



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA – DCV- CAMPUS I – SALVADOR  
BACHARELADO EM FARMÁCIA**

**GEOVANA DA SILVA OLIVEIRA**

**PADRÕES CLÍNICOS E USO EXCESSIVO DE MEDICAMENTOS EM PACIENTES  
COM MIGRÂNEA: UMA ANÁLISE MULTIVARIADA EM UM PROJETO DE  
EXTENSÃO UNIVERSITÁRIO**

**Salvador  
2025**

**GEOVANA DA SILVA OLIVEIRA**

**PADRÕES CLÍNICOS E USO EXCESSIVO DE MEDICAMENTOS EM PACIENTES  
COM MIGRÂNEA: UMA ANÁLISE MULTIVARIADA EM UM PROJETO DE  
EXTENSÃO UNIVERSITÁRIO**

Monografia apresentada ao curso de Bacharelado em Farmácia da Universidade do Estado da Bahia como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Farmácia.

Orientadora: Profa. Esp. Ana Patrícia Pascoal Queiroz

Coorientador: Prof. Dr. Valterney Lima Deus

**Salvador  
2025**

## FOLHA DE APROVAÇÃO

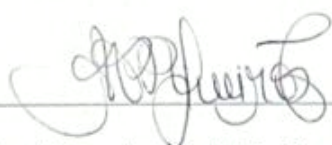
**GEOVANA DA SILVA OLIVEIRA**

### **PADRÕES CLÍNICOS E USO EXCESSIVO DE MEDICAMENTOS EM PACIENTES COM MIGRÂNEA: UMA ANÁLISE MULTIVARIADA EM UM PROJETO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIO**

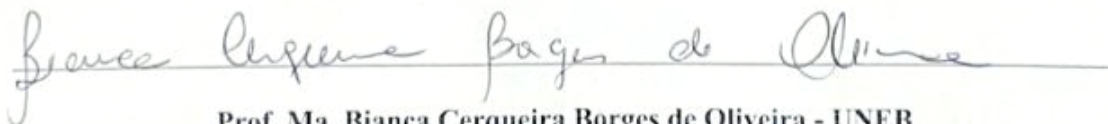
Monografia apresentada ao curso de Bacharelado em Farmácia da Universidade do Estado da Bahia como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Farmácia.  
Orientadora: Prof. Esp. Ana Patrícia Pascoal Queiroz  
Coorientador: Prof. Dr. Valterney Lima Deus

APROVADO EM: 17/12 /2025

#### **BANCA EXAMINADORA**



Prof. Esp. Ana Patrícia Pascoal Queiroz – UNEB



Prof. Ma. Bianca Cerqueira Borges de Oliveira - UNEB



Prof. Dr. Valdenizia Rodrigues da Silva – UNEB

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, pela minha vida e por me permitir superar todos os obstáculos encontrados ao longo da minha caminhada nesses anos.

Agradeço a mim mesma por nunca ter pensado em desistir e por ter persistido nos momentos mais difíceis. Por não ter me contentado com o básico e por sempre me dedicar ao meu melhor. Vivi esses cinco anos de graduação da melhor forma que pude, e sou imensamente feliz por ter chegado até aqui.

Agradeço aos meus pais, Amilton e Salete, que me mostraram o que é o amor incondicional em cada gesto e cuidado que me trouxeram até este momento. Eu definitivamente não estaria onde estou hoje se não fosse por vocês. Vocês são meus melhores amigos e as melhores referências que eu poderia ter na vida.

Aos meus amigos e colegas em especial Antônio, Jeyslane, Luíza, Maria Eduarda, Pedro, Robert e Yalla, obrigada por estarem sempre ao meu lado. Enfrentamos juntos o início difícil que foi começar a graduação durante a pandemia e, mesmo antes de nos conhecermos pessoalmente, construímos um laço especial. Obrigada por todos os momentos compartilhados, pelas risadas, lágrimas e aprendizados. Esta jornada teria sido arduamente mais difícil sem vocês.

Agradeço à minha psicóloga, Stefany. A terapia me fez acreditar em mim mesma, e este trabalho também é fruto do que construímos em nossas sessões. Obrigada por sempre acreditar em mim.

Agradeço à minha orientadora, professora Ana Patrícia, e a toda a equipe do Projeto Livre da Enxaqueca, por terem me feito apaixonar pela atenção farmacêutica e por reforçarem em mim a crença no papel essencial do farmacêutico no cuidado em saúde.

Agradeço, por fim, à universidade pública, que foi meu lar nos últimos cinco anos, a todos os professores que fizeram parte do meu sonho e tornaram tudo isso possível. O poder transformador da educação sempre me trará inspiração para ser uma pessoa melhor. O conhecimento me move, e a universidade pública de qualidade, por meio do ensino e da pesquisa, representa o nosso potencial enquanto sociedade e o quão longe a educação pode nos levar.

Obrigada.

## RESUMO

Existem mais de 150 tipos de cefaleias e de acordo com a Classificação Internacional de Cefaleias, 3ª edição (ICHD-3), essas podem ser divididas em primárias ou secundárias. A migrânea é uma cefaleia primária e é o problema neurológico mais frequente nos cuidados de saúde primários e fica em segundo lugar entre as causas de incapacidade no mundo. A migrânea crônica afeta cerca de 2% da população mundial. Já a cefaleia por uso excessivo de medicamentos (CEM) é definida como uma cefaleia secundária que se desenvolve a partir do uso de medicamentos pelo menos 10 dias por mês por > 3 meses, ou 15 dias por mês durante > 3 meses dependendo da classe. Este estudo teve como objetivo investigar o uso excessivo de medicamentos e suas repercussões clínicas e carga humanística em pacientes com migrânea cadastrados no Projeto Livre da Enxaqueca (PLE) da Universidade do Estado da Bahia UNEB. Trata-se de um estudo transversal realizado com 121 participantes dos quais 66 apresentaram enxaqueca crônica. Os dados foram extraídos dos formulários de triagem do projeto. A análise estatística foi conduzida no software Minitab, incluindo descrições, correlações e análise multivariada. Observou-se alta frequência de uso excessivo de medicamentos entre indivíduos com enxaqueca crônica, além de maior interferência e persistência da dor nesse subgrupo. Conclui-se que o uso excessivo de medicamentos é comum nessa população e está associado a pior impacto funcional, destacando a necessidade de intervenções voltadas à educação em saúde e ao uso racional de medicamentos.

**Palavras-chave:** migrânea, cefaleia por uso excessivo de medicamentos, cefaleia crônica.

## ABSTRACT

There are over 150 types of headaches, and according to the International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (ICHD-3), these can be divided into primary or secondary. Migraine is a primary headache and is the most frequent neurological problem in primary healthcare and ranks second among the causes of disability worldwide. Chronic migraine affects about 2% of the world's population. Medication overuse headache (MEH) is defined as a secondary headache that develops from the use of medication for at least 10 days per month for > 3 months, or 15 days per month for > 3 months depending on the class. This study aimed to investigate medication overuse and its clinical repercussions and humanistic burden in migraine patients enrolled in the Migraine-Free Project (PLE) at the State University of Bahia (UNEB). This is a cross-sectional study conducted with 121 participants, of whom 66 presented with chronic migraine. The data were extracted from the project's screening forms. Statistical analysis was conducted using Minitab software, including descriptions, correlations, and multivariate analysis. A high frequency of medication overuse was observed among individuals with chronic migraine, as well as greater interference and persistence of pain in this subgroup. It is concluded that medication overuse is common in this population and is associated with worse functional impact, highlighting the need for interventions focused on health education and the rational use of medications.

**Keywords:** migraine, medication overuse headache, chronic headache.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**AHA** – Análise Hierárquica de Agrupamentos

**AINEs** – Anti-inflamatórios não esteroides

**BDNF** – Fator neurotrófico derivado do cérebro

**CEM** – Cefaleia por uso excessivo de medicamentos

**CGRP** – Peptídeo relacionado ao gene da calcitonina

**DCP** – Depressão alastrante cortical

**EGDC** – Escala Graduada de Dor Crônica

**FIFARMA** – Federação Latino-Americana da Indústria Farmacêutica

**GBD** – *Global Burden of Disease*

**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**ICHD-3** – *International Classification of Headache Disorders*

**IMC** – Índice de massa corpórea

**MIDAS** – Teste de Avaliação de Incapacidade por Enxaqueca

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**PACAP** – Polipeptídeo ativador da adenilato ciclase hipofisária

**PCA** – Análise de Componentes Principais

**PLE** – Projeto Livre da Enxaqueca

**UNEB** – Universidade do Estado da Bahia

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Versão original e Portuguesa da ID-Migraine™.....	19
Tabela 2 – Perfil sociodemográfico dos pacientes atendidos pelo Projeto Livre da Enxaqueca..	29
Tabela 3 – Uso de medicamentos nas crises agudas de enxaqueca nos últimos três meses....	31
Tabela 4 – Características clínicas e terapêuticas dos pacientes com enxaqueca.....	31
Tabela 5 – Classificação da dor segundo a Escala Graduada de Dor Crônica.....	32

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Análise de Componentes Principais (PCA) das variáveis do estudo.....	33
Figura 2 – Dispersão dos indivíduos na PCA segundo PC1 e PC2.....	34
Figura 3 – Dendrograma de similaridade entre variáveis (análise de cluster).....	34

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 OBJETIVO GERAL.....</b>	<b>13</b>
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
<b>3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>14</b>
3.1 MIGRÂNEA.....	14
3.1.1 ETIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA DA MIGRÂNEA.....	14
3.1.2 EPIDEMIOLOGIA DA MIGRÂNEA.....	16
3.1.3 DIAGNÓSTICO DA MIGRÂNEA.....	17
3.1.4 TRATAMENTO.....	18
3.2 MIGRÂNEA CRÔNICA.....	19
3.3 CEFALÉIA POR USO EXCESSIVO DE MEDICAMENTOS.....	20
<b>4. MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>24</b>
4.1 TIPO DA PESQUISA.....	24
4.2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	24
4.3 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO.....	24
4.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	24
4.5 COLETA DE DADOS.....	25
4.6 ANÁLISE DE DADOS.....	26
4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	27
4.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	27
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>28</b>
<b>6. DISCUSSÃO.....</b>	<b>34</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>43</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>44</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>52</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Existem mais de 150 tipos de cefaleias e de acordo com a Classificação Internacional de Cefaleias, 3ª edição (ICHD-3), estas podem ser divididas em primárias ou secundárias. A migrânea é uma cefaleia primária e é o problema neurológico mais frequente nos Cuidados de Saúde Primários e fica em segundo lugar entre as causas de incapacidade no mundo.

A enxaqueca crônica afeta cerca de 2% da população mundial. Ela frequentemente progride da enxaqueca episódica e estima-se que cerca de 3% dos pacientes com enxaqueca episódica evoluam para enxaqueca crônica a cada ano. O número de dias de dor de cabeça indica se o paciente tem enxaqueca episódica (14 ou menos dias de dor de cabeça por mês) ou enxaqueca crônica (15 dias ou mais de dor de cabeça por mês) (Aguilar-Shea, Md e Diaz-de-Teran, 2022; Gribbin; A Dani; Tyagi, 2021; Steiner *et al.*, 2020).

A cefaleia por uso excessivo de medicamentos (CEM), conforme definida pela ICHD-3, constitui uma cefaleia secundária desencadeada pelo consumo repetido de fármacos utilizados para o tratamento da dor. Essa condição pode se instalar quando o paciente faz uso de triptanos, ergotamínicos, opioides, analgésicos combinados ou múltiplas classes de medicamentos sintomáticos por 10 dias ou mais ao mês, durante período superior a três meses. Da mesma forma, pode ocorrer com o uso de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) ou paracetamol por 15 dias ou mais ao mês, também por mais de três meses. Além disso, a cefaleia por uso excessivo de medicamentos pode se manifestar como um novo tipo de dor de cabeça ou como uma piora de uma dor de cabeça preexistente. Em um paciente com dor de cabeça preexistente, quando a CEM se desenvolve, o paciente recebe um diagnóstico de ambas as condições.

A CEM é de forma frequente o resultado da progressão de distúrbios de dor de cabeça crônica de longa data, e principalmente a migrânea crônica. Se a CEM é uma dor de cabeça secundária originada pela condição de uso excessivo de medicamentos ou se é uma consequência de cefaleias crônicas, permanece uma questão de debate (Martelletti, 2018; Vandebussche, 2018).

Ainda segundo Kulkarni, Mathew e Mailankody (2021), o próprio medicamento utilizado para aliviar a dor pode contribuir para o desenvolvimento da cefaleia por uso excessivo de medicamentos, surgindo a partir da interação entre um indivíduo suscetível e o agente terapêutico. Há um ciclo vicioso no qual as crises de dor levam ao uso repetido de fármacos agudos, envolvendo múltiplos mecanismos interligados. Embora o processo exato ainda não seja totalmente compreendido, o fato de diferentes classes de medicamentos

poderem desencadear a condição sugere a existência de uma via final comum ainda não identificada. A melhora das cefaleias após a suspensão do fármaco reforça essa relação de causa e efeito.

Uma vez que a enxaqueca é um relevante problema de saúde, com tendência à cronificação e forte impacto na intensidade e persistência da dor. O uso excessivo de medicamentos, frequentemente adotado pelos indivíduos, agrava o quadro clínico e perpetua um ciclo de dor de difícil controle. Nesse cenário, torna-se fundamental compreender como esse padrão de uso se relaciona com o perfil dos indivíduos acometidos e de que maneira repercute nos desfechos clínicos. Esse conhecimento é essencial para orientar intervenções mais seguras, fundamentadas em evidências, e promover o uso racional de fármacos, contribuindo para melhores resultados terapêuticos e para a redução dos prejuízos associados ao manejo inadequado da condição. Assim, a realização deste estudo se justifica pela sua relevância científica, pela incapacidade que a migrânea representa nos dias atuais e pelo potencial de aprimorar práticas assistenciais voltadas ao cuidado de pacientes com migrânea.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Investigar o uso excessivo de medicamentos e suas repercussões clínicas e carga humanística em pacientes com migrânea cadastrados no Projeto Livre da Enxaqueca da Universidade do Estado da Bahia.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico-comportamental, incluindo o padrão de uso de medicamentos e comorbidades dos pacientes atendidos.
2. Demonstrar a intensidade, interferência e persistência das dores em pacientes em uso excessivo.
3. Analisar a associação entre o uso excessivo de medicamentos e a cronificação da enxaqueca, utilizando métodos de análise multivariada para identificar padrões de risco.

### 3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1 MIGRÂNEA

##### 3.1.1 ETIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA DA MIGRÂNEA

A Classificação Internacional de Cefaleias, 3ª edição (2018) define a enxaqueca como dor de cabeça latejante intensa e unilateral relacionada a náuseas, fotofobia, fonofobia e vômitos. A palavra enxaqueca tem origem grega, derivada do termo "hemicranias", que significa "metade da cabeça". Embora a dor normalmente afete um dos lados da cabeça, o que é uma característica da condição, também é frequente a ocorrência de dor bilateral, que pode envolver as regiões frontal e posterior da cabeça (Burstein; Nosedá; Borsok, 2015).

A enxaqueca é composta por quatro fases que podem se sobrepor: Premonitória, Aura, Cefaleia e Pós-drômica. A maioria dos indivíduos com enxaqueca apresentam sintomas premonitórios que se manifestam antes do início da dor típica. Embora descritos há décadas, esses sinais iniciais ainda recebem pouca atenção quanto à sua relevância fisiopatológica e implicações clínicas. Entre os sintomas mais comuns, que podem anteceder a cefaleia em até 72 horas, destacam-se alterações de humor e comportamento, irritabilidade, fadiga, desejo por determinados alimentos, bocejos repetitivos, rigidez cervical e fonofobia. Esses sinais podem persistir ao longo das fases de aura, cefaleia e até no período pós-dromo, e a consistência desses sintomas permite que alguns portadores de enxaqueca consigam prever o início de uma crise (Goadsby *et al.*, 2017).

Cerca de um terço dos pacientes com enxaqueca apresentam episódios de aura, caracterizados por déficits neurológicos transitórios e reversíveis. De acordo com a ICHD-3, a aura é definida como um ou mais sintomas neurológicos unilaterais, de instalação gradual em pelo menos cinco minutos, com duração de cinco a sessenta minutos.

