



Headache Medicine

■ EDITORIAL

As desventuras do paciente migranoso
Fernando Kowacs & Marcelo Moraes Valença

■ ORIGINAL ARTICLES

O médico e a migrânea: conhecimento e procedimentos ao acolhimento a pacientes em um serviço de pronto-atendimento
The physician and migraine: knowledge and procedures on an emergency care service

Anita Chávez Azevedo, Caroline Salgado Petrin, Laís Andrade Rezende, Luiza Cassali Santos Michel, Talita Vieira Kfuri, Sebastião Rogério Góis Moreira, Mauro Eduardo Juma

Sintomatologia depressiva em adolescentes com cefaleia primária
Depressive symptomatology in adolescents with primary headache
Dayzene da Silva Freitas, Clarice Nicólas Barreto da Costa, Gisela Rocha Siqueira, Marcelo Moraes Valença, Daniella Araújo de Oliveira

■ VIEWS AND REVIEWS

Síndrome serotoninérgica e as triptanas
Serotonin syndrome and triptans
Roldão Faleira de Almeida, Fernando Kowacs

Comorbidades psiquiátricas em pacientes de cefaleias primárias
Psychiatric comorbidities in patients with primary headache
Camila Cordeiro dos Santos, Glauce Regina Lippi

Protrusão da cabeça em adultos com cefaleia
Forward head in adults with headache
Gabriela Natália Ferracini, José Geraldo Speciali

■ NEUROART

Cefaleia e arte: ex-voto como arte da devoção e gratidão
Headache and art: ex-voto as art of devotion and gratitude
Moema Peisino Pereira, Luciana Patrícia A. Andrade-Valença, Amanda Araújo da Silva, Raimundo Silva-Néto, Louana C. Silva, Daniella Araújo de Oliveira, Hugo André de Lima Martins, Carlos Alberto Bordini, Marcelo Moraes Valença



SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA
Brazilian Headache Society

Headache Medicine

ISSN 2178-7468

Scientific Publication of the Brazilian Headache Society
Volume 4 Number 1 January/February/March 2013

CONTENTS

EDITORIAL

- As desventuras do paciente migranoso 4
Fernando Kowacs & Marcelo Moraes Valença

ORIGINAL ARTICLES

- O médico e a migrânea: conhecimento e procedimentos ao acolhimento a pacientes em um serviço de pronto-atendimento 5
The physician and migraine: knowledge and procedures on an emergency care service
Anita Chávez Azevedo, Caroline Salgado Petrin, Laís Andrade Rezende, Luisa Cássia Santos Michel, Talita Vieira Kfuri, Sebastião Rogério Gois Moreira, Mauro Eduardo Jurno

- Sintomatologia depressiva em adolescentes com cefaleia primária 7
Depressive symptomatology in adolescents with primary headache
Dayzene da Silva Freitas, Clarice Nicéas Barreto da Costa, Gisela Rocha Siqueira, Marcelo Moraes Valença, Daniella Araújo de Oliveira

VIEWS AND REVIEWS

- Síndrome serotoninérgica e as triptanas 20
Serotonin syndrome and the triptans
Roldão Faleiro de Almeida, Fernando Kowacs

- Comorbidades psiquiátricas em pacientes de cefaleias primárias 25
Psychiatric comorbidities in patients with primary headache
Camila Cordeiro dos Santos, Glauce Regina Lippi

- Prótrusão da cabeça em adultos com cefaleia 31
Forward head in adults with headache
Gabriela Natália Ferracini, José Geraldo Speciali

NEUROART

- Cefaleia e arte: ex-voto como arte da devoção e gratidão 36
Headache and art: ex-voto as art of devotion and gratitude
Moema Peisino Pereira, Luciana Patrícia A. Andrade-Valença, Amanda Araújo da Silva, Raimundo Silva-Nêto, Louana C. Silva, Daniella Araújo de Oliveira, Hugo André de Lima Martins, Carlos Alberto Bordini, Marcelo Moraes Valença

Capa / Cover - The illustration on the cover was done by Moema Peisino and Marcelo Valença: Anatomical ex-voto.

Headache Medicine

Scientific Publication of the Brazilian Headache Society

Editors-in-Chief

Fernando Kowacs
Marcelo Moraes Valença

Past Editors-in-Chief

Edgard Raffaelli Júnior (1994-1995)
José Geraldo Speciali (1996-2002)
Carlos Alberto Bordini (1996-1997)
Abouch Valenty Krymchantowsky (2002-2004)
Pedro André Kowacs and Paulo H. Monzillo (2004-2007)

Editors Emeriti

Eliova Zukerman, São Paulo, SP
Wilson Luiz Sanvito, São Paulo, SP

International Associate Editors

Cristina Peres Lago, Uruguai
Gregorio Zlotnik, Canadá
Isabel Luzeiro, Portugal
José Pereira Monteiro, Portugal
Kelvin Mok, Canadá
Marcelo Bigal, USA
Nelson Barrientos Uribe, Chile

Editorial Board

Abouch Valenty Krymchantowski, Rio de Janeiro, RJ
Alan Chester F. Jesus, Aracaju, SE
Ana Luisa Antoniazzi, Ribeirão Preto, SP
Ariovaldo A. Silva Junior, Belo Horizonte, MG
Carla da Cunha Jevoux, Rio de Janeiro, RJ
Carlos Alberto Bordini, Batatais, SP
Celia P. Roesler, São Paulo, SP
Claudia Tavares, Belo Horizonte, MG
Cláudio M. Brito, Barra Mansa, RJ
Daniella de Araújo Oliveira, Recife, PE
Deusvenir de Sousa Carvalho, São Paulo, SP
Djafir D. P. Macedo, Natal, RN
Élcio Juliato Piovesan, Curitiba, PR
Elder Machado Sarmiento, Barra Mansa, RJ
Eliana Meire Melhado, Catanduva, SP
Fabiola Dach, Ribeirão Preto, SP
Fabiola Lys Medeiros, Recife, PE

Hugo André de Lima Martins, Recife, PE
Jano Alves de Sousa, Rio de Janeiro, RJ
João José F. Carvalho, Fortaleza, CE
Joaquim Costa Neto, Recife, PE
José Geraldo Speciali, Ribeirão Preto, SP
Luis Paulo Queiróz, Florianópolis, SC
Marcelo C. Ciciarelli, Ribeirão Preto, SP
Marcelo Rodrigues Masruha, Vitória, ES
Marcos A. Arruda, Ribeirão Preto, SP
Mario Fernando Prieto Peres, São Paulo, SP
Maurice Vincent, Rio de Janeiro, RJ
Pedro A. S. Rocha Filho, Recife, PE
Pedro Ferreira Moreira Filho, Rio de Janeiro, RJ
Pedro André Kowacs, Curitiba, PR
Raimundo Silva-Néto, Teresina, PI
Renan Domingues, Vitória, ES
Renata Silva Melo Fernandes, Recife, PE

Headache Medicine

ISSN 2178-7468

Jornalista responsável: Ana Carneiro Cerqueira - Reg. 23751 DRT/RJ

A revista *Headache Medicine* é uma publicação de propriedade da Sociedade Brasileira de Cefaleia, indexada no Latindex e no Index Scholar, publicada pela Trasso Comunicação Ltda., situada na cidade do Rio de Janeiro, na Av. N. Sra. de Copacabana, 1059 sala 1201 - 22060-001 - Copacabana - Rio de Janeiro - RJ - Tel.: (21) 2521-6905 - Email: trasso@trasso.com.br - site: www.trasso.com.br. Os manuscritos aceitos para publicação passam a pertencer à Sociedade Brasileira de Cefaleia e não podem ser reproduzidos ou publicados, mesmo em parte, sem autorização da HM & SBCe. Os artigos e encaminhamento, deverão ser contatados o webmaster, via site da SBCe, a Sra. Josefina Toledo, da Trasso Comunicação ou a Sra. Magda Santos, da SBCe, ou as editoras (mmvalencia@yahoo.com.br ou fernandakowacs@gmail.com). Tiragem: 1.000 exemplares. Distribuição gratuita para os membros associados, bibliotecas regionais de Medicina e faculdades de Medicina do Brasil, e sociedades congêneras. Publicidade: Paulo Carneiro



Sociedade Brasileira de Cefaleia – SBCe
filiada à International Headache Society – IHS

Av. Pres. Vargas, 2001 sl. 125- Jd. América - Ribeirão Preto-SP – 14020-260 - Tel: + (16) 3289-3143
Secretaria executiva: Sra. Luana C. Pereira – www.SBCe.med.br - secretaria2@sbcefaleia.com

Diretoria Biênio 2012/2014

Presidente
Marcelo C. Ciciarelli

Secretário
Pedro André Kowacs

Tesoureiro
Mauro Jurno

Departamento Científico
*Mário P. Peres, Luis Paulo Queiróz, Eliova Zukerman,
Marcelo Ciciarelli, Pedro André Kowacs,
José Geraldo Speciali, Eliana Melhado*

Editores de Headache Medicine
Fernando Kowacs & Marcelo Moraes Valença

Comitês
Comitê de Dor Oro-Facial
Renata Campi e Renata Fernandes

Comitê de Cefaleia na Infância
Thais Rodrigues Villa

Comitê de Leigos
*João José de Freitas Carvalho (coordenador)
Jerusa Alecrim Andrade, Célia Roesler, Ana Antoniazzi,
Patrícia Peixoto e Claudia Tavares*

Delegado junto à IHS
Pedro André Kowacs

Delegado junto à ASOLAC
Elder Machado Sarmento

Responsável pelo Portal SBCe
Marco Antônio Arruda

Representante junto à SBED
José Geraldo Speciali

Asociación Latinoamericana de Cefalea – ASOLAC
Diretoria Biênio 2012-2014

Presidente
Carlos Federico Buonanotte

Vicepresidente
Michel Volcy

Secretário
Alex Espinosa

As desventuras do paciente migranoso

*E*m nossa prática clínica, frequentemente nos defrontamos com o relato das desventuras vividas por muitos pacientes migranosos que necessitaram de atendimento nos serviços médicos de emergência, tanto públicos como privados. Ouvimos relatos descrevendo ambientes de atendimento inadequados, com excesso de luz e ruídos; atendimento displicente, causando a impressão de que, para a equipe assistencial, a dor incapacitante e os fenômenos associados à crise migranosa são problemas menores e não merecedores de atenção, visto que não têm o potencial de ocasionar complicações clínicas ou legais; e, acima de tudo, a falta de empatia por parte dos profissionais médicos e de enfermagem em um momento de extrema fragilidade e necessidade. Por que isto acontece, mesmo com toda a atual facilidade de acesso à informação e com a disponibilidade de diretrizes nacionais e internacionais sobre o atendimento de crises migranosas?

Utilizando uma metodologia de pesquisa qualitativa, o grupo do Prof. Mauro Jumo nos mostra como um grupo de médicos que trabalham em serviços de emergência vê a migrânea e os migranosos. Mesmo com as limitações do método utilizado, quanto à generalização dos resultados obtidos, o leitor poderá ao menos em parte entender a origem de alguns dos problemas descritos acima. Esperamos que este e outros artigos desta edição de *Headache Medicine*, igualmente instigantes, proporcionem uma ótima leitura a todos.

Fernando Kowacs & Marcelo Moraes Valença

O médico e a migrânea: conhecimento e procedimentos ao acolhimento a pacientes em um serviço de pronto-atendimento

The physician and migraine: knowledge and procedures on an emergency care service

Anita Chávez Azevedo¹, Caroline Salgado Petrin¹, Laís Andrade Rezende¹, Luisa Cássia Santos Michel¹, Talita Vieira Kfuri¹, Sebastião Rogerio Gois Moreira², Mauro Eduardo Jurno³

¹Alunas da Faculdade de Medicina de Barbacena

²Doutor em Psicologia, professor da Faculdade de Medicina de Barbacena

³Doutor em Neurologia, professor da Faculdade de Medicina de Barbacena, professor externo da Pós-graduação em Neurologia da Universidade Federal Fluminense, coordenador da Residência de Clínicas Médica da FHEMIG/Barbacena

Azevedo AC, Petrin CS, Rezende LA, Michel LC, Kfuri TV, Góis Moreira SR, Jurno ME

O médico e a migrânea: conhecimento e procedimentos ao acolhimento a pacientes em um serviço de pronto-atendimento. *Headache Medicine*. 2013;4(1):5-12

ABSTRACT

Objetivo: Este trabalho analisou o conhecimento de um grupo de médicos em unidades de emergência, de uma cidade de médio porte localizada em Minas Gerais, a respeito da migrânea/enxaqueca e de como foi o acolhimento realizado por eles. **Método:** Este trabalho de caráter qualitativo utilizou instrumentos como a Ficha de Identificação e Estratificação da Amostra e o Roteiro de Entrevista Semiestruturada, tendo como base os critérios de diagnóstico das cefaleias da Sociedade Internacional de Cefaleia e as Recomendações da Sociedade Brasileira de Cefaleia para o tratamento das crises de migrânea. **Resultado:** Nas unidades de emergência desta cidade é frequente o atendimento de pacientes com crise migranosa. De acordo com os entrevistados, a maioria dos pacientes superestima sua dor, porém, o mesmo não ocorre com os médicos, que dizem subestimar a dor de seu paciente. Segundo os entrevistados há uma relação de migrânea com distúrbios psicológicos e seus pacientes necessitam de um atendimento especial, inclusive de um ambiente adequado para atendimento. Nota-se também que não há um critério estabelecido para a escolha de medicamentos assim como para realização de exames complementares e internação. **Conclusão:** Diante do estudo realizado nota-se uma deficiência no acolhimento do paciente migranoso e no conhecimento dos médicos em relação a essa patologia.

Palavras-chave: Médicos; Migrânea; Acolhimento; Atendimento; Unidades de Emergência

ABSTRACT

Objective: This study analysed a group of emergency room doctors from a mid-size Brazilian town knowledge about migraine and how they provide care for XXX acute migraine patients. **Methods:** This qualitative study used instruments such as the Sample – Identification and Stratification Card and the Semi-Structured Interview Roadmap, based on the International Headache Society set of criteria for headache diagnosis and the Brazilian Headache Society acute migraine attacks treatment recommendations. **Results:** In this town emergency rooms the attendance to patients with acute migrane is frequent. According to the interviewees, most patients tend to overestimate their pain. On the other hand the physicians affirm that themselves tend to underestimate their patient pain. According to the interviewees there is a relationship between migraine and psychological disorders, and their patients need special services, including suitable care facilities. It is also notable that there is no established criteria regarding drug treatment options, as well as complementary tests or hospitalization. **Conclusion:** This study shows deficiencies in acute migraine patients emergency care and in physicians' knowledge regarding this disease.

Keywords: Physicians; Migraine; Host; Service; Emergency units

INTRODUCTION

A migrânea é uma das mais frequentes causas de cefaleia primária e provoca grande impacto social e econômico na vida dos indivíduos.⁽¹⁻³⁾ Essa doença apresenta uma prevalência anual de 18% em mulheres e 6% em homens, aproximadamente.^(1,2) É caracterizada por várias combinações de alterações neurológicas, gastrointestinais e autonômicas. Seu diagnóstico é baseado apenas nas características clínicas da dor e dos sintomas associados.⁽⁴⁻⁶⁾

A cefaleia é um dos sintomas mais comuns na clínica médica, havendo estimativas de que 90% dos homens e 95% das mulheres tenham uma crise de cefaleia, anualmente.⁽⁷⁾ Alguns trabalhos avaliam que a doença seria responsável por 1% a 16% de todas as visitas às unidades de emergência.⁽⁸⁾

Sabe-se que as cefaleias correspondem a 7,2% de todas as consultas neurológicas em uma unidade de emergência⁽⁹⁾ e os diagnósticos mais comuns entre as cefaleias primárias foram migrânea (47,7%), seguida pela cefaleia do tipo tensional (37,6%).^(10,11)

Embora outros pesquisadores já tenham abordado este tema, foi constatado que o tratamento efetuado, na maioria dos casos, não foi o recomendado por consensos ou estudos clínicos.^(10,12)

Nesta pesquisa abordamos, através da metodologia científica de caráter qualitativo, as atitudes e conceitos dos médicos das unidades de emergência de uma cidade de médio porte em Minas Gerais, frente a pacientes em crise aguda de migrânea. Avaliamos também o perfil demográfico e as características de formação pessoal destes médicos.

MÉTODOS

Esta pesquisa foi realizada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, credenciado pelo CONEP (protocolo n° 920/2011).

Utilizaram-se recursos da metodologia científica de caráter qualitativo tendo como participantes da pesquisa médicos que atendem nas Unidades de Emergência de Saúde de uma cidade de médio porte em Minas Gerais.

Os instrumentos utilizados foram a Ficha de Identificação e Estratificação da Amostra e o Roteiro de Entrevista Semiestruturada, tendo como base os critérios de diagnóstico das cefaleias da Sociedade Internacional de Cefaleia⁽⁹⁾ e as Recomendações da Sociedade Brasileira

de Cefaleia para o tratamento das crises de dor de crises de migrânea.⁽¹³⁾

Foram apresentados aos participantes os objetivos da pesquisa e o termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), tendo sido solicitado ao participante que respondesse aos questionamentos para o preenchimento da ficha de identificação, e logo após foi realizada a entrevista utilizando-se o roteiro semiestruturado composto por dez perguntas de caráter subjetivo. As entrevistas foram realizadas com os dez primeiros médicos que se dispuseram a participar do estudo. Cada participante foi entrevistado individualmente, em local reservado, sendo as entrevistas gravadas em aparelho de áudio de alta definição e, posteriormente, transcritas respeitando-se a linguagem dos entrevistados.

A análise dos resultados foi realizada segundo a proposta desenvolvida por Bardin⁽¹⁴⁾ e Franco,⁽¹⁵⁾ sendo transcritas as respostas apresentadas pelos participantes.

Em respeito ao anonimato dos médicos entrevistados, eles foram identificados como: Médico 1, Médico 2, Médico 3, Médico 4, Médico 5, Médico 6, Médico 7, Médico 8, Médico 9 e Médico 10.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos dez médicos entrevistados todos estavam, no momento da entrevista, trabalhando como plantonistas em unidades de emergência.

Para o melhor entendimento do perfil demográfico e das características de formação pessoal dos sujeitos do estudo, segue-se abaixo uma tabela com a caracterização dos participantes da pesquisa (Tabela 1).

Durante a entrevista foram abordados pela entrevista semiestruturada, temas como: o entendimento dos médicos em relação à dor de seu paciente, o impacto da dor, as comorbidades, o atendimento do paciente migranoso, a propedêutica e o tratamento.

Primeira questão: "Vocês atendem pacientes com migrânea?". Todos responderam que sim.

A respeito do impacto da dor perguntou-se se os pacientes migranosos superestimam ou subestimam a sua dor e a maioria dos médicos disse que os pacientes superestimam a dor. Seguem-se as justificativas a essa questão:

"É difícil até de responder isso; eu acho que a grande maioria deles superestima a dor porque é uma dor crônica, já estão cansados de ter aquele quadro de enxaqueca, então eu acho que, em algumas situações, talvez a grande maioria superestima, mas não por uma questão... essa

Tabela 1- Perfil demográfico dos médicos entrevistados

| Médico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|-------------------|------------------------|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|---|------------------------------------|------------------------------|
| Nome | U. M. L | F. E. O | C. H. E. F | P. T. D | C. L. R. | R. P. R | D. I. A. | J. L. G | N. A. T | R. L. B. C. |
| Idade | 48 | 33 | 27 | 25 | 28 | 30 | 57 | 33 | 32 | 30 |
| Sexo | M | M | M | M | M | M | M | F | M | M |
| Naturalidade | Belo Horizonte | Barbacena | Barbacena | Barbacena | Uberlândia | Conselheiro Lafaiete | Belo Horizonte | São João Del Rei | Belo Horizonte | Volta Redonda |
| Estado Civil | Casado | Solteiro | Solteiro | Casado | Solteiro | Solteiro | Casado | Solteiro | Solteiro | Solteiro |
| Local de Residência | Juiz de Fora | Barbacena | Barbacena | Barbacena | Barbacena | Conselheiro Lafaiete | Belo Horizonte-Tiradentes | Barbacena | Barbacena | Barbacena |
| Religião | Católica | Espírita | Espírita | Católica | Evangélico | Ateu | Nenhuma | Católica | Católica | Espírita |
| Local Formação Superior | UFJF | Petrópolis -RJ | Faculdade Medicina Barbacena | Unifenas | Faculdade Medicina Barbacena | Faculdade Medicina Barbacena | Faculdade Medicina Barbacena | Faculdade Medicina Barbacena | Faculdade Medicina Barbacena | Faculdade Medicina Barbacena |
| Tempo de formado | 21 anos | 4 anos | 1 ano | 1 ano | 3 meses | 2 anos | 28 anos | 2 anos | 3 anos | 2 anos |
| Especialidade | Oncologista | Clínico Geral | Residente em Cardiologia | Residente em Cardiologia | Clínica Médica | Clínica Médica | Clínica Médica | Concluindo pós-graduação em Terapia Intensiva | Pós-graduação em Terapia Intensiva | Generalista |
| Título de especialista da AMB | Sim | Não | Não | Não | Não | Não | Não | Não | Não | Não |
| Curso de Pós-graduação | Sim. Radioterapia | Sim. Terapia Intensiva | Sim. Cardiologia (em andamento) | Sim. Cardiologia (em andamento) | Não | Não | Sim. Medicina do Trabalho | Sim. Terapia Intensiva | Sim. Terapia Intensiva | Sim. Terapia Intensiva |
| Contato com pacientes migranosos | Sim | Sim | Sim | Sim | Sim | Sim | Sim | Sim | Sim | Sim |
| Conhece as diretrizes para tratamento das dores de cabeça da SBCE | Não | Não | Não | Não | Não | Não | Sim | Sim | Sim | Sim |
| Hospital | Ibiapaba | biapaba | biapaba | biapaba | Santa Casa de Misericórdia | Santa Casa de Misericórdia | Santa Casa de Misericórdia |

superestimação que fazem da dor não é proposital, acho que é mais pelo cansaço de estarem com aquela dor crônica, então eles acabam sentindo mais dor do que realmente sentem." (Médico 1)

"Acho que na maioria das vezes eles superestimam a dor. Dizem que estão com muita dor, e quando vamos analisar o paciente, ver o comportamento dele, a frequência cardíaca, vemos que a dor não é tão intensa assim. E quando o paciente distrai um pouco percebemos que ele está conversando normal, sem demonstração de dor." (Médico 7)

"Superestima, eu acho que superestima, é para ser atendido na frente." (Médico 10)

Os pacientes migranosos têm significativas limitações na qualidade de vida em relação a população saudável⁽¹⁶⁾, e a dor pode contribuir de maneira significativa neste aspecto, o que demonstra que deve ser um sintoma valorizado pelos médicos que atendem os pacientes com migrânea.

