

IMPACTOS DO USO ABUSIVO DE ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO ESTEROIDAIS NA ENXAQUECA: UMA REVISÃO SOBRE A CEFALÉIA POR EXCESSO DE MEDICAMENTOS

Matheus Azevedo Fernandes de Oliveira¹
Thamires Correa Casais Franco Leite¹
Tarsila da Conceição Silva²
Isabela Hastenreiter Gonçalves de Oliveira³

isabelahast.farma@gmail.com

ÁREA DO CONHECIMENTO: Ciências da Saúde.

RESUMO

O uso abusivo de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) no tratamento da enxaqueca representa um importante problema de saúde pública, uma vez que pode favorecer o desenvolvimento da cefaleia por excesso de medicamentos (CEM), aumentando a frequência e intensidade das crises e impactando negativamente a qualidade de vida dos pacientes. O presente estudo teve como objetivo revisar a literatura sobre os riscos do uso prolongado de AINEs em pacientes com enxaqueca, compreender a relação entre o uso recorrente desses fármacos e a CEM, e avaliar estratégias preventivas e terapêuticas para manejo clínico adequado. A metodologia consistiu em revisão bibliográfica de caráter qualitativo e exploratório, utilizando bases de dados nacionais e internacionais, como PubMed, SciELO, LILACS, BVS e Medline, considerando artigos publicados entre 2010 e 2025, em português e inglês, com exclusão de textos incompletos e duplicados. Os resultados indicam que a enxaqueca afeta cerca de 12% da população adulta, sendo mais prevalente em mulheres, e que o uso repetido e indiscriminado de AINEs pode levar à CEM, especialmente quando os analgésicos são utilizados mais de 10 a 15 dias por mês por períodos prolongados. Além disso, observa-se maior predisposição a transtornos psiquiátricos, como ansiedade e depressão, e maior risco de dependência. O manejo adequado da CEM envolve educação do paciente, identificação de fatores desencadeantes, estratégias farmacológicas e não farmacológicas, e desintoxicação medicamentosa quando necessário, sendo essencial o diagnóstico precoce para reduzir a cronificação das crises e minimizar os impactos clínicos e sociais associados.

PALAVRAS-CHAVE: anti-inflamatórios não esteroidais (AINES); cefaleia por excesso de medicamentos (CEM); enxaqueca; uso irracional de medicamentos.

¹ Acadêmicos Do Curso De Farmácia Da Faculdade Vértice Trirriense- Univértix

² Graduada em Farmácia pela Universidade Federal de Juiz De Fora. Especialista em Cuidado ao Paciente, Farmácia Estética, e Tricologia e Ciência Cosmética. Docente na Faculdade Vértix Trirriense.

³ Graduada em Farmácia pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Mestre pelo programa de Engenharia Química pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Docente na Faculdade Vértix Trirriense.

1 INTRODUÇÃO

A dor é um estado de saúde que gera consequências diretas na qualidade de vida de uma pessoa. É percebida como algo desconfortável tanto no nível sensorial quanto emocional, sendo associada, ou não, a uma lesão existente ou iminente. Quando não tratada corretamente, a dor pode causar diversos impactos para a saúde, envolvendo alterações no sistema imunológico e no aspecto psicoemocional do paciente, acarretando em depressão, agravamento de possíveis doenças e comportamentos auto lesivo com ideação suicida (Oliveira *et al*, 2023).

O estresse e a dor fazem parte dos principais fatores que comprometem o bem-estar humano, prejudicando a capacidade de trabalho, a qualidade de vida e a vivência plena da felicidade. Essas questões afetam diretamente a produtividade, resultando em ausências frequentes no ambiente laboral e, como consequência, uma queda significativa na qualidade de vida. Diante de seus múltiplos impactos, profissionais, econômicos e pessoais, essas condições são reconhecidas como relevantes para a Saúde Pública (Nogueira; Silva; Oliveira, 2023).

A cefaleia é uma condição de alta prevalência na população, onde segundo os dados do Ministério da saúde, aproximadamente 11% da população do Brasil apresenta quadro de enxaqueca, que é uma espécie de dor de cabeça intensa acompanhada de outras manifestações clínicas concomitantes que provocam considerável desconforto, afetando o bem-estar do indivíduo (Marques, 2016).