Na fase da cefaleia propriamente dita, conforme a ICHD-3, a enxaqueca é descrita como crises de cefaleia com duração entre 4 e 72 horas, geralmente acompanhados de náusea, fotofobia e/ou fonofobia. A dor tende a ser unilateral, pulsátil, de intensidade moderada a intensa e agravada pela atividade física, sendo necessário o preenchimento de pelo menos duas dessas características para o diagnóstico. Essa classificação também diferencia, de forma mais objetiva, a enxaqueca crônica com ocorrência em 15 ou mais dias por mês da forma episódica (Goadsby *et al.*, 2017).

Por fim, a fase pós-drômica que é frequentemente negligenciada e ainda carece de definição formal no glossário da ICHD-3. Pesquisas indicam que seus sintomas refletem, em grande parte, aqueles observados na fase premonitória, incluindo fadiga, dificuldade de concentração e rigidez cervical. Não está totalmente esclarecido se esses sinais se iniciam antes ou após a fase de cefaleia. Muitos pacientes atribuem tais sintomas ao uso de medicamentos que interrompem a dor. No entanto, uma meta-análise de um programa de ensaio clínico revelou que os sintomas pós-dromos são observados no grupo placebo de forma mais proeminente quando a dor é aliviada (Goadsby *et al.*, 2017).

Anteriormente, a enxaqueca era interpretada como um distúrbio de origem cerebrovascular. No entanto, evidências recentes indicam uma fisiopatologia mais complexa, na qual a ativação e a sensibilização do sistema trigeminovascular, secundária a uma disfunção cerebral primária, parecem ser responsáveis pela geração da cefaleia. O sistema trigeminovascular consiste em uma rede neuronal formada pelos gânglios trigeminais e raízes dorsais cervicais superiores - neurônios de primeira ordem, pelo complexo trigeminocervical - neurônios de segunda ordem e por projeções axonais ascendentes ao mesencéfalo, tálamo e hipotálamo - neurônios de terceira ordem (Ashina *et al.*, 2019; Ferrari *et al.*, 2022).

As estruturas sensíveis a estímulos nociceptivos na cabeça incluem os vasos durais, seios da face e meninges inervados pelas terminações do nervo trigêmeo. A ativação desse sistema desencadeia a liberação de diversos neuropeptídeos das terminações terminais e do gânglio trigeminal, como o polipeptídeo ativador da adenilato ciclase hipofisária (PACAP) e o peptídeo relacionado ao gene da calcitonina (CGRP). Esses neuropeptídeos desempenham papel central na dor da enxaqueca, evidenciado pela eficácia clínica dos inibidores farmacológicos direcionados a eles (Christensen; Ashina; Amin, 2022).

Um possível mecanismo desencadeador da enxaqueca com aura é a depressão alastrante cortical (DCP), que pode ativar o sistema nociceptivo trigeminal tanto periféricamente quanto centralmente em modelos animais. Na aura da enxaqueca, há evidências que corroboram a hipótese de que a depressão alastrante cortical seja um processo fisiológico subjacente que pode contribuir para a ativação do nervo trigêmeo na enxaqueca (Close *et al.*, 2018.)

A conversão da enxaqueca episódica para a crônica pode ser entendida como um distúrbio relacionado ao limiar de dor, resultante de uma interação entre predisposição genética e fatores ambientais. Com isso, a dor de cabeça passa a ocorrer com maior frequência, elevando o risco de desenvolvimento da enxaqueca crônica (May; Schulte, 2016).

### 3.1.2 EPIDEMIOLOGIA DA MIGRÂNEA

Segundo Steiner *et al.* (2020) a enxaqueca é o problema neurológico mais frequente nos Cuidados de Saúde Primários e fica em segundo lugar entre as causas de incapacidade no mundo.

O estudo *Global Burden of Disease* (GBD) estimou que a enxaqueca e a cefaleia associada ao uso excessivo de medicamentos afetam mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo, correspondendo a cerca de 12% da população global. A enxaqueca trata-se da segunda condição neurológica mais prevalente, superada apenas pela cefaleia tensional. Nos relatórios do GBD de 2016 e 2019, a enxaqueca foi identificada como a principal causa de anos de vida ajustados por incapacidade entre mulheres com menos de 50 anos. Além disso, um ataque de enxaqueca é classificado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) entre os quadros de maior grau de incapacidade, representando cerca de 5,6% da carga global de doenças, superando todos os demais distúrbios neurológicos combinados. A condição tende a impactar os indivíduos em fases altamente produtivas da vida, afetando educação, carreira e dinâmica familiar, além de gerar custos econômicos significativos para pacientes e familiares (Fan *et al.*, 2023).

Ainda não há uma estimativa precisa da incidência global da enxaqueca; entretanto, diversos estudos longitudinais foram realizados. Uma pesquisa conduzida na Dinamarca identificou uma incidência de 8,1 casos para cada 1.000 pessoas-ano, considerando apenas indivíduos acima de 25 anos. Já um estudo realizado na Turquia, com participantes a partir de 18 anos, apontou uma incidência significativamente maior, de 23,8 por 1.000 pessoas-ano. Essa discrepância entre os resultados obtidos em diferentes países sugere que múltiplos fatores podem influenciar a patogênese da enxaqueca (Simmonds *et al.*, 2023).

No Brasil, estudos epidemiológicos indicam uma alta taxa de incidência de dor de cabeça, com prevalências variando de 43% a 93% da população. Esses números são semelhantes, e em alguns casos até menores, do que a estimativa global de prevalência, que é de 46% entre os adultos (De Souza Silva *et al.*, 2019; Kowacs *et al.* 2019; Peres *et al.*, 2020).

Segundo um estudo realizado pelo *WifOR Institute (Independent Economic Research Institute)* sobre a carga socioeconômica das principais doenças em oito países da América Latina, o impacto total no Brasil foi, em 2022, de 4,1% do PIB, equivalente a US\$77,1 bilhões (Hernandez-Villafuerte; Müller; Ostwald, 2024).

A enxaqueca, juntamente com o diabetes, figura entre as doenças com maior peso socioeconômico. Esse dado é ainda mais expressivo ao se considerar que a enxaqueca está

associada apenas à incapacidade funcional, e não à mortalidade. A carga dessa condição é particularmente elevada na Argentina e no Brasil, onde, entre 2011 e 2022, representou em média 1,8% e 1,6% do PIB, respectivamente. Além disso, a enxaqueca surge como um dos principais fatores de perda de produtividade, superando doenças cardiovasculares e neoplasias, e alcançando níveis de impacto semelhantes aos dessas condições em diversos países (Hernandez-Villafuerte; Müller; Ostwald, 2024).

Outro ponto relevante relatado no estudo é que a prevalência de enxaqueca na América Latina é consideravelmente maior do que em outras regiões. Embora ainda não existam dados específicos sobre o continente, estudos internacionais indicam que a doença leva a um número expressivo de dias de ausência no trabalho, cerca de 19,5 dias por ano, em média. Mais importante ainda, o presenteísmo relacionado à enxaqueca, isto é, a redução da produtividade mesmo durante a presença no trabalho, parece gerar perdas ainda maiores do que o absenteísmo (Hernandez-Villafuerte; Müller; Ostwald, 2024).

### 3.1.3 DIAGNÓSTICO DA MIGRÂNEA

As enxaquecas podem ser classificadas de acordo com a presença ou ausência de aura e pela frequência das crises de dor. Para que o diagnóstico de enxaqueca seja confirmado, o paciente deve apresentar pelo menos 5 crises que envolvam características típicas da condição, conforme detalhado abaixo. Nos adultos, os ataques não tratados geralmente duram 4 horas ou mais. As enxaquecas precisam atender a pelo menos duas das quatro seguintes características da dor: dor unilateral (em um só lado), dor pulsátil, intensidade moderada ou severa (acima de 5 em 10 na escala de dor) e dor agravada por atividades físicas. Para o diagnóstico, é necessário que o paciente apresente pelo menos um dos seguintes sintomas: náusea, vômito ou hipersensibilidade à luz e ao som (Aguilar-Shea, Md e Diaz-de-Teran, 2022).

Além disso, é utilizado como ferramenta de diagnóstico o questionário ID-Migraine. Os autores analisaram nove questões de triagem diagnóstica, resultando em um subconjunto de três itens compreendendo incapacidade, náusea e sensibilidade à luz. Essa ferramenta foi validada para a língua portuguesa e os autores consideraram o ID-Migraine TM uma ferramenta de diagnóstico breve, prática e fácil de usar para enxaqueca em vários cenários clínicos (Mattos; Souza; Moreira Filho; Jurno; Velarde, 2017).

Tabela 1 - Versão original e Portuguesa da *ID-MigraineTM*.

<b>Original</b>	<b>Portuguese version</b>
During the last three months, have you ever had any of the following symptoms concerning your headache pain?	Durante os últimos 3 meses, ocorreu algum dos seguintes sintomas com as suas dores de cabeça:
1. Did you ever feel nauseous when you had headache pain?	1. Sentiu-se nauseada (o) mal disposta (o) enquanto estava com dor de cabeça?
2. Did the light trouble you (much more than then when there is no headache)?	2. A luz incomodou-a (o) (muito mais do que quando não tem dor de cabeça)?
3. Did your headache ever limit your ability to work, study or do something you needed to, for at least one day?	3. As suas dores de cabeça limitaram a sua capacidade de trabalhar, estudar, ou fazer o que precisava de fazer durante, pelo menos, um dia?

Fonte: (Mattos; Souza; Moreira Filho; Jurno; Velarde, 2017)

### 3.1.4 TRATAMENTO

O tratamento da enxaqueca envolve abordagens tanto farmacológicas quanto não farmacológicas, sendo fundamental que o paciente compreenda que a enxaqueca é uma condição recorrente e episódica, sem cura atualmente. No entanto, quando diagnosticada e tratada adequadamente, permite uma boa qualidade de vida. O tratamento inadequado pode gerar impactos socioeconômicos significativos e aumentar o risco de evolução para formas crônicas da doença (Lipton, 2015).

A abordagem não farmacológica geralmente envolve mudanças no estilo de vida, já que fatores como sono, hábitos alimentares, estresse e atividade física estão diretamente ligados à evolução da enxaqueca (Aguilar-Shea, Membrilla, Diaz-De-Teran, 2022).

Os cinco principais fatores desencadeantes da enxaqueca incluem: estresse, jejum, alterações climáticas, distúrbios no sono e flutuações hormonais em mulheres. Identificar esses gatilhos durante a anamnese e recomendar mudanças no estilo de vida é essencial para todos os pacientes (Aguilar-Shea, Membrilla, Diaz-De-Teran, 2022).

Com base nas evidências, Aguilar-Shea, Membrilla e Diaz-de-Teran (2022) destacam seis principais aspectos no tratamento não farmacológico da enxaqueca:

1. Definir rotinas e horários fixos são recomendados.
2. Hidratação abundante.

3. Exercício aeróbico.
4. Evitar o jejum.
5. Evitar o estresse.
6. Realizar terapias de relaxamento.

O tratamento farmacológico da enxaqueca pode ser classificado como agudo ou profilático. O tratamento agudo pode ser dividido em específicos, inespecíficos e adjuvantes. No caso do tratamento agudo inespecífico, o uso de paracetamol e anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) é respaldado por evidências de alta qualidade. Já os medicamentos adjuvantes são, em sua maioria, antieméticos e neurolépticos (Marmura; Silberstein; Schwedt, 2015).

Os triptanos são considerados o tratamento agudo específico para a enxaqueca, com eficácia e segurança comprovadas por diversos ensaios clínicos (Aguilar-Shea, Md e Diaz-de-Teran, 2022).

O tratamento preventivo da enxaqueca visa reduzir a frequência, duração e intensidade das crises, tornando as enxaquecas mais controláveis com o tratamento agudo. O objetivo principal é melhorar a qualidade de vida do paciente e diminuir o impacto da condição em seu funcionamento diário. Os medicamentos orais utilizados para a prevenção incluem antiepilépticos, antidepressivos e anti-hipertensivos (Aguilar-Shea, Md e Diaz-de-Teran, 2022).

### 3.2 MIGRÂNEA CRÔNICA

Como um dos distúrbios de cefaleia crônica diária mais comuns, a enxaqueca crônica é caracterizada por ataques frequentes de cefaleia com pelo menos 15 dias de cefaleia por mês, por pelo menos 3 meses segundo a ICHD-3.

Pessoas que sofrem de enxaqueca crônica geralmente apresentam um histórico de enxaqueca episódica, e frequentemente a intensidade das dores de cabeça aumenta com o tempo. Estima-se que cerca de 3% dos pacientes com enxaqueca episódica evoluam para enxaqueca crônica a cada ano. Ela afeta aproximadamente 2% da população mundial e está associada a morbidade significativa. A doença ocorre mais comumente em mulheres do que em homens e tem a maior prevalência entre 18 e 50 anos de idade (Gribbin; A Dani; Tyagi, 2021; Su; Yu, 2018).

Os eventos fisiopatológicos que levam à migração da enxaqueca episódica para a enxaqueca crônica ainda não estão completamente esclarecidos. Contudo, entre os fatores

envolvidos, destaca-se a sensibilização central decorrente da disfunção das vias descendentes de modulação da dor. Estudos de neuroimagem funcional mostram padrões alterados de ativação no tronco encefálico e no hipotálamo em pacientes com enxaqueca, reforçando essa hipótese. Um exemplo é o aumento da atividade neuronal na substância cinzenta periaquedutal, centro fundamental da modulação descendente da dor durante as crises de enxaqueca. Acredita-se que crises repetidas contribuem para intensificar a sensibilização central, aumentando o risco de evolução para enxaqueca crônica. Por isso, o manejo adequado da enxaqueca episódica é essencial (Gribbin; A Dani; Tyagi, 2021).

Além da pior qualidade de vida, a migrânea crônica tem um custo socioeconômico alto, com perda de dias de trabalho e produtividade no trabalho remunerado e não remunerado. Os custos com saúde, por si só, são três vezes maiores em comparação com a migrânea episódica (Gribbin; A Dani; Tyagi, 2021).

Devido à confusão em relação à patogênese, a enxaqueca crônica é atualmente subtratada. Uma vez estabelecida a cronificação, a resposta ao tratamento torna-se pior. Portanto, no manejo o primeiro e mais importante passo é evitar o desenvolvimento da cronificação por meio do controle rigoroso dos fatores de risco, incluindo alívio adequado da dor, tratamento profilático, manejo eficaz do transtorno de humor e outras comorbidades (Su; Yu, 2018).

### 3.3 CEFALEIA POR USO EXCESSIVO DE MEDICAMENTOS

Os distúrbios de cefaleia são classificados como primários, sendo a dor de cabeça em si é a doença e secundários onde a dor de cabeça é devida a outras condições que se manifestam com dor de cabeça com ou sem associação sintomas. A Classificação Internacional de Cefaleias, classifica a cefaleia por uso excessivo de medicamentos como uma cefaleia secundária. Esse tipo de cefaleia é caracterizado por ocorrer em 15 ou mais dias/mês em um paciente com uma cefaleia primária pré-existente e que se desenvolve como uma consequência do uso excessivo regular de medicamentos sintomáticos ou agudos para cefaleia (em 10 ou mais ou 15 ou mais dias/mês, dependendo do medicamento) por mais de três meses. É descrito também pela ICHD-3 que habitualmente, mas não invariavelmente, a CEM poderá desaparecer após a interrupção do uso excessivo.

Este tipo de dor de cabeça pode ainda ser subdividida a partir do medicamento utilizado em excesso, sendo considerados, a cefaleia por uso excessivo de ergotamina; cefaleia por uso excessivo de triptanos; cefaleia por uso excessivo de analgésicos não opioide;

cefaleia por uso excessivo de opioides; cefaleia por uso excessivo de combinação de analgésicos e cefaleia por uso excessivo de medicamentos atribuída a múltiplas classes de medicamentos não individualmente utilizadas em excesso (ICHD- 3, 2018).

A cefaleia por uso excessivo de medicamentos é frequentemente o resultado da progressão de distúrbios de dor de cabeça crônica, sendo a migrânea crônica a principal condição associada. A questão: A CEM é uma dor de cabeça secundária originada pelo uso excessivo de medicamentos ou se o uso excessivo é uma consequência das cefaleias crônicas, ainda é motivo de debate (Martelletti, 2018; Vandebussche, 2018).

