

Universidades Lusíada

Souto, Mónica Alexandra Teixeira do, 1982-

O impacto psicológico da enxaqueca na qualidade de vida para a população adulta em Portugal

<http://hdl.handle.net/11067/6090>

Metadados

Data de Publicação

2021

Resumo

A enxaqueca é um distúrbio neurovascular que ocorre em indivíduos geneticamente suscetíveis e, predomina mais nas mulheres do que nos homens, podendo ser desencadeada por diversos fatores e, contribuir para um elevado grau de incapacidade na qualidade de vida geral. O presente estudo tem como principal objetivo compreender e caracterizar o impacto da enxaqueca na qualidade de vida, a nível pessoal, familiar e psicológico da população adulta portuguesa, assim como identificar os principais fator...

Migraine is a neurovascular disorder that occurs in genetically susceptible, and predominates more in women than in men, which can be triggered by several factors and contribute to a high degree of disability in the overall quality of life. The main objective of this study is to understand and characterize the impact of migraine on the quality of life, at a personal, family and psychological level in the Portuguese adult population, as well as to identify the main triggering factors, the most us...

Palavras Chave

Enxaqueca - Aspetos psicológicos - Portugal, Qualidade de vida - Portugal

Tipo

masterThesis

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2025-05-17T09:25:25Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
Mestrado em Psicologia Clínica

O impacto psicológico da enxaqueca na qualidade de vida para a população adulta em Portugal

Realizado por:
Mónica Alexandra Teixeira do Souto

Orientado por:
Prof.^a Doutora Mayra Armani Delalibera

Constituição do Júri:

Presidente: Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Orientadora: Prof.^a Doutora Mayra Armani Delalibera
Arguente: Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo

Dissertação aprovada em: 11 de janeiro de 2022

Lisboa

2021



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Psicologia Clínica

O impacto psicológico da enxaqueca na qualidade de vida para a população adulta em Portugal

Mónica Alexandra Teixeira do Souto

Lisboa

agosto 2021



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

I N S T I T U T O D E P S I C O L O G I A E C I Ê N C I A S D A E D U C A Ç ã O

Mestrado em Psicologia Clínica

O impacto psicológico da enxaqueca na qualidade de vida para a população adulta em Portugal

Mónica Alexandra Teixeira do Souto

Lisboa

agosto 2021

Mónica Alexandra Teixeira do Souto

O impacto psicológico da enxaqueca na qualidade de vida para a população adulta em Portugal

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Prof.^a Doutora Mayra Armani Delalibera

Lisboa

agosto 2021

FICHA TÉCNICA

Autora Mónica Alexandra Teixeira do Souto
Orientadora Prof.^a Doutora Mayra Armani Delalibera
Título O impacto psicológico da enxaqueca na qualidade de vida para a população adulta em Portugal
Local Lisboa
Ano 2021

MEDIATECA DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

SOUTO, Mónica Alexandra Teixeira do, 1982-

O impacto psicológico da enxaqueca na qualidade de vida para a população adulta em Portugal / Mónica Alexandra Teixeira do Souto ; orientado por Mayra Armani Delalibera. - Lisboa : [s.n.], 2021. - Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - DELALIBERA, Mayra Armani, 1981-

LCSH

1. Enxaqueca - Aspectos psicológicos - Portugal
2. Qualidade de vida - Portugal
3. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
4. Teses - Portugal - Lisboa

1. Migraine - Psychological aspects - Portugal

2. Quality of life - Portugal

3. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations

4. Dissertations, academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. RC392.S68 2021

Agradecimentos

Passou algum tempo desde que tinha decidido seguir a área da psicologia, a vida nem sempre corre como delineamos ou sonhamos, contudo, quase 12 anos depois voltei para o percurso que tive que colocar em pausa. Foram dois anos difíceis, onde foi necessário conciliar a vida profissional, com a vida familiar e acadêmica. Tenho a agradecer ao meu marido por me mostrar ao longo destes dois anos, a força que eu tenho perante os obstáculos, que contribuíram para manter o meu foco e continuar o caminho que já tinha traçado para mim.

À minha família, pelo apoio incondicional, amor, suporte e força. À minha mãe que sempre acreditou que mais tarde ou mais cedo eu acabaria por terminar este capítulo da minha vida. À minha irmã, a metade de mim, que me incentivou sempre a seguir este caminho. Ao meu pai, meu Super Herói de quem tenho muito orgulho, o meu melhor amigo que me acompanhou sempre nos bons e maus momentos, apoiando e refileando, mas sempre com muito amor.

Ao meu filho Bernardo, o meu coração que bate fora do meu peito, pela sensibilidade para incentivar, apoiar e dar força sempre que foi preciso. Pela sua paciência por nem sempre poder estar comigo.

À minha colega Kelly Fernanda, pela sua amizade, apoio, força e disponibilidade que contribuiu para ultrapassar de forma positiva as dificuldades com esta dissertação. Estou eternamente grata por toda a ajuda e por todas as palavras de apoio, incentivo e força que sempre deu para a conclusão deste trabalho.

À professora Doutora Mayra Delalibera, minha orientadora, pelo seu empenho e profissionalismo.

Resumo

A enxaqueca é um distúrbio neurovascular que ocorre em indivíduos geneticamente suscetíveis e, predomina mais nas mulheres do que nos homens, podendo ser desencadeada por diversos fatores e, contribuir para um elevado grau de incapacidade na qualidade de vida geral.

O presente estudo tem como principal objetivo compreender e caracterizar o impacto da enxaqueca na qualidade de vida, a nível pessoal, familiar e psicológico da população adulta portuguesa, assim como identificar os principais fatores desencadeantes, os tratamentos mais usados e o impacto do stress, depressão e ansiedade como possíveis fatores desencadeantes da enxaqueca. Foi utilizada uma metodologia quantitativa, através de um questionário no *google forms* e divulgado nas redes sociais para a recolha de dados. Aplicou-se a escala de ansiedade, depressão e stress (EADS) de Lovibond & Lovibond, (1995); adaptado por Pais-Ribeiro et al., (2004), e a escala *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-BREF); traduzido por Canavarro et al., (2007).

Os resultados demonstraram que os sujeitos do estudo apresentaram níveis de depressão, ansiedade e stress considerados moderados de acordo com os autores da escala e uma qualidade de vida satisfatória. A idade aparece negativamente correlacionada com a depressão, ansiedade, stress e com a qualidade de vida geral. Os sujeitos divorciados ou viúvos apresentam piores níveis de qualidade de vida e os sujeitos com enxaqueca com aura apresentam maiores níveis de depressão, stress e pior qualidade de vida. As correlações indicaram também que os participantes que se sentiam compreendidos pela família, amigos e no trabalho apresentam melhor qualidade de vida e menores níveis de depressão, ansiedade e stress.

A partir do estudo, e face os resultados obtidos, podemos concluir que a enxaqueca tem um grande impacto na qualidade de vida dos portugueses, quer a nível pessoal, familiar e psicológico, o que contribui para possíveis comorbidades como a depressão.

Palavras-chave: Enxaqueca; Cefaleia; Qualidade de vida; Depressão; Stress; Terapias

Abstract

Migraine is a neurovascular disorder that occurs in genetically susceptible, and predominates more in women than in men, which can be triggered by several factors and contribute to a high degree of disability in the overall quality of life.

The main objective of this study is to understand and characterize the impact of migraine on the quality of life, at a personal, family and psychological level in the Portuguese adult population, as well as to identify the main triggering factors, the most used treatments and the impact of stress, depression and anxiety as possible triggering factors for migraine. A quantitative methodology was used, through a questionnaire on Google Forms and disseminated on social networks for the need for data. The anxiety, depression and stress scale (EADS) of Lovibond & Lovibond, (1995) was applied; adapted by Pais-Ribeiro et al., (2004), and a scale from the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF); translated by Canavarro et al., (2007).

The results showed that the study subjects had moderate levels of depression, anxiety and stress, according to the authors of the scale, and a satisfactory quality of life. Age appears negatively correlated with depression, anxiety, stress and general quality of life. Divorced or widowed subjects have levels of quality of life and subjects with migraine with aura have higher levels of reduction, stress and worse quality of life. The correlations also indicated that participants who felt understood by family, friends and at work had better quality of life and lower levels of depression, anxiety and stress.

From the study, and given the results obtained, we can conclude that migraine has a great impact on the quality of life of the Portuguese, both at a personal, family and psychological level, which contributes to possible comorbidities such as depression.

Keywords: Migraine; Headache; Quality of life; Depression; Stress; Therapies

Lista de tabelas

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra.....	36
Tabela 2 – Caracterização da enxaqueca.....	37
Tabela 3 – Idade da primeira crise e tempo que sofre de enxaquecas.....	37
Tabela 4 – Fatores desencadeantes da enxaqueca.....	38
Tabela 5 – Compreensão da enxaqueca pela família, amigos, trabalho.....	39
Tabela 6 – Uso de medicação, procura de métodos alternativos e melhoras.....	39
Tabela 7 – Recursos do nosso país na divulgação para prevenção da enxaqueca.....	40
Tabela 8 – Medos e inseguranças, perante o diagnóstico da enxaqueca.....	42
Tabela 9 – Ajuda médica, acompanhamento, medicação e métodos alternativos.....	43
Tabela 10 – Média e desvio padrão da escala EADS.....	43
Tabela 11 – Análise descritiva dos domínios de qualidade de vida (WHOQOL-BREF).....	44
Tabela 12 – Correlação de Pearson entre a idade, tempo e subescalas de EADS e qualidade de vida geral.....	48
Tabela 13 – Teste de homogeneidade das variâncias.....	50

Lista de ilustrações

Gráfico 1 – Características da enxaqueca.....	41
Gráfico 2 – Alterações nas áreas da vida.....	41

Lista de anexos

Anexo A – Questionário <i>google forms</i>	85
Anexo B – Escala de ansiedade, depressão e stress (EADS)	105
Anexo C – <i>World Health Organization Instrument to Evaluate Quality of Life</i> (WHOQOL-BREF).....	107

Lista de abreviaturas, siglas, acrónimos e símbolos

CGRP – Calcitonin gene related peptide

DCA – Depressão cortical alastrante

DSM-5 – Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais

EADS – Escala de ansiedade e depressão e stress

EMHA – European migraine e headache aliançe

GBD – Global burden of disease study

ICHD – International classification of headache disorders

IHS – International Headache Society

MELAS – Miopatia mitocondrial, encefalopatia, acidose láctica e episódios

semelhantes a AVC

NIBR – Novartis institute for biomedical research

QVA – Qualidade de vida domínio ambiente

QVF – Qualidade de vida domínio físico

QVG – Qualidade de vida geral

QVP – Qualidade de vida domínio psicológico

QVS – Qualidade de vida domínio social

r – Coeficiente de correlação de Pearson

SPSS – Statistical package for the social sciences

STV – Sistema trigémio vascular

t – teste t-student

WHOQOL-BREF – World Health Organization Quality of Life

Índice

Agradecimentos.....	I
Resumo.....	III
Abstract.....	V
Lista de tabelas.....	VII
Lista de ilustrações.....	IX
Lista de anexos.....	XI
Lista de abreviaturas, siglas, acrónimos e símbolos.....	XIII
Índice.....	XV
Introdução.....	1
Enquadramento teórico.....	3
Prevalência e conceitualização da enxaqueca.....	3
A fisiopatologia da enxaqueca.....	6
Fatores desencadeantes da enxaqueca.....	10
A depressão como fator desencadeante.....	12
A ansiedade como fator desencadeante.....	14
O stress como fator desencadeante.....	16
Tratamento farmacológico.....	18
Terapias alternativas.....	21
Biofeedback.....	23
Técnicas de relaxamento.....	24
Terapia cognitivo comportamental.....	24
Acupuntura.....	25
Objetivos.....	27
Objetivo geral.....	27

Objetivo específico.....	27
Método.....	29
Participantes.....	29
Instrumentos.....	29
Procedimentos.....	32
Resultados.....	35
Análise das características da enxaqueca.....	40
Correlações.....	44
Anova.....	48
Discussão.....	51
Conclusão.....	61
Referências.....	65
Anexos.....	83
Anexo A.....	85
Anexo B.....	105
Anexo C.....	107

Introdução

Num esforço para melhor compreender os impactos da enxaqueca na qualidade de vida da população adulta em Portugal, e em conformidade com a organização mundial da saúde, que classifica a enxaqueca como uma das 20 principais causas de perda de anos de vida saudável por ano, a nível mundial, parece pertinente explorar esta patologia pois verificou-se que a maioria dos estudos demonstram que os doentes com enxaqueca são prejudicados nas suas atividades diárias e que a sua qualidade de vida é inferior, comparativamente com a população em geral e com doentes com outras doenças crónicas (Leonardi, 2005).

Num estudo levado a cabo pela *Global Burden of Disease* (GDB), considera que a dor de cabeça e, em particular, a enxaqueca, é um grande problema público de saúde em ambos os sexos e todas as faixas etárias em todo o mundo, mas principalmente em jovens e em mulheres de meia-idade (GBD, 2016).

Na literatura, existem diversos estudos que referem a enxaqueca, como um distúrbio neurovascular que ocorre em indivíduos geneticamente suscetíveis, podendo ser desencadeada por diversos fatores, como alimentação, privação ou excesso de sono, stress, depressão e ansiedade (Hartmaier, 1995). Desta forma, a enxaqueca está frequentemente, associada ao comprometimento funcional do indivíduo causando um grande impacto emocional e social nas suas vidas (Ferreira et al. 2021).

Vários estudos sugerem que a ansiedade, depressão e stress têm uma maior prevalência entre pessoas com enxaqueca, do que na população em geral. Um historial de enxaqueca aumenta a prevalência de depressão e distúrbios da ansiedade (Yavuz et al., 2013).

O stress pode ser considerado um processo cíclico que contribui para o desenvolvimento de distúrbios comórbidos, que pode ser agravado por um maior número de sintomas, ou condições psicológicas ou médicas pré-existentes, que pode levar a uma maior frequência de enxaquecas. O impacto psicológico da enxaqueca pode inibir a capacidade de

indivíduo em envolver-se em práticas saudáveis que contribuem para a redução da prevalência de outras perturbações, assim como diminuir o uso do enfrentamento adaptativo que pode levar ao desencorajamento para o tratamento (Malone, 2015).

Neste seguimento a presente dissertação tem como principal objetivo compreender e caracterizar o impacto da enxaqueca na qualidade de vida, principalmente a nível pessoal, familiar e psicológico da população adulta portuguesa, assim como identificar os principais fatores desencadeantes, tratamentos mais usados, e o impacto do stress, depressão e da ansiedade como possíveis desencadeantes da enxaqueca. Para avaliação da qualidade de vida, é feita uma pesquisa na literatura que forneça dados explicativos e quantitativos de comparação para ser possível fundamentar este estudo.

O estudo encontra-se dividido em três partes, a primeira parte constituída pelo enquadramento teórico onde é feita a conceptualização da enxaqueca, com base na literatura existente, a fisiopatologia da enxaqueca, a farmacologia mais usada em estados de premência e de prevenção nas crises, possíveis fatores desencadeantes da enxaqueca, como o stress, a depressão e a ansiedade, e algumas terapias alternativas utilizadas para o tratamento da enxaqueca.

A segunda parte do estudo é constituída pelo método, que contem a descrição dos objetivos específicos, a descrição da amostra, instrumentos e os procedimentos de recolha de dados. Na terceira parte estão apresentados os resultados obtidos e a discussão dos mesmos. Por fim, apresentam-se as conclusões da investigação, limitações do estudo e sugestões para próximas investigações, na possibilidade de dar continuidade ao estudo.

Enquadramento teórico

Prevalência e conceitualização da enxaqueca

A enxaqueca é um distúrbio frequente, que atinge 10 a 15% dos adultos da população a nível mundial e ocorre três vezes mais em mulheres adultas (Wessman et al., 2007). É uma cefaleia primária, comum e incapacitante, que tem sido fundamentado a partir da sua alta prevalência a nível de impactos socioeconómicos e pessoais elevados. No *Global Burden of Disease Study* (GBD, 2010), a enxaqueca foi classificada como a terceira doença mais prevalente e a sétima causa de incapacidade do mundo. Em 2015, a terceira causa de incapacidade em todo o mundo, em homens e mulheres com menos de 50 anos (GBD, 2015). No ano seguinte, a enxaqueca foi considerada uma das principais causas de maior incapacidade a nível mundial, especialmente em adultos jovens e de meia-idade com maior incidência nas mulheres (GBD, 2016).

Outro estudo realizado a nível mundial, para avaliação do impacto social e económico da enxaqueca, usando uma amostra de aproximadamente 11 mil pessoas, que teve a participação de Portugal, constatou-se que, cerca de 80% dos portugueses que sofrem de enxaqueca sentem-se limitados para cumprir as tarefas diárias, 50% dos que sofrem desta doença faltam, em média, quatro dias por mês ao trabalho. As conclusões são do estudo *My Migraine Voice*, apresentado no Congresso de Neurologia de 2018, promovido pela Novartis e pela *European Migraine e Headache Alliance* (EMHA) (Novartis, 2018).

A definição exata da síndrome da enxaqueca é difícil e questionável e nem todos os pacientes se encaixam no conceito de um distúrbio paroxístico (intensificação súbita de sintomas) da função cerebral associado com cefaleia unilateral e vômitos. O termo enxaqueca pode ser circunscrito a um distúrbio que consiste em duas fases distintas, intracraniana e vasoconstrição, acompanhada ou seguida por dilatação dos vasos extracranianos (Selby. & Lance, 1960). A experiência clínica tem mostrado resultados em que, o mesmo paciente pode

ter ataques produzidos por qualquer uma das fases individualmente, bem como em combinação, as dores de cabeça podem ser simples numa determinada fase da vida e mais complexas com o desenvolvimento de outros sintomas. (Gowers,1886).

Enquanto o termo enxaqueca é derivada de hemicrania, não é incomum para alguns pacientes sentirem dor na cabeça inteira com os mesmos acompanhamentos que em seus ataques unilaterais. A característica essencial de todas essas dores de cabeça vasculares é o seu paroxismo e natureza (Gowers, 1886). A sua manifestação clínica caracteriza-se por crises de cefaleia primária de perfil paroxístico intermitente (momento mais intenso de uma dor ou de um ataque), que podem ir de moderada a intensa, e apresenta-se frequentemente em localização unilateral e com sintomas associados. A dor é pulsátil, acompanhada ou precedida por náuseas e fobias sensoriais, que pioram com atividades físicas rotineiras e promovem incapacidade. As durações das crises podem chegar a 72 horas quando não são tratadas de forma eficaz (Krymchantowski, 2006).

O seu diagnóstico é realizado através dos critérios da *International Classification of Headache Disorders (ICHD)* (2018) da *International Headache Society (IHS)* (Headache Classification Committee of the International Headache Society, 2018). Os mecanismos envolvidos na gênese da enxaqueca são o sistema trigémino vascular (STV), a depressão cortical alastrante (DCA) de leão, a vasodilatação neurogénica e extravasamento de proteínas plasmáticas, e a sensibilização. Os neurotransmissores envolvidos são a serotonina, a *calcitonin gene related peptide (CGRP)*, o neuropeptídeo (Y e VIP), a somatostatina, e a dopamina (Olesen, 2018).

Os estudos experimentais de Wolff e seus colegas (1948, 1955) estabeleceram a relação do mecanismo fisiopatológico da enxaqueca subjacente e outros vasos extracranianos da dor de cabeça. Selby e Lance (1960), procuraram perceber a relação da enxaqueca com outros fatores como a etiologia, a incidência sexual, a idade em que ocorreu o primeiro

ataque, o histórico da saúde, as características clínicas como a frequência dos ataques, os fatores precipitantes e duração dos ataques como o local da dor de cabeça, os sintomas acompanhantes, a estrutura da personalidade, e os sintomas físicos subjacentes.

Existem dois tipos de cefaleia, as primárias, onde não é conhecido um tipo de fator orgânico determinante, e as secundárias ou sintomáticas, que são causadas por algum traumatismo no crânio como as infeções sistêmicas do sistema nervoso, doenças vasculares cerebrais, tumores cerebrais, entre outras (Mathew & Garza, 2011).

As cefaleias primárias correspondem aos primeiros quatro grupos da classificação da Sociedade Internacional de Cefaleia que são elas a enxaqueca, cefaleia do tipo tensional, cefaleia em salvas e hemicrânica paroxística crónica e ainda miscelânea de cefaleias não associadas com lesão. Destas, a mais estudada sob o ponto de vista epidemiológico, é a migrânea ou enxaqueca (Oliveira & Correia, 2018).

