

Impacto do tempo de exposição à doença e do tratamento em pacientes com migrânea

Impact of disease exposure time and treatment on patients with migraine

Impacto del tiempo de exposición a la enfermedad y del tratamiento en pacientes con migraña

Thaís Brito Vilela



[ORCID](#) - [Lattes](#)

Pedro Henrique Ribeiro da Cunha - [ORCID](#) - [Lattes](#)

Rodrigo Nicolato - [ORCID](#) - [Lattes](#)

Isabela Maria Magalhães Lima - [ORCID](#) - [Lattes](#)

RESUMO:

Introdução: a migrânea é responsável pelo impacto na funcionalidade e no sofrimento psicológico de indivíduos acometidos por essa condição. A gravidade dos sintomas migranosos e o tempo de exposição estão associados e dizem respeito à idade de início da migrânea e ao tratamento precoce. **Objetivo:** o objetivo deste artigo é verificar se há associação entre o tempo de exposição à migrânea e a prevalência de sintomas depressivos e ansiosos, bem como identificar a relação, direta ou indireta, do tempo de tratamento sobre sintomas de transtornos psiquiátricos e a diminuição do impacto da doença na vida dos pacientes. **Método:** esta pesquisa configura-se como um estudo descritivo transversal, realizado em uma unidade especializada em atendimento de pacientes com migrânea com uma amostra dividida em grupo controle, migrânea episódica e migrânea crônica. **Resultados e conclusões:** concluiu-se que os pacientes com migrânea, seja ela crônica (MC) ou episódica (ME), pareados em relação à idade atual, relataram período de início das cefaleias aproximado, mas possuem tempo de tratamento diferente (MC=15 meses e ME=34 meses). Além disso, o grupo com migrânea crônica apresentou maior carga da doença.

Palavras-chave: enxaqueca sem aura, angústia psicológica, idade de início, tempo para o tratamento, transtornos de enxaqueca, cefaleia.

ABSTRACT:

Introduction: migraine is responsible for the impact on functionality and psychological suffering of individuals who experience this condition. The severity of migraine symptoms and exposure time are associated with and relate to the age of onset of migraine and early treatment. **Objective:** The objective of this article is to verify whether there is an association between the time of exposure to migraine and the prevalence of depressive and anxious symptoms, as well as to identify the direct or indirect relationship between the duration of treatment on symptoms of psychiatric disorders and the decrease in the impact of migraine disease in patients' lives. **Method:** this research constitutes a cross-sectional descriptive study, carried out at a unit specialized in migraine patient care with a sample divided into control group, episodic migraine, and chronic migraine. **Results and conclusions:** it were concluded that age-matched patients with either chronic migraine (CM) or episodic migraine (EM) reported similar headache onset periods, but have different treatment time (CM = 15 months and EM = 34 months). In addition, the chronic migraine group had higher disease burden.

Keywords: migraine without aura, psychological distress, age of onset, time-to-treatment, migraine disorders, headache.

RESUMEN:

Introducción: la migraña es responsable del impacto en la funcionalidad y el sufrimiento psicológico de los individuos que la padecen. La gravedad de los síntomas de la migraña y el tiempo de exposición están asociados y se relacionan con la edad de inicio de la migraña y el tratamiento temprano. **Objetivo:** El objetivo de este artículo es verificar si existe asociación entre el tiempo de exposición a la migraña y la prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos, así como identificar la relación directa o indirecta entre la duración del tratamiento sobre síntomas de trastornos psiquiátricos y la disminución del impacto de la enfermedad de migraña en la vida de los pacientes. **Método:** esta investigación constituye un estudio descriptivo transversal, realizado en una unidad especializada en atención de pacientes con migraña con una muestra dividida en grupo control, migraña episódica y migraña crónica. **Resultados y conclusiones:** se concluyó que los pacientes de la misma edad con migraña crónica (MC) o

migraña episódica (EM) informaron períodos de inicio de dolor de cabeça similares, pero con un tiempo de tratamento diferente (CM = 15 meses y EM = 34 meses). Además, el grupo de migraña crónica tenía una mayor carga de enfermedad.

Palabras clave: migraña sin aura, distrés psicológico, edad de inicio, tiempo de tratamento, transtornos migrañosos, cefaleas.

Como citar: Vilela TB, Cunha PHR, Nicolato R, Lima IMM. Impacto do tempo de exposição à doença e do tratamento em pacientes com migrânea. Debates em Psiquiatria, Rio de Janeiro. 2023;13:1-23.

<https://doi.org/10.25118/2763-9037.2023.v13.472>

Conflito de interesses: declaram não haver

Fonte de financiamento: declaram não haver

Parecer CEP: Universidade Federal de Minas Gerais. Parecer do Comitê de Ética n. 44851320.0.0000.5149

Recebido em: 01/02/2023

Aprovado em: 16/02/2023

Publicado em: 15/04/2023

Introdução

A migrânea é um tipo de cefaleia primária de alta frequência na população, sobretudo em mulheres. Junto a outras formas de cefaleia, ocupa o quarto lugar entre as dez principais condições que contribuem, negativamente, para a expectativa de vida ajustada à saúde entre os anos de 1990 e 2013 [1]. Estima-se que os Estados Unidos gastam mais de U\$20 bilhões por ano em decorrência dos custos diretos e indiretos destinados ao tratamento de cefaleias [2].

A migrânea pode ser caracterizada como um distúrbio primário com recorrentes crises de cefaleias, compostas por quatro fases:

- ✓ sintomas premonitórios: alterações neurológicas, psicológicas e autonômicas em até 48 horas antes das dores de cabeça;
- ✓ aura: sintomas neurológicos visuais, de fala e ou linguagem focais e reversíveis que podem preceder ou acompanhar as dores;
- ✓ dor de cabeça e ou cefaleia: dor latejante resultante da transmissão nociceptiva das meninges às áreas centrais do cérebro;

- ✓ pós-dromo: o paciente experimenta, entre outros sintomas, fadiga, dificuldade de concentração, indisposição, apatia e sintomas depressivos de 1 a 2 dias após a cefaleia [3-4].

Embora seja achada frequente, a aura não está sempre presente. A ocorrência ou não desse sintoma, somado a outros sinais clínicos, permite diferenciar entre dois tipos principais: migrânea com ou sem aura [5]. Além disso, a migrânea pode ser classificada nas formas episódica (ME) e crônica (MC). A presença e persistência de dor de cabeça em 15 ou mais dias por mês, por mais de três meses, em pacientes com diagnóstico prévio de migrânea, caracteriza MC [6].

