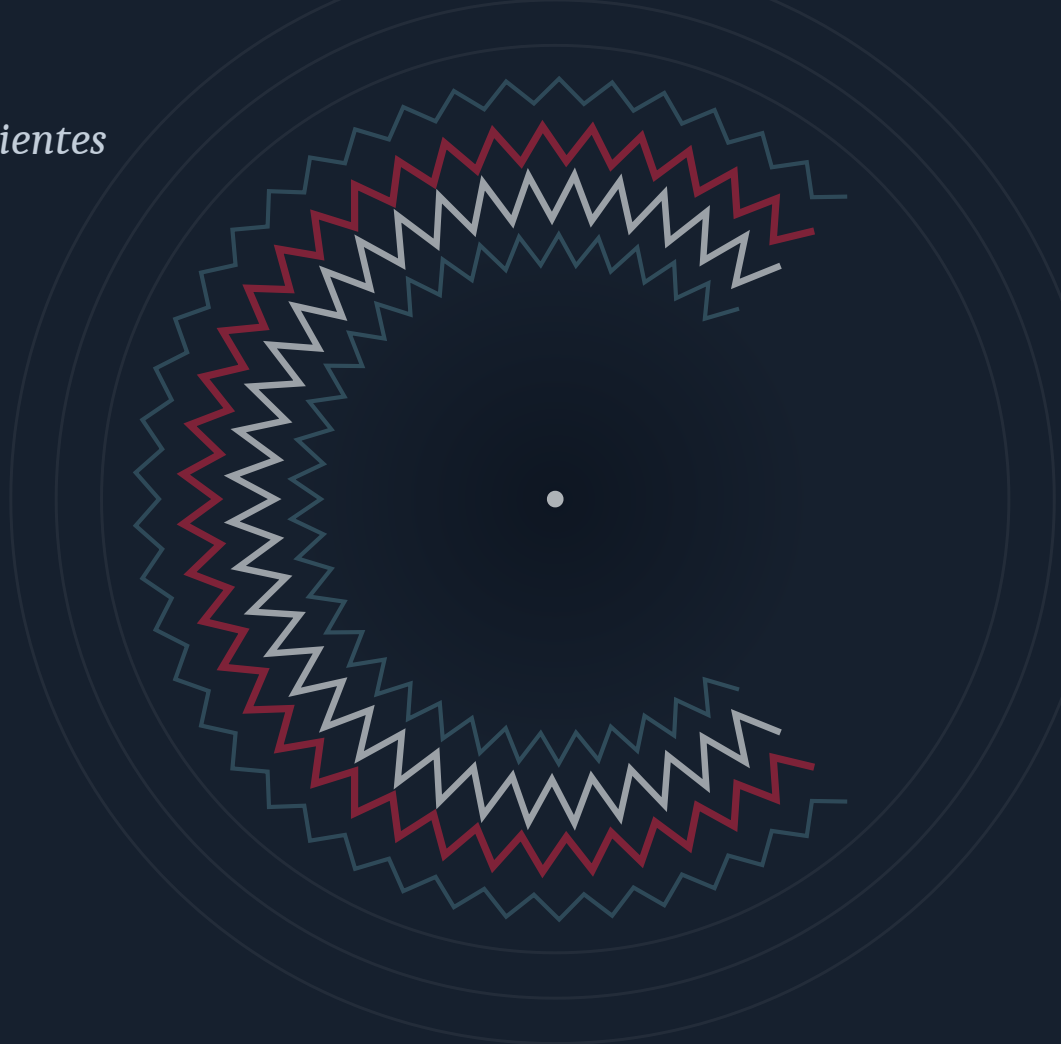




Seis dores de cabeça

Três que todo mundo conhece pelo nome, três que quase ninguém reconhece — e o que muda no tratamento quando se sabe qual é a sua.

1 Enxaqueca 2 Cefaleia do tipo tensional 3 Cefaleia em salvas
4 Cefaleia da tosse 5 Cefaleia do esforço 6 A cefaleia “da hipoglicemia”

Dr. Joel Augusto Ribeiro Teixeira

Neurocirurgião — CRM 73479, RQE 15854

neurologistapremium.com.br

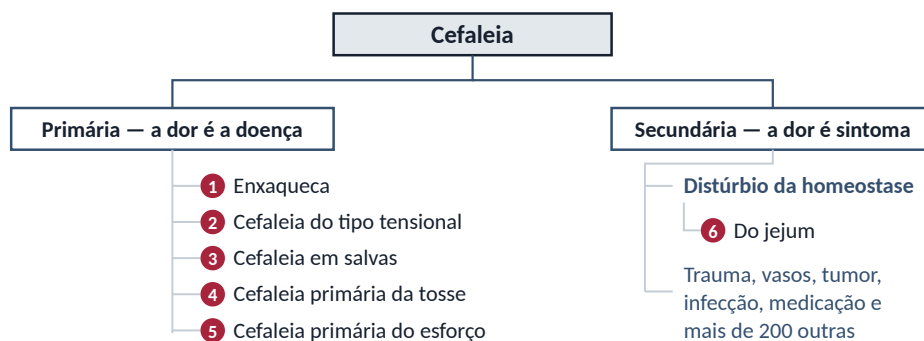
Dor de cabeça não é diagnóstico

É um sintoma que a classificação internacional divide em mais de trezentas entidades distintas. Saber qual é a sua muda o tratamento inteiro.

A Classificação Internacional das Cefaleias, hoje na terceira edição, organiza todas essas entidades a partir de uma divisão simples. Na **cefaleia primária**, a dor é a própria doença: o sistema trigeminovascular gera dor sem que exista lesão a ser encontrada em um exame de imagem. Na **cefaleia secundária**, a dor é sintoma de outra coisa — uma pressão intracraniana alterada, um vaso, uma inflamação, um medicamento.

Essa diferença não é acadêmica. Ela determina se a conduta correta é tratar a dor ou procurar a causa, e o preço de errar o lado é alto nas duas direções. Investigar exaustivamente uma enxaqueca de vinte anos de evolução gera exames, custo e ansiedade sem retorno algum. Tratar como enxaqueca uma dor que começou depois dos cinquenta anos e piora ao tossir pode adiar por meses o diagnóstico de uma lesão de fossa posterior.

As seis cefaleias reunidas aqui foram escolhidas por dois motivos opostos. As três primeiras respondem por praticamente toda a carga de dor de cabeça da população: enxaqueca, cefaleia do tipo tensional e cefaleia em salvas. As três seguintes são raras, quase sempre confundidas com outra coisa, e cada uma ensina algo que as comuns não ensinam — inclusive quando o gatilho da dor é, ele próprio, um sinal de alarme.



Exame de imagem normal por definição

Exame de imagem é parte do diagnóstico

Onde as seis entram na classificação. As cinco primeiras são cefaleias primárias — a dor é a doença. A sexta pertence ao capítulo das cefaleias atribuídas a distúrbio da homeostase, e o nome popular que ela carrega está errado.

