



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA  
CURSO DE FARMÁCIA**

SAMAIA PATRICIA CARNEIRO DE JESUS DAMASCENO

**Cefaleia por uso excessivo de medicamentos: uma revisão  
integrativa**

SALVADOR – BA

2022

SAMAIA PATRICIA CARNEIRO DE JESUS DAMASCENO

**Cefaleia por uso excessivo de medicamentos: uma revisão  
integrativa**

Projeto apresentado à Universidade do Estado da Bahia como requisito parcial para a qualificação do Trabalho de Conclusão de Curso.

Orientador: Prof. Esp. Ana Patrícia Pascoal Queiroz

SALVADOR – BA  
2022

**FICHA CATALOGRÁFICA**  
**Sistema de Bibliotecas da UNEB**

d999c

de Jesus Damasceno , Samaia Patricia Carneiro

Cefaleia por uso excessivo de medicamentos: Uma revisão integrativa /  
Samaia Patricia Carneiro de Jesus Damasceno . - Salvador, 2022.  
39 fls.

Orientador(a): Ana Patrícia Pascoal Queiroz .

Inclui Referências

TCC (Graduação - Farmácia) - Universidade do Estado da Bahia.  
Departamento de Ciências da Vida. Campus I. 2022.

1.Cefaleia por uso excessivo de medicamentos . 2.Tratamento .  
3.Migrânea.

CDD: 007

SAMAIA PATRICIA CARNEIRO DE JESUS DAMASCENO

**Cefaleia por uso excessivo de medicamentos: uma revisão integrativa**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)  
submetido como requisito para obtenção do  
grau de bacharel em Farmácia pela  
Universidade do Estado da Bahia - UNEB

APROVADO EM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

  
\_\_\_\_\_  
**Prof. Esp. Ana Patrícia Pascoal Queiroz – UNEB**

  
\_\_\_\_\_  
**Prof. Dr. Valterney Lima Deus Examinador Externo – Faculdade Anhanguera  
Salvador**

  
\_\_\_\_\_  
**Prof. Ma. Bianca Cerqueira Borges de Oliveira Examinador Externo –  
Faculdade Anhanguera Salvador**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus.

Meu agradecimento mais especial é para a Samaia do passado. Obrigada por ter recolhido do chão cada pedacinho seu, juntado um por um e se refeito, para que eu pudesse chegar até aqui. Obrigada por ter aguentado tudo que aguentou e não ter desistido do seu sonho. Você me ensinou a ter coragem e a nunca mais deixar que nada nem ninguém apague o seu brilho. Eu devo tudo a você.

Agradeço aos meus pais, Patricia e Robson, por terem me apoiado durante a minha graduação, cada um do seu jeito, e por terem acreditado na profissional que um dia eu iria me tornar.

Agradeço aos meus amigos, Elora, Yasmin, Milena, Natália, Magda, Marcele, Kaio e Jaime, por estarem ao meu lado durante esse tempo. Tenham a certeza de que cada um de vocês foi essencial para a minha formação, seja com uma companhia, com uma palavra de incentivo, com um sorriso ou até mesmo com uma chamada para a realidade. Dentre esses, aos que foram meus colegas de curso, obrigada por terem tornado a jornada acadêmica um pouco mais fácil.

Ao meu namorado Orlando, obrigada por ter sido um amigo e colega de curso tão incrível durante a minha graduação, e por ter me mostrado a doçura que é uma amizade se tornar um amor. Admirar o farmacêutico que você estava se tornando me fez admirar ainda mais a Farmácia. Obrigada por tornar a vida real um conto de fadas. Desejo que você voe alto e que eu esteja ao seu lado.

Agradeço a Livia, por ter sido uma companhia ímpar durante o meu último ano na graduação. Sempre sendo um ombro amigo, oferecendo conselhos com toda a sua sabedoria e me ouvindo. Seu coração é de ouro.

Agradeço a Tamiles, por ter sido a primeira pessoa fora do âmbito acadêmico a me mostrar o que é ser tratada como colega de profissão. Seu carinho pela Farmácia me inspira. Obrigada por dividir e continuar dividindo tantos conhecimentos. Sua presença nessa reta final mudou tudo.

Agradeço a Yanara, por ter enxergado em mim um potencial que eu não sabia que eu tinha e por me mostrar o meu diferencial. Obrigada por me guiar e por me permitir crescer. Espero um dia ter metade da sua determinação.

Agradeço a Bárbara por me ensinar que para ser forte, não é necessário ser dura; que é possível ser forte e sensível; que é possível se impor e ter um coração bom. Você é uma farmacêutica incrível e é muito bom aprender cada dia mais com você.

Agradeço à minha orientadora, Prof. Ana Patrícia, por ter me inspirado com o tema desde o primeiro estágio, quando eu ainda tinha alma de caloura. Esse estágio me mostrou um lado do curso que eu não conhecia e pelo qual eu me apaixonei.

Agradeço, também, a todos os professores que fizeram parte da minha formação. E, por fim, agradeço à universidade como um todo por ter sido um lar para mim.

## RESUMO

A cefaleia é um sintoma que precisa ser considerado como sinal de alerta, uma vez que sua ocorrência pode estar relacionada a problemas de maior gravidade; pode ser classificada em primária e secundária. A partir das cefaleias primárias, e dentre elas a mais prevalente é a migrânea, o indivíduo pode desenvolver uma cefaleia secundária conhecida como cefaleia por uso excessivo de medicamentos (CUEM). Tendo esse foco, o principal objetivo desse estudo foi realizar uma revisão de literatura sobre a cefaleia por uso excessivo de medicamentos e suas abordagens de tratamento farmacológico e não farmacológico. O estudo foi construído a partir de uma revisão bibliográfica integrativa com a intenção de discutir o assunto levantado e colaborar com a pesquisa científica sobre a cefaleia por uso excessivo de medicamentos. A pesquisa ocorreu entre junho de 2021 e novembro de 2022, utilizando como palavras-chave “Cefaleia por Uso Excessivo de Medicamento” e “Tratamento”, entre os anos de 2017 e 2021, nas bases de dados *Medline* e *Science Direct*. Com este trabalho foi possível observar que para que se tenha uma boa resposta em evitar a cefaleia por uso excessivo de medicamentos, inicialmente faz-se necessário um maior conhecimento das cefaleias pela população no geral, a fim de que se conheça as suas melhores formas de tratamento. Assim, é preciso que a produção literária sobre as cefaleias continue em curso e que a população e, principalmente, os diversos profissionais de saúde adquiram um olhar mais solidário com os indivíduos com cefaleia.

**Palavras-chave:** Cefaleia por Uso Excessivo de Medicamentos, Tratamento e Migrânea

## ***ABSTRACT***

Headache is a symptom that needs to be considered as a warning sign, since its occurrence may be related to more serious problems; can be classified as primary and secondary. From primary headaches, and among them the most prevalent is migraine, the individual can develop a secondary headache known as medication overuse headache (MOH). With this focus, the main aim of this study was to conduct a literature review on medication overuse headache and its pharmacological and non-pharmacological treatment approaches. The study was built from an integrative bibliographical review with the intention of discussing the raised subject and collaborating with the scientific research on medication overuse headache. The research occurred between June 2021 and November 2022, using the keywords “Medication Overuse Headache” and “Treatment”, between the years 2017 and 2021, in Medline and Science Direct databases. With this work, it was possible to observe that to have a good response in avoiding medication overuse headache, initially it is necessary a greater knowledge of headaches by the general population, in order to know the best ways of treatment. Thus, it is necessary that the literature production on headache continues and that the population and, mainly, the various health professionals acquire a more solidary approach towards individuals with headache.