Estudos apontam que 60% a 80% dos casos de enxaqueca são de natureza genética (Adams, 2014). Já Rasmusseen (1993), considerava como fatores uma série de condições hormonais, mudanças de ritmo, estresse, jejum, fadiga, variações no ritmo do sono e clima. A literatura mostra que existe ainda muita controvérsia em volta dos fatores precipitantes da enxaqueca, que sozinhos ou em combinação com outras exposições exógenas ou endógenas induzem os ataques de dor de cabeça nos indivíduos suscetíveis. Desta forma, encontra-se na literatura vários autores que tentaram chegar a um ponto em comum entre os vários fatores precipitantes (Selby & Lance, 1960; Hanington & Harper, 1968; Moffett et al., 1972; Ryan, 1974; Dalton, 1975; Nikiforow & Hokkanen, 1978; Monro et al., 1980; Peatfield et al., 1984; Blau & Diamond, 1985; Drummond, 1985; Passchier & Orlebeke 1985; Paulin et al., 1985; van den Bergh et al., 1987; Gibb et al., 1991).

Para Selby & Lance (1960), os fatores físicos e ambientais mais reconhecidos pelos doentes foram, a menstruação, o estado emocional, a claridade e a alimentação, no entanto, a

associação entre a enxaqueca e o ciclo menstrual permaneceu incerto e as alterações hormonais, e a tensão nervosa tiveram uma maior prevalência.

Rasmussen e colaboradores (1991, 1992); Rasmussen & Olesen (1992); Jensen et al. (1992), estudaram as associações entre as perturbações de dor de cabeça e estilo de vida como a atividade física, o fumo, álcool, consumo de café e o padrão de sono. Também a intolerância à luz (fotofobia) ou ao ruído (fonofobia), são os sintomas acompanhantes mais frequentes da cefaleia, que conduz os pacientes à necessidade de isolamento. As náuseas, acompanhadas ou não por vômitos durante as crises, distúrbios gastrointestinais (anorexia, diarreia, obstipação, distensão abdominal), visão enevoada, palidez facial, edemas, congestão nasal, extremidades frias, além de poliúria (Machado et al, 2006).

Não existindo uma relação clara e concisa entre a doença e os fatores desencadeantes, torna-se importante perceber de que forma esta doença interfere na qualidade de vida das pessoas, devido ao seu elevado grau de incapacidade. (Leonardi,2005). Com base em estudos anteriores foi avaliado o impacto da enxaqueca na qualidade de vida de acordo com o modelo biopsicossocial de Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. O estudo revelou evidências significativas na qualidade de vida diária, em termos de relacionamentos, qualidade de vida percebida, emocional e status, resultando desta forma numa influência direta na gravidade e agravamento da doença. Os autores concluíram que, melhorando os resultados de saúde da enxaqueca, através do diagnóstico precoce e apropriado e utilizando uma boa terapêutica, pode contribuir para um melhoramento, não apenas no estado de saúde e funcionamento dos pacientes, mas também na carga económica e social de enxaqueca (Leonardi, 2010).

A fisiopatologia da enxaqueca

A fisiopatologia da enxaqueca ainda não possui conhecimento suficiente para a sua precisão científica comprovada. Para Edvinsson et al. (2012), a fisiopatologia da enxaqueca é

complexa e parece envolver os sistemas nervosos central e periférico, bem como a vasculatura craniana. Outra teoria, assenta na hipótese de que a dor advém de uma lesão tecidual que surge a partir da estimulação dos nociceptores (recetor sensorial) periféricos num sistema de nervos íntegro e de uma lesão ou ativação anormal das vias sensíveis à dor no sistema nervoso periférico ou central (Peroutka,2015). Outros estudos também apontam a predisposição genética como etiologia da doença. Num estudo levado a cabo por Russell e colegas (1995), sobre os riscos e a evidência da genética como fator para a predisposição da enxaqueca, conclui-se que os familiares dos pacientes com enxaqueca sem aura têm um risco de 1,9 vezes maior em possuir esta desordem e apenas 1,4 vezes maior de sofrer enxaqueca com aura.

Peroutka (1998), identificou alterações raras da cefaleia vascular, como a síndrome MELAS (Miopatia mitocondrial, encefalopatia, acidose láctica e episódios semelhantes a AVC) é uma doença genética neurodegenerativa multissistémica, que afeta principalmente o cérebro, o sistema nervoso e os músculos. A MELAS tem sido relacionado à enxaqueca, quanto a sintomatologia (dor de cabeça com náuseas e vômitos). A relação entre MELAS e a herança familiar materna, sugeriu possíveis elementos comuns na base das duas entidades clínicas. Um estudo mostrou que havia uma alta frequência de alterações do gene mitocondrial numa população de pacientes com enxaqueca (Ohno & Hirakawa, 1997).

A teoria vascular de acordo com Graham e Wolff (1938), em que ocorre o fenómeno designado por aura, surge devido à vasoconstrição e a dor devido à vasodilatação, no entanto embora durante a fase da aura exista redução do fluxo sanguíneo, os estudos corroboram a correspondência entre vasoconstrição e a aura ou entre a vasodilatação e a dor. O fluxo sanguíneo é alterado ao longo das crises e pode ser explicado como parte do fenómeno, mas não na síndrome clínica propriamente dita (Peroutka, 1998).

A teoria neuronal ou depressão alastrante, numa experiência levada a cabo pelo fisiologista brasileiro, Leão relatou que ocorre uma redução da atividade elétrica que se difunde pelo córtex em todas as direções ao estimular electro fisiologicamente o córtex de coelhos. Este fenómeno foi designado como *spreading depression of Leão* (Leão, 1945). Este era semelhante à velocidade de propagação do fenómeno cortical de Lashley, que estudou a sua própria aura visual a nível de desordens e propagação visual (Lashley, 1941).

Outra hipótese é a do sistema trigeminovascular, que emerge do tronco cerebral e termina nos vasos leptomeníngios, onde é formado em seu aferente braço pelo nervo trigémeo e em seu braço eferente pela fração parassimpática do nervo facial. A ativação do *Trigeminal Vascular System* (TVS), lança vários peptídeos que causam dilatação e inflamação estéril dos vasos leptomeníngios, que se traduzem na típica pulsação de dor na enxaqueca (Pascual, 2019).

Outro contributo foi a teoria da serotonina ou 5-hidroxitriptamina de Sicuteri (1961), mencionado num artigo sobre a fisiopatologia da enxaqueca em 1998, por Vincent, que se baseava na maior quantidade de ácido 5- hidroxindolacético (5-HiAA), contida na urina de pacientes. (Ferrari, 1993); (Vincent, 1998). Os ataques espontâneos da enxaqueca eram aliviados pela injeção intramuscular de 5-HT (5-hidroxitriptamina), estas observações sugerem que o efeito destas drogas leva o 5-HT a ter um papel na génese da doença (Vincente,1998). Na opinião de Peroutka, (1998), a dopamina empenha um papel na fisiopatologia de certos subtipos da enxaqueca, pois alguns dos sintomas podem ser induzidos através da estimulação dopaminérgica. Existe uma hipersensibilidade dos recetores da dopamina nos indivíduos que sofrem de enxaqueca.

Atualmente, em estudos mais recentes entende-se que a enxaqueca é uma doença neurovascular que envolve a ativação do sistema trigeminovascular (Edvinsson & Uddman,

2005), como primária disfunção localizada nos centros do tronco cerebral que regulam os vasos tónus e sensação de dor (Link et al., 2008).

Esta ativação resulta em vasodilatação craniana mediada pela liberação de neuropeptídeos vasoativos incluindo *Calcitonin Gene Related Peptide* (CGRP), que parece desempenhar um papel fundamental na fisiopatologia da enxaqueca (Villalón & Olesen, 2009). Agora sabemos que o peptídeo relacionado ao gene da CGRP, desempenha um papel crucial na fisiopatologia da dor da enxaqueca, ambos em ataques episódicos de enxaqueca e no desenvolvimento da doença crônica (Pascual, 2019).

Foi recentemente distinguido pela Sociedade Portuguesa de Neurologia, o investigador Miguel Alves Ferreira, do Instituto de Investigação e Inovação em Saúde da Universidade do Porto, que descobriu a neurexina, que expõe pela primeira vez a comunicação deste gene entre os neurónios, que instiga o desenvolvimento da enxaqueca. Evidenciando assim a teoria da hereditariedade, e apresentando que existe uma forte componente genética. Este gene tem um papel essencial na adesão de neurónios durante a sinapse. O estudo veio contribuir para uma melhor compreensão da enxaqueca e o desenvolvimento de novas abordagens terapêuticas (Lusa, 2020).

Estudos sobre as enxaquecas contribuíram para uma tentativa de descrição das fases em que esta ocorre. Podemos considerar que a crise se decompõe em cinco fases: pródromos; aura; cefaleia de carácter pulsátil; resolução e pródromos. Os pródromos, pode preceder a cefaleia por horas ou até um dia, sendo constituída por sintomas mal definidos. Nesta fase pode coexistir alterações do humor, lentidão, fraqueza muscular, alterações do sono, sensibilidade à luz, entre outros. A aura, desenvolve-se gradualmente 60 minutos antes da cefaleia, podendo ocorrer sem a mesma ou até posteriormente. Esta deve-se a uma disfunção no córtex ou tronco cerebral, dando origem a vários tipos de aura; as sensitivas, as motoras e as visuais que são as mais comuns e podem ser alucinações visuais ou deficitárias

(escotomas) iniciando a sua manifestação, no centro do campo ocular e com posterior avanço lateral (Oliveira & Correia, 2018).

A cefaleia é de carácter pulsátil, latejante, de intensidade moderada a muito intensa que se pode iniciar unilateralmente e propagar-se tornando-se bilateral. Quando surge num lado pode mudar de sítio na mesma crise ou em crises diferentes. Pode ainda estar associado a diversos sintomas concomitantes, como fotofobia, fonofobia, náuseas e vómitos. A solução de alívio assenta no repouso, o sono e como fatores exacerbantes, o movimento (Krymchantowski, 2006). Por último, a resolução e pós-dromos, que consiste na redução progressiva da dor e por uma recuperação mental e física (Kelman, 2006).

Os critérios de diagnóstico, propostos pela IHS para o diagnóstico das diversas formas de apresentação clínica da enxaqueca, requerem crises múltiplas porque a primeira enxaqueca nem sempre pode ser distinguida de uma cefaleia secundária. A dor unilateral e de alternância de lado em diferentes crises é um forte argumento a favor do diagnóstico. Os sintomas associados são parte integrante da enxaqueca, sendo essenciais para o diagnóstico, incluindo fotofobia, náusea e vómitos (Oliveira & Correia, 2018). (Headache Classification Committee of the International Headache Society, 2018)

Fatores desencadeantes da enxaqueca

A Enxaqueca está associada ao aumento de comorbidades psiquiátricas e à deficiência em todos os aspetos da vida que leva à redução da qualidade de vida relacionada à saúde. Ao longo dos anos, tornou-se evidente a partir de estudos de base populacional, que várias condições psiquiátricas estão associadas à enxaqueca, tais como a depressão maior, perturbação bipolar, perturbação do pânico, fobias e a dependência de substância (Jette, 2008).

Os estudos têm demonstrado uma grande possibilidade de fatores desencadeantes da enxaqueca, no entanto continua a não existir uma definição muito precisa dos mesmos

(Rasmussen, 1992). Na literatura, alguns pacientes são capazes de identificar os fatores desencadeantes que podem ser muito variados como o fumo, bebidas alcoólicas, alguns alimentos como chocolate, queijos curados (com alto teor de triamina), embutidos de carne (nitritos e nitratos) e comidas orientais (glutamato de sódio), e ainda, drogas vasodilatadoras; fatores ambientais, como exposição de luminosidade, aglomerações em recintos fechados (aumento do CO₂). Fatores emocionais, como estresse, medo, ansiedade, angústia, ou fatores situacionais, como fadiga (por exercícios físicos ou esforço mental), privação de sono ou hipoglicemia podem também ser identificados como fatores desencadeantes (Nitrini & Bacheschi, 2015). Estudos anteriores referem ainda que os fatores desencadeantes, podem ser de origem hormonal, estilos de vida, como a atividade física, fumar, consumo de álcool, café e privação do sono. Rasmussen (1993), em seu estudo, sugeriu que os fatores estão ocasionalmente relacionados e não sempre, para esse feito é necessário a existência de uma dose limite do fator em causa para iniciar um ataque, tornando-os multifatoriais. Desta forma, não foram encontrados uma grande significância entre os fatores desencadeantes em estudo por este autor.

A literatura é bastante significativa ao demonstrar que os efeitos desencadeantes bem como as comorbidades da enxaqueca, ocorrem de forma diferente de indivíduo para indivíduo devido às características de cada um. Foram levantadas muitas hipóteses sobre as possíveis causas relacionadas à enxaqueca, para Vincent (1998), para que o fator desencadeante possa despoletar uma crise, é necessário a pré-existência da suscetibilidade da enxaqueca em comum a todos os doentes, desta forma a enxaqueca não é caracterizada pela dor de cabeça propriamente dita, mas pela própria suscetibilidade constante do indivíduo aos fatores desencadeantes. Os fatores podem ser intrínsecos ou ambientais, como são o exemplo da fadiga; excesso de trabalho viagens, pós stress, estímulos luminosos, excesso/défice de sono, jejum prolongado; alimentos; bebidas alcoólicas; climas extremos; perfumes;

menstruação; desporto; algumas pessoas são capazes de os identificar e evitá-los a fim de evitar um episódio de enxaqueca (Machado, 2006). A modificação de crenças, atitudes, valores e comportamentos, a capacidade de identificar e compreender os estados internos é extremamente importante para desenvolver estratégias para o manejo e tratamento desta doença (Mascella,2014).

Vários estudos têm demonstrado a associação entre a enxaqueca e perturbações psiquiátricas, como a ansiedade, depressão e o stress. Estudos fundamentam que a depressão é três vezes mais prevalente em pessoas com enxaqueca e em pessoas com fortes dores de cabeça comparadas com indivíduos saudáveis, e a prevalência ao longo da vida de depressão é maior em pessoas com enxaqueca com aura do que em pessoas com enxaqueca sem aura. (Breslau, 2000). Anteriormente, Breslau (1993), tinha verificado uma maior prevalência de depressão e perturbações de ansiedade, entre outros, bem como tentativas de suicídio, em indivíduos com enxaqueca.

A depressão como fator desencadeante

As perturbações depressivas incluem perturbação de desregulação do humor disruptivo, perturbação depressiva major (incluindo o episódio depressivo major) perturbação depressiva persistente (distímia), perturbação disfórica pré-menstrual, perturbação depressiva induzida por substâncias/ medicamentos, entre outras. A característica comum a todas a estas perturbações é a presença de tristeza, vazio ou humor irritável, acompanhada de alterações somáticas e cognitivas que afetam de forma significativa a capacidade de funcionamento do indivíduo (American Psychiatric Association, 2014).

A literatura demonstra vários fundamentos de comorbidade entre a enxaqueca e a perturbação depressiva major (Ligthart et al., 2014). As comorbidades psiquiátricas, como a depressão e a ansiedade, ocorrem em cerca de um terço dos indivíduos com enxaqueca em

comparação com a população em geral, e as taxas são significativamente elevadas (Buse et al., 2013).

Tanto a depressão quanto a enxaqueca apresentam uma percentagem em torno de 40-50% de carácter hereditário (Ligthart et al., 2014). Muitas pessoas experimentam mudanças de humor ou comportamento como uma característica prodrómica, acompanhante de seus ataques de enxaqueca. As queixas de depressão, euforia, irritabilidade, ansiedade, hiperatividade, baixa concentração, anorexia ou aumento do apetite são comuns (Silberstein & Young, 1995).

A neuroimagem, realizada em alguns estudos, mostraram funções anormais na estrutura e conectividade das regiões do cérebro que poderia contribuir para a comorbidade da enxaqueca e perturbações psiquiátricas (Minet al., 2016). Assim como os estudos em ambientes clínicos e comunitários que demonstraram uma associação entre a enxaqueca e depressão mais amplamente relatada. Compreender a natureza da associação entre enxaqueca e estas perturbações psiquiátricas, têm implicações positivas para o diagnóstico e o tratamento, de forma a poder fornecer pistas sobre a etiologia de cada distúrbio (Hamelsky et al., 2006).

Um estudo recente identificou que fatores como a ruminação (tendência de se concentrar em sentimentos, pensamentos relacionados à angústia de uma forma passiva e forma repetitiva), estão fortemente associados à depressão e ansiedade, contribuindo desta forma para o sofrimento psicológico. O autor especulou que poderia contribuir para o aumento da carga na enxaqueca. A ruminação na enxaqueca pode ser consequência de uma doença crónica, é possível que pessoas que são suscetíveis e desenvolvem enxaqueca têm maior predisposição para o desenvolvimento de ruminatórias. (Kokonyei et al., 2016). O neuroticismo entre pessoas com enxaqueca também foi relatado por Breslau e Andreski (1995); Merikangas et al. (1993), portanto, é plausível levantar a hipótese da existência de

maior ruminação de pensamentos entre os doentes de enxaqueca conforme o estudo dos autores.

Os distúrbios da ansiedade tendem a preceder a enxaqueca, enquanto a depressão tende a segui-la, mas uma relação bidirecional entre depressão e a enxaqueca, parece ser o modelo mais plausível, pois cada condição aumenta a incidência do outro (Buse et al., 2013)

Também há evidências sugerindo que os doentes de enxaqueca com comorbidades psiquiátricas têm os piores sintomas relacionados à dor de cabeça, tanto na frequência como na menor qualidade de vida do que os que sofrem de enxaqueca sem comorbidades psiquiátricas. A depressão e a ansiedade parecem ser fatores de risco para a agudização da enxaqueca. (Buse et al.,2013). Para Ressler e Nemeroff (2000), as interações alteradas entre o sistema serotoninérgico e outros sistemas neurobiológicos é onde provavelmente decorrem os sintomas da doença afetiva expressa. Para Weiller e colaboradores (1995), são as mudanças na circulação dos níveis de serotonina e seus metabólitos durante os ataques de enxaqueca, a capacidade dos agentes de liberação de serotonina que desencadeiam a enxaqueca e a eficácia da serotonina recetor no comportamento da enxaqueca que fornece uma evidência indireta para o envolvimento deste neurotransmissor na fisiopatologia da enxaqueca.

A ansiedade como fator desencadeante

As perturbações da ansiedade incluem perturbações que partilham características de medo e ansiedade excessivos e alterações de comportamento relacionadas. Medo é a resposta emocional a uma ameaça iminente que pode ser real ou percebida, enquanto a ansiedade é a antecipação de uma ameaça futura (American Psychiatric Association, 2014).

A ansiedade e as perturbações de humor mostraram ser as comorbidades psiquiátricas mais relevantes associadas à enxaqueca, influenciando a prevalência da doença, prognóstico, tratamento e os resultados clínicos (Louter, et al., 2015).

As perturbações de humor e a ansiedade são duas a dez vezes mais comuns em pessoas com enxaqueca do que na população em geral (Minen, et al., 2016) Num estudo feito por McWilliams (2004), mostrou uma ligação entre a enxaqueca e a ansiedade onde, 9.1% dos indivíduos com enxaqueca, tinham comorbidades generalizadas de perturbações de ansiedade em comparação com apenas 2.5% das pessoas sem enxaqueca.

Atualmente as hipóteses sobre o mecanismo neurobiológico subjacente à associação entre ansiedade e enxaqueca inclui a disfunção serotoninérgica, a desregulação do hipotálamo-hipófise-adrenal Eixo (HPA), influências hormonais e fatores psicológicos, tais como condicionamento interoceptivo, cognição relacionada à dor, evitação aprendizagem e ansiedade antecipatória. (Smitherman, et al., 2013)

A sensibilidade à ansiedade é conceituada como um construto multidimensional envolvendo o medo de sensações corporais benignas relacionadas à ansiedade devido a crenças sobre presumíveis aspetos físicos, cognitivos e sociais e consequências dessas sensações. Por exemplo, um indivíduo com alta sensibilidade à ansiedade pode acreditar que as palpitações cardíacas significam um iminente ataque cardíaco ou tontura, ou o princípio de um derrame (Taylor, 1999; Taylor et al., 2007). Desta forma, a sensibilidade à ansiedade é o medo de sensações relacionadas à excitação, decorrentes de crenças de que as sensações têm consequências adversas como morte, insanidade ou rejeição social (Reiss & McNally, 1985).

Um número crescente de estudos sugere que as perturbações de ansiedade conferem maior impacto entre os doentes de enxaqueca do que a depressão, de modo que apenas a ansiedade prediz a persistência da enxaqueca a longo prazo (Guidetti et al., 2003; Lautéri-Minet et al., 2005).

As consequências do fator ansiedade, para efeitos de qualidade de vida para os indivíduos, trazem muitas implicações. Em pesquisas realizadas, a ansiedade e as perturbações de humor foram consistentemente associadas a prejuízos substanciais em ambos

os papéis produtivos (por exemplo, absentéismo no trabalho, desempenho no trabalho, desemprego e subemprego), papéis sociais (por exemplo, isolamento social, tensões interpessoais e ruptura conjugal) (Kouzis & Eaton, 1994; Batterham et al., 2013).

