

RELAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR COM A ENXAQUECA

Ana Carolina Brandão Lopes¹

Thainá Soares Eduardo Meireles²

Angela Marta de Souza³

Resumo

Apesar de sua fisiopatologia ainda não ser bem definida, estudos citam que diversos mecanismos atuam como deflagradores de crises de enxaqueca tais como: sono, estresse, jejum prolongado, o sistema trigeminovascular e o consumo de bebidas alcóolicas, dentre esses fatores encontram-se também os fatores nutricionais que atuam no aparecimento e também na prevenção das crises, os alimentos mais citados nos estudos por interferirem na fisiopatologia da enxaqueca devido a sua composição química, são: Álcool, Aspartame, Cafeína e Glutamato Monossódico. O presente estudo visa compreender de que forma os componentes químicos desses fatores nutricionais atuam na fisiopatologia da enxaqueca e salientar quais compostos ajudam a prevenir e ou amenizar os sintomas dessa patologia.

Palavras-chave: Enxaqueca. Cefaléia. Migrânea. Alimentação. Fatores desencadeantes.

RELATIONSHIP OF FOOD CONSUMPTION WITH MIGRAINE

Abstract

Although its pathophysiology is not yet well defined, studies mention that several mechanisms act as triggers of migraine attacks such as: sleep, stress, prolonged fasting, the trigeminovascular system, consumption of alcoholic beverages and these factors are also defined nutritional factors that act in the appearance and also in the prevention of crises, the foods most cited in the studies for interfering in the pathophysiology of migraine due to its chemical composition, are: Alcohol, Aspartame, Caffeine and Monosodium Glutamate. The present study aims to understand which form the chemical components factors nutritional factors play in

¹Graduada em Nutrição pelo UGB/FERP.

²Graduada em Nutrição pelo UGB/FERP.

³Especialização em Nutrição Clínica Lato Sensu pelo Centro Universitário de Volta Redonda.

the pathophysiology of migraine and which are prominent, prevent and or alleviate the symptoms of this pathology.

Keywords: Migraine. Headache. Migraine. Food. Triggering factors.

Introdução

As cefaleias são um tipo de dor referida para a superfície da cabeça a partir de estruturas profundas da mesma, algumas resultam de estímulos dolorosos provenientes de dentro do crânio, enquanto outras resultam de dores que se originam fora do crânio, como nos seios nasais. As cefaleias de origem primária como a migrânea e cefaleia do tipo tensional (CTT), se destacam como os tipos mais comuns de cefaleia, trazendo prejuízos para o desempenho intelectual e social dos indivíduos.

Uma cefaleia idiopática, episódica e recorrente, se manifesta por crises a duração de 4 a 72 horas, com dor unilateral, pulsátil, moderada ou severa muitas vezes associadas a transtornos gástricos, foto e fonofobia, de origem multifatorial que pode estar associada a diversas condições, como o estresse e desequilíbrios neuroendócrinos. Alguns estudos associam a ocorrência do evento a ingestão de alimentos com potencial alergênico e deficiências nutricionais. (GUYTON, 2018; MARQUES, 2016; FRANK, 2014; D'ANDREA, 2010).

Atualmente acredita-se que há pelo menos 150 tipos e subtipos de cefaleias que foi classificada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2011 como uma das 20 principais causas de perda de anos de vida saudável por ano no mundo, apesar da elevada prevalência, ainda é muito desvalorizada e por este motivo encontra-se sub-diagnosticada devido a poucos estudos realizados. (PEIXOTO, 2011; OMS, 2011; SPC, 2010;)

Estudos epidemiológicos têm buscado estimar a prevalência da enxaqueca em diferentes populações e o seu impacto, tanto na população como no sistema de saúde, com enormes proporções para a sociedade e para os indivíduos, devido ao

custo com medicamentos, baixa produtividade e consequente redução na qualidade de vida. Pacientes com cefaleia representam 4,5% dos atendimentos em unidades de emergência, sendo o quarto motivo mais frequente de consulta nas unidades de urgência, sua prevalência ao longo da vida é elevada acometendo 94% dos homens, 99% das mulheres. (MENNINI, 2015; SPI, 2014; MARTELLETTI, 2018; FELIPE, 2010).

