



Migrânea: etiologia, fatores de risco, desencadeantes, agravantes e manifestações clínicas

Migraine: etiology, risk, triggering, aggravating factors and clinical manifestations

Migraña: etiología, factores de riesgo, desencadenantes, agravantes y manifestaciones clínicas

Natália Lindemann Carezzato¹, Priscilla Hortense¹

Este estudo objetivou identificar a etiologia e as manifestações clínicas da migrânea. Foi realizada revisão integrativa de literatura norteada pela questão: quais as evidências disponíveis na literatura sobre a etiologia e os sinais e sintomas da migrânea? A busca de artigos foi conduzida nas bases eletrônicas PubMed e LILACS, contemplando publicações do período de 2006 a 2010. Os artigos selecionados foram categorizados e avaliados segundo o nível de evidência. Foram encontrados 1.677 artigos, sendo selecionados 26 para leitura na íntegra. A maioria dos estudos (84,6%) consistiu em delineamento não experimental, sendo classificados com nível de evidência IV. Apesar das manifestações clínicas encontradas neste estudo confirmarem os dados disponíveis na literatura, nota-se que a migrânea ainda não possui suas causas devidamente estabelecidas.

Descritores: Cefaleia; Causalidade; Sinais e Sintomas; Transtornos de Enxaqueca.

This study aimed to identify the etiology and clinical manifestations of migraine. An integrative literature review was performed guided by the question: What is the evidence available in the literature about the etiology, signs and symptoms of migraine? The article search was conducted in the electronic databases PubMed and LILACS, considering publications in the period from 2006 to 2010. The selected articles were categorized and evaluated according to the level of evidence. One found 1,677 articles and 26 were selected for full reading. Most studies (84.6%) consisted of a non-experimental design and were classified as evidence level IV. Although the clinical manifestations found in this study confirm the data available in the literature, it is noticed that migraine does not have well-established causes.

Descriptors: Headache; Causality; Signs and Symptoms; Migraine Disorders.

El objetivo fue identificar la etiología y las manifestaciones clínicas de la migraña. Fue realizada revisión integradora de la literatura por medio de la pregunta: ¿cuáles evidencias están disponibles en la literatura acerca de la etiología y los signos y síntomas de la migraña? La búsqueda de los artículos se realizó en las bases electrónicas PubMed y LILACS, y abarcó publicaciones del período 2006-2010. Los artículos seleccionados fueron clasificados y evaluados de acuerdo con el nivel de evidencia. Se encontraron 1.677 artículos y 26 fueron escogidos para lectura completa. La mayoría de los estudios (84,6%) consistió en el diseño no experimental, clasificados con nivel de evidencia IV. Las manifestaciones clínicas encontradas en este estudio confirman los datos disponibles en la literatura, pero se percibe que la migraña aún no posee causas debidamente establecidas.

Descriptorios: Cefalea; Causalidad; Signos y Síntomas; Trastornos Migrñosos.

¹Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, SP, Brasil.

Autor correspondente: Natália Lindemann Carezzato
Rua da Aspereza, 148 - CEP: 05180-030. São Paulo, SP, Brasil. E-mail: nahcarezzato@gmail.com

Introdução

As cefaleias são um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, devido ao seu impacto individual, laboral e social. Constituinte uma das manifestações crônicas mais frequentes⁽¹⁾, a cefaleia requer grande atenção das autoridades em saúde e das políticas públicas quanto a sua prevenção, seu diagnóstico e seu tratamento⁽²⁾.

Quanto ao critério de classificação da cefaleia, segundo sua etiologia, encontramos dois grupos. As cefaleias primárias são aquelas que não possuem etiologia evidenciável por habituais exames clínicos ou laboratoriais, como a enxaqueca, a cefaleia em salvas e a cefaleia do tipo tensional. Já as cefaleias secundárias apresentam a dor como consequência de agressões ao organismo, causadas por doenças evidenciáveis por exames clínicos ou laboratoriais, como meningites, intoxicações, infecções sistêmicas, entre outras⁽³⁾.

A enxaqueca, classificada dentro do grupo das cefaleias primárias, é uma “doença neurovascular que se caracteriza por crises repetidas de dor de cabeça que podem ocorrer com uma frequência bastante variável”^(4;2), apresentando desde poucas crises durante a vida até inúmeros episódios por mês.