O stress como fator desencadeante

De uma forma genérica, o stress é uma resposta do nosso corpo às pressões inerentes a uma situação ou evento. O que contribui para o stress pode ser diferente de pessoa para pessoa, variando ainda, em função das circunstâncias sociais e económicas, do ambiente em que vivemos e da nossa constituição genética (Centre for Studies on Human Stress, 2021).

Por vezes, existem circunstâncias, que saem da rotina à qual estamos habituados e que exigem uma nova adaptação. Quando estas situações são semelhantes a outras com as quais nos deparámos e ultrapassámos com êxito, tendemos a utilizar estratégias idênticas às que utilizámos nessas alturas, no entanto, quando surge uma situação que nos é nova, nem sempre é assim tão simples e, por vezes, não sabemos o que temos de fazer, e aí que surge o stress (Serra, 2000).

Estudos mostram que a enxaqueca pode aumentar a sensibilidade à dor e afetar todo o processamento de dor no sistema nervoso central. (Cathcart et al., 2010). O stress e a dor, seja ela qual for estão entre os fatores que cansam, abatem e anulam o ser humano para o cumprimento das suas funções do dia a dia para viver com qualidade e para o desfrute da felicidade. O stress e a dor encontram-se inteiramente ligados, uma vez que o stress pode aparecer tanto como desencadeador ou cooperador para a etiologia da dor ou em consequência da própria dor (Sadir, 2010). Assim como o stress emocional que também é um dos principais fatores desencadeantes da enxaqueca, como também está relacionado com a duração e o agravamento das crises (Sadir, 2010).

Num estudo sobre a relação entre agentes precipitantes e neurofisiológicos na enxaqueca, conduzido por Siniatchkin e colegas (2006), concluiu-se que o ciclo menstrual e o

stresses são os mais frequentes e que podem despoletar uma crise de enxaqueca. Cerca de 60-70% das mulheres com enxaquecas sofrem de problemas relacionados à menstruação. O ciclo de vida normal da mulher é associado a uma série de marcos hormonais: menarca, gravidez, uso de anticoncepcionais, menopausa e o uso de hormônios sexuais de reposição. Todos estes eventos e intervenções alteram os níveis e a reciclagem dos hormônios sexuais que podem causar uma mudança na prevalência e intensidade da dor de cabeça (Silberstein, 2001).

Foi demonstrado que alguns dias antes de uma crise de enxaqueca, um número maior de aborrecimentos diários e mudanças de humor pronunciadas podem contribuir para o aparecimento de uma crise, no entanto é difícil descrever se o aumento da suscetibilidade ao estresse, ansiedade e humor deprimido antes de um ataque em pessoas com enxaqueca é a causa ou o efeito do ataque neurofisiológico de antecipação. A exposição ao stress antes de um episódio de enxaqueca pode possivelmente explicar o aumento das irregularidades físicas sentidas. Para Levor e colegas (1986), num estudo, em que mulheres com enxaqueca monitoraram eventos estressantes e a atividade da dor de cabeça por um mês. Os resultados mostraram que o número de eventos estressantes foi significativamente maior nos dias de dor de cabeça do que nos dias sem dor de cabeça, o que indicou que os stressores diários eram geralmente mais prevalentes em dias de enxaqueca. Kohler e Haimer (1990), também descobriram que, para cerca dos indivíduos, um dia de enxaqueca também foi precedido por um dia altamente estressante.

Embora esses estudos demonstrem que o stress diário pode precipitar ou desencadear enxaquecas, o processo ou mecanismo subjacente à conexão entre stress-enxaqueca não é bem compreendida. A avaliação cognitiva e o enfrentamento são dois conceitos ou processos que foram examinados em vários estudos e que exploram a conexão entre o stress e a enxaqueca, ou seja, a forma pela qual o indivíduo avalia e lida com uma situação estressante pode ter influência na ocorrência de uma enxaqueca. Se uma situação foi avaliada como

ameaça, era provável que ocorresse uma enxaqueca, por outro lado, se uma situação foi vista como um desafio e as estratégias ativas de enfrentamento foram utilizadas, as enxaquecas eram menos prováveis de ocorrer após o stressor (Sorbi & Tellegen, 1984).

Num outro estudo, verificou-se que os indivíduos que sofrem com a enxaqueca eram mais propensos a avaliar os eventos como estressantes e indesejáveis e enfrentá-los de forma ineficaz quando comparado a um grupo de controle. (Holm et al., 1996).

Tratamento farmacológico

O tratamento para a enxaqueca consiste essencialmente no tratamento dos sintomas das crises e, em alguns pacientes, a aplicação de medidas preventivas. (Riesco,2016). Cada vez mais estudos indicam que são as medidas gerais, essencialmente nos hábitos de vida, que são essenciais para o tratamento bem-sucedido de pacientes com enxaqueca. Medidas como a regulação do estilo de vida, o estabelecimento de um horário regular de sono e alimentação, exercício físico regular ou a perda de peso, são fundamentais (Camara, et al., 2021)

Num artigo sobre as modificações epigenéticas das cefaleias, Camara et al. (2021), apontaram que as modificações epigenéticas típicas de hábitos de vida pouco saudáveis podem ter um papel ainda maior na progressão da enxaqueca do que a própria carga genética do indivíduo, o que pode desencadear ou diminuir diretamente o limiar de um ataque de enxaqueca e provavelmente contribuir na mesma medida que o componente genético para o desenvolvimento da enxaqueca (Wessman et al., 2007).

A necessidade de drogas para as crises de enxaqueca mais seletivas e eficazes levou ao desenvolvimento dos triptanos (Villalón et al., 2003; Humphrey, 2008; Villalón & Olesen, 2009), que representam um grande avanço terapêutico. O tratamento farmacológico dos sintomas e crises de enxaqueca é obrigatório em pacientes com enxaqueca, e os triptanos são o tratamento sintomático de escolha (Risco, 2016). A ergotonina e didroergotamina foram os primeiros medicamentos utilizados por várias décadas no tratamento para a enxaqueca aguda

(Dahlöf & van den Brink, (2012) até o aparecimento dos triptanos (Silberstein & McCrory, 2003). Na verdade, o triptanos representam um avanço considerável para Goadsby et al. (2002), mas seus efeitos colaterais (tonturas, náuseas, fadiga, sintomas no peito e parestesia) impedem alguns pacientes de os usar (Mathew & Jaffri, 2009).

A terapêutica farmacológica na enxaqueca com e sem aura, é administrada quando a dor é sintomática (da crise) dividem-se em crises leves a moderadas onde é prescrito analgésicos; anti-inflamatórios e antieméticos (se há vômitos). Nas crises moderadas e severas é prescrito triptanos ergotamínicos (se há vômitos antieméticos). Nas crises muito severas e prolongadas é prescrito; corticosteroides, sedativos e se há vômitos antieméticos. Quanto à medicação preventiva, nos casos em que as crises são frequentes e severas inferiores a 2 meses, é atribuído uma terapêutica com bloqueantes antagonistas do cálcio, anti-depressivos; anti convulsionantes. DHE (dehidroepiandrosterona), anti serotoninas AINE (anti-inflamatórios não esteroides).

Nas cefaleias tipo tensão episódicas e crónicas, a nível sintomático (analgésicos AINE, miorrelaxantes; e como terapêutica preventiva (antidepressivos tricíclicos; tetracíclicos e outros). Nas cefaleias trigémino – autonómicas que se dividem em cefaleias em salvas, a nível sintomático oxigenioterapia; sumatriptano; ergotamina; DHE; lidocaina intra nasal. E a nível preventivo (ergotamina verapamil; lítio prednisona). Por último na hemicrânea paroxística crónica tanto na terapêutica sintomática como preventiva, o tratamento é feito por indometacina (Oliveira & Correia, 2018).

O tratamento sintomático é obrigatório em todos os pacientes com enxaqueca. É aconselhável evitar as combinações de analgésicos com barbitúricos, codeína e/ou cafeína pelo risco de desenvolvimento de cefaleia crónica pelo uso abusivo dessas drogas e pelos seus efeitos colaterais (Riesco, 2016).

Recentemente foram desenvolvidos um grupo de fármacos para a prevenção da enxaqueca, estudos recentes, referem a onabotulinumtoxina (BOTOX, Allergan, Inc., Irvine, CA), usado para prevenir a enxaqueca e ataques inibindo a sensibilização periférica e reduzindo indiretamente a progressão da sensibilização. As novas aplicações da BoNT-A na terapia da dor apoiam o mecanismo de redução da dor, tem sido usado com sucesso para tratar vários tipos diferentes de dores de cabeça, incluindo dores de cabeça do tipo tensional (SchulteMattler et al., 1999; Wheeler, 1998), dores de cabeça cervicogênicas (Freund & Schwartz, 2000; Hobson & Gladish, 1997) e enxaqueca (Binder et al., 2000; Brin et al., 2000; Silberstein et al., 2000). Várias linhas de investigação apoiam essa ideia, mostrando que além da inibição da liberação de ACh, a BoNT-A também inibe a liberação de outros neurotransmissores (Montecucco et al., 1996; Shone & Melling, 1992; Welch et al., 2001; Mathew et al., 2009).

O Topiramate (TOPAMAX, Ortho-McNeil, Titusville, NJ), medicamento anti-epilético de amplo espectro indicado como terapia adjuvante e monoterapia para adultos. Estudos com pacientes adultos sugerem que o topiramate pode ser eficaz na prevenção da enxaqueca. Este tem múltiplos mecanismos de ação que poderia contribuir para a prevenção da enxaqueca, incluindo a inibição dependente do estado de canais de sódio dependentes de voltagem, inibição de alta voltagem - canais de cálcio ativados, inibição de neurotransmissão mediada por glutamato. Uma pesquisa recente sugere que o topiramate pode modular a sinalização trigeminovascular, que pode afetar a patogénese da enxaqueca (Mathew et al., 2009).

Atualmente, os medicamentos que se encontram disponíveis são todos voltados para reverter a vasodilatação craniana, podendo também atuar a nível central. Além disso, o arsenal terapêutico não nos permite descrever medicamentos especificamente adequados para formas de enxaqueca, como, por exemplo, enxaqueca causada por níveis hormonais ou

enxaqueca devido a mutações nos canais iônicos. Posto isto existe a necessidade de melhorar as opções terapêuticas para o tratamento da enxaqueca (Edvinsson, et al 2012).

De acordo com o artigo consultado, sobre a influência de tratamentos para a enxaqueca na qualidade de vida, os autores do mesmo, Stefane e colaboradores (2012), concluíram que a profilaxia da enxaqueca reduz a frequência das crises e a medicação efetuada, aumenta a capacidade funcional dos doentes nas suas atividades diárias, melhorando a qualidade de vida e reduzindo o número de faltas ao trabalho.

Em Portugal, os tratamentos preventivos da enxaqueca mais comuns são antidepressivos (33%), betabloqueadores (28%) e antiepiléticos (26%). A doença é controlada maioritariamente por médicos de família (45%) e neurologistas (30%). Segundo estudos desenvolvidos pela Novartis (organização de investigação global), a *Novartis Institutes for BioMedical Research* (NIBR), que tem como principal missão descobrir novas formas de melhorar e prolongar a vida, recorrendo à renovação de base científica para remeter alguns dos problemas de saúde da sociedade. Em Portugal, o problema maior da enxaqueca é o tratamento insuficiente. No âmbito de um estudo *My migraine Voice*, conseguiu-se compreender que a doença é controlada maioritariamente por médicos de família e existem muitos doentes que não são bem vigiados ou que têm efeitos secundários da medicação procurando incansavelmente novas alternativas para controlar a doença (Novartis, 2018).

Terapias alternativas

A farmacologia para o tratamento e prevenção da enxaqueca tem crescido significativamente ao longo do tempo e desempenha um papel muito importante no plano de tratamento. Contudo as terapias não farmacológicas podem ser oferecidas individualmente ou em conjunto com um regime medicamentoso. Uma combinação de tratamentos farmacológicos e não farmacológicos demonstraram ser mais eficazes do que qualquer

abordagem e contribuem para ajudar a manter resultados positivos e melhorar o tratamento do doente (Holroyd et al., 2001).

Os tratamentos não farmacológicos para a enxaqueca podem ser amplamente divididos nas categorias de tratamentos comportamentais (terapia cognitivo-comportamental [TCC] e biocomportamental); treinamento (isto é, *biofeedback*, treinamento de relaxamento e gerenciamento de estresse); físico e terapias; educação, incluindo modificação do estilo de vida (Goslin et al., 1999). A medicina comportamental, segundo a *Society of Behavioral Medicine*, é o campo interdisciplinar que se preocupa com o desenvolvimento e integração do conhecimento da ciência comportamental, psicossocial, biomédica e técnicas relevantes para a compreensão da saúde e doença. A sua aplicação tem como objetivo a prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. (Buse, et al 2009).

O artigo revisto sobre *Behavioral Medicine for Migraine*, faz uma abordagem de forma empírica sobre as abordagens comportamentais eficazes e apoiadas para o tratamento e gestão de enxaqueca. O consórcio de cefaleia dos Estados Unidos apontou que tratamentos não farmacológicos podem ser particularmente adequados para pacientes que têm preferência por intervenções não farmacológica. Estes são determinados por indivíduos, que mostram uma baixa tolerância para tratamentos farmacológicos e as contraindicações médicas para tratamentos farmacológicos específicos. Estes apresentam uma resposta insuficiente ou nenhuma resposta ao tratamento farmacológico, que é o exemplo de mulheres grávidas, que planeiam engravidar ou estão amamentando, ou indivíduos que fazem uso prolongado, frequente ou excessivo de analgésicos ou medicamentos agudos que pode agravar os problemas de dor de cabeça (ou levar à diminuição da capacidade de resposta a outras farmacoterapias), e ainda demonstrar estresse significativo ou habilidades deficientes para lidar com o estresse (Buse et al.,2009).

A eficácia apresentada pelas intervenções não farmacológicas, fornecem um alívio após o início de um ataque. A frequência e gravidade da dor de cabeça diminui, e ocorre uma redução da incapacidade relacionada à dor de cabeça, redução da dependência de farmacoterapias mal toleradas ou indesejadas, o que promove um reforço do controle pessoal da enxaqueca, redução do sofrimento relacionado aos sintomas psicológicos e à dor de cabeça (Engel, 1997).

Seguem-se algumas terapias usadas, consideradas positivas em alguns estudos de controle e os benefícios das mesmas são geralmente mantidos ao longo do tempo (Buse et al., 2009).

Biofeedback

O *biofeedback* é um procedimento que envolve o monitoramento de processos fisiológicos dos quais o paciente pode não estar conscientemente ou não acredita voluntariamente no seu próprio controle. O treinamento de *biofeedback* é o processo de aumentar a conscientização e trazer essas funções fisiológicas sob o controle voluntário do paciente (The Agency for HealthCare Research and Quality, 1996). Num estudo realizado sobre os efeitos deste tratamento, demonstraram taxas de melhoria variando de 40% a 65% (Blanchard, 1987). Os mesmos benefícios apresentaram uma taxa bastante positiva quando combinados com a farmacologia (Holroyd. et al., 1990).

As técnicas de *biofeedback* têm sido utilizadas, para o tratamento de diversos quadros clínicos para a prevenção/alívio de sintomas relacionados ao stress/ansiedade. Proporciona um retorno imediato de processos fisiológicos (frequência cardíaca, reposta galvânica da pele, tensão muscular, temperatura periférica, pressão arterial e atividade cerebral, dos quais o indivíduo pode ou não estar consciente ou apresentar dificuldades para controlar, permitindo o aprendizado da regulação voluntária de respostas fisiológicas e emocionais. (Henriques et al., 2011; Mckee, 2008; Neves, 2011; Sutton & Burns, 2009).

Técnicas de relaxamento

As técnicas de relaxamento são ensinadas para minimizar as respostas fisiológicas ao estresse e diminuir a excitação simpática. A associação de cefaleia dos Estados Unidos deu prevalência para o treinamento de relaxamento e bio feedback térmico combinado como opções de tratamento para a prevenção da enxaqueca (Campbell, 2000). Para Wolpe (1968), o uso do treinamento de relaxamento muscular progressivo, como parte do procedimento de dessensibilização para o tratamento de fobias, tornou-se uma ferramenta essencial no tratamento de ansiedade, fobias e outros transtornos relacionados.

Outro relaxamento clínico tradicional são as técnicas que incluem imagens visuais ou guiadas, como o relaxamento controlado por sugestão; diafragmático e respiratório; e hipnose (terapeuta ou autoaplicada) (Andrasik, 2007).

Os pacientes podem usar quaisquer técnicas ou ferramentas que acalmem a mente e acalmem o corpo, incluindo meditação, oração, ioga, música agradável, CDs ou fitas de relaxamento guiado ou qualquer outro método que o paciente considera eficaz. O treinamento de relaxamento é geralmente ministrado por profissionais clínicos, como psicólogos ou outros profissionais de saúde mental, mas também pode ser autodidata por pacientes com materiais impressos ou de suporte (Wolpe, 1968).

Terapia Cognitiva Comportamental

É uma terapia cujo tratamento é composto por estratégias cognitivas e comportamentais, focada em estratégias cognitivas como identificar e desafiar pensamentos, crenças não adaptativas ou disfuncionais e as respostas ao stress (King, 2002)). As estratégias comportamentais ajudam os pacientes a identificar comportamentos que pode precipitar, aumentar ou manter as dores de cabeça (incluindo a modificação de gatilhos e promoção de hábitos de vida saudáveis), é usada para gerenciar e reduzir sentimentos de depressão, ansiedade, ataques de pânico, transtorno obsessivo-compulsivo, transtornos

alimentares, distúrbios do sono e comorbidades comuns para quem sofre de dor de cabeça (Bandura, 1977).

A terapia cognitiva também se concentra no sentimento comum de catastrofização um padrão de pensamento desesperantes e opressores, que tem sido mostrado para prever resultados prejudiciais na redução da qualidade de vida. Holroyd et al. (2007), examinaram o fenómeno da “catastrofização”, ansiedade comórbida, depressão, qualidade de vida e dor de cabeça como principais características entre 232 sofredores de enxaqueca e, descobriram que a “catastrofização” e a gravidade dos sintomas associados (fotofobia, fonofobia, náusea), de forma independente na qualidade de vida prevista, verificou-se que não se trata apenas da intensidade da dor de cabeça e a frequência que prediz a qualidade de vida, mas que a perceção do paciente está diretamente relacionada com qualidade de vida. Outras técnicas de Terapia Cognitiva Comportamental incluem treinamento de assertividade, aumento de enfrentamento e habilidades de resolução de problemas com vista à reestruturação cognitiva, através do uso de diários para monitorizar a dor de cabeça, com o objetivo de ajudar na identificação e prevenção de gatilhos e modificação do estilo de vida (King, 2002).

Os indivíduos que sofrem de enxaqueca, devem ser aconselhados a manter um estilo de vida regular e saudável, especialmente durante os momentos em que eles são mais vulneráveis a um ataque (por exemplo, pré-menstrualmente, no caso das mulheres). Isso inclui manter um cronograma regular de sono-vigília; uma alimentação regular e saudável; praticar exercícios regulares; evitar o consumo excessivo de cafeína ou álcool; parar de fumar; e envolver-se na prática regular de gerenciamento de estresse, técnicas de relaxamento e autocuidado (Buse, 2009).

Acupuntura

A atuação da acupuntura como um meio de conferir maior analgesia no encéfalo, assenta em alguns pontos de acupuntura sistémicos e auriculares que têm o efeito de

proporcionar a formação de endorfinas, enquanto outros pontos têm o efeito de inibir o processo inicial da dor periférica ou visceral. Os estímulos da dor são lesivos para o encéfalo, que pode sofrer desde uma alteração de comportamento a um estado de choque. O sistema nervoso central possui mecanismo de controle de dor que se situa na região periventricular do diencéfalo, na substância cinzenta periaquedutal, nos núcleos da rafe mediana, no feixe medial do prosencéfalo, no hipotálamo, na hipófise, na substância gelatinosa no corno posterior da medula espinhal e nos núcleos intralaminares do tálamo. Essas áreas de controle da dor no encéfalo e na medula são excitadas frente a estímulo doloroso, por meio de substâncias opiáceas, como as encefalinas e as endorfinas (Yamamura, 2004).

A acupuntura passou a ser considerada como uma alternativa de tratamento, após o reconhecimento pela Organização Mundial da Saúde, que aceita como um procedimento válido na saúde. O *National Institutes of Health*, em 1988, criou o Centro de Medicina Alternativa e Complementar para validar e recomendar acupuntura para algumas indicações específicas, passando a ser reconhecida, validada e aceita pela comunidade médica (Wen 2008).

A prática da acupuntura permite alcançar o equilíbrio harmónico da energia entre os meridianos e os órgãos correspondentes. O estímulo é feito pelas agulhas nos locais em que existam terminais nervosos, que gera impulsos elétricos libertando as substâncias neurotransmissoras do Sistema Nervoso Central, equilibrando as funções físicas e psíquicas (Wen, 2008). Nos últimos anos, surgiram vários estudos investigando a eficácia da acupuntura no tratamento da cefaleia (Wen, 2008).

