

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Programa de Residência Médica em Neurologia

Nome da residente: Laisa Zanella

Orientadora: Renata Londero

Bloqueios occipitais com lidocaína no tratamento de transição da cefaleia por uso excessivo de medicamentos: experiência do ambulatório de cefaleia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Trabalho de Conclusão de Residência

2023

RESUMO

Base teórica: a cefaleia por uso excessivo de medicamentos (CEM) é uma patologia frequente entre os pacientes com cefaleias primárias, principalmente migrânea e cefaleia do tipo tensão. Até o presente momento, apesar dos recursos disponíveis, muitos pacientes continuam a ter controle subótimo das dores e apresentam sintomas de abstinência na tentativa de retirada do uso excessivo, perpetuando o quadro clínico. O uso de tratamentos como corticoides e a realização de bloqueios occipitais são tratamentos efetivos como terapia de transição na retirada do uso excessivo.

Objetivo: avaliar, em comparação com a literatura, a experiência no ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre em relação à efetividade do tratamento de transição com bloqueio dos nervos occipitais utilizando lidocaína nos pacientes com cefaleia por uso excessivo de medicamentos.

Métodos: pacientes em acompanhamento no ambulatório de cefaleia no Hospital de Clínicas de Porto Alegre com indicação clínica de realizar bloqueio occipital que foram avaliados e acompanhados em relação ao número de crises e uso de analgésicos pré tratamento, um mês, seis meses e um ano após.

Palavras chave: cefaleia, cefaleia por uso excessivo de medicamentos, bloqueio occipital, lidocaína.

1 – INTRODUÇÃO

A cefaleia por uso excessivo de medicamentos (CEM) é uma cefaleia secundária crônica atribuída ao uso excessivo regular de medicações sintomáticas ou agudas para dor em pacientes com uma cefaleia primária preexistente. De acordo com a Classificação Internacional das Cefaleias (ICHD – 3)¹, CEM é definida como uma cefaleia que ocorre em 15 ou mais dias por mês em um paciente com uma cefaleia primária preexistente e que se desenvolve como uma consequência do uso excessivo regular de medicamentos sintomáticos ou agudos para cefaleia, por mais de três meses. A quantidade de medicamento que configura uso excessivo varia conforme a classe, sendo 10 dias ou mais por mês no caso de ergotamínicos, triptanos ou opioides e 15 dias ou mais por mês no caso de analgésicos não opioides. A cefaleia por uso excessivo de medicamentos, habitualmente, desaparece após a interrupção do uso excessivo.

Há forte associação da CEM com migrânea e cefaleia do tipo tensão, sendo essas as duas principais cefaleias primárias associadas. Entre todos os pacientes diagnosticados, 60 a 80% tem migrânea. Uma minoria entre os pacientes possuem outras cefaleias primárias, como cefaleia em salvas crônica ou cefaleia persistente e diária desde o início.

A cefaleia por uso excessivo de medicamentos é uma condição que afeta cerca de 60 milhões de pessoas no mundo, com prevalência estimada em diferentes países entre 0,5 e 7,6%⁶. Entre as pessoas que tem migrânea, a prevalência sobe para 14% e em alguns centros de cefaleia na Europa e nos EUA chega a 30 e 50%, respectivamente. Desta forma, está entre as 20 causas de maior incapacidade por doença, com importantes consequências socioeconômicas⁵. Os principais fatores de risco associados a essa patologia são o sexo feminino, a baixa escolaridade, o sobrepeso/obesidade, a faixa etária de 30 a 40 anos e a baixa renda.

O tratamento dessa condição inclui educação, manejo da cefaleia pré-existente e a retirada da medicação em uso excessivo. Em alguns casos, no momento da retirada dos analgésicos, está indicado tratamento de transição, que

pode ser feito com bloqueios occipitais, curso de corticóide ou curso com anti-inflamatórios não hormonais (AINEs) de mais longa duração^{4,6,7}.

2 – JUSTIFICATIVA

A classificação internacional das cefaleias [ICHD-3]¹ enumera e descreve mais de duas centenas de tipos e subtipos de cefaleias. Cefaleia do tipo tensão e migrânea são as mais comumente diagnosticadas no dia a dia tanto do clínico quanto do neurologista². Um grande número de medicações sintomáticas (analgésicos comuns, relaxantes musculares, ergotamínicos, associações com cafeína) é utilizado em larga escala, sem adequada orientação, e com resultados questionáveis³.

O uso excessivo de medicações sintomáticas ou agudas para dor pode causar uma cefaleia nova ou um agravamento da cefaleia pré-existente, patologia classificada como cefaleia por uso excessivo de medicamentos (CEM). Uma predisposição genética vem sendo hipotetizada como sendo a base fisiopatológica da CEM⁴.

Os custos desta condição são três vezes maiores que os da migrânea⁵ e são atribuídos a licenças médicas, perda de produtividade, aumento do uso de medicamentos e procura frequente por cuidados de saúde.

Não há um consenso sobre como realizar o tratamento da CEM⁶, porém, uma das estratégias mais recomendadas é a descontinuação do uso excessivo e o início de uma medicação preventiva como primeira linha de tratamento⁷.

No período inicial de retirada das medicações em uso excessivo, muitos pacientes apresentam sintomas de abstinência, entre os quais, o sintoma mais comum é uma piora inicial da cefaleia, acompanhada de vários graus de náusea, vômito, hipotensão, taquicardia, distúrbios do sono e ansiedade⁷.