Das variantes de cefaleia, a enxaqueca também conhecida como migrânea, é uma das mais estudadas, no Brasil, a prevalência anual da migrânea é de 15.8%, acometendo cerca de 22% das mulheres e 9% dos homens, com pico de prevalência entre 30 e 50 anos. (ABN, 2018)

Vários estudos associam a ingestão de alguns alimentos ao aparecimento da enxaqueca e a maioria referem que uma dieta de eliminação apresenta ser eficaz, no entanto, estabelecer as recomendações dietéticas se torna um desafio, devido a tolerância a determinados alimentos, variar de um indivíduo para outro. A possibilidade de crises de enxaqueca em indivíduos susceptíveis após a ingestão de determinados alimentos, sugere que alguma substância química desses alimentos influenciam a fisiopatologia da enxaqueca em uma ou mais fases das crises álgicas. (MARQUES, 2016; ÉVORA, 2014; COSTA, 2013; NEVES, 2013; FELIPE, 2010)

Ao longo dos anos, vários estudos tentam correlacionar o aparecimento da cefaleia atribuída à ingestão de alimentos com outros tipos de cefaleia, estimando uma possível associação com a enxaqueca. O objetivo geral é descrever o impacto da enxaqueca no bem-estar psicológico de indivíduos; analisar os fatores nutricionais desencadeantes da enxaqueca; verificar de que forma os alimentos podem influenciar no controle da enxaqueca. Os objetivos específicos são conceituar enxaqueca; descrever a sua fisiopatologia e analisar os componentes alimentares envolvidos no desencadeamento da enxaqueca.

Metodologia

O presente trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica desenvolvido entre dezembro de 2019 a julho de 2020 que visa ratificar através das informações contidas nos artigos, publicações e informativos sobre a enxaqueca.

As consultas e pesquisas levaram em consideração as publicações nos últimos dez anos, como as novas tecnologias associadas ao conhecimento certamente nos mostra novos conhecimentos dentro do que já foi relatada, a revisão bibliográfica de um determinado tema se torna um grande aliado para novas descobertas e principalmente aprimoramento do que já está demonstrado.

Utilizamos na pesquisa as palavras chaves conjugadas a diversas explicitações dentro do tema, tendo como palavras-chave principais: enxaqueca, cefaléia, migrânea, Alimentação, Fatores desencadeantes pesquisadas em base de dados diversos como: Google, SCIELO, SBN, Portal do Ministério da Saúde, que buscavam a associação entre o estado físico dos pacientes e seu estado nutricional.

O critério de exclusão foram trabalhos que não se referem ao tema, publicações em outros idiomas que não fossem inglês e língua portuguesa ou de caráter não científico, trabalhos com mais de 20 anos.

Foram encontrados setenta e sete artigos e publicações que mais se adequaram ao tema, sendo que vinte três artigos foram excluídos por serem publicados a mais de dez anos ou não estavam direcionando ao tema, como por exemplo influência da alimentação nos episódios de enxaqueca.

Sendo que a pesquisa encontrou e dividiu as referências em artigos, livros e informativos publicados por órgãos governamentais, podendo assim fazer uma correlação entre as publicações e direcionamentos governamentais dentro do tema da relação do consumo alimentar com a enxaqueca.

Epidemiologia

Na literatura científica Marteletti, 2018 e Ribeiro, 2017; apresentam a enxaqueca como uma síndrome neurovascular, que se manifesta como um estado de hiperexcitabilidade do cérebro, de frequência variada, que apesar de não apresentar uma etiologia definida, está associada a presença de fatores desencadeantes que podem ser divididos em endógenos e exógenos, sendo que 50% de componente genética com uma provável hereditariedade multifatorial poligênica, podendo se apresentar de forma episódica ou contínua, conforme Sequeira, 2016; Burstein, 2015. Nos estudos epidemiológicos como os de Alberti, 2013; Peixoto, 2011, os eventos possuíam características episódicas e recorrentes de crises álgicas, tipicamente uni ou bilateral e pulsátil, de dor moderada a severa e que podendo durar desde horas a dias.

Stovner, 2016 realizou na Europa um estudo o qual constatou-se que a prevalência de cefaleias na população adulta era cerca de 53%, já Marques, no mesmo ano realizou um estudo semelhante na população portuguesa, o qual revelou uma prevalência de cefaleias de 88,6%, um estudo no Brasil realizado por Correia, 2014 com 3848 pessoas no país, verificou que a prevalência de enxaqueca foi maior na região Sudeste (20,5%), seguida pelas regiões Sul (16,4%), Nordeste (13,6%), Centro-Oeste (9,5%) e Norte (8,5%).

No estudo de Gomes em 2012 a prevalência de enxaqueca foi estimada em 17,2% nas mulheres entre os 35 e 45 anos período reprodutivo da mulher e 6,0% nos homens, com início entre 10 e 29 anos, Ribeiro, 2012 e Peixoto, 2011 em 10 a 15% do evento nas mulheres da população adulta em geral, semelhante ao estudo de Stefane, 2012 que apontou aproximadamente 20% das mulheres afetadas, 6% dos homens e 4% a 8% das crianças.

