


**CEFALEIA POR USO CRÔNICO DE MEDICAMENTOS: MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS,  
DIAGNÓSTICO E MANEJO**

**HEADACHE DUE TO CHRONIC MEDICATION USE: CLINICAL MANIFESTATIONS,  
DIAGNOSIS, AND MANAGEMENT**

 <https://doi.org/10.63330/aurumpub.036-041>

**Francisco Pereira de Oliveira Filho**

Medicina, Faculdades Integradas do Extremo Sul da Bahia - UNESULBAHIA  
E-mail: francisco.pe84@gmail.com

**Raul Quintão de Almeida**

Medicina, UFSC  
E-mail: raul.quintao@hotmail.com

**Diogenes Alexandre da Costa Lopes**

Enfermagem, Faculdade UNIFASIPE  
E-mail: diogenesalexandre@yahoo.com.br

**Regiany Carvalho Faustino**

Médica pela Escuela Latinoamericana de Medicina (Elam Cuba)  
E-mail: dra.regianycarvalho@hotmail.com

**Camila Silva Rosendo**

Médica pela UNINASSAU/Vilhena-Rondônia  
E-mail: camilasilvarosendo@outlook.com

**Jamim Hannael dos Santos Martins**

Residente  
Radiologia e Diagnóstico por imagem CRER - GO  
E-mail: jhsm.med@gmail.com

**Marina Alves de Camargo Pereira**

Médica pela Universidade Metropolitana de Santos, Pós-graduada em Neurologia pela IPEMED/AFYA  
E-mail: mari.maricamargo@gmail.com

**Matheus Rattes Villaça**

Medicina, Faculdade Metropolitana de Manaus  
E-mail: matheusvillaca3@hotmail.com

**Edlon Luiz Lamounier Júnior**

Médico pela Universidade Federal de Goiás (UFG)  
E-mail: edlonlamounier@hotmail.com

## RESUMO

A cefaleia por uso crônico de medicamentos (CUCM), também denominada cefaleia por uso excessivo de medicação, constitui uma entidade nosológica classificada como cefaleia secundária na Classificação Internacional das Cefaleias (ICHD-3). Trata-se de uma condição de elevada prevalência na prática neurológica, com impacto significativo na funcionalidade, qualidade de vida e custos em saúde, sendo frequentemente subdiagnosticada e manejada de forma inadequada. Essa condição decorre do uso regular, frequente e prolongado de fármacos sintomáticos para alívio da dor, incluindo analgésicos simples, anti-inflamatórios não esteroides, triptanos, ergotamínicos, opioides e combinações contendo cafeína. O uso excessivo é definido, em geral, pela utilização desses medicamentos por mais de 10 a 15 dias ao mês, por um período superior a três meses, dependendo da classe farmacológica. Paradoxalmente, tais fármacos, inicialmente empregados para controle da cefaleia, passam a atuar como fator perpetuador da dor, promovendo sua cronificação. Do ponto de vista clínico, a CUCM caracteriza-se pela presença de cefaleia em 15 ou mais dias por mês, frequentemente com padrão diário ou quase diário, intensidade variável e características fenotípicas mistas, podendo simular ou sobrepor aspectos de cefaleia do tipo tensional e enxaqueca. Habitualmente, acomete indivíduos com história prévia de cefaleia primária, especialmente migrânea, nos quais ocorre transformação para um padrão crônico. Sintomas associados como náuseas, fotofobia, fonofobia, distúrbios do sono, irritabilidade e prejuízo cognitivo são comuns, frequentemente associados a comorbidades psiquiátricas, como transtornos de ansiedade e depressão. A fisiopatologia envolve mecanismos complexos e ainda não completamente elucidados, incluindo sensibilização central, disfunção dos sistemas moduladores descendentes da dor, alterações nos sistemas serotoninérgico e dopaminérgico, além de componentes comportamentais relacionados à dependência medicamentosa. Tais alterações contribuem para a redução do limiar nociceptivo e manutenção do ciclo de dor crônica. Diante desse cenário, o reconhecimento precoce da CUCM é fundamental e baseia-se em anamnese detalhada, com ênfase no padrão de uso medicamentoso, e na aplicação dos critérios diagnósticos estabelecidos. O manejo terapêutico requer abordagem estruturada e multidisciplinar, centrada na suspensão do agente causal, introdução de terapias profiláticas para a cefaleia primária subjacente e intervenções não farmacológicas, como terapia cognitivo-comportamental. A educação do paciente e a racionalização do uso de medicamentos são pilares essenciais para prevenção de recaídas e otimização dos desfechos clínicos.