A enxaqueca também é conhecida por migrânea e pode ser classificada em dois grupos: com e sem aura. A migrânea sem aura é caracterizada como a enxaqueca comum⁽⁵⁾, como dor hemicraniana ou bilateral, apresentando intensidade variável (de moderada a intensa), caráter pulsátil e que, ao desempenhar as funções diárias, apresenta agravamento do quadro, podendo ser acompanhada de outros sintomas. A duração pode ser de 4 a 72 horas, podendo recorrer após uso de analgésicos⁽⁶⁾.

Já a migrânea com aura é caracterizada por sintomas neurológicos focais transitórios antes do aparecimento da dor e que se instalam de forma gradual. Geralmente duram em torno de 5 a 20 minutos, não ultrapassando 60 minutos⁽⁵⁾, e os sintomas podem ser: luzes tremulantes, manchas, perda de visão, formigamento e dormência. É comum

que os portadores de migrânea apresentem os seus dois tipos⁽⁶⁾.

Os sintomas premonitórios ocorrem em até 48 horas antes das crises migranosas, na maioria dos pacientes, sendo os mais comuns: alteração do humor, alterações do sono, fotofobia, fonofobia, alterações intestinais, retenção de fluidos, desejo ou repulsa por alimentos específicos, dentre outros – os quais, muitas vezes, impedem a realização das atividades rotineiras⁽⁵⁾.

Em estudo realizado em seis países latino-americanos, a menor prevalência de migrânea, com ou sem aura, foi apontada na Argentina, e a maior para mulheres no Brasil. Nota-se que a migrânea acomete principalmente as mulheres, em geral na faixa etária dos 30 aos 50 anos⁽⁷⁾.

Sabe-se que a migrânea gera elevado impacto na Qualidade de Vida. Um estudo de revisão⁽⁸⁾ encontrou que os tratamentos para enxaqueca que melhoram a Qualidade de Vida são medicamentos utilizados durante a crise e profiláticos, além de medidas não farmacológicas. No entanto, o maior conhecimento acerca das causas, dos fatores de risco, desencadeantes e agravantes possibilita um planejamento da assistência voltado para se evitar esses fatores e, dessa forma, os episódios de enxaqueca.

Ao considerarmos a dor como uma resposta humana importante, devemos entendê-la como uma experiência única, subjetiva, complexa e que sua percepção envolve diversos fatores que podem suavizar ou intensificar essa vivência.

Assim, a avaliação e a mensuração do fenômeno doloroso são essenciais para o estudo dos mecanismos envolvidos e para seu adequado manejo⁽⁹⁾, assim como o entendimento dos fatores causais e das características do fenômeno. Observa-se que há uma importante lacuna no conhecimento dos fatores causais da migrânea; conhecer quais são esses fatores proporcionaria à equipe de saúde um entendimento capaz de produzir ações para o manejo adequado desse tipo de dor.

Visto que não há exames laboratoriais que

possibilitem um diagnóstico correto da migrânea, a informação mais precisa sobre esse problema é a referida pelo paciente, sendo importante a realização de uma boa e completa anamnese, e escuta atenta⁽³⁾. Assim, a avaliação adequada dos indivíduos com migrânea torna-se algo imprescindível no diagnóstico, manejo e planejamento do cuidado.

Diante do exposto, julga-se importante realizar uma abordagem acerca dos elementos da migrânea. Dessa forma, este estudo teve como objetivo identificar, por meio de revisão integrativa de literatura, a etiologia e as manifestações clínicas da migrânea.

Método

Foi realizada uma revisão integrativa de literatura⁽¹⁰⁻¹¹⁾, método de pesquisa que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática. O propósito primordial é aprofundar o entendimento de um determinado fenômeno e evidenciar possíveis lacunas, possibilitando o raciocínio crítico que a prática necessita. É constituída de 5 etapas⁽¹⁰⁻¹¹⁾, sendo elas: a identificação do problema, estabelecimento dos critérios de seleção da amostra, categorização dos estudos (coleta de dados) por meio de leitura na íntegra de todos os artigos selecionados na fase anterior, análise e interpretação dos dados e síntese do conhecimento.

Após a identificação do problema, estabeleceu-se a seguinte questão norteadora: "Quais são as evidências disponíveis na literatura sobre a etiologia e os sinais e sintomas da migrânea?"

Na segunda etapa, os critérios de seleção da amostra foram estabelecidos, sendo que a busca dos artigos de interesse foi realizada nas bases eletrônicas de dados PubMed, oferecida pela *US National Library of Medicine* (NLM), e LILACS, oferecida pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME).

