

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA

LARA BERQUÓ PIRES MACIEL

**AVALIAÇÃO DA DOR, QUALIDADE DE VIDA E SINTOMAS DE
DEPRESSÃO DE PESSOAS COM ENXAQUECA**

GOIÂNIA
2025

LARA BERQUÓ PIRES MACIEL

**AVALIAÇÃO DA DOR, QUALIDADE DE VIDA E SINTOMAS DE
DEPRESSÃO DE PESSOAS COM ENXAQUECA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Programa de Graduação em Fisioterapia, da
Pontifícia Universidade Católica de Goiás - Escola
de Ciências Sociais e da Saúde, como requisito para
obtenção do título de Graduação em Fisioterapia.

Orientador: Prof. Dr. Adroaldo José Casa Jr

GOIÂNIA
2025

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA

FICHA DE AVALIAÇÃO DO TRABALHO ESCRITO

Título do trabalho: Avaliação da dor, qualidade de vida e sintomas de depressão de pessoas com enxaqueca

Acadêmica: Lara Berquó Pires Maciel

Orientador: Prof. Dr. Adroaldo José Casa Junior

Data: 10/06/2025

AVALIAÇÃO ESCRITA (0 – 10)		
Item		
1.	Título do trabalho – Deve expressar de forma clara o conteúdo do trabalho.	
2.	Introdução – Considerações sobre a importância do tema, justificativa, conceituação a partir de informações da literatura devidamente referenciadas.	
3.	Objetivos – Descrição do que se pretendeu realizar com o trabalho, devendo haver metodologia, resultados e conclusão para cada objetivo proposto.	
4.	Metodologia – Descrição detalhada dos materiais, métodos e técnicas utilizados na pesquisa, bem como da casuística e aspectos éticos, quando necessário.	
5.	Resultados – Descrição do que se obteve como resultado da aplicação da metodologia, pode estar junto com a discussão.	
6.	Discussão – Interpretação e análise dos dados encontrados, comparando-os com a literatura científica.	
7.	Conclusão – Síntese do trabalho, devendo responder a cada objetivo proposto. Pode apresentar sugestões, mas nunca aspectos que não foram estudados.	
8.	Referência bibliográfica – Deve ser apresentada de acordo com as normas do curso.	
9.	Apresentação do trabalho escrito – formatação segundo normas apresentadas no Manual de Normas do TCC.	
10.	Redação do trabalho – Deve ser clara e obedecer às normas da língua portuguesa.	
Média (Total/10)		

Assinatura do examinador: _____

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA

FICHA DE AVALIAÇÃO DA APRESENTAÇÃO ORAL

ITENS PARA AVALIAÇÃO	VALOR	NOTA
Quanto aos Recursos		
1. Estética	1,5	
2. Legibilidade	1,0	
3. Estrutura e sequência do trabalho	1,5	
Quanto ao Apresentador:		
4. Capacidade de exposição	1,5	
5. Clareza e objetividade na comunicação	1,0	
6. Postura na apresentação	1,0	
7. Domínio do assunto	1,5	
8. Utilização do tempo	1,0	
Total		

Assinatura do examinador: _____

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família, por todo apoio nessa jornada, em especial à minha mãe e à minha avó, que tornaram possível minha caminhada nessa etapa, sempre fazendo o melhor por mim. Agradeço também às minhas amigas, que me acompanham desde o início dessa fase, e ao meu orientador por toda paciência, prestatividade, serenidade e pelos valiosos ensinamentos, sendo de suma importância nesta fase acadêmica.

SUMÁRIO

RESUMO.....	8
ABSTRACT.....	8
INTRODUÇÃO.....	9
METODOLOGIA.....	10
RESULTADOS.....	11
DISCUSSÃO.....	15
CONCLUSÃO.....	17
REFERÊNCIAS.....	18
ANEXO.....	20

Avaliação da dor, qualidade de vida e sintomas de depressão de pessoas com enxaqueca

Assessment of pain, quality of life and depression symptoms on people with migraines

Lara Berquó Pires Maciel¹; Adroaldo José Casa Junior²

¹ Discente do Curso de Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-7420-0302>

CRedit: Concepção, Investigação, Metodologia, Escrita e Visualização

² Doutor em Ciências da Saúde, Docente do Curso de Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6687-6556>

CRedit: Supervisão, Metodologia, Visualização e Escrita

Título Resumido: Dor, qualidade de vida e depressão na enxaqueca

Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Escola de Ciências Sociais e da Saúde. Curso Fisioterapia.

Autor correspondente: Lara Berquó Pires Maciel

Endereço: Rua Bernardo Guimarães, 14, quadra 11, lote 16, Jardim Vila Boa. CEP 74360-240, Goiânia, Goiás.

E-mail: laramaciel887@gmail.com

E-mail: adroaldocasa@gmail.com

Parecer de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa n. 7.259.980.

Não há conflito de interesses

RESUMO

Introdução: A enxaqueca, também conhecida como migrânea, é uma cefaleia que ocorre de forma intermitente. É uma condição neurológica, genética e incapacitante, mais prevalente em mulheres. **Objetivo:** Descrever a dor, qualidade de vida e sintomas de depressão de pessoas com enxaqueca. **Metodologia:** Estudo transversal, observacional e quantitativo, realizado com 102 pessoas com diagnóstico médico de enxaqueca. Utilizou-se o Questionário de Qualidade de Vida SF-36 para avaliar a qualidade de vida; a Escala Visual Analógica (EVA) para quantificar a dor; e o Inventário de Depressão de Beck para avaliar a depressão. Os dados foram coletados de forma remota. **Resultados:** Dentre os participantes, 91 eram mulheres (89,2%) e 68 faziam uso regular de medicamentos (66,7%). Em relação a dor, o escore médio da EVA dos participantes foi de 7,31, compatível com dor intensa, enquanto que no Inventário de Depressão de Beck foi de 13,25, indicando sintomas de depressão de leve a moderado. No que se refere aos domínios do SF-36, considerando que maiores escores correspondem a superior qualidade, a “capacidade funcional” apresentou a maior média (77,60), enquanto que os menores escores foram observados nos domínios “dor” (45,31), “vitalidade” (46,76) e “aspectos emocionais” (45,75), evidenciando declínio na qualidade de vida nesses aspectos. **Conclusão:** O estudo identificou nos enxaquecosos, dor intensa e sintomas depressivos leves a moderados, com impacto negativo significativo na qualidade de vida.

Palavras-Chave: Migrânea, Dor, Qualidade de vida, Sintomas depressivos.

ABSTRACT

Introduction: Migraine, also known as migraine headache, is a type of headache that occurs intermittently. It is a neurological, genetic, and disabling condition, more prevalent in women. **Objective:** To describe the pain, quality of life, and symptoms of depression in individuals with migraine. **Methodology:** This is a cross-sectional, observational, and quantitative study conducted with 102 individuals with a medical diagnosis of migraine. The SF-36 Quality of Life Questionnaire was used to assess quality of life; the Visual Analog Scale (VAS) was used to quantify pain; and the Beck Depression Inventory was used to assess depression. Data were collected remotely. **Results:** Among the participants, 91 were women (89.2%) and 68 regularly used medication (66.7%). Regarding pain, the participants' average VAS score was 7.31, compatible with intense pain, while the Beck Depression Inventory average score was 13.25, indicating mild to moderate depressive symptoms. With respect to the SF-36 domains, considering that higher scores correspond to better quality of life, “functional capacity” showed the highest average score (77.60), while the lowest scores were observed in the domains of “pain” (45.31), “vitality” (46.76), and “emotional aspects” (45.75), revealing a decline in quality of life in these areas. **Conclusion:** The study identified intense pain and mild to moderate depressive symptoms, with a significant negative impact on quality of life.

Keywords: Migraine, Pain, Quality of life, Depressive symptoms.

INTRODUÇÃO

A enxaqueca, também conhecida como migrânea, é uma cefaleia que ocorre de forma intermitente, sendo a doença neurológica mais recorrente do mundo¹, caracterizada por uma predisposição a episódios recorrentes de cefaleia unilateral, qualidade pulsante e intensa². Conforme uma revisão dos estudos populacionais publicados, em uma amostra de seis milhões de pessoas, notou-se uma prevalência de enxaqueca global de 11,6%, podendo chegar a 15% nos estudos clínicos. Considerada a sexta doença mais predominante, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo mais prevalente em mulheres, com um pico entre a segunda e quarta décadas de vida³.

Trata-se de uma condição neurológica de origem genética, tornando os indivíduos mais propensos a sofrerem com episódios repetidos de dores de cabeça intensa, unilateral e acompanhados de fonofobia, fotofobia, náusea² e aura⁴. A migrânea pode estar relacionada com impactos no bem-estar psicológico, qualidade de vida e aumento de duas a quatro vezes nas chances de instalação de depressão e ansiedade⁵. Apresenta fatores de risco associados, tais como, idade avançada, alto consumo de cafeína e medicamentos, sobrepeso, nível socioeconômico baixo e fatores demográficos¹.

Conforme a terceira edição da Classificação Internacional de Distúrbios de Cefaleia (ICHD-3) a migrânea pode ser categorizada em enxaqueca sem aura, com aura e crônica. Ademais, cada tipo apresentará características clínicas específicas para um diagnóstico minucioso. A enxaqueca sem aura é uma cefaleia recorrente de 4 a 72 horas, sintomas prodrômicos e pós-drômicos, dor intensa a moderada, unilateral e qualidade pulsante. A com aura possui características neurológicas focais temporárias, enquanto a crônica, apresenta 15 dias de cefaleia recorrente por mais de 3 meses. O diagnóstico é essencialmente clínico, sendo realizados exames complementares para descartar possíveis causas secundárias (neuroimagem, punção lombar ou amostra de sangue)⁶.

O tratamento de pessoas com enxaqueca pode ocorrer por meio de uma terapia farmacológica de forma aguda ou preventiva, entretanto, também há tratamentos não medicamentosos, tais como, neuromodulação, biocomportamento e nutracêuticos, podendo ser aplicados de forma isolada ou associada a medicamentos⁷. A fisioterapia pode adentrar como forma profilática, incluindo acupuntura, eletroestimulação percutânea e técnicas de liberação miofascial⁸.

Pesquisas epidemiológicas como esta permitem a compreensão da condição clínica de indivíduos que experienciam a enxaqueca, visto que afeta consideravelmente o bem-estar físico,

emocional e social do paciente. Consequentemente, os impactos sociais pelas crises de enxaqueca obteriam visibilidade, para uma visão holística do impacto da doença, proporcionando desenvolvimento de estratégias eficientes preventivas e terapêuticas. O objetivo deste estudo foi descrever a dor, qualidade de vida e sintomas de depressão de pessoas com enxaqueca.

METODOLOGIA

Refere-se a um estudo transversal, observacional e quantitativo, realizado em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Brasil, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC Goiás (CEP PUC Goiás), sob parecer de aprovação número 7.259.980.

A coleta de dados foi realizada entre novembro de 2024 e março de 2025, com 102 pessoas com diagnóstico médico de enxaqueca de diversos Estados do Brasil, tratando-se de uma amostra não probabilística e de conveniência, uma vez que a coleta ocorreu de forma remota e incluindo todos os elegíveis que desejaram participar da pesquisa.

Os critérios de inclusão foram homens e mulheres com idade igual ou superior a 18 anos e com diagnóstico médico de enxaqueca. Os critérios de exclusão/retirada englobaram desejo de não participar do estudo e preenchimento incompleto ou incorreto do instrumento de coleta. Vale ressaltar, que foram excluídos 22 respondentes por não estarem em conformidade com os critérios de inclusão ou não aceitarem o termo de consentimento livre e esclarecido, restando os 102 mencionados.

Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram:

- Questionário Sociodemográfico - desenvolvido pelos próprios pesquisadores para a obtenção de dados pessoais, sociodemográficos e clínicos da enxaqueca.
- Questionário de Qualidade de Vida SF-36 – utilizado para avaliar a qualidade de vida, o SF-36 é um instrumento para verificar a percepção da saúde dos indivíduos de forma geral. Considerado de uso compreensível, com bom nível de aceitação e um instrumento confiável e validado cientificamente⁹.
- Escala Visual Analógica – O paciente é instruído a quantificar a dor percebida no momento da avaliação, assinalando um valor em uma escala numérica que varia de 0 a 10. Nessa escala, o valor 0 corresponde à ausência de dor, valores entre 1 e 2 indicam dor de leve intensidade, entre 3 e 5 dor de intensidade moderada, e entre 6 e 10 dor de

intensidade severa. A ferramenta destaca-se por sua aplicabilidade prática, sendo de fácil compreensão e rápida administração, o que a torna amplamente utilizada na prática clínica¹⁰.

- Inventário de Depressão de Beck - considerado uma das escalas mais usadas para avaliar a depressão, desde 1961, possuindo validade diferencial para discriminar de forma confiável os depressivos e não depressivos¹¹.

A coleta de dados ocorreu de forma remota, sendo os questionários inseridos no Microsoft Forms. Os pesquisadores apresentaram, na etapa inicial do questionário online, informações detalhadas sobre a pesquisa e, concordando em participar do estudo, receberam o *link* de acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e aos instrumentos de coleta de dados, por meio das redes sociais. Cada participante respondeu uma única vez e a média do tempo gasto foi de 15 minutos.

Todas as análises foram realizadas no software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 26.0, adotando-se um nível de significância de 5% ($p < 0,05$). A caracterização do perfil da amostra foi conduzida por meio de estatísticas descritivas, com as variáveis categóricas expostas em frequências absolutas e relativas (%), enquanto as contínuas foram apresentadas com média e desvio padrão (DP), acompanhadas dos respectivos intervalos de confiança de 95%.

A normalidade dos dados foi verificada por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov. Para variáveis contínuas, foram adotados o teste *t* de Student e análise de variância (ANOVA), seguido do teste *Post Hoc* de Tukey. Adicionalmente, a correlação entre os escores dos 3 instrumentos de avaliação utilizados foi examinada por meio da correlação de *Pearson*, em que valores negativos indicaram correlações inversas, enquanto valores positivos refletiram associações diretas entre as variáveis.

RESULTADOS

A média da idade da amostra foi de 35,40 anos ($\pm 12,97$), do peso 71,13kg ($\pm 14,13$), da altura 1,65m ($\pm 0,10$ m) e do IMC 26,34 kg/m² ($\pm 6,57$).

A tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico e de saúde dos respondentes, sendo que a maioria apresentava idade inferior a 35 anos, representando 56,9% (n=58) da população, seguida pelas faixas etárias de 35 a 59 anos (36,3%, n=37) e 60 anos ou mais (6,9%, n=7). Observou-se um predomínio expressivo do sexo feminino (89,2%, n=91), enquanto o

masculino constituiu 10,8% (n=11) da amostra. No que tange ao IMC, a maior proporção dos participantes foi classificada com peso normal (52,0%, n=53), seguidos por 30,4% (n=31) que apresentaram sobrepeso e 17,6% (n=18) classificados como obesos.

A prática regular de atividade física foi relatada por 64,7% (n=66) dos indivíduos, enquanto 35,3% (n = 36) declararam não praticar atividades físicas regularmente. Em relação à escolaridade, 76,5% (n=78) dos participantes possuíam ensino superior completo, 20,6% (n=21) haviam concluído o ensino médio e 2,9% (n=3) o ensino fundamental. A frequência de crises variou significativamente entre os participantes, com maior prevalência para os que relataram crises algumas vezes por semana (28,4%, n=29) e algumas vezes ao mês (26,5%, n=27). Outrossim, 66,7% (n=68) dos participantes indicaram fazer uso regular de medicamentos.

Tabela 1. Caracterização do perfil sociodemográfico e clínico dos participantes (n=102), Goiânia, 2025.

	N	%
Faixa etária		
< 35 anos	58	56,9
35 a 59 anos	37	36,3
60 ou mais	7	6,9
Sexo		
Feminino	91	89,2
Masculino	11	10,8
IMC		
Normal	53	52,0
Sobrepeso	31	30,4
Obeso	18	17,6
Atividade física		
Sim	66	64,7
Não	36	35,3
Escolaridade		
Ensino Superior	78	76,5
Ensino Médio	21	20,6
Ensino Fundamental	3	2,9
Frequência de crises		
Alguns dias da semana	29	28,4
Algumas vezes no mês	27	26,5
Ao menos uma vez no mês	23	22,5
Ao menos uma vez no ano	14	13,7
Muitos anos sem crise	5	4,9
Todos os dias da semana	4	3,9
Uso frequente de algum medicamento		
Sim	68	66,7
Não	34	33,3

n, frequência absoluta; %, frequência relativa

IMC – índice de massa corporal

A tabela 2 aponta que o escore médio da EVA dos participantes foi de 7,31 ($\pm 2,02$), compatível com dor intensa, enquanto que no Inventário de Depressão de Beck foi de 13,25 ($\pm 9,31$), indicando que os participantes apresentam sintomas de depressão de leve a moderado. No que se refere aos domínios do SF-36, considerando que maiores escores correspondem a maior qualidade, a “capacidade funcional” apresentou uma média de 77,60 ($\pm 23,02$), enquanto que os menores escores foram observados nos domínios “dor” ($45,31 \pm 20,23$), “vitalidade” ($46,76 \pm 13,65$) e “aspectos emocionais” ($45,75 \pm 42,97$), evidenciando indício de declínio na qualidade de vida nesses aspectos citados.

Tabela 2. Estatísticas descritivas referentes à dor, sintomas de depressão e qualidade de vida dos participantes (n=102), Goiânia, 2025.

	Média $\pm$ DP	IC 95%
Intensidade da dor		
Escore total	7,31 $\pm$ 2,02	6,92 - 7,71
Sintomas de Depressão		
Escore total	13,25 $\pm$ 9,31	11,43 - 15,08
Qualidade de vida		
Capacidade Funcional	77,60 $\pm$ 23,02	73,08 - 82,12
Limitação por aspectos físicos	47,55 $\pm$ 40,50	39,59 - 55,50
Dor	45,31 $\pm$ 20,23	41,34 - 49,29
Estado geral de saúde	50,93 $\pm$ 17,21	47,55 - 54,31
Vitalidade	46,76 $\pm$ 13,65	44,08 - 49,45
Aspectos sociais	55,15 $\pm$ 25,75	50,09 - 60,21
Aspectos emocionais	45,75 $\pm$ 42,97	37,31 - 54,19
Saúde mental	52,47 $\pm$ 21,77	48,19 - 56,75

DP - desvio padrão; IC - intervalo de confiança

Em relação aos sintomas depressivos, observou-se que 57,8% dos participantes apresentaram sintomas de depressão, sendo que 31,4% da amostra exibiram sinais de depressão de intensidade leve a moderada. Além disso, 16,7% dos participantes foram classificados com depressão de intensidade moderada a severa, e, finalmente, 9,8% apresentaram sintomas característicos de depressão severa (Figura 1).

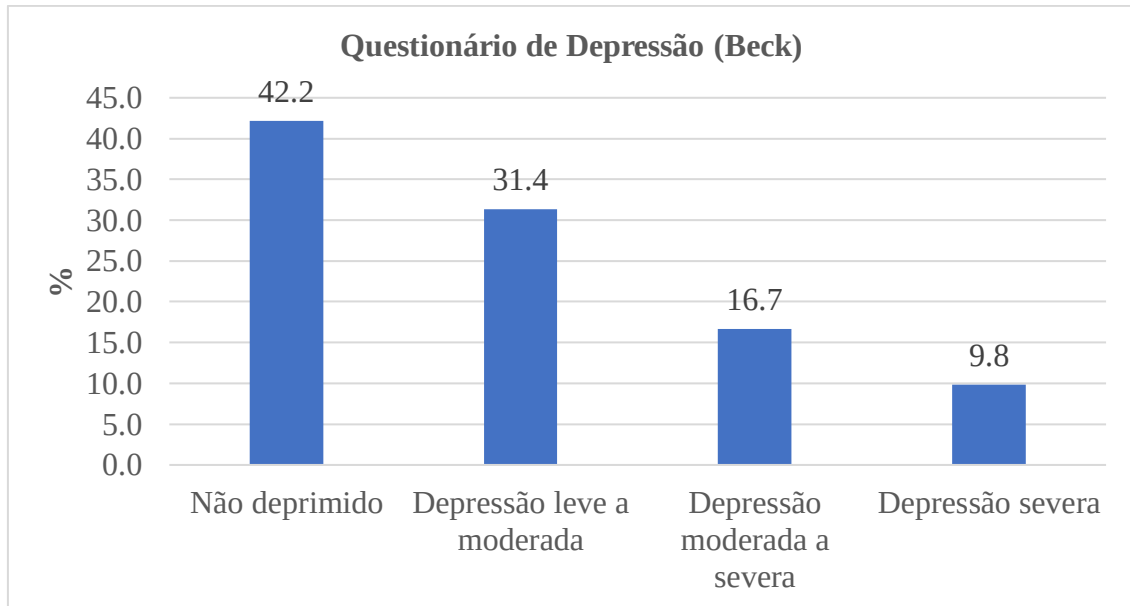


Figura 1. Distribuição da classificação da sintomatologia depressiva segundo o Inventário de Depressão de Beck (n=102), Goiânia, 2025.

Na tabela 3 é possível observar uma correlação negativa entre os escores de intensidade da dor e os domínios de capacidade funcional ($r = -0,210$; $p = 0,034$), dor ($r = -0,250$; $p = 0,011$) e vitalidade ($r = -0,314$; $p = 0,001$), sugerindo que níveis elevados de dor estavam associados a piores escores nos domínios de qualidade de vida. De maneira análoga, os escores dos sintomas de depressão demonstraram correlações negativas com os domínios de capacidade funcional ($r = -0,279$; $p = 0,004$), dor ($r = -0,253$; $p = 0,010$), estado geral de saúde ($r = -0,523$; $p < 0,001$), vitalidade ($r = -0,578$; $p < 0,001$) e saúde mental ($r = -0,749$; $p < 0,001$), evidenciando que níveis elevados de sintomas depressivos estão fortemente associados a uma deterioração na qualidade de vida, particularmente nos domínios mencionados. De modo geral, os dados sugerem que tanto a dor quanto os sintomas depressivos impactam negativamente a qualidade de vida dos participantes. No entanto, os sintomas de depressão demonstraram correlações mais amplas e intensas, indicando um efeito mais pronunciado sobre os diferentes domínios avaliados.

Tabela 3. Resultado da análise de correlação de Pearson entre os escores de dor e sintomas de depressão com o questionário de qualidade de vida (n=102), Goiânia, 2025.

	Intensidade da Dor		Sintomas de Depressão	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Qualidade de Vida (SF-36)				
Capacidade Funcional	-0.210	0.034	-0.279	0.004
Limitação por aspectos físicos	-0.178	0.074	-0.115	0.249
Dor	-0.250	0.011	-0.253	0.010
Estado geral de saúde	-0.155	0.121	-0.523	<0,001
Vitalidade	-0.314	0.001	-0.578	<0,001
Aspectos sociais	-0.162	0.104	-0.599	<0,001
Aspectos emocionais	-0.170	0.087	-0.511	<0,001
Saúde mental	-0.165	0.097	-0.749	<0,001

DISCUSSÃO

Dentre os indivíduos acometidos por enxaqueca, observa-se uma diferença estatística exorbitante entre homens e mulheres, com maior prevalência na população feminina (89,2%), particularmente na faixa etária inferior a 35 anos. Em estudo realizado por Gomez et al.¹² também foi possível encontrar uma dominância de 72,28% do sexo feminino em uma amostra de 184 pacientes, essa condição decorre não apenas de fatores hormonais, mas também de aspectos relacionados à função e à estrutura cerebral, bem como, a mecanismos genéticos e epigenéticos.

Entre os participantes da pesquisa, a variação na frequência das crises de enxaqueca revelou-se um dado clínico relevante, considerando seu impacto direto na qualidade de vida do paciente e na maior demanda por recursos da saúde, tais como medicamentos. Em nossa amostra, observou-se uma predominância de participantes que relataram crises algumas vezes na semana (28,4%) e algumas vezes ao mês (26,5%). Concomitantemente, 66,7% dos respondentes declararam fazer uso regular de medicamentos.

Em correlação, um estudo realizado por Lipton et al.¹³ também demonstrou que o aumento na frequência mensal de dias com dor de cabeça está inversamente associado a reduções significativas na qualidade de vida relacionada à saúde, tais como os dados encontrados nesta pesquisa. Estudo conduzido por Nguyen et al.¹⁴ afirma que a adesão contínua ao tratamento medicamentoso está diretamente associada à redução na frequência das crises de enxaqueca, demonstrando o motivo do uso excessivo de medicação nestes pacientes.

Entretanto, os custos relacionados a enxaqueca podem trazer impactos financeiros significativos para os pacientes e para o sistema de saúde.

Outrossim, os dados mostraram de forma notória que os participantes demonstraram níveis de dor intensa, quando presentes as crises de enxaqueca. Diante disso, evidencia o impacto significativo que essa condição neurológica exerce sobre o bem-estar físico. Além disso, a consistência desses escores intensos na dor contribui para validar a gravidade com que a enxaqueca deve ser tratada em contextos clínicos e terapêuticos.

Em conformidade com nosso resultado, Toigo et al.¹⁵ afirmam que pacientes diagnosticados com enxaqueca tendem a associar essa condição a níveis mais elevados de dor em comparação a outros tipos de cefaleia. Tal percepção é respaldada por estudos anteriores, como a revisão conduzida por Stewart et al. *apud* Toigo et al.¹⁵, que confirmam que as crises de enxaqueca são, de fato, classificadas como mais intensas do que as dores de cabeça comuns. Além disso, reforçando a relevância clínica dessa condição, a enxaqueca ocupa atualmente a segunda posição entre as principais causas de anos vividos com incapacidade em escala global, mostrando evidentemente seu impacto significativo na funcionalidade dos indivíduos.

A maior parte da amostra investigada, correspondendo a 57,8%, relatou sintomatologia depressiva, evidenciada por um escore médio de 13,25 ($\pm 9,31$), indicativo de sintomas de depressão de intensidade leve a moderada. O impacto funcional decorrente das crises de enxaqueca, manifestado por limitações nas atividades cotidianas e isolamento social¹⁶, pode constituir um fator relevante para o desenvolvimento ou exacerbação de quadros depressivos nesta população¹⁷.

Em consonância com a pesquisa de Li et al.¹⁸, este estudo também constatou que a depressão exerce um efeito direto sobre a progressão da enxaqueca. Tal achado pode ser compreendido a fenótipos relacionados à qualidade do sono, bem como de fatores de risco biológicos, genéticos e ambientais compartilhados entre as duas condições. Investigações científicas têm evidenciado que a comorbidade depressiva em pacientes com enxaqueca pode precipitar a cronificação da cefaleia episódica, além de comprometer a obtenção e a sustentação da remissão dos sintomas¹⁹. Em virtude dos mecanismos fisiopatológicos correlacionados entre a depressão e enxaqueca, apresenta-se distúrbios morfológicos e funcionais do SNC, sistemas de neurotransmissores e seus receptores, fatores inflamatórios (neuroinflamação), regulação hormonal, fatores ambientais, com ênfase especial no estresse, personalidade, predisposições genéticas¹⁹.

Ademais, obteve-se dados que foram fortes indicativos de um impacto na qualidade de vida dos indivíduos acometidos, especialmente nos domínios “dor” ($45,31 \pm 20,23$), “vitalidade”

(46,76±13,65) e “aspectos emocionais” (45,75±42,97), que foram os menores escores. Esses resultados evidenciam que a dor característica da enxaqueca compromete diretamente o bem-estar físico, além de afetar de forma expressiva o equilíbrio emocional dos pacientes.

Em revisão integrativa da literatura realizada por Alves et al.²⁰ afirma-se que esta condição impacta significativamente as atividades diárias, dificultando o lazer, o trabalho e a convivência social. Além disso, a enxaqueca pode estar associada a distúrbios emocionais como depressão, ansiedade e estresse, levando ao isolamento social e a prejuízos financeiros para os pacientes e suas famílias.

No que se refere às limitações deste estudo, destaca-se a dificuldade em obter uma amostra maior, visto que uma pesquisa online limita-se às pessoas com acesso à internet e familiaridade com ferramentas digitais, o que pode gerar um viés de seleção e comprometer a representatividade da amostra.

CONCLUSÃO

Obtivemos escore médio que caracteriza dor intensa e, especialmente, níveis de sintomas depressivos de leve a moderado. Evidenciamos comprometimento significativo da qualidade de vida dos participantes, sobretudo, em domínios relacionados a dor, vitalidade e aspectos emocionais. Houve correlações negativas da intensidade da dor e sintomas de depressão com diversos domínios do SF-36, indicando que a dor e a presença de sintomas depressivos estão associados a pior qualidade de vida. Os sintomas de depressão impactaram negativamente os domínios avaliados, com destaque para a forte e inversamente proporcional correlação com saúde mental, vitalidade e aspectos sociais. Tais achados apontam que além da dor crônica, a saúde mental possui papel central na percepção geral de saúde dos indivíduos.

A realização de pesquisas que integram aspectos físicos e psicológicos, como dor e sintomas depressivos, é de fundamental importância para o entendimento mais amplo da qualidade de vida em populações específicas. Estudos como este contribuem para a formulação de intervenções multidisciplinares mais eficazes, voltadas à promoção da saúde integral. Além disso, fornecem subsídios para políticas públicas e estratégias clínicas que considerem o cuidado biopsicossocial, especialmente, em grupos com alta prevalência de sofrimento físico e emocional. A compreensão desses fatores permite não apenas o tratamento mais adequado, mas também a prevenção de agravamentos e a melhoria do bem-estar geral da população estudada.

REFERÊNCIAS

1. Amiri P, et al. Migraine: A review on its history, global epidemiology, risk factors, and comorbidities. *Frontiers in Neurology*. 2022; 12: 1-15. doi: 10.3389/fneur.2021.800605.
2. Silva AV, et al. Relationship between food triggers and sensory hypersensitivity in patients with migraine. *Arq Neuropsiquiatr*. 2024; 82(11): 1-7. doi: 10.1055/s-0044-1793934.
3. Parreira, E, Luzeiro, I, Monteiro, JMP. Chronic and Refractory Migraine: How to diagnose and treat. *Acta Med Port*. 2020; 33(11): 753-60. doi:10.20344/amp.12004.
4. Duan, X et al. Causality between migraine and cardiovascular disease: A bidirectional Mendelian randomization study. *The Journal of Headache and Pain*. 2024; 25(130): 1-12. doi:10.1186/s10194-024-01836-w.
5. Alwhaibi M, Balkhi B, Alruthia Y. Anxiety and depression and health-related quality of life among adults with migraine: a National Population-Based Study. *Frontiers in Public Health*. 2023; 11: 1-10. doi:10.3389/fpubh.2023.1241800.
6. Eigenbrodt, AK et al. Diagnosis and management of migraine in ten steps. *Nat Rev Neurol*. 2021; 17(8): 501-14. doi:10.1038/s41582-021-00509-5.
7. Rubio AC, et al. Epidemiological, clinical characterization and treatment patterns of migraine patients in a Colombian cohort from 2018 to 2022. *The Journal of Headache and Pain*. 2024; 25(1): 1-13. doi:10.1186/s10194-024-01918-9.
8. Lonzar G, Porras VA, Muniz JDB, Flor AG, Sevilla GGP, Balmaseda DD. Efficacy of invasive techniques in physical therapy for migraine treatment and prevention: A systematic review of randomized controlled trials. *Rev Assoc Med Bras*. 2023; 69(2): 346-51. doi:10.1590/1806-9282.20220938.
9. Brazier JE, et al. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *BMJ*. 1992; 305: 160-4. doi: 10.1136/bmj.305.6846.160.
10. Martinez JE, Grassi DC, Marques LG. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: Ambulatório, enfermaria e urgência. *Rev Bras Reumatol*. 2011; 51(4): 299-308. doi: 10.1590/s0482-50042011000400002.
11. Richter P, Werner J, Heerlein A, Kraus A, Sauer H. On the Validity of the Beck Depression Inventory. *Psychopathology*. 1998; 31(3): 160-8. doi:10.1159/000066239.
12. Gomez EM, Rodriguez MA, Ano PS, Rubio NS, Casanova SM, Inglés M. Sex-related differences in migraine clinical features by frequency of occurrence: a cross-sectional study. *Scand J Pain*. 2023; 23(3): 553-62. doi:10.1515/sjpain-2022-0152.
13. Lipton RB, et al. Impact of monthly headache days on migraine-related quality of life: Results from the Chronic Migraine Epidemiology and Outcomes (CaMEO) study. *The Journal of Head and Face Pain*. 2023; 63(10): 1448-57. doi:10.1111/head.14629.

14. Nguyen, JL et al. Trends in utilization and costs of migraine medications, 2017–2020, The Journal of Headache and Pain. 2022; 23(111): 1-9. doi:10.1186/s10194-022-01476-y.
15. Toigo E, Pellot E, Lyons H, McAllister P, Taylor M. Patient self-rated pain: Headache versus migraine a retrospective chart review. Head & Face Medicine. 2024; 20(1): 1-6. doi:10.1186/s13005-024-00465-7.
16. Sa LGC, Sousa MAP, Serejo MSF, Filho CAAS, Duarte LAD. Desenvolvimento e propriedades psicométricas iniciais da escala de incapacitação funcional por enxaqueca. Psico-USF. 2024; 29: 1-18. doi: 10.1590/1413-8271202429e270502
17. Martinez AV, Torregrosa AB, Navarrete F, Gutierrez MSG. Understanding the biological relationship between migraine and depression. Biomolecules. 2024; 14(2): 1-37. doi: 10.3390/biom14020163.
18. Li Y, et al. Mediators of the association between depression and migraine a mendelian randomization study. Frontiers in Genetics. 2024; 15: 1-10. doi:10.3389/fgene.2024.1326817.
19. Wachowska K, et al. Common pathomechanism of migraine and depression. Psychiatria Polska. 2023; 57(2): 405-19. doi: 10.12740/PP/OnlineFirst/143982.
20. Alves FC, Chaguri FL, Ciopek IN, Guerreiro MM, Marques MFB. Qualidade de vida da população portadora de enxaqueca crônica: revisão integrativa. Rev Ciên Saúde. 2024; 9(3): 85-92.

ANEXO

Normas Editoriais da Revista *Movimenta* (ISSN 1984-4298)

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

Formato do Texto

O texto deve ser digitado em processador de texto Word (arquivo com extensão *.doc* ou *.docx*) e deve ser digitado em espaço 1,5 entre linhas, tamanho 12, fonte Times New Roman com amplas margens (superior e inferior = 3 cm, laterais = 2,5 cm), não ultrapassando o limite de 20 (vinte) páginas (incluindo página de rosto, resumos, referências, figuras, tabelas, anexos). *Relatos de Caso ou de Experiência* não devem ultrapassar 10 (dez) páginas digitadas em sua extensão total, incluindo referências, figuras, tabelas e anexos.

Página de rosto (1ª página)

A primeira página do artigo deve conter: a) título do artigo em português (preciso e conciso até 150 caracteres com espaços) e sua versão para o inglês e espanhol; b) nome completo dos autores sem abreviações; c) indicação de e-mail de cada autor, preferencialmente e-mail institucional; d) nome da instituição de cada autor, estado e país; e) número do ORCID de todos os autores. O identificador ORCID pode ser obtido gratuitamente no link: <https://orcid.org/register>. O registro ORCID é obrigatório para todos os autores; f) contribuições dos autores. Deve estar listada a contribuição de cada autor com a elaboração do artigo conforme a Taxonomia da CRediT (<https://credit.niso.org/>): concepção; curadoria de dados; análise formal de dados; aquisição de fundos; investigação; metodologia; administração do projeto; recursos; software; supervisão; validação; visualização; escrita – rascunho original e escrita - revisão e edição; g) declaração de conflito de interesse – os autores devem declarar a existência de qualquer conflito de interesse com o desenvolvimento da pesquisa e publicação do artigo. Caso não exista conflito de interesse devem declarar: Ausência de conflito de interesse; h) Endereço para correspondência e e-mail de contato do autor principal responsável pela submissão do artigo no sistema da revista. Recomendamos que o autor principal utilize um endereço institucional.

Resumos (2ª página)

A segunda página deve conter os resumos do conteúdo em português, inglês e espanhol. Quanto à extensão, o resumo deve conter no máximo 1.500 caracteres com espaços (cerca de 250 palavras), em um único parágrafo. Quanto ao conteúdo, o resumo deve abordar os seguintes itens: objetivo do estudo, materiais e métodos, resultados mais importantes e conclusão. Quanto à redação, os autores devem buscar o máximo de precisão e concisão, evitando adjetivos e expressões como "o autor descreve".

Os resumos devem ser seguidos, respectivamente, da lista de até cinco palavras-chaves e seus respectivos termos em inglês e espanhol (sugere-se a consulta aos DeCS/MeSH Descritores em Ciências da Saúde (disponível no link <https://decs.bvsalud.org/>) para fins de padronização de palavras-chaves. Recomenda-se que as palavras-chave não sejam idênticas aos termos usados no título do artigo.

Corpo do Texto

Introdução - deve informar sobre o assunto investigado, citação da literatura relevante para a temática, a justificativa para a realização da pesquisa e os motivos que levaram os autores ao desenvolvimento da pesquisa. No final da introdução deve ficar claro o objetivo do estudo.

Materiais e Métodos - deve descrever detalhadamente todos os procedimentos para a realização da pesquisa de modo a permitir que o trabalho possa ser inteiramente repetido por outros pesquisadores. Deve incluir: participantes (descrição da amostra, critérios de inclusão e

exclusão); aspectos éticos da pesquisa; local da pesquisa; descrever todos os materiais e instrumentos utilizados para realizar as medições, avaliações e/ou intervenções do estudo; descrever os procedimentos de análise e interpretação dos dados e análises estatísticas.

Resultados - devem ser apresentados de forma breve e concisa. Tabelas, Figuras e Anexos podem ser incluídos quando necessários para garantir melhor e mais efetiva compreensão dos dados, desde que não ultrapassem o número de páginas permitido.

Discussão - o objetivo da discussão é interpretar os resultados e relacioná-los aos conhecimentos já o objetivo da discussão é interpretar os resultados e relacioná-los aos conhecimentos já existentes e disponíveis, principalmente àqueles que foram indicados na introdução do artigo. As informações apresentadas anteriormente no texto podem ser citadas, mas não devem ser repetidas em detalhes na discussão. Ao final da discussão os autores devem reservar três parágrafos para apresentar as limitações metodológicas e dificuldades para a realização da pesquisa, as implicações da pesquisa para a prática e pesquisa e as sugestões de futuros estudos que venham a ser desenvolvidos dentro da temática investigada.

Conclusão – deve ser apresentada de forma objetiva a (as) conclusão (ões) do trabalho, sem necessidade de citação de referências bibliográficas.

Atenção: Para mais detalhes a respeito da escrita do artigo de acordo com o tipo de estudo (observacional, experimental, revisão ou relato de caso), pedimos a leitura atenta da seção “Requisitos para a Elaboração dos Artigos”.

Tabelas e figuras

Só serão apreciados manuscritos contendo no máximo 5 (cinco) desses elementos. Recomenda-se especial cuidado em sua seleção e pertinência, bem como rigor e precisão nos títulos. Todas as tabelas e títulos de figuras e tabelas devem ser digitados com fonte *Arial*, tamanho 10. As figuras ou tabelas não devem ultrapassar as margens do texto. No caso de figuras, recomenda-se não ultrapassar 50% de uma página. Casos especiais serão analisados pelo corpo editorial da revista.

Tabelas. Todas as tabelas devem ser citadas no texto em ordem numérica. Cada tabela deve ser digitada em espaço simples e colocadas na ordem de seu aparecimento no texto. As tabelas devem ser numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos e inseridas no final. Um título descritivo e legendas devem tornar as tabelas compreensíveis, sem necessidade de consulta ao texto do artigo. Os títulos devem ser colocados acima das tabelas.

As tabelas não devem ser formatadas com bordas de fechamento horizontais e verticais, apenas necessitam de linhas horizontais para a separação de suas sessões principais. Usar parágrafos ou recuos e espaços verticais e horizontais para agrupar os dados.

Figuras. Todos os elementos que não são tabelas, tais como gráfico de colunas, linhas, ou qualquer outro tipo de gráfico ou ilustração é reconhecido pela denominação “Figura”. Portanto, os termos usados com denominação de Gráfico (ex: Gráfico 1, Gráfico 2) devem ser substituídos pelo termo Figura (ex: Figura 1, Figura 2).

Digitar todas as legendas das figuras em espaço duplo. Explicar todos os símbolos e abreviações. As legendas devem tornar as figuras compreensíveis, sem necessidade de consulta ao texto. Todas as figuras devem ser citadas no texto, em ordem numérica e identificadas. Os títulos devem ser colocados abaixo das figuras.

Figuras - Arte Final. Todas as figuras devem ter aparência profissional. Figuras de baixa qualidade podem resultar em atrasos na aceitação e publicação do artigo.

Usar letras em caixa-alta (A, B, C, etc.) para identificar as partes individuais de figuras múltiplas. Se possível, todos os símbolos devem aparecer nas legendas. Entretanto, símbolos para identificação de curvas em um gráfico podem ser incluídos no corpo de uma figura, desde que isso não dificulte a análise dos dados.

Cada figura deve estar claramente identificada. As figuras devem ser numeradas, consecutivamente, em arábico, na ordem em que aparecem no texto. Não agrupar diferentes

figuras em uma única página. Em caso de fotografias, recomenda-se o formato digital de alta definição (300 dpi ou pontos por polegadas).

Figuras com Licença Creative Commons - CC BY-NC, poderão ser utilizadas, desde que atribuam os devidos créditos aos autores.

Unidades. Usar o Sistema Internacional (SI) de unidades métricas para as medidas e abreviações das unidades.

Citações e referências bibliográficas

A revista adota a norma de Vancouver para apresentação das citações no texto e referências bibliográficas. As referências bibliográficas devem ser organizadas em sequência numérica, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto, seguindo os Requisitos Uniformizados para Manuscritos Submetidos a Jornais Biomédicos, elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE – <http://www.icmje.org/index.html>).

Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com a *List of Journals* do *Index Medicus* (<http://www.index-medicus.com>). As revistas não indexadas não deverão ter seus nomes abreviados.

As citações devem ser mencionadas no texto em números sobrescritos (expoente), sem datas. A exatidão das referências bibliográficas constantes no manuscrito e a correta citação no texto são de responsabilidade dos autores do manuscrito.

A revista recomenda que os autores realizem a conferência de todas as citações do texto e as referências listadas no final do artigo. Em caso de dificuldades para a formatação das referências de acordo com as normas de Vancouver sugere-se consultar o link: <http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html> (Como formatar referências bibliográficas no estilo Vancouver).

Incluir identificador de localização eletrônica (e-location) nos artigos. Nesses casos, não utilizar paginação tradicional; Registro no DOI (Digital Object Identifier): O DOI deve ser sempre publicado junto com o artigo em qualquer meio, seja em PDF, HTML ou nos metadados descritivos do artigo.

Agradecimentos

Quando pertinentes, os agradecimentos serão dirigidos às pessoas ou instituições que contribuíram para o desenvolvimento da pesquisa ou do artigo. Neste tópico também pode ser citado o órgão financiador ou agências de fomento ao projeto de pesquisa, se for o caso.