

ENXAQUECA E O TRABALHO: PROBLEMA DO PASSADO?

MIGRAINE AND WORK: A PROBLEM OF THE PAST?

TIPO DE ARTIGO: Caso Clínico

Autores: Sousa A¹, Meneses C², Tolentino D³, Ramos I⁴.

RESUMO

Introdução

A enxaqueca é a principal causa de incapacidade em adultos com menos de 50 anos, mas permanece subdiagnosticada e subtratada. Apesar do desenvolvimento recente de novas terapêuticas, o impacto laboral mantém-se. Um dos fatores associados é o trabalho por turnos e noturno. Será relevante refletir sobre esta doença e sobre os aspetos relacionados com o trabalho, posicionando esta problemática como relevante na área da Saúde Ocupacional.

Descrição de Caso

Enfermeira, 30 anos, em funções desde 2016, num Serviço de Urgência Pediátrica de uma Unidade Local de Saúde. Anteriormente, exerceu numa unidade de cuidados continuados, sem trabalho noturno ou por turnos. Antecedentes pessoais de rinite alérgica com sensibilização a ácaros, taquicardia paroxística, abaulamento da válvula mitral e crises de enxaqueca desde a adolescência, sem aura, relacionadas com o cataménio e estável com almotriptano. Surgiu agravamento dos episódios de cefaleia, com aura desde o início do trabalho por turnos e noturno. Foi observada em consulta de Neurologia, com otimização das medidas não farmacológicas, ajustada a terapêutica de fase aguda, indicação para revisão da medicação contraceptiva e sem restrições para as funções habituais. Manteve crises de cefaleia esporádicas e não incapacitantes, com novo agravamento progressivo a partir de 2019, com nova avaliação pela Neurologia e ajuste da terapêutica. Todavia, manteve padrão de frequência das crises de pelo menos dez por mês, com duração de 24 a 48h e subjetivamente incapacitantes, quer para o trabalho quer para as atividades de vida diária, pelo que foi proposta, em 2022, para tratamento adjuvante com toxina botulínica, com melhoria significativa do quadro. Esta foi interrompida por cirurgia à tiroide em 2023, com novo agravamento clínico. Manteve o seguimento pela Medicina

¹ **Alexandra Sousa**

Médico Interno de Formação Específica de Medicina do Trabalho no Serviço de Saúde Ocupacional da Unidade Local de Saúde do São José. MORADA COMPLETA PARA CORRESPONDÊNCIA DOS LEITORES: Serviço de Saúde Ocupacional, Alameda Santo António dos Capuchos, 1169-050 Lisboa. E-MAIL: 77373@ulssjose.min-saude.pt. N° ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-0805-204X>

-CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: aquisição de dados, revisão bibliográfica, conceção e redação do manuscrito

² **Carlos Meneses**

Assistente Hospitalar de Medicina do Trabalho, Serviço de Saúde Ocupacional da Unidade Local de Saúde do São José. 1169-050 Lisboa. E-MAIL: carlos.meneses@ulssjose.min-saude.pt

-CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: revisão do manuscrito

³ **Daniela Tolentino**

Assistente Hospitalar de Medicina do Trabalho, Serviço de Saúde Ocupacional da Unidade Local de Saúde do São José. 1169-050 Lisboa. E-MAIL: daniela.tolentino@ulssjose.min-saude.pt

-CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: revisão do manuscrito

⁴ **Isabel Ramos**

Assistente Hospitalar Graduada de Medicina do Trabalho e Medicina Interna; Peritagem Médica da Segurança Social; Responsável do Serviço de Saúde Ocupacional da Unidade Local de Saúde de São José. 1169-050 Lisboa. E-MAIL: isabel.ramos@ulssjose.min-saude.pt

-CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: revisão do manuscrito



do Trabalho e, desde 2019, até à data, encontra-se dispensada da realização de trabalho noturno.

Discussão

Este caso é demonstrativo de que o padrão da enxaqueca é variável e dinâmico, podendo evoluir de enxaqueca episódica para crónica e vice-versa. Existem múltiplos fatores de risco para a cronicidade que devem ser abordados e geridos consoante cada caso. O conhecimento do ambiente laboral e do estigma no local de trabalho são indispensáveis para a atuação rigorosa do Médico do Trabalho. Este deve referenciar para as especialidades de Medicina Geral e Familiar e Neurologia e aferir a aptidão para o trabalho, baseada no conjunto de dados e pareceres clínicos destas especialidades.

Conclusão

Este trabalho alerta para a necessidade de compreender a fisiopatologia, padrão evolutivo e abordagens terapêuticas da enxaqueca, assim como, alertar para o impacto laboral da mesma. Cada caso deve ser analisado com rigor e à luz da evidência atual, de modo a reduzir o impacto na capacidade de trabalho e o estigma associado. No futuro, são necessários estudos mais robustos para uma melhor caracterização da relação entre enxaqueca e trabalho por turnos e noturno.

PALAVRAS-CHAVE: Enxaqueca, trabalho por turnos e noturno, incapacidade, saúde ocupacional, medicina do trabalho, enfermagem do trabalho, segurança do trabalho.

ABSTRACT

Introduction

Migraine is the leading cause of disability in adults under 50, but it remains underdiagnosed and undertreated. Despite the recent development of new therapies, its impact on the workplace remains. One of the associated factors is shift and night work. It is important to reflect on this disease and its work-related aspects, positioning this as a relevant issue in the field of Occupational Health.

Case Description

A 30-year-old nurse has been working in a Pediatric Emergency Room of a Local Health Unit since 2016. Previously, she worked in a long-term care unit, without night or shift work. Personal history of allergic rhinitis with dust mite sensitization, paroxysmal tachycardia, mitral valve bulging, and migraine attacks since adolescence, without aura, related to catamenia, and stable with almotriptan. Her headache episodes worsened, with aura, since she began shift and night work. She was seen in the Neurology outpatient clinic, with optimization of non-pharmacological measures, adjustment of acute-phase therapy, indication for review of contraceptive medication, and no restrictions on her usual functions. She continued to experience sporadic, non-disabling headache attacks, with progressive worsening starting in 2019, requiring a new evaluation by Neurology and adjustment of therapy. However, she continued to experience at least ten per month, lasting 24 to 48 hours, and subjectively incapacitating, both for work and activities of daily living. Therefore, in 2022, she was referred for adjuvant treatment with botulinum toxin, with significant improvement. This was interrupted by thyroid surgery in 2023, with further clinical worsening. She continued to be monitored by Occupational Health, and since 2019, she has been exempt from night work.

Discussion

This case demonstrates that migraine patterns are variable and dynamic and can evolve from episodic to chronic migraines and vice versa. Multiple risk factors for chronicity must be addressed and managed on a case-by-case basis. Knowledge of the work environment and workplace stigma are essential for the rigorous work of the Occupational Physician. They should refer patients to the specialties of General and Family Medicine and Neurology and assess their fitness for work based on the data and clinical opinions from these specialties.

Conclusion

This work highlights the need to understand the pathophysiology, progression pattern, and therapeutic approaches of migraine, as well as its impact on work. Each case should be analyzed rigorously and considering current evidence to reduce the impact on work capacity and associated stigma. In the future, more robust studies are needed to better characterize the relationship between migraine and shift and night work.

Keywords: Migraine, Shift Work Schedule, Night Shift Work, Disability, Occupational Health, Occupational Medicine, Occupational Health Nursing, Occupational health and safety.

INTRODUÇÃO

A enxaqueca é um tipo de cefaleia primária, recorrente, com potencial incapacitante (1). Apesar de ser muito prevalente no mundo, afetando cerca de um bilhão de pessoas, permanece subdiagnosticada e subtratada (2).

Este tipo de cefaleia é mais comum entre os 18 e os 50 anos (1) (3), sendo a principal causa de incapacidade em adultos com menos de 50 anos e a segunda em todas as outras faixas etárias no mundo (2).

A crise é composta por quatro fases, a primeira (premonitória), com sintomas como bocejos, alterações de humor, dificuldade de concentração, rigidez da nuca, fadiga, sede e polaquiúria, que surgem horas ou dias antes do início da cefaleia. A segunda (aura), presente num terço dos indivíduos, especialmente mulheres. Este evento neurológico focal transitório pode surgir antes ou durante as crises (1) (4), sendo a aura visual o tipo mais comum (90%), seguido por sensorial e de linguagem. A terceira, corresponde à dor pulsátil, de intensidade moderada a severa, durando até 72 horas, acompanhada geralmente de náuseas, vômitos, alodinia, fotofobia e fonofobia (4) (5). Na quarta (pós crise), pode existir cansaço, sonolência, dificuldade de concentração e hipersensibilidade a ruídos, sintomas estes mais intensos e prolongados quanto maior for a intensidade da algia (4).

A fisiopatologia da enxaqueca é complexa e atualmente vigora uma teoria neurovascular, explicada pelo aumento da atividade de nociceptores, que inervam as meninges e os seus vasos sanguíneos, e pontos-gatilho definidos em zonas de encontro entre os ramos periféricos dos nervos trigêmio e occipital e os músculos, com libertação de substâncias químicas vasoativas, como a substância P e o péptido relacionado ao gene da calcitonina (CGRP) (6) (7).

A abordagem farmacológica assenta no alívio da dor de uma crise de enxaqueca, assim como na prevenção da mesma (1). As classes de medicamentos usados no tratamento agudo da crise de enxaqueca incluem fármacos não específicos, como o paracetamol e anti-inflamatórios, medicamentos adjuvantes (antieméticos) e produtos específicos como os triptanos, sendo estes os de primeira linha para a maioria dos casos, exceto para indivíduos com história de doença arterial coronária, fatores de risco cardiovasculares e vasoespasmo coronário (1) (8). A terapia preventiva deve ser considerada quando o tratamento agudo é insuficiente (1), nomeadamente o topiramato, o propranolol e a flunarizina (8) (9), e recentemente a neurotoxina e anticorpos relacionados com péptido relacionado ao gene da calcitonina (CGRP) (1) (8) (10) (11). Pode ser também recomendada a realização de técnicas cognitivo-comportamentais, técnicas de *biofeedback* e treinos de relaxamento para controlo do *stress*, com evidência de eficácia apenas para as duas primeiras (5).

As recentes terapêuticas com os anticorpos monoclonais anti-CGRP e antagonistas dos recetores CGRP têm como principal vantagem de causarem menos efeitos adversos e haver maior comodidade na sua administração (3) (5) (6) (12) (13) (14). As principais diferenças entre os dois são as características farmacocinéticas, meio de administração e periodicidade. Os anticorpos monoclonais anti-CGRP (fremanezumab, galcanezumab, eptinezumab, erenumab)

são administrados por via subcutânea ou intravenosa, com periodicidade mensal ou trimestral (6) (12). Em contraste, os antagonistas dos recetores CGRP (atogepant e rimegepant) são administradas por via oral, e com semividas mais curtas (6). Por serem uma classe de fármacos relativamente nova e mais cara, e por não se conhecerem com precisão os efeitos cardiovasculares, são fármacos de 2ª linha, nomeadamente para quadros de enxaqueca crónica e/ou refratária (3).

A toxina botulínica tipo A (*Onabotulinumtoxin A*), produto sintetizado pela bactéria anaeróbia *Clostridium botulinum* foi aprovado pela *Food and Drug Administration* (FDA) em 2010 (10) (15) (16). Acredita-se que a sua administração inibe a libertação de neuropéptidos como o CGRP e a substância P, bem como reduz a fusão das vesículas sinápticas e a libertação de neurotransmissores (acetilcolina), reduzindo a ativação nervosa associada do ponto-gatilho (12) (17). À semelhança dos anteriores, constituiu uma 2ª linha de tratamento (3) (17). É administrada por via intramuscular, baseado no protocolo PREEMPT, em vários locais ao redor da cabeça e da nuca, identificados como os pontos de gatilho do indivíduo, durante a primeira avaliação pela Neurologia (7) (12). As complicações deste tratamento são atrofia muscular, ptose palpebral (se injetada ao redor da região glabellar) e desenvolvimento de anticorpos contra a neurotoxina (5) (7).

Apesar do desenvolvimento recente de novas opções terapêuticas (12), o seu impacto socioeconómico mantém-se e deve-se à perda de produtividade, absentismo, presenteísmo laboral e deterioração da qualidade de vida (1) (2) (5) (11) (17) (18) (19).

Um dos fatores que pode estar associado a este tipo de cefaleia, é o trabalho por turnos e noturno (3). O trabalho por turnos pode ser definido como o trabalho organizado fora do horário diurno convencional, seja com horário fixo ou turnos rotativos (20). O trabalho por turnos, especialmente o turno noturno, exige que os trabalhadores estejam ativos durante a fase de repouso biológico e sejam forçados a dormir na fase ativa biológica, com perturbação do padrão e a qualidade do sono, tornando o ritmo circadiano irregular (3) (21) (22).

Comparando com as formas episódicas, os indivíduos com enxaqueca crónica apresentam menores rendimentos, menor probabilidade de terem emprego a tempo inteiro, maior incidência de patologia depressiva e ansiosa e distúrbios do sono (5) (6) (19), sendo que os custos diretos (cuidados de saúde) são pelo menos 4,8 vezes maiores do que os da enxaqueca episódica (6). Assim, a enxaqueca crónica está associada a maior incapacidade e impacto no funcionamento físico, social e ocupacional e, conseqüentemente, pior qualidade de vida relacionada com a saúde (17).

A enxaqueca pode ser vista como uma doença invisível, já que não é detetada através de sinais clínicos observáveis através do exame objetivo ou por exames complementares de diagnóstico, e possivelmente não compreendida e reconhecida pelo público em geral e comunidades médica e científica. Isto faz com que os indivíduos com esta patologia estejam vulneráveis ao estigma (23) (24) (25). Este pode resultar em sentimentos como o medo, culpa ou vergonha, contribuindo para a discriminação, perda de *status* socioeconómico e de relacionamentos, preconceito e presenteísmo (2).

O caso descrito em seguida visa a análise e reflexão sobre esta doença e dos aspetos relacionados com o trabalho, procurando posicionar este tema como uma problemática, não do passado, mas do presente e futuro na área da Saúde Ocupacional.

DESCRIÇÃO DO CASO

Expõe-se um caso de uma enfermeira, 30 anos, a desempenhar funções desde 2016, num Serviço de Urgência Pediátrica de uma Unidade Local de Saúde. Destacam-se funções numa Unidade de Cuidados Continuados durante cinco meses, sem trabalho noturno ou por turnos e história familiar de enxaqueca da avó materna. Como antecedentes pessoais salienta-se rinite alérgica com sensibilização a ácaros, taquicardia paroxística e abaulamento da válvula mitral. A medicação habitual é constituída por propranolol 20mg id por patologia cardíaca, anticonceptivo combinado oral e almotriptano 12.5mg em sos. Nega consumo de tabaco, álcool ou outras substâncias tóxicas.

Trata-se de uma profissional com quadro inicial de enxaqueca sem aura, desde a adolescência, relacionada com o cataménio, estável e já medicada de acordo com as eventuais crises. Em 2016, iniciou atividade profissional com trabalho por turnos e noturno, com agravamento dos episódios de cefaleia associados a parestesias do membro superior esquerdo. Inicialmente observada em consulta particular de Neurologia, tendo realizado tomografia computadorizada (TC) crânio-encefálica (CE) sem alterações e com indicação para dispensa de trabalho noturno. Foi observada pela Medicina do Trabalho no Serviço de Saúde Ocupacional (SSO), tendo sido emitida ficha de aptidão para o trabalho (FA) com o resultado de apto condicional com dispensa do trabalho noturno até nova reavaliação. Entretanto, foi observada novamente pela Neurologia, agora em contexto hospitalar, na Unidade Local de Saúde onde desempenhava funções, com indicação para aumentar a dose de propranolol (20mg duas vezes por dia), naproxeno em sos, revisão ginecológica/alteração do método anticonceptivo e retoma das funções laborais, sem necessidade de dispensa de trabalho noturno. Foi acompanhada pela Medicina do Trabalho no Serviço de Saúde Ocupacional (SSO), tendo sido emitida FA com o resultado de apto após novo parecer da Neurologia.

Entre 2017 e 2019 manteve-se com crises de cefaleia esporádicas e não incapacitantes, estando bem integrada no seu serviço, com funções e posto de trabalho adequados (incluindo o trabalho noturno). Em 2019, por novo agravamento do quadro, voltou a ser observada em consulta particular de Neurologia, sob terapêutica com propranolol e naproxeno.

No início de 2021, reinicia novo seguimento pela Neurologia da sua Unidade Local de Saúde, já com quadro de três a oito episódios de enxaqueca por mês com aura, fotofobia e diminuição da força muscular do membro superior esquerdo, com duração de 24 a 48h, sem alterações na TC-CE. Com indicação para início de terapêutica adjuvante com 5mg/dia de flunarizina, tendo-se verificado uma melhoria significativa da frequência, duração e intensidade das crises.

No final de 2021, por novo agravamento das crises, em particular na duração das mesmas, realizou ressonância magnética crânio-encefálica (RMN-CE) com discretos focos punctiformes com hipersinal na topografia cortical bifrontal e parietal, tendo indicação da Neurologia para

manter flunarizina 5mg/dia e aumentar dose de propranolol (20 mg id + 40mg id). Entretanto, por melhor perfil de tolerância, houve troca para atenolol 12,5 mg.

Manteve o aumento da frequência das crises com pelo menos dez crises por mês, com duração de 24 a 48h e subjetivamente incapacitantes, quer para o trabalho quer para qualquer atividade de vida diária. Assim, em 2022, foi proposta pela Neurologia, para início de tratamento adjuvante com toxina botulínica, após contraindicação terapêutica com anticorpo monoclonal por patologia valvular cardíaca.

Após a primeira sessão desta terapêutica, objetivou-se uma melhoria expressiva do quadro, com crises esporádicas e com boa resposta à analgesia.

No início de janeiro de 2023, iniciou seguimento em Endocrinologia por microcarcinoma papilar da tireoide e submetida a hemitiroidectomia esquerda em março de 2023. Após intervenção cirúrgica, e dada a priorização da cirurgia da tireoide face ao quadro de enxaqueca, com consequente adiamento das sessões com a toxina botulínica, teve novo agravamento do quadro de cefaleia, com maior frequência das crises de enxaqueca (mais de dez crises mensais).

Desde 2019 (segundo período de agravamento) até à data, a profissional tem sido acompanhada pela Medicina do Trabalho no SSO, tendo sido emitida FA com apto condicional com dispensa do trabalho noturno, segundo parecer da Neurologia e da Medicina Geral e Familiar. Por fim, ressalva-se que esta restrição tem sido cumprida, com boa adaptação da restante equipa e serviço.

DISCUSSÃO

A profissional tinha história familiar relevante, especificamente, antecedentes de enxaqueca da avó materna, sendo este dado suportado pela literatura de que poderá existir vulnerabilidade genética nesta doença (6).

Historicamente, a enxaqueca foi sendo interpretada como uma condição essencialmente feminina (24), dado ser mais comum em mulheres, com uma prevalência de 20,7% versus 9,7% nos homens (1), mas também por haver relatos de crises de maior duração, recorrência, incapacidade e tempo de recuperação no sexo feminino (3). O quadro inicial de enxaqueca experienciado pela profissional começou na adolescência e as crises relacionavam-se com o cataménio, e após a puberdade, a enxaqueca torna-se três a quatro vezes mais frequente, com maior número de crises durante os anos reprodutivos e diminuição das mesmas após a menopausa (3). As razões subjacentes a esta dinâmica e diferença entre os sexos podem estar na sensibilidade dos neurónios trigeminais aos estrogénios, diferenças estruturais e funcionais em determinadas áreas do cérebro (sistema trigeminovascular), fatores genéticos, e estilos de vida (3).

É essencial compreender a história de doença natural, visto que um quadro episódico pode evoluir para um crónico e vice-versa (4) (5). Em cerca de 40% dos doentes, a enxaqueca crónica persiste a longo prazo, em 26% reverte para episódica ao fim de dois anos e em 40% alterna continuamente entre as formas crónicas e episódicas (5). O caso descrito espelha esta realidade, com a profissional a apresentar um padrão de enxaqueca inicialmente episódica, com

evolução para a cronicidade e presença de aura sensorial. Importa referir que a enxaqueca episódica é a variante mais comum e, denomina-se como tal, quando as crises têm uma frequência inferior a catorze dias por mês. Se, num período de três meses, a média de dias por mês (seguidos ou intercalados) com dor for igual ou superior a quinze, assume-se como crónica (26).

Acredita-se que a repetição das crises de enxaqueca com estimulação repetida da via trigeminovascular leva a alteração funcional com sensibilização periférica e central e a alterações estruturais, podendo ser detetáveis nos exames de imagem, como os achados inespecíficos descritos na RMN-CE que a profissional realizou (5). Contudo, normalmente não há necessidade da realização deste tipo de exames se o padrão de cefaleia for típico e o exame neurológico normal (4).

Os objetivos do tratamento da enxaqueca são a redução da frequência, a gravidade e impacto na vida do indivíduo (12). A profissional iniciou o tratamento para a enxaqueca com terapêutica oral, primeiramente de fase aguda, tendo sido suficiente até à introdução do trabalho por turnos e noturno. Posteriormente, foi realizado uma abordagem não farmacológica, ajuste da medicação contraceptiva e de fase aguda, havendo estabilização do quadro de enxaqueca durante um determinado período, apesar da manutenção da tipologia do trabalho. O ajuste do contraceptivo prendeu-se com o facto de as mulheres com enxaqueca com aura terem um risco duas vezes maior de acidente vascular cerebral (AVC) isquémico, quando comparado a mulheres sem aura, e como o estrogénio exógeno aumenta o risco de AVC, o uso de contraceptivos contendo estrogénio é contra-indicado nestes casos (1) (6).

Pela evolução descrita, houve necessidade de introdução de terapêutica preventiva oral e, à *posteriori*, de uma segunda linha com a toxina botulínica. Apesar de ter havido uma boa resposta a esta última, o facto de se ter protelado o tratamento devido à intervenção cirúrgica da tiroide, resultou num novo agravamento do quadro algico, visto que, a neurotoxina deve ser realizada a cada doze semanas para maximizar o efeito e deve haver um mínimo de três tratamentos, e, se eficazes, continuar o tratamento até que as cefaleias desapareçam (4).

A trabalhadora apresentava como fatores de risco para a cronicidade o facto de ser do sexo feminino, má resposta à terapêutica preventiva, elevada frequência basal de crises e alteração do padrão de sono pela tipologia do trabalho (trabalho por turnos e noturno) (1) (5). Existem outros fatores descritos como a idade, baixo nível socioeconómico e escolaridade, antecedentes de traumatismo craniano, eventos traumáticos de vida, utilização excessiva de analgésicos, consumo excessivo de cafeína, obesidade, sedentarismo, patologia psiquiátrica, patologia reumatológica e disfunção da articulação temporo-mandibular (1) (5).

A enfermeira desempenhava funções num Serviço de Urgência Pediátrica, com realização de trabalho por turnos e noturno, com elevado ritmo de trabalho, sobrecarga de tarefas e atendimento ao público. Além da alteração do padrão de sono, esta tipologia habitualmente associa-se a padrões alimentares irregulares e inatividade física (20) (27). Num trabalho publicado, em 2021, no *The Journal of Headache and Pain*, a prevalência de enxaqueca foi maior em profissões fisicamente exigentes e com trabalho noturno, especialmente em mulheres (21).

Dos vários setores laborais, destacam-se os profissionais de saúde, nos quais as enxaquecas são mais comuns, principalmente em enfermeiras, quando comparado à população em geral (3) (9), porque estes têm empregos de elevado *stress*, frequentemente em turnos de trabalho rotativo, trabalho noturno e por longos períodos (9). Podem existir outros fatores desencadeantes ou exacerbadores de crises de enxaqueca, como a exposição ao ruído, iluminação intensa e alteração da qualidade do ar (3).

A decisão do Médico do Trabalho deve ser baseada na história clínica completa, antecedentes pessoais, familiares, medicação habitual, estilos de vida (alimentação, atividade física, higiene do sono), atividade profissional (função, horário, exposição a fatores de risco laborais) e caracterização do padrão de enxaqueca (diário de enxaqueca), exame objetivo consoante cada caso e informação clínica do médico assistente com competência reconhecida para o diagnóstico, tratamento e seguimento deste tipo de cefaleias. Habitualmente reconhece-se esta competência dos médicos de Medicina Geral e Familiar e de Neurologia, e o Médico do Trabalho pode ter um papel relevante na referência para estas especialidades. Para a Neurologia podem ser encaminhadas situações de enxaqueca episódica não controlada, aura atípica, padrão crónico não controlado, cefaleia que condicione mais que duas faltas ao trabalho ou idas à urgência por ano, indicação para tratamento com toxina botulínica ou anticorpos monoclonais (28). Os pareceres da Neurologia descritos no caso podem estar relacionados com os diferentes pontos de vista sobre o impacto do trabalho na história da enxaqueca da trabalhadora, dado que o agravamento coincidiu com a introdução de uma nova tipologia de trabalho, mas em simultâneo, ainda existiam múltiplos fatores passíveis de serem modificados. Assim, o Médico do Trabalho deve analisar de forma crítica os pareceres, integrando-os com o conhecimento sobre a atividade laboral.

A adaptação do posto de trabalho pode passar pela evicção do trabalho noturno ou por turnos, otimização da iluminação (preferindo a luz natural), redução da exposição ao ruído, realização de pausas regulares e otimização da qualidade do ar (3) (2), com reavaliações periódicas de acordo com a evolução clínica e a transição para padrões associados a incapacidade (18) (27). Ressalva-se que o impacto do trabalho por turnos e noturno na história natural da enxaqueca não está totalmente estabelecido, porque os dados disponíveis são escassos e variáveis e, ainda que a profissional podia ter tido o agravamento clínico não estando a realizar este tipo de trabalho. Todavia, neste caso, a história clínica detalhada, dinâmica do padrão de cefaleia, acompanhamento na Neurologia, atividade laboral e evolução para um padrão crónico sem resposta à terapêutica de primeira linha, permitiu ao Médico do Trabalho analisar a situação e aferir com rigor a aptidão para o trabalho.

Neste momento, vale a pena refletir sobre o estigma da enxaqueca no local de trabalho. É indispensável saber que existe um espectro do impacto desta doença e que as cefaleias não são todas iguais e nem todas as pessoas as têm (24). Por um lado, há indivíduos sem limitações funcionais nas atividades de vida diária e laborais, e por outro, outros cujo impacto é relevante (23). O estigma entre empregadores e colegas de trabalho é particularmente significativo (24) (29). Uma pesquisa realizada nos Estados Unidos da América, com 2000 funcionários sem

enxaqueca, revelou que 31% dos entrevistados acreditavam que quem sofre de enxaqueca utiliza esta condição para evitar compromissos no trabalho e 27% achavam que a condição era usada para chamar a atenção (24) (29). O estudo *OVERCOME*, observou que os indivíduos com enxaqueca estão sujeitos ao estigma por parte de pessoas com e sem enxaqueca e/ou cefaleia, com maior prevalência de atitudes estigmatizantes entre os entrevistados com relacionamentos mais próximos e frequentes com pessoas que sofrem de enxaqueca (29).

Pela experiência dos autores, no setor da saúde, a não realização de trabalho por turnos e/ou noturno, mesmo que por motivo clínico justificado, é, tendencialmente, um ponto sensível entre aqueles que deixam de realizar este tipo de trabalho e os seus colegas. Possíveis razões para tal são o facto desta tipologia ser necessária para garantir a prestação de cuidados de saúde à população e, como tal, está difundida em vários setores hospitalares. Mas também, ela é percecionada como disruptora do padrão de sono e de rotinas diárias e familiares, com potencial sobrecarga dos trabalhadores que permanecem a realizar a mesma, face àqueles que a deixaram de realizar. Perante isto, os profissionais da saúde ocupacional, especialmente os Médicos do Trabalho, deverão estar atentos aos trabalhadores que, se sintam sobrecarregados, àqueles que possam tentar obter algum ganho com o reporte de sintomas (dado poder ser vista como uma doença invisível) ou, que não estando devidamente informados, estigmatizam os outros que efetivamente têm a enxaqueca. Da mesma forma, devem permanecer alerta para aqueles que escondem ou não valorizam os sintomas por causa do estigma.

Outra forma de apoiar estes trabalhadores é através de programas de educação no local de trabalho, aumentando a consciencialização sobre o tema e sensibilização para o diagnóstico e tratamento precoce de enxaqueca, diminuindo a necessidade de cada trabalhador ter sobre si essa responsabilidade (2) (24).

CONCLUSÃO

Este caso alerta para a necessidade de compreender a fisiopatologia, padrão evolutivo e abordagens terapêuticas da enxaqueca, assim como alertar para o impacto laboral da mesma. O Médico do Trabalho e restantes profissionais da saúde ocupacional, deverão atuar de forma rigorosa, analisando cada caso à luz da evidência atual, de modo a reduzir o impacto na capacidade de trabalho e o estigma associado, garantindo a segurança e saúde dos trabalhadores. Por fim, não obstante, no futuro, são necessários estudos mais robustos para uma melhor caracterização da relação entre enxaqueca e trabalho por turnos e noturno.

QUESTÕES ÉTICAS E LEGAIS

Foi garantido o anonimato dos dados.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Burch R, Migraine and Tension-Type Headache: Diagnosis and Treatment. *Medical Clinics of North America*. 2019.103(2): 215-233. doi: 10.1016/j.mcna.2018.10.003.
- 2 – Dhaem O, Sakai F. Migraine in the workplace. *ENeurologicalSci*. 2022. 27: 100408. doi: 10.1016/j.ensci.2022.100408.
- 3 - Rossi M, Tumminello A, Marconi M, Gualano M, Santoro P, Malorni W et al. Sex and gender differences in migraines: a narrative review. *Neurological Sciences*. 2022. 43(9): 5729-5734. doi: 10.1007/s10072-022-06178-6.
- 4 - Aguilar-Shea A, Membrilla M, Diaz-de-Teran J. Migraine review for general practice. *Atencion Primaria*. 2022. 54(2): 102208. doi: 10.1016/j.aprim.2021.102208.
- 5 – Parreira E, Luzeiro I, Pereira J. Chronic and Refractory Migraine: How to Diagnose and Treat. *Acta Médica Portuguesa*. 2020. 33(11): 753-760. doi: 10.20344/amp.12004.
- 6 - Hovaguimian A, Roth J. Management of chronic migraine. *British Medical Journal*. 2022.10;379: e067670. doi: 10.1136/bmj-2021-067670.
- 7 - Olla D, Sawyer J, Sommer N, Moore J. Migraine Treatment. *Clinics in Plastic Surgery*. 2020. 47(2): 295-303. doi: 10.1016/j.cps.2020.01.003.
- 8 - Karsan N, Goadsby, P. New Oral Drugs for Migraine. *CNS Drugs*. 2022. 36(9): 933-949. doi:10.1007/s40263-022-00948-8.
- 9 - Kuo W, Huang C, Weng S, Lin H, Su S, Wang J et al. Higher migraine risk in healthcare professionals than in general population: a nationwide population-based cohort study in Taiwan. *The Journal of Headache and Pain*. 2015. 16: 102. doi: 10.1186/s10194-015-0585-6.
- 10 - Pellesi L, Do T, Ashina H, Ashina M, Burstein R. Dual Therapy With Anti-CGRP Monoclonal Antibodies and Botulinum Toxin for Migraine Prevention: Is There a Rationale? *Headache: The Journal of Head and Face Pain* 2020. 60(6): 1056-1065. doi: 10.1111/head.13843.
- 11 - Vandervorst F, Van Deun L, Van Dycke A, Paemeleire K, Reuter U, Schoenen J et al. CGRP monoclonal antibodies in migraine: an efficacy and tolerability comparison with standard prophylactic drugs. *The Journal of Headache and Pain*. 2021. 22(1): 128. doi: 10.1186/s10194-021-01335-2.
- 12 - Zobdeh F, Kraiem A, Attwood M, Chubarev V, Tarasov V, Schiöth H et al. Pharmacological treatment of migraine: Drug classes, mechanisms of action, clinical trials and new treatments. *British Journal of Pharmacology*. 2021.178(23): 4588-4607. doi: 10.1111/bph.15657.
- 13 - Fernández-Bravo-Rodrigo J, Pascual-Morena C, Flor-García A, Saz-Lara A, Sequí-Dominguez I, Álvarez-Bueno C et al. The Safety and Efficacy of Calcitonin Gene-Related Peptide (CGRP) Monoclonal Antibodies for the Preventive Treatment of Migraine: A Protocol for Multiple-Treatment Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022. 19(3): 1753. doi: 10.3390/ijerph19031753.
- 14 - Messina R, Huessler E, Puleda F, Haghdoost F, Lebedeva E, Diener H. Safety and tolerability of monoclonal antibodies targeting the CGRP pathway and gepants in migraine prevention: A systematic review and network meta-analysis. *Cephalalgia*. 2023.43(3): 3331024231152169. doi: 10.1177/03331024231152169.

- 15 - Do T, Hvedstrup J, Schytz H. Botulinum toxin: A review of the mode of action in migraine. *Acta Neurologica Scandinavica*. 2018. 137(5): 442-451. doi: 10.1111/ane.12906.
- 16 - Herd C, Tomlinson C, Rick C, Scotton W, Edwards J, Ives N et al. Cochrane systematic review and meta-analysis of botulinum toxin for the prevention of migraine. *British Medical Journal*. 2019. 9: e027953. doi:10.1136/bmjopen-2018-027953
- 17 - Agostoni E, Barbanti P, Calabresi P, Colombo B, Cortelli P, Frediani F et al. Italian chronic migraine group. Current and emerging evidence-based treatment options in chronic migraine: a narrative review. *The Journal of Headache and Pain*. 2019. 20(1): 92. doi: 10.1186/s10194-019-1038-4.
- 18 – Leso V, Gervetti P, Mauro S, Macrini M, Ercolano M, Iavicoli I. Shift work and migraine: A systematic review. *Journal of Occupational Health*. 2020. 62(1): e12116. doi: 10.1002/1348-9585.12116.
- 19 - Mennini F, Gitto L, Martelletti P. Improving care through health economics analyses: cost of illness and headache. *The Journal of Headache and Pain*. 2008. 9(4): 199-206. doi: 10.1007/s10194-008-0051-9.
- 20 – Appel A, Török E, Jensen M, Garde A, Hansen Å, Kaerlev L et al. The longitudinal association between shift work and headache: results from the Danish PRISME cohort. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. 2020. 93(5): 601-610. doi: 10.1007/s00420-019-01512-6.
- 21 - Affatato O, Miguet M, Schiöth H, Mwinyi J. Major sex differences in migraine prevalence among occupational categories: a cross-sectional study using UK Biobank. *The Journal of Headache and Pain*. 2021.22(1): 145. doi: 10.1186/s10194-021-01356-x.
- 22 – Bjorvatn B, Pallesen S, Moen B, et al. Migraine, tension-type headache and medication-overuse headache in a large population of shift working nurses: a cross-sectional study in Norway. *British Medical Journal*. 2018. 8(11): e022403. doi: 10.1136/bmjopen-2018-022403.
- 23 – Gross E, Torre E, Martelletti P. The Migraine Stigma Kaleidoscope View. *Neurology and Therapy*. 2023. 12(3): 703-709. doi: 10.1007/s40120-023-00456-x.
- 24 – Casas-Limón J, Quintas S, López-Bravo A, Alpuente A, Andrés-López A, Castro-Sánchez MV et al. Unravelling Migraine Stigma: A Comprehensive Review of Its Impact and Strategies for Change. *Journal of Clinical Medicine*. 2024. 13(17): 5222. doi: 10.3390/jcm13175222.
- 25 – Shapiro R, Nicholson R, Seng E, Buse D, Reed M, Zagar A et al. Migraine-Related Stigma and Its Relationship to Disability, Interictal Burden, and Quality of Life: Results of the OVERCOME (US) Study. *Neurology*. 2024. 102(3): e208074. doi: 10.1212/WNL.0000000000208074.
- 26 – International Headache Society. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) the International Classification of Headache Disorders, 3rd Edition. *Cephalalgia*. 2018; 38(1): 1–211. doi: 10.1177/0333102417738202.
- 27 - Sandoe C, Sasikumar S, Lay C, Lawler V. The Impact of Shift Work on Migraine: A Case Series and Narrative Review. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2019. 59(9):1631-1640. doi: 10.1111/head.13622

28 - Gil-Gouveia R, Parreira E, Martins I, Luzeiro I, Pereira R, Plácido M, Palavra F. Headache Management in Portugal: Consensus among the Portuguese Headache and Neurology Societies, the Portuguese Association of General and Family Medicine, and MiGRA. *Acta Médica Portuguesa*. 2025. 38(5), 336–347. doi: 10.20344/amp.22496

29 – Shapiro R, Viktrup L, Muenzel E, Buse D, Zagar A, Ashina S et al. Stigmatizing attitudes toward people with migraine by people without active migraine: results of the OVERCOME (US) study. *BioMed Central Neurology*. 2025. 25(1): 103. doi: 10.1186/s12883-025-04039-1.

Data de receção: 2025/08/25

Data de aceitação: 2025/09/22