***Keywords:*** Medication Overuse Headache, Treatment and Migraine

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 – Artigos selecionados para a revisão.....	22
---	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CUEM	Cefaleia por uso excessivo de medicamentos
IHS	<i>International Headache Society</i>
SBED	Sociedade Brasileira do Estudo da Dor
AAS	Ácido acetilsalicílico
AINEs	Anti-inflamatórios não esteroides
SCBE	Sociedade Brasileira de Cefaleia
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SDS	<i>Severity of Dependence Scale</i>
ICHD	<i>International Classification of Headache Disorders</i>
GBD	<i>Global Burden of Disease</i>
ETCC	Estimulação Transcraniana por Corrente Contínua
PEP	Programa de Educação ao Paciente
EM	Entrevista Motivacional
FESN	Federação Europeia de Sociedades Neurológicas
CGRP	Peptídeo Relacionado ao Gene da Calcitonina

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>13</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	13
<b>3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>14</b>
3.1 CEFALEIAS. ....	14
3.2 MIGRANEA. ....	16
3.3.CEFALEIA POR USO EXCESSIVO DE MEDICAMENTOS .....	17
<b>4. MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>19</b>
4.1 PRIMEIRA FASE.....	19
4.2 SEGUNDA FASE. ....	19
4.3 TERCEIRA FASE. ....	20
4.4 QUARTA FASE. ....	20
4.5 QUINTA FASE. ....	20
4.6 SEXTA FASE.....	20
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>21</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>33</b>
<b>7. REFERENCIAS. ....</b>	<b>3</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A cefaleia, popularmente conhecida como dor de cabeça, é um sintoma que precisa ser considerado como sinal de alerta, uma vez que sua ocorrência pode estar relacionada a problemas de maior gravidade (FREITAS, 2013). As cefaleias são classificadas em primárias, quando não há outra condição clínica subjacente à dor, e, em secundárias, quando a dor pode ser atribuída como consequência de outra condição clínica. As cefaleias primárias são as mais prevalentes. Dentro deste grupo, a cefaleia tipo tensão e a migrânea são as mais comuns (TELESSAUDERS/UFGRS, 2016).

Vale ressaltar que existem diversos tipos de cefaleias primárias. Segundo a Sociedade Internacional de Cefaleia (2018), as cefaleias primárias estão divididas em migrânea, cefaleia do tipo tensão, cefaleias trigeminoautônômicas e outras cefaleias primárias. Sendo que cada uma dessas cefaleias apresenta diversos subtipos.

A partir dessas cefaleias primárias, e dentre elas a mais prevalente é a migrânea (também conhecida como enxaqueca), o indivíduo pode desenvolver uma cefaleia secundária conhecida como cefaleia por uso excessivo de medicamentos (CUEM). Isso acontece porque os indivíduos com migrânea são fisiológica e, talvez, psicologicamente hiper-responsivos a uma variedade de estímulos internos e externos. Álcool, alimentos e aditivos alimentares, além da ingestão e da supressão de fármacos, todos foram relatados como provocadores ou ativadores da migrânea em indivíduos suscetíveis (IHS, 2018).

A cefaleia por uso excessivo de medicamentos é descrita como uma cefaleia que ocorre em 15 ou mais dias/mês, em um paciente com uma cefaleia primária pré-existente e que se desenvolve como uma consequência do uso excessivo regular de medicamentos sintomáticos ou agudos para cefaleia (esse uso excessivo é de 10 ou mais ou 15 ou mais dia/mês, dependendo do medicamento) por mais de três meses. Habitualmente, mas não invariavelmente, desaparece após a interrupção do uso excessivo (IHS, 2018).

O tratamento dessa cefaleia é muito complicado, pois o medicamento utilizado deve ser retirado de forma abrupta e, apesar de ser a primeira opção no tratamento, a retirada do medicamento é considerada um dos maiores empecilhos, pois a piora da cefaleia e os sintomas de abstinência nos primeiros dias provavelmente estarão presentes. Náuseas, vômitos, prostração e dores que variam de dois a dez dias podem se manifestar (MIRANDA *et al.*, 2015).

O uso excessivo de medicamentos e a subsequente cefaleia por uso excessivo de medicamentos é um problema crescente e ainda subestimado em todo o mundo. Um número significativo de estudos epidemiológicos recentes sugere que até 4% da população em geral na Europa, América do Norte e Ásia fazem uso excessivo de analgésicos e outros medicamentos para o tratamento de condições dolorosas, como a enxaqueca. Esses estudos também fornecem evidências de que cerca de 1% da população em geral sofre de CUEM. A condição pode ser causada por quase todos os medicamentos para dores de cabeça, incluindo analgésicos e triptanos. Os sintomas clínicos da CUEM podem variar desde apenas um aumento na frequência das crises de cefaleia até uma dor holocraniana constante ao longo dos anos (DIENER *et al.*, 2004).

A cefaleia por uso excessivo de medicamentos é vista como uma cefaleia crônica de intensidade não progressiva e de duração prolongada (ORGAZ, 2011). De acordo com Rivilla-Marugán *et al* (2008) o uso continuado de fármacos provoca nos pacientes o fenômeno da dependência e tolerância, e a retirada deles ocasiona um quadro de abstinência.

Uma pesquisa demonstrou que, em centros especializados no tratamento de cefaleia, a prevalência de CUEM pode chegar a 70%, e, se o seu elevado impacto socioeconômico for considerado (absentismo no trabalho, visitas repetidas às urgências, internações hospitalares e testes de diagnóstico desnecessários), provavelmente, é uma das mais dispendiosas doenças neurológicas conhecidas (SILVA & LAKE III, 2013).

A cefaleia por uso excessivo de medicamentos é relatada em todo o mundo. A prevalência em estudos populacionais é entre 0,7% e 1,7% sendo variável em diferentes países. Parece ser mais frequente em mulheres do que em homens (talvez devido à maior prevalência de migrânea em mulheres). Há relatos de até 15% de prevalências em centros especializados em cefaleia (SBED, 2011).

Frente a esses dados, é possível observar que a cefaleia por uso excessivo de medicamentos é uma condição prevalente, que gera prejuízos socioeconômicos e modifica de forma significativa a vida do indivíduo que apresenta esta condição, pois interfere em sua vida social e em seu trabalho. Assim, faz-se necessário uma atualização constante do estudo das cefaleias a fim de que seja possível prevenir, tratar e acolher os pacientes com essa condição.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Realizar uma revisão integrativa da literatura sobre cefaleia por uso excessivo de medicamentos e suas abordagens de tratamento farmacológico e não farmacológico.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Apresentar aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos e semiológicos da cefaleia por uso excessivo de medicamentos;
- Caracterizar a produção científica nacional e internacional sobre cefaleia por uso excessivo de medicamentos;
- Discutir, por meio da revisão integrativa, o tratamento da cefaleia por uso excessivo de medicamentos.

### 3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1 Cefaleias

A cefaleia é uma condição prevalente, incapacitante, muitas vezes sem diagnóstico e tratamento adequados. Ela afeta mais as mulheres e tem maior frequência nos anos de maior produtividade. No Brasil, as cefaleias são responsáveis por cerca de 9% das consultas em atenção primária. Estima-se que apenas 56% dos pacientes com migrânea procuram atendimento de médico generalista e, desses, 4% e 16%, respectivamente, consultam com especialistas em cefaleias, sendo mais comum as mulheres buscarem assistência médica por esse motivo (SOUZA *et al.*, 2015).

A cefaleia é uma queixa frequente na infância e na adolescência. Estudos epidemiológicos realizados na faixa etária pediátrica revelam que a prevalência de cefaleia de qualquer natureza, varia de 40,7 a 82,9%. A prevalência da cefaleia na infância aumenta numa relação diretamente proporcional à idade das crianças. Estudo prospectivo, realizado com 2.921 crianças, mostrou que a prevalência de cefaleia aumenta de 39%, na idade de 7 anos, para 69% aos 14 anos de idade. Abaixo dos 10 anos de idade, há uma predominância no sexo masculino, e a partir da adolescência, há um predomínio no sexo feminino (GHERPELLI, 2002).

Os analgésicos comuns, como o ácido acetilsalicílico (AAS), a dipirona e o paracetamol são os medicamentos mais utilizados no tratamento da fase aguda da cefaleia na infância. Os analgésicos anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), tais como ibuprofeno, naproxeno e diclofenaco, também são bastante utilizados no tratamento da fase aguda da cefaleia na infância (GHERPELLI, 2002).

As cefaleias primárias são as mais comuns, principalmente a cefaleia tensional, responsável pela maioria dos casos, seguida pelas cefaleia tipo migrânea e as causadas por infecções sistêmicas agudas, tais como a gripe. Em menos de 1% dos casos a cefaleia está associada a doenças intracranianas graves como tumores ou infecções cerebrais (BRASIL, 2013)

As cefaleias classificadas como secundárias são menos frequentes. Apenas 1% das cefaleias atendidas pelos centros de saúde da Atenção Básica são causadas por patologia intracraniana subjacente como tumores, meningite, malformações arteriais, hemorragia subaracnóidea e pós-traumatismo cranioencefálico (BRASIL, 2013).

Nas cefaleias de origem secundária, é fundamental o conhecimento dos sinais de alerta que podem indicar a gravidade da doença causal implicada na crise álgica. Neste sentido, a história clínica é o principal fator para a elaboração do diagnóstico correto, complementada pelo exame físico e seguida, se for o caso, por exames complementares (BRASIL, 2013).

