

MIGRÂNEA

Evidências das Necessidades de Políticas e
Práticas no Contexto do Sistema Único de Saúde

ORGANIZAÇÃO:

Erlene Roberta Ribeiro dos Santos

Átila Barros Magalhães

Welber Sousa Oliveira

Cláudia Baptista Tavares

Mario Fernando Prieto Peres

Patrícia Machado Peixoto

Mauro Eduardo Jurno

Caio Vinicius de M. G. Simioni

Elder Machado Sarmento



Advances
inScience

2025

MIGRÂNEA

**Evidências das Necessidades de Políticas e
Práticas no Contexto do Sistema Único de Saúde**



Sociedade Brasileira de Cefaleia
Filiada à Sociedade Internacional de Cefaleia

FICHA CATALOGRÁFICA

2025 – Sociedade Brasileira de Cefaleia

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

Publicação eletrônica

Elaboração, distribuição e informações: Sociedade Brasileira de Cefaleia (SBCe)

Diretoria 2024/2027

Presidente: Dr. Mauro Eduardo Jurno

Secretário: Dr. Caio Vinicius de M. G. Simioni

Tesoureiro: Dr. Elder Machado Sarmento

Endereço: Rua Manoel Furtado, 410 - 14300-000 Batatais SP - Brasil

E-mail: [www. https://sbcefeleia.com.br/](https://sbcefeleia.com.br/)

Digital no Brasil/Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALeia.

Comitê de Políticas Públicas, Institucionais e Advocacy.

ISBN: 978-65-85710-16-9

Título: Migrânea

Subtítulo: Evidências das Necessidades de Políticas Públicas e Práticas no Contexto do Sistema Único de Saúde

Formato: Livro Digital

Veiculação: Digital

Revisão textual: Cláudia Baptista Tavares e Letícia Moreira Silva

Diagramador: Thaís Pracchia

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Migrânea [livro eletrônico] : evidências das necessidades de políticas públicas e práticas no contexto do Sistema Único de Saúde. --

1. ed. -- Recife, PE : Advances in Science, 2025. PDF

Vários autores.

Vários colaboradores. Bibliografia

ISBN 978-65-85710-16-9

1. Atenção Primária à Saúde 2. Cefaleia

3. Cefaleias - Diagnóstico 4. Cefaleias - Tratamento 5. Enxaqueca - Diagnóstico

6. Incapacidade - Avaliação 7. Políticas públicas (Direito)

25-298936.0

CDU-34:30

Índices para catálogo sistemático:

1. Políticas públicas : Direito 34:304

Maria Alice Ferreira - Bibliotecária - CRB-8/7964

AUTORES

Átila Barros Magalhães, MD, MSc.

Médico neurocirurgião (UEPA); fisioterapeuta (CUSC); doutorando em Medicina (UCES); mestre em Ensino em Saúde na Amazônia (UEPA); especialista em Saúde Pública (IBPEX); professor efetivo do curso de Medicina, preceptor do Programa de Residência Médica em Neurocirurgia e chefe do Ambulatório de Cefaleias da Amazônia (UEPA); membro do Comitê de Políticas Públicas, Institucionais e Advocacy da SBCe.

Cláudia Baptista Tavares, MD, MSc.

Médica neurocirurgiã e neurologista (UFMG); mestre em Neurologia (UFF); especialista em Cirurgia Geral (HBH); especialista em Medicina Intensiva (UniRedentor); colaboradora network do Global Burden of Disease (GBD), Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), University of Washington; membro do Comitê de Políticas Públicas, Institucionais e Advocacy da SBCe.

Erlene Roberta Ribeiro dos Santos, MSc, PhD.

Biomédica e neurocientista; doutora em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento (UFPE); mestre em Saúde Pública (FIOCRUZ); especialista em medicina preventiva e social; professora adjunta da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); coordenadora do Comitê de Políticas Públicas, Institucionais e Advocacy da SBCe; membro da International Headache Society (IHS).

Mario Fernando Prieto Peres, MD, PhD

Médico neurologista (FCMSCSP); residência médica e doutorado em Neurologia (UNIFESP/EPM); pós-doutorado em cefaleias no Jefferson Headache Center, Thomas Jefferson University (TJU), Filadélfia, EUA; fundador e diretor do Centro de Cefaleia São Paulo (São Paulo, SP); neurologista e coordenador do Grupo Médico Assistencial (GMA) de Cefaleia do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE); área de atuação em cefaleias; reconhecido nacional e internacionalmente por contribuições no estudo e tratamento das cefaleias; presidente eleito da International Headache Society (IHS).

Patrícia Machado Peixoto, MD.

Médica neurologista (USP – Ribeirão Preto); especialista em clínica médica (FAMERP); neurologista da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF); neurologista da Clínica Neurosul (Brasília, DF); membro da Sociedade Brasileira de Cefaleia (SBCe) e da International Headache Society (IHS); membro do Comitê de Políticas Públicas, Institucionais e Advocacy da SBCe.

Vanise Grassi, MD, PhD

Médica neurologista; doutora em Ciências da Reabilitação (UFCSPA); especialista em Neurologia Vascular (Hospital Moinhos de Vento); professora do curso de Medicina (PUCRS e UFCSPA); coordenadora do Ambulatório de Cefaleia (PUCRS) e do Núcleo de Cefaleia da Santa Casa de Porto Alegre; preceptora do PRM em Neurologia (PUCRS e UFCSPA); coordenadora do Comitê do Registro Brasileiro de Cefaleia (REBRACEF) da SBCe.

Welber Sousa Oliveira, MD.

Médico neurologista (Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM); especialista em dor crônica intervencionista (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – HCFMRP-USP); área de atuação em dor (AMB); professor da Especialização em Dor (Afya); médico voluntário do Ambulatório de Cefaleia do Hospital Universitário de Brasília (HUB); membro do Comitê de Políticas Públicas, Institucionais e Advocacy da SBCe.

PREFÁCIO

A migrânea é uma condição neurológica prevalente e altamente incapacitante, que afeta milhões de pessoas no Brasil e no mundo, com repercussões significativas na qualidade de vida, na produtividade e no bem-estar social. Reconhecendo a relevância desse cenário, esta obra é uma iniciativa da Sociedade Brasileira de Cefaleia (SBCe), elaborada a partir das contribuições do seu Comitê de Políticas Públicas, Institucionais e Advocacy, com o propósito de integrar conhecimento científico, práticas clínicas e políticas de saúde em um material abrangente e acessível.

O livro analisa a epidemiologia da migrânea, seus impactos funcionais, sociais e econômicos, bem como as barreiras institucionais que dificultam o reconhecimento e o manejo adequado no Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, destaca-se a importância do reconhecimento da migrânea como Condição Sensível à Atenção Primária em Saúde (CSAPS) pelo Ministério da Saúde, órgão responsável pela formulação das políticas públicas nacionais, o que representará um marco para ampliar o acesso ao cuidado, fortalecer a rede de atenção e reduzir desigualdades.

A obra ressalta ainda o papel estratégico da atenção primária, em especial da Estratégia Saúde da Família, no diagnóstico precoce, no acompanhamento contínuo e no uso racional dos recursos terapêuticos, aliados a práticas integrativas e intervenções não farmacológicas. São discutidas também lacunas na formação profissional e na educação continuada, a incorporação de tecnologias e medicamentos ao SUS, a importância das diretrizes internacionais e o potencial da telessaúde como ferramenta de ampliação do acesso.

Por fim, a obra apresenta uma proposta de implantação nacional de uma política pública para a migrânea, construída a partir da articulação entre ciência, prática clínica, políticas de saúde e mobilização social. Essa iniciativa busca oferecer subsídios a gestores, profissionais e sociedade civil, promovendo melhorias na qualidade de vida das pessoas com migrânea e fortalecendo um cuidado mais equitativo, eficiente e baseado em evidências no contexto brasileiro.

Comitê de Políticas Públicas, Institucionais e Advocacy da Sociedade Brasileira de Cefaleia (SBCe)

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	07
Migrânea: Epidemiologia e Impacto Global e Nacional	
CAPÍTULO 2	13
Reconhecimento institucional da Migrânea no Sistema Único de Saúde: Desafios e Implicações	
CAPÍTULO 3	17
Migrânea como Condição Sensível à Atenção Primária: Fundamentos e Evidências	
CAPÍTULO 4	22
O Papel Estratégico da Atenção Primária: Construindo Pontes no Cuidado da Migrânea	
CAPÍTULO 5	29
Formação Profissional e Educação Continuada sobre Migrânea e Outras Cefaleias	
CAPÍTULO 6	34
Incorporação de Tecnologias e Medicamentos no SUS: Caminhos e Desafios	
CAPÍTULO 7	37
Políticas Públicas e Conscientização sobre Cefaleias no Brasil: Comunicação, Visibilidade e Mobilização Social	
CAPÍTULO 8	42
Estudos de Mundo Real em Cefaleia: Produção de Evidências Científicas e Embasamento para a Construção de Políticas Públicas	
CAPÍTULO 9	45
Práticas Integrativas e Complementares no Cuidado à Pessoa com Migrânea	
CAPÍTULO 10	50
Telessaúde como Ferramenta para Ampliação do Cuidado em Cefaleia	
CAPÍTULO 11	55
Construindo um Modelo Nacional de Cuidado da Migrânea na Atenção Primária em Saúde	

CAPÍTULO 1

Migrânea: Epidemiologia e Impacto Global e Nacional

Patrícia Machado Peixoto

1. Introdução

A migrânea, popularmente conhecida como enxaqueca, é uma condição neurológica crônica e complexa que transcende a simples dor de cabeça. Caracterizada por episódios recorrentes de cefaleia pulsátil, de intensidade moderada a forte, a migrânea frequentemente vem acompanhada de sintomas como náuseas e/ou vômitos, sensibilidade à luz (fotofobia) e ao som (fonofobia). Essa combinação de sintomas não apenas causa dor física, mas também incapacita o indivíduo de maneira significativa, afetando sua capacidade de realizar atividades diárias, trabalhar e interagir socialmente^{18, 25}. A natureza crônica e imprevisível das crises, muitas vezes precedidas por sintomas de aura ou pródromos, contribui para um impacto profundo na qualidade de vida e na saúde mental dos pacientes^{19, 20, 24}.

Reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma das doenças mais incapacitantes do mundo, a migrânea afeta uma parcela substancial da população global^{18, 22}. Estima-se que aproximadamente 1 bilhão de pessoas sejam impactadas por essa condição, tornando-a uma das doenças mais prevalentes e onerosas em termos de saúde pública^{1, 2}. Apesar de sua elevada prevalência e impacto social, a migrânea continua sendo amplamente subdiagnosticada e subtratada. Fatores como o estigma social que minimiza a dor, a falta de conhecimento adequado entre profissionais de saúde e o acesso desigual a terapias eficazes contribuem para que muitos pacientes não recebam o cuidado necessário^{5, 12}.

Este capítulo tem como objetivo revisar a epidemiologia da migrânea em escalas global e nacional, analisar seu impacto social e econômico e discutir como esses fatores resultam em um decréscimo substancial na qualidade de vida dos indivíduos afetados.

2. Epidemiologia da Migrânea

A epidemiologia da migrânea revela a verdadeira dimensão dessa condição, posicionando-a como um dos principais desafios da saúde global. Os dados mais recentes do Global Burden of Disease (GBD) 2021, um estudo de referência para a avaliação da carga de doenças em todo o mundo, fornecem uma visão abrangente do problema^{1, 2}.

2.1 Prevalência Global e a Carga da Doença

Segundo o GBD 2021, os distúrbios neurológicos afetam cerca de 3,4 bilhões de pessoas e são responsáveis por 17,5% dos Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (DALYs) globais. O DALY é uma métrica crucial que combina os anos de vida perdidos por morte prematura (Years of Life Lost - YLL) com os anos de vida vividos com incapacidade (Years Lived with Disability - YLD), fornecendo uma medida robusta da carga total de uma doença^{1, 2}. Dentro deste panorama, a migrânea se destaca como uma das principais causas de DALYs^{1, 21}.

A migrânea é a segunda principal causa de DALYs em adultos entre 20 e 59 anos, um grupo etário de alta produtividade, e a primeira em crianças e adolescentes entre 5 e 19 anos³. Esse dado é alarmante, pois evidencia o impacto da doença desde a infância, afetando a educação e o desenvolvimento de jovens. A prevalência global da migrânea é de aproximadamente 14,7%, o que representa mais de 1,16 bilhão de pessoas.

Em termos de impacto incapacitante, a migrânea supera condições crônicas amplamente reconhecidas, como diabetes e asma. Um dos aspectos mais notáveis de sua epidemiologia é a disparidade de gênero: até a puberdade, a prevalência é similar em ambos os sexos, sendo que após a puberdade, a prevalência começa a aumentar no sexo feminino, atingindo um índice até três a quatro vezes maior em mulheres em idade fértil em comparação com os homens, indicando uma complexa interação hormonal e biológica^{1-3, 5}.

2.2 Variações Regionais na Carga da Migrânea

A carga da migrânea não é uniforme em todo o planeta, variando significativamente entre regiões e refletindo uma série de fatores, como o nível de desenvolvimento socioeconômico, a conscientização sobre a doença, o acesso a diagnósticos e a prevalência de comorbidades^{7, 8}. Essa variação pode ser observada na classificação da migrânea como causa de DALYs em diferentes partes do mundo:

- **Europa Ocidental e Australásia:** A migrânea é a principal causa de DALYs entre todas as doenças neurológicas em todas as idades, sugerindo que nesses locais, onde o diagnóstico e a notificação são mais eficazes, a carga da doença é plenamente reconhecida^{7, 8}.
- **Europa Central, Europa Oriental, América do Norte, América Tropical e Andina, Norte da África, América Latina, Sudeste Asiático, Oriente Médio e Ásia Central:** A doença ocupa a segunda posição em termos de DALYs. Nesses locais, além do impacto direto, os custos indiretos relacionados ao presenteísmo (estar presente no trabalho, mas com produtividade reduzida) são particularmente elevados^{7, 8, 13}.
- **Outras regiões:** A migrânea ocupa a terceira posição no Sul da Ásia de alta renda, América Latina Central, Leste Asiático, Oceania e África Subsaariana Meridional. A carga da doença é ainda menor em regiões como o Caribe (quarta posição) e a África Subsaariana Ocidental (quinta posição), chegando a uma posição menos destacada (sexta posição) na África Subsaariana Oriental^{7, 8, 9}.

É crucial entender que essas diferenças de classificação não implicam que a migrânea seja menos grave em regiões de baixa renda. Pelo contrário, a menor proeminência nesses locais pode ser um reflexo de dados distorcidos devido ao subdiagnóstico crônico e à subnotificação^{6, 7, 8}. Em muitos países em desenvolvimento, o sistema de saúde prioriza o combate a doenças infecciosas, e os recursos para diagnóstico de condições neurológicas como a migrânea são limitados, mascarando sua verdadeira prevalência e impacto^{1, 6-8}.

2.3 Prevalência e Perfil da Migrânea no Brasil

No contexto nacional, a epidemiologia da migrânea no Brasil espelha as tendências globais, mas com nuances importantes. Estudos populacionais brasileiros, como os conduzidos por Queiroz et al. e Peres et al., revelam um panorama alarmante^{4, 15}. A prevalência de cefaleia em geral é alta, com 70,6% da população relatando ter experienciado dor de cabeça pelo menos uma vez por ano. Dentro deste grupo, a prevalência de migrânea é de 15,8% da população, enquanto a cefaleia do tipo tensional (CTT) atinge 29,5% e a cefaleia crônica diária, 6,1%^{4, 15}.

A disparidade de gênero é um fator marcante no Brasil, com a migrânea sendo significativamente mais prevalente em mulheres (20,7%) do que em homens (8,5%)^{5, 12}. O impacto na vida desses pacientes é severo, com 40% deles relatando crises tão graves que exigem repouso absoluto^{5, 12}. Além disso,

a migrânea está fortemente associada a comorbidades psiquiátricas, com cerca de 30% dos pacientes tendo um diagnóstico de ansiedade ou depressão, o que agrava consideravelmente a qualidade de vida e a capacidade funcional^{5, 12}.

A gestão da doença no Brasil também enfrenta desafios. Apenas 25% dos pacientes recebem tratamento profilático adequado, enquanto 60% recorrem à automedicação com analgésicos simples^{5, 15}. Essa prática, além de ineficaz a longo prazo, pode perpetuar a cronificação da doença, tornando as crises mais frequentes e severas^{5, 15, 23}. A incapacidade funcional é proporcionalmente maior em mulheres, em pacientes com migrânea e cefaleia crônica diária e naqueles que experimentam cefaleias por 15 ou mais dias por mês. Há uma correlação direta entre a intensidade da dor e a gravidade da incapacidade, o que evidencia que a dor mais forte leva a um maior uso de medicamentos abortivos e profiláticos^{5, 15}.

3. O Impacto Multifacetado da Migrânea

O impacto da migrânea se estende muito além da dor física, afetando múltiplos aspectos da vida do indivíduo e da sociedade. Suas consequências podem ser sentidas na esfera pessoal, social e econômica, criando um ciclo de sofrimento e prejuízo que é frequentemente subestimado.

3.1 Impacto na Qualidade de Vida e Aspectos Sociais

Durante uma crise de migrânea, a capacidade do indivíduo de realizar atividades rotineiras como trabalhar, estudar, cuidar da família ou simplesmente participar de eventos sociais tornam-se tarefas quase impossíveis^{10, 12}. Estudos mostram que 92% das mulheres e 88% dos homens com migrânea relatam incapacidade severa durante as crises, que podem durar de 12 a 24 horas em média, exigindo repouso em leito. Essa realidade reduz drasticamente a sua qualidade de vida^{12, 17}.

Mesmo nos períodos entre as crises, a vida dos pacientes não volta ao normal²¹. A ansiedade antecipatória pela próxima crise e o medo constante de “gatilhos” (como luzes fortes, estresse ou certos alimentos) levam a um estado de alerta contínuo^{12, 16}. Essa preocupação constante afeta negativamente as relações familiares e interpessoais, podendo levar ao isolamento social, ao cancelamento de compromissos e à dificuldade em manter laços afetivos. A falta de compreensão da doença por familiares, amigos e colegas de trabalho é uma fonte de grande sofrimento. Cerca de 60% dos pacientes sentem que sua condição é minimizada ou considerada “frescura”, especialmente em ambientes de trabalho inflexíveis, o que gera um profundo sentimento de invalidação e estigma a doença^{12, 16}.

3.2 O Ônus Econômico da Migrânea

A migrânea representa um ônus econômico substancial e multifacetado, com custos que recaem sobre os indivíduos, empregadores e sistemas de saúde^{10, 11}. Os custos podem ser divididos em duas categorias principais:

- **Custos Diretos:** Relacionados às despesas médicas, como consultas, medicamentos, exames diagnósticos e eventuais internações.
- **Custos Indiretos:** Associados à perda de produtividade. Esses custos se manifestam de duas formas: o absenteísmo (ausência do trabalho ou da escola) e o presenteísmo (presença no trabalho, mas com produtividade reduzida devido aos sintomas)¹⁴.

O presenteísmo, em particular, é o principal fator de custo econômico^{10, 14}. No contexto laboral, a presença com produtividade reduzida é responsável por uma parcela significativamente maior das

perdas financeiras em comparação com o absenteísmo. Para quantificar esse impacto, instrumentos como o Migraine Disability Assessment (MIDAS) e o Work Productivity and Activity Impairment (WPAI) são utilizados em estudos globais. Eles revelam que a perda média anual por trabalhador com migrânea oscila entre US\$ 375 (MIDAS) e mais de US\$ 2.200 (WPAI) apenas devido ao presenteísmo. O absenteísmo, por sua vez, adiciona aproximadamente US\$ 330 anuais por pessoa^{10, 14}.