Como usar este guia

Cada capítulo traz os critérios diagnósticos internacionais em linguagem direta, o que se sabe sobre o mecanismo, o que funciona no tratamento e o erro clínico mais frequente. Leia primeiro a página seguinte, sobre sinais de alarme: ela vale mais do que os seis capítulos somados. Ao final há um diário de cefaleia para preencher — é o documento que mais encurta uma primeira consulta.

Quantas pessoas

Cerca de metade dos adultos do mundo teve cefaleia ativa no último ano. A enxaqueca atinge perto de 14% da população e é, segundo a Organização Mundial da Saúde, a segunda causa de anos vividos com incapacidade.

Por que a classificação existe

Antes de 1988 cada serviço nomeava as cefaleias à sua maneira e os estudos não conversavam entre si. A padronização de critérios é o que permitiu, décadas depois, desenhar medicamentos para um mecanismo específico.

Um aviso necessário

Este guia descreve doenças, não pacientes. Reconhecer o seu padrão aqui é o começo de uma conversa clínica, não o fim dela — e nenhuma das condutas mencionadas deve ser iniciada sem avaliação médica.

Quando a dor de cabeça é sinal de outra coisa

A maioria esmagadora das cefaleias é primária e benigna. O trabalho clínico consiste em reconhecer, com segurança, a minoria que não é.

A lista abaixo é a adaptação de um instrumento consagrado na literatura neurológica, conhecido pela sigla SNNOOP10, usado para separar cefaleias que exigem investigação daquelas que exigem tratamento. Nenhum item isolado significa doença grave. O que importa é a presença de qualquer um deles, sobretudo em quem nunca teve dor de cabeça antes.

Sinal	Por que preocupa
Febre, perda de peso ou outro sintoma geral	Infecção do sistema nervoso, doença inflamatória sistêmica, arterite de células gigantes
História de câncer	Metástase encefálica ou meníngea
Qualquer alteração neurológica que persista	Fraqueza, alteração de fala, desequilíbrio, sonolência ou confusão indicam lesão estrutural
Início súbito, no auge em menos de um minuto	Hemorragia subaracnóidea — é a emergência clássica, chamada cefaleia em trovoada
Primeira dor de cabeça depois dos 50 anos	Arterite temporal, lesão expansiva, doença vascular
Mudança de padrão em quem já tinha dor	Uma cefaleia conhecida que muda de lado, de ritmo ou de intensidade merece reavaliação
Dor que depende da posição do corpo	Hipotensão líquórica quando piora em pé; hipertensão intracraniana quando piora deitado
Dor desencadeada por tosse, espirro ou esforço	Obstrução ao fluxo líquórico, malformação de Chiari, doença vascular — ver capítulos 4 e 5
Piora progressiva ao longo de semanas	Processo expansivo intracraniano
Gravidez ou puerpério	Trombose venosa cerebral, pré-eclâmpsia, apoplexia hipofisária
Olho vermelho e doloroso com visão turva	Glaucoma agudo de ângulo fechado
Início após traumatismo craniano	Hematoma subdural, sobretudo em idosos e em uso de anticoagulante
Imunossupressão ou HIV	Infecções oportunistas e linfoma do sistema nervoso central
Uso de analgésico em 10 dias ou mais por mês	Cefaleia por uso excessivo de medicação — a causa evitável mais comum de dor diária

Procure atendimento de urgência

Dor de cabeça que atinge o auge em segundos e é descrita como a pior da vida; dor acompanhada de febre e rigidez de nuca; dor com perda de força, alteração da fala, da visão ou do nível de consciência; dor após traumatismo em quem usa anticoagulante. Nesses casos o tempo é o fator determinante do desfecho.

Um número útil

Em serviços de emergência, cefaleia responde por cerca de 2% dos atendimentos, e aproximadamente um terço desses casos tem causa secundária. Na população geral, essa proporção é muito menor.

O gatilho como sinal

Repare que “desencadeada por tosse ou esforço” aparece nesta lista e, ao mesmo tempo, dá nome a dois dos capítulos deste guia. Não é contradição: são exatamente as cefaleias em que o exame de imagem é obrigatório antes de chamá-las de primárias.

O que não é sinal de alarme

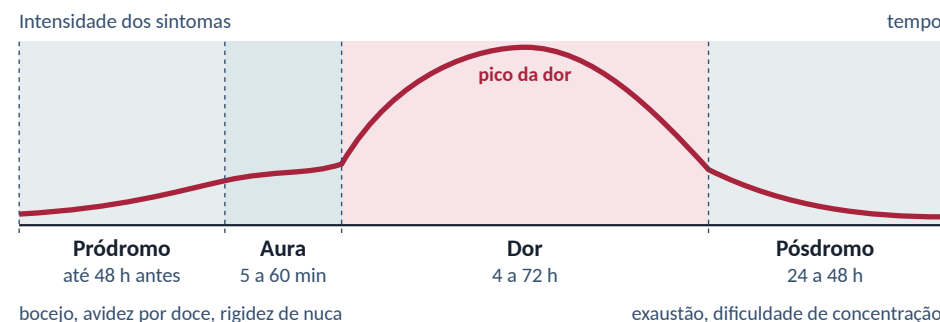
Intensidade da dor. Uma crise de enxaqueca ou de cefaleia em salvas pode ser das piores dores que um ser humano experimenta e não indicar nenhuma lesão. O que preocupa é o modo de instalação, não o volume do sofrimento.



1. Enxaqueca

Uma doença neurológica episódica do encéfalo, não uma dor de cabeça forte. A diferença explica por que analgésico comum resolve tão pouco.

A crise de enxaqueca não começa quando a dor começa. Ela tem quatro fases, e a dor é apenas a terceira. Nas horas — às vezes até dois dias — que antecedem a dor, o hipotálamo já está ativo: bocejos repetidos, avidez por doce, irritabilidade, rigidez na nuca, aumento do volume urinário, sensibilidade a cheiro. Quem aprende a reconhecer o próprio pródromo ganha a janela terapêutica mais valiosa que existe nessa doença.



As quatro fases. O pródromo antecede a dor em até 48 horas; a aura, quando ocorre, dura de 5 a 60 minutos e antecede ou acompanha a dor; o pós-dromo — exaustão, dificuldade de concentração, sensação de ressaca — pode consumir mais um dia inteiro.

Os critérios

- A** Pelo menos cinco crises com as características B a D.
- B** Duração de 4 a 72 horas sem tratamento, ou com tratamento malsucedido.
- C** Ao menos duas destas quatro: dor de um lado só; dor pulsátil, em latejo; intensidade moderada ou forte; piora com atividade física rotineira, como subir escada — ou leva a evitá-la.
- D** Durante a dor, ao menos um destes: náusea e/ou vômito; ou intolerância simultânea a luz e a som.
- E** Não explicada melhor por outro diagnóstico.