O impacto da enxaqueca em termos de produtividade do trabalho é muito importante. Estima-se que só os Estados Unidos sejam responsáveis pela perda de 113 milhões de dólares a cada dia útil, representando

perdas econômicas superiores a 13 bilhões de dólares anuais.⁽¹⁷⁾ Além disso, muitos migranosos evitam situações sociais ou festas que possam desencadear crises, o que indica que a migrânea diminui significativamente a qualidade de vida não somente durante os ataques, como também nos períodos intercríticos, quando ansiedade, medo e incerteza contribuem para uma gradual retirada da maioria dos contatos sociais. Um estudo recente⁽¹⁸⁾ indica que a enxaqueca prejudica mais a qualidade de vida que a osteoartrite, diabetes, hipertensão e lombalgia e é tão incapacitante quanto a depressão.

Quando o assunto abordado foi o entendimento do médico a respeito da dor, foi perguntado se o profissional subestima ou superestima a migrânea do paciente, e observou-se respostas diretas, afirmando que o médico subestima a dor:

"A maioria dos profissionais subestima a migrânea do paciente." (Médico 3)

"Pelo fato da gente achar que a dor dele está superestimada, a gente acaba subestimando um pouco a dor." (Médico 4)

"É aquilo que eu já respondi, não podemos ignorar a dor do paciente pois pode ser algo grave, como um tumor ou um aneurisma, por exemplo." (Médico 7)

"Nós trabalhamos com triagem e onde há triagem ninguém passa na frente de ninguém. Quem faz esta triagem é o enfermeiro e aí ele seleciona pelo grau da intensidade da dor e atende-se o mais grave primeiro." (Médico 8)

Conforme observado por outros autores, a migrânea costuma ser subestimada pelos médicos generalistas embora apareça em grande frequência nas unidades de emergência.⁽¹³⁾ Neste contexto, médicos de cuidados primários desempenham um papel fundamental na melhoria da abordagem do diagnóstico e gestão da enxaqueca.

No quesito comorbidades, foi proposta a seguinte pergunta: "Há relação de migrânea com distúrbios psicológicos?" :

"Ah, sem dúvida, sem dúvida nenhuma. Geralmente pacientes que relatam que estava tudo bem e então teve um aborrecimento, um estresse, algum tipo de problema emocional, que desencadeia essa enxaqueca. Sem dúvida nenhuma, tem sim." (Médico 1)

"Com certeza! Os pacientes que têm migrânea se apresentam mais ansiosos durante a consulta e sempre deixam transparecer algum fator psicológico ou familiar." (Médico 4)

"Em alguns casos eu noto algum problema psicológico, emocional, relacionado ao trabalho. Em alguns casos dá para perceber isso, alguns mais, outros menos. Mas essa relação existe sim." (Médico 6)

"Sim, acho sim, tem muita relação com fator psicológico, ansiedade, depressão." (Médico 10)

Por outro lado, alguns entrevistados responderam que não há relação da doença com distúrbios psicológicos:

"Até o momento nunca presenciei não, também nunca questioneei." (Médico 5)

"Não, isso não. O que eu posso dizer é que quem tem enxaqueca, tem enxaqueca. Bom, quando é um quadro psicológico, você vê na hora que a pessoa está simulando alguma coisa." (Médico 8)

A associação entre transtornos psiquiátricos e migrânea tem sido observada em diversos estudos clínicos e epidemiológicos.^(19,20) Depressão e ansiedade ocorrem com maior frequência entre pacientes com dor de cabeça recorrente.⁽²¹⁾

Os fatores que contribuem para essa associação ainda não estão bem estabelecidos, a hipótese mais provável é de que os mesmos neurotransmissores estão relacionados com enxaqueca, depressão e ansiedade.⁽²¹⁾

Algumas pessoas apresentam mudanças no humor ou no comportamento acompanhando seus ataques de enxaqueca. Queixas de depressão, euforia, irritabilidade, ansiedade, hiperatividade, queda de concentração, distúrbios do sono, anorexia ou aumento do apetite são também comumente relatadas nos pródromos da crise.⁽²²⁾

De acordo com os trabalhos anteriormente citados nota-se que há relação de transtornos psicológicos com migrânea, e esse transtorno pode exacerbar o impacto da doença, piorar a qualidade de vida e complicar a resposta ao tratamento.

Na questão relativa ao atendimento do paciente, questionou-se se o ambiente de emergência para atendimento do paciente migranoso seria apropriado, e a maioria dos entrevistados respondeu que não. Seguem-se as respostas:

"Não. No ambiente de emergência tem paciente de tudo quanto é etiologia. O simples fato de haver muito barulho, estresse, gente passando mal do lado, o paciente não vai ter uma resposta, um atendimento tão adequado como num consultório, por exemplo." (Médico 2)

"Ah, não é não. Num é porque o paciente quer um ambiente mais tranquilo, mais calmo, um ambiente mais próprio pra tratar da dor. Aqui é barulho, é urgência, emergência, entra um, entra outro, não é um ambiente adequado para tratar de enxaqueca." (Médico 1)

"Não, pois é um ambiente tumultuado, tenso, de confronto, com muitas pessoas. Então essa situação é ruim para o enxaquecoso. O PA nunca foi ambiente adequado para isso." (Médico 7)

"Olha, normalmente uma pessoa que está com enxaqueca tem uma fofobia, tem uma certa intolerância ao barulho, tem uma irritação muito grande, então o atendimento de emergência não é um local apropriado." (Médico 8)

Com base nas respostas dos médicos entrevistados, nota-se que o ambiente de emergência para atendimento do paciente migranoso não é o adequado, embora o consenso da SBCE sugira que, mesmo para cefaleias leves a moderadas, o paciente seja colocado em local com pouca luz e barulho.⁽²³⁾

Ainda quando se analisava o atendimento, observou-se que o paciente com migrânea necessita de atendimento especial segundo os relatos:

"Ah, precisa. Porque, na verdade, a enxaqueca é um sintoma, é um sinal de um conjunto de coisas que estão erradas com aquele paciente. Então, muitas vezes, se ele tem uma dor de cabeça, uma enxaqueca por problemas psicológicos, ou por algum estresse, por alguma outra coisa, não adianta você tratar a dor se não tratar daquela causa que desencadeou a enxaqueca. Às vezes o paciente bebeu demais, ou usou muito alimento à base de chocolate ou de amendoim, que são alimentos sabidamente enxaquecosos; então, se você não tratar do doente, do ritmo de vida, do estresse, da atividade física, você vai acabar tratando só da dor, sem tentar evitar ou espessar essas crises de enxaqueca." (Médico 1)

"Com certeza, visto que a migrânea possui outros fatores. Não é só um fator, é multifatorial, eu acho que o atendimento tinha que ser mais especial." (Médico 4)

"Olha, quando você percebe que o paciente está vindo com muita frequência no plantão e está sempre muito queixoso e choroso, aí, sim, eu acho que necessita também do acompanhamento de um psicólogo." (Médico 8)

"Sim, sim. Pelo menos uma consulta com neurologista para saber se é mesmo enxaqueca, se ela é desencadeada por fator psicológico, e então encaminhar ao psicólogo ou psiquiatra, acho necessário. Porque normalmente tem a crise e volta para casa, passa um tempo tem outra crise, não investiga, e é preciso investigar." (Médico 10)

As causas da migrânea são diversas, deve-se dar uma atenção especial a elementos essenciais da história do paciente migranoso. O exame físico nunca deve ser negligenciado mesmo que a história seja sugestiva de cefaleia primária.⁽²⁴⁾

A respeito do acolhimento do paciente migranoso várias respostas foram dadas, cada médico segue uma rotina pré-estabelecida, sendo elas:

"Aqui neste hospital a gente tem uma equipe de enfermagem, uma enfermeira formada, de nível superior, que faz o acolhimento; nesse acolhimento ela nos traz um resumozinho da história, geralmente vem acompanhada de náusea, vômitos, distúrbios visuais, escotoma. Ela faz a medição da PA para descartar uma crise de

cefaleia por hipertensão arterial, faz uma anamnese sucinta, aferição da PA, temperatura, pulso, oxigênio e manda prá gente já com um pré-diagnóstico, e no consultório a gente vai explorar mais aqueles sintomas e tratar da enxaqueca." (Médico 1)

"O acolhimento ocorre na triagem, pelo pessoal da enfermagem e depois eles passam o caso prá gente." (Médico 3)

"São triados pela ordem da gravidade dos casos. Aí quem está mais grave passa na frente, e então uma crise de dor fica em segundo plano, a menos que essa dor seja muito intensa. Por exemplo, a enxaqueca pode vir junto com vômitos e se isso ocorrer o paciente vai passar na frente." (Médico 8)

"Vem triado. Faz uma triagem pelo protocolo de Manchester, pela enfermagem. Faz o protocolo de Manchester, que não é adequado também para este tipo de situação." (Médico 9)

"A enfermagem faz a triagem primeiro, pelo critério de Manchester; ela vai avaliar quantos dias, quanto tempo tem a queixa, e o paciente já vem avaliado. Ele é classificado com papéis nas cores azul, amarelo ou verde, e a gente atende conforme a prioridade. Na maioria das vezes, o paciente com cefaleia vai estar na prioridade verde, 4 horas ou mais de espera." (Médico 10)

Não há um consenso entre os médicos entrevistados a respeito do acolhimento do paciente migranoso. O que se preconiza em unidades de emergência é o acolhimento com classificação de risco, em que os objetivos são: avaliar o paciente logo na sua chegada humanizando o atendimento; reduzir o número de pessoas aguardando na recepção; diminuir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja examinado precocemente de acordo com a sua gravidade e determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente à sua especialidade.⁽²⁵⁾

Quando questionado "o modo como a equipe se refere ao estado do paciente influencia no atendimento médico", a maioria respondeu que sim:

"Ah, influencia. Por mais que a gente já esteja acostumado a tratar, vem um paciente com enxaqueca, é um 'pitizão', então você já vai atender o doente de uma

maneira diferente. É lógico que na consulta isso pode mudar; durante a entrevista, a anamnese, isso muda, mas de uma certa maneira traz uma influência para quem está atendendo o doente, traz sim". (Médico 1)

"Com certeza! Geralmente esses pacientes migranosos, assim... a enfermagem vem falar com a gente como se fosse um paciente mais ansioso, às vezes os chamam até de 'pitizentos'." (Médico 4)

"Com certeza. Às vezes chega paciente, principalmente de madrugada, o enfermeiro nos informa que paciente está sentindo determinada patologia e às vezes eles estão subestimando ou superestimando as crises álgicas." (Médico 5)

Porém, também encontraram-se respostas negativas:

"Não o meu atendimento porque eu sou muito calma, até com 'piti'. Porque eu acho que até um 'piti' pode ter um fundo importante. Eu acho que não há fumaça sem fogo e alguma coisa está acontecendo. Então, eu levo em consideração cada queixa do paciente." (Médico 8)

"No caso da cefaleia não, porque a informação tem que ser obtida dele, do paciente. Eu nem escuto a enfermagem nesse caso, porque ela tem que me dar parâmetros, parâmetros no exame físico; aqui, neste caso, ela não me dá parâmetro nenhum." (Médico 9)

Quanto ao tratamento foi interrogado aos médicos o critério para escolha de medicamentos, e as repostas variaram de acordo com a intensidade da dor, duração, característica da cefaleia, ausência de sinais de alarme, gravidade, responsividade e alergia. Os relatos abaixo exemplificam:

"Medicação de uso habitual. Se já tem algum médico que o acompanha, quais medicações que faz uso, se tem alergia. Aí a gente vai usar o analgésico de menos intensidade até o de maior intensidade conforme o caso." (Médico 2)

"Existe um critério, normalmente a gente faz o tratamento abortivo, corta a dipirona, dipirona não funciona muito bem; depois pode-se utilizar os anti-inflamatórios, que são a primeira escolha para abordagem num pronto atendimento. Tem também os derivados da ergotamina, os triptanos, alguns antidepressivos também são utilizados,

e também tem um estudo mostrando o uso de beta-bloqueador, né, então você vai jogando, vai escalonando, o tratamento, né? Se não for melhorando você vai passando as fases do tratamento." (Médico 5)

"É como eu falei anteriormente. Descartando alguma patologia mais grave, a minha conduta é tirar o sofrimento do paciente, eu sempre associo anti-inflamatório com analgésico mais potente e deixo para o neurologista tomar uma decisão mais refinada." (Médico 6)

"Bom, primeiro temos que diferenciar algumas coisas: se você vai tratar a crise ou fazer um tratamento profilático contínuo. Na emergência o objetivo é tirar a dor, daí você entra primeiro com medicações mais simples para ver se resolve, e se não resolver você aumenta a potência do medicamento que pode ser desde analgésicos simples, como a dipirona endovenosa e anti-inflamatórios, como o cetoprofeno, até opioides e narcóticos. O critério é de acordo com a intensidade da dor e da responsividade do tratamento." (Médico 7).

Em nosso meio, boa parte dos hospitais públicos não possuem medicações que são específicas para o tratamento da crise migranosa, como compostos ergotâmicos ou triptanos. Usam-se, em geral, analgésicos e anti-inflamatórios não hormonais parenterais. Em unidades de emergência pública no Brasil, boa parte dos esquemas internacionalmente propostos são, portanto, inexecutáveis. A dipirona via endovenosa é a droga mais prescrita como analgésico para tratamento agudo da cefaleia.⁽²⁴⁾

Finalizando as entrevistas, os médicos responderam quais seriam os critérios para realização de exames complementares/internação:

"Quando é uma enxaqueca que você não consegue com medicação habitual, você tenta usar os anti-inflamatórios não esteroides, tenta usar o corticoide, até os antienxaquecosos. Se não melhorou, não trouxe nenhum tipo de melhora para o paciente, aí a gente aconselha o doente a ficar internado, até para tentar uma medicação mais forte, uma analgesia mais forte, que deve ser feita só em ambiente hospitalar... E aqui não é uma referência para a Neurologia, então a gente quase não interna doente aqui com esse quadro de migrânea, a não ser que seja uma coisa mais grave, uma suspeita de meningite, alguma coisa que possa justificar essa internação... E, se nunca tiver tido nada, se for a primeira crise, ou ela não procurou

um neurologista, a gente interna, ou manda fazer uma ressonância, ou uma tomografia de crânio pra excluir malformação ou alguma outra doença neurológica grave, uma encefalopatia hipertensiva, um tumor cerebral, uma malformação arteriovenosa importante." (Médico 1)

"Resposta à medicação e o quadro neurológico, que às vezes necessita de um diagnóstico diferencial com outras patologias que não seja a enxaqueca. Depende do quadro clínico do paciente, do principal quadro clínico, e deixa exame complementar pra ajudar, mas a gente não depende do exame complementar para fazer o diagnóstico." (Médico 2)

"Bom, se o paciente tiver uma cefaleia súbita, uma dor de cabeça que se iniciou subitamente, de grande intensidade, um déficit neurológico focal, a gente sempre realiza exame de imagem. Se o paciente chegar com febre a gente faz screening infeccioso, enfim, isso vai depender da clínica que o paciente apresentar, mas se houver algum dado secundário sugestivo de uma cefaleia secundária, a gente tem que recorrer a propedêuticos mais avançados." (Médico 3)

"Aqui eu não peço muito exame complementar para diagnosticar se é mesmo migrânea não. Geralmente eu oriento para procurar um neuro." (Médico 4)

"Muito raro. Eu particularmente nunca pedi internação de um paciente desse tipo. Cmo eu disse na outra resposta, a gente normalmente encaminha para o serviço de neurologia para ele ser acompanhado. Nunca chegamos a ponto de pedir internação para um paciente desse tipo." (Médico 5)

"Acho que é necessário a avaliação de um neurologista porque eu jamais internaria um paciente com enxaqueca. Eu medico e encaminho para o neuro e daí ele faz o eletroencefalograma e vai dar o diagnóstico. Eu encaminho todos os pacientes, pois eu acho que todos merecem uma investigação para a possível causa." (Médico 8)

"Migrânea eu não interno não, oriento o procurar neurologista em ambulatório." (Médico 9)

"Se for uma cefaleia intensa, de início curto, sem historia prévia de enxaqueca, nem nada, pode ser que eu peça uma TC de crânio para o paciente... mas fora isso,

só se tiver lesão motora, distúrbio de fala ou qualquer outra coisa que chame atenção. Só a cefaleia mesmo muito difícil, só se ela for rebelde ao tratamento, faz analgesia e nada, faço uma Dipirona ou Tenoxicam e não melhora, faço Tramal e nada, aí provavelmente vou pedir uma TC. Aguardar observação, mas internar por causa de cefaleia é muito difícil." (Médico 10)

Nota-se uma falha entre os médicos quanto à escolha correta dos exames complementares e critérios de internação. Há uma alta porcentagem de solicitação de exames complementares entre não especialistas, mesmo sem evidências de que esses exames possam contribuir para o esclarecimento diagnóstico.⁽¹²⁾

A maioria dos médicos não neurologistas desconhece os critérios utilizados para diagnóstico e classificação das formas mais frequentes de cefaleias primárias. A Sociedade Internacional das Cefaleias promoveu uma padronização dos critérios diagnósticos, com o objetivo de uniformizar os sintomas e síndromes presentes nas cefaleias primárias. O intuito é evitar variações no diagnóstico dessas cefaleias pelos diversos observadores e assim melhorar a acurácia diagnóstica e a orientação terapêutica, tornar esse transtorno reconhecido como doença neurobiológica e minimizar os prejuízos ao seu portador.⁽¹³⁾

Diante dos frequentes equívocos observados nas entrevistas, nota-se a necessidade de se estabelecerem critérios para investigação laboratorial das cefaleias agudas e padronizar as condutas, com drogas disponíveis em hospitais públicos, frente aos principais tipos de cefaleia primária.

Considerando que a enxaqueca deve ser vista como um problema de saúde pública, é necessária a introdução de ferramentas e programas de triagem eficazes para garantir que os pacientes migranosos não sejam subjulgados ou mesmo subdiagnosticados.

No decorrer da nossa pesquisa, uma dificuldade encontrada para a realização das entrevistas foi a disponibilidade dos médicos, como se trata de um ambiente de emergência muitos estavam ocupados no momento da visita dos pesquisadores. Além disso, o receio dos médicos de se exporem foi considerado também uma limitação.

CONCLUSÃO

Como pôde ser observado, a totalidade dos médicos entrevistados relatou ter contato com pacientes migranosos nos serviços de pronto-atendimento. Tal fato

demonstra que por ser frequente, é importante o manejo correto dos pacientes em crise migranosa nesses ambientes.

Diante do estudo realizado notou-se uma deficiência no acolhimento do paciente migranoso e no conhecimento dos médicos em relação a essa patologia, o que reflete em uma propedêutica e tratamento ineficazes.

O fato de que 60% dos entrevistados afirmaram desconhecer as diretrizes para tratamento das dores de cabeça da Sociedade Brasileira de Cefaleia (SBCe) demonstra a necessidade de programas de educação continuada para médicos de atendimento primário em relação aos critérios de tratamento da migrânea.