Desta forma, visando tratar os sintomas da abstinência, diferentes estratégias têm sido sugeridas na transição do uso excessivo para o tratamento profilático. Entre elas estão o uso de AINEs ou corticosteróides via oral e a realização de bloqueio dos nervos occipitais.

Diversos estudos avaliaram o uso de corticosteróides como tratamento de transição em pacientes com cefaleia por uso excessivo de analgésicos. Os protocolos utilizados em tais estudos foram variáveis em relação à medicação utilizada (prednisona, prednisolona, dexametasona), à dose inicial (prednisona 0,5-1mg/Kg/dia) com esquema de redução, e a duração do tratamento (5-16 dias). Em estudos observacionais^{9,10}, demonstrou-se redução na cefaleia de rebote e nos demais sintomas de abstinência, além disso, o tempo de duração de tais sintomas foi menor no grupo que recebeu corticóide em comparação ao grupo placebo.

Os bloqueios occipitais são realizados com a injeção de anestésicos locais em pontos definidos na porção posterior da cabeça, na topografia dos nervos occipitais maior e menor. Os anestésicos mais utilizados são a bupivacaína (0,25-0,50%) e a lidocaína (1-2%) sem vasoconstritor, 1-8mL por ponto¹⁹. Alguns estudos associam corticosteróides, mas há uma tendência progressiva na literatura em abandonar seu uso. A definição dos pontos a serem abordados em cada paciente difere na literatura⁸. O maior consenso se dá em bloquear ambos occipitais maiores nas cefaleias bilaterais e occipitais maior e menor do lado da dor nas cefaleias unilaterais fixas. O procedimento requer treinamento do médico que o executa, o que é oferecido em centros que manejam pacientes com cefaleia. Complicações possíveis são, por ordem de risco de ocorrência: síncope vagal (em pessoas predispostas), infecção no sítio da aplicação e perda de cabelos no local da aplicação (quando se utiliza corticoides na aplicação).

Buscar uma melhor compreensão da eficácia dos bloqueios occipitais no tratamento de transição em pacientes com cefaleia por uso excessivo de medicamentos pode ampliar seu uso em nosso meio, beneficiando pacientes com uma condição cujo tratamento segue com lacunas.

3 – OBJETIVOS

Definir se os bloqueios occipitais utilizando unicamente anestésico local têm efeito na redução do número de dias com cefaleia e redução no número de dias com

uso de analgesia de resgate em paciente acompanhados no ambulatório de cefaleia do HCPA.

4 – METODOLOGIA

4.1 - Delineamento

Estudo clínico, observacional, não controlado (antes e depois), em pacientes com cefaleia por uso excessivo de medicamentos, cuja intervenção “bloqueio occipital” teve sua efetividade avaliada pela observação dos pacientes pré e pós procedimento.

4.2 - População em estudo

De 2021 a 2022, foram avaliados pacientes com suspeita de cefaleia por uso excessivo de medicamentos (CEM) no ambulatório de cefaleia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Pacientes adultos (idade igual ou superior a 18 anos) com critérios diagnósticos confirmados de CEM baseado nos critérios da Classificação Internacional das Cefaleias (ICHD-3), e que concordaram em participar do estudo (forneceram seu consentimento por escrito) foram elegíveis para inclusão.

Foram excluídos do estudo pacientes com retardo mental que impedisse a compreensão dos questionários e ou preenchimento do diário de cefaleia. Todos os pacientes assinaram termo de consentimento informado. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética do hospital em 12/08/21 com número de protocolo 2019-0363, CAAE: 40343519.9.0000.5327.

4.3 – Protocolo da intervenção

Uma seringa contendo 3mL de lidocaína 2% sem vasoconstritor foi preparada para os pacientes. Usando uma agulha de 0,3mm, 1,5mL foram injetados na topografia do nervo occipital maior na junção do terço lateral com terço médio da distância entre a protuberância occipital e o processo mastóide. O volume total injetado na topografia dos nervos occipitais maiores foi de 3mL em todos os pacientes. Foram bloqueados, em conjunto, os nervos occipitais menores e pontos

gatilho nos casos em que o paciente possuía indicação clínica para tal. Nesses casos, o volume máximo de anestésico foi de 8mL.

4.4 - Variáveis em estudo

A variável principal em estudo é o número de dias com dor pré bloqueio occipital, um mês, seis meses e um ano após o procedimento. Foi avaliado, adicionalmente, o número de dias com uso de analgésicos por mês em todas as reavaliações. Foram coletados ainda dados epidemiológicos: idade, estado civil, escolaridade, profissão, número de filhos, local de nascimento e procedência. Além de tais dados, foram coletadas informações referentes às comorbidades dos pacientes, incluindo diagnósticos de doenças psiquiátricas, informados pelos próprios pacientes durante o atendimento em suas consultas usuais no nosso ambulatório.

4.5 - Detecção das variáveis em estudo

Para coleta dos dados, que foi executada durante as consultas usuais dos pacientes, foram utilizados dados epidemiológicos, histórico das comorbidades dos pacientes (informado pelos pacientes) e diário de cefaleia (informa dias com dor e medicação utilizada em cada crise) - anexo 2. O diário de cefaleia é regularmente utilizado no ambulatório de cefaleia.