Com prevalência de 8% em homens e de 12% a 15% em mulheres, a enxaqueca é um dos problemas mais comuns encontrados na clínica médica. Sendo caracterizada por crises recorrentes de dor de cabeça pulsátil e unilateral, acompanhada de náuseas e vômitos, foto e fonofobia. Em cerca de 20% dos pacientes, a dor de cabeça é antecedida por uma aura que consiste em sintomas neurológicos transitórios, mais regularmente manifestados por um escotoma cintilante. Os Anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) são a classe de medicamentos mais usada para o tratamento agudo da dor de cabeça em geral e da enxaqueca em particular. O uso de AINES para o tratamento da enxaqueca se deve às suas propriedades analgésicas em outros distúrbios de dor e baseado na evidência indireta de que as prostaglandinas estão presentes na fisiopatologia da enxaqueca (Pardutz; Schoenen, 2010).

O uso prolongado e repetido de AINEs para o alívio das crises de enxaqueca pode agravar a frequência e intensidade das dores, contribuindo para o desenvolvimento da cefaleia por abuso de medicação (CEM). Pacientes que utilizam analgésicos agudos por mais de 10 a 15 dias por mês durante três meses ou mais estão sob risco aumentado de progressão para dor diária ou quase diária, especialmente quando já possuem alta frequência de cefaleias episódicas (Carneiro *et al*, 2021).

O reconhecimento, a prevenção e o manejo adequado dessa condição são de extrema importância para evitar a cronificação do quadro e reduzir a sobrecarga aos serviços de saúde, visto que, quando não diagnosticada, a CEM pode evoluir com complexidade clínica crescente, exigindo o uso cada vez mais frequente de medicamentos sintomáticos e aumentando a demanda por atendimentos emergenciais (Krymchantowski *et al*, 2022).

Nesse contexto, levanta-se a hipótese de que o uso abusivo de AINEs no tratamento da enxaqueca contribui significativamente para o surgimento da CEM e seus impactos clínicos e sociais. Diante dessa problemática, o presente estudo tem como objetivo realizar uma revisão da literatura para identificar os principais riscos associados ao uso prolongado de AINEs em pacientes com enxaqueca, compreender a relação entre o uso recorrente desses fármacos e o desenvolvimento da CEM, avaliar a importância do diagnóstico precoce para um manejo clínico mais eficaz, e explorar alternativas terapêuticas e estratégias preventivas capazes de reduzir os impactos dessa complicação.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Farmacologias dos AINEs

Os AINEs possuem ações anti-inflamatórias, analgésicas e antipiréticas. Tem como principal efeito o bloqueio da enzima ciclooxigenase (COX) e, logo, a mitigação da síntese de prostaglandinas a partir do ácido araquidônico. Esses possuem pouco ou nenhum efeito sobre a lipoxigenase, deixando a síntese de leucotrienos intacta. As prostaglandinas e os leucotrienos estão presentes em processos inflamatórios (Pardutz; Schoenen, 2010). Dentre as duas isoformas da COX, a COX-1 é distribuída e está envolvida em mecanismos homeostáticos, enquanto a COX-2 é distribuída em áreas de inflamação. Os AINEs convencionais

tem como principal ação a inibição não seletiva de ambas as isoformas, em contraste com os AINEs específicos da COX-2, que também agem na enxaqueca (Pardutz; Schoenen, 2010).

As prostaglandinas estão envolvidas com a sensibilização dos nociceptores periféricos associados a danos teciduais ou inflamação. Uma vez que os AINEs inibem sua síntese, estes podem ser considerados analgésicos periféricos leves e são mais eficazes em locais onde a inflamação leva a diminuir o limiar de nociceptores de fibras finas polimodais. Os AINEs tem a capacidade de inibir a síntese de prostaglandinas no sistema nervoso central, por exemplo, ao nível dos cornos dorsais da medula espinhal, e de modular a renovação da serotonina e das catecolaminas, o que permite que tenha ação antinociceptiva (Pardutz; Schoenen, 2010).

Bloqueando a cicloxigenase plaquetária, os AINEs agem inibindo a formação de tromboxano A₂, um potente agente agregador. Essa ação sobre os trombócitos pode ser reversível ou, como no caso da aspirina, pode durar por toda a vida útil da plaqueta em função da acetilação da enzima (Pardutz; Schoenen, 2010).

