

Frequência dos tipos de cefaleia no centro de atendimento terciário do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

ARIOVALDO ALBERTO DA SILVA JUNIOR¹, RAFAEL MATTOS TAVARES², RODRIGO PINTO LARA², BRUNO ENGLER FALEIROS³, RODRIGO SANTIAGO GOMEZ¹, ANTÔNIO LÚCIO TEIXEIRA^{1,4}

¹ Neurologistas, Serviço de Neurologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

² Acadêmicos de Medicina, Faculdade de Medicina da UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil

³ Médico, Serviço de Neurologia do Hospital das Clínicas da UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil

⁴ Professor do Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina da UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil

RESUMO

Objetivo: Avaliar a frequência dos diferentes diagnósticos de cefaleias do Ambulatório de Cefaleias do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (AmbCef-UFMG). **Métodos:** Estudo transversal e descritivo com 289 pacientes atendidos consecutivamente no AmbCef-UFMG. O diagnóstico da cefaleia baseou-se nos critérios da Classificação Internacional das Cefaleias (ICDH-2004). **Resultados:** A idade média dos pacientes foi 42,6 anos, sendo a maioria do sexo feminino (86,9%) e com menos de nove anos de escolaridade. As cefaleias primárias foram as mais comuns, sendo a migrânea encontrada em 79,8% dos casos e a cefaleia do tipo tensional (CTT), em 20,4%. Entre as secundárias, o tipo mais comum foi a cefaleia por uso excessivo de analgésicos (16,6%), seguido de casos menos comuns como a hipertensão intracraniana idiopática. A cefaleia crônica diária (CCD) esteve presente em 31,8% dos casos. **Conclusão:** Este estudo confirma dados da literatura que mostram a migrânea como a cefaleia mais comum em centros terciários. O número expressivo de casos de CCD e de uso excessivo de analgésicos indica que, desde o nível primário de atenção, os pacientes deveriam ser orientados a evitar o uso abusivo de medicação sintomática.

Unitermos: Cefaleia primária; epidemiologia; cefaleia do tipo tensional; prevalência; centro terciário.

©2012 Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

SUMMARY

Frequency of types of headache in the tertiary care center of the Hospital das Clínicas of the Universidade Federal de Minas Gerais, MG, Brazil

Objective: To assess the frequency of different diagnoses of headaches in the Headache Outpatient Clinic of the Hospital das Clínicas of the Universidade Federal de Minas Gerais (AmbCef-UFMG). **Methods:** Cross sectional study with 289 patients consecutively attended to at AmbCef-UFMG. Headaches were diagnosed based on the criteria established by the International Classification of Headache Disorders (ICDH-2004). **Results:** The average age of patients was 42.6 years, mostly women (86.9%) with less than nine years of education. Primary headaches were the most common type, with migraine found in 79.8% of cases, and tension-type headache (TTH) in 20.4%. Among the secondary types, the most common was headache caused by overuse of analgesics (16.6%), followed by less common types, such as idiopathic intracranial hypertension. Chronic daily headache (CDH) was found in 31.8% of cases. **Conclusion:** This study confirms literature data showing migraine as the most common headache in tertiary care centers. The expressive number of cases of CDH and headaches caused by overuse of analgesics indicates that, starting at the primary care level, patients should be advised to avoid the abuse of symptomatic drugs.

Keywords: Primary headache; epidemiology; tension-type headache; prevalence; tertiary care center.

©2012 Elsevier Editora Ltda. All rights reserved.

Trabalho realizado no Ambulatório de Cefaleias do Serviço de Neurologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil

Artigo recebido: 08/12/2011
Aceito para publicação: 10/07/2012

Correspondência para:
Arioaldo Alberto da Silva Junior
Avenida Timbiras, 1940/ 803
Lourdes – Belo Horizonte, MG
Brasil
CEP: 30140-061
Tel/Fax: +55 31 3201-4577
juniorariovaldo@uol.com.br

Conflito de interesse: Não há.

