

# Cefaleia por uso excessivo de medicamento

Rogério Hoefler

Ágata Nogueira  
D'Áurea Moura

## Introdução

Cefaleias estão entre os transtornos mais comuns do sistema nervoso, causando problemas de saúde e incapacitação em populações em todo o mundo. Apesar disso, são subestimadas em escopo e escala e há pouco reconhecimento de seu impacto em saúde pública. Não se sabe como, ou quão efetivamente, os cuidados em saúde e outros recursos são utilizados para mitigar seus efeitos.<sup>1</sup>

Poucos estudos controlados estão disponíveis para permitir recomendações científicas robustas para o tratamento da cefaleia por uso excessivo de medicamento. Portanto, as orientações encontradas na literatura internacional são de baixo nível de evidência ou são boas práticas fundamentadas em consensos de especialistas.<sup>2</sup>

O uso impróprio de medicamentos é causa de diversos agravos à saúde. Neste artigo, será abordado o tema cefaleia, com ênfase àquela ocasionada por uso excessivo de medicamentos, com o intuito de alertar profissionais da saúde e usuários sobre o potencial risco da automedicação com analgésicos, além de aspectos de enfrentamento.

## Cefaleias

Enxaqueca e cefaleia tensional são as formas mais prevalentes de cefaleia, as quais podem durar por toda a vida em determinados pacientes. Juntamente com as cefaleias por uso excessivo de medicamento, são distúrbios relevantes em saúde pública, porque, coletivamente, causam muitas limitações em populações de todo o mundo.<sup>1</sup>

*Enxaqueca* é um distúrbio que, provavelmente, possui uma base genética. No entanto, os fatores ambientais também desempenham papel importante na sua manifestação. Sob o ponto de vista fisiopatológico, a ativação de um mecanismo no cérebro provoca a liberação de substâncias inflamatórias em torno dos nervos e vasos sanguíneos da cabeça, produzindo dor. Não se sabe o porquê das crises periódicas e o que leva esse processo a uma resolução espontânea. Geralmente, a enxaqueca começa na puberdade, muitas vezes tornando-se recorrente ao longo da vida. Adultos descrevem ataques episódicos incapacitantes, nos quais cefaleia e náusea são os eventos mais característicos. Outros são vômitos e/ou intolerância aos níveis normais de luz e som. A cefaleia tem intensidade tipicamente moderada ou grave. É unilateral e/ou pulsante, e agravada por atividades físicas rotineiras, com duração de horas até dois a três dias. Em média, a frequência de ataque é de uma ou duas vezes ao mês, mas pode ocorrer uma vez ao ano ou uma vez por semana, e muitas vezes relaciona-se ao estilo de vida e a fatores ambientais, o que sugere que as pessoas com enxaqueca reagem negativamente a mudanças na rotina.<sup>1</sup>

O mecanismo da *cefaleia tensional* não é bem entendido. Atualmente, acredita-se que tenha origem muscular, mas essa hipótese pode não estar totalmente correta. Pode também estar relacionada ao estresse ou a problemas musculoesqueléticos no pescoço. A cefaleia tensional tem curso altamente variável. Muitas vezes, inicia na fase da adolescência e alcança níveis máximos em torno dos 30 anos. Geralmente, a dor é leve ou moderada, generalizada, e descrita como pressão ou aperto,

como se houvesse uma faixa em torno da cabeça; por vezes, propaga-se para o pescoço ou a partir dele, e não possui as características específicas e os sintomas associados à enxaqueca. Há diferentes subtipos de cefaleia tensional com manifestações diversas nos indivíduos. Os episódios de dor geralmente não duram mais que algumas horas, mas podem permanecer por vários dias. A cefaleia tensional crônica é menos comum e ocorre, por definição, por 15 dias ou mais a cada mês, e, por vezes, prolonga-se por períodos mais extensos. O tipo crônico é mais incapacitante.<sup>1</sup>

