

Cefaleia e enxaqueca

Cefaleia primária ou secundária, sinais de alerta que exigem imagem ou pronto-socorro, tratamento da crise de enxaqueca, uso excessivo de analgésicos e quando indicar profilaxia

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, Oxford, Cambridge e AEP · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), tratamento em casa e critérios para encaminhar ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais.

 [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento em casa
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

Cefaleia é queixa frequente no consultório e, na grande maioria das vezes, é primária (enxaqueca, cefaleia do tipo tensional) ou acompanha infecções virais comuns. O diagnóstico é clínico: anamnese detalhada (início, padrão, frequência, sintomas associados, uso de analgésicos), pressão arterial, fundo de olho e exame neurológico completo. Com exame normal e sem sinais de alerta, a neuroimagem não é necessária. Sinais de alerta — cefaleia súbita e explosiva, progressiva, que acorda a criança ou surge ao despertar com vômitos, piora com tosse ou esforço, localização occipital persistente, mudança de padrão, idade menor que 6 anos, febre com rigidez de nuca, papiledema, déficit focal, ataxia, alteração de consciência, trauma, imunodepressão ou derivação ventricular — exigem investigação e, nos quadros agudos, pronto-socorro (●). A crise de enxaqueca é tratada em casa (●) com analgésico precoce: **ibuprofeno 10 mg/kg** ou **paracetamol 15 mg/kg**, repouso em ambiente escuro e hidratação; nos adolescentes, triptanos (rizatriptana a partir de 6 anos pelo FDA; spray nasal preferido dos 12 aos 17 anos pelo NICE). Analgésicos devem ser limitados a até 14 dias por mês, e triptanos a até 9 dias por mês. Crises frequentes ou incapacitantes indicam profilaxia, idealmente com neuropediatra.

Veja também, nesta Biblioteca: **Classificação de risco em pediatria; Síncope na Criança e no Adolescente** (Urgências e Emergências).

1. O que é e como se apresenta

- **Primárias:** a cefaleia é a própria doença.
 - **Enxaqueca sem aura:** crises de 2 a 72 horas (na criança podem durar menos), pulsátil ou em pressão, frequentemente **bilateral (frontal ou temporal) na criança**, moderada a intensa, piora com atividade, com náuseas, vômitos, fotofobia ou fonofobia (às vezes inferidas pelo comportamento). Forte história familiar.
 - **Enxaqueca com aura:** sintomas visuais, sensitivos ou de linguagem reversíveis, de 5 a 60 minutos, antes ou durante a dor.
 - **Síndromes episódicas associadas:** vômitos cíclicos, enxaqueca abdominal, vertigem paroxística benigna e torcicolo paroxístico benigno do lactente.
 - **Cefaleia do tipo tensional:** bilateral, em aperto, leve a moderada, sem piora com esforço, sem vômitos.
- **Secundárias:** infecção viral febril e sinusite são as causas mais comuns; trauma craniano; hipertensão arterial; intoxicação por monóxido de carbono (vários moradores com cefaleia);

meningite e encefalite; tumor cerebral; hidrocefalia e disfunção de derivação; hipertensão intracraniana idiopática; hemorragia; cefaleia por uso excessivo de medicamentos.