Objetivos

Objetivo geral

O objetivo principal do estudo é compreender e caracterizar o impacto da enxaqueca na qualidade de vida, principalmente a nível pessoal, familiar e psicológico da população adulta portuguesa.

Objetivos específicos

- Compreender e caracterizar a enxaqueca, nomeadamente o tipo de enxaqueca, a frequência, os principais sintomas e os fatores desencadeantes;
- Compreender e caracterizar as alterações pessoais, familiares e profissionais que os indivíduos que sofrem de enxaqueca tiveram que fazer na sua vida para conviver com a enxaqueca;
- Compreender se o stress, a depressão e a ansiedade podem ser considerados fatores desencadeantes da enxaqueca;
- Compreender e caracterizar a relação da enxaqueca com a qualidade de vida dos indivíduos que sofrem de enxaqueca;
- Compreender e caracterizar a relação da enxaqueca com a ansiedade, depressão e o stress nos indivíduos que sofrem de enxaqueca;
- Compreender e caracterizar qual o tipo de acompanhamento e tratamento são mais utilizados pelos participantes do estudo.
- Compreender e caracterizar quais os recursos que o nosso país apresenta para a prevenção da doença e se são suficientes.

Método

Neste estudo foi utilizada uma metodologia quantitativa, que pretende descrever as características da enxaqueca, através de questões que caracterizem a sintomatologia e o desenvolvimento da mesma, a qualidade de vida dos indivíduos que sofrem de enxaqueca, a prevenção e tratamentos utilizados, assim como os métodos alternativos a que os indivíduos recorrem. Pretende-se identificar a relação entre estas variáveis e os impactos que decorrem a nível pessoal, familiar e psicológico.

Participantes

Os participantes foram indivíduos que sofrem de enxaqueca com idade entre os 19 e os 68 anos, e que responderam ao questionário divulgado nas redes sociais. A amostra envolve 477 pessoas maioritariamente do sexo feminino.

Instrumentos

Foi construído um questionário no *google forms* para avaliar a situação individual de cada pessoa que sofre com enxaqueca. O questionário era composto por 39 perguntas de escolha múltipla (Anexo A) que recolhe informações relativamente a características sociodemográficas (5); conhecendo a enxaqueca (6); qualidade de vida (7); prevenção e tratamento (10). Uma questão para comentários pessoais sobre a experiência pessoal.

Também foram utilizados, a Escala de Ansiedade Depressão e Stress (EADS), traduzida e validada para a população portuguesa por, Pais-Ribeiro et al. (2004) (versão original de Lovibond e Lovibond, 1995) e a escala *World Health Organization instrument to Evaluate Quality of Life* (WHOQOL-Brief), traduzida por Canavarro et al. (2007), para avaliar a qualidade de vida.

A EADS foi desenvolvida para avaliar os sintomas de ansiedade, depressão e stress, os autores foram definindo e refinando os constructos em termos de consenso clínico através de técnicas de análise fatorial. A escala tinha como função cobrir a totalidade dos sintomas da

ansiedade e depressão de forma a preencher os padrões elevados de critérios psicométricos e que fornecessem uma discriminação máxima entre os constructos. A EADS entende que as perturbações psicológicas são dimensionais e não categoriais e diferentes em grau, o que leva os autores a proporem uma classificação dimensional em cinco posições entre “normal” e “muito grave”.

Lovibond e Lovibond (1995) determinam que a depressão caracterizada pela perda de autoestima e de motivação, e está associada com a perceção de baixa probabilidade de alcançar objetivos de vida que sejam significativos para o indivíduo enquanto pessoa; a ansiedade e a relação entre os estados persistentes de ansiedade e as respostas intensas de medo; o stress caracterizado pelos estados de excitação e tensão persistentes, com baixo nível de resistência à frustração e desilusão.

A versão de 21 itens (EADS-21), propõe-se medir os mesmos construtos do mesmo modo que a versão de 42 itens. A sua redução é útil na sua aplicação em psicologia da saúde devido os contextos de aplicação às populações que tendem estar mais fragilizadas e a avaliação ser sempre considerada uma sobrecarga.

A EADS organiza-se em três escalas: Depressão, Ansiedade e Stress, incluindo cada uma delas com sete itens (Anexo B). Cada escala inclui vários conceitos, nomeadamente: Depressão – Disforia (dois itens); Desânimo, (dois itens); Desvalorização da vida (dois itens); Auto-depreciação (dois itens); Falta de interesse ou de envolvimento (dois itens); Anedonia (dois itens); Inércia (dois itens). Ansiedade – Excitação do Sistema Autónomo (cinco itens); Efeitos Músculo Esqueléticos (dois itens); Ansiedade Situacional (três itens); Experiências subjetivas de Ansiedade (quatro itens). Stress – Dificuldade em Relaxar (três itens); Excitação Nervosa (dois itens); Facilmente Agitado/Chateado (três itens); Irritável/Reação Exagerada (três itens); Impaciência (três itens).

As três escalas são constituídas por sete itens cada, no total de 21 itens. Cada item consiste numa frase, uma afirmação, que remete para sintomas emocionais negativos. Pede-se ao sujeito que responda se a afirmação se lhe aplicou “na semana passada”. Para cada frase existem quatro possibilidades de resposta, apresentadas numa escala tipo Likert. Os sujeitos avaliam a extensão em que experimentaram cada sintoma durante a última semana, numa escala de 4 pontos de gravidade ou frequência: “não se aplicou nada a mim”, “aplicou-se a mim algumas vezes”, “aplicou-se a mim de muitas vezes”, “aplicou-se a mim a maior arte das vezes”. A EADS é dirigida a indivíduos com mais de 17 anos.

Os resultados de cada escala são determinados pela soma dos resultados dos sete itens. A escala fornece três notas, uma por subescala, em que o mínimo é “0” e o máximo “21”. As notas mais elevadas em cada escala correspondem a estados afetivos mais negativos. Os itens da EADS de 21 itens foram selecionados de modo que possa ser convertida nas notas da escala completa e 42 itens multiplicando a nota por dois.

O instrumento WHOQOL-BREF, inicialmente WHOQOL-100, desenvolvido pela OMS (Organização Mundial da Saúde), devido à lacuna existente sobre a falta de um instrumento que pudesse avaliar a qualidade de vida de forma transcultural. O instrumento composto, inicialmente por cem questões, foi desenvolvido para uma versão mais reduzida e abreviada de 26 questões, traduzida por Fleck et al. (2000).

Esta avaliação consta 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original. Assim, diferente do WHOQOL-100 em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de 4 questões, no WHOQOL-BREF cada faceta é avaliada por apenas uma questão. Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos do teste de campo de 20 centros em 18 países diferentes. O critério de seleção das questões para compor o WHOQOL-BREF foi tanto psicométrico como conceitual.

Ao nível conceitual, foi definido pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS, que o carácter abrangente do instrumento original (o WHOQOL-100) deveria ser preservado.

Assim, cada uma das 24 facetas que compõem o WHOQOL-100 deveria ser representada por uma questão. No nível psicométrico foi então selecionada a questão que mais altamente se correlacionasse com o escore total do WHOQOL-100, calculado pela média de todas as facetas. Após esta etapa, os itens selecionados foram examinados por um painel de peritos para estabelecer se representavam conceitualmente cada domínio de onde as facetas provinham. Dos 24 itens selecionados, seis foram substituídos por questões que definissem melhor a faceta correspondente. Três itens do domínio meio ambiente foram substituídos por serem muito correlacionados com o domínio psicológico. Os outros três itens foram substituídos por explicarem melhor a faceta em questão. Quanto á sua avaliação é feita por domínios (Físico, Psicológico, Relações sociais e Ambiente), através de uma faceta geral / facetas específicas. Tem 3 itens que devem ser invertidos (itens 3, 4, 26). O resultado final deverá ser transformado numa escala de 0 a 100, correspondendo uma pontuação final mais elevada a uma melhor percepção de qualidade de vida.

Procedimentos

Devido à situação de pandemia que o nosso país atravessa, a aplicação do questionário foi online, através da aplicação do *google forms*. No início do questionário foi colocado o consentimento informado que transmitiu aos indivíduos que a sua participação era voluntária e os resultados confidenciais e apenas utilizados para este estudo. Foi contactada as páginas das redes sociais da migra Portugal; Enxaquecas -Portugal”; “Dá voz à tua enxaqueca”; com o intuito de dar a conhecer o estudo e solicitar que divulgassem entre os seus membros o questionário o qual foi obtido uma resposta positiva e favorável.

Para a análise dos dados recolhidos, utilizou-se o programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 26.0, que permitiu a organização e

descrição dos diferentes resultados. Este software possibilitou a obtenção de dados estatísticos comparativos entre as variáveis, cálculo da consistência interna e confiabilidade das escalas e domínios avaliados.

Resultados

Após a recolha dos dados através da aplicação do questionário online, realizou-se o tratamento estatístico dos mesmos. Desta forma, foi utilizado o programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 26.0, reunindo, assim, as variáveis sociodemográficas, as variáveis da qualidade de vida, as variáveis sobre as características da enxaqueca; e a variável sobre os principais fatores desencadeantes, como o stress, a depressão e a ansiedade.

A análise estatística dos dados teve como objetivo compreender de que forma as variáveis em estudo prevalecem. Sendo que as análises de frequência, realizaram-se para perceber a frequência e a percentagem de ocorrência de cada questão. Em relação às análises descritivas o objetivo foi esclarecer a média, o desvio padrão e o intervalo mínimo e máximo das variáveis. Foi efetuado ainda a análise estatística das correlações entre as variáveis e a comparação entre os grupos estudados. Os coeficientes de correlação são métodos estatísticos que medem as relações entre variáveis e o que elas representam, procurando entender desta forma como uma variável se comporta e identificar se existe alguma relação entre as variáveis em estudo.

O coeficiente de correlação de Pearson (r), também chamado de correlação linear ou r de Pearson, é um grau de relação entre duas variáveis quantitativas e exprime o grau de correlação através de valores situados entre -1 e 1.

Como verificado no procedimento da investigação, a amostra obtida é de 476 participantes, para a relevância do estudo e tratamento das respostas, realizaram-se análises descritivas e de frequência. Pode-se verificar que a idade mínima é 19 anos e a máxima 73 anos com uma média de 38,79 e um desvio padrão de 9,49.

Quanto ao género, verifica-se que maioritariamente dos participantes é do género feminino 97,9% e apenas 2,1% do género masculino. Quanto às habilitações literárias 190

dos inquiridos possuem uma licenciatura, segue-se o mestrado com uma frequência de 104 dos sujeitos e o 12º ano com 96, existindo apenas dois participantes que detêm o 4º ano de escolaridade. Dentro da variável do estado civil, observa-se que a maioria é casada (52,1%), os solteiros fazem parte de 36,3% divorciados 10,5%, conforme se pode verificar na tabela 1.

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica da amostra

	N	%
Género		
Feminino	466	97,9
Masculino	10	2,1
Estado civil		
Solteira(o)	173	36,3
Casada (o)	248	52,1
Divorciada (o)	50	10,5
Viúva (o)	3	0,6
Escolaridade		
Licenciatura	190	39,9
Mestrado	104	21,8
12º ano	96	20,2
4º ano	2	0,4

Quanto aos resultados que nos mostram a caracterização da enxaqueca, podemos observar que no que se refere ao tipo de enxaqueca, os dados mostram que a ocorrência de enxaqueca com aura aparece numa frequência de 210 participantes, seguindo-se a enxaqueca sem aura com uma frequência de 164 e a cefaleia tensional com 60. Os resultados obtidos mostram que a menos frequente é a cefaleia em salvas com uma frequência em apenas 6 dos participantes. A frequência com que as mesmas ocorrem são de várias vezes durante um mês para 246 participantes, seguindo-se várias vezes durante a semana 98, uma vez por mês 71 e uma vez por ano ocorre apenas em 5 dos participantes, como pode ser observado na tabela 2.

Tabela 2*Caracterização da enxaqueca*

	N	%
Tipo de enxaqueca		
Enxaqueca com aura	210	44,1
Enxaqueca sem aura	164	34,5
Cefaleia Tensional	60	12,6
Cefaleia em Salvas	6	1,3
Cefaleia Tensional	60	12,6
Frequência da Ocorrência	38	8,0
Uma vez por semana	71	14,9
Uma vez por mês	98	20,6
Várias vezes durante a semana	246	51,7
Várias vezes durante um mês	5	1,1
Uma vez por Ano	38	8,0
Uma vez por semana	71	14,9
Uma vez por mês	98	20,6

Quanto as variáveis da idade da primeira crise e há quanto tempo o participante sofre de enxaqueca, constata-se que numa amostra de 475 participantes, em que a idade mínima é 14 anos e a máxima de 73 anos, com uma média de 38,7 e um desvio padrão de 9,55; a idade em que teve a sua primeira crise, em que a idade mínima é de 3 anos de idade e a máxima de 50 anos de idade, para uma média de 16,6 e um desvio padrão de 7,51. Quanto à variável de quanto tempo sofre de enxaquecas, o valor mínimo é de um ano e o valor máximo de 55 anos para uma média de 20,8 e um desvio padrão de 10,9 (tabela 3).

Tabela 3*Idade da primeira crise e tempo que sofre de enxaquecas*

	N	M	DP
Idade	475	38,74	9,556
Idade da primeira crise	458	16,60	7,519
Há quanto tempo sofre de enxaquecas	462	20,88	10,92

Na variável stress como fator desencadeante, constata-se que, existe uma frequência de 211 participantes que referem que houve algumas vezes que identificaram o stress como fator desencadeante e 181, muitas vezes. Na variável da ansiedade, constata-se de igual modo que 213 participantes, consideram a ansiedade como fator desencadeante em algumas vezes

das situações ocorridas e 130 muitas vezes. Quanto à questão se já alguma vez se sentiram deprimidos pelo impacto da enxaqueca 134 participantes assumiram que algumas vezes se sentiram deprimidos e apenas 18 sentiram sempre esse impacto.

Tabela 4

Fatores desencadeantes da enxaqueca

	N	%
Stress como fator desencadeante		
Não	55	11,6
Algumas vezes	211	44,3
Muitas vezes	181	38,0
Sempre	29	6,1
Ansiedade como fator desencadeante		
Não	109	22,9
Algumas vezes	213	44,7
Muitas vezes	130	27,3
Sempre	24	5,0
Deprimido devido à enxaqueca		
Nunca	107	22,5
Poucas vezes	119	25,0
Algumas vezes	134	28,2
Muitas vezes	98	20,6
Sempre	18	3,8

Na compreensão da enxaqueca pelos outros, dos inquiridos, 212 participantes, sentem-se totalmente compreendidos pela família quando estão a passar por uma crise, e 105 moderadamente compreendidos. No grupo dos amigos, 169 sentem se moderadamente compreendidos e apenas 62 totalmente compreendidos. No trabalho 150 participantes sentem-se moderadamente compreendidos e apenas 54, totalmente compreendidos (tabela 5).

Tabela 5*Compreensão da enxaqueca pela família, amigos e trabalho*

	N	%
Compreendido pela família		
Nada compreendido	22	4,6
Pouco compreendido	49	10,3
Moderadamente compreendido	105	22,1
Compreendido	87	18,3
Totalmente compreendido	212	44,5
Compreendido pelos amigos		
Nada compreendido	40	8,4
Pouco compreendido	90	18,9
Moderadamente compreendido	169	35,5
Compreendido	105	22,1
Totalmente compreendido	62	13,0
Compreendido no trabalho		
Nada compreendido	126	26,5
Pouco compreendido	106	22,3
Moderadamente compreendido	150	31,5
Compreendido	54	11,3
Totalmente compreendido	27	5,7

Na análise da frequência da variável sobre o tipo de medicação, bem como recurso a métodos alternativos e se os mesmos trouxeram alívio, os resultados mostram que 93,5% participantes fazem uso de medicação, 57,6%, procuraram métodos alternativos ao tratamento da enxaqueca, no entanto apenas 3,4% inquiridos atestam que esses métodos trouxeram melhorias e 28,2%, que esses métodos trouxeram apenas melhorias em algumas vezes, como pode ser observado na tabela 6.

Tabela 6*Uso de medicação, procura de métodos alternativos e melhoras*

	N	%
Uso de medicação		
Sim	445	93,5
Não	31	6,5
Procurou métodos alternativos		
Sim	274	57,6
Não	202	42,4
Métodos trouxeram melhorias		
Sim	16	3,4
Na maioria das vezes	61	12,8
Algumas vezes	134	28,2
Não	262	55,5

No estudo da frequência sobre os recursos que o nosso país apresenta serem suficientes para a prevenção da doença, 53,4% participantes responderam que possuímos muito poucos recursos e apenas 1,9%, que o nosso país apresenta bastantes recursos, na prevenção da doença. Já no investimento que o país faz para a divulgação de informação sobre a doença 51,3% responderam que nada 42% que muito pouco e 0,2% participante que faz bastante (tabela 7).

Tabela 7

Recursos do nosso país na divulgação para prevenção da enxaqueca

	N	%
Recursos no nosso país para prevenção da doença		
Nada	166	34,9
Pouco	254	53,4
Razoavelmente	47	9,9
Bastante	9	1,9
Investimento do nosso país na divulgação de informação sobre a enxaqueca		
Nada	244	51,3
Pouco	200	42,0
Razoavelmente	31	6,5
Bastante	1	0,2

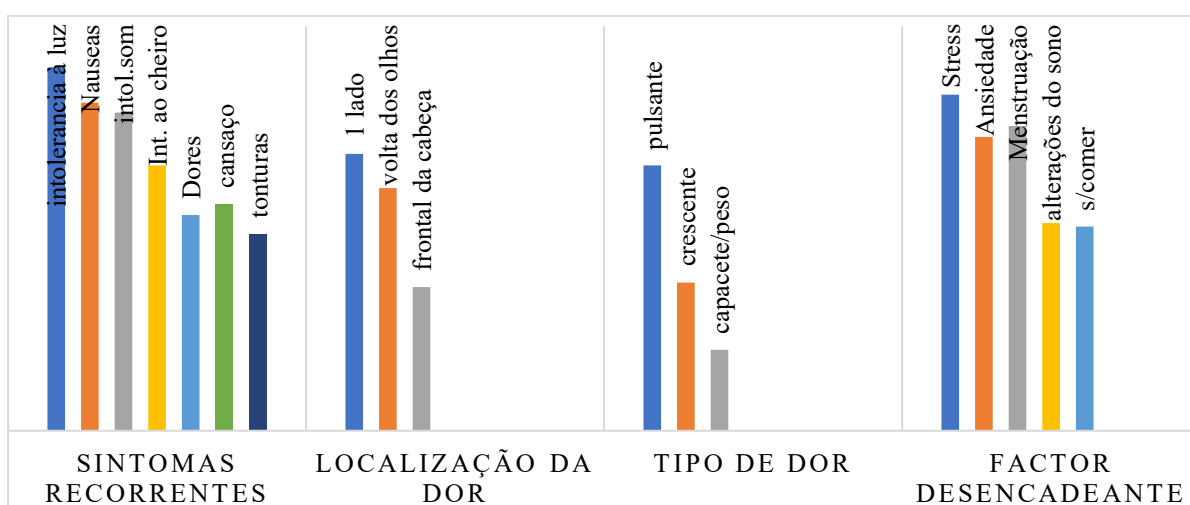
Análise das características da enxaqueca

Os participantes foram inqueridos sobre os sintomas mais recorrentes na enxaqueca, e os mesmos podiam identificar mais de um sintoma, portanto, os sintomas mais prevalentes elencados pelos participantes foram: intolerância à luz (84,9%), náuseas ou vômitos (76,7%), intolerância ao som (74,4%) intolerância ao cheiro (62%), cansaço (52,9%), dor nas costas, contratura, tensão nos ombros ou pescoço (50,4%) e tonturas (46%). Quanto à localização onde a dor é mais frequente, 64,7% dos participantes indicaram um dos lados da cabeça, (56,7%) dor à volta dos olhos e 33,6% na região frontal da cabeça. No que concerne ao tipo de dor, 62% refere ser do tipo pulsante/latejante seguida da dor crescente ao longo do tempo em 34,7% dos sujeitos.

Os fatores desencadeantes com uma maior percentagem são o stress em 78,6% e a ansiedade em 68,7% dos participantes, seguindo-se o fator da menstruação referido por 71,2% dos sujeitos, 67,4% alterações do sono e o estar muito tempo sem comer em 31,1%. Há que referir que apenas 27 (5,7%) dos inquiridos, ainda não conseguiram identificar os fatores desencadeantes da sua enxaqueca.