As diferenças na sintomatologia, as formas de tratamento, os gastos individuais e o impacto na qualidade de vida dos pacientes também são utilizados como critérios de diferenciação entre MC e ME [7]. Considera-se que quanto maior a frequência de dias de cefaleia por mês, maior é o comprometimento da qualidade de vida relacionada à saúde [8].

A migrânea é responsável por um relevante impacto na funcionalidade dos indivíduos portadores dessa condição, além de estar associada a diferentes comorbidades psiquiátricas, sobretudo aos transtornos de depressão e de ansiedade. Essa associação é observada em maior frequência e intensidade na MC (30,2%), quando comparada à ME (18,8%) [9, 10, 11]. De acordo com Blumenfeld et al. [9], o aumento dos dias de dores de cabeça, presente na MC, está associado à intensificação dos sintomas depressivos e ansiosos dos pacientes.

Um outro aspecto que tem sido relacionado à gravidade dos sintomas migranosos e aos seus diversos prejuízos é o tempo de duração da doença, definido como o número de anos decorridos desde o início da migrânea ou anos desde o diagnóstico [12]. Esses dados correspondem ao desfecho de uma revisão de estudos, publicados entre 2000 e 2010 nas plataformas Medline/PubMed e PsycInfo sobre impactos psicossociais da migrânea, que identificou a escassez de pesquisas que avaliam a duração da doença e o tempo de exposição aos seus sintomas, levando em conta a hipótese de que o tempo de exposição à migrânea está associado a um maior sofrimento [12].

Diante da importância do tema da migrânea, algumas abordagens terapêuticas, tanto farmacológicas como não farmacológicas, têm sido aventadas ao longo de décadas. O tratamento farmacológico usualmente

consiste desde a utilização de analgésicos simples e anti-inflamatórios não esteroidais até o uso de triptanos, ergotamínicos, antiepiléticos e medicações profiláticas [13]. Já do ponto de vista não farmacológico, abordagens baseadas em psicoterapia, manejo de gatilhos, estratégias de estilo de vida, dieta, exercício físico e higiene do sono, suplementação alimentar e neuromodulação têm demonstrado bons resultados [14-15], podendo atuar de forma adjuvante ou não aos fármacos. Além disso, é de fundamental importância a abordagem das comorbidades psiquiátricas no sucesso terapêutico [16]. Paige et al. [17] chamam atenção para a necessidade de uma investigação individual e aprofundada da saúde mental de pacientes com migrânea, uma vez que, para esses autores, o sofrimento psicológico dessa população vai além de comorbidades descritas e envolve raiva, medo, ansiedade antecipatória, catastrofização, culpa por sentir dor, entre outros.

Embora haja notável importância no tema da migrânea e diversos estudos estejam, cada vez mais, elucidando seus mecanismos e propondo novas terapias, ainda há uma escassez de estudos que avaliem o impacto da duração da doença nesses pacientes e correlacionem os achados com a prevalência sintomas de transtornos psiquiátricos [12]. Portanto, o objetivo deste estudo é verificar se há associação entre o tempo de exposição à migrânea e a prevalência de sintomas depressivos e ansiosos, bem como identificar a relação, direta ou indireta, do tempo de tratamento sobre a presença ou não de sintomas de transtornos psiquiátricos que geram sofrimento psicológico nesses pacientes.

Método

Delineamento

Esta pesquisa configura-se como um estudo transversal descritivo quantitativo.

Sujeitos

A amostra foi constituída por 113 pessoas. Participaram da pesquisa 63 pacientes de um consultório de neurologia particular da cidade de Belo Horizonte, diagnosticados com ME e MC, e 50 participantes que relataram não ter sofrido com cefaleias ou recebido algum diagnóstico de migrânea no último ano. Dos 63 pacientes, 32 faziam parte do grupo MC, com média de idade de 37,6 anos e do sexo predominantemente feminino (28 mulheres e 4 homens). O grupo ME foi constituído por 28 mulheres e 3 homens, com média de idade de 35,8 anos. Fizeram parte do grupo controle acompanhantes de pacientes do consultório médico, sendo 40 mulheres e 10 homens, com média de idade de 38,3 anos.

A escolha dessa clínica foi motivada pelo fato dela possuir atendimento secundário especializado em tratamento de migrânea na capital do estado de Minas Gerais, Brasil, e por englobar um número maior de pacientes com esse diagnóstico, indo além do autorrelato sobre a doença. Os pacientes diagnosticados com MC e ME, de acordo com o neurologista responsável pela avaliação, estão recebendo tratamento medicamentoso, conforme a gravidade da doença, e possuem respostas terapêuticas diferentes. Cabe ressaltar que a amostra com MC compreendeu pacientes que possuem diagnóstico recente ou que não alcançaram remissão dos sintomas.

Enquanto isso, pacientes com ME formaram um grupo que apresentou boa resposta ao tratamento, com diminuição de sintomas relacionados à migrânea, associado à menor frequência de dias com dor de cabeça por mês (menos de 15 dias). Para a inclusão de participantes no estudo, foram adotados os critérios para diagnóstico de migrânea sem aura e com aura definidos na 3.ª edição da Classificação Internacional de Cefaleias [6].

Os critérios de exclusão consistiram em: i) idade menor do que 18 anos e maior do que 65 anos; ii) diagnóstico de obesidade, de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) não controladas; iii) pressão arterial sistêmica maior ou igual a 140/90mmHg e glicohemoglobina maior ou igual a 7%; iv) doença renal e/ou hepática crônicas, de tireiodopatias com hormônio tireoestimulante (TSH) e/ou tiroxina T4 fora dos valores de referência padronizados e de doenças autoimunes, inflamatórias e/ou infecciosas crônicas; v) pacientes com comorbidades psiquiátricas que não aderiram ao tratamento medicamentoso, com uso por mais de 15 dias nos últimos seis meses de glicocorticoides ou de outras drogas imunossupressoras; e vi) presença de delírios e/ou alucinações, comprometimento cognitivo maior e com uso constante e abusivo de álcool e/ou uso de drogas ilícitas.

Procedimento de coleta de dados

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (44851320.0.0000.5149).

