CORRELAÇÃO ENTRE ENXAQUECA E ESTILO DE VIDA EM UNIVERSITÁRIOS: ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO

Correlation between migraine and lifestyle in university: Epidemiological study

RESUMO: Introdução: A enxaqueca pode ser considerada uma cefaleia primária, destacando a dor como fator principal. O estilo de vida inadequado e a diminuição da qualidade de vida associados à presença de cefaleias prejudicam o desempenho de estudantes, trabalhadores e também na concretização de atividades diárias. Objetivo: Correlacionar a enxaqueca e o estilo de vida de universitários. **Métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico, analítico e quantitativo, com universitários de uma instituição privada de ensino superior. A amostra foi composta por 229 universitários, que foram submetidos ao Autoquestionário Alcoi-95 e ao Questionário Estilo de Vida Fantástico, para avaliação da enxaqueca e estilo de vida, respectivamente. Neste estudo foi adotado um nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$). **Resultados:** Participaram do estudo 198 (86,5%) mulheres e 31 (13,5%) homens com média de idade de 20,74 ($\pm 3,47$). Foram 196 (85,59%) casos de enxaqueca, sendo que o estilo de vida mostrou-se significativamente pior nos indivíduos que apresentavam enxaqueca com aura ($p=0,03$). A qualidade do sono, o sentimento de raiva, e a hostilidade e estresse mostraram-se fortemente relacionados com a presença de enxaqueca, com valores de p 0,008, 0,05 e 0,08; respectivamente. **Conclusão:** A prevalência de enxaqueca nos voluntários foi elevada e afetou especialmente o sexo feminino. A enxaqueca, sobretudo a com aura, obteve relação direta importante com o déficit na qualidade do sono, sentimento de raiva e hostilidade e dificuldade de lidar com o estresse. **Palavras-chave:** Transtornos de enxaqueca. Enxaqueca com aura. Enxaqueca sem aura. Estilo de vida. Cefaleia.

ABSTRACT: Introduction: The migraine can be considered a primary headache, emphasising the pain as a main factor. The inadequate lifestyle and the life quality reduction associated with the headaches harm the performance of the students, workers, and in the execution of daily activities. Objective: Correlate the headaches and the undergraduate student's lifestyle. **Methods:** It is a study epidemiological, analytical and quantitative, with undergraduate students from a private undergraduate institution. The sample included 229 students, who were submitted to the self questionnaire Alcoi-95, and the questionnaire Fantastic Lifestyle, for the evaluation of migraine and lifestyle, respectively. In this study, the meaningfulness level was set to 5% ($p \leq 0.05$). **Results:** 198 (86,5%) women and 31 (13,5%) man participated on the study with an average age of 20,74 ($\pm 3,47$) years old. 196 (85,59%) migraine cases were found, besides the fact of the lifestyle being significantly worse on the individuals who exhibit a migraine with aura ($p=0,03$). The sleep deficit, anger, and hostility feelings and stress had a high affinity with the presence of migraine, with value p 0,008, 0,05 and 0,08, respectively. **Conclusion:** The prevalence of migraine in the volunteers was high, and it affected notably the female group. The migraine, mostly the migraine with aura, had an important and direct relation with the sleep deficit, anger and hostility feelings, and low stress control.

Keywords: Migraine disorders. Migraine with aura. Migraine without aura. Lifestyle. Headache.

Adroaldo José Casa Junior ¹
Ághata Tereza Silveira ²

- 1- Doutorando e Mestre em Ciências da Saúde, Docente do Curso de Fisioterapia da Escola de Ciências Sociais e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás
- 2- Discente do Curso de Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás

E-mail: adroaldocasa@gmail.com

Recebido em: 16/08/2018
Revisado em: 22/09/2018
Aceito em: 27/10/2018

INTRODUÇÃO

O estilo de vida reflete o conjunto de decisões individuais, compreendendo características próprias, que definem uma forma de viver baseada em comportamentos pessoais, sociais e ambientais¹. É visto como uma dimensão da qualidade de vida, portanto, para preservá-lo longe de fatores de risco deve-se prevenir o desenvolvimento de problemas relacionados à saúde, conservando assim as porções saudáveis e independentes da vida².

O estilo de vida inadequado e a diminuição da qualidade de vida associados à presença de cefaleias prejudicam o desempenho de estudantes, trabalhadores e também na concretização de atividades diárias, além de desencadear o aparecimento de sentimentos negativos como tristeza, ansiedade ou raiva³. A prevalência anual da cefaleia é de 70% a 90%⁴, afetando milhões de pessoas em todo o mundo e ocasionando consequências para os indivíduos e a sociedade, como redução da qualidade de vida, absenteísmo e aumento dos custos relacionados com a doença⁵.