4.6 - Análise estatística

Os dados epidemiológicos foram coletados em protocolo específico. Os dados de frequência de crises e uso de analgésicos foram coletados do diário de cefaleia (anexo 2). Estes documentos alimentaram o banco de dados de EXCEL, no computador da pesquisadora Renata Londero, com cópia de segurança no Google Drive. As análises estatísticas foram feitas utilizando a linguagem de programação Python (*Python Software Foundation, Delaware, USA*). As variáveis de desfecho foram avaliadas antes e após a intervenção, sendo realizado o teste de Wilcoxon ou teste t pareado conforme apropriado. Foi calculado o *rank biserial correlation* para cada relação, sendo valores de 0,2 a 0,5 considerados uma associação leve, 0,5 a 0,8 uma associação moderada, e acima de 0,8 uma associação forte. Foi realizada

uma análise de subgrupo com pacientes que não tiveram modificação de seu tratamento profilático oral como método de análise de sensibilidade. Utilizou-se o valor de $p < 0,05$ como estatisticamente significativo.

5 - RESULTADOS

Um total de 24 pacientes com diagnóstico de cefaleia por uso excessivo de medicações foi incluído no presente estudo, com seguimento conforme descrito na figura 1. Entre esses, em relação à variável “dias com cefaleia”, houve dados coletados de 19 pacientes ao final do primeiro mês, 16 ao final do sexto mês e 16 ao final de um ano. Em relação a variável “dias com uso de analgésico”, houve dados coletados de 18 pacientes ao final do primeiro mês, 17 ao final do sexto mês e 13 ao final do primeiro ano.

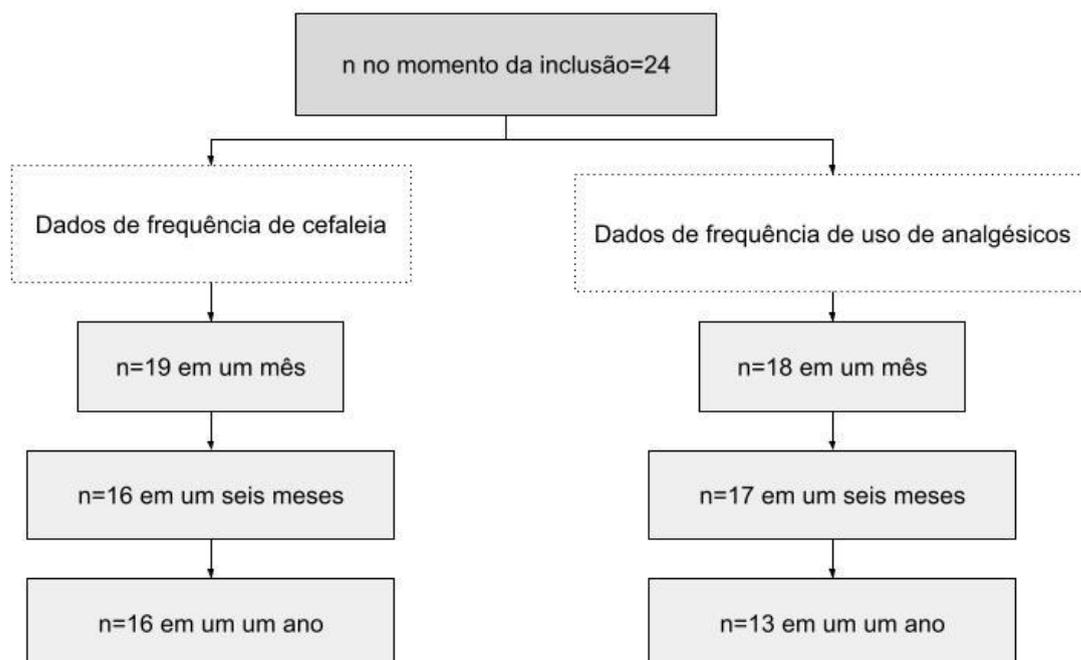


Figura 1 Número de pacientes que tiveram seus dados coletados.

As características de base dos pacientes acompanhados estão descritas na tabela 1. A maioria é do sexo feminino (87,5%) e de etnia branca (79,17%). Entre as comorbidades, depressão (37,5%) e ansiedade (33,33%) estão entre as mais frequentes. Todos os pacientes possuem como cefaleia primária migrânea (91,67%) e/ou cefaleia do tipo tensão (22,83%). Os pacientes fazem uso de medicações profiláticas para a cefaleia primária, sendo amitriptilina e nortriptilina os mais

frequentes (25 e 20,83% respectivamente). O número de dias por mês com dor antes do bloqueio variou entre 12 (4,17%) e dor diária (58,33%). As medicações que os pacientes mais faziam uso excessivo são dipirona (41,67%), paracetamol (41,67%) e naproxeno (33,33%).

Tabela 1 Características do momento da inclusão dos pacientes no estudo

Variável	(n=24)
Idade média (anos)	49,9
Sexo	
Feminino	21 (87,5%)
Masculino	3 (12,5%)
Etnia	
Branca	19 (79,17%)
Preta	5 (20,83%)
Estado civil	
Casado	11 (45,83%)
Solteiro	9 (37,5%)
Viúvo	2 (8,33%)
Divorciado	2 (8,33%)
Comorbidades	
Hipertensão	10 (41,67%)
Depressão	9 (37,5%)
Transtorno de ansiedade	8 (33,33%)
AVC	4 (16,67%)
Diabetes	3 (12,5%)
Transtorno de personalidade	2 (8,33%)
Obesidade	1 (4,17%)
Cefaleia primária	
Migrânea	22 (91,67%)
Cefaleia do tipo tensão	3 (12,5%)
Medicações profiláticas em uso	
Amitriptilina	6 (25%)
Nortriptilina	5 (20,83%)
Ácido Valproico	4 (16,67%)
Metoprolol	3 (12,5%)
Atenolol	2 (8,33%)

