

Características demográficas e clínicas de portadores de migrânea
Demographic and clinical characteristics of migraine patients
Características demográficas y clínicas de los pacientes con migraña

Recebido: 07/12/2020 | Revisado: 12/12/2020 | Aceito: 17/12/2020 | Publicado: 19/12/2020

Ana Heloisa Gomes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1246-2635>

Universidade de Araraquara, Brasil

E-mail: anahelo@hotmail.com

Glauce Regina Pigatto

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7646-9612>

Universidade de Araraquara, Brasil

E-mail: glaucepigatto.fisio@gmail.com

Lívia Assis

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8343-3375>

Universidade do Brasil, Brasil

E-mail: livia.assis@universidadebrasil.edu.br

Débora Bevilaqua Grossi

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1744-835X>

Universidade de São Paulo, Brasil

E-mail: deborabg@fmrp.usp.br

Nivaldo Antônio Parizotto

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1774-9053>

Universidade da Paraíba, Brasil

E-mail: nivaldoparizotto@hotmail.com

Resumo

A migrânea é uma condição clínica referida como uma perturbação cefalálgica primária, comum e incapacitante, de alta prevalência e que produz impactos socioeconômicos e pessoais elevados. Ela possui manifestações episódicas, com crises recorrentes de cefaleia, apresentando-se com quadro de dor unilateral, pulsátil, de intensidade moderada ou severa. Por ser considerada uma afecção bastante comum e incapacitante, o objetivo desse estudo foi o de caracterizar, demográfica e clinicamente, portadores de migrânea. Esse trabalho faz parte

de um estudo clínico duplo-cego, cruzado e randomizado sobre a aplicação de um tratamento com fotobiomodulação em portadores de migrânea. Quarenta e três indivíduos elegíveis, de ambos os gêneros, após uma triagem inicial e uma avaliação com neurologistas, foram randomizados (1:1) e separados no Grupo A e B e preencheram o Questionário de Avaliação da Incapacidade por Enxaqueca (MIDAS), o 12 – Item *Allodynia Symptom Checklist* (ASC – 12) – Versão Brasileira, e o Diário de Dor (durante um mês). Os resultados da caracterização da amostra mostraram maior ocorrência da migrânea nas mulheres, com homogeneidade em relação à idade, peso, altura, tempo de ocorrência, frequência e intensidade de dor entre os grupos. A náusea, fotofobia, fonofobia e osmofobia foram os fatores predisponentes mais evidentes nas análises realizadas. O MIDAS indicou presença de grau moderado de dor de cabeça em ambos os grupos e o ASC-12 do grupo A indicou presença de alodínia severa e no B, alodínia moderada. Esses dados indicam que a migrânea gera sérios problemas aos seus portadores, os quais interferem consideravelmente na sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Cefaleia; Transtornos de Enxaqueca.

Abstract

Migraine is a clinical condition referred to as a common, disabling, primary, high prevalence cephalalgic disorder that produces high socioeconomic and personal impacts. She has episodic manifestations, with recurrent headache attacks, presenting with unilateral, pulsatile, moderate ou severe pain. As it is considered a very common and disabling condition, the aim of this study was to characterize, demographically and clinically, patients with migraine. This work is part of a double-blind, crossover and randomized clinical study on the application of a treatment with photobiomodulation in migraine patients. Forty three eligible individuals, of both genders, after an initial screening and an evaluation with neurologists, were randomized (1:1) and separated into groups A and B and completed the Migraine Disability Assessment Questionnaire (MIDAS), the 12 – Item Allodynia Symptom Checklist (ASC – 12) – Brazilian version, and the Diary of Pain (for one month). The results of the sample characterization showed a higher occurrence of migraine in women, with homogeneity in relation to age, weight, height, time of occurrence, frequency and intensity of pain between the groups. Nausea, photophobia, phonophobia and osmophobia were the most evident predisposing factors in the analyzes performed. MIDAS indicated the presence of a moderate degree of headache in both groups and ASC – 12 in group A indicated the presence of severe allodynia and in B, moderate allodynia. These data indicate that migraine causes serious problems for its patients, which interfere considerably in their quality of life.

Keywords: Headache; Migraine disorders.

Resumen

La migraña es una condición clínica conocida como un trastorno cefalágico común, discapacitante, primario y de alta prevalencia que produce altos impactos socioeconómicos y personales. Tiene manifestaciones episódicas, con ataques de cefalea recurrentes, que se presentan con dolor unilateral, pulsátil, moderado o intenso. Al ser considerada una condición muy común e invalidante, el objetivo de este estudio fue caracterizar, demográfica y clínicamente, a los pacientes con migraña. Este trabajo forma parte de un estudio clínico doble ciego, cruzado y aleatorizado sobre la aplicación de un tratamiento con fotobiomodulación en pacientes con migraña. Cuarenta y tres individuos elegibles, de ambos géneros, después de una selección inicial y una evaluación con neurólogos, fueron aleatorizados (1:1) y separado en Grupos A y B y completaron el Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad Migraña (MIDAS), el 12 – Lista de certificación de síntomas de alodinia (ASC-12) – Versión brasileña y Diario del dolor (durante un mes). Los resultados de la caracterización de la muestra mostraron una mayor ocurrencia de migraña en mujeres, con homogeneidad en relación a edad, peso, talla, tiempo de ocurrencia, frecuencia e intensidad del dolor entre los grupos. Náuseas, fotofobia, fonofobia y osmofobia fueron los factores predisponentes más evidentes en los análisis realizados. MIDAS indicó la presencia de un grado moderado de dolor de cabeza en ambos grupos y ASC-12 en el grupo A indicó la presencia de alodinia severa y en B, alodinia moderada. Estos datos indican que la migraña provoca serios problemas a sus pacientes, que interfieren considerablemente en su calidad de vida.