REFERÊNCIAS

- Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA. *The Headaches*. Raven Press, 1993.
- Speciali JG, Farias da Silva W. *Cefaléias*. São Paulo: Lemos Editorial, 2002.
- Goadsby PJ, Lipton RB, Ferrari MD. Migraine - current understanding and treatment. *N Engl J Med*. 2002 Jan 24;346(4):257-7. Comment in: *N Engl J Med*. 2002; 347(10):764-6; author reply 764-6.
- Silberstein SD. Preventive treatment of migraine: an overview *Cephalalgia*. 1997;17(2): 67-72.
- Krymchantowski AV, Moreira Filho PF. Atualização no tratamento profilático das migrêneas. *Arq. Neuro-psiquiatr*. 1999; 57(2B), 513-19.
- Silberstein SD, Goadsby PJ. Migraine: preventive treatment. *Cephalalgia*. 2002;22(7):491-512. Comment in: *Cephalalgia*. 2004; 24(10):908; author reply 908-9.
- Rasmussen BK, Jansen R, Olesen J. A population-based analysis of the diagnostic criteria of the International Headache Society. *Cephalalgia*. 1991;11(3):129-34.
- Bigal ME, Fernandes LC, Bordini CA, Speciali JG. Custos hospitalares das cefaléias agudas em uma unidade de emergência pública brasileira. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 2000; 58(3A):664-70.
- Lange MC, Braatz VL, Tomiyoshi C, Nývák FM, Fernandes AF, Zamproni LN, et al. Neurological diagnoses in the emergency room: differences between younger and older patients. *Arq Neuropsiquiatr*. 2011;69(2A):212-6.
- Ruiz Jr FB, Santos MS, Siqueiral HS, Cotta UC. Clinical features, diagnosis and treatment of acute primary headaches at an emergency center: why are we still neglecting the evidence? *Arq Neuropsiquiatr*. 2007;65(4B):1130-3.
- The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition ICHD II Tradução da Sociedade Brasileira de Cefaléia com autorização da Sociedade Internacional de Cefaléia, 2004.
- Galdino GS, Paz e Albuquerque TI, Medeiros JL. Primary headaches: a diagnostic approach by non-neurologist doctors. *Arq Neuropsiquiatr* 2007; 65(3-A):681-4. [Article in Portuguese]
- Comitê AD HOC. Recomendações para o tratamento da crise migranosa. Consenso da Sociedade Brasileira de Cefaleia. *Arq Neuropsiquiatr* 2000;58(2A):371-389.
- Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Edições 70, Lisboa, 1997.
- Franco MLPB. *Análise de conteúdo*. Líber Livro Editora, Brasília, 2007.
- Stang PE, Osterhaus J. Impact of migraine in the United States: data from the National Health Interview survey. *Headache*. 1993;33(1):29-35.
- Stewart WF, Ricci JA, Chee E, Morganstein D, Lipton R. Lost productive time and cost due to common pain conditions in the US workforce. *JAMA*. 2003;290(18):2443-54. Comment in: *JAMA*. 2004 Feb 11; 291(6):694; author reply 694.
- Breslau N, Andreski P. Migraine, personality, and psychiatric comorbidity. *Headache*. 1995;35(7):382-6. Comment in: *Headache*. 1995; 35(7):380-1.
- Radat F, Swendsen J. Psychiatric Comorbidity in migraine: a review. *Cephalalgia*. 2005;25(3):165-78. Comment in: *Cephalalgia*. 2005; 25(11):1099-100.
- Merikangas KR, Angst J, Isler H. Migraine and psychopathology. Results of the Zurich cohort study of young adults. *Arch Gen Psychiatry*. 1990;47(9):849-53.
- Merikangas KR, Stevens DE. Comorbidity of migraine and psychiatric disorders. *Neurol Clin*. 1997;15(1):115-23.
- Silberstein SD, Young WB. Migraine aura and prodrome. *Semin Neurol*. 1995;15(2):175-82
- Gherpelli JL. Tratamento profilático da migrânea na infância. Disponível em: <http://www.sbcefaleia.com/associados/index.php?option...id>
- Bigal ME, Bordini CA, Speciali JG. Protocolos para tratamento da cefaléia aguda, em unidade de emergência. *Medicina, Ribeirão Preto*. 1999;32:486-91.
- Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. - Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

Correspondência

Mauro Eduardo Jurno

Rua Fernando Laguardia 45 – Santa Tereza II

36201-118 – Barbacena, MG

e-mail: jurno@uol.com.br

Sintomatologia depressiva em adolescentes com cefaleia primária

Depressive symptomatology in adolescents with primary headache

Dayzene da Silva Freitas¹, Clarice Nicéas Barreto da Costa¹, Gisela Rocha Siqueira¹,
Marcelo Moraes Valença², Daniella Araújo de Oliveira¹

¹Departamentos de Fisioterapia e ²Neuropsiquiatria, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE),
Recife, Pernambuco

Freitas DS, Costa CN, Siqueira GR, Valença MM, Oliveira DA. Sintomatologia depressiva em adolescentes com cefaleia primária. *Headache Medicine*. 2013;4(1):13-9

RESUMO

Objetivo: Investigar a relação entre os sintomas depressivos e a cefaleia primária em adolescentes. **Métodos:** Foram avaliados 117 estudantes (68 meninas) de escolas da rede pública estadual na cidade de Recife, com idade variando entre 11 e 17 anos (14 ± 2 anos). Para classificar a cefaleia primária foram utilizados os critérios diagnósticos estabelecidos pela Sociedade Internacional de Cefaleia (ICHD-II) e para o rastreamento de sintomatologia depressiva foi utilizado o Inventário de Depressão Infantil. **Resultados:** Não houve associação estatística entre presença de sintomatologia depressiva e cefaleia no último mês em adolescentes com cefaleia [66/80 (82,5%)] quando comparados aos sem cefaleia [30/37 (81,1%)], $p > 0,05$; χ^2 . 68,4% da amostra referiu cefaleia no último mês, sendo 53/68 (77,9%) meninas e 27/49 (55,1%) meninos. A sintomatologia depressiva foi observada em 96/117 (82,1%) dos alunos [62/68 (91,2%) meninas e 34/49 (69,4%) meninos, $p = 0,003$; χ^2]. As meninas apresentaram maiores médias nos domínios problemas interpessoais $p = 0,021$; humor deprimido $p = 0,013$; inefetividade $p = 0,024$ e autoestima negativa $p < 0,001$. **Conclusão:** Cefaleia primária e sintomas depressivos são frequentes entre os adolescentes estudados, porém não houve associação entre essas duas condições.

Palavras-chaves: Cefaleia; Depressão; Adolescente; Transtornos de enxaqueca

ABSTRACT

Objective: The study aimed to investigate the relationship between depressive symptoms and primary headache in adolescents. **Methods:** 117 students (68 girls) of Public School from Recife, aged between 11 and 17 years (14.0 ± 1.7 years), were evaluated. To sort out the primary headache, was used the diagnose criteria by the International Headache Society (ICHD-II) and for tracing of depressive symptoms was used The Children's Depression Inventory. **Results:** There was no statistical association between the presence of depressive symptoms and headache in the last month, in adolescents with headache [66/80 (82.5%)] compared to those without headache [30/37 (81.1%)], $p > 0.05$, χ^2 . 68.4% of the sample reported headache in the last month, 53/68 (77.9%) girls and 27/49 (55.1%) boys. Depressive symptomatology was observed on 96/117 (82.1%) students [62/68 (91.2%) girls and 34/49 (69.4%) boys, $p = 0.003$, χ^2]. Girls had higher averages in the fields interpersonal problems $p = 0.021$; depressed mood $p = 0.013$; ineffectiveness $p = 0.024$ and negative self-esteem $p < 0.001$. **Conclusion:** Primary headache and depressive symptoms are common among adolescents studied, but there was no association between these two conditions.

Keywords: Headache; Depression; Adolescent; Migraine disorders

INTRODUÇÃO

Nos últimos 25 anos, estudos envolvendo adolescentes com idades entre 10 e 18 anos mostraram um aumento significativo na prevalência de dor de cabeça, com uma média estimada em 54,4% para esta faixa etária.⁽¹⁾ As cefaleias mais frequentes nas crianças e adolescentes são a migrânea e a cefaleia do tipo tensional (CTT), que apresentam um perfil incapacitante trazendo sérios prejuízos à vida dos jovens como o absentismo e o baixo rendimento escolar.⁽²⁻⁵⁾

Presente na infância e adolescência, a cefaleia pode estar associada a uma série de comorbidades, tanto de origem física como mental, podendo estas determinar suas variedades clínicas e etiológicas.^(6,7) Dentre as doenças associadas, a depressão é a que tem apresentado correlação significativa com as dores de cabeça ao longo dos anos.^(8,9)

A ocorrência dos sintomas depressivos na adolescência é comum, se evidenciando, por meio de estudos epidemiológicos, um aumento na sua prevalência e o aparecimento cada vez mais cedo nesta população.⁽¹⁰⁻¹³⁾

A associação entre a cefaleia e os sintomas depressivos tem sido observada em pesquisas tanto na população adulta⁽¹⁴⁻¹⁶⁾ quanto na adolescente.^(8,17) No Brasil, tem se aumentado no meio científico o interesse por investigar a relação entre essas duas condições. Recentemente, um estudo brasileiro constatou que, das crianças estudadas, 15% (64/140) com migrânea e 7,4% (40/126) com CTT mostraram maior predisposição aos sintomas de depressão em comparação aos seus controles,⁽¹⁸⁾ evidenciando a importância de se entender qual o papel exercido pelas doenças mentais no desencadeamento da dor de cabeça e quais agravamentos estas podem trazer para o seu quadro clínico.

Diante do exposto, o presente artigo tem por finalidade verificar a relação existente entre sintomas depressivos e cefaleia primária nos adolescentes.

MÉTODOS

Participantes

O estudo de caráter transversal e analítico foi realizado entre fevereiro e maio de 2012, com 117 adolescentes (68 meninas) de escolas públicas da Rede Estadual da cidade de Recife, com idades variando entre 11 e 17 anos ($14 \pm 1,7$ anos), estudantes do ensino fundamental (6º a 9º anos) e ensino médio (1º a 3º anos) devidamente matriculados no ano letivo de 2012.

A ampla faixa etária foi escolhida em decorrência da literatura que aponta para uma maior incidência de sintomas depressivos e cefaleia neste período.^(19,20)

Foram excluídos do estudo estudantes que apresentaram algum déficit cognitivo comprometendo o fornecimento correto das informações e que mostraram diagnóstico prévio de cefaleias secundárias.

Instrumentos e procedimentos

Para avaliar a queixa de cefaleia foi utilizado um questionário de rastreamento dos sintomas das cefaleias primárias (migrânea e CTT), elaborado de acordo com os critérios da Sociedade Internacional de Cefaleia.⁽²¹⁾ Adolescentes que apresentavam características tanto de migrânea quanto de CTT foram classificados como migranosos.

Para avaliar a presença de depressão foi utilizado o *Children's Depression Inventory* (Inventário de depressão Infantil – CDI) elaborado por Kovacs,⁽²²⁾ a partir do *Beck Depression Inventory*⁽²³⁾ para adultos e traduzido para a língua portuguesa por Gouveia,⁽²⁴⁾ que visa detectar a presença e a gravidade dos sintomas de depressão em crianças e adolescentes de 7 a 17 anos e tem sido descrito como o mais satisfatório para essa população, com um Alpha de Cronbach de 0,81.⁽²⁵⁾ É composto por 27 ítems, relacionados aos sintomas afetivos, cognitivos e psicomotores da depressão. Estes ítems ainda são subdivididos em cinco domínios: Humor Deprimido, que engloba seis ítems, Problemas Interpessoais e Inefetividade, contendo quatro ítems cada, Anedonia com oito ítems e Autoestima Negativa com cinco ítems. Cada item é composto por 3 alternativas, pontuadas em 0 (ausência de sintoma), 1 (presença de sintoma) e 2 (sintoma grave) e o participante deve assinalar aquela que melhor se enquadra ao seu estado. Apresenta escore máximo de 54 pontos, tendo ponto de corte de 19 pontos para sugerir sintomas depressivos.

Para análise da associação entre cefaleia e sintomatologia depressiva, foi utilizada a queixa de cefaleia no último mês, tendo vista que o CDI se baseia nas duas últimas semanas.

Os questionários foram aplicados por um único examinador em grupo (máximo de cinco adolescentes) em salas de aula cedidas pelas escolas, com os alunos que apresentavam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado pelos responsáveis. Todos os participantes receberam uma orientação padrão quanto ao preenchimento dos questionários, bem como no esclarecimento dos termos de difícil compreensão. O

estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Pernambuco, sob o protocolo nº 066/2011, CAAE - 0012.0.172.000-11.

Análise estatística

Os dados são mostrados como média e desvio-padrão e em valores absolutos e percentuais. Foi utilizado Kolmogorov-Smirnov para verificar o tipo de distribuição das variáveis a serem estudadas. Foi utilizado o teste não-paramétrico de Mann-Whitney para comparação de dois grupos independentes. Na análise das variáveis categóricas foi utilizado o qui-quadrado.⁽²⁾ O nível de significância considerado como diferente estatisticamente foi $p < 0,05$. Os dados foram digitados e analisados em planilha do programa estatístico SPSS versão 13.0.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 117 adolescentes, 68 meninas (58,1%) e 49 meninos (41,9%). A média de idade no grupo variou de 11 a 17 anos ($14 \pm 1,4$ anos). Não houve diferença entre a média de idade e o gênero ($13,9 \pm 1,8$ meninas e $14,2 \pm 1,7$; $p = 0,342$, Mann-Whitney).

A Tabela 1 mostra a distribuição de cefaleia (incluindo migrânea e CTT) por período de tempo entre os gêneros, mostrando associação estatisticamente significativa entre os gêneros no último mês e na última semana.

Sintomatologia depressiva esteve presente em 96/117 (82,1%) dos alunos [62/68 (91,2%) meninas e 34/49 (69,4%) meninos, $p = 0,003$; χ^2]. Na amostra estudada não houve diferença estatisticamente significativa entre presença de sintomatologia depressiva e cefaleia no último mês, onde 66/80 (82,5%) dos alunos com cefaleia

apresentavam sintomatologia depressiva vs. 30/37 (81,1%) sem cefaleia, $p > 0,05$; χ^2 .

No último mês dos 80/117 (68,4%) estudantes que referiram cefaleia, 57 (48,7%) preencheram os critérios para migrânea [36/68 (52,9%) meninas e 21/49 (42,9%) meninos, $p = 0,022$; χ^2]. E 23 (19,7%) alunos preencheram os critérios para CTT [17/68 (25,0%) meninas e 6/49 (12,2%) meninos, $p = 0,012$; χ^2]. Em relação ao tipo de cefaleia, dos alunos com sintomatologia depressiva 47/96 (49%) apresentaram migrânea; 19/96 (19,9%) CTT e 30/96 (31,3%) sem cefaleia $p = 0,983$; χ^2 .

Quanto à série escolar e tipo de cefaleia no último mês, 80/117 (68,4%) eram alunos do ensino fundamental, destes 37/80 (46,3%) eram migranosos e 13/80 (16,3%) apresentaram CTT. No ensino médio, 37/117 (31,6%) apresentaram cefaleia no último mês, sendo 20/37 (54,1%) migranosos e 10/37 (27%) com CTT; $p = 0,102$; χ^2 . Não foi observada diferença estatística entre as séries e a sintomatologia depressiva [64/80 (80%) do ensino fundamental e 32/37 (86,5%) do ensino médio; $p = 0,45$; χ^2].

Dentre os cinco domínios avaliados pelo CDI, os que apresentaram maior média foram "anedonia e autoestima negativa", tanto nos alunos com escore < 19 quanto aqueles com escore ≥ 19 (Figura 1). Adolescentes com cefaleia, no último mês, apresentaram maior pontuação nos domínios: "anedonia" [$5,93 \pm 2,38$ vs. $5,84 \pm 2,5$ sem cefaleia], "autoestima negativa e humor deprimido" ($4,11 \pm 1,5$) quando comparados aos sem cefaleia ($3,9 \pm 1,8$); $p = 0,552$, Mann-Whitney.

A Figura 2 mostra a média dos domínios do CDI entre os gêneros. Houve diferença estatística entre os domínios "problemas interpessoais, humor deprimido, inefetividade e autoestima negativa" em relação ao gênero.

Tabela 1 - Frequência de cefaleia (incluindo migrânea e CTT) durante diferentes períodos de tempo

| Períodos | Total (n=117) | | Meninas (n=68) | | Meninos (n=49) | | p* |
|---------------------------------|---------------|------|----------------|------|----------------|------|-------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| Cefaleia ao longo da vida | 114 | 97,4 | 67 | 98,5 | 47 | 95,9 | 0,571 |
| Cefaleia no último ano | 109 | 93,2 | 65 | 95,6 | 44 | 89,8 | 0,277 |
| Cefaleia nos últimos seis meses | 104 | 88,9 | 63 | 92,6 | 41 | 83,7 | 0,146 |
| Cefaleia nos últimos três meses | 93 | 79,5 | 58 | 85,3 | 35 | 71,4 | 0,103 |
| Cefaleia no último mês | 80 | 68,4 | 53 | 77,9 | 27 | 55,1 | 0,015 |
| Cefaleia na última semana | 56 | 47,9 | 40 | 58,8 | 16 | 32,7 | 0,008 |

*Teste χ^2

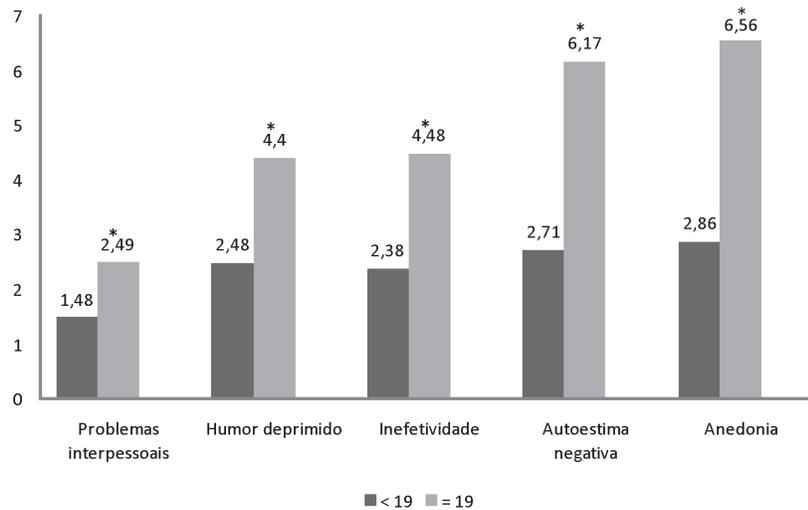


Figura 1. Distribuição das pontuações médias de cada domínio do CDI, com separação entre os grupos com escore de CDI <math>< 19</math> e escore de CDI ≥ 19; *p<0,05

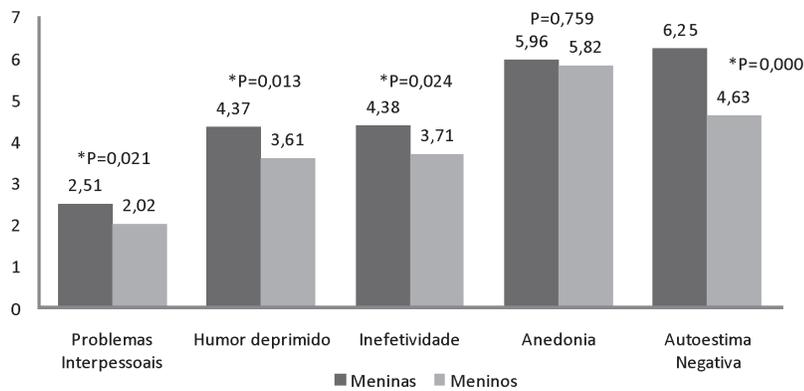


Figura 2. Distribuição dos gêneros vs. média dos domínios do CDI; *teste de Mann Whitney.

DISCUSSÃO

Neste trabalho não houve associação entre estas variáveis, embora pesquisas anteriores apontem para uma associação de sintomatologia depressiva em adolescentes com cefaleia primária.^(8,17,26) Provavelmente este fato se deve as diferenças metodológicas utilizadas nos estudos, como, tamanho da amostra, faixa etária, seleção dos sujeitos, instrumento de avaliação e limitação da região do estudo.

Em 2002, um estudo investigou a prevalência de queixa de cefaleia e sua associação com possíveis fatores causais, como os sintomas depressivos, em 1.135 escolares na Finlândia, todos com idade de 12 anos e provenientes de 35 escolas municipais, distribuídos de forma equivalente entre os gêneros.⁽²⁶⁾ Apesar dos dados sobre os sintomas depressivos terem sido coletados por

meio de questionários elaborados com base nos critérios da associação americana de Psiquiatria,⁽²⁷⁾ este instrumento não era validado para esta população. A prevalência de sintomas depressivos foi de 17% (n=138) dos estudantes com CTT (p<0,001), quando comparados aos sem cefaleia.