Para Bernstein e Marques, 2016 a interrupção da menstruação após a menopausa, pode induzir à melhora nos sintomas da enxaqueca, já que cerca de 67,0% das mulheres observaram amenização e redução na frequência de suas

crises com o avançar da idade, porém outros trabalhos como os de Corrêa, et al, realizado em 2018 com mulheres na pós-menopausa e hysterectomizadas, verificou que elas apresentaram crises de enxaqueca mensais semelhantes às mulheres que menstruavam regularmente, sugerindo o funcionamento de seu ciclo menstrual regulado pelo hipotálamo no cérebro. O que sugerem que os episódios podem não estar totalmente associados ao período fértil o que precisa ser mais profundamente investigado considerando outros parâmetros como aconselha a sociedade brasileira de cefaleia (SBC, 2019)

Vários estudos como de Silva e Freitas, 2016 afirmam que a enxaqueca com frequência ocorre em indivíduos de uma mesma família o que sugere a implicação dos fatores genéticos no desenvolvimento das crises. Cerca de 50% das crianças que sofrem com a enxaqueca têm, pelo menos, um dos pais acometidos por ela, ou pelo menos um familiar de primeiro grau acometido em mais de 85% dos eventos conforme as publicações de Sequeira, 2016 e Burstein, 2015

Apesar de ambos estudos dos autores citados acima definirem a prevalência de enxaqueca na população adulta, ainda é difícil delimitar esses dados por se tratar de uma patologia de natureza episódica e heterogênea, e as variações encontradas entre os estudos deve-se principalmente às diferenças sócio demográficas, sendo o consenso na maioria dos estudos que a mulher é a mais susceptível a enxaqueca durante a sua fase reprodutiva em relação aos outros grupos, o que não é bem entendido, mas suspeita-se de alguma relação com o hormônio feminino, uma vez que há tendência de aumento na incidência desta durante o período fértil e, redução após a menopausa e há hipóteses consistentes de que algumas manifestações da enxaqueca tenham a origem genética.

Peixoto, 2011 relata que no passado acreditava-se que a enxaqueca tinha uma origem vascular ou uma origem neurogênica, atualmente novos estudos vêm mostrando que essa patologia não é somente consequência da vasodilatação e sim também é dada a partir da ativação do sistema trigêmino-vascular.

Para Burnstein, 2015, encontram-se duas teorias as quais explicam a fisiopatologia da enxaqueca. A teoria vascular, que explicaria a causa da enxaqueca associada a possíveis alterações no córtex ou no tronco cerebral, os principais sintomas são neurológicos que causam disfunções sensoriais, motoras ou cognitivas e teoria neurogênica ainda defendida pela maioria dos autores como Guyton, 2018 e Burnstein, 2015.

Segundo, Chemin, 2010 a fisiopatologia da enxaqueca pode estar associada também a defeitos nos cromossomos, apresentando assim uma anomalia dos canais de cálcio que são responsáveis pela mediação de serotonina, para Felipe et al., 2010 a depressão alastrante, a ativação do sistema trigeminovascular, a inflamação neurogênica, a vasodilatação induzida por óxido nítrico e serotonina podem estar envolvidos no evento.

O que conclui é que a fisiopatologia da enxaqueca ainda é um desafio à ciência, apesar de vários estudos, algumas lacunas ainda não foram preenchidas devido a diversidade de variações dos eventos em condições e populações distintas, no entanto as origens vascular e neurogênica ainda instigam maiores estudos.

Estado nutricional e fatores desencadeantes

Nos estudos de Bond, 2011 e Russo, 2013 ficou evidente que existe alguma relação entre estado nutricional e enxaqueca, uma vez que a prevalência desta enfermidade aumentou entre as pessoas desnutridas bem como entre as obesas, outros estudos demonstraram uma forte relação entre a obesidade e o excesso de peso e a enxaqueca como Verroti, 2013 que observou que cefaleias primárias eram mais comuns e incapacitantes em pacientes com obesidade, sendo a enxaqueca o diagnóstico mais frequente nesta população os estudos de Bond, 2011 e Rosso, 2013 encontraram uma razão de probabilidade de evolução para enxaqueca crônica

de 1,4 em pacientes com sobrepeso, 1,7 em obesos e 2,2 em obesos mórbidos, comparados àqueles com peso normal.

Um IMC maior ou igual a 35 kg/m² aumentou o risco para enxaqueca com frequência diária em relação à enxaqueca ocasional nas mulheres com enxaqueca diária, e associado ao risco aumentado de fonofobia e fotofobia além de cefaleia migranosa conforme os trabalhos de Verroti, 2013 e D'Andrea, 2010, Kinik et al, 2010 observaram relação positiva entre o IMC e a frequência de cefaleias, mas a obesidade não teve influência sobre os sintomas associados à enxaqueca. Verrotti et al, 2013 observaram em seus estudos que a redução do peso, do IMC e da medida de circunferência da cintura reduziram a frequência e a intensidade das crises, da necessidade de uso de medicamentos agudos, e do grau de incapacidade, confirmando os benefícios da perda de peso no tratamento da migrânea.