Reparar que a intensidade não é critério suficiente e que a incapacidade é: o item que fala em piora com esforço rotineiro está medindo o quanto a crise interrompe a vida, e é isso que separa a enxaqueca das dores de cabeça comuns.

Quem tem

Aproximadamente 14% da população mundial, com predomínio feminino de cerca de 3 para 1 após a puberdade — proporção que se inverte na infância e se aproxima novamente após a menopausa.

Enxaqueca crônica

Quinze ou mais dias de cefaleia por mês, por mais de três meses, sendo pelo menos oito deles com características de enxaqueca. É uma categoria diagnóstica própria, com tratamento próprio, e não “enxaqueca que piorou”.

O erro mais comum

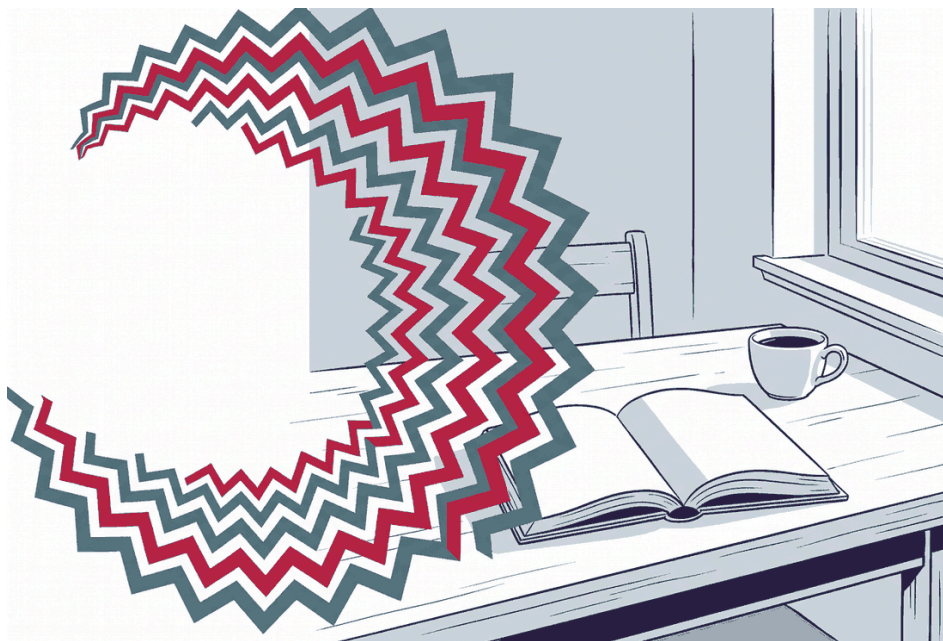
Chamar de sinusite. Congestão nasal, lacrimejamento e dor na face ocorrem na enxaqueca por ativação do sistema trigeminal e autonômico, sem que exista qualquer infecção de seio da face.

Pródromo aproveitado

Tratar na fase prodrômica ou nos primeiros trinta minutos de dor aumenta de forma substancial a chance de abortar a crise, em comparação com o tratamento tardio.

A aura

Cerca de um terço das pessoas com enxaqueca tem aura em pelo menos algumas crises. A forma mais comum é visual: um ponto cintilante que se expande lentamente, com bordas em zigue-zague, deixando atrás de si uma área cega. Também existem auras sensitivas, com formigamento que sobe da mão para o rosto ao longo de minutos, e auras de linguagem, em que a palavra some.



O escotoma cintilante com espectro de fortificação, reproduzido como o paciente o descreve: um arco em zigue-zague que se expande a partir do ponto de fixação, deixando atrás de si uma região onde a cena simplesmente não está. As bordas geométricas em ângulo lembram a planta de uma fortaleza — daí o nome.

O correlato da aura no cérebro é uma onda de despolarização que atravessa o córtex a poucos milímetros por minuto, seguida de supressão da atividade elétrica. Ela não é um espasmo de vaso, e a enxaqueca não é uma doença de vasos que dilatam: esse modelo foi abandonado. A lentidão dessa onda é o que explica a característica clínica mais útil da aura — ela se instala aos poucos.

Aura ou evento vascular

A distinção se faz pelo modo de instalação, não pela gravidade do sintoma. A aura leva cinco minutos ou mais para se espalhar, produz primeiro fenômenos positivos — luzes, zigue-zagues, formigamento — e só depois o déficit, dura entre 5 e 60 minutos e é inteiramente reversível. Um acidente vascular ou um ataque isquêmico transitório se instala de uma vez, em segundos, e costuma produzir apenas o déficit. Na primeira vez que uma aura aparece, sobretudo depois dos 50 anos, essa diferença precisa ser avaliada por um médico e não deduzida em casa.

A marcha

O sintoma que caminha é a assinatura da aura: o formigamento que sobe da ponta dos dedos para o antebraço e depois para o canto da boca ao longo de dez ou quinze minutos, e não de uma vez.

Aura sem dor

Existe aura típica que não é seguida de dor de cabeça alguma, e ela se torna mais frequente depois dos 50 anos, às vezes em quem nunca teve enxaqueca. É a apresentação que mais se confunde com evento vascular.

Aura e contracepção

Enxaqueca com aura eleva o risco de acidente vascular isquêmico, e o uso de contraceptivo combinado com estrogênio soma-se a esse risco. É uma das poucas situações em que o subtipo de enxaqueca muda uma decisão fora da neurologia.

Nem toda crise

Quem tem aura raramente tem aura em todas as crises. A mesma pessoa alterna crises com e sem aura, e isso não muda o diagnóstico.

Por que dói

A dor da enxaqueca nasce nas meninges. As fibras do nervo trigêmeo que inervam a dura-máter e seus vasos, ao serem ativadas, liberam neuropeptídeos — entre eles o CGRP. O resultado é inflamação neurogênica local e sensibilização das próprias fibras, que passam a responder a estímulos antes indiferentes. Daí a piora ao abaixar a cabeça, ao subir escada, ao tossir.



O circuito trigeminovascular. Do gânglio trigeminal, na base do crânio, uma fibra fina acompanha a artéria meníngea até a dura-máter que forra a calota; ali libera CGRP, o vaso dilata e inflama. A sensibilização periférica explica a dor pulsátil que piora ao esforço; a central, a alodinia — o couro cabeludo que dói ao pentear.

Essa cadeia foi mapeada com detalhe suficiente para ser interrompida em pontos específicos, e é isso que separa o tratamento atual do de vinte anos atrás. Os anticorpos monoclonais contra o CGRP ou contra o seu receptor foram os primeiros preventivos desenhados especificamente para enxaqueca. Os gepantes, de uso oral, bloqueiam o mesmo receptor sem provocar vasoconstrição — o que abre a porta para pacientes com risco cardiovascular, historicamente excluídos dos triptanos.