As cefaleias são consideradas dores referidas na superfície da cabeça do tipo latejante e/ou em pressão, em aperto e/ou em pontadas e/ou pulsátil, de intensidade leve a moderada, geradas a partir de estruturas profundas, resultantes de estímulos dolorosos que surgem dentro do crânio, mas que resultam de uma dor originada fora dele, ocasionadas por uma excitação direta ou reflexa de algum nervo sensitivo da cabeça⁶.

A cefaleia assume características clínicas, genéticas e fisiopatológicas, podendo

serem divididas em primárias e secundárias⁷. A cefaleia primária pode ser considerada crônica de apresentação episódica ou contínua e de caráter disfuncional, ou seja, sem participação de processos estruturais em sua etiologia. Os tipos mais comumente encontrados são a *Cefaleia em salvas*, *Enxaqueca ou migrânea*; *Cefaleia crônica diária (CCD)* e *Cefaleia tensional (CTT)*⁸⁻¹¹. A cefaleia secundária é consequência de agressões ao organismo de ordem geral ou neurológica, por exemplo, associadas às disfunções sistêmicas, endócrinas, intoxicações, hemorragias cerebrais, encefalites ou lesões no Sistema Nervoso Central (SNC), que podem ser demonstradas por exames clínicos¹².

A enxaqueca é uma doença neurológica de etiologia multifatorial que pode se iniciar na infância e perpetuar-se até a velhice, acometendo mais mulheres do que homens, numa razão de 5:2. Sua prevalência é alta com valores que variam de 12% a 15%, proporcionando um impacto significativo na qualidade e estilo de vida desses indivíduos¹³. Caracterizada por dores de cabeça recorrentes que podem ser unilaterais ou bilaterais, sendo a maioria das vezes de caráter pulsátil com uma intensidade moderada a intensa, podendo ser acompanhada de sintomas neurológicos focais, chamados de aura⁹.

Segundo a Sociedade Internacional de Cefaleia (SIC) a enxaqueca pode ser considerada uma cefaleia primária, destacando a dor como fator principal. Sua origem ainda não foi completamente esclarecida, porém é evidenciado que 60% a 80% dos casos são de natureza genética, podendo acarretar além do sofrimento

individual, prejuízos sociais e econômicos ligados tanto à atenção médica e medicamentos, como redução de produtividade¹⁴.

A enxaqueca pode ser *sem aura*, caracterizada por enxaqueca comum, com crises durando de 4 a 72 horas, geralmente com dor hemicraniana ou bilateral, pulsátil, moderada ou severa, com associação de sintomas como, náuseas e vômitos, podendo a atividade física agravar essa situação¹⁵, e *com aura*, com sintomas neurológicos focais transitórios e disfunções no córtex cerebral, desenvolvendo-se de forma gradual de 5 a 20 minutos, podendo durar até 60 minutos. Luzes tremulantes, manchas, perda de visão, formigamento e dormência são outros sintomas possíveis¹⁶.

Apesar dos fortes indícios e constante relato dos migranosos acerca da influência mútua da enxaqueca e estilo de vida, há poucos estudos que objetivam analisar a real associação entre estas variáveis, sendo essencial tal entendimento para uma abordagem completa sobre suas causas e consequências, favorecendo a aplicação de intervenções preventivas e terapêuticas.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi correlacionar a enxaqueca e o estilo de vida de universitários.

METODOLOGIA

O trabalho foi realizado conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), sob número 023543/2015. Trata-se de um estudo epidemiológico, analítico

e quantitativo, cuja coleta de dados foi realizada em 2016, com universitários da PUC Goiás.

A amostra foi composta por 229 universitários, sendo incluídos homens e mulheres com idade igual ou superior a 18 anos e matriculados nos cursos de Fisioterapia, Nutrição ou Enfermagem da PUC Goiás. Não foram integrados ao estudo pessoas que não apresentavam disponibilidade ou que não preencheram adequadamente os instrumentos de coleta.