A prevalência global da cefaleia por uso excessivo de medicamentos situa-se entre 1% e 2% da população geral, podendo variar de 0,5% a 7,2%, o que corresponde a aproximadamente 63 milhões de pessoas em todo o mundo. Estima-se que cerca de 50% dos indivíduos com cefaleia crônica apresentem CEM associada. A condição é mais frequente em mulheres, com uma proporção que varia de 1:3 a 1:4 em relação aos homens, e atinge seu pico de prevalência na meia-idade, especialmente entre a quarta e quinta décadas de vida. Em centros especializados em cefaleia, a prevalência pode ser ainda maior, alcançando de 30% a 50% (Kulkarni, Mathew e Mailankody, 2021).

Apesar de existirem poucos levantamentos recentes acerca dos custos associados às cefaleias, dados obtidos em 2008/2009 pelo projeto Eurolight que foi um estudo de grande abrangência que envolveu mais de 8.000 adultos da população geral e pacientes atendidos em clínicas médicas de diversos países europeus indicaram que a migrânea e a cefaleia por uso excessivo de medicamentos foram responsáveis, respectivamente, por 64% e 21% do custo anual total com cefaleias, estimado em 173 bilhões de euros nos 27 países participantes. Observou-se ainda que os custos indiretos, como absenteísmo e redução da produtividade laboral, representaram mais de 90% do total em ambas as condições (Dissing *et al.*, 2023).

O mecanismo exato da cefaleia por uso excessivo de medicamentos ainda não é completamente compreendido. No entanto, uma das principais hipóteses sugere que o uso repetido de fármacos abortivos leva à depleção de serotonina (5-HT). Essa redução favorece a hiperexcitabilidade neuronal no córtex cerebral potencialmente relacionada à depressão alastrante cortical e no sistema trigeminal, contribuindo para a sensibilização periférica e central. Além disso, a queda nos níveis de 5-HT aumenta a liberação de CGRP nos gânglios trigeminais, intensificando a sensibilização dos neurônios nociceptivos trigeminais (Aleksenko; Lui; Sánchez-Manso, 2025).

Evidências de neuroimagem também mostram alterações estruturais e funcionais no cérebro de pacientes com CEM. Estudos morfométricos identificam aumento de substância

cinzenta em regiões como mesencéfalo, tálamo e estriado, mudanças que tendem a regredir após a suspensão do medicamento responsável. De forma oposta, o córtex orbitofrontal apresenta volume reduzido nesses pacientes, estando associado a pior resposta terapêutica (Aleksenko; Lui; Sánchez-Manso, 2025).

Exames de PET revelam importantes alterações metabólicas que, em sua maioria, se normalizam após a retirada do analgésico, exceto pelo hipometabolismo persistente da região orbitofrontal área relacionada à dependência de drogas sugerindo possível papel na predisposição a recaídas e ao uso excessivo recorrente de analgésicos (Aleksenko; Lui; Sánchez-Manso, 2025).

O circuito dopaminérgico mesocorticolímbico, conhecido por sua relação com os mecanismos de dependência, tem sido estudado em pacientes com cefaleia por uso excessivo de medicamentos, com foco especial no córtex pré-frontal ventromedial e no complexo substância negra/área tegmentar ventral. Esses estudos demonstraram disfunções nessas regiões quando comparados a controles e a indivíduos com enxaqueca crônica que não fazem uso excessivo de medicamentos. Evidências sugerem que o uso excessivo de fármacos compartilha vias comportamentais, genéticas e neuronais semelhantes às observadas na dependência química. A dopamina, nesse contexto, parece desempenhar um papel importante na fisiopatologia da dor secundária, e embora o mecanismo ainda não esteja completamente elucidado, sabe-se que seus efeitos são amplificados em várias áreas cerebrais durante episódios recorrentes de dor e uso repetido de medicamentos (Dupont; Han; Shea; Madras, 2018).

No tratamento da cefaleia por uso excessivo de medicamentos, a educação do paciente é o primeiro e mais importante passo. É fundamental que os pacientes compreendam a relação entre seus sintomas e o uso inadequado de medicamentos para dor de cabeça, assim como a importância de mudanças comportamentais. Estratégias como atenção plena têm demonstrado eficácia como parte do manejo da condição (Aleksenko; Lui; Sánchez-Manso, 2025).

Além da educação, o tratamento envolve a descontinuação da medicação aguda em uso excessivo, enquanto se inicia simultaneamente terapias preventivas. Estudos indicam que a interrupção completa da medicação aguda gera melhores resultados do que a redução parcial do uso, podendo ser feita de forma abrupta ou gradual ao longo de semanas. O tratamento preventivo inclui tanto medicamentos profiláticos quanto abordagens não farmacológicas, como terapia cognitivo-comportamental, técnicas de relaxamento e modificações no estilo de vida com foco na prevenção de gatilhos (Aleksenko; Lui; Sánchez-Manso, 2025).

Além disso, a retirada do medicamento pode ser acompanhada de sintomas de desabituação, cuja duração varia dependendo do tipo de medicamento. Habitualmente não se prolonga mais de duas semanas (González-Oria *et al.*, 2021).

Existem diferentes estratégias para o tratamento da cefaleia associada à desabituação de analgésicos que são conhecidas como terapias de ponte ou de transição que se centram em evitar o medicamento que faz uso excessivo com o uso de um tratamento de curta duração. Tradicionalmente se considerou que alguns medicamentos como os esteróides, neurolépticos, valproato sódico e antidepressivos tricíclicos poderiam reduzir os sintomas por desabituação, embora esta afirmação não seja claramente sustentada por ensaios controlados frente a um placebo (González-Oria *et al.*, 2021).

O acompanhamento de condições psiquiátricas associadas, como ansiedade e depressão, é essencial, já que podem influenciar a persistência das cefaleias. Embora ansiolíticos possam ser utilizados, é necessário cuidado para não reforçar o comportamento de uso excessivo. Após a descontinuação bem-sucedida, cerca de metade dos pacientes pode apresentar recidiva em até cinco anos, reforçando a importância de seguimento contínuo. Não há diretrizes específicas, mas alguns médicos sugerem a redução gradual da medicação profilática após 1 ano (Aleksenko; Lui; Sánchez-Manso, 2025).

## 4. MATERIAIS E MÉTODOS

### 4.1 TIPO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo observacional, de delineamento transversal, com abordagem quantitativa básica e exploratória, sobre a cefaleia por uso excessivo de medicamentos em pacientes com diagnóstico de migrânea atendidos pelo Projeto Livre da Enxaqueca da Universidade do Estado da Bahia.

### 4.2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A revisão bibliográfica foi conduzida usando as bases de dados de pesquisa PubMed e o Portal de Periódicos da CAPES utilizando as palavras chaves desta pesquisa: Migrânea, cefaleia por uso excessivo de medicamentos, cefaleia crônica.

### 4.3 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no PLE, atividade extensionista permanente da Universidade do Estado da Bahia que tem como objetivo prestar cuidados em saúde das pessoas com enxaqueca, através da atuação de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, promovendo o bem-estar físico, mental e social. A iniciativa fez parte do curso de Farmácia do Departamento de Ciências da Vida (DCV) do *Campus I* da universidade, em Salvador-Bahia. Com quatorze anos de atividades, o projeto já atendeu centenas de pacientes e, atualmente, conta com a participação de estagiários, profissionais de saúde voluntários e docentes dos cursos de Medicina, Fisioterapia, Nutrição, Farmácia, Fonoaudiologia e Psicologia. A coleta correspondeu a um período de dois semestres sendo realizada, de Setembro de 2024 a Agosto de 2025.

### 4.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do presente estudo foi composta por pacientes com diagnóstico médico de migrânea cadastrados e acompanhados pelo Projeto Livre da Enxaqueca, vinculado à Universidade do Estado da Bahia, residentes do Estado da Bahia.

Os pacientes foram captados por meio da divulgação do projeto nas redes sociais, em eventos acadêmicos e por indicação de pacientes já assistidos.

A amostra final foi constituída pelos participantes, que preencheram os critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos, cadastrados no projeto, com diagnóstico médico prévio de migrânea ou que atenderam aos critérios do ID-Migraine. Foram excluídos do estudo aqueles com dados incompletos ilegíveis nos formulários e participantes com outras cefaleias primárias.

A amostra final foi composta por 66 pacientes, após aplicação dos critérios de elegibilidade.

#### 4.5 COLETA DE DADOS

A coleta foi realizada, de Setembro de 2024 a Agosto de 2025 por meio dos formulários eletrônicos de triagem utilizados, rotineiramente, no PLE, todos os pacientes cadastrados passam obrigatoriamente por essa etapa antes do início dos atendimentos clínicos. Quando alguma informação apresentava necessidade de confirmação, os prontuários clínicos e as fichas de atendimento dos pacientes foram consultados para complementar ou validar os dados registrados, garantindo a consistência e a precisão das informações analisadas.

A triagem utilizada no projeto é composta por um conjunto estruturado de perguntas que abrange múltiplas dimensões do estado de saúde dos participantes. As variáveis de interesse incluíram informações sociodemográficas (faixa etária, gênero, cor/raça, escolaridade, situação laboral e faixa salarial) e clínico-comportamentais (índice de massa corporal, prática de atividade física, qualidade do sono e acompanhamento médico). Também foram coletados dados referentes ao histórico de atendimento, como o tempo decorrido desde a última consulta específica para avaliação da enxaqueca.

No âmbito clínico-terapêutico, foram registradas informações sobre a frequência mensal de dias de dor, o uso de medicamentos sintomáticos, incluindo analgésicos simples, anti-inflamatórios não esteroides, triptanos, combinações de múltiplas classes e opioides e o uso de medicamentos preventivos, permitindo identificar padrões e possível uso excessivo de fármacos.

Na etapa final da triagem, foi aplicada a Escala Graduada de Dor Crônica (EGDC), desenvolvida por Von Korff (2001), instrumento validado para a língua portuguesa e amplamente empregado tanto em inquéritos populacionais quanto em serviços de atenção primária. A escala é composta por oito questões que avaliam a intensidade da dor e o grau de limitação funcional, classificando os indivíduos em quatro níveis:

- Grau I – dor crônica de baixa intensidade;

- Grau II – dor crônica de alta intensidade;
- Grau III – dor crônica moderadamente limitante;
- Grau IV – dor crônica gravemente limitante.

#### 4.6 ANÁLISE DE DADOS

Inicialmente foi aplicado um filtro selecionando apenas os pacientes que tinham  $\geq 15$  dias de dor por mês nos últimos 3 meses, correspondendo aos pacientes com enxaqueca crônica.

Em seguida para a classificação de CEM, adotaram-se os critérios diagnósticos da ICHD-3 (2018):  $\geq 15$  dias por mês quem relatou o uso de AINEs ou paracetamol em  $\geq 15$  dias por mês, ou analgésicos não opioides, analgésicos combinados, triptanos ou múltiplas classes de medicamento em  $\geq 10$  dias por mês nos últimos 3 meses.

Em face da inexistência da contagem direta de dias de dor em nas fichas de triagem, a frequência de uso de medicamentos, originalmente registrada em escala semanal, foi convertida em frequência mensal estimada, considerando a média de 4,3 semanas por mês. Por exemplo, relatos de uso em três dias por semana foram convertidos para aproximadamente 13 dias de uso por mês ( $3 \times 4,3 \approx 12,9$ ). Essa abordagem foi adotada para viabilizar a classificação da cefaleia por uso excessivo de medicamentos segundo critérios da ICHD-3. Quando necessário, as informações foram validadas e complementadas a partir dos prontuários e fichas de atendimento.

Em relação ao diagnóstico médico de enxaqueca, este foi definido por meio da pergunta dentro da própria triagem se o paciente possuía diagnóstico prévio ou não. Para aqueles que não possuíam o diagnóstico foi aplicado *ID-Migraine* que é um instrumento de triagem validado para língua portuguesa e amplamente utilizado na detecção de enxaqueca em contextos clínicos e populacionais. O questionário demonstra elevada sensibilidade e especificidade para identificação da doença (Steiner, 2019).

Todas as variáveis de interesse foram padronizadas e codificadas numericamente em planilha eletrônica, de modo a permitir análise no *software Minitab*. Este software permite explorar simultaneamente múltiplas variáveis, identificando padrões, correlações e fatores que influenciam os desfechos clínicos. O *Minitab* oferece ferramentas como regressão múltipla, análise de componentes principais e análise discriminante, facilitando interpretações robustas e estatisticamente confiáveis. É amplamente utilizado por sua interface intuitiva e pela confiabilidade dos métodos estatísticos implementados (Minitab LLC, 2024).

Para as variáveis categóricas, foram atribuídos códigos numéricos em ordem crescente (ex.: 1 = mulher cisgênero, 2 = homem cisgênero). As respostas de múltipla escolha foram numeradas conforme a ordem das alternativas, garantindo consistência na análise.

Realizou-se análise descritiva para caracterização da amostra e, posteriormente, foram aplicadas análises de associação e correlação para identificar possíveis relações entre o uso excessivo de medicamentos e as variáveis clínicas e sociodemográficas.

#### 4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Análise de Componentes Principais (PCA) e Análise Hierárquica de Agrupamentos (AHA) foram empregadas para caracterizar as relações entre as respostas dos pacientes. Na PCA, todas as respostas foram tratadas como variáveis ativas para a derivação dos componentes principais, utilizando a covariância como matriz. Um dendrograma para AHA foi gerado pelo agrupamento das variáveis da PCA. A ligação de Ward foi utilizada para definir a matriz de distâncias, e o método Euclidiano calculou as distâncias entre as observações (software Minitab® 17.3.1, Minitab Inc., PA, EUA).

#### 4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNEB (parecer nº 90697425.5.0000.0057). Todos os dados foram tratados de forma confidencial, assegurando o anonimato dos participantes e o cumprimento das diretrizes éticas nacionais para pesquisas envolvendo seres humanos.

## 5. RESULTADOS

Inicialmente, foram avaliados 70 formulários eletrônicos de triagem de 2024.2 e 51 prontuários de 2025.1, totalizando 121 pacientes. Após a exclusão dos indivíduos sem diagnóstico médico de migrânea, dos que não preencheram os critérios do ID-Migraine e daqueles com informações incompletas, permaneceram 113 participantes. Dentre estes, 66 apresentaram frequência de dor igual ou superior a 15 dias por mês nos últimos três meses, sendo classificados como portadores de enxaqueca crônica e compoendo a amostra final do estudo.

Entre os 66 participantes, observou-se predominância da faixa etária de 18 a 39 anos com 34 (51,5%) participantes, seguida de 40 a 59 anos com 29 (43,9%). Houve maior prevalência do gênero feminino 61 (92,3%) e autodeclaração de cor preta 29 (43,9%) e cor parda 27 (40,9%) (Tabela 2).

Quanto à escolaridade, a maioria possuía ensino médio completo 30 (45,5%), seguida de ensino superior completo 5 (36,4%) e superior incompleto 6 (7,6%). Em relação à situação laboral, 38 (57,6%) estavam em atividade e 22 (42,4%) inativos. A faixa salarial predominante foi de 0 a 3 salários mínimos 59 (89,4%). Observou-se em relação ao IMC predominância de eutrofia 25 (37,9%), seguido de obesidade I 20 (30,3%), sobrepeso 14 (21,2%), conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 – Perfil sociodemográfico dos pacientes atendidos pelo Projeto Livre da Enxaqueca

Variável	n = 66	%
Faixa etária		
18 a 39 anos	34	51,5
40 a 59 anos	29	43,9
≥ 60 anos	3	4,5
Gênero		
Mulher cis	61	92,3
Homem cis	6	7,7
Raça/Cor		
Preta	29	43,9

Parda	27	40,9
Branca	10	15,1
Escolaridade		
Ensino fundamental	1	1,5
Ensino médio incompleto	6	9,0
Ensino médio completo	30	45,5
Superior incompleto	5	7,6
Superior completo	24	36,4
Situação laboral		
Ativa	38	57,6
Inativa	28	42,4
Faixa salarial		
0 a 3 salários mínimos	59	89,4
4 a 6 salários mínimos	7	10,6
IMC		
Eutrofia	25	37,9
Sobrepeso	14	21,2
Obesidade I	20	30,3
Obesidade II	2	3,0
Obesidade III	2	3,0
Baixo peso	3	4,5

---

Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

Em relação ao uso de medicamentos para crises agudas de enxaqueca nos últimos três meses, observou-se predomínio do uso de múltiplas classes farmacológicas 37 (56,1%), seguido por analgésicos não opioides 11 (16,7%) e combinações de analgésicos 7 (10,6%). O uso de triptanos foi relatado por 8 (12,1%) participantes, enquanto 3 (4,5%) não utilizaram qualquer medicamento no período analisado (Tabela 3).