Variável	(n=24)
Venlafaxina	2 (8,33%)
Topiramato	1 (4,17%)
Propranolol	1 (4,17%)
Medicação em uso excessivo	
Dipirona	10 (41,67%)
Paracetamol	10 (41,67%)
Naproxeno	8 (33,33%)
Ibuprofeno	7 (29,17%)
Paracetamol + codeína	1 (4,17%)
Nimesulida	1 (4,19%)
Codeína	1 (4,17%)
Cetorolaco	1 (4,17%)
Diidroergotamina	1 (4,17%)
Número médio de dias com dor por mês	25,21
Número médio de uso de analgésico por mês	25,17
Local de realização do bloqueio	
Nervos occipitais maiores	23 (95,83%)
Nervos occipitais menores	7 (29,17%)
Pontos-gatilho	4 (16,67%)

A frequência mensal média de dias com dor antes do bloqueio, um mês, seis meses e após um ano pode ser vista na figura 2. A diferença na frequência de dias com cefaleia foi de -14,79 ($p < 0,001$ e RBC 0,98) no primeiro mês, -11,25 ($p < 0,001$ e RBC 1) no sexto mês e -16,75 ($p < 0,001$ e RBC 0,98) na reavaliação de um ano após.

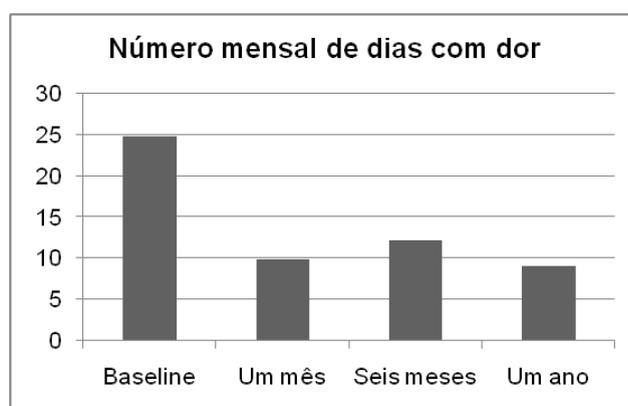


Figura 2 Figura 1 Número de dias com dor no Baseline, um mês, seis meses e um ano após o primeiro bloqueio.

A frequência mensal média de dias com o uso de medicação analgésica antes do bloqueio, um mês, seis meses e um ano após, pode ser vista na figura 3. A diferença na frequência de dias com uso de analgésico foi de -12,67 ($p < 0,001$ e RBC 0,92) no primeiro mês, -12,12 ($p < 0,001$ e RBC 1) no sexto mês e -17,77 ($p < 0,001$ e RBC 1) na reavaliação de um ano após o primeiro bloqueio.

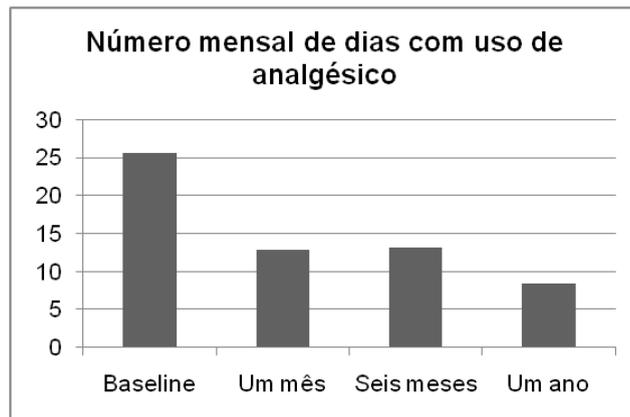


Figura 3 Número de dias com uso de analgésico no Baseline, um mês, seis meses e um ano após o primeiro bloqueio.

Entre os pacientes avaliados, foi realizada também análise do grupo de pacientes que não aumentaram a medicação profilática oral, com seguimento conforme descrito na figura 4. Entre esses, em relação à variável “dias com cefaleia”, houve dados coletados de 15 pacientes ao final do primeiro mês, 10 ao final do sexto mês e 13 ao final de um ano. Em relação a variável “dias com uso de analgésico”, houve dados coletados de 14 pacientes ao final do primeiro mês, 11 ao final do sexto mês e 10 ao final do primeiro ano.