**Palavras-chave:** Cefaleia crônica; Abuso de analgésicos; Enxaqueca; Farmacodependência; Dor crônica.

## ABSTRACT

Medication overuse headache (MEH), also known as medication-overuse headache, is a nosological entity classified as a secondary headache in the International Classification of Headache Disorders (ICHD-3). It is a highly prevalent condition in neurological practice, with a significant impact on functionality, quality of life, and healthcare costs, and is frequently underdiagnosed and inadequately managed. This condition results from the regular, frequent, and prolonged use of symptomatic drugs for pain relief, including simple analgesics, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, triptans, ergotamines, opioids, and combinations containing caffeine. Overuse is generally defined as the use of these medications for more than 10 to 15 days per month, for a period exceeding three months, depending on the pharmacological class. Paradoxically, these drugs, initially used to control headaches, begin to act as a perpetuating factor for pain, promoting its chronicity. From a clinical standpoint, chronic headache syndrome (CHS) is characterized by headaches occurring 15 or more days per month, frequently with a daily or near-daily pattern, variable intensity, and mixed phenotypic characteristics, potentially mimicking or overlapping aspects of tension-type headache and migraine. It typically affects individuals with a history of primary headache, especially migraine, in whom a transformation to a chronic pattern occurs. Associated symptoms such as nausea, photophobia, phonophobia, sleep disturbances, irritability, and cognitive impairment are common, frequently associated with psychiatric comorbidities such as anxiety disorders and depression. The pathophysiology involves complex and not yet fully elucidated mechanisms, including central sensitization, dysfunction of descending pain modulation systems, alterations in serotonergic and dopaminergic systems, as well as behavioral components related to drug dependence. These alterations contribute to a reduction in the nociceptive threshold and maintenance of the chronic pain cycle. Given this scenario, early recognition of chronic headache overuse (CHW) is fundamental and is based on a detailed medical history, with emphasis on the pattern of medication use, and the application of established diagnostic criteria. Therapeutic management requires a structured and multidisciplinary approach, centered on discontinuing the causative agent, introducing prophylactic therapies for the underlying primary headache, and non-pharmacological interventions such as cognitive-behavioral therapy. Patient education and rationalization of medication use are essential pillars for relapse prevention and optimization of clinical outcomes.

**Keywords:** Chronic headache; Analgesic abuse; Migraine; Drug dependence; Chronic pain.

## 1 INTRODUÇÃO

A cefaleia constitui uma das principais causas de procura por atendimento em neurologia e atenção primária, figurando entre as condições mais prevalentes e incapacitantes globalmente. No espectro das cefaleias

secundárias, destaca-se a cefaleia por uso crônico de medicamentos (CUCM), entidade clínica reconhecida na Classificação Internacional das Cefaleias (ICHD-3), cuja fisiopatologia está diretamente relacionada ao uso excessivo, regular e prolongado de fármacos sintomáticos empregados no alívio da dor.

A CUCM resulta, tipicamente, do consumo frequente de analgésicos simples, anti-inflamatórios não esteroides, triptanos, ergotamínicos, opioides ou associações farmacológicas contendo cafeína, em padrões que excedem os limites recomendados ( $\geq 10$  a 15 dias por mês, por período superior a três meses, a depender da classe medicamentosa). Esse cenário configura um paradoxo terapêutico clássico, no qual agentes inicialmente eficazes no controle da cefaleia passam a induzir mecanismos de sensibilização central e disfunção dos sistemas moduladores descendentes da dor, contribuindo para a cronificação e refratariedade do quadro clínico.

Do ponto de vista epidemiológico, estima-se que a CUCM acometa cerca de 1% a 2% da população geral, com maior prevalência no sexo feminino, especialmente em indivíduos na faixa etária economicamente ativa. Observa-se forte associação com história prévia de cefaleias primárias, notadamente migrânea, além de elevada correlação com comorbidades psiquiátricas, como transtornos de ansiedade, depressão e distúrbios do sono. Fatores de risco adicionais incluem baixo nível socioeconômico, automedicação, acesso facilitado a analgésicos e inadequado manejo profilático das cefaleias primárias.