*Cefaleia por uso excessivo de medicamento* é opressiva, persistente e frequentemente é mais intensa ao acordar pela manhã. História típica se inicia com cefaleia episódica - enxaqueca ou cefaleia tensional. A condição é tratada com um analgésico ou outro medicamento para cada ataque. Com o tempo, os episódios de cefaleia se tornam mais frequentes, assim como o uso de medicamento. No estágio final, que nem todos pacientes atingem, a cefaleia persiste diariamente, fluando com o uso repetido de medicamento em intervalos de poucas horas. Esta evolução ocorre em poucas semanas ou em longo prazo. Um fator comum e provavelmente chave em algum estágio no desenvolvimento da cefaleia por uso excessivo de medicamento é o uso do medicamento como profilaxia, com o desejo de evitar a cefaleia e suas indesejadas consequências.<sup>1</sup> Os sintomas se assemelham aos da cefaleia tensional crônica ou enxaqueca crônica; pessoas em uso excessivo de triptanos (agonistas do receptor 5HT<sub>1</sub>; como, sumatriptano, rizatriptano) têm maior probabilidade de desenvolver sintomas tipo enxaqueca.<sup>3</sup>

### Importância do diagnóstico diferencial

A identificação de cefaleias secundárias, associadas a condições graves como meningite, hemorragia subaracnoide, ou tumores intracranianos, é de grande importância no diagnóstico de cefaleia. Os sinais e sintomas de alerta incluem confusão, sonolência, vômito, sinais neurológicos que persistem entre os episódios de cefaleia, febre, surgimento de novas cefaleias em pacientes com idade su-

perior a 50 anos, início súbito, dor capaz de acordar o paciente, lesões na cabeça, dor extrema e incapacitante.<sup>4</sup>

O histórico do paciente e o exame físico podem exigir investigação mais profunda, como neuroimagem, por exemplo. O uso de medicamentos, incluindo os isentos de prescrição (MIPs), deve ser levado em conta no processo diagnóstico. No caso de cefaleias recorrentes, é necessário investigar a possibilidade de ter sido ocasionada por uso excessivo de medicamento.<sup>4</sup>

Além disso, é importante considerar que cefaleia é um potencial efeito adverso, associado ao uso de diversos fármacos, tais como estrogênios (incluindo contraceptivos orais combinados), bloqueadores de canais de cálcio, nitratos, anti-inflamatórios não esteroides - AINEs (particularmente indometacina), e alguns fármacos para disfunção erétil (sildenafil, tadalafila e vardenafila). A retirada de cafeína também pode causar cefaleia.<sup>4</sup>

O quadro 1 pode ser útil para o diagnóstico diferencial de enxaqueca, cefaleia tensional e cefaleia por uso excessivo de medicamento.

### Cefaleia por uso excessivo de medicamento

O desenvolvimento da cefaleia por uso excessivo de medicamento é principalmente relatado em pacientes com cefaleia primária,<sup>2,5</sup> como enxaqueca e cefaleia tensional, mas também pode ocorrer em cefaleias secundárias. Alguns estudos mostram que pacientes com cefaleia do tipo cluster também podem preencher os critérios para cefaleia por uso excessivo de medicamento. Contudo, a maioria destes pacientes tinha enxaqueca como comorbidade ou na história familiar, e muitos pacientes com cefaleia cluster tomam diariamente analgésicos, análogos de ergotamina, ou triptanos, sem preencher os critérios. Pacientes com outros tipos de dor, como em doenças reumáticas, e sem cefaleia, não desenvolvem cefaleia crônica pelo uso de analgésicos para sua condição.<sup>2</sup>

Um estudo de base populacional, que teve como objetivo determinar prevalência de cefaleia por uso excessivo de medicamento, em um ano, em diferentes países, identificou prevalência de 0,7% a 1,7%, com preponderân-