Na presente pesquisa, foram utilizados os seguintes instrumentos de coleta:

- O Autoquestionário Alcoi-95 foi validado cientificamente na Universidade Peruana Cayetano Heredia na cidade de Lima, Peru no ano de 2003¹⁷. É composto por questões objetivas de fácil compreensão que tem por finalidade captar informações pessoais e a respeito da enxaqueca. O questionário contém dados pessoais e questões relacionadas a enxaqueca como, aspectos genéticos, presença de dor de cabeça, frequência, intensidade, entre outros, obedecendo a critérios de avaliação da Sociedade Internacional de Cefaleia. O diagnóstico de enxaqueca e seu subtipo são estabelecidos a partir do confronto das respostas dos pacientes ao questionário com os critérios de diagnóstico da doença desenvolvidos pela Sociedade Internacional de Cefaleia¹⁷.

- O questionário Estilo de Vida Fantástico foi desenvolvido no Departamento de Medicina Familiar da Universidade McMaster no Canadá, sendo composto por 25 questões divididas em: família e amigos; atividade física; nutrição; cigarro e drogas; álcool; sono, cinto de

segurança, estresse e sexo seguro; tipo de comportamento; introspecção e trabalho. Este questionário foi validado para a língua portuguesa brasileira por Anes, Reis e Petroski¹⁸, mostrando-se uma ferramenta útil e confiável para a avaliação do estilo de vida de adultos jovens, sendo recomendada então a utilização do questionário na atenção primária e em estudos epidemiológicos. As questões estão dispostas na Escala Likert, sendo que 23 têm 5 alternativas de resposta e duas são dicotômicas. A análise pode ser feita individualmente, por questão, ou na somatória das questões. A soma de todos os pontos permite atingir um escore total que classifica o indivíduo em 5 categorias, que são: "Excelente", "Muito bom", "Bom", "Regular" e "Necessita melhorar"¹⁸.

Os participantes do estudo foram recrutados nos intervalos das aulas na Instituição de ensino superior citada, informados sobre a pesquisa e, ao concordarem em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo submetidos ao Autoquestionário Alcoi-95 para enxaqueca e Questionário Estilo de Vida Fantástico.

Os dados coletados foram tabulados em uma planilha com a utilização do software Excel (2013) e posteriormente analisados com o auxílio do *Statistical Package of Social Sciences* (SPSS), versão 23.0. Os dados sociodemográficos foram apresentados em forma de estatística descritiva (mediana, média, desvio padrão, mínima, máxima e frequência).

Para as variáveis quantitativas referentes aos dados sociodemográficos e do estilo de vida foi aplicado o teste de Kolmogorov-Smirnov

que constatou que os dados não apresentavam distribuição normal, a partir daí foram aplicados testes estatísticos não paramétricos.

O teste do Qui-quadrado (χ^2) foi utilizado para verificar se houve diferenças significativas entre as frequências dos diferentes tipos de enxaqueca com diferentes itens e classificação geral do estilo de vida. Após o χ^2 foi utilizado o teste de múltiplas comparações (*PostHoc*) conforme proposto por Beasley e Randall¹⁹. A comparação das pontuações do estilo de vida entre os diferentes tipos de enxaqueca foi realizada com base no teste não paramétrico de Kruskal-Wallis. Foi também realizada a correlação de Spearman entre a pontuação do estilo de vida com as variáveis sociodemográficas. Em todas as análises estatísticas foi adotado um nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

RESULTADOS

Participaram do estudo 229 voluntários, sendo que 196 (85,59%) possuíam algum dos tipos de enxaqueca e 33 (14,41%) não possuíam nenhum tipo, destes, 160 (81,64%) apresentavam enxaqueca sem aura e 36 (18,36%) com aura. A maior parte dos voluntários foram mulheres 198 (86,5%) e 31 (13,5%) homens, com média de idade de 20,74 ($\pm 3,47$).

A tabela 1 mostra a distribuição de dados antropométricos, sócio demográficos, relacionados ao curso de graduação, ingestão de medicamentos e história de enxaqueca na família dos voluntários do estudo.

Tabela 1. Distribuição dos dados antropométricos, sócio demográficos, relacionados ao curso de graduação, ingestão de medicamentos e história de enxaqueca na família dos participantes. Goiânia (Brasil), n=229, 2016.