Segundo Silva (2001), apesar do extraordinário avanço tecnológico das últimas décadas, com exames complementares que auxiliam na classificação das cefaleias ditas primárias, que são as mais frequentes na prática diária, inexistem exames complementares capazes de confirmar ou afastar o diagnóstico clinicamente elaborado. O conjunto de sintomas e sinais possibilita a formulação do diagnóstico correto e é por meio da anamnese que se classifica a modalidade da cefaleia, detecta-se a coexistência de mais de um tipo de dor de cabeça e identifica-se os possíveis fatores desencadeantes. Os exames complementares destinam-se à confirmação do diagnóstico da patologia causal das cefaleias secundárias ou como apoio para o diagnóstico diferencial em quadros pouco definidos.

Como dito anteriormente, o diagnóstico dos principais tipos de cefaleia é clínico e baseia-se na anamnese e no exame físico. As principais informações da anamnese e exame físico a serem consideradas são:

- **Localização:** definir se a dor é holocraniana, bilateral, unilateral, retro-orbital, occipital, cervical ou localização mais específica; avaliar se é sempre no mesmo lugar ou muda conforme a crise.
- **Duração:** idade de início ou há quanto tempo o paciente apresenta a dor; se a dor é contínua ou episódica, duração de cada episódio, frequência das crises e modo de início (súbito ou insidioso).
- **Características/intensidade da dor:** definir como é a dor (em aperto/pressão ou latejante), e intensidade (leve, dor que não atrapalha as atividades rotineiras; moderada, dor mais intensa, que atrapalha as atividades rotineiras, mas não impede sua realização; forte, dor que impede o indivíduo de prosseguir com atividades rotineiras; muito forte ou excruciante).
- **Sintomas associados:** identificar sintomas prodrômicos, duração e se persistem com a dor. Avaliar se fatores como luz, barulho ou cheiros pioram ou atrapalham o paciente durante a dor. Questionar outros sintomas associados, como náusea ou vômito, congestão nasal, lacrimejamento, olho vermelho, diplopia, sintomas visuais, tontura, perda de força, parestesia, febre, tosse etc.

- Fatores desencadeantes: como estresse, privação de sono, jejum prolongado, álcool, cafeína, período menstrual, uso de medicamentos, tipos de alimentos ou outros, fatores agravantes e de alívio.
- Tratamentos realizados: identificar tratamentos utilizados e se fez tratamento profilático para cefaleia. Se paciente está usando analgésico duas ou mais vezes por semana, suspeitar de cefaleia por abuso de analgésico (TELESSAUDERS/UFGRS, 2016).

### 3.2 Migrânea

A migrânea trata-se de uma doença neurovascular que se caracteriza por crises repetidas de dor de cabeça que podem ocorrer com uma frequência bastante variável, atingindo mais mulheres do que homens. Tem como mecanismo fisiopatogênico a dilatação das artérias cranianas. Pode ser dividida entre a migrânea sem aura, que se caracteriza por uma dor unilateral de intensidade moderada a forte, caráter pulsátil, iniciando-se durante o sono ou pela manhã, e podendo ser acompanhada por fotofobia, fonofobia, náuseas e vômitos; e a migrânea com aura, que se caracteriza por sintomas ou sinais neurológicos focais transitórios que não estão presentes na migrânea comum. Os sintomas neurológicos focais instalam-se de forma gradual, geralmente ao longo de 5 a 20 minutos, durante 60 minutos ou menos e ocorrendo, na maiorias das vezes, antes da dor. A aura visual é a mais comum e pode se apresentar como flashes de luz, falhas no campo visual, imagens brilhantes em ziguezague, entre outros (IHS, 2004).

Estudos apontam que 60% a 80% dos casos de enxaqueca são de natureza genética, demonstrando assim a importância do pensamento diagnóstico por parte dos clínicos, a fim de proporcionar melhor qualidade de vida aos pacientes (SOUZA *et al.*, 2015).

As crises migranosas são predominantemente marcadas por limitação das atividades habituais (estudo, trabalho, outras), náusea e fotofobia. Há de se considerar no diagnóstico, também, a presença de estímulos capazes de determinar o surgimento de uma crise em predispostos, sendo os mais comuns: estresse, alterações do sono, jejuns, comidas gordurosas e lácteas, vinhos), privação da cafeína, exposição a ruídos altos, odores fortes ou alterações climáticas, prática de exercícios físicos, uso de medicamentos vasodilatadores (SBCE, 2000).

O tratamento da crise aguda de migrânea deve basear-se de acordo com a intensidade das crises (RANDALL; CLINCH, 2001). Pacientes que tem mais de 4 crises ao mês merecem indicação de profilaxia medicamentosa, considerando a minimização das consequências

relacionadas aos episódios e evitando o surgimento de cefaleia crônica diária induzida pelo uso de analgésicos. Outras razões que indicam o tratamento profilático são a ocorrência de Enxaquecas incomuns (enxaqueca hemiplégica, enxaqueca com aura prolongada) e a contraindicação ao uso de medicamentos para o tratamento agudo (SBMFC *et al.*, 2009).

Na gestação a droga de escolha para tratamento da migrânea é o Paracetamol (Acetaminofen), ainda que possa ser considerado uso de triptanos e anti-inflamatórios após discutir com gestante os riscos do uso desses medicamentos durante a gravidez (BRASIL, 2012).

É importante evitar uso de anticoncepcional hormonal combinado para contracepção em mulheres portadoras de enxaqueca com aura (BRASIL, 2013).

### 3.3 Cefaleia por uso excessivo de medicamentos

A cefaleia por uso excessivo de medicamentos é uma interação entre um agente terapêutico usado de maneira excessiva e um indivíduo suscetível. Entre os que tem previamente um diagnóstico de cefaleia primária, a maioria apresenta enxaqueca ou cefaleia do tipo tensão (ou ambas); apenas uma minoria dos indivíduos tem outros diagnósticos de Cefaleias primárias, tais como cefaleia em salvas crônica ou cefaleia persistente diária desde o início (ICHD, 2014).

O diagnóstico de cefaleia por uso excessivo de medicamentos é de extrema importância clínica. Aproximadamente metade dos indivíduos com cefaleias em 15 ou mais dias por mês, por mais de 3 meses, tem cefaleia por uso excessivo de medicamentos. A evidência mostra que a maioria destes doentes melhora após a suspensão do medicamento usado em excesso, bem como sua resposta ao tratamento preventivo. O simples aviso acerca das causas e consequências da cefaleia por uso excessivo de medicamentos é uma parte essencial do esquema terapêutico. Um folheto explicativo é com frequência tudo que é necessário para prevenir ou descontinuar o uso excessivo de medicamento. A prevenção é especialmente importante em indivíduos propensos a cefaleias frequentes (ICHD, 2014).

Porém, o comportamento de alguns indivíduos com cefaleia por uso excessivo de medicamentos é similar ao verificado em outros vícios a fármacos e a pontuação na *Severity of Dependence Scale* (SDS) é um preditor significativo de abuso de medicamento nos doentes com cefaleias (ICHD, 2014).

Vale ressaltar que a cefaleia por uso excessivo de medicamentos também pode ser subdividida a partir do medicamento utilizado em excesso, como, por exemplo, cefaleia por uso

excessivo de ergotamina; cefaleia por uso excessivo de triptanos; cefaleia por uso excessivo de analgésicos simples; cefaleia por uso excessivo de opioides e afins. Sendo que algumas subdivisões também possuem subdivisões. Um exemplo disso é a cefaleia por uso excessivo de analgésicos simples, que é subdividida levando em consideração o tipo de analgésico simples que foi utilizado, como, por exemplo, o paracetamol, o ácido acetilsalicílico, entre outros (ICHHD, 2014).

O manejo da cefaleia por uso excessivo de medicamentos é realizado seguindo algumas etapas. Inicialmente, deve-se diagnosticar o tipo de cefaleia que desencadeou o abuso de analgésico, buscando as características iniciais da dor. Deve-se educar o paciente sobre a benignidade da cefaleia primária e sobre o uso abuso de medicamentos levar a um quadro de cefaleia crônica. Em seguida, suspender imediatamente o uso de analgésicos e iniciar “terapia-ponte”, que consiste em prescrever de maneira fixa, independente da dor, anti-inflamatório não esteroide ou corticoide, por uma semana. Sugere-se como “terapia-ponte” o uso de Naproxeno 550 mg, a cada 12 horas, por 5 a 10 dias ou Prednisona 60 a 100 mg, uma vez por dia nos dias 1 e 2 e após, com diminuição gradual, de 20 mg, a cada 2 dias, até completar 7 dias de tratamento. Iniciar o medicamento profilático de acordo com o tipo de cefaleia que o paciente apresente, juntamente com a “terapia-ponte”; caso o paciente apresente cefaleia tipo tensão, deve-se prescrever tricíclico em baixa dose, e caso o paciente apresente migrânea, utilizar tricíclico em baixa dose, betabloqueador ou anticonvulsivante. Após o período da “terapia-ponte”, prescreve-se o medicamento analgésico apropriado e mantem-se o seguimento, monitorando a frequência das crises e a tolerância ao medicamento profilático prescrito (TELESSAUDERS/UFGRS, 2018).

