

# Aspectos Clínicos e Epidemiológicos da Enxaqueca na População Adulta de Maceió, Alagoas

## Clinical and Epidemiologic Aspects of Migraine in Adult Population of Maceió, Alagoas

Tayane Farias Andrade<sup>1</sup>, Julyanna Duarte Lira<sup>1</sup>, Ana Cecília Cavalcante de Macedo<sup>1</sup>, Larissa Carvalho Monteiro<sup>1</sup>, Euclides Maurício Trindade-Filho<sup>2\*</sup>

---

### RESUMO

**OBJETIVO:** Avaliar a prevalência da enxaqueca em uma amostra da população de Maceió, destacando suas características clínicas e epidemiológicas.

**MÉTODOS:** Um questionário foi aplicado a 630 habitantes de Maceió, aleatoriamente contatadas, sendo selecionados 75 indivíduos com critérios para enxaqueca.

**RESULTADOS:** Foi encontrada prevalência de enxaqueca de 11,9%, sendo 19,3% no sexo feminino e 2,9% no sexo masculino. Além disso, a enxaqueca foi mais prevalente naqueles entre 18 a 29 anos (17,4%), entre os analfabetos (19,2%), casados (16,4%) e entre os indivíduos com renda familiar per capita inferior a um salário mínimo (18,6%). Estresse foi o fator desencadeante mais relatado (85,3%).

**CONCLUSÕES:** Este estudo demonstrou alta prevalência de enxaqueca, sendo mais freqüente nas mulheres, entre os adultos jovens e de baixo nível sócio-econômico.

**PALAVRAS-CHAVE:** cefaléia, enxaqueca, epidemiologia, fatores desencadeantes.

---

### SUMMARY

**PURPOSE:** To assess the prevalence of migraine in a sample of Maceio's population, highlighting its clinical and epidemiological characteristics.

**METHODS:** Six hundred thirty people of Maceio were randomly contacted and submitted to a questionnaire. We selected 75 individuals with migraine criteria.

**RESULTS:** We found prevalence of migraine of 11.9%, 19.3% for females and 2.9% in males. Moreover, the migraine was more prevalent among those between 18 to 29 years (17.4%), illiterate (19.2%), married (16.4%) and among those with per capita family income below a minimum wage (18.6%). Stress was the trigger factor most reported (85.3%).

**CONCLUSIONS:** This study showed high prevalence of migraine and that it is more common among women and young adults with low socio-economic level.

**KEY WORDS:** headache, migraine, epidemiology, triggering factors.

---

<sup>1</sup>Faculdade de Medicina. Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL. Rua Dr. Jorge de Lima, nº 113, Trapiche da Barra. CEP: 57.010-300. Maceió – AL.

<sup>2</sup>Departamento de Fisiologia da UNCISAL. Rua Dr. Jorge de Lima, nº 113, Trapiche da Barra. CEP: 57.010-300. Maceió – AL.

\*Local da pesquisa: Departamento de Fisiologia da UNCISAL, na área de Saúde Pública.

## INTRODUÇÃO

As cefaléias são importantes problemas de saúde pública, devido a sua alta freqüência e por causarem grande impacto social e econômico, destacando-se a enxaqueca, que representa a segunda causa dentre as cefaléias primárias<sup>1,2</sup>. Suas conseqüências envolvem gastos com o sistema de saúde, prejuízos pela falta ao trabalho e redução da produtividade<sup>3</sup>, sendo os enxaquecosos os que mais procuram assistência médica, por ser esta mais incapacitante<sup>3,4</sup>.

A migrânea ou enxaqueca é uma síndrome conhecida há milênios, afetando grande parte da população do mundo inteiro de forma mais ou menos intensa<sup>5</sup>. Suas manifestações podem se iniciar na infância ou adolescência, perdurando por toda a vida. A prevalência de enxaqueca é estimada em 15% da população, sendo mais comum em mulheres (14-20%) do que em homens (4-10%)<sup>2,4</sup>.

A migrânea é caracterizada por crises de cefaléias recorrentes, podendo ser desencadeadas por diferentes fatores. Em geral, são uni ou bilaterais, de caráter latejante/pulsátil, moderada a forte intensidade, piorando com as atividades habituais, precedida ou não por sintomas neurológicos focais (aura enxaquecosa), e associadas, geralmente, a náuseas, vômitos, foto e fonofobia. A cefaléia dura de 4 a 72 horas<sup>6</sup>. A migrânea sem aura é a mais comum, estando presente em mais de 80% dos pacientes<sup>2</sup>.

A enxaqueca não tem ainda sua etiopatologia totalmente conhecida. Sabe-se que está associada a alterações do sistema nervoso e ativação do sistema trigÊMino-vascular, que podem levar a ataques intermitentes e incapacitantes de cefaléia intensa ou moderada, com sintomas associados e características próprias<sup>4,5,7</sup>. Vários estudos sugerem uma base genética para esse tipo de cefaléia, considerando que a maioria dos pacientes apresentam história familiar de enxaqueca<sup>4,7</sup>.

O propósito deste estudo epidemiológico foi avaliar a prevalência da enxaqueca em uma amostra da população de Maceió, destacando suas características clínicas e epidemiológicas.

## MÉTODOS

A pesquisa foi realizada durante o período de março a junho de 2007 na cidade de Maceió – AL, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Uncisal (Protocolo nº 508), tendo como base a aplicação de um questionário formulado a partir dos critérios da Sociedade Internacional de Cefaléia (International Headache Society – IHS). Foram entrevistados 630 indivíduos (0,1% da população acima de 18 anos) de ambos os sexos, residentes nos 50 bairros de Maceió, sendo selecionados para o estudo 75 indivíduos que preencheram os critérios para diagnóstico de enxaqueca.

Para seleção dos entrevistados foi identificada a rua principal de cada bairro (baseado em critérios da Prefeitura Municipal de Maceió). Em seguida, foi sorteada uma casa nesta rua. A partir desta casa, foi escolhida a décima casa em seqüência, dobrando-se à direita e à esquerda de forma alternada. Nas casas sorteadas foram convidados a participarem da pesquisa indivíduos de ambos os sexos alternadamente, sendo os estratos etários preenchidos seqüencialmente. Na ausência do indivíduo selecionado no momento da entrevista foi agendada uma nova visita.

Para esse diagnóstico foram utilizados os seguintes critérios: presença de cefaléia com, no mínimo, cinco ataques, com duração média de 4 a 72 horas (não tratadas ou tratadas sem sucesso), com pelo menos duas das seguintes características: localização unilateral, tipo pulsátil, de moderada ou forte intensidade e agravada por atividade física habitual. Durante a dor, pelo menos um dos sintomas deveriam estar presentes: náuseas e/ou vômitos, fotofobia e fonofobia.

Uma vez selecionado cada indivíduo, foram explicados os objetivos e os procedimentos da pesquisa e solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

As variáveis avaliadas foram: caráter da cefaléia, sexo, idade, profissão, escolaridade, estado civil e renda familiar *per capita*. Além disso, foram colhidos dados complementares acerca de: frequência (todos os dias, várias vezes por semana, menos de uma vez por semana e raramente - uma vez por mês ou menos) e intensidade da dor (fraca - dor que não interfere nas atividades da vida cotidiana, moderada - dor que não impede, mas interfere com as atividades e forte - dor que impede as atividades), fatores desencadeantes e/ou agravantes, sintomas premonitórios, sintomas concomitantes, fatores de alívio, procura de atendimento médico, uso de medicação e história familiar de cefaléia.

Foram aplicadas técnicas de estatística descritiva e os dados apresentados em tabelas. O teste estatístico utilizado foi o qui-quadrado, para verificar a existência de associações entre as variáveis secundárias com a variável primária. Foi estabelecido um nível de significância de 0,05.

## RESULTADOS

Dos 630 entrevistados, foram selecionados 75 (11,9%) pacientes que preencheram os critérios para diagnóstico de enxaqueca (119 casos para cada 1.000 habitantes). Destes, 68 (90,7%) pertenciam ao gênero feminino e 7 (9,3%), ao gênero masculino.

Trinta e sete pessoas (49,3%) estavam na faixa etária de 18 a 29 anos, 12 (16%) de 30 a 39 anos; 20 (26,7%) de 40 a 49; 3 (4%) de 50 a 59 e 3 (4%) de 60 anos ou mais. No tocante ao grau de instrução, 5 (6,7%) eram analfabetos; 26 (34,6%) possuíam primeiro grau completo/incompleto; 32 (42,7%) segundo grau completo/incompleto e 12 (16%) cursavam ou haviam completado o ensino superior.

Em relação ao estado civil, 45 (60%) eram casados; 23 (30,6%) solteiros; 5 (6,7%) separados e 2 (2,7%) viúvos. Quanto à renda familiar *per capita*, 45 (60%) recebiam menos de um salário mínimo; 17 (22,6%) de 1 a 2 salários; 5 (6,6%) de 3 a 4 salários; 4 (5,4%) cinco salários ou mais e 4 (5,4%) não souberam ou não quiseram informar. Foram colhidos dados referentes às profissões, porém considerados irrelevantes em face da grande variedade de categorias funcionais terem sido registradas havendo representantes de, praticamente, todas as profissões existentes.

Foi encontrada prevalência de enxaqueca de 193 casos para cada 1.000 mulheres no sexo feminino e 29 casos para cada 1.000 homens. Além disso, a enxaqueca foi mais prevalente naqueles entre 18 a 29 anos (174 casos para 1.000;  $p < 0,05$ ), entre os analfabetos (192 casos para cada 1.000;  $p < 0,05$ ), casados (164 casos para cada 1.000;  $p < 0,05$ ) e entre os indivíduos com renda familiar *per capita* inferior a um salário mínimo (186 casos para cada 1.000;  $p < 0,05$ ).

A maioria dos indivíduos relatou vários episódios de cefaléia por semana (44%). Em relação ao caráter da dor 54,7% referiram dor pulsátil/latejante, 13,3% tipo pressão, 9,3% em pontada, 6,7% constante, 2,7% outros e 3,3% mais de um tipo de dor. Todos os pacientes referiram que a dor era de moderada (56%) ou forte (44%) intensidade.

Sintomas premonitórios foram mencionados por 29,3% dos pacientes, sendo a vertigem e os flashes de luzes os mais freqüentes (21,3%), como mostra a Tabela 1. Além disso, 95,3% dos pacientes com enxaqueca informaram sintomas concomitantes à dor, sendo os mais freqüentes: náuseas e/ou vômitos (85,3%), fonofobia (65,3%), osmofobia (56%) e fotofobia (49,3%), como apresentado na Tabela 2.

Tabela 1. Sintomas premonitórios□

Sintomas Premonitórios	N (%)
Vertigem	16 (21,3%)
Flashes de luz	16 (21,3%)
Dor fraca inicial	9 (12%)
Borramento visual	8 (10,7%)
Fotofobia	6 (8%)
Fonofobia	6 (8%)
Diplopia	1 (1,3%)
Outros	12 (16%)
<b>Nenhum</b>	<b>53 (70,7%)</b>

Tabela 2. Sintomas concomitantes

Sintomas concomitantes	N (%)
Náuseas	64 (85,3%)
Fonofobia	49 (65,3%)
Osmofobia	42 (56%)
Fotofobia	37 (49,3%)
Lacrimejamento	28 (37,3%)
Outros	28 (37,3%)
Ptose	14 (18,7%)
Coriza	10 (13,3%)
Hemianopsia	3 (4%)
Disfasia	2 (2,3%)
<b>Diplopia</b>	<b>2 (2,7%)</b>

Ao serem questionados quanto à presença de fatores desencadeantes/agravantes, a maioria dos indivíduos relatou mais de um fator, sendo o principal o estresse (85,3%), seguido pela alterações no sono (56%) e menstruação (50,7%), como mostra a Tabela 3. História familiar de cefaléia esteve presente em 79% dos indivíduos.

Tabela 3. Fatores desencadeantes e/ou agravantes□

Fatores desencadeantes e/ou agravantes	N(%)
Estresse	64 (85,3%)
Mudanças de horários de sono	42 (56%)
Problemas hormonais e menstruação	38 (50,7%)
Atraso na ingestão de alimentos	33 (44%)
Problemas visuais	24 (32%)
Alimentos da dieta / Bebidas	23 (30,7%)
Alergia	17 (22,7%)
Atividades físicas	14 (18,7%)
Posições viciosas do pescoço	12 (16%)
Desconhecido	2 (2,7%)
<b>Outros</b>	<b>10 (13,3%)</b>

Dentre as medidas referidas, o uso de medicação foi a mais eficaz para alívio da dor (96%), seguido pelo sono (44%) e repouso (37,3%). A medicação foi utilizada por 97,3% dos entrevistados, sendo a dipirona a droga mais referida, mencionada por 69,3% dos usuários. Outras medicações usadas foram: paracetamol (37,3%), ácido acetilsalicílico (6,7%), derivados do ergot (6,7%) e outros (13,3%).

A procura por atendimento médico aconteceu em 43,7% dos casos. Em 65,7% das consultas realizadas houve a solicitação de exames complementares, sendo o eletroencefalograma (EEG) e a tomografia computadorizada de crânio os exames mais solicitados (47,8%). O raio-x de crânio foi mencionado em 30,4%. A ressonância nuclear magnética de crânio não foi solicitada.

## DISCUSSÃO

Nosso estudo, realizado na cidade de Maceió-AL, mostrou uma prevalência de enxaqueca de 11,9%, dados concordantes com os relatados na literatura por Khymchantowski & Moreira<sup>4</sup> (1999) e Rasmussen<sup>8</sup> (1995), que referem prevalência de

12% e 15%, respectivamente. Numa unidade hospitalar do Paraná, Zétola<sup>9</sup> (1998) encontrou uma prevalência de 65,5% entre os indivíduos com história de cefaléia crônica.

Como muito bem documentado na literatura, a prevalência de enxaqueca é mais alta entre as mulheres<sup>6,7,10</sup>, tendo nosso estudo encontrado uma prevalência de 19,3% no sexo feminino e 2,9% no sexo masculino. Em estudo populacional realizado por D'Alessandro<sup>11</sup> (1988) foi descrita prevalência de 9,3% e 18% para homens e mulheres, respectivamente. Rasmussen<sup>12</sup> (1991), por sua vez, relatou prevalência de 6% e 15% para homens e mulheres, respectivamente. Parte dessa predominância se condiciona a eventual influência hormonal<sup>13,14</sup>.

A prevalência de enxaqueca foi maior entre os adultos jovens, sobretudo na faixa mais produtiva para o trabalho, sendo baixa a prevalência em indivíduos acima de 50 anos de idade. Muitos estudos demonstram o decréscimo da enxaqueca em ambos os sexos com a idade. Sua existência tende a crescer a partir dos 14 anos, atinge o seu pico em torno dos 20 a 25 anos, e assim fica até os 40, e por essa faixa etária tende a decrescer lentamente, apesar de existir algumas impressões divergentes sobre esse real decréscimo<sup>3,15</sup>. No entanto, em estudo realizado por Queiroz<sup>16</sup> (1998), a média de início da enxaqueca foi 22,3 anos, com pico de início entre 10 e 19 anos, tendo somente 9% dos indivíduos desenvolvido enxaqueca após idade de 49 anos.

Muitos estudos têm mostrado uma prevalência de enxaqueca uniforme entre diferentes grupos sócio-econômicos e níveis educacionais<sup>17,18</sup>. No entanto, em recentes levantamentos um risco aumentado tem sido encontrado nos grupos de baixa renda<sup>8,15,19</sup>, dado concordante com o encontrado em nosso estudo, o qual demonstrou maior prevalência no grupo com renda familiar *per capita* inferior a um salário mínimo. Além disso, encontramos maior freqüência de cefaléia nos analfabetos, o que pode estar relacionado com o provável baixo nível sócio-econômico desses indivíduos.

Apesar de na literatura não se demonstrar associações com o estado civil<sup>17,18</sup>, não se deve desconsiderar os problemas e responsabilidades advindos com a vida conjugal como possível fator associado, o que pode estar relacionado com a predominância da enxaqueca entre os casados encontrada neste estudo.

As características da enxaqueca observadas na amostra estudada estão de acordo com o que é descrito na literatura, tendo a maioria dos enxaquecosos apresentado dor do tipo latejante/pulsátil e de moderada a forte intensidade, como enfatizado por Queiroz<sup>16</sup>(1998), Zétola<sup>9</sup> (1998) e Pahim<sup>20</sup>.

Como relatado na literatura, cerca de 80% dos pacientes apresentam a enxaqueca sem aura<sup>2,6</sup>. Dos indivíduos estudados, 70,7% não referiram qualquer sintoma prévio ao episódio enxaquecoso. Em relação aos sintomas concomitantes, as náuseas/vômitos foram os mais referidos (85,3%), resultados semelhantes aos descritos por Queiroz<sup>16</sup> (1998) e Zétola<sup>9</sup> (1998); 91% e 80%, respectivamente.

Em trabalho realizado por Lerusalimschy<sup>21</sup> (2002), encontrou-se como principal fator desencadeante da enxaqueca o estresse mental, assim como no estudo de Zétola *et al*<sup>9</sup> (1998), resultados semelhantes ao do nosso levantamento. Fatores ambientais, como o estresse, atuam como "gatilhos" nas principais formas de cefaléia, como a enxaqueca<sup>22,23,24</sup>.

Como referido por Zétola *et al*<sup>9</sup> (1998), em estudo da incidência de cefaléia em uma comunidade hospitalar, o uso da medicação foi o principal fator relatado para alívio da dor, dado equivalente ao encontrado em nosso estudo, que revelou ainda a dipirona como analgésico mais utilizado. No estudo realizado por Domingues *et al*<sup>10</sup> (2004), a maioria dos entrevistados declarou o uso de drogas analgésicas, sendo também a dipirona o analgésico isolado mais referido. A fonte mais comum de prescrição era a auto-medicação, fato estimulado pela disponibilidade de analgésicos que podem ser facilmente comprados sem prescrição médica em qualquer região do país. Em

trabalho realizado numa cidade do sul do Brasil, Vilarino *et al*<sup>19</sup> (1988), encontrou a cefaléia como a principal queixa entre as pessoas que se automedicam.

A procura por atendimento médico foi baixa, embora a enxaqueca seja uma causa conhecida de incapacidade temporária<sup>22,23</sup>. Segundo Rasmussen<sup>8</sup> (1995), 44% das pessoas com cefaléia não visitam qualquer médico. Até mesmo Zétola *et al*<sup>9</sup> (1998) que realizou estudo dentro de uma comunidade hospitalar, onde há facilidade de acesso a consultas e exames complementares, encontrou pouca procura por acompanhamento médico, não se verificando abuso na solicitação de exames de alto custo como a tomografia computadorizada de crânio, embora o EEG tenha sido solicitado em demasia em sua investigação.

A base genética das cefaléias é valorizada principalmente entre os enxaquecosos<sup>10</sup>. Estudos mostram que mais de 70% dos pacientes têm um familiar direto acometido<sup>6</sup>. Zétola<sup>9</sup> (1998), relata história familiar presente em 76% de sua amostra. Foi encontrado em nosso trabalho um alto índice de história familiar de cefaléia (79%), o que corrobora os dados da literatura.

Com estes resultados, esperamos estimular autoridades da saúde a investir em medidas preventivas, diagnósticas e terapêuticas, reduzindo significativamente o impacto desta afecção, além de produzir benefícios significativos para a coletividade.

## REFERÊNCIAS

- Galdino GS, Albuquerque TIP, Medeiros JLA. Cefaléias primárias: abordagem diagnóstica por médicos não-neurologistas. *Arq Neuropsiquiatr.* 2007; 65:681-684.
- Krymchantowski AV, Silva Jr AA. Cefaléias primárias. *Rev Bras Med.* 2005; 62(12): 134-151.
- Nobre ME. Cefaléia em salvas. São Paulo: Lemos Editorial; 2006:25-29.
- Krymchantowski AV, Moreira Filho PF. Atualização no tratamento profilático das enxaquecas. *Arq Neuropsiquiatr.* 1999; 57:513-519.
- Zukerman E, Fernando M, Peres MFP, Kaup AO. Enxaqueca. *Rev Bras Med.* 1999; 56(12): 83-90.
- Speciali JG. Cefaléias. *Rev Bras Med.* 2006; 63(12):6-18.
- Carvalho DS. Cefaléias. *Rev Bras Med.* 2003; 60(5):238-260.
- Rasmussen BK. Epidemiology of Headache. *Cephalalgia.* 1995 15:45-68.
- Zétola VHF, Nóvak EM, Branco ALBOS, Sato BK, Nita CS, Bubna MH *et al.* Incidência de cefaléia em uma comunidade hospitalar. *Arq Neuropsiquiatr.* 1998; 56(3-B):559-564.
- Domingues RB, Kuster GW, Dutra LA, Jasper GS. Headache epidemiology in Vitória, Espírito Santo. *Arq Neuropsiquiatr.* 2004; 62(3-A): 588-591.
- D'Alessandro R *et al.* Epidemiology of headache in the Republic of San Marino. *J. Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1988, 51:21-27.
- Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M, Olesen J. Epidemiology of headache in a general population: a prevalence study. *J Clin Epidemiol.* 1991; 44:1147-57.
- Goldstein M, Chen TC. The epidemiology of disabling headache. *Adv in Neurol.* 1982; 33:377-390.
- Ziegler DK. Headache: Public health problem. *Neurologic Clinics.* 1990; 8(4):781-791.
- Pryse-Philips W, Findlay H, Tugwell P, Edmeads J, Murray TJ, Nelson RF. A Canadian population survey on the clinical, epidemiologic and societal impact of migraine and tension-type headache. *Can J Neurol Sci.* 1992; 19:333-339.

16. Queiroz LP, Rapoport AM, Sheftell FD. Características clínicas da enxaqueca sem aura. *Arq Neuropsiquiatr*. 1998; 56:78-82.
17. Mitsikostas DD, Tsaklakidou D, Athanasiadis N, Thomas A. The prevalence of headache in Greece: correlations to latitude and climatological factors. *Headache*. 1996; 36:168-173.
18. Rasmussen BK. Migraine and tension-type headache in a general population: psychosocial factors. *Int J Epid*. 1992; 21(6):1138-43.
19. Vilarino JF, Soares JC, Silveira CM, Rodel AP, Bortoli R, Lemos RR. Self medication profile in a city of South Brazil. *Rv Saúde Publica*. 1988; 32:43-9.
20. Pahim LS, Menezes AMB, Lima R. Prevalência e fatores associados à enxaqueca na população adulta de Pelotas, RS. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(4):692-8.
21. Lerusalimschy R, Moreira Filho PF. Fatores desencadeantes de crises de migrânea em pacientes com migrânea sem aura. *Arq Neuropsiquiatr*. 2002; 60:609-613.
22. Antonov K, Isacson D. Headache in Sweden: the importance of working conditions. *Headache*. 1997; 37:228-234.
23. Edmeads J, Findlay H, Tugwell P, Pryse-Phillips W, Nelson RF, Murray TJ. Impact of migraine and tension-type headache on life-style, consulting behavior and medication use: a Canadian population survey. *Can J Neurol Sci*. 1993; 20:131-137.
24. Robbins L. Precipitating factors in migraine: a retrospective review of 494 patients. *Headache*. 1994; 34:214-216.