Quadro 1: Critérios diagnósticos para alguns tipos de cefaleia comuns em adultos

Enxaqueca	Cefaleia tensional	Cefaleia por uso excessivo de medicamentos (provável)
<p>Cefaleia com duração de 4 a 72 horas, com pelo menos duas das seguintes manifestações:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Localização unilateral</li> <li>2. Caráter latejante</li> <li>3. Piora da dor com as atividades rotineiras</li> <li>4. Intensidade moderada a grave</li> </ol> <p>E pelo menos uma das seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Náuseas e/ou vômitos</li> <li>2. Fotofobia e fonofobia</li> <li>3. Sem aura: pelo menos cinco ataques</li> <li>4. Com aura: pelo menos dois ataques</li> </ol>	<p>Cefaleia com duração de 30 minutos a 7 dias, com pelo menos duas das seguintes manifestações:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Localização bilateral</li> <li>2. Caráter não latejante</li> <li>3. Não se agrava com as atividades rotineiras</li> <li>4. Intensidade leve a moderada</li> </ol> <p>E nenhuma das seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Náuseas e/ou vômitos</li> <li>2. Fotofobia e fonofobia (mas pode ter uma ou outra)</li> </ol>	<p>Cefaleia por mais de 15 dias por mês. Uso regular de medicamento(s) por mais de três meses, incluindo:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Analgésicos simples ou AINE, ou combinações deles, durante 15 dias ou mais por mês,<sup>5</sup> ou,</li> <li>2. Ergotamina, triptano, opioides ou combinação de analgésicos, durante 10 dias ou mais por mês.</li> </ol>

Adaptada da Classificação Internacional de Cefaleias, 2nd ed.<sup>6</sup>

cia feminina entre 62% e 92%. Entre todos os atendimentos em clínicas de cefaleia ou centros de cuidado terciário, os pacientes com cefaleia por uso excessivo de medicamento foram um grupo significativo. Na Europa, representaram até 30% dos atendimentos nesses centros e, nos EUA, até mais de 50%. Na Índia, por outro lado, somente 3,1% dos pacientes das clínicas especializadas cumpriram os critérios para este tipo de cefaleia.<sup>2</sup> Estima-se em cerca de 90% a prevalência entre pacientes que apresentam cefaleia crônica diária. Pessoas com idade ao redor de 40-50 anos são mais afetadas.<sup>7</sup>

Analgésicos em combinações fixas, particularmente formulações contendo codeína com ácido acetilsalicílico ou paracetamol, são amplamente utilizados para dor, cefaleia e enxaqueca. Dados de pesquisa proveniente dos EUA indicam que a maioria das pessoas com enxaqueca se automedica com MIPs e que cerca da metade nunca recebeu diagnóstico formal de enxaqueca.<sup>4</sup>

Portadores de cefaleia e enxaqueca podem aumentar gradativamente o uso de medicamentos, juntamente com frequência e intensidade cada vez maiores dos episódios de cefaleia, culminando nas formas crônicas diárias. O termo “cefaleia por uso excessivo de medicamento” (*medication-overuse headache*) é preferido ao termo “cefaleia rebote”

(*rebound headache*), “cefaleia induzida por medicamento” (*drug-induced headache*), ou “cefaleia por abuso de medicamento” (*medication-abuse headache*).<sup>4</sup>

Todos os medicamentos indicados para tratamento de cefaleia (análogos de ergotamina, barbituratos, triptanos, analgésicos simples e combinados, opioides, benzodiazepínicos, e possivelmente cafeína), inclusive os MIP, em uso excessivo, estão associados com este problema,<sup>1-4,7</sup> embora o mecanismo pelo qual se desenvolva varie entre diferentes classes de fármacos.<sup>1</sup>

Atualmente, analgésicos simples e triptanos são os fármacos mais frequentemente usados pelas pessoas com cefaleia por uso excessivo de medicamento.<sup>2</sup> Muitos pacientes com este tipo de cefaleia usam quantidades muito grandes de medicamentos, como 35 doses por semana ou seis diferentes medicamentos. Contudo, quantidades baixas, como análogos de ergotamina ou triptanos, por 10 ou mais dias por mês, também podem induzir. A frequência das doses é mais importante do que a quantidade absoluta de medicamento consumido; doses diárias mais baixas oferecem maior risco do que doses mais elevadas tomadas semanalmente.<sup>1,7</sup> Assim, é considerada condição completamente evitável.<sup>1</sup> Os principais grupos de fármacos associados a esta cefaleia são os analgésicos opioides e

não-opioides, triptanos e ergotamina; portanto, o aumento do consumo desses fármacos requer critério.<sup>8</sup>