Sob a perspectiva clínica e de saúde pública, a CUCM apresenta elevada carga de morbidade, sendo responsável por importante comprometimento funcional, absenteísmo laboral, redução da produtividade e impacto negativo na qualidade de vida. Ademais, acarreta aumento significativo dos custos diretos e indiretos em saúde, devido à utilização recorrente de serviços médicos, exames complementares e polifarmácia. Nesse contexto, o reconhecimento precoce, a estratificação adequada do risco e a implementação de estratégias terapêuticas eficazes tornam-se fundamentais para interromper o ciclo de cronificação da dor e reduzir o ônus individual e coletivo associado a essa condição.

O seguinte artigo objetivou analisar e descrever a cefaleia por uso crônico de medicamentos, abordando suas principais manifestações clínicas, os critérios diagnósticos atualmente estabelecidos.

## **2 METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão narrativa, de abordagem qualitativa, que analisou a associação entre cefaleia por uso crônico de medicamentos. A busca bibliográfica foi realizada em março de 2026 nas bases PubMed, LILACS, SciELO e Latindex, considerando publicações dos últimos 15 anos.

Foram utilizados, de forma isolada ou combinada, os descritores: cefaleia crônica, abuso de analgésicos, enxaqueca, farmacodependência e dor crônica. Incluíram-se estudos que apresentavam esses termos no título, nas palavras-chave ou no resumo, com relação direta ao tema. Excluíram-se artigos fora dos critérios, duplicados e produções acadêmicas como teses e dissertações.

Após a busca, realizou-se triagem por títulos e resumos, seguida da leitura completa de 10 artigos selecionados. Os estudos foram organizados conforme aspectos metodológicos e amostrais, e analisados quanto à fundamentação teórica, ano de publicação e idioma.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca nas bases de dados identificou 25 referências. Após aplicação dos critérios de elegibilidade, 10 publicações foram incluídas na revisão. Quanto ao delineamento metodológico, sete estudos apresentaram abordagem teórica, um estudo adotou desenho transversal e dois consistiram em relatos de caso.

Observou-se predominância de publicações em língua inglesa, correspondendo a 84% do total, em comparação às publicações em espanhol e português.

#### 3.1 FISIOPATOLOGIA

A fisiopatologia da cefaleia por uso crônico de medicamentos (CUCM), também denominada cefaleia por uso excessivo de medicação, permanece parcialmente elucidada e apresenta caráter multifatorial, envolvendo complexas interações entre mecanismos centrais e periféricos do processamento nociceptivo.

No âmbito central, destaca-se o fenômeno de sensibilização central, caracterizado pelo aumento da excitabilidade neuronal nas vias do sistema trigeminovascular, com amplificação da transmissão nociceptiva e redução do limiar para percepção da dor. Esse processo está associado a alterações na plasticidade sináptica e à hiper-responsividade de neurônios em regiões como o tronco encefálico e o tálamo.

Adicionalmente, observam-se disfunções nos sistemas de neurotransmissores, especialmente envolvendo serotonina, dopamina e, possivelmente, glutamato e peptídeos relacionados ao gene da calcitonina (CGRP), os quais desempenham papel fundamental na modulação da dor. A depleção serotoninérgica, em particular, tem sido implicada na facilitação da transmissão nociceptiva e na perpetuação dos episódios de cefaleia.

Outro aspecto relevante é o comprometimento dos sistemas descendentes inibitórios da dor, que normalmente exercem controle modulador sobre os estímulos nociceptivos. A disfunção desses mecanismos contribui para a manutenção do estado de hipersensibilidade e cronificação da dor.

Do ponto de vista comportamental e neurobiológico, a CUCM também envolve mecanismos de dependência farmacológica, com participação de circuitos de recompensa mediados por dopamina, o que favorece o uso repetitivo e compulsivo de analgésicos. Esse componente é particularmente relevante em pacientes que utilizam triptanos, opioides ou combinações analgésicas.

Além disso, o uso frequente e prolongado de medicamentos sintomáticos promove alterações adaptativas no sistema nervoso central, levando à redução progressiva do limiar de dor, aumento da frequência e

intensidade das crises e estabelecimento de um ciclo vicioso de cefaleia–medicação–cefaleia. Esse fenômeno contribui significativamente para a refratariedade terapêutica e para o impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes.