Tabela 3 – Uso de medicamentos nas crises agudas de enxaqueca nos últimos três meses

Categoria de medicamento	n	%
Múltiplas classes de medicamentos	37	56,1
Analgésicos não opioides	11	16,7
Combinação de analgésicos	7	10,6
Triptanos	8	12,1
Não fez uso nos últimos 3 meses	3	4,5

Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

Em relação às características clínicas e terapêuticas, 45 (68,2%) participantes relataram já ter buscado atendimento médico para o tratamento da enxaqueca. Quanto à última consulta, 20 (30,3%) afirmaram ter ocorrido há mais de um ano e 14 (21,2%) não haviam procurado atendimento recentemente. Observou-se que 49 (74,3%) apresentaram uso excessivo de medicamentos, enquanto apenas 12 (18,2%) faziam uso de terapêutica medicamentosa preventiva. A qualidade do sono foi classificada como ruim por 36 (54,5%) pacientes. Em relação à prática de atividade física, 27 (40,9%) referiram praticá-la regularmente, enquanto 38 (57,6%) relataram não realizar essa prática (Tabela 4).

Tabela 4 – Características clínicas e terapêuticas dos pacientes com enxaqueca

Variável	n = 66	%
Procura médica para tratamento da enxaqueca		
Sim	45	68,2
Não	21	31,8
Última consulta médica para avaliação da enxaqueca		
< 3 meses	14	21,2
3 a 6 meses	10	15,2
6 meses a 1 ano	6	9,1
> 1 ano	20	30,3
Não buscou consulta	14	21,2
Uso excessivo de medicamentos		

Sim	49	74,3
Não	17	25,8
Uso de medicamentos preventivos		
Sim	12	18,2
Não	54	81,8
Qualidade do sono		
Boa	10	15,2
Regular	20	30,3
Ruim	36	54,5
Atividade física		
Sim	27	40,9
Não	38	57,6

Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

De acordo com os dados obtidos a partir da aplicação do questionário da Escala Graduada de Dor Crônica, observou-se que 28 (42,4%) participantes apresentaram dor gravemente limitante (Grau IV) e 20 (30,3%) dor moderadamente limitante (Grau III). A dor de alta intensidade (Grau II) foi relatada por 12 (18,2%) participantes, enquanto, apenas, 6 (9,1%) apresentaram dor de baixa intensidade (Grau I).

Quanto à interferência da dor, 48 (72,7%) relataram alta interferência nas atividades diárias e 18 (27,3%) baixa interferência. Em relação à persistência, 40 (60,6%) apresentaram dor persistente e 26 (39,4%) dor não persistente (Tabela 5).

Tabela 5 - Classificação da dor segundo a Escala Graduada de Dor Crônica

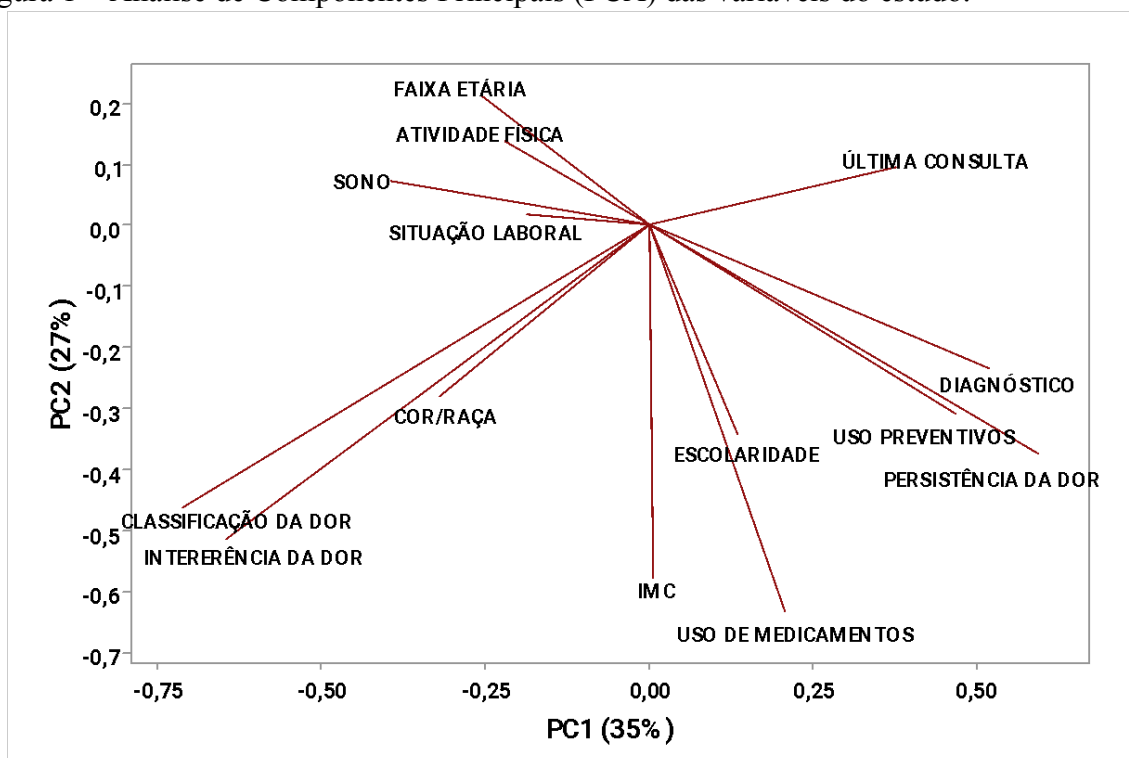
Variável	n= 66	%
Classificação da dor		
Grau I – Dor de baixa intensidade	6	9,1
Grau II – Dor de alta intensidade	12	18,2
Grau III – Dor moderadamente limitante	20	30,3
Grau IV – Dor gravemente limitante	28	42,4

Interferência da dor		
Baixa interferência	18	27,3
Alta interferência	48	72,7
Persistência da dor		
Dor persistente	40	60,6
Dor não persistente	26	39,4

Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

A Figura 1 apresenta o biplot da PCA, no qual é possível observar que variáveis relacionadas ao uso de medicamentos, persistência da dor e presença de diagnóstico concentram-se no quadrante positivo do PC1, sugerindo associação entre esses fatores. Em contraste, variáveis sociodemográficas, como cor/raça, escolaridade e classificação da dor, distribuíram-se mais fortemente ao longo do PC2, indicando padrões independentes.

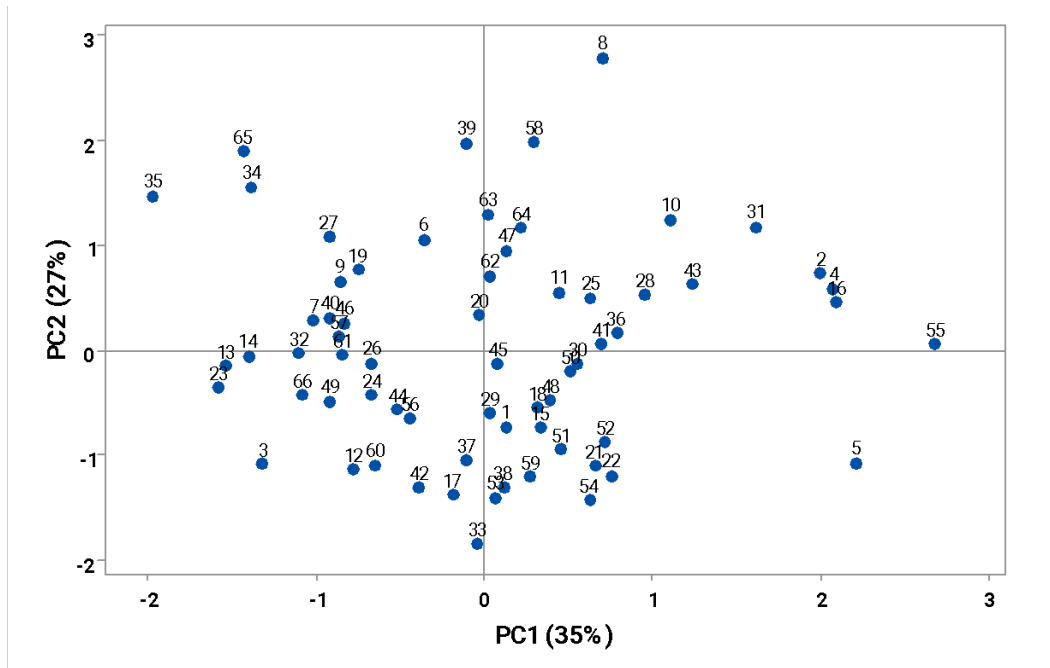
Figura 1 – Análise de Componentes Principais (PCA) das variáveis do estudo.



Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

A Figura 2 demonstra a dispersão dos indivíduos no espaço multivariado.

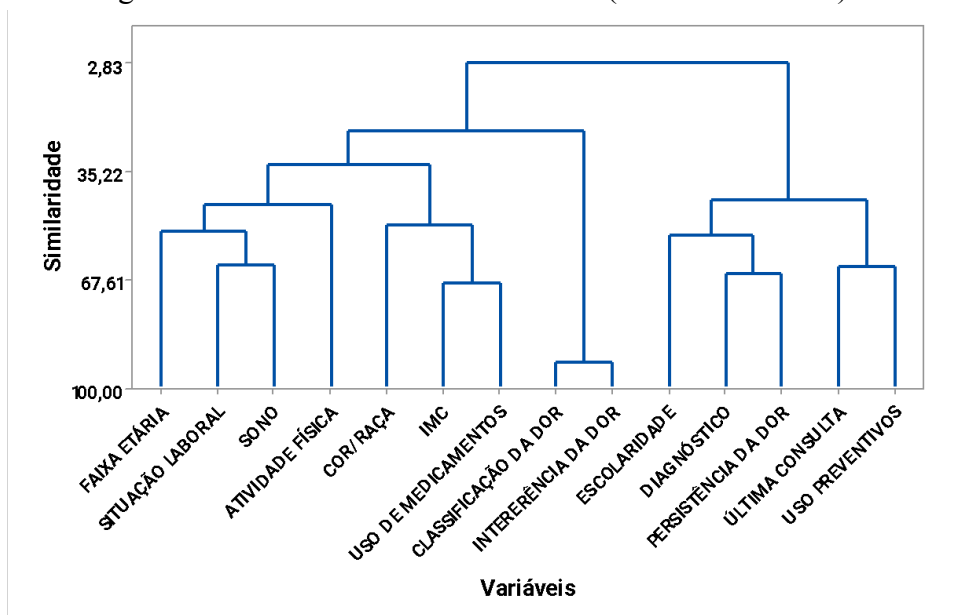
Figura 2 – Dispersão dos indivíduos na PCA segundo PC1 e PC2.



Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

O dendrograma da Figura 3 agrupa variáveis que apresentam maior similaridade estatística. Nota-se que 'persistência da dor', 'uso de medicamentos' e 'última consulta' formam o primeiro grupo de maior proximidade, sugerindo padrão semelhante entre esses fatores nas respostas dos pacientes. Já variáveis sociodemográficas, como faixa etária e situação laboral, formam agrupamentos distintos, indicando menor relação com variáveis clínicas.

Figura 3 – Dendrograma de similaridade entre variáveis (análise de cluster).



Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

## 6. DISCUSSÃO

Em relação aos fatores demográficos, a análise multivariada revelou baixa influência direta da faixa etária e da cor/raça sobre os componentes principais, indicando que as diferenças clínicas da enxaqueca neste grupo não são explicadas prioritariamente por fatores demográficos, mas sobretudo por aspectos clínicos e comportamentais. Essa observação está alinhada com estudos populacionais, os quais demonstram que, embora fatores como sexo feminino, baixa escolaridade e excesso de peso possam contribuir para piores desfechos, eles não atuam isoladamente como determinantes primários da carga da doença (Ahmad; Rosendale, 2022; Fan *et al.*, 2023; Lipton *et al.*, 2019; ; Simmonds *et al.*, 2023; Stein *et al.*, 2020).

A predominância do gênero feminino entre os participantes é um achado amplamente descrito na literatura sobre migrânea, sendo consistente com análises epidemiológicas globais que demonstram que a enxaqueca é de duas a três vezes mais prevalente em mulheres do que em homens. De acordo o Estudo da Carga Global de Doenças, a enxaqueca é a condição mais incapacitante que afeta mulheres jovens. Ademais, além da migrânea ser mais comum entre mulheres, estas apresentam maior probabilidade de experimentar incapacidade grave, segundo o Teste de Avaliação de Incapacidade por Enxaqueca (MIDAS), e tendem a recorrer mais frequentemente a tratamentos agudos, o que pode refletir diferenças hormonais, maior impacto psicossocial e maior vulnerabilidade a gatilhos específicos (Buse *et al.*, 2013a; Buse *et al.*, 2013b; Steiner *et al.*, 2020)

Diversas hipóteses têm sido propostas para explicar as diferenças associadas ao gênero observadas na enxaqueca. Entre elas, destacam-se a persistente desigualdade na distribuição das responsabilidades domésticas, a sobrecarga resultante da conciliação de papéis sociais e profissionais. Ainda pode-se acrescentar as particularidades biológicas relacionadas às flutuações hormonais, especialmente aquelas associadas à migrânea menstrual, frequentemente mais intensa e incapacitante em muitas mulheres. Somam-se a isso diferenças nos padrões de busca por atendimento e adesão ao tratamento, que também variam segundo o gênero (Ahmad; Rosendale, 2022; Lipton *et al.*, 2019).

Observou-se ainda que a maioria dos pacientes encontrava-se na faixa etária de 18 a 39 anos, correspondente ao período de maior produtividade profissional e social. Segundo o Estudo Global de Doenças, a doença afeta os indivíduos durante os períodos mais formativos e produtivos de suas vidas. A migrânea é particularmente incômoda em pessoas de 15 a 49 anos, sendo causa de incapacidade. Esse achado local se integra à tendência global de uma doença

que acomete preferencialmente indivíduos em fases altamente produtivas da vida (GBD 2021; Fan *et al.*, 2023; Simmonds *et al.*, 2023).

Em relação à raça/cor, observou-se predominância de participantes autodeclarados pretos e pardos, refletindo tanto o perfil demográfico da população atendida quanto a composição de Salvador descrita pelo IBGE (2022). Evidências nacionais indicam que a incapacidade decorrente das cefaleias no Brasil se distribui de forma desigual, afetando de maneira mais intensa indivíduos pretos, pardos e aqueles em maior vulnerabilidade socioeconômica, o que evidencia a interação entre marcadores raciais e desigualdades estruturais na determinação da carga de doença. Esse padrão também é reconhecido em análises internacionais, as quais mostram que fatores raciais, associados a barreiras socioeconômicas, menor acesso a especialistas e menor confiança no sistema de saúde, contribuem para o subdiagnóstico e o subtratamento da enxaqueca entre pessoas negras, reforçando que raça/cor funciona sobretudo como marcador social de vulnerabilidade, e não como determinante biológico isolado (American Migraine Foundation, 2021; Oliveira *et al.*, 2023).

O primeiro componente (PC1) apresentou forte correlação positiva com as variáveis classificação da dor, interferência da dor, persistência da dor, qualidade do sono e uso de medicamentos preventivos, sugerindo que pacientes com maior intensidade e persistência da dor tendem a apresentar sono de menor qualidade e a necessitar de tratamentos farmacológicos contínuos. Esse padrão reforça a literatura que relaciona o transtorno de enxaqueca crônica à disfunção do sono e à dependência de terapias preventivas (Yılmaz *et al.* 2024).

Na amostra analisada neste estudo, observou-se uma predominância de qualidade de sono ruim, achado que está em concordância com as evidências disponíveis na literatura. Almansour *et al.* (2025) identificaram uma correlação positiva significativa entre a gravidade da enxaqueca e a má qualidade do sono em um estudo comparativo que investigou a relação entre enxaqueca e distúrbios do sono. De maneira semelhante, Chen *et al.* (2025) relataram elevada prevalência de alterações do sono entre indivíduos com migrânea crônica. Em comparação à forma episódica, a migrânea crônica mostrou associação com níveis mais altos de fadiga e maior frequência de distúrbios do sono.

