



ARTIGO ORIGINAL

Características da cefaléia do tipo migrânea em pacientes atendidos no ambulatório médico da Universidade do Extremo Sul Catarinense no período de 2004 a 2009

Characteristics of migraine headache in patients seen at medical center in University of Extremo Sul Catarinense since 2004 to 2009

Natália Machado Mildner¹, Celso Zuther Gobbato², Ana Paula Ronzani Panatto³, Kristian Madeira⁴, Maria Inês da Rosa⁵, Priscyla Waleska Targino de Azevedo Simões⁶

Resumo

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a cefaléia do tipo migrânea é a 19ª moléstia que mais causa incapacidade. Este trabalho teve como objetivo estimar o perfil dos pacientes com cefaléia migranosa atendidos no Ambulatório Médico da Universidade do Extremo Sul Catarinense entre 2004 a 2009. Caracteriza-se como um estudo transversal, censitário, observacional, documental, e descritivo. A amostra totalizou 93 indivíduos, revelando predominância da cefaléia migranosa sem aura com as seguintes características que ocorreu em 84,6% da mulheres, em 30,2% com ensino médio completo, 39,8% dos casados, e em 46,9% com crises diárias. Na amostra não estratificada observamos que 25,84% dos pacientes apresentaram cefaléia diária, 58,24% possuíam cefaléia sem aura, 86,96 % eram mulheres, 97,73% raça/cor da pele branca, 33,7% com baixa escolaridade, 64,52% com estado civil solteiro, 28,26% idade superior a 36 anos, 33,33% apresentaram fatores desencadeantes sociais e/ou psicológicos e 25,84% comorbidade cardiovascular. Sugere-se neste trabalho que um melhor nível de escolaridade da população em questão poderia melhorar o conhecimento desta comorbidade, assim como o melhorar o entendimento sobre o controle eficiente das crises migranosas.

Descritores: Cefaléia. Migrânea. Epidemiologia. Brasil.

1. Graduanda em Medicina. Universidade do Extremo Sul Catarinense-Criciúma-SC.
2. Médico Neurologista. Universidade do Extremo Sul Catarinense-Criciúma-SC.
3. Mestranda em Ciências da Saúde. Universidade do Extremo Sul Catarinense-Criciúma-SC.
4. Doutorando em Ciências da Saúde. Universidade do Extremo Sul Catarinense-Criciúma-SC.
5. Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Médica Ginecologista pela Universidade Federal de Santa Maria. Responsável pelo Laboratório de Epidemiologia da Universidade do Extremo Sul Catarinense. Universidade do Extremo Sul Catarinense-Criciúma-SC, Brasil.
6. Doutoranda em Ciências da Saúde. Professora de Informática Médica. Universidade do Extremo Sul Catarinense - Criciúma-SC.

Abstract

According to the World Health Organization, the migraine-type headache is the 19th disease that causes more disability. Seek to estimate the profile of migraine headache in patients seen at Medical Center at University of Extremo Sul Catarinense from 2004 to 2009. It is characterized as a study cross-sectional, census, observational, documentary, and descriptive. Our sample included 93 individuals, revealing the predominance of migraine without aura with the following features which occurred in 84.6% of women, 30.2% had completed high school, 39.8% of married and 46.9% with daily crises. In the stratified sample is observed that 25.84% of the patients had daily headache, 58.24% owned headache without aura, 86.96% were women, 97.73% race / skin color white, 33.7% with low education , with 64.52% unmarried, 28.26% aged over 36 years, 33.33% had triggers social and / or psychological and 25.84% cardiovascular comorbidity. This study suggest that a better-educated population in question could improve the knowledge of this comorbidity, as well as improve understanding of the efficient control of migraine attacks.

Keywords: Headache. Migraine. Epidemiology. Brazil.

Introdução

A Migrânea é uma cefaléia primária, de caráter pulsátil, geralmente unilateral, predominante em região frontotemporal, caracterizada por uma algia de intensidade moderada a grave ⁽¹⁾.

Geralmente existem fatores agravadores da dor, como a luz e o barulho, no entanto, também podem existir alguns fatores deflagradores como hormônios, certos tipos de alimentos consumidos e comorbidades presentes. Alguns estudos consideram a migrânea como doença mais incapacitante do que a hipertensão arterial, osteoartrite e diabetes, entre outras. Esta morbidade pode ser dividida em dois subtipos principais: migrânea sem aura, o tipo mais comum, caracterizada por cefaléia com características específicas e maior associação com a menstruação; e, migrânea com aura, caracterizada pelos sintomas neurológicos focais que normalmente precedem ou acompanham a cefaléia ^(1,2).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), esta é a 19ª moléstia que mais incapacita o ser humano e sugere-se que a prevalência no Brasil seja de, aproximadamente, 15% e represente 35% das consultas neurológicas em todo mundo ⁽²⁾. A prevalência mundial de cefaléia ao longo da vida, segundo estimativas, é de 93% nos homens e 99% nas mulheres. Já a prevalência mundial da enxaqueca ao longo da vida é de aproximadamente 12% (18% entre as mulheres, 6% nos homens e 4% nas crianças) ⁽³⁾.

A prevalência maior da migrânea entre as mulheres pode estar relacionada às condições culturais que as limitam e lhes impõem frustrações ^(4,5). Nesse contexto, a enxaqueca assim como outras doenças crônicas recorrentes deve ser avaliada por escalas gerais para avaliar a qualidade de vida, considerando o número de atividades realizadas pelo indivíduo acometido, além dos aspectos físicos, psicológicos e comportamentais ^(6,7).

Deste modo, tendo em vista tais fatores, este trabalho visa estabelecer o perfil epidemiológico dos pacientes com cefaléia do tipo migrânea atendidos no Ambulatório Médico da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) no período de 2004 a 2009.

Métodos

Caracteriza-se por um estudo transversal, documental, observacional, retrospectivo e descritivo, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos do local onde foi realizada a pesquisa sob o protocolo 17/2011. A população em estudo foi composta por prontuários de pacientes diagnosticados com cefaléia do tipo migrânea atendidos no Ambulatório Médico da

UNESC (localizado em Criciúma/SC), no período de 2004 a 2009. Foram incluídos os indivíduos que apresentaram diagnóstico clínico de cefaléia do tipo migrânea, correspondendo às seguintes classificações do CID-10: migrânea sem aura (G43.0); migrânea com aura (G43.1).

A maior parte das pessoas que frequentam o local onde foi realizada a pesquisa é de mulheres adultas. Foi observada uma excessiva falta de preenchimento de algumas informações nos prontuários do local onde foi realizada a pesquisa com destaque ao número de filhos, raça/cor da pele, frequência da cefaléia e comorbidades.

As variáveis independentes utilizadas para associação com o desfecho (migrânea com e sem aura) foram: gênero, idade, raça ou cor da pele, número de filhos, escolaridade, frequência das crises de cefaléia, comorbidades presentes, fatores desencadeantes e profissão.

A idade foi estratificada em 4 categorias: menos de 25 anos, entre 26 e 35 anos, entre 36 e 45 anos e mais de 45 anos. O gênero foi subdividido em masculino e feminino. O grau de instrução foi estratificado de acordo com as categorias em utilização no local onde foi realizada a pesquisa: analfabeto, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto e ensino superior completo.

Em relação à cor da pele ou raça dos indivíduos, utilizou-se também a classificação de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): branca, preta, amarela, parda e indígena. Quanto ao estado civil, o mesmo foi categorizado em: solteiro, casado ou viúvo. Em relação ao número de filhos, foi avaliado se o paciente não possuía prole, se possuía 1 filho, 2 filhos e 3 ou mais filhos. Quanto à duração da cefaléia, foi observado se as crises eram diárias, 2-3x/semana, 1 ou mais vezes/mês, e crises esporádicas.

As comorbidades foram subdivididas em: cardiovascular, psiquiátrica, osteomuscular, gastrintestinal, sem comorbidades e outras. Os fatores de risco para desencadeamento da migrânea foram categorizados em: sem fator desencadeante, fator social e/ou psicológico, hormonal, alimentar, orgânico ou desconhece a presença de fator desencadeante.

A tabulação de dados foi realizada no software Excel versão 2007, e a análise estatística também neste aplicativo e no Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 18.0. Na análise dos dados, calculou-se a média e desvio padrão para as variáveis quantitativas, e, para as qualitativas, a frequência absoluta (n) e relativa (%). Utilizou-se o teste de Shapiro-Wilk para testar a normalidade dos dados, e em seguida o teste t de Student para amostras independentes para verificar a dife-

rença entre as médias de idade e o subtipo de migrânea quanto à presença de aura, e o teste qui-quadrado de associação ou independência para verificar a existência de associação entre subtipo de sintomas aurais e as variáveis independentes (gênero, raça ou cor da pele, número de filhos, escolaridade, frequência das crises de cefaléia gênero, idade, raça ou cor da pele, número de filhos, escolaridade, frequência das crises de cefaléia gênero, idade, raça ou cor da pele, número de filhos, escolaridade, frequência das crises de cefaléia, comorbidades presentes, fatores desencadeantes e profissão, comorbidades presentes, fatores desencadeantes e profissão). O nível de significância (α) adotado para o teste t de Student e o teste do qui-quadrado foi de 0,05 com intervalo de confiança de 95%.

Resultados

Foi utilizada uma amostra censitária totalizando 93 indivíduos, com idade variando entre 12 e 50 anos. As características dos indivíduos estudados encontram-se disponíveis na Tabela 1. Observamos que em relação aos sintomas aurais, 58,24% (n=53) apresentaram cefaléia sem aura e 41,76% (n=38) apresentaram cefaléia com aura. O gênero feminino foi mais frequente em 86,96% (n=80) dos pacientes, e 46,38% (n=32) não apresentaram prole.

Os indivíduos com 36 a 45 anos e os maiores de 45 anos tiveram na amostra proporções semelhantes, ambos totalizando 28,26% (n=26). Sobre a escolaridade, 23,91% (n=22) apresentaram ensino médio incompleto e 33,70% (n=31) ensino médio completo. Já em relação a duração da cefaléia, 45,24% (n=38) dos pacientes apresentaram cefaléia migranosa diariamente. Em relação às comorbidades, 39,33% (n=35) dos pacientes não apresentaram patologias, e 25,84% (n=23) tiveram algum tipo de comorbidade cardiovascular. Quanto aos fatores desencadeantes, os sociais e/ou psicológicos ocorreram em 33,33% (n=23) dos casos, e 24,64% (n=17) não apresentou fatores desencadeantes. Quanto ao estado civil, 64,52% (n=60) se declararam solteiros, e sobre a etnia, 97,73% (n=43) branca.

A tabela 2 descreve as características da amostra estratificadas pelo sub-tipo de migrânea. Embora os resultados possam sugerir uma associação entre a idade e o sub-tipo de migrânea, não houve significância estatística (p=0,832). A migrânea sem aura foi mais prevalente no gênero feminino (84,6%, n=44); o ensino fundamental incompleto e o ensino médio completo mostraram resultados semelhantes (30,2%, n=16); observamos uma prevalência maior da migrânea sem aura naqueles que se declararam casados (69,8%, n=37); indivíduos sem fatores desencadeantes

e com presença de fatores sociais e/ou psicológicos tiveram a mesma prevalência de 28,6% (n=12); a frequência diária da migrânea ocorreu em 46,9% (n=23) dos indivíduos; em relação às comorbidades, 38,5% (n=20) não apresentaram comorbidades e 26,9% (n=14) relatou a cardiovascular. Assim, pode-se observar que o valor de p encontrado nas variáveis idade, fatores desencadeantes e comorbidades apresentou-se não significativo, podendo-se inferir que a relação observada entra as variáveis na amostra pode não ser um indicador confiável da relação entre as respectivas variáveis na população.

A tabela 3 descreve a proporção de fatores desencadeantes e comorbidades estratificados por gênero, indicando que o feminino não apresentou tais fatores (25%, n=15) e a presença dos sociais e /ou psicológicos ocorreu em 31,7% (n=19). Nosso estudo revelou que 41,6% (n=32) dos indivíduos não apresentaram comorbidades, e dentre os que a relataram, a cardiovascular foi encontrada em 24,7% (n=19) das mulheres.

Discussão

A migrânea é uma afecção episódica que na maioria das vezes se associa a náuseas e/ou sensibilidade à luz ou barulho e é considerada uma das mais comuns desordens encontradas por neurologistas na prática médica⁽⁸⁾.

Este estudo revelou uma prevalência maior da migrânea no gênero feminino (86,96%), com a faixa etária predominante de indivíduos com mais de 36 anos (28,26%). Prevalência semelhante nas mulheres (67,6%) foi encontrada em um estudo realizado em tribos indígenas brasileiras tupiniquins, com uma população de 102 indivíduos de 18 e 81 anos⁽⁹⁾. Nossos resultados também corroboram com um estudo censitário de 2011⁽¹⁰⁾, que cita a diminuição e flutuação do nível do estrogênio como grande responsável pela maior predominância da migrânea nas mulheres, exemplificando as seguintes situações: menstruação, período pós parto, privação após ciclo com estrogênio exógeno e período próximo a menopausa⁽¹⁰⁻¹²⁾. Em geral, as mulheres costumam procurar mais o atendimento médico que os homens, característica também encontrada em nossa amostra¹¹. Apesar das proporções encontradas, não podemos afirmar que uma prevalência maior do gênero feminino possa ser associada a migrânea, pois nossa amostra foi constituída de prontuários de pacientes atendidos no Ambulatório Médico da Universidade do Extremo Sul Catarinense que é mais frequentado por mulheres, característica essa que representa uma limitação ao nosso estudo.

Nossa casuística apresentou uma maior prevalência de cefaléia na raça ou cor da pele branca (97,73%) e com ensino médio completo (33,70%), ou seja, aproximadamente 8 anos de estudo. Nossos dados corrobo-

ram com um estudo paulista transversal e retrospectivo realizado entre janeiro de 1999 a maio de 2004 com 3328 pacientes, que revelou resultados semelhantes, onde a maioria também foi da raça/cor branca (65%) e 55% dos indivíduos tinham menos de 8 anos de estudo^(13,14). Nossos resultados também corroboram com outros estudos que sugerem maior prevalência da raça ou cor da pele branca para os casos de cefaléia migranosa⁽¹⁵⁻¹⁸⁾. Assim, indivíduos com menos tempo de estudo foram mais acometidos pela migrânea do que indivíduos com mais escolarização, tal característica sugere que a escolarização desta amostra poderia melhorar o seu entendimento em relação ao controle das crises e sua percepção em relação à presença da migrânea, contribuindo para um melhor controle das crises e menor incidência de cronificação na população em questão.

Nossos resultados também mostraram que 45,24% dos pacientes tiveram cefaléia migranosa diariamente, corroborando com um estudo retrospectivo de 2003 o qual relata que a cefaléia crônica diária é comum na população e que a maioria dos pacientes migranosos tem episódios diários ou quase diários de cefaléia⁽¹⁹⁾. Outro estudo realizado com 1890 funcionários de um hospital paulista, também revelou predominância dos episódios migranosos em mais de 1 vez/semana⁽²⁰⁾. Nossos resultados evidenciaram que as crises migranosas ocorreram com frequência diária quando não tratada, e que é comum a existência de vários tipos de cefaléia associados à cronificação no mesmo paciente.

Na presente casuística não observamos associação entre o gênero e fatores desencadeantes e comorbidades ($p=0,967$ e $p=0,435$ respectivamente), revelando ainda que a maioria dos pacientes migranosos não apresentaram comorbidades (39,33%), e dentre os que apresentaram, a mais prevalente foi a cardiovascular (25,84%), sendo mais frequente em pacientes com migrânea sem aura (26,9%) e do sexo feminino (24,7%). As comorbidades psiquiátricas representaram a segunda mais prevalente em nosso estudo, predominando também no sexo feminino (5,25%). Nossos resultados divergiram dos encontrados em algumas pesquisas^(21,22), que apontam os fatores psiquiátricos (com destaque à depressão) como as comorbidades mais frequentes⁽²¹⁾. Outro estudo realizado em 2006 cita que os pacientes com migrânea têm três vezes mais risco de desenvolver depressão se comparados aos que não apresentaram esta morbidade⁽²²⁾. Portanto, nossos resultados discordam dos resultados das pesquisas supracitadas possivelmente pelo fato de nossa amostra ser pequena e também pela existência de fatores endêmicos cardiovasculares na região do presente estudo.

Quanto à ocorrência de fatores desencadeantes nas crises migranosas, nosso estudo revelou maior preva-

lência dos fatores sociais e/ou psicológicos sob os demais (33,33%), corroborando com um estudo nacional, retrospectivo e censitário de 2009, que cita duas formas em que o estresse poderia induzir migrânea: tensão muscular em região cervical durante longo período que causaria a cefaléia ou por alterações bruscas de pressão sanguínea causada por fatores exógenos que causariam vasoconstrição das artérias e vasos cerebrais⁽²³⁾.

Apesar de nosso estudo elencar os demais fatores desencadeantes com proporções menores, alguns estudos descrevem sua importância. Um exemplo foi o estudo retrospectivo e transversal de 2000 com 39 indivíduos, que revelou a menstruação como o a mais prevalente entre os fatores desencadeantes, seguido do estresse e fatores alimentares⁽²⁴⁾. Já um estudo de revisão enfatizou o papel fundamental da alimentação como desencadeadora das crises migranosas através de mecanismos múltiplos ainda não completamente compreendidos⁽²⁵⁾. Portanto, podemos perceber certa divergência na literatura quanto a um consenso de principais fatores desencadeantes das crises: alguns estudos evidenciam uma alta prevalência dos fatores alimentares como desencadeadores das crises migranosas dentre os demais fatores, o contrário do evidenciado em nossa pesquisa que assim como outros estudos⁽²³⁾ corroboraram com a evidência de que os fatores sociais e/ou psicológicos seriam os mais prevalentes.

Em relação ao sub-tipo da migrânea (com e sem aura), nossos resultados revelaram maior proporção de pacientes com migrânea sem aura (58,24%).

Embora os resultados possam sugerir associação entre o gênero e o sub-tipo, não houve significância estatística ($p=0,503$), porém nossos resultados mostram maior prevalência da cefaléia com e sem aura no sexo feminino, representando, respectivamente, 89,5% e 84,6% dos pacientes. Nosso estudo corrobora aos resultados de um estudo também censitário, observacional e retrospectivo⁽¹⁵⁾.

Nosso estudo revelou que a maior parte da amostra dos indivíduos com migrânea foi de solteiros (64,52%), concordando com um estudo Catarinense que revelou predomínio de divorciados (9,1%)⁽²⁶⁾, ambos estudos sugerindo predominância de indivíduos que não estão em união estável. Já em relação aos sintomas aurais nossa casuística teve predominância de casados com cefaléia sem aura (39,8%), concordando com um estudo censitário de 2009, em que a maioria também era casada (60%) e apenas 23 (30,6%) solteiros⁽¹⁸⁾. Nossos resultados sugerem que o estado civil pode não estar associado à presença de migrânea, no entanto os casados teriam maiores preocupações e os solteiros mais fatores desencadeantes. Nosso estudo evidencia que a maior parte da

população estudada não tem filhos correspondendo a 46,38%, no entanto, mediante revisão previamente realizada, não encontramos estudos relacionados à associação entre número de filhos com os sintomas aurais.

Mediante os resultados apresentados, nosso estudo revelou predominância da migrânea em mulheres com mais de 35 anos, solteiras, com ensino médio completo, raça branca, sub-tipo sem aura, sem comorbidades associadas, com crises diárias e presença de fatores sociais e/ou psicológicos. Concluímos também que o padrão de apresentação semiológico predominante nas cefaléias corrobora a diversos estudos apresentados pela literatura, sugerindo a cronificação da migrânea quando não tratada ou tratada de forma ineficaz.

Uma possível limitação de nosso estudo está relacionada à análise do gênero e idade, pois, a maior parte das pessoas que frequentem o local onde foi realizada a pesquisa é de mulheres adultas. Outro viés foi observado na excessiva falta de preenchimento de algumas informações nos prontuários do local onde foi realizada a pesquisa com destaque ao número de filhos, raça/cor da pele, frequência da cefaléia e comorbidades.

Referências

- Nicodemo M, Cevoli S, Giannini G, Cortelli P. Comorbidity in Perimenstrual Migraine. *Curr Pain Headache Rep* 2012.
- Levantamento da incidência de cefaléia no Brasil. [internet]. OMS - Organização Mundial da Saúde; 2011 [acesso em: 24 jul. 2011]. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_migraine.pdf.
- Mercante JPP, Bernik MA, Guendler VZ, Zukerman E, Kuczynski E, Peres MFP. Comorbidade psiquiátrica diminui a qualidade de vida de pacientes com enxaqueca crônica. *Arq. Neuro-Psiquiat*. 2007; 65 (3b): 880-4.
- Cheung RTF. Prevalence of migraine, tension-type headache, and other headaches in Hong Kong. *Headache* 2000; 40(6): 473-9.
- Couturier EG, Bomhof MA, Neven AK, Van Duijin NP. Menstrual migraine in a representative Dutch population sample: prevalence, disability and treatment. *Cephalagia* 2003; 23 (8): 302-8.
- Pahim LS, Menezes AMB, Lima R. Prevalência e fatores associados á enxaqueca na população adulta de Pelotas, RS. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(4): 692-8.
- Zukerman E, Guendler VZ, Mercante JPP, Peres MFP. Cefaléia e Qualidade de vida. *Einstein* 2004; 2(1): 73-5.
- Cutrer FM. Pathophysiology of migraine. *Semin Neurol* 2006; 26 (2):171.
- Domingues RB, Cezar PB; Schmidt Filho J; de Moraes Filho MN; Pinheiro MN; Marchiori JG et al. Prevalência e impacto da cefaléia e da migrânea em uma população de índios Tupiniquins. *Arq. Neuro-Psiquiatr* 2009; 67 (2b): 413-5.
- Somerville BW. Estrogen-withdrawal migraine II. Attempted prophylaxis by continuous estradiol administration. *Neurology* 1975; 25(3): 245.
- Brandes JL. The influence of estrogen on migraine: a systematic review. *JAMA* 2006; 295(15): 1824.
- Ribeiro RL, Carvalho, DS. Cefaléia Associada aos Ciclos Hormonais da Mulher. *Rev. Neurociências* 2000; 8(3):93-8.
- Indicadores raciais brasileiros. [Internet]. Brasil: IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2011. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa das Características Étnico-raciais da População 2008. [acesso em 2011 Set. 05]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/caracteristicas_raciais/tab_2.7.pdf.
- Felício AC, Bichuetti DB, Santos WA, Godeiro Junior C de O, Marin LF, Carvalho D de S. Epidemiology of primary and secondary headaches in a Brazilian tertiary-care center. *Arq Neuropsiquiatr*. 2006; 64(1):41-4.
- Bigal ME, Fernandes LC, Moraes FA, Bordini CA, Speciali JC. Migraine prevalence and impact: an university hospital employees based study. *Arq. Neuro-Psiquiatr*. 2000; 58 (2B): 431-6.
- Waters WE. Headache and demographic factors. In: Olesen J, editor. *Headache classification and epidemiology*. New York: Raven Press 1994; 278-93.
- Stewart WF, Simon D, Shechter A, Lipton RB. Population variation in migraine prevalence: a metaanalysis. *J Clin Epidemiol*. 1995; 48:269-80.
- Andrade TF, Lira JD, Cavalcante AC de M, Monteiro LC, Trindade-Filho EM. Clinical and Epidemiologic Aspects of Migraine in Adult Population of Maceió, Alagoas. *Neurobiologia* 2009; 72 (3): 101-7.
- Krymchamtowski AV. Primary headache diagnosis among chronic daily headache patients. *Arq. Neuro-Psiquiatr*. 2003; 61 (2B): 364-367.
- Bigal ME, Bordini CA, Speciali SG. Tratamento da cefaléia em uma unidade de emergência da cidade de Ri-

- beirão Preto. Arq Neuropsiquiatr. 1999; 57 (3B): 813-9.
21. Kowacs PA, Kowacs F. Depression and migraine. Einstein. 2004; 2 (supl 1):40-4.
 22. Breslau N, Schultz LR, Stewart WF, Lipton RB, Lucia VC, Welch KM. Headache and major depression: is the association specific to migraine? Neurology. 2000; 54(2):308-13.
 23. Perissinotti DMN. Psychological factors influencing migraine triggering and development. Rev Dor 10(3): 255-60.
 24. Krymchantowski AV, Moreira Filho PF. Cefaléia crônica diária primária: apresentação clínica. Arq Neuro-Psiquiatr. 2000 58(2B): 437-51.
 25. Felipe MR, Campos A, Vecchi G, Martins L. Implicações da alimentação e nutrição e do uso de fitoterápicos na profilaxia e tratamento sintomático da enxaqueca-uma revisão. Nutrire: rev. Soc. Bras. Nutr. 2010 35 (2): 165-179.
 26. Queiroz LP, Barea LM, Blank N. An epidemiological study of headache in Florianópolis, Brazil. Cephalalgia 2006 26(2): 122-7.

Tabela 2: Perfil da amostra estratificado por sub-tipo principal de migrânea

Variável	Migrânea		P
	Com Aura	Sem Aura	
Idade (média ±DP)	34,84(±15,48)	34,11(±16,52)	0,832
Gênero			
Masculino	4(10,5)	8 (15,4)	0,503
Feminino	34(89,5)	44(84,6)	
Escolaridade			
Analfabeto	1(2,7)	0(0,0)	0,420
Ensino fundamental incompleto	5(13,5)	16(30,2)	
Ensino fundamental completo	9(24,3)	8(15,1)	
Ensino médio incompleto	3(8,1)	6(11,3)	
Ensino médio completo	15(40,5)	16(30,2)	
Superior incompleto	3(8,1)	5(9,4)	
Superior completo	1(2,7)	2(3,8)	
Estado Civil			
Solteiro	15(39,5)	16(30,2)	0,130
Casado	21(55,3)	37(69,8)	
Viúvo	2(5,3)	0(0,0)	
Cor da pele/raça			
Branco	18(94,7)	25(100)	0,246
Preto	1(5,3)	0(0,0)	
Número de filhos			
Sem filhos	17(56,7)	15(38,5)	0,247
1 filho	8(26,7)	9(23,1)	
2 filhos	3(10,0)	10(25,6)	
3 ou mais filhos	2(6,7)	5(12,8)	
Fatores desencadeantes			
Sem fatores	5(18,5)	12(28,6)	0,886
Sociais e/ou psicológicos	11(40,7)	12(28,6)	
Hormonais	4(14,8)	8(19,0)	
Alimentares	4(14,8)	5(11,9)	
Orgânicas	2(7,4)	3(7,1)	
Desconhece	1(3,7)	2(4,8)	
Frequência das crises			
Crises diárias	15(42,9)	23(46,9)	0,296
2-3 crises/semana	11(31,4)	9(18,4)	
1 ou mais crises/mês	8(22,9)	11(22,4)	
Crises esporádicas	1(2,9)	6(12,2)	
Comorbidades			
Sem comorbidades	15(40,5)	20(38,5)	0,800
Cardiovascular	9(24,3)	14(26,9)	
Psiquiátrica	4(10,8)	2(3,8)	
Osteomuscular	2(5,4)	2(3,8)	
Gastrointestinal	2(5,4)	4(7,7)	
Outros	5(13,5)	10(19,2)	

Tabelas

Tabela 1: Características da amostra

Variável	n (%)
Número de Filhos	
Nenhum	32(46,38)
Um	17(24,64)
Dois	13(18,84)
Três ou mais	7(10,14)
Escolaridade	
Analfabeto	1(1,09)
Ensino fundamental incompleto	22(23,91)
Ensino fundamental completo	17(18,48)
Ensino médio incompleto	9(9,78)
Ensino médio completo	31(33,70)
Superior incompleto	9(9,78)
Superior completo	3(3,26)
Gênero	
Masculino	12(13,04)
Feminino	80(86,96)
Estado civil	
Casado	31(33,33)
Solteiro	60(64,52)
Viúvo	2(2,15)
Idade grupo	
Menos de 25 anos	24(26,09)
Entre 25 e 35 anos	16(17,39)
Entre 35 e 45 anos	26(28,26)
Mais de 45 anos	26(28,26)
Cor da pele/ raça	
Branca	43(97,73)
Preta	1(2,27)
Duração	
Diária	38(45,24)
2-3 x/semana	20(23,81)
1 ou mais vezes/mês	19(22,62)
Esporádica	7(8,33)
Cefaléia	
Com aura	38(41,76)
Sem aura	53(58,24)
Comorbidades	
Sem comorbidade	35(39,33)
Cardiovascular	23(25,84)
Psiquiátrico	6(6,74)
Osteomuscular	4(4,49)
Gastrointestinal	6(6,74)
Outras	15(16,85)
Fatores desencadeantes	
Sem fatores	17(24,64)
Sociais e/ou psicológicos	23(33,33)
Hormonais	12(17,39)
Alimentares	9(13,04)
Orgânicos	5(7,25)
Desconhece	3(4,35)

Tabela 3: Perfil clínico da amostra estratificado por gênero

Variável	Gênero		P
	Masculino	Feminino	
Fatores Desencadeantes			
Sem fatores	2(25)	15(25)	0,967
Sociais ou e psicológicos	3(37,5)	19(31,7)	
Hormonais	1(12,5)	11(18,3)	
Alimentares	1(12,50)	8(13,3)	
Orgânicos	1(12,5)	4(6,7)	
Desconhece	0(0,0)	3(5,0)	
Comorbidades			
Sem comorbidade	3(27,3)	32(41,6)	0,435
Cardiovascular	4(36,4)	19(24,7)	
Psiquiátrica	2(18,2)	4(5,2)	
Osteomuscular	0(0,0)	4(5,2)	
Gastrointestinal	0(0,0)	6(7,8)	

Endereço para correspondência

Av. Universitária, 1105 - Bairro Universitário
 Criciúma / Santa Catarina - C.P. 3167 | CEP: 88806-000
 E-mail: pri@unesc.net