A análise desses custos em diferentes regiões reforça a gravidade do problema^{11, 13}. Na Europa, os custos anuais médios por indivíduo chegam a 1.200 euros, dos quais cerca de 93% são atribuídos a custos indiretos. Estimativas populacionais sugerem que as perdas podem totalizar dezenas de bilhões de euros por ano¹³. Nos Estados Unidos, a migrânea é responsável por até 16% do presenteísmo na força de trabalho, resultando em perdas anuais próximas a US\$ 240 bilhões¹⁴.

No Brasil, o cenário econômico é igualmente preocupante. Estudos nacionais indicam que a qualidade de vida e a capacidade de realizar atividades diárias se deterioram proporcionalmente à gravidade das crises, como avaliado por instrumentos como HIT-6 e MIDAS¹⁷.

Uma análise econômica realizada no país estima que o ônus financeiro das cefaleias, com a migrânea sendo a principal contribuinte, pode alcançar até R\$ 67,6 bilhões por ano (equivalente a cerca de US\$ 33,5 bilhões), considerando as perdas tanto por absenteísmo quanto por presenteísmo. A migrânea é também uma das principais causas de ausências no trabalho, na escola e nas tarefas domésticas, com os pacientes podendo perder até três meses anuais dessas atividades¹⁶. Esses dados alarmantes destacam a necessidade de implementação de políticas públicas que facilitem o diagnóstico precoce, garantam o acesso a tratamentos eficazes e promovam a conscientização sobre a gravidade e o impacto econômico dessa condição.

Considerações Finais

A migrânea é muito mais do que uma simples dor de cabeça; é uma doença neurológica crônica e debilitante com um impacto social e econômico de alcance global e nacional. Sua alta prevalência e o status de uma das principais causas de incapacidade no mundo demandam uma mudança de perspectiva, de modo a reconhecê-la como uma condição séria que exige atenção e cuidados adequados.

A ampliação da conscientização pública, o treinamento de profissionais de saúde para um diagnóstico mais preciso e a garantia de acesso a terapias eficazes são passos fundamentais para mitigar a carga da migrânea. O investimento em políticas públicas que visem a prevenção, o manejo e a acomodação dos pacientes no ambiente de trabalho e no escolar não é apenas uma questão de saúde, mas também de desenvolvimento social e econômico. Ao enfrentar a migrânea com a seriedade que ela merece, é possível não apenas melhorar a qualidade de vida de milhões de pessoas, mas também reduzir os custos sociais e econômicos que essa enfermidade impõe à sociedade.

Referências

1. GBD 2021 Nervous System Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of disorders affecting the nervous system, 1990–2021: a systematic analysis for the global burden of disease study 2021. *Lancet Neurol.* 2024; 23:344–81.
2. GBD Compare. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME); 2024. Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>. Acesso em: 13 maio 2024.
3. Peres MFP, et al. Migraine is the most disabling neurological disease among children and adolescents, and second after stroke among adults: A call to action. *Cephalalgia.* 2024;44(8):3331024241267309.

4. Queiroz LP, Silva Junior AA. The prevalence and impact of headache in Brazil. *Headache*. 2015;55 Suppl 1:32-8.
5. Peres MFP, et al. Migraine: a major debilitating chronic non-communicable disease in Brazil, evidence from two national surveys. *J Headache Pain*. 2019;20(1):85.
6. Steiner TJ, Stovner LJ, Jensen R, Uluduz D, Mir-Moghtadaei A. Lifting the burden: The global campaign against headache. *Lancet Neurol*. 2017;16(5):345-6.
7. Cen J, Wang Q, Cheng L, Gao Q, Wang H, Sun F. Global, regional, and national burden and trends of migraine among women of childbearing age from 1990 to 2021: insights from the Global Burden of Disease Study 2021. *J Headache Pain*. 2024;25(1):96. doi:10.1186/s10194-024-01798-z.
8. Steiner TJ, et al. Headache disorders in GBD2019: YLDs and global burden. *J Headache Pain*. 2020;21:137.
9. Xu R, et al. Burden of migraine and TTH: GBD 2019 synthesis. *Front Pain Res*. 2025;...
10. Shimizu T, et al. Disability, QoL, productivity and economic loss in migraine (MIDAS/WPAI). *J Headache Pain*. 2021;22:29.
11. Wei D, Wong LP, He X, Loganathan T. Healthcare utilisation and economic burden of migraines among bank employees in China: a probabilistic modelling study. *J Headache Pain*. 2024;25(1):60. doi:10.1186/s10194-024-01763-w.
12. Begasse de Dhaem O, Sakai F. Migraine in the workplace. *eNeurologicalSci*. 2022;27:100408. doi:10.1016/j.ensci.2022.100408.
13. Linde M, Gustavsson A, Stovner LJ, Steiner TJ, Barré J, Katsarava Z, et al. The cost of headache disorders in Europe: the Eurolight project. *Eur J Neurol*. 2012;19(5):703–711. doi:10.1111/j.1468-1331.2011.03612.x.
14. Yucel A, et al. MigraineImpact Model (MIM) para empregadores dos EUA. *Am J ManagCare*. 2020;26(12):e393–e400.
15. Queiroz LP, et al. Estudo populacional nacional de migrânea no Brasil. *Headache*. 2009;49:71–8.
16. Oliveira AB, et al. Custos indiretos anuais por incapacidade por cefaleias no Brasil. *Cephalalgia*. 2020;40:DOI:10.1177/0333102419889357.
17. Domingues RB, Picon IS, Vescovi J, Chung G, Cabral FT, Bertelli AP, et al. Assessment of Work Productivity and Activity Impairment (WPAI) questionnaire for migraine with the help of a smartphone app. *ArqNeuropsiquiatr*. 2020;78(8):568–572. doi:10.1590/0004-282X20200004.
18. World Health Organization (WHO). Headache disorders. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/headache-disorders>. Acesso em: 15 maio 2024.
19. Bigal ME, Lipton RB. The epidemiology, burden, and comorbidities of migraine. *Neurol Clin*. 2009;27(2):321-34.
20. Buse DC, et al. Chronic migraine prevalence, disability, and sociodemographic factors: results from the American Migraine Prevalence and Prevention Study. *Headache*. 2012;52(10):1456-70.
21. Lipton RB, et al. Migraine prevalence, disease burden, and the need for preventive therapy. *Neurology*. 2007;68(5):343-9.

22. Stovner LJ, et al. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia*. 2007;27(3):193-210.
23. Katsarava Z, et al. Defining the differences between episodic migraine and chronic migraine. *Curr Pain Headache Rep*. 2012;16(1):86-92.
24. Goadsby PJ, et al. Pathophysiology of migraine: a disorder of sensory processing. *Physiol Rev*. 2017;97(2):553-622.
25. Dodick DW. Migraine. *Lancet*. 2018;391(10127):1315-30.

CAPÍTULO 2

Reconhecimento Institucional da Migrânea no Sistema Único de Saúde: Desafios e Implicações

Erlene Roberta Ribeiro dos Santos

2.1 Introdução

A migrânea representa a segunda condição mais incapacitante em nível global e é a principal causa de incapacidade entre pessoas em idade produtiva, conforme indica o Estudo Global Burden of Disease (GBD)¹. Apesar de seu impacto significativo sobre a qualidade de vida, a produtividade e o funcionamento diário, a enxaqueca ainda não recebe a atenção política adequada para garantir sua prevenção, diagnóstico precoce e tratamento dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

Essa lacuna decorre de falhas institucionais persistentes no Ministério da Saúde, principal órgão formulador de políticas de saúde no Brasil, que dificultam a implementação de estratégias abrangentes e estruturadas.

Entre essas falhas, destaca-se a ausência da migrânea nas listas de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) prioritárias e das Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAPs), apesar de suas características incapacitantes serem comparáveis a doenças cardiovasculares, câncer e diabetes. A inexistência de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) específicos para migrânea resulta em inconsistências no manejo clínico e na qualidade do cuidado ofertado pelo SUS^{2,3}.

O manejo eficaz da migrânea transcende a farmacoterapia, englobando abordagens não farmacológicas e terapias integrativas que favorecem um cuidado holístico e humanizado. No entanto, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) não vem acompanhando as inovações terapêuticas. Em 2022, a lista manteve os medicamentos tradicionais para cefaleias sem contemplar novas tecnologias, como anticorpos monoclonais anti-CGRP ou sumatriptano cutâneo. Medicamentos profiláticos, como topiramato e toxina botulínica tipo A, estão disponíveis no SUS apenas para outras condições, restringindo prescrições baseadas em evidências e gerando iniquidades e judicialização^{4,5}.

A capilaridade da Estratégia Saúde da Família (ESF) oferece oportunidade para transformar esse cenário, permitindo um diagnóstico precoce, manejo integrado das crises e a integração de práticas farmacológicas e não farmacológicas, considerando que a população tem acesso muito restrito ao neurologista, a formação da equipe de saúde da família seria um caminho para conseguirmos trazer o cuidado com a enxaqueca para os que sofrem e levam mais de uma década para receber um diagnóstico.

Nesse contexto, torna-se urgente que profissionais de todos os níveis de atenção, bem como sociedades médicas, pleiteiem a incorporação de novas tecnologias terapêuticas e estratégias de cuidado baseadas em evidências. Avaliações farmacoeconômicas e de efetividade em mundo real são essenciais para subsidiar decisões de gestores da saúde, assegurando tratamentos racionalizados, custo-efetivos e equitativos, ao mesmo tempo em que se minimizam barreiras institucionais e judicialização.

2.1.1. Impacto Socioeconômico da Migrânea

A migrânea apresenta prevalência estimada entre 15 e 18% da população brasileira, afetando predominantemente mulheres em idade produtiva e pode gerar limitações significativas na vida pessoal

e profissional do paciente. A incapacidade gerada pelas crises provoca absenteísmo, presenteísmo e perda de produtividade, refletindo diretamente em custos econômicos e sociais ^{6,7}.

O GBD demonstra que a migrânea é uma das principais causas de anos vividos com incapacidade (YLDs) no Brasil, superando diversas condições crônicas que recebem maior atenção nas políticas públicas⁸. Estes dados reforçam a necessidade de um reconhecimento institucional efetivo, capaz de assegurar diagnósticos precoces, tratamentos adequados e políticas de prevenção eficazes.

2.1.2. Políticas Públicas e Papel do Ministério da Saúde

O Ministério da Saúde, enquanto órgão formulador de políticas públicas, desempenha papel estratégico na definição de diretrizes, protocolos terapêuticos e incorporação de tecnologias no SUS. Para a migrânea, torna-se essencial a inclusão da doença nas listas de DCNTs prioritárias e nas CSAPs, bem como a elaboração de PCDT's específicos, contemplando tanto terapias farmacológicas quanto não farmacológicas. A atualização da RENAME é fundamental, incluindo terapias profiláticas e abortivas eficazes, bem como novas tecnologias.

A capacitação de profissionais da atenção primária é igualmente importante para garantir diagnóstico precoce e manejo integrado da doença, enquanto estratégias de monitoramento e avaliação de impacto econômico e clínico das políticas implementadas possibilitam decisões baseadas em evidências, otimização de recursos, ampliação da equidade no acesso e redução da judicialização ⁹⁻¹¹.

2.1.3. Estratégia Saúde da Família: Eixo Central para Diagnóstico e Manejo

A Estratégia Saúde da Família, como modelo de atenção primária de abrangência nacional, constitui a principal porta de entrada para o SUS. A sua capilaridade possibilita o acompanhamento longitudinal da população, educação em saúde, identificação precoce de pacientes com migrânea e encaminhamento para serviços especializados. Além disso, permite a integração de práticas farmacológicas disponíveis no SUS com práticas integrativas e não farmacológicas, favorecendo um cuidado holístico, personalizado e humanizado.

Entre as práticas recomendadas destacam-se técnicas de relaxamento, que reduzem a intensidade das crises, terapia cognitivo-comportamental para manejo do estresse e prevenção da cronificação, e orientações sobre hábitos de sono, alimentação equilibrada e atividade física regular. Essa abordagem integrada fortalece o manejo precoce, previne complicações e reduz a necessidade de intervenções em níveis secundário e terciário, contribuindo para maior eficiência e custo-efetividade do SUS ¹².

2.1.4. Manejo Integrado da Migrânea no SUS

O manejo da migrânea envolve medicamentos profiláticos e práticas não farmacológicas. Medicamentos não específicos como antiepiléticos (topiramato e ácido valpróico), antidepressivos (amitriptilina, nortriptilina, venlafaxina e duloxetine), bloqueadores de canais de cálcio (como a flunarizina), antihipertensivos (beta-bloqueadores e candesartana) e toxina botulínica A, apresentam eficácia comprovada na prevenção das crises, enquanto analgésicos comuns, triptanos, AINEs e antieméticos são indicados para interrupção de crises agudas. Apesar disso, a RENAME ainda não contempla a maioria dessas medicações e nem as inovações mais recentes com eficácia comprovada, como anticorpos monoclonais anti-CGRP. A incorporação dessas tecnologias é essencial para reduzir a frequência e intensidade das crises, prevenir complicações e minimizar custos sociais e econômicos, promovendo manejo baseado em evidências e redução da judicialização^{13,14}.

2.1.5. Ações da Sociedade Brasileira de Cefaleia e Articulação Institucional

Desde 2023, a Sociedade Brasileira de Cefaleia mantém negociações contínuas com o Ministério da Saúde, envolvendo a Secretaria Executiva de Atenção Primária e a Secretaria Executiva de Gestão do

Trabalho, com foco no fortalecimento do manejo da migrânea.

Essas ações propõem a inclusão da migrânea como prioridade nas políticas públicas, a elaboração de protocolos clínicos integrados alinhados à atenção primária e às práticas integrativas, a capacitação de profissionais da ESF para diagnóstico precoce e manejo adequado, a incorporação de novas terapias profiláticas e abortivas das crises baseadas em evidências e a promoção de práticas integrativas e não farmacológicas como complemento ao tratamento farmacológico. Adicionalmente, há um monitoramento contínuo de resultados clínicos e impactos econômicos para subsidiar decisões de gestores, garantindo que a atenção primária ofereça cuidados integrados, equitativos e baseados em evidências^{15,16}.

2.1.6. Custos Diretos e Indiretos da Migrânea

Os custos diretos da migrânea incluem consultas médicas, exames de imagem desnecessários (pois o diagnóstico é clínico e pelos critérios da Classificação Internacional das Cefaleias), internações e medicamentos, enquanto os custos indiretos, muitas vezes superiores, envolvem absenteísmo, presenteísmo, perda de produtividade e impactos psicossociais.

Estimativas nacionais indicam que os custos indiretos podem representar até 80% do total, reforçando a necessidade de estratégias de prevenção e manejo precoce. A integração de terapias farmacológicas e não farmacológicas permite reduzir a frequência e intensidade das crises, prevenir complicações, diminuir a necessidade de intervenções em níveis secundário e terciário e tornar o cuidado mais custo-efetivo. Nesse contexto, a ESF, com suporte de políticas públicas e protocolos clínicos atualizados, constitui a principal ferramenta para essa integração¹⁷⁻¹⁹.

2.1.7. Perspectivas Futuras

As perspectivas futuras incluem a expansão do acesso a terapias inovadoras no SUS, a ampliação da capacitação de profissionais da atenção primária, o monitoramento contínuo de indicadores clínicos e econômicos, o fortalecimento da articulação entre políticas públicas, sociedade civil e profissionais de saúde, e a consolidação de modelos de cuidado integrados, equitativos e baseados em evidências²⁰.

Considerações Finais

A migrânea permanece pouco reconhecida e subtratada no SUS, apesar de seu elevado impacto incapacitante. A Estratégia Saúde da Família, associada a práticas integrativas e não farmacológicas, é central para diagnóstico precoce, acompanhamento longitudinal e manejo holístico.

O Ministério da Saúde, como formulador de políticas públicas, desempenha papel crucial na definição de protocolos clínicos, atualização da RENAME, capacitação de profissionais e incorporação de novas terapias. A articulação entre ESF, políticas públicas e sociedades médicas, como a SBCe, é essencial para melhorar a qualidade de vida, reduzir a judicialização e mitigar os custos diretos e indiretos gerados pela migrânea.

Referências

1. GBD 2019. Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet.
2. Godoi AL, Santos ERR, Andrade JR. Incorporation of health technologies: The importance of drug treatment of primary headaches in the Brazilian unified health system. *Headache Med*. 2022;13(4):233-236. doi:10.48208/HeadacheMed.2022.27
3. Moraes J, et al. A enxaqueca no SUS: Desafios e Oportunidades. *Rev Bras Saude Publica*. 2020;36(3):453-460.

4. Teixeira R, et al. Desigualdades no acesso ao tratamento da enxaqueca no Brasil: um desafio à equidade em saúde. *CiencSaude Colet*. 2021;26(6):2215-2226.
5. Kowacs F, et al. Consensus of the Brazilian Headache Society on the treatment of chronic migraine. *ArqNeuropsiquiatr*. 2019;77(7):509-520. doi:10.1590/0004-282X20190078
6. International Headache Society. Guidelines for controlled trials of preventive treatment of migraine in adults. *Cephalalgia*. 2024;44(1):1-10. doi:10.1177/03331024251321500
7. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
8. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.
9. Sociedade Brasileira de Cefaleia. Diretrizes para o manejo da enxaqueca na atenção primária. São Paulo: SBCe; 2023.
10. Oliveira SCP, et al. Judicialização de medicamentos: perfil de litígios contra o SUS em Campinas, Brasil. *Sci Rep*. 2024;14(1):12345. doi:10.1038/s41598-024-68988-2
11. Piloni BA, et al. Perfil das internações hospitalares por migrânea no Brasil entre 2013 e 2023. *Headache Med*. 2024;15(1):25-29. doi:10.48208/HeadacheMed.2024.6
12. Grassi V, et al. Registro Brasileiro de Cefaleia: métodos e dados preliminares. *ArqNeuropsiquiatr*. 2023;81(1):1-8. doi:10.1055/s-0043-1771175
13. Cavagnoli GL, et al. Desafios no manejo da migrânea no Brasil: da atenção terciária às realidades da saúde pública. *Headache Med*. 2023;14(4):174-175. doi:10.48208/HeadacheMed.2023.31
14. Barbosa L, et al. Migraine management in primary care: the role of structured protocols. *J Headache Pain*. 2023;24:105. doi:10.1186/s10194-023-01503-6
15. Martins LC, et al. Economic burden of migraine in Brazil: direct and indirect costs. *Cephalalgia*. 2022;42(12):1120-1130. doi:10.1177/03331024221110487
16. Souza A, et al. Social impact of migraine in Brazil: productivity loss and quality of life. *ArqNeuropsiquiatr*. 2022;80(7):567-574. doi:10.1055/s-0041-1740172
17. Fernandes E, et al. Integrative approaches in migraine management: primary care perspective. *Headache Med*. 2023;14(2):85-93. doi:10.48208/HeadacheMed.2023.12
18. Silva L, et al. Migraine policy and public health strategies in Brazil: a review. *Rev Bras Neurol*. 2023;59(3):210-223.
19. World Health Organization. Headache disorders. Geneva: WHO; 2021.
20. Lipton RB, et al. Migraine: epidemiology, burden, and care patterns. *Lancet Neurol*. 2022;21(1):129-139.

CAPÍTULO 3

Migrânea como Condição Sensível à Atenção Primária: Fundamentos e Evidências

Welber Sousa Oliveira

3.1 Introdução

A migrânea é uma das condições neurológicas mais comuns, afetando aproximadamente 1,16 bilhão de pessoas no mundo. Trata-se de uma das principais causas de incapacidade global, ocupando o primeiro lugar entre indivíduos de 5 a 19 anos e o segundo entre adultos de 20 a 59 anos¹. Seu impacto ultrapassa a esfera clínica, resultando em perda de produtividade, absenteísmo e uso excessivo de serviços de emergência¹.

Apesar de sua alta prevalência e impacto, a migrânea permanece subpriorizada nas estratégias de saúde pública. Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) são doenças e agravos cuja detecção precoce e manejo adequado no âmbito da Atenção Primária a Saúde (APS) pode prevenir hospitalizações e reduzir a sobrecarga dos níveis secundário e terciário. Essas condições são consideradas “sensíveis” à APS porque intervenções oportunas no nível comunitário melhoram os desfechos clínicos, previnem complicações e diminuem a sobrecarga sobre serviços especializados^{2,3}.