INTRODUÇÃO

A cefaleia é um sintoma universal e estima-se que 95% dos homens e 99% das mulheres terão pelo menos um episódio ao longo da vida, das quais cerca de 40% apresentam-na com certa regularidade¹. Mesmo comunidades distantes dos grandes centros urbanos apresentam taxas elevadas de cefaleia, como mostrou um estudo epidemiológico realizado com toda a população de uma pequena cidade no interior de Minas Gerais. Nesse estudo, 65,4% dos habitantes tiveram cefaleia em um período de 12 meses².

As causas de cefaleia são múltiplas e predominam aquelas decorrentes de alterações funcionais do sistema nervoso central, chamadas cefaleias primárias, como a cefaleia do tipo tensional (CTT) e a migrânea. As cefaleias podem variar conforme a intensidade e a frequência, podendo ser extremamente incapacitantes³. Em virtude da complexidade e morbidade de alguns casos, há demanda por atendimento em centros especializados. A frequência dos tipos diagnósticos tratados nesse contexto mostra-se diferente quando comparada à frequência observada na comunidade^{3,4}.

Se por um lado a CTT figura como a cefaleia mais prevalente na população em geral, nos centros terciários há predomínio da migrânea³⁻⁷. Essa diferença se explica, pelo menos em parte, pelo fato de que a CTT episódica, embora muito comum, é menos incapacitante³. Por sua vez, a migrânea é uma cefaleia caracteristicamente de forte intensidade, sendo acompanhada por sintomas como náuseas e vômitos ou foto e fonofobia⁸.

A cefaleia pode ser incapacitante não só pela intensidade, mas também pela frequência das crises, podendo se apresentar de forma quase diária. Essa síndrome é conhecida como cefaleia crônica diária (CCD) e sua prevalência na população geral é em torno de 5%, enquanto em centros terciários varia entre 30 e 90% dos casos^{4,9}.

Conhecer o perfil das cefaleias dos pacientes atendidos em centros terciários pode auxiliar na elaboração dos processos diagnósticos e terapêuticos nos níveis de atenção primária e secundária, propiciando um manejo mais adequado dos casos. Nesse sentido, apresentaremos a frequência dos diferentes diagnósticos de cefaleias do Ambulatório de Cefaleias do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (AmbCef-UFMG).

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal e descritivo que incluiu 289 pacientes atendidos consecutivamente no AmbCef-UFMG de fevereiro a maio de 2011, período em que os dados foram coletados. O agendamento para assistência neste centro terciário é realizado após triagem dos casos, acima de 12 anos de idade, e encaminhados ao serviço de neurologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Os encaminhamentos são realizados principalmente por médicos de atenção

primária que prestam atendimento nas unidades básicas de saúde. Pacientes atendidos no setor de urgência, pela equipe de neurologia, são encaminhados diretamente ao ambulatório de cefaleias.

As consultas são constituídas por avaliação clínico-neurológica e pela aplicação de uma entrevista semiestruturada para o diagnóstico de cefaleia conforme os critérios da Classificação Internacional das Cefaleias-2004¹⁰. Os pacientes que relatam mais de uma forma de cefaleia recebem diagnósticos específicos para cada tipo. Os casos de maior complexidade são discutidos ao final do atendimento e os diagnósticos são estabelecidos de forma colegiada. Após a avaliação neurológica, os pacientes são atendidos por uma equipe multiprofissional constituída por dentistas, fisioterapeutas, nutricionistas, psiquiatras, psicólogos e fonoaudiólogos.

Nos casos de CCD associada ao uso excessivo de analgésicos, o diagnóstico definitivo só é estabelecido após dois meses de suspensão do abuso de medicação sintomática, tempo necessário para que as características semiológicas dos casos assumam o padrão clínico que precedeu a cronificação da dor.