O descritor "transtornos de enxaqueca",

encontrado no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), foi utilizado para as buscas no LILACS. Para as buscas no PubMed, foram utilizados os descritores "migraine disorders" e "signs and symptoms" e o subheading "etiology", encontrados no Medical Subject Headings (MeSH); nessa base de dados, os cruzamentos foram "migraine disorders" AND "signs and symptoms" e "migraine disorders" AND "etiology".

Para a seleção dos artigos, foram consideradas as publicações referentes ao período de 1º de janeiro de 2006 a 31 de dezembro de 2010, perfazendo um total de 5 anos.

Os estudos iguais encontrados em bases de dados diferentes ou por diferentes cruzamentos de descritores foram considerados apenas uma vez.

Os critérios de inclusão adotados foram: artigos que demonstrassem, no resumo, o estudo de fatores relacionados (etiologia) e de características definidoras (sinais e sintomas) da migrânea; artigos originais; artigos cujos sujeitos da pesquisa fossem seres humanos e contemplassem faixa etária igual ou acima de 18 anos; artigos apresentados nas línguas inglesa, portuguesa e espanhola. Já os critérios de exclusão adotados foram: artigos indisponíveis na íntegra por via *on-line* ou não acessíveis nas bibliotecas às quais os pesquisadores possuíam acesso; e artigos que não respondessem à questão norteadora estabelecida para a pesquisa.

As publicações foram pré-selecionadas após a leitura e a análise dos resumos, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos. Foram eleitos os artigos que abordavam assuntos pertinentes ao objetivo do presente estudo e à questão norteadora previamente definida. .

Para a extração de dados dos artigos eleitos, foi realizada análise criteriosa a partir da leitura na íntegra. Para isso, utilizou-se instrumento adaptado de outro disponível na literatura⁽¹²⁻¹³⁾. Tal instrumento possibilitou coletar e armazenar dados como o título do artigo e do periódico, a base de dados em que o artigo foi encontrado, os autores, assim como seu país de origem e o local de trabalho, o ano e a área de publicação, os

objetivos, as características metodológicas do estudo (abordagem metodológica) e os resultados alcançados (etiologia e sinais e sintomas). Nesse último item foram encontrados outros resultados não previstos os quais julgamos prudente não descartar (fatores de risco, desencadeantes e agravantes). Além disso, o instrumento possibilitava coletar o nível de evidência do estudo.

Cada estudo foi classificado segundo seu nível de evidência⁽¹⁴⁾, o qual classifica as pesquisas em seis níveis de forças de evidência segundo seu delineamento, sendo eles: nível I - metanálise, nível II - estudo experimental, nível III - estudo quase experimental, nível IV - estudo não experimental, nível V - relato de caso e nível VI - artigo de opinião. Para a análise do nível de evidência de cada artigo foi necessária a leitura atenta e detalhada do método de pesquisa utilizado pelos autores.

Cada artigo selecionado foi lido e categorizado, os dados foram organizados em tabelas, comparados e, por fim, realizada a síntese do conhecimento produzido, proporcionando discussão de maiores achados e posteriores conclusões.

Resultados

O número total de artigos encontrados na busca foi 1.677. Após a utilização dos critérios de inclusão e exclusão, 26 artigos foram escolhidos para compor a revisão integrativa de literatura. Ao realizar a leitura na íntegra dos artigos eleitos, observou-se o aparecimento de outros elementos importantes, além da etiologia e dos sinais e sintomas. Em razão da importância e da relevância de tais elementos, optou-se por sua inclusão como resultados válidos neste estudo, sendo eles os fatores de risco, os desencadeantes e os agravantes da migrânea.

O único agente causal da migrânea encontrado nesta revisão integrativa de literatura foi a predisposição genética⁽¹⁵⁻¹⁸⁾. Fatores de risco, fatores desencadeantes e sinais e sintomas da migrânea encontrados nesta revisão estão apresentados, respectivamente, nas Figuras 1, 2 e 3.