Após a seleção, através de análise médica de prontuários e levando em conta os diagnósticos atualizados dos pacientes com MC e ME pelo neurologista responsável, foi realizado o convite para participação nesta pesquisa por meio de telefonema. No caso de aceite, foi solicitado acesso a dados de prontuário por outro membro da pesquisa e agendado o envio dos questionários e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

para pacientes que demorariam a retornar às consultas. Além disso, foram utilizados intervalos entre as consultas para a entrega do material de entrevista para pacientes que estavam ou que iriam ao consultório. O grupo controle foi selecionado, com base na disponibilidade e no relato de ausência de cefaleias. Acompanhantes de pacientes também responderam aos questionários em sala de espera, quando atendiam aos critérios de inclusão para esse grupo. Dados clínicos, como presença ou não de comorbidades, número e tipo de medicamentos utilizados, abuso de analgésicos, idade de início das cefaleias, tempo de diagnóstico, entre outros, foram retirados do prontuário médico de pacientes com migrânea. O grupo controle relatou os próprios dados clínicos.

O TCLE foi entregue a todos os selecionados para apreciação e assinatura. Após o consentimento, foram coletadas as respostas de um questionário sociodemográfico, os dados clínicos e três instrumentos validados. Assim como o envio, o recebimento de questionários foi realizado por meio de um *motoboy*. Oito participantes foram excluídos da pesquisa. Destes, cinco devolveram questionários com respostas incompletas, e três não mantiveram o contato com os responsáveis pela pesquisa para o agendamento da recuperação dos questionários enviados. Ambos os participantes excluídos faziam parte da amostra com migrânea.

Instrumentos

A coleta iniciou com a aplicação de um questionário sociodemográfico composto por questões abertas, incluindo nome, idade, sexo, estado civil, paternidade/maternidade, profissão e escolaridade. Além disso, foram coletadas informações clínicas referentes ao diagnóstico de ME e/ou MC, de acordo com o ICHD-3 [6], o número de dias de cefaleia por mês, considerando o último trimestre, com suas características semiológicas, acompanhamento ou não psicológico e os padrões de uso e de resposta aos medicamentos sintomáticos nesse período. Cabe ressaltar que as informações sobre diagnóstico, comorbidades e tipos de medicamentos dos pacientes com migrânea foram coletadas em prontuário médico.

Para avaliação da ansiedade, foi utilizada a Triagem de Transtorno de Ansiedade Generalizada – GAD 7. Esse instrumento breve e validado para a língua portuguesa foi elaborado por Spitzer et al. [18], de acordo com os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV).

A avaliação de sintomas depressivos foi realizada a partir do instrumento Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). O PHQ-9 se caracteriza por ser um instrumento de aplicação relativamente rápida, contendo nove questões, o que seria uma vantagem em estudos epidemiológicos, em comparação a outros atualmente validados para o Brasil, como o Beck Depression Inventory (BDI) [19]. Também foi utilizada para a avaliação de sintomas depressivos a Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-D), composta por 21 itens, que tem como objetivo identificar a gravidade dos sintomas depressivos e não sua existência.

Procedimento de análise de dados

Como passo inicial da análise de dados, foi realizada uma análise descritiva e qualitativa, além de uma tabulação cruzada dos dados, com a finalidade de resumir, sumarizar e explorar o comportamento das variáveis e escalas em estudo.

Para análise descritiva quantitativa, foi utilizado o teste de normalidade de Shapiro-Willk com $p\text{-valor} > 0,05$, sendo possível identificar que os dados amostrados não apresentam distribuição normal, sendo assim necessário o uso de técnicas estatísticas não paramétricas.

Em análise subsequente, foram comparados os seguintes grupos: controle, portadores de migrânea crônica e portadores de migrânea episódica), no que diz respeito às variáveis sociodemográficas de pareamento. Eles foram pareados para variáveis demográficas, de acordo com as seguintes comparações: Idade era a única variável contínua com distribuição normal e o teste T de Student foi usado para investigar diferença significativa entre as médias; em relação às variáveis categóricas, o teste do χ^2 foi realizado para confirmar a existência de diferenças significativas nas variáveis sociodemográficas e confirmar o pareamento dos grupos. Os dados clínicos identificados nos grupos com migrânea por prontuário foram comparados apenas entre esses grupos.

Em análise subsequente, foram comparados os seguintes grupos: controle, pacientes com MC e pacientes com ME, no que diz respeito às variáveis sociodemográficas de pareamento. Os dados clínicos identificados nos grupos com migrânea por prontuário foram comparados apenas entre esses grupos. O grupo controle teve uma análise, em relação aos dados clínicos, realizada de maneira individual, já que se tratava de questões, em sua grande maioria, sobre sintomas presentes na migrânea.

Os testes estatísticos utilizados foram os de Kruskal–Wallis e Mann-Whitney com correção de bonferroni com p-valor 0,001. Esses testes foram realizados para analisar diferenças entre grupos para as variáveis contínuas das escalas e instrumentos de ansiedade (GAD-7) e depressão (PHQ-9 e Hamilton) e o teste de Mann-Whitney para verificar se existiu diferença estatística significativa entre os grupos MC e ME em relação ao tempo de tratamento e os valores de Midas (incapacidade). No teste de hipóteses H0 todas as médias são iguais e H1 no mínimo uma média é diferente.

Os resultados serão apresentados a partir das análises descritivas dos dados sociodemográficos e clínicos, seguidos do comparativo entre grupos do Midas e dos dados que refletem idade de início das cefaleias e dados das escalas de depressão e ansiedade.

Resultados

Tabela 1. Análises Descritivas – Sociodemográficos

Nota-se que as mulheres são maioria nos três grupos em estudo com proporção de 80% ou mais. Para os três, nota-se uma proporção pareada de pessoas com ensino superior completo e pós-graduação, sendo essa proporção menor para o grupo de ME. A amostra está bem dividida entre pacientes casados e solteiros em ambos os grupos, com uma proporção menor de divorciados.

Tabela 2. Estatísticas Descritivas

Conforme a tabela 2, em média, os pacientes que compõem a amostra afirmam ter pelo menos um filho. Por meio da tabela 2, podemos verificar que nos três grupos alguns pacientes não têm filhos, e que número máximo é de quatro no grupo controle. Nota-se pelo valor da Moda que a maioria dos pacientes não tem filhos. A média de idade dos grupos varia entre 35,8 e 38,3 anos, sendo a pessoa mais nova do grupo de ME com idade de 17 anos, e a mais velha com 19 anos do grupo controle.