No presente estudo o rastreamento de sintomatologia depressiva foi realizado utilizando um questionário validado para adolescentes na língua portuguesa do Brasil,⁽²⁴⁾ o que permite uma padronização das perguntas, aumentando a confiabilidade dos resultados. Além disso, foi realizado em três escolas situadas no mesmo bairro, com uma média de idade de 14,0 ± 1,4 anos, fato que pode explicar as divergências entre os resultados deste estudo com o acima citado.

Outro estudo avaliou 28 adolescentes (14 meninas) com dor de cabeça, também relacionando com a sinto-

matologia depressiva e encontrou presença significativa destes sintomas em mais de 50% dos jovens estudados;⁽⁸⁾ os sintomas de depressão foram rastreados pelo *Beck Depression Inventory*,⁽²³⁾ que não é específico para a população de adolescentes e não houve um grupo de adolescentes sem cefaleia para comparação, diferente deste artigo. Os autores não classificaram o tipo de cefaleia primária, mas alertam para o fato de que cefaleia crônica diária, na amostra, pode ter influenciado no aparecimento dos sintomas depressivos, uma vez que a presença constante da dor de cabeça pode limitar o bem estar físico e mental do indivíduo, trazendo prejuízos sócio-ocupacionais.⁽²⁸⁾

No nosso estudo não classificamos a cefaleia em CTT episódica e crônica nem a migrânea em seus subtipos, porém, foi observado que os pacientes migranosos (49%) apresentavam mais sintomatologia depressiva quando comparados aos com CTT (19,9%) e sem cefaleia (31,3%). O maior percentual de sintomas depressivos para esse tipo de dor de cabeça talvez possa ser explicado pelo fato da migrânea ser considerada a causa mais comum de cefaleia crônica na infância e adolescência e por essas duas variáveis compartilharem as mesmas vias de transmissão nervosa, as serotoninérgicas, envolvidas no seu desencadeamento.⁽²⁹⁾

Mesmo sem ter sido encontrada associação entre as cefaleias primárias e sintomas depressivos neste trabalho, quando essas variáveis foram analisadas separadamente na amostra, se mostraram bem frequentes.

Neste estudo, a frequência de cefaleia ao longo da vida (97,4%) e no último ano (93,2%) foi elevada entre os adolescentes, sendo semelhante a outro estudo realizado no Brasil⁽²⁾ onde a prevalência de cefaleia numa população de 538 adolescentes foi de 93,2% ao longo da vida e 82,9% no último ano.

Em relação à frequência de cefaleia, observamos que houve um percentual maior nas meninas no último mês (77,9% vs. 55,1% dos meninos) e na última semana (58,8% vs. 32,7% dos meninos). Esses achados corroboram com o estudo brasileiro acima citado,⁽²⁾ onde foi encontrada uma prevalência de cefaleia na última semana (31,4%) significativa, com uma relação de duas meninas para cada menino com dor de cabeça. Outro estudo realizado na cidade de São Paulo⁽³⁰⁾ mostrou resultados semelhantes, com relação à frequência de cefaleia entre os gêneros [2.384/2.766 (86,2%) de meninas com cefaleia vs. 1.978/2.413 (81,9%) de meninos; $p < 0,001$]. As diferenças hormonais ocorridas na adolescência, mais acentuadas nas meninas, podem explicar

os resultados encontrados no presente trabalho e nos outros.^(31,32)

Com relação ao tipo de cefaleia, a maior frequência na amostra estudada foi de migranosos (57/117, 48,7%), diferente dos achados no estudo realizado no sul do Brasil,⁽³⁾ onde, tomando como referência a queixa de cefaleia na última semana, encontrou-se uma prevalência de CTT de 25,6% (138/538) em comparação com a de 5,7% de migrânea (31/538). De acordo com o autor, apesar de a migrânea ser menos frequente que a CTT, esta apresenta uma acentuada variação nas taxas de prevalência entre crianças e adolescentes, sendo tal fato justificado pela falta da padronização dos critérios diagnósticos para o rastreamento das populações estudadas.

A maior frequência de migranosos nesse estudo pode estar relacionada aos critérios utilizados para classificar os tipos de cefaleia na amostra, considerando-se adolescentes que preenchem os critérios tanto para migrânea quanto para CTT como migranosos. Foi observado, durante as entrevistas, que os adolescentes apresentavam certa dificuldade para caracterizar a dor e seus sintomas associados. Similarmente ao nosso achado, uma pesquisa⁽²⁶⁾ observou que crianças com CTT episódica frequente referem características de dor semelhante aos migranosos, o que pode servir de fator de confusão para análise dos dados.

O uso do diário de cefaleia ajudaria a reduzir possíveis vieses nos resultados, permitindo um acompanhamento mais fidedigno das crises, com o registro das características destas pelo adolescente no momento em que ocorrem.

A presença de sintomatologia depressiva no presente trabalho foi de 82,1%, sendo maior no sexo feminino, onde as meninas representavam 67,7% e os meninos 32,3% deste grupo (média dos escores: meninas $23,50 \pm 3,3$ e meninos $19,71 \pm 7,6$; $p = 0,003$). De modo semelhante, um estudo paranaense utilizando o CDI em 463 adolescentes, encontrou uma média maior dos escores de sintomas depressivos em meninas ($14,2 \pm 10,19$ meninas e $5,5 \pm 4,33$ meninos) e adotando o mesmo ponto de corte que o nosso, observou que dos jovens que apresentavam sintomas indicativos de depressão, 72,3% eram meninas e 27,7% eram meninos.⁽¹²⁾

Um estudo afirma que no início da puberdade é comum haver um aumento da frequência dos sintomas de depressão nas meninas, quando relacionadas aos meninos, tendo vista todas as alterações hormonais

sofridas por elas com a chegada da menarca e que influenciam na tanto o seu físico quanto o psíquico.⁽³³⁾

Autores de um estudo franco-canadense⁽³⁴⁾ relatam que na manifestação depressiva, as garotas quando comparadas com os meninos, apresentam sintomas mais subjetivos como sentimentos de tristeza e vazio, têm uma maior preocupação com a popularidade e uma menor satisfação com a aparência.

Quanto à distribuição dos domínios do CDI, a anedonia (6,56) e a autoestima negativa (6,17) foram os que apresentaram maiores médias dos escores entre os alunos, corroborando com os resultados expostos por outros autores^(35,36) onde a Anedonia foi o domínio mais pontuado entre os indivíduos com sintomas depressivos.

Entre os gêneros houve associação estatisticamente significativa nas médias dos domínios "problemas interpessoais" ($p=0,021$), "humor deprimido" ($p=0,013$), "inefetividade" ($p=0,024$) e "autoestima negativa" ($p<0,001$), sendo maiores nas meninas; Nos achados de um estudo com adolescentes portugueses⁽³⁷⁾ há uma concordância com o nosso, no domínio "autoestima negativa", onde as meninas (6,11) mostraram média maior.

Nos adolescentes com queixa de cefaleia, a "anedonia", "autoestima negativa" e o "humor deprimido" mostraram-se mais frequentes. Esses dados são semelhantes ao que se encontra na literatura, onde se afirma que adolescentes com cefaleia apresentam uma diminuição na disposição para realização de suas atividades habituais, um estado de espírito menos alegre e uma menor interação tanto familiar quanto social.⁽³⁸⁾

A presença elevada de adolescentes com cefaleia primária e sintomas depressivos encontrada neste artigo, talvez possa estar correlacionada com uma disfunção das vias serotoninérgicas. Um estudo⁽²⁹⁾ sugere que a ocorrência desses dois fatores bem como a proximidade existente entre eles se origine de uma produção deficiente de serotonina, neurotransmissor que age no sistema límbico regulando o humor, percepção de dor e sensação de bem-estar. De acordo com os autores, pessoas deprimidas e com queixas de cefaleia apresentam níveis plasmáticos e plaquetários de serotonina diminuídos.

Em meninas, esses eventos podem ser ainda mais evidentes, tendo em vista a maior ação dos hormônios sobre estas, principalmente no período menstrual. Evidências clínicas demonstram que 60% das mulheres que sofrem de enxaqueca relacionam a periodicidade de suas crises com o ciclo menstrual.⁽³⁹⁾

Ainda não foram totalmente esclarecidos os mecanismos que promovem essa interação, o que têm gerado muitos questionamentos entre os especialistas no assunto; não se sabe se a depressão seria a causa da dor de cabeça⁽⁴⁰⁾ ou consequência de viver com uma dor crônica,⁽⁴¹⁾ ou ainda se ambas as patologias seriam oriundas de algumas desordens neurometabólicas.⁽²⁹⁾

Apesar de não existir ainda um consenso entre os autores quanto a esses mecanismos envolvidos na interação entre as cefaleias primárias e os sintomas depressivos, muitos artigos têm mostrado que essa correlação existe. Assim, sugere-se que sejam realizados mais estudos com essa temática, de caráter epidemiológico, com a finalidade tanto de confirmar a existência dessa associação quanto de esclarecer os seus processos desencadeadores.

CONCLUSÃO

Cefaleia primária e sintomas depressivos são frequentes entre os adolescentes estudados, porém não houve associação entre essas duas condições.

REFERÊNCIAS

1. Wöber-Bingöl C. Epidemiology of migraine and headache in children and adolescents. *Curr pain Headache Rep.* 2013; 17(6):1-11.
2. Arruda MA, Bigal ME. Migraine and migraine subtypes in preadolescent children Association with school performance. *Neurology.* 2012;79(18):1881-8.
3. Barea LM, Tannhauser M, Rotta NT. An epidemiological study of headache among children and adolescents of southern Brazil. *Cephalalgia.* 1996;16(8):545-9.
4. Bugdayci R, Ozge A, Sasmaz T, Kurt AO, kaleagasi KH, Tezcan H, et al. Prevalence and factors affecting headache in Turkish schoolchildren. *Pediatr Inters.* 2005;47(3):316-22.
5. Arruda MA, Guidetti V, Galli F, Albuquerque RC, Bigal ME. Primary Headaches in childhood - a population-based study. *Cephalalgia.* 2010;30(9):1056-64.
6. Just U, Oelkers R, Bender S, Parzer P, Ebinger F, Weisbrod M, et al. Emotional and behavioural problems in children and adolescents with primary headache. *Cephalalgia.* 2003; 23(3):206-13.
7. Lateef TM, Cui L, Nelson KB, Nakamura EF, Merikangas KR. Physical comorbidity of migraine and other headaches in US adolescents. *J Pediatr.* 2012; 161(2):308-13.
8. Kaiser RS. Depression in adolescent headache patients. *Headache.* 1992; 32(7):340-4.
9. Holm JE, Penzien DB, Holroyd KA, Brown TA. Headache and depression: confounding effects of transdiagnostic symptoms. *Headache.* 1994; 34(7):418-23.
10. Bahls SC. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *J Pediatr.* 2002a;78(5):359-66.

11. Versiani M, Reis R, Figueira I. Diagnóstico do transtorno depressivo na infância e adolescência. *J Bras Psiquiatr.* 2000; 49(10-12):367-82.
12. Bahls SC. Epidemiology of depressive symptoms in adolescents of a public school in Curitiba, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002b;24(2):63-7.
13. Baptista M, Baptista A, Dias R. Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. *Psicol Cienc Prof.* 2001;21(2):56-61.
14. Kowacs PA, Kowacs F. Depressão e migrânea. *Einstein.* 2004;2(1):40-4.
15. Matta APC, Filho PFM. Sintomas depressivos e ansiedade em pacientes com cefaleia do tipo tensional crônica e episódica. *Arq Neuropsiquiatr.* 2003;61(4): 991-4.
16. Marlow RA, Kegowicz CL, Starkey KN. Prevalence of Depression Symptoms in Outpatients with a Complaint of Headache. *J Am Board Fam Med.* 2009; 22(6):633-7.
17. Braccili T, Montebello D, Verdecchia P, Crenca R, Redondi A, Turri E, et al. Evaluation of anxiety and depression in childhood migraine. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 1999;3(1):37-9.
18. Arruda MA, Bigal ME. Behavioral and emotional symptoms and primary headaches in children: A population-based study. *Cephalalgia.* 2012; 32(15):1093-100.
19. Steinberg L. *Adolescence.* 5ª ed. New York: McGraw-Hill, 1999.
20. Hershey AD. Pediatric headache: Update on recent research. *Headache.* 2012; 52(2):327-32.
21. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Disorders. The international classification of headache disorders. 2ª ed. *Cephalalgia.* 2004;24 Suppl 1:1-160.
22. Kovacs M. *Children's Depression Inventory (CDI): Technical manual update.* Toronto: Multhi-Health Systems Inc., 2003.
23. Beck AT. *Beck Depression Inventory.* New York: Psychological Corporation; 1978.
24. Gouveia V, Barbosa G, Almeida H, Gaião A. Inventário de Depressão Infantil - CDI: Estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *J Bras Psiquiatr.* 1995;44(7):345-9.
25. Cole DA, Tram JM, Martin JM, Hoffman KB, Ruiz MD, Jacquez FM, et al. Individual differences in the emergence of depressive symptoms in children and adolescents: A longitudinal investigation of parent and child reports. *J Abnorm Psychol.* 2002;111(1):156-65.
26. Anttila P, Metsahonkala L, Aromaa AM, Sourander A, Salminen J, Helenius H, et al. Determinants of tension-type headache in children. *Cephalalgia.* 2002;22(5):401-8.
27. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV).* Washington (Distrito de Columbia): American Psychiatric Association; 1994.
28. Stancioli, F. G.; Vasconcelos, L. P. B. Cefaleia crônica diária. *Rev Bras Med.* 2007;64(1):5-10.
29. Chugani DC, Niimura, K.; Chaturvedi, S. Muzik O, Fakhouri M, Lee ML, et al. Increased brain serotonin synthesis in migraine. *Neurology.* 1999;53(7):1473-83.
30. Albuquerque RP, Santos AB, Tognola WA, Arruda MA. An epidemiologic study of headaches in Brazilian schoolchildren with a focus on pain frequency. *Arq NeuroPsiquiatr.* 2009;67(3b):798-803.
31. Fendrich K, Vennemann M, Pfaffenrath V, Evers S, May A, Berger K, et al. Headache prevalence among adolescents: the German DMKG headache study. *Cephalalgia.* 2007;27(4):347-54.
32. MacGregor EA, Rosenberg JD, Kurth T. Sex-Related Differences in Epidemiological and Clinic-Based Headache Studies. *Headache.* 2011;51(6): 843-59.
33. Lima, D. Depressão e doença bipolar na infância e adolescência. *J Pediatr.* 2004;80 Suppl 2:S11-20.
34. Baron P, Campbell TL. Gender differences in the expression of depressive symptoms in middle adolescents: an extension of early findings. *Adolescence.* 1993;28(112): 903-11.
35. Baptista MN, Santos AM, Angelloti GS, Dotto MC, Catão EC, Miglioli FA. Estudo exploratório da incidência de depressão em adolescentes. *Infanto rev Neuropsiquiatr infanc adolesc.* 1998;6(1):16-20.
36. Barreto FJN, Cipolotti R. Sintomas depressivos em crianças e adolescentes com anemia falciforme. *J Bras Psiquiatr.* 2011; 60(4):277-83.
37. Borges AI, Manso DS, Tomé G, Matos MGD. Depressão e coping em crianças e adolescentes portugueses. *Rev Bras Ter Cogn.* 2006;2(2):73-84.
38. Langeveld JH, Koot HM, Loonen MC, Hazebroek-Kampschreur AAJM, Passchier J. A quality of life instrument for adolescents with chronic headache. *Cephalalgia.* 1996;16(3):183-96.
39. Allais G, Benedetto C. Update on menstrual migraine: from clinical aspects to therapeutical strategies. *Neurol Sci.* 2004;25 Suppl 3:S229-31.
40. Blanchard EB, Kirsch CA, Applebaum KA, Jaccard J. The role of sychopathology in chronic headache: cause or effect? *Headache.* 1989;29(5):295-301.
41. Bakal DA. *The psychobiology of chronic headache.* New York: Springer; 1982.

Correspondence

Daniella Araújo de Oliveira

Av. Jorn. Anibal Fernandes, s/n, Cidade Universitária, Recife, PE, Brasil, 50740-560.

Fone:(55-81) 21268937, Fax: (55-81) 21268491
sabino_daniella@ig.com.br

Síndrome serotoninérgica e as triptanas

Serotonin syndrome and the triptans

Roldão Faleiro de Almeida¹, Fernando Kowacs²

¹Ambulatório de Cefaleia do Hospital da Polícia Militar de Minas Gerais, Hospital Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG, Brasil

Departamento de Clínica Médica, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre, RS, Brasil

Almeida RF, Kowacs F. Síndrome serotoninérgica e as triptanas. *Headache Medicine*. 2013;4(1):20-4

RESUMO

A síndrome serotoninérgica (SS) é uma reação adversa decorrente da ação combinada de duas ou mais drogas serotoninérgicas, ou até mesmo de uma única droga, que pode colocar em risco a vida do paciente. Esta condição é uma reação tóxica aguda às substâncias que realçam a atividade serotoninérgica em certas sinapses do sistema nervoso central e periférico. O quadro clínico da SS é constituído pela tríade: alteração do estado mental, hiperatividade autonômica e anormalidades neuromusculares. A sua severidade varia de casos leves a casos fatais. Esta síndrome tem início rápido e curso, geralmente autolimitado, melhorando assim que a medicação envolvida é retirada. Em 2006, o FDA (*Food and Drug Administration*, órgão regulador do governo norte-americano) emitiu um alerta sobre a possibilidade da SS ocorrer em pacientes que fazem uso combinado de triptanas e inibidores seletivos da recaptção da serotonina ou inibidores seletivos da recaptção da noradrenalina e serotonina (os chamados inibidores duais). No entanto, a despeito desta declaração, os dados parecem ser insuficientes para que se possa dizer se esta combinação, de fato, aumenta o risco da ocorrência desta síndrome.

Palavras-chaves: Síndrome serotoninérgica; Toxicidade; Interações farmacológicas; Triptanas; Inibidores da recaptção da serotonina; Inibidores da recaptção adrenérgica; Agonistas dos receptores serotoninérgicos

ABSTRACT

Serotonin syndrome (SS) is a potentially life-threatening adverse drug reaction that can result from interaction between two or more serotonergic drugs and even from the use of a single serotonergic drug. This condition is an acute toxic reaction to substances that enhance serotonergic activity at certain synapses either within the central or the periphery. Clinical

features of SS consist of the triad: altered mental status, autonomic hyperactivity and neuromuscular abnormalities. The severity of SS cases ranges from mild to fatal. This syndrome has a rapid onset and, in most of the cases, is a self-limiting condition that improves on cessation of the offending drugs. In 2006, US Food and Drug Administration (FDA) issued an alert about the presumptive occurrence of SS with combined use of triptans and selective serotonin re-uptake inhibitors or selective serotonin/norepinephrine re-uptake inhibitors (The so called dual selective inhibitors). Nonetheless, despite this statement, insufficient data are available to judge whether this combination actually increases the risk of serotonin syndrome.

Keywords: Serotonin syndrome; toxicity, drug interactions; triptans; serotonin reuptake inhibitors; adrenergic reuptake inhibitors, serotonin receptors agonists.