Agrupamento	Fatores de risco
Relacionado ao sexo	Sexo feminino ^(15,19-20)
Relacionado à cor da pele	Cor branca ⁽¹⁹⁾
Relacionado aos aspectos emocionais e psicológicos	Maus tratos na infância: abuso físico, negligência física, negligência emocional e, particularmente, o abuso emocional ⁽²¹⁾ Traços de personalidade e mecanismos psicossomáticos ⁽²²⁾
Relacionados a fatores hormonais	Uso de anticoncepcional hormonal ^(19,23) Mudanças hormonais ⁽²⁴⁾
Estado civil	Casado ^(15,25) ; viúvo ⁽¹⁵⁾
Outros	Infecção por <i>Helicobacter pylori</i> ⁽²⁶⁾ Hiperinsulinemia em pacientes não obesos ⁽²⁷⁾

Figura 1 - Fatores de risco da migrânea encontrados por meio da revisão integrativa de literatura, n=26

Agrupamento	Fatores desencadeantes
Aspectos emocionais e psicológicos	Estresse e ansiedade ^(24,28) ; fatores psicológicos ⁽¹⁵⁾ ; cansaço e exaustão mental ^(15,25)
Aspectos fisiológicos	Tensão muscular no pescoço ⁽²⁵⁾
Aspectos ambientais	Mudanças de temperatura atmosférica ⁽²⁴⁾ ; poluição do ar ⁽²⁹⁻³¹⁾
Estímulos sensoriais	Cheiros/odores: perfumes em geral e femininos, fumaça de cigarro, odor de comida, gasolina, incenso, café ^(24-25,32) Ruídos ⁽²⁴⁾ ; fome ⁽²⁸⁾ ; estimulação vestibular e vertigem induzida ⁽³³⁾
Alimentação	Jejum ⁽³⁴⁾ ; chocolate e queijo ⁽²⁴⁻²⁵⁾ ; cerveja e bebidas destiladas ⁽²⁴⁾ ; vinho tinto ⁽²⁴⁻²⁵⁾
Padrão de sono	Ritmo do sono ^(15,25) ; privação do sono e sono prolongado ^(28,34)
Hormonal	Menstruação ⁽²⁵⁾
Hábitos	Lavagem dos cabelos ou duchas; exposição à luz solar; associação da lavagem dos cabelos com exposição à luz solar, sentar em baixo da brisa do ventilador/ar condicionado ou aplicação de henna ⁽³⁴⁾

Figura 2 - Fatores desencadeantes da migrânea encontrados por meio da revisão integrativa de literatura, n=26

Agrupamento	Sinais e sintomas
Tipo de dor	Pressão e pontada (migrânea crônica) ^(16,35) ; latejante (migrânea com e sem aura) ^(16,18-19,28,36) ; unilateral ⁽²⁸⁾ ; bilateral, podendo persistir à esquerda ou à direita ^(16,18)
Duração da dor	Pico de ataque de 4 a 6 horas ⁽¹⁵⁾ ; duração média da crise de 5 a 12 horas ^(16,18,28)
Severidade da dor	Moderada à intensa ^(16,24)
Localização da dor	Regiões temporal, frontal, na região dos olhos ou occipital (menos frequente) ^(16,24,36)
Início e frequência das crises	14 a 16 anos, em média ^(16,18) ; 3 dias no último mês, em média ^(16,24)
Padrão episódico	Fixo nas tardes, noites ou finais de semana ^(16,28) ; mulheres no período menstrual ⁽¹⁶⁾
Estímulos sensoriais	Fonofobia e fotofobia ^(16,18,24,28,35,37) ; parestesias ⁽³⁶⁾ ; tontura e vertigem ^(28,37) Osmofobia: perfumes (femininos e desodorantes), comidas (cafés, frituras e cebola), cigarro, outros (gasolina e detergente) ^(24,28,32)
Relacionados à qualidade de vida	Incapacidade laboral, acadêmica, doméstica e social associadas à migrânea ^(16,19) ; cansaço, irritabilidade, tensão ^(16,36) ; depressão ^(16-17,22,37-38) ; perda da libido ⁽¹⁶⁾ ; estresse e ansiedade ^(17,37-38) ; insônia e distúrbios no sono ^(16,37)
Alterações gastrintestinais	Anorexia ⁽¹⁶⁾ , náuseas e vômitos ^(16,18,24,28,35,37) ; dores abdominais superiores e dispepsia ⁽³⁹⁾
Outros sintomas	Migrânea com aura e crônica: sintomas neurológicos focais e auras visuais ⁽¹⁶⁾ Posteriores à cefaleia: cansaço, sonolência, irritabilidade e depressão ⁽¹⁶⁾

Figura 3 - Sinais e sintomas da migrânea encontrados por meio da revisão integrativa de literatura, n=26

Alguns estudos observaram a existência de agravantes da dor, ou seja, fatores que quando acontecem na presença da dor a intensificam. Os agravantes da dor identificados foram atividades físicas, como caminhar, subir escadas ou carregar peso^(16,18-19,28), ruídos ou presença de luz⁽¹⁹⁾ e cinesiofobia⁽⁴⁰⁾.