Palabras clave: Cefalea; Trastornos migrañosos.

1. Introdução

A migrânea, popularmente conhecida por enxaqueca, faz parte de um dos milhares de tipos de quadros de cefaleia, que é o nome técnico da dor de cabeça. Ela é considerada uma forma de cefaleia primária, cuja dor de cabeça é considerada o principal sintoma (Headache Classification Committee of the International Headache Society, 2018), sendo caracterizada por crises que ocorrem em menos de 15 dias por mês (IASP, 2011), com duração de 4 à 72 horas, vindo acompanhada, geralmente, por dor de intensidade moderada ou forte, localizada unilateralmente e de caráter pulsátil (IHS, 2018; Sociedade Internacional das Cefaleias, 2004),

com náusea, tontura, vômito, fotofobia e/ou fonofobia, piorando com o esforço (IHS, 2018; IASP, 2011).

Ela costuma ocorrer em indivíduos predispostos, muitas vezes sendo herdada (Russell & Olesen, 1995), especialmente em parentescos de primeiro grau, de pais para filhos, que a apresentam (Goadsby, 2012), os quais manifestam o quadro doloroso quando expostos ao estresse, à períodos de alterações do sono (dormir pouco ou dormir muito), jejum, ingestão de certos alimentos (chocolate, laranja, comidas gordurosas e lácteas, vinhos), privação da cafeína, exposição à ruídos altos, odores fortes ou alterações climáticas, prática de exercícios físicos, uso de medicamentos vasodilatadores (SBCE, 2000; IASP, 2011), menstruação, desidratação (IASP, 2011).

Essa afecção é relatada como uma das queixas mais comuns de pacientes que procuram a Atenção Básica (SBMFC, 2009), sendo considerada como a segunda desordem neurológica mais frequente (GDB, 2017) e a primeira causa de incapacidade (Steiner et al., 2018).

Por ocorrer na fase mais produtiva dos indivíduos, entre as idades de 25 à 55 anos, ela promove interferência considerável na qualidade de vida dos seus portadores, pois cerca de 53% das pessoas relatam perder atividades importantes e acabam necessitando de repouso; 30% relatam a perda de pelo menos um dia de trabalho ou escola e 50% afirmam sofrer redução do seu rendimento na escola ou trabalho durante a ocorrência da crise, o que representa um ônus significativo para os indivíduos, famílias e sociedade (Lipton & Bigal, 2007). Assim, os distúrbios da cefaleia representam mais anos de vida ajustados por incapacidade do que todos os outros distúrbios neurológicos combinados, mesmo não tendo relação com a mortalidade (GDB, 2017).

Como essa patologia exerce forte impacto na qualidade de vida dessas pessoas, o objetivo desse estudo foi o de investigar quais são as características clínicas e demográficas de portadores de migrânea.