INTRODUÇÃO

A síndrome serotoninérgica (SS), também conhecida como toxicidade serotoninérgica, é uma condição formada por uma constelação de manifestações clínicas, decorrentes do aumento da atividade serotoninérgica ao nível do sistema nervoso, central e periférico. Esta, por sua vez, é consequência da ação combinada (ou até mesmo isolada) de drogas que aumentam, através de mecanismos e sítios diferentes, o tônus serotoninérgico.⁽¹⁾ É muito importante salientar que a SS não é uma condição idiopática ou idiossincrásica, mas sim previsível, mesmo que inevitável.⁽²⁻⁵⁾ A SS é definida como

uma tríade formada por alterações do estado mental, sinais de hiperatividade autonômica e anormalidades neuromusculares, porém nem sempre todas estas alterações estão presentes.^(2,6) A síndrome serotoninérgica pode ocorrer como uma reação adversa a doses terapêuticas ou excessivas de uma droga, bem como pela combinação de drogas serotoninérgicas, também em doses habituais ou excessivas.⁽¹⁾ Outro aspecto importante a ser salientado é que mais de 85% dos médicos desconhecem esta síndrome.^(2,6)

A incidência da SS reflete o crescente número de agentes serotoninérgicos na prática médica diária. Em 2002, o *Toxic Exposure Surveillance System* reportou 26.733 casos de exposição aos inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRSs) que causaram efeito tóxico significativo em 7.349 pacientes, resultando em 93 mortes.⁽²⁾ A SS ocorre entre 14% e 16% das pessoas que fazem uso dos ISRS, de modo que este grupo de medicamentos parece ser o mais comumente implicado nesta síndrome.^(1,2) Em relação à idade, esta condição pode afligir pacientes de todas as idades, incluindo idosos e crianças.⁽²⁾

DROGAS ENVOLVIDAS NA SÍNDROME SEROTONINÉRGICA

Existem vários fármacos que, agindo em diferentes sítios ou por diferentes mecanismos, podem causar a síndrome serotoninérgica: L-triptofano, lítio, inibidores seletivos da recaptção da serotonina ou de ação dual, antidepressivos tricíclicos, medicamentos redutores de peso, selegilina, tramadol, inibidores da enzima monoaminoxidase (IMAOs) e *hypericum perforatum*, conhecida também como "erva de São João".^(1,2,3,7) Ao que parece, a buspirona, a bromocriptina e o LSD não estão envolvidos na SS.⁽⁵⁾

FISIOPATOLOGIA

A fisiopatologia da síndrome serotoninérgica ainda não está totalmente compreendida. A serotonina (5-hidroxitriptamina) é uma monoamina encontrada no sistema nervoso central, plaquetas e, principalmente, nos intestinos (vem daí a denominação enteramina), sendo sintetizada a partir do aminoácido L-triptofano e catabolizada pela enzima monoaminoxidase.^(4,8) A serotonina age tanto periféricamente, sobre os vasos e músculos, regulando o tônus vascular e a motilidade gastrointestinal, como de forma central, influenciando a percepção da

dor, o humor, o comportamento afetivo e o sono.^(2,4) Até o momento, conhecemos sete tipos de receptores serotoninérgicos, com seus respectivos subtipos. O papel de muito deles não está totalmente esclarecido, mas há fortes evidências de que os receptores 5-HT_{2A} estão implicados no desencadeamento da SS.^(1-4,6) É provável, por outro lado, que não haja participação dos receptores 5-HT_{1A} no seu desencadeamento.⁽⁵⁾

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

O quadro clínico da síndrome serotoninérgica repousa-se sobre três pilares, quais sejam, a alteração do estado mental, anormalidades neuromusculares e hiperatividade autonômica.^(1,2) Os achados estatisticamente mais associados à SS são primariamente as manifestações neuromusculares, como clônus ocular, clônus muscular (espontâneo ou induzido), hipertonia muscular e hiperreflexia osteotendinosa profunda.^(1,2) Geralmente, o aumento dos reflexos tendinosos e o clônus muscular são mais acentuados nos membros inferiores.^(1,2) Dentre as manifestações autonômicas, as mais encontradas são a taquicardia, a midríase e a diaforese; e dentre as alterações do estado mental, são encontradas a agitação e o *delirium*.⁽²⁾ A hipertermia (>38 graus), que é consequência da hipertonia muscular, não está fortemente associada à SS, mas a sua presença denota os casos mais severos.⁽²⁾ O início das manifestações geralmente é rápido, sendo que em torno de 60% dos casos os sintomas surgem entre seis e oito horas após o início (ou aumento da dose) da medicação envolvida ou o acréscimo de uma segunda droga serotoninérgica.^(2,3)

DIAGNÓSTICO

Diante de um caso suspeito, é fundamental fazer um rápido levantamento sobre os medicamentos utilizados pelo paciente, e também se foi introduzido um novo fármaco. Desta forma, ao abordarmos um paciente que se apresenta agitado, sudoreico, taquicárdico, com pupilas midriáticas, e, principalmente com hipertonia muscular, clônus muscular e aumento dos reflexos ostendinosos profundos, há que considerar o diagnóstico da síndrome serotoninérgica. Lembramos que o clônus talvez seja o achado mais importante, e que a hipertermia, quando ocorre, indica os casos mais graves.⁽²⁾ Os exames complementares não confirmam o diagnóstico da síndrome serotoninérgica, mas sim as suas complicações.^(2,3)

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

Os critérios de Hunter apresentam maior sensibilidade e especificidade, sendo, portanto, os mais recomendados.⁽¹⁻³⁾ Por outro lado, os critérios de Sternbach apresentam sensibilidade e especificidade menores, podendo excluir assim, os casos leves ou de evolução subaguda.⁽¹⁻³⁾

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Dentre várias condições incluídas no diagnóstico diferencial da SS, a síndrome anticolinérgica, a síndrome neuroléptica maligna e a hipertermia maligna figuram-se como as mais importantes.⁽¹⁻³⁾ Outra condição de rara ocorrência, mas que pode colocar a vida do paciente em risco, é a síndrome decorrente da retirada do baclofen, a qual se caracteriza por aumento de temperatura, instabilidade autonômica, espasmo e rigidez musculares. Esta síndrome apresenta boa resposta aos antagonistas dos receptores 5-HT_{2A}, como a ciproheptadina.⁽¹⁾

TRATAMENTO

Com finalidade terapêutica, podemos dividir a síndrome serotoninérgica (SS) em três graus de severidade:⁽¹⁻³⁾

– **Síndrome serotoninérgica com manifestações leves:** este quadro geralmente decorre de uma reação adversa a uma única droga usada em doses terapêuticas. Os sintomas e sinais desaparecem assim que a medicação envolvida é retirada. Neste caso, além da monitorização do paciente, são indicados os benzodiazepínicos;

– **Síndrome serotoninérgica com manifestações moderadas:** geralmente decorre do uso excessivo de uma única droga, sendo que nestes casos, a ciproheptadina (antagonista dos receptores 5-HT_{2A}) pode ser indicada.

– **Síndrome serotoninérgica com manifestações graves (crise serotoninérgica):** geralmente este quadro surge em decorrência da combinação de drogas serotoninérgicas que agem em sítios diferentes (ISRS + IMAO). Neste caso, em decorrência da hipertonia muscular, ocorre acentuada hipertermia (temperatura acima de 41 graus), podendo consequentemente ocorrer rabdomiólise, insuficiência renal e coagulação intravascular disseminada. Este quadro configura, portanto, uma emergência médica, sendo necessárias medidas urgentes

e mais agressivas como sedação, relaxamento muscular, intubação e o resfriamento corporal. Como a hipertermia é decorrente da rigidez muscular, e não de alteração hipotalâmica, os medicamentos antipiréticos são ineficazes. A mortalidade varia de 2% a 12%.

Com o tratamento adequado, o quadro clínico é revertido dentro de 24 horas em 60% dos pacientes, mas quando a SS decorre de drogas de meia-vida longa, os sinais e sintomas podem permanecer por mais tempo.⁽⁷⁾

DISCUSSÃO

Há quase 50 anos a serotonina tem sido implicada na fisiopatologia da enxaqueca, embora o seu mecanismo ainda não tenha sido totalmente elucidado. A hipótese de que pacientes migranosos apresentam cronicamente baixos níveis de serotonina é sustentada há muito tempo.⁽⁸⁾ Existe uma anormalidade da atividade serotoninérgica na enxaqueca e na depressão, e os medicamentos que modificam esta atividade podem ser efetivos nestas duas moléstias, ou seja, as triptanas e os antidepressivos. Portanto, não é surpreendente saber que portadores de enxaqueca fazem uso combinado destes fármacos.^(7,9)

Em julho de 2006, o FDA emitiu um alerta, sugerindo que a combinação de uma triptana com antidepressivos de ação dual ou inibidores seletivos de recepção da serotonina (ISRSs) aumentaria o risco de ocorrência da síndrome serotoninérgica. Foram citados 29 casos e posteriormente, mais onze casos foram reportados ao FDA, todos com nível de evidência IV.⁽⁷⁾ Dentre os 29 casos citados pelo FDA, apenas um terço preencheu os critérios de Sternbach e nenhum deles preencheu os critérios de Hunter.^(7,9,11,12) Durante o período de 2003 a 2004, 3.874.367 pacientes fizeram uso de triptanas, 50.402.149 usaram ISRSs ou antidepressivos de ação dual e 694.276 usaram simultaneamente estes fármacos.⁽¹²⁾ Estima-se que a incidência anual da SS decorrente do uso combinado de triptanas e ISRS seja de <0,03%, sendo a dos casos que podem colocar a vida do paciente em risco <0,002%.⁽¹¹⁾ Portanto, a incidência dos casos de SS decorrentes do uso combinado de uma triptana e um ISRS seria menor que a dos casos decorrentes do uso isolado deste antidepressivo.⁽¹¹⁾

Mas, será que o uso das triptanas aumenta o risco de ocorrência da síndrome serotoninérgica? No relato de onze casos de suposta SS decorrente do uso de triptanas, os autores não detalharam os casos, nem citaram se eles preencheram os critérios de Sternbach ou

de Hunter.⁽⁷⁾ Por outro lado, esta síndrome pode ocorrer quando os ISRSs são usados isoladamente.⁽¹¹⁾ Acredita-se que a síndrome serotoninérgica seja devida a estimulação dos receptores 5-HT_{2A}, sendo pouco provável a participação dos receptores 5-HT_{1A}.⁽⁵⁾ Por outro lado, as triptanas são agonistas dos receptores 5-HT_{1B}, 5-HT_{1D} e 5-HT_{1F}, possuindo alta afinidade por estes receptores, e baixa afinidade pelos receptores 5-HT_{1A}.⁽⁷⁾ As triptanas não apresentam atividade farmacológica sobre os receptores 5-HT_{2A}, se usadas em doses indicadas para o uso clínico.^(6,11) Portanto, se esta síndrome decorre da ativação excessiva dos receptores 5-HT_{2A}, a adição das triptanas não aumentaria o risco.⁽¹¹⁾

Em um grupo de 1.874 pacientes que fizeram uso combinado de sumatriptana subcutâneo e ISRS, nenhum caso de síndrome serotoninérgica foi relatado.⁽¹¹⁾ Em doze pacientes que usaram concomitantemente paroxetina e rizatriptana, também nenhum caso de SS foi relatado, sendo que o mesmo ocorreu em 16 pacientes que usaram zolmitriptana e fluoxetina.⁽¹¹⁾

Mathew e colaboradores⁽¹³⁾ relataram seis pacientes migranosos que teriam desenvolvido suposta síndrome serotoninérgica, sendo que cinco faziam uso combinado de sumatriptana ou diidroergotamina com drogas serotoninérgicas, porém sem preencher os critérios de Hunter.⁽⁵⁾

No Brasil, Kavazzalli e Grezesuik⁽¹⁴⁾ relataram, em 1999, o primeiro caso de síndrome serotoninérgica desencadeada pelo uso isolado de paroxetina, e em dose terapêutica (20 mg/dia). No Canadá, Franck também relatou um caso de SS atribuída ao uso de dose terapêutica de paroxetina em um paciente masculino de 80 anos de idade.⁽³⁾

Bonetto e colaboradores⁽¹⁵⁾ relataram um caso de síndrome serotoninérgica acompanhada de crises convulsivas e rabdomiólise induzidas pelo uso concomitante de fluoxetina (60 mg/dia), *Hypericum perforatum* ("erva de São João") e eletriptana, citando que crises epiléticas poderiam ocorrer em casos severos. Em relação a esta publicação, Evans posicionou-se da seguinte forma⁽¹⁰⁾: "Eu li o artigo 'Síndrome serotoninérgica e rabdomiólise induzida pelo uso concomitante de triptanas, fluoxetina e hypericum, por Bonetto et al, com preocupação...' Acreditamos que Evans tinha razão para preocupar-se, pois este relato gerou algumas dúvidas, e, além do mais, as manifestações descritas não preenchem os critérios de Hunter, mais sensíveis e específicos que aqueles de Sternbach.⁽¹⁻³⁾

CONCLUSÃO

A síndrome serotoninérgica provavelmente é uma condição mais prevalente do que podemos imaginar, uma vez que ela é desconhecida pela vasta maioria dos médicos, não sendo, portanto, diagnosticada e reportada. Os casos mais severos desta síndrome decorrem da combinação de medicamentos que atuam em sítios diversos, como os IMAOs e os ISRSs ou os antidepressivos duais, levando a uma estimulação excessiva dos receptores 5-HT_{2A}.

Quanto às triptanas, não há dados suficientes para que possamos julgar se estas drogas, agindo isoladamente, ou associadas aos ISRSs ou antidepressivos de ação dual possam, de fato, desencadear a síndrome serotoninérgica. Como concluiu John Rothrock, editor do periódico *Headache*:⁽⁹⁾ "Não obstante, o uso simultâneo de antidepressivos e triptanas parece ser justificado sob o ponto-de-vista clínico". Devido à seriedade desta síndrome, devemos ser prudentes e aguardar novos relatos. Apesar de tudo, podemos concluir que, em relação ao envolvimento das triptanas na síndrome serotoninérgica, talvez haja "muita fumaça e pouco fogo".

REFERÊNCIAS

1. Isbister GK, Buckley NA, Whyte IM. Serotonin toxicity: a practical approach to diagnosis and treatment. *Med J Aust*. 2007; 187(6):361-5.
2. Boyer EW, Shannon Michael. The serotonin syndrome. *N Engl J Med*. 2005;352(11):1112-20.
3. Franck C. Recognition and treatment of serotonin syndrome. *Can Fam Physician*. 2008;54(7):988-92.
4. Hall M & Buckley. Serotonin syndrome. *Aust Prescr* 2003;26:62-3. [consultado em 10 de junho de 2013]. Disponível em: <http://www.australianprescriber.com/magazine/26/3/62/3>.
5. Gillman PK. Triptans, serotonin agonists, and serotonin syndrome (serotonin toxicity): a review. *Headache*. 2010;50(2):264-72.
6. Shapiro RE. Serotonin syndrome with triptans: Facts vs. Fear. Information for health care professionals [Internet]. New Jersey: American Headache Society; [consultado em 10 de junho de 2013]. Available in: http://www.americanheadachesociety.org/assets/1/7/ahs_shapiro.pdf.
7. Evans RW, Tepper SJ, Shapiro RE, Sun-Edelstein C, Tietjen GE. The FDA alert on serotonin syndrome with use of triptans combined with serotonin reuptake inhibitors or selective serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors: American Headache Society Position Paper. *Headache*. 2010; 50(6):1089-99.
8. Kimball RW, Friedman AP, Vallejo E. Effect of serotonin in migraine patients. *Neurology*. 1960;10:107-11.

9. Rothrock JF. Triptans, SSRIs/SNRIs and serotonin syndrome. *Headache*. 2010;50(6):1101-2.
10. Evans RW. Triptans and serotonin syndrome. *Cephalalgia*, 2008;28(5):573-5.
11. Shapiro RE, Tepper SJ. The serotonin syndrome, triptans and the potencial for drug-drug interactions. *Headache*. 2007;47(2):266-9.
12. Sclair DA, Robinson LM, Skaer TL. Concomitant triptan and SSRI or SNRI use: a risk for serotonin syndrome. *Headache*. 2008;48(1):126-9.
13. Mathew NT, Tietjen GE, Lucker C. Serotonin syndrome complicating migraine pharmacology. *Cephalalgia*. 1996;16(5):323-7.
14. Cavallazzi LO, Grezesiuk AK. Serotonin syndrome associated to the use of paroxetine. Case report. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999;57(3B):886-9.
15. Bonetto N, Santelli L, Battistin L, Cagnin A. Serotonin syndrome and rhabdomyolysis induced by concomitant use of triptans, fluoxetine and hypericum. *Cephalalgia*. 2007;27(12):1421-3.

Correspondence

Roldão Faleiro de Almeida

*Rua Castelo de Guimarães, 471/401 - Bairro Castelo
31330-250 – Belo Horizonte, MG
E-mail: roldaoalmeida@ig.com.br*

Comorbidades psiquiátricas em pacientes de cefaleias primárias

Psychiatric comorbidities in patients with primary headache

Camila Cordeiro dos Santos¹, Glauce Regina Lippi²

¹Aluna do Programa de Mestrado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife - PE, Brasil. Núcleo de Neurociência - Departamento de Pós-Graduação Lato Sensu, Faculdade de Ciências Humanas ESUDA, Recife - PE, Brasil

²Aluna do Programa de Mestrado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife - PE, Brasil. Fonoaudióloga da Memóriativa, Ambulatório de Neurologia Cognitiva e do Comportamento, Hospital Geral de Areias, Recife -PE, Brasil

Santos CC, Lippi GR. Comorbidades psiquiátricas em pacientes de cefaleias primárias. *Headache Medicine*. 2013;4(1):25-30

RESUMO

O presente estudo buscou realizar uma revisão não sistemática de publicações referentes à cefaleia e comorbidades psiquiátricas. É constatado que a cefaleia possui várias comorbidades, incluindo depressão e ansiedade. Cerca de 30% de portadores de cefaleia apresentam quadros depressivos e 60% apresentam sintomatologia ansiosa. Acredita-se que a própria fisiopatologia da cefaleia possa ser favorável ao desenvolvimento dessas comorbidades. Além disso, o desconforto e as dores causadas pela cefaleia que muitas vezes limita o paciente no exercício de suas atividades diárias também funcionem como fatores predisponentes a essas comorbidades. Ressalta-se também a importância do conhecimento adequado do médico sobre a sintomatologia dessas comorbidades e que este facilite o diagnóstico e um tratamento eficiente no controle e/ou remissão dos sintomas. Neste contexto, o presente estudo busca oferecer informações baseadas em estudos realizados com pacientes portadores de cefaleia com o objetivo de descrever os tratamentos atuais e novas descobertas a respeito da cefaleia, favorecendo assim melhor compreensão da referida patologia bem como os impactos causados por suas comorbidades, e estratégias que possibilitem melhor qualidade de vida aos pacientes que convivem com a cefaleia frequentemente.

Palavras-chaves: Cefaleia; Comorbidade psiquiátrica; Depressão

ABSTRACT

This study sought to conduct a non-systematic review of publications related to headache and psychiatric comorbidity. It is noted that headache has several comorbidities, including depression and anxiety. About 30% of headache patients have depression and 60% have anxiety symptoms. It is believed that the pathophysiology of headache may be conducive to the development of these comorbidities. Furthermore, the discomfort and pain caused by headaches that often limits the patient ability to perform activities of daily living also act as predisposing factors for these comorbidities. It is also emphasized the importance of adequate knowledge about these symptoms and comorbidities by the doctor in order to facilitate the diagnosis and offer effective treatment in controlling and/or remission of the symptoms. In this context, this study seeks to provide information based on studies of headache patients in order to describe the current treatments and new discoveries concerning headache, thus promoting better understanding of said pathology as well as the impacts of their comorbidities and strategies that will enable better quality of life for patients living with frequent headaches.

Keywords: Headache, psychiatric comorbidity, depression

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, as doenças crônicas vêm desempenhando um grande papel em nossa sociedade, acometendo não só idosos, mas também, jovens em idade produtiva. Dentre as doenças crônicas mais conhecidas, destaca-se a cefaleia, que embora, bem estudada e conhecida, ainda hoje se faz presente na vida de milhões de pessoas exercendo seu impacto na qualidade de vida das pessoas acometidas.

Recentes estudos apontam que muitos pacientes com cefaleia apresentam diversos sintomas psicopatológicos quando comparados com a população sem cefaleia. Sua prevalência é alarmante, acometendo homens e mulheres de diversas idades e classes sociais, sendo mais prevalente, porém, em mulheres.

Resultados obtidos em pesquisas demonstram que pacientes com cefaleia são mais suscetíveis a apresentarem sintomatologia ansiosa e depressiva. Estudiosos referem que a própria fisiopatologia da cefaleia pode estar relacionada ao surgimento dos sintomas depressivos e ansiosos, além da própria qualidade de vida que se mostra comprometida, principalmente nas esferas sociais e ocupacionais, restringindo cada vez mais as atividades cotidianas dos sujeitos.

Isso nos leva a inferir que, assim como a cefaleia, suas comorbidades como depressão e ansiedade, também precisam ser tratadas adequadamente, uma vez que estas patologias também interferem na funcionalidade do sujeito em seu meio. A negligência no tratamento dessas desordens psíquicas pode contribuir para uma má qualidade de vida dos pacientes acometidos.

Este estudo tem como objetivo descrever a associação da cefaleia com a depressão e ansiedade, baseado nos resultados de pesquisas atuais e sugerir métodos de tratamentos adequados e eficazes com o objetivo de promover a saúde e qualidade de vida dos pacientes em questão.