- **Padrão temporal:** agudo, agudo recorrente (enxaqueca), crônico progressivo (o mais preocupante) e crônico não progressivo.
- **Epidemiologia:** a enxaqueca aumenta com a idade e na adolescência predomina no sexo feminino; em menores de 6 anos a cefaleia é menos frequente e merece mais atenção.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Cefaleia com padrão primário típico (enxaqueca ou tensional) ou acompanhando infecção viral; exame neurológico, fundo de olho e pressão arterial normais; sem sinais de alerta; responde ao analgésico	Tratamento em casa; diário de cefaleia; orientação sobre sono, hidratação, refeições e telas; retorno programado
● Moderada	Crise que não cede ao analgésico oral em casa, com vômitos que impedem a medicação mas sem desidratação importante; cefaleia frequente (≥ 4 crises/mês) ou incapacitante (faltas escolares); suspeita de uso excessivo de analgésicos; sinais de alerta não agudos (menor de 6 anos, occipital persistente, mudança de padrão) com exame normal	Medicação na consulta ou no PS (analgésico, antiemético); reavaliação em 24–48 h; neuroimagem eletiva (RM) quando indicada; encaminhar ao neuropediatra para diagnóstico e profilaxia
● Grave	Cefaleia súbita e explosiva ("a pior da vida"); febre com rigidez de nuca, petéquias ou toxemia; alteração de consciência, confusão, convulsão; déficit neurológico focal, ataxia, diplopia, paralisia de nervo craniano; papiledema; vômitos em jato com piora progressiva; após trauma craniano; hipertensão arterial grave; portador de derivação ventricular; imunodeprimido; suspeita de intoxicação por monóxido de carbono; crise de enxaqueca refratária > 72 h	Encaminhar ao pronto-socorro para neuroimagem urgente, punção lombar quando indicada e tratamento; ver "Como encaminhar"

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Idade menor que 6 anos (dificuldade de descrever a dor; maior proporção de causas secundárias).
- Doenças prévias: derivação ventricular, neurofibromatose e outras síndromes neurocutâneas, câncer, imunodeficiência, doença falciforme, trombofilia, cardiopatia cianogênica.
- Uso de anticoncepcional hormonal, corticoide, tetraciclina ou isotretinoína (hipertensão intracraniana idiopática).
- Obesidade (hipertensão intracraniana idiopática).

- Contexto social: violência, bullying, sobrecarga escolar, suspeita de maus-tratos (trauma não relatado).

3. Diagnóstico no consultório

Anamnese dirigida. Início, padrão (estável, progressivo, mudança recente), horário, localização, frequência, sintomas associados, fatores de piora, analgésicos (em quantos dias do mês), sono, telas, cafeína, escola, humor e história familiar.

Exame físico obrigatório: pressão arterial (tabela por percentil), perímetro cefálico nos menores, pele (manchas café com leite, petéquias), otoscopia e seios da face, dentes, **fundo de olho** (papiledema), exame neurológico com nervos cranianos, coordenação, marcha, força e reflexos, e sinais meníngeos. Acuidade visual pode ser checada, mas erro de refração raramente explica cefaleia recorrente.

Sinais de alerta (indicam investigação):

- Cefaleia súbita e muito intensa, ou a "pior da vida".
- Cefaleia progressiva em frequência e intensidade, ou mudança recente de padrão.
- Dor que acorda a criança ou surge ao despertar, especialmente com vômitos matinais.
- Piora com tosse, espirro, evacuação (Valsalva) ou ao deitar.
- Localização occipital persistente e sempre do mesmo lado (a enxaqueca costuma alternar ou ser bilateral).
- Idade menor que 6 anos.
- Sintomas sistêmicos: febre, perda de peso, exantema, rigidez de nuca.
- Exame alterado: papiledema, déficit focal, ataxia, alteração de nervos cranianos, alteração de consciência ou comportamento, aumento do perímetro cefálico.
- Aura atípica (prolongada, motora ou que não reverte).
- Fatores de risco: derivação ventricular, imunodepressão, câncer, trombofilia, síndrome neurocutânea, trauma recente.

Neuroimagem. Não é indicada na cefaleia recorrente com exame neurológico normal e sem sinais de alerta (AEP, AAN). Com sinais de alerta subagudos e criança estável, preferir **RM de crânio** eletiva, sem radiação; a **tomografia** fica para a urgência (trauma, suspeita de hemorragia, hipertensão intracraniana aguda, criança grave). EEG não é exame de rotina na cefaleia.

Outros exames: só conforme suspeita (carboxi-hemoglobina no monóxido de carbono; punção lombar no hospital, após imagem quando indicada).