Apesar da maioria dos estudos concordarem a relação obesidade-enxaqueca, há a necessidade de mais estudos com populações bem delimitadas e maior aprofundamento na fisiopatologia da enxaqueca nessa população.

Constituintes alimentares

Estudo de Silva, et al 2016 detectou a presença de diversos fatores dietéticos como desencadeantes das crises de enxaqueca, e apenas 2,4% dos pacientes não se queixaram de qualquer fator dietético como desencadeante. 90% dos pacientes relataram a susceptibilidade a no mínimo cinco fatores. Outro estudo, Martins et al, 2013 encontraram que 83,5% dos participantes apresentaram algum fator alimentar como desencadeante, sendo o jejum o mais frequente (63,5%), seguido pela ingestão de álcool e cafeína

Conforme Pavão e Benedetti, 2010 o estresse e a alimentação, são fatores desencadeantes e não os causadores mediante predisposição individual.

Para Zaeem, 2016, entretanto, um alimento apenas pode ser considerado desencadeante quando a crise de enxaqueca se inicia nas seis horas após a ingestão do alimento e quando a retirada do alimento leva à melhora dos sintomas. O estado de susceptibilidade torna o indivíduo afetado sempre sujeito a uma crise, mediante fatores desencadeantes.

Dessa forma, os constituintes alimentares são considerados fatores desencadeantes com respostas diferentes entre os pacientes. Campos, 2013 afirma que os constituintes alimentares podem engatilhar uma crise de enxaqueca através da liberação de noradrenalina e serotonina causando vasoconstrição ou vasodilatação, ou estimulação direta de gânglios trigeminal, tronco cerebral e vias neuronais corticais, contribuindo assim para o desencadeamento de enxaqueca em pessoas propensas. Porém, os mecanismos biológicos que explicam a ação e precisam desses gatilhos na precipitação da migrânea são pouco esclarecidos.

Nos estudos como de Carezatto e Hortense, 2014 existe a associação entre alimentos, bebidas e aditivos com a migrânea, sendo os mais citados: queijo, chocolate, frutas cítricas, banana, nozes, carnes “curadas”, produtos lácteos, cereais, feijão, cachorro-quente, pizza, alimentos gordurosos, sorvetes, frutos do mar, ovos, chá, refrigerantes, privação de cafeína e bebidas alcoólicas, especialmente o vinho tinto e a cerveja e aditivos alimentares, como nitrato de sódio, glutamato monossódico e aspartame.

Álcool

Na classificação da sociedade brasileira de cefaleia, 2017 são relatados dois tipos de cefaleia induzidos por álcool: a cefaleia induzida imediatamente pelo álcool, que se desenvolve dentro de três horas após a ingestão de bebidas alcoólicas, e a cefaleia induzida tardiamente pelo álcool, que se desenvolve após a concentração sérica de álcool diminuir ou reduzir a zero, vários outros ingredientes presentes nas

bebidas alcoólicas, teoricamente, poderiam provocar enxaquecas, incluindo tiramina, sulfitos, histamina e flavonóides fenólicos.

O álcool é considerado um agente vasodilatador, porém seu efeito desencadeador da cefalalgia está mais relacionado com o conteúdo de tiramina e histamina encontrado em produtos como vinhos tintos e cervejas e foi citado no estudo de Pavão e Benedetti, 2014 como um desencadeador de crise, corroborando com os estudos de Panconesi, 2012 e Freitas, 2018 que verificaram que nove entre 11 pacientes apresentaram crise de enxaqueca após consumir vinho tinto, sendo que as crises começaram durante as três horas após o consumo do vinho; em contrapartida, em relação ao consumo de vodka, nenhum paciente relatou apresentar crises.

O fato de o álcool ser um fator desencadeante comum de cefalalgia nos principais tipos de cefaleia primária pode sugerir que essas cefaleias podem compartilhar um mecanismo patogênico e que esse gatilho atua no início da via envolvida na patogenia da dor.

Aspartame

O aspartame é o éster metílico de dois aminoácidos, L-aspartil-L-fenilalanina e o ácido glutâmico. Sua molécula de aspartame é composta por 39,5% de ácido aspártico, 50% de fenilalanina e 10,5% de éster metílico. Pode ser sintetizado a partir do ácido aspártico e do éster metílico da fenilalanina por método químico, resultando em outros produtos secundários, ou com maior especificidade, por síntese enzimática, é um edulcorante intensamente doce, cujo poder adoçante é 200 vezes superior à sacarose de acordo com Chemin et al., 2010, Abiad, 2016.