O risco de desenvolver cefaleia varia com diferentes tratamentos sintomáticos. O risco é considerado maior com opioides e triptanos; intermediário com paracetamol e ácido acetilsalicílico; mais baixo com anti-inflamatórios não esteroides (AINEs).<sup>3</sup>

O mecanismo pelo qual o uso excessivo de anti-inflamatórios não-esteroides (AINEs) - incluindo ácido acetilsalicílico, paracetamol, codeína e dihidrocodeína pode causar a condição provavelmente envolve mudanças nos caminhos neurais da dor. As combinações de analgésicos contendo cafeína e codeína podem estimular o desenvolvimento desta cefaleia, como consequência de suas propriedades aditivas. Análogos de ergotamina são eliminados muito lentamente do organismo e facilmente se acumulam quando tomados mais de duas vezes em uma semana. Supõe-se que isso possa resultar na ativação crônica dos receptores centrais da 5-hidroxitriptamina (5-HT), levando à sua diminuição, o que reduz a atividade dos sistemas serotoninérgicos centrais redutores da dor, com consequente aumento da cefaleia. Os triptanos não se acumulam, mas o uso crônico provavelmente resulta em diminuição dos receptores 5-HT.<sup>7</sup>

Sugere-se que, em pessoas predispostas à enxaqueca ou à cefaleia tensional, o tratamento sintomático frequente de qualquer tipo de dor, incluindo cefaleias, cause progressiva redução dos receptores inibitórios da dor. Isto elevaria a sensibilidade à dor, aumentando a tendência a desenvolver cefaleia.<sup>3</sup>

Um estudo, que envolveu 96 pacientes com cefaleia por uso excessivo de medicamento, identificou que o prazo entre o uso frequente de medicamentos e o início da cefaleia diária foi relativamente curto com triptanos (1,7 anos), longo com análogos da ergotamina (cerca de 2,7 anos) e o mais longo foi com analgésicos simples (cerca de 4,8 anos). De forma similar, o número de doses associado com o desenvolvimento da condição foi mais baixo para triptanos (18 doses por mês), elevado para análogos de ergotamina (37 doses por mês) e o mais elevado foi para analgésicos (114 doses por mês).<sup>7</sup>

Um estudo de coorte longitudinal,<sup>9</sup> que incluiu habitantes de uma cidade na Noruega com idade a partir de 20 anos (n = 26.197 pessoas), teve como objetivo estimar as incidências e identificar fatores de risco para o desenvolvimento de cefaleia crônica diária e de cefaleia por uso excessivo de medicamento. A incidência de cefaleia por uso excessivo de medicamento foi de 0,72/1.000 pessoas-ano IC (0,62-0,81). Nas análises de multivariáveis, foi identificado risco cinco vezes maior para o desenvolvimento de cefaleia por uso excessivo de medicamento entre indivíduos que no início relataram uso regular de tranquilizantes [OR 5,2 (3,0-9,0)] ou que tinham uma combinação de queixas musculoesqueléticas crônicas, queixas gastrointestinais, ansiedade e depressão [OR 4,7 (2,4-9,0)]. Tabagismo e inatividade física aumentaram o risco em mais de duas vezes.

O risco também parece ser aumentado em pessoas com frequente enxaqueca, obesidade e níveis elevados de estresse.<sup>3</sup>

De um modo geral, os fármacos mais empregados para tratamento agudo e profilaxia de enxaqueca também são os mais acessíveis, mesmo que não sejam, necessariamente, os mais efetivos. Um exemplo particular é a ergotamina, que ainda é o fármaco específico contra enxaqueca mais disponível mundialmente. Ergotamina é fármaco de baixo custo quando comparado aos triptanos e, embora a diferença de custo tenha sido reduzida desde que o sumatriptano tornou-se disponível na versão genérica, parece haver preferência generalizada por fármaco com eficácia muito inferior. Além disso, a disponibilidade de MIPs com ergotamina aumenta a preocupação, tendo em vista sua toxicidade, acúmulo no organismo e potencial para uso excessivo.<sup>1</sup>