Inicialmente foi feita uma análise descritiva das variáveis utilizadas no estudo. Para as variáveis nominais ou categóricas, foram feitas tabelas de distribuição de frequências. Para as variáveis contínuas, foram utilizadas medidas de tendência central e variabilidade.

RESULTADOS

Os 289 indivíduos participantes do estudo apresentaram uma média de idade de 42,6 anos (desvio-padrão: 15,0; mínimo: 14,0; máximo: 88,0), com predomínio do sexo feminino (86,9%). A maior parte deles apresentou baixa escolaridade; 52,3% dos pacientes estudaram por menos de nove anos; 35,0%, entre nove e 11 anos; e apenas 12,7%, por período maior que 11 anos.

A maioria dos pacientes apresentou cefaleias primárias, sendo o diagnóstico mais encontrado o de migrânea, presente em 79,8% dos casos. Entre os diferentes subtipos, migrânea sem aura foi o diagnóstico mais comum (42,2%), seguido de migrânea com aura (25,9%). A CTT foi o segundo tipo de cefaleia primária mais frequente, tendo sido encontrada em 20,4% dos casos. A CTT foi, portanto, mais comum que a cefaleia do tipo pontada, diagnosticada em 46 pacientes (15,9%). Foram diagnosticados outros tipos menos comuns de cefaleias primárias, como a hemicrânia paroxística crônica (n = 5) e a cefaleia em salvas (n = 2).

Entre as cefaleias secundárias, o tipo mais comum foi a cefaleia atribuída ao uso excessivo de analgésicos, com frequência similar ao da cefaleia primária em pontadas (48 indivíduos ou 16,6% dos casos). O segundo tipo de cefaleia secundária mais frequente foi decorrente de transtorno intracraniano não vascular com 10 casos, incluindo nesta categoria os de hipertensão intracraniana idiopática.

Todas as cefaleias descritas, bem como outros tipos de cefaleia menos frequentes, estão representadas na Tabela 1. Salienta-se que a maioria dos indivíduos recebeu mais de um diagnóstico, o que justifica o maior número de diagnósticos do que de participantes.

A maioria dos casos de cefaleia primária em pontada, CTT e cefaleia atribuída ao uso excessivo de analgésicos foi encontrada em pacientes com migrânea. Entre eles, 20,3% apresentaram cefaleia primária em pontada, 18% com CTT e 19,4% consumiam analgésicos de forma abusiva. As associações desses tipos diagnósticos com a migrânea podem ser visualizadas na Tabela 2.

A CCD esteve presente em 31,8% dos casos. As causas foram cefaleia atribuída ao uso excessivo de analgésicos (16,6% do total de pacientes), migrânea crônica (11,7%), cefaleia do tipo tensional crônica (11%), hemicrania paroxística crônica (1,7%) e cefaleia pós-traumática crônica (1%).

DISCUSSÃO

Assim como na população geral, o perfil predominante do paciente encontrado em nosso ambulatório é o de mulheres na faixa etária de 20 a 49 anos^{6,11,12}, ou seja, uma

população em idade reprodutiva e economicamente ativa, em que crises de dor incapacitantes e mal controladas acarretarão prejuízo ao próprio indivíduo e à sociedade. Steiner e colaboradores, em um estudo inglês, estimaram uma perda de 5,7 dias de trabalho ou de estudo por ano para cada migranoso¹³.

Nossa amostra teve amplo predomínio de indivíduos com baixa escolaridade. O nível de escolaridade apresenta grande variação entre centros. Estudos brasileiros observaram um predomínio da ocorrência de crises de cefaleia entre pacientes com baixo nível socioeconômico^{6,12,14}. Entretanto, o estudo inglês não observou essa tendência¹³, o que pode refletir a natureza dos centros brasileiros, compostos predominantemente de serviços públicos de atenção à saúde.