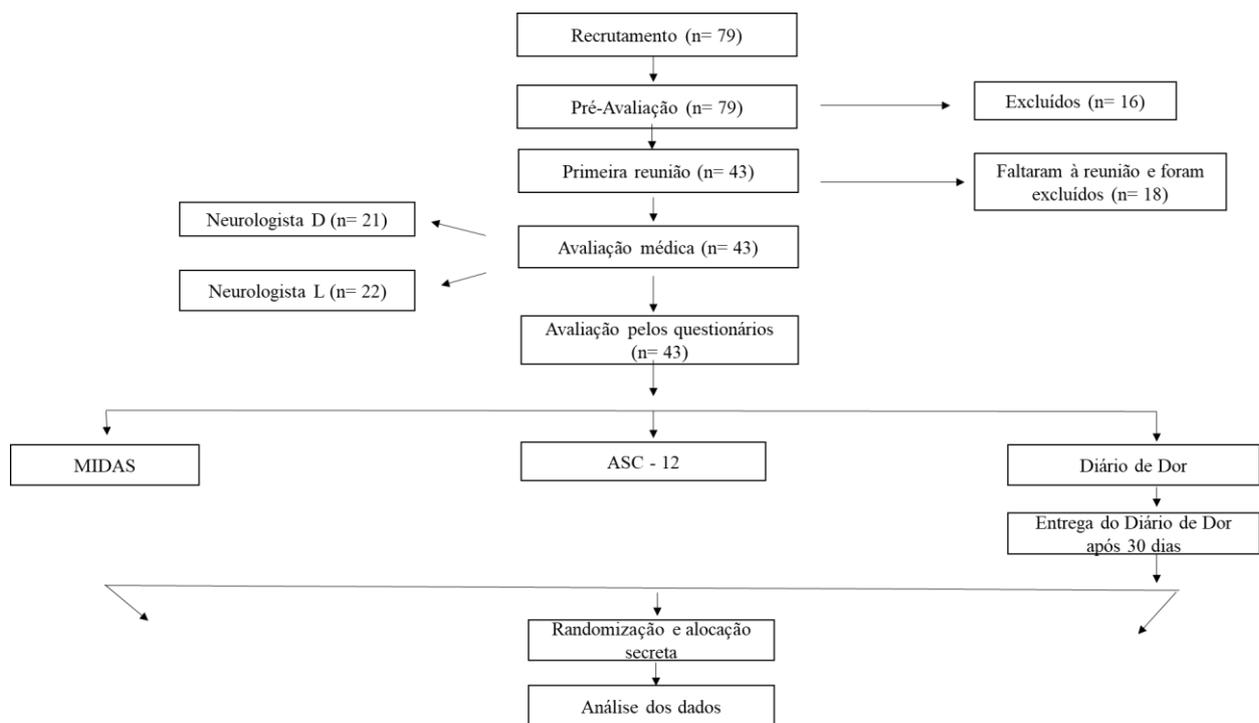
2. Metodologia

Esse trabalho trata-se de uma pesquisa do tipo qualitativa, já que os dados foram coletados diretamente com os participantes, os quais responderam a questionários com questões referentes ao seu quadro de migrânea (PEREIRA et al., 2018). Como a referida pesquisa faz parte de um estudo clínico duplo-cego, cruzado e randomizado sobre a aplicação de um tratamento com fotobiomodulação em portadores de migrânea. Assim, para estabelecer o número adequado de participantes, foi usado o cálculo de valor amostral para um $\beta=80\%$

$\alpha=0,05$, em que se estabeleceu que para verificar uma diferença de quatro dias de cefaleia, seriam necessários 34 participantes, os quais seriam divididos em dois grupos com 17 pessoas. A fim de garantir esse número mínimo de participantes, foram previamente avaliadas 41 pessoas portadoras de migrânea.

O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e foi submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário de Araraquara – UNIARA, o qual foi aprovado em 05/08/2018 (Parecer CAAE: 87653418.2.0000.5383, Número: 2.943.978). Foram também seguidas as recomendações do CONSORT – *Consolidated Standards of Reporting Trials* (Padrões Consolidados de Relatórios de Ensaios) (Martins, Sousa & Oliveira, 2009; Moher et al., 2010), conforme mostra a figura 1.

Figura 1: Diagrama referente à execução do estudo.



Fonte: Autores.

A figura 1 mostra as etapas realizadas desde o primeiro contato com o participante, passando pelo processo inicial de avaliação, encaminhamento à avaliação médica, preenchimento dos questionários de avaliação do estudo (MIDAS, ASC-12 e Diário de dor). Como esse artigo mostra parte dos dados de uma pesquisa clínica, os participantes foram randomizados e alocados secretamente em dois grupos e, posteriormente, os dados de todos esses formulários foram analisados. Os itens 2.1 à 2.7 detalham cada uma dessas etapas.

2.1 Recrutamento

Para recrutar esses participantes, foi realizada uma divulgação do estudo e convocação dos mesmos por diferentes mídias, como internet e panfletos no município de Araraquara – SP e região. Essa divulgação foi iniciada no mês de setembro de 2018 e perdurou até dezembro de 2018.

Foi disponibilizado um email especial para o trabalho, cefaleia1@hotmail.com, e dois números de telefone e WhatsApp de dois membros da equipe. Após a divulgação, 76 pessoas entraram em contato via WhatsApp e 3, via email.

2.2 Pré-Avaliação

Quando o interessado entrou em contato com os membros da equipe, o mesmo foi submetido a uma avaliação inicial, utilizando um Questionário de Pré-Avaliação, o qual apresentava questões simples que buscaram investigar e conhecer um pouco sobre o quadro clínico do participante, servindo também como um instrumento para uma triagem inicial, seguindo critérios de inclusão e exclusão, descritos a seguir:

- Critérios de inclusão: fizeram parte da pesquisa apenas os participantes que preencheram os critérios exigidos pela Sociedade Internacional de Cefaleia para o tipo migrânea, a qual incluiu frequência de ocorrência de crises com menos de 15 dias por mês, com duração de 4 à 72 horas (Classificação Internacional das Cefaleias, 2014); idade acima de 18 anos e abaixo de 80 anos; presença de queixas de cefaleia há mais de seis meses e episódios recorrentes; ter relatado início da migrânea antes dos 50 anos; apresentar, pelo menos, 3 meses de história e 2-8 ataques por mês, com progressão dos sintomas de dor de moderada a severa e com duração de mais de 2h; relatar uso rotineiro de medicação analgésica para migrânea nos 3 meses anteriores ao estudo; aqueles que fizeram uso de profilaxia de enxaqueca relataram estar estáveis 30 dias antes e ao longo do estudo.
- Critérios de exclusão: foram excluídos do estudos os usuários de marcapasso cardíaco, histórico de epilepsia, portador de arritmias cardíacas, estarem em período gestacional; aqueles com agendamento ou submissão à procedimentos cirúrgicos durante o tratamento ou 20 dias antes do início do estudo; possuírem outras condições primárias de cefaleia com 15 ou mais dias de dor por mês; usarem opióides por mais de 10 dias nos 30 dias

antes da triagem; portarem doença sistêmica ou condição neurológica ou psiquiátrica.

Ao realizar a triagem, 16 pessoas não se enquadravam nos critérios exigidos pelo estudo e por isso não foram convocadas para a primeira reunião.