### Conduas recomendadas e prognóstico

Há evidência, embora não robusta e unânime, de estudos prospectivos, que a terapia de retirada é o melhor tratamento para pacientes com cefaleia por uso excessivo de medicamento. Em geral, especialistas e centros especializados em cefaleia concordam que a terapia de retirada deveria ser oferecida aos

pacientes com essa condição. O objetivo deste tratamento é não apenas desintoxicar os pacientes e parar a cefaleia crônica, mas também melhorar a resposta a tratamentos farmacológicos agudos ou profiláticos.<sup>2</sup>

Após a retirada do tratamento sintomático indutor, a cefaleia cessa em cerca de 75% das pessoas, podendo ocorrer resolução completa ou a pessoa permanecer com a enxaqueca ou a cefaleia tensional episódica original.<sup>3</sup> Os principais sinais e sintomas da retirada são piora da cefaleia, náusea, vômito, hipotensão arterial, taquicardia, distúrbios do sono, inquietação, ansiedade e nervosismo. Estes sinais e sintomas normalmente permanecem durante dois a dez dias, mas podem persistir por até três a quatro semanas. A cefaleia da retirada foi mais curta em pacientes que tomavam triptanos (média de 4,1 dias) do que análogos de ergotamina (média de 6,7 dias) ou AINEs (média de 9,5 dias).<sup>2,3</sup> A resolução do problema pode levar semanas ou até mesmo meses, dependendo da gravidade da síndrome e do tipo de medicamento associado.<sup>4</sup> Dessa forma, recomenda-se que os pacientes sejam orientados a interromper os medicamentos usados no tratamento sintomático da cefaleia, de forma abrupta, por pelo menos um mês. Em quatro a oito semanas após o início da retirada, deve-se revisar o diagnóstico da cefaleia e a conduta adotada.<sup>5</sup>

Os procedimentos para a retirada variam muito e nenhum dos estudos prospectivos aleatórios comparou a retirada abrupta com a gradual.<sup>2,3</sup> A maioria dos especialistas é favorável à retirada abrupta dos analgésicos porque supõem que esteja associada à resolução mais rápida.<sup>2,3,5</sup> Contudo, a retirada gradual parece mais recomendável para opioides, barbituratos e benzodiazepínicos.<sup>2,3</sup>

Em pacientes cuja causa da cefaleia é o uso de opioides, benzodiazepínicos ou barbituratos, com comorbidade grave ou com insucesso prévio em tratamento ambulatorial de retirada, pode ser necessário oferecer tratamento com hospitalização.<sup>3</sup>

Na terapia de retirada em pessoas com cefaleia por uso excessivo de medicamento, comparação entre neurologista e médico de cuidado primário não demonstrou diferença significativa na média de cefaleia e na melho-

ra dos dias com cefaleia. Portanto, sugere-se que estes pacientes possam ser acompanhados por um médico da atenção primária.<sup>2</sup>

Psicoterapia psicodinâmica de curto prazo, combinada com terapia farmacológica, melhorou a cefaleia em relação à terapia farmacológica isolada para redução de recidivas em longo prazo e melhora da qualidade de vida em um estudo não aleatório. Em outro estudo, 120 pacientes com cefaleia por uso excessivo de medicamento, não complicados, foram tratados com três diferentes modalidades: (A) apenas forte orientação para retirada do medicamento usado em excesso; (B) programa de desintoxicação ambulatorial padrão (rápida retirada do medicamento usado em excesso + uso de prednisolona oral por oito dias + fármacos profiláticos personalizados); (C) programa com hospitalização (rápida retirada do medicamento em uso excessivo + uso de prednisolona oral por oito dias + fármacos profiláticos personalizados + fluido parenteral e antieméticos + observação cuidadosa por oito dias). O tratamento seria considerado bem sucedido se dois meses após a retirada o paciente tivesse a cefaleia revertida para padrão episódico e a frequência de uso de medicamento sintomático fosse inferior a 10 dias/mês. Os grupos A, B e C apresentaram índices de desintoxicação de 77,5%, 71,7% e 76,9%, respectivamente. Porém, não houve diferença estatisticamente significativa entre os tratamentos ( $p > 0,05$ ).<sup>2</sup>