Segundo Martins, et al., 2013 a fenilalanina é um dos componentes do aspartame e está envolvida nas reações neurológicas ou comportamentais após seu consumo. Paconesi, 2015 e Rist, et al, 2015 relatam que a fenilalanina compete

com outros aminoácidos, como o triptofano e a tirosina, pelo mesmo transporte ativo para o cérebro e, por esse motivo, o aumento em um desses componentes pode diminuir o transporte dos demais e afetar a síntese de neurotransmissores ocasionando a dor.

Outros autores apontam que o mecanismo pelo qual a enxaqueca é deflagrada está relacionado à conversão e oxidação do aspartame em formaldeído, sendo essa substância um grande fator de risco para as crises de enxaqueca. Lopes, 2015 e Felipe, 2010 relatam que os pacientes que apresentaram enxaqueca relacionada a ingestão do aspartame tiveram os sintomas reduzidos ou extintos após interromperem o uso deste edulcorante, algumas pesquisas analisadas por Martins et al, 2013 não encontraram relação entre o consumo do aspartame e a enxaqueca, porém divergências foram identificadas nos grupos e outros estudos como os de Silva, 2016 e Saracco, 2014 mostraram essa relação.

Apesar dos estudos encontrarem o envolvimento do consumo de aspartame a cefaléia, ainda existem algumas controvérsias quanto ao elemento gatilho e são necessárias outras pesquisas que elucidem o seu componente com capacidade de desencadear as crises álgicas.

Cafeína

A cafeína, segundo, Felipe, 2010 encontrada no café e em outras bebidas como chá preto, refrigerantes e chocolate podem deflagrar crises de enxaqueca em alguns pacientes, uma vez que é um estimulante do sistema nervoso central e uma substância desidratante, sendo recomendável nestes casos, a sua retirada da dieta. É uma molécula derivada da xantina é uma substância inodora de gosto amargo, sendo suas principais fontes naturais as sementes de café, cacau, chás, guaraná e nozes de cola e em seu estado puro, existe em forma de um pó branco ou em

pequenas agulhas, quando a umidade é totalmente retirada, de acordo com o instituto nacional do câncer NCI, 2015; LIMA, 2010.

De acordo com Pavão e Benedetti, 2014, alimentos com alta taxa de cafeína é reconhecida como desencadeadora de crises pois provocam a constrição das artérias, no entanto, a retirada da substância também pode ocasionar a crise, uma vez que, quando sua ingestão é interrompida, as artérias se dilatam, ocasionando um aumento do fluxo sanguíneo cerebral, resultando na enxaqueca, conforme Martins, 2013. Em indivíduos acometidos de enxaqueca, a dose ou a quantidade ingerida ainda não é definida; porém, em indivíduos não diagnosticados com a enxaqueca e que consomem cafeína diariamente, a retirada de 100 mg de cafeína/dia pode acarretar sintomas, como enxaqueca, letargia, cansaço e dores musculares, segundo Martins, 2013 e Maia, 2010, o que é conhecido como abstinência da cafeína como relatada por SOARES, 2017.

Martins, 2013 concluiu que a abstinência da cafeína é mais apontada como desencadeadora das crises de enxaqueca do que o consumo da substância em si, ligação que foi relatada por Juliano et al. 2012, que observou uma frequência significativamente maior de relatos de dores de cabeça ocasionadas pela retirada da cafeína em relação a administração da mesma em pacientes submetidos a hemodiálise. Em alguns pacientes a cafeína tem sido utilizada como terapêutica para auxiliar no tratamento da enxaqueca pois devido à sua ação constritora nos vasos cerebrais, a mesma compensa a vasodilatação que é responsável por causar o quadro doloroso dessa patologia na conclusão de Felipe, 2010.

Há a necessidade de estudar melhor a relação entre consumo ou a retirada dessa substância no desenvolvimento da enxaqueca, os estudos sugerem ambas situações favoráveis, no entanto, o público estudado participa de grupos diferentes o que gera divergências nos resultados e implica na quantidade de cafeína responsável por provocar alguma reação.

Glutamato monossódico

Segundo Martins, 2013 o glutamato monossódico é um aditivo alimentar muito utilizado como intensificador de sabor, embora ocorra naturalmente em muitos alimentos, é frequentemente adicionado como realçador de sabor e, apesar de sua associação com a cozinha asiática, alimentos ricos nessa substância são comuns no Ocidente. Zaeem et al., 2016

Segundo Pedrozo, 2016 e Martins, 2013 acredita-se que a enxaqueca desencadeada pelo glutamato monossódico ocorre devido a liberação de acetilcolina, que age impedindo a absorção de glicose pelas células cerebrais e para Lopes, 2015 o glutamato monossódico provoca uma excitabilidade dos nociceptores centrais, quando se liga ao receptor do glutamato, promovendo uma elevada produção de neuropeptídeos vasodilatadores causando como consequência a dor.