O objetivo do tratamento profilático é diminuir a frequência e intensidade das crises, bem como aumentar eficácia dos medicamentos abortivos. Ao iniciar o tratamento deve-se reavaliar melhora do quadro ou resolução dos sintomas em 30 dias, se não houver melhora substancial nesse período sugere-se tentar outra classe de medicamento profilático. Se sintomas persistem, porém em menor grau, manter o tratamento por cerca de 3 meses antes de tentar novo medicamento (TELESSAUDERS/UFGRS, 2018).

## **4. MATERIAIS E MÉTODOS**

O estudo foi construído a partir de uma revisão bibliográfica integrativa com a intenção de discutir o assunto abordado e colaborar com a pesquisa científica sobre a cefaleia por uso excessivo de medicamentos. Para a sua elaboração, foram utilizadas as seis fases do processo da revisão integrativa.

### **4.1 Primeira fase – Elaboração da pergunta norteadora**

Delimitou-se o tema cefaleia por uso excessivo de medicamentos e através da estratégia PVO, um acrônimo para População ou Problema da pesquisa, Variáveis (quando houver), e “*Outcome*” (desfecho), foi construída a seguinte pergunta norteadora: existem estudos atualizados sobre a abordagem de tratamento da cefaleia por uso excessivo de medicamentos?

### **4.2 Segunda fase – Busca ou amostragem na literatura**

A revisão possuiu como fonte artigos científicos, monografias e afins que trouxessem estudos acerca da cefaleia por uso excessivo de medicamentos e estivessem indexadas nas seguintes bases de dados: *Medline* e *Science Direct*. A pesquisa ocorreu nos meses de junho de 2021 a novembro de 2022, utilizando as palavras-chave, por meio de filtros aplicados às bases de dados, abrangendo um período de 2017 a 2021. Para a busca foram utilizados os seguintes descritores: “Cefaleia por Uso Excessivo de Medicamentos” e “Tratamento”, com seus respectivos termos em inglês. Os descritores utilizados foram selecionados com base na construção e no tema do trabalho. Foram realizadas pesquisas nas bases de dados com as palavras-chave e suas combinações. Além dos descritores, foram utilizados, também, os operadores booleanos “AND” e “OR”, sendo adaptados para viabilizar um melhor direcionamento para as bases de dados. Os critérios de inclusão utilizados para a pesquisa foram trabalhos publicados eletronicamente no período de 2017 a 2021, que apresentassem a temática proposta nas línguas portuguesa e/ou inglesa, utilizando os descritores e palavras-chave escolhidos, provenientes das bases de dados escolhidas e que estivessem completos. Para os critérios de exclusão, foram excluídos artigos de revisão narrativa, fichas técnicas, fichas terapêuticas, trabalhos que tinham seu acesso permitido somente através de pagamento e trabalhos que não abordavam a temática proposta.

### **4.3 Terceira fase – Coleta de dados**

Com o intuito de assegurar a coleta de todos os dados relevantes e minimizar o risco de erros, foram divididos os dados coletados em ano, autor e título.

### **4.4 Quarta fase – Análise crítica dos estudos incluídos**

Após a seleção dos artigos com base nos critérios de inclusão e exclusão, seguiu-se com uma análise crítica dos estudos, analisando suas relevâncias e a relevância de seus dados para a pesquisa.

### **4.5 Quinta fase – Discussão os resultados**

Diante dos resultados encontrados, posterior a sua leitura e interpretação, os dados foram confrontados, sendo possível realizar uma discussão e abordar os principais pontos.

### **4.6 Sexta fase- Apresentação da revisão integrativa**

Conduziu-se a revisão apresentando-se a síntese do conhecimento produzido com o propósito de divulgar os principais resultados evidenciados junto à comunidade científica e acadêmica.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com a utilização dos descritores apropriados, as buscas realizadas nas bases de dados apresentaram um total de resultados de 644 trabalhos indexados, os quais 549 vieram do *ScienceDirect* e 95 vieram do *Medline*.

Dentre esses artigos, após uma análise, restaram um total de 44 trabalhos, dos quais, após a leitura dos resumos, foram selecionados um total de 20 elegíveis pois apresentaram todas as características que embasam a discussão sobre o problema da pesquisa.

Pode-se perceber que a maioria dos artigos encontrados foram construídos na língua inglesa, mesmo trabalhos de autores de outras nacionalidades; e foram encontrados artigos dos anos de 2017, 2018, 2019, 2020 e 2021.

O quadro a seguir (quadro 1), traz os artigos elencados para a revisão após o processo de busca e triagem.

### Quadro 1 – Artigos selecionados para a revisão

<b>Título</b>	<b>Referências</b>	<b>Objetivo</b>
Coping and Motivation for Change –Na Interview Study of the Experience From Participation in an Educational Program for Patients With Medication-Overuse Headache	MOSE, L.S.; BORNHØFT, PRIMDHAL, J.; GRAM, B., 2021 (Dinamarca)	Aprofundar a percepção e compreensão de como os pacientes com CUEM experimentaram a participação em um PEP com foco em estratégias de enfrentamento e na motivação individual para implementar mudanças.
Anti-CGRP monoclonal antibodies in chronic migraine with medication overuse: real-life effectiveness and predictors of response at 6 months	CARONA, E. <i>et al.</i> , 2021 (Espanha)	Analisar em uma coorte clínica da vida real a eficácia de MAb anti-CGRP após 6 meses de tratamento em pacientes com migrânea crônica com e sem uso excessivo, com foco nos preditores de resposta.
The burden of medication overuse headache and patterns of switching and discontinuation among triptan users: a systematic review (A3)	DEIGHTON, A.M. <i>et al.</i> , 2021 (Canadá)	Sintetizar estimativas do mundo real do número de usuários de triptanos, globalmente, que alternam entre vários triptanos para outras terapias; caracterizar o uso agudo de medicamentos em pacientes com CUEM; e descrever o ônus associado.
Withdrawal failure in patients with chronic migraine and medication overuse headache (A2)	D'AMICO, D. <i>et al.</i> , 2021 (Itália)	Descrever preditores de falha no manejo da enxaqueca crônica com cefaleia por uso excessivo de medicamentos.
Differential medication overuse risk of novel anti-migraine therapeutics (A1)	SAENGJAROENTHAM, C. <i>et al.</i> , 2020 (Inglaterra)	Determinar o risco potencial de CUEM de ditans e gepantes em um modelo pré-clínico estabelecido de uso excessivo de medicamentos.

Fonte: dados da pesquisa, 2022

### Quadro 1 – Artigos selecionados para a revisão

Título	Referências	Objetivo
Video consultations in medication overuse headache. A randomized controlled trial (A4)	BEKKELUND, S. I.; MULLER, K.I., 2019 (Noruega)	Testar a hipótese de que o efeito das vídeo-consultas não é inferior às consultas tradicionais no manejo de pacientes com cefaleia por uso excessivo de medicamentos.
Mindfulness and pharmacological prophylaxis after withdrawal from medication overuse in patients with Chronic Migraine: an effectiveness trial with a one-year follow-up	GRAZZI, L. <i>et al.</i> , 2017 (Itália)	Avaliar 1 ano de evolução do estados dos pacientes, com a hipótese de que a eficácia de uma abordagem baseada em atenção plena seria semelhantes à dos tratamentos profiláticos convencionais.
Treatment of withdrawal headache in patients with medication overuse headache: a pilot study	CEVOLI, S. <i>et al.</i> , 2017 (Itália)	Realizar um estudo piloto para avaliar a eficácia da metilprednisolona ou paracetamol na cefaleia de abstinência em pacientes com CUEM.
Primary Headache Disorders – Part 2: Tension type headache and medication overuse headache	JAY, G.W., <i>et al.</i> , 2017 (Estados Unidos da América)	Discutir transtornos de cefaleia Primária e a cefaleia por uso excessivo de medicamentos, assim como gerenciar e tratar pacientes com CUEM.
Headaches in Adults in Primary Care (A3)	MCNEIL, M., 2021 (Estados Unidos da América)	Realizar uma revisão das cefaleias para ajudar na compreensão das suas diferentes síndromes e de seus manejos a fim de auxiliar os profissionais de saúde da atenção primária.