A frequência dos tipos diagnósticos das cefaleias na população geral difere da observada em centros terciários possivelmente pela maior ou menor morbidade que causam aos indivíduos, o que influencia a demanda por atendimento médico^{4-7,15}. A migrânea é o tipo mais prevalente em centros terciários de atendimento, com taxas variando entre 35 e 80%⁵⁻⁷. Em nosso ambulatório, a migrânea foi

Tabela 1 – Distribuição do número de casos de cefaleia, segundo o tipo, entre pacientes atendidos no Ambulatório de Cefaleias da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011 (n = 289)

Diagnósticos	n	%
Migrânea sem aura	122	42,2
Migrânea com aura	75	25,9
Migrânea crônica	34	11,7
Cefaleia do tipo tensional episódica infrequente	10	3,4
Cefaleia do tipo tensional episódica frequente	22	7,6
Cefaleia do tipo tensional crônica	32	11,0
Cefaleia em salvas	2	0,7
Hemicrânia paroxística crônica	5	1,7
Cefaleia primária em pontada	46	15,9
Cefaleia pós-traumática crônica	3	1,0
Cefaleia atribuída à doença vascular craniana ou cervical	2	0,7
Cefaleia atribuída a transtorno intracraniano não vascular	10	3,4
Cefaleia por uso excessivo de analgésicos	48	16,6
Neuralgias cranianas e causas centrais de dor facial	8	2,7

Tabela 2 – Distribuição do número de casos de cefaleia, segundo associação entre migrânea e demais diagnósticos de cefaleia, para os pacientes atendidos no Ambulatório de Cefaleias da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011

Diagnóstico	Migrânea	
	n	%
Cefaleia do tipo tensional episódica	18	8,1
Cefaleia do tipo tensional crônica	22	9,9
Cefaleia primária em pontada	45	20,3
Cefaleia por uso excessivo de analgésicos	43	19,4

diagnosticada na mesma frequência, 79,2% dos casos, que a de um estudo realizado em 2005 com 106 pacientes. Em um serviço paulista especializado, 37,98% dos pacientes apresentaram migrânea como queixa principal e 22,65%, CTT⁶. Essa diferença na frequência de migrânea pode refletir diferenças metodológicas, uma vez que o estudo paulista é retrospectivo e o nosso, de corte transversal. Entretanto, a maior prevalência de migrânea é evidente e reflete sua importância clínica na decisão de procurar assistência médica. Além disso, sua associação com outras cefaleias primárias é comum, podendo atingir 40% dos casos^{16,17}. A cefaleia primária em pontada, por exemplo, foi encontrada em aproximadamente um quinto dos pacientes migranosos.

A CTT, episódica ou crônica (CTTC), foi a segunda causa mais frequente de cefaleia, enquanto na comunidade é o tipo mais comum, com prevalência variando de 30 a 80%¹⁰. Um estudo chinês encontrou uma prevalência de 66,9% de CTT em um centro terciário¹⁸.

A CCD foi responsável por aproximadamente um terço dos casos, enquanto na comunidade a prevalência gira em torno de 3 a 7%^{9,19}. A causa mais frequente de CCD foi a migrânea associada ao uso excessivo de analgésicos. A desproporção entre a prevalência na comunidade e em centros terciários parece ser decorrente da maior complexidade clínica dos pacientes referenciados, que muitas vezes costumam não ter a resposta ao tratamento em níveis de atenção primária ou secundária. Ressalta-se que é pequena a eficácia da terapia profilática enquanto persistir o uso abusivo de analgésicos.