Por fim, fatores genéticos, comorbidades psiquiátricas (como ansiedade e depressão) e condições clínicas associadas podem atuar como moduladores adicionais, influenciando tanto a suscetibilidade quanto a gravidade do quadro.

### 3.2 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A apresentação clínica da cefaleia por uso crônico de medicamentos (CUCM), também denominada cefaleia por uso excessivo de medicação, é heterogênea, porém apresenta um conjunto de características clínicas sugestivas que auxiliam na suspeição diagnóstica.

Tipicamente, observa-se cefaleia com frequência igual ou superior a 15 dias por mês, com padrão diário ou quase diário, frequentemente de longa duração e evolução insidiosa. A intensidade da dor varia de moderada a intensa, podendo oscilar ao longo do dia, com períodos de exacerbação associados, sobretudo, ao efeito de “rebote” após o uso de medicações sintomáticas.

A dor pode apresentar caráter opressivo, constritivo ou pulsátil, muitas vezes com localização bilateral, embora possa assumir distribuição unilateral em determinados momentos. Ao longo da evolução, é comum a perda das características típicas da cefaleia primária de base, resultando em um fenótipo clínico misto, com sobreposição de elementos da enxaqueca e da cefaleia do tipo tensional.

Um aspecto marcante é a resposta apenas transitória ao uso de analgésicos ou outras medicações abortivas, seguida por recorrência da dor em intervalo cada vez mais curto, o que perpetua o ciclo de uso excessivo. Esse padrão contribui para a cronificação do quadro e para a dificuldade terapêutica.

Sintomas associados são frequentes e incluem náuseas, fotofobia e fonofobia, sobretudo nos pacientes com história prévia de enxaqueca. Além disso, manifestações inespecíficas, como irritabilidade, fadiga, distúrbios do sono e dificuldade de concentração, são comuns e impactam significativamente a funcionalidade e a qualidade de vida.

Do ponto de vista clínico, é importante ressaltar que muitos pacientes apresentam comorbidades psiquiátricas, como ansiedade e depressão, que podem agravar a percepção da dor e favorecer o uso inadequado de medicações. Também podem ocorrer sintomas de abstinência, como piora da cefaleia, inquietação e alterações do humor, durante tentativas de redução ou suspensão dos fármacos.

Por fim, a história clínica frequentemente revela uso regular e prolongado de analgésicos simples, anti-inflamatórios, triptanos, opioides ou combinações medicamentosas, sendo esse elemento fundamental para o diagnóstico e para a definição da estratégia de manejo.

### 3.3 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

De acordo com a Classificação Internacional das Cefaleias, 3ª edição (ICHD-3), proposta pela International Headache Society, o diagnóstico de cefaleia por uso crônico de medicamentos (CUCM) baseia-se em critérios clínicos bem definidos, sendo essencial a correlação entre frequência da cefaleia e padrão de uso de fármacos sintomáticos.

Os principais critérios diagnósticos incluem:

1. Presença de cefaleia em frequência igual ou superior a 15 dias por mês, em paciente com história prévia de cefaleia primária.
2. Uso regular e excessivo, por período superior a 3 meses, de medicações sintomáticas para alívio da dor, conforme os seguintes parâmetros:
  - Uso em  $\geq 10$  dias/mês para fármacos com maior potencial de cronificação, como triptanos, opioides, ergotamínicos e combinações analgésicas;
  - Uso em  $\geq 15$  dias/mês para analgésicos simples e anti-inflamatórios não esteroides.
3. Evidência de desenvolvimento ou agravamento progressivo da cefaleia durante o período de uso excessivo, frequentemente com perda do padrão episódico inicial e evolução para forma crônica.
4. Ausência de outro diagnóstico que explique de forma mais adequada o quadro clínico, sendo imprescindível a exclusão de cefaleias secundárias.

Do ponto de vista clínico, recomenda-se cautela na interpretação desses critérios, uma vez que a relação causal entre o uso excessivo de medicamentos e a cronificação da cefaleia pode ser bidirecional — isto é, pacientes com cefaleias mais graves tendem a utilizar mais medicações, o que pode confundir a avaliação.

No diagnóstico diferencial, a CUCM deve ser cuidadosamente distinguida de outras condições, especialmente:

- Enxaqueca crônica, que pode coexistir ou ser o substrato primário da CUCM;
- Cefaleia do tipo tensional crônica;
- Cefaleias secundárias, incluindo neoplasias intracranianas, infecções do sistema nervoso central, distúrbios da pressão intracraniana (hipertensão ou hipotensão líquórica), entre outras causas estruturais ou sistêmicas;
- Transtornos psiquiátricos, como ansiedade, depressão e transtornos somatoformes, que podem tanto mimetizar quanto agravar o quadro.