Gráfico 1

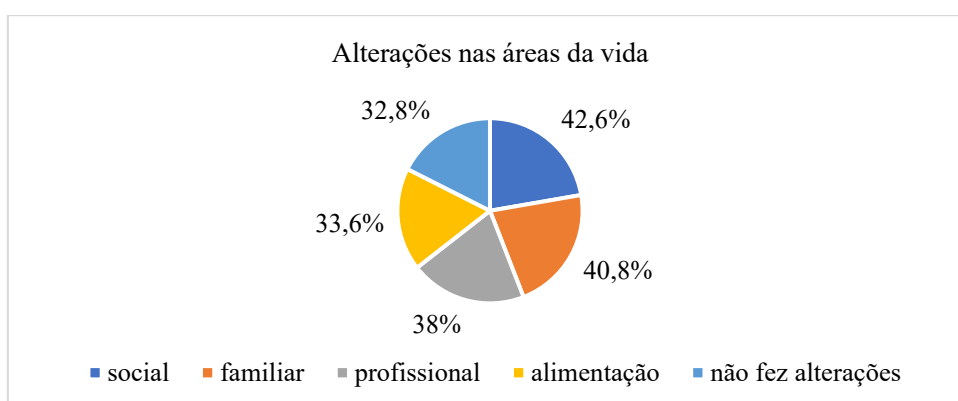
Características da enxaqueca



As áreas da vida dos inquiridos em que houve necessidade de fazer alterações, o estudo mostra que a área social (42,6%), a familiar (40,8%) seguido da profissional com (38%) (Gráfico 2).

Gráfico 2

Alterações nas áreas da vida



Perante o diagnóstico das enxaquecas os maiores medos e inseguranças sentidos pelos participantes foram o medo de perder a qualidade de vida sentido por 59,5% dos inquiridos, seguindo-se a frustração 41,4%, e o medo de não ser compreendido pelos outros 29%.

Os sentimentos negativos experienciados com a enxaqueca são a frustração por não conseguir terminar tarefas e planos (78,2%), sentimento de impotência face à doença com (72,9%), a incompreensão dos outros, (68,3%), segue-se a ansiedade (50,4%), o estado de alerta constante (35,5%) e o isolamento (37,2%). As áreas da vida mais prejudicadas pela enxaqueca são o trabalho (71,4%), a vida social (55,9%), seguindo-se a vida familiar (55,5%) e a área emocional (53,2%) (tabela 8).

Tabela 8

Medos e inseguranças, perante o diagnóstico de enxaqueca

	N	%
Medos/sentimentos		
Medo perder qualidade de vida	283	59,5
Frustração	197	41,4
Medo de não ser compreendido pelos outros	138	29
Sentimentos negativos		
Frustração por não concluir tarefas/planos	372	78,2
Sentimento de impotência face à doença	347	72,9
Incompreensão dos outros	325	68,3
Ansiedade	240	50,4
Estado de alerta constante	169	35,5
Isolamento	177	37,2
Áreas mais prejudicadas		
Familiar	264	55,5
Emocional	253	53,2
Trabalho	340	71,4
Social	266	55,9

Os resultados do estudo mostram que 59,9% dos participantes procuraram o médico de família como ajuda médica, 50,8% buscaram a ajuda de um neurologista e apenas 37% procuraram um neurologista especialista em enxaqueca. O acompanhamento regular é feito pelo médico de família em (34,2%), pelo neurologista (26,1%) e apenas (24,2%) dos inquiridos, fazem o acompanhamento regular por um neurologista especialista em cefaleias.

No que respeita ao tipo de medicação utilizada, o estudo revela que a medicação em S.O.S. é a mais frequente com (80,3%), seguindo-se a medicação de prevenção (29,4%), e a medicação de uso contínuo (18,9%).

Na busca de métodos alternativos a acupuntura é a que tem mais participação (53,1%), seguindo-se o exercício físico (46,6%) e a meditação relaxamento (34%) (tabela 9).

Tabela 9

Ajuda médica, acompanhamento, medicação e métodos alternativo

	N	%
Ajuda Médica		
Médico de família	285	59,9
Neurologista	242	50,8
Neurologista especialista em enxaqueca	176	37
Acompanhamento regular		
Médico de família	163	34,2
Neurologista	124	26,1
Neurologista especialista em cefaleias	115	24,2
Tipo de medicação		
Prevenção	140	29,4
S.O.S	382	80,3
Uso contínuo	90	18,9
Métodos alternativos		
Acupuntura	156	53,1
Exercício físico	137	46,6
Meditação/relaxamento	100	34

Analisando os domínios avaliados pela EADS, os sujeitos do estudo apresentaram valores médios de depressão de 6,60, de ansiedade de 5,14 e stress de 7,73 (escala 10) valores considerados moderados de acordo com os autores da escala.

Tabela 10

Média e Desvio Padrão da escala EADS

Domínios	N	M	DP
Depressão	476	6,60	4,72
Ansiedade	476	5,14	4,50
Stress	476	7,73	4,81

Na análise da qualidade de vida, e avaliando os seguintes domínios através do uso da escala (WHOQOL-BREF) constata-se que a qualidade de vida geral, apresenta uma média

de 3,224, o domínio físico a média é de 3,34, o domínio psicológico surge com uma média de 3,25, no domínio social a média é de 3,42 e no domínio do ambiente observa-se uma média de 3,345. como pode ser observado na tabela 11. Resultando assim de umas médias muito aproximadas entre si, o que indica que os participantes apresentam uma qualidade de vida moderadas, como pode ser observado na tabela 11.

Tabela 11

Análise descritiva dos domínios da qualidade de vida (WHOQOL-BREF)

Domínios	N	M	DP
Qualidade de vida geral	476	3,224	0,804
Domínio físico	476	3,340	0,678
Domínio psicológico	476	3,253	0,975
Domínio social	476	3,426	0,885
Domínio ambiente	475	3,345	0,618

Correlações

Correlacionado as características sociodemográficas com a qualidade de vida depressão, ansiedade e stress foi possível encontrar algumas diferenças estatisticamente significativas nomeadamente com relação à idade, o tempo com que sofre de enxaquecas, a compreensão por parte da família quando está a passar por uma crise, pelos amigos e no trabalho, que passamos a descrever (Tabela 12).

A idade aparece positivamente correlacionada com o tempo que a pessoa sofre de enxaqueca ($r = 0,680, p < 0,001$), ou seja, os participantes mais velhos são os que sofrem de enxaqueca há mais tempo. A idade também está correlacionada negativamente com a depressão ($r = - 0,162, p < 0,001$), com a ansiedade ($r = - 0,098, p = 0,033$), com o stress ($r = - 0,139, p = 0,002$), e com a qualidade de vida geral ($r = - 0,137, p = 0,003$), ou seja, os participantes mais jovens apresentam níveis mais elevados de depressão, ansiedade, stress e uma pior qualidade de vida geral. O tempo que a pessoa sofre de enxaqueca surge negativamente correlacionado também com a qualidade de vida geral ($r = - 0,109, p <$

0,019), ou seja, as pessoas que sofrem de enxaqueca há mais tempo tem uma pior qualidade de vida geral.

A ansiedade aparece positivamente correlacionada como fator desencadeante da enxaqueca ($r = -0,98, p < 0,033,$), assim como a depressão ($r = -0,162, p < 0,00$) e o stress ($r = -0,139, p < 0,02$), ou seja, os participantes do estudo identificam, essas variáveis como fator desencadeante da enxaqueca o que se verifica que têm grande influência nas crises de enxaqueca.

Na correlação entre depressão, ansiedade e stress com a variável de compreensão pela família quando esta a passar por uma crise, os valores revelam uma correlação negativa; depressão ($r = -0,260, p < 0,00$); ansiedade ($r = -0,212, p < 0,00$), stress, ($r = -0,23; p < 0,00$) o que nos permite dizer que quanto menos os sujeitos se sentem compreendidos pela sua família maior os níveis de ansiedade, depressão e stress. Já a compreensão por parte da família quando esta a passar por uma crise aparece positivamente correlacionando com a qualidade de vida geral ($r = 0,293, p < 0,00$), e os domínios da qualidade de vida física ($r = 0,288, p < 0,00$), psicológica ($r = 0,185, p < 0,00$), social ($r = 0,316 p < 0,00$) e ambiente ($r = 0,401 p < 0,00$), ou seja quanto mais compreendidos pelos familiares os participantes se sentem melhor a qualidade de vida nos vários domínios.

Na correlação entre depressão, ansiedade e stress, com a variável de compreendido pelos amigos quando está a passar por uma crise, os valores obtidos revelam uma correlação negativa, ou seja, depressão ($r = -0,211, p < 0,00$); ansiedade ($r = -0,170, p < 0,00$), stress, ($r = -0,20; p < 0,00$). O que nos permite dizer que quanto menos os sujeitos se sentem compreendidos pelos amigos quando estão a passar por uma crise, maior os níveis de depressão ansiedade e stress. Já na compreensão pelos amigos, quando esta a passar por uma crise, aparece positivamente correlacionado com a qualidade media geral ($r = 0,206, p < 0,00$); e os domínios da qualidade física ($r = 0,215, p < 0,00$); psicológica ($r = 0,171, p <$

0,00), social ($r = 0,333, p < 0,00$) e ambiente ($r = 0,328, p < 0,00$), ou seja, quanto mais compreendidos os participantes sentem-se pelos amigos, melhor a qualidade de vida nos vários domínios.

Na correlação entre depressão, ansiedade e stress com a variável de compreendido no trabalho quando esta a passar por uma crise, os valores revelam uma correlação negativa depressão ($r = -0,332, p < 0,00$); ansiedade ($r = -0,259, p < 0,00$), stress, ($r = -0,30; p < 0,00$), o que nos permite dizer que quanto menos os sujeitos se sentirem compreendido no trabalho, maior os níveis de ansiedade, depressão e stress. Já a compreensão no trabalho quando está a passar por uma crise aparece positivamente correlacionando com a qualidade de vida geral ($r = 0,295, p < 0,00$); e os domínios da qualidade física ($r = 0,275, p < 0,00$); psicológica ($r = 0,201, p < 0,00$), social ($r = 0,343, p < 0,00$) e ambiente ($r = 0,347, p < 0,00$), ou seja, quanto mais compreendido no trabalho, os participantes sentem uma melhor qualidade de vida nos vários domínios.

Para comparar os grupos utilizou-se o teste t-student (t), que permite comparar médias entre os grupos. Comparando os participantes que consideram o stress como fator desencadeante encontramos uma diferença estatisticamente significativa nos níveis de depressão [$t(474) = -4,766; p = 0,000$], ansiedade [$t(474) = -5,096; p = 0,000$] e stress [$t(474) = -5,225; p = 0,009$], sendo que os que consideram o stress como fator desencadeante apresentam níveis mais elevados de depressão ($M = 6,97, DP = 4,8$), ansiedade ($M = 5,51, DP = 4,60$) e stress ($M = 8,14, DP = 4,83$) do que os que não consideram (depressão $M = 3,81, DP = 2,83$, ansiedade $M = 2,31, DP = 2,16$ e stress $M = 4,63, DP = 3,33$).

Comparando os participantes que consideram a ansiedade como fator desencadeante encontramos uma diferença estatisticamente significativa nos níveis de depressão [$t(474) = -6,460; p = 0,000$], ansiedade [$t(474) = -6,131; p = 0,000$] e stress [$t(474) = -7,062; p = 0,000$], sendo que os que consideram a ansiedade como fator desencadeante apresentam

níveis mais elevados de depressão ($M = 7,34$, $DP = 4,85$), ansiedade ($M = 5,80$, $DP = 4,67$) e stress ($M = 8,54$, $DP = 4,85$) do que os que não consideram (depressão $M = 4,14$, $DP = 3,18$, ansiedade $M = 2,90$, $DP = 2,92$ e stress $M = 5,01$, $DP = 3,48$).

Comparando os participantes que consideram sentir-se deprimidos devido à enxaqueca como fator desencadeante encontramos uma diferença estatisticamente significativa nos níveis de depressão [$t(474) = -7,214$; $p = 0,000$], ansiedade [$t(474) = -6,848$; $p = 0,000$] e stress [$t(474) = -6,248$; $p = 0,159$], sendo que os que consideram sentir-se deprimidos devido à enxaqueca como fator desencadeante, apresentam níveis mais elevados de depressão ($M = 8,02$, $DP = 4,97$), ansiedade ($M = 6,42$, $DP = 4,85$) e stress ($M = 9,00$, $DP = 4,82$) do que os que não consideram (depressão $M = 5,04$, $DP = 3,88$, ansiedade $M = 3,72$, $DP = 3,59$ e stress $M = 6,34$, $DP = 4,40$). Também encontramos diferenças nos participantes que se sentiam deprimidos devido à enxaqueca e à qualidade de vida geral [$t(474) = 8,887$; $p = 0,000$], qualidade de vida física [$t(474) = 6,555$; $p = 0,000$], qualidade de vida psicológica [$t(474) = 2,637$; $p = 0,009$], qualidade de vida social [$t(474) = 4,916$; $p = 0,000$], qualidade de vida do ambiente [$t(474) = 6,262$; $p = 0,000$], sendo que os que consideram sentir-se deprimidos devido à enxaqueca como fator desencadeante, apresentam níveis menores de qualidade de vida geral ($M = 2,93$, $DP = 0,79$), qualidade de vida física ($M = 3,15$, $DP = 0,59$), qualidade de vida psicológica ($M = 3,14$, $DP = 0,60$), qualidade de vida social ($M = 3,24$, $DP = 0,91$), qualidade de vida ambiental ($M = 3,18$, $DP = 0,61$), do que os que não consideram, qualidade de vida geral ($M = 3,54$, $DP = 0,69$), qualidade de vida física ($M = 3,54$, $DP = 0,70$), e qualidade de vida psicológica ($M = 3,37$, $DP = 1,25$), qualidade de vida social ($M = 3,63$, $DP = 0,80$), qualidade de vida ambiente ($M = 3,52$, $DP = 0,57$).

Tabela 12*Correlação de Pearson entre a idade, tempo e subescalas da EADS e qualidade de vida geral*

Variáveis	Idade	Tempo	Depressão	Ansiedade	Stress	QVG	QVF	QVP	QVS	QVA
Idade	1	,680**	-,162**	-,098*	-,139	-1,37**	-,090	-,064	-0,003	-,016
Tempo	-,680**	1	-0,89	-0,45	-,072	-1,09*	-,033	-,055	-,004	,027
Depressão	-,162**	-,089	1	,773*	,926**	-,380**	-,419**	-,119**	-,443**	-,445**
Ansiedade	-,098*	-,045	,773**	1	,776**	-,376**	-,383**	-,117*	-,357**	-,396**
Stress	-,139**	-,072	,926**	,776*	1	-,318**	-,385**	-,059	-,403**	-,366**
QVG	-,137**	-,109*	-,380**	-,376**	-,318**	1	,538**	,248**	,383**	,545**
QVF	-,090	-,033	-,419**	-,383**	-,385	,538**	1	,266**	,517**	,553**
QVP	-,064	-,055	-,119**	-,117*	-,059	,248**	,266**	1	,254**	,326**
QVS	-,003	-,004	-,443*	-,357**	-,403	,383**	,517**	,254**	1	,549**
QVA	-,016	,027	-,445*	-,396**	-,366	,545**	,553**	,326**	,549**	1

Nota. ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$. QVG – Qualidade de vida geral; QVF – Qualidade de vida domínio físico; QVP – Qualidade de vida domínio psicológico; QVS – Qualidade de vida domínio social; QVA – Qualidade de vida domínio ambiente.

Anova

Para ser possível compreender as diferenças estatisticamente significativas nas variáveis de grupo foram realizadas análises de variância de uma via (ANOVA-One Way) com o objetivo de avaliar as diferenças nos níveis de depressão, ansiedade, stress e nos domínios da qualidade de vida entre pessoas com diferentes estados civis (solteiros, casados e divorciados/ viúvos) e com diferentes tipos de enxaqueca (enxaqueca com áurea, sem áurea, cefaleia tensional e outros tipos). A normalidade dos dados foi avaliada por meio dos testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk e tanto a ansiedade, depressão, stress e quanto os domínios da qualidade de vida (geral, físico, psicológico, social e ambiente) não apresentaram uma distribuição normal ($p < 0,05$). O pressuposto de homogeneidade de variância foi avaliado por meio do teste de Levene e como pode ser observado na tabela abaixo (Tabela 13). Podemos constatar que apenas a ansiedade não apresenta homogeneidade de variância.

Relativamente ao estado civil, foi encontrada diferença significativa nos níveis de qualidade de vida geral referente ao estado civil [$F(2, 472) = 5,649$; $p = 0,004$], o post-hoc de Bonferroni demonstrou que a diferença entre a média de qualidade de vida geral é

significativa ($p = 0,003$) entre os sujeitos casados ($M = 3,24$; $DP = 0,79$) e os sujeitos divorciados/ viúvos ($M = 2,88$; $DP = 0,85$) e entre os indivíduos solteiros ($M = 3,30$; $DP = 0,79$) e os divorciados/ viúvos ($M = 2,88$; $DP = 0,85$, $p = 0,010$). No domínio ambiente também foi encontrada diferença significativa com relação ao estado civil [$F(2, 470) = 4,158$; $p = 0,016$], e no teste post-hoc de Bonferroni a diferença encontrada estava entre os grupos dos casados ($M = 3,40$; $DP = 0,59$) e os divorciados/viúvos ($M = 3,13$; $DP = 0,72$, $p = 0,013$).

Analisando o tipo de enxaqueca, foi encontrada diferença entre os grupos relativamente aos níveis da depressão [$F(3, 472) = 3,131$; $p = 0,006$], ansiedade [$F(3, 472) = 6,731$; $p = 0,000$], stress [$F(3, 472) = 4,246$; $p = 0,006$], qualidade de vida geral [$F(3, 472) = 3,973$; $p = 0,008$] e o domínio ambiente [$F(3, 472) = 8,549$; $p = 0,000$]. No teste post-hoc de Bonferroni foi possível então identificar diferenças significativas entre os grupos relativamente a depressão ($p = 0,046$) entre os participante com enxaqueca com aura ($M = 7,07$; $DP = 4,88$) e enxaqueca sem aura ($M = 5,76$; $DP = 4,26$), nos níveis de ansiedade ($p = 0,000$) entre os participantes com enxaqueca com aura ($M = 6,03$; $DP = 4,70$) e enxaqueca sem aura ($M = 4,02$; $DP = 3,85$), e nos níveis de stress ($p = 0,015$) entre os participantes com enxaqueca com aura ($M = 8,27$; $DP = 4,86$) e enxaqueca sem aura ($M = 6,76$; $DP = 4,44$), entre os participantes com enxaqueca sem aura e cefaleia tensional ($M = 8,80$; $DP = 5,28$; $p = 0,029$). Também foram analisados no teste post-hoc de Bonferroni as diferenças na qualidade de vida geral ($p = 0,009$), estando presentes entre os entre os participantes com enxaqueca com aura ($M = 3,08$; $DP = 0,88$) e enxaqueca sem aura ($M = 3,34$; $DP = 0,68$), e no domínio ambiente ($p = 0,000$) com diferentes entre os participantes com enxaqueca com aura ($M = 3,20$; $DP = 0,65$) e enxaqueca sem aura ($M = 3,52$; $DP = 0,57$).

Tabela 13

Teste de homogeneidade das variâncias

	Estatística de Levene	gl1	gl2	<i>p</i>
QVG (baseado na média)	0,101	2	471	,904
QVF (baseado na média)	0,260	2	471	,771
QVP (baseado na média)	0,570	2	471	,566
QVS (baseado na média)	1,183	2	471	,307
QVA (baseado na média)	1,076	2	470	,342
Depressão (baseado na média)	2,485	2	471	,084
Ansiedade (baseado na média)	5,393	2	471	,005
Stress (baseado na média)	4,553	2	471	,011

Discussão

Para melhor compreender os impactos da enxaqueca na qualidade de vida da população adulta em Portugal, que de acordo com a *Global Burden of Disease*, a enxaqueca, é considerada um grande problema de saúde pública em ambos os sexos e todas as faixas etárias em todo o mundo, mas principalmente em jovens e em mulheres de meia-idade (GBD, 2016). Entende-se que os doentes com enxaqueca são prejudicados tanto nas suas atividades diárias quer na sua qualidade de vida, a nível pessoal, familiar e emocional, desta forma, o presente estudo procurou trazer contribuições para elucidação desta doença e caracterizar o impacto da mesma na qualidade de vida da população portuguesa, bem como os principais fatores desencadeantes, os tratamentos mais usados e o impacto do stress, da depressão e da ansiedade como possíveis desencadeantes da enxaqueca.

Para aferir dados relativos à realidade portuguesa, recorreu-se a estudos efetuados pela Associação Portuguesa de Doentes com Enxaqueca e Cefaleias, Migra Portugal, que tem desenvolvido vários estudos, em conjunto com vários parceiros como a Novartis.