O que mudou no Brasil em 2026

A Anvisa aprovou em 25 de maio de 2026 o registro do rimegepanto, primeiro gepante do país, indicado tanto para a crise quanto para a prevenção da enxaqueca episódica em adultos. Aprovação regulatória não é disponibilidade imediata em farmácia nem cobertura por plano de saúde — mas amplia o repertório de quem não responde ou não pode usar triptanos.

CGRP

Peptídeo de 37 aminoácidos, potente vasodilatador, presente nos terminais trigeminais. Sua infusão desencadeia crise em quem tem enxaqueca e não desencadeia em quem não tem — um dos experimentos que sustentam todo o arsenal terapêutico atual.

Alodinia

Dor provocada por estímulo que normalmente não dói. Sua presença durante a crise sinaliza sensibilização central já instalada e prevê resposta pior a triptanos — outro argumento para tratar cedo.

Por que as meninges

O tecido cerebral não dói: não tem receptores de dor. Quem dói são as meninges, os vasos e os nervos que os acompanham. É por isso que uma cirurgia cerebral pode ser feita com o paciente acordado.

O tratamento, em três frentes

Frente	O que envolve
Crise	Anti-inflamatório ou analgésico simples em dose adequada e o mais cedo possível; triptanos; gepantes e ditanos; antieméticos associados. Opioides pioram o prognóstico a longo prazo e devem ser evitados.
Prevenção	Indicada a partir de quatro dias de crise por mês, ou antes se houver incapacidade: betabloqueadores, candesartana, topiramato, amitriptilina, flunarizina, valproato, anticorpos anti-CGRP, gepantes orais e, na enxaqueca crônica, toxina botulínica tipo A.
Rotina	Regularidade de sono, refeições e hidratação; exercício aeróbico; manejo do estresse. Não é conselho genérico: são as variáveis com maior efeito documentado sobre a frequência de crises.

A armadilha do analgésico

Usar medicação para crise em dez ou mais dias por mês — triptanos, ergotamínicos, opioides ou combinações — ou em quinze, no caso de analgésicos simples, por mais de três meses, produz uma segunda doença sobreposta: a cefaleia por uso excessivo de medicação. Ela transforma crises episódicas em dor quase diária e só se trata retirando o medicamento sob supervisão.

Gatilhos: o que sustenta e o que não sustenta

Gatilhos com documentação consistente são poucos e quase todos ligados a ritmo: jejum, dormir de menos e dormir demais, desidratação, álcool, ciclo menstrual, mudança brusca de rotina e o período de relaxamento que se segue a um pico de estresse — a crise de sexta-feira à noite não é coincidência.

Alimentos acusados individualmente têm evidência fraca. O caso do chocolate é exemplar: a avidez por doce faz parte do pródromo, de modo que a pessoa come chocolate porque a crise já começou, e depois atribui a crise ao chocolate. A regra prática que resolve a maior parte dessas confusões é anotar: só vale como gatilho aquilo que se repete em pelo menos três crises registradas no diário.

Quatro dias

É o limiar em que as diretrizes internacionais recomendam discutir tratamento preventivo. Antes disso, se houver incapacidade importante nas crises, a indicação também se justifica.

Opioides

Aliviam a crise e pioram a doença: aumentam a chance de cronificação e de cefaleia por uso excessivo. Codeína e tramadol em composto analgésico contam.

Expectativa realista

Um preventivo é considerado eficaz quando reduz a frequência de crises pela metade. A meta não é ausência total de dor, e um tratamento que corta as crises pela metade não fracassou.

O que o diário resolve

Gatilho lembrado de memória é quase sempre viés. Gatilho registrado no dia é dado.



2. Cefaleia do tipo tensional

A mais comum de todas, a menos estudada de todas e a que carrega o nome mais enganoso da classificação.

É a dor em aperto, em faixa, dos dois lados, de intensidade leve a moderada, que não piora ao subir escada e não vem acompanhada de náusea. Nada nela é dramático — e é exatamente por isso que ela raramente chega ao consultório, apesar de ser a cefaleia mais prevalente do mundo e de produzir, pela quantidade de pessoas atingidas, uma carga social comparável à da enxaqueca.

Os critérios

- A** Pelo menos dez episódios com as características B a D.
- B** Duração de 30 minutos a 7 dias.
- C** Ao menos duas destas quatro: localização bilateral; qualidade em pressão ou aperto, não pulsátil; intensidade leve a moderada; ausência de piora com atividade física rotineira.
- D** Ambos: sem náusea nem vômito; e no máximo um entre intolerância à luz ou ao som — nunca os dois.
- E** Não explicada melhor por outro diagnóstico.

A classificação separa três formas pela frequência: infrequente, menos de um dia por mês; frequente, de um a catorze dias por mês; e crônica, quinze dias ou mais por mês durante mais de três meses. A passagem da forma frequente para a crônica é o desfecho que interessa evitar, porque é ela que produz incapacidade real e é ela que responde mal a analgésico.

O nome está errado

“Tensional” sugere dor produzida por músculo contraído em resposta a estresse psicológico. A explicação é insuficiente. O que se documenta com consistência é aumento da sensibilidade à palpação dos músculos pericranianos e, nas formas crônicas, sensibilização das vias centrais de dor. O estresse é gatilho, não mecanismo — e a distinção explica por que relaxante muscular funciona tão pouco e por que antidepressivo tricíclico em dose baixa, que atua sobre a modulação central da dor, funciona.

Tensional ou enxaqueca leve?

Boa parte do que se trata como cefaleia tensional é enxaqueca de intensidade menor. Quatro perguntas resolvem a maioria dos casos: a dor piora ao se movimentar? Existe náusea, mesmo discreta? A luz incomoda mais do que o habitual? Você prefere ficar quieto no escuro? Duas respostas afirmativas apontam para enxaqueca — e mudam o tratamento, porque triptano não age em cefaleia tensional verdadeira.

O que funciona

- **Crise:** analgésico simples ou anti-inflamatório, com parcimônia deliberada. É nesta cefaleia que o uso excessivo de medicação se instala com mais discrição, porque a dor é fraca o bastante para ser tratada todo dia sem que ninguém estranhe.
- **Prevenção:** amitriptilina em dose baixa é o tratamento com melhor evidência na forma crônica. Nortriptilina e mirtazapina são alternativas.
- **Sem medicamento:** exercício aeróbico regular, fisioterapia cervical e escapular e terapia cognitivo-comportamental têm eficácia demonstrada e são subutilizados.

Quem tem

Estimativas globais situam a prevalência ao redor de 26% da população em um ano — quase o dobro da enxaqueca. A forma crônica atinge algo entre 1% e 3%.

Cafeína

Combinações de analgésico com cafeína aliviam mais rápido e viciam o padrão com mais facilidade. Vale conferir a composição do que se toma: muita gente usa cafeína diariamente sem saber.