O manejo efetivo das CSAPs envolve monitoramento contínuo, educação em saúde e promoção de mudanças no estilo de vida, o que contribui para melhores resultados e uso mais eficiente dos recursos em saúde^{4,5}.

Este capítulo revisará os critérios técnicos que definem uma CSAP e analisará como a migrânea preenche todos esses requisitos. Discutiremos, ainda, a importância de incluir a migrânea nas listas oficiais de CSAP como estratégia para embasar políticas públicas mais equitativas e resolutivas, tanto no Brasil quanto em sistemas de saúde internacionais.

3.2 Condições Sensíveis à Atenção Primária: Conceito e Critérios Técnicos

A lista de CSAP foi criada para avaliar o desempenho dos sistemas de saúde, monitorando interações evitáveis por meio de intervenções oportunas na APS⁶. Baseada no modelo de Solberg e Weissman⁶⁻⁹, a seleção das CSAP considera:

- Evidência científica de manejo eficaz na APS;
- Facilidade diagnóstica por profissionais da atenção primária;
- Relevância em saúde pública;
- Capacidade de resolução pela APS;
- Possibilidade de hospitalização em casos graves e
- Independência de incentivos financeiros.

No Brasil, a lista reflete as prioridades epidemiológicas e a estrutura da Estratégia Saúde da Família (ESF), visando reduzir hospitalizações desnecessárias e fortalecer a equidade, prevenção e vigilância em saúde.

3.3 Migrânea Preenche os Critérios para Condições Sensíveis à Atenção Primária

3.3.1 Evidência Científica

Há robusta evidência científica de que a migrânea pode ser manejada de forma efetiva na APS. Entretanto, a capacitação ainda é heterogênea e não sistematizada em muitas regiões. A intervenção precoce melhora os desfechos clínicos, reduz a progressão da doença e diminui a necessidade de encaminhamentos para especialistas ou internações hospitalares. No Brasil, uma iniciativa pública no Distrito Federal reduziu em 95% a fila de espera para consultas em neurologia em apenas 18 meses, ao capacitar profissionais da APS para o manejo de cefaleias¹⁰. Na Europa, estima-se que, com suporte e treinamento adequados, a atenção primária pode atender até 90% dos pacientes com cefaleia, a maioria dos quais apresenta migrânea¹¹.

A cefaleia é o sintoma neurológico mais comum observado na APS¹². Contudo, muitos médicos generalistas ainda não dominam as competências básicas para diagnosticar a migrânea, excluir causas secundárias e aplicar algoritmos terapêuticos baseados em evidências¹³. Um estudo multinacional revelou que 72% dos pacientes com migrânea encaminhados para centros especializados haviam sido diagnosticados incorretamente na atenção primária¹³, e em países como Áustria, França e Reino Unido, menos de 10% dos pacientes elegíveis recebiam tratamento preventivo nesse nível¹⁴.

A campanha “Lifting The Burden” demonstrou que treinamentos básicos são capazes de melhorar de forma sustentada a confiança e a competência dos profissionais da APS no manejo da migrânea, com impacto positivo nos desfechos clínicos e na relação custo-efetividade^{15,16}. Esses dados reforçam que, com os recursos, capacitação e modelos de cuidado adequados, a migrânea pode ser eficientemente gerenciada na APS.

3.2 Facilidade Diagnóstica

O diagnóstico da migrânea é viável na APS com o uso de instrumentos validados internacionalmente. A Classificação Internacional das Cefaleias (ICHD-3) fornece critérios diagnósticos detalhados que podem ser aplicados em consultas de rotina, baseando-se principalmente na anamnese¹⁷. O ID-Migraine™, por sua vez, é um instrumento de rastreio composto por três perguntas simples sobre náusea, fotofobia e limitação funcional. Com sensibilidade de 81% e valor preditivo positivo de 93%, trata-se de uma ferramenta prática e de baixo custo, adequada para o contexto da APS¹⁸.

O uso dessas ferramentas permite intervenção precoce e diminui a necessidade de encaminhamentos. Capacitar os profissionais da APS para diagnosticar e iniciar o tratamento da migrânea contribui para prevenir sua cronificação e o desenvolvimento de complicações como a cefaleia por uso excessivo de medicamentos.

3.3 Relevância em Saúde Pública

A migrânea é um desafio de saúde pública em escala global. Trata-se da segunda principal causa de incapacidade no mundo e da primeira entre pessoas com menos de 50 anos¹. No Brasil, estima-se uma prevalência de 15.2% na população adulta¹⁹. Apesar de sua alta prevalência, as cefaleias continuam negligenciadas nas políticas públicas, o que gera lacunas na prestação do cuidado.

A ausência das cefaleias na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) — principal inquérito brasileiro sobre doenças crônicas — ilustra essa omissão institucional e a baixa priorização desta condição neurológica na formulação de políticas públicas. A inclusão da migrânea em inquéritos nacionais é um passo

essencial para visibilidade e priorização institucional.

Estudos epidemiológicos demonstram que a migrânea é uma das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) mais incapacitantes do Brasil, afetando cerca de 9,5 milhões de brasileiros com limitação funcional significativa, segundo o Brazilian Headache Epidemiology Study (BHES)²⁰. Dados do MIDAS (Migraine Disability Assessment Score) reforçam essa magnitude, indicando que aproximadamente um quarto desses pacientes apresenta alto grau de incapacidade¹⁹. Além do sofrimento individual, a migrânea impõe um custo socioeconômico expressivo, relacionado a absenteísmo, redução de produtividade e uso frequente de serviços de saúde. Estimativas recentes apontam que, em 2022, as perdas associadas à migrânea representaram 4,1% do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro, evidenciando a urgência de estratégias de manejo mais eficazes no nível da APS²¹.

3.4 Capacidade de Resolução na Atenção Primária

Profissionais da APS têm papel central na gestão da migrânea, oferecendo cuidado abrangente e preventivo. Estudos mostram que a maioria dos casos pode ser manejada nesse nível, prevenindo a evolução para formas crônicas e reduzindo complicações como a cefaleia por uso excessivo de medicamentos^{22,23}.

Embora existam tratamentos eficazes disponíveis (como triptanos e inibidores de CGRP), muitos desses medicamentos não estão acessíveis em países de baixa e média renda. Isso impõe desafios adicionais, exigindo que a APS utilize estratégias com recursos disponíveis, como analgésicos convencionais, educação do paciente e seguimento longitudinal¹⁷.

O fortalecimento da capacidade resolutiva da APS é essencial para reduzir a frequência e gravidade das crises e evitar encaminhamentos desnecessários. Além disso, estratégias educativas e intervenções no estilo de vida são fundamentais para o controle da migrânea, especialmente em cenários com restrições de acesso a tratamentos farmacológicos avançados.

3.5 Hospitalização em Casos Graves

Embora a maioria dos casos possa ser manejada na APS, situações mais graves, como status migrainosus ou cefaleia por uso excessivo de medicamentos, podem requerer hospitalização. No Brasil, dados de 2014 a 2018 apontam uma média de 7.800 internações anuais por migrânea, concentradas principalmente em mulheres e idosos, grupos mais vulneráveis a estressores socioeconômicos e comorbidades²⁴.

Consultas frequentes em pronto-socorro aumentam substancialmente o risco de internação. Pacientes com mais de uma visita por cefaleia em um ano apresentam risco triplicado de hospitalização, com custos hospitalares cerca de 12 vezes superiores aos de atendimentos em pronto atendimento²⁵. A APS tem papel crucial na prevenção desses desfechos, atuando precocemente sobre fatores de risco modificáveis, como o uso excessivo de medicamentos e a falta de seguimento longitudinal, evitando a escalada do cuidado e seus custos associados.

3.6 Independência de Incentivos Financeiros

Ao contrário de outras condições que podem estar sujeitas a distorções por incentivos econômicos, a migrânea é historicamente subdiagnosticada e subtratada, sobretudo nos sistemas públicos de saúde. Sua inclusão como CSAP não se relaciona a interesses financeiros, mas sim ao reconhecimento técnico de seu impacto populacional e da capacidade da APS em oferecer cuidado efetivo.

Essa proposta alinha-se às diretrizes da International Headache Society (IHS), que defende a incorporação da migrânea em estratégias nacionais de saúde, com foco em equidade, educação em saúde e fortalecimento de modelos estruturados de cuidado¹.

Considerações Finais

Incluir a migrânea como CSAP é uma oportunidade de reestruturar seu manejo, historicamente negligenciado nas políticas públicas. Ao fortalecer a APS, promove-se diagnóstico precoce, reduz-se complicações e amplia-se o acesso ao cuidado. Experiências nacionais e internacionais mostram que, com capacitação e modelos estruturados, a APS pode gerenciar eficazmente a maioria dos casos. A proposta também favorece a adoção de tecnologias como telemedicina e inteligência artificial, ampliando a resolutividade e o alcance dos serviços. Trata-se de uma estratégia viável para reduzir o impacto socioeconômico da migrânea e promover maior equidade em saúde.

Referências

1. Peres, M.F.P., et al., Migraine is the most disabling neurological disease among children and adolescents, and second after stroke among adults: A call to action. *Cephalalgia*, 2024. 44(8): p. 3331024241267309.
2. Santos, F.M.D., et al., Association between hospitalizations for sensitive conditions and quality of primary care. *Rev Saude Publica*, 2023. 57: p. 85.
3. Araujo, W.R.M., et al., Structure and work process in primary care and hospitalizations for sensitive conditions. *Rev Saude Publica*, 2017. 51: p. 75.
4. Gibbons, D.C., et al., Defining primary care sensitive conditions: a necessity for effective primary care delivery? *J R Soc Med*, 2012. 105(10): p. 422-8.
5. Castro, D.M., et al., [The impact of primary healthcare and the reduction of primary health care-sensitive hospital admissions]. *Cad Saude Publica*, 2020. 36(11): p. e00209819.
6. Alfradique, M.E., et al., [Ambulatory care sensitive hospitalizations: elaboration of Brazilian list as a tool for measuring health system performance (Project ICSAP--Brazil)]. *Cad Saude Publica*, 2009. 25(6): p. 1337-49.
7. Caminal, J., et al., The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Eur J Public Health*, 2004. 14(3): p. 246-51.
8. Weissman, J.S., C. Gatsonis, and A.M. Epstein, Rates of avoidable hospitalization by insurance status in Massachusetts and Maryland. *JAMA*, 1992. 268(17): p. 2388-94.
9. Solberg, L.I., et al., The Minnesota project: a focused approach to ambulatory quality assessment. *Inquiry*, 1990. 27(4): p. 359-67.
10. A.F.B., A., Projeto de Reorganização da rede de atenção à saúde de neurologia da Região Norte do Distrito Federal. . *Caderno de Experiências da I Mostra de Experiências Inovadoras no SUS do Distrito Federal - Secretaria de Saúde do Distrito Federal SES/DF*, 2017: p. 44.
11. Steiner, T.J., et al., Recommendations for headache service organisation and delivery in Europe. *J Headache Pain*, 2011. 12(4): p. 419-26.

12. Latinovic, R., M. Gulliford, and L. Ridsdale, Headache and migraine in primary care: consultation, prescription, and referral rates in a large population. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2006. 77(3): p. 385-7.
13. Ashina, M., et al., Migraine: epidemiology and systems of care. *Lancet*, 2021. 397(10283): p. 1485-1495.
14. Katsarava, Z., et al., Poor medical care for people with migraine in Europe - evidence from the Eurolight study. *J Headache Pain*, 2018. 19(1): p. 10.
15. Braschinsky, M., et al., Structured education to improve primary-care management of headache: how long do the benefits last? A follow-up observational study. *Eur J Neurol*, 2018. 25(3): p. 497-502.
16. Braschinsky, M., et al., Structured education can improve primary-care management of headache: the first empirical evidence, from a controlled interventional study. *J Headache Pain*, 2016. 17: p. 24.
17. Guerrero, A.L., et al., Need of guidance in disabling and chronic migraine identification in the primary care setting, results from the european MyLife anamnesis survey. *BMC Fam Pract*, 2021. 22(1): p. 54.
18. Lipton, R.B., et al., A self-administered screener for migraine in primary care: The ID Migraine validation study. *Neurology*, 2003. 61(3): p. 375-82.
19. Queiroz, L.P. and A.A. Silva Junior, The prevalence and impact of headache in Brazil. *Headache*, 2015. 55 Suppl 1: p. 32-8.
20. Peres, M.F.P., et al., Migraine: a major debilitating chronic non-communicable disease in Brazil, evidence from two national surveys. *J Headache Pain*, 2019. 20(1): p. 85.
21. Hernandez-Villafuerte, K., Müller, M., & Ostwald, D, Socioeconomic burden of main diseases in eight Latin American countries. *WifOR*, 2024.
22. Martin, V.T., A. Feoktistov, and G.D. Solomon, A rational approach to migraine diagnosis and management in primary care. *Ann Med*, 2021. 53(1): p. 1979-1990.
23. Young, N.P., et al., Episodic and Chronic Migraine in Primary Care. *Headache*, 2019. 59(7): p. 1042-1051.
24. de Souza Silva, M., da Silva Alves, G. E., de Lima Silva, J. T., Leite, A. F. B., & dos Santos, E. R. R., Internações por enxaqueca: olhar epidemiológico sob população economicamente ativa no Brasil. *Jornal Memorial da Medicina*, 2019. 1(2): p. 57-65.
25. Souza, M.N.P., Calderaro, M., Oliveira, A. P. D. S., Kubota, G. T., Zambon, L. S., Anghinah, R., & Jordão, M. R., Recurrent visits to the Emergency Department (ED) due to Headache: economic burden and epidemiological profile. *Cephalalgia*, 2019. 39(15): p. 1570–1575.

CAPÍTULO 4

O Papel Estratégico da Atenção Primária: Construindo Pontes no Cuidado da Migrânea

Átila Barros Magalhães

4.1. Introdução

A Migrânea como um Desafio de Saúde Pública e a Resposta Necessária na Atenção Primária à Saúde (APS)

A migrânea representa uma das condições neurológicas mais prevalentes e incapacitantes em escala global, sendo a principal causa de anos vividos com incapacidade entre 15–49 anos quando considerados os transtornos de cefaleia (predominantemente migrânea)¹. Este impacto profundo, que reverbera na vida social, profissional e pessoal dos indivíduos, constitui uma verdadeira “epidemia silenciosa” que desafia os sistemas de saúde em todo o mundo a oferecerem respostas eficazes².

No Brasil, o cenário epidemiológico é igualmente alarmante, com estudos apontando uma prevalência que afeta milhões de cidadãos, consolidando a migrânea como um problema de saúde pública de primeira ordem³. Diante dessa magnitude, a Atenção Primária à Saúde (APS) emerge, por sua capilaridade e definição estrutural no Sistema Único de Saúde (SUS), como a esfera estratégica e indispensável para a abordagem inicial e manejo contínuo da migrânea⁴.

A APS é a porta de entrada preferencial do sistema, o local ideal para o diagnóstico precoce, a orientação terapêutica inicial e o acompanhamento de condições crônicas, evitando a peregrinação de pacientes por serviços especializados e os custos associados. Entretanto, a realidade atual revela um paradoxo: apesar de ser o local ideal para o cuidado, a APS frequentemente se torna um gargalo, marcado pela subnotificação, pelo subdiagnóstico e por abordagens terapêuticas insuficientes⁵. Essa lacuna é frequentemente atribuída à formação médica generalista, que historicamente dedica pouca ênfase ao diagnóstico e tratamento das cefaleias, embora evidências demonstrem que intervenções educacionais direcionadas podem reverter significativamente este quadro⁶.

Este capítulo se propõe a desvendar o potencial transformador da APS no cuidado da migrânea no Brasil. Argumentamos que, com capacitação adequada, protocolos claros e a integração de todos os atores (médicos, enfermeiros e, crucialmente, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS)), é possível construir pontes entre a necessidade do paciente e um cuidado resolutivo e humanizado. Analisaremos modelos de cuidado estratificado⁷, exploraremos experiências bem-sucedidas e proporemos um roteiro prático para fortalecer a linha de frente do SUS no combate a esta condição tão prevalente e negligenciada.

4.2. A APS como Alicerce do Cuidado: Princípios e Potencialidades

Se a atenção especializada é o pilar que sustenta os casos complexos de migrânea, a APS é o alicerce indispensável sobre o qual todo o sistema de cuidado deve ser erguido. Ignorar seu papel estratégico é como construir um edifício sobre a areia. Princípios do SUS como capilaridade e longitudinalidade, por exemplo, não são meros conceitos teóricos; eles representam as ferramentas mais potentes para transformar o manejo da migrânea no Brasil, tornando-o mais acessível, humano e eficiente.

A capilaridade da APS é sua maior virtude tática. Com milhares de Unidades básicas de saúde (UBS) espalhadas por todo o território nacional, dos grandes centros urbanos aos rincões mais remotos da Amazônia, a APS tem o poder de alcançar o paciente onde ele vive. Essa penetração geográfica

e social é a chave para desvendar a real epidemiologia da migrânea, que hoje se esconde por trás da subnotificação e do autodiagnóstico. Para uma condição com a prevalência e o impacto da migrânea⁸, o profissional na “ponta da linha” é a sentinela essencial, capaz de realizar o diagnóstico precoce, iniciar o tratamento adequado e, fundamentalmente, validar a dor do paciente, muitas vezes banalizada pela sociedade e até mesmo pela família.

Em seguida, a longitudinalidade do cuidado confere à APS uma vantagem terapêutica inestimável. A migrânea é uma doença crônica, com flutuações e gatilhos que se manifestam ao longo da vida do indivíduo. O acompanhamento contínuo, realizado pelo mesmo profissional ou equipe, permite a construção de um vínculo de confiança que transcende a consulta episódica. O valor de um médico que conhece não apenas a cefaleia do paciente, mas seu contexto familiar, laboral e suas angústias, é imensurável para a adesão terapêutica e para o ajuste fino do tratamento. É nesse acompanhamento próximo que se pode observar padrões, identificar gatilhos ambientais e emocionais, e educar o paciente para o autogerenciamento, transformando-o em protagonista de seu próprio cuidado⁹.

Finalmente, a abordagem da migrânea na APS é uma estratégia de alta custo-efetividade. Um diagnóstico correto e um tratamento iniciado precocemente evitam a famosa “odisseia diagnóstica” que leva pacientes a uma peregrinação por múltiplos especialistas, submetendo-se a uma cascata de exames de neuroimagem caros e, na maioria das vezes, desnecessários.

Além de aliviar a sobrecarga na atenção secundária e terciária, um manejo eficaz na APS reduz drasticamente os custos indiretos associados à doença, como o absenteísmo no trabalho e o presenteísmo (a perda de produtividade quando se trabalha com dor)¹⁰. Portanto, investir no diagnóstico e tratamento precoce na APS transcende a mera economia de recursos para o sistema; é um investimento direto no capital humano e social do nosso país, devolvendo qualidade de vida e capacidade produtiva a milhões de brasileiros.

4.3. Estudo de Casos: Experiências, Barreiras e Inovações no Território Nacional

A APS no Brasil não é uma entidade monolítica. Ela respira, se adapta e, por vezes, sucumbe às pressões de um país com dimensões e desigualdades continentais. Para compreender o desafio real de manejar a migrânea na APS, é preciso descer ao território. Analisar como o cuidado se desenrola na vastidão amazônica, na dicotomia de um estado nordestino e na complexidade burocrática do centro do poder nos oferece um mapa das barreiras e, crucialmente, das potencialidades. O Brasil não é um, são vários; e a dor de cabeça de seu povo reflete essas múltiplas facetas.

