

PREVALÊNCIA DE CEFALÉIA COMO SINTOMA EM UM SETOR URBANO DE SALVADOR, BAHIA

SÉRGIO BORGES BASTOS *, NAOMAR DE ALMEIDA-FILHO **, VILMA SOUSA SANTANA ***

RESUMO — A prevalência da queixa de cefaléia foi estudada a partir de base de dados gerada por inquérito epidemiológico sobre transtornos neuropsiquiátricos em amostra da população adulta (N=1511) residente em um setor urbano de Salvador, Bahia. A prevalência global de queixas cefaléicas situa-se em 14,8%, significativamente mais elevada entre indivíduos do gênero feminino, mais velhos, menos escolarizados, migrantes, sem ocupação, com baixo nível sócio-econômico e casados/amasiados. A análise estratificada mostrou que idade e gênero afetam a associação entre cefaléia e situação conjugal, inserção produtiva e renda per capita. No caso da variável «diagnóstico psiquiátrico», observa-se aumento do efeito correspondente sobre a prevalência de cefaléia, com uma estimativa de risco relativo da ordem de 4,2, a níveis altamente significantes. Os resultados são comparados à literatura internacional, ressaltando-se taxas de prevalência bastante mais reduzidas e padrões de fatores de risco distintos dos encontrados em outros contextos socioculturais.

PALAVRAS-CHAVE: cefaléia, neuroepidemiologia, prevalência.

Prevalence of headache as a symptom in the urban area of Salvador, Bahia, Brazil.

SUMMARY — The prevalence of headache was studied as part of an epidemiologic survey of neuropsychiatric disorders carried out with an adult sample (N=1,511) of an urban area of Salvador City, Bahia, Brazil. The overall prevalence of headache complaints was 14.8%, significantly higher among the eldest, female, less educated, migrants, unemployed, low SES and married/divorced. Stratified analysis for age and gender as confounders erased out the effect of marital status and socio-economic status indicators. The presence of psychiatric disorders was strongly, significantly associated with the prevalence of headache (odds ratio of 4.2). These results are compared to the international literature, emphasizing the extremely lower rates found as well as the profiles of risk factors completely distinct from those reported in other sociocultural realities.

KEY WORDS: headache, neuroepidemiology, prevalence.

A partir da década de 70, estudos epidemiológicos da ocorrência de síndromes cefaléicas têm sido realizados especialmente em países desenvolvidos^{1,14,19, 22-25}. Registra-se uma carência acentuada de investigações similares em países não-industrializados, destacando-se os estudos conduzidos por Osuntokun et al.^{15,16} em área rural da Nigéria, que abordou diferencialmente a prevalência de enxaqueca, cefaléia febril, cefaléia de tensão e outras, uma investigação realizada por

Trabalho realizado pelo Departamento de Medicina Preventiva (DMP) da Faculdade de Medicina (FM) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) com recursos do CNPq-Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Proc. 402084/89.6): * Mestre em Saúde Comunitária, Pesquisador do Programa de Estudos Epidemiológicos e Sociais DMP/FM/UFBA; ** Ph.D. em Epidemiologia, Chefe do DMP/FM/UFBA, Pesquisador I-A do CNPq (Proc. 301.434/81.6); *** PH.D. em Epidemiologia, Professor Adjunto do DMP/FM/UFBA. Aceite: 4-janeiro-1993.

Dr. Naomar de Almeida Filho — Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, UFBA - Rua Padre Feijó 29, 4º andar - 40110-170 Salvador BA - Brasil.

Paulin et al.¹⁷ em pequena vila da Nova Zelândia e a pesquisa de Cheng et al.⁴, que comparou a prevalência de cefaléia incapacitante em vila rural e em área urbana na República Popular da China. No Brasil, registramos apenas o estudo de Silva²⁰ que, apesar de referir-se ao indicador epidemiológico de incidência, na verdade emprega desenho incompleto do tipo caso-contrôle. De fato, não encontramos na literatura especializada brasileira estudos epidemiológicos de cefaléia como síndrome e como sintoma em amostras da população geral.