Fonte: dados da pesquisa, 2022

### Quadro 1 – Artigos utilizados na revisão

Título	Referências	Objetivo
Medication overuse headache: Update of the French recommendations regarding the treatment strategies (B2)	CORAND, V., <i>et al.</i> , 2021 (França)	Propor novas recomendações francesas abrangendo todas as opções terapêuticas disponíveis para a CUEM.
Clinical characteristics and overuse pattern of medication overuse headache: Retrospective case-series study (A4)	KLUONAITIS, K., <i>et al.</i> , 2017 (Lituânia)	Analisar as características clínicas e demográficas, e os tipos de medicamentos em uso excessivo de pacientes lituanos com CUEM.
Predictors of relapse in patients with medication overuse headache in Shanghai: A retrospective study with a 6-month follow up	YUAN, X., <i>et al.</i> , 2019 (China)	Determinar os preditores de recidiva de CUEM em pacientes através de um acompanhamento de 6 meses em Xangai.
Pediatric Medication-overuse Headache and Global Headache Research. A Systematic Review (A3)	VIDES-ROSALES, M., 2021 (El Salvador)	Determinar se há uma diferença geográfica nos esforços de pesquisa sobre a cefaleia por uso excessivo de medicamentos pediátrica; e estudar a prevalência da CUEM pediátrica.
Anodal transcranial direct current stimulation in chronic migraine and medication overuse headache: a pilot double-blind randomized sham-controlled trial (A2)	DE ICCO, R. <i>et al.</i> , 2020 (Itália)	Investigar os efeitos da estimulação transcraniana por corrente contínua (ETCC) em pacientes com enxaqueca crônica e com cefaleia por uso excessivo de medicamentos, bem como seu papel na atividade cerebral.

Fonte: dados da pesquisa, 2022

**Quadro 1 – Artigos utilizados na revisão**

<b>Título</b>	<b>Referências</b>	<b>Objetivo</b>
Pathophysiology, prevention, and treatment of medication overuse headache (A1)	DIENER, H., <i>et al.</i> , 2019 (Alemanha)	Realizar uma revisão de literatura acerca da fisiopatologia, prevenção e tratamento da cefaleia por uso excessivo de medicamentos.
The Effectiveness of Treatments for Patients With Medication Overuse Headache: A Systematic Review and Meta-Analysis (A1)	GOFFAU, M.J., <i>et al.</i> , 2017 (Países Baixos)	Avaliar o benefício dos tratamentos para pacientes com cefaleia por uso excessivo de medicamentos.
Machine learning approach to predict medication overuse in migraine patients	FERRONI, P., <i>et al.</i> , 2020 (Itália)	Explorar um preditor automatizado para estimar o risco de uso excessivo de medicamentos na enxaqueca.
Headache in Young patients: clinical characteristics of a series of 651 cases	HUESO, M.I. P. <i>et al.</i> , 2018 (Espanha)	Analisar as características de um grupo de pacientes jovens (14 a 25 anos) atendidos na unidade de cefaleia de um hospital terciário.
Epigenetic changes in headache (A1)	CAMARA, M.S., <i>et al.</i> , 2017 (Espanha)	Realizar uma revisão de literatura sobre o envolvimento de diferentes mecanismos epigenéticos na cefaleia.

**Fonte: dados da pesquisa, 2022**

Durante a execução deste trabalho, foi possível observar que, embora a cefaleia por uso excessivo de medicamentos seja uma condição prevalente, ainda é pouco conhecida e pouco estudada, além de ser pouco conhecida pela população e, por isso, não é tratada com seriedade e responsabilidade. A maioria dos trabalhos publicados tem como foco a migrânea, também conhecida como enxaqueca, e apenas citam que ela pode desencadear a cefaleia por uso excessivo de medicamentos, porém mantendo seu foco na migrânea. Esta falta de estudos sobre a cefaleia por uso excessivo de medicamentos se mostra alarmante, pois no estudo de Cevoli *et al.* (2017), os autores trazem que a cefaleia por uso excessivo de medicamentos tem um forte impacto social e representa uma preocupação de saúde pública, dada a grande quantidade de incapacidade e custos financeiros associados. A cefaleia por uso excessivo de medicamentos afeta entre 1-2% da população geral e 30-50% dos pacientes atendidos em centros de cefaleia.

Estes dados se relacionam com o estudo de Yuan *et al.* (2019) em que os autores trazem que a cefaleia por uso excessivo de medicamentos afeta 1% da população mundial, tendo como queixas mais comuns a diminuição da qualidade de vida e o ônus econômico, que são mais elevados do que aqueles em pacientes com cefaleias episódicas ou crônicas. E embora a prevalência da CUEM possa ser tão alta quanto 7,1% no total, ela afeta 1-2% da população geral (KLUONATIS, K. *et al.*, 2017).

Em todo o mundo, as mulheres possuem essa condição mais comumente do que os homens (4:1). O pico de prevalência da CUEM é alcançado quando os pacientes possuem idade entre 50 e 60 anos. Em crianças, a prevalência varia entre 0,3% e 1% (DIENER, H. *et al.*, 2019). Sendo que a maior prevalência de cefaleia por uso excessivo de medicamentos ser no grupo do sexo feminino, provavelmente dá-se pelo fato de que a migrânea também possui maior prevalência no sexo feminino e esta é a cefaleia primária que mais desencadeia a cefaleia por uso Excessivo de medicamentos. Isso é visto no estudo de Ferroni *et al.* (2020), onde afirmam que o uso excessivo de medicamentos afeta aproximadamente 15% dos pacientes com enxaqueca e é o fator de risco mais relevante para a cronificação da enxaqueca, bem como de uma cefaleia secundária conhecida como cefaleia por uso excessivo de medicamentos.

A prevalência da cefaleia por uso excessivo de medicamentos neste grupo também é vista no estudo de Vides-Rosales (2021), em que o autor afirma que pacientes do sexo feminino atribuído ao nascimento apresentam mais CUEM. Também nesse estudo, o autor traz que a prevalência da cefaleia por uso excessivo de medicamentos em pacientes com distúrbios de cefaleia varia de 10 a 60%.

De acordo com os dados do estudo GBD-2019, a prevalência de enxaqueca em pacientes com menos de 20 anos de idade é de 8,64%. Essa prevalência varia geograficamente com prevalência na América do Norte e Europa em torno de 10% (VIDES-ROSALES, M., 2021).

Durante a execução do trabalho, também foi possível observar o impacto econômico da cefaleia por uso excessivo de medicamentos. No trabalho de Diener *et al* (2019), eles trazem que a cefaleia por uso excessivo de medicamentos é uma condição que afeta cerca de 60 milhões de pessoas em todo o mundo e está entre as 20 principais causas de incapacidade em todo o mundo com consequências socioeconômicas substanciais. Os autores também fortalecem este dado trazendo que os custos da cefaleia por uso excessivo de medicamentos são três vezes maiores do que os da enxaqueca e incluem custos associados a atestados médicos, perda de produtividade, aumento do uso de medicamentos e do uso de assistência médica.

O que se pode dizer é que a cefaleia por uso excessivo de medicamentos tem enormes custos para a sociedade, sendo um dos principais motivos para a transformação da cefaleia episódica (tanto do tipo tensional quanto da enxaqueca) em cefaleia crônica diária ou enxaqueca crônica, juntamente com analgésico rebote e dor de cabeça vasoconstritora (JAY *et al.*, 2017).

Ainda falando sobre o impacto econômico da cefaleia por uso excessivo de medicamentos, o estudo de Corand *et al.* (2021) traz que a prevalência de um ano desta condição está entre 1% e 2% na Europa. A CUEM também está entre os distúrbios de dor de cabeça mais caros tanto para o paciente quanto para a sociedade.

Os custos socioeconômicos anuais da cefaleia por uso excessivo de medicamentos foram estimados em aproximadamente 37 bilhões de euros na Europa, principalmente devido à redução da capacidade de trabalho e ausência de trabalho por doença e a CUEM é, portanto, um dos distúrbios neurológicos mais caros (CORAND *et al.*, 2021).