CEFALEIA E COMORBIDADE PSIQUIÁTRICA

Cefaleia é um termo médico utilizado para designar a dor de cabeça. É uma das principais queixas atuais nos consultórios médicos. Muitos desses pacientes são tratados farmacologicamente, contudo, boa parte desses fármacos possuem efeitos indesejáveis que aumentam quando utilizados em longo prazo, interferindo nas esferas emocionais, cognitivas e comportamentais.^(1,2) O

conhecimento adequado da fisiopatologia do tipo da cefaleia em questão oferece subsídios importantes para o médico prescrever o medicamento apropriado para cada tipo de paciente, evitando então efeitos colaterais desnecessários e auxiliando na promoção da qualidade de vida do mesmo.⁽²⁾

As cefaleias podem ser classificadas em primárias ou secundárias. Quando falamos em cefaleia primária, nos referimos àquelas cefaleias que ocorrem sem uma doença de base, como por exemplo: cefaleia tensional, cefaleia em salvas, migrânea, entre outras. As cefaleias secundárias correspondem às cefaleias que ocorrem devido a uma condição clínica anterior à cefaleia, como tumores cerebrais, acidente vascular cerebral, hidrocefalia, traumatismo craniano, etc.^(3,4)

Estudos populacionais indicam uma prevalência de 10% a 15%, podendo variar de acordo com a população estudada de pacientes portadores de migrânea, a mais conhecida e mais estudada cefaleia primária, embora estudos com a população brasileira sejam relativamente poucos quando comparados a publicações internacionais; acredita-se que a prevalência da migrânea seja semelhante a dados americanos. Afeta três vezes mais mulheres do que homens e apresenta-se mais frequente entre os 25-34 anos em mulheres e 55-64 anos nos homens.⁽⁵⁾

A cefaleia apresenta etiologia multifatorial. É possível verificar que alguns casos de cefaleia apresentam alterações estruturais nervosas e extranervosas, sistêmicas ou quadros disfuncionais.^(3,6) Seu diagnóstico é realizado após criteriosa avaliação clínica, histórico familiar, uma vez que observa-se alta incidência de migrânea em pessoas cujo histórico familiar é positivo para a patologia em cerca de 55%. Exames de imagem, como, por exemplo, tomografia e/ou ressonância magnética de crânio, exames laboratoriais com análise do líquido e sangue, entre outros, a fim de auxiliar o diagnóstico diferencial e excluir doenças que possam produzir sintomatologia semelhante, como também para verificar se a cefaleia é subjacente a uma condição clínica pré-existente, que neste caso se configuraria como uma cefaleia secundária.⁽⁶⁾

Comorbidade é um termo que se refere a condições clínicas distintas em um mesmo paciente. Esta associação ocorre de forma provavelmente não causal, entre uma doença inicial e uma ou mais doenças físicas ou psicológicas. O termo *comorbidity* foi cunhado por Feinstein em 1970 para definir a coexistência de mais de uma condição mórbida numa mesma pessoa.

Muitas vezes, entretanto, há o desconhecimento de possíveis comorbidades, podendo levar ao erro na identificação de uma afecção e as características de uma outra subjacente, porém ignorada. A importância em observar essas possíveis comorbidades reside no fato de que as mesmas dificultem o diagnóstico e posteriormente o tratamento.⁽⁷⁾

Baseado em estudos clínicos e observações, conclui-se que pacientes com migrânea têm cerca de cinco vezes mais chances de apresentar comorbidades quando comparados a sujeitos controles.⁽⁸⁾ Abaixo, o Quadro 1 demonstra as comorbidades mais frequentes em migrânea, vale ressaltar que o mesmo encontra-se ainda em crescimento, relacionando-se a doenças neurológicas, psiquiátricas e sistêmicas.^(9,10)

Quadro 1 - Comorbidades da migrânea⁽⁸⁾

| | |
|-------------------------|---------------|
| Epilepsia | Fibromialgia |
| Doença cerebrovascular | Hipertensão |
| Tremor | Hipotensão |
| Fenômeno de Raynaud | Angina/IAM |
| Distúrbios do sono | Úlcera |
| Depressão | Osteoartrites |
| Distúrbios de ansiedade | Asma |
| Distúrbio do pânico | Alergias |

Essas afecções secundárias podem aparecer como um transtorno (alterações comportamentais e psicológicas) e/ou doença (entidades clínicas definidas).

Comorbidades podem existir entre transtornos de grupos diagnósticos diferenciados, como por exemplo, depressão e migrânea, ou entre transtornos do mesmo grupo, no caso, depressão e distímia. A análise cuidadosa permite o estudo da etiologia, evolução e prognóstico do quadro apresentado, fornecendo subsídios importantes para o auxílio na prescrição do tratamento adequado.⁽¹¹⁾

Outro fato que vale a pena ser ressaltado é o impacto na qualidade de vida que pessoas portadoras de migrânea e comorbidades exercem sobre o paciente. Estudos demonstram que pacientes migranosos possuem um custo de assistência médica 60% maior do que os não migranosos, sugerindo que as comorbidades possivelmente seriam responsáveis por este aumento.⁽⁸⁾ As comorbidades, de acordo com os estudiosos exerceriam um aumento em cerca de 33%, comprometendo significativamente a qualidade de vida dos pacientes .

Em determinada revisão, o autor destaca as dificuldades e limitações que os estudos retrospectivos apresentam em relação ao estudo das comorbidades em migrânea, dentre as quais enfatiza o pequeno tamanho de amostras, a qualidade (representa apenas uma parte da população) e muitas vezes a inexistência de um grupo controle para verificação e comparação dos dados.⁽¹²⁾

O mesmo autor ainda refere que muitos estudos foram realizados antes da classificação da International Headache Society com sua primeira edição em 1988, posteriormente reclassificada em 2004, o que dificulta muitas vezes uma compreensão e diagnóstico mais claro devido a grande variabilidade das definições de migrânea empregadas.⁽¹²⁾

Os estudos sobre a prevalência e incidência dos transtornos podem ser realizados em populações gerais e clínicas. Estudos populacionais apresentam vieses de seleção diminuídos, entretanto, estudos em populações clínicas podem reforçar os dados obtidos e auxiliar no monitoramento do curso evolutivo, bem como as comorbidades e ainda verificar a eficácia do tratamento.

As comorbidades entre as patologias podem apresentar-se de forma uni ou bidirecional, como no caso da depressão que aumenta o risco do surgimento da migrânea, e esta o risco da depressão, sugerindo, portanto, partilharem de uma etiologia em comum, alguns autores enfatizam que a hipofunção das atividades serotoninérgicas seria uma possibilidade etiológica em comum.⁽¹³⁾ Estudos sobre epilepsia por sua vez, demonstram que a aparecimento da migrânea, facilitaria o surgimento da epilepsia e vice-versa apontando fatores genéticos e provavelmente a excitabilidade neuronal como sendo responsáveis pela etiologia.⁽¹²⁾

O tratamento da migrânea é geralmente influenciado pelas comorbidades apresentadas contribuindo para uma resposta mais fraca ao tratamento. Acredita-se que as comorbidades podem representar oportunidades, quando uma única medicação pode ser eficiente para ambas, ou limitações, quando a medicação pode ser útil em uma doença e contra-indicada para outra. Sobre tudo, o erro muitas vezes ressalta numa má observação do quadro clínico, sua evolução e no desconhecimento de comorbidades, o que dificultaria um diagnóstico correto.⁽⁷⁾

CEFALÉIA, DEPRESSÃO E ANSIEDADE

Wolf, em 1937 realizou um dos primeiros estudos que demonstravam uma associação entre cefaleias e

transtornos psiquiátrico, no qual denominou o termo personalidade migranosa para caracterizar pacientes migranosos que apresentavam comportamentos perfeccionistas, obsessivos, e de personalidade inflexível.⁽¹⁴⁾ Embora não mais utilizado, este termo deu início a uma vasta investigação posteriormente entre a correlação de cefaleias e quadros psiquiátricos.

A maioria das características psicológicas apresentadas pelos pacientes migranosos pode ser melhores definidas como sintomas psicopatológicos ao invés de traços de personalidade.⁽¹⁵⁾ Estudos apontam que em pacientes com quadros intensos de cefaleia, apresentavam altos níveis de comorbidade psiquiátrica.⁽¹⁶⁻¹⁹⁾ Em estudos com familiares, foram encontrados não apenas grande associação positiva para migrânea entre familiares como também a depressão foi fortemente relacionada, diferentemente dos achados em grupos de pessoas saudáveis.⁽¹⁵⁾

Estudos em crianças e adolescentes identificaram sinais de instabilidade emocional, imaturidade mental, ansiedade e depressão quando comparadas a grupos controles. Estudos com jovens adultos conseguiram replicar os mesmos achados, sobretudo os transtornos psiquiátricos.⁽²⁰⁾

Pesquisas recentes referem que a cefaleia apresenta-se duas vezes mais frequentes em adolescentes com depressão, e que o surgimento da depressão maior na adolescência era preditiva de cefaleia em adultos jovens conforme os critérios diagnósticos do DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1994*). Abaixo o quadro com os critérios da referida classificação, para o diagnóstico de depressão é necessário que cinco dos sintomas listados deva estar presentes, dentre os quais o estado deprimido ou falta de motivação deva estar presente há pelo menos duas semanas.

Quadro 2 - Critérios para diagnóstico de depressão
(Segundo o DSM-IV, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª edição*)

Estado deprimido: sentir-se deprimido a maior parte do tempo;
Anedonia: interesse diminuído ou perda de prazer para realizar as atividades de rotina;
Sensação de inutilidade ou culpa excessiva;
Dificuldade de concentração: habilidade frequentemente diminuída para pensar e concentrar-se;
Fadiga ou perda de energia;
Distúrbios do sono: insônia ou hipersônia praticamente diárias;
Problemas psicomotores: agitação ou retardo psicomotor;
Perda ou ganho significativo de peso, na ausência de regime alimentar;
Idéias recorrentes de morte ou suicídio

Atualmente acredita-se que pacientes com migrânea apresentam o risco de 30% a mais de desenvolverem depressão do que pessoas sem migrânea (10%), enfatizando que pacientes migranosos tem o risco três vezes maior de apresentar depressão do que os não migranosos, através de estudos populacionais, a associação entre a depressão e migrânea encontra-se bem estabelecida, o que foi replicado em estudos clínicos e epidemiológicos, possuindo prevalências semelhantes em migrânea (mulheres 24%, homens 9%) e depressão maior (mulheres 24% e homens 13%).^(15,16,21)

Estudos referem o grande sofrimento vivenciado por pacientes deprimidos, seja pelos seus sintomas, como também pelo prejuízo causado pela depressão. Em muitos casos é possível observar alterações em sua dinâmica social e laboral.^(22,23) Percebe-se que apesar de poder acometer indivíduos nas mais variadas faixas etárias, a depressão é mais prevalente em idades médias, nas quais os indivíduos, estudam, trabalham e formam novos grupos familiares, devido a isto, muitas vezes o impacto causado pela depressão em seu cotidiano e qualidade de vida assume dimensões imensas.^(23,24)

O diagnóstico da depressão pode ser auxiliado através da utilização de escalas e inventários como os de Beck (BDI), Montgomery-Asberg e Hamilton, escalas muito utilizadas em estudos clínicos e epidemiológicos, possuindo grande sensibilidade para a depressão.⁽²⁵⁾

Em relação à ansiedade, percebemos uma alta prevalência em pessoas com cefaleia, principalmente em pacientes com cefaleia do tipo tensional crônica, cefaleia mista e cefaleia por abuso de analgésicos.⁽²⁶⁾

A ansiedade é considerada um transtorno com sinais e sintomas bem definidos. Em portadores de cefaleia, a ansiedade possui a alarmante prevalência de 60%, os dados são baseados em estudos realizados com o Inventário de ansiedade de Beck, entre outras escalas.^(27,28)

Muitos pacientes referem grande receio ansiogênico de serem portadores de doenças mais graves, como tumores cerebrais ou doenças cerebrovasculares, isso denota a importância de explicar ao paciente corretamente a etiologia de sua dor, buscando inteirar o paciente com a sua condição clínica real, eliminando receios desnecessários, facilitando então a adesão ao tratamento.⁽²⁷⁾

Acredita-se que a depressão e a ansiedade facilitem as aferências dolorosas quando atuam em níveis centrais, participando desta forma da patogênese da dor.

A prevalência de transtornos ansiosos é aumentada em pacientes migranosos ao longo da vida quando estes

são comparados a sujeitos controles. Foram observadas as seguintes proporções: transtorno de pânico (10,9% vs. 1,8%), transtorno de ansiedade generalizada (10,2% vs. 1,9%), transtorno obsessivo compulsivo (8,6% vs. 1,8%) e transtornos fóbicos (39,8% vs. 20,6%). Foi constatado em um dos estudos sobre comorbidades em cefaleia que pacientes migranosos com aura tinham a prevalência mais aumentada a vários transtornos de ansiedade enquanto que pacientes migranosos sem aura, possuíam maior prevalência em transtorno de pânico e transtornos fóbicos.⁽²⁹⁻³¹⁾

○ mesmo autor percebeu em suas amostras longitudinais que a ansiedade precedia a idade de início da migrânea e esta era seguida pela depressão, com isto, sugeriu uma relação sindrômica entre essas patologias, iniciando com a ansiedade, seguida da migrânea e posteriormente episódios depressivos.^(29,30)

Esses achados nos levam a repensar a migrânea e seu impacto na qualidade de vida dos sujeitos acometidos, ressaltando a importância da compreensão dessas patologias como entidades clínicas diferenciadas, porém podem aparecer num mesmo paciente simultaneamente ou separadamente ao longo de sua vida. O conhecimento dos sintomas auxiliaria a médico na prescrição do tratamento adequado e individualizado com a finalidade de obter a remissão ou controle dos sintomas evitando recidivas, oferecendo portanto melhor qualidade de vida. Desconhecer essas e outras comorbidades poderia indicar insucesso no tratamento.⁽³²⁾

TRATAMENTOS

As crises apresentadas pelos pacientes podem ser incapacitantes, impedindo-os muitas vezes de realizarem suas atividades cotidianas, devido à dor e o desconforto sentidos, sobretudo quando a cefaleia apresenta comorbidades, muitas vezes favorecidas pelas dificuldades nas relações laborais, pessoais e sociais apresentadas por esses pacientes. É importante o conhecimento do médico sobre as patologias para que então possa ajudar o paciente em suas dificuldade e limitações. Sabe-se que as crises migranosas associadas ou não a comorbidades psiquiátricas podem ser desencadeadas por fatores internos e externos, por isto faz-se necessário o conhecimento da fisiopatologia da mesma.

○ tratamento a ser implantado deverá ser fundamentado na história clínica do paciente, levando em consideração as comorbidades e efeitos indesejáveis que possam surgir.

Em pacientes que apresentam depressão e migrânea, se não houver a possibilidade de tratar simultaneamente as duas patologias, é interessante priorizar a que cause mais sofrimento ao paciente. Alguns estudos referem que antidepressivos tricíclicos podem ser eficientes na profilaxia da migrânea em pequenas doses. Embora seja útil no controle dos sintomas ansiosos, para o controle da depressão é necessário doses mais altas, o que poderia acarretar alguns sintomas indesejáveis. Os inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS) por sua vez, auxiliariam no bem-estar do paciente, entretanto, estudos sobre os ISRS na profilaxia da migrânea ainda são poucos.⁽³³⁾

Atualmente, muitos médicos vêm receitando o uso do topiramato, obtendo ótimos resultados, porém poucos estudos descrevem melhora no controle da depressão.

Fármacos como a lamotrigina e carbonato de lítio, também se mostraram muito eficientes na estabilização do humor e no controle das crises migranosas, assim como o valproato de sódio.⁽³⁴⁾

Os betabloqueadores por sua vez, são contraindicados em pacientes com história de depressão, por induzirem sintomatologia depressiva.

Levando em consideração que dependendo do histórico clínico do paciente algumas vezes a politerapia é contraindicada, é importante optar por medicamentos que ofereçam boa relação entre eficácia terapêutica e efeitos colaterais, esclarecendo ao paciente sobre os possíveis efeitos indesejáveis que possam surgir, evitando assim o abandono do tratamento pelo paciente.

○ tratamento não medicamentoso baseia-se na reeducação do paciente, no esclarecimento da doença, como sendo fundamentalmente biológica e muitas vezes hereditária, informando a importância de evitar fatores desencadeantes e/ou agravantes como por exemplo alimentação e hábitos de vida em alguns casos, facilitando e motivando então a adesão ao tratamento por parte do paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipótese de que a fisiopatologia das cefaleias poderia contribuir para o surgimento e evolução de sintomatologia depressiva e ansiosa, bem como as limitações e dificuldades apresentadas pelos pacientes devidos as dores e impacto na vida cotidiana, foram confirmadas através do levantamento de vários autores apresentados.

O presente estudo teve como pretensão oferecer informações baseadas em recentes estudos publicados na área de cefaleias e comorbidades psiquiátricas, ressaltando a importância do conhecimento do profissional de saúde sobre o tema, favorecendo sua prática e eficiência no tratamento, além da adesão do paciente, auxiliando então, a promoção da sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- Lipton RB, Hamelsky SW, Kolodner KB, Steiner TJ, Stewart WF. Migraine, quality of life and depression. A population- based case control study. *Neurology*. 2000; 55(5):629-35.
- Lipton RB, Silberstein MD, Stewart WF. An update on the epidemiology of migraine. *Headache*. 1994; 34: 319-328.
- Fauci, AS. et al. Harrison. *Medicina Interna*. 17ª. ed. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill, 2008.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition. *Cephalalgia*. 2004; 24 (Suppl. 1): 1-152.63
- Costa, EAC. Comorbidades psiquiátricas na migrânea com e sem abuso de medicações analgésicas [Dissertação], 2007.
- Goldman, Lee. *Cecil Tratado de Medicina Interna*. 23ª Ed. Elsevier, 2009.
- Kessler R, et al. The epidemiology of psychiatric comorbidity. *Textbook of psychiatric epidemiology*. New York: John Wiley & Sons; 1995. p. 179-98.
- Moschiano F, et al. Neurobiology of chronic migraine. *Neurol Sci*. 2003; Suppl 2:S 94-6
- Juang KD, Wang SJ, Fuh JL, Lu SR, Su TP. Comorbidity of depressive and anxiety disorders in chronic daily headache and its subtypes. *Headache* 2000;40:818-23.
- Radat F, Swendsen J. Psychiatric Comorbidity in migraine: a review. *Cephalalgia*. 2004; 25:165-178
- Mitsikostas DD. Comorbidity of headache and depressive disorders. *Cephalalgia*. 1999;19:211-217.
- Carvalho J. Enxaqueca e comorbidades. Por que estudá-las? 2004; 2(Supl 1): 23-26
- Ressler KJ, Nemeroff CB. Role of serotonergic and noradrenergic systems in the pathophysiology of depression and anxiety disorders. *Depression and Anxiety* 2000; 12(suppl 1): S2-S19.
- Wolff HG. Personality features and reactions of subjects with migraine. *Arch Neurol Psychiatr*. 1937; 37:895.
- Merikangas KR. Psychopathology and headache syndromes in the community. *Headache*. 1994; 34:S17-S26
- Breslau N, Davis GC, Schultz LR, Peterson EL. Migraine and major depression. *Headache*. 1994; 34:387-93.
- Breslau N, Schultz LR, Stewart WF, Lipton RB, Lucia VC, Welch KMA. Headache and major depression. Is the association specific to migraine? *Neurology*. 2000; 54:308-13.
- Breslau N, Davis GC, Andreski P. Migraine, psychiatric disorders, and suicide attempts: an epidemiologic study of young adults. *Psychiatry Res*. 1991;37:11-23.
- Breslau N, Davis GC. Migraine, physical health and psychiatric disorder: a prospective epidemiologic study in young adults. *J Psychiatr Res*. 1993; 27:211-21.
- Arruda, M.A., Guidetti, V.(eds) 2007. *Cefaleias na Infância e Adolescência*, 1ª ed., Instituto Glia SP, Ribeirão Preto. Wainer.
- Mercante JPP, Peres MFP, Guendler V, Zukerman E, Bernik MA. Depression in Chronic: Severity and clinical features *Arq Neuropsiquiatr*. 2005;63(2A):217-220.
- Galego JCB, Cipullo JP, Cordeiro JA, Tognola WA. Depression and Migraine. *Arq. Neuro-Psiquiatr*. 2004; 62:774-777
- Wainer, R., Pergher, G.K. & Piccoloto, N.M. Terapia cognitivo comportamental das depressões. In Caminha (Org). *Psicoterapias cognitivas comportamentais: Teoria e prática*. Casa do Psicólogo: São Paulo, 2003.
- Ballone G.J. Depressão. *PsiquWeb*, Internet, disponível em www.psiqweb.med.br, revisto em 2007. Acesso em 11/02/2012.
- Kowacs F, Kowacs F. Depressão e Migrânea. *Einstein*, 2004; 2(Supl 1): 40-44.
- Choi YC, Kim WJ, Kim CH, Lee MS. A clinical study of chronic headaches: clinical characteristics and depressive trends in migraine and tension-type headache. *Yonsei Med J* 1995;36:508-514.
- Matta, APC and MOREIRA FILHO, PF. Sintomas depressivos e ansiedade em pacientes com cefaléia do tipo tensional crônica e episódica. *Arq. Neuro-Psiquiatr*. 2003; 61(4): 991-4.
- Kaplan HI et al. *Compêndio de Psiquiatria. Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. Porto Alegre: Artmed, 2006
- Merikangas KR, Angst J, Isler H. Migraine and psychopathology: Results of the Zurich Cohort Study of Young Adults. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 849-53.
- Merikangas KR, Merikangas JR, Angst J. Headache syndromes and psychiatric disorders: Association and familial transmission. *J Psychiatr Res* 1993; 27:197-210.
- Mercante J, Bernik M. Cefaleias primárias e transtornos de ansiedade. 2004; 2(Supl 1): 45-48.
- Devlen J. Anxiety and depression in migraine. *J Roy Soc Med* 1994; 87:338-41. 65.
- Sociedade Brasileira de Cefaleia. *Recomendações para o tratamento profilático da migrânea: Consenso da Sociedade Brasileira de Cefaléia*. *Arq. Neuro-Psiquiatr*. 2002; 60(1):159-69.
- Kowacs F. *Avaliação dos sintomas de ansiedade e de transtorno mental inespecífico em pacientes portadores de migrânea [Dissertação]*. Rio Grande do Sul. Universidade do Rio Grande do Sul. 1999.