Buscando suprir essa lacuna, o presente estudo tem por objetivo avaliar a prevalência da queixa de cefaléia, a partir de base de dados gerada por inquérito epidemiológico sobre transtornos neuropsiquiátricos em uma população adulta (acima de 15 anos) residente em um setor urbano de Salvador, Bahia.

METODOLOGIA

Descrição da Área. O estudo de base¹⁸ foi realizado em bairro de Salvador, próximo à orla marítima, com características de área urbana de baixa renda. Sua população (aproximadamente 60000 habitantes) era predominantemente jovem (quase a metade abaixo de 15 anos), com distribuição por gênero equivalente à população de Salvador. A maioria de seus residentes apresentava inserção produtiva informal e baixa remuneração, com 58% dos adultos desenvolvendo atividade remunerada e níveis salariais médios abaixo de um salário mínimo per capita.

Amostragem. A partir de mapa atualizado, procedeu-se a segmentação da área em 936 subáreas de igual superfície. Sortearam-se 39 destas subáreas, com média de 23 construções em cada, onde foram identificados 515 domicílios ocupados para fins residenciais. Houve recusa de participação em apenas 9 domicílios do total amostrado, resultando em amostra base de 1549 sujeitos e totalizando um percentual de perdas de 2,5%. A amostra utilizada para o presente estudo compreendeu 1501 indivíduos, equivalente a 5,5% da população adulta da área. O desvio amostral situou-se em 0,09% e a representatividade da amostra foi avaliada positivamente comparando-se o perfil de distribuição por idade e gênero da amostra com a população geral da Região Metropolitana de Salvador.

Coleta de Dados. Empregou-se um instrumento de detecção de transtornos neuropsiquiátricos, o QMPA (Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos), desenvolvido e testado em sua validade e confiabilidade por Santana¹⁸, que investigava a ocorrência da queixa «dores ou pontadas frequentes na cabeça». Além desse instrumento, aplicou-se, preferencialmente às donas de casa, ficha familiar que incluía informações sobre variáveis demográficas e sócio-econômicas referentes a cada um dos residentes no domicílio. Tomou-se o sintoma «cefaléia» como referência positiva à questão correspondente do QMPA, mero indicador de queixa e sintomatologia, sem implicar em confirmação diagnóstica, já que o instrumento de detecção não havia sido desenhado para a discriminação de síndromes cefaléicas específicas. Dentre os dados coletados pelo estudo de base, selecionaram-se as seguintes variáveis independentes: gênero, idade, educação, condição migratória, inserção produtiva, tipo de ocupação, renda familiar per capita, nível sócio-econômico e diagnóstico psiquiátrico.

Análise de Dados. Os dados foram processados em microcomputador IBM-AT, empregando-se o programa SPSS-PC+. Buscou-se a estimativa de taxas de prevalência anual de sintomas cefaléicos, realizando-se uma análise tabular simples, para abordar sua distribuição de acordo com variáveis independentes selecionadas, e uma análise estratificada por idade e gênero, tomando-se as demais variáveis independentes como confundidoras em potencial. Como medida de associação empregou-se o *odds ratio* (OR), com intervalos de confiança de 95% calculados pelo método *test-based* e, como medida de significância estatística, utilizou-se o teste do χ^2 de Mantel-Haenszel⁹.

RESULTADOS

A prevalência global de queixas cefaléicas situa-se em 14,8%. Na Tabela 1 são apresentadas as prevalências específicas pelas variáveis independentes selecionadas. Observa-se um aumento com a idade, de 11% para 19%, e uma frequência quase duas vezes maior no gênero feminino, com *odds ratio* (OR=1,8) a níveis de significância estatística para ambas as variáveis. A prevalência de cefaléias é significativamente mais elevada entre os menos escolarizados, migrantes, sem ocupação, com baixo nível sócio-econômico e casados/amasiados. A inserção formal no mercado de trabalho não se mostra associada à prevalência de cefaléia. Por outro

lado, observa-se associação forte e estatisticamente significante entre este tipo de queixa e a presença de diagnóstico neuropsiquiátrico, com razão de prevalência de 3,4.