Segundo consensos de especialistas, medicamentos para cefaleia e analgésicos não são recomendados para o tratamento de cefaleia durante a terapia de retirada, exceto em administrações isoladas, por via intravenosa, em casos muito graves.<sup>2</sup>

A codeína deve ser evitada nos tratamentos de cefaleia e enxaqueca, embora a adição deste opioide em doses iguais ou superiores a 30 mg possa proporcionar alívio da dor de forma mais eficaz do que o ácido acetilsalicílico ou o paracetamol isoladamente. A codeína, como outros opioides, pode agravar os sinais e sintomas de náusea e vômito e impedir a absorção de outros fármacos. Além disso, é provável que haja falha em até 10% da população que não é capaz de biotransformar codeína em sua forma ativa, a morfina.<sup>4</sup>

Topiramato, corticosteroides e amitriptilina podem ser empregados como adjuvantes no tratamento da cefaleia por uso excessivo de medicamento.<sup>3</sup> Todavia, são necessários estudos apropriados para estabelecer a eficácia e a segurança desses fármacos nesse grupo de pacientes.

O índice de recidiva é de cerca de 30% (varia entre 14% e 41%) após um ano, independentemente de a terapia aplicada ser ambulatorial, com hospitalização ou apenas orientação. Segundo Evers & Jensen (2011), o índice de recidiva foi de 23% após dois meses e após um ano, na mesma amostra; em outro estudo, o índice foi de 41% após um ano e de 44% após quatro anos.<sup>2</sup> Em geral, a desintoxicação é bem sucedida na maioria dos pacientes, e todos com cefaleia por uso excessivo de medicamento deveriam ser informados e incentivados a interromper o uso dos medicamentos associados.<sup>2,5</sup> Na população geral, simples orientação sobre a doença foi suficiente para resultar em sucesso terapêutico, em 76% de todos os pacientes, após 1,5 anos.<sup>2</sup>

Em um estudo italiano sobre diferentes formas de terapia de retirada, os fatores associados com maior risco para recidiva de cefaleia por uso excessivo de medicamento foram: a. longa duração de enxaqueca anterior ao uso excessivo de medicamento; b. maior frequência de enxaqueca após terapia de retirada e; c. maior número de tratamentos preventivos prévios. Em outros estudos, os preditores de recidiva foram gênero masculino, uso de analgésicos combinados após terapia de retirada, consumo de nicotina e álcool e uso do antigo medicamento novamente, após terapia de retirada. O uso de medicamentos contendo codeína, baixa qualidade do sono (auto-relatada) e intensa dor no corpo (auto-relatada, mensurada pela escala de qualidade de vida SF-36), foram preditores para pobre desfecho. Em alguns estudos, o prognóstico foi melhor para pacientes com enxaqueca como cefaleia primária do que para pacientes com cefaleia tensional e para a retirada de ergotamina ou triptano que para a retirada de analgésico. É provável que os diferentes resultados nestes estudos, com relação aos preditores de recidiva, sejam devido a diferentes desenhos e diferentes populações.<sup>2</sup>

## Recomendações da Organização Mundial da Saúde<sup>1</sup>

Transtornos de cefaleia são ubíquos, prevalentes e incapacitantes, mas são subnotificados, subdiagnosticados e subtratados, mundialmente.

A cefaleia por uso excessivo de medicamento é prevenível, tratável e causa de importante incapacitação na sociedade moderna. Todavia, sua resolução é improvável na ausência de cuidado médico. O baixo índice de diagnóstico é uma falha dos sistemas de saúde e tem relevantes consequências sanitárias e econômicas.

O uso excessivo de medicamento é um comportamento dependente do acesso irrestrito a esses insumos, o que está mais associado a países de maior renda, onde também se observa maior prevalência de cefaleia por uso excessivo de medicamento.

O baixo índice de diagnóstico profissional é uma possível consequência da escassez de recursos, que se reflete na falta de médicos, deficiente acesso a serviços de saúde e menor uso de critérios explícitos de diagnóstico.