Em seu estudo, Diener *et al.* (2019) fizeram a suposição de que a predisposição genética esteja envolvida na fisiopatologia da cefaleia por uso excessivo de medicamentos. Os autores também afirmaram que a exposição ao medicamento agudo parece ser a principal causa de cefaleia por uso excessivo de medicamentos, pois é patognomônico para o transtorno em si.

O uso excessivo de medicamentos para dor de cabeça pode compartilhar mecanismos patogênicos com outros tipos de dependência de drogas; estes podem envolver fatores genéticos que predisõem os indivíduos ao uso excessivo de medicamentos (CAMARA *et al.*, 2017).

Corroborando com o estudo de Camara *et al.* (2017), o ponto-chave é que a fisiopatologia da cefaleia por uso excessivo de medicamentos é apenas parcialmente compreendida e é muito mais complexa do que possivelmente imaginado; mas a CUEM pode ter mecanismos e fisiopatologia semelhantes à dependência de drogas (JAY *et al.*, 2017).

Cevoli *et al.* também observaram uma possível suscetibilidade hereditária à cefaleia por uso excessivo de medicamentos, uma vez que a CUEM pode ser observada com mais frequência em pacientes com história familiar de CUEM ou história de abuso de substâncias (JAY *et al.*, 2017).

Baixa posição econômica, estresse, obesidade, sedentarismo, tabagismo diário estão associados a um risco aumentado de cefaleia por Uso Excessivo de Medicamentos (DIENER *et al.*, 2019). Corroborando com esses dados, temos o estudo de Vides-Rosales (2021), trazendo que vários fatores de risco foram identificados: baixa posição socioeconômica, estresse, sedentarismo, depressão, ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo, enxaqueca episódica frequente ou cefaleia tensional, coexistência de outra causa de dor no corpo, distúrbios do sono.

Fatores psicológicos podem afetar negativamente o uso excessivo de medicamentos, mas também outros fatores multidimensionais, interrelacionados contribuem, por exemplo, tipo e gravidade do diagnóstico de cefaleia primária e quais medicamentos são utilizados em excesso (MOSE *et al.*, 2021). No estudo de Corand *et al.* (2021) os autores trazem que a grande pesquisa *Eurolight* estabeleceu que a depressão e especialmente a ansiedade são comorbidades da enxaqueca episódica, e isso é verdade, porém mais fortemente, para a CUEM. Além disso, comorbidade psiquiátrica e especialmente a depressão é mais prevalente em pacientes que não obtiveram sucesso na retirada do medicamento em uso excessivo.

Uma disparidade entre estudos foi um ponto que chamou bastante atenção durante a execução do trabalho. Em seu estudo, Diener *et al.* (2019) informam que pacientes que usam triptanos em excesso para o tratamento de crises de enxaqueca são mais propensos a desenvolver cefaleia por uso excessivo de medicamentos em comparação com pacientes que usam analgésicos simples em excesso. Portanto, mecanismos específicos de medicamentos podem estar envolvidos na fisiopatologia subjacente. Entretanto, no estudo de Grazzi *et al.* (2017), os autores afirmam que uma revisão recente de literatura evidenciou que analgésicos e opioides estão associados a maior risco de desenvolvimento de uso excessivo de medicamentos e os autores concluíram que os chamados tratamentos “específicos para enxaqueca”,

nomeadamente triptanos e ergots, devem ser preferidos pois são menos frequentemente associados ao desenvolvimento de uso excessivo e cronificação de doenças.

A cefaleia por uso excessivo de medicamentos pode se desenvolver em pacientes mais particularmente se eles tiverem histórico de enxaqueca ou cefaleia tensional, conforme observado anteriormente. Se esses pacientes usam medicamento para outro problema, como dor lombar crônica, para a qual um médico lhes dá um opioide, por exemplo, eles podem desenvolver CUEM secundário ao medicamento analgésico usado para o problema nas costas. Por outro lado, se um paciente sem histórico de cefaleia toma frequentemente opioides ou outros analgésicos para dor lombar, ele NÃO desenvolverá um quadro de CUEM, nem haverá surgimento de “novas dores de cabeça” se não houver histórico de dores de cabeça anteriores (JAY *et al.*, 2017).

A cefaleia por uso excessivo de medicamentos representa um desafio clínico e social. As abordagens terapêuticas disponíveis (aconselhamento para retirada de medicamentos agudos, desintoxicação abrupta, medicamento preventiva) ainda não são suficientemente satisfatórias por causa dos não respondedores ou dos reincidentes, que podem chegar a 40% (DE ICCO *et al.*, 2020). O estudo de Yuan *et al.* (2019) corrobora com este dado, pois os autores afirmam que de forma alarmante, vários estudos indicaram um alto risco de recaída da CUEM (22-44%) após um tratamento bem-sucedido de retirada.

A cefaleia crônica e a cefaleia por uso excessivo de medicamentos geralmente revertem para cefaleia episódica quando o medicamento preventivo é iniciado e a ingestão de medicamentos agudos é limitada (DIENER *et al.*, 2019).

Ainda é debatido o papel da terapia com esteroides. Dois estudos randomizados independentes controlados por placebo revelaram resultados discordantes em relação à eficácia da terapia oral com prednisona no controle dos sintomas de abstinência e da intensidade da dor de cabeça nos primeiros 6 e 5 dias de abstinência, respectivamente. Mais recentemente, um estudo apoiou parcialmente a hipótese de que a prednisona reduz o consumo de medicamentos de resgate sem diminuir a gravidade e a duração da cefaleia de abstinência, mas faltam comparações com analgésicos mais seguros e mais bem tolerados (CEVOLI *et al.*, 2017)

Falando, ainda, do estudo de Cevoli *et al.* (2017), os autores estudaram a eficácia da metilprednisolona e do paracetamol no tratamento após a retirada do medicamento que causou a cefaleia por uso excessivo de medicamentos; o estudo foi realizado utilizando, também, um grupo placebo. Os autores concluíram que estes medicamentos não foram superiores ao placebo

ao final do programa de desintoxicação (somente durante o segundo dia de abstinência), e que ambos possuem a mesma eficácia.

No trabalho de Corand *et al.* (2021), os autores trazem alguns tratamentos profiláticos para a cefaleia por uso excessivo de medicamentos. Eles abordam que o topiramato é a primeira escolha para as cefaleias da CUEM, apesar dos seus efeitos adversos frequentes, abordando um estudo europeu que mostrou que o topiramato apresentou redução significativa da cefaleia e sua frequência quando comparado com o placebo. Os autores trazem, também, o valproato de sódio como escolha de medicamento profilático, abordando um estudo que mostra que esse medicamento reduziu significativamente a cefaleia nos pacientes, quando comparado com o placebo. Além disso, trazem um estudo controlado por placebo sobre os anticorpos monoclonais anti-CGRP. O fremanezumabe reduziu a frequência e a gravidade das dores de cabeça em pacientes com enxaqueca crônica e CUEM; também reduziu significativamente a frequência de cefaleia de gravidade pelo menos moderada, sem retirada, em pacientes com uso excessivo de medicamento no início do estudo em 4,7 dias, no grupo que recebeu injeções trimestrais, e 5,2 dias naqueles que receberam injeções mensais, em comparação com uma redução de 2,5 dias no grupo placebo. Em um estudo avaliando a eficácia do erenumabe, os dias mensais de enxaqueca foram reduzidos em 6,6 dias versus 4,2 dias para placebo após 12 semanas em 667 pacientes com enxaqueca crônica, 41% dos quais tiveram uso excessivo de medicamento.

As novas terapias com anticorpos monoclonais anti-CGRP parecem promissoras, mas ainda faltam estudos voltados especificamente para avaliar o efeito em pacientes com cefaleia crônica e cefaleia por uso excessivo de medicamentos. As análises de potência observada relatam um efeito potencial que, no entanto, é limitado a 35% dos indivíduos. Além disso, o alto custo dessas novas terapias pode limitar sua acessibilidade a vários países. Nesse cenário, a Estimulação Transcraniana por Corrente Contínua (ETCC) anódica representa uma possível alternativa terapêutica de segunda linha para pacientes com CUEM de difícil tratamento. É uma tecnologia de baixo custo e reutilizável que pode ser amplamente adotada (DE ICCO *et al.*, 2020). Segundo Lang *et al.* (2005) a ETCC é uma técnica de estimulação cerebral não invasiva que utiliza corrente contínua de baixa intensidade aplicada com eletrodos no couro cabeludo, sendo capaz de modular a excitabilidade cerebral.