2.2 Fisiopatologias da Enxaqueca

A enxaqueca é considerada uma forma específica de cefaleia primária, também conhecida por migrânea, distingue-se de outras cefaleias pela sua clínica e pela variedade de sintomas associados. No grupo das dores de cabeça primárias, existe também a dor de cabeça tensional e a dor de cabeça em salvas, cada uma com características e mecanismos fisiopatológicos específicos (Nascimento, 2024).

As cefaleias eram consideradas "vasculares" ou "não vasculares". Embora os vasos possam participar da crise enxaquecosa, não está neles a origem da doença. Podemos citar como exemplo a vasodilatação causada por exercício físico sob o sol ou induzida por nitroglicerina, não sendo necessariamente dolorosa. Bem como os pacientes com afecções cerebrovasculares isquêmicas não necessariamente apresentam dor (Marques, 2015).

A enxaqueca comum, de acordo com a Classificação Internacional de Cefaleias (ICHD-3, IHS, 2018), pode ser categorizada principalmente em dois tipos: a enxaqueca sem aura (MO) e a enxaqueca com aura (MwA). A aura é um conjunto de sintomas neurológicos transitórios que antecede a dor de cabeça e ocorre em

cerca de $\frac{1}{3}$ dos pacientes com enxaqueca. Esses sintomas podem ser visuais, sensoriais, disfásicos e, menos frequentemente, sintomas motores ou basilares, com duração de 5 a 60 minutos. A enxaqueca hemiplégica familiar (FHM), é um tipo raro, porém fortemente hereditário (Nascimento, 2024).

Segundo Marques (2015), durante 50 anos prevaleceu a idéia de que a aura surge devido à vasoconstrição e a dor, devido à vasodilatação. Mesmo que durante a aura haja redução do fluxo sanguíneo cerebral regional (RCBF), estudos questionaram a correspondência clara entre a vasoconstrição e a aura ou entre a vasodilatação e a dor.

A enxaqueca pode se manifestar de forma episódica (ME) ou crônica (MC). A forma crônica é caracterizada por dores de cabeça em, no mínimo, 15 dias por mês durante mais de três meses, sendo que pelo menos oito desses episódios apresentam características típicas de enxaqueca (Nascimento, 2024).

Na enxaqueca, a alteração genética de um canal de cálcio cerebral específico provoca um estado de hiperexcitabilidade, com metabolismo cerebral anormal, que torna o SNC mais suscetível a estímulos externos (como luminosos e alimentares) e internos (stress emocional, por exemplo). Áreas específicas na porção média do tronco cerebral se tornam particularmente excitáveis, funcionando como centros geradores das crises (Marques, 2015).

Segundo Nascimento (2024), a enxaqueca é caracterizada por uma percepção de dor que, além de atingir a região craniana, está frequentemente associada à hiperexcitabilidade dos circuitos neurais responsáveis pela modulação da dor, o que resulta em uma experiência dolorosa distinta de outras cefaleias. Dessa forma, pacientes com enxaqueca tendem a apresentar uma percepção mais intensa e complexa da dor, evidenciando a necessidade de estratégias terapêuticas personalizadas.

Áreas específicas na porção média do tronco cerebral ficam excitáveis, sendo centros geradores das crises. Náuseas e vômitos são resultados da excitação do núcleo do trato solitário. A Depressão Alastrante, que surge como consequência da hiperexcitabilidade do córtex cerebral, levando à ativação do sistema trigeminovascular, tanto nos vasos da periferia quanto do núcleo trigeminal no tronco cerebral, o que causa a dor. Periodicamente, a DA pode ser subclínica,

causando a enxaqueca sem aura. Nos casos em que manifesta na clínica, a DA corresponderá à aura enxaquecosa, sendo de natureza (visual, motora, sensitiva, etc.) e vai variar de acordo com a(s) área(a) cortical(ais) atingida(s). Os estímulos trigeminais vão atingir o tálamo e posteriormente o córtex cerebral, contribuindo para a dor (Marques, 2015).