A verificação de associação significante do sintoma cefaléico com idade e gênero aponta para a necessidade de considerar estas variáveis como confundíveis em potencial. Na Tabela 2, nota-se que idade afeta a associação entre cefaléia e situação conjugal, inserção produtiva e renda per capita, na medida em que o controle dos efeitos correspondentes reduziu os ORs a valores equivalentes à unidade. Entretanto, o controle por idade não reduz o efeito de gênero (OR=2,0) nem o efeito das outras variáveis sócio-econômicas (com ORs variando de 1,4 a 1,7). No caso da variável «diagnóstico psiquiátrico», observa-se aumento do efeito corres-

Tabela 1. Prevalência de cefaléia segundo variáveis selecionadas.

Variáveis	Categoria	N	Prev	OR	$\chi^2(M-H)$
Gênero	Masculino	683	10,0	1,8	19,3 **
	Feminino	818	18,1		
Idade	15-30 anos	812	10,7	1,8	20,0 **
	>30 anos	689	18,9		
Situação conjugal	Com cônjuge	803	17,6	1,6	12,9 **
	Sem cônjuge	609	10,9		
Educação	Elementar	1044	16,6	1,9	14,4 **
	Sec./Superior	406	8,6		
Migração	Migrante	481	19,1	1,7	12,7 **
	Não-migrante	599	11,2		
Inserção produtiva	Inserido	611	15,5	1,2	1,3 n.s.
	Excluído	879	13,3		
Ocupação	Desempregado	733	16,1	1,3	3,9 *
	Empregado	744	12,4		
Nível sócio-econômico	Baixo	564	18,3	1,6	11,1 **
	Médio	871	11,8		
Diagnóstico psiquiátrico	Presente	321	32,4	3,4	106,6 **
	Ausente	1179	9,4		

Níveis de significância estatística: * $0,05 > p > 0,01$; ** $p < 0,01$.

Tabela 2. Medidas de associação e significância estatística, ajustadas por idade.

Variáveis	OR (95% int. conf.)	$\chi^2(M-H)$	Valor p
Gênero	1,99 (1,44; 2,74)	18,71	0,0001
Situação conjugal	1,38 (0,99; 1,97)	3,68	0,055
Educação	1,70 (1,13; 2,61)	6,60	0,01
Migração	1,62 (1,13; 2,33)	6,90	0,008
Ocupação	1,45 (1,07; 1,98)	5,70	0,02
Inserção produtiva	1,28 (0,94; 1,74)	2,42	0,12
Renda familiar p/capita	1,05 (0,66; 1,68)	0,01	0,92
Nível sócio-econômico	1,57 (1,15; 2,15)	8,46	0,004
Diagnóstico psiquiátrico	4,22 (3,10; 5,89)	91,66	0,0000

Tabela 3. Medidas de associação e de significância estatística, ajustadas por gênero.

Variáveis	OR (95% int. conf.)	$X^2(M-H)$	Valor p
Idade	1,95 (1,44; 2,65)	19,38	0,0001
Situação conjugal	1,86 (1,36; 2,56)	15,76	0,0007
Educação	2,07 (1,38; 3,09)	13,49	0,0002
Migração	1,88 (1,32; 2,69)	12,66	0,0004
Ocupação	1,13 (0,77; 1,63)	0,30	0,58
Inserção produtiva	1,11 (0,80; 1,56)	0,36	0,58
Renda familiar p/capita	1,04 (0,65; 1,67)	0,01	0,95
Nível sócio-econômico	1,31 (0,91; 1,84)	1,91	0,16
Diagnóstico psiquiátrico	4,42 (3,18; 6,01)	96,13	0,0000

pondente sobre a prevalência de cefaléia, com estimativa de risco relativo da ordem de 4,2, a níveis altamente significantes.

O controle pela variável gênero, analisado na Tabela 3, mostra claramente seu papel «confundidor», particularmente em relação às variáveis sócio-econômicas, dado que o limite inferior dos intervalos de confiança correspondentes se situa abaixo da unidade. Os efeitos isolados de idade, situação conjugal, educação e migração persistiram após o controle por gênero, com ORs aproximados a 2,0. Ressalta ainda a força da associação entre este sintoma e a atribuