



A enxaqueca é uma doença neurológica crônica e por vezes recorrente, resultante de um estado de hiperexcitabilidade neuronal e desregulação das vias sensoriais. Esse desequilíbrio leva a uma maior sensibilidade na integração de estímulos externos (como luz, sons, odores) e internos (emoções, alterações hormonais), culminando em crises de cefaleia. Durante os episódios, há ativação do sistema trigeminovascular e liberação de mediadores inflamatórios neurogênicos, que perpetuam a dor e os sintomas associados.

I. ASSISTENCIAL

1. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

1.1 História Clínica

O diagnóstico da enxaqueca é clínico e baseia-se nas características da dor, conforme os critérios da Classificação Internacional das Cefaleias (ICHD-3). Cerca de 20% dos pacientes apresentam aura, definida como um fenômeno neurológico transitório, geralmente reversível em até 60 minutos, que pode incluir alterações visuais, sensitivas, motoras ou de linguagem, precedendo ou acompanhando a cefaleia. A forma mais comum é a aura visual, frequentemente descrita como espectros de fortificação (fenômenos positivos) ou escotomas (fenômenos negativos). Esses sintomas refletem uma alteração progressiva da atividade cortical, seguida por oligoemia.

1.2 Critérios Diagnósticos

Enxaqueca sem Aura

- A. Histórico de ao menos 5 episódios preenchendo critérios de B-D
- B. Episódios de cefaleia com duração de **4 a 72h**, se não tratado, ou tratado de forma ineficaz
- C. Ao menos **2** das seguintes características:
 - 1. Localização **Unilateral**
 - 2. Caráter **Pulsátil**
 - 3. Intensidade **moderada a forte**
 - 4. **Exacerbada** por ou levando ao paciente a evitar **esforços** físicos rotineiros (por exemplo: caminhar ou subir escadas)
- D. Durante a cefaleia, existe **pelo menos um** dos sintomas ou sinais seguintes:
 - 1. Náusea e/ou vômito
 - 2. Fotofobia e fonofobia
- E. Não melhor explicada por outro diagnóstico da ICHD-3.

Enxaqueca com Aura

- A. Ao menos duas crises preenchendo os **critérios B e C**
- B. **Um ou mais** dos seguintes sintomas de aura plenamente reversíveis:
 - 1. visual
 - 2. sensorial
 - 3. fala e/ou linguagem
 - 4. motor
 - 5. tronco cerebral
 - 6. retiniano
- C. **Ao menos três** das seis seguintes características:
 - 1. ao menos um sintoma de aura alastra-se gradualmente por ≥ 5 minutos
 - 2. dois ou mais sintomas de aura ocorrem em sucessão
 - 3. cada sintoma de aura individual dura 5-60 minutos
 - 4. ao menos um sintoma de aura é unilateral
 - 5. ao menos um sintoma de aura é positivo
 - 6. a aura é acompanhada, ou seguida dentro de 60 minutos, por cefaleia
- D. Não melhor explicada por outro diagnóstico da ICHD-3.

CrITÉrios DiagnÓsticos

- A. HistÓrico de ao menos 5 episÓdios preenchendo critÉrios de B-D
- B. EpisÓdios de cefaleia com duração de **4 a 72h**, se não tratado, ou tratado de forma ineficaz
- C. Ao menos **2** das seguintes caracterÍsticas:
 1. Bilateral
 2. Pulsátil
 3. Intensidade moderada a forte
 4. Exacerbada por ou levando ao paciente a evitar esforços fÍsicos rotineiros
- D. Ao menos **um** dos seguintes:
 1. Náusea e/ou vômito
 2. Fotofobia e fonofobia

1.2 TRATAMENTO DE FASE AGUDA NO PRONTO-SOCORRO

Etapa 1:

- **Sumatriptano 6mg SC**

Nota 1, 4

Reavaliar após 1hr, se refratário:

Etapa 2:

- **Cetorolaco Trometamol 30mg EV**
- **Repetir etapa 1 se não contraindicado** (não passar dose máxima de triptanos ao dia)

Nota 2, 4

Reavaliar após 1hr, se refratário:

Etapa 3

- **Dipirona 1g + Metoclopramida 10mg* + Dexametasona 10mg**

*Alternativa: Ondansetrona 8mg

Nota 3, 5 e 6

Reavaliar após 1hr, se refratário:

Etapa 4

- **Droperidol 2,5mg EV**
- **ou Clorpromazina 25mg IM**

Nota 3, 5 e 6

Se **refratário**:

- Avaliação Neurologia
- Bloqueio de GON (+/- LON)

Notas

Nota 1: checar dose máxima de triptano/dia, ou se contraindicado ir a Etapa 2/3/4

Nota 2: checar dose máxima de AINE/dia, ou se contraindicado ir a Etapa 3/4

Nota 3 : considerar associar difenidramina para evitar efeitos extrapiramidais, se contraindicado ir a Etapa 4

Nota 4: se paciente apresentar náusea/vômitos, associar antiemÉticos e hidratação endovenosa (metoclopramida, ondansetrona)

Nota 5: realizar expansão volmica em caso de administração de medicamentos que possam cursar com hipotensão (Metoclopramida, Clorpromazina, Droperidol)

Nota 6: em pacientes com histÓrico de reação extrapiramidal, associar administração de Difenidramina 12,5mg EV

Orientações para alta domiciliar:

1. Receituário:

Na crise, utilizar um dos seguintes: Naratriptana 2,5mg, Sumatriptano 50mg, Rizatriptano 10mg, Zolmitriptano 2,5mg ou Eletriptana 20mg; se necessário, associar Naproxeno 550mg ou Cetorolaco Trometamol 10mg ao triptano.

2. Mudanças de estilo de vida

3. **Encaminhar todos para seguimento com Neurologia**

4. Entregar formulário de orientações e consentimento

2. TRATAMENTO

2. 1. TRATAMENTO INICIAL AMBULATORIAL

O tratamento deve ser **instituído precocemente**, preferencialmente na primeira hora da crise, de acordo com os critérios da ICHD-3. **Crises leves**: analgésicos simples (dipirona 1000 mg) ou AINEs (ibuprofeno 400–600 mg, naproxeno 500–750 mg, cetorolaco trometamol 10mg). **Crises moderadas a graves** ou refratárias a analgésicos: triptanos (sumatriptano, rizatriptano, eletriptano, zolmitriptano, naratriptano), administrados o mais precocemente possível após o início da cefaleia.

Em pacientes com náuseas/vômitos, associar antiemético (metoclopramida 10 mg VO/IV, domperidona 10 mg VO, ou ondansetrona 8 mg VO/IV). Evitar opioides e derivados do ergot (exceto em situações excepcionais e refratárias).

Anexos 1 e 2 como Tabela

Classe / Fármaco	Dose usual	Posologia	Observações
Analgésicos simples			Primeira escolha em crises leves; melhor eficácia se administrados precocemente
Dipirona	1000mg	VO, dose única	Evitar >4g/dia
Paracetamol	1000 mg	VO, dose única	Útil em gestantes; evitar >3 g/dia em uso frequente
Ácido acetilsalicílico	500–1000 mg	VO, dose única	Pode associar a metoclopramida; risco GI
AINEs			Primeira escolha em crises leves a moderadas
Ibuprofeno	400–600 mg	VO, dose única	Boa evidência; evitar em alto risco GI/renal
Naproxeno	250-550 mg	VO, dose única	Meia-vida longa, útil em recorrência
Diclofenaco	50–100 mg	VO/EV	Uso ambulatorial e hospitalar
Cetoprofeno	50–150 mg	VO/EV	Opção alternativa
Cetorolaco Trometamol	10-20 mg	SL/EV (30mg)	Rápida absorção
Triptanos			Primeira linha em crises moderadas a graves; usar precocemente na fase da dor
Sumatriptano	50–100 mg VO / 3-6 mg SC / spray nasal 10-20 mg	Dose única, pode repetir após 2h (máx. 200 mg VO/dia ou 12 mg SC/dia)	Maior evidência; SC para crises rápidas/intensas
Rizatriptano	5-10 mg	VO, dose única, pode repetir após 2h (máx. 30 mg/dia)	Melhor eficácia que sumatriptano VO em alguns estudos
Eletriptano	40 mg	VO, dose única, pode repetir após 2h (máx. 80 mg/dia)	Boa eficácia, menor recorrência
Zolmitriptano	2,5–5 mg	VO ou spray nasal, pode repetir após 2h (máx. 10 mg/dia)	Boa opção intranasal (não disponível no Brasil)
Naratriptano	2,5 mg	VO, dose única (máx. 5 mg/dia)	Início mais lento; indicado em crises de longa duração

2. 1. TRATAMENTO INICIAL AMBULATORIAL ANEXO 2

Novas terapias			Opções em não respondedores ou contra-indicação a triptanos
Rimegepant (gepant)	75 mg	VO, dose única	Pode também ser usado em prevenção (dose em dias alternados)
Antieméticos			Associar se náusea/vômito, melhora absorção de VO
Metoclopramida	10 mg	VO/EV/IM	Primeira escolha; pode ser usada isolada no PS
Domperidona	10 mg	VO	Evitar em QT prolongado
Ondansetrona	8 mg	VO/EV	Boa tolerabilidade, menos eficaz para dor

2.2. TRATAMENTO DE FASE AGUDA NO PRONTO-SOCORRO

Indicado em crises refratárias a tratamento ambulatorial ou em status migranoso (>72h de duração).