De fato, a cefaleia é um problema de saúde pública mundial, reconhecido em tais termos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), principalmente nos países que compõem o BRIC (Brasil, Rússia, Índia e China), onde o planejamento das ações de prevenção e tratamento ainda enfrenta muitos desafios^{2,9}. No Brasil, o Programa de Saúde da Família tem se mostrado efetivo para ampliar o acesso da população aos serviços de atenção básica²⁰, sobretudo no que se refere ao controle de condições crônicas como *diabetes mellitus* e hipertensão arterial^{21,22}. A despeito desses avanços, a cefaleia ainda não dispõe de uma abordagem específica em âmbito nacional². Alguns autores atribuem isso à dificuldade diagnóstica pela ausência de um marcador biológico nas cefaleias primárias²³, bem como ao temor do generalista quanto à possibilidade de causa secundária potencialmente fatal²⁴. Galdino *et al.* sugeriram que a falta de disseminação dos critérios da Sociedade Internacional de Cefaleia (*International Headache Society*) para médicos da atenção primária impõe uma importante barreira à abordagem das dores de cabeça²⁴. Nesse sentido, um estudo brasileiro observou que o diagnóstico correto de migrânea foi estabelecido somente em 44,9% dos casos avaliados por não especialistas²⁵. Diagnósticos incorretos frequentemente conduzem

a tratamentos inadequados, como por exemplo, o abuso de analgésicos ou anti-inflamatórios, determinando pior prognóstico e, conseqüentemente, aumentando a proporção de pacientes que necessitarão eventualmente serem encaminhados para a atenção especializada²⁵⁻²⁷.

De todo modo, o presente estudo, sendo descritivo e incluindo a casuística específica de um único centro terciário, apresenta limitações quanto ao entendimento da questão em outros níveis de assistência. Além disso, a falta de acompanhamento longitudinal dos casos frente ao tratamento instituído também é outro fator limitante na compreensão de estratégias que possam otimizar a melhora clínica dos pacientes. Ainda assim, a alta frequência de uso excessivo de medicação detectada na amostra indica que a questão do abuso de analgésicos é um aspecto muito importante, com implicações de saúde pública.

CONCLUSÃO

O conhecimento das cefaleias mais frequentes em um ambulatório de atendimento especializado pode auxiliar no diagnóstico diferencial dos casos quando atendidos na atenção primária.

O número expressivo de casos de CCD decorrentes de migrânea associada ao abuso de analgésicos indica que, na atenção primária, devem ser realizadas intervenções educativas pelos diversos profissionais, incluindo os agentes comunitários de saúde, sobre a importância de se evitar o consumo excessivo de analgésicos. Além disso, os médicos de saúde da família e os neurologistas da atenção secundária devem oferecer tratamento preventivo precoce, principalmente às mulheres da segunda à quarta décadas de vida, com quadro sugestivo de migrânea.

REFERÊNCIAS

1. Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M, Olesen J. Epidemiology of headache in a general population: a prevalence study. *J Clin Epidemiol.* 1991;44:1147-57.
2. Silva-Júnior AA, Krymchantowski A, Moreira P, Vasconcelos L, Gomez RS, Teixeira AL. Prevalence of headache in the entire population of a small city in Brazil. *Headache.* 2009;49:895-9.
3. Stovner LJ, Hagen K, Jensen R, Katsarava Z, Lipton RB, Scher AI *et al.* The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia.* 2007;27:193-210.
4. Silva-Júnior AA, Faleiros BE, Santos TM, Gómez RS, Teixeira AL. Relative frequency of headache types: a longitudinal study in the tertiary care. *Arq Neuropsiquiatr.* 2010;68:878-81.
5. Vasconcelos LPB, Stancioli FG, Leal JC, Costa EAC, Silva-Júnior AA, Gómez RS *et al.* Cefaleias em serviço especializado. *Migrâneas Cefaleias.* 2006;9:4-7.
6. Felício AC, Bichuetti DB, Santos WA, Godeiro Junior CO, Marin LF, Carvalho DS. Epidemiology of primary and secondary headaches in a Brazilian tertiary-care center. *Arq Neuropsiquiatr.* 2006;64:41-6.
7. Gantenbein AR, Kozak S, Agosti F, Agosti R, Isler H. Headache patients in primary care and a tertiary care unit in Zürich, Switzerland. *Cephalalgia.* 2006;26:1451-7.
8. Silva-Júnior AA, Moraes DN, Rezende FB, Pereira GL, Morato EG, Cunningham MCQS *et al.* Frequência dos tipos de cefaleias atendidos no pronto atendimento do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. *Migrâneas Cefaleias.* 2008;11:67-72.
9. Silva-Júnior AA, Costa EC, Gomes JB, Leite FM, Gomez RS, Vasconcelos LP *et al.* Chronic headache and comorbidities: a two-phase, population-based, cross-sectional study. *Headache.* 2010;50:1306-12.
10. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd edition. *Cephalalgia.* 2004;24(Suppl 1):S9-S160.