Com relação ao nível de evidência, a maioria dos estudos (84,6%) consistiu em delineamento não experimental, sendo classificados com nível de evidência IV. Os demais estudos (15,4%) consistiram em pesquisas de delineamento experimental (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos estudos selecionados conforme delineamento, nível de evidência e porcentagem

Delineamento	Nível de evidência	n (%)
Delineamento não experimental ^(15-20,22-28,32-40)	IV	22 (84,6)
Delineamento quase-experimental ^(21,29-31)	III	4 (15,4)
Total		26 (100,0)

Discussão

A presente investigação constatou que há poucos estudos que abordam a etiologia da migrânea, sendo esta ainda desconhecida e pouco descrita na literatura. O pouco conhecimento das causas da migrânea dificulta o diagnóstico correto da doença e a seleção de um tratamento realmente eficaz focado no agente causal. Observou-se que pessoas com cefaleias crônicas diárias apresentam substancial predisposição genética⁽¹⁵⁻¹⁸⁾.

Sobre os fatores de risco, alguns autores, com o intuito de conhecer a distribuição e prevalência da migrânea na população adulta, seus determinantes e características clínicas, apontaram o sexo feminino como predominante para essa doença crônica^(15,19). Observou-se, também, que esse fato possivelmente seja devido às variações hormonais que afetam as mulheres no decorrer do ciclo hormonal, sendo este um fator de risco para a migrânea⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Outros autores relatam que, apesar de não encontrarem diferença nos mecanismos de fatores genéticos para migrânea entre homens e mulheres, as mulheres podem ter um risco aumentado em sua expressão da dor quando expostas aos fatores

desencadeantes endógenos e exógenos⁽²⁰⁾. Também, há uma associação entre enxaqueca e cor da pele branca, podendo esta ser decorrente de uma possível vulnerabilidade genética do indivíduo⁽¹⁹⁾.

Em um recente estudo de delineamento transversal, com o objetivo de avaliar a relação entre abuso na infância e negligência e as características da migrânea, os autores encontraram que os maus tratos na infância, particularmente o abuso emocional, são um dos fatores que poderiam caracterizar risco para o aparecimento da migrânea crônica, porém outras categorias de traumas também podem estar associadas⁽²¹⁾.

Autores relatam a associação entre o uso de anticoncepcional hormonal e a prevalência de enxaqueca^(19,23). Ainda, apontaram um aumento da prevalência de cefaleias, em particular a migrânea, entre usuárias prévias ou atuais de contraceptivos orais, sendo que, para usuárias atuais, há maior prevalência dentre os compostos por estrógeno⁽²³⁾. Em outro estudo, autores encontraram a cefaleia como um sintoma comum relatado por mulheres na síndrome do climatério, dentre outros⁽⁴¹⁾.

Ainda com relação aos fatores de risco, observou-se que a infecção por *Helicobacter pylori* seria um provável fator de risco ambiental independente para a migrânea sem aura, especialmente em pacientes que não são hormonalmente ou geneticamente suscetíveis para migrânea⁽²⁶⁾.

Com relação aos fatores desencadeantes, os aspectos emocionais e psicológicos que podem desencadear o quadro de migrânea são o cansaço, a exaustão mental, o estresse e a ansiedade, além de outros fatores psicológicos^(15,24-25,28). Além desses, aspectos ambientais, como a mudança de temperatura atmosférica, mudanças hormonais⁽²⁴⁾ e a menstruação⁽²⁵⁾, também podem influenciar no desencadeamento da doença.

Um fato interessante refere-se à indução do ataque de migrânea desencadeada pelos odores^(24-25,32), gerando hipersensibilidade principalmente nas mulheres⁽²⁴⁾. A intolerância aos odores, além de

desencadeante, também pode ser considerada manifestação clínica durante as crises⁽³²⁾.

Quanto aos estímulos sensoriais, pode ser citado o estímulo olfatório associado a um histórico de osmofobia, como perfumes em geral e os femininos, fumaça de cigarro, odor de comida, incensos, café, gasolina, entre outros⁽³²⁾. Ainda dentro desse grupo, aparecem outros fatores, como o ruído^(15,25) e a fome⁽²⁸⁾.

Relacionado à alimentação, tanto estar em jejum⁽³⁴⁾ quanto o consumo de determinados alimentos e bebidas podem desencadear o episódio de migrânea, sendo que os principais alimentos e bebidas que apareceram nas pesquisas foram o chocolate, o queijo, o vinho tinto⁽²⁴⁻²⁵⁾, a cerveja e as bebidas destiladas⁽²⁴⁾.