Além disso, um estudo caso-controle conduzido na China investigou a relação entre enxaqueca e qualidade do sono. Embora não tenha sido identificada uma tendência linear significativa entre má qualidade do sono e os escores da escala MIDAS, os autores observaram que indivíduos com enxaqueca que apresentavam pior qualidade do sono exibiram

pontuações MIDAS mais elevadas quando comparados aos pacientes com enxaqueca que relataram boa qualidade do sono (Duan *et al.*, 2022).

Assim, é destacado que a relação entre o sono e a enxaqueca é mais complexa na forma crônica do que na episódica, manifestando-se por diversos mecanismos relevantes. Indivíduos com enxaqueca crônica tendem a apresentar maior frequência de crises noturnas e desorganização do ciclo sono-vigília, sendo observado em estudos que esses pacientes relatam episódios noturnos de dor com maior regularidade em comparação àqueles com enxaqueca episódica. Há evidências de que esses pacientes exibem alterações na arquitetura do sono, caracterizadas por redução da fase REM (movimento rápido dos olhos) e maior fragmentação do sono, alterações que geralmente não ocorrem em casos de enxaqueca episódica. Outro aspecto é que a dor persistente associada à enxaqueca crônica pode estabelecer um ciclo auto sustentável de perturbação do sono e intensificação da dor, mediado pela ativação contínua do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, fenômeno menos acentuado nos pacientes com enxaqueca episódica (May; Burstein, 2019; Saçmacı; Tanik; İnan, 2022; Tiseo *et al.*, 2020; Vgontzas; Pavlović, 2018).

A maior parte dos pacientes já havia procurado atendimento médico para tratar enxaqueca, entretanto uma minoria fazia uso de medicamentos preventivos o que reflete a necessidade de melhorar o acesso aos tratamentos preventivos disponíveis para os pacientes elegíveis que sofrem de enxaqueca frequente e/ou incapacitante, um achado parecido foi encontrado em um estudo transversal sobre padrões de tratamento preventivo e satisfação com o tratamento da enxaqueca de Pascual *et al.* (2023) onde a maioria dos pacientes classificados como elegíveis para medicação preventiva relatou não utilizar preventivos tradicionais. Por outro lado, uma proporção maior de indivíduos com cefaleia por uso excessivo de medicamentos recebeu terapia profilática em comparação com aqueles sem a condição em um estudo feito por Yılmaz *et al.* (2024).

Ao avançar para os resultados da análise estatística, o segundo componente (PC2) apresentou associação positiva com variáveis como atividade física e IMC, e negativa com situação laboral e nível de escolaridade, indicando que o estilo de vida e os fatores socioeconômicos podem influenciar o controle da enxaqueca.

Quanto à escolaridade, na amostra destacou-se maioria do ensino médio completo, seguido de ensino superior completo. A maior proporção de indivíduos em situação laboral ativa e com renda de até três salários mínimos reforça o caráter socioeconômico intermediário do grupo estudado. Segundo Fan *et al.* (2023) esses fatores estão intimamente associados aos padrões sociais, mas são independentes do nível de desenvolvimento social, e indica que a

carga da enxaqueca não muda significativamente com o desenvolvimento socioeconômico, podendo afetar pessoas de diferentes classes e escolaridades, entretanto não pode ser ignorada as diferenças no diagnóstico e tratamento da enxaqueca em países de baixa renda, onde a pobreza relativa está associada à dificuldade ao acesso a serviços de saúde.

A análise multivariada também mostrou que pacientes fisicamente ativos apresentaram menor intensidade de dor e menor uso de medicamentos preventivos, achado que converge com evidências de que a prática regular de atividade física pode reduzir a frequência e a gravidade das crises. Esse efeito protetor parece decorrer do aumento do limiar de desencadeamento da migrânea entre aqueles que se exercitam regularmente. De forma semelhante, um estudo transversal com 480 estudantes de medicina identificou menor incapacidade relacionada à enxaqueca entre praticantes de atividade física, refletida em escores MIDAS significativamente inferiores (Domingues; Teixeira; Domingues, 2011).

Resultados compatíveis foram observados em ensaio clínico randomizado realizado na Dinamarca, no qual três meses de exercício aeróbico reduziram a carga da migrânea, ainda que as diferenças em frequência e intensidade da dor não tenham alcançado significância estatística em relação ao grupo controle. Os mecanismos propostos para explicar esses efeitos incluem tanto a liberação aguda de CGRP e outras alterações metabólicas associadas ao esforço que podem precipitar crises, quanto a ativação de vias fisiológicas que conferem efeito profilático, como o aumento de beta-endorfinas, endocanabinoides e o fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF), todos ligados à modulação da dor e à neuroplasticidade (Amin *et al.*, 2018; Krøll *et al.*, 2018; Varki *et al.*, 2021).

Em relação ao IMC a maioria dos pacientes apresentou eutrofia, entretanto é importante observar que a soma de sobrepeso, obesidade I, II e III corresponde a maior parte da amostra representada dos pacientes, alguns estudos e revisões relataram relação entre e sobrepeso e obesidade com enxaqueca crônica, como maior incapacidade. Entre os indivíduos com enxaqueca, a carga humanística foi maior naqueles que relataram enxaqueca com sobrepeso em comparação com aqueles sem enxaqueca com sobrepeso em um estudo realizado por Dissing *et al.* (2023). A associação entre obesidade e a prevalência e frequência de enxaqueca foi confirmada por um estudo populacional publicado por Kristoffersen *et al.* (2020), onde foi encontrada uma relação as categorias de obesidade, mais especificamente a obesidade abdominal e a frequência de crises de enxaqueca.

A variável “última consulta médica” mostrou-se relacionada ao eixo de persistência e interferência da dor, o que sugere que pacientes que consultam o médico com maior frequência tendem a apresentar quadros mais severos ou mal controlados, possivelmente pela

busca de ajustes terapêuticos. De forma semelhante, o uso concomitante de medicamentos agudos e preventivos agrupou-se no mesmo eixo da dor, refletindo a tendência de polifarmácia em pacientes com crises recorrentes. Outro aspecto relevante é o fato da pesquisa ter sido feita em um projeto especializado para migrânea pode refletir um perfil de pacientes que busca mais atendimento médico (Burstein; Nosedá; Borsok, 2015).

A cefaleia por uso excessivo de medicamentos foi identificada em grande parte da amostra, evidenciando sua relevância entre pacientes com enxaqueca crônica. Os autores do ICHD-3 destacam que mais da metade dos indivíduos com cefaleia crônica apresenta um quadro de CEM, reforçando que a simples conscientização sobre o uso adequado de medicamentos e a orientação para a suspensão do consumo excessivo constituem medidas fundamentais de saúde pública. Esses achados convergem com a literatura, que reconhece o uso excessivo de fármacos como um fator de risco significativo, ainda que não exclusivo, para a progressão de enxaqueca episódica para formas crônicas (Diener; Rizzoli, 2023).

Historicamente foi somente na década de 1980 em um estudo feito por Worz que o uso excessivo de combinações de medicamentos, incluindo ácido acetilsalicílico, codeína, ergotamina, cafeína e barbitúricos, entre outros, foi relacionado ao aumento da cefaleia, com melhora após a suspensão dessas substâncias. Outros estudos revelaram que pacientes com enxaqueca episódica tinham maior probabilidade de desenvolver enxaqueca crônica se estivessem tomando medicamentos contendo triptanos, opioides ou barbitúricos com frequência relativamente alta, sugerindo um efeito dependente da medicação (Gosalia; Moreno-Ajona; Goadsby, 2024).

Atualmente, o uso excessivo de medicamentos é reconhecido pela ICDH-3 como uma das principais causas de cefaleia crônica diária, embora também possa ser interpretada como uma consequência desse quadro. Surge, então, uma questão clínica central: o paciente utiliza medicamentos em excesso porque apresenta dor com maior frequência, ou a dor se torna mais frequente justamente devido ao uso excessivo? Esse questionamento sugere uma possível relação bidirecional. Parte dos casos classificados como uso excessivo pode, na verdade, refletir uma tentativa de resposta ao aumento da intensidade e frequência das crises, funcionando mais como um desdobramento da própria doença (Gosalia; Moreno-Ajona; Goadsby, 2024).

Apesar disso, do ponto de vista terapêutico e prognóstico, o desafio permanece: distinguir pacientes cuja cefaleia é secundária ao uso abusivo de medicamentos daqueles cuja dor persiste independentemente desse uso. Assim, o uso excessivo pode ser entendido como um epifenômeno de uma cefaleia primária, caracterizada por um curso cíclico com períodos

de melhora e piora, em que o manejo adequado da síndrome pode exigir mais do que a simples desintoxicação medicamentosa. Esse entendimento sustenta a discussão acerca de a CEM representar uma entidade clínica distinta, uma complicação ou apenas um epifenômeno no curso natural das cefaleias (Gosalia; Moreno-Ajona; Goadsby, 2024; Vandenbussche *et al.*, 2018).

Segundo Martelletti (2018), a CEM não deve ser entendida como uma entidade clínica independente, mas sim como uma seqüela funcional da própria enxaqueca crônica, uma vez que surge em indivíduos com predisposição migranosa e resulta do manejo inadequado ou do uso excessivo de medicamentos de alívio. Essa perspectiva é reforçada por Favoni *et al.* (2023), que observaram que 80% dos pacientes com CEM apresentavam migrânea crônica e os demais tinham histórico pessoal ou familiar de migrânea, sugerindo que o abuso, embora classificado como causa secundária pela ICHD-3, se desenvolve quase exclusivamente em indivíduos já inseridos no espectro da migrânea. Assim, o conjunto de evidências aponta que a CEM pode representar menos uma cefaleia provocada pelo medicamento e mais uma complicação específica da própria doença de base, emergindo de um ciclo de piora da dor, aumento da frequência das crises e uso repetido de fármacos.

Por outro lado, Hagen *et al.* (2011) em um estudo prospectivo populacional, observou-se que fatores como uso regular de tranquilizantes, tabagismo, sedentarismo, ansiedade/depressão e múltiplas queixas crônicas aumentaram significativamente o risco de desenvolver CEM. Contudo, esses mesmos fatores não elevaram o risco de desenvolver cefaleia crônica sem uso excessivo de medicamentos. Esse achado sugere que a CEM não apenas se comporta de forma distinta da cefaleia crônica não associada ao abuso medicamentoso, mas também pode envolver mecanismos patogênicos próprios, reforçando que as duas condições não são equivalentes do ponto de vista etiológico.

Além disso, do ponto de vista bidirecional Kulkarni, Mathew e Mailankody (2021) argumentam que o próprio medicamento utilizado para aliviar a cefaleia pode, paradoxalmente, contribuir para o surgimento da cefaleia por uso excessivo de medicamentos. Essa condição parece resultar da combinação entre uma predisposição individual e o uso recorrente de fármacos para alívio agudo. Forma-se, assim, um ciclo: as crises tornam-se mais frequentes, levando ao aumento do consumo desses medicamentos, enquanto diversos mecanismos fisiopatológicos passam a interagir entre si. Com o tempo, os analgésicos passam a ser utilizados com maior frequência, porém sem proporcionar o alívio desejado. Importante destacar que ela não ocorre em pacientes que utilizam analgésicos para outras condições, como câncer ou artrite, reforçando que a presença de uma cefaleia primária é fundamental

para sua manifestação. Além disso, o fato de diferentes tipos de medicamentos agudos serem capazes de desencadear o quadro sugere que exista uma via final comum, ainda desconhecida, envolvida em sua fisiopatologia. Além disso, a melhora das cefaleias em aproximadamente 60% a 75% dos pacientes após a suspensão do fármaco reforça uma possível relação causal entre o uso excessivo e a piora do quadro clínico.

A ICHD-3 reconhece que as evidências de desenvolvimento da CEM não são uniformes para todos os fármacos utilizados no tratamento agudo. Assim, o diagnóstico de uso excessivo é definido conforme o tipo de medicamento. O uso de analgésicos simples é considerado excessivo quando ocorre em mais de 15 dias por mês, enquanto o uso de opioides, triptanos, combinações de analgésicos ou múltiplas classes de medicamentos é classificado como excessivo quando ocorre por 10 dias ou mais por mês. Essa diferenciação reflete o potencial variável de cada classe medicamentosa em contribuir para o agravamento e a cronificação da cefaleia (Gosalia; Moreno-Ajona; Goadsby, 2024).

Embora diversos medicamentos possam causar a CEM, somente alguns estudos relataram diferenças nas características clínicas com base no tipo de medicamento utilizado em excesso. Na amostra deste estudo, o predomínio do uso de múltiplas classes de medicamentos para o manejo das crises agudas indica um padrão de polifarmácia. Esse comportamento, pode indicar a tentativa de obter alívio rápido da dor através da combinação de diferentes fármacos, o que também foi encontrado em outros estudos (Oh *et al.* 2022).

A alta taxa de uso excessivo de medicamentos e a baixa adesão à terapia preventiva observadas nos resultados desta pesquisa reforçam a urgência de intervenções educativas e clínicas. O fato da maior parte participantes utilizarem múltiplas classes farmacológicas para o alívio agudo, em contraste com uma menor parte que utilizam triptanos, sugere um manejo inadequado da dor, potencialmente agravado pela dificuldade de acesso a medicamentos específicos e ao acompanhamento médico especializado. A busca por atendimento médico, relatada pela maioria dos pacientes, é um ponto positivo, mas a informação de que muitos deles tiveram a última consulta há mais de um ano indica uma lacuna no acompanhamento contínuo, essencial para o manejo da enxaqueca crônica e a prevenção da CEM.

Estudos mostram que o tipo e a combinação de medicamentos usados em excesso influenciam a gravidade da CEM. Créach *et al.* (2009) observaram que pacientes que abusavam de uma combinação de triptanos e analgésicos apresentavam cefaleias mais intensas e frequentes do que aqueles que utilizavam apenas triptanos. De forma semelhante, Bendtsen *et al.* (2013) destacam que o uso concomitante e repetido de múltiplos fármacos está associado a quadros clínicos mais graves, refletindo a tentativa dos pacientes de manejar crises cada vez

mais persistentes. Por sua vez, Oh *et al.* (2022) em um estudo multicêntrico identificaram que 30,1% utilizavam múltiplas classes de medicamentos, sugerindo que as manifestações clínicas da CEM podem variar conforme o tipo de fármaco consumido, embora ainda haja incerteza sobre o impacto específico de cada classe na resposta terapêutica. Corroborando esses achados, uma revisão sistemática de 29 estudos mostrou diferenças no risco de desenvolvimento de CEM segundo o medicamento utilizado, sendo menor para triptanos e ergotamina quando comparados a analgésicos combinados, e mais favorável para triptanos e ergotamina do que para opioides (Thorlund *et al.*, 2016).

A Escala Graduada de Dor Crônica, proposta por Von Korff (2001), é amplamente utilizada para avaliar a intensidade e o impacto funcional da dor crônica. Na presente amostra, observou-se predominância dos graus III e IV, correspondentes a dor moderadamente e gravemente limitante, respectivamente. Esses resultados indicam uma amostra composta majoritariamente por indivíduos com dor de elevada intensidade e expressiva interferência nas atividades diárias, o que reflete importante comprometimento da qualidade de vida. Esses achados estão intrinsecamente ligados à baixa qualidade do sono, classificada como ruim por por maior parte dos pacientes, e ao sedentarismo, fatores que a literatura associa ao aumento do risco de cronificação e desenvolvimento da CEM. A PCA e o dendrograma confirmam essa interconexão, ao agrupar variáveis como 'uso de medicamentos', 'persistência da dor' e 'última consulta', sugerindo que o manejo terapêutico, a gravidade da dor e o acompanhamento médico estão estatisticamente mais relacionados entre si do que com as características sociodemográficas isoladas (Hagen *et al.*, 2011).

Achados semelhantes foram relatados por estudos, onde pacientes com enxaqueca crônica e CEM possuíam maior carga e impacto. Lantéri-Minet *et al.* (2011) concluiu que cefaleia diária crônica e cefaleia crônica com uso excessivo de medicamentos foram consistentemente associadas a uma qualidade de vida mais baixa em comparação com cefaleia episódica ou cefaleia crônica sem CEM. De modo consistente Schwedt *et al.* (2021) mostrou que instrumentos validados demonstraram impacto negativo substancial na funcionalidade e na qualidade de vida de pacientes com migrânea crônica associada à CEM, sendo que o aumento da frequência das crises está diretamente relacionado à maior incapacidade e pior qualidade de vida. Além disso, entre indivíduos com migrânea, aqueles que fazem uso excessivo de medicamentos apresentam uma carga humanística mais elevada, incluindo pior qualidade de vida, maior limitação funcional e maior impacto emocional, quando comparados àqueles que não seguem esse padrão, mesmo quando ambos apresentam frequência de cefaleia semelhante (Dissing, Lee; Østerberg; Hammer-Helmich, 2023).