2.3 Primeira Reunião

Após triagem, foi agendada a primeira reunião na Unidade II da UNIARA, localizada na cidade de Araraquara – SP. Neste primeiro encontro, as 63 pessoas triadas para o tratamento foram convocadas para a reunião, porém 43 pessoas compareceram e concordaram com os termos de participação. Neste encontro alguns membros da equipe foram apresentados e todo o protocolo e objetivos foram detalhadamente explicados. Ao relatar ter compreendido a realização do estudo e ao concordar com os termos do mesmo, foi solicitado a cada participante assinatura de duas vias iguais do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual fornecia detalhes de todo o procedimento a que cada um seria submetido. Uma via ficou com o participante e a outra via foi anexada ao prontuário do mesmo. Como havia 43 participantes, 21 deles foram encaminhados a um neurologista e 22 foram encaminhados ao outro. Esse encaminhamento aconteceu de forma aleatória, por meio da distribuição de cartões médicos contendo nome do profissional, endereço e telefone, para oferecer liberdade de agendamento aos participantes conforme sua disponibilidade.

2.4 Avaliação Médica

O segundo encontro ocorreu nos consultórios dos neurologistas (Dr. D. e Dr. L.) e nas Unidades Médicas que eles atendem na cidade de Araraquara - SP. Nessa ocasião, 21 participantes foram avaliados pelo Dr. D. e 22, pelo Dr. L., sendo submetidos, gratuitamente, à avaliação e diagnóstico médico pelo Protocolo para Diagnóstico da Cefaleia, previamente elaborado pelos neurologistas, seguindo os critérios de inclusão e exclusão. Ao término da consulta médica, o participante foi orientado a entrar em contato com a fisioterapeuta A, a qual agendou o 3º encontro na Clínica-Escola de Fisioterapia da UNIARA, localizada na cidade de Araraquara - SP.

2.5 Avaliação pelos Questionários

Nesse encontro, a fisioterapeuta orientou novamente sobre os procedimentos da pesquisa e após essa explicação, o participante foi novamente questionado se havia entendido o propósito do estudo e se aceitaria iniciar o protocolo clínico. Ao confirmar sua participação, foi orientado e solicitado o preenchimento do questionário MIDAS, o qual apresenta questões referentes às dores de cabeça presentes nos 3 últimos meses. Este questionário foi escolhido, pois ele é considerado breve, de fácil uso, consistente, altamente confiável e facilita o julgamento clínico médico, para estabelecer as recomendações no tratamento da enxaqueca (Lipton & Silberstein, 2001; Freitag et al., 2000). Através do score total das questões respondidas foi realizada uma graduação em graus do nível de incapacidade presente. Assim, o grau I se referiu à pouca ou nenhuma incapacidade, tendo o score de 0-5; já o II, indicou uma incapacidade leve, com score de 6-10; o III, referia-se a uma incapacidade moderada, com score de 11-20; e o IV, incapacidade severa, com score acima de 21 (Stewart et al., 2001).

Também foi solicitado ao participante o preenchimento do questionário *12-Item Allodynia Symptom Checklist (ASC 12)* – Versão Brasileira, o qual possui 12 questões referentes às coisas ou situações que favorecem a ocorrência da cefaleia. Esse questionário teve o intuito de avaliar a alodínia cutânea (AC), que se trata da dor produzida por um estímulo não nociceptivo (Loeser & Treed, 2008) produzido sobre a pele normal (Guy et al., 2010). Após o preenchimento dessas 12 questões foi feito o cálculo total individual de cada participante. Para classificar a alodínia foi utilizado como base o índice da ASC/Brasil (Florêncio et al., 2012), cujos valores de 0-2 indicavam nenhuma alodínia; 3-5, alodínia suave; 6-8, alodínia moderada e 9 ou mais, indicava alodínia severa.

Ainda nesse encontro, foi entregue e explicado aos pacientes como deveria ser preenchido o Diário de Dor. Esse Diário apresentava 4 tabelas. A tabela 1 indicava o índice de dor de cabeça e sua ocorrência no período das 0 às 6h, das 6h às 12h, das 12h às 18h ou das 18h às 24h. Para preencher o índice de dor nesses períodos, o participante deveria usar a abreviatura para cada sigla ou os números 1, 2 e 3, em que F ou 1 indicou a dor fraca, M ou 2 indicou a dor moderada, Ft ou 3 indicou dor forte. Na tabela 2 o participante deveria anotar com um X a ocorrência de algum dos gatilhos desencadeantes da dor: estresse, jejum prolongado, dormir pouco, dormir muito, chocolate, queijo, café em excesso, álcool, exercícios físicos intensos, fadiga, período menstrual. Já na tabela 3, o X indicaria a presença de algum desses sintomas: dor em pressão/aperto, dor latejante/pulsátil, dor em pontadas, dor

piora com o esforço, náusea, vômitos, luz incomoda, som incomoda, Aura (sintomas visuais ou de sensibilidade que acontecem antes da dor de cabeça). Na tabela 4, o X deveria indicar os locais de dor na cabeça, ou seja, se essa dor se localizava na região direita, esquerda, nos dois lados, na frente ou na nuca. No verso desse Diário, o participante foi orientado a anotar outros fatores que ele achava ter influenciado na ocorrência da sua dor de cabeça e os dias e medicamentos usados nos períodos de ocorrência da cefaleia. Ao final desse diário, o paciente foi solicitado a escrever quais dias do mês ele não apresentou dor de cabeça. Após ter esclarecido todas as suas dúvidas referentes ao preenchimento desse Diário, o paciente foi informado pela fisioterapeuta AH que esse documento é parte fundamental da coleta de dados desse estudo e que ele deveria ser preenchido e entregue ao final de 30 dias.