É sabido que a condição clínica de portar uma doença crônica pode afetar significativamente a qualidade do sono, destacando o impacto na vida diária de cada indivíduo. Não apenas como consequência da doença, mas também a privação do sono e o sono prolongado podem ser causas disparadoras da migrânea^(15,28,34).

Ainda relacionado à qualidade e ao estilo de vida, podemos agregar importância no que diz respeito aos hábitos de vida de cada indivíduo. Estudo prospectivo inédito foi realizado com 1.500 indianos diagnosticados com migrânea (com e sem aura), sendo que, em 94 indivíduos desse total, a lavagem dos cabelos ou as duchas foram apontadas como um fator desencadeante incomum para migrânea. A associação da lavagem dos cabelos com exposição à luz solar, sentar em baixo da brisa do ventilador/ar condicionado ou aplicar Henna foram outros fatores desencadeantes apontados⁽³⁴⁾.

Outro fator importante levantado nesta revisão referiu-se à poluição do ar como desencadeante da migrânea⁽²⁹⁻³¹⁾. Alguns autores indicaram como fatores desencadeantes da migrânea para as mulheres, no período de calor, a exposição ao dióxido de enxofre (SO₂) e, na época do frio, às partículas de matéria menores que 2,5µm; para os homens, no período de calor, o fator desencadeante de migrânea apontado foi a exposição ao dióxido de nitrogênio (NO₂) e de

monóxido de carbono (CO)^(29,31). Ao contrário destes, outro estudo apontou que, para as mulheres, na época do frio, o principal fator desencadeante foi o dióxido de enxofre (SO₂)⁽³⁰⁾.

No decorrer desta revisão integrativa de literatura, observou-se que há um maior número de resultados referentes aos sinais e sintomas da migrânea do que para os outros tópicos pesquisados.

No agrupamento relacionado ao tipo de dor, foram encontrados os tipos pulsátil^(16,18-19,28,36), tipo pressão e tipo pontada^(16,35), unilateral⁽²⁸⁾ e bilateral, podendo persistir à esquerda ou à direita^(16,18).

Quanto à duração da dor, o pico descrito de ataque da migrânea é de 4 a 6 horas⁽¹⁵⁾, sendo que a duração média das crises pode variar entre 5 e 12 horas^(16,18,28), com a frequência das crises de uma a três vezes por mês^(16,24).

É sabido que a experiência da dor é subjetiva e que seu limiar pode variar para cada indivíduo. Nesse sentido, foram detectadas diferentes intensidades da dor para os portadores de migrânea, sendo encontrada severidade da dor de moderada a intensa^(15-16,18,24,35,38).

Com relação à localização da dor, foram mais incidentes as regiões temporal, frontal, região dos olhos e occipital^(16,24,36), sendo o início das crises de migrânea por volta dos 14 a 16 anos, em média^(16,18).

O maior agrupamento dentre os sinais e sintomas encontrados nesta revisão descrevem os achados no que diz respeito aos estímulos sensoriais, sendo os mais frequentes a fotofobia e fonofobia^(16,18,24,28,35,37), a tontura, a vertigem (leve, moderada e intensa) e as parestesias⁽³⁵⁻³⁷⁾. Dentre estes, outro estímulo sensorial importante e aparente na revisão integrativa de literatura se trata da osmofobia^(24,32,35). Quanto aos odores propriamente ditos, os mais encontrados foram os perfumes femininos e desodorantes, comidas (café, frituras e cebola) e cigarro, além de outros, como gasolina e detergente⁽³²⁾.

Quanto ao agrupamento das alterações gastrintestinais, também foram encontrados: anorexia, diarreia, náuseas e vômitos^(16,24,28,35,37).

Complementando esses achados, outro estudo avaliou a prevalência de sintomas abdominais superiores idiopáticos em pacientes com migrânea, comparando-os com uma população controle saudável; encontraram-se também dores abdominais superiores e dispepsias⁽³⁹⁾.

Observaram-se ainda sintomas posteriores à crise de cefaleia, como o cansaço, a sonolência, a irritabilidade e a depressão⁽¹⁶⁾.

Este estudo apresenta algumas limitações. Uma delas foi o uso do termo “*etiology*”, que é um *subheading* e não um descritor controlado, para a busca na base de dados PubMed. Outro fato foi o recorte temporal para a revisão ter sido entre 2006-2010, pois, possivelmente, outros estudos foram publicados fora desse período.