No processo fisiopatológico da enxaqueca, observa-se hiperexcitabilidade cortical, especialmente no córtex occipital, associada à disfunção do sistema trigeminovascular. A vasodilatação dos vasos sanguíneos é apontada como a principal causa da dor, desencadeada pela ativação das fibras C do gânglio trigêmeo, presentes na face e nos vasos, e das terminações do nervo trigêmeo periférico. Essa ativação leva à liberação de peptídeos, como o peptídeo relacionado ao gene da calcitonina (CGRP), que se liga aos receptores CGRP localizados em neurônios maiores e fibras mais espessas, correspondentes às fibras A δ do nervo trigêmeo. Além disso, a substância P e outros neuropeptídeos contribuem para a inflamação dos vasos e dos tecidos adjacentes, resultando no quadro doloroso característico da enxaqueca (Nascimento, 2024).

Segundo Nascimento (2024), a fisiopatologia da enxaqueca está relacionada a uma resposta deficiente ao estresse oxidativo e a um desequilíbrio entre mediadores vasodilatadores e vasoconstritores, resultando no aumento de citocinas pró-inflamatórias. Durante o desenvolvimento das crises de enxaqueca primária, observa-se intensificação das conexões funcionais entre o hipotálamo e as áreas responsáveis pela transmissão da dor, evidenciando o papel central dessa estrutura na modulação e amplificação dos sinais dolorosos. Diversos sistemas neurotransmissores, glutamatérgico, dopaminérgico, serotoninérgico e Gabaérgico participam da base neurológica da enxaqueca, e variações genéticas em proteínas, enzimas, receptores e canais iônicos reforçam a complexidade dos mecanismos envolvidos. Ao longo da evolução das crises, os níveis de serotonina sofrem variações, e, por atuarem na modulação da dor e na regulação do fluxo sanguíneo, essa substância contribui para a ativação das vias dolorosas e a alteração do tônus vascular.

De acordo com Marques (2015), a enxaqueca não é caracterizada pela presença de cefaleia e sim pela susceptibilidade que torna o enxaquecoso constantemente sujeito a uma crise, mediante fatores desencadeantes. Logo, para

que o fator desencadeante possa de maneira eventual provocar uma crise (e não é obrigatório que o faça sempre), é fundamental a pré-existência da susceptibilidade enxaquecosa, comum a todos os doentes.

2.3 Cefaleias por Excesso de Medicamentos (CEM)

O aumento progressivo do uso de medicamentos por pacientes com cefaleia e enxaqueca, aliado ao crescimento da frequência e intensidade dos episódios, pode levar ao desenvolvimento de formas crônicas diárias de enxaqueca. A cefaleia por uso excessivo de medicamentos é mais frequentemente observada em indivíduos com cefaleias primárias, como enxaqueca e cefaleia tensional, mas também pode ocorrer em casos de cefaleias secundárias. Nota-se que os fármacos mais utilizados no tratamento agudo e profilático da enxaqueca costumam ser os mais acessíveis, embora nem sempre apresentem a maior eficácia (Hoefler; Nogueira; Moura, 2012).

Segundo Miranda (2015), embora a Cefaleia por Excesso de Medicamentos (CEM) seja de difícil diagnóstico, é fundamental que tanto os profissionais de saúde quanto os próprios pacientes estejam atentos ao uso abusivo de fármacos. Os medicamentos empregados para aliviar os sintomas das cefaleias primárias podem, dependendo da frequência, da regularidade e da duração do uso, desencadear a CEM.

O termo “cefaleia por uso excessivo de medicamento” (medication overuse headache) é mais utilizado que o termo “cefaleia rebote (rebound headache)”, “cefaleia induzida por medicamento” (drug induced headache), ou “cefaleia por abuso de medicamento” (medication abuse headache)”. Essa condição está associada ao uso excessivo de fármacos indicados para o tratamento de cefaleias, como análogos da ergotamina, barbitúricos, triptanos, analgésicos simples e combinados, opióides, benzodiazepínicos e, possivelmente, cafeína — incluindo medicamentos isentos de prescrição (MIPs). O mecanismo de desenvolvimento varia conforme a classe farmacológica, sendo a frequência das doses um fator de risco mais relevante que a quantidade total ingerida. Doses diárias, mesmo em menor quantidade, representam maior risco do que doses mais elevadas administradas semanalmente. O risco é considerado alto para opióides e triptanos, intermediário para paracetamol e ácido acetilsalicílico, e baixo para anti-inflamatórios não esteroides (Hoefler; Nogueira; Moura, 2012).