As quantidades da substância necessária para desencadear as crises variam entre 1,5 a 12g conforme Neves, 2013 que também revelou que o glutamato monossódico poderia ocasionar a dilatação dos vasos responsável pela dor latejante e também que indivíduos que já possuem enxaqueca são mais susceptíveis a desencadear a cefaleia quando consomem esta substância

A ingestão de outro tipo de alimento concomitante com alimento que contenha glutamato monossódico, para Filho et al., 2010 pode atrasar a absorção da substância e proteger o indivíduo de apresentar crises de enxaqueca. A ingestão do glutamato monossódico junto de bebidas alcoólicas também pode funcionar como fator precipitante das crises Ramon, 2020.

Além disso, o glutamato monossódico também possui uma ação vasoconstritora potente podendo causar diferentes sintomas após uma quantidade grande ingerida, em indivíduos em jejum, conforme Neves, 2013 analisa em um estudo duplo cego, randomizado e controlado que encontrou, maior frequência de

enxaqueca em grupos que receberam glutamato do que no grupo que recebeu placebo.

Não existem dados clínicos consistentes para afirmar que o glutamato é um potencial desencadeador de enxaqueca há a necessidade de que sejam feitas pesquisas clínicas mais extensas para estabelecer essa associação.

Considerações Finais

A enxaqueca é uma doença multifatorial de impacto na qualidade de vida do paciente e na saúde pública. Os artigos analisados sugerem que os constituintes alimentares podem atuar como desencadeantes das crises sendo a suas manifestações clínicas diferenciadas entre os indivíduos.

Os principais fatores alimentares citados na literatura como desencadeantes são: Cafeína, aspartame, glutamato monossódico e o álcool, que são alimentos incorporados na dieta da maioria da população. A identificação dos componentes desencadeantes é fundamental para que seja adotada uma conduta nutricional correta podendo assim ajudar na prevenção das crises.

É de suma importância ressaltar que o tratamento da enxaqueca deve ser realizado de forma individualizada, pois cada paciente pode apresentar um fator desencadeante distinto do outro, por isso a averiguação da ingestão alimentar do indivíduo deve ser feita minuciosamente.

Os benefícios de uma alimentação equilibrada e saudável é inquestionável, no entanto existe alguns alimentos ou grupos de alimentos que estão associados a alterações neurovasculares no desencadeamento de enxaqueca.

A orientação nutricional deve ser realizada de forma a recomendar o consumo de nutrientes preventivos e sugerir a exclusão de alimentos relatados como precipitadores da enxaqueca, relatados neste estudo, com objetivo da

melhora da qualidade de vida do paciente, reduzindo a frequência do uso de fármacos e seus potenciais efeitos colaterais.

Há a necessidade de mais estudos para elucidar a fisiopatologia dos compostos alimentares, sua forma de ação e as quantidades dentro de grupos distintos da população.

Referências

ACADEMIA BRASILEIRA DE NEUROLOGIA (ABN). Disponível em: <<https://www.abneuro.org.br/>>. Acessado em: 26 julho de 2020

ALBERTI, Lr.; BURGARELLI GI.; MENDES Kmo.; PETROIANU A.; **A Caracterização epidemiológica da enxaqueca e sua relação com manifestações alérgicas**. Rev. Med. Res., Curitiba, v.15, n.4, p. 250-257, out./dez. 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS INDÚSTRIAS DE ALIMENTOS PARA FINS ESPECIAIS E CONGÊNERES: site: www.abiad.org.br acesso em 18 de julho de 2020

BOND, Ds.;Roth,J.;Nash Jm.; Wing, Rr. ***Migraine and obesity: epidemiology, possible mechanisms and the potential role of weight loss treatment***. *Obes. Rev* 2011;12(5):362-71.22

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BURSTEIN,R.;NOSEDA,R.;BORSOOK,.D.**Migraine**: Multiple Processes, Complex Pathophysiology. *The Journal of Neuroscience*, 2015

CAMPOS, Mariana Rita Martelo de. **Enxaqueca e níveis séricos de Prolactina**. Covilhã, 2013.

CAREZATTO, Natália Lindemann; HORTENSE Priscilla. **Migrânea**: etiologia, fatores de risco, desencadeantes, agravantes e manifestações clínicas. Rev Rene. 2014 mar-abr; 15(2):334-42.