Tabela 3. Análises Descritivas – Dados clínicos

A tabela 3 demonstra que 41,9% do grupo de pacientes com MC afirmou que o início da dor tem lugar na área fronto temporal, com maior parcela de tipo de dor pulsátil. Aproximadamente 90% da amostra do grupo MC manifesta sintomas característicos da síndrome, enquanto aproximadamente 80% desses pacientes possuem náuseas, abuso de analgésicos e não faz acompanhamento psicológico. No grupo ME, 59,4% da amostra apresenta início da dor na região dos olhos, sendo as dores do

tipo pulsátil e tensão as únicas categorias informadas. Aproximadamente 69% dos pacientes desse grupo têm algum tipo de sintoma, e 50% possuem náuseas. Nota-se que 90,6% da amostra do grupo ME não abusa de analgésicos e que 53,1% faz acompanhamento com psicólogo. Os dados sobre a abordagem psicológica da psicoterapia realizada por esses pacientes não estavam descritos no prontuário.

Tabela 4. Estatísticas descritivas – Dados Clínicos

As análises descritivas de acordo com a tabela 4 demonstram que, em média aos 19 anos, o grupo de pacientes com ME começa a manifestar cefaleias, e o grupo com MC aos 17. Ademais, pacientes com MC têm por volta de 19 crises de dor de cabeça por mês e pacientes com ME apenas cinco crises. O número de comorbidades e de uso de medicamentos aumenta com a cronificação da doença nessa amostra, porém se observa que pacientes com ME realizam tratamento profilático da migrânea por um tempo maior do que pacientes com MC.

Tabela 5. Comparativo Midas – Estatísticas

Verifica-se que, de acordo com a tabela 5, o impacto funcional da migrânea foi, consideravelmente, maior em pacientes do grupo MC, em comparação ao grupo ME. Além disso, a média de frequência de dias com cefaleia corresponde a um padrão de cronificação da doença e, logo, é maior em pacientes com MC. Ao ser realizado um teste de Mann-Whitney entre as variáveis Migraine Disability Assessment (MIDAS) (incapacidade) e Tempo de tratamento, registrou-se diferença estatística significativa entre os grupos MC e ME com p-valor menor que 0,05.

Tabela 6. Escala de Hamilton e idade de início das cefaleias

A tabela 6 demonstra que os itens com maior pontuação entre as diferentes idades de início das cefaleias na escala de Hamilton foram 'Sentimento de Culpa' e 'Ansiedade Psíquica'. Pacientes que apresentam início dos sintomas até os 10 anos e aqueles entre 11 e 20 anos de idade tiveram as maiores pontuações. Os itens de menor pontuação para os pacientes que começaram a experimentar cefaleias até os 10 anos de idade são a 'Despersonalização' e 'Desrealização'. Para os pacientes com início de cefaleias entre 11 e 20 anos, a menor pontuação está no item de 'Sintomas obsessivos e compulsivos'. Para os pacientes com início de cefaleias entre 21 e 30 anos, as menores pontuações são nos itens 'Suicídio' e 'Retardo'. Quando se trata de pacientes com início de crises de cefaleias acima de 30 anos, as menores pontuações foram nos itens 'Suicídio', 'Insônia

intermediária', 'Retardo', 'Sintomas genitais' e 'Despersonalização' e 'Desrealização'.

Figura 1. Idade de início da migrânea e maior pontuação na escala GAD-7

As maiores pontuações na escala da GAD-7 estão nos pacientes que tem início das cefaleias até os 10 anos de idade, seguido bem de perto pelos pacientes de 11 a 20 anos. No item 'Aborrecido', os pacientes com idade de início das cefaleias de 11 a 20 anos apresentam maior pontuação que os demais. Nota-se pequenas pontuações para pessoas que tem idade de início das cefaleias acima de 30 anos na GAD-7.

Figura 2. Idade de início da migrânea e maior pontuação na escala PHQ-9

Os itens 'Pouco interesse de fazer as coisas', 'Desânimo', 'Dificuldade para adormecer' e 'Cansaço/Falta de energia' e 'Movimentei-me lentamente' têm maiores pontuações na escala PHQ-9 nos pacientes com idade de início de cefaleias de até 10 anos, seguido de idade de início de 11 a 20 anos. Pacientes com idade de início das cefaleias de 11 a 20 anos pontuaram mais nos itens 'Excesso de apetite', 'Desiludido de mim' e 'Dificuldade de me concentrar'. Por sua vez, 'Pensei que seria melhor estar morto' segue pareado na pontuação entre os pacientes de até 20 anos.

Discussão

A média de idade de início das cefaleias nos grupos com migrânea (18,4) corrobora com dados descritos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que considerou a migrânea a doença mais incapacitante do mundo em pacientes com idade entre 15 e 49 anos [2]. Em uma fase de vida onde se espera alta produtividade, são observados impactos na funcionalidade, nas relações sociais, somados a gastos onerosos com saúde em pacientes diagnosticados com essa condição [2].

Os dados clínicos da amostra correspondem ao que se espera do processo de cronificação da migrânea [2]. Pessoas que pertencem ao grupo controle não relataram abuso de analgésicos, presença de comorbidades e sintomas, como náuseas, osmofobia, fonofobia, fotofobia, entre outras características relacionadas à doença. Com a cronificação da migrânea, pacientes do grupo MC abusaram mais de analgésicos, relataram mais áreas de início das cefaleias e tiveram maior presença de sintomas migranosos, quando comparados ao grupo de ME. Por outro lado, observou-se que, apesar da diferença da média mensal de crises de

cefaleia entre pacientes com MC e ME, metade dos pacientes com a condição episódica da doença apresentou náuseas.

A idade de início das cefaleias e consequente tempo de exposição à doença é um indicador inicial de maior sofrimento psicológico. Cefaleias com início precoce (0 a 10 anos e de 11 a 20) estão associadas a maior sofrimento psicológico na vida adulta em pacientes com migrânea. Esses dados corroboram com um estudo realizado entre 2016 e 2019 no departamento de psiquiatria e neurologia do hospital da China Ocidental, que avaliou possíveis correlações entre declínio cognitivo, diminuição da qualidade de vida e idade de início da migrânea [20]. Destaca-se que, com uma amostra de 531 pacientes, a idade de início da migrânea relacionada a maior declínio cognitivo foi de 31,77 anos [20].

Por outro lado, ressalta-se um ponto presente na amostra da atual pesquisa. Anos de educação estão associados, significativamente, a menor comprometimento cognitivo [21-22]. Esses autores verificaram que a migrânea de início jovem tem mais influência sobre a funcionalidade do cérebro impactando em maiores escores de escalas de depressão e menor qualidade de vida [21-22].