2.6 Randomização e Alocação Secreta

Após toda essa explicação e concordância com os termos do estudo, o Questionário de Pré-Avaliação, o Protocolo para Diagnóstico da Cefaleia, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o MIDAS e o ASC – 12 foram colocados em um envelope pardo e numerados, aleatoriamente, de 1 à 43, sendo entregues à fisioterapeuta G., a qual fez uma randomização utilizando o site randomization.com, com 2 blocos e 2 tratamentos, com o método de aleatorização simples 1:1. Para isso foi gerada uma tabela de números aleatórios de 1 à 43, no software Excel, o qual permitiu a distribuição numérica entre os grupos A e B. Os 22 primeiros números foram referentes ao primeiro bloco e determinaram que o participante seria do grupo A, ou seja, o grupo que iniciaria recebendo a simulação da fototerapia (tratamento placebo oferecido em uma das fases do estudo); já os 21 números consecutivos, referentes ao segundo bloco, pertenceram ao grupo B, os quais receberiam, inicialmente, a fototerapia efetiva (tratamento efetivo oferecido em uma das fases do estudo). A identificação do grupo a que pertencia cada participante foi realizada pela fisioterapeuta G., a qual identificou, no Questionário de Pré-avaliação, a letra A para determinar quem receberia inicialmente o placebo e com B quem receberia a fototerapia. Vale ressaltar que depois esses tratamentos foram cruzados. Após essa determinação, cada envelope foi lacrado e entregue à fisioterapeuta AH, a qual abriu o envelope apenas antes de iniciar o tratamento.

2.7 Análise dos dados

Após finalizada a coleta de todos esses protocolos de avaliação, todos os prontuários e fichas de avaliação foram analisados por toda a equipe do estudo, estando sob sigilo para quaisquer outras pessoas que não fizeram parte da mesma.

Os resultados foram expressos em média e em erro padrão da média (EPM).

Foi realizado o teste de normalidade de Levene, para análise da homocedasticidade (homogeneidade das variâncias).

A comparação das características clínicas e demográficas dos participantes entre os dois grupos foi realizada por meio do teste qui-quadrado de Pearson, para variáveis categóricas.

Em todos os casos, as diferenças foram consideradas significativas quando $p < 0,05$. Parâmetros estatísticos foram calculados usando o software estatístico *Graph Pad Prism* (*Graph Pad Software 7.1, Inc*).

3. Resultados

As características demográficas e clínicas dos participantes dos grupos são apresentadas na tabela 1. Na amostra estudada, em ambos os grupos, observou-se que a maioria dos participantes era do gênero feminino. Não houve diferença significativa para idade ($[F(1,39) = 1,263; p = 0,268]$), peso ($[F(1,39) = 0,102; p = 0,751]$), altura ($[F(1,39) = 0,204; p = 0,654]$), tempo de ocorrência ($t = -0,811, GL 39; p = 0,422$), frequência ($t = -0,688, GL 39; p = 0,495$) e intensidade de dor ($t = -0,923, GL 39; p = 0,362$). Os fatores desencadeantes como náusea, fotofobia, fonofobia, osmofobia, tontura e dor cervical estiveram consideravelmente presentes em ambos os grupos. Os scores do MIDAS não mostraram diferença estatística ($t = 0,369, GL 12; p = 0,719$). A análise estatística do ASC – 12 também não apresentou diferença estatística ($t = 1,182, GL 39; p = 0,245$). A maioria das características analisadas apresentaram diferença não significativa (^{NS}), de acordo com a tabela 1.

Tabela 1: Características demográficas e clínicas dos participantes dos grupos.

Grupos/Características	A	B
Gênero	14,28% Masculino ^{NS} 85,72% Feminino	15% Masculino ^{NS} 75% Feminino
Idade	37,9±2,3 ^{NS}	41,95±2,786 ^{NS}
Peso	71,45±2,45 ^{NS}	68,94±2,585 ^{NS}
Altura	163±1,43 ^{NS}	164,5±1,314 ^{NS}
Tempo (em anos)	14,61±10,75 ^{NS}	17,4±11,97 ^{NS}
Frequência (em dias)	11,23±6,73 ^{NS}	12,6±5,87 ^{NS}
Intensidade de dor (0 à 10)	7,95±1,32 ^{NS}	7,55±1,46 ^{NS}
Náusea	76,20%	50%
Fotofobia	85,72% ^{NS}	90% ^{NS}
Fonofobia	85,72% ^{NS}	85% ^{NS}
Osmofobia	80,96% ^{NS}	80% ^{NS}
Tontura	57,15%	45%
Dor cervical	28,58%	40%
Score total MIDAS	13,31±11,60 ^{NS} (grau moderado)	11,36±7,84 ^{NS} (grau moderado)
ASC - 12	9,61±5,40 ^{NS} (alodínia severa)	7,85±4,04 ^{NS} (alodínia moderada)

Fonte: Autores.