Variáveis independentes	Tipo de enxaqueca n (%)			Total	p*
	Com aura	Sem aura	Não possui		
Sexo					
Feminino	34 (94,4)	139 (86,9)	25 (75,8)	198 (86,5)	0,07
Masculino	2 (5,6)	21 (13,1)	8 (24,2)	31 (13,5)	
Idade					
≤ 20 anos	25 (69,4)	97 (60,6)	21 (63,6)	143 (62,4)	0,60
> 20 anos	11 (30,6)	63 (39,4)	12 (36,4)	86 (37,6)	
Peso					
≤ 61kg	21 (58,3)	90 (56,3)	21 (63,6)	132 (57,6)	0,73
> 61kg	15 (41,7)	70 (43,8)	12 (36,4)	97 (42,4)	
Altura					
≤ 1.65	16 (44,4)	73 (45,6)	10 (30,3)	99 (43,2)	0,26
> 1.65	20 (55,6)	87 (54,4)	23 (69,7)	130 (56,8)	
IMC					
Abaixo do peso	19 (52,8)	83 (51,9)	15 (45,5)	117 (51,1)	0,81
Normal	13 (36,1)	61 (38,1)	16 (48,5)	90 (39,3)	
Acima do peso	4 (11,1)	16 (10,0)	2 (6,1)	22 (9,6)	
Curso					
Enfermagem	12 (33,3)	44 (27,5)	7 (21,2)	63 (27,5)	0,85
Fisioterapia	18 (50,0)	84 (52,5)	19 (57,6)	121 (52,8)	
Nutrição	6 (16,7)	32 (20,0)	7 (21,2)	45 (19,7)	
Período					
≤ 2°	19 (52,8)	90 (56,3)	17 (51,5)	126 (55,0)	0,98
3° a 6°	9 (25,0)	35 (21,9)	8 (24,2)	52 (22,7)	
7° a 9°	8 (22,2)	35 (21,9)	8 (24,2)	51 (22,3)	
Medicamento					
Não	19 (52,8)	107 (66,9)	25 (75,8)	151 (65,9)	0,27
Sim	17 (47,2)	53 (33,1)	8 (24,2)	78 (34,1)	
Histórico familiar de enxaqueca					
Não	14 (38,0)	68 (42,5)	20 (60,6)	102 (44,5)	0,12
Sim	22 (61,1)	92 (57,5)	13 (39,4)	127 (55,5)	

*Qui-quadrado

A tabela 2 apresenta informações sobre a pontuação do estilo de vida nos voluntários que apresentavam enxaqueca com aura, sem aura e os que não apresentavam tal distúrbio.

A tabela 3 descreve a correlação da enxaqueca, em seus tipos, com a qualidade do

sono, demonstrando que na enxaqueca com aura a qualidade do sono está significativamente reduzida ($p=0,008$), em relação aos participantes sem enxaqueca ou com enxaqueca sem aura.

Tabela 2. Comparação da pontuação do estilo de vida entre os voluntários que apresentavam enxaqueca com aura, sem aura e os que não apresentavam. Goiânia (Brasil), n=229, 2016.

	Mediana	Mínimo
	61,00	46,00
	66,00	40,00
	67,00	39,00

*Kruskal-Wallis

Letras diferentes (a, b) indicam que os grupos se mostraram significativamente diferentes nas médias. Letras iguais (b, b) indicam que não houve diferença estatisticamente significativa nas médias dos grupos.

Tabela 3. Comparação entre as médias dos tipos de enxaqueca e qualidade do sono. Goiânia (Brasil), n=229, 2016.

Dorme bem e se sente descansado	Tipo de enxaqueca n (%)			Total	p*
	Com Aura	Sem Aura	Não possui		
Com relativa frequência	6 (16,7) _a	33 (20,6) _a	12 (36,4) _a	51 (22,3)	0,008
Algumas vezes	11 (30,6) _a	62 (38,8) _a	2 (6,1) _b	75 (32,8)	
Quase sempre	4 (11,1) _a	29 (18,1) _a	9 (27,3) _a	42 (18,3)	
Raramente	6 (16,7) _a	18 (11,3) _a	6 (18,2) _a	30 (13,1)	
Quase nunca	9 (25,0) _a	18 (11,3) _b	4 (12,1) _{a,b}	31 (13,5)	

*Qui-quadrado

Letras diferentes (a, b) indicam que os grupos se mostraram significativamente diferentes nas respostas. Letras iguais (a, a ou b, b) indicam que não houve diferença estatisticamente significativa nas respostas dos grupos.

As tabelas 4 e 5 descrevem a correlação da enxaqueca, em seus tipos, com o sentimento de raiva e hostilidade e a capacidade de lidar com o estresse. Observa-se que os participantes

com enxaqueca com ou sem aura mostraram-se com maior sentimento de raiva e hostilidade, bem como, com menor capacidade para lidar com o estresse.

Tabela 4. Comparação entre as médias dos tipos de enxaqueca com o sentimento de raiva e hostilidade. Goiânia (Brasil), n=229, 2016.