Evitar a cefaleia por uso excessivo de medicamentos é um objetivo crucial da terapia e requer extensa educação e aconselhamento ao paciente; os medicamentos de tratamento episódico devem ser limitados a 9 dias de tratamento por mês, com os AINEs limitados a 15 ou menos dias por mês (MCNEIL, 2021).

De forma geral, durante a leitura dos artigos foi possível observar que o aconselhamento e tratamento psicológico do paciente possuem um grande impacto no tratamento da cefaleia por uso excessivo de medicamentos.

Em seu estudo, Mose *et al.* (2021) trazem que a abordagem farmacológica primária para a reversão da cefaleia por uso excessivo de medicamentos é a retirada do medicamento em uso excessivo. Infelizmente a abordagem farmacológica não leva em conta os aspectos comportamentais e componentes emocionais, embora existam fortes indícios de que esses fatores afetam o tratamento em pacientes com cefaleia. Assim, recomenda-se o tratamento com a retirada do medicamento combinado ao programa de educação ao paciente. Neste estudo, o Programa de Educação ao Paciente (PEP) é definido como uma educação para pacientes com CUEM focado na motivação para o comportamento, mudança e reforço das estratégias de enfrentamento.

Corroborando com o estudo de Mose *et al.* (2021), temos o estudo de Grazzi *et al.* (2017) que afirma que a retirada de medicamentos é fortemente recomendada e seu uso pode ser visualizado como uma “reinicialização” que oferece aos pacientes uma maior probabilidade de responder positivamente à profilaxia apropriada. É mais útil quando os pacientes recebem educação e suporte sobre o uso adequado de medicamentos e estratégias ensinadas para evitar recaídas.

Uma forma de aumentar a motivação dos pacientes por meio da educação poderia ser a aplicação da Entrevista Motivacional (EM). A Entrevista Motivacional é desenvolvida por Miller e Rollnick e é teoricamente inspirada em vários autores, entre eles a teoria da mudança de comportamento de Prochaska e DiClemente e aconselhamento não diretivo de Roger. Por meio da conversa, espera-se que os pacientes esclareçam possíveis ambivalências em relação às mudanças comportamentais, com um foco em tornar-se consciente da sua própria motivação para mudança e uso de estratégias de enfrentamento para gerenciar dores de cabeça e evitar a recorrências de CUEM (MOSE *et al.*, 2021).

De acordo com as diretrizes da Federação Europeia de Sociedades Neurológicas (FESN), o tratamento de pacientes com cefaleia por uso excessivo de medicamentos deve incluir: educação do paciente sobre a natureza da doença, fatores de risco e opções de tratamento; retirada incluindo medicamento de resgate; tratamento preventivo e uma abordagem multimodal incluindo apoio psicológico, se necessário (CEVOLI *et al.*, 2017).

Entre a ampla gama de tratamentos não farmacológicos disponíveis, a atenção plena foi recentemente incluída em programas de reabilitação para condições de dor crônica (GRAZZI *et al.*, 2017).

Ainda no trabalho de Cevoli *et al.* (2017), os autores trouxeram que um estudo mostrou que 49% dos pacientes que não abandonaram o uso excessivo de medicamento após aconselhamento simples, tiveram um resultado bem-sucedido após um programa de desintoxicação estruturado e acompanhamento próximo. Além disso, também trouxeram a informação de que estudos anteriores mostraram que informações simples sobre a cefaleia por uso excessivo de medicamentos podem ser suficientes para alguns pacientes ingênuos em relação a tratamentos pararem o uso excessivo por conta própria.

Foi documentado que, mesmo após aconselhamento simples, muitos pacientes da cefaleia por uso excessivo de medicamentos são capazes de reduzir sua ingestão de medicamentos o suficiente para não cumprir mais os critérios para a CUEM (CORAND *et al.*, 2021).

Alguns estudos trouxeram informações semelhantes entre si. Em seu estudo, Grazzi *et al.* (2017) aborda que entre a ampla gama de tratamentos não farmacológicos disponíveis, a atenção plena foi recentemente incluída em programas de reabilitação para condições de dor crônica. Frente a isso, Corand *et al.* (2021) trazem que a psicoterapia curta após a retirada dos medicamentos resulta em redução do uso de medicamentos e menos recaída a cefaleia por uso excessivo de medicamentos pelo paciente. Ainda neste viés, Mose *et al.* (2021) trazem que a aceitação da dor está relacionada a uma atitude mais positiva na vida cotidiana. E corroborando ainda mais com os estudos, Diener *et al.* (2019) levantam que os benefícios clínicos de educar os pacientes sobre essa condição foram demonstrados na população em geral, na atenção primária e em locais especializados em cefaleia.

Por fim, deve-se conscientizar, principalmente entre os médicos da atenção primária, o fato de que a falta de tratamento preventivo adequado resultou em uso excessivo de medicamentos e frequentemente transformação crônica da cefaleia, o que impacta negativamente na qualidade de vida dos pacientes (HUESO *et al.*, 2018).

## 6 Considerações finais

A cefaleia por uso excessivo de medicamentos é uma condição prevalente e incapacitante, e, embora sua fisiopatologia ainda não seja completamente conhecida, diversos fatores de risco são conhecidos. O seu manejo e tratamento ainda vem sendo estudados, apresentando resultados favoráveis, principalmente no que diz respeito ao acolhimento psicológico dos indivíduos. Contudo, embora exista uma variedade de publicações sobre a cefaleia por uso excessivo de medicamentos, na maioria das vezes, essa cefaleia secundária é apenas citada em estudos relacionados à migrânea. Seguindo esse mesmo pensamento, embora exista inúmeros estudos sobre a migrânea, sua difusão na sociedade ainda é ínfima. Para que se tenha uma boa resposta em evitar a cefaleia por uso excessivo de medicamentos, inicialmente faz-se necessário um maior conhecimento das cefaleias pela população no geral, a fim de que se conheça as suas melhores formas de tratamento. Além disso, é preciso que os indivíduos que apresentam cefaleia, principalmente os indivíduos portadores de migrânea, sejam inseridos em um acompanhamento psicológico. O acolhimento desses indivíduos é de suma importância para o seu tratamento e, muitas vezes, evita um tratamento farmacológico. Assim, faz-se necessário que a produção literária sobre as cefaleias continue em curso e que a população e, principalmente, os diversos profissionais de saúde adquiram um olhar mais solidário com os indivíduos com cefaleia.

## REFERÊNCIAS

- BEKKELUND, S. I., & MULLER, K. I. (2019). Video consultations in medication overuse headache. A randomized controlled trial. *Brain and Behavior*, 9(7).  
<https://doi.org/10.1002/brb3.134>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**. v.II, n. 28. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- CÁMARA, M. S., MARTÍN BUJANDA, M., & MENDIOROZ IRIARTE, M. (2021). Epigenetic changes in headache. In *Neurología* (Vol. 36). [www.elsevier.es/neurologia](http://www.elsevier.es/neurologia)
- CARONNA, E.M GALLARDO, V.J., ALPUENTE, A., TORRES-FERRUS, M., & PPZP-ROSICH, P. (2021) Anti-CGRP monoclonal antibodies in chronic migraine with medication overuse: real-life effectiveness and predictors of response at 6 months. *Journal of Headache and Pain*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s10194-021-01328-1>
- CEVOLI, S., GIANNINI, G., FAVONI, V., TERLIZZI, R., SANCISI, E., NICODEMO, M., ZANIGNI, S., BACCHI R., M. L., PIERANGELI, G., & CORTELLI, P. (2017). Treatment of withdrawal headache in patients with medication overuse headache: a pilot study. *Journal of Headache and Pain*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s10194-017-0763-9>
- CORAND, V., MOISSET, X., RADAT, F., & LUCAS, C. (2021). Medication overuse headache: Updating of the French recommendations regarding the treatment strategies. In *Revue Neurologique* (Vol. 177, Issue 7, pp. 760–764). Elsevier Masson s.r.l.  
<https://doi.org/10.1016/j.neurol.2021.07.003>
- D'AMICO, D., GRAZZI, L., GUASTAFIERRO, E., SANSONE, E., LEONARDI, M., & RAGGI, A. (2021). Withdrawal failure in patients with chronic migraine and medication overuse headache. *Acta Neurologica Scandinavica*, 144(4), 408–417.  
<https://doi.org/10.1111/ane.13475>
- DE GOFFAU, M. J., KLAYER, A. R. E., WILLEMSSEN, M. G., BINDELS, P. J. E., & VERHAGEN, A. P. (2017). The Effectiveness of Treatments for Patients With Medication