A tabela mostrou que, nesta análise das características dos participantes, a migrânea foi mais comumente encontrada nas mulheres, com idade média de 37 à 42 anos. Esses portadores também relataram que apresentam a migrânea de 14 à 17 anos, e que ela costuma ocorrer, em média, em 11 dias por mês, sendo o índice de dor avaliado próximo à 8, numa escala de 0 à 10. Os fatores predisponentes, como náusea, fotofobia, fonofobia e osmofobia, foram os mais comuns e estiveram presentes em mais de 50% dos participantes avaliados. A

tontura foi mais comum nos participantes do grupo A em relação ao B, já a dor cervical esteve mais presente no grupo B. O score do MIDAS mostrou que ambos os grupos apresentaram um grau moderado de dor de cabeça nos últimos 3 meses. Em relação ao questionário ASC, o grupo A referiu um quadro de alodínia severa e o B, de alodínia moderada.

4. Resultados

Os resultados da caracterização da amostra mostraram maior ocorrência da migrânea nas mulheres de ambos os grupos. Esses dados são condizentes com os relatados por Lipton & Bigal (2007) em relação ao gênero feminino, os quais afirmaram que essa queixa afeta cerca de 76% das mulheres.

A análise das demais características demográficas e das variáveis dos grupos A e B, obtidas por meio da investigação dos Questionários de pré-avaliação e dos Diários de Dor, mostraram homogeneidade em relação à idade, peso, altura, tempo de ocorrência, frequência e intensidade de dor, proporcionada pela randomização amostral. Essa constatação é importante para verificar os efeitos de um tratamento, pois, de acordo com Kestenbaum (2009), o ensaio clínico randomizado permite comparar o efeito e o valor de uma intervenção em um controle, quando é realizado um estudo prospectivo em humanos.

Os fatores desencadeantes como náusea, fotofobia, fonofobia, osmofobia, tontura e dor cervical estiveram presentes em ambos os grupos. A fotofobia e a fonofobia foram dois fatores presentes na maioria dos participantes e de acordo com o Ministério da Saúde (2013), esses sintomas, associados à repulsa por certos alimentos, por exemplo, são considerados premonitórios das crises de migrânea e costumam ocorrer em até 48 horas antes das crises, gerando impedimentos na realização de atividades de rotina. A osmofobia também apareceu de maneira intensa e muito similar em ambos os grupos e foi considerada por Sjöstrand et al. (2010) e Wöber et al. (2007) como um importante indutor do ataque de migrânea, a qual aparece principalmente quando há contato com perfumes em geral, fumaça de cigarro, odor de comida, incensos, café, gasolina, dentre outros (Zanchin et al., 2007). A náusea foi o quarto fator mais comum nos grupos estudados e ela pode estar relacionada à alimentação ou ao jejum (Ravishankar, 2006) e a ingestão de chocolate, queijo, vinho tinto (Sjöstrand et al., 2010; Wöber et al., 2007), cerveja e destilados (Sjöstrand et al., 2010) podem favorecer a sua ocorrência e desencadear as crises de dor. A tontura apareceu em pouco mais da metade dos participantes do grupo A, podendo estar associada à vertigem (leve, moderada ou severa) e à sensação de parestesias (Kelman & Tanis, 2006; Salhofer et al., 2010), sendo bastante

frequentes nas crises migranas. A dor cervical, embora apresentou-se como o fator menos predisponente no grupo A e mais comum no B, também foi considerada, pois Ford et al. (2008) a definiram como um fator comum e incapacitante, independente da frequência e intensidade da cefalalgia, podendo contribuir para uma piora da resposta ao tratamento medicamentoso (Calhoun, Ford & Pruitt, 2011).

A escolha pelo protocolo MIDAS se deu, pois este permite seu uso para investigar qualquer tipo de cefalalgia, como a migrânea aguda ou crônica, a cefaleia tensional, a dor de cabeça episódica ou a dor de cabeça causada pelo uso excessivo de medicamentos (Benz et al., 2018). Além disso, este questionário é considerado breve, de fácil uso, consistente, altamente confiável e facilita o julgamento clínico médico, para estabelecer as recomendações no tratamento da enxaqueca, conforme as Diretrizes do Consórcio de Dor de Cabeça de vários países (Lipton & Silberstein, 2001; Freitag et al., 2000). Os scores totais do MIDAS dos grupos A e B indicaram que os participantes de ambos os grupos se enquadram no grau III, o qual tem score de 11 a 20, classificando essas pessoas como portadoras de uma incapacidade moderada. De acordo com Stewart et al. (2001), o grau I se refere à pouco ou nenhuma incapacidade, tendo como score de 0-5; já o II, indica uma incapacidade leve, com score de 6-10; o III, trata-se de uma incapacidade moderada, com score de 11-20; e o IV, incapacidade severa, com score acima de 21.