Sentir-se com raiva e hostil	Tipo de enxaqueca n (%)			Total	p*
	Com Aura	Sem Aura	Não possui		
Quase sempre	5 (13,9) _a	14 (8,8) _a	4 (12,1) _a	23 (10,0)	
Com relativa frequência	15 (41,7) _a	43 (26,9) _a	6 (18,2) _b	64 (27,9)	
Algumas vezes	12 (33,3) _a	49 (30,6) _a	15 (45,5) _a	76 (33,2)	0,05
Raramente	2 (5,6) _a	27 (16,9) _b	1 (3,0) _a	30 (13,1)	
Quase nunca	2 (5,6) _a	27 (16,9) _a	7 (21,2) _a	36 (15,7)	

*Qui-quadrado

Letras diferentes (a, b) indicam que os grupos se mostraram significativamente diferentes nas respostas. Letras iguais (a, a ou b, b) indicam que não houve diferença estatisticamente significativa nas respostas dos grupos.

Tabela 5. Comparação das médias dos tipos de enxaqueca com a capacidade de lidar com estresse. Goiânia (Brasil), n=229, 2016.

Capacidade de lidar com estresse	Tipo de enxaqueca n (%)			Total	p*
	Com Aura	Sem Aura	Não possui		
Quase sempre	4 (11,1) _a	36 (22,5) _a	15 (45,5) _b	55 (24,0)	
Com relativa frequência	8 (22,2) _a	41 (25,6) _a	7 (21,2) _a	56 (24,5)	
Algumas vezes	12 (33,3) _a	51 (31,9) _a	6 (18,2) _a	69 (30,1)	0,08
Raramente	7 (19,4) _a	21 (13,1) _a	4 (12,1) _a	32 (14,0)	
Quase nunca	5 (13,9) _a	11 (6,9) _a	1 (3,0) _a	17 (7,4)	

*Qui-quadrado

Letras diferentes (a, b) indicam que os grupos se mostraram significativamente diferentes nas respostas. Letras iguais (a, a) indicam que não houve diferença estatisticamente significativa nas respostas dos grupos.

DISCUSSÃO

No nosso estudo encontramos alta prevalência de indivíduos com enxaqueca, cerca de 85,59% dos estudados. A prevalência elevada desse acometimento determina

consequências significativas para o bem-estar do indivíduo. Muitas são as hipóteses, mecanismos e causas relacionadas às enxaquecas, tais como alimentos, alergias, vasoespasmos, alterações serotoninérgicas,

desordens plaquetárias, desordens da barreira hemato-encefálica, ou origem psicogênica. Evidências indicam que a enxaqueca é uma doença neurológica que se origina na intimidade do sistema nervoso, com bases genéticas e não é caracterizada pela presença de cefaleia, mas pelo estado de suscetibilidade constante que torna o enxaquecoso permanentemente sujeito a uma crise, mediante fatores desencadeantes²⁰.

No estudo de Andrade *et al.*²¹, que teve como objetivo identificar a prevalência de migrânea entre adultos jovens, mediante inquérito sobre cefaleia e fatores associados, entre estudantes da Faculdade de Medicina de Barbacena em Minas Gerais, onde foi aplicado um questionário padrão em 408 estudantes com os dados analisados de acordo com os critérios da SIC, 90,2% dos entrevistados declararam cefaleia; destes, 8,5% foram classificados como portadores de migrânea. Acreditamos que neste estudo a porcentagem se difere do atual pelos distintos instrumentos de coleta utilizados, além dos tamanhos amostrais.

Os dados do nosso estudo demonstraram que a enxaqueca acomete principalmente o sexo feminino. Durante as diferentes fases do ciclo reprodutivo, a migrânea pode apresentar-se com características peculiares, sendo que o uso de hormônios como contraceptivos pode influenciar na frequência e na intensidade das crises. Observa-se que o início das crises de migrânea se dá no ano que antecede ou que sucede a menarca e se modificam nas diferentes fases do ciclo reprodutivo da mulher, podendo serem reconhecidas como,

exclusivamente menstrual e associada à menstruação²².

Concordando com o resultado encontrado, Melhado, Bigal, Galego, Galdezzani e Queiroz²³, em seu estudo, no qual foram avaliadas 422 estudantes universitárias com o objetivo de classificar cefaleias em relação ao ciclo menstrual e contrastar aspectos relacionados ao ciclo reprodutivo de acordo com o tipo de cefaleia, encontraram que a enxaqueca e outras cefaleias primárias afetam desproporcionalmente as mulheres, com influência de hormônios sexuais, principalmente o estrogênio, ou relacionadas com o ciclo menstrual e ainda ingestão de contraceptivos.