Adultos com início das cefaleias após os 30 anos tiveram pontuações mínimas e aproximadas de zero em itens associados à dificuldade de movimento, a desinteresse sobre a vida, a impactos no apetite, à insônia inicial e tardia, a sintomas genitais, à desrealização e a sintomas paranoides, obsessivos e compulsivos. Pesquisas demonstram alta prevalência de adultos com MC e de difícil manejo que relataram início dos sintomas na infância, com picos de dor e sofrimento antes dos 30 anos de idade e com maior impacto sobre a capacidade [12, 23].

Cabe salientar que houve uma aproximação da idade de início das cefaleias e idade atual dos pacientes dos grupos com MC e ME. Porém, apesar de o tempo de exposição à doença ser semelhante, o nível de sofrimento dos grupos e de incapacidade se diferencia, assim como o tempo de tratamento. Um estudo observacional realizado em clínicas de cefaleia com 182 pacientes com migrânea verificou que o tratamento precoce com o uso de triptanos está associado ao encurtamento do tempo entre o início das cefaleias e seu pico, o que pode, mesmo sem impactos sobre a intensidade da dor, reduzir a carga da doença e, logo, a sua gravidade [24]. Landy et al. [25] reforçaram a importância do tratamento precoce da migrânea para a diminuição do tempo de episódios, a redução do uso de medicamentos

adicionais e a antecipação do retorno dos pacientes às atividades de vida diária.

Pacientes com ME, além de terem iniciado o tratamento da migrânea antes de pacientes com a forma crônica da doença, também formaram o grupo com maior número de pessoas em acompanhamento psicológico. Levando em consideração à diminuição da carga da doença sobre a vida dos pacientes, práticas de psicoeducação são apontadas por pesquisas como um dos fatores preponderantes no desenvolvimento de estratégias para lidar com a dor, com a adesão ao tratamento e com o autogerenciamento de sintomas [26-27].

Além disso, o tratamento psicológico, com ênfase na Terapia Cognitivo Comportamental e na Terapia de Aceitação e Compromisso, tem sido associado a maior gerenciamento de gatilhos, enfrentamento do medo de ataques de dor, modulação de estresse, redução da incapacidade, diminuição de dias com cefaleia por mês e, por conseguinte, menor consumo mensal de medicamentos [27-28].

O presente estudo possui algumas limitações, como o tamanho da amostra, que foi pequeno, o que sugere a necessidade de amostras mais representativas de pacientes com migrânea. Além disso, verifica-se que o tempo de pesquisa transversal, não gerou comparações antes e após o tempo de tratamento, como ocorreria em um estudo longitudinal.

Conclusão

Recomenda-se a necessidade da realização de novos estudos que avaliam amostras maiores e mais representativas. Como todas as escalas foram preenchidas no mesmo momento, a percepção de dor e impacto pode se apresentar distorcida em sujeitos que possuem sintomas depressivos e ansiosos intensos. Dessa maneira, sugere-se a ampliação de estudos e da orientação de pacientes com ME quanto à necessidade de busca de tratamento profilático, visando evitar a cronificação da doença. Por fim, observa-se a urgência na indicação de acompanhamento médico e psicoterápico para pacientes com MC, a fim de reduzir a carga da doença, compensando o tempo exposto a ela e gerando menos sofrimento.

Agradecimentos

Agradecemos, em especial, ao neurologista Rodrigo Vasconcellos Vilela, responsável por parte essencial da avaliação e diagnóstico dos pacientes.

Referências

1. Chen H, Chen G, Zheng X, Guo Y. Contribution of specific diseases and injuries to changes in health adjusted life expectancy in 187 countries from 1990 to 2013: retrospective observational study. *BMJ*. 2019;364:l969. <https://doi.org/10.1136/bmj.l969> PMID:30917970 - PMCID:PMC6435998
2. Souza NE, Calumby ML, Afonso EO, Nogueira TZS, Pereira ABCNG. Cefaleia: migrânea e qualidade de vida. *Rev Saude*. 2015;6(2):23-6.
<http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RS/article/view/55>
3. Hansen JM, Lipton RB, Dodick DW, Silberstein SD, Saper JR, Aurora SK, Goadsby PJ, Charles A. Migraine headache is present in the aura phase: a prospective study. *Neurology*. 2012;79(20):2044-9. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e3182749eed> PMID:23115208 - PMCID:PMC3511920
4. Dodick DW. A phase-by-phase review of migraine pathophysiology. *Headache*. 2018;58 Suppl 1:4-16. <https://doi.org/10.1111/head.13300> PMID:29697154
5. Organização Mundial da Saúde. Levantamento da incidência de cefaléia no Brasil. 2011. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_migraine.pdf Acesso em: 5 set. 2015.
6. Headache classification committee of the International Headache Society (IHS) the international classification of headache disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*. 2018;38(1):1-211. <https://doi.org/10.1177/0333102417738202> - PMID:29368949
7. May A, Schulte LH. Chronic migraine: risk factors, mechanisms and treatment. *Nat Rev Neurol*. 2016;12(8):455-64. <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2016.93> - PMID:27389092
8. Meletiche DM, Lofland JH, Young WB. Quality-of-life differences between patients with episodic and transformed migraine.

Headache. 2001;41(6):573-8. <https://doi.org/10.1046/j.1526-4610.2001.041006573.x> - PMID:11437893

9. Blumenfeld AM, Varon SF, Wilcox TK, Buse DC, Kawata AK, Manack A, Goadsby PJ, Lipton RB. Disability, HRQoL and resource use among chronic and episodic migraineurs: results from the International Burden of Migraine Study (IBMS). Cephalalgia. 2011;31(3):301-15. <https://doi.org/10.1177/0333102410381145> PMID:20813784
10. Buse DC, Manack A, Serrano D, Turkel C, Lipton RB. Sociodemographic and comorbidity profiles of chronic migraine and episodic migraine sufferers. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2010;81(4):428-32. <https://doi.org/10.1136/jnnp.2009.192492> PMID:20164501
11. Chen YC, Tang CH, Ng K, Wang SJ. Comorbidity profiles of chronic migraine sufferers in a national database in Taiwan. J Headache Pain. 2012;13(4):311-9. <https://doi.org/10.1007/s10194-012-0447-4> - PMID:22527034 - PMCID:PMC3356468
12. Raggi A, Giovannetti AM, Quintas R, D'Amico D, Cieza A, Sabariego C, Bickenbach JE, Leonardi M. A systematic review of the psychosocial difficulties relevant to patients with migraine. J Headache Pain. 2012;13(8):595-606. <https://doi.org/10.1007/s10194-012-0482-1> PMID:23001069 PMCID:PMC3484254
13. Schwedt TJ, Garza I. Acute treatment of migraine in adults. Waltham: UpToDate; 2022. <https://www.uptodate.com/contents/acute-treatment-of-migraine-in-adults>
14. Puleda F, Shields K. Non-pharmacological approaches for migraine. Neurotherapeutics. 2018;15(2):336-45. <https://doi.org/10.1007/s13311-018-0623-6> - PMID:29616493 PMCID:PMC5935652
15. Schwedt TJ. Preventive therapy of migraine. Continuum (Minneapolis Minn). 2018;24(4):1052-65. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000635> - PMID:30074549

