnicas de relaxamento - Recomendado em casos selecionados (Evidência classe II). Obs: Ineficaz na enxaqueca menstrual e, particularmente, eficaz em crianças.

b) Terapia cognitiva comportamental - Recomendada em casos selecionados (Evidência classe II). Obs: Particularmente útil quando coexiste nível elevado de estresse e motivação da (o) paciente.

c) Dieta - Restrição dietética específica e individualizada está indicada apenas para pacientes com desencadeante(s) alimentar (es) comprovado(s) (Evidência classe II).

d) Acupuntura - Recomendada em casos selecionados. A acupuntura pode ter algum papel no tratamento dos pacientes com migrânea, porém, a qualidade e a quantidade dos estudos que a recomendam não são plenamente convincentes. Deve ser considerada método auxiliar e de eficácia limitada e permanece à espera de novos estudos com metodologia adequada (Evidência classe II).

e) Psicoterapia - Recomendada em casos selecionados (Evidência classe III).

f) Fisioterapia - Recomendada em casos selecionados (Evidência classe III).

g) Homeopatia - Não é recomendada na profilaxia da enxaqueca (Evidência classe I).

h) Inúmeros outros métodos terapêuticos têm sido testados para o tratamento da migrânea, porém, pela inexistência de informações científicas sobre sua utilidade, não serão citados. (Recomendações para o tratamento profilático da migrânea. Consenso da Sociedade Brasileira de Cefaléia. 2002).

4. ATENDIMENTO POR CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DOS QUADROS DE CEFALÉIA

Muitas doenças podem apresentar-se como cefaleia e algumas requerem avaliação médica urgente. São utilizados discriminadores gerais que incluem risco de vida, grau de consciência, dor e temperatura. Discriminantes específicos são usados para indicar causas graves como hemorragia subaracnóide e meningococemia. Sinais neurológicos focais associados à diminuição da acuidade visual e dolorimento temporal de couro cabeludo podem indicar priorização urgente.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema migrânea comporta inúmeras considerações quanto à definição caracterização clínica, fisiopatologia e tratamento. Avaliamos considerações pertinentes no livro “Diagnóstico das Cefaléias”, “Cadernos da Atenção Primária” e “Sistema Manchester de Classificação de Risco”.

O texto apresentado nos fornece conhecimentos seguros e objetivos sobre a migrânea que vivenciamos no dia a dia do atendimento em atenção primária à saúde em unidade do programa de Saúde da Família. Esforços estão sendo desenvolvidos no sentido de dar à equipe de profissionais condições de realizar diagnóstico adequado de migrânea e o rastreamento da mesma conjuntamente à execução de propostas propedêuticas e terapêuticas, associadas à educação em saúde pertinente.

É alta a prevalência da migrânea na população geral. A atenção primária à saúde, na estratégia do Programa Saúde da Família, permite através do vínculo, do acolhimento e do atendimento mais humanizado o adequado apoio ao portador da migrânea.

Ressalte-se a necessidade de uma minuciosa anamnese, aliada ao exame físico adequado. Essas condutas ao nível da atenção primária à saúde proporcionarão em ótima resolutividade, implicando em diminuição da plethora de consultas no ambulatório médico, em relação as cefaleias.

Enfim: os objetivos de redução de custos em saúde e a necessária satisfação do usuário estarão plenamente garantidos.

REFERÊNCIAS

Recomendações para o tratamento da crise migranosa. Consenso da Sociedade Brasileira de Cefaléia. *Comitê ad hoc*. **Arq. Neuro-psiquiatr.** Vol.58 n.2a São Paulo June 2000. Disponível em: [Http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0004-282x2000000200029&script=sci_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0004-282x2000000200029&script=sci_arttext) . Acesso em 23 mar. 2011.

Recomendações para o tratamento profilático da migrânea. Consenso da Sociedade Brasileira de Cefaléia. *Comitê ad hoc* . **Arq. Neuro-Psiquiatr.** vol.60 no.1 São Paulo Mar. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2002000100030. Acesso em 23 mar. 2011.

SILVA, W. F. **Diagnóstico das Cefaléias**. São Paulo: Lemos Editorial, 2003.