Overuse Headache: A Systematic Review and Meta-Analysis. In *Journal of Pain* (Vol. 18, Issue 6, pp. 615–627). Churchill Livingstone Inc. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2016.12.005>

DE ICCO, R., PURTOTÌ, A., DE PAOLI, I., FERRARA, E., CREMASCOLI, R., TERZAGHI, M., TOSCANO, G., ALLENA, M., MARTINELLI, D., COSENTINO, G., GRILLO, V., COLAGIORGIO, P., VERSINO, M., MANNI, R., SANCES, G., SANDRINI, G., & TASSORELLI, C. (2021). Anodal transcranial direct current stimulation in chronic migraine and medication overuse headache: A pilot double-blind randomized sham-controlled trial. *Clinical Neurophysiology*, 132(1), 126–136. <https://doi.org/10.1016/j.clinph.2020.10.014>

DEIGHTON, A. M., HARRIS, L.A., JOHNSTON, K., HOGAN, S., QUARANTA, L.A., L'ITALIEN, G., & CORIC, V. (2021) The burden of medication overuse headache and patterns of switching discontinuation among triptan users: a systematic literature review. *BMC Neurology*, 21(1) <https://doi.org/10.1186/s12883-021-02451-x>

DIENER, H. C., DODICK, D., EVERS, S., HOLLE, D., JENSEN, R. H., LIPTON, R. B., PORRECA, F., SILBERSTEIN, S., & SCHWEDT, T. (2019). Pathophysiology, prevention, and treatment of medication overuse headache. In *The Lancet Neurology* (Vol. 18, Issue 9, pp. 891–902). Lancet Publishing Group. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(19\)30146-2](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(19)30146-2)

DIENER, H.C., LIMMROTH, V. Medication-overuse headache: a worldwide problem. *Lancet Neurol.* 2004; 3(1): 475- 483. DOI: 10.1016/S1474-4422(04)00824-5

FERRONI, P., ZANZOTTO, F. M., SCARPATO, N., SPILA, A., FOFI, L., EGEO, G., RULLO, A., PALMIROTTA, R., BARBANTI, P., & GUADAGNI, F. (2020). Machine learning approach to predict medication overuse in migraine patients. *Computational and Structural Biotechnology Journal*, 18, 1487–1496. <https://doi.org/10.1016/j.csbj.2020.06.006>

FREITAS, F.L.; FREITAS, T.G. UNASUS Eventos agudos na Atenção Básica: Cefaleia. **Livro da Universidade Federal de Santa Catarina**, v. 1, p. 1-31, 2013

GHERPELLI, J.L.D. Tratamento das cefaleias. **Jornal de Pediatria**. São Paulo, v.. 78, Supl.1, 2002.

GRAZZI, L., SANSONE, E., RAGGI, A., D'AMICO, D., DE GIORGIO, A., LEONARDI, M., DE TORRES, L., SALGADO-GARCÍA, F., & ANDRASIK, F. (2017). Mindfulness and pharmacological prophylaxis after withdrawal from medication overuse in patients with

Chronic Migraine: an effectiveness trial with a one-year follow-up. *Journal of Headache and Pain*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s10194-017-0728-z>

ICHD (INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF HEADACHES). *The International Classification of Headaches*. 3ed. Traduzido do original pela Sociedade Brasileira de Cefaleia. p. 1-168, 2014

IHS (INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY). The International Classification of Headache Disorders. 2ed. **Cephalalgia**. v. 24, Suppl. 1, p. 9-160, 2004

IHS (INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY). **The International Classification of Headache Disorders**. 3ed. Traduzido do original pela Sociedade Brasileira de Cefaleia. p. 1-204, 2018

JAY, G. W., & BARKIN, R. L. (2017). Primary Headache Disorders- Part 2: Tension-type headache and medication overuse headache. *Disease-a-Month*, 63(12), 342–367. <https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2017.05.001>

KLUONATIS, K., PETRAUSKIENE, E., & RYLISKIENE, K. (2017). Clinical characteristics and overuse patterns of medication overuse headache: Retrospective case-series study. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 163, 124–127. <https://doi.org/10.1016/j.clineuro.2017.10.029>

LANG, N. et al. How does transcranial DC stimulation of the primary motor cortex alter regional neuronal activity in the human brain? **European Journal of Neuroscience**, v. 22, n. 2, p. 495-504, Julho 2005

LANGDON, R., & DiSABELLA, M. T. (2017). Pediatric Headache: An Overview. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47(3), 44–65. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2017.01.002>

MCNEIL, M. (2021). Headaches in Adults in Primary Care: Evaluation, Diagnosis, and Treatment. In *Medical Clinics of North America* (Vol. 105, Issue 1, pp. 39–53). W.B. Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2020.09.005>

MIRANDA, A. M. F.; PACHECO, M.; QUEIROZ, A.P.; SILVA, J.A.; ARAÚJO, P.; MARTINS, R.; Cefaleia por uso excessivo de medicamentos. **Infarma**. v. 27, n. 3, p. 183-190, 2015

MOSE, L.S., BORNHØFT, J. O., PRIMDAHL, J., & GRAM, B. (2021) Coping and Motivation for Change – An Interview Study of the Experience From Participation in an Educational Program for Patients With Medication-Overuse Headache. *Journal of Patient Experience*, 8. <https://doi.org/10.1177/23743735211034289>

Núcleo de Telessaude Rio Grande do Sul. **Qual o tratamento para cefaleia crônica diária secundária a abuso de analgésico**. Disponível em: <https://aps.bvs.br/aps/qual-o-tratamento-para-cefaleia-cronica-diaria-secundaria-a-abuso-de-analgésico/>

ORGAZ, A.C. Protocolo diagnóstico de la cefalea crónica. **Medicine**, 2011; 10(1): 4775-4777.

PEDRAZA HUESO, M. I., PIÑERO, M. R., VELASCO, E. M., GARCÍA, A. J., & GUERRERO PERAL, A. L. (2019). *Headache in young patients: clinical characteristics of a series of 651 cases*. In *Neurología* (Vol. 34, Issue 1). [www.elsevier.es/neurologia](http://www.elsevier.es/neurologia)

RANDALL, C.; CLINCH, D.O. Evaluation of Acute Headaches in Adults. **American Family Physician**, v. 63, Supp. 63. p. 685-692, 2001

RIVILLA-MARUGAN, L., RAMADA, S. A., GONZÁLEZ, R. V.M., ARRIETA, A. E. Cefalea crónica diária y por abuso de analgésicos. **SEMERGEN-Medicina de Família**, 2008; 34(1): 291-296.

SAENGJAROENTHAM, C., STROTHER, L. C., DRIPPS, I., JABIR, M. R. S., PRADHAN, A., GOADSBY, P. J., & HOLLAND, P. R. (2020). Differential medication overuse risk of novel anti-migraine therapeutics. *Brain*, 143(9), 2681–2688. <https://doi.org/10.1093/brain/awaa211>

SBCE (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA). Recomendações para o tratamento da crise migranosa. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 58, n. 2A, p. 371-389. São Paulo: 2000.

SBMFC (Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade); ABMFR (Associação Brasileira de Medicina Física e Reabilitação); ABN (Academia Brasileira de Neurologia). Cefaléias em Adultos na Atenção Primária CEFALÉIA 30 à Saúde: Diagnóstico e Tratamento. **Projeto Diretrizes**, 2009.

SILVA, A. N. D; LAKE III, A. E. Clinical Aspects of Medication Overuse Headaches. *Headache Currents* - Clinical Review, p. 2011-2017, 2014.

SILVA, W. F. **Manual Prático para Diagnóstico e Tratamento das Cefaléias**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Cefaléia, 2001.

SOUZA, N.E.; CALUMBY, M.L.; AFONSO, E.O.; NOGUEIRA, T.Z.S.; PEREIRA, A.B.C.N.G. Cefaleia: migrânea e qualidade de vida. *Revista de Saúde*. 2015 Jul./Dez.; 06 (2): 23-26.

VIDES-ROSALES, M. (2021). Pediatric Medication-overuse Headache and Global Headache Research. A Systematic Review. In *Seminars in Pediatric Neurology* (Vol. 40). W.B. Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.spen.2021.100937>

YUAN, X., JIANG, W., REN, X., LIU, C., PAN, Y., ZOU, J., JIANG, X., JI, W., LI, Y., FENG, Z., YAO, L., & WANG, Y. (2019). Predictors of relapse in patients with medication overuse

headache in Shanghai: A retrospective study with a 6-month follow-up. *Journal of Clinical Neuroscience*, 70, 33–36. <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2019.09.006>