16. Jesus CAS, Peres MFP. Review of major risk factors for chronic migraine. *Headache Med.* 2012;3(4):181-7.
<https://doi.org/10.48208/HeadacheMed.2012.28>
17. Wells RE, O'Connell N, Pierce CR, Estave P, Penzien DB, Loder E, Zeidan F, Houle TT. Effectiveness of mindfulness meditation vs headache education for adults with migraine: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med.* 2021;181(3):317-28.
<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.7090>
PMID:33315046 - PMCID:PMC7737157
18. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Lowe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med.* 2006;166(10):1092-7.
<https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092> - PMID:16717171
19. Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, Almeida LSP, Silva NTB, Tams BD, Patella AM, Matijasevich A. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cad Saude Publica.* 2013;29(8):1533-43.
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013001200006>
PMID:24005919
20. Arenaza-Urquijo EM, Gonneaud J, Fouquet M, Perrotin A, Mézenge F, Landeau B, Egret S, De la Sayette V, Desgranges B, Chételat G. Interaction between years of education and APOE $\epsilon 4$ status on frontal and temporal metabolism. *Neurology.* 2015;85(16):1392-9.
<https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000002034> - PMID:26408498
PMCID:PMC4626241
21. Van Gerven PWM, Meijer WA, Jolles J. Education does not protect against age-related decline of switching focal attention in working memory. *Brain Cogn.* 2007;64(2):158-63.
<https://doi.org/10.1016/j.bandc.2007.02.005> - PMID:17397977
22. Bao J, Ma M, Dong S, Gao L, Li C, Cui C, Chen N, Zhang Y, He L. Early age of migraine onset is independently related to cognitive decline and symptoms of depression affect quality of life. *Curr Neurovasc Res.* 2020;17(2):177-87.

<https://doi.org/10.2174/1567202617666200207130659>

PMID:32031072 - PMCID:PMC7536790

23. Charles JA, Peterlin BL, Rapoport AM, Linder SL, Kabbouche MA, Sheftell FD. Favorable outcome of early treatment of new onset child and adolescent migraine: implications for disease modification. *J Headache Pain*. 2009;10(4):227-33.
<https://doi.org/10.1007/s10194-009-0133-3> - PMID:19506799
PMCID:PMC3451739
24. Hu XH, Ng-Mak D, Cady R. Does early migraine treatment shorten time to headache peak and reduce its severity? *Headache*. 2008;48(6):914-20. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2007.00955.x> - PMID:18005142
25. Landy SH, Runken MC, Bell CF, Higbie RL, Haskins LS. Examining the interrelationship of migraine onset, duration, and time to treatment. *Headache*. 2012;52(3):363-73.
<https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2011.02029.x>
PMID:22077159
26. Gendolla A. Early treatment in migraine: how strong is the current evidence? *Cephalalgia*. 2008;28 Suppl 2:28-35.
<https://doi.org/10.1111/j.1468-2982.2008.01688.x>
PMID:18715330
27. Klan T, Liesering-Latta E, Gaul C, Martin PR, Witthoft M. An integrative cognitive behavioral therapy program for adults with migraine: a feasibility study. *Headache*. 2019;59(5):741-55.
<https://doi.org/10.1111/head.13532> - PMID:30970172
28. Galvez-Sánchez CM, Montoro CI, Moreno-Padilla M, Del Paso GAR, de la Coba P. Effectiveness of acceptance and commitment therapy in central pain sensitization syndromes: a systematic review. *J Clin Med*. 2021;10(12):2706.
<https://doi.org/10.3390/jcm10122706> - PMID:34205244
PMCID:PMC8235706

↑ **Tabela 1.** Análises Descritivas – Sociodemográficos

| Variáveis Sociodemográficas | | | | |
|------------------------------------|-------------------------|-----------------------|-------------------------|---------------------------|
| Variáveis | Categorias | Grupo Controle | Migrânea crônica | Migrânea Episódica |
| Gênero | Feminino | 80,0% | 87,1% | 87,5% |
| | Masculino | 20,0% | 12,9% | 12,5% |
| Escolaridade | Ensino Fundamental | 2,0% | 0,0% | 0,0% |
| | Ensino Médio Incompleto | 0,0% | 0,0% | 3,1% |
| | Ensino Médio Completo | 8,0% | 6,5% | 12,5% |
| | Superior Completo | 38,0% | 38,6% | 25,0% |
| | Superior incompleto | 12,0% | 12,9% | 21,9% |
| | Pós-Graduação | 38,0% | 35,5% | 25,0% |
| | Mestrado | 2,0% | 6,5% | 12,5% |
| | Estado Civil | Casado(a) | 46,0% | 51,6% |
| | Divorciado(a) | 18,0% | 6,5% | 3,1% |
| | Solteiro(a) | 34,0% | 41,9% | 50,0% |
| | Viúvo(a) | 2,0% | 0,0% | 0,0% |

↑ **Tabela 2.** Estatísticas Descritivas

| Variável | GRUPO | Média | Mínimo | Mediana | Máximo | Amplitude | Moda |
|---------------------|--------------------|--------------|---------------|----------------|---------------|------------------|----------------------|
| Nº de filhos | Grupo Controle | 1 | 0 | 1 | 4 | 4 | 0 |
| | Migrânea crônica | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 |
| | Migrânea Episódica | 1 | 0 | 0 | 3 | 3 | 0 |
| Idade | Grupo Controle | 38,3 | 19 | 36,5 | 68 | 49 | 29 |
| | Migrânea crônica | 37,6 | 18 | 36 | 75 | 57 | 21; 28; 33; 34 |
| | Migrânea Episódica | 35,8 | 17 | 33,5 | 61 | 44 | 24; 28; 31 |