Conclusão

Este estudo aponta elementos importantes sobre a migrânea, possibilita aprofundar o seu conhecimento e, dessa forma, repensar o planejamento do cuidado à pessoa com esse tipo de dor crônica na prática profissional de enfermagem. A partir de uma avaliação completa e individualizada da pessoa com migrânea, incluindo anamnese e história da dor, o enfermeiro pode estabelecer, junto do cliente, os fatores de risco modificáveis, além dos fatores desencadeantes e agravantes, indicando estratégias para evitar esses fatores, bem como as crises – ou minimizá-las.

Ainda são necessários outros estudos sobre as origens da migrânea, que esta ainda não possui suas causas bem estabelecidas. Esse fato dificulta encontrar estratégias para evitar seu aparecimento.

Agradecimentos

À Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) pelo apoio financeiro para a realização deste trabalho por meio de bolsa de Iniciação Científica.

Colaborações

Carezzato NL e Hortense P contribuíram para a concepção do problema de pesquisa, identificação dos objetivos e método a ser utilizado, coleta, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Celik Y, Ekuklu G, Tokuç B, Utku V. Migraine prevalence and some related factors in Turkey. *Headache*. 2005; 45(1):32-6.
2. Domingues RB, Kuster GW, Dutra LA, Santos JG. Headache epidemiology in Vitória, Espírito Santo. *Arq Neuropsiquiatr*. 2004; 62(3-A):588-91
3. Speciali JG. Classificação das cefaléias. *Medicina*. 1997; 30(1):421-7.
4. Boschetti V. Tipos de dor de cabeça - Migrânea ou enxaqueca [Internet]. Sociedade Brasileira de Cefaleia; 2007 [citado 2014 fev 19]. Disponível em: http://www.sbce.med.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23:tipos-de-dor-de-cabeça&catid=19&Itemid=718&showall=&limitstart=1
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento à demanda espontânea. Queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
6. Fleming NRP, Pereira Junior FJ. Cefaleias primárias. In: Alves Neto O, Costa CMC, Siqueira JTT, Teixeira MJ. *Dor. Princípios e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 533-44.
7. Morillo LE, Alarcon F, Aranaga N, Aulet S, Chapman E, Conterno L, et al. Latin American Migraine Study Group. Prevalence of migraine in Latin America. *Headache*. 2005; 45(2):106-17.
8. Stefane T, Napoleão AA, Sousa FAEF, Hortense P. Influência de tratamentos para enxaqueca na qualidade de vida: uma revisão integrativa de literatura. *Rev Bras Enferm*. 2012; 65(2):353-60.
9. Sousa FAEF, Pereira LV, Hortense P. Avaliação e mensuração da percepção da dor. In: Alves Neto O, Costa CMC, Siqueira JTT, Teixeira MJ. *Dor – princípios e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 370-81.
10. Yea S, Nicoll LH. Writing an integrative review. *AORN J*. 1998; 67(4):877-84.
11. Broome ME. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: Rodgers BL, Knafl KA. *Concept development in nursing: foundations, techniques and applications*. Philadelphia: WB Saunders; 2000. p. 231-50.
12. Pompeo DA, Rossi LA, Galvão CM. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2009; 22(4):434-8.
13. Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2006; 14(1):124-31.
14. Stetler CB, Morsi D, Rucki S, Broughton S, Corrigan B, Fitzgerald J, et al. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. *Appl Nurs Res*. 1998; 11(4):195-206.
15. Adoukonou T, Houinato D, Kankouan J, Makoutode M, Paraiso M, Tehindrazanarivelo A, et al. Migraine among university students in Cotonou (Benin). *Headache*. 2009; 49(6):887-93.
16. Rueda-Sánchez M. Características clínicas de la migraña en la población general colombiana. *Acta Neurol Colomb*. 2009; 25(2):63-74.
17. Yalug I, Selekler M, Erdogan A, Kutlu A, Dundar G, Ankarali H, et al. Correlations between alexithymia and pain severity, depression, and anxiety among patients with chronic and episodic migraine. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2010; 64(3):231-8.
18. Isaza R, Pineda DA, Aguirre-Acevedo DC, Gallego C, Alvarez J, Valejo D, et al. Caracterización clínica y de conglomerados de clases latentes de la migraña familiar en el aislado genético de Antioquia. *Acta Neurol Colomb*. 2008; 24(1):24-32.
19. Pahim LS, Menezes AMC, Lima R. Prevalência e fatores associados à enxaqueca na população adulta de Pelotas, RS. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(4):692-.
20. Low NCP, Cui L, Merikangas KR. Sex differences in the transmission of migraine. *Cephalalgia*. 2007; 27(8):935-42.