CHEMIN, S. M., Mura J. D. P. Tratado de Alimentação Nutrição e Dietoterapia 2º ed. São Paulo: ed. ROCA, 2010

CIC- CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE CEFALÉIAS - Classificação Internacional de Cefaleias - tradução portuguesa. 3a. ed. London: Publicações Sage, 2014

CORRÊA, Paula Maria, TACHEMCO; ZANELLA, Ângela Kemel. **Fatores associados à enxaqueca na população feminina atendidas em um projeto de extensão da Unipampa**. Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão, v. 10, n. 3, 2018.

CORREIA, Luciana Leonetti; LINHARES, Maria Beatriz Martins. **Enxaqueca e estresse em mulheres no contexto da atenção primária**. Psicologia: teoria e pesquisa, v. 30, n. 2, p. 145-152, 2014.

COSTA, Aline Bárbara Pereira. **Associação do consumo alimentar e composição corporal com a gravidade de migrânea, antes e após intervenção nutricional**. Tese de dissertação de mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. Belo Horizonte, 2013

D'ANDREA, Leon. A. **Pathogenesis of migraine: from neurotransmitters to neuromodulators and beyond**. Neurol Sci 2010;31.(Suppl 1): S1-S7.

DE FREITAS PENAFORTE, Nathália et al. **Consequências do Consumo Alcoólico Associado ao Desenvolvimento da Enxaqueca**. International Journal of Nutrology, v. 11, n. S 01, p. Trab257, 2018.

ÉVORA, Sara Voss Lima. **A influência do Chocolate/Cacau no aparecimento da Enxaqueca**. Covilhã, Maio de 2014.

FELIPE, M. R.; CAMPOS, A.; VECHI, G.; MARTINS, L. **Implicações da alimentação e nutrição e do uso de fitoterápicos na profilaxia e tratamento sintomático da enxaqueca** – uma revisão. Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr.= J. Brazilian Soc. Food Nutr., São Paulo, SP, v. 35, n. 2, p. 165-179, ago. 2010.

FILHO, Péricles Maranhão, VICENT, Maurice B. **Cefaléias inusitadas: de Zeus a Harry Potter**. Rev Bras Neurol, 46 (3): 5-13, 2010.

FRANK, GK. **The role of neurotransmitter systems in eating and substance use**

isorders. In: Brewerton TD, Dennis AB, (eds) Eating disorders, Addictions and Substance Use Disorders. Vol 1. 1st ed. Berlin: Springer Berlin Heidelberg, 2014: 47-70.

GOMES, Maria João Maia. **Alodínia na enxaqueca e as suas implicações no tratamento.** 2012. Tese de Doutorado. Universidade de Coimbra.
INTERNATIONAL COFFEE ORGANIZATION. LONDON-ICO. Disponível em: http://www.ico.org/about_statistics.asp?section=Statistics

JULIANO, LM, HUNTLEY ED, HARRELL PT, WESTERMAN AT. **Development of the Caffeine Withdrawal Symptom Questionnaire: Caffeine withdrawal symptoms cluster into 7 factors.** *Drug Alcohol Depend.* 2012 Aug;124(3):229-34.

KINIK, ST, Alehan F, EROL I, KANRA AR. **Obesity and paediatric migraine.** *Cephalgia* 2010;30(1):105-9.

LIMA, F. A. et al. **Café e saúde humana: um enfoque nas substâncias presentes na bebida relacionadas às doenças cardiovasculares.** *Revista de Nutrição*, v. 23, n. 6, p. 1063-1073, nov, 2010.

LOPES, Marina Nunes. **A Influência da alimentação em crise de Enxaqueca: um estudo de revisão.** Trabalho apresentado à Universidade Católica de Brasília para obtenção do título de bacharel em Nutrição. 2015

MAHAM, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. Krause: **Alimentos, nutrição e dietoterapia.** 13ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. 1855 p.

MAIA, A. V.; CATHARINO, A. M. Da S.; CATHARINO, F. M. C.; Orsini, M.; Alvarenga, R. M. P. **Cefaléia por privação de cafeína em paciente submetida à hemodiálise.** *Revista Neurociências*, v. 18, n. 3, p. 324-327, 30 set. 2010.

MARQUES, Ana Filipa de Jesus. **Agentes anti-enxaqueca – perfil de utilização, efeitos secundários e interações medicamentosas.** Covilhã, Outubro de 2015.