↑ **Tabela 3.** Análises Descritivas – Dados clínicos

| Características Clínicas por grupo | | | |
|---|-------------------------------|-------------------------|---------------------------|
| Variáveis | Local de início da dor | Migrânea crônica | Migrânea Episódica |
| | Fronto | | |
| | Temporal | 41,9% | 0,0% |
| | Nuca | 12,9% | 3,1% |
| | Olho | 9,7% | 59,4% |
| Local de início da dor | Pescoço | 0,0% | 21,9% |
| | Região Glabellar | 3,2% | 0,0% |
| | Região Palpebral | 29,0% | 0,0% |
| | Testa | 3,3% | 15,6% |
| Tipo de Dor | Aperto | 9,7% | 0,0% |
| | Ardência | 3,2% | 0,0% |
| | Pressão | 3,2% | 0,0% |
| | Pulsátil | 77,4% | 56,2% |
| | Tensão | 6,5% | 43,8% |
| Presença de sintomas | Não | 9,7% | 31,2% |
| | Sim | 90,3% | 68,8% |
| Náuseas | Não | 19,4% | 50,0% |
| | Sim | 80,6% | 50,0% |
| Abuso de analgésicos | Não | 16,1% | 90,6% |
| | Sim | 83,9% | 9,4% |
| Acompanhamento psicológico | Não | 74,2% | 46,9% |
| | Sim | 25,8% | 53,1% |

↑ **Tabela 4.** Estatísticas descritivas - Dados Clínicos

| Variáveis | Grupos | Média | Mínimo | Mediana | Máximo | Amplitude | Moda |
|---------------------------------------|--------------------|--------------|---------------|----------------|---------------|------------------|-------------|
| Crises de cefaleias | Migrânea crônica | 19 | 15 | 18 | 29 | 14 | 17 |
| | Migrânea Episódica | 5 | 1 | 4 | 10 | 9 | 1;2; 3;6 |
| Idade de Inícios das cefaleias | Migrânea crônica | 17 | 4 | 15 | 53 | 49 | 15 |
| | Migrânea Episódica | 19 | 6 | 18,5 | 35 | 29 | 17; 22 |
| Tempo de tratamento (meses) | Migrânea crônica | 15 | 0 | 15 | 36 | 36 | 17 |
| | Migrânea Episódica | 34 | 0 | 24 | 144 | 144 | 24 |
| Números total de medicamentos | Migrânea crônica | 3 | 1 | 3 | 5 | 4 | 3 |
| | Migrânea Episódica | 2 | 0 | 1,5 | 6 | 6 | 1 |
| Quantidade de comorbidades | Migrânea crônica | 1 | 0 | 1 | 4 | 4 | 1 |
| | Migrânea Episódica | 0 | 0 | 0 | 3 | 3 | 0 |

↑ **Tabela 5.** Comparativo Medidas – Estatísticas

| Variável | GRUPO | Média | Mínimo | Máximo | Amplitude | Moda |
|--------------------------------|--------------------|-------|--------|--------|-----------|----------|
| Impacto Funcional Total | Migrânea Crônica | 62,6 | 0 | 295 | 295 | * |
| | Migrânea Episódica | 15,41 | 1 | 50 | 49 | 5; 7; 24 |
| Frequência de Dias | Migrânea Crônica | 46,06 | 5 | 90 | 85 | 50 |
| | Migrânea Episódica | 11,78 | 0 | 30 | 30 | 6; 12 |

↑ **Tabela 6.** Escala de Hamilton e idade de início das cefaleias

| ITENS | 0 a 10 anos | 11 a 20 anos | 21 a 30 anos | Acima de 30 anos |
|---|-------------|--------------|--------------|------------------|
| Humor Deprimido | 33 | 33 | 9 | 3 |
| Sentimento de Culpa | 47 | 47 | 20 | 6 |
| Suicídio | 12 | 9 | 0 | 0 |
| Insônia Inicial | 19 | 25 | 7 | 4 |
| Insônia Intermediária | 15 | 19 | 4 | 0 |
| Insônia Tardia | 17 | 14 | 3 | 1 |
| Trabalhos e Atividades | 35 | 51 | 22 | 4 |
| Retardo | 10 | 8 | 0 | 0 |
| Agitação | 17 | 10 | 6 | 2 |
| Ansiedade Psíquica | 53 | 50 | 27 | 7 |
| Ansiedade Somática | 38 | 43 | 20 | 7 |
| Sintomas Somáticos Gastrointestinais | 18 | 17 | 7 | 2 |
| Sintomas Somáticos em geral | 21 | 26 | 12 | 2 |
| Sintomas Genitais | 15 | 27 | 9 | 0 |
| Hipocondria | 23 | 32 | 16 | 4 |
| Perda de Peso | 11 | 12 | 6 | 1 |
| Consciência da Doença | 29 | 18 | 9 | 3 |
| Variação Diurna | 24 | 23 | 9 | 2 |
| Despersonalização e Desrealização | 2 | 5 | 2 | 0 |
| Sintomas Paranoides | 5 | 8 | 2 | 1 |
| Sintomas Obsessivos e Compulsivos | 4 | 0 | 2 | 1 |