A PCA, portanto, demonstrou que os padrões clínicos e comportamentais exercem maior impacto sobre a experiência da dor e o manejo terapêutico do que as características sociodemográficas isoladas. Esses achados indicam a importância de abordagens multidimensionais, incluindo mudanças de estilo de vida, controle do sono e acompanhamento médico regular, para o tratamento efetivo da enxaqueca.

É importante ressaltar que a amostra analisada é proveniente de um projeto especializado em migrânea, o que tende a reunir indivíduos com dores geralmente moderadas a graves e, portanto, maior probabilidade de uso excessivo. Outro ponto relevante refere-se à coleta de dados, realizada a partir dos formulários de triagem do Projeto Livre da Enxaqueca. Como as informações foram obtidas por meio de autorrelato dos pacientes, há possibilidade de viés de memória, uma vez que os participantes podem não se recordar com exatidão da frequência de crises ou da utilização de medicamentos nos meses anteriores.

Além disso, o estudo avaliou apenas a classe farmacológica dos medicamentos utilizados, e não os fármacos específicos ou suas doses. Essa limitação impede uma análise mais detalhada sobre possíveis diferenças entre substâncias dentro de uma mesma classe, bem como sobre a influência de certas combinações terapêuticas, uma vez que obteve-se um predomínio no uso de múltiplas classes de medicamentos, assim não sendo possível verificar exatamente essa influência na cronificação da dor e no desenvolvimento da CEM.

Assim, ainda que os resultados não tenham abrangência geral, eles evidenciam um perfil clínico de alto impacto funcional o que está em conformidade com a literatura, no qual a dor intensa e persistente compromete o cotidiano e reforça a necessidade de intervenções preventivas e educação farmacoterapêutica.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo caracterizou o perfil clínico e sociodemográfico de pacientes com enxaqueca crônica acompanhados pelo Projeto Livre da Enxaqueca e evidenciou uma elevada prevalência de cefaleia por uso excessivo de medicamentos, achado consistente com a literatura e que reforça a complexidade dessa interação. A predominância do uso de múltiplas classes farmacológicas, associada à alta frequência de crises, à má qualidade do sono e à necessidade de terapia preventiva, destaca o perfil de maior gravidade clínica dessa população. Esses resultados reforçam que a enxaqueca crônica é uma condição multifatorial, frequentemente incapacitante e cuja compreensão deve ultrapassar a perspectiva exclusivamente farmacológica, incorporando aspectos comportamentais, socioeconômicos e relacionados ao estilo de vida.

A análise multivariada demonstrou que fatores clínicos e comportamentais exercem influência mais significativa no impacto da doença do que características demográficas isoladas, sugerindo que a cronificação resulta de um conjunto complexo de elementos. Ainda assim, a relação entre enxaqueca crônica e CEM permanece tema de debate científico. A classificação atual da CEM como cefaleia secundária não elimina dúvidas sobre a direção causal: se o uso excessivo decorre da gravidade da dor ou se contribui para intensificá-la e perpetuá-la. Os achados reforçam a necessidade de estudos que esclareçam essa dinâmica e explorem, de forma comparativa, o efeito de diferentes classes de medicamentos sobre o risco de cronificação.

Apesar das contribuições, o estudo apresenta limitações como o viés de memória inerente à coleta por autorrelato, a ausência de identificação específica dos fármacos utilizados e o fato de a amostra ser proveniente de um serviço especializado, o que pode superestimar a gravidade dos casos.

Por fim, os resultados reforçam a importância de estratégias de educação em saúde, acompanhamento contínuo, abordagem multidisciplinar e atuação farmacêutica qualificada para promover o uso racional de medicamentos e prevenir a progressão da doença. Assim, esta pesquisa contribui para ampliar a compreensão sobre o impacto funcional da enxaqueca crônica e a relevância do uso excessivo de medicamentos nesse contexto. Ao evidenciar a magnitude da incapacidade associada à migrânea, reforça-se a necessidade urgente de novas investigações que aprofundem os mecanismos de cronificação, avaliem intervenções preventivas e promovam maior conscientização pública sobre a seriedade dessa condição, frequentemente subestimada no cotidiano.

## REFERÊNCIAS

AGUILAR-SHEA, Antonio L.; MD, Javier A. Membrilla; DIAZ-DE-TERAN, Javier. Migraine review for general practice. **Atención Primaria**, [S.L.], v. 54, n. 2, p. 102208, fev. 2022. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102208>. Acesso em: 24 dez. 2024.

AHMAD, Sarah R.; ROSENDALE, Nicole. Sex and Gender Considerations in Episodic Migraine. **Current Pain And Headache Reports**, [S.L.], v. 26, n. 7, p. 505-516, 9 jun. 2022. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s11916-022-01052-8>. Acesso em: 21 nov. 2025.

ALMANSOUR, Nura A.; ALSALAMAH, Seham S.; ALSUBAIE, Razan S.; ALSHATHRI, Nada N.; ALHEDYAN, Yasmeen A.; ALTHEKAIR'S, Faisal Y.. Association between migraine severity and sleep quality: a nationwide cross-sectional study. **Frontiers In Neurology**, [S.L.], v. 16, p., 31 jan. 2025. Frontiers Media SA. <http://dx.doi.org/10.3389/fneur.2025.1529213>. Acesso em: 21 nov. 2025.

AMERICAN MIGRAINE FOUNDATION. *Racial disparities in migraine and headache care*. **American Migraine Foundation**, 2021. Disponível em: <https://americanmigrainefoundation.org/resource-library/racial-disparities-in-migraine-care/>. Acesso em: 18 nov. 2025.

AMIN, Faisal Mohammad; ARISTEIDOU, Stavroula; LINDE, Mattias; BARALDI, Carlo; CZAPINSKA-CIEPIELA, Ewa K.; ARIADNI, Daponte D.; LENOLA, Davide di; FENECH, Cherilyn; KAMPOURIS, Konstantinos; KARAGIORGIS, Giorgos; BRASCHINSKY, Mark . The association between migraine and physical exercise. **The Journal Of Headache And Pain**, [S.L.], v. 19, n. 1, p., 10 set. 2018. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s10194-018-0902-y>. Acesso em: 21 nov. 2025.

ASHINA, Messoud; HANSEN, Jakob Møller; DO, Thien Phu; MELO-CARRILLO, Agustin; BURSTEIN, Rami; A MOSKOWITZ, Michael. Migraine and the trigeminovascular system—40 years and counting. **The Lancet Neurology**, [S.L.], v. 18, n. 8, p. 795-804, ago. 2019. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s1474-4422\(19\)30185-1](http://dx.doi.org/10.1016/s1474-4422(19)30185-1). Acesso em: 21 nov. 2025.

BENDTSEN, Lars; MUNKSGAARD, Signe B; TASSORELLI, Cristina; NAPPI, Stephen G; KATSARAVA, Zaza; LAINEZ, Miguel; LESTON, Ja; FADIC, Ricardo; SPADAFORA, Santiago; JENSEN, Rigmor,. Disability, anxiety and depression associated with medication-overuse headache can be considerably reduced by detoxification and prophylactic treatment. Results from a multicentre, multinational study (COMOESTAS project). **Cephalalgia**, [S.L.], v. 34, n. 6, p. 426-433, 9 dez. 2013. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/0333102413515338>. Acesso em: 21 nov. 2025.

BURSTEIN, Rami; NOSEDA, Rodrigo; BORSOOK, David. Migraine: multiple processes, complex pathophysiology. **The Journal Of Neuroscience**, [S.L.], v. 35, n. 17, p. 6619-6629, 29 abr. 2015. Society for Neuroscience. <http://dx.doi.org/10.1523/jneurosci.0373-15.2015>. Acesso em: 24 dez. 2024.

BUSE, Dawn C, MANACK; Aubrey; SERRANO Daniel; TURKEL, Catherine; LIPTON, Richard B.. Perfis sociodemográficos e de comorbidade de pacientes com migrânea crônica e migrânea episódica. **J Neurol Neurosurg Psychiatry**. (2010) 81:428–32. doi: 10.1136/jnnp.2009.192492

BUSE, Dawn C.; LODER, Elizabeth W.; GORMAN, Jennifer A.; STEWART, Walter F.; REED, Michael L.; FANNING, Kristina M.; SERRANO, Daniel; LIPTON, Richard B.. Sex Differences in the Prevalence, Symptoms, and Associated Features of Migraine, Probable Migraine and Other Severe Headache: results of the american migraine prevalence and prevention (ampp) study. **Headache: The Journal of Head and Face Pain**, [S.L.], v. 53, n. 8, p. 1278-1299, 28 jun. 2013. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/head.12150>. Acesso em: 21 nov. 2025.

CHEN, Yu-Ming; WANG, Jen-Hung; LIANG, Chih-Sung; LIN, Yu-Kai; YANG, Fu-Chi. Clinical and psychological predictors of sleep quality in chronic migraine: a preliminary retrospective analysis study. **Bmc Neurology**, [S.L.], v. 25, e156, 11 abr. 2025. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12883-025-04165-w>. Acesso em: 21 nov. 2025.

CHRISTENSEN, Casper Emil; ASHINA, Messoud; AMIN, Faisal Mohammad. Calcitonin Gene-Related Peptide (CGRP) and Pituitary Adenylate Cyclase-Activating Polypeptide (PACAP) in Migraine Pathogenesis. **Pharmaceuticals**, [S.L.], v. 15, n. 10, p. 1189, 27 set. 2022. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/ph15101189>. Acesso em: 21 nov. 2025.

CLOSE, Liesl N; EFTEKHARI, Sajedeh; WANG, Minyan; CHARLES, Andrew C; RUSSO, Andrew F. Cortical spreading depression as a site of origin for migraine: role of cgrp. **Cephalalgia**, [S.L.], v. 39, n. 3, p. 428-434, 25 abr. 2018. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/0333102418774299>.

CRÉAC'H, Christelle; RADAT, Françoise; MICK, Gerard; GUEGAN-MASSARDIER, Evelyne; GIRAUD, Pierrick; GUY, Nathalie; FABRE, Nelly; NACHIT-OUINEKH, Fatima; LANTERI-MINET, Michel. One or Several Types of Triptan Overuse Headaches. **Headache: The Journal of Head and Face Pain**, [S.L.], v. 49, n. 4, p. 519-528, 25 mar. 2009. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1526-4610.2009.01365.x>. Acesso em: 21 nov. 2025.

DIENER, Hans Christoph; RIZZOLI, Paulo. Chronic migraine and medication overuse. **Handbook Of Clinical Neurology**, [S.L.], p. 187-200, 2023. Elsevier. <http://dx.doi.org/10.1016/b978-0-12-823356-6.00008-1>. Acesso em: 21 nov. 2025.

DISSING, Agnete Skovlund; LEE, Xin Ying; ØSTERBERG, Ole; HAMMER-HELMICH, Lene. Burden of Medication Overuse in Migraine: a cross-sectional, population-based study in five european countries using the 2020 national health and wellness survey (nhws). **Neurology And Therapy**, [S.L.], v. 12, n. 6, p. 2053-2065, 20 set. 2023. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s40120-023-00545-x>. Acesso em: 21 nov. 2025.

DODICK, David W. Migraine. **The Lancet**, [S.L.], v. 391, n. 10127, p. 1315-1330, mar. 2018. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)30478-1](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(18)30478-1). Acesso em: 24 dez. 2024.

DOMINGUES, Renan B.; TEIXEIRA, Antônio Lúcio; DOMINGUES, Simone A.. Physical practice is associated with less functional disability in medical students with migraine. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, [S.L.], v. 69, n. 1, p. 39-43, fev. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0004-282x2011000100009>. Acesso em: 21 nov. 2025.

DUAN, Shaojie; REN, Zhiying; XIA, Hui; WANG, Ziyao; ZHENG, Tao; LIU, Zunjing. Association between sleep quality, migraine and migraine burden. **Frontiers In Neurology**, [S.L.], v. 13, 26 ago. 2022. Frontiers Media SA. <http://dx.doi.org/10.3389/fneur.2022.955298>. Acesso em: 21 nov. 2025.

DUPONT, Robert L.; HAN, Beth; SHEA, Corinne L.; MADRAS, Bertha K.. Drug use among youth: national survey data support a common liability of all drug use. **Preventive Medicine**, [S.L.], v. 113, p. 68-73, ago. 2018. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.05.015>. Acesso em: 21 nov. 2025.

FAN, Luying; WU, Yuhang; WEI, Jiehua; XIA, Fan; CAI, Yufeng; ZHANG, Senmao; MIAO, Junxiang; ZHOU, Yunzhe; LIU, Chu; YAN, Wei. Global, regional, and national time trends in incidence for migraine, from 1990 to 2019: an age-period-cohort analysis for the gbd 2019. **The Journal Of Headache And Pain**, [S.L.], v. 24, e79, 1 jul. 2023. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s10194-023-01619-9>. Acesso em: 21 nov. 2025.

FAVONI, Valentina; MASCARELLA, Davide; GIANNINI, Giulia; BAULEO, Salvatore; TORELLI, Paola; PIERANGELI, Giulia; CORTELLI, Pietro; CEVOLI, Sabina. Prevalence, natural history and dynamic nature of chronic headache and medication overuse headache in Italy: the spartacus study. **Cephalalgia**, [S.L.], v. 43, n. 4, p. 76-82, 23 mar. 2023. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/03331024231157677>. Acesso em: 21 nov. 2025.

FERRARI, Michel D.; GOADSBY, Peter J.; BURSTEIN, Rami; KURTH, Tobias; AYATA, Cenk; CHARLES, Andrew; ASHINA, Messoud; MAAGDENBERG, Arn M. J. M. van Den; DODICK, David W.. Migraine. **Nature Reviews Disease Primers**, [S.L.], v. 8, n. 1, 13 jan. 2022. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1038/s41572-021-00328-4>. Acesso em: 21 nov. 2025.

GAIST, David; SINDRUP, Søren; HALLAS, Jesper; GRAM, Larsf.. Misuse of sumatriptan. **The Lancet**, [S.L.], v. 344, n. 8929, p. 1090, out. 1994. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(94\)91746-9](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(94)91746-9). Acesso em: 21 nov. 2025.

GOADSBY, Peter J.; HOLLAND, Philip R.; MARTINS-OLIVEIRA, Margarida; HOFFMANN, Jan; SCHANKIN, Christoph; AKERMAN, Simon. Pathophysiology of Migraine: a disorder of sensory processing. **Physiological Reviews**, [S.L.], v. 97, n. 2, p. 553-622, abr. 2017. American Physiological Society. <http://dx.doi.org/10.1152/physrev.00034.2015>. Acesso em: 21 nov. 2025.

GONZÁLEZ-ORIA, Carmen; BELVÍS, Robert; CUADRADO, Maria.L.; DÍAZ-INSA, Santiago; GUERRERO-PERAL, Angel L.; HUERTA, M.; IRIMIA, Pablo; LÁINEZ, José .M.; LATORRE, Gonzalez.; LEIRA, Rogelio.. Documento de revisión y actualización de la cefalea por uso excesivo de medicación (CUEM). **Neurología**, [S.L.], v. 36, n. 3, p. 229-240, abr. 2021. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2020.04.029>. Acesso em: 21 nov. 2025.

GOSALIA, Helin; MORENO-AJONA, David; GOADSBY, Peter J.. Medication-overuse headache: a narrative review. **The Journal Of Headache And Pain**, [S.L.], v. 25, n. 1, p. 345-350, 31 maio 2024. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s10194-024-01755-w>. Acesso em: 21 nov. 2025.

GRIBBIN, Catriona L; A DANI, Krishna; TYAGI, Alok. Chronic Migraine. **Neurology India**, [S.L.], v. 69, n. 1, p. 67-75, mar. 2021. Medknow. <http://dx.doi.org/10.4103/0028-3886.315972>. Acesso em: 22 nov. 2025.

HAGEN, Knut; ALBRETSSEN, Claus; VILMING, Steinar T.; SALVESEN, Rolf; GRØNNING, Marit; HELDE, Grethe; GRAVDAHL, Gøril; ZWART, John-Anker; STOVNER, Lars Jacob. A 4-year follow-up of patients with medication-overuse headache previously included in a randomized multicentre study. **The Journal Of Headache And Pain**, [S.L.], v. 12, n. 3, p. 315-322, 5 jan. 2011. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s10194-010-0285-1>. Acesso em: 21 nov. 2025.

HERNANDEZ-VILLAFUERTE, Karla; MÜLLER, Malina; OSTWALD, Dennis. Carga socioeconômica das principais doenças em oito países da América Latina. **Darmstadt: WifOR Institute**, jun. 2024. Relatório técnico preparado para Novartis e Sandoz. Acesso em: 21 nov. 2025.

INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY. *The International Classification of Headache Disorders. 3rd ed.* **Cephalalgia**, 2018.. Acesso em: 30 nov. 2025.

KELMAN, Leslie. The Triggers or Precipitants of the Acute Migraine Attack. **Cephalalgia**, [S.L.], v. 27, n. 5, p. 394-402, maio 2007. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-2982.2007.01303.x>. Acesso em: 24 dez. 2024.

KHAN, Johra; ASOOM, Lubna Ibrahim Al; SUNNI, Ahmad Al; RAFIQUE, Nazish; LATIF, Rabia; SAIF, Seham Al; ALMANDIL, Noor B.; ALMOHAZEY, Dana; ABDULAZEEZ, Sayed; BORGIO, J. Francis. Genetics, pathophysiology, diagnosis, treatment, management, and prevention of migraine. **Biomedicine & Pharmacotherapy**, [S.L.], v. 139, p. 111557, jul. 2021. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopha.2021.111557>. Acesso em: 24 dez. 2024. Acesso em: 21 nov. 2025.

KOWACS, Fernando; ROESLER, Célia Aparecida de Paula; PIOVESAN, Élcio Juliato; SARMENTO, Elder Machado; CAMPOS, Henrique Carneiro de; MACIEL JUNIOR, Jayme Antunes; CALIA, Leandro Cortoni; BAREA, Liselotte Menke; CICIARELLI, Marcelo Cedrinho; VALENÇA, Marcelo Moraes. Consensus of the Brazilian Headache Society on the treatment of chronic migraine. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, [S.L.], v. 77, n. 7, p. 509-520, jul. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0004-282x20190078>. Acesso em: 24 dez. 2024.

KRISTOFFERSEN, Espen Saxhaug; BØRTE, Sigrid; HAGEN, Knut; ZWART, John-Anker; WINSVOLD, Bendik Slagsvold. Migraine, obesity and body fat distribution – a population-based study. **The Journal Of Headache And Pain**, [S.L.], v. 21, n. 1, 6 ago. 2020. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s10194-020-01163-w>. Acesso em: 21 nov. 2025.

KRØLL, Lotte Skytte; HAMMARLUND, Catharina Sjö Dahl; LINDE, Mattias; GARD, Gunvor; JENSEN, Rigmor Højland. The effects of aerobic exercise for persons with migraine and co-existing tension-type headache and neck pain. A randomized, controlled, clinical trial. **Cephalalgia**, [S.L.], v. 38, n. 12, p. 1805-1816, 15 jan. 2018. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/0333102417752119>. Acesso em: 21 nov. 2025.

KULKARNI, Girish B; MATHEW, Thomas; MAILANKODY, Pooja. Medication Overuse Headache. **Neurology India**, [S.L.], v. 69, n. 1, p. 76-82, mar. 2021. Medknow. <http://dx.doi.org/10.4103/0028-3886.315981>. Acesso em: 24 dez. 2024.

LANTÉRI-MINET, Michel; DURU, Gérard; MUDGE, Mia; COTTRELL, Suzi. Quality of life impairment, disability and economic burden associated with chronic daily headache, focusing on chronic migraine with or without medication overuse: a systematic review. **Cephalalgia**, [S.L.], v. 31, n. 7, p. 837-850, 4 abr. 2011. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/0333102411398400>. Acesso em: 21 nov. 2025.

LIMMROTH, V.; KATSARAVA, Z.; FRITSCHÉ, G.; PRZYWARA, S.; DIENER, H.-C.. Features of medication overuse headache following overuse of different acute headache drugs. **Neurology**, [S.L.], v. 59, n. 7, p. 1011-1014, 8 out. 2002. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1212/wnl.59.7.1011>. Acesso em: 21 nov. 2025.

LINDE, Mattias; GUSTAVSSON, Anders; STOVNER, Lars J; STEINER, Timothy J; BARRÉ, Jéssica; KATSARAVA, Zaza.; LAINEZ, J. Miguel.; LAMPL, Christian; LANTÉRI-MINET, Michel.; RASTENYTE, Daiva; LATORRE, Elena Ruiz de; TASSORELLI, Cristina. The cost of headache disorders in Europe: the eurolight project. **European Journal Of Neurology**, [S.L.], v. 19, n. 5, p. 703-711, 5 dez. 2011. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-1331.2011.03612.x>. Acesso em: 24 dez. 2024. Acesso em: 21 nov. 2025.

LIPTON, Richard B.; FANNING, Kristina M.; BUSE, Dawn C.; MARTIN, Vincent T.; HOHAIA, Lee B.; ADAMS, Aubrey Manack; REED, Michael L.; GOADSBY, Peter J.. Migraine progression in subgroups of migraine based on comorbidities. **Neurology**, [S.L.], v. 93, n. 24, 10 dez. 2019. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1212/wnl.0000000000008589>. Acesso em: 21 nov. 2025.

MARMURA, Michael J.; SILBERSTEIN, Stephen D.; SCHWEDT, Todd J.. The Acute Treatment of Migraine in Adults: the american headache society evidence assessment of migraine pharmacotherapies. **Headache: The Journal of Head and Face Pain**, [S.L.], v. 55, n. 1, p. 3-20, jan. 2015. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/head.12499>. Acesso em: 24 dez. 2024.

MARTELLETTI, Paolo. The journey from genetic predisposition to medication overuse headache to its acquisition as sequela of chronic migraine. **The Journal Of Headache And Pain**, [S.L.], v. 19, n. 1, p. 345-356, 10 jan. 2018. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s10194-017-0830-2>. Acesso em: 24 dez. 2024.

MATTOS, Ana Carolina Musser Tavares de; SOUZA, Jano Alves de; MOREIRA FILHO, Pedro Ferreira; JURNO, Mauro Eduardo; VELARDE, Luis Guilherme Coca. ID-Migraine™ questionnaire and accurate diagnosis of migraine. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, [S.L.], v. 75, n. 7, p. 446-450, jul. 2017. FapUNIFESP (SciELO).

<http://dx.doi.org/10.1590/0004-282x20170069>. Acesso em: 24 dez. 2024.

MAY, Arne; BURSTEIN, Rami. Hypothalamic regulation of headache and migraine. **Cephalalgia**, [S.L.], v. 39, n. 13, p. 1710-1719, 29 ago. 2019. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/0333102419867280>. Acesso em: 21 nov. 2025.

MAY, Arne; SCHULTE, Laura H.. Chronic migraine: risk factors, mechanisms and treatment. **Nature Reviews Neurology**, [S.L.], v. 12, n. 8, p. 455-464, 8 jul. 2016. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1038/nrneurol.2016.93>. Acesso em: 24 dez. 2024.

OH, Sun-Young; KANG, Jin-Ju; PARK, Hong-Kyun; CHO, Soo-Jin; HONG, Yuha; MOON, Heui-Soo; LEE, Mi Ji; SONG, Tae-Jin; IM, Yong-Jin; SON, Won Jeong. Clinical characteristics of medication-overuse headache according to the class of acute medication: a cross-sectional multicenter study. **Headache: The Journal of Head and Face Pain**, [S.L.], v. 62, n. 7, p. 890-902, jul. 2022. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/head.14363>. Acesso em: 21 nov. 2025.

OLIVEIRA, Arão; BENSENOR, Isabela; GOULART, Alessandra; MERCANTE, Juliane; PERES, Mario. Socioeconomic and geographic inequalities in headache disability in Brazil: the 2019 national health survey. **Headache: The Journal of Head and Face Pain**, [S.L.], v. 63, n. 1, p. 114-126, jan. 2023. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/head.14462>. Acesso em: 18 nov. 2025.

ORNELLO, Raffaele; RIPA, Patrizia; PISTOIA, Francesca; DEGAN, Diana; TISEO, Cindy; CAROLEI, Antonio; SACCO, Simona. Migraine and body mass index categories: a systematic review and meta-analysis of observational studies. **The Journal Of Headache And Pain**, [S.L.], v. 16, n. 1, 28 mar. 2015. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s10194-015-0510-z>. Acesso em: 21 nov. 2025.

PASCUAL, Julio; PANI, Tommaso; DELL'AGNELLO, Grazia; GONDERTEN, Saygin; NOVICK, Diego; EVERS, Stefan. Preventive treatment patterns and treatment satisfaction in migraine: results of the overcome (eu) study. **The Journal Of Headache And Pain**, [S.L.], v. 24, n. 1, 17 jul. 2023. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s10194-023-01623-z>. Acesso em: 21 nov. 2025.

PERES, Mario Fernando Prieto. Public policies in headache disorders: needs and possibilities. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 78, p. 50-52, 2020. 10.1590/0004-282X20190144. Acesso em: 24 dez. 2024. Acesso em: 21 nov. 2025.

SAÇMACđ, Hikmet; TANIK, Nermin; İNAN, Levent Ertuğrul. Current Perspectives on the Impact of Chronic Migraine on Sleep Quality: a literature review. **Nature And Science Of Sleep**, [S.L.], v. 14, p. 1783-1800, out. 2022. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.2147/nss.s335949>. Acesso em: 21 nov. 2025.

SANTIAGO, Michelle Dias Santos; CARVALHO, Deusvenir de Souza; GABBAI, Alberto Alain; PINTO, Mariana Machado Pereira; MOUTRAN, Andrea Regina Correa; VILLA, Thais Rodrigues. Amitriptyline and aerobic exercise or amitriptyline alone in the treatment of chronic migraine: a randomized comparative study. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, [S.L.], v. 72, n. 11, p. 851-855, nov. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0004-282x20140148>. Acesso em: 21 nov. 2025.

SCHWEDT, Todd J.; HENTZ, Joseph G.; SAHAI-SRIVASTAVA, Soma; SPARE, Nicole M.; MARTIN, Vincent T.; TREPPENDAHL, Christina; DIGRE, Kathleen; BENNETT, Nathan L.; BIRLEA, Marius; WATSON, David. Headache characteristics and burden from chronic migraine with medication overuse headache: cross-sectional observations from the medication overuse treatment strategy trial. **Headache: The Journal of Head and Face Pain**, [S.L.], v. 61, n. 2, p. 351-362, 12 jan. 2021. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/head.14056>. Acesso em: 21 nov. 2025.

SILVA, Mikaella de Souza; ALVES, Gabrielly Esther da Silva; SILVA, José Thiago de Lima; LEITE, Antonio Flaudiano Bem; SANTOS, Erlene Roberta Ribeiro dos. Internações por enxaqueca. **Jornal Memorial da Medicina**, [S.L.], v. 1, n. 2, p. 57-65, 30 nov. 2020. *Jornal Memorial da Medicina*. <http://dx.doi.org/10.37085/jmmv1.n2.2019.pp.57-65>. Acesso em: 24 dez. 2024. Acesso em: 24 dez. 2024.

SIMMONDS, Lucy; MEHTA, Dwij; CHEEMA, Sanjay; MATHARU, Manjit. Epidemiology of migraine. **Handbook Of Clinical Neurology**, [S.L.], v. 17, n. 1, p. 31-38, 2023. Elsevier. <http://dx.doi.org/10.1016/b978-0-12-823356-6.00017-2>. Acesso em: 21 nov. 2025.

STEINER, Timothy. J; STOVNER, Lars. J; JENSEN, Rigmor; ULUDUZ, Derya; KATSARAVA, Zaza. Migraine Remains Second among the World's Causes of Disability, and First among Young Women: Findings from GBD2019." **The Journal of Headache and Pain**, vol. 21, no. 1, Dec. 2020, <https://doi.org/10.1186/s10194-020-01208-0>. Acesso em: 24 dez. 2024.

SU, Min; YU, Shengyuan. Chronic migraine: a process of dysmodulation and sensitization. **Molecular Pain**, [S.L.], v. 14, jan. 2018. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/1744806918767697>. Acesso em: 22 nov. 2025.

TAKAHASHI, Tatiane Teru; ORNELLO, Raffaele; QUATROSI, Giuseppe; TORRENTE, Angelo; ALBANESE, Maria; VIGNERI, Simone; GUGLIELMETTI, Martina; MARCO, Cristiano Maria de; DUTORDOIR, Camille; COLANGELI, Enrico. Medication overuse and drug addiction: a narrative review from addiction perspective. **The Journal Of Headache And Pain**, [S.L.], v. 22, n. 1, p. 56-67, 28 abr. 2021. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s10194-021-01224-8>. Acesso em: 24 dez. 2024.

THORLUND, Kristian; SUN-EDELSTEIN, Christina; DRUYTS, Eric; KANTERS, Steve; EBRAHIM, Shanil; BHAMBRI, Rahul; RAMOS, Elodie; MILLS, Edward J.; LANTERI-MINET, Michel; TEPPER, Stewart. Risk of medication overuse headache across classes of treatments for acute migraine. **The Journal Of Headache And Pain**, [S.L.], v. 17, n. 1, p. 107-113, 24 nov. 2016. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s10194-016-0696-8>. Acesso em: 21 nov. 2025.

TISEO, Cindy; VACCA, Alessandro; FELBUSH, Anton; FILIMONOVA, Tamara; GAI, Annalisa; GLAZYRINA, Tatyana; HUBALEK, Irina Anna; MARCHENKO, Yelena; OVEREEM, Lucas Hendrik; PIROSO, Serena. Migraine and sleep disorders: a systematic review. **The Journal Of Headache And Pain**, [S.L.], v. 21, n. 1, p., 27 out. 2020. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s10194-020-01192-5>. Acesso em: 21 nov. 2025.

VANDENBUSSCHE, Nicolas; LATERZA, Domenico; LISICKI, Marco; LLOYD, Joseph; LUPI, Chiara; TISCHLER, Hannes; TOOM, Kati; VANDERVORST, Fenne; QUINTANA, Simone; PAEMELEIRE, Koen. Medication-overuse headache: a widely recognized entity amidst ongoing debate. **The Journal Of Headache And Pain**, [S.L.], v. 19, n. 1, 13 jul. 2018. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s10194-018-0875-x>. Acesso em: 21 nov. 2025.

VANDENBUSSCHE, Nicolas; LATERZA, Domenico; LISICKI, Marco; LLOYD, Joseph; LUPI, Chiara; TISCHLER, Hannes; TOOM, Kati; VANDERVORST, Fenne; QUINTANA, Simone; PAEMELEIRE, Koen. Medication-overuse headache: a widely recognized entity amidst ongoing debate. **The Journal Of Headache And Pain**, [S.L.], v. 19, n. 1, p. 345-356, 13 jul. 2018. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s10194-018-0875-x>. Acesso em: 24 dez. 2024.

VGONTZAS, Angeliki; PAVLOVIĆ, Jelena M.. Sleep Disorders and Migraine: review of literature and potential pathophysiology mechanisms. **Headache: The Journal of Head and Face Pain**, [S.L.], v. 58, n. 7, p. 1030-1039, jul. 2018. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/head.13358>. Acesso em: 21 nov. 2025.

WORZ, R. Abuse and paradoxical effects of analgesic drug mixtures. **British Journal Of Clinical Pharmacology**, [S.L.], v. 10, n. 2, abr. 1980. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2125.1980.tb01828.x>. Acesso em: 21 nov. 2025.

YđLMAZ, Gülcan Göçmez; GHOURI, Reza; ÖZDEMİR, Asena Ayça; ÖZGE, Aynur. Complicated Form of Medication Overuse Headache Is Severe Version of Chronic Migraine. **Journal Of Clinical Medicine**, [S.L.], v. 13, n. 13, p. 3696, 25 jun. 2024. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/jcm13133696>. Acesso em: 21 nov. 2025.

## ANEXOS

### ANEXO A- ID- Migraine

Versão original e Portuguesa da ID-MigraineTM.

Original	Portuguese version
During the last three months, have you ever had any of the following symptoms concerning your headache pain?	Durante os últimos 3 meses, ocorreu algum dos seguintes sintomas com as suas dores de cabeça:
1. Did you ever feel nauseous when you had headache pain?	1. Sentiu-se nauseada (o) mal disposta (o) enquanto estava com dor de cabeça?
2. Did the light trouble you (much more than then when there is no headache)?	2. A luz incomodou-a (o) (muito mais do que quando não tem dor de cabeça)?
3. Did your headache ever limit your ability to work, study or do something you needed to, for at least one day?	3. As suas dores de cabeça limitaram a sua capacidade de trabalhar, estudar, ou fazer o que precisava de fazer durante, pelo menos, um dia?

---

Fonte: (Mattos; Souza; Moreira Filho; Jurno; Velarde, 2017)

## ANEXO B- ESCALA GRADUADA DE DOR CRÔNICA (Von Korff *et al.*, 2001)

<p><b>1- Quantos dias nos seis meses que se passaram você sentiu dor no [local]? Lembre-se que seis meses têm 180 dias</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Dias com dor</b> _____</p>											
<p><b>2 – Imagine que 0 significa “nenhuma dor”, e 10 “a pior dor possível”. Quanto está doendo o [local] agora?</b></p> <p><b>Nenhuma Dor</b> <span style="float: right;"><b>A pior dor possível</b></span></p> <p>0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10</p>											
<p><b>3 – Imagine que zero significa “nenhuma dor” e 10 “a pior dor possível”. Nos três meses que se passaram que nota você dá para a dor mais forte que sentiu no [local].</b></p> <p><b>Nenhuma Dor</b> <span style="float: right;"><b>A pior dor possível</b></span></p> <p>0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10</p>											
<p><b>4 – Imagine que 0 significa “nenhuma dor” e 10 “a pior dor possível”. Nos três meses que se passaram, que nota você dá para a dor no [local] que costumava sentir na maioria dos dias.</b></p> <p><b>Nenhuma Dor</b> <span style="float: right;"><b>A pior dor possível</b></span></p> <p>0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10</p>											
<p><b>5 – Nos três meses que se passaram, quantos dias você não pôde fazer suas atividades do dia-a-dia (trabalho, ir a escola, serviços domésticos), por causa da sua dor no [local].</b> _____</p>											
<p><b>6 – Nos últimos três meses, que se passaram, quanto sua dor no [local] atrapalhou suas atividades diárias( por exemplo vestir-se, tomar banho, comer, pegar condução) ? Imagine que zero significa que a dor não atrapalhou em nada e 10 significa que a dor não deixou você fazer nada até o fim</b></p> <p><b>Não atrapalhou Em nada</b> <span style="float: right;"><b>Não deixou fazer nada até o fim</b></span></p> <p>0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10</p>											
<p><b>7 - Nos três meses, que se passaram, quanto sua dor no[local] atrapalhou suas atividades de lazer com a família e amigos( ver televisão, passear ,visitar amigos, incluindo serviços domésticos) Imagine que zero significa que dor não atrapalhou em nada e 10 significa que a dor não deixou você participar de nenhuma atividade</b></p> <p><b>Não atrapalhou Em nada</b> <span style="float: right;"><b>Não deixou de participar de nenhuma atividade</b></span></p> <p>0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10</p>											
<p><b>8 - Nos últimos três meses que se passarm, quanto sua dor no [local] atrapalhou sua capacidade de trabalhar, incluindo serviços domésticos? Imagine que zero significa que a dor não atrapalhou em nada e 10 significa que a dor não deixou você fazer nada até o fim</b></p> <p><b>Não atrapalhou Em nada</b> <span style="float: right;"><b>Não deixou fazer nada até o fim</b></span></p> <p>0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10</p>											

1. Cálculo da intensidade Característica da dor (número de 0 a 100): Média da soma dos escores das questões 2,3 e 4 multiplicada por 10:

$$\text{Intensidade característica da dor} = \frac{(\text{escore das questões } 2+3+4)}{3} \times 10$$

2. Cálculo do escore de incapacidade ( número de 0 a 100): Média da soma dos escores das questões 6, 7 e 8 multiplicada por 10:

$$\text{Escore de incapacidade: } \frac{(\text{escore das questões } 6+7+8)}{3} \times 10$$

3. Cálculo dos pontos do escore de incapacidade: A partir do escore de incapacidade obtido no item 2, identifique os pontos do escore de incapacidade segundo a tabela abaixo:

Pontos do escore de incapacidade	
Escore de incapacidade	escore
0 - 29	0 pontos
30 - 49	1 ponto
50 - 69	2 pontos
70 ou mais	3 pontos

4. Cálculo dos dias de incapacidade: número de dias obtidos na questão 5 multiplicado por 2.

$$\text{Dias de incapacidade: } n^{\circ} \text{ de dias (questão 5)} \times 2$$

5. Cálculo dos pontos dos dias de incapacidade: A partir de dias de incapacidade obtido no item 4, identifique os pontos dos dias de incapacidade segundo a tabela abaixo:

Pontos dos dias de incapacidade	
Dias de incapacidade	escore
0 - 06	0 pontos
07- 14	1 ponto
15 - 30	2 pontos
31 ou mais dias	3 pontos

6. Cálculo dos pontos de incapacidade: soma dos pontos do escore de incapacidade (item 3) com os pontos dos dias de incapacidade (item 5):

$$\text{pontos de incapacidade: pontos do escore de incapacidade (item 3) + pontos dias de incapacidade (item 5)}$$

Classificação da dor crônica em graus		
Grau 0	<b>Nenhum pródomo de dor nos últimos seis meses</b>	
	<b>Intensidade da dor( item 1)</b>	<b>Pontos de incapacidade(item 6)</b>
Grau I- Dor de baixa intensidade	<b>Menor que 50</b>	<b>Menos de 3 pontos</b>
Grau II- dor de alta intensidade	<b>Maior ou igual a 50</b>	<b>Menos de 3 pontos</b>
Grau III- dor moderadamente limitante	<b>Qualquer intensidade</b>	<b>3 ou 4 pontos</b>
Grau IV- dor gravemente limitante	<b>Qualquer intensidade</b>	<b>5 ou 6 pontos</b>

**7. Classificação da dor crônica em graus**

**8. Interferência da dor:**

Dor de baixa interferência	Grau I e II
Dor de alta interferência	Grau III e IV

**9. Persistência da dor: dias com dor(questão 1):**

Dor não persistente	1- 89 dias com dor
Dor persistente	89 – 180 dias com dor

## ANEXO C- FICHA DE TRIAGEM PROJETO LIVRE DA ENXAQUECA

30/11/2025, 11:44

Ficha de triagem 2025.1

## Ficha de triagem 2025.1

Projeto livre de enxaqueca

livredaenxaqueca@yahoo.com.br [Mudar de conta](#)

Não compartilhado

**\* Indica uma pergunta obrigatória****DATA DE PREENCHIMENTO \***

Data

dd/mm/aaaa

**Nome Completo \***

Sua resposta

**Telefone \***

Sua resposta

**E-MAIL**

Sua resposta



DATA DE NASCIMENTO \*

Sua resposta

RG \*

Sua resposta

ENDEREÇO COMPLETO \*

Sua resposta

Gênero \*

- Mulher Cis
- Homem Cis
- Homem Trans
- Mulher Trans
- Outros



## ESTADO CIVIL \*

- Solteiro(a)
- Casado/União estável
- Divorciado/Separado
- Viúvo

## COR/RAÇA

- Branca
- Preta
- Parda
- Indígena
- Amarela (origem oriental: japonesa, chinesa, coreana).



**ESCOLARIDADE \***

- Não alfabetizado
- Ensino infantil
- Ensino fundamental incompleto
- Ensino fundamental completo
- Ensino médio incompleto
- Ensino médio completo
- Superior incompleto
- Superior completo
- Especialização
- Mestrado
- Doutorado
- Outro:

**PROFISSÃO \***

Sua resposta

**SITUAÇÃO LABORAL \***

- Ativa
- Inativa



**FAIXA SALARIAL \***

- 0 a 3 salários
- 4 a 6 salários
- 7 a 10 salários
- > 10 salários

**POSSUI PLANO OU SEGURO SAÚDE? SE SIM, QUAL? \***

Sua resposta

**É USUÁRIA DO SUS? \***

- Não
- Parcial
- Integral

**PESO (autorreferido)**

Sua resposta

**ALTURA (autorreferido)**

Sua resposta



IMC

Sua resposta

RELIGIÃO \*

Sua resposta

PRATICA ATIVIDADE FÍSICA? ÚLTIMOS 3 MESES \*

Sim

Não

FREQUÊNCIA DE ATIVIDADE FÍSICA \*

1 x na semana

2 x na semana

3 x na semana

4 x na semana

5 x na semana

6 x na semana

7 x na semana

Não se Aplica



FAZ USO DE CONTRACEPTIVO HORMONAL (ANTICONCEPCIONAL)? \*

- SIM
- NÃO
- NÃO SE APLICA

TIPO DE CONTRACEPTIVO HORMONAL

- COMBINAÇÃO ESTROGÊNIO + PROGESTINICO
- PROGESTINICO ISOLADO
- NÃO SE APLICA

POSSUI ALERGIA A MEDICAMENTOS? SE SIM, QUAIS? \*

Sua resposta

EXPERIMENTOU ALGUMA REAÇÃO DESAGRADÁVEL COM ALGUM  
MEDICAMENTO? SE SIM, QUAL(IS) MEDICAMENTO(S) E REAÇÃO(ÕES)? \*

Sua resposta

POSSUI DIAGNÓSTICO MÉDICO DE ENXAQUECA? \*

- Sim
- Não



QUAL MÉDICO VOCÊ JÁ PROCUROU PARA TRATAR A ENXAQUECA? \*

- Não buscou consulta médica
- Neurologista
- Cefaliátra
- Clínico geral
- Outro:

ÚLTIMA CONSULTA AO MÉDICO PARA AVALIAR A ENXAQUECA \*

- < 3 meses
- 3 a 6 meses
- 6 meses a 1 ano
- > 1 ano
- Não lembra/Não sabe
- Não busquei consulta médica para enxaqueca

QUANDO APRESENTOU SUA ÚLTIMA CRISE DE ENXAQUECA \*

- há < (menos) 1 mês
- há > (mais) 1 mês



QUAIS SINTOMAS VOCÊ APRESENTA ANTES OU DURANTE AS CRISES DE ENXAQUECA? \*

- Sensibilidade ou aversão a luz (fotofobia)
- Sensibilidade ou aversão ao som (fonofobia)
- Sensibilidade ou aversão a odores (hiperosmia/osmofobia)
- Aura (visão com luzes dispersas e cintilantes...)
- Dor pulsátil/latejante
- Dor em um dos lados da cabeça
- Náuseas
- Vômitos
- Diarréia
- Dormência nos braços e dedos
- Dor bilateral sobre os olhos
- Outro:

QUANTAS CRISES DE ENXAQUECA VOCÊ APRESENTA EM MÉDIA NO MÊS? OBS: \*  
REFERE-SE AO NÚMERO DE CRISES E NÃO DIAS COM DOR

- < (menos) 1/mês
- 1/mês
- 2 a 4/mês
- > (mais) 4/mês

Quantos dias com enxaqueca (dor de cabeça) por mês você nos últimos 3 meses? \*

- < 15 dias
- > ou = 15 dias



NOS ÚLTIMOS 3 MESES FEZ USO DE MEDICAMENTOS NAS CRISES AGUDAS DE ENXAQUECA? SE SIM, QUAIS? \*

- Triptano ( Sumatriptano, Naratriptano, Rizatriptano...)
- Analgésico não opioide (Paracetamol, AINE, Dipirona)
- Opioide (codeína, tramadol...)
- Combinação de analgésicos (Dorflex, Cefaliv, Tylex, Sedalex, Cefalium, Neosaldina)
- Múltiplas classes de medicamentos
- Não sabe informar
- Não fez uso nos últimos 3 meses

NOS ÚLTIMOS 3 MESES USOU QUANTOS COMPRIMIDOS POR SEMANA? \*

- 1 por semana
- 2 por semana
- 3 por semana
- mais de 3 por semana
- Não se aplica

FAZ USO DE MEDICAMENTOS PREVENTIVOS PARA ENXAQUECA? SE SIM, QUAIS? \*

Sua resposta

POSSUI OUTROS PROBLEMAS DE SAÚDE ALÉM DA ENXAQUECA? SE SIM, QUAIS \*

Sua resposta



FAZ USO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAR OUTROS PROBLEMAS DE SAÚDE? \*  
SE SIM, QUAIS?

Sua resposta

FAZ ACOMPANHAMENTO COM OUTROS PROFISSIONAIS? SE SIM, QUAIS? \*

Sua resposta

SENTE DOR NO PESCOÇO? (DURANTE AS CRISES OU NO PERÍODO INTERCRISES) \*

- Sim
- Não
- Outro:

SENTE RIGIDEZ NO PESCOÇO? (DURANTE AS CRISES OU NO PERÍODO INTERCRISES) \*

- Sim
- Não

SENTE DOR IRRADIADA PARA OS BRAÇOS? (DURANTE AS CRISES OU NO PERÍODO INTERCRISES) \*

- Sim
- Não



## TIPOS DE QUEIXAS NAS CRISES OU NO PERÍODO INTERCRISES: \*

- Tontura
- Vertigem (tontura rotatória)
- Sensação de flutuação
- Queda
- Desequilíbrio
- Sensação de afundamento
- Escurecimento da visão
- Não se aplica

## Sintomas da face (DURANTE AS CRISES OU NO PERÍODO INTERCRISES) \*

- Dor em face ou região próxima ao ouvido
- Dor ao abrir a boca, mastigar ou falar
- Ruídos ao abrir a boca, mastigar ou falar
- Limitação ou travamento ao mastigar alimentos grandes
- Não se aplica

## QUALIDADE DO SONO \*

- Ruim
- Regular
- Bom



DIFICULDADE PARA CONCILIAR O SONO? \*

- Sim
- Não

DIFICULDADE PARA MANTER O SONO? \*

- Sim
- Não

Quantos dias nos seis meses que se passaram você sentiu dor de cabeça? \*

Lembre-se que seis meses têm 180 dias

Sua resposta

Imagine que 0 significa "nenhuma dor", e 10 "a pior dor de cabeça possível". \*

Quanto está doendo agora?

Sua resposta

Imagine que zero significa "nenhuma dor" e 10 "a pior dor possível". Nos três meses que se passaram, que nota você dá para a dor de cabeça mais forte que sentiu? \*

Sua resposta



Imagine que 0 significa “nenhuma dor” e 10 “a pior dor possível”. Nos três meses \*  
que se passaram, que nota você dá para a dor de cabeça que costumava sentir  
na maioria dos dias?

Sua resposta

Nos três meses que se passaram, quantos dias você não pôde fazer suas \*  
atividades do dia-a-dia (trabalho, ir a escola, serviços domésticos), por causa da  
sua dor de cabeça?

Sua resposta

Nos últimos três meses, que se passaram, quanto sua dor de cabeça atrapalhou \*  
suas atividades diárias (por exemplo vestir-se, tomar banho, comer, pegar  
condução)? Imagine que zero significa que a dor não atrapalhou em nada e 10  
significa que a dor não deixou você fazer nada até o fim.

Sua resposta

Nos três meses, que se passaram, quanto sua dor de cabeça atrapalhou suas \*  
atividades de lazer com a família e amigos (ver televisão, passear ,visitar  
amigos)? Imagine que zero significa que dor não atrapalhou em nada e 10  
significa que a dor não deixou você participar de nenhuma atividade.

Sua resposta



Nos últimos três meses que se passaram, quanto sua dor de cabeça atrapalhou sua capacidade de trabalhar, incluindo serviços domésticos? Imagine que zero significa que a dor não atrapalhou em nada e 10 significa que a dor não deixou você fazer nada até o fim. \*

Sua resposta

Caso paciente não possua diagnóstico de enxaqueca responder as próximas questões:

1. Sentiu-se nauseada(o) mal disposta(o) enquanto estava com dor de cabeça?

- Sim
- Não

2. A luz incomodou-a(o) (muito mais do que quando não tem dor de cabeça)?

- Sim
- Não

3. As suas dores de cabeça limitaram a sua capacidade de trabalhar, estudar, ou fazer o que precisava de fazer durante, pelo menos, um dia?

- Sim
- Não



RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DESTA FICHA \*

Sua resposta

Enviar

Limpar formulário

Nunca envie senhas pelo Google Formulários.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. - [Entre em contato com o proprietário do formulário](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

Este formulário parece suspeito? [Denunciar](#)

Google Formulários