MARQUES, Catarina Martinho Pires. **Enxaqueca: da teoria à prática.** CO. INTERNATIONAL COFFEE ORGANIZATION. World coffee consumption. 2019 disponível em: https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/43068/1/M_Catarina%20Marques.pdf. acesso em 18 de julho de 2020

MARTELLE TI. et. al. **My Migraine Voice survey: A global study of disease burden among individuals with migraine for whom preventive treatments have failed** *The Journal of Headache and Pain* Nov 27;19(1):115 (2018)

MARTINS, Laís Bhering; et al. **Migrânea e os fatores alimentares desencadeantes.** *Headache Medicine.* 2013;4(2):63-9

MENNINI FS; GITTO, L. **The cost of headache disorders**. The Journal of headache and Pain, 2015. 16 (Supp 1):A3

NCI. NATIONAL CANCER INSTITUTE. Nci Thesaurus. **Caffeine**: Code C328. 2015. Disponível em: <https://www.cancer.gov/> . Acesso em: 19 junho 2020

NEVES, Indira Angellys Nunes. **Relação entre hábitos alimentares e enxaqueca**. Brasília- DF, 2013.

NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM ALIMENTAÇÃO (NEPA). **Tabela brasileira de composição dos alimentos – TACO**. Campinas: NEPA-UNICAMP; 2006.

PACONESI, A. et al. **Alcohol as a dietary trigger of primary headaches: what triggering site could be compatible?**. *Neurological Sciences*, v. 33, n. 1, p. 203-205, 2012.

PAVÃO, Tábata Pereira; BENEDETTI Franceliane Jobim. **Fatores alimentares e migrânea**. *Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr. J. Brazilian Soc. Food Nutr.*, São Paulo, SP, v. 39, n. 1, p. 166-178, abr. 2014.

PEDROZO, Maria da Cruz Barbosa de Sales. **Fatores alimentares sugestivos de desencadear as crises de enxaqueca**. 2017.

PEIXOTO, Maria João Canavez. **Genética da Enxaqueca**. Tese de mestrado. Porto ICBAS; 2011.

RIBEIRO, Franciele Amador Malta. et al. **Avaliação neuropsicológica em pacientes com enxaqueca episódica e enxaqueca crônica/cefaleia associada ao uso excessivo de analgésicos**. *Revista brasileira de neurologia e psiquiatria*, 2017.

RIBEIRO, Hugo José Maciel. **Influência Hormonal na Enxaqueca**. Hugo José Maciel Ribeiro. Coimbra, 2012.

RIST, Pamela M.; BURING, Julie E.; KURTH, Tobias. **Dietary patterns according to headache and migraine status: A cross-sectional study**. *Cephalalgia*, v. 35, n. 9, p. 767-775, 2015

ROCKETT, Fernanda Camboim. **Aspectos dietéticos e ambientais no desencadeamento de migrêneas**. Universidade federal do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul. 2010.

ROSSO AL, Williams MA, Rosenberg JR, Haythornthwaite JA, Merikangas KR, et al. **Episodic migraine and obesity and the influence of age, race, and sex.** Neurology 2013;81(15):1314-21.

SARACCO MG, Calabrese G, Cavallini M, Montano V, Rinaldi B, Valfrè W, et al. **Relationship between primary headache and nutrition: a questionnaire about dietary habits of patients with headache.** Neurol Sci 2014;35(1):159-61.

SEQUEIRA, Joana Pereira Dias Figueira Henrique. **Enxaqueca após Acidente Vascular do Tronco Cerebral.** 2016.

SILVA, Lívia Christine Santana; FREITAS, Betânia de Jesus; DE ALMENDRA, Silva. **Influência Dietética e Nutricional na Migrânea.** J. health sci.(Londrina), 2016.

SOARES, Adriana Almeida, Silva Néto Raimundo Pereira. **Cefaleia e abstinência de alimentos.** Headache Medicine. 2017;8(2):34-7

SPC – SOCIEDADE PORTUGUESA DE CEFALIAS. European Headache Federation. Princípios europeus da abordagem das cefaleias comuns nos cuidados de saúde primários. S.I.S n.2010

SPI-SOCIEDADE INTERNACIONAL DE CEFALIAS - **Classificação Internacional de Cefaleias.** 3a. ed. London: Publicações Sage, 2014

STOVNER..LJ,et.al. **Global, regional, and national burden of migraine and tension-type headache, 1990-2016: a systematic analysis for the global Burden of disease Study 2016.** Lancet Neurol. 2018. 17:954-76

TAVARES,Cristiane and SAKATA, Rioko Kimiko. **Cafeína para el tratamiento del dolor.** Rev. Bras. Anesthesiol. [online]. 2012, vol.62, n.3, pp.394-401. <https://doi.org/10.1590/S0034-70942012000300011>.

VERROTTI A, Agostinelli S, D'Egidio C, Di Fonzo A, Carotenuto M, Parisi P, et al. **Impact of a weight loss program on migraine in obese adolescents.** Eur J Neurol 2013;20(2):394-7.

ZAEEM, Zoya; ZHOU, Lily; DILLI, Esmá. **Headaches: a review of the role of dietary factors.** Current neurology and neuroscience reports, v. 16, n. 11, p. 101, 2016.