Segundo Hoefler *et al.* (2012), o uso excessivo de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs incluindo ácido acetilsalicílico, paracetamol, codeína e di-hidrocodeína pode levar ao desenvolvimento de cefaleia por uso excessivo de medicamentos (CEM) por meio de alterações nas vias neurais da dor. Os análogos da ergotamina, por exemplo, apresentam eliminação mais lenta e tendem a se acumular no organismo quando administrados mais de duas vezes por semana. Acredita-se que isso possa provocar ativação crônica dos receptores centrais de 5-hidroxitriptamina (5-HT), levando à sua diminuição e, conseqüentemente, à redução da atividade dos sistemas serotoninérgicos centrais moduladores da dor, o que aumenta a frequência das crises. Embora os triptanos não se acumulem, seu uso crônico provavelmente também resulta na redução dos receptores 5-HT, especialmente em indivíduos predispostos à enxaqueca ou à cefaleia tensional. Dessa forma, o tratamento sintomático contínuo de qualquer tipo de dor, incluindo as cefaleia, pode promover redução progressiva dos receptores inibitórios da dor, aumentando a sensibilidade dolorosa e favorecendo o surgimento ou agravamento das crises.

Para a melhora do quadro clínico do paciente depende do manejo farmacológico correto. O processo de desintoxicação é importante, pois sem ela é quase impossível à melhora do paciente. O tratamento de suporte é fundamental, uma vez que reduz o quadro de abstinência que acomete o paciente, evitando que o mesmo tenha uma recaída além do tratamento profilático que deve estar de acordo com a cefaleia primária de base, baseado nisso, a necessidade de iniciá-lo logo após o processo de desintoxicação. Além do tratamento farmacológico, o não farmacológico também é de suma importância, uma vez que amplia as possibilidades de resultados satisfatórios (Miranda *et al.*, 2015).

3 METODOLOGIA

Este artigo resulta de uma revisão bibliográfica com abordagem qualitativa e de caráter exploratório, voltada à investigação dos impactos do uso abusivo de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) no manejo da enxaqueca e sua possível associação com o desenvolvimento da cefaleia por excesso de medicamentos (CEM).

A pesquisa foi conduzida por meio de levantamento bibliográfico em bases de dados científicas nacionais e internacionais, tais como PubMed, SciELO, LILACS, BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e Medline. As buscas foram realizadas entre os meses de maio e Agosto de 2025. Para a pesquisa, as seguintes palavras-chaves foram empregadas: anti-inflamatório, AINES, enxaqueca, cefaleia e cefaleia por excesso de medicamentos (CEM).

As estratégias de busca foram realizadas com descritores em português e inglês, como “Anti-inflamatórios não esteroides”, “Analgésicos”, “transtornos de enxaqueca” e “Cefaleia por Uso Excessivo de medicamentos”, combinados por operadores booleanos (AND e OR) de acordo com cada base de dados, garantindo maior abrangência e relevância dos resultados.

Com base na análise dos dados, foram identificados 16 artigos relacionados ao tema. Todos foram selecionados para leitura completa, sendo posteriormente excluídos 4 artigos por não se adequarem ao tema proposto.

Adotou-se como critérios de inclusão as referências que agregaram para a execução dos objetivos da pesquisa publicadas de 2010 a 2025, artigos e periódicos nos idiomas português e inglês. Foram excluídos os artigos que não apresentavam o texto completo disponível, bem como aqueles identificados como duplicados. Esse processo garantiu a seleção apenas de estudos relevantes e consistentes para a análise final.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As cefaleias acometem indivíduos de ambos os sexos, em todas as faixas etárias, classes sociais e grupos étnicos. São classificadas como a sétima condição mais incapacitante globalmente, impactando negativamente os domínios físico, emocional e social, o que compromete significativamente a qualidade de vida e as atividades diárias. Dessa forma, representam um relevante problema de saúde pública (Marques, 2015).