Avaliamos o estilo de vida dos universitários e correlacionamos com a presença de enxaqueca com aura, sem aura e os que não apresentavam tais sintomas. Estatisticamente, constatamos um pior estilo de vida naqueles que apresentavam enxaqueca com aura.

A enxaqueca diminui significativamente a qualidade de vida, não somente durante os ataques como também nas remissões, quando fatores como ansiedade, medo e incerteza contribuem para um gradual afastamento do indivíduo de suas atividades diárias. Os enxaquecosos relatam diminuição do seu desempenho e do bem estar quando comparados com pessoas saudáveis ou com outras moléstias crônicas. Diversos fatores do estilo de vida contribuem para o aparecimento da enxaqueca, como a alimentação inadequada, privação ou excesso de sono, fadiga e medicamentos, bem como, distúrbios emocionais, estresse e depressão¹⁵.

Um estudo de Bolan *et al.*²⁴, com objetivo de verificar a prevalência e o impacto socioeconômico das cefaleias em funcionários de um Hospital, descreve que as consequências causadas pelas cefaleias geram um amplo impacto socioeconômico e são relacionadas quanto a frequência elevada e o caráter crônico, provocando também a perda da produtividade e o absenteísmo dos funcionários, que perdem horas de trabalho, causando prejuízos altos. Investir na identificação e no tratamento apropriado das cefaleias constitui, uma importante medida de redução de custos. As evidências disponíveis indicam que, além do bem-estar individual, o tratamento adequado das cefaleias recidivantes pode produzir benefícios significativos para a coletividade, eliminação da ansiedade, melhora da qualidade de vida e da produtividade e outras desordens afetivas relacionadas à dor crônica.

Robberstad, Dyb, Hagen, Stovner, Holmen e Zwart²⁵, realizaram um estudo com o objetivo de analisar a relação entre enxaqueca e cefaleia tensional com estilo de vida em adolescentes. Foram avaliados 5.847 indivíduos, com questionários voltados a sintomas de dor de cabeça, atividade física, tabagismo e dados antropométricos, sendo divididos em 2 grupos, estilo de vida bom e ruim. O estudo mostrou que fatores como tabagismo frequente, falta de atividade física e sobrepeso estão fortemente relacionados com a dor de cabeça.

Um estudo de Nazari, Safavi e Mahmudi²⁶ analisou a relação entre enxaqueca e estilo de vida em mulheres nas clínicas universitárias do Irã, onde foram avaliadas 170 mulheres. O grupo caso abrangia mulheres com enxaqueca diagnosticada de acordo com os critérios da

SIC e o grupo controle com mulheres sem dor de cabeça cujas condições eram similares ao grupo com enxaqueca. Os resultados mostraram uma relação significativa entre algumas dimensões do estilo de vida com a enxaqueca, tais como hábitos alimentares, descanso, sono e uso de drogas. Mas não houve relações significativas constatadas entre os níveis de tabagismo, exercício ou estresse com enxaqueca. A relação com sono e enxaqueca concorda com o nosso estudo, porém, encontramos resultados diferentes quanto ao estresse e enxaqueca, mostrando que este é um fator desencadeante para crise enxaquecosa.

A qualidade do sono se mostrou significativamente reduzida quando a relacionamos com a enxaqueca. Desordens do sono, como hipersonias e bruxismo podem estar associadas com o aumento da ocorrência de dores de cabeça, sendo que o mecanismo possivelmente esteja relacionado a fragmentação do sono e aumento da atividade muscular, gerando desequilíbrio em todo o sistema de neurotransmissores durante o sono²⁷.

Em um estudo de Ramos, Costa, Mancini, Gomez, Teixeira e Barbosa²⁸, em que foi avaliada a associação do sono, depressão e ansiedade em pacientes com migrânea, no qual foram analisadas cinquenta pacientes do sexo feminino, com o diagnóstico de migrânea segundo os critérios da SIC, obteve-se o resultado que 80% das pacientes avaliadas apresentavam sono ruim e 10% procuraram assistência médica, pelo menos uma vez durante a vida, por causa de problemas relacionados ao sono. O que pode explicar essa relação é uma hiperativação do hipotálamo, centro do controle do ritmo circadiano, durante

a crise de migrânea, sugerindo que o hipotálamo seria importante desencadeador de múltiplos estados de dor.

As tabelas 4 e 5 demonstram que os voluntários do nosso estudo com enxaqueca especialmente com aura apresentaram sintomas de hostilidade, raiva e estresse. O estresse e a dor encontram-se intimamente associados, ele pode aparecer tanto como desencadeador, concorrente para a etiologia da dor ou pode ocorrer em consequência da mesma. Além disso, a relação entre estresse e dor baseia-se na hipótese destes fatores induzirem reações fisiológicas e psicológicas, podendo ainda aumentar, perpetuar ou reduzir a capacidade de enfrentamento à dor do indivíduo²⁹.

Um estudo de Mascella, Vieira, Beda e Lipp³⁰, com finalidade de avaliar o estresse a ansiedade e a depressão em mulheres com dor de cabeça, constatou-se que o estresse emocional é um dos principais fatores desencadeantes da migrânea, sendo considerado o gatilho para o surgimento da mesma, os resultados do estudo mostraram que 100% das mulheres com migrânea apresentaram estresse.

Ierusalimschy e Moreira Filho³¹ avaliaram 100 pessoas com objetivo de realizar um estudo clínico de fatores precipitantes identificáveis de crises de migrânea e de sua distribuição em pacientes com diagnóstico de migrânea sem aura, entre todos os fatores o estresse obteve maior percentual, com 76%. Ambos os estudos citados corroboram com o achados do nosso, em que se demonstrou alta significância entre presença de migrânea e sintomas como raiva, hostilidade e estresse.

Foram encontrados fatores limitantes, como a escassa literatura de estudos voltados ao estilo de vida e a enxaqueca, sendo difícil aprofundar a discussão e comparar os nossos resultados com outros.

CONCLUSÃO

A prevalência de enxaqueca nos voluntários foi elevada e afetou especialmente o sexo feminino. A enxaqueca sem aura foi mais frequente, sendo este dado compatível com a literatura especializada. Não se observou diferença significativa nos escores obtidos no estilo de vida entre universitários com enxaqueca sem aura e sem enxaqueca, mas observamos diferença estatisticamente significativa na comparação desta mesma variável entre indivíduos com aura, sem aura e sem enxaqueca, sendo encontrados valores mais baixos, indicando pior estilo de vida naqueles com aura.

A enxaqueca obteve relação direta importante com o déficit na qualidade do sono, sentimento de raiva e hostilidade e dificuldade de lidar com o estresse. Concluímos ainda, que estas variáveis se correlacionaram, sobretudo, com a enxaqueca com aura.

As cefaleias são consideradas um problema de saúde pública e não dispõem de uma abordagem específica em âmbito nacional, acarretando tratamentos impróprios. Levando em consideração que as complicações desse acometimento causam prejuízos na qualidade de vida dos acometidos, propõe-se a realização de outras

pesquisas para a ampliação e aprofundamento de tal conteúdo, podendo chegar a uma abordagem completa de suas causas, favorecendo assim a aplicação de intervenções no intuito de minimizar seus fatores desencadeantes.

REFERÊNCIAS

- Martins A, Pacheco A, Jesus SN. Estilos de vida de estudantes do ensino superior. *Mudanças- Psicologia da Saúde* 2008; 16(2): 100-5.
- Alves EF, Paixão F. Estilo de vida de estudantes de graduação em enfermagem de uma instituição do sul do Brasil. *Revista CPAQV - Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida*; 2011.
- Lima AS et al. Prevalência de cefaleia e sua interferência nas atividades de vida diária em adolescentes escolares do sexo feminino. *Rev Paul Pediatr* 2014; 32(2): 256-61.
- Bigal ME, Bordini CA, Speciali JG. Tratamento da cefaleia em uma unidade de emergência da cidade de Ribeirão Preto. *Arq Neuropsiquiatr* 1999; 57(3): 813-9.
- Winter AC et al. Association between lifestyle factors and headache. *J Headache Pain*. 2011; 12(2): 147-55.
- Araújo APS, Almeida CA. Terapia manual versus acupuntura no tratamento da Cefaleia: revisão de literatura. *Revista Saúde e Pesquisa* 2009; 2(1): 107-13.
- Maranhão Filho P, Vincent MB. Cefaléias inusitadas primárias reconhecidas pela sociedade internacional de cefaléias. *Rev Bras Neurol* 2010; 46(1): 19-24.
- Sanvito WL, Monzillo PL. Cefaléias primárias: aspectos clínicos e terapêuticos. *Medicina, Ribeirão Preto* 1997; 30: 437-48.
- Inglesias HCE, Bottura R, Naves MMV. Fatores nutricionais relacionados à enxaqueca. *Com Ciências Saúde* 2009; 20(3): 226-40.
- Oliveira MF, Speciali JG. Cefaléia crônica diária: conceitos e tratamentos. *Medicina, Ribeirão Preto* 2002; 35: 455-63.
- Matta APC, Moreira PF. Cefaleia do tipo tensional episódica: avaliação clínica de 50 pacientes. *Arq Neuropsiquiatr* 2006; 64(1): 95-9.
- Speciali JG. Classificação das cefaléias. *Medicina, Ribeirão Preto* 1997; 30: 421-27.
- Krymchantowski, AV, Moreira Filho PF. Atualização no tratamento profilático das enxaquecas. *Arq Neuropsiquiatr* 1999; 57(2): 513-19.
- Martins LN, Oliveira OWB, Dutra LQ, Rezende AQM, Dantas EF, Pereira ABCNG. Migrânea com Aura, Qualidade de Vida e Tratamento: um relato de caso. *Rev de Saúde* 2010; 1(1): 15-24.
- Chaves ACP, Mello JM, Gomes CRG. Conhecendo sobre as enxaquecas. *Revista Saúde e Pesquisa* 2009; 2(2): 265-71.
- Carezatto NL, Hortense P. Migrânea: etiologia, fatores de risco, desencadeantes, agravantes e manifestações clínicas. *Rev Rene* 2014; 15(2): 334-42.
- Galvez AD, Situ M, Tapia HÁ, Guillen D, Samalvides F. Prevalencia de migraña en estudiantes de Medicina de una universidad de Lima - Perú. *Rev Neuropsiquiatr* 2011; 74(4): 287-94.
- Anes CRR, Reis RS, Petroski EL. Versão brasileira do questionário estilo de vida fantástico: tradução e validação para adultos jovens. *Arq Bras Cardiol* 2008; 91(2): 102-9.
- Beasley TM, Randall ES. Multiple regression approach to analyzing contingency tables: post hoc and planned comparison procedures. *The Journal of Experimental Education* 1995; 64(1): 79-93.
- Vincent MB. Fisiopatologia da enxaqueca. *Arq Neuropsiquiatr* 1998; 56(4): 841-51.
- Andrade AFB et al. Prevalência e fatores associados à enxaqueca nos estudantes da Faculdade de Medicina de Barbacena, MG – Brasil. *Rev Med Minas Gerais* 2011; 21(1): 25-31.

22. Ribeiro RL, Carvalho DS. Cefaleia Associada aos Ciclos Hormonais da Mulher. *Rev. Neurociências* 2000; 8(3): 93-8.
23. Melhado EM, Bigal ME, Galego AR, Galdezzani JP, Queiroz LP. Headache classification and aspects of reproductive life in young women. *Arq. Neuro-Psiquiatr* 2014; 72(1): 17-23.
24. Bolan RS et al. Prevalência e impacto socioeconômico das cefaleias em funcionários do Hospital Nossa Senhora da Conceição Tubarão SC. *Arquivos Catarinenses de Medicina* 2008; 37(1): 66-72.
25. Robberstad L, Dyb G, Hagen K, Stovner LJ, Holmen TL, Zwart JA. An unfavorable lifestyle and recurrent headaches among adolescents. *Neurology* 2010; 75: 712-17.
26. Nazari F, Safavi M, Mahmudi M. Migraine and Its Relation with Lifestyle in Women. *Pain Practice* 2010; 10(3): 228-34.
27. Barea LM, Perla AS. Cefaleias e sono. *Einstein* 2004; 2(1): 58-63.
28. Ramos PS, Costa JGGB, Mancini RA, Gomez RS, Teixeira AL, Barbosa IG. Associação de sintomas depressivos e ansiosos com gravidade da migrânea. *J Bras Psiquiatr* 2015; 64(2): 93-9.
29. Correia LL, Linhares MBM. Enxaqueca e Estresse em Mulheres no Contexto da Atenção Primária. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2014; 30(2): 145-52.
30. Mascella V, Vieira N, Beda LC, Lipp MEN. Stress, sintomas de ansiedade e depressão em mulheres com dor de cabeça. *Bol. Acad. Paulista de Psicologia* 2014; 34(87): 407-28.
31. Ierusalimschy R, Moreira filho PF. Fatores desencadeantes de crises de migrânea em pacientes com migrânea sem aura. *Arq Neuropsiquiatr* 2002; 60(3-A): 609-13.