A pergunta que ninguém faz

Quantos dias por mês você tem alguma dor de cabeça, mesmo fraca? Quase ninguém responde de cabeça. É por isso que existe o diário na página 12.

Cervical

Dor cervical acompanha as duas — tensional e enxaqueca — e raramente indica doença de coluna. Antes de atribuir a dor de cabeça a uma artrose no laudo, vale checar se ela preenche critérios de enxaqueca.



3. Cefaleia em salvas

Descrita por Horton nos anos 1930 e ainda hoje diagnosticada com anos de atraso. É considerada uma das dores mais intensas conhecidas em medicina.

A crise é sempre do mesmo lado, ao redor ou atrás do olho, instala-se em minutos, atinge intensidade extrema e termina em quinze minutos a três horas. Vem com sinais autonômicos do mesmo lado — olho vermelho, lacrimejamento, nariz entupido, pálpebra caída — e com um comportamento característico: a pessoa não consegue ficar parada, anda, balança o corpo. É o oposto exato da enxaqueca, em que qualquer movimento piora e o paciente se imobiliza.



Os sinais autonômicos da crise, todos do mesmo lado da dor e nenhum do outro: pálpebra caída, pupila contraída, olho vermelho, lágrima, narina congestionada e suor na testa. A assimetria estrita é o achado que fecha o diagnóstico — e é justamente o que se perde quando o quadro é atribuído a sinusite.

Os critérios

- A** Pelo menos cinco crises com as características B a D.
- B** Dor forte a muito forte, unilateral, orbitária, supraorbitária e/ou temporal, durando de 15 a 180 minutos sem tratamento.
- C** Ao menos um sinal autonômico do mesmo lado da dor, ou inquietação e agitação — ou ambos.
- D** Frequência entre uma crise a cada dois dias e oito crises por dia.
- E** Não explicada melhor por outro diagnóstico.

Quem tem

Cerca de 0,1% da população, com predomínio masculino de aproximadamente 3 para 1 — proporção que vem diminuindo, provavelmente porque o diagnóstico em mulheres era perdido.

Agitação

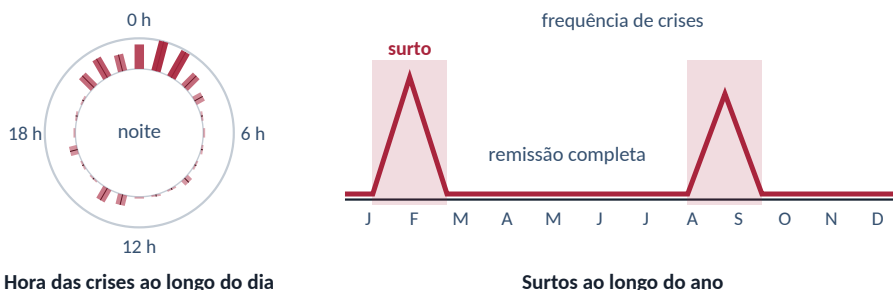
Perguntar “durante a crise você fica parado ou anda pela casa?” separa cefaleia em salvas de enxaqueca com mais eficiência do que descrever a dor.

Imagem

Toda primeira apresentação exige ressonância magnética com atenção à região hipofisária: adenomas e outras lesões podem produzir quadro clinicamente idêntico.

O relógio

Nenhuma outra cefaleia é tão previsível no tempo. As crises se repetem em horários fixos, com frequência uma a duas horas depois de a pessoa adormecer, e os surtos se agrupam em semanas ou meses que tendem a voltar na mesma época do ano. Essa dupla periodicidade aponta para o hipotálamo, e estudos de imagem funcional mostram ativação da substância cinzenta hipotalâmica posterior durante a crise.



Os dois relógios. À esquerda, a distribuição das crises nas 24 horas, concentrada na madrugada; à direita, os surtos ao longo do ano, separados por remissões em que a doença desaparece por completo.

Na forma episódica, os surtos duram de semanas a meses e são separados por remissões de três meses ou mais, em que nada acontece. Na crônica, as remissões não chegam a três meses. Durante o surto, álcool desencadeia crise em cerca de uma hora; fora dele, não desencadeia nada — dissociação quase patognomônica.

Por que o diagnóstico demora

Dor ao redor do olho com nariz entupido é atribuída a sinusite; dor na face superior, a problema dentário — extrações desnecessárias são comuns na história desses pacientes. O intervalo entre o primeiro surto e o diagnóstico correto ainda se mede em anos, e é um atraso caro: a doença tem tratamento eficaz e taxas de ideação suicida entre as mais altas da neurologia.

O que funciona

- **Crise:** oxigênio a 100% sob máscara sem reinalação, 12 a 15 litros por minuto, e sumatriptana subcutânea. Analgésico oral é inútil: a crise termina antes de o comprimido ser absorvido.
- **Transição:** curso curto de corticoide ou bloqueio do nervo occipital maior, até o preventivo fazer efeito.
- **Prevenção:** verapamil em doses altas, com eletrocardiograma seriado obrigatório; lítio e topiramato como alternativas; anticorpo anti-CGRP na forma episódica.

Oxigênio

É um tratamento de primeira linha com evidência de ensaio clínico controlado, barato e sem efeito adverso relevante. Ainda assim, poucos pacientes brasileiros têm o cilindro em casa — em geral porque ninguém lhes ofereceu.

O teste do álcool

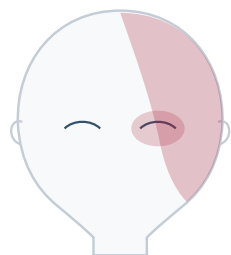
Perguntar se uma dose de bebida provoca crise em menos de uma hora, e se isso deixa de acontecer fora do surto, é uma das perguntas mais rentáveis da anamnese.

Verapamil

As doses usadas são bem mais altas que as cardiológicas habituais, o que torna o acompanhamento eletrocardiográfico parte obrigatória do tratamento, e não uma precaução opcional.

As três clássicas, lado a lado

Cinco perguntas separam a maior parte dos casos: onde dói, quanto tempo dura, o que mais acontece, o que você faz durante a crise e o que a piora.



Enxaqueca
um lado, pode alternar



Tensional
faixa, os dois lados



Em salvas
sempre o mesmo olho

Topografia típica. A enxaqueca é unilateral em cerca de dois terços das crises e pode trocar de lado entre elas; a tensional é bilateral, em faixa; a cefaleia em salvas é estritamente unilateral e periocular, e permanece no mesmo lado ao longo de todo o surto.