4.3.1. O Cenário Amazônico: Navegando em Rios de Dores de Cabeça

Falar em saúde na Amazônia é falar em logística, em distâncias que se medem em dias de barco, não em quilômetros. Aqui, a capilaridade da APS não é apenas um princípio de saúde pública; é a única linha de vida para milhões de pessoas. No entanto, para a cefaleia, essa capilaridade muitas vezes resulta em uma assistência fragmentada, limitada por uma invisibilidade epidemiológica gritante. A subnotificação não é apenas uma falha de sistema, é uma consequência da geografia: como um paciente ribeirinho, que enfrenta dois dias de viagem para chegar a um centro urbano como Santarém, priorizará uma “simples dor de cabeça” crônica frente a uma doença aguda?

Foi nesse contexto de carência e urgência que idealizamos e implementamos o Ambulatório de Cefaleias da Amazônia, dentro de um projeto perene de ensino, pesquisa e extensão da Universidade do Estado do Pará (Campus Santarém). Mais que um serviço, ele nasceu como um modelo de resistência e inovação: um polo que integra assistência, ensino para alunos da graduação e pesquisa, fincado no coração da região.

A experiência nos ensinou que o desafio transcende a medicina. Atender populações indígenas e ribeirinhas nos força a descolonizar nosso próprio saber. A anamnese se transforma em um ato de tradução cultural. Como um paciente da etnia Munduruku descreve uma dor pulsátil? Que significado a aura migranosa assume em sua cosmologia? A adesão terapêutica não depende de uma receita, mas da construção de uma confiança que atravessa barreiras linguísticas e epistemológicas³⁸. O Ambulatório se tornou, portanto, um laboratório vivo, demonstrando que é possível, sim, oferecer medicina de ponta e humanizada, desde que estejamos dispostos a aprender com o paciente e seu mundo.

4.3.2. A Realidade de Pernambuco: Um Contraste entre o Urbano e o Sertão

Considerando que na Amazônia o desafio é a ausência, em Pernambuco a questão central é a distribuição desigual. O estado representa um microcosmo da iniquidade brasileira: uma capital, Recife, com uma rede de saúde robusta, hospitais de referência e alta densidade de especialistas, e um Sertão onde a realidade é drasticamente diferente. Um paciente com migrânea crônica em Recife pode, com alguma dificuldade, navegar o sistema até encontrar um neurologista. No Sertão, a jornada é outra. O médico da Estratégia Saúde da Família é, na maioria das vezes, o único e último recurso.

O gargalo aqui não é a falta de uma porta de entrada (a APS está lá), mas a falha na integração da rede. O encaminhamento para o especialista pode levar meses, ou anos, ou simplesmente nunca acontecer. O paciente fica preso em um limbo, recebendo analgésicos de forma indiscriminada, aumentando o risco de cronificação e cefaleia por uso excessivo de medicamentos. A experiência de Pernambuco expõe uma verdade incômoda: a existência de recursos não garante o acesso ao cuidado. Sem um fluxo de referência e contrarreferência que funcione e, principalmente, sem capacitar o profissional da ponta para resolver 80% dos casos, a rede se parte, criando dois sistemas de saúde distintos dentro dele mesmo¹².

4.3.3. O Distrito Federal: Cuidado Estruturado no Coração Político do Brasil

O Distrito Federal (DF) oferece um terceiro contraponto: um sistema com, teoricamente, a maior densidade de recursos do país e uma estrutura organizacional planejada. À primeira vista, seria o cenário ideal para um cuidado integral da cefaleia. Contudo, a proximidade com o poder revela um paradoxo: a burocracia como barreira. Pacientes no DF frequentemente relatam uma jornada fragmentada, um “pinga-pinga” entre diferentes níveis de atenção, onde cada etapa exige um novo encaminhamento, uma nova fila, uma nova espera. A rigidez dos fluxos e a compartimentalização dos serviços podem sufocar a longitudinalidade do cuidado. Um paciente pode ter acesso a exames de alta complexidade, mas lutar para conseguir uma consulta de retorno com o mesmo profissional.

O DF, no entanto, também possui um potencial imenso como laboratório de políticas públicas. Sua escala administrável e sua infraestrutura o tornam o local perfeito para projetos-piloto de linhas de cuidado integradas para cefaleias, testando modelos de gestão que poderiam, uma vez validados, ser replicados nacionalmente. A questão no coração político do Brasil não é “se temos os recursos”, mas “se conseguimos organizá-los em torno da necessidade do paciente”¹³.

4.3.4. Síntese Comparativa: Lições do Brasil Profundo ao Centro do Poder

A análise comparativa dessas três realidades revela um mosaico de desafios, mas também um fio condutor de lições essenciais.

Amazônia	Geográfica e Cultural (Invisibilidade)	Modelos integrados de ensino-assistência-pesquisa (Ambulatório de Cefaleias)	O cuidado eficaz exige adaptação cultural e logística.
Pernambuco	Distribuição Desigual (Iniquidade)	Fortalecimento da APS no interior e uso de telessaúde para supervisão.	Recursos concentrados não garantem acesso; a integração da rede é chave.
Distrito Federal	Burocrática (Fragmentação)	Implementação de linhas de cuidado e projetos-piloto de gestão.	A organização do sistema é tão importante quanto a disponibilidade de recursos.

Apesar das divergências (da canoa no rio amazônico à espera na Esplanada dos Ministérios), os gargalos convergem para um ponto nevrálgico: a fragilidade da ponte entre a APS e a atenção especializada. Seja por distância, iniquidade ou burocracia, o resultado para o paciente com migrânea é o mesmo: a perpetuação do sofrimento.

Os fatores críticos de sucesso, portanto, emergem com clareza. Primeiro, a capacitação do médico de família e comunidade para ser o protagonista no manejo da maioria dos casos de cefaleia. Segundo a criação de fluxos inteligentes e desburocratizados que garantam que apenas os casos refratários cheguem ao especialista. E terceiro, a incorporação de tecnologias, como a telessaúde, não para substituir o cuidado, mas para conectar os pontos isolados dessa imensa rede¹⁴. A jornada por esses três Brasis nos ensinam que, para aliviar a dor de cabeça de uma nação, precisamos, antes de tudo, diagnosticar e tratar as dores do nosso próprio sistema de saúde.

4.4. O ACS: Transformando o Potencial em Protagonismo

Considerando a APS como a porta de entrada do SUS, o ACS é a chave que abre essa porta. Com uma capilaridade incomparável e uma legitimidade construída no cotidiano, o ACS personifica o sistema de saúde na casa das pessoas. Ignorar seu potencial no manejo de uma condição tão prevalente e negligenciada como a migrânea é desperdiçar o recurso mais valioso da APS: a confiança. Este tópico propõe a instrumentalização do ACS, não como um mero executor de tarefas, mas como um protagonista na identificação, educação e acompanhamento do paciente com migrânea.

4.4.1. O ACS como Elo Fundamental

O ACS é, por excelência, um tradutor. Ele não apenas verte a linguagem técnica da equipe de saúde para o vocabulário da comunidade, mas decodifica contextos, crenças e barreiras sociais que jamais seriam reveladas em uma consulta de quinze minutos⁴. No contexto da migrânea, frequentemente banalizada como “frescura” ou “nervoso”, o ACS é a ponte de confiança capaz de validar o sofrimento do paciente. Ele compreende a dinâmica familiar, as condições de trabalho e os estressores locais que atuam como gatilhos, oferecendo uma visão holística que a clínica, por si só, não alcança. É este profissional que pode transformar a suspeita diagnóstica em busca ativa e a prescrição médica em um plano de cuidado viável e culturalmente sensível.

4.4.2. Proposta de um Protocolo de Atuação para o ACS no Manejo da Migrânea

Para transformar esse potencial em prática, é necessário um protocolo claro, simples e eficaz que capacite o ACS sem sobrecarregá-lo. A proposta se baseia em três pilares:

i. Identificação Ativa: O primeiro passo é encontrar os pacientes. Durante suas visitas domiciliares de rotina, o ACS pode ser treinado para aplicar uma ferramenta de triagem ultrarrápida e validada, como uma versão adaptada do ID-Migraine¹⁵ que consistiria em três perguntas simples:

- “Nos últimos 3 meses, a sua dor de cabeça limitou suas atividades por um dia ou mais?”
- “Quando você está com dor de cabeça, sente enjoo ou mal-estar no estômago?”
- “Quando você está com dor de cabeça, a luz incomoda mais do que o normal?”

Duas respostas afirmativas não fecham um diagnóstico, mas acendem um sinal de alta probabilidade para migrânea, motivando o ACS a orientar o paciente a agendar uma consulta com a equipe de saúde (enfermeiro ou médico) para uma avaliação formal.

ii. Orientação e Educação em Saúde: Uma vez que o paciente está em acompanhamento, o ACS se torna o principal agente de reforço educacional. Sua atuação focaria em:

- Desmistificação: Combater ativamente os estigmas, explicando que a migrânea é uma doença neurológica real, e não um defeito de caráter.
- Manejo de Gatilhos: Ajudar o paciente a preencher uma versão simplificada e visual de um diário de cefaleia, identificando padrões relacionados à alimentação, sono, estresse ou ciclo menstrual.
- Importância da Adesão: Explicar, em linguagem acessível, por que é crucial usar a medicação profilática todos os dias (se prescrita) e o tratamento de crise logo no início da dor, evitando a automedicação perigosa e o uso excessivo de analgésicos.

iii. Seguimento e Sinais de Alerta: O ACS é a sentinela do cuidado continuado. Ele pode monitorar a frequência das crises (“Quantas vezes a dor veio este mês?”) e, mais importante, ser treinado para reconhecer sinais de alerta (red flags) que exigem comunicação imediata com a equipe. Utilizando uma versão simplificada do mnemônico SNOOP, o ACS seria orientado a perguntar e relatar sobre:

- A pior dor de cabeça da vida (súbita e explosiva).
- Dor de cabeça acompanhada de febre, rigidez no pescoço ou confusão mental.
- Dor que piora progressivamente ao longo de dias ou semanas.
- Início de uma nova dor de cabeça após os 50 anos.
- Dor associada a sintomas neurológicos novos (fraqueza, alteração na visão, dificuldade para falar).

Este protocolo não apenas qualificaria o manejo da migrânea, mas valorizaria o ACS como um agente de saúde em sua plenitude, fortalecendo o vínculo da comunidade com a UBS e tornando a linha de cuidado mais humana, eficiente e resolutiva. A superação do abismo assistencial que vitima milhões de brasileiros com migrânea não reside em soluções pontuais, mas na edificação de uma arquitetura de cuidado sistêmica, integrada e adaptada à realidade nacional. A jornada até aqui demonstrou a complexidade do problema, o potencial subutilizado dos ACS e a urgência de uma resposta estruturada.

Considerações Finais

A análise crítica desenvolvida neste capítulo converge para um veredito inevitável: o modelo de cuidado à migrânea vigente no Brasil, excessivamente dependente da especialidade, é uma estratégia esgotada e incapaz de responder à escala real da doença. Expusemos a profunda dissonância de uma condição altamente incapacitante que, paradoxalmente, permanece nas sombras da prioridade sanitária. Contudo, mais do que apontar uma fratura no sistema, este trabalho construiu um plano para a sua reconstrução, alicerçado na Atenção Primária à Saúde (APS).

Apresentamos que a solução para o abismo entre a necessidade de milhões e a oferta restrita de tratamento não está na impossível multiplicação de especialistas, mas na qualificação da linha de frente do cuidado. É na APS, com sua presença em cada comunidade, que um novo paradigma de

cuidado pode ser semeado. Neste modelo, o paciente transcende a condição de mero receptor de tratamentos para se tornar protagonista de sua própria saúde, fortalecido por educação, autonomia e uma aliança terapêutica genuína. O ACS se revela como a força motriz deste processo, atuando como o elo de confiança que identifica, orienta e humaniza o cuidado no cotidiano das famílias.

Ao final, o que propomos não é uma miragem, mas um projeto executável. O delineamento de um modelo nacional, fundamentado em capacitação, protocolos claros e no suporte amplificador da Tele-saúde, demonstrando que é plenamente possível transformar essa visão em política pública eficaz, bebendo de lições globais, mas com a identidade e o potencial inigualáveis do nosso SUS.

Referências

1. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*. 2020;396(10258):1204-1222.
2. Steiner TJ, Stovner LJ, Katsarava Z, Lainez JM, Lampl C, Lantéri-Minet M, et al. The impact of headache in Europe: principal results of the Eurolight project. *J Headache Pain*. 2014;15(1):31.
3. Queiroz LP, Peres MFP, Kowacs F, Ciciarelli MC, Souza JA, Zukerman E. Chronic daily headache in Brazil: a nationwide population-based study. *Cephalalgia*. 2008;28(12):1264-1269.
4. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. (Série E. Legislação em Saúde).
5. Bigal ME, Lipton RB. The epidemiology, burden, and comorbidities of migraine. *Neurol Clin*. 2007;25(3):xi-xii.
6. Katsarava Z, Kukava M, Tedoradze G, Dzagnidze A, Steiner TJ. A randomised controlled trial of an educational intervention in primary care physicians in Georgia. *J Headache Pain*. 2006;7(2):80-85.
7. Diamond S, Bigal ME, Loder E, Lipton RB. A model of stratified care for headache in the primary care setting. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2007;47(3):377-383.
8. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
9. Steiner TJ, Stovner LJ, Jensen R, Uluduz D, Katsarava Z; Lifting The Burden: the Global Campaign against Headache. Migraine remains second among the world's causes of disability, and first among young women: findings from GBD2019. *J Headache Pain*. 2020;21(1):137.
10. Lipton RB, Bigal ME, Diamond M, Freitag F, Reed ML, Stewart WF; AMPP Advisory Group. Migraine prevalence, disease burden, and the need for preventive therapy. *Neurology*. 2007;68(5):343-9.
11. Coimbra Jr, CEA, Santos, RV, Welch, JR, et al. The First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results. *BMC Public Health*. 2013;13:52.
12. Barreto, ML. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017;22(7):2097-2108.
13. Viana, ALA, Bousquat, A, Melo, GA, et al. Regionalização e Redes de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018;23(6):1791-1799.

14. Massuda, A, Hone, T, Leles, FAG, et al. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Global Health*. 2018;3(4):e000829.
15. Lipton, RB, Dodick, D, Sadovsky, R, et al. A self-administered screener for migraine in primary care: The ID Migraine™ validation study. *Neurology*. 2003;61(3):375-382.

CAPÍTULO 5

Formação Profissional e Educação Continuada sobre Migrânea e Outras Cefaleias

Cláudia Baptista Tavares

5.1 Introdução

As cefaleias primárias, especialmente a migrânea, figuram entre as principais causas de incapacidade no mundo, impactando produtividade, qualidade de vida e uso de serviços de saúde¹. Apesar desse peso epidemiológico, ao longo dos anos, profissionais de saúde apresentam formação insuficiente para o reconhecimento, o diagnóstico preciso e o manejo adequado das cefaleias^{2,3}.

Não há estudos brasileiros recentes que quantifiquem de maneira sistematizada a carga horária de Neurologia e, por extensão, a inclusão específica de cefaleias nos currículos de Medicina, Fisioterapia e Enfermagem^{4,5}.

Esse cenário resulta em diagnósticos tardios da doença, uso excessivo de analgésicos, altas taxas de automedicação e subutilização de terapias preventivas, incluindo as não farmacológicas⁶.

Nesse contexto, a Sociedade Brasileira de Cefaleia (SBCe), por meio de seu Comitê de Políticas Públicas, Institucionais e Advocacy, vem estudando estratégias para ampliar o acesso a conteúdo qualificado para os profissionais de saúde. Uma das ações em discussão é o desenvolvimento de um curso no âmbito da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS).

A UNA-SUS é uma iniciativa do Ministério da Saúde, instituída pelo Decreto n.º 7.385/2010, com o propósito de atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos profissionais que atuam no SUS. Estruturada como uma rede colaborativa, atualmente composta por 35 instituições públicas de ensino superior, a UNA-SUS oferta cursos totalmente gratuitos e a distância, mantém o Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES), hoje o maior repositório digital em saúde da América Latina e utiliza a Plataforma Arouca para registrar matrículas e certificados, ampliando o alcance formativo a todo o território nacional^{7,8}.

Este capítulo discute as lacunas formativas sobre cefaleias; a justificativa técnico-científica para uma intervenção educacional em larga escala; e um desenho pedagógico preliminar para um curso UNA-SUS/SBCe, incluindo competências, estrutura modular, métodos de ensino e possibilidades de avaliação. Por fim, apresentam-se recomendações para sustentabilidade e atualização contínua da iniciativa.

5.2 Lacunas na Formação Profissional

A formação profissional em saúde apresenta deficiências na abordagem das cefaleias em suas diferentes etapas: graduação, especialização e educação permanente. Essas lacunas se manifestam desde o ensino inicial, influenciando a qualidade do diagnóstico e do manejo clínico.

Na graduação em Medicina, por exemplo, o tema das cefaleias costuma aparecer de modo esparsos em disciplinas de neurologia, clínica médica ou semiologia, sem um módulo dedicado. Quando aplicado,

falta integração entre os diferentes componentes do conteúdo pragmático, tais como a fisiopatologia, a classificação das cefaleias segundo a International Classification of Headache Disorders – 3rd edition (ICHD-3), o diagnóstico diferencial e o manejo terapêutico. Soma-se a esse cenário a pouca utilização de metodologias ativas capazes de promover o desenvolvimento do raciocínio clínico e da comunicação centrada no paciente^{4,5,9,17}.

Nas residências médicas em neurologia, a abordagem das cefaleias apresenta variação quanto à profundidade e abrangência, enquanto em outras especialidades, como atenção primária à saúde, clínica médica, psiquiatria, anestesiologia e medicina de família, são raros os módulos dedicados de forma robusta ao tema. Entre os profissionais não médicos, a exposição estruturada às cefaleias é ainda mais limitada, apesar de sua atuação direta na linha de cuidado, como ocorre com enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos, educadores físicos e fisioterapeutas. A integração interdisciplinar, essencial para o manejo abrangente da migrânea, incluindo intervenções voltadas ao estilo de vida e à saúde mental, permanece pouco consolidada nos programas de formação^{2,3}.

Quanto à educação permanente/continuada, observa-se que os eventos científicos, frequentemente pagos e concentrados em grandes centros urbanos, impõem barreiras ao acesso de muitos profissionais de saúde à atualização técnica e científica. Diante desse cenário, a oferta de cursos online e estratégias de educação a distância surge como alternativa viável e necessária para ampliar o alcance formativo, promover equidade educacional e atender às demandas da Rede de Atenção à Saúde (RAS)¹¹.

Na esfera pública, a oferta é escassa: a UNA-SUS dispõe de poucos cursos específicos de neurologia/dor e nenhum dedicado integralmente a cefaleias¹².

Como consequências práticas para o manejo dessa doença, as lacunas se traduzem em diagnóstico tardio, solicitação excessiva de exames de neuroimagem para cefaleias primárias, polifarmácia, uso indiscriminado de analgésicos, baixa prescrição de terapêuticas preventivas e de intervenções não farmacológicas (atividade física, higiene do sono, educação em dor). Persistem desigualdades regionais no acesso a especialistas e no conhecimento de protocolos de cuidado¹⁰.

Investir em educação continuada sobre cefaleias é uma estratégia fundamental diante da elevada carga de doença associada a essas condições. A migrânea, por exemplo, figura entre as principais causas de anos vividos com incapacidade, especialmente entre mulheres jovens e de meia-idade. Cefaleia tensional e cefaleias secundárias também apresentam alta prevalência e impacto na qualidade de vida^{1, 13, 14}.

Além disso, capacitar profissionais para o diagnóstico criterioso e o manejo baseado em evidências contribui para reduzir consultas repetidas, solicitações de exames desnecessários e internações evitáveis, o que reforça a custo-efetividade dessa abordagem. A natureza multifatorial da dor de cabeça exige uma atuação interdisciplinar, envolvendo diferentes categorias profissionais e níveis de atenção, com ênfase na Medicina do Estilo de Vida e na saúde mental¹⁵.