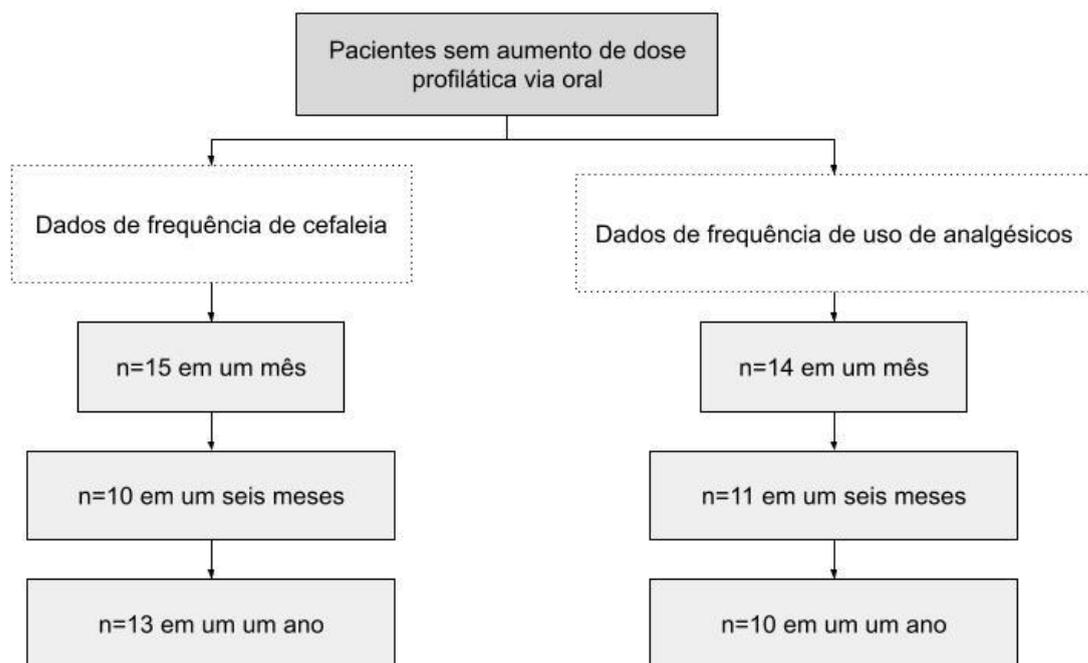


Figura 4 Número de pacientes acompanhados que não tiveram aumento na dose da medicação profilática via oral.

As análises de frequência mensal de dias com dor e com uso de analgésicos podem ser vistas nas figuras 5 e 6, respectivamente. Entre estes pacientes, a diferença no número mensal de dias com dor foi de -12,6 ($p < 0,001$ e RBC 0,97) no primeiro mês, -9,4 ($p 0,002$ e RBC 1) no sexto mês e -16,23 ($p < 0,001$ e RBC 0,98) um ano após o primeiro bloqueio. Da mesma forma, o número mensal de dias com uso de analgésicos foi de -10,79 ($p 0,003$ e RBC 0,88) no primeiro mês, -12,64 ($p 0,002$ e RBC 1) no sexto mês e -20 ($p < 0,001$ e RBC 1) um ano após o primeiro bloqueio.

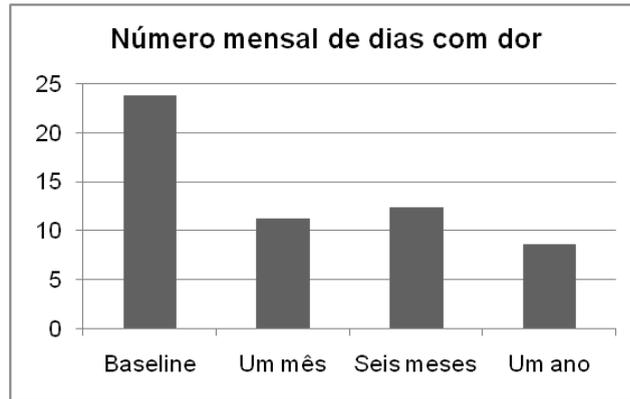


Figura 5 Número de dias com uso de analgésico no Baseline, um mês, seis meses e um ano após o primeiro bloqueio em pacientes sem aumento da medicação profilática oral.

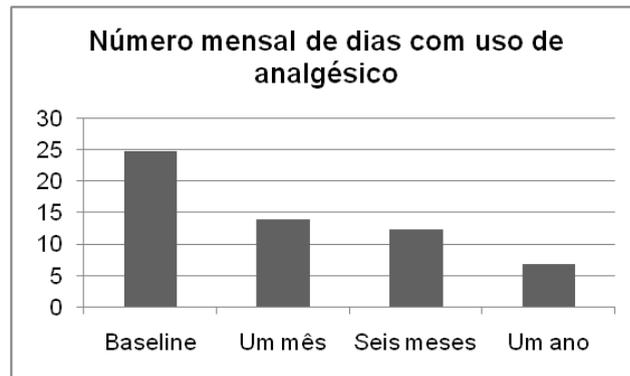


Figura 6 Número de dias com uso de analgésico no Baseline, um mês, seis meses e um ano após o primeiro bloqueio em pacientes sem aumento da medicação profilática oral.

6 – DISCUSSÃO

No presente estudo, o efeito do bloqueio dos nervos occipitais realizados com lidocaína na fase de retirada de analgésicos em pacientes com cefaleia por uso excessivo de medicamentos foi avaliado considerando a frequência mensal de dias com dor e de dias com uso de analgésicos antes, um mês, seis meses e um ano após o procedimento. Os resultados mostram que houve redução significativa de ambas as variáveis nos três momentos observados. A redução de dias com dor foi de 14,79 ($p < 0,001$ e RBC 0,98) e a redução de dias com uso de analgésicos foi de 12,67 ($p < 0,001$ e RBC 0,92) no primeiro mês. A redução mensal de dias com dor foi

de 11,25 (p <0,001 e RBC 1) e a redução de dias com uso de analgésicos foi de 12,12 (p <0,001 e RBC 1) no sexto mês. A redução mensal de dias com dor foi de 16,75 (p <0,001 e RBC 0,98) e a redução de dias com uso de analgésicos foi de 17,77 (p <0,001 e RBC 1) na reavaliação de um ano.

Além disso, também foi possível observar que tal resultado positivo se mantém quando analisamos somente aqueles pacientes que não tiveram aumento da dose de suas medicações profiláticas orais. Nesses casos, a redução de dias com dor foi de 12,6 (p <0,001 e RBC 0,97) e a redução de uso de analgésicos foi de 10,79 (p 0,003 e RBC 0,88) no primeiro mês, 9,4 (p 0,002 e RBC 1) e 12,64 (p 0,002 e RBC 1) no sexto mês e 16,23 (p <0,001 e RBC 0,98) e 20 (p <0,001 e RBC 1) um ano após o primeiro bloqueio.