	Enxaqueca	Tensional	Em salvas
Lado	Um lado, pode alternar	Os dois lados, em faixa	Sempre o mesmo lado, ao redor do olho
Duração	4 a 72 horas	30 minutos a 7 dias	15 a 180 minutos
Qualidade	Pulsátil, em latejo	Aperto, pressão	Perfurante, em queimação
Intensidade	Moderada a forte	Leve a moderada	Muito forte, extrema
Acompanha	Náusea, intolerância a luz e som, às vezes aura	Pouco ou nada	Olho vermelho, lacrimejamento, nariz entupido, pálpebra caída — do lado da dor
Comportamento	Fica parado, procura escuro e silêncio	Segue as atividades	Não consegue ficar parado, anda, balança
Ritmo	Irregular; pode ter relação com ciclo menstrual	Ligada a dias de sobrecarga	Horário fixo, surtos sazonais
Piora com	Movimento, luz, cheiro	Nada em especial	Álcool, durante o surto
Frequência na população	Cerca de 14%	Cerca de 26%	Cerca de 0,1%

Um alerta sobre coexistência

Ter uma dessas cefaleias não protege contra as outras, e a combinação mais frequente na prática é enxaqueca somada a cefaleia do tipo tensional na mesma pessoa. Quando alguém descreve “duas dores de cabeça diferentes”, quase sempre está descrevendo exatamente isso — e o tratamento precisa contemplar as duas. Da mesma forma, uma cefaleia primária de longa data não impede o aparecimento de uma cefaleia secundária nova: é a mudança de padrão que deve chamar a atenção, e não a presença de um diagnóstico já estabelecido.

A pergunta mais eficiente

“Durante a crise, você fica quieto ou não consegue parar?” Imobilidade aponta enxaqueca; agitação aponta cefaleia em salvas. É a única característica clínica que separa as duas quase sem sobreposição.

Sobre a aura

Apenas a enxaqueca tem aura. Sintomas visuais nas outras duas exigem investigação, não reclassificação.

Um detalhe temporal

Repare que as durações não se sobrepõem por acaso: uma dor unilateral e severa que dura vinte minutos e se repete três vezes ao dia não é enxaqueca, por definição — a enxaqueca precisa de quatro horas.



4. Cefaleia da tosse

Explosiva, curta, na nuca, disparada por tossir, espirrar, rir ou fazer força para evacuar. Em cerca de 40% dos casos, o cérebro tem algo a esconder.

A dor aparece imediatamente após uma manobra de Valsalva — qualquer esforço que aumente a pressão intratorácica com a glote fechada — e some em segundos a minutos. Não há náusea, fotofobia nem aura, e fora dos episódios a pessoa está bem.

Os critérios

- A** Pelo menos dois episódios com as características B a D.
- B** Desencadeada por, e ocorrendo apenas em associação com, tosse, esforço ou outra manobra de Valsalva.
- C** Início súbito.
- D** Duração entre 1 segundo e 2 horas.
- E** Não explicada melhor por outro diagnóstico.



O mecanismo suspeito. O esforço transmite pressão ao espaço liquórico; quando a passagem entre o crânio e o canal vertebral está estreita — no desenho, pelas amígdalas cerebelares que ocupam o forame magno —, a pressão não se equaliza e a diferença momentânea traciona estruturas sensíveis à dor.

Por que a ressonância é obrigatória

Aproximadamente 40% das pessoas com esse quadro têm causa estrutural, e a grande maioria delas é a malformação de Chiari tipo I — a descida das amígdalas cerebelares pelo forame magno, que estreita a passagem do líquido cefalorraquidiano. Também aparecem hipotensão liquórica espontânea, tumores de fossa posterior, aneurismas e vasoconstrição cerebral reversível. Nenhuma característica da dor separa com segurança a forma primária da secundária, e a resposta à indometacina tampouco: a ressonância do encéfalo, com atenção à junção craniocervical, é parte do diagnóstico.

A forma primária tem perfil característico: homens acima dos 40 anos, dor bilateral e posterior. Antes dos 40, a probabilidade de causa estrutural aumenta — a forma secundária começa mais cedo, dura mais e tende a se localizar na região occipital.

O que funciona

Confirmada a forma primária, a indometacina é o tratamento de escolha e frequentemente resolve o quadro; topiramato e acetazolamida são alternativas. Havendo causa estrutural, trata-se a causa — na malformação de Chiari sintomática isso pode significar descompressão cirúrgica da fossa posterior, com bons resultados sobre a cefaleia.

Valsalva

Manobra que consiste em expirar contra a glote fechada. Tossir, espirrar, rir alto, levantar peso, defletir com esforço e assoar o nariz com força fazem isso — e são os gatilhos relatados por esses pacientes.

Chiari tipo I

Descida das amígdalas cerebelares abaixo do forame magno. É achado relativamente frequente em exames de imagem e nem sempre causa sintomas; a cefaleia da tosse é justamente uma das apresentações em que ela deixa de ser um achado incidental.

Não confundir

Enxaqueca piora ao tossir, mas não é desencadeada só por tossir. O critério exige que a dor ocorra *apenas* em associação ao esforço.

Um teste que não vale

Melhorar com indometacina não confirma que a cefaleia é primária. Séries clínicas mostram resposta em parte dos casos secundários — motivo pelo qual a imagem vem antes.



5. Cefaleia do esforço

Pulsátil, dos dois lados, durante ou logo após exercício intenso. Na primeira vez que acontece, é uma emergência até prova em contrário.

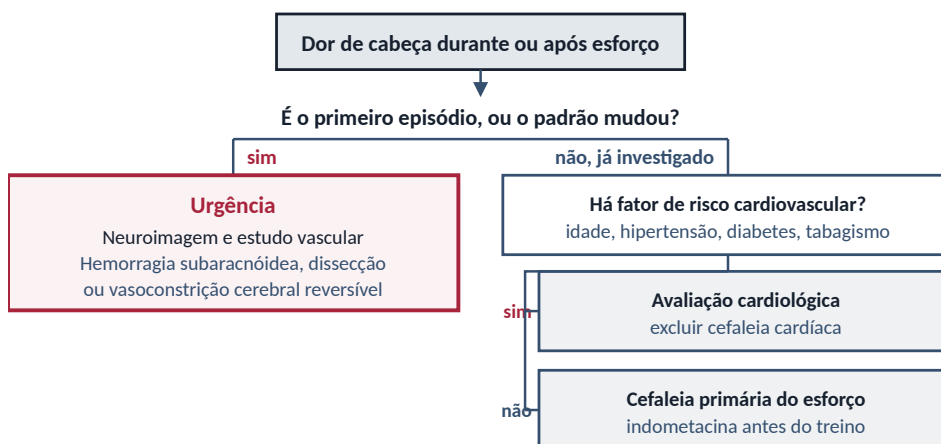
Diferentemente da cefaleia da tosse, que dispara com um esforço momentâneo, esta exige exercício sustentado e intenso — corrida, natação, levantamento de peso, sexo. Aparece durante ou logo após, é latejante, geralmente bilateral, e dura de minutos a 48 horas. Calor e altitude aumentam a probabilidade.

Os critérios

- A** Pelo menos dois episódios com as características B e C.
- B** Desencadeada por, e ocorrendo apenas durante ou após, exercício físico intenso.
- C** Duração inferior a 48 horas.
- D** Não explicada melhor por outro diagnóstico.