11. Bigal ME, Rapoport AM, Bordini CA, Tepper SJ, Sheftell FD, Speciali JG. Burden of migraine in Brazil: estimate of cost of migraine to the public health system and an analytical study of the cost-effectiveness of a stratified model of care. *Headache*. 2003;43:742-54.
12. Queiroz LP, Barea LM, Blank N. An epidemiological study of headache in Florianópolis, Brazil. *Cephalalgia*. 2005;26:122-7.
13. Steiner TJ, Scher AI, Stewart WF, Kolodner K, Liberman J, Lipton RB. The prevalence and disability burden of adult migraine in England and their relationships to age, gender and ethnicity. *Cephalalgia*. 2003;23:519-27.
14. Lucchetti G, Peres MF. The prevalence of migraine and probable migraine in a Brazilian favela: results of a community survey. *Headache*. 2011;51:971-9.
15. Vinding GR, Zeeberg P, Lyngberg A, Nielsen RT, Jensen R. The burden of headache in a patient population from a specialized headache center. *Cephalalgia*. 2007;27:263-70.
16. Raskin NH, Schwartz RK. Icepick-like pain. *Neurology*. 1980;3:203-5.
17. Piovesan EJ, Kowacs PA, Lange MC, Pacheco C, Piovesan LRM, Werneck LC. Prevalência e características da cefaleia idiopática em punhaladas em uma população de migranosos. *Arq Neuropsiquiatr*. 2001;59:201-5.
18. Li X, Zhou J, Tan G, Wang Y, Ran L, Chen L. Clinical characteristics of tension-type headache in the neurological clinic of a university hospital in China. *Neurol Sci*. 2012;33:283-7.
19. Queiroz LP, Peres MFP, Kowacs F, Piovesan EJ, Ciciarelli MC, Souza JA *et al*. Chronic daily headache in Brazil: a nationwide population-based study. *Cephalalgia*. 2008;28:1264-9.
20. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. The Family Health Program and the construction of a new model for primary care in Brazil. *Rev Panam Salud Pública*. 2007;21:164-76.
21. Paiva DCP, Bersusa AAS, Escuder MML. Healthcare assessment for patients with diabetes and/or hypertension under the Family Health Program in Francisco Morato, São Paulo, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2006;22:377-85.
22. Carvalho BG, Souza RKT, Soares DA, Yagi MCN. Diseases of the circulatory system before and after the Family Health Program, Londrina, Paraná. *Arq Bras Cardiol*. 2009;93:597-601,645-50.
23. Gantenbein AR, Sandor PS. Physiological parameters as biomarkers of migraine. *Headache*. 2006;46:1069-74.
24. Galdino GS, Albuquerque TIP, Medeiros JLA. Primary headaches: a diagnostic approach by non-neurologist doctors. *Arq Neuropsiquiatr*. 2007;65:681-4.
25. Vincent MB, Carvalho JJ. Primary headache care delivery by nonspecialists in Brazil. *Cephalalgia*. 1999;19:520-24.
26. Katsarava Z, Schneeweiss S, Kurth T, Kroener U, Fritsche G, Eikermann A *et al*. Incidence and predictors for chronicity of headache in patients with episodic migraine. *Neurology*. 2004;62:788-90.
27. Coeytaux RR, Linville JC. Chronic daily headache in a primary care population: prevalence and headache impact test scores. *Headache*. 2007;47:7-12.