Correspondence

Camila Cordeiro dos Santos

Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária
50670-901 – Recife, PE
Fone PABX: (81) 2126.8000
camilachristielly@hotmail.com

Protrusão da cabeça em adultos com cefaleia

Forward head in adults with headache

Gabriela Natália Ferracini¹, José Geraldo Speciali²

¹Fisioterapeuta, doutoranda da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP)
Ribeirão Preto, SP, Brasil

²Professor Associado de Neurologia do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil

Ferracini GN, Speciali JG. Protrusão da cabeça em adultos com cefaleia.

Headache Medicine. 2013;5(1):31-5

RESUMO

Justificativa e objetivos: Algumas disfunções musculoesqueléticas da região crânio-cervical, como protrusão da cabeça, diminuição da mobilidade cervical e os pontos gatilhos miofasciais, têm sido estudados nos indivíduos com cefaleias. A protrusão da cabeça parece ser uma postura antálgica e um fator perpetuador das cefaleias, e não um fator causativo. O objetivo deste estudo foi revisar a literatura as alterações posturais da coluna cervical e do posicionamento do crânio em indivíduos com cefaleia. **Conteúdo:** Conduziu-se uma busca sistemática nos bancos de dados bibliográficos Pubmed (National Library of Medicine) e Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), para identificar estudos científicos relevantes. Após análise de 51 artigos científicos encontrados, 8 preencheram os critérios estabelecidos, sendo selecionados para essa revisão, totalizando 314 indivíduos, 128 com diagnóstico de cefaleia do tipo tensional crônica, 51 com cefaleia do tipo tensional episódica, 20 com migrânea e 115 indivíduos sem cefaleia. **Conclusão:** Os resultados dos estudos revisados sugerem que os indivíduos com migrânea e cefaleia do tipo tensional (episódica e crônica) apresentam mais protrusão da cabeça do que os controles sem cefaleia.

Palavras-chave: Cefaleia; Cefaleia tipo tensional; Postura; Disfunção musculoesquelética

ABSTRACT

Background and objectives: Some musculoskeletal disorders of the cranio-cervical region, as head protrusion, decreased mobility and cervical myofascial trigger points, have been studied in subjects with headache. The protrusion of the head seems to be an antalgic posture and a factor perpetuating the headache, not a causative factor. The aim of this study

was to review the literature regarding changes in the cervical spine and skull positioning in patients with headache.

Content: We carried out a systematic search in bibliographic databases PubMed (National Library of Medicine), and Lilacs (Latin American and Caribbean Health Sciences) to identify relevant scientific studies. After analysis, eight met the criteria and were selected for this review, resulting in total of 51 papers, only eight articles met all the selection criteria, totaling 314 individuals, 128 with a diagnosis of chronic tension-type headache, 51 with headache episodic tension-type, 20 and 115 individuals with migraine without headache.

Conclusion: The results of these studies suggest that individuals with migraine and tension-type headache (episodic and chronic) have more protrusion of the head than the controls without headache.

Keywords: Headache; Tension-type headache; Posture; Musculoskeletal dysfunction

INTRODUÇÃO

A cefaleia está entre os principais problemas de saúde na população geral, gerando incapacidade e diminuição da qualidade de vida.⁽¹⁾ Dentre os vários tipos de cefaleia, a cefaleia do tipo tensional (CTT) é a mais comum na população e mais frequente entre adultos, com prevalência de 38,3% para cefaleia do tipo tensional episódica (CTTE) e 2,2% para cefaleia do tipo tensional crônica (CTTC),⁽²⁾ enquanto que a prevalência da migrânea é de 16% na população mundial.⁽¹⁾ A CTTC difere-

se da CTTE não somente pela frequência, mas também em relação à fisiopatologia, ao pior nível de incapacidade, a falta de respostas aos tratamentos, a maior uso de medicação analgésica e maior custo socioeconômico.⁽³⁾

A fisiopatologia das cefaleias do tipo tensional ainda não está bem compreendida. Bendtsen⁽⁴⁾ descreve que mecanismos periféricos (sensibilidade miofascial das estruturas periféricas) e centrais (sensibilização dos neurônios supraespinhais e diminuição da atividade antinociceptiva das estruturas supraespinhais) poderiam explicar alguns dos sintomas das CTT.

Algumas disfunções musculoesqueléticas da região crânio-cervical, como protrusão da cabeça, diminuição da mobilidade cervical e a presença de pontos gatilhos miofasciais (PGM),⁽²⁾ têm sido estudadas nos indivíduos com cefaleias. Estas disfunções foram observadas em indivíduos com cefaleia tipo tensional episódica^(2,3) e crônica^(3,5,6,8-10) e com migrânea.⁽²⁾ Supõe-se que a dor miofascial no segmento cefálico atua como estímulos periféricos que facilitam a ativação do sistema trigeminal, contribuindo para o aumento da frequência e intensidade da dor.⁽⁶⁾

A alteração postural mais frequentemente observada nos indivíduos com cefaleia é a protrusão (anteriorização) da cabeça⁽³⁾ com rotação posterior do crânio em relação à coluna cervical alta e fechamento do triângulo suboccipital, podendo gerar pontos miofasciais nos músculos dessa região e presença de dor referida no segmento cefálico.

Um melhor entendimento das disfunções musculoesqueléticas da região crânio-cervical pode prover mais informações sobre a fisiopatologia da CTT e da cefaleia cervicogênica especificamente, facilitando o desenvolvimento de novos programas de tratamentos por meio da fisioterapia.⁽⁵⁾

A associação entre a postura crânio-cervical e cefaleia tem sido amplamente pesquisada e discutida na literatura,^(2,3,5-10) mas ainda os resultados são inconclusivos. Alguns estudos^(2,3,5) demonstraram que indivíduos com cefaleia do tipo tensional episódica e/ou crônica e migrânea apresentam alteração no posicionamento do crânio (aumento do ângulo crânio-cervical), mas ainda nos questionamos se esta é uma postura antálgica e também se é um fator perpetuador das cefaleias. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi realizar uma revisão de literatura observando o posicionamento do crânio (protrusão da cabeça) em indivíduos com cefaleia.

DESENVOLVIMENTO

Foi conduzida uma busca sistemática nos bancos de dados bibliográficos Pubmed (National Library of Medicine) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), por um dos autores (GNF), para identificar os estudos. Foram utilizadas as palavras-chave: "protrusão da cabeça", combinado com "cefaleia", "migrânea", "cefaleia cervicogênica", "cefaleia tipo tensional".

Os artigos foram selecionados entre 1994 e 2012. Foram incluídos os estudos clínicos, de coorte e casos controlados que continham dados epidemiológicos das amostras. Os artigos foram selecionados a partir das informações contidas no título e resumo. Os dados relevantes foram: o tipo de estudo, o perfil da amostra e os métodos de avaliação postural. Os estudos possivelmente relevantes foram selecionados, seguindo os seguintes critérios de inclusão:

- Artigo completo em língua inglesa ou portuguesa do Brasil.
- Indivíduos com idade entre 18 e 60 anos.
- Indivíduos com diagnóstico de uma das seguintes cefaleias: migrânea, migrânea crônica, cefaleia tensional episódica e crônica e cefaleia cervicogênica, seguindo os critérios de 1998 e 2004 da Classificação Internacional das Cefaleias⁽¹¹⁾ da Sociedade Internacional de Cefaleia.
- Utilizado a técnica de fotografia e/ou raios-X como método de avaliação postural.

Excluíram-se os relatos de casos e revisão de literatura.

RESULTADOS

A busca realizada resultou no total de 51 artigos científicos. Destes, 15 foram selecionados como artigos em potencial para o estudo, de acordo com as informações constantes do título e/ou resumo. Oito artigos preencheram todos os critérios de seleção, totalizando 314 indivíduos, 128 com diagnóstico de cefaleia do tipo tensional crônica, 51 com cefaleia do tipo tensional episódica, 20 com migrânea e 115 indivíduos sem cefaleia. Dos artigos incluídos inicialmente, dois foram descartados, por não apresentarem os critérios utilizados para o diagnóstico da cefaleia.

Todos os estudos identificaram estatisticamente que os indivíduos com cefaleia (migrânea, CTTE e CTTC)

apresentam mais protrusão da cabeça do que os indivíduos sem cefaleia. Todos os participantes foram avaliados fora da crise de cefaleia e deveriam ter sofrido a última crise há pelo menos uma semana.

Na tabela 1 estão apresentados os dados dos estudos incluídos.

Para avaliação postural da coluna cervical, todos os estudos^(2,3,6-10) utilizaram a técnica de fotografia de perfil. O método consistia em posicionar a base da câmera na altura dos ombros dos indivíduos.⁽²⁾ O trágus e o processo espinhoso da sétima vértebra cervical (C7) eram demarcados. Os indivíduos eram instruídos a manter o olhar em um ponto a sua frente, a fim de evitar uma flexão ou extensão da cabeça⁽²⁾ e fotografados em duas posições, sendo uma foto

sentada relaxadamente e uma em posição ortostática, também relaxada. A partir dessas fotos era avaliado o ângulo crânio-cervical (protrusão da cabeça) o que é feito por meio do traçado de duas linhas, a primeira horizontal, passando por C7, e a segunda ligando o trágus ao processo espinhoso de C7 (Figura 1). Quanto menor o ângulo, maior é a protrusão da cabeça.⁽²⁾ Um dos primeiros grandes estudos de análise postural data de 1941, realizado por Cureton,⁽¹²⁾ que avaliou a posição dos ombros e da cabeça de adolescentes, obtendo o valor médio de 53,6° (DP 6,4°) para o ângulo crânio-cervical, o qual desde então é seguido pelas pesquisas. Este modo de mensuração do ângulo crânio cervical apresenta boa reprodutibilidade (ICC=0,88).⁽¹³⁾

Tabela 1 - Estudos incluídos nesta revisão, que avaliaram a protrusão da cabeça em adultos com cefaleia

| Estudos | Amostra | Método | Resultados |
|--|---|-----------------------|--|
| Fernández-de-las-Peñas e col ⁽²⁾ | 40 indivíduos, 20 com migrânea unilateral e 20 sem cefaleia, entre 18-57 anos | Técnica de fotografia | - PC foi correlacionada com a idade nas posições ortostática e sentada (apenas GC) - A PC foi maior no GE do que no GC na posição sentada (GE: 42,2°±6,4°/GC: 52,6°±7,2°/p<0,001) e ortostática (GE: 44,7°±9,4° /GC: 53,7°±7,2°/p<0,001). - Não houve diferença na PC entre os gêneros |
| Fernández-de-las-Peñas e col ⁽³⁾ | 50 indivíduos, 25 CTTC e 25 sem cefaleia, entre 20-70 anos | Técnica de fotografia | - A PC foi maior nos indivíduos com CTTC (45,3°±7,6°) do que no GC (54,1°±6,3°) - Quanto maior a PC maior a frequência da cefaleia |
| Sohn e col ⁽⁵⁾ | 101 indivíduos, 23 CTTC, 36 CTTE e 42 sem cefaleia, média de 51,8 anos | Técnica de fotografia | - A PC foi maior nos indivíduos com CTTC (133,74°±7,68°) do que no GC (133,31°±5,6°). - Não houve diferença na PC dos indivíduos com CTTE (133,99°±7,61°) comparado aos sem cefaleia (133,31°±5,61°) |
| Fernández-de-las-Peñas e col ⁽⁶⁾ | 20 indivíduos, 10 CTTC e 10 sem cefaleia, média de 36 anos | Técnica de fotografia | - Os indivíduos com CTTC apresentaram maior PC do que os sem cefaleia (42°±6,6° vs 48,8°±2,5°; p<0,001) - O GC apresentou maior PC na posição ortostática do que sentado (48,8°±2,5° vs 42,8°±8,9°; p<0,001) |
| Fernández-de-las-Peñas e col ⁽⁷⁾ | 30 indivíduos, 15 CTTE e 15 sem cefaleia, entre 20-70 anos | Técnica de fotografia | - A PC foi maior nos indivíduos com CTTE em ambas as posições |
| Fernández-de-las-Peñas e col ⁽⁸⁾ | 25 indivíduos com CTTC, entre 17-72 anos | Técnica de fotografia | - Não houve diferença significativa na PC após o tratamento [pré x pós tratamento: sentado (46°±7° x 48°±6,1°) ortostática (48°±7° x 49°±6,1°) |
| Fernández-de-las-Peñas e col ⁽⁹⁾ | 50 indivíduos, 25 CTTC e 25 sem cefaleia, entre 18-73 anos | Técnica de fotografia | - A PC foi maior nos indivíduos com CTTC com PM ativo do que os com CTTC com PM latente, em ambas as posições |
| Fernández-de-las-Peñas e col ⁽¹⁰⁾ | 40 indivíduos, 20 CTTC e 20 sem cefaleia, entre 20-68 anos | Técnica de fotografia | - A PC foi maior nos indivíduos com CTTC do que nos indivíduos sem cefaleia, em ambas as posições (sentada: 47,9°±7,5° vs 51,9° ±5,7/ortostática: 47,9°±7,9° vs 54,3°±6,5°; p<0,001) - A frequência da cefaleia está relacionada a PC em ambas as posições (r=-0,5; p<0,005), ou seja, quanto maior a frequência maior a PC |

PC: protrusão da cabeça; CTTC: cefaleia tipo tensional crônica; CTTE: cefaleia tipo tensional episódica; GE: grupo estudo; GC: grupo controle; PM: ponto miofascial



Figura 1 – Mensuração do ângulo crânio-cervical. O traçado é realizado a partir de uma linha horizontal passando por C7 e outra ligando o trágus.

DISCUSSÃO

Nesta revisão foi observada que poucos estudos abordam as alterações posturais cervicais em indivíduos com cefaleia, e estes,^(3,5-10) em sua maioria, limitaram-se ao estudo da cefaleia do tipo tensional, apenas um estudo⁽²⁾ avaliou indivíduos com migrânea. Os indivíduos com cefaleia cervicogênica parecem ter sido avaliados em um estudo,⁽¹⁴⁾ mas este não foi incluído nesta revisão, por não apresentar claramente os critérios diagnósticos, o que gerou dúvidas no diagnóstico diferencial entre cefaleia do tipo tensional ou cervicogênica. Acredita-se que isto tenha ocorrido devido a publicação ter sido em 1993, quando ainda não estavam claramente definidos os critérios diagnósticos das cefaleias cervicogênicas pela Sociedade Internacional de Cefaleia.

Em relação aos métodos de avaliação da postura cervical, a inspeção visual é considerada o *gold standard*.⁽¹⁵⁾ A técnica de fotografia permite uma análise quantitativa das alterações posturais, de forma não invasiva e com baixo custo. Todos os estudos^(2,3,5-10) utilizaram a técnica fotográfica para avaliação postural, porém este método de avaliação não reproduz todas e as reais curvaturas da coluna cervical,⁽¹²⁾ devido às influências dos tecidos. O melhor método é a radiografia, pois abrange todos os ângulos, por outro lado, tem os inconvenientes do custo mais elevado e da exposição aos raios-x.

Na análise das oito publicações, sete^(2,3,5-7,9,10) demonstraram que os indivíduos com cefaleia apresentam maior protrusão da cabeça do que os indivíduos sem cefaleia.

Apenas um estudo⁽²⁾ avaliou indivíduos com migrânea, demonstrando que estes apresentaram maior protrusão da cabeça, ou seja, um menor ângulo crânio-cervical, do que os indivíduos sem cefaleia, em duas posições (ortostática e sentada). Nenhuma diferença foi encontrada entre os indivíduos com migrânea com e sem aura ou aqueles que estavam em tratamento profilático e os que não faziam uso de qualquer medicamento. E ainda, não foi encontrada diferença entre os gêneros em nenhum dos grupos.

Os estudos^(3,5,6,8-10) que avaliaram indivíduos com cefaleia do tipo tensional crônica e/ou episódica,^(2,7) encontraram também um menor ângulo crânio-cervical, ou seja, maior protrusão da cabeça do que os sem cefaleia, na posição sentada. Um estudo⁽⁹⁾ encontrou que os indivíduos sem cefaleia apresentaram maior protrusão da cabeça em pé comparada à posição sentada, enquanto que nos com cefaleia não houve diferença.

Outra observação feita foi que a protrusão da cabeça era maior quanto maior o tempo de início da cefaleia.⁽⁹⁾ Não é possível concluir se a protrusão da cabeça está relacionada ao aumento da frequência, intensidade e duração das crises de cefaleia. Dois estudos^(5,10) mostraram que a protrusão da cabeça foi maior quanto maior a frequência e a duração da cefaleia. Outro estudo⁽⁸⁾ não demonstrou qualquer correlação entre protrusão da cabeça e a frequência, intensidade e duração das cefaleias nos indivíduos com cefaleia do tipo tensional crônica.

A protrusão da cabeça parece estar associada com a presença de pontos miofasciais tanto ativos como latentes, nos músculos esternocleidomastoídeos, escale-nos, temporais, trapézio superior e os suboccipitais. Todos os estudos^(2,3,5-10) avaliaram a presença de pontos miofasciais, conjuntamente com a avaliação da protrusão da cabeça, e sete^(2,3,5-7,9-10) encontraram que os indivíduos com cefaleia (do tipo tensional episódica e crônica e migrânea), que apresentam maior protrusão da cabeça, possuem mais pontos miofasciais ativos nestes músculos, principalmente nos músculos suboccipitais⁽¹⁰⁾ do que os indivíduos sem cefaleia.

Estes músculos, quando apresentam pontos miofasciais, referem dor para a cabeça⁽¹⁰⁾ e, dessa forma, estes estímulos nociceptivos produzem uma aferência contínua para o núcleo caudal do nervo trigeminal, contribuindo na sensibilização, reforçando assim a hipótese

de que os pontos miofasciais dos músculos da cabeça, pescoço e ombros tem grande importância na etiologia das CTT, especialmente os pontos ativos, que poderiam ser causativos, mantenedores e perpetuadores das CTT.⁽¹⁰⁾

Qualquer postura conjuntamente com uma contração muscular prolongada pode causar disfunção na placa motora e o desenvolvimento de pontos miofasciais, assim as alterações da coluna cervical podem ser ativadores e perpetuadores destes pontos.⁽⁵⁾ E, por outro lado, o encurtamento de um músculo devido à hiperatividade de um ponto miofascial pode causar alterações posturais e perpetuar a atividade do ponto.⁽⁵⁾

• Dentre os estudos selecionados foram observadas algumas limitações:

- Estudos não encobertos e não controlados.
- Incluídos somente pacientes com um diagnóstico de cefaleia, não permitindo comparações entre os subtipos de cefaleias.
- Tamanho da amostra pequeno.
- Centro de atendimento terciário.

Dos oito artigos selecionados para esta revisão, sete^(2,3,5-7,9,10) são do mesmo autor.

Os pacientes oriundos de ambulatórios terciários geralmente apresentam um perfil diferente dos encontrados na população em geral no que diz respeito à sua doença. Esses pacientes apresentam uma doença com maior gravidade, além de complicações, refratariedade a tratamentos instituídos e abuso de medicamentos.

CONCLUSÃO

De acordo com os estudos revisados, os indivíduos com migrânea e cefaleia do tipo tensional (episódica e crônica) apresentam mais protrusão da cabeça do que os indivíduos sem cefaleia. Pelos artigos avaliados não foi possível dizer se tal fato é causa de agravamento das cefaleias ou, ao contrário, se pacientes com cefaleias mais graves têm maior anteriorização do segmento cefálico. Há necessidade da realização de estudos com metodologia mais adequada, (duplo-cego por exemplo), que utilizem diversos métodos de avaliação postural do segmento cefálico e que avaliem a importância prática desse conhecimento, na indicação de tratamentos não medicamentosos, como por exemplo, os fisioterápicos.

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. Fernández-de-las-Peñas C, Cuadrado ML & Pareja JA. Myofascial trigger points, neck mobility and forward head posture in unilateral migraine. *Cephalalgia* 2006; 26:1061-1070.
3. Fernández-de-las-Peñas C, Alonso-Blanco C, Cuadrado ML & Pareja JA. Forward head posture and neck mobility in chronic tension-type headache: a blinded, controlled study. *Cephalalgia* 2006;26:314-19.
4. Bendtsen L. Central sensitization in tension-type headache: possible pathophysiological mechanisms. *Cephalalgia*. 2000; 29:486-508.
5. J-H Sohn, H-C Choi, S-M Lee, et al. Differences in cervical musculoskeletal impairment between episodic and chronic tension-type headache. *Cephalalgia*. 2010;30(12):1514-23.
6. Fernández-de-las-Peñas C, Pérez-de-Heredia M, Miangolarra-Page JC. Performance of the Craniocervical Flexion Test, Forward Head Posture, and Headache Clinical Parameters in Patients With Chronic Tension-Type Headache: A Pilot Study. *Journal of orthopaedic & sports physical therapy*, 2007, 37(02).
7. Fernández-de-las-Peñas C, Cuadrado ML & Pareja JA. Myofascial trigger points, neck mobility, and forward head posture in episodic tension-type headache. *Headache* (2007); 47:662-72.
8. Fernández-de-las-Peñas C, Alonso-Blanco C, Cuadrado ML, et al. Neck mobility and forward head posture are not related to headache parameters in chronic tension-type headache. *Cephalalgia*. 2006;27:158-64.
9. Fernández-de-las-Peñas C, Alonso-Blanco C, Cuadrado ML, et al. Myofascial trigger points and their relationship to headache clinical parameters in chronic tension-type headache. *Headache*. 2006;46:1264-72.
10. Fernández-de-las-Peñas C, Alonso-Blanco C, Cuadrado ML, et al. Triggers points in the suboccipital muscles and forward head posture in tension-type headache. *Headache* 2006;46:454-60.
11. Classificação Internacional das Cefaleias - Segunda edição Subcomitê de Classificação das Cefaléias da Sociedade Internacional de Cefaléia. (revista e ampliada). Trad. Sociedade Brasileira de Cefaléia. São Paulo: Alaúde Editorial Ltda., 2004.
12. Cureton TK. Bodily posture as an indicator of fitness. *Res Q*. 1941;12: 348-67.
13. Kwok Tung Lau, Ka Yuen Cheung, kwok Bun Chan, et al. Relationships between sagittal postures of thoracic and cervical spine, presence of neck pain, neck pain severity and disability. *Manual Therapy* 15 (2010) 457e462.
14. Watson DH, Trott PH. Cervical headache: an investigation of natural head posture and upper cervical flexor muscle performance. *Cephalalgia*. 1993;13:272-84.
15. Kendall FP, McCreary EK, Provance PG. Músculos: Provas e Funções - com postura e dor. 5a. ed. São Paulo: Manole, 2007.

Correspondence

Prof. Dr. José Geraldo Speciali.

Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento.

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de

Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Avenida dos Bandeirantes, 3900

14048-900. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

E-mail: josespeciali@yahoo.com.br.

Telefone: (16) 3602-2548

Cefaleia e arte: ex-voto como arte da devoção e gratidão

Headache and art: ex-voto as art of devotion and gratitude

Moema Peisino Pereira,¹ Luciana Patrícia A. Andrade-Valença,^{1,3} Amanda Araújo da Silva,¹ Raimundo Silva-Néto,¹ Louana C. Silva,¹ Daniella Araújo de Oliveira,² Hugo André de Lima Martins,¹ Carlos Alberto Bordini,^{4,5} Marcelo Moraes Valença^{1,3}

¹Unidade Funcional de Neurologia e Neurocirurgia, Departamento de Neuropsiquiatria, Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

²Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

³Hospital Esperança, Recife Brasil

⁴Neurologia, Faculdade de Medicina Barão de Mauá, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil

⁵Clinica Neurológica Batatais, Batatais, São Paulo, Brasil

Pereira MP, Andrade-Valença LP, da Silva AA, Silva-Néto R, Silva LC, Oliveira DA, Martins HA, Bordini CA, Valença MM. Cefaleia e arte: ex-voto como arte da devoção e gratidão. *Headache Medicine*. 2013;4(1):36-39

RESUMO

Neste artigo, os autores revisam o uso do ex-voto como uma forma de arte para expressar devoção e gratidão. Ex-voto pode ser manifestado como objetos ou pinturas, como uma forma de ação de graças por uma oração respondida ou bênção recebida. Muitos santos são invocados quando se está lidando com dores de cabeça incapacitantes, como São Denis, Santo Acacius, Santa Gemma e Santa Teresa de Ávila, além do uso de objetos de arte, incluindo esculturas e pinturas, que são produzidos comercialmente como base dessas práticas religiosas.

Palavras-chaves: Ex-voto; São Denis; Arte; Pintura; Religião.

ABSTRACT

In this article the authors review the use of ex-vote as an art form expressing devotion and gratitude. Ex-voto may be manifested as objects or paintings, as a form of thanksgiving for an answered prayer or a blessing received. Several saints are invoked when one is dealing with incapacitating headaches, such as St. Denis, St. Acacius, Saint Gemma and St. Teresa of Avila. Objects of art, including sculptures or paintings, are commercially produced on the basis of these religious practices.

Keywords: Ex-voto; St. Denis; Art; Painting; Religion.

INTRODUÇÃO

O ex-voto é uma manifestação artístico-religiosa que desperta crescente interesse de historiadores, arqueólogos, antropólogos, médicos e colecionadores. O termo ex-voto é a abreviatura de ex-voto suscepto – ou voto realizado e as palavras "votivo, votiva" vêm de *votum* (desejo), donde deriva também "devoção". Uma oferenda "votiva" é um dom que se faz como homenagem, desejo ou cumprimento de graça alcançada à alguma divindade.^(1,2)

A prática votiva apresenta três etapas: realização do voto, manifestação do milagre e pagamento da promessa na forma uma pintura, escultura, fotografia, placa, carta, bilhete, peça de vestuário, fios de cabelos e órteses, entre outros, fazendo referência peculiar ao sofrimento subido e graça alcançada.⁽³⁻⁵⁾

Os ex-votos são uma "fé-pública", e não silenciosa. Servem como testemunhos para outros fieis, reforçam a devoção e credibilidade de um determinado Santo. São expostos em recintos denominados "salas de milagres" ou "salas de promessas" de templos sagrados, centros de romarias e de peregrinações.^(1,6) Atualmente, até a internet é local de divulgação de ex-votos, havendo endereços eletrônicos especializados.⁽⁷⁾

A arte votiva brasileira, mais especificamente a da região nordeste do Brasil, tem grande representatividade no animismo – herança da cultura africana. As esculturas são confeccionadas com traços retos e formas geométricas, triangulares e retangulares.^(1,8)

Do ponto de vista artístico-estético, este gênero tem características marcantes da arte popular, destacando-se o anonimato, o tom sentimental e simbólico das obras e a simplificação de cores, volumes e formas.^(1,9) A preocupação formal com a técnica está em segundo plano, e grande parte dos artistas conhecidos como "santeiros" ou "milagreiros" são artesãos locais com acesso restrito a tradicionais escolas de arte.⁽¹⁾ Entretanto, há exceções, com artistas que obtiveram sucesso e obras clássicas com rigor à norma estética, como por exemplo a *Madonna di Foligno* de Raffaello Sanzio (Figura 1).



Figura 1. *Madonna di Foligno* de Raffaello Sanzio. Esta pintura (1511-1512) foi uma encomenda de Sigismondo de' Conti, secretário do papa Júlio II, para comemorar um milagre por sua casa ter sido preservada após ter sido atingida por um raio. Note que na parte superior do quadro se pode perceber o formato de um encéfalo (perfil direito). Curioso é o fato de Michelangelo ter pintado o afresco "A Criação de Adão" em 1511-1512 (Capela Sistina, Roma), onde também se percebe imagem de um encéfalo (perfil esquerdo)

EX-VOTO ANATÔMICO

Quando o ex-voto é esculpido em formato de parte do corpo humano – cabeça, perna, braço ou órgão interno – é denominado "ex-voto anatômico".⁽¹⁰⁾ Na Figura 2 três esculturas representando cabeças humanas são apresentadas. Notamos que diferem entre si em seus traços fisionômicos e penteados. Não sabemos ao certo se representam o fentipo dos contemplados na ação de graças ou se foram comissionadas a São Denis ou Santo Acácio – santos protetores contra cefaleia,⁽¹⁰⁾ mas são arte e, como tal, segundo Pablo Picasso, uma mentira que nos faz perceber a realidade.



Figura 2. Ex-votos cefálicos anônimos esculpido em madeira. Exposição no Museu do homem do Nordeste-Fundação Joaquim Nabuco, Recife, Brasil.

SÃO DENIS, SÃO ACÁCIO E OUTROS SANTOS INVOCADOS PARA CURAR CEFALEIA

São Denis foi o primeiro bispo de Paris e mártir da igreja católica. Foi perseguido e em 258 d.C. foi decapitado no Montemartre (monte do mártir, em referência ao martírio de São Denis). Diz a lenda que, após ser decapitado, São Denis levantou-se e segurando sua cabeça caminhou 10 km até sua igreja (hoje Basílica de Saint-Denis), onde morreu e foi sepultado. São Denis é invocado para a cura da cefaleia e é um dos Catorze Santos Auxiliares (*The Fourteen Holy Helpers*) cujo culto surgiu no século XIV em local hoje pertencente à Alemanha, vinculado com a epidemia da peste negra.⁽¹¹⁾

Esses 14 santos são venerados pela Igreja Católica por se acreditar que podem ajudar na cura de várias doenças. São eles: São Denis e São Acácio (ambos contra

dores e males da cabeça), São Vito (contra epilepsia), São Pantaleão (contra o câncer e a tuberculose, e pelos médicos), Santa Margarida de Antióquia (contra os ataques diabólicos e um bom parto), Santo Egídio (contra a praga), São Jorge (em prol da saúde dos animais domésticos), Santo Eustáquio (contra a discórdia familiar), Santo Erasmo (contra doenças do ventre, intestinos e dores no parto), São Cristóvão (contra a peste bubônica), Santa Catarina de Alexandria (contra morte súbita), São Brás (contra doenças da garganta), São Ciríaco (contra a tentação no leito da morte) e Santa Bárbara (contra febre e morte súbita). Como cada um tinha uma "especialidade" ou incumbência especial todos juntos podiam combater uma doença grave em toda sua plenitude, com seus sintomas e manifestações. Essa incumbência foi determinada na Idade Média de acordo com a lenda ou martírio relacionada ao respectivo santo.⁽¹¹⁾

Esses poderes concedidos por Deus eram para afastar certos perigos, curar doenças específicas e patrocinar determinados ofícios. Muito interessante esse conceito de "especialidade médica" vinculada a cada um desses santos, algo que se desenvolveu somente muito tempo depois na Medicina moderna.

Muitas vezes se usa uma oração para invocar esses santos, como a que se encontra a seguir:

Oração aos Catorze Santos Auxiliares:

"Deus todo poderoso e misericordioso, que honrastes com privilégios especiais vossos eleitos Jorge, Brás, Erasmo, Pantaleão, Guido, Cristóvão, Dinis, Ciríaco, Acácio, Eustáquio, Gil, Margarida, Catarina e Bárbara, dignai-vos conceder a todos os que, em suas necessidades, implorarem o socorro desses santos, a graça de serem atendidos em vista da salvação eterna. Por Nosso Senhor Jesus Cristo, vosso Filho, que convosco vive e reina na unidade do Espírito Santo. Amém."

Outros recomendam: *"Mergulhar uma fita branca em água da chuva, e colocar no meio algumas pétalas de cravo, um pouco de alho esmagado e uma pitada de canela em pó. A fita deve ser amarrada ao redor da cabeça e se fala a oração abaixo":*

"Bem-aventurado São Denis,

Por favor, interceda em meu nome com o Senhor para curar essa dor de cabeça, que está sobrecarregando meu espírito, para que eu possa também ser, como se estivesse em seu martírio, claro em meus pensamentos e ser capaz de venerar nosso Senhor. Amém".

Quando a cefaleia for curada, a fita, o alho e a canela devem ser mantidos por três dias. A fita pode ser jogada fora, mas o alho deve ser preservado em água pura e envolto em um saquinho verde ou pano. Esse servirá como amuleto para evitar futuras dores de cabeça.

Santo Acácio (que também é conhecido por Agathius, Achatius, Acacius) foi um centurião romano natural da Capadócia que foi também decapitado. Na Idade Média, Santo Acácio foi muito popular na Europa, e lhe é atribuído o poder de curar dores de cabeça. Gilberto Freyre refere que Santo Acácio já era invocado em Pernambuco no século XVI por pessoas que sofriam de cefaleia.⁽¹¹⁾

Santo Avertinus, Santo Atazano, Santa Catarina de Siena e Santa Teresa de Ávila também são santos para os quais orações são oferecidas para receber uma graça de cura de uma dor de cabeça.

Outra santa invocada contra cefaleia é Santa Bibiana. Com a morte de seus pais, a órfã Bibiana foi aliciada para ser prostituta e, com a sua recusa, Bibiana foi presa e torturada até a morte a chibatadas por não ceder. Aqueles que a tocavam, de acordo com a lenda, eram acometidos de loucura. Por conta disso, ela foi transferida para um hospício, onde os doentes se curavam. Tendo morrido em 361 d.C., seus restos mortais foram lançados aos cães numa rua de Roma. No entanto, eles não encostaram em seu corpo. No local onde o corpo de Santa Bibiana foi enterrado floresceu um belo jardim onde ervas eram colhidas para curar diversas doenças, como dor de cabeça e epilepsia. Nesse local foi construída a Igreja de Santa Bibiana.

Outros santos que supostamente podem curar outros tipos de dor ou condições vinculadas a manifestação dolorosa, são: São Madron (contra dor), Santa Apolônia (contra dor de dente), São Policarpo (contra dor de ouvido), São Wolfgang (contra dor de estômago), São Bernardo (contra dor na coluna), Santa Amélia (contra doenças dos braços), São João de Deus (contra doenças do coração), Santa Juliana Falconiere e São Brice (contra doenças do estômago), São Aldegundo e São Pharaildis (contra doenças da infância) e São Lorenzo (Doenças das juntas).⁽¹²⁾

Ainda outra santa da Igreja Católica que é frequentemente invocada para interceder na cura de cefaleia é Gemma Galgani (Maria Humberta Pia Galgani).⁽¹³⁾ Santa Gemma tinha fortes crises de cefaleia que se iniciavam na quinta-feira e cediam na tarde da sexta-feira, ocasião que falava receber sobre a cabeça a coroa de espinho de Jesus.

Concluimos que a prática do ex-voto vem se tornando uma forma de arte muito presente nos dias atuais Figuras 3 e 4.



Figura 3. Ex-voto da ceramista pernambucana Delly Figueiredo.



Figura 4. Quadro da artista plástica Ana Veloso com o tema ex-voto, onde se encontram varias imagens representando cabeças e membros.

REFERÊNCIAS

1. Duarte AHSD. Ex-votos e poesis: representações simbólicas na fé e na arte. 2011 397 f. Tese (Doutorado em História) Pontfíca Universidade Católica, São Paulo.
2. Assumpção, I. Ex-voto, mídia das camadas populares. Disponível em http://www2.metodista.br/unesco/agora/mapa_animadores_pesquisadores_lilian.pdf acesso em 01 de maio, 2013
3. Abreu JLN. Difusão, produção e consumo das imagens visuais: o caso dos ex-votos mineiros do século XVIII. Rev. Bras. Hist., São Paulo. 2005 ; 25(49).
4. Frade C. Santo de casa faz milagre: a devoção a Santa Perna. São José dos Campos, SP: Fundação Cultural Cassiano Ricardo, Centro de Estudos da Cultura Popular.
5. Teixeira IC, Cavalcante MM, Barreira KS, Aguiar AC, Gonçalves SD, & Aquino EC. O corpo em estado de graça: ex-votos, testemunho e subjetividade. Psicologia & Sociedade. (2010) ; 22(1):121-9.
6. Oliveira JCA. Ex-votos da sala de milagres do Santuário de Bom Jesus da lapa na Bahia: semiologia e simbolismo no patrimônio cultural. Revista Museu. 2006;1(1):13-21.
7. Brunetti R. Gli ex voto. Disponível em <http://www.riccardobrunetti.it/exvoto.htm> acesso em 1 maio, 2013
8. Barros S. Arte, folclore e subdesenvolvimento (2ª ed.). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira 1977
9. Leite RR. Arte e Religião: um estudo dos aspectos estéticos e religiosos dos ex-votos. Dissertação (Mestrado em Antropologia). Universidade Federal de Sergipe. São Cristóvão 2012.
10. Neves GP. A arte de ser grato. Aparentemente toscas, as figuras ex-votivas revelam-se ricas em significados. Disponível em <http://www.revistadehistoria.com.br/secao/capa/a-arte-de-ser-grato>, acesso em 30 de abril, 2013
11. Andrade LE. Quatorze Santos de Emergencia. Objetiva, 2006. <http://www.objetiva.com.br/arquivos/capas/8573028114.pdf>
12. <http://www.idagospel.com/2013/04/7-perguntas-aos-catolicos-sobre-a-intercessao-dos-santos.html>
13. http://pt.wikipedia.org/wiki/Gemma_Galgani

Correspondence

Marcelo M. Valença.

Neurology and Neurosurgery Unit,
Department of Neuropsychiatry,
Federal University of Pernambuco, Cidade Universitária,
50670-420 – Recife, PE, Brazil
Phone: +55 81 99229394; +55 81 34263501;
Fax: +55 81 21268539
mmvalenca@yahoo.com.br

INFORMATION FOR AUTHORS

Headache Medicine is the official scientific journal of the Brazilian Headache Society (SBCe) and of the Latin American Headache Association (ASOLAC). It is published quarterly for the purpose of recording and disseminating scientific production and contributions from the scientific community in the field of Headache. Submitted papers considered by the editors to be suitable for publication in the journal will be evaluated by at least two reviewers and then accepted or rejected according to the peer review system.

General Remarks

Manuscripts written in English are preferred, but those written in Portuguese and Spanish are also accepted. The full title must be written both in English and in Portuguese and the running title is limited to a maximum of 50 characters. It is obligatory to list the institution in which the work was carried out as well as the authors' full names without abbreviations and their present position and institution. Additionally, information about any possible conflict of interest must be disclosed. The full address of the corresponding author must include telephone numbers and e-mail. The manuscript should be sent as a Word file (double spacing, Arial or Times New Roman, font 12) and must include abstracts in English and in Portuguese, both of up to 250 words and three to five descriptors (keywords and descriptors).

References

Headache Medicine adopts the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) Uniform Requirements for Manuscripts (URM), available at http://www.icmje.org/manuscript_1prepare.html. The references must be numbered as they appear on the text.

Illustrations and Pictures

CMYK pattern should be used for illustrations and pictures and the minimum resolution is 300 dpi. Only TIFF, JPG or CDR formats will be accepted. Figures should not be included within the text, but sent as individual files. Tables: Tables should be consecutively numbered using Arabic numerals and cited in the text in numerical order. The tables should be as DOC files, instead of image files. Authors: All designated authors should qualify for authorship by sufficiently participating in the work in order to accept responsibility for its contents. Authorship includes substantial contributions in: (a) conception and design, analysis and interpretation of data; (b) drafting or critical review of the intellectual content; (c) approval of the final version. Further information on the criteria of authorship credits can be obtained at www.icmje.org/ethical_1author.html. Participation in the acquisition of funds, compilation of data and general supervision of the research team does not justify authorship. The number of authors should follow the guidelines of the NLM/NIH/Index Medicus which, depending on the type of contribution, may be increased at the discretion of the editors.

Original Article

Maximum of 4000 words, including references. Title in English and in Portuguese and running title up to 50 characters. Abstract in

English and Portuguese or English and Spanish (up to 250 words each). Tables, illustrations and photographs: up to 7. References: up to 30. The text should be divided in sections: Introduction, Methods, Results and Discussion.

View and Review Article

Maximum of 5000 words, including references. Abstract in English and Portuguese or English and Spanish (up to 250 words each). Tables, Illustrations and Photographs: up to 7. References: up to 100. Title in English and Portuguese and running title up to 50 characters. A Review Article should include a synthesis and critical analysis of a relevant area and not only a chronological description of publications. It should be written by a researcher who has significant contributions in the specific area of *Headache Medicine*.

Clinical Correspondence

Maximum of 1800 words (including references). Number of authors: up to five. Abstract in English and Portuguese or English and Spanish: maximum of 250 words each. Tables, Illustrations and Photographs: up to 2. References: up to 20. Title in English and in Portuguese. Apart from the general remarks, it must have at least one of the following characteristics: (a) be of special interest to the scientific community; (b) be a rare case which is particularly useful to demonstrate disease mechanisms or diagnostic issues; (c) present a new diagnostic method or treatment modality. The text should be divided in Introduction, Case Report and Discussion and must describe only well-defined, non ambiguous, relevant findings.

Letter to the Editor

Maximum of 1000 words (including references). Number of authors: up to four. References: up to seven. Title in English and in Portuguese and running title up to 50 characters. The format is free and apart from the General Remarks, it may include a maximum of two illustrations (photographs, tables, figures).

Thesis Abstract

Title in English and in Portuguese. Maximum of 500 words (including keywords). One author and one mentor.

The Image Section

Maximum of 300 words (no Abstract). Title in English and Portuguese. One or two images and up to three authors. Maximum of three references.

Corresponding Address

Marcelo M. Valença (mmvalenca@yahoo.com.br)
Fernando Kowacs (fkowacs@gmail.com)
Editors-in-chief

Publisher

Trasso Comunicação Ltda.
Av. N. Sra. de Copacabana, 1059, sala 1201 - Copacabana
22060-001 - Rio de Janeiro-RJ - Brazil