Estima-se que cerca de 50% das pessoas com cefaleia no mundo se automediquem, sem qualquer contato com profissional da saúde. Portanto, a educação dessas pessoas sobre autocuidados para cefaleia é de considerável importância para a saúde pública. Em países de maior renda, um dos focos deveria ser a prevenção do uso excessivo de medicamento, especialmente daqueles empregados no tratamento de cefaleias, uma vez que a cefaleia por uso excessivo de medicamento é importante causa de incapacitação.

Os profissionais da saúde precisam estar mais bem preparados quanto a diagnóstico e tratamento de cefaleias. Este melhor preparo tem como consequências o uso mais racional dos tratamentos disponíveis, a produção de melhores desfechos para indivíduos e sociedade, e além de evitar desperdícios. Isto pode se dar durante a graduação, o que requer mudanças no currículo universitário. Os médicos devem ter acesso a programas de educação permanente que os mantenham atualizados.

As diretrizes para diagnóstico e tratamento de cefaleias podem promover melhores cui-

dados e devem estar disponíveis em serviços de atenção primária.

A maioria dos pacientes com cefaleia deveria receber tratamento em ambulatórios de atenção primária, mas os serviços especializados em cefaleia deveriam estar disponíveis e acessíveis, com eficiência e equidade para as pessoas que deles necessitam.

### Considerações finais

A automedicação pode ser útil e segura em situações pontuais e de baixa gravidade. Contudo, torna-se perigosa quando substitui por completo a orientação profissional. A cefaleia por uso excessivo de medicamento é um exemplo negativo das consequências potenciais da automedicação.

O farmacêutico, que muitas vezes é o único profissional da saúde que tem a oportunidade de abordar pacientes com cefaleia que se automedicam, pode ter grande importância na prevenção deste tipo de evento, orientando-os sobre os riscos do uso excessivo de analgésicos e sobre a necessidade da busca por serviço de saúde nos casos de recorrência.

Por outro lado, os serviços de saúde, públicos e privados, deveriam estar melhor aparelhados e dispor de equipe multiprofissional treinada e atualizada para lidar com pacientes que se queixam de cefaleias, com vistas a melhorar os cuidados oferecidos a eles.

O poder público poderia ser mais rigoroso no controle da promoção agressiva de medicamentos isentos de prescrição, pois estes também são causadores de agravos importantes à saúde da população.

### Referências

1. World Health Organization. Atlas of headache disorders and resources in the world 2011: A collaborative project of World Health Organization and Lifting The Burden. Geneva: WHO; 2011. [citado 1 Nov 2012]. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241564212\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241564212_eng.pdf)
2. Evers S, Jensen R. Treatment of medication overuse headache - guideline of the EFNS headache panel. *European Journal of Neurology*. 2011;18(9):1115-21. [citado em: 02.11.2012]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-1331.2011.03497.x/pdf>. National Prescribing Service Newsletter. Headache and migraine. NPS NEWS 38, January 2005. [citado 31 Out 2012]. Disponível em: [http://www.nps.org.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/15830/news38\\_headache\\_0205.pdf](http://www.nps.org.au/__data/assets/pdf_file/0017/15830/news38_headache_0205.pdf).
3. National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE clinical guideline 150. Headaches: diagnosis and management of headaches in young people and adults. Issue date: September 2012. [citado 14 Nov 2012]. Disponível em: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13901/60853/60853.pdf>
4. Headache Classification Subcommittee. The international classification of headache disorders. *Cephalalgia* 2004; 24(Suppl. 1): 1-160.
5. Drug and Therapeutics Bulletin. Management of medication overuse headache. *DTB* January 2010; 48(1): 2-6.
6. British Medical Association, Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. *British National Formulary*. 63 ed. London: BMJ Publishing Group, APS Publishing, 2012. [citado 1 Nov 2012]. Disponível em: <http://www.medicinescomplete.com>.
7. Hagen K, Linde M, Steiner TJ, Stovner LJ, Zwart JA. Risk factors for medication-overuse headache: An 11-year follow-up study. *The Nord-Trøndelag Health Studies. Pain* 2012; 153(1), s 56- 61. doi: 10.1016/j.pain.2011.08.018.