Outro questionário aplicado foi o ASC – 12, sendo utilizada a Versão Brasileira, de Florêncio et al. (2012). Esse questionário tem o intuito de avaliar a alodínia cutânea (AC), que se refere à dor causada por um estímulo não nociceptivo (Loser & Treed, 2008) produzido sobre a pele normal (Guy et al., 2010). Essa investigação torna-se importante, pois acredita-se que a relação da AC com a enxaqueca se deve à alteração na modulação central de vias nociceptivas (Lovati, D'Amico & Bertora, 2009), que ocorre em razão de uma sensibilização central, a qual hiperexcita os neurônios de primeira, segunda e terceira ordem da periferia, núcleo caudal do trigêmeo e tálamo, respectivamente (Dodick & Silberstein, 2006). Os resultados obtidos com essa análise mostraram que os participantes do grupo A apresentaram um quadro de alodínia severa, enquanto o B, uma alodínia moderada. Essa classificação da alodínia se baseou no índice da ASC/Brasil, em que, segundo Florêncio et al. (2012), 0-2 indica nenhuma alodínia; 3-5, alodínia suave; 6-8, alodínia moderada e 9 ou mais, indica alodínia severa.

4. Considerações Finais

Os dados encontrados nessa caracterização clínica e demográfica de portadores de migrânea estão condizentes com os relatos encontrados na literatura, mostrando que essa afecção compromete consideravelmente o gênero feminino, estando presente durante a fase mais ativa da vida dessas pessoas, as quais são acometidas por sintomas como náuseas, fotofobia, osmofobia e, em alguns casos, com presença de tontura.

O score total do MIDAS mostrou presença de dor de cabeça moderada e o ASC-12 indicou a presença de um quadro considerável de alodínia cutânea, sendo caracterizada nesse grupo de moderada à severa.

Esses dados indicam que a migrânea gera sérios problemas aos seus portadores, os quais interferem consideravelmente na sua qualidade de vida.

Sugerimos que outras pesquisas sejam realizadas com o intuito de orientar os portadores de migrânea acerca do seu quadro clínico, para poder evitar ou controlar a ocorrência de fatores que predisõem a ocorrência da mesma.

Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES).

Referências

Benz, T.; Lehmann, S.; Gantenbein, A. R.; Sandor, P. S.; Stewart, W. F.; Elfering, A., Aeschlimann, A. G; & Angst, F. (2018). Translation, cross-cultural adaptation and reliability of the German version of the migraine disability assessment (MIDAS) questionnaire. *Health and Quality of Life Outcomes*. 16 (42), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0871-5>

Calhoun, A. H.; Ford, S; & Pruitt, A. P. (2011). Presence of neck pain may delay migraine treatment. *Postgraduate medicine*. 123 (2), 163-168. <https://doi.org/10.3810/pgm.2011.03.2274>

Classificação Internacional das Cefaleias. (2014). Tradução Portuguesa da *International Classification of Headache Disorders ICHD-3 beta*. 3.ed. 168p.

Dodick, D; & Silberstein, S. (2006). Central sensitization theory of migraine: clinical implications. *Headache*. 46(suppl.4), S182-S191. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2006.00602.x>

Florencio, L. L.; Chaves, T. C.; Branisso, L. B.; Gonçalves, M. C.; Dach, F., Speciali, J. G.; Bigal, M. E; & Bevilaqua-Grossi, D. (2012). 12 item allodynia symptom checklist/Brasil: cross-cultural adaptation, internal consistency and reproducibility. *Arquivos de neuro-psiquiatria*. 70(11), 852-858. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2012001100006>

Ford, S., Calhoun, A., Kahn, K., Mann, J. & Finkel, A. (2008). Predictors of disability in migraineurs referred to a tertiary clinic: neck pain, headache, characteristics, and coping behaviors. *Headache*. 48(4), 523-528. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2008.00859.x>.

Freitag, F.; Diamond, S.; Lyss, H.; Diamond, M.; Urban, G; & Pepper, B. (2000). MIDAS as a healthcare utilization tool in the challenging patient. *Cephalalgia*. 20:365.

GBD. Global Burden of Disease Study. (2017). Neurological Disorders Collaborator Group. Global, regional, and national burden of neurological disorders during 1990–2015: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study, 2015. *Lancet Neurol*. 16(11), 877-897. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(17\)30299-5](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(17)30299-5).

Goadsby, P. J. (2012). Pathophysiology of migraine. *Annals of Indian Academy of Neurology*, 15(5), S15-S22. <https://doi.org/10.4103/0972-2327.99993>

Guy, N.; Marques, A. R.; Orliaguet, T.; Lanteri-Minet, M.; Dallel, R; & Clavelou, P. (2010). Are there differences between cephalic and extracephalic cutaneous allodynia in migraine patients? *Cephalalgia*. 30(7), 881-886. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2982.2009.02008.x>.

IHS. Headache Classification Committee of the International Headache Society. (2018). The international classification of headache disorders, 3.ed. *Cephalalgia*. 3.ed. 38(1), 1-211. <https://doi.org/10.1177/0333102417738202>

IASP. International Association for Study of Pain. (2011). Global Year Against Headache. Oct 2011-Oct2012. Migraine. Recuperado de: <https://www.iasp-pain.org/GlobalYear/Headache>.

Kelman, L. & Tanis, D. (2006). The relationship between migraine pain and other associated symptoms. *Cephalalgia*. 26(5), 548-553. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2982.2006.01075.x>.

Kestenbaum, B. (2009). *Epidemiology and Biostatistics: An Introduction to Clinical Research*. © Springer Science Business Media, LLC, 59-73.