O primeiro episódio não é um diagnóstico — é uma investigação

O critério exige dois episódios justamente porque o primeiro pode ser a manifestação de algo grave. Dor súbita e intensa durante esforço deve ser tratada como hemorragia subaracnóidea até prova em contrário; as outras hipóteses vasculares são dissecção de artéria cervical e vasoconstrição cerebral reversível. A investigação inclui neuroimagem e estudo dos vasos, e seu rendimento diagnóstico se mede em horas, não em semanas.



Roteiro de decisão diante de dor de cabeça no exercício. O ramo da esquerda é o que salva vidas; o da direita é o que devolve o paciente à atividade física com segurança.

A hipótese que quase ninguém lembra

Existe uma entidade chamada cefaleia cardíaca: isquemia miocárdica que se manifesta como dor de cabeça ao esforço, sem dor torácica. É rara e é o diagnóstico em que o erro custa mais caro — prescrever indometacina ou triptano a quem tem angina é o oposto da conduta correta.

O que funciona

- **Profilaxia pontual:** indometacina antes da atividade previsível é o recurso mais usado; betabloqueador é alternativa em quem treina diariamente.
- **Ajuste do treino:** aquecimento progressivo, hidratação e cautela com esforço máximo em calor extremo ou altitude sem aclimação.
- **Não abandonar o exercício:** na forma primária o quadro tende a ser autolimitado, e a atividade física protege contra as outras cefaleias deste guia.

Altitude e calor

As primeiras descrições vieram de populações em grandes altitudes e de climas quentes. É um dos poucos casos em que o ambiente entra na descrição clínica da própria entidade.

Vasoconstrição reversível

Síndrome em que artérias cerebrais se contraem de forma difusa e reversível, produzindo cefaleias explosivas repetidas ao longo de dias — muitas vezes desencadeadas por esforço, banho quente ou atividade sexual. Pode complicar com isquemia e hemorragia.

Sexo

A cefaleia associada à atividade sexual é uma entidade vizinha, com a mesma exigência de investigação vascular na primeira ocorrência.

Halterofilismo

Levantar peso combina esforço sustentado com Valsalva repetida. Não é raro que o mesmo paciente relate as duas formas de dor.



6. A cefaleia “da hipoglicemia”

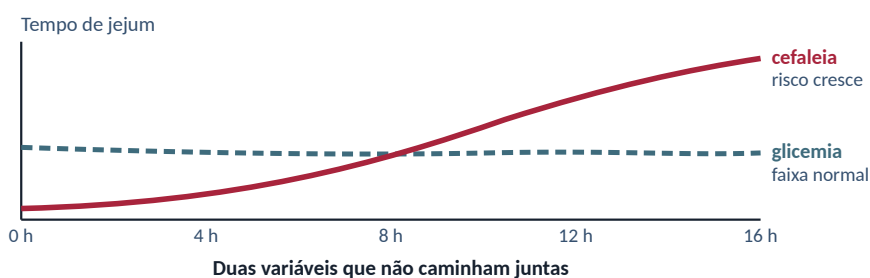
A dor de cabeça de quem pula o almoço existe e tem critérios próprios. O nome dela não é hipoglicemia — e a correção muda o tratamento.

Poucas explicações populares são tão aceitas quanto esta: passou da hora de comer, o açúcar do sangue caiu, a cabeça doeu. O raciocínio é intuitivo, o remédio parece óbvio e melhorar depois de comer parece confirmar tudo. A classificação internacional das cefaleias é explícita em sentido contrário.

A entidade reconhecida chama-se **cefaleia atribuída ao jejum**: dor difusa, não pulsátil, em geral leve a moderada, que surge durante jejum de oito horas ou mais e desaparece em até 72 horas depois de retomada a alimentação. Quanto mais longo o jejum, maior a probabilidade de ela aparecer.

O que a classificação de fato afirma

A cefaleia do jejum não guarda relação com a glicemia. Ela ocorre na ausência de hipoglicemia; a hipoglicemia induzida por insulina não desencadeia crise em pessoas com enxaqueca; e dor de cabeça não é queixa de quem chega ao pronto-socorro com hipoglicemia sintomática. Não há evidência conclusiva de associação causal.



A dissociação. Se a queda de glicose explicasse a dor, as duas curvas andariam juntas — e é justamente o que não se observa: pessoas com glicemia normal desenvolvem a cefaleia do jejum, e pessoas com hipoglicemia documentada, em geral, não desenvolvem dor de cabeça.

Então o que é

Duas explicações cobrem quase todos os casos, e nenhuma delas é açúcar no sangue. A primeira, e a mais importante na prática, é que **o jejum é um dos gatilhos mais consistentes de enxaqueca**: quem tem enxaqueca e passa mal ao pular refeições não tem “dor de hipoglicemia”, tem uma crise disparada por gatilho conhecido — e a classificação determina que esses casos sejam codificados como enxaqueca. A segunda é a abstinência de cafeína, que tem cefaleia própria e costuma coincidir com pular o café da manhã.

A exceção clínica que continua valendo

Nada disso torna a hipoglicemia inofensiva. Em quem usa insulina ou sulfonilureias, e nos raros casos de insulinoma, ela é um evento perigoso e pode incluir dor de cabeça. A diferença está no contexto: ali a dor vem com sudorese fria, tremor, palpitação, fome intensa ou confusão, e a glicemia medida está de fato baixa. Cefaleia isolada, sem esse cortejo e sem medição, não é evidência de hipoglicemia.

O que fazer com isso na prática

Se a sua dor de cabeça aparece quando você atrasa refeições, o primeiro passo não é comer doce: é verificar se as crises preenchem critérios de enxaqueca. Nesse caso existe tratamento específico, e a regularidade das refeições passa a ser parte dele.

Onde ela está classificada

No capítulo das cefaleias atribuídas a distúrbio da homeostase, ao lado da cefaleia da altitude, da cefaleia do mergulho, da cefaleia da apneia do sono e da cefaleia da diálise.

Ramadã e jejum intermitente

Boa parte do que se sabe sobre essa cefaleia vem de estudos em populações que jejuam por motivo religioso — e é ali que se observa a relação com a duração do jejum e a ausência de correlação com a glicemia.

Abstinência de cafeína

Tem entidade própria na classificação: surge dentro de 24 horas após a interrupção do consumo diário e melhora em uma hora com 100 mg de cafeína. Vale conferir antes de culpar o jejum.

A lição geral

A explicação intuitiva e a explicação correta raramente coincidem em cefaleia. É a razão de existirem critérios.

Diário de cefaleia

Duas semanas de registro valem mais, em uma primeira consulta, do que qualquer exame de imagem em cefaleia primária.

Preencha no dia, não de memória. Duas informações costumam ser esquecidas e são as mais importantes: a contagem de **dias com qualquer dor**, mesmo fraca, e a contagem de **dias em que algum analgésico foi tomado** — é a segunda que revela a cefaleia por uso excessivo de medicação.