21. Tietjen GE, Brandes JL, Peterlin BL, Eloff A, Dafer RM, Stein MR, et al. Childhood maltreatment and migraine (part II). Emotional abuse as a risk factor for headache chronification. *Headache*. 2010; 50(1):32-4.
22. Abbate-Daga G, Fassino S, Lo Giuduce R, Rainero I, Gramaglia C, Marech L, et al. Anger, depression and personality dimensions in patients with migraine without aura. *Psychother Psychosom*. 2007; 76(2):122-8.
23. Aegidius K, Zwart JA, Hagen K, Schei B, Stovner LJ. Oral contraceptives and increased headache prevalence - The Head-HUNT Study. *Neurology*. 2006; 66(3):349-53.
24. Sjöstrand C, Savic I, Laudon-Meyer E, Hillert L, Lodin K, Waldenlind E. Migraine and olfactory stimuli. *Curr Pain Headache Rep*. 2010; 14(3):244-51.
25. Wöber C, Brannath W, Schmidt K, Kapitan M, Rudel E, Wessely P, et al. Prospective analysis of factors related to migraine attacks: the PAMINA study. *Cephalalgia*. 2007; 27(4):304-14.
26. Yiannopoulou KG, Efthymiou A, Karydakis K, Arhimandritis A, Bovaretos N, Tzivras M. Helicobacter pylori infection as an environmental risk factor for migraine without aura. *J Headache Pain*. 2007; 8(6):329-33.
27. Gruber HJ, Bernecker C, Pailer S, Fauler G, Horejsi R, Möller R, et al. Hyperinsulinaemia in migraineurs is associated with nitric oxide stress. *Cephalalgia*. 2009; 30(5):593-8.
28. Beckmann YY, Seçil Y, Kendir AI, Başoğlu M. Chronic migraine: a prospective descriptive clinical study in a headache center population. *Pain Pract*. 2009; 9(5):380-4.
29. Szyszkowicz M, Stieb DM, Rowe BH. Air pollution and daily ED visits for migraine and headache in Edmonton, Canada. *Am J Emerg Med*. 2009; 27(4):391-6.
30. Szyszkowicz M, Rowe BH, Kaplan GG. Ambient sulphur dioxide exposure and emergency department visits for migraine in Vancouver, Canada. *Int J Occup Med Environ Health*. 2009; 22(1):7-12.
31. Szyszkowicz M, Kaplan GG, Grafstein E, Rowe BH. Emergency department visits for migraine and headache: a multi-city study. *Int J Occup Med Environ Health*. 2009; 22(3):235-42.
32. Zanchin G, Dainese F, Trucco M, Mainardi F, Mampreso E, Maggioni F. Osmophobia in migraine and tension-type headache and its clinical features in patients with migraine. *Cephalalgia*. 2007; 27(9):1061-8.
33. Murdin L, Davies RA, Bronstein AM. Vertigo as a migraine trigger. *Neurology*. 2009; 73(8):638-42.
34. Ravishankar K. 'Hair wash' or 'head bath' triggering migraine - observations in 94 Indian patients. *Cephalalgia*. 2006; 26(11):1330-4.
35. Kelman L, Tanis D. The relationship between migraine pain and other associated symptoms. *Cephalalgia*. 2006; 26(5):548-53.
36. Rueda-Sánchez M. Síntomas prodrómicos de migraña. *Acta Neurol Colomb*. 2010; 26(1):5-10.
37. Salhofer S, Lieba-Samal D, Freydl E, Bartl S, Wiest G, Wöber C. Migraine and vertigo - a prospective diary study. *Cephalalgia*. 2010; 30(7):821-8.
38. Radat F, Mekies C, Géraud G, Valade D, Vivès E, Lucas C, et al. Anxiety, stress and coping behaviours in primary care migraine patients: results of the SMILE study. *Cephalalgia*. 2008; 28(11):1115-25.
39. Kurth T, Holtmann G, Neufgang-Hüber J, Gerken G, Diener HC. Prevalence of unexplained upper abdominal symptoms in patients with migraine. *Cephalalgia*. 2006; 26(5):506-10.
40. Martins IP, Gouveia RG, Parreira E. Kinesiophobia in migraine. *J Pain*. 2006; 7(6):445-51.
41. Valença CN, Germano RM. Concepções de mulheres sobre menopausa e climatério. *Rev Rene*. 2010; 11(1):161-71.