Em consonância com os dados da literatura, a maior parte (91,67%) dos pacientes avaliados com CEM neste estudo tinham diagnóstico de migrânea como cefaleia primária e utilizavam medicações profiláticas direcionadas para este quadro, sendo os antidepressivos tricíclicos os mais prescritos (45,83%).

Uma vez que há controvérsia sobre como realizar o processo de desintoxicação no tratamento da CEM, diferentes métodos têm sido sugeridos na literatura, focando, principalmente, no alívio dos sintomas de abstinência. A maioria dos estudos disponíveis sugere descontinuação de medicamentos em uso excessivo em combinação com medicação preventiva. A seleção de medicamentos preventivos (p.ex. amitriptilina, propranolol, topiramato) é baseada na cefaleia primária que o paciente apresenta. Por outro lado, existem alguns artigos que propõe a descontinuação dos medicamentos analgésicos em uso excessivo sem o uso de medicações profiláticas^{17,18}. Uma revisão sistemática publicada em 2016 foi realizada para fornecer informações baseadas em evidências sobre as diferentes estratégias de tratamento em pacientes com CEM¹⁴. Concluiu-se que a descontinuação da medicação em uso excessivo e o uso de medicação preventiva para a cefaleia primária em pacientes com CEM levou a um melhor resultado em comparação à descontinuação isolada. No presente estudo, todos os pacientes fizeram uso de medicações profiláticas no período observado.

Em associação à recomendação de suspender o(s) analgésico(s) em uso excessivo e utilizar medicações profiláticas para a cefaleia primária, pode-se realizar

um tratamento voltado para a fase inicial da retirada, como forma de auxiliar os pacientes no manejo dos sintomas de abstinência. Como o sintoma mais comum desta fase é uma piora inicial da cefaleia⁶, isso pode prejudicar a adesão do paciente à retirada do analgésico em uso excessivo e comprometer o resultado final do tratamento. Não há, entretanto, na literatura, até o momento, um método bem estabelecido para manejo dos sintomas de abstinência na fase de retirada do uso excessivo, havendo muitas diferentes estratégias propostas (p.ex. antieméticos, neurolépticos, esteróides e bloqueio dos nervos occipitais).

O bloqueio de nervos occipitais tem sido amplamente utilizado no tratamento de cefaléias, devido, em boa parte, à baixa ocorrência de efeitos colaterais relacionados, mas poucos estudos examinam sua eficácia. A base fisiopatológica para realizar um bloqueio de nervos occipitais no tratamento da cefaleia é baseado nas conexões anatômicas entre as fibras do nervo trigêmeo e dos nervos cervicais superiores à nível do núcleo caudal trigeminal. O nervo occipital maior é composto de fibras sensoriais que se originam predominantemente a nível de C2. Um estudo com 54 pacientes com CEM mostrou eficácia na realização de bloqueio dos nervos occipitais com 1mL de lidocaína 2% em associação a 1mL de triancinolona 40mg/mL quando comparados àqueles que não realizaram tratamento na fase de descontinuação dos analgésicos em uso excessivo¹⁵, mostrando uma redução de 13,66 dias mensais com dor no grupo intervenção. Entretanto, a associação de corticoesteroides ao anestésico neste procedimento é controverso, principalmente pela associação com efeitos colaterais graves, como síndrome de Cushing¹⁶. O estudo de Ashkenazi et al não suporta o uso rotineiro desse agente ao realizar bloqueios occipitais em pacientes com migrânea, apenas justificando seu uso em pacientes com cefaleia em salvas. Isso justifica a utilização de lidocaína como droga única utilizada para bloqueio dos nervos occipitais nos pacientes tratados no ambulatório de cefaleia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Algumas limitações devem ser observadas quando se considera os resultados do presente estudo. Foram observados pacientes durante seu acompanhamento no ambulatório de cefaleias, portanto, não houve grupo controle ou cegamento da realização do procedimento. Alguns pacientes repetiram a realização do bloqueio de nervos occipitais como forma de manejo profilático de

crises ao longo do acompanhamento, o que pode prejudicar a análise de seis meses e um ano dos resultados apresentados (seria de se esperar que os bloqueios posteriores fizessem manutenção da melhora). Dado que o estudo ocorreu durante a pandemia por COVID-19, uma parte dos pacientes não repetiu bloqueios dentro do prazo planejado, o que poderia explicar, ao menos parcialmente, a menor resposta no tempo 6 meses em relação a um mês e 12 meses após o bloqueio inicial. Além disso, o número de sujeitos avaliados foi baixo e a avaliação de acompanhamento não levou em consideração a intensidade da dor.

7 – CONCLUSÃO

O bloqueio de nervos occipitais resultou em uma redução considerável na frequência de dias com dor e de dias com uso de analgésicos em pacientes com cefaleia por uso excessivo de medicações (CEM) em um mês após o procedimento, e esse benefício se manteve nas reavaliações de seis meses e um ano. De acordo com tais achados, o uso de 1,5mL de lidocaína 2% em cada nervo occipital maior é bem sucedido no tratamento de desintoxicação dos pacientes e auxilia no seu tratamento à longo prazo, uma vez que a tanto a frequência de dias com dor quanto a frequência de uso de analgésicos se manteve menor ao longo de um ano de acompanhamento. Assim, o bloqueio de nervos occipitais com uso de anestésico local pode ser considerado uma abordagem de tratamento em CEM. Essas avaliações permitirão que profissionais e pacientes tomem decisões mais bem informadas para realizar bloqueio de nervos occipitais. O presente estudo fornece informações preliminares e os dados devem ser confirmados por mais e maiores estudos. Além disso, seria interessante avaliar também a intensidade e a duração da dor de cabeça em estudos futuros.