De uma forma inicial, o estudo tentou perceber qual o grupo mais afetado, entre os inquiridos, os resultados sociodemográficos, demonstraram que a maioria dos participantes pertence ao género feminino (97,9%) e apenas uma reduzida parte (2,1%) ao género masculino, o que pode indicar que a enxaqueca acomete mais mulheres do que homens. Estes resultados são consistentes com um estudo realizado a nível mundial em 2018, designado por *My Migraine Voice*, que revelam o impacto da doença na vida dos portugueses, promovido pela Novartis e pela *European Migraine e Headache Alliance* (EMHA), onde dos 143 doentes participantes em Portugal, 80% mulheres, com uma média de 37 anos, e 43% são afetados pela doença há mais de 10 anos (Novartis, 2018). Estes dados obtidos estão em concordância com diversos estudos, que caracterizam a enxaqueca um distúrbio, que atinge 10 a 15% dos adultos da população a nível mundial e ocorre três vezes mais em mulheres

adultas (Weissman et al., 2007). *A Global Burden of Disease*, em 2016 confirmou que a enxaqueca, atinge principalmente jovens e mulheres de meia-idade. O presente estudo revela ainda, que a idade média em que ocorreu a primeira crise é de 3 anos de idade e máxima de 50 anos, sendo que no estudo da GBD (2016), em que a enxaqueca é considerada uma das maiores causas de incapacidade em todo o mundo, em pessoas entre os 15-49 anos, sendo este grupo o mais afetado, mas também em crianças dos 5-14 anos. O que significa que atualmente a nossa população desenvolve crises de enxaqueca mais cedo. Comparando com outros estudos da literatura, como é o exemplo dos estudos experimentais de Wolf e colegas (1955), a idade mínima da primeira crise era de 10 anos e a máxima de 60 anos.

Para responder ao objetivo geral deste estudo, é necessário, antes de mais responder aos objetivos específicos. Desta forma, o primeiro objetivo específico deste estudo, consistiu em caracterizar a enxaqueca, quanto ao tipo, frequência, e quais os principais sintomas e os fatores desencadeantes. Observou-se que a ocorrência de enxaqueca com aura tem uma maior prevalência, ocorrendo várias vezes durante um mês, nos participantes do presente estudo. Estes resultados vão de encontro com a literatura encontrada, em que, de acordo com Buse et al. (2013), estima-se que a enxaqueca com aura afete entre 1/5 e 1/3 de pessoas com enxaqueca nos EUA, uma estimativa de 7, 4 a 11, 1 milhões de pessoas. Já no estudo, de Russell e colaboradores (1996), a aura visual é de longe a mais comum, sendo muito difícil encontrar um paciente com aura sensorial (linguagem ou motora) que não tem uma história da aura visual.

No seguimento da caracterização da enxaqueca, este estudo identificou a localização da dor mais frequente, sendo que metade dos participantes indicaram um dos lados da cabeça, dor à volta dos olhos e, uma reduzida parte indicaram dor na região frontal da cabeça. No que concerne ao tipo de dor, metade dos participantes refere ser do tipo pulsante/latejante seguida da dor crescente ao longo do tempo, sendo que estes resultados vão de encontro às

manifestações clínicas defendidas por Krymchantowski, (2006), onde refere que cefaleia é de caracter pulsátil, latejante, de intensidade moderada a muito intensa que se pode iniciar unilateralmente e propagar-se tornando-se bilateral. Quanto aos sintomas mais recorrentes na enxaqueca. Os inquiridos, deste estudo, selecionaram mais de um sintoma, sendo que os mais prevalentes foram a intolerância à luz, náuseas ou vômitos, intolerância ao som, intolerância ao cheiro, cansaço, dor nas costas, contratura, tensão nos ombros ou pescoço e tonturas. Também o stress e a ansiedade, seguindo-se o fator da menstruação e as alterações do sono referido por mais de metade dos sujeitos. Na literatura, existem evidências com estes resultados, sendo que os fatores desencadeantes são muito variados de acordo com estudo de Nitrini e Bacheschi (2008). No entanto, apesar de os estudos demonstrarem uma grande possibilidade de fatores desencadeantes, continua a não existir uma definição muito precisa dos mesmos (Rasmussen, 1992).

Face ao segundo objetivo específico, de compreender e caracterizar as alterações pessoais, familiares e profissionais que os indivíduos que sofrem de enxaqueca tiveram que fazer na sua vida para conviver com a enxaqueca, os participantes deste estudo referem que fizeram alterações na área social, familiar, seguido da profissional. Estes resultados apesar de importantes são inferiores ao do estudo *My Migraine Voice* (Novartis, 2018), em que o impacto da doença na vida profissional é reconhecido por 80% dos inquiridos, sendo que metade referiu faltar ao trabalho por causa da enxaqueca (uma média de 3,8 dias). Mais de metade dos participantes sentem-se muito limitados para cumprir as tarefas diárias durante uma crise. Não foram encontrados estudos recentes sobre os três domínios específicos, para ser possível a comparação exata. Numa outra questão colocada, sobre as áreas da vida mais prejudicadas pela enxaqueca, os indivíduos apontaram o trabalho, a vida social, seguindo-se a vida familiar e, a área emocional. O que podemos constatar para suportar estes dados é que de uma forma geral, a literatura refere que a nível mundial, a enxaqueca é classificada como a

sétima causa de incapacidade no mundo (GBD, 2010). Num estudo, efetuado sobre a qualidade de vida nos EUA, metade da amostra relatou que as pessoas dentro da sua rede social não acreditavam que as enxaquecas fossem tão graves quanto os participantes relatavam e que a sua entidade patronal tinha conhecimento sobre as mesmas, contribuindo dessa forma para que as enxaquecas afetassem negativamente o seu avanço profissional (Malone, 2015).

Verificou-se que, perante o diagnóstico de enxaqueca, os maiores medos e inseguranças sentidos pelos participantes, neste estudo, foram o medo de perder a qualidade de vida, sentido por metade dos inquiridos, seguindo-se a frustração, e o medo de não ser compreendido pelos outros. Os sentimentos negativos experienciados com a enxaqueca são a frustração por não conseguir terminar tarefas e planos, sentimento de impotência face à doença com a incompreensão dos outros, segue-se a ansiedade, o estado de alerta constante e o isolamento. Estes resultados aproximam-se da relevância demonstrada no estudo de Malone (2015), onde foi avaliado o impacto negativo na vida através de perguntas sobre os sentimentos de preocupação ou vergonha sobre as dores de cabeça. Assim como questões que examinaram o impacto social, profissional e relacional da enxaqueca. Mais de metade dos participantes referiram que as pessoas não acreditam na gravidade da sua doença; metade encontravam-se constantemente preocupados em desapontar os outros e revelaram que a enxaqueca prejudicava a sua carreira profissional e, uma reduzida quantidade de participantes sentiam se culpabilizados pela própria doença.

Para responder ao terceiro objetivo específico, para perceber se o stress, a depressão e a ansiedade podem ser considerados fatores desencadeantes da enxaqueca. Os resultados obtidos neste estudo revelaram que os participantes consideram o stress como um dos principais fatores desencadeantes, assim como a ansiedade. De acordo com a literatura, o stress emocional é um dos principais fatores desencadeantes da enxaqueca, como também

está relacionado com a duração e o agravamento das crises (Sadir, 2010). Também em conformidade com outros estudos epidemiológicos, autores como Rasmussen (1993), Holm (1996) e Sorbi (1996), sugeriram que o stress pode ser considerado um desencadeante significativo em cerca de 40 a 50% de pacientes, e foi demonstrado que alguns dias antes de uma crise de enxaqueca, um número maior de aborrecimentos diários e mudanças de humor podem ser observados. Já a ansiedade, a literatura refere que os transtornos de humor e a ansiedade são duas a dez vezes mais comuns em pessoas com enxaqueca do que na população em geral (Minent et al., 2016).

Quanto à sintomatologia associada à depressão, esta foi observada em uma reduzida parte dos participantes do presente estudo. A literatura refere que, as comorbidades psiquiátricas, como depressão e ansiedade, ocorrem em cerca de um terço dos indivíduos com enxaqueca em comparação com a população em geral e as taxas são significativamente elevadas (Buse et al., 2013). É importante referir ainda, que de acordo com Ligthart e colaboradores (2014), tanto a depressão quanto a enxaqueca apresentam uma percentagem em torno de 40-50% de carácter hereditário. Malone (2015) também identificou a depressão (63,8%) e ansiedade (60,4%) como as comorbidades mais referenciadas pelos doentes.

De forma a responder ao quarto e quinto objetivo específico para compreender a relação da enxaqueca com a qualidade de vida dos indivíduos que sofrem de enxaqueca, assim como para compreender a relação da enxaqueca com a ansiedade, depressão e o stress nos indivíduos que sofrem de enxaqueca. Foi feita uma análise de correlação de Pearson entre a idade, tempo e subescalas da EADS e a qualidade de vida. Os resultados obtidos, permite-nos verificar que as variáveis da ansiedade, depressão e o stress, foram identificadas como fator desencadeante da enxaqueca, verificando se desta forma, uma grande influência nas crises de enxaqueca. Estes resultados complementam o estudo de Breslau (1993), que conclui que a enxaqueca está associada a um aumento de condições psiquiátricas comórbidas,

funcionais, de comprometimento em todos os aspetos da vida e redução da qualidade de vida relacionada com a saúde. Em outro estudo, os resultados obtidos relacionados com a saúde e qualidade de vida, foram piores em indivíduos com enxaqueca, do que em indivíduos com qualquer outra condição psiquiátrica (Jette, 2008).

A literatura encontrada mostra evidências na avaliação da influência da ansiedade e depressão, como sendo frequentemente associados a enxaqueca e à qualidade de vida dos indivíduos. No estudo de Lanteri-Minet e colaboradores (2005), em que a depressão propriamente dita não foi encontrada como sendo a mais frequente entre indivíduos com enxaqueca do que sem enxaqueca, a coexistência da mesma com ansiedade refletiu-se numa reduzida da qualidade de vida em relação à saúde e menor perceção da eficácia dos tratamentos agudos da enxaqueca. Este autor refere que a existência de ansiedade e/ou depressão deve ser sistemicamente procurada em pacientes com enxaqueca e devidamente cuidada com o objetivo de melhorar o seu bem-estar durante e entre as crises de enxaqueca, para obter uma boa eficácia geral do tratamento.

Para responder ao sexto objetivo específico para perceber qual o tipo de acompanhamento e tratamento que são mais utilizados pelos participantes do estudo, foi importante perceber qual o tipo de medicação mais utilizada pelos participantes, os resultados mostram que 93,5% dos participantes fazem uso de medicamentos, 57,6%, procuraram métodos alternativos ao tratamento da enxaqueca. No entanto apenas 3,4% inquiridos atestam que esses métodos trouxeram melhorias e 28,2%, que esses métodos trouxeram apenas melhorias em algumas vezes. Na literatura quanto à influência de tratamentos para a enxaqueca na qualidade de vida, os autores, Stefane et al. (2012), concluíram que a profilaxia da enxaqueca reduz a frequência das crises e a medicação efetuada, aumenta a capacidade funcional dos doentes nas suas atividades diárias, melhorando a qualidade de vida e reduzindo o número de faltas ao trabalho. Quanto à eficácia da medicação, um estudo revela

que a medicação em S.O.S. é a mais frequente com (80,3%), seguindo-se a medicação de prevenção (29,4%), e a medicação de uso contínuo (18,9%) (Holroyd, et al., 2001).

Na busca de métodos alternativos, neste estudo a acupuntura é a que tem mais participação (53,1%), seguindo-se o exercício físico (46,6%) e a meditação e/ou relaxamento (34%). Não foram encontradas na literatura evidências significativas que possam sustentar estes resultados, contudo a literatura assenta na teoria de que a atuação da acupuntura pode funcionar como um meio de conferir maior analgesia no encéfalo, para alívio da dor (Yamamura, 2004). As técnicas de relaxamento são ensinadas para minimizar as respostas fisiológicas ao estresse e diminuir a excitação simpática. A Associação de Cefaleia dos Estados Unidos deu prevalência para o treinamento de relaxamento e bio feedback térmico combinado como opções de tratamento para a prevenção da enxaqueca (Campbell, 2000).

Ainda relativamente aos objetivos do estudo sobre o tipo de acompanhamento médico, os inquiridos deste estudo 59,9% dos participantes procuraram o médico de família como ajuda médica, 50,8% buscaram a ajuda de um neurologista e apenas 37% procuraram um neurologista especialista em enxaqueca. O acompanhamento regular é feito pelo médico de família em (34,2%), pelo neurologista (26,1%) e apenas (24,2%) dos inquiridos, fazem o acompanhamento regular por um neurologista especialista em cefaleias. De acordo com o estudo da Novartis de 2018, em território português, a doença é controlada essencialmente por médicos de família (45%) e neurologistas (30%). Segundo o artigo da Novartis Portugal (2018) ainda apresenta alguns erros de diagnóstico (sinusite, problemas visuais), sendo que o problema maior é o subtratamento e as pessoas acabam por sobreviver à custa de medicamentos de S.O.S, sendo que os médicos, devido ao facto de terem que gerir muita informação, não conseguindo ajudar o paciente a explorar o impacto da sua enxaqueca (Novartis, 2018).

Como sétimo objetivo específico, no que concerne aos recursos que o nosso país apresenta serem ou não suficientes para a prevenção da doença, a maioria dos participantes acredita que Portugal não apresenta recursos, na prevenção da doença, nem no seu investimento. De acordo com o estudo *My Migraine voice*, é referido que a sociedade portuguesa não reconhece a doença sendo esta desvalorizada, minorada ridicularizada e discriminada (Novartis 2018). Também Silva (2018), considerou no seu estudo que Portugal possui necessidades não satisfeitas na gestão dos pacientes com enxaqueca que precisam de ser melhoradas.

De forma a responder ao objetivo geral do estudo, sobre compreender a caracterização do impacto da enxaqueca na qualidade de vida dos portugueses, é possível verificar através da correlação da idade, que está positivamente correlacionada com o tempo que a pessoa sofre com a enxaqueca, os participantes mais velhos são os que sofrem há mais tempo, e apresentam uma pior qualidade de vida geral. No entanto são os mais jovens que apresentam níveis de depressão, ansiedade e stress, mais elevados e uma pior qualidade de vida geral. Estes resultados vão em concordância com resultados que referem que o pico de incidência maior da enxaqueca é entre os 30 e 50 anos, apresentando uma diminuição dos anos seguintes (Goadsby, 2002). Já de acordo com os resultados da GBD (2016), o pico da enxaqueca ocorre entre os 15-49 anos.

O estudo pretende ainda saber de forma geral, se existe um sentimento positivo de compreensão pelos amigos, pela família e no trabalho, desta forma, na correlação entre depressão, ansiedade e stress com a variável de compreensão destas variáveis quando está a passar por uma crise, os valores revelam que existe quantos menos compreendidos os participantes se sentem, maiores são os níveis de ansiedade, depressão e stress. Quanto aos domínios da qualidade de vida física, psicológica, social e ambiente, os dados revelam que quanto mais compreendidos os participantes se sentirem pelos familiares, pelos amigos e no

trabalho, melhor é sentida a qualidade de vida nos vários domínios. Os impactos sociais e pessoais negativos da enxaqueca são considerados comuns nos indivíduos que experienciam sintomas com uma maior frequência. Em conformidade com o estudo de Malone (2015) quanto mais eventos de vida negativos relacionados à enxaqueca, surgirem na vida do doente, maior é a existência de comorbidades médicas ou psiquiátricas, o que leva à necessidade de explorar mais a relação entre o impacto das enxaquecas na vida social de um indivíduo, assim como os impactos afetivos e psicológicos negativos sobre os pacientes com enxaqueca. Estas evidências sugerem que os doentes de enxaqueca, quanto maior for os níveis de ansiedade, depressão e stress, menor a qualidade de vida, o que vai de encontro ao estudo feito por Buse e colegas (2013), em que os pacientes com comorbidades psiquiátricas têm os piores sintomas relacionados à dor de cabeça, tanto na frequência como na menor qualidade de vida do que os que sofrem de enxaqueca sem comorbidades psiquiátricas. A depressão e a ansiedade parecem ser fatores de risco para a agudização da enxaqueca. Já para Goadsby e colaboradores (2002) confirmaram que a satisfação com a vida em geral é menor em indivíduos com enxaqueca.

Conclusão

A enxaqueca é uma doença considerada incapacitante e ainda pouco conhecida e muitas vezes desvalorizada. Neste sentido a presente investigação pretendeu explorar este tema a nível de conceitualização e fisiopatologia da enxaqueca, tratamentos e a farmacologia existente e mais utilizada, bem como as terapias alternativas mais usadas.

Através da pesquisa bibliográfica, constatou-se que este tema é muito pouco ou quase nada explorado em Portugal, sendo que uma grande parte da literatura encontrada era respeitante, de forma geral, à população mundial e os artigos, mesmo que recentes tinham todos por base artigos muito desatualizados.

O objetivo geral do estudo em compreender e caracterizar o impacto da enxaqueca na qualidade de vida dos portugueses, foi também fundamentado nos objetivos específicos quarto e quinto. Desta forma podemos concluir após os dados obtidos que, no que concerne à população portuguesa, ainda existe pouco fundamento na literatura sobre as características e gestão de pacientes com enxaqueca, conforme destaca Silva e colaboradores (2018), num estudo sobre as necessidades não satisfeitas na gestão destes pacientes que precisam de ser melhoradas pois existe uma escassez de dados sobre este tema em Portugal.

Os participantes responderam a um questionário que visava recolher os seus dados sociodemográficos e avaliar a sua perceção relativamente ao tema, o que permitiu, através da análise dos referidos dados e da revisão bibliográfica efetuada, alcançar os objetivos gerais e específicos propostos e desta forma verificar-se que; a enxaqueca é uma doença que acomete mais mulheres do que homens, sendo que a idade média em que ocorreu a primeira crise é de 3 anos de idade e máxima de 50 anos. Quanto à sua caracterização, bem como a sua frequência, a enxaqueca com aura foi a mais referenciada, sendo que as mesmas ocorrem várias vezes durante um mês. Os sintomas, mais prevalentes encontrados neste estudo foram: intolerância à luz, náuseas ou vômitos, intolerância ao som, intolerância ao cheiro, cansaço,

dor nas costas, contratura, tensão nos ombros ou pescoço e tonturas, fator da menstruação, alterações do sono e o estar muito tempo sem comer. O stress e a ansiedade foram os fatores desencadeantes mais mencionados, bem como a existência de sintomatologia associada a sintomas de depressão. A qualidade de vida geral é pior nos participantes mais velhos, no entanto são os mais jovens que apresentam níveis de depressão, ansiedade e stress, mais elevados. No geral, os participantes referem ter uma qualidade de vida moderada.

Quanto à compreensão desta doença, por parte da família, amigos e trabalho, os dados revelam que quanto mais compreendidos os participantes se sentirem, melhor é a qualidade de vida nos vários domínios, (qualidade média geral, e os domínios da qualidade física, psicológica, social e ambiente) e menor são os níveis de ansiedade, depressão e stress. A enxaqueca é reconhecida como doença incapacitante pelos participantes deste estudo e obrigou os indivíduos a fazerem alterações na sua vida, tanto na área social, familiar e profissional, sendo as mais prejudicadas pela enxaqueca, o trabalho, a vida social, seguindo-se a vida familiar e a área emocional. Verificou-se que perante o diagnóstico de enxaqueca os maiores medos e inseguranças sentidos pelos participantes foram; o medo de perder a qualidade de vida, frustração, o medo de não ser compreendido pelos outros. Os sentimentos negativos experienciados com a enxaqueca são a frustração por não conseguir terminar tarefas e planos, o sentimento de impotência face à doença, a incompreensão dos outros, a ansiedade, o estado de alerta constante e o isolamento.

Com a obtenção deste estudo podemos concluir, com base nos resultados, que a doença é controlada essencialmente por médicos de família, e que a maioria dos participantes fazem uso de medicação. No que concerne às terapias alternativas, apesar de as mais referidas neste estudo serem a acupuntura, exercício físico e meditação/relaxamento, não foi possível encontrar artigos relevantes que comprovassem a eficácia dos mesmos, através de dados comparativos.

Em suma, este estudo é bastante pertinente, no entanto, considera-se necessário e emergente, mais investigações futuras dentro deste tema, para a população em Portugal, de forma a promover não só a divulgação desta doença, como também ser possível de identificar e caracterizar a enxaqueca, pelos próprios doentes, famílias e médicos, a fim de uma melhor intervenção terapêutica além da farmacológica ou até mesmo o uso de terapias alternativas.

Em Portugal, o nosso país não apresenta informação ou recursos suficientes para a prevenção e promoção desta doença, sendo a mesma pouco valorizada e compreendida.

Ao terminar e perante os resultados obtidos, podemos concluir que a enxaqueca tem um grande impacto na qualidade de vida dos portugueses, quer a nível pessoal, familiar e emocional, o que contribui para possíveis comorbidades como a depressão, desta forma é procedente mais estudos para que se possa ser possível, capacitar a população portuguesa sobre esta doença que não tem cura e é incapacitante.