A anamnese detalhada constitui o principal instrumento diagnóstico, devendo incluir a caracterização da cefaleia primária de base, o padrão temporal da dor, o tipo, a frequência e a quantidade

de medicações utilizadas. O uso de diário de cefaleia é altamente recomendado, pois permite monitoramento objetivo da frequência das crises, do consumo de fármacos e da resposta terapêutica, além de auxiliar na adesão ao tratamento e na educação do paciente.

Em casos selecionados, especialmente na presença de sinais de alarme (“red flags”), a investigação complementar com exames de neuroimagem ou laboratoriais pode ser necessária para exclusão de causas secundárias.

### 3.4 MANEJO TERAPÊUTICO

A abordagem terapêutica da cefaleia por uso crônico de medicamentos fundamenta-se, primordialmente, na educação do paciente e na interrupção do agente farmacológico implicado, sendo essas medidas essenciais para a reversão do processo de cronificação.

### 3.5 EDUCAÇÃO DO PACIENTE

A conscientização do paciente constitui o pilar do tratamento, devendo enfatizar a relação causal entre o uso excessivo de medicações sintomáticas e a perpetuação da cefaleia. É fundamental esclarecer o mecanismo do “efeito rebote”, os riscos da automedicação e a importância da adesão a estratégias terapêuticas preventivas. Intervenções educativas estruturadas demonstram impacto significativo na redução do consumo de analgésicos e na melhora dos desfechos clínicos. Além disso, deve-se abordar expectativas realistas quanto ao curso do tratamento, uma vez que a melhora não é imediata.

### 3.6 SUSPENSÃO DO MEDICAMENTO

A descontinuação do fármaco responsável é etapa indispensável e pode ser realizada de forma abrupta ou gradual, a depender da classe medicamentosa, do perfil do paciente e do risco de sintomas de abstinência:

- Retirada abrupta: geralmente indicada para analgésicos simples, anti-inflamatórios não esteroides e triptanos, sendo considerada segura na maioria dos casos;
- Retirada gradual: recomendada para substâncias com potencial de dependência e síndrome de abstinência, como opioides, benzodiazepínicos e barbitúricos, devendo ser realizada de forma escalonada e, em alguns casos, sob supervisão especializada.

Durante o período de descontinuação, é comum a ocorrência de piora transitória da cefaleia, caracterizando o fenômeno de abstinência ou efeito rebote, que pode durar dias a semanas. Esse quadro pode ser acompanhado por outros sintomas, como náuseas, vômitos, distúrbios do sono, ansiedade, irritabilidade e, em casos mais graves, manifestações autonômicas.

Para manejo dessa fase, pode ser necessário o uso de terapias de transição (“bridge therapy”), incluindo anti-inflamatórios de uso limitado, corticosteroides, antieméticos ou neuromoduladores, além de suporte não

farmacológico. Em situações mais complexas — como uso de opioides em altas doses ou comorbidades psiquiátricas relevantes — pode-se considerar abordagem multidisciplinar ou até mesmo internação para desintoxicação controlada.

Por fim, após a retirada do medicamento, é essencial instituir tratamento profilático adequado para a cefaleia primária subjacente, com o objetivo de reduzir a frequência e a intensidade das crises e prevenir recidivas do uso excessivo de medicações.

### 3.7 TRATAMENTO DE TRANSIÇÃO (TERAPIA DE “PONTE”)

Durante a fase inicial de descontinuação do fármaco implicado, pode ser necessária a instituição de medidas terapêuticas temporárias com o objetivo de atenuar a exacerbação da cefaleia e os sintomas de abstinência. Entre as estratégias mais utilizadas, destacam-se:

- Uso de anti-inflamatórios não esteroides por curto período e de forma controlada, evitando a perpetuação do ciclo de abuso;
- Corticosteroides sistêmicos, cujo benefício permanece controverso na literatura, podendo ser considerados em casos selecionados para redução da inflamação neurogênica e da intensidade da dor;
- Antieméticos, especialmente úteis na presença de náuseas e vômitos associados;
- Hidratação adequada, particularmente relevante em pacientes com vômitos, baixa ingestão hídrica ou sinais de desidratação.