Nesse contexto, Marques (2015) afirma que dentre os tipos de cefaleia, a enxaqueca é a mais prevalente, caracterizando-se como uma das principais causas de redução da produtividade laboral, em virtude de sua natureza incapacitante e dos prejuízos funcionais que impõe aos indivíduos acometidos. A estimativa da prevalência da enxaqueca é dificultada pela ampla variabilidade de suas

manifestações clínicas. Ainda assim, calcula-se que cerca de 12% da população entre 18 e 65 anos seja acometida pela condição, com maior frequência nos países ocidentais, sendo menos prevalente na África e na Ásia.

De acordo com Miranda *et al.* (2015) um aspecto relevante identificado é a prática da automedicação, na qual, em busca de alívio rápido da dor, os pacientes recorrem a doses progressivamente maiores de fármacos potencialmente desencadeadores da cefaleia por uso excessivo, especialmente analgésicos, sem orientação ou supervisão profissional. Esse comportamento é favorecido tanto pela ampla disponibilidade desses medicamentos quanto pelo uso antecipado motivado pelo temor da ocorrência da dor.

Uma análise retrospectiva sobre a sequência de surgimento dos distúrbios demonstrou que, em indivíduos com uso excessivo de medicamentos (UEME), os quadros psiquiátricos foram mais prevalentes antes da progressão da enxaqueca para UEME do que após essa transformação. Verificou-se ainda que esses pacientes apresentam maior predisposição ao desenvolvimento de ansiedade e depressão, condições que podem atuar como fatores de risco importantes para a evolução da enfermidade. Além disso, constatou-se que indivíduos com UEME apresentam maior probabilidade de desenvolver transtornos relacionados ao uso de substâncias em comparação àqueles com enxaqueca episódica, possivelmente pelo fato de o UEME integrar o espectro dos transtornos de dependência (Guendler, 2012).

O manejo da migrânea envolve educação do paciente, identificação de fatores desencadeantes e estratégias terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas. Entre os principais fatores precipitantes estão estresse, alterações hormonais relacionadas ao ciclo menstrual, variações no ciclo sono-vigília, mudanças climáticas, jejum prolongado, consumo de certos alimentos e bebidas alcoólicas, e ingestão elevada de cafeína. O registro das crises em diário de cefaleias permite monitorar frequência, intensidade e características, auxiliando na identificação de fatores desencadeantes e na individualização do tratamento (Marquez, 2024).

Medidas não farmacológicas eficazes incluem repouso em ambientes pouco iluminados e aplicação de compressas frias frontotemporais. O uso de

medicamentos deve considerar comorbidades, alergias, contra indicações e intensidade da cefaleia, que pode ser leve, moderada ou grave. Na presença de sinais de alerta, recomenda-se investigação diagnóstica com exames complementares, como neuroimagem, punção lombar e exames laboratoriais, conforme a necessidade do paciente (Marquez, 2024).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso abusivo de anti-inflamatórios não esteroidais no manejo da enxaqueca configura um fator determinante para o desenvolvimento da cefaleia por excesso de medicamentos, evidenciando a necessidade de atenção tanto por parte dos profissionais de saúde quanto dos pacientes. A revisão da literatura demonstrou que o uso repetido e prolongado desses fármacos aumenta a frequência e intensidade das crises, contribui para a cronificação da dor e está associado a maior risco de transtornos psiquiátricos e dependência medicamentosa. O diagnóstico precoce da CEM, aliado a estratégias farmacológicas e não farmacológicas, bem como à educação do paciente sobre os riscos da automedicação, revela-se essencial para o manejo clínico eficaz e para a redução dos impactos físicos, emocionais e sociais da doença. Assim, a conscientização sobre o uso racional de AINEs, a individualização do tratamento e o acompanhamento contínuo podem minimizar complicações, melhorar a qualidade de vida dos pacientes e reduzir a sobrecarga aos serviços de saúde, reforçando a importância de abordagens preventivas e terapêuticas integradas no contexto da enxaqueca crônica e da CEM.

REFERÊNCIAS

CARNEIRO E. G. V.; MELO M. G. R.; FACHIN L. P.; BASTOS M. C. Cefaleia por uso excessivo de medicamentos entre os estudantes de medicina. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 1, p. e5401, 11 jan. 2021.

GUENDLER, V. Z. et al.. **Fatores associados ao uso excessivo de medicação sintomática em pacientes com enxaqueca crônica**. *einstein* (São Paulo), v. 10, n. 3, p. 312–317, jul. 2012.