Referências

- Adams, A. M., Serrano, D., Buse, D. C., Reed, M. L., Marske, V., Fanning, K. M., & Lipton, R. B. (2015). The impact of chronic migraine: The chronic migraine epidemiology and outcomes (CaMEO) study methods and baseline results. *Cephalalgia*, *35*(7), 563–578. <https://doi.org/10.1177/0333102414552532>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais DSM-5* (5ª ed.). Climepsi Editores.
- Andrasik, F. (2007). What does the evidence show? Efficacy of behavioural treatments for recurrent headaches in adults. *Neurological Sciences*, *28*(2), S70–S77. <https://doi.org/10.1007/s10072-007-0754-8>
- Andrasik, F., Grazzi, L., Usai, S., D'Amico, D., Kass, S., & Bussone, G. (2007). Disability in chronic migraine with medication overuse: Treatment effects at 3 years. *Headache*, *47*(9), 1277–1281. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2007.00861.x>
- Nitrini, R., & Bacheschi, L. A. (2015). *A neurologia que todo médico deve saber* (3ª ed.). Atheneu.
- Bandura A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, *84*(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037//0033-295x.84.2.191>
- Batterham, P. J., Griffiths, K. M., Barney, L. J., & Parsons, A. (2013). Predictors of generalized anxiety disorder stigma. *Psychiatry Research*, *206*(2-3), 282–286. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.11.018>
- Binder, W. J., Brin, M. F., Blitzer, A., Schoenrock, L. D., & Pogoda, J. M. (2000). Botulinum toxin type A (BOTOX) for treatment of migraine headaches: An open-label

- study. *Otolaryngology-head and Neck Surgery*, 123(6), 669–676.
<https://doi.org/10.1067/mhn.2000.110960>
- Blanchard, E. B., & Andrasik, F. (1987). Biofeedback treatment of vascular headache. In J. P. Hatch, J. G. Fisher, & J. D. Rugh (Eds.), *Biofeedback: Studies in clinical efficacy* (pp. 1–79). Plenum Press.
- Breslau, N., & Andreski, P. (1995). Migraine, personality, and psychiatric comorbidity. *Headache*, 35(7), 382–386. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.1995.hed3507382.x>
- Breslau, N., & Davis, G. C. (1993). Migraine, physical health and psychiatric disorder: A prospective epidemiologic study in young adults. *Journal of Psychiatric Research*, 27(2), 211–221. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(93\)90009-q](https://doi.org/10.1016/0022-3956(93)90009-q)
- Breslau, N., Schultz, L. R., Stewart, W. F., Lipton, R. B., Lucia, V. C., & Welch, K. M. (2000). Headache and major depression: is the association specific to migraine?. *Neurology*, 54(2), 308–313. <https://doi.org/10.1212/wnl.54.2.308>
- Buse, D. C., & Andrasik, F. (2009). Behavioral medicine for migraine. *Neurologic Clinics*, 27(2), 445–465. <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2009.01.003>
- Buse, D. C., Silberstein, S. D., Manack, A. N., Papapetropoulos, S., & Lipton, R. B. (2013). Psychiatric comorbidities of episodic and chronic migraine. *Journal of Neurology*, 260(8), 1960–1969. <https://doi.org/10.1007/s00415-012-6725-x>
- Cámara, M. S., Martín Bujanda, M., & Mendioroz Iriarte, M. (2021). Modificaciones epigenéticas en las cefaleas. *Neurología*, 36(5), 369–376.
<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2017.10.010>
- Campbell, J. K., Penzien, D. B., & Wall, E.M. (2000). *Evidence-based guidelines for migraine headache: Behavioral and physical treatments*. American Academy of Neurology.

- Cathcart, S., Winefield, A. H., Lushington, K., & Rolan, P. (2010). Stress and tension-type headache mechanisms. *Cephalalgia*, *30*(10), 1250–1267.
<https://doi.org/10.1177/0333102410362927>
- Canavarro, M. C., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M. J., Carona, C. (2007). Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. III, pp. 77-100). Coimbra: Quarteto Editora.
- Dahlöf, C., & Maassen Van Den Brink, A. (2012). Dihydroergotamine, ergotamine, methysergide and sumatriptan - basic science in relation to migraine treatment. *Headache*, *52*(4), 707–714. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2012.02124.x>
- Edvinsson, L., & Uddman, R. (2005). Neurobiology in primary headaches. *Brain Research Reviews*, *48*(3), 438–456. <https://doi.org/10.1016/j.brainresrev.2004.09.007>
- Edvinsson, L., Villalón, C. M., & MaassenVanDenBrink, A. (2012). Basic mechanisms of migraine and its acute treatment. *Pharmacology and Therapeutics*, *136*(3), 319–333. <https://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2012.08.011>
- Engel G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, *196*(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Ferreira, P. L., Luzeiro, I., Lopes, M., Jorge, A., Silva, B., & Ferreira, L. (2021). Validity and reliability of the portuguese version of the modified migraine disability Assessment. *BMC Neurology*, *21*(1), 58. <https://doi.org/10.1186/s12883-021-02085-z>
- Ferrari, M. D., & Saxena, P. R. (1993). On serotonin and migraine: A clinical and pharmacological review. *Cephalalgia*, *13*(3), 151–165. <https://doi.org/10.1046/j.1468-2982.1993.1303151.x>

- Freund, B., Schwartz, M., & Symington, J. M. (2000). Botulinum toxin: New treatment for temporomandibular disorders. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 38(5), 466–471. <https://doi.org/10.1054/bjom.1999.0238>
- Fleck, M. P. de A., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., dos Santos, L., Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1), 19–28. <https://doi.org/10.1590/s1516-44461999000100006>
- GBD 2016 Neurology Collaborators (2019). Global, regional, and national burden of neurological disorders, 1990-2016: A systematic analysis for the global burden of disease study 2016. *The Lancet Neurology*, 18(5), 459–480. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(18\)30499-X](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(18)30499-X)
- GBD 2016 Dalys & Hale Collaborators. (2017). Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2016: A systematic analysis for the global burden of disease study 2016. *Lancet*, 390(10100), 1260–1344. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32130-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32130-X)
- GBD 2015 Disease & Injury Incidence and Prevalence Collaborators (2016). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: A systematic analysis for the global burden of disease study 2015. *Lancet*, 388(10053), 1545–1602. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31678-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31678-6)

- Goadsby, P. J., Lipton, R. B., & Ferrari, M. D. (2002). Migraine – current understanding and treatment. *New England Journal of Medicine*, *346*(4), 257–270.
<https://doi.org/10.1056/NEJMra010917>
- Goslin, R. E., Gray, R. N., McCrory, D. C., Penzien, D., Rains, J., & Hasselblad, V. (1999). *Behavioral and physical treatments for migraine headache*. Agency for Health Care Policy and Research.
- Gowers, W. R. (1886). *A manual of diseases of the nervous system*. Churchill.
- Graham J. R., & Wolff, H. G. (1938) Mechanism of migraine headache and action of ergotamine tartrate. *Archives of Neurology and Psychiatry*. *39*(4):737–763.
<https://doi.org/10.1001/archneurpsyc.1938.022>
- Guidetti, V., & Galli, F. (2002). Psychiatric comorbidity in chronic daily headache: Pathophysiology, etiology, and diagnosis. *Current Pain and Headache Reports*, *6*(6), 492–497. <https://doi.org/10.1007/s11916-002-0069-7>
- Hamelsky, S. W., & Lipton, R. B. (2006). Psychiatric comorbidity of migraine. *Headache*, *46*(9), 1327–1333. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2006.00576.x>
- Hartmaier, S. L., Santanello, N. C., Epstein, R. S., & Silberstein, S. D. (1995). Development of a brief 24-hour migraine-specific quality of life questionnaire. *Headache*, *35*(6), 320–329. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.1995.hed3506320.x>
- Headache Classification Committee of the International Headache Society. (2018). The international classification of headache disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*, *38*(1), 1–211. <https://doi.org/10.1177/0333102417738202>
- Henriques, G., Keffer, S., Abrahamson, C., & Horst, S. J. (2011). Exploring the effectiveness of a computer-based heart rate variability biofeedback program in reducing anxiety in

- college students. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 36(2), 101–112.
<https://doi.org/10.1007/s10484-011-9151-4>
- Hobson, D. E., & Gladish, D. F. (1997). Botulinum toxin injection for cervicogenic headache. *Headache*, 37(4), 253–255. <https://doi.org/10.1046/j.1526-4610.1997.3704253.x>
- Holm, J. E., Bury, L., & Suda, K. T. (1996). The relationship between stress, headache, and the menstrual cycle in young female migraineurs. *Headache*, 36(9), 531–537.
<https://doi.org/10.1046/j.1526-4610.1996.3609531.x>
- Holroyd, K. A., Drew, J. B., Cottrell, C. K., Romanek, K. M., & Heh, V. (2007). Impaired functioning and quality of life in severe migraine: The role of catastrophizing and associated symptoms. *Cephalalgia*, 27(10), 1156–1165.
<https://doi.org/10.1111/j.1468-2982.2007.01420.x>
- Holroyd, K. A., O'Donnell, F. J., Stensland, M., Lipchik, G. L., Cordingley, G. E., & Carlson, B. W. (2001). Management of chronic tension-type headache with tricyclic antidepressant medication, stress management therapy, and their combination: A randomized controlled trial. *JAMA*, 285(17), 2208–2215.
<https://doi.org/10.1001/jama.285.17.2208>
- Humphrey P. P. (2008). The discovery and development of the triptans, a major therapeutic breakthrough. *Headache*, 48(5), 685–687. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2008.01097.x>
- Jensen, R., Rasmussen, B. K., Pedersen, B., Lous, I., & Olesen, J. (1992). Cephalic muscle tenderness and pressure pain threshold in a general population. *Pain*, 48(2), 197–203.
[https://doi.org/10.1016/0304-3959\(92\)90059-K](https://doi.org/10.1016/0304-3959(92)90059-K)

- Jette, N., Patten, S., Williams, J., Becker, W., & Wiebe, S. (2008). Comorbidity of migraine and psychiatric disorders--a national population-based study. *Headache*, *48*(4), 501–516. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2007.00993.x>
- Kelman, L., & Tanis, D. (2006). The relationship between migraine pain and other associated symptoms. *Cephalalgia*, *26*(5), 548–553. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2982.2006.01075.x>
- King R. (2002). Book review: Cognitive therapy of depression. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *36*(2), 272–275. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2002.t01-4-01015.x>
- Köhler, T., & Haimerl, C. (1990). Daily stress as a trigger of migraine attacks: Results of thirteen single-subject studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *58*(6), 870–872. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.58.6.870>
- Kokonyei, G., Szabo, E., Kocsel, N., Edes, A., Eszlari, N., Pap, D., Magyar, M., Kovacs, D., Zsombok, T., Elliott, R., Anderson, I. M., William Deakin, J. F., Bagdy, G., & Juhasz, G. (2016). Rumination in migraine: Mediating effects of brooding and reflection between migraine and psychological distress. *Psychology and Health*, *31*(12), 1481–1497. <https://doi.org/10.1080/08870446.2016.1235166>
- Kouzis, A. C., & Eaton, W. W. (1994). Emotional disability days: Prevalence and predictors. *American Journal of Public Health*, *84*(8), 1304–1307. <https://doi.org/10.2105/ajph.84.8.1304>
- Krymchantowski, A. V. (2006). The use of combination therapies in the acute management of migraine. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *2*(3), 293–297. <https://doi.org/10.2147/nedt.2006.2.3.293>
- Lantéri-Minet, M., Radat, F., Chautard, M. H., & Lucas, C. (2005). Anxiety and depression associated with migraine: Influence on migraine subjects' disability and quality of life,

and acute migraine management. *Pain*, 118(3), 319–326.

<https://doi.org/10.1016/j.pain.2005.09.010>

Lashley, K.S. (1941). Patterns of cerebral integration indicated by the scotoma of migraine.

Archives of Neurology and Psychiatry, 46(2), 331-339.

<https://doi.org/10.1001/archneurpsyc.1941.02280200137007>

Leão, A. & Morison, R. (1945). Propagation of spreading cortical depression. *The Journal of*

Nervous and Mental Disease, 102(5), 512. [https://doi.org/10.1097/00005053-](https://doi.org/10.1097/00005053-194511000-00029)

194511000-00029

Leonardi, M., Raggi, A., Bussone, G., & D'Amico, D. (2010). Health-related quality of life,

disability and severity of disease in patients with migraine attending to a specialty

headache center. *Headache*, 50(10), 1576–1586. [https://doi.org/10.1111/j.1526-](https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2010.01770.x)

4610.2010.01770.x

Leonardi, M., Steiner, T. J., Scher, A. T., & Lipton, R. B. (2005). The global burden of

migraine: Measuring disability in headache disorders with WHO's classification of

functioning, disability and health (ICF). *The Journal of Headache and Pain*, 6(6),

429–440. <https://doi.org/10.1007/s10194-005-0252-4>

Levor, R. M., Cohen, M. J., Naliboff, B. D., McArthur, D., & Heuser, G. (1986).

Psychosocial precursors and correlates of migraine headache. *Journal of Consulting*

and Clinical Psychology, 54(3), 347–353. [https://doi.org/10.1037//0022-](https://doi.org/10.1037//0022-006x.54.3.347)

006x.54.3.347

Ligthart, L., Hottenga, J. J., Lewis, C. M., Farmer, A. E., Craig, I. W., Breen, G., Willemsen,

G., Vink, J. M., Middeldorp, C. M., Byrne, E. M., Heath, A. C., Madden, P. A.,

Pergadia, M. L., Montgomery, G. W., Martin, N. G., Penninx, B. W., McGuffin, P.,

Boomsma, D. I., & Nyholt, D. R. (2014). Genetic risk score analysis indicates

migraine with and without comorbid depression are genetically different

- disorders. *Human Genetics*, 133(2), 173–186. <https://doi.org/10.1007/s00439-013-1370-8>
- Lin, Y. C., Perez, S., & Tung, C. (2019). Acupuncture for pediatric pain: The trend of evidence-based research. *Journal of Traditional and Complementary Medicine*, 10(4), 315–319. <https://doi.org/10.1016/j.jtcme.2019.08.004>
- Link, A. S., Kuris, A., & Edvinsson, L. (2008). Treatment of migraine attacks based on the interaction with the trigemino-cerebrovascular system. *The Journal of Headache and Pain*, 9(1), 5–12. <https://doi.org/10.1007/s10194-008-0011-4>
- Louter, M. A., Pijpers, J. A., Wardenaar, K. J., van Zwet, E. W., van Hemert, A. M., Zitman, F. G., Ferrari, M. D., Penninx, B. W., & Terwindt, G. M. (2015). Symptom dimensions of affective disorders in migraine patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 79(5), 458–463. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.09.014>
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-u](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u)
- Lusa. (2020). *Investigação descobre novo gene que predispõe para a enxaqueca*. Lusa, Agência de Notícias de Portugal. https://www.lusa.pt/article/9JI1HaUtOPq6VZzCAIBn_TMSZM5iuSI1/investiga%C3%A7%C3%A3o-descobre-novo-gene-que-predisp%C3%B5e-para-a-enxaqueca
- Machado, J., Barros, J., & Palmeira, M. (2006). Enxaqueca: Fisiopatogenia, clínica e tratamento. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 22, 461–470.
- Malone, C. D., Bhowmick, A., & Wachholtz, A. B. (2015). Migraine: Treatments, comorbidities, and quality of life, in the USA. *Journal of Pain Research*, 8, 537–547. <https://doi.org/10.2147/JPR.S88207>

- Martin, N. J., Holroyd, K. A., & Penzien, D. B. (1990). The headache-specific locus of control scale: Adaptation to recurrent headaches. *Headache*, *30*(11), 729–734.
<https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.1990.hed3011729.x>
- Martins, L. N., Oliveira, O. W. B., Dutra, L. Q., de Rezende, A. Q. M., Dantas, E. F., & Pereira, A. B. C. (2016). Migrânea com aura, qualidade de vida e tratamento: Um relato de caso. *Revista De Saúde*, *1*(1), 15–24. <https://doi.org/10.21727/rs.v1i1.31>
- Mascella, V., Vieira, N., Beda, L. C., & Lipp, M. E. N. (2014). Stress, sintomas de ansiedade e depressão em mulheres com dor de cabeça. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia*, *34*(87), 407–428.
- Mathew, P. G., & Garza, I. (2011). Headache. *Seminars in Neurology*, *31*(1), 5–17.
<https://doi.org/10.1055/s-0031-1271313>
- Mathew, N. T., & Jaffri, S. F. (2009). A double-blind comparison of onabotulinumtoxin (BOTOX) and topiramate (TOPAMAX) for the prophylactic treatment of chronic migraine: a pilot study. *Headache*, *49*(10), 1466–1478. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2009.01566.x>
- McKee, M. G. (2008). Biofeedback: an overview in the context of heart-brain medicine. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, *75*(2), S31–S34.
https://doi.org/10.3949/ccjm.75.suppl_2.s31
- McWilliams, L. A., Goodwin, R. D., & Cox, B. J. (2004). Depression and anxiety associated with three pain conditions: Results from a nationally representative sample. *Pain*, *111*(1-2), 77–83. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.06.002>
- Merikangas, K. R., Merikangas, J. R., & Angst, J. (1993). Headache syndromes and psychiatric disorders: Association and familial transmission. *Journal of Psychiatric Research*, *27*(2), 197–210. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(93\)90008-p](https://doi.org/10.1016/0022-3956(93)90008-p)

- Minen, M. T., Begasse De Dhaem, O., Kroon Van Diest, A., Powers, S., Schwedt, T. J., Lipton, R., & Silbersweig, D. (2016). Migraine and its psychiatric comorbidities. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 87(7), 741–749. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2015-312233>
- Montecucco, C., Schiavo, G., & Rossetto, O. (1996). The mechanism of action of tetanus and botulinum neurotoxins. *Archives of Toxicology*, 18, 342–354. https://doi.org/10.1007/978-3-642-61105-6_32
- Neves Neto, A. R. (2011) Técnicas de respiração para a redução do estresse em terapia cognitivo comportamental. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa*, 56(3), 158-68.
- Noronha, S. M, & Bertolini, G. L. (2008). Fisiopatologia da enxaqueca. *Revista Uningá*, 16(1). <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/674>
- Novartis. (2018a). “*É fundamental que se multipliquem iniciativas para minimizar o impacto da enxaqueca naqueles que a sofrem*” – Entrevista com Raquel Gil-Gouveia, neurologista responsável pelo Centro de Cefaleias do Hospital da Luz. Novartis. <https://www.novartis.pt/stories/descoberta/e-fundamental-que-se-multipliquem-iniciativas-para-minimizar-o-impacto-da>
- Novartis. (2018b). “*Estudo revela que quase 80% dos portugueses que sofrem de enxaqueca sentem-se limitados para cumprir as tarefas diárias*”. Novartis. <https://www.novartis.pt/news/media-releases/estudo-revela-que-quase-80-dos-portugueses-que-sofrem-de-enxaqueca-sentem-se>
- Novartis. (2018c). “*Em Portugal o problema maior da enxaqueca é o sub-tratamento*”. Novartis. <https://www.novartis.pt/stories/descoberta/em-portugal-o-problema-maior-da-enxaqueca-e-o-sub-tratamento>

- Ohno, K., Isotani, E., & Hirakawa, K. (1997). MELAS presenting as migraine complicated by stroke: case report. *Neuroradiology*, *39*(11), 781–784.
<https://doi.org/10.1007/s002340050505>
- Olesen, J. (2018). International Classification of Headache Disorders. *The Lancet. Neurology*, *17*(5), 396–397. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(18\)30085-1](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(18)30085-1)
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., Leal, I. (2004) Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia Saúde & Doenças* *36*(2), 229-239.
- Pascual J. (2019). Tratamiento de la migraña en el año 2020. *Medicina Clínica*, *152*(6), 226–228. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2018.10.012>
- Peroutka S. J. (1998). Genetic basis of migraine. *Clinical Neuroscience*, *5*(1), 34–37.
- Peroutka S. J. (2015). Clinical trials update 2014: Year in review. *Headache*, *55*(1), 149–157.
<https://doi.org/10.1111/head.12479>
- Rasmussen B. K. (1993). Migraine and tension-type headache in a general population: precipitating factors, female hormones, sleep pattern and relation to lifestyle. *Pain*, *53*(1), 65–72. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(93\)90057-V](https://doi.org/10.1016/0304-3959(93)90057-V)
- Rasmussen, B. K., Jensen, R., Schroll, M., & Olesen, J. (1991). Epidemiology of headache in a general population--a prevalence study. *Journal of Clinical Epidemiology*, *44*(11), 1147–1157. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(91\)90147-2](https://doi.org/10.1016/0895-4356(91)90147-2)
- Rasmussen, B. K., & Olesen, J. (1992). Migraine with aura and migraine without aura: an epidemiological study. *Cephalalgia*, *12*(4), 221–186. <https://doi.org/10.1046/j.1468-2982.1992.1204221.x>
- Reiss, S., & McNally, R. J. (1985). Expectancy model of fear. In S. Reiss & R. R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 107–121). Academic Press.