8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia* 2018; 38: 1–211.
- 2 Queiroz LP e Silva-Júnior AA. The prevalence and impact of headache in Brazil. *Headache*. 2015(55): Suppl 1:32-8. doi: 10.1111/head.12511.
- 3 Bigal M, Krymchantowski AV, Lipton RB. Barriers to satisfactory migraine outcomes. What have we learned, where do we stand? doi: 10.1111/j.1526-4610.2009.01410.x.
- 4 Diener HC, Dodick D, Evers S, Holle D, Jensen RH, Lipton RB, Porreca F, Silberstein S, Schwedt T. Pathophysiology, prevention, and treatment of medication overuse headache. *Lancet Neurol*. 2019 Sep;18(9):891-902. doi: 10.1016/S1474-4422(19)30146-2. Epub 2019 Jun 4. PMID: 31174999.
- 5 Linde M, Gustavsson A, Stovner LJ, Steiner TJ, Barré J, Katsarava Z, Lainez JM, Lampl C, Lantéri-Minet M, Rastenyte D, Ruiz de la Torre E, Tassorelli C, André C. The cost of headache disorders in Europe: the Eurolight project. *Eur J Neurol*. 2012 May;19(5):703-11. doi: 10.1111/j.1468-1331.2011.03612.x. Epub 2011 Dec 5. PMID: 22136117.
- 6 Alstadhaug KB, Ofte HK, Kristoffersen ES. Preventing and treating medication overuse headache. *Pain Rep*. 2017 Jul 26;2(4):e612. doi: 10.1097/PR9.0000000000000612. PMID: 29392227; PMCID: PMC5741367.
- 7 Evers S, Jensen R; European Federation of Neurological Societies. Treatment of medication overuse headache - guideline of the EFNS headache panel. *Eur J Neurol*. 2011 Sep;18(9):1115-21. doi: 10.1111/j.1468-1331.2011.03497.x. PMID: 21834901.
- 8 Dach F, Éckeli AL, Ferreira KS, Speciali JG. Nerve block for the treatment of headaches and cranial neuralgias - a practical approach. *Headache*. 2015;55(1):59-71. doi: 10.1111/head.12516.
- 9 Krymchantowski AV, Barbosa JS. Prednisone as initial treatment of analgesic-induced daily headache. *Cephalalgia*. 2000 Mar;20(2):107-13. doi: 10.1046/j.1468-2982.2000.00028.x. PMID: 10961766.

- 10 Pageler L, Katsarava Z, Diener HC, Limmroth V. Prednisone vs. placebo in withdrawal therapy following medication overuse headache. *Cephalalgia*. 2008 Feb;28(2):152-6. doi: 10.1111/j.1468.2982.2007.01488.x. Epub 2007 Nov 26. PMID: 18039339.
- 11 Lipton RB. Establishing the clinical utility of the Migraine Disability Assessment (MIDAS) Questionnaire. *Eur J Neurol* 1998;5(Suppl 3):S253.
- 12 Martin M, Blaisdell B, Kwong JW, Bjorner JB. The Short-Form Headache Impact Test (HIT-6) was psychometrically equivalent in nine languages. *J Clin Epidemiol*. 2004;57(12):1271-8.
- 13 Tassorelli C, Jensen R, Allena M, De Icco R, Sances G, Katsarava Z, Lainez M, Leston J, Fadic R, Spadafora S, Pagani M, Nappi G; the COMOESTAS Consortium. A consensus protocol for the management of medication-overuse headache: Evaluation in a multicentric, multinational study. *Cephalalgia*. 2014 Aug;34(9):645-655. doi: 10.1177/0333102414521508. Epub 2014 Feb 20. PMID: 24558185.
- 14 Chiang CC, Schwedt TJ, Wang SJ, Dodick DW. Treatment of medication-overuse headache: A systematic review. *Cephalalgia*. 2016 Apr;36(4):371-86. doi: 10.1177/0333102415593088. Epub 2015 Jun 29. PMID: 26122645.
- 15 Arab A, Khoshbin M, Karimi E, Saberian G, Saadatnia M, Khorvash F. Effects of greater occipital nerve block with local anesthetic and triamcinolone for treatment of medication overuse headache: an open-label, parallel, randomized, controlled clinical trial. *Neurol Sci*. 2022 Jan;43(1):549-557. doi: 10.1007/s10072-021-05295-y. Epub 2021 May 4. PMID: 33945036.
- 16 Ashkenazi A, Blumenfeld A, Napchan U, Narouze S, Grosberg B, Nett R, DePalma T, Rosenthal B, Tepper S, Lipton RB; Interventional Procedures Special Interest Section of the American. Peripheral nerve blocks and trigger point injections in headache management - a systematic review and suggestions for future research. *Headache*. 2010 Jun;50(6):943-52. doi: 10.1111/j.1526-4610.2010.01675.x. Epub 2010 May 7. PMID: 20487039.
- 17 Grande R, Aaseth K, Benth J, Lundqvist C, Russell M (2011) Reduction in medication-overuse headache after short information. The Akershus study of chronic headache. *European journal of neurology* 18(1):129–137
- 18 Rossi P, Faroni J, Nappi G (2011) Short-term effectiveness of simple advice as a withdrawal strategy in simple and complicated medication overuse headache. *European journal of neurology* 18(3):396–401
- 19 Blumenfeld A, Ashkenazi A, Napchan U, Bender SD, Klein BC, Berliner R, Ailani J, Schim J, Friedman DI, Charleston L 4th, Young WB, Robertson CE, Dodick DW, Silberstein SD,

Robbins MS. Expert consensus recommendations for the performance of peripheral nerve blocks for headaches--a narrative review. *Headache*. 2013 Mar;53(3):437-46. doi: 10.1111/head.12053. Epub 2013 Feb 13. PMID: 23406160.