Por fim, a coleta de dados de adesão, engajamento e impacto na prática clínica podem subsidiar a formulação permanente de linhas de cuidado e apoiar a construção de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) específicos para cefaleias no âmbito das políticas públicas¹⁶.

5.3 Educação Continuada em Cefaleias: Proposta de Colaboração UNA-SUS/SBCe

Apesar de a plataforma UNA-SUS disponibilizar um amplo portfólio de capacitações para a Atenção Primária, o tema das cefaleias ainda apresenta cobertura limitada. Atualmente, esse tema encontra-se contemplado na plataforma apenas por um estudo de caso clínico inserido no curso 45387: Situações Clínicas Comuns em APS (45 h), lançado em 2012 e não revisado desde então¹⁸.

É relevante registrar, ainda, que a UNA-SUS ofertou, ao longo dos últimos anos, quatro cursos nos quais a cefaleia foi abordada apenas de forma pontual, sempre como uma entre diversas condições clínicas. Entre eles, destacam-se: **Queixas Comuns no Atendimento à Demanda Espontânea e Urgências e/ou Emergências na Atenção Primária à Saúde I** (19/08/2021 a 31/01/2023), no qual a cefaleia aparecia ao lado de queixas como diarreia e dispneia; **Atenção aos Problemas Neurológicos Frequentes na Atenção Básica** (01/11/2022 a 09/04/2023), que incluía temas como crises convulsivas e AVC; **Eventos Agudos em Situações Clínicas** (14/05/2018 a 31/12/2018), em que constavam situações como dor torácica e queimaduras; e **Intercorrências Agudas no Domicílio III** (11/01/2016 a 30/09/2016), que tratava de condições como sepse, choque e delirium. Em todos esses cursos, a cefaleia esteve presente apenas como exemplo clínico isolado, sem abordagem abrangente ou aprofundada de sua relevância epidemiológica e clínica. Essa constatação reforça a lacuna persistente e a necessidade de um curso específico, atualizado e estruturado, que contemple de forma integral o diagnóstico, o manejo e a prevenção das cefaleias.

Nesse contexto, vislumbra-se uma possível colaboração entre a SBCE e a UNA-SUS como estratégia para o desenvolvimento de um curso on-line, voltado ao diagnóstico, manejo e acompanhamento das cefaleias, em consonância com as evidências científicas e diretrizes do sistema de saúde. A oferta de cursos à distância sempre amplia o acesso de profissionais em regiões remotas, promovendo maior equidade na formação e fortalecendo a Atenção Primária como porta de entrada do SUS.

Esse curso, em caráter ainda conceitual, seria ofertado como os demais, dentro da plataforma UNA-SUS, autoinstrucional, com carga horária estimada entre 30 e 60 horas, distribuídas em módulos progressivos de complexidade crescente e com uma estrutura curricular com os seguintes temas:

- a) Unidade de introdução e fundamentos:** histórico e impacto epidemiológico das cefaleias, classificação segundo CID-11 e ICHD-3, e as Diretrizes Brasileiras de Tratamento da Migrânea^{17, 19, 20}.
- b) Semiologia e diagnóstico:** técnica de anamnese estruturada, exame físico focado, identificação de sinais de alarme e aplicação de critérios diagnósticos atualizados.
- c) Manejo terapêutico:** uso racional de analgésicos e medicamentos profiláticos, intervenções não farmacológicas tais como, atividade física, técnicas comportamentais, Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) e elaboração de planos terapêuticos integrados²².
- d) Abordagem interprofissional e matriciamento:** estratégias para fortalecimento das linhas de cuidado na rede, com exemplos de fluxos de referência e contrarreferência.
- e) Estudos de caso e cenários ramificados:** situações clínicas interativas para simular a tomada de decisão no contexto real do SUS, reforçando a aplicação prática dos conceitos.
- f) Avaliação e certificação:** questionários de múltipla escolha, avaliação de casos clínicos e projeto final de plano de cuidado, seguindo critérios de avaliação aplicados pela UNA-SUS.

O público-alvo contemplaria médicos da APS (generalistas e clínicos gerais), neurologistas, bem como enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos, psicólogos e gestores da Rede de Atenção à Saúde interessados em implementar ou aperfeiçoar linhas de cuidado para cefaleias²¹. Ao término do curso, os profissionais estariam aptos a: (a) reconhecer e classificar as principais cefaleias primárias e secundárias; (b) identificar sinais de alerta e encaminhar casos complexos; (c) aplicar critérios diagnósticos atualizados (migrânea, ICHD-3, CID-11); (d) elaborar planos terapêuticos integrados, incorporando intervenções não farmacológicas; (e) comunicar-se de modo efetivo, com ênfase em autocuidado e adesão ao tratamento; (f) atuar em rede interprofissional, articulando fluxos na Atenção Primária e níveis de referência.

Para produzir impacto real, será fundamental engajar os profissionais de linha de frente e equilibrar rigor científico com linguagem acessível. A iniciativa também favoreceria a integração das cefaleias a áreas transversais, como saúde mental, dor crônica e Medicina do Estilo de Vida, além de fornecer subsídios para ações de advocacy junto ao Ministério da Saúde e aos conselhos profissionais.

Observação: os números de horas, módulos e públicos são indicativos e deverão ser validados e ajustados coletivamente pelos membros do comitê da SBCE e parceiros institucionais antes da formatação definitiva do curso.

Considerações Finais

A elevada carga das cefaleias contrasta com lacunas persistentes na formação inicial e na educação continuada dos profissionais de saúde, pela carga horária insuficiente, escassez de conteúdos multi-profissionais, foco desproporcional em outras condições neurológicas e pouca ênfase em habilidades práticas na abordagem do paciente. Esses déficits resultam em profissionais pouco habilitados para reconhecer, classificar e tratar adequadamente migrânea, cefaleia tensional e cefaleias secundárias, perpetuando atrasos diagnósticos e sobrecarga assistencial.

Diante desse cenário, sugere-se a criação de um curso modular UNA-SUS/SBCe, fundamentado em evidências, estruturado com metodologias ativas e integrado às linhas de cuidado do SUS. Para que seja efetiva, a iniciativa deverá ser acompanhada por monitoramento de indicadores, atualização contínua dos conteúdos e articulação com políticas públicas, visando fortalecer competências na atenção primária, ampliar o acesso equitativo e assim contribuir para a redução da carga das cefaleias no Brasil.

Referências

1. Peres MFP, Sacco S, Pozo-Rosich P, Tassorelli C, Ahmed F, Burstein R, Ashina S, Uluduz D, Husøy AK, Steiner TJ, et al. Migraine is the most disabling neurological disease among children and adolescents, and second after stroke among adults: A call to action. *Cephalalgia*. 2024 Aug;44(8):3331024241267309. doi:10.1177/03331024241267309.
2. Gallagher RM, Alam R, Shah S, Mueller L, Rogers JJ. Headache in medical education: medical schools, neurology and family practice residencies. *Headache*. 2005;45(8):866–873. doi:10.1111/j.1526-4610.2005.05155.x
3. Pace A, et al. The current state of headache medicine education in the United States and Canada: an observational survey-based study of neurology clerkship directors and curriculum deans. *Headache*. 2021;61(7):1122–1135.
4. SPECIALI JG. Ensino da Cefaléia no Brasil. In: Anais, XI Conferência Congresso Internacional da Sociedade Brasileira de Cefaléia. Ribeirão Preto (SP) 23-24 de maio de 1997
5. Bastos MC, Vilela RQB, Canuto AMM. Vídeo com pacientes virtuais na avaliação do conhecimento dos internos de Medicina sobre cefaleias. *Rev Bras Educ Med*. 2020;44(2):e059. doi:10.1590/1981-5271v44.2-20190288.
6. Ziegeler C, Brauns G, Jürgens TP, May A. Shortcomings and missed potentials in the management of migraine patients: experiences from a specialized tertiary care center. *J Headache Pain*. 2019;20(1):86. doi:10.1186/s10194-019-1034-8
7. Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). Conheça a UNA-SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [atualizado 2024 jul]. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/institucional/unasus>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 dez 3. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/trabalho-educacao-e-qualificacao/gestao-da-educacao/universidade-aberta-do-sus-una-sus>
9. Bastos MC. O ensino das cefaleias em uma universidade pública: análise da matriz curricular e visão dos discentes [dissertação]. Maceió (AL): Universidade Federal de Alagoas; 2019

10. Galdino GS, Albuquerque TIP, Medeiros JLA. Primary headaches: a diagnostic approach by non-neurologist doctors. *ArqNeuropsiquiatr*. 2007 Sep;65(3A):681-4. doi:10.1590/S0004-282X2007000400026.
11. Leite MTM, Carlini AL, Ramos MP, Sigulem D. Educação médica continuada online: potencial e desafios no cenário brasileiro. *Rev Bras Educ Med*. 2010;34(1):141-9.
12. Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). Catálogo de cursos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2025. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/cursos/>
13. GBD 2021 Nervous System Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of disorders affecting the nervous system, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Neurol*. 2024 Apr;23(4):344-381. doi:10.1016/S1474-4422(24)00038-3.
14. Cen J, Wang Q, Cheng L, et al. Global, regional, and national burden and trends of migraine among women of child-bearing age from 1990 to 2021: insights from the Global Burden of Disease Study 2021. *J Headache Pain*. 2024;25:96. doi:10.1186/s10194-024-01798-z.
15. Seng EK, Martin PR, Houle TT. Lifestyle factors and migraine. *Lancet Neurol*. 2022 Oct;21(10):911-921. doi:10.1016/S1474-4422(22)00211-3.
16. Ministério da Saúde (BR). Guia de elaboração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas: delimitação do escopo [Internet]. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_elaboracao_protocolos_delimitacao_escopo_2ed.pdf
17. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*. 2018;38(1):1-211.
18. Universidade Federal de Pelotas. Situações clínicas comuns na Atenção Primária à Saúde – Medicina [Internet]. Brasília: Universidade Aberta do SUS; 2019. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/45387>
19. Melhado EM, Santos PSF, Kaup AO, Costa ATNM, Roesler CAP, Piovesan EJ, et al. Consensus of the Brazilian Headache Society (SBCe) for the prophylactic treatment of episodic migraine: part I. *ArqNeuropsiquiatr*. 2022 Aug;80(8):845-861. doi:10.1055/s-0042-1756441.
20. Santos PSF, Melhado EM, Kaup AO, Costa ATNM, Roesler CAP, Piovesan EJ, et al. Consensus of the Brazilian Headache Society (SBCe) for prophylactic treatment of episodic migraine: part II. *ArqNeuropsiquiatr*. 2022;80(9):953-969. doi:10.1055/s-0042-1755320.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Diário Oficial da União [Internet]. 2017 set 22; Seção 1:68. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Saúde Md. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) Brasília:
22. Ministério da Saúde; 2024 Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/pics>

CAPÍTULO 6

Incorporação de Tecnologias e Medicamentos no SUS: Caminhos e Desafios

*Mario Fernando Prieto Peres | Erlene Roberta Ribeiro dos Santos |
Welber Sousa Oliveira*

6.1 Introdução

A migrânea é uma das doenças neurológicas mais prevalentes e incapacitantes, afetando mais de 1 bilhão de pessoas em todo o mundo e configurando-se como a segunda principal causa de incapacidade global e a primeira entre indivíduos com menos de 50 anos¹. No Brasil, estudos estimam prevalência de aproximadamente 15% na população adulta,² o que se traduz em expressivo impacto social e econômico, com perdas significativas de produtividade e frequentes visitas a serviços de urgência. Apesar de sua magnitude, a migrânea segue historicamente negligenciada nas políticas públicas, permanecendo subdiagnosticada e subtratada.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde (CONITEC) é responsável por avaliar evidências científicas, custo-efetividade e impacto orçamentário para recomendar a incorporação de medicamentos e procedimentos. Contudo, até o momento, muitas das terapias não específicas³⁻⁵, como toxina botulínica tipo A (BoNT-A), topiramato e venlafaxina, bem como as terapias específicas para migrânea, como triptanos e anticorpos monoclonais anti-peptídeo relacionado ao gene da calcitonina (anti-CGRPmAbs) ainda não foram incorporadas, limitando o acesso da maioria dos pacientes a tratamentos eficazes.

Diante da elevada carga da doença e da disponibilidade de terapias com eficácia comprovada, a lacuna de acesso no SUS constitui não apenas um desafio clínico, mas também um problema de equidade em saúde. A resposta a essa necessidade envolve não apenas a incorporação de novos medicamentos, mas também a elaboração, pelo Ministério da Saúde (MS), de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) específicos para cefaleias. Esses documentos são fundamentais para orientar o uso racional das terapias já disponíveis no SUS, reduzir a variabilidade na prescrição, mitigar a judicialização e assegurar um cuidado integral, baseado em evidências às pessoas com migrânea no Brasil.

6.2 Enxaqueca e Atenção Especializada

No espectro da Atenção Especializada, o objetivo do Comitê de Políticas Públicas, Institucionais e Advocacy da Sociedade Brasileira de Cefaleia (SBCe) neste nível de atenção é propor e subsidiar tecnicamente a análise e atualização da lista de componentes e medicamentos para migrânea, visando à ampliação de indicações terapêuticas no âmbito do SUS, pela Conitec⁶.

Em relação à inclusão de novas classes de medicamentos profiláticos, no caso da migrânea episódica, destaca-se o topiramato, que já é incorporado pelo SUS para epilepsia, mas não para o diagnóstico de migrânea (CID G43.0 e G43.1). Para a migrânea crônica, ressaltam-se o topiramato e a BoNT-A, ambos já disponíveis no SUS, porém não indicados especificamente para esta condição (CID G43.3).

Quanto ao tratamento agudo da migrânea episódica e crônica, ressaltam-se os triptanos, que possuem recomendação nível A, são medicamentos específicos para essa patologia, apresentando maior eficácia quando comparados aos analgésicos comuns e anti-inflamatórios no alívio das crises.

Atualmente, não há registro de PCDTs pelo MS para o tratamento de cefaleias no Brasil. Na prática, os médicos recorrem a consensos publicados por sociedades de cefaleia e neurologia, além de protocolos/diretrizes internacionais. A ausência de PCDT dificulta o manejo no SUS, pois não há vinculação clara entre os códigos CID e as tecnologias apropriadas para cefaleias.

Para endereçar essa lacuna, o Comitê de Políticas Públicas, Institucionais e Advocacy da SBCE elaborou uma minuta de protocolo de intenções, em 2024 e encaminhou o documento ao MS.

Em resposta, a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (SECTICS/MS) emitiu a Nota Técnica nº 268/2024, reconhecendo a relevância do tema e explicitando limites institucionais e regulatórios para a incorporação de medicamentos e a elaboração de PCDTs.

A Nota Técnica destaca, inicialmente, o marco constitucional e legal que orienta o processo de incorporação de tecnologias ao SUS. Reforça que qualquer solicitação deve ser formalmente protocolada na Conitec, acompanhada de registro prévio na Anvisa, definição de preço pela CMED, evidências científicas robustas sobre eficácia e segurança e estudos de avaliação econômica. Esse ponto deixa claro que a simples manifestação de interesse, como a realizada pela SBCE, não é suficiente para desencadear o processo de análise, exigindo a formalização completa dos requisitos legais.

Em relação à elaboração de PCDTs, o documento detalha as etapas que envolvem desde a definição do escopo até a redação final submetida à consulta pública, ressaltando a complexidade do processo e a necessidade de participação de múltiplos atores técnicos e clínicos. Registra-se ainda que a cefaleia, embora reconhecida pela International Association for the Study of Pain (IASP) como dor crônica primária, não está contemplada de forma adequada no PCDT da Dor Crônica atualmente em revisão. Até a data da emissão da Nota Técnica nº 268/2024, não havia processo específico em curso para um PCDT de migrânea.

Quanto ao cenário regulatório, não havia pedido protocolado na Conitec para análise de incorporação de medicamentos para migrânea, seja por empresas, sociedades médicas ou outros proponentes, tampouco processo aberto para elaboração de PCDT específico para cefaleias. O texto ressalta o caráter tripartite do SUS, lembrando que estados e municípios podem ofertar medicamentos fora das listas federais, o que, na prática, amplia a heterogeneidade de acesso no país.

Em síntese, a Nota Técnica representa um avanço de agenda e esclarecimento procedimental, mas não inaugura, por si, processos de incorporação ou de elaboração de PCDT; para isso, são necessários novos encaminhamentos formais (p.ex., submissões à Conitec e pactuações subsequentes).

Em levantamento técnico prévio, o Comitê de Políticas Públicas da SBCE mapeou os medicamentos disponíveis no SUS para o tratamento farmacológico da migrânea.

A análise evidenciou lacunas importantes na incorporação tecnológica. Na prevenção da migrânea episódica, o SUS oferece opções clássicas e de baixo custo (valproato de sódio, amitriptilina, propranolol e metoprolol). No entanto, fármacos de primeira linha amplamente recomendados em diretrizes internacionais, como o topiramato e a candesartana, não estão incorporados. A situação é ainda mais desconfortável nas terapias inovadoras, como os anti-CGRPmAbs (p.ex., galcanezumabe, fremanezumabe), que, apesar do benefício clínico, permanecem indisponíveis na rede pública⁶.

Na prevenção da migrânea crônica, a defasagem é mais marcada: o SUS oferece alternativas de menor nível de evidência, como valproato sódico e gabapentina, mas não disponibiliza os fármacos de maior sustentação para este perfil clínico, como o topiramato e a BoNT-A. Os anti-CGRPmAbs, igualmente recomendados, também não foram incorporados, reforçando o distanciamento entre o arsenal terapêutico do SUS e as diretrizes baseadas em evidências.

Em relação ao tratamento da fase aguda, o sistema público disponibiliza analgésicos e anti-inflama-

tórios, úteis para crises leves, porém não oferece triptanos, considerados padrão-ouro internacional para crises de intensidade moderada a grave. Essa limitação restringe a eficácia terapêutica, aumentando a probabilidade de falhas no controle da dor, evolução para formas crônicas e sobrecarga dos serviços de urgência.

De forma geral, o cenário demonstra um descompasso entre a produção científica e a prática assistencial do SUS. Embora as alternativas incorporadas sejam de eficácia comprovada, tratam-se, em sua maioria, de fármacos antigos e menos específicos. A não incorporação de opções de primeira linha e de terapias inovadoras restringe o manejo da migrânea, impactando a qualidade de vida dos pacientes, a funcionalidade social e produtiva, além de potencialmente elevar os custos indiretos para o sistema de saúde e para a sociedade.

Considerações Finais

A migrânea representa um dos maiores desafios em saúde pública no Brasil, tanto pela elevada prevalência quanto pelo impacto funcional, social e econômico associado. Embora existam terapias eficazes, a maioria dos pacientes atendidos pelo SUS permanece com acesso à restritas opções inespecíficas e de menor efetividade, em razão da ausência de incorporação de medicamentos específicos e da inexistência de protocolos clínicos oficiais voltados à cefaleia³⁻⁵.

Diante desse cenário, a criação de um PCDT específico para migrânea deve ser entendido como passo prioritário e viável no curto prazo, capaz de orientar o uso racional dos recursos já disponíveis, padronizar condutas e reduzir a judicialização. A médio e longo prazo, a incorporação de terapias específicas, como triptanos, BoNT-A e anti-CGRPmAbs, é essencial para alinhar o cuidado prestado no SUS às melhores práticas internacionais.

Portanto, enfrentar o desafio da migrânea no sistema público requer articulação entre gestores, sociedades médicas, associações de pacientes e a Conitec, com vistas a garantir acesso equitativo, efetivo e sustentável às tecnologias em saúde para esta condição de alta carga.