- Ressler, K. J., & Nemeroff, C. B. (2000). Role of serotonergic and noradrenergic systems in the pathophysiology of depression and anxiety disorders. *Depression and Anxiety, 12*(1), 2–19. [https://doi.org/10.1002/1520-6394\(2000\)12:1+<2::AID-DA2>3.0.CO;2-4](https://doi.org/10.1002/1520-6394(2000)12:1+<2::AID-DA2>3.0.CO;2-4)
- Riesco, N., García-Cabo, C., & Pascual, J. (2016). Migraña. *Medicina Clínica, 146*(1), 35–39. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2015.07.003>
- Russell, M. B., & Olesen, J. (1995). Increased familial risk and evidence of genetic factor in migraine. *BMJ, 311*(7004), 541–544. <https://doi.org/10.1136/bmj.311.7004.541>
- Russell, M. B., Rasmussen, B. K., Fenger, K., & Olesen, J. (1996). Migraine without aura and migraine with aura are distinct clinical entities: A study of four hundred and eighty-four male and female migraineurs from the general population. *Cephalalgia, 16*(4), 239–245. <https://doi.org/10.1046/j.1468-2982.1996.1604239.x>
- Sadir, M. A., Bignotto, M. M., & Lipp, M. E. N. (2010). Stress e qualidade de vida: Influência de algumas variáveis pessoais. *Paidéia, 20*(45), 73–81. <https://doi.org/10.1590/s0103-863x2010000100010>
- Selby, G., & Lance, J. W. (1960). Observations on 500 cases of migraine and allied vascular headache. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 23*(1), 23–32. <https://doi.org/10.1136/jnmp.23.1.23>
- Oliveira, C. R., & Correia, M. (2018). Sinapse. *Publicação da Sociedade Portuguesa de Neurologia, 18*(2), 1–84.
- Schulte-Mattler, W. J., Wieser, T., & Zierz, S. (1999). Treatment of tension-type headache with botulinum toxin: A pilot study. *European Journal of Medical Research, 4*(5), 183–186.

- Shone, C. C., & Melling, J. (1992). Inhibition of calcium-dependent release of noradrenaline from PC12 cells by botulinum type-A neurotoxin. Long-term effects of the neurotoxin on intact cells. *European Journal of Biochemistry*, 207(3), 1009–1016.
<https://doi.org/10.1111/j.1432-1033.1992.tb17137.x>
- Sicuteri, F., Testi, A., & Anselmi, B. (1961). Biochemical Investigations in headache: Increase in the hydroxyindoleacetic acid excretion during migraine attacks. *International Archives of Allergy and Immunology*, 19(1), 55–58. <https://doi.org/10.1159/000229194>
- Silberstein S. D. (2000). Practice parameter: Evidence-based guidelines for migraine headache (an evidence-based review): Report of the quality standards subcommittee of the American academy of neurology. *Neurology*, 55(6), 754–762.
<https://doi.org/10.1212/wnl.55.6.754>
- Silberstein, S. D. (2001). Headache and female hormones: What you need to know. *Current Opinion in Neurology*, 14(3), 323–333. <https://doi.org/10.1097/00019052-200106000-00010>
- Silberstein, S. D., & McCrory, D. C. (2003). Ergotamine and dihydroergotamine: History, pharmacology, and efficacy. *Headache*, 43(2), 144–166.
<https://doi.org/10.1046/j.1526-4610.2003.03034.x>
- Silberstein, S. D., & Young, W. B. (1995). Migraine aura and prodrome. *Seminars in Neurology*, 15(2), 175–182. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1041021>
- Siniatchkin, M., Averkina, N., & Gerber, W. D. (2006). Relationship between precipitating agents and neurophysiological abnormalities in migraine. *Cephalalgia*, 26(4), 457–465. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2982.2006.01061.x>
- Smitherman, T. A., Burch, R., Sheikh, H., & Loder, E. (2013). The prevalence, impact, and treatment of migraine and severe headaches in the United States: A review of

- statistics from national surveillance studies. *Headache*, 53(3), 427–436.
<https://doi.org/10.1111/head.12074>
- Sorbi, M., & Tellegen, B. (1984). Multimodal migraine treatment: Does thermal feedback add to the outcome?. *Headache*, 24(5), 249–255. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.1984.hed2405249.x>
- Stefane, T., Napoleão, A. A., Sousa, F. A., & Hortense, P. (2012). Influência de tratamentos para enxaqueca na qualidade de vida: Revisão integrativa de literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(2), 353–360. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672012000200023>
- Strunk, K. K., Sutton, G. W., & Burns, N. S. (2009). Beneficial effects of accurate and false brief biofeedback on relaxation. *Perceptual and Motor Skills*, 109(3), 881–886.
<https://doi.org/10.2466/pms.109.3.881-886>
- Silva, C., Vo, P., Carboni, V., Quintana, R., Monge, S., Laires, A. P. (2018). Characteristics and management of migraine patients who have failed prior preventive treatment in Portugal. *Value in Health*, 21, S353. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2018.09.2106>
- Taylor, S. (1999). *Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Taylor, S., Zvolensky, M. J., Cox, B. J., Deacon, B., Heimberg, R. G., Ledley, D. R., Abramowitz, J. S., Holaway, R. M., Sandin, B., Stewart, S. H., Coles, M., Eng, W., Daly, E. S., Arrindell, W. A., Bouvard, M., & Cardenas, S. J. (2007). Robust dimensions of anxiety sensitivity: Development and initial validation of the anxiety sensitivity Index-3. *Psychological Assessment*, 19(2), 176–188.
<https://doi.org/10.1037/1040-3590.19.2.176>
- The Agency for HealthCare Research and Quality. (1996). Smoking cessation clinical practice guideline. *JAMA*, 275(16), 1270–1280.

- Vaz-Serra, A. (2000). A vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica*, 21(4), 261–278.
- Villalón, C. M., Centurión, D., Valdivia, L. F., de Vries, P., & Saxena, P. R. (2003).
Migraine: pathophysiology, pharmacology, treatment and future trends. *Current Vascular Pharmacology*, 1(1), 71–84. <https://doi.org/10.2174/1570161033386826>
- Villalón, C. M., & Olesen, J. (2009). The role of CGRP in the pathophysiology of migraine and efficacy of CGRP receptor antagonists as acute antimigraine drugs. *Pharmacology and Therapeutics*, 124(3), 309–323.
<https://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2009.09.003>
- Vincent M. B. (1998). Fisiopatologia da enxaqueca. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 56(4), 841–851. <https://doi.org/10.1590/s0004-282x1998000500024>
- Vincent, M., Rodrigues, A., de Oliveira, G. V., De Souza, K. F., Doi, L. M., Rocha, M. B., Saporta, M. A., Orleans, R. B., Kotecki, R., Estrela, V. V., de Medeiros, V. A., & Borges, W. I. (1998). Prevalência e custos indiretos das cefaléias em uma empresa brasileira. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 56(4), 734–743.
<https://doi.org/10.1590/s0004-282x1998000500006>
- Weiller, C., May, A., Limmroth, V., Jüptner, M., Kaube, H., Schayck, R. V., Coenen, H. H., & Diener, H. C. (1995). Brain stem activation in spontaneous human migraine attacks. *Nature Medicine*, 1(7), 658–660. <https://doi.org/10.1038/nm0795-658>
- Welch, R. A. (2001). RTX toxin structure and function: A story of numerous anomalies and few analogies in toxin biology. *Current Topics in Microbiology and Immunology*, 257, 85–111. https://doi.org/10.1007/978-3-642-56508-3_5
- Wen, T. S. (2008). *Manual terapêutico de acupuntura*. Manole.
- Wessman, M., Terwindt, G. M., Kaunisto, M. A., Palotie, A., & Ophoff, R. A. (2007). Migraine: A complex genetic disorder. *The Lancet Neurology*, 6(6), 521–532.
[https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(07\)70126-6](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(07)70126-6)

- Wheeler A. H. (1998). Botulinum toxin A, adjunctive therapy for refractory headaches associated with pericranial muscle tension. *Headache*, 38(6), 468–471.
<https://doi.org/10.1046/j.1526-4610.1998.3806468.x>
- World Health Organization. (2016). *Headache disorders*. World Health Organization.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/headache-disorders>
- Wolff, H. G. (1955). Headache mechanisms. *International Archives of Allergy and Applied Immunology*, 7(4-6), 210–278. <https://doi.org/10.1159/000228230>
- Wolpe J. (1968). Psychotherapy by reciprocal inhibition. *Conditional Reflex*, 3(4), 234–240.
<https://doi.org/10.1007/BF03000093>
- Yamamura, Y. (2004) *Acupuntura tradicional: Arte de inserir* (2ª ed.). Roca.
- Yavuz, B. G., Aydinlar, E. I., Dikmen, P. Y., & Incesu, C. (2013). Association between somatic amplification, anxiety, depression, stress and migraine. *The Journal of Headache and Pain*, 14(1), 53. <https://doi.org/10.1186/1129-2377-14-53>

ANEXOS

ANEXO A

Questionário *google forms*

O Impacto Psicológico da Enxaqueca na qualidade de vida dos Portugueses

O presente estudo insere-se no âmbito da realização da dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, da mestranda Mónica Souto da Universidade Lusíada de Lisboa, sob a orientação da Prof. Dra. Mayra Delalibera.

Este estudo tem por objetivo compreender e caracterizar, o impacto da enxaqueca na vida das pessoas, a nível pessoal, familiar e emocional, os possíveis fatores desencadeantes, assim como compreender e caracterizar os tratamentos mais usados.

Deste modo, vimos, por este meio, solicitar a sua colaboração e consentimento para a participação no estudo.

A sua opinião é muito importante para compreendermos as melhores práticas e comportamentos de adaptação da população portuguesa face à enxaqueca.

A participação é voluntária, as respostas são confidenciais e anónimas, e pode desistir a meio da sua participação, se assim o entender.

Por favor, antes de iniciar, leia as instruções no início do formulário para o seu correto preenchimento. NÃO EXISTEM RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS. SOMENTE SE PRETENDE A SUA OPINIÃO.

Caso haja dúvidas, questões ou necessite de mais esclarecimentos contactar:

11074105@lis.ulusiada.pt.

Agradeço a sua participação no estudo e o tempo despendido na realização deste questionário.

***Obrigatório**

1. *Marcar apenas uma oval.*

Opção 1



2. CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO Li as informações e autorizo a minha participação no presente estudo. Entendi também que a minha participação é livre, voluntária e anónima, podendo eu retirar o meu consentimento em qualquer momento sem prejuízo. *

Marcar apenas uma oval.

- sim, aceito participar
 não, não aceito participar

Informações Sociodemográficas

3. Indique por favor o seu sexo: *

Marcar apenas uma oval.

- Feminino
 Masculino
 Prefiro não dizer

4. Qual a sua idade? *

5. Qual o seu grau de escolaridade? *

Marcar apenas uma oval.

- < 4º Ano
- 4º Ano
- 6º Ano
- 9º Ano
- 12º Ano
- Curso técnico
- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

6. Qual o seu estado civil? *

Marcar apenas uma oval.

- Solteira/o
- Casada/o
- Divorciada/o
- Viúva/o
- Prefiro não dizer

7. Qual o seu tipo de enxaqueca? *

Marcar apenas uma oval.

- Enxaqueca com aura
- Enxaqueca sem aura
- Cefaleia Tensional
- Cefaleia em Salvas
- Outra: _____

Conhecendo a Enxaqueca

8. Com que frequência sofre de enxaquecas? *

Marcar apenas uma oval.

- Uma vez por semana
- Uma vez por mês
- Várias vezes durante a semana
- várias vezes durante um Mês
- Uma vez por ano
- Outra: _____

9. Com que idade teve a sua primeira crise? *

10. Há quanto tempo sofre de enxaquecas? *

11. No seu caso, quais os sintomas mais recorrentes? (Pode marcar mais de uma opção) *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Náuseas ou vômitos
- Intolerância à luz
- Intolerância ao som
- Intolerância ao cheiro
- Dormência (formigueiro) em alguma parte do corpo
- Dificuldade em falar ou paralisias passageiras dos membros
- Nariz entupido ou a pingar
- Sentir cansaço
- Tonturas
- Sinusite ou renite
- Dor de costas, contraturas, tensão nos ombros, pescoço ou costas

Outra: _____

12. Selecione a localização onde a dor é mais frequente (Caso tenha mais de uma localização, por favor selecione mais de uma opção). *

Marcar tudo o que for aplicável.

- À volta dos olhos/ no olho
- Em toda a cabeça
- Em um lado da cabeça
- Na região frontal da cabeça
- Na parte de trás da cabeça ou pescoço
- Tipo "capacete/ peso"
- Pulsátil/latejante (sensação de o coração estar a bater dentro da cabeça)
- Crescente ao longo do tempo

Outra: _____

13. No seu caso específico o que considera como fatores desencadeantes das suas enxaquecas? (Assinale todos os que fatores que considera). *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Alterações na alimentação
- Consumo de bebidas alcoólicas
- Consumo de alimentos processados
- Consumo de Cafeína
- Consumo de queijos curados
- Estar muito tempo sem comer
- Estar desidratada (beber pouca água)
- Estar menstruada ou próxima do ciclo menstrual (se mulher)
- Alterações do sono
- Estar numa situação de stress
- Estar numa situação de muita ansiedade
- Alterações meteorológicas
- Viagens com alterações de altitude
- Todos os fatores acima listados
- Ainda não identifiquei

Outra: _____

Qualidade de Vida

14. Teve de fazer alterações na sua vida para conviver com a enxaqueca? Se sim, indique em que áreas: *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Familiar
- Profissional
- Social
- Alimentação
- Não fiz alterações

Outra: _____

15. A enxaqueca pode gerar sentimentos negativos. Se experienciou ou experiência algum(s), assinale o(s) qual(is) se identifica. *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Sensação de Impotência face à doença
- Incompreensão dos outros
- Ansiedade
- Depressão
- Medo
- Estado de alerta constante
- Frustração por não conseguir cumprir tarefas/ planos/ trabalho
- Isolamento

Outra: _____

16. No seu caso específico, considera o stress como fator principal e desencadeante da enxaqueca? *

Marcar apenas uma oval.

- Não
- Algumas vezes
- Muitas vezes
- Sempre

17. No seu caso específico, considera a ansiedade como fator principal e desencadeante da enxaqueca? *

Marcar apenas uma oval.

- Não
- Algumas vezes
- Muitas vezes
- Sempre

18. No seu caso, já esteve deprimido devido ao impacto que a enxaqueca tem na sua vida? *

Marcar apenas uma oval.

- Nunca
 Poucas Vezes
 Algumas vezes
 Muitas vezes
 Sempre, desde que comecei a ter enxaqueca

19. Sente se compreendida/o, perante os outros quando está a passar por uma crise? Numa escala de 1 a 5 (sendo que 1 é nada compreendido e 5 totalmente compreendida/o), atribua o seu valor a cada um dos grupos que se seguem: *

Marcar apenas uma oval por linha.

	1 - nada compreendido	2	3 - Moderadamente compreendido	4	5 - Totalmente compreendido	Não se aplica
Família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. Indique qual ou quais as áreas da sua vida foram mais prejudicada pela Enxaqueca. *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Familiar
 Emocional
 Trabalho
 Social
 Nenhuma

Outra: _____

WHOQOL
- BREF

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, e outras áreas da sua vida.
Por favor responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.
Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas duas ultimas semanas.

21. Como avalia a sua qualidade de vida? *

Por favor leia cada pergunta e veja como se sente a respeito dela. Coloque um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece ser a melhor resposta.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Muito má	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito boa

22. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Muito insatisfeito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Satisfeito

23. As perguntas que se seguem são para ver até que ponto sentiu dores nas duas ultimas semanas? *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nada	Pouco	Muito	Muitissimo
Em que medida as suas dores (físicas) o (a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. As perguntas seguintes são para ver até que ponto experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Tem energia suficiente para a sua vida diária?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É capaz de aceitar a sua aparência física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. Como avaliaria a sua mobilidade (capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio)? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Muito má	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito boa

26. As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar como se sentiu bem ou satisfeito (a) em relação a vários aspetos da sua vida nas duas últimas semanas.

*

Marcar apenas uma oval por linha.

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
Até que ponto está satisfeito (a) com o seu sono?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ate que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Até que ponto está satisfeito (a) com as condições do lugar em que vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Até que ponto está	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

satisfeito(a) com o
acesso que tem
aos serviços de
saúde?

Até que ponto está
satisfeito(a) com
os transportes que
utiliza?

27. As perguntas que se seguem referem-se à frequência com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	sempre
Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

EADS

28. Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si durante a semana passada. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação. *

Marcar apenas uma oval por linha.

	0 – não se aplicou nada a mim	1 – aplicou-se a mim algumas vezes	2 – aplicou-se a mim de muitas vezes	3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes
Tive dificuldades em me acalmar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senti a minha boca seca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senti dificuldades em respirar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senti tremores (por ex., nas mãos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Senti que não tinha nada a esperar do futuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dei por mim a ficar agitado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senti dificuldade em me relaxar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senti-me desanimado e melancólico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senti-me quase a entrar em pânico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senti que não tinha muito valor como pessoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senti que por vezes estava sensível	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senti que a vida não tinha sentido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Prevenção e Tratamento

29. Procurou ajuda médica por causa da Enxaqueca? Indique qual ou quais: *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Médico de Família
- Neurologista
- Neurologista especialista em Cefaleias
- Nunca procurei ajuda médica

Outra: _____

30. Perante o diagnóstico, quais foram os seus principais medos? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Insegurança
- Frustração
- Medo de não ser compreendido pelo outro
- Medo de perda de qualidade de vida
- Nenhum

Outra: _____

31. Faz uso de Medicamentos? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

32. Se faz uso de medicação, qual o tipo de medicação utiliza? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Medicação de prevenção
- medicação em S.O.S
- Medicação de uso contínuo
- Não faço uso

33. Faz acompanhamento regular específico para a enxaqueca? Se sim, indique com que profissional. *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Médico de Família
 Neurologista
 Neurologista especialista em Cefaleias
 Nunca procurei ajuda médica

Outra: _____

34. Procurou métodos alternativos e /ou complementares ao tratamento da enxaqueca? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

35. Se sim, quais?

Marcar tudo o que for aplicável.

- Acunpuntura
 Biofeedback
 Meditação/Técnicas de relaxamento
 Hipnoterapia
 Terapia de Bowen
 Exercício físico

Outra: _____

36. Esse(s) método(s) alternativo(s) trouxeram-lhe alívio/ melhoras? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim, sempre
- Na maioria das vezes
- Algumas vezes
- Não

37. Sente que o nosso país tem recursos suficientes para a prevenção desta doença? *

Marcar apenas uma oval.

- Nada
- Pouco
- Razoavelmente
- Bastante

38. Sente que o nosso país investe o suficiente para a divulgação de informações sobre esta doença? *

Marcar apenas uma oval.

- Nada
- Pouco
- Razoavelmente
- Bastante

39. Caso deseje, pode utilizar esse espaço para comentários acerca da sua experiência com enxaqueca.

Seção sem
título

Obrigada por responder o questionário.

A sua opinião é muito importante para compreendermos o impacto da enxaqueca na vida dos portugueses.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

ANEXO B

Escala de ansiedade, depressão e stress (EADS)

EADS-21

Nome _____ Data ___/___/___

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si *durante a semana passada*. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:

- 0 – não se aplicou nada a mim
- 1 – aplicou-se a mim algumas vezes
- 2 – aplicou-se a mim de muitas vezes
- 3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO

ANEXO C

World Health Organization Instrument to Evaluate Quality of Life (WHOQOL-BREF)

WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)



FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □ + □			
Domínio 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □			
Domínio 3	$Q20 + Q21 + Q22$ □ + □ + □			
Domínio 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □ + □ + □ + □			

DADOS PESSOAIS

A1 Idade anos **A2** Data de Nascimento / /

A3 Sexo Masculino Feminino **A4** Escolaridade

Não sabe ler nem escrever	<input type="text"/>
Sabe ler e/ou escrever	<input type="text"/>
1 ^o -4 ^o anos	<input type="text"/>
5 ^o -6 ^o anos	<input type="text"/>
7 ^o -9 ^o anos	<input type="text"/>
10 ^o -12 ^o anos	<input type="text"/>
Estudos Universitários	<input type="text"/>
Formação pós-graduada	<input type="text"/>

A5 Profissão

A6.1 Freguesia
A6.2 Concelho
A6.3 Distrito

A7 Estado Civil

Solteiro(a)	<input type="text"/>
Casado(a)	<input type="text"/>
União de facto	<input type="text"/>
Separado(a)	<input type="text"/>
Divorciado(a)	<input type="text"/>
Viúvo(a)	<input type="text"/>

B1a Está actualmente doente? Sim Não

B1b Que doença é que tem?

B2 Há quanto tempo?

B3 Regime de tratamento? Internamento Consulta Externa Sem tratamento

C. Forma de administração do questionário

- 1. Auto-administrado
- 2. Assistido pelo entrevistador
- 3. Administrado pelo entrevistador

D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (FB.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5