9 – ANEXOS

Anexo 1 – TCLE

Anexo 2 - DIÁRIO DE CEFALEIA

ANEXO 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

CAAE: 40343519.9.0000.5327

Título do projeto: "Bloqueios occipitais no manejo das cefaleias: estudo prospectivo avaliando a experiência do ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre"

Você está sendo convidado(a) a participar de um estudo sobre cefaleia, sob a responsabilidade da pesquisadora Renata Londero, do Ambulatório de Cefaleias do Serviço de Neurologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Peça orientação quantas vezes forem necessárias para esclarecer todas as suas dúvidas.

O objetivo desta pesquisa é avaliar se os bloqueios occipitais (injeções da medicação lidocaína, aplicadas na parte de trás da cabeça, logo abaixo da pele) trazem benefício aos pacientes com dores de cabeça. Esta avaliação será realizada por meio da contagem do número de dias com dor por mês, da necessidade do uso de analgésicos e da qualidade de vida antes e após o tratamento. Esta avaliação permitirá conhecer o perfil dos pacientes, as características e a evolução dos diferentes tipos de cefaleias e a eficácia deste tratamento.

Você está sendo convidado(a) a participar do estudo por ter indicação médica assistencial de realizar o bloqueio dos nervos occipitais para tratamento da sua dor de cabeça. Caso você aceite participar do estudo, a cada três a seis meses, em sua consulta assistencial habitual, reavaliaremos a resposta ao tratamento. Caso seja necessário, a equipe assistencial realizará novo bloqueio e você seguirá em acompanhamento pela pesquisa. Você realizará o bloqueio dos nervos occipitais para tratamento da sua dor de cabeça, independentemente da participação no estudo; ou seja, tem indicação de realizá-lo participando ou não do estudo.

Quais informações serão coletadas para fins desta pesquisa? Nome, idade, estado civil, número de filhos, profissão, escolaridade, cidade de nascimento e cidade onde reside, tipo de dor de cabeça, frequência das dores antes e após o bloqueio, grau de incapacidade gerada pelas suas dores. Estas informações serão

perguntadas diretamente a você durante as consultas. Qual a duração da pesquisa? 2 anos a contar do seu primeiro bloqueio.

A quebra de confidencialidade, ainda que involuntária e não intencional, é um risco da participação no estudo, mas os pesquisadores tomarão todos os cuidados para evitá-lo. Qualquer dado ou informação que possa identificá-lo(a) será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa. Não são conhecidos riscos pela participação na pesquisa, mas, poderá haver desconforto pelo tempo despendido para responder às perguntas dos pesquisadores e pelo conteúdo das mesmas, mas, você poderá recusar-se a responder, se assim o desejar.

A participação nesta pesquisa não trará benefícios diretos para você, além da monitorização mais próxima da frequência das dores e do uso das medicações analgésicas sintomáticas, podendo levar a um melhor controle das dores. Adicionalmente, você contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado: dores de cabeça. Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar do estudo, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Caso você decida não participar ou desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá prejuízo ao atendimento que você recebe ou poderá vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos. Caso ocorra alguma intercorrência ou dano que seja diretamente resultante dos procedimentos envolvidos no estudo, você receberá todo o atendimento necessário sem nenhum custo pessoal. Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, seu nome não aparecerá na publicação dos resultados. Caso os dados coletados sejam utilizados para outras análises não especificadas neste termo, você será novamente contatado(a) e consultado(a) sobre seu consentimento na utilização dos dados. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme resolução do Conselho Nacional de Saúde, número 466/12.

A qualquer momento, durante a pesquisa ou posteriormente, você poderá solicitar ao pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de comunicação explicitados neste termo. O pesquisador responsável, que também assina este documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a resolução do Conselho Nacional de Saúde, número 466/12, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com as pesquisadoras responsável Renata Londero, pelo telefone (51) 3359.8182. Em caso de dúvidas ou preocupações quanto a seus direitos como participante deste estudo, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) pelo telefone (51) 3359.7640, pelo email cep@hcpa.edu.br e no endereço endereço Rua Ramiro Barcelos, 2350, 2º andar, sala 2229 - Bairro Santa Cecília, Porto Alegre/RS.

Declaração de consentimento:

Concordo em participar, de forma voluntária, do estudo intitulado "Bloqueios occipitais no manejo das cefaleias: estudo prospectivo avaliando a experiência do ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre". Ficaram claros para mim quais são os objetivos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Tive oportunidade de perguntar sobre o estudo e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas. Entendo que estou livre para decidir não participar desta pesquisa, sem nenhum prejuízo ou represália de qualquer natureza ou de desistir da pesquisa a qualquer momento. Eu autorizo a utilização dos meus registros pelo pesquisador, autoridades regulatórias e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição envolvida. Estou ciente que receberei uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por mim, pela pessoa que realizou a discussão sobre o termo de consentimento e, quando aplicável, pela testemunha e/ou representante legal. Entendo que ao assinar este documento, não estou abdicando de nenhum dos meus direitos legais. Esse termo é assinado em

duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do pesquisador responsável

Assinatura

Nome do participante e/ou responsável

Assinatura

Porto Alegre, _____ de _____ de 202__

1 - leve: não incomoda;

2 - moderada: incomoda, mas não impede atividades do dia a dia;

3 - forte: impede atividades do dia a dia.