Diagnóstico diferencial que não pode passar: meningite e encefalite; tumor de fossa posterior (cefaleia matinal, vômitos, ataxia); hidrocefalia e disfunção de derivação; hematoma

pós-trauma; hipertensão arterial; hipertensão intracraniana idiopática (adolescente obesa, papiledema, visão turva); trombose venosa cerebral; intoxicação por monóxido de carbono; cefaleia por uso excessivo de analgésicos.

4. Tratamento em casa

Princípios da crise (AAN/AHS 2019): tratar **cedo**, no início da dor; dose adequada ao peso; repouso em local escuro e silencioso; hidratação; sono costuma encerrar a crise.

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Ibuprofeno (1ª escolha)	10 mg/kg/dose (AAN/AHS 2019)	6–8 h	Durante a crise	A partir de 6 meses; máx. 40 mg/kg/dia (bula); evitar na suspeita de dengue, desidratação ou varicela
Paracetamol	15 mg/kg/dose (faixa SBP 10–15 mg/kg)	4–6 h (máx. 5 doses/dia)	Durante a crise	Máx. 75 mg/kg/dia, nunca > 4 g/dia; ver alerta de efeito cumulativo abaixo
Dipirona	10–12 mg/kg/dose	6 h (máx. 4 doses/dia)	Durante a crise	Uso corrente no Brasil; não usar < 3 meses ou < 5 kg; "1 gota/kg" leva a superdosagem
Rizatriptana (comprimido orodispersível)	< 40 kg: 5 mg; ≥ 40 kg: 10 mg (bula FDA, 6–17 anos)	Dose única na crise	—	Único triptano aprovado pelo FDA a partir de 6 anos; no Brasil, conferir a bula (uso pediátrico pode ser fora da bula)
Sumatriptana spray nasal	10 mg (7–11 anos) ou 20 mg (≥ 12 anos) (AEP 2022)	Dose única na crise	—	NICE: dos 12 aos 17 anos, preferir triptano nasal; FDA aprova zolmitriptana nasal, almotriptana e sumatriptana-naproxeno a partir de 12 anos
Ondansetrona (comprimido dispersível)	6 meses a 2 anos 2 mg; 2–10 anos (até 30 kg) 4 mg; > 10 anos (> 30 kg) 8 mg	Dose única	—	Náuseas e vômitos proeminentes (a AAN/AHS recomenda oferecer antiemético); evitar se QT longo

Paracetamol. Atenção ao efeito cumulativo: o uso repetido por 48–72 h, especialmente em doses no limite máximo, em criança desidratada, desnutrida, com jejum prolongado ou somando mais de um produto com paracetamol, aumenta o risco de hepatotoxicidade — não ultrapassar a dose diária, não usar por mais de 48–72 h sem reavaliação médica e conferir outros medicamentos que contenham paracetamol.

- **Triptanos:** se o primeiro falhar, tentar outro; pode-se associar anti-inflamatório ao triptano quando a resposta é parcial (AAN/AHS). Contraindicados em doença vascular isquêmica, síndrome de pré-excitação e aura hemiplégica ou de tronco (encaminhar).
- **Não alternar antitérmicos/analgésicos** para "somar efeito".
- **Não usar:** opioides e codeína (sem evidência na enxaqueca pediátrica, com riscos; o NICE também os contraindica na cefaleia tensional); ácido acetilsalicílico abaixo de 16 anos (síndrome de Reye; NICE); associações com cafeína, ergotamínicos e relaxantes musculares em crianças.
- **Evitar a cefaleia por uso excessivo de medicamentos (AAN/AHS 2019):** ibuprofeno ou paracetamol em **no máximo 14 dias por mês** e triptanos em **no máximo 9 dias por mês**. Se já houver uso excessivo por mais de 3 meses, suspender o analgésico (o NICE orienta retirada abrupta, avisando que a dor piora transitoriamente) e encaminhar.
- **Medidas não farmacológicas:** diário de cefaleia; sono e refeições regulares; hidratação; atividade física; sem telas 1–2 h antes de dormir (SBP); controle do peso; evitar cafeína e energéticos; abordar ansiedade, bullying e estresse escolar.

Profilaxia — quando pensar e encaminhar. Considerar quando as crises são frequentes (por exemplo, mais de 4 por mês ou mais de 1 por semana, AEP), incapacitantes (faltas escolares) ou há uso excessivo de analgésicos (AAN/AHS 2019). A resposta ao placebo é alta (30–61% com redução $\geq 50\%$), por isso hábitos e diário vêm antes. As opções estudadas incluem **amitriptilina associada à terapia cognitivo-comportamental, topiramato e propranolol** (AAN/AHS), além de **flunarizina** e cipro-heptadina usadas na prática (AEP, SBP). A escolha, a dose e a titulação cabem ao neuropediatra ou ao pediatra experiente; topiramato e valproato são teratogênicos e exigem aconselhamento na adolescente, e a amitriptilina tem alerta de risco de suicídio em jovens. Reavaliar após 4–6 meses de controle para suspensão.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Qualquer sinal  da tabela: cefaleia súbita e explosiva, febre com sinais meníngeos, alteração de consciência, convulsão, déficit focal, ataxia, papiledema, vômitos em jato com piora progressiva.
- Cefaleia após trauma craniano com vômitos repetidos, sonolência ou perda de consciência.
- Portador de derivação ventricular com cefaleia, vômitos ou sonolência.
- Hipertensão arterial grave.
- Suspeita de intoxicação por monóxido de carbono (vários moradores com cefaleia, aquecedor a gás).
- Crise de enxaqueca que não cede com o tratamento oral e com vômitos incoercíveis ou desidratação; estado de mal enxaquecoso (> 72 h).
- Aura atípica, prolongada ou motora na primeira crise.

Como encaminhar

1. Avaliar via aérea, respiração, circulação e nível de consciência; glicemia capilar se houver alteração de consciência.
2. Posição lateral de segurança se houver vômitos ou rebaixamento; oxigênio se houver desconforto ou convulsão.
3. Analgesia se a criança estiver consciente e sem suspeita de lesão cirúrgica; não dar nada por via oral se houver rebaixamento.
4. Na suspeita de meningite bacteriana com demora no transporte, seguir o protocolo do serviço de destino (contato prévio).
5. Acionar o SAMU (192) nos quadros com alteração neurológica; contatar o serviço de destino com neuroimagem disponível; relatório com medicamentos, pressão arterial e achados do exame.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "Dê o remédio logo no começo da dor, na dose certa para o peso; esperar a dor piorar reduz o efeito."
- "Anote no diário: dia, horário, duração, o que a criança estava fazendo, o que tomou. Traga na consulta."
- "Não dê analgésico em mais de 2 a 3 dias por semana; o uso frequente causa mais dor de cabeça."
- "Sono regular, refeições nos horários, água, atividade física e menos telas à noite ajudam a reduzir as crises."
- Retorno em 4–8 semanas com o diário; antes, se as crises ficarem mais frequentes ou intensas.
- Ir ao pronto-socorro se: dor de cabeça muito forte e súbita; dor com febre e pescoço duro ou manchas roxas na pele; sonolência excessiva, confusão ou convulsão; fraqueza, formigamento ou dificuldade para falar que não passam; visão dupla ou andar cambaleante; vômitos em jato repetidos; dor após pancada na cabeça; criança com válvula (derivação) com dor de cabeça e vômitos.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP / MS	AAP	NICE	OXFORD / CAMBRIDGE	AEP
Diagnóstico	Clínico; imagem só se houver sinais e sintomas que a justifiquem (SBP, Residência Pediátrica 2018)	Sem diretriz própria; adota AAN/AHS 2019: diagnóstico específico da cefaleia orienta o tratamento	CG150: sinais de alerta (febre com piora, pico em 5 min, déficit novo, alteração cognitiva ou de consciência, trauma, mudança substancial das características)	Segue o NICE	Sinais de alerta para imagem: progressiva, Valsalva, despertar noturno, mudança de padrão, sintomas sistêmicos, exame alterado (2022)
Crise de enxaqueca	Paracetamol, dipirona e ibuprofeno são os mais usados	Ibuprofeno 10 mg/kg como opção inicial; paracetamol eficaz	Analgésico simples; em 12–17 anos, triptano nasal preferível ao oral	Segue o NICE	Ibuprofeno 10 mg/kg; paracetamol 10–15 mg/kg
Triptanos	Conforme bula brasileira	Rizatriptana 6–17 anos; almotriptana, sumatriptana-naproxeno e zolmitriptana nasal ≥ 12 anos	Nasal preferível dos 12 aos 17 anos	Segue o NICE	A partir de 6 anos; sumatriptana nasal 10–20 mg
Uso excessivo	Evitar automedicação	Analgésico ≤ 14 dias/mês; triptano ≤ 9 dias/mês	Suspeitar após ≥ 3 meses de uso frequente; retirada abrupta	Segue o NICE	Analgésico até 3 vezes por semana
Opioides	Não recomendados	Sem evidência	Não oferecer (tensional e enxaqueca)	Segue o NICE	Não indicados
Profilaxia	Se houver impacto importante na qualidade de vida	Frequência ou incapacidade; amitriptilina + TCC, topiramato, propranolol; alta resposta ao placebo	Topiramato ou propranolol; acupuntura como opção (adultos)	Segue o NICE	> 4 crises/mês ou PedMIDAS > 30; flunarizina, topiramato, propranolol, amitriptilina

Leitura: há convergência em quatro pontos: diagnóstico clínico com exame neurológico completo, neuroimagem apenas diante de sinais de alerta, ibuprofeno como primeira escolha na crise e contra indicação de opioides. As diferenças são práticas: a AAN/AHS define limites numéricos para evitar o uso excessivo e lista os triptanos pelas idades aprovadas pelo FDA, enquanto o NICE prefere a via nasal dos 12 aos 17 anos e a AEP admite triptano a partir de 6 anos. A dipirona, usada rotineiramente no Brasil, não aparece nas diretrizes americana e britânica. Na profilaxia, a AAN/AHS destaca a alta resposta ao placebo e a combinação de amitriptilina com terapia cognitivo-comportamental; a AEP mantém a flunarizina como opção. A SBP não tem diretriz específica recente, e o NICE CG150 vale para maiores de 12 anos.

PONTOS PRÁTICOS

1. Toda criança com cefaleia precisa de pressão arterial, fundo de olho e exame neurológico completo — é isso que separa a cefaleia primária da secundária.
2. Cefaleia que acorda, vômitos matinais, piora progressiva, occipital persistente, idade menor que 6 anos ou exame alterado: investigar (RM eletiva; tomografia e pronto-socorro se agudo ou grave).
3. Na crise: analgésico cedo e na dose certa — ibuprofeno 10 mg/kg ou paracetamol 15 mg/kg.
4. Analgésico em no máximo 14 dias por mês e triptano em no máximo 9; uso excessivo mantém a cefaleia.
5. Não usar opioides, codeína nem ácido acetilsalicílico abaixo de 16 anos.
6. Crises frequentes ou incapacitantes: diário, hábitos e encaminhamento para profilaxia.

8. Fontes

- American Academy of Neurology / American Headache Society. Acute Treatment of Migraine in Children and Adolescents — practice guideline update (Oskoui et al.), 2019. aan.com
- American Academy of Neurology / American Headache Society. Pharmacologic Treatment for Pediatric Migraine Prevention, 2019. aan.com
- American Headache Society. Research summary — Acute treatment of migraine in children and adolescents. americanheadachesociety.org
- NICE. CG150 — Headaches in over 12s: diagnosis and management, 2012, atualizado. nice.org.uk
- AEP. Protocolos diagnósticos y terapéuticos — Cefalea en el niño y el adolescente (Álvarez et al.), 2022. [PDF](#)

- Sociedade Brasileira de Pediatria. Residência Pediátrica — Apresentação clínica das cefaleias primárias na infância e adolescência, 2018. residenciapediatria.com.br
- Oxford Handbook of Paediatrics, 3ª ed., 2021 (obra de referência).

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP

(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.