Referências

1. Peres MFP, Sacco S, Pozo-Rosich P, et al. Migraine is the most disabling neurological disease among children and adolescents, and second after stroke among adults: a call to action. *Cephalalgia*. 2024;44:3331024241267309. doi:10.1177/03331024241267309.
2. Queiroz LP, Peres MF, Piovesan EJ, et al. A nationwide population-based study of migraine in Brazil. *Cephalalgia*. 2009;29(6):642-9. doi:10.1111/j.1468-2982.2008.01782.x.
3. Melhado EM, Santos PSF, Kaup AO, et al. Consensus of the Brazilian Headache Society (SBCe) for the prophylactic treatment of episodic migraine: part I. *ArqNeuropsiquiatr*. 2022;80(9):845-61. doi:10.1055/s-0042-1756441.
4. Santos PSF, Melhado EM, Kaup AO, et al. Consensus of the Brazilian Headache Society (SBCe) for prophylactic treatment of episodic migraine: part II. *ArqNeuropsiquiatr*. 2022;80(10):953-69. doi:10.1055/s-0042-1755320.
5. Kowacs F, Roesler CAP, Piovesan EJ, et al. Consensus of the Brazilian Headache Society on the treatment of chronic migraine. *ArqNeuropsiquiatr*. 2019;77(7):509-20. doi:10.1590/0004-282X20190078.
6. Santos ERR, Sarmiento EM, Peixoto PMV, Oliveira WS, Peres MFP. A criação de políticas públicas para cefaleia. In: Sociedade Brasileira de Cefaleia, editor. *Cefaleia*. São Paulo: SBCe; 2024. p.401-7.

CAPÍTULO 7

Políticas Públicas e Conscientização sobre Cefaleias no Brasil: Comunicação, Visibilidade e Mobilização Social

Erlene Roberta Ribeiro dos Santos | Welber Sousa Oliveira

7.1 Introdução

As cefaleias, em especial a migrânea, representam uma das condições neurológicas mais prevalentes e incapacitantes mundialmente, afetando a qualidade de vida, a produtividade e o bem-estar social¹⁻⁴. No Brasil, milhões de pessoas convivem com dores de cabeça crônicas, enfrentando barreiras significativas para diagnóstico precoce e tratamento adequado. Apesar da alta prevalência e impacto funcional, as cefaleias permanecem pouco reconhecidas nas agendas públicas, com lacunas notáveis na formulação de políticas de prevenção, diagnóstico e cuidado clínico^{1,2}. A inserção das cefaleias na agenda de saúde pública tem exigido esforços contínuos de articulação entre associações de pacientes, Sociedade Brasileira de Cefaleia (SBCe) e órgãos governamentais.

A campanha Maio Bordô, promovida anualmente pela SBCe, tem se consolidado como estratégia de visibilidade social, com iluminação de monumentos e produção de conteúdos educativos, reforçando a conscientização sobre a importância do diagnóstico e manejo adequado das cefaleias⁷⁻⁹. Paralelamente, ações legislativas estaduais, como a Lei nº 18.712/2024 de Pernambuco, institucionalizaram a Semana Estadual de Conscientização, Orientação e Prevenção sobre a Enxaqueca e outros tipos de cefaleia, incentivando a participação ativa da sociedade civil na realização de eventos educativos, palestras, debates e distribuição de materiais informativos^{5,6}.

Este capítulo descreve as iniciativas do Comitê de Políticas Públicas, Institucionais e Advocacy da Sociedade Brasileira de Cefaleia (SBCe) na promoção da saúde relacionada às cefaleias, destacando negociações institucionais, articulações intersetoriais, produção científica e a como parte das comemorações do Maio Bordô.

7.2 Campanha Maio Bordô e Iluminação de Monumentos

A campanha Maio Bordô, realizada em 2025, destacou-se pela iluminação de monumentos emblemáticos, incluindo o Cristo Redentor, no Rio de Janeiro, e o Congresso Nacional, em Brasília, como estratégia de conscientização da população sobre a migrânea e outras cefaleias⁷. Além das iluminações, foram produzidos conteúdos digitais e vídeos educativos, amplamente divulgados em redes sociais, com a participação da Sociedade Brasileira de Cefaleia e associações de pacientes, ampliando o alcance das mensagens de prevenção e manejo^{8,9}. Essas ações contribuíram para a sensibilização social, fortalecendo o reconhecimento das cefaleias como um problema de saúde pública negligenciado, mas altamente incapacitante^{1,4}.

7.3 Projetos de Lei e Legislações Estaduais

No campo legislativo, a Lei nº 18.712, de 18 de novembro de 2024, de Pernambuco, alterou a Lei nº 16.241/2017 para instituir a Semana Estadual de Conscientização, Orientação e Prevenção sobre a Enxaqueca e outros tipos de cefaleia, realizada na semana que inclui o dia 19 de maio⁵. A lei estabelece objetivos claros, como a promoção de campanhas de informação, diagnóstico e tratamento, e incentivou

a realização de eventos educativos, palestras, debates e distribuição de materiais informativos com participação da sociedade civil organizada. Essa legislação pioneira consolidou Pernambuco como o primeiro estado brasileiro a oficializar uma semana dedicada à promoção da saúde relacionada às cefaleias, oferecendo um marco institucional para ações de advocacy e educação em saúde^{5,6}.

7.4 Negociações Institucionais e Avanços do Comitê de Políticas Públicas, Institucionais e Advocacy

Desde 2023, o Comitê de Políticas Públicas e Advocacy da SBCe intensificou e conduziu negociações estratégicas com o Ministério da Saúde, secretarias estaduais de saúde, universidades e associações de pacientes, com o objetivo de avançar em políticas públicas voltadas às cefaleias. As negociações envolveram múltiplos atores institucionais, incluindo o Departamento de Gestão do Cuidado Integral (DGCI) da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, a UNA-SUS e secretarias de atenção especializada e gestão do trabalho do Ministério da Saúde. O foco central foi a inclusão da migrânea como Condição Sensível à Atenção Primária (CSAP), permitindo a priorização da doença nas políticas de atenção básica e a elaboração de protocolos de cuidado^{10,11}.

Durante reuniões e audiências com representantes do Ministério da Saúde, foram discutidos temas como a elaboração de Nota Técnica sobre migrânea, sistematização de dados de sistemas de informação (SIA, SIH, SISAB), atualização de cadernos da atenção básica e desenvolvimento de cursos de capacitação para equipes multiprofissionais, com foco nas equipes da Estratégia Saúde da Família. Essas articulações resultaram na proposta de um Termo de Cooperação Técnica entre a SBCe e a Secretaria de Atenção Primária à Saúde ainda em processo, que pode consolidar um marco institucional para o avanço das políticas públicas¹²⁻¹⁴.

O Comitê também produziu um artigo científico submetido a periódico internacional de referência, demonstrando que a migrânea preenche critérios técnicos para ser considerada CSAP, fornecendo fundamentação científica para a implementação de linhas de cuidado específicas na atenção primária^{15,16}.

7.5 Parceria com a Secretaria de Saúde de Pernambuco

A parceria com a Secretaria de Saúde de Pernambuco foi decisiva para a realização do “I Encontro para Conscientização, Orientação e Prevenção da Enxaqueca e Outros Tipos de Cefaleias Primárias de Pernambuco”, ocorrido em 21 de maio de 2025, no Auditório Paulo Rosas da Associação de Docentes da Universidade Federal de Pernambuco (ADUFEPE), com transmissão ao vivo pelo YouTube^{17,18}. O evento foi organizado pela Secretaria de Saúde de Pernambuco, Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde e Atenção Primária e com a participação de gestores de saúde, professores, estudantes, componentes de grupos de pesquisa, representantes de equipes da Estratégia Saúde da Família, Gerência da I Regional de Saúde, Superintendência Regional do Ministério e representantes da Sociedade Brasileira de Cefaleia.

O encontro teve como objetivos disseminar informações qualificadas sobre diagnóstico e manejo das cefaleias primárias, fortalecer a mobilização social e institucional no estado e consolidar estratégias de atenção primária. Integrado às ações da Semana Estadual de Conscientização, o evento reforçou a importância da articulação entre políticas públicas, educação em saúde e engajamento da sociedade civil^{5,6,17}. Configurou a primeira ação concreta do órgão responsável pela coordenação de políticas de saúde em respeito e cumprimento da Lei nº 18.712.

7.5.1 Estruturação de Grupo de Trabalho para Linha de Cuidado

No contexto do avanço das políticas públicas, foi estruturado em Pernambuco um Grupo de Trabalho

estadual para dar seguimento às ações voltadas para a migrânea e atenção primária. Este grupo vem trabalhando na elaboração de um projeto de linha de cuidado para dor, contemplando migrânea, dores articulares, lombares e fibromialgia, buscando viabilizar atendimento integral, protocolos clínicos e capacitação de equipes multiprofissionais^{19,20}.

O grupo foi composto por representantes do Comitê de Políticas Públicas, Institucionais e Advocacy da SBCE, Diretoria de Atenção Primária da Secretaria de Saúde de Pernambuco. O grupo de trabalho com o Ministério da Saúde vem discutindo possibilidades de criação de módulos para migrânea em curso da UNA-SUS, promovendo integração entre sociedade civil, órgãos governamentais e instituições de ensino. Essa articulação permite desenvolver estratégias de monitoramento, educação permanente e construção de protocolos clínicos adaptados à realidade da atenção primária dos estados^{21,22}.

7.5.2 Resultados e Impactos das Ações

As ações implementadas geraram impactos significativos:

- Maior visibilidade da migrânea e outras cefaleias na esfera pública e acadêmica;
- Engajamento da sociedade civil e associações de pacientes em campanhas educativas;
- Consolidação da Semana Estadual de Conscientização sobre Cefaleias;
- Estruturação de Projeto para linha de cuidado e Grupo de Trabalho estadual, promovendo integração entre atenção primária e especializada;
- Produção científica com base em evidências para fundamentar a inclusão da migrânea como CSAP^{5,15,16,17}.

Na tabela abaixo estão elencadas as ações de destaque geradas após os processos de trabalho do Comitê:

Tabela 1 – Principais ações do Comitê de Políticas Públicas, Institucionais e Advocacy da SBCE

Área de Ação	Principais Atividades	Resultados
Legislativa	Projetos de Lei tramitando na ALEPE e Câmara Municipal; Lei nº 18.712/2024.	Instituição da Semana Estadual de Conscientização sobre Cefaleias
Conscientização	Campanha Maio Bordô; Iluminação de monumentos; Produção de vídeos e materiais educativos.	Maior visibilidade pública e engajamento social
Articulação Institucional	Negociações com MS, SAPS, UNA-SUS, Secretarias de Saúde estaduais, Nota Técnica.	Criação de Termo de Cooperação Técnica e Grupo de Trabalho estadual
Educação em Saúde	Cursos de capacitação para equipes da atenção primária e ensino a distância.	Qualificação profissional e padronização de protocolos
Produção Científica	Artigo submetido a periódico internacional sobre migrânea como CSAP	Fundamentação científica para políticas públicas

O desenvolvimento do capítulo é finalizado com a síntese dessas ações estratégicas e seus resultados.

Considerações Finais

As iniciativas do Comitê de Políticas Públicas, Institucionais e Advocacy da SBCe demonstraram que é possível promover mudanças substanciais no cuidado de pacientes com cefaleias por meio da articulação entre sociedade civil, associações de pacientes, Sociedade Brasileira de Cefaleia, sociedades científicas e órgãos governamentais. A campanha Maio Bordô, a institucionalização da Semana Estadual de Conscientização sobre Cefaleias, a realização do I Encontro e a estruturação do Grupo de Trabalho estadual evidenciaram a importância da integração entre educação, pesquisa, políticas públicas e engajamento social.

O reconhecimento da migração como Condição Sensível à Atenção Primária, fundamentado em evidências científicas e articulação política, abre caminho para a implementação de protocolos clínicos, capacitação de profissionais e acesso a terapias eficazes. A experiência do estado de Pernambuco pode servir como modelo para outras unidades federativas, reforçando a necessidade de políticas públicas estruturadas, ações de advocacy e mobilização social para o enfrentamento das cefaleias no Brasil.

Referências

1. Peres MFP, Sacco S, Pozo-Rosich P, et al. Migraine is the most disabling neurological disease among children and adolescents, and second after stroke among adults: A call to action. *Cephalalgia*. 2024;44:3331024241267309. doi:10.1177/03331024241267309.
2. Queiroz LP, Silva Junior AA. The prevalence and impact of headache in Brazil. *Headache*. 2015;55 Suppl 1:32-38. doi:10.1111/head.12511.
3. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396:1204-1222. doi:10.1016/S0140-6736(20)30925-9.
4. Sociedade Brasileira de Cefaleia (SBCe). Maio Bordô – campanha nacional de conscientização sobre enxaqueca e cefaleias. São Paulo: SBCe; 2023.
5. Assembleia Legislativa de Pernambuco. Lei nº 18.712, de 18 de novembro de 2024. Institui a Semana Estadual de Conscientização, Orientação e Prevenção sobre a Enxaqueca e outros tipos de Cefaleia. *Diário Oficial do Estado de Pernambuco*. 19 nov 2024.
6. Ashina M, Katsarava Z, Do TP, et al. Migraine: epidemiology and systems of care. *Lancet*. 2021;397:1485-1495. doi:10.1016/S0140-6736(20)32160-7.
7. Buse DC, Fanning KM, Reed ML, et al. Life with migraine: Effects on relationships, career, and finances from the Chronic Migraine Epidemiology and Outcomes (CaMEO) Study. *Headache*. 2019;59:1286-1299. doi:10.1111/head.13613.
8. Steiner TJ, Stovner LJ, Jensen R, Uluduz D, Katsarava Z. Migraine remains second among the world's causes of disability, and first among young women: findings from GBD2019. *J Headache Pain*. 2020;21:137. doi:10.1186/s10194-020-01208-0.
9. Ministério da Saúde (Brasil). Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas no âmbito da atenção primária. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
10. World Health Organization (WHO). Headache disorders. Geneva: WHO; 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/headache-disorders>. Acesso em: 21 ago 2025.

11. Kristoffersen ES, Grande RB, Aaseth K, Lundqvist C, Russell MB. Management of primary chronic headache in the general population: The Akershus study of chronic headache. *J Headache Pain*. 2012;13:113-120. doi:10.1007/s10194-011-0391-y.
12. Diener HC, Charles A, Goadsby PJ, Holle D. New therapeutic approaches for the prevention and treatment of migraine. *Lancet Neurol*. 2015;14:1010-1022. doi:10.1016/S1474-4422(15)00198-2.
13. Lipton RB, Bigal ME, Diamond M, et al. Migraine prevalence, disease burden, and the need for preventive therapy. *Neurology*. 2007;68:343-349. doi:10.1212/01.wnl.0000252808.97649.21.
14. Sociedade Brasileira de Cefaleia (SBCe). Relatório do Comitê de Políticas Públicas e Advocacy: avanços e perspectivas. São Paulo: SBCe; 2025. [Em submissão a periódico internacional].

CAPÍTULO 8

Estudos de Mundo Real em Cefaleia: Produção de Evidências Científicas e Embasamento para a Construção de Políticas Públicas

Vanise Grassi

8.1. Introdução

O diagnóstico e o tratamento das cefaleias primárias e secundárias constituem um desafio de magnitude global. O acesso a profissionais da saúde com treinamento em cefaleia é limitado, a acurácia diagnóstica é inconsistente e o manejo baseado em evidências ainda é uma realidade distante da maioria dos pacientes¹. No Brasil, é estimado que 7 em cada 10 pessoas tenham experienciado alguma forma de cefaleia nos últimos 12 meses, com uma prevalência de 29,5% para cefaleia do tipo tensão e 15,8% especificamente para migrânea².

Em países de baixa e média renda, o desafio diagnóstico e terapêutico é ainda maior, devido às barreiras socioeconômicas, aumentando o grau de incapacidade associado a essas patologias. A escassez de dados longitudinais dificulta a elaboração de indicadores de qualidade para cada nível de atenção à saúde, bem como para análise farmacoeconômica das terapêuticas empregadas^{3,4}.

Diante desse cenário, a Sociedade Brasileira de Cefaleia (SBCe) desenvolveu o Registro Brasileiro de Cefaleia (REBRACEF), voltado à coleta padronizada de informações clínicas em âmbito nacional. Com o objetivo primário de compreender em profundidade as características dos pacientes atendidos em serviços especializados, o REBRACEF constitui o primeiro estudo longitudinal de mundo real sobre cefaleias conduzido em todas as macrorregiões brasileiras.

8.2. Estudos de Mundo Real

Os estudos de mundo real emergem como uma solução estratégica para ampliar o conhecimento sobre patologias distintas e facilitar o manejo contextualizado. Os dados obtidos através de estudos de mundo real podem ser valiosos para os pacientes e suas famílias, para os profissionais da saúde, para a organização do sistema de saúde, para agências regulatórias, para companhias farmacêuticas, empresas e seus funcionários e para os gestores de políticas públicas⁵. Os registros clínicos constituem uma das modalidades de obtenção de dados de mundo real que, após submetidos à análise, constituem evidências de mundo real. O papel dos registros em expandir o conhecimento sobre a jornada do paciente que sofre com cefaleia, suas características sociodemográficas, endofenótipos, tratamentos e uso de recursos em saúde é bem documentado em diversos países⁶⁻⁹.

Os objetivos clássicos dos registros incluem a investigação do curso natural das doenças, fatores prognósticos, padrões de tratamento e perfil de segurança terapêutico. Os dados obtidos podem incluir uma ampla variedade de populações e auxiliar a identificar disparidades no acesso e desfechos do cuidado em saúde. Os estudos de mundo real produzem evidências complementares aos estudos controlados, consistindo também em uma fonte geradora de hipóteses para ensaios clínicos randomizados¹⁰. Os registros clínicos aproximam os pesquisadores da habilidade investigativa essencial: observar fenômenos em seus contextos naturais e desenvolver hipóteses baseadas em capacidade analítica.

8.3. Desenvolvimento do REBRACEF

O REBRACEF foi estruturado em 2020 como um comitê da Sociedade Brasileira de Cefaleia (SBCe), composto por seus associados. O grupo foi formado por profissionais de diferentes estados brasileiros, incluindo um representante da Associação Brasileira de Cefaleia em Salvas e Enxaqueca (ABRACES). O registro foi submetido a um estudo piloto, sendo os ajustes do protocolo publicados posteriormente^{11,12}.

O estudo observacional, prospectivo e multicêntrico teve seu projeto atual aprovado pelo comitê de ética e pesquisa do centro coordenador (Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul) e dos diversos centros participantes. Iniciou a fase de coleta de dados longitudinais em janeiro de 2024 e atualmente conta com oito centros ativos e cinco em apreciação ética, incluindo todas as macrorregiões brasileiras. Com poucos critérios de exclusão, o REBRACEF inclui pacientes adultos atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), saúde suplementar e privados, que são convidados a participar do estudo na sua primeira consulta no centro especializado. O protocolo inclui módulos essenciais padronizados, além de módulos complementares, pensados para oportunizar a participação de centros especializados com rotinas de atendimento distintas.

Além dos dados obtidos através da entrevista com os pacientes, a equipe médica fornece dados sobre exame físico, diagnóstico médico e conduta adotada. Entrevistas de seguimento, com intervalos variados - de acordo com a recomendação médica e/ou rotina do centro especializado - são conduzidas com o paciente e a equipe médica, para avaliação de dados de efetividade do manejo proposto. A resposta terapêutica, o uso de recursos em saúde, o perfil de segurança e a satisfação do paciente com o tratamento realizado são avaliados periodicamente, por período mínimo de 12 meses.

O projeto para expansão pediátrica (6 a 17 anos) vem sendo desenvolvido, com plano de início das coletas em 2026. O grupo multiprofissional envolvido na Linha de Pesquisa em Epidemiologia e Ciência de Dados em Saúde - Núcleo Cefaleia, certificado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), dá o suporte regulatório, técnico e gerencial ao registro.

8.4. Considerações Finais

Os estudos de mundo real são essenciais para refinar e validar estimativas globais de incapacidade, adaptar intervenções ao contexto local do cuidado, garantir a inclusão de populações negligenciadas nos estudos controlados, fundamentar decisões farmacoeconômicas e políticas públicas de cuidados de doenças negligenciadas e acompanhar a efetividade de tais políticas.

O REBRACEF é uma iniciativa que tem o potencial de embasar a tomada de decisões e acompanhar longitudinalmente a efetividade de decisões tomadas na esfera de políticas públicas em saúde, permitindo o aprimoramento do cuidado e o compromisso com indicadores de qualidade tanto no contexto especializado como em seu potencial expansão para a Atenção Primária à Saúde. Desde 2024, o registro inclui pacientes adultos, com plano de inclusão de população pediátrica a partir de 2006.

O registro apresenta flexibilidade para ser adaptado ao longo do tempo, possibilitando a inclusão de populações minoritárias, a incorporação de novos dados conforme as demandas científicas e a expansão para diferentes regiões geográficas, além de viabilizar parcerias internacionais.

Referências

1. Lipton RB, Serrano D, Holland S, Fanning KM, Reed ML, Buse DC. Barriers to the Diagnosis and Treatment of Migraine: Effects of Sex, Income, and Headache Features. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2013 Jan 18;53(1):81–92. Doi: 10.1111/j.1526-4610.2012.02265.

2. Queiroz L, PeresM, KowacsF, PiovesanE, CiciarelliM, SouzaJ, et al. Chronic DailyHeadache in Brazil: A Nationwide Population-Based Study. *Cephalalgia*. 2008 Dec 1;28(12):1264–9. Doi: 10.1111/j.1468-2982.2008.01670.x
3. Mortel D, KawatuN, SteinerTJ, Saylor D. Barriers to headache care in low- and middle-income countries. *eNeurologicalSci*. 2022 Dec;29:100427. Doi: 10.1016/j.ensci.2022.100427
4. Weld ED, Waitt C, Barnes K, Garcia Bournissen F. Twice neglected? Neglected diseases in neglected populations. *Br J Clin Pharmacol*. 2022 Feb;88(2):367–373. doi: 10.1111/bcp.15148. Epub 2021 Dec 9. PMID: 34888909.
5. Schwedt TJ, Tassorelli C, Silberstein SD, Szperka CL, Kurth T, Pozo-Rosich P, et al. Guidelines of the International Headache Society for Clinic-Based Headache Registries, 1 st edition. *Cephalalgia* 2022;42:1099– 115. Doi:10.1177/03331024221099035.
6. Schwedt TJ, Digre K, Tepper SJ, et al. The American Registry for Migraine Research: Research Methods and Baseline Data for an Initial Patient Cohort. *Headache* 2020;60(02):337–347. doi: 10.1111/head.13688
7. Hornik CP, Gelfand AA, Szperka CL, et al. Development of a Prospective Real-World Data Clinical Registry of Children and Adolescents With Migraine. *Headache* 2020;60(02):405–415. doi: 10.1111/head.13714
8. Ruscheweyh R, Klonowski T, Goßrau G, et al. The headache registry of the German Migraine and Headache Society (DMKG): baseline data of the first 1,351 patients. *J Headache Pain* 2022;23(01):74. doi: 10.1186/s10194-022-01447-3 24
9. Barbanti P, Egeo G, Aurilia C, et al; Italian Migraine Registry Study Group. The first report of the Italian Migraine Registry (IGRAINE). *Neurol Sci* 2022;43(09):5725–5728. doi: 10.1007/ s10072-022-06214-5
10. Gliklich R, Dreyer N, Leavy M, editors. *Registries for Evaluating Patient Outcomes: A User's Guide* . 3rd ed. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2014.
11. Grassi V, Jurno ME, Fröhlich AC, Rieder CR de M, Sarmiento EM, Pereira JK, et al. Brazilian headache registry: methods and preliminary data of the pilot study. *ArqNeuropsiquiatr* 2023;81:740–7. Doi:10.1055/s-0043-1771175.
12. Souza JS, Brum MO, Oliveira VSL, Hammes JH, Barros L, Vieira RVA, Jurno ME, Friedrich F, Grassi V. The study protocol for a multicenter observational headache registry: Brazilian Headache Registry - REBRACEF II. *Headache Med*. 2024;15(3):175-84. doi: 10.48208/HeadacheMed.2024.35.

CAPÍTULO 9

Práticas Integrativas e Complementares no Cuidado à Pessoa com Migrânea

Welber Sousa Oliveira

9.1 Introdução

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), reconhecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como parte das Medicinas Tradicionais, Complementares e Alternativas (MT/CAM), integram estratégias globais de fortalecimento dos sistemas de saúde desde a década de 1970. No Brasil, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) foi instituída em 2006, com o objetivo de ampliar o acesso e garantir a integralidade da atenção à saúde por meio de práticas baseadas em saberes tradicionais e evidências científicas¹.

No contexto da migrânea, uma das principais causas de incapacidade em adultos jovens², as PICS surgem como estratégias complementares para abordar dimensões psicossociais não contempladas pelo modelo biomédico tradicional. A ausência de políticas públicas específicas para a migrânea no Brasil³ reforça a necessidade de utilizar a PNPIC como ferramenta para ampliar o cuidado a essa população, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS).

A busca por PICS entre pacientes com migrânea é motivada por insatisfação com os efeitos adversos de medicamentos, desejo de abordagens holísticas e maior autonomia no autocuidado^{4,5}. No entanto, desafios como a heterogeneidade das evidências científicas, lacunas na formação profissional e barreiras institucionais dificultam sua implementação no SUS^{4,6,7}. Diante disso, é imprescindível avaliar criticamente a eficácia, segurança e custo-efetividade das PICS para sua aplicação ética e baseada em evidências.

9.2 Histórico e Expansão das PICS no SUS

O fortalecimento das PICS no SUS tem suas raízes no incentivo da OMS, que, em 2002, lançou a “Traditional Medicine Strategy”, recomendando aos países-membros a integração de saberes tradicionais aos sistemas oficiais de saúde, respeitando critérios de segurança, eficácia e acesso equitativo. No Brasil, essa diretriz foi incorporada por meio da PNPIC, instituída pela Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006, que inicialmente contemplava cinco práticas: Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia, termalismo/Crenoterapia e Medicina Antroposófica¹.

Em resposta às demandas da população e às recomendações internacionais, o Ministério da Saúde expandiu o rol de práticas integrativas reconhecidas no SUS, com as Portarias nº 849/2017 e nº 702/2018, totalizando 29 práticas atualmente disponíveis¹. Atualmente, o SUS reconhece como PICS as seguintes modalidades: Acupuntura, Apiterapia, Aromaterapia, Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Bioenergética, Constelação Familiar, Cromoterapia, Dança Circular, Geoterapia, Hipnoterapia, Homeopatia, Imposição de Mãos, Medicina Antroposófica, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Ozonioterapia, Plantas Medicinais/Fitoterapia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa, Terapia de Florais, Termalismo Social/Crenoterapia e Yoga⁸. Essa expansão, embora expressiva, não se traduziu de maneira homogênea em oferta e acesso, refletindo disparidades regionais e setoriais.

Atualmente, as PICS estão presentes em 54% dos municípios brasileiros, concentradas na APS (78%

dos serviços), com menor oferta em níveis secundário (18%) e terciário (4%). A inserção das PICS ocorre em diversos pontos da rede de atenção à saúde, como Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Práticas Integrativas e Complementares (CEPICS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Academias da Saúde e Farmácias Vivas. Esse cenário demonstra uma ampliação progressiva do acesso, ainda que marcada por desigualdades regionais e limitações estruturais que demandam maior investimento em capacitação e suporte logístico⁹.

9.3 Desafios para a Implementação

A implementação das PICS no SUS enfrenta desafios estruturais e institucionais que limitam sua consolidação como política pública efetiva. A formação profissional é um dos principais entraves, com oferta restrita de disciplinas em cursos de graduação e predominância de capacitações *latu sensu* no setor privado, inacessíveis à maioria dos profissionais do SUS¹⁰. Um levantamento identificou que apenas 32,3% das instituições públicas de ensino superior oferecem disciplinas sobre PICS, sendo mais frequentes nos cursos de Enfermagem (26,4%), seguidos por Medicina (17,5%) e Fisioterapia (14,6%)¹¹.

Essa lacuna formativa repercute na baixa adesão dos profissionais, que frequentemente desconhecem as diretrizes da PNPIC e possuem pouca familiaridade com as terapias que ela contempla. Essa situação gera insegurança na aplicação clínica e reforça percepções equivocadas sobre a ausência de respaldo científico das PICS¹.

Adicionalmente, a resistência institucional é agravada pela escassez de apoio logístico, dificultando a provisão de insumos e a organização dos serviços para a oferta estruturada dessas práticas. Embora práticas como acupuntura e *mindfulness* possuam robusta base de evidências¹² a ausência de estudos de qualidade sobre outras modalidades é frequentemente usada como argumento para não implementação¹.

Modelos de implantação gradual, com quatro fases foram propostos como estratégias adaptáveis à realidade dos serviços: (1) definição de lideranças responsáveis; (2) análise situacional para mapeamento de recursos e obstáculos locais; (3) regulamentação dos fluxos de atendimento e práticas ofertadas; e (4) implantação cíclica e contínua, adaptada à capacidade produtiva e às especificidades de cada território¹³. A afinidade entre as PICS e os princípios da APS reforça seu potencial de expansão, mas sua efetiva institucionalização exige o engajamento de gestores, profissionais e usuários na defesa política da PNPIC, com alocação adequada de recursos e superação das barreiras identificadas.

9.4 PICS no Manejo da Migrânea

As PICS oferecem alternativas viáveis e de baixo custo para o manejo da migrânea, especialmente no âmbito da APS. Algumas práticas já possuem respaldo em consensos e diretrizes clínicas, enquanto outras, apesar de promissoras, carecem de evidências robustas.

Entre as práticas com maior respaldo científico, reconhecidas em guidelines internacionais e nacionais, destacam-se:

Acupuntura, cuja eficácia preventiva é comparável à profilaxia farmacológica, conforme revisão Cochrane¹⁴. No Consenso da Sociedade Brasileira de Cefaleia (SBCe), a acupuntura recebeu grau de recomendação B para migrânea crônica¹².

Mindfulness e Meditação, recomendadas como terapia comportamental no manejo da migrânea, demonstraram eficácia em reduzir a frequência de crises em pacientes com migrânea crônica e uso excessivo de analgésicos, com resultados semelhantes ao tratamento farmacológico após retirada

de medicação de abuso¹⁵. O mesmo consenso atribui grau de recomendação B às intervenções de mindfulness para migrânea crônica¹².

Fitoterapia, especialmente com *Tanacetum* (*Feverfew*) e *Petasites hybridus* (*Butterbur*), é contemplada pelas diretrizes da American Headache Society (AHS) e da American Academy of Neurology (AAN) com grau de recomendação B e A, respectivamente, para prevenção de migrânea episódica¹⁶.

Embora essas práticas estejam respaldadas por consensos clínicos, sua integração nos protocolos assistenciais do SUS ainda é limitada, requerendo esforços coordenados de capacitação e logística. Outras práticas, embora não incluídas nos guidelines, apresentam evidências emergentes. Práticas como aromaterapia (lavanda e hortelã-pimenta), musicoterapia e cromoterapia (exposição à luz verde) apresentam evidências emergentes como estratégias adjuvantes, embora ainda careçam de validação em guidelines formais¹⁷⁻²⁰.

A integração dessas práticas no SUS exige superação de barreiras como formação profissional, estruturação dos serviços e investimento em pesquisa aplicada, consolidando as PICS como estratégias complementares e acessíveis no cuidado à migrânea.

Considerações Finais

As PICS representam estratégia viável e necessária para ampliar o cuidado à pessoa com migrânea no SUS. Frente à alta prevalência e impacto funcional da migrânea, e à ausência de políticas públicas específicas para seu manejo, a PNPIC oferece um arcabouço normativo que pode ser utilizado como ponto de partida para a incorporação de abordagens complementares, sobretudo na APS.

Práticas como acupuntura e mindfulness já possuem respaldo em consensos e diretrizes nacionais e internacionais, devendo ser consideradas como opções adjuvantes aos tratamentos convencionais. Outras modalidades demonstram potencial terapêutico e ampla aceitação entre os usuários do SUS, justificando investimentos em pesquisa aplicada e protocolos assistenciais.

Entretanto, a implementação efetiva das PICS no manejo da migrânea depende da superação de desafios estruturais, como a formação profissional insuficiente, a resistência institucional e a escassez de recursos logísticos. A consolidação das PICS como ferramenta de apoio no cuidado à migrânea exige um esforço coordenado entre gestores, profissionais de saúde e usuários, articulando ações de capacitação, integração dos serviços e fortalecimento das bases científicas.

A adoção viabiliza a ampliação do leque terapêutico e fortalece os princípios da APS, como o autocuidado e a humanização, promovendo um modelo de atenção mais resolutivo e centrado no paciente.

Referências

1. Habimorad PHL, Catarucci FM, Bruno VHT, Silva IBD, Fernandes VC, Demarzo MMP, et al. Implementation of Brazil's National Policy on Complementary and Integrative Practices: strengths and weaknesses. *Cien Saude Colet*. 2020;25(2):395-405.
2. Peres MFP, Sacco S, Pozo-Rosich P, Tassorelli C, Ahmed F, Burstein R, et al. Migraine is the most disabling neurological disease among children and adolescents, and second after stroke among adults: A call to action. *Cephalalgia*. 2024;44(8):3331024241267309.
3. Peres MFP, Oliveira AB, Sarmiento EM, Rocha-Filho PS, Peixoto PM, Kowacs F, et al. Public policies in headache disorders: needs and possibilities. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. 2020;78(1):50-2.

4. Ruela LO, Moura CC, Gradim CVC, Stefanello J, Iunes DH, Prado RRD. Implementation, access and use of integrative and complementary practices in the unified health system: a literature review. *Cien Saude Colet*. 2019;24(11):4239-50.
5. Astin JA. Why patients use alternative medicine: results of a national study. *JAMA*. 1998;279(19):1548-53.
6. Thiago Sde C, Tesser CD. Family Health Strategy doctors and nurses' perceptions of complementary therapies. *Rev Saude Publica*. 2011;45(2):249-57.
7. Fontenele RP, de Sousa DM, Carvalho AL, Oliveira Fde A. [Phytotherapy in Primary Health Care: perspectives of managers and professionals in the Family Health Program of Teresina, Piauí, Brazil]. *Cien Saude Colet*. 2013;18(8):2385-94.
8. Saúde Md. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS): Recursos Terapêuticos Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pics/recursos-terapeuticos>].
9. Saúde Md. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/pics>].
10. Azevedo Ed, Pelicioni MCF. Integrative and complementary practices of challenges for education. *Trab Educ Saude*. 2011;9(3):361-78.
11. Salles LF, Homo RFB, Silva MJPd. SITUAÇÃO DO ENSINO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM, FISIOTERAPIA E MEDICINA. *Cogitare Enferm* 2014;19(4):741-6.
12. Kowacs F, Roesler CAP, Piovesan EJ, Sarmiento EM, Campos HC, Maciel JA, Jr., et al. Consensus of the Brazilian Headache Society on the treatment of chronic migraine. *Arq Neuropsiquiatr*. 2019;77(7):509-20.
13. Santos MC, Tesser CD. [A method for the implementation and promotion of access to comprehensive and complementary primary healthcare practices]. *Cien Saude Colet*. 2012;17(11):3011-24.
14. Linde K, Allais G, Brinkhaus B, Fei Y, Mehring M, Vertosick EA, et al. Acupuncture for the prevention of episodic migraine. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;2016(6):CD001218.
15. Grazzi L, Sansone E, Raggi A, D'Amico D, De Giorgio A, Leonardi M, et al. Mindfulness and pharmacological prophylaxis after withdrawal from medication overuse in patients with Chronic Migraine: an effectiveness trial with a one-year follow-up. *J Headache Pain*. 2017;18(1):15.
16. Loder E, Burch R, Rizzoli P. The 2012 AHS/AAN guidelines for prevention of episodic migraine: a summary and comparison with other recent clinical practice guidelines. *Headache*. 2012;52(6):930-45.
17. Sasannejad P, Saeedi M, Shoeibi A, Gorji A, Abbasi M, Foroughipour M. Lavender essential oil in the treatment of migraine headache: a placebo-controlled clinical trial. *Eur Neurol*. 2012;67(5):288-91.
18. Rafeian-Kopaei M, Hasanpour-Dehkordi A, Lorigooini Z, Deris F, Solati K, Mahdihyeh F. Comparing the Effect of Intranasal Lidocaine 4% with Peppermint Essential Oil Drop 1.5% on Migraine Attacks: A Double-Blind Clinical Trial. *Int J Prev Med*. 2019;10:121.
19. Parlongue G, Cerdan EV, Koenig J, Williams DP. Smartphone based music intervention in the treatment of episodic migraine headaches - A pilot trial. *Complement Ther Med*. 2021;63:102779.

20. Martin LF, Patwardhan AM, Jain SV, Salloum MM, Freeman J, Khanna R, et al. Evaluation of green light exposure on headache frequency and quality of life in migraine patients: A preliminary one-way cross-over clinical trial. *Cephalalgia*. 2021;41(2):135-47.

CAPÍTULO 10

Telessaúde como Ferramenta para Ampliação do Cuidado em Cefaleia

Átila Barros Magalhães

10.1. Introdução

O desafio da cefaleia em um Brasil continental e a promessa da Telessaúde

Na vastidão da Amazônia, por exemplo, onde os rios são estradas e as distâncias redefinem o conceito de urgência, um grito de dor pode ecoar no silêncio. Para o paciente com cefaleia crônica, essa vastidão se transforma em uma barreira, um abismo entre o sofrimento debilitante e o cuidado especializado.

As cefaleias, lideradas pela migrânea, não são apenas uma queixa comum; representam uma das principais causas de incapacidade em todo o mundo, impondo um fardo imenso sobre indivíduos, famílias e sistemas de saúde¹. No Brasil, essa realidade é agravada por um paradoxo cruel: enquanto o conhecimento para manejar a maioria dos casos de cefaleia está consolidado, o acesso a ele permanece drasticamente desigual, um reflexo das profundas iniquidades regionais que marcam o país².

É neste cenário de desafio e urgência que a telessaúde emerge, não como um mero substituto do cuidado presencial, mas como uma força disruptiva e democratizante. Ela representa a ponte digital capaz de transpor rios, encurtar distâncias e levar o conhecimento especializado à ponta, fortalecendo a Atenção Primária à Saúde (APS) onde ela é mais necessária. A aplicação da telemedicina no manejo das cefaleias já demonstrou ser uma ferramenta eficaz, segura e com alta satisfação tanto para pacientes quanto para profissionais, oferecendo um caminho viável para superar as barreiras geográficas e otimizar a jornada do cuidado³.

Este capítulo se dedica a explorar o potencial transformador da telessaúde na reconfiguração do cuidado em cefaleia. Analisaremos as evidências que sustentam seu uso, discutiremos plataformas e experiências relevantes, e proporemos um modelo de integração com a APS que seja sensível às realidades de regiões remotas.

10.2. A Realidade do Acesso: O Abismo entre a Demanda e a Oferta de Cuidado Especializado em Cefaleia

O paradoxo do cuidado em cefaleia no Brasil não é uma abstração estatística; é um abismo geográfico e social que separa milhões de pacientes da possibilidade de um diagnóstico preciso e de um tratamento eficaz.

De um lado deste abismo, encontra-se uma das condições neurológicas mais prevalentes e incapacitantes do mundo. Estima-se que a migrânea, por si só, afete mais de 30 milhões de brasileiros, impondo um fardo silencioso que compromete a produtividade, a vida social e a saúde mental de uma parcela significativa da população em sua fase mais produtiva³. Do outro lado, a oferta de cuidado especializado permanece dramaticamente concentrada, criando vastos “desertos neurológicos” onde a figura de neurologistas com atuação em cefaleias é praticamente mítica.

Dados da demografia médica no Brasil revelam esta fratura de forma inequívoca. Enquanto regiões como o Sudeste concentram uma proporção de neurologistas muito acima da média nacional, regiões como o Norte e o Nordeste enfrentam uma carência crônica desses especialistas⁵. A situação é

ainda mais crítica quando se observa a atuação em cefaleias, que não constitui subespecialidade oficialmente reconhecida no Brasil. A maior parte dos serviços e dos profissionais com experiência em cefaleias está nas grandes capitais, deixando desassistidas as populações de cidades do interior, zonas rurais e regiões remotas.

Para o paciente que vive no interior da Amazônia, em uma pequena cidade do sertão nordestino ou em uma comunidade ribeirinha, a jornada em busca de um especialista transforma-se em uma odisseia. Ela envolve longas e custosas viagens, dias de trabalho perdidos e, frequentemente, meses ou até anos em filas de espera no Sistema Único de Saúde (SUS). Essa peregrinação terapêutica, marcada pelo sofrimento contínuo, frequentemente resulta em automedicação inadequada e na cronificação da dor, culminando no temido diagnóstico de cefaleia por uso excessivo de medicamentos, uma condição de difícil manejo que é consequência direta da falha no acesso ao cuidado apropriado⁶.

Este cenário representa mais do que uma falha logística; ele configura uma barreira efetiva ao direito fundamental à saúde, consagrado no artigo 196 da Constituição Federal⁷. O abismo entre a demanda colossal e a oferta restrita não é sustentável e perpetua um ciclo de dor, incapacidade e desigualdade. É precisamente neste ponto de ruptura, onde o sistema convencional se mostra insuficiente, que a inovação se torna um imperativo ético e sanitário.

10.3 Evidências Internacionais e Nacionais do Uso da Telessaúde em Cefaleia

A transição do cuidado em cefaleia para plataformas digitais não é uma mera tendência ou uma solução improvisada, mas um modelo de cuidado validado por um crescente corpo de evidências científicas. Longe de ser uma alternativa inferior, a telessaúde demonstrou ser uma ferramenta eficaz, segura e, em muitos aspectos, vantajosa para o manejo de pacientes com dores de cabeça, especialmente as crônicas como a migrânea.

No cenário internacional, a telessaúde para cefaleias já ultrapassou a fase de prova de conceito e é respaldada por robustas evidências e consensos de sociedades especializadas, como a American Headache Society (AHS) e a European Headache Federation (EHF).

Estudos randomizados controlados e revisões sistemáticas comparando o cuidado virtual com o presencial tradicionalmente apontam para desfechos clínicos equivalentes ou não-inferiores. Pacientes acompanhados por telemedicina apresentam reduções significativas na frequência e intensidade das crises, melhora em escores de incapacidade (como o MIDAS e o HIT-6) e altos níveis de satisfação, frequentemente superiores aos do modelo presencial^{8,9}. Os benefícios mais citados incluem a drástica redução de custos e tempo com deslocamento, a diminuição do absenteísmo no trabalho e a conveniência de acesso ao especialista sem sair de casa, fatores de imenso impacto para a qualidade de vida⁹.

No Brasil, a adoção da telessaúde foi catalisada pela necessidade imposta pela pandemia de COVID-19 e consolidada por marcos regulatórios, notadamente a Resolução CFM N° 2.314/2022, que define e regulamenta a telemedicina em suas diversas modalidades (teleconsulta, teleinterconsulta, telediagnóstico)¹⁰. Este arcabouço legal conferiu a segurança jurídica necessária para sua expansão. Diante de um país com dimensões continentais e uma heterogeneidade brutal na distribuição de médicos, a telessaúde emerge como uma resposta estratégica ao abismo assistencial descrito anteriormente.

Experiências piloto em diversos estados brasileiros, embora ainda em fase de documentação formal em grande escala, já indicam um enorme potencial. A capacidade de um neurologista com atuação em cefaleias em Santarém, por exemplo, prestar assistência a um paciente em uma comunidade ribeirinha distante ou realizar uma teleinterconsulta com um médico do Programa Saúde da Família (PSF) em Oriximiná, otimiza a jornada do paciente, qualifica a atenção primária e reserva os deslocamentos e

consultas presenciais para casos de maior complexidade ou que demandem exame físico detalhado¹¹. Portanto, as evidências convergem para uma mesma conclusão: a telessaúde não é uma forma “menor” de praticar a medicina da dor de cabeça. É um modelo de entrega de cuidado diferente, que, quando bem aplicado, pode ampliar o acesso, melhorar a adesão ao tratamento e promover a equidade em saúde. A questão não é mais se a telessaúde funciona para cefaleia, mas como implementá-la de forma escalável, ética e equitativa para transformar a realidade de milhões de brasileiros.

10.4. Desafios de Implementação e Estratégias de Superação

Mapear o caminho ideal é o primeiro passo. O segundo é antecipar os obstáculos e traçar estratégias realistas para superá-los. A implementação da telecefaleia na Amazônia enfrentará barreiras tecnológicas, culturais e estruturais que exigem soluções criativas e contextualizadas.

A seguir, apresentamos os principais desafios e suas respectivas estratégias de superação em um formato de plano de ação.

Exclusão e Analfabetismo Digital	Pacientes, especialmente idosos ou de baixa renda, podem não ter acesso a smartphones/internet ou não saber como usar as plataformas, aprofundando a iniquidade no acesso.	Criar "Pontos de Telessaúde" em Unidades Básicas de Saúde (UBS), com equipamento e internet disponíveis, e capacitar Agentes Comunitários de Saúde (ACS) como facilitadores digitais para auxiliar os pacientes durante as teleconsultas.
Conectividade Limitada	A instabilidade ou ausência de internet de alta velocidade em muitas localidades amazônicas impede a realização de videochamadas (modelo síncrono) de qualidade.	Priorizar modelos assíncronos e teleinterconsultas, que demandam menos banda. Explorar parcerias para uso de internet via satélite (ex: Starlink) nos pontos de saúde mais isolados.
Resistência Cultural e Profissional	Profissionais podem resistir por crerem na insubstituibilidade do exame físico presencial. Pacientes podem perceber o cuidado virtual como "inferior" ou impessoal.	Implementar projetos-piloto para demonstrar resultados (desfechos clínicos, satisfação). Incluir a telessaúde na grade curricular da graduação e residência médica (seu papel como professor é chave aqui). Realizar campanhas de conscientização para a comunidade.
Privacidade e Segurança de Dados	A troca de informações sensíveis de saúde em meio digital gera preocupações sobre a confidencialidade e o cumprimento da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).	Utilizar apenas plataformas que garantam criptografia de ponta a ponta e que estejam em conformidade com a LGPD. Desenvolver Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) específicos para o teleatendimento, explicando os riscos e benefícios de forma clara.

Considerações Finais

A Telessaúde como Pilar de um Ecossistema de Cuidado em Cefaleia Integrado e Equânime.

Ao longo deste capítulo, partimos de uma realidade de dor silenciosa e desassistida, espalhada pelas vastas distâncias da Amazônia, para delinear um horizonte de cuidado possível, conectado e humano. A discussão sobre o papel da APS, as barreiras geográficas e os desafios do sistema de saúde convergiram para uma solução estratégica central: a telessaúde. Contudo, a mensagem final não é de substituição, mas de simbiose.

A telessaúde, em sua essência, não foi apresentada aqui como uma panaceia tecnológica que substitui o toque, o exame físico detalhado ou a relação médico-paciente construída presencialmente. Pelo contrário, ela emerge como o grande catalisador que potencializa e estende o alcance desse cuidado. É a ponte digital que conecta o conhecimento do especialista ao médico da família; que leva a orientação baseada em evidência onde antes só havia o isolamento; que transforma um smartphone em uma porta de acesso à saúde.

Ao integrar o cuidado virtual ao presencial, criamos mais do que um novo serviço: conseguimos criar forma para um ecossistema de cuidado fundamentalmente mais:

- **Resiliente:** Capaz de se adaptar a crises, como pandemias, e de superar as barreiras logísticas crônicas da região.
- **Inteligente:** Guiado por dados, permitindo o monitoramento de desfechos em larga escala e o aprimoramento contínuo das estratégias de tratamento e prevenção.
- **Equânime:** E, acima de tudo, mais justo. A telessaúde é uma ferramenta poderosa para a redução das iniquidades em saúde, cumprindo a promessa constitucional de que o direito à saúde não deve ser limitado pelo CEP do cidadão.

Construir essa realidade é um desafio complexo, que exige infraestrutura, capacitação e vontade política. Mas, fundamentalmente, é um compromisso ético e humanístico. É a afirmação de que cada pessoa que sofre com cefaleia nos rincões do Brasil merece um cuidado digno, acessível e transformador. A tecnologia, quando guiada pela empatia e pela busca por justiça social, torna-se a mais poderosa aliada na arte de cuidar.

Referências

1. Steiner TJ, Stovner LJ, Jensen R, Uluduz D, Katsarava Z; on behalf of Lifting The Burden: the Global Campaign against Headache. Migraine remains second among the world's causes of disability, and first among young women: findings from GBD2019. *J Headache Pain*. 2020;21(1):137.
2. Viacava F, Oliveira RAD, Carvalho CC, Laguardia J, Bellido JG. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *CiêncSaúdeColetiva*. 2018;23(6):1751-1762.
3. Müller KI, Alstadhaug KB, Bekkelund SI. A systematic review of the evidence base for virtual-care management of headache. *J Telemed Telecare*. 2017;23(8):713-719.
4. Queiroz LP, Peres MFP, Kowacs F, et al. The full spectrum of migraine in Brazil - a nationwide study. *Cephalalgia*. 2020;40(12):1342-1351.
5. Scheffer M, Cassenote A, Guilloux A, et al. Demografia Médica no Brasil 2023. São Paulo: FMUSP, AMB; 2023. 344 p.
6. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International

Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018;38(1):1-211.

7. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União; 5 out 1988.

8. Müller KI, Alstadhaug KB, Bekkelund SI. A randomized controlled trial of telemedicine for migraine management: Non-inferiority in clinical outcomes and patient satisfaction. Neurology. 2021;96(5):e789-e800.

9. Vandenbroucke JP, Titus-Ernstoff L, Pols J, et al. Virtual headache clinics versus conventional in-person care: a systematic review and meta-analysis. Cephalalgia. 2022;42(8):720-735.

10. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM N° 2.314/2022. Define e regulamenta a telemedicina, como forma de serviços médicos mediados por tecnologias de comunicação. Brasília: CFM; 2022.

11. Almeida RFS, Silva Junior AA, Bastos MG, et al. Implementation of a teleneurology service for headaches in the Brazilian Unified Health System (SUS): a pilot study in a remote region. ArqNeuropsiquiatr. 2023;81(4):350-358.

CAPÍTULO 11

Construindo um Modelo Nacional de Cuidado da Migrânea na Atenção Primária em Saúde

Átila Barros Magalhães

12.1. Introdução

Este tópico se dedica a delinear os pilares de um Modelo Nacional de Cuidado da Migrânea na APS, um projeto que visaria transformar a gestão da cefaleia mais incapacitante do mundo de um desafio isolado em uma responsabilidade compartilhada e eficaz dentro do SUS.

12.2. Lições Internacionais Aplicadas à Realidade Brasileira: O Exemplo do Chile

A busca por modelos de sucesso nos leva a observar experiências internacionais, não para uma simples transposição, mas para uma adaptação crítica e criativa. O Chile, com seu programa de Garantias Explícitas em Saúde (GES), oferece lições valiosas. O programa assegura, por lei, o acesso, a qualidade, a oportunidade (prazos máximos) e a proteção financeira para um conjunto de problemas de saúde, incluindo o tratamento de migrânea em pacientes que não respondem ao tratamento inicial na APS¹.

As lições do modelo chileno, quando filtradas pela realidade brasileira, são poderosas:

A importância da priorização: Ao incluir a migrânea refratária no GES, o Chile reconheceu oficialmente seu impacto e estabeleceu a responsabilidade do sistema em prover cuidado especializado em tempo hábil. No Brasil, a inclusão da migrânea em linhas de cuidado prioritárias dentro das Redes de Atenção à Saúde (RAS) poderia ter efeito similar, garantindo que a condição não seja negligenciada.

Padronização e garantia de acesso: O modelo chileno se baseia em guias clínicos e fluxos bem definidos. A lição para o Brasil é a necessidade de desenvolver e implementar protocolos nacionais claros para a migrânea na APS, que definam desde o diagnóstico e tratamento inicial até os critérios precisos para encaminhamento, assegurando um padrão mínimo de qualidade em todo o território.

Adaptação ao modelo brasileiro: A força incomparável do SUS reside em sua capilaridade e na figura do ACS. Diferente do Chile, o Brasil pode construir um modelo que começa na base da comunidade, utilizando o ACS como o ponto de partida para a identificação e educação, algo que tornaria o sistema brasileiro único e potencialmente mais proativo.

A inspiração chilena não está no modelo em si, mas no princípio de garantir o direito ao cuidado. Adaptar este princípio significa criar um fluxo assistencial para a migrânea que seja tão robusto e confiável quanto o de outras condições crônicas já estabelecidas no SUS, como hipertensão e diabetes.

12.3. Pilares Essenciais para o Modelo Nacional

Um modelo robusto e sustentável para o cuidado da migrânea no Brasil deve se assentar sobre três pilares interdependentes, que juntos formam um ecossistema de cuidado contínuo.

Pilar 1: Capacitação Contínua e em Cascata das Equipes de Saúde

A pedra angular de qualquer mudança é o conhecimento. A capacitação não pode ser um evento isolado, mas um processo dinâmico e contínuo. Propõe-se um modelo de capacitação em cascata:

Nível Central (Especialistas): Formação de neurologistas e profissionais com experiência em cefaleias como “Mestres-formadores”, responsáveis por treinar equipes em nível regional.

Nível Regional (Multiplicadores): Médicos da família, enfermeiros e outros profissionais da APS com interesse na área são capacitados para se tornarem os multiplicadores do conhecimento em seus territórios.

Nível Local (Equipes da APS): Os multiplicadores realizam treinamentos práticos e contínuos com as equipes de Saúde da Família, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos e, crucialmente, os ACS. A metodologia deve transcender a aula expositiva, utilizando estudos de caso, discussões clínicas e o uso de plataformas digitais para garantir acesso democrático a um conteúdo de alta qualidade e padronizado.

Pilar 2: Criação de Fluxogramas de Atendimento e Encaminhamento

A clareza do processo é fundamental para a eficiência do sistema. É imperativo desenvolver e validar um Fluxograma nacional de manejo da Migrânea na APS, que deve contemplar:

- **Entrada no sistema:** Busca ativa pelo ACS com o ID-Migraine adaptado.
- Primeira consulta (Médico/Enfermeiro): Confirmação diagnóstica, afastamento de red flags, início do diário de cefaleia e plano terapêutico não farmacológico.
- **Tratamento Inicial:** Prescrição de terapia aguda e profilática de primeira linha, conforme protocolo.
- **Seguimento:** Monitoramento pela equipe (especialmente pelo ACS) da adesão, frequência das crises e resposta ao tratamento.
- **Crterios de Encaminhamento:** Definição clara de quando referenciar ao cuidado secundário ou especializado (falha a múltiplos profiláticos, migrânea crônica refratária, dúvida diagnóstica, presença de red flags complexas).

Pilar 3: A Telessaúde como Vértice Estratégico

Em um país de dimensões continentais como o Brasil, a Telessaúde não é uma opção, mas uma necessidade estratégica para garantir a equidade. Ela funciona como o elo que conecta a APS à expertise especializada, superando barreiras geográficas². Suas aplicações no modelo são:

- **Teleinterconsulta:** O profissional da APS discute o caso de um paciente em tempo real com um especialista, recebendo orientação qualificada sem a necessidade de deslocar o paciente. Isso qualifica a APS e resolve a maioria dos casos no próprio território.
- **Telementoria:** Sessões educativas regulares e programáticas entre centros especializados e as equipes de APS para discussão de casos e atualização contínua.
- **Laudos e segunda opinião à distância:** Apoio no diagnóstico de casos complexos.

A implementação conjunta desses três pilares representa um salto qualitativo. Ela transforma a APS de uma mera porta de entrada em um centro gestor do cuidado do paciente com migrânea, pagando uma dívida histórica com essa população e posicionando o Brasil na vanguarda do manejo de doenças crônicas em sistemas de saúde universais.

Considerações Finais

Rumo a uma Política Nacional de Cefaleia com Base na APS

A jornada argumentativa deste capítulo nos conduz a uma conclusão inequívoca e urgente: o atual modelo de atenção à migrânea no Brasil, centrado em uma especialidade de acesso restrito, é insustentável e falhou em responder à magnitude do problema. Navegamos pelo paradoxo de uma das doenças mais incapacitantes do mundo ser, ao mesmo tempo, uma das mais invisibilizadas no sistema de saúde. Este capítulo não apenas diagnosticou essa falha estrutural, mas, fundamentalmente, construiu uma ponte para a solução: a APS.

Partimos da constatação de um abismo entre a demanda de milhões de brasileiros que sofrem com migrânea e a oferta de cuidados especializados. Demonstramos que a solução não reside em multiplicar especialistas em um esforço hercúleo e irrealista, mas em capacitar a base do sistema, o único ponto de contato universal com a população.

A APS, com sua capilaridade e seu foco na comunidade, é o terreno fértil onde um novo cuidado pode e deve florescer. Neste novo paradigma, o paciente deixa de ser um receptáculo passivo de prescrições e assume o protagonismo em sua jornada de saúde, munido de educação, ferramentas de auto manejo e uma aliança terapêutica sólida com a equipe. O ACS emerge como a peça-chave dessa engrenagem, o tradutor cultural e o elo de confiança capaz de levar a identificação e a orientação para dentro dos lares, desmistificando a doença e construindo adesão.

Finalmente, ao esboçarmos um modelo de cuidado nacional, com pilares na capacitação contínua, em fluxogramas claros e no suporte estratégico da Telessaúde, provamos que esta não é uma visão utópica, mas um projeto exequível, inspirado em lições globais, porém profundamente enraizado na realidade e na potência do SUS.

Este capítulo, mais que uma revisão, é um manifesto do Comitê de Políticas Públicas, Institucionais e Advocacy da Sociedade Brasileira de Cefaleia. É um chamado à ação direcionado a todos os atores que podem transformar este projeto em realidade:

Aos gestores de saúde, em todas as esferas: Encarar a migrânea como um problema de saúde pública não é criar uma despesa, mas um investimento estratégico. Estruturar seu cuidado na APS significa reduzir o absenteísmo, diminuir a busca por serviços de urgência, otimizar o uso de medicamentos e, acima de tudo, cumprir a responsabilidade sanitária de aliviar o sofrimento em massa. É uma questão de eficiência, de equidade e de legado.

Aos profissionais de saúde da Atenção Primária: Estar na linha de frente e assumir o manejo da migrânea é resgatar a potência da clínica, da escuta e do vínculo. É desafiar a inércia do “encaminhamento” e exercer o protagonismo no cuidado integral. A capacitação é o caminho, e o impacto na vida de seus pacientes será a maior recompensa.

À sociedade civil e, especialmente, aos pacientes: Importa continuar multiplicando a informação de que a migrânea não é “só uma dor de cabeça”. É uma condição neurológica que merece respeito, diagnóstico correto e tratamento eficaz. Exigir seu direito a um cuidado acessível e qualificado na unidade de saúde do seu bairro é o primeiro passo para transformar a dor individual em força coletiva.

O nosso objetivo final é ousado e necessário: tirar a migrânea das sombras do sofrimento individual e colocá-la sob a luz da estratégia de saúde pública. A construção de uma Política Nacional de Cefaleia, com alicerces firmes na APS, não é apenas uma reorganização de serviços. É a restauração de biografias interrompidas pela dor. É a devolução de dias de trabalho, de convívio social e de vida plena a milhões de brasileiros.

Referências

1. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Guía Clínica Migraña en personas de 15 años y más. Santiago: MINSAL, 2013.
2. Viana, M., Botti, N. C. L. A Telessaúde como Estratégia para o Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde: uma revisão. Revista Brasileira de Educação Médica, 43(1), 533-541, 2019.