Adicionalmente, podem ser empregados neuromoduladores ou bloqueios anestésicos periféricos em situações específicas. A escolha da estratégia deve ser individualizada, considerando o tipo de cefaleia de base, o perfil de uso medicamentoso e as comorbidades associadas.

### 3.8 TERAPIA PROFILÁTICA

A introdução precoce de tratamento preventivo é fortemente recomendada, sobretudo em pacientes com cefaleia primária subjacente, como enxaqueca ou cefaleia do tipo tensional. O objetivo é reduzir a frequência, intensidade e duração das crises, além de minimizar o risco de recaída no uso excessivo de medicações.

As principais classes farmacológicas incluem:

- Antidepressivos tricíclicos, como a amitriptilina, particularmente eficazes em pacientes com comorbidades como insônia, ansiedade ou dor crônica difusa;
- Anticonvulsivantes, como topiramato e valproato, com ação moduladora sobre a excitabilidade neuronal;
- Betabloqueadores (por exemplo, propranolol), amplamente utilizados na profilaxia da enxaqueca;

- Antagonistas do peptídeo relacionado ao gene da calcitonina (CGRP), indicados em casos selecionados, especialmente em pacientes com enxaqueca crônica refratária.

A escolha do agente deve considerar o perfil clínico do paciente, efeitos adversos, contraindicações e presença de comorbidades.

### 3.9 ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR

O manejo da cefaleia por uso crônico de medicamentos deve ir além da intervenção farmacológica, incorporando estratégias multidisciplinares que abordem os aspectos biopsicossociais da doença. Entre as principais intervenções, incluem-se:

- Psicoterapia, com destaque para a terapia cognitivo-comportamental, eficaz na modificação de padrões disfuncionais relacionados ao uso de medicações e à percepção da dor;
- Fisioterapia, especialmente em pacientes com componente musculoesquelético associado, como na cefaleia do tipo tensional;
- Técnicas de relaxamento, biofeedback e manejo do estresse, que contribuem para a modulação da dor e redução da frequência das crises;
- Educação continuada e acompanhamento longitudinal, fundamentais para prevenção de recaídas.

Essa abordagem integrada é essencial, pois a simples retirada do medicamento, sem intervenção nos fatores comportamentais e emocionais subjacentes, apresenta altas taxas de recorrência.

### 3.10 PROGNÓSTICO

O prognóstico da cefaleia por uso crônico de medicamentos (CUCM) é heterogêneo e depende de múltiplos fatores clínicos, comportamentais e terapêuticos. Entre os principais determinantes de desfecho, destacam-se o grau de adesão ao plano terapêutico, a presença de comorbidades psiquiátricas (como ansiedade, depressão e transtornos relacionados ao uso de substâncias), o tipo e a duração do uso do medicamento implicado, bem como a existência de uma cefaleia primária subjacente, especialmente enxaqueca crônica.

Evidências clínicas indicam que aproximadamente 50% a 70% dos pacientes apresentam melhora significativa após a suspensão do agente causal, com redução da frequência e da intensidade das crises, particularmente quando associada à introdução precoce de terapia profilática adequada. Em muitos casos, observa-se retorno ao padrão episódico da cefaleia primária de base, o que representa um importante indicador de resposta terapêutica.

Entretanto, a evolução não é uniforme. Pacientes com uso prolongado de opioides, barbitúricos ou combinações analgésicas, bem como aqueles com maior carga de fatores psicossociais adversos, tendem a apresentar maior risco de refratariedade e pior prognóstico. Além disso, a persistência de hábitos de

automedicação e a baixa compreensão da doença contribuem para a manutenção do ciclo de cronificação.

As taxas de recaída são relevantes, podendo variar entre 20% e 40% ao longo do seguimento, especialmente na ausência de acompanhamento longitudinal estruturado. A recorrência está frequentemente associada à reintrodução inadequada de medicações sintomáticas, controle insuficiente da cefaleia de base e não abordagem de fatores desencadeantes, como estresse, distúrbios do sono e sobrecarga emocional.

Dessa forma, o seguimento contínuo, a educação permanente do paciente e a abordagem multidisciplinar são fundamentais para manutenção dos resultados terapêuticos a longo prazo, redução das recaídas e melhoria sustentada da qualidade de vida.