Opções endovenosas:

- AINEs/analgésicos (cetoprofeno, ceterolaco, dipirona).
- Antidopaminérgicos (metoclopramida, droperidol, clorpromazina) com ou sem hidratação.
- **Triptanos**: sumatriptano SC (6 mg), especialmente em crises de início rápido ou refratárias ao VO.
- **Outras opções adjuvantes**: dexametasona IV (para reduzir recorrência), valproato IV, magnésio IV.
- **Bloqueios de nervo occipital** podem ser considerados em crises refratárias, especialmente com dor occipital à palpação.
- Evitar opióides, devido ao risco de cronificação.

3. ENXAQUECA

Critérios Diagnósticos

- A.** Histórico de ao menos 5 episódios preenchendo critérios de B-D
- B.** Episódios de cefaleia com duração de **4 a 72h**, se não tratado, ou tratado de forma ineficaz
- C.** Ao menos **2** das seguintes características:
1. Bilateral
 2. Pulsátil
 3. Intensidade moderada a forte
 4. Exacerbada por ou levando ao paciente a evitar esforços físicos rotineiros
- D.** Ao menos **um** dos seguintes:
1. Náusea e/ou vômito
 2. Fotofobia e fonofobia

3.1 TRATAMENTO DE FASE AGUDA NO PRONTO-SOCORRO

Etapa 1:

- **Sumatriptano 6mg SC**

Nota 1, 4

Reavaliar após 1hr, se refratário:

Etapa 2:

- **Cetorolaco Trometamol 30mg EV**
- **Repetir etapa 1 se não contra-indicado** (não passar dose máxima de triptanos ao dia)

Nota 2, 4

Reavaliar após 1hr, se refratário:

Etapa 3

- **Dipirona 1g + Metoclopramida 10mg* + Dexametasona 10mg**

*Alternativa: Ondansetrona 8mg

Nota 3, 5 e 6

Reavaliar após 1hr, se refratário:

Etapa 4

- **Droperidol 2,5mg EV**
 - **ou Clorpromazina 25mg IM**
- Nota 3, 5 e 6

Se **refratário**:

- Avaliação Neurologia
- Bloqueio de GON (+/- LON)

Notas

Nota 1: checar dose máxima de triptano/dia, ou se contra-indicado ir a Etapa 2/3/4

Nota 2: checar dose máxima de AINE/dia, ou se contra-indicado ir a Etapa 3/4

Nota 3 : considerar associar difenidramina para evitar efeitos extrapiramidais, se contra-indicado ir a Etapa 4

Nota 4: se paciente apresentar náusea/vômitos, associar antieméticos e hidratação endovenosa (metoclopramida, ondansetrona)

Nota 5: realizar expansão volêmica em caso de administração de medicamentos que possam cursar com hipotensão (Metoclopramida, Clorpromazina, Droperidol)

Nota 6: em pacientes com histórico de reação extrapiramidal, associar administração de Difenidramina 12,5mg EV

Orientações para alta domiciliar:

1. Receituário:

Na crise, utilizar um dos seguintes: Naratriptana 2,5mg, Sumatriptano 50mg, Rizatriptano 10mg, Zolmitriptano 2,5mg ou Eletriptana 20mg; se necessário, associar Naproxeno 550mg ou Cetorolaco Trometamol 10mg ao triptano.

2. Mudanças de estilo de vida

3. Encaminhar todos para seguimento com Neurologia

4. Entregar formulário de orientações e consentimento

4. TRATAMENTO

4.1 TRATAMENTO PREVENTIVO DA ENXAQUECA

Indicado em:

- ≥ 4 dias de cefaleia/mês,
- Crises graves e incapacitantes,
- Uso frequente de medicação aguda,
- Falha do tratamento agudo.

Primeira linha (evidência classe A):

Anticorpos monoclonais anti-CGRP/anti-receptor (erenumabe, fremanezumabe, galcanezumabe, eptinezumabe), OnabotulinumtoxinA (Protocolo PREEMPT – indicado para enxaqueca crônica).
Topiramato, ácido valpróico, propranolol, metoprolol, atenolol, amitriptilina, flunarizina.

Opções adicionais: venlafaxina, candesartana, lisinopril.

A escolha deve considerar perfil clínico, comorbidades e contra-indicações.