HOEFLER, Rogério; NOGUEIRA, Ágata D'Aurea Moura. Cefaleia por uso excessivo de medicamento. **Farmacoterapêutica**, Brasília, v. 16, n. 2, p. 9-15, out./nov. 2012. Disponível em: <https://revistas.cff.org.br/farmacoterapeutica/article/view/1178>. Acesso em: 29 ago. 2025.

KRISTOFFERSEN, Espen Saxhaug; LUNDQVIST, Christofer. **Medication-overuse headache: epidemiology, diagnosis and treatment. Therapeutic Advances in Drug Safety**, v. 5, n. 2, p. 87–99, abr. 2014. DOI: 10.1177/2042098614522683. PMID: PMC4110872.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4110872/>. Acesso em: 29 ago. 2025.

MARQUES, Ana Filipa de Jesus. **Agentes anti-enxaqueca – perfil de utilização, efeitos secundários e interações medicamentosas**. 2015. Relatório (Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas) – Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2015. Orientador: Samuel Martins Silvestre.

MARQUES, Catarina Martinho Pires. **Enxaqueca : da teoria à prática**. Monografia apresentada à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, Coimbra, jul. 2016. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10316/43068>. Acesso em: 24 jul. 2025.

MARQUEZ, Camila Cardoso; MARQUEZ, Ana Clara Cardoso. Manejo da crise aguda de migrânea: uma revisão. In: **NEUROLOGIA: diagnósticos, tratamentos e cirurgias**. Edição V. Editora Pasteur, 2024. p. 185-200. ISBN 978-65-6029-171-3.

DOI 10.59290/978-65-6029-171-3.11. Disponível em: https://sistema.editorapasteur.com.br/uploads/pdf/publications_chapter/MANEJO%20DA%20CRISE%20AGUDA%20DE%20MIGR%C3%82NEA:%20UMA%20REVIS%C3%83O-e6bc907c-4d1a-4610-81c2-f73072ecb9e6.pdf. Acesso em: 20 ago. 2025.

MIRANDA, Ariane Maria Fonseca; PACHECO, Mila; QUEIROZ, Ana Patrícia; SILVA, José Adriano; ARAÚJO, Patrícia; MARTINS, Rosa. CEFALÉIA POR USO EXCESSIVO DE MEDICAMENTOS. **Infarma - Ciências Farmacêuticas**, [S. l.], v. 27, n. 3, p. 183–190, 2015. DOI: 10.14450/2318-9312.v27.e3.a2015.pp183-190. Disponível em: <https://revistas.cff.org.br/infarma/article/view/986>. Acesso em: 29 ago. 2025.

NASCIMENTO, Jéssica da Silva. **Avaliação da utilização de anti-inflamatórios não esteroidais (AINES) e triptanos por pacientes diagnosticados com enxaqueca em uma clínica-escola multiprofissional**. 2024. 105 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências Farmacêuticas (PPGFARMA), Departamento de Ciências da Vida (DCV), Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Salvador, 2025. Disponível em: <https://saberaberto.uneb.br/handle/20.500.11896/8329>. Acesso em: 29 ago. 2025.

NOGUEIRA, KA; SILVA, M. do SS; OLIVEIRA, KBV de. O uso de antidepressivos tricíclicos no tratamento de enxaquecas: uma abordagem literária. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 5, pág. e27212541662, 2023. DOI: 10.33448/rsd-v12i5.41662. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/41662>. Acesso em: 23 jul. 2025.

OLIVEIRA, E. F. de S.; OLIVEIRA, F. E. de .; SOUZA JUNIOR, J. C. de B.; GUERRA JUNIOR, J. I. . Potential risks arising from prolonged use of over-the-counter medications (MIPS) for pain relief: A surprising analysis through literature

review . **Research, Society and Development**, [S. I.], v. 12, n. 11, p. e141121143782, 2023. DOI: 10.33448/rsd-v12i11.43782. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/43782>. Acesso em: 23 jul. 2025.

PARDUTZ, Arpad; SCHOENEN, Jean. NSAIDs in the Acute Treatment of Migraine: A Review of Clinical and Experimental Data. **MDPI Pharmaceutichals**, 2010. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4033962/>. Acesso em: 25 de jul. 2025