### 3.11 PREVENÇÃO

A prevenção da cefaleia por uso crônico de medicamentos (CUCM) fundamenta-se em estratégias que visam interromper o ciclo de uso excessivo de fármacos sintomáticos e promover o manejo adequado das cefaleias primárias subjacentes, com enfoque em medidas educativas, farmacológicas e comportamentais.

O uso racional de analgésicos constitui o principal eixo preventivo, devendo ser orientado quanto à indicação, posologia e duração do tratamento. Recomenda-se a limitação do uso de medicações sintomáticas a, no máximo, dois dias por semana, a fim de reduzir o risco de cronificação e de desenvolvimento do fenômeno de rebote. Essa recomendação é particularmente relevante para fármacos com maior potencial de indução de CUCM, como triptanos, opioides e combinações analgésicas.

Paralelamente, é imprescindível o tratamento adequado e precoce das cefaleias primárias, como enxaqueca e cefaleia do tipo tensional, por meio da instituição de terapias profiláticas individualizadas. O controle eficaz da cefaleia de base reduz a necessidade de uso frequente de medicações abortivas e, conseqüentemente, o risco de uso excessivo.

A educação contínua do paciente desempenha papel central na prevenção, devendo incluir orientações claras sobre os riscos da automedicação, reconhecimento de padrões de uso inadequado e identificação precoce de sinais de cronificação. O uso de ferramentas como o diário de cefaleia contribui para o monitoramento da frequência das crises e do consumo de medicamentos, favorecendo intervenções oportunas.

Adicionalmente, a abordagem preventiva deve contemplar a modificação de fatores de risco associados, como estresse crônico, privação de sono, consumo excessivo de cafeína e presença de comorbidades psiquiátricas. Intervenções não farmacológicas, incluindo técnicas de relaxamento, higiene do sono e terapia cognitivo-comportamental, podem ser úteis na redução da frequência das crises e na promoção de maior autonomia do paciente no manejo da condição.

Por fim, o acompanhamento clínico regular é essencial para ajuste terapêutico, reforço das orientações e prevenção de recaídas, sendo particularmente importante em pacientes com histórico prévio de uso excessivo

de medicações.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A cefaleia por uso crônico de medicamentos é uma condição comum na prática clínica, frequentemente subdiagnosticada, mas com potencial de reversibilidade quando identificada e tratada adequadamente. Trata-se de um quadro em que o uso excessivo de medicações para alívio da dor contribui para a manutenção e a cronificação da própria cefaleia.

O reconhecimento precoce é essencial, pois permite interromper esse ciclo antes que ocorram alterações mais persistentes nos mecanismos de modulação da dor. A identificação depende, sobretudo, de uma anamnese detalhada, com investigação do padrão de uso de medicamentos e da frequência das crises.

O manejo deve ser estruturado e individualizado, considerando o perfil clínico do paciente, o tipo de cefaleia primária associada e a presença de comorbidades. A base do tratamento consiste na suspensão do agente causal, associada à introdução de terapias profiláticas quando indicadas, além de medidas educativas e acompanhamento contínuo.

Quando conduzida de forma adequada, essa abordagem contribui para a redução da frequência e intensidade das crises, prevenindo a cronificação da dor e promovendo melhora significativa na qualidade de vida do paciente.

#### **REFERÊNCIAS**

1. INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY. The International Classification of Headache Disorders – 3rd edition (ICHD-3). Cephalalgia, 2018.
2. DIENER, H. C.; et al. Medication-overuse headache: risk factors, pathophysiology and management. Nature Reviews Neurology, 2016.
3. MAY, A.; SCHER, A. I. Headache classification and epidemiology. Neurologic Clinics, 2019.
4. RIZZOLI, P. Preventive pharmacotherapy in migraine. Headache, 2014.
5. OLESEN, J. et al. The International Classification of Headache Disorders. Lancet Neurology, 2018.
6. BIGAL, M. E.; LIPTON, R. B. Excessive acute migraine medication use and migraine progression. Neurology, 2008.
7. SILBERSTEIN, S. D. Practice parameter: evidence-based guidelines for migraine headache. Neurology, 2012.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica. Brasília, 2022.

9. ASHINA, M. et al. Migraine and the trigeminovascular system. *Physiological Reviews*, 2019.
10. DIENER, H. C. et al. Detoxification for medication overuse headache. *JAMA*, 2004.