[illegible]

O que levar à consulta

- Este diário preenchido, com a contagem de dias com dor e de dias com medicação no mês.
- A lista de *todos* os medicamentos usados para dor, incluindo os de venda livre, os compostos com cafeína e os que foram tomados “só de vez em quando”.
- A idade em que a dor de cabeça começou e como ela era no início.
- História de cefaleia na família, especialmente enxaqueca em mãe ou irmãs.
- Exames de imagem anteriores em mídia digital, não apenas o laudo.
- Para mulheres: relação das crises com o ciclo menstrual e uso de contraceptivo hormonal.

Dias, não crises

A unidade de medida que orienta decisões de tratamento é o número de dias de cefaleia por mês. Quatro dias por mês já é limiar para discutir tratamento preventivo em enxaqueca.

Escala 0 a 10

Zero é ausência de dor; dez é a pior dor imaginável. O número absoluto importa menos do que a consistência do seu próprio critério ao longo das semanas.

Aplicativos

Servem, e alguns exportam relatórios úteis. O papel tem uma vantagem: preenche-se durante a crise, quando olhar para uma tela é insuportável.

Dois meses

Se puder, registre por dois ciclos completos. Padrões menstruais e sazonais só aparecem nessa janela.

Fontes e limites deste guia

O que está aqui reflete os critérios diagnósticos internacionais vigentes e as diretrizes terapêuticas mais recentes. O que não está aqui é a sua história clínica.

Todos os critérios diagnósticos reproduzidos neste guia foram adaptados, em linguagem acessível, da terceira edição da Classificação Internacional das Cefaleias. A quarta edição está em elaboração pela Sociedade Internacional de Cefaleia e deve revisar, entre outros pontos, os critérios da cefaleia do tipo tensional e a fronteira entre cefaleias primárias e secundárias — motivo pelo qual este material será atualizado quando ela for publicada.

Limites

Este documento tem finalidade educativa. Não estabelece diagnóstico, não substitui consulta médica e não deve ser usado para iniciar, suspender ou ajustar qualquer medicamento. Doses foram mencionadas apenas quando fazem parte da definição do tratamento na literatura, e nunca como orientação de prescrição. Se você reconheceu o seu padrão em algum dos capítulos, o passo seguinte é uma avaliação clínica — não uma automedicação mais bem informada.

Referências

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018;38(1):1-211.
2. Ashina M. Migraine. N Engl J Med. 2020;383(19):1866-76.
3. Puledra F, Sacco S, Diener HC, et al. International Headache Society global practice recommendations for the acute pharmacological treatment of migraine. Cephalalgia. 2024;44(8):1-31.
4. Sacco S, Amin FM, Ashina M, et al. European Headache Federation guideline on the use of monoclonal antibodies targeting the calcitonin gene related peptide pathway for migraine prevention — 2022 update. J Headache Pain. 2022;23:67.
5. Do TP, Remmers A, Schytz HW, et al. Red and orange flags for secondary headaches in clinical practice: SNNOP10 list. Neurology. 2019;92(3):134-44.
6. Hoffmann J, May A. Diagnosis, pathophysiology, and management of cluster headache. Lancet Neurol. 2018;17(1):75-83.
7. Pascual J, González-Mandly A, Martín R, Oterino A. Headaches precipitated by cough, prolonged exercise or sexual activity: a prospective etiological and clinical study. J Headache Pain. 2008;9(5):259-66.
8. Chen PK, Fuh JL, Wang SJ. Cough headache: a study of 83 consecutive patients. Cephalalgia. 2009;29(10):1079-85.
9. Stovner LJ, Hagen K, Linde M, Steiner TJ. The global prevalence of headache: an update, with analysis of the influences of methodological factors on prevalence estimates. J Headache Pain. 2022;23:34.
10. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução-RE nº 2.105, de 22 de maio de 2026. Registro do hemissulfato de rimegepanto sesqui-hidratado. Diário Oficial da União, 25 maio 2026.

Sobre o autor

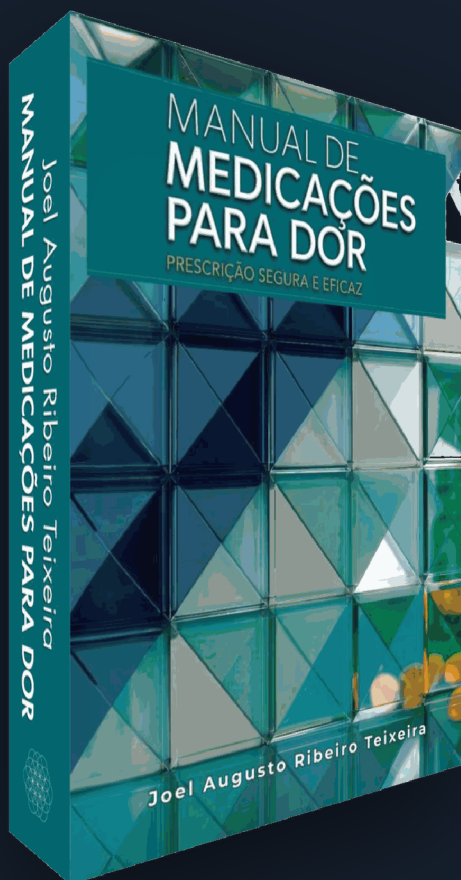
Joel Augusto Ribeiro Teixeira é neurocirurgião, formado pela Faculdade de Medicina da USP, com residência no Hospital das Clínicas da FMUSP. Atua em dor e neurocirurgia funcional e responde pela política de Dor na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Atualização

Conteúdo revisado em setembro de 2026.

Uso deste material

A reprodução integral e gratuita é permitida e incentivada, desde que sem alteração de conteúdo e com atribuição de autoria.



Este guia cobre seis cefaleias. O Manual cobre a farmacologia inteira da dor.

O *Manual de Medicamentos para Dor* é a obra de referência que percorre, classe por classe, todos os medicamentos usados no tratamento da dor: mecanismo molecular, indicação, dose, interação, efeito adverso e evidência. Oitocentas e doze páginas escritas para quem prescreve e para quem quer entender o que está tomando.

Disponível em edição impressa e em e-book Kindle, com assinatura Kindle Unlimited.

- Amazon — e-book e impresso
- Ulclap — edição impressa

Reconheceu o seu padrão?

Uma consulta de cefaleia bem conduzida começa por um diário preenchido e por uma história bem contada. Agende sua avaliação na **Clínica Osaka**, ou leia os artigos completos sobre cada uma destas seis condições.

neurologistapremium.com.br

Clínica Osaka | Dr. Joel Augusto Ribeiro Teixeira — Neurocirurgião
CRM 73479 | RQE 15854 | Bela Vista, São Paulo



Agendamento e artigos