Lipton, R. B; & Bigal, M. E. (2007). Ten lessons on the epidemiology of migraine. *Headache*. 47 (suppl. 1), S2-9. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2007.00671.x>.

Lipton, R. B; & Silberstein, S. D. (2001). The role of headache-related disability in migraine management: implications for headache treatment guidelines. *Neurology*. 56(6 suppl 1), S35-S42. https://doi.org/10.1212/wnl.56.suppl_1.s35

Loeser, J. D; & Treede, R. D. (2008). The Kyoto protocol of IASP Basic Pain Terminology. *Pain*. 137(3), 473-477. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2008.04.025>

Lovati, C.; D'Amico, D; & Bertora, P. (2009). Allodynia in migraine: frequent random association or unavoidable consequence? *Expert Review of Neurotherapeutics*. 9(3), 395-408. <https://doi.org/10.1586/14737175.9.3.395>

Martins, J.; Sousa, L. M; & Oliveira, A. S. (2009). Recomendações do Enunciado CONSORT para o Relato de Estudos Clínicos Controlados e Randomizados. *Medicina*. 42(1), 9-21. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v42i1p9-21>

Ministério da Saúde (BR). (2013). Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento à demanda espontânea. *Queixas mais comuns na Atenção Básica*. Brasília (DF): Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf

Moher, D.; Hopewell, S.; Schulz, K. F.; Montori, V.; Gøtzsche, P.C.; Devereaux, P. J., Elbourne, D.; Egger, M; & Altman, D.G. (2010). CONSORT 2010 Explanation and Elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *Research Methods & Reporting*. 63(8), 1-37. <https://doi.org/10.1136/bmj.c869>

Pereira, A. S.; Shitsuka, D. M.; Parreira, F. J; & Shitsuka, R. (2018). Metodologia da pesquisa científica. [e-book]. Santa Maria/RS, Ed. UAB/NTE/UFSM. Recuperado de https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic_Computacao_Metodologia-Pesquisa-Cientifica.pdf?sequence=1.

Ravishankar, K. (2006). 'Hair wash' or 'head bath' triggering migraine: observations in 94 Indian patients. *Cephalalgia*. 26(11), 1330-1334. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2982.2006.01223.x>

Russell, M. B; & Olesen, J. (1995). Increased familial risk and evidence of genetic factor in migraine. *BMJ*. 311(7004), 541-544. <https://doi.org/10.1136/bmj.311.7004.541>

Salhofer, S.; Lieba-Samal, D.; Freydl, E.; Bartl, S.; Wiest, G; & Wöber, C. (2010). Migraine and vertigo: a prospective diary study. *Cephalalgia*. 30(7), 821-828. <https://doi.org/10.1177/0333102409360676>.

Sociedade Brasileira de Cefaleia (SBCE). (2000). Recomendações para o tratamento da crise migranosa. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. 58(2), 371-389. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2000000200029>

Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade (SBMFC). (2009). Academia Brasileira de Neurologia. Cefaleias em Adultos na Atenção Primária à Saúde: diagnóstico e tratamento. *Projeto Diretrizes*. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Recuperado de https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/cefaleias-em-adultos-na-atencao-primaria-a-saude-diagnostico-e-tratamento.pdf

Sjöstrand, C.; Savic, I.; Laudon-Meyer, E.; Hillert, L.; Lodin, K; & Waldenlind, E. (2010). Migraine and olfactory stimuli. *Curr Pain Headache Rep*. 14(3), 244-251. <https://doi.org/10.1007/s11916-010-0109-7>.

Sociedade Internacional de Cefaleias. (2004). Subcomitê de classificação das cefaleias. *Classificação internacional das cefaleias*. 2.ed. Tradução Sociedade Brasileira de Cefaleias. São Paulo: Segmento Farma Editores. Recuperado de https://ichd-3.org/wp-content/uploads/2016/08/2087_ichd-3-beta-versao-pt-portuguese.pdf

Steiner, T. J.; Stovner, L. J.; Vos, T.; Jensen, R.; & Katsarava, Z. (2018). Migraine is first cause of disability in under 50s: Will health politicians now take notice? *J Headache Pain*. 19(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s10194-018-0846-2>

Stewart, W. F.; Lipton, R. B.; Dowson, A. J.; & Sawyer, J. (2001). Development and testing of the Migraine Disability Assessment (MIDAS): questionnaire to assess headache-related disability. *Neurology*. 56(6 Suppl 1), S20-S28. https://doi.org/10.1212/wnl.56.suppl_1.s20.

Wöber, C., Brannath, W.; Schmidt, K.; Kapitan, M.; Rudel, E.; Wessely, P.; Wöber-Bingöl, C.; & PAMINA Study Group. (2007). Prospective analysis of factors related to migraine attacks: the PAMINA study. *Cephalalgia*. 27(4), 304-314. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2982.2007.01279.x>.

Zanchin, G.; Dainese, F.; Trucco, M.; Mainardi, F.; Mampreso, E.; & Maggioni, F. (2007). Osmophobia in migraine and tension-type headache and its clinical features in patients with migraine. *Cephalalgia*. 27(9), 1061-1068. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2982.2007.01421.x>.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Ana Heloisa Gomes – 30%

Glauce Regina Pigatto – 10%

Lívia Assis – 30%

Débora Bevilaqua Grossi – 10%

Nivaldo Antônio Parizotto – 20%