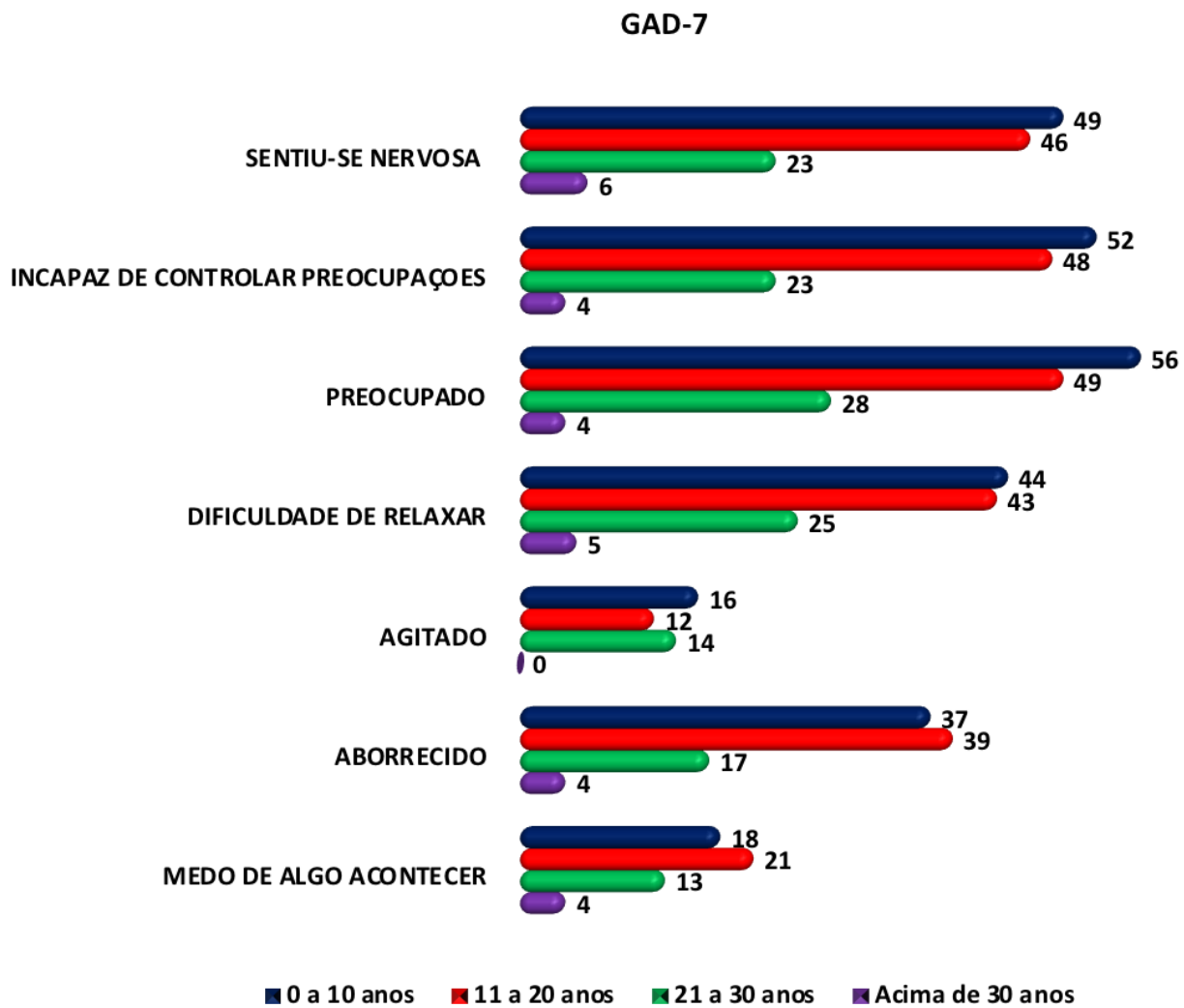
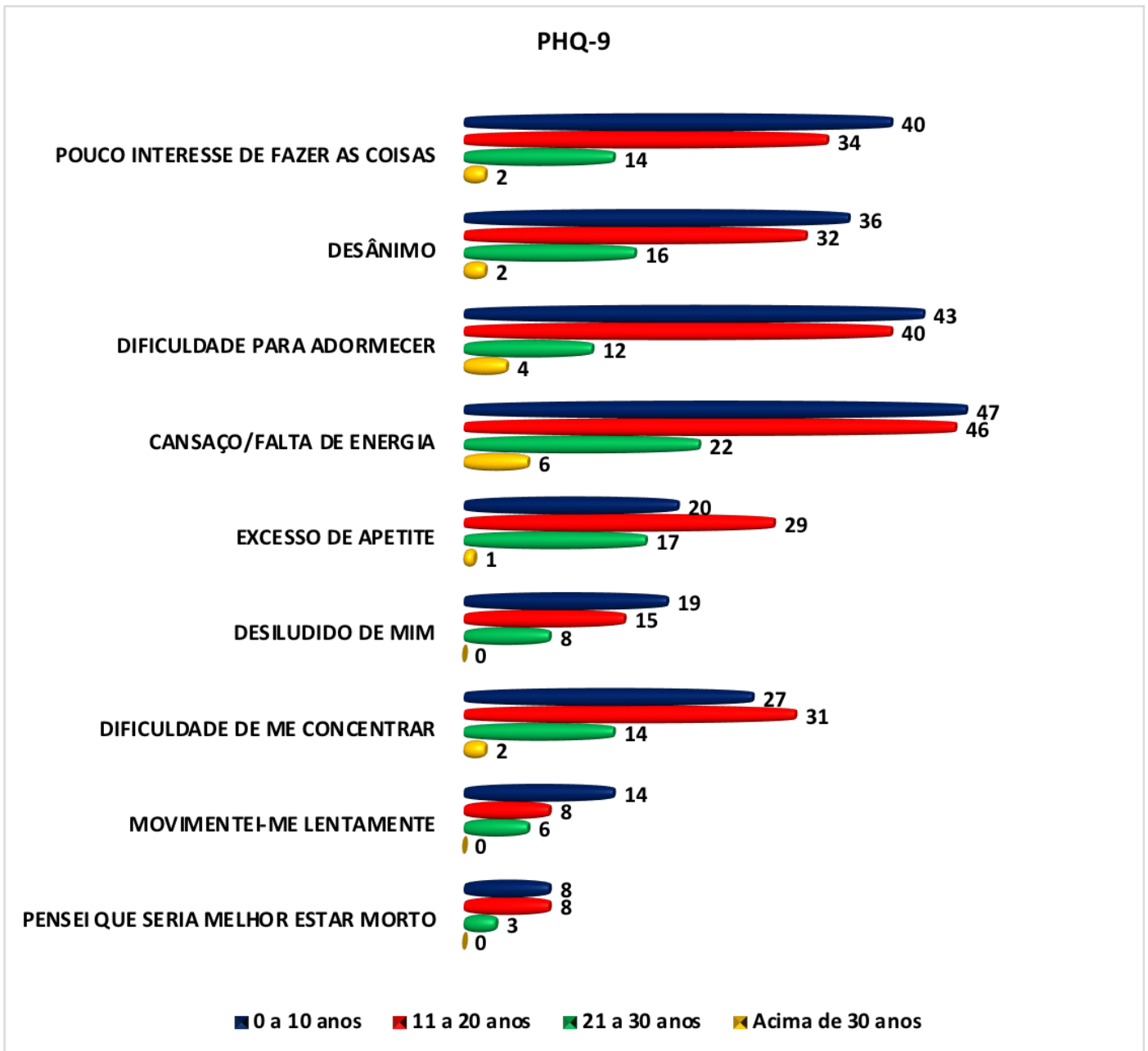


Figura 1. Idade de início e GAD-7 (Autor)



↑ **Figura 2.** Idade de início e PHQ-9 (Autor)