4.2 DURAÇÃO DO TRATAMENTO PREVENTIVO

- A avaliação inicial da resposta deve ocorrer em 2–3 meses.
- Considerar eficaz se houver **redução $\geq 50\%$** na frequência das crises.
- O tratamento deve ser mantido por pelo menos **6–12 meses** antes de considerar retirada gradual.
- A interrupção deve ser feita de forma lenta, monitorando risco de recorrência.

4.3 INDICAÇÃO DE EXAMES DE CONTROLE DURANTE O TRATAMENTO

Não há necessidade de exames

2. TRATAMENTO

2.3. TRATAMENTO PREVENTIVO DA ENXAQUECA

ANEXO 1

Classe / Fármaco	Dose usual	Posologia	Observações
Betabloqueadores			Primeira linha; evitar em asma, bradicardia, hipotensão
Propranolol	80–240 mg/dia	VO, dividido 2–3x/dia	Mais estudado
Metoprolol	25–200 mg/dia	VO, 1–2x/dia	Alternativa eficaz
Atenolol	50–200 mg/dia	VO, 1–2x/dia	Menor evidência
Antiepilépticos			Primeira linha; cuidado em mulheres em idade fértil (valproato contraindicado)
Topiramato	25–200 mg/dia	VO, 1–2x/dia	Evidência robusta; atenção a efeitos cognitivos
Ácido valpróico/divalproato	400–2000 mg/dia	VO, dividido 2–3x/dia	Contraindicado em gestantes e mulheres em idade fértil sem contracepção
Antidepressivos			Úteis em comorbidades (insônia, ansiedade, depressão, dor crônica)
Amitriptilina	10–150 mg/dia	VO, à noite	Sedação e ganho ponderal
Venlafaxina XR	37.5–300 mg/dia	VO, 1x/dia	Boa opção em depressão/ansiedade
Anticorpos monoclonais anti-CGRP/receptor			Primeira linha em refratários; alta eficácia e segurança
Erenumabe	70–140 mg SC	Mensal	Receptor CGRP
Fremanezumabe	225 mg SC	Mensal ou 675 mg trimestral	Ligante CGRP
Galcanezumabe	120 mg SC	Mensal (dose ataque 240 mg)	Ligante CGRP
Eptinezumabe	100–300 mg IV	Infusão a cada 12 sem.	Ligante CGRP
Onabotulinumtoxina	155–195 U	Injeções em 31–39 pontos a cada 12 sem.	Apenas em enxaqueca crônica (≥15 dias/mês)

3. INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO E ALOCAÇÃO ADEQUADA

Durante atendimento em Pronto Atendimento, priorizar manter paciente em leito de medicação com pouca exposição à estímulos luminoso e sonoro.

O paciente deverá ser encaminhado para internação se:

- presença de sinais de alarme (principalmente mudança no padrão da dor, dor refratária de início ao esforço, mudanças posicionais, sintomas sistêmicos ou sintoma neurológico focal);
- crises de dor refratárias à analgesia, intensas, com duração superior a 72h (exceto em casos de Enxaqueca Crônica).

O objetivo da internação é descartar causas secundárias de dor e fazer manejo de dor da fase aguda.

A orientação é não internar pacientes com Enxaqueca Crônica, sem mudanças no padrão de dor, uma vez que as opções para manejo são insatisfatórias.

Critérios para internação em Unidade de Terapia Intensiva

Não há indicação para internação em UTI em casos de Enxaqueca, em que foram excluídas causas secundárias.

4. ALTA HOSPITALAR

Orientações para alta domiciliar:

1. Receituário:

Na crise, utilizar um dos seguintes: Naratriptana 2,5mg, Sumatriptano 50mg, Rizatriptano 10mg, Zolmitriptano 2,5mg ou Eletriptana 20mg; se necessário, associar Naproxeno 550mg ou Cetorolaco Trometamol 10mg ao triptano.

2. Mudanças de estilo de vida

3. Encaminhar todos para seguimento com Neurologia

4. Entregar formulário de orientações e consentimento

II. INDICADORES DE QUALIDADE

- Alta hospitalar do pronto atendimento em paciente sem dor (EVA 0);
- Não prescrição de opióides em quadros de cefaleias primárias;
- Taxa de internação de cefaleias primárias;
- Taxa de solicitação de tomografia de crânio em pronto atendimento;
- Taxa de conversão de pacientes para atendimento ambulatorial;
- Indicador de performance - tempo de permanência no pronto atendimento;
- Número de eventos adversos graves por mês relacionados ao não diagnóstico de cefaleias secundárias;
- Número de eventos adversos graves relacionados aos medicamentos administrados em pronto atendimento.

III. HISTÓRICO DE REVISÕES

Revisão Periódica 01/09/2025

Pathway GMA Cefaleias V1.2025

2026: Revisão Periódica

IV. Referências

[1] Burch R. Acute treatment of migraine. Continuum (Minneapolis). 2024;30(2, Headache):344-363.

[2] Friedman BW. Migraine in the emergency department. Neurol Clin. 2019;37(4):743-752. doi:10.1016/j.ncl.2019.07.005.

[3] Orr SL, Friedman BW, Christie S, Minen MT, Bamford C, Kelley NE, et al. Management of adults with acute migraine in the emergency department: The American Headache Society evidence assessment of parenteral pharmacotherapies. Headache. 2016;56(6):911-940. doi:10.1111/head.12835.

[4] Robblee J, Grimsrud KW. Emergency department and inpatient management of headache in adults. Curr Neurol Neurosci Rep. 2020;20(7):7. doi:10.1007/s11910-020-01030-w.

[5] Cortel-LeBlanc MA, Orr SL, Dunn M, James D, Cortel-LeBlanc A. Managing and preventing migraine in the emergency department: a review. Ann Emerg Med. 2023;82(6):732-751. doi:10.1016/j.annemergmed.2023.05.024.

[6] Speciali JG, Kowacs F, Jurno ME, Bruscky IS, Carvalho JJ, Fantini FGM, et al. Protocolo nacional para diagnóstico e manejo das cefaleias nas unidades de urgência do Brasil. Sociedade Brasileira de Cefaleia; Academia Brasileira de Neurologia. 2018.

Código Documento:	Elaborador:	Revisor PM:	Aprovador:	Data de Elaboração:	Data de Aprovação:
CPTW254.3	Livia Dutra Ivy Liger Riso Mario Fernando Prieto Peres Marcio Nattan Portes Souza Leandro Cortoni Calia Alexandre Ottoni Kaup	Fernando Ramos de Mattos	Andrea Maria Novaes Machado	17/05/2021 Data de revisão: 27/05/2026	29/05/2026

A maioria das dores de cabeça é **benigna e transitória**, sendo a **cefaleia tensional** e a **enxaqueca** as causas mais comuns. Infecções e alterações do estado geral também podem atuar como **fatores desencadeantes**.

Medidas que auxiliam no alívio da dor

- **Alimentação:** evite jejum prolongado.
- **Hábitos:** reduza o consumo de álcool, cafeína e cigarro.
- **Sono:** mantenha repouso adequado e sono regular.
- **Cuidados locais:** banhos mornos ou compressas quentes na região do pescoço, ombros e costas podem ajudar, especialmente nos quadros de cefaleia tensional.
- **Medicações:** utilize apenas as medicações conforme prescrição médica. Evite uso excessivo de medicamentos

Retorne imediatamente ao Pronto-Atendimento se apresentar:

- Confusão mental, sonolência excessiva, desmaio ou convulsão.
- Dor de cabeça de **início súbito e muito intensa**
- Fraqueza, dormência no corpo ou dificuldade para falar ou enxergar
- Dor que **piora ao deitar** ou que leva a despertar durante a noite
- Febre, calafrios, rigidez no pescoço, mal-estar importante ou tontura

Em pacientes atendidos no pronto-socorro que necessitem do uso de medicações com potencial efeito sedativo, como metoclopramida, droperidol ou clorpromazina, deve-se obrigatoriamente realizar orientação quanto aos possíveis efeitos residuais, incluindo sintomas extrapiramidais, sonolência, tontura e prejuízo do estado de alerta. Essas orientações devem constar automaticamente no relatório de alta, conforme documento institucional "Efeitos Residuais", além da avaliação de critérios de alta segura, como presença de acompanhante e/ou condições adequadas de retorno ao domicílio.

Uso de medicações com potencial efeito residual / sedativo:

Aplica-se aos pacientes que receberem, durante o atendimento no PS:

- Droperidol
- Clorpromazina
- Difenidramina
- (outros fármacos com potencial sedativo)

Ações obrigatórias:

1. **Orientar o paciente** quanto aos possíveis efeitos residuais da medicação (sonolência, tontura, lentificação psicomotora, sintomas extrapiramidais, entre outros)
2. **Registrar orientação em prontuário**, com texto automático de alta (conforme documento "Efeitos Residuais")
3. **Avaliar critérios de alta segura**, incluindo:
 - Paciente está acompanhado?
 - Veio dirigindo?
 - Apresenta sonolência significativa no momento da alta?
1. **Considerar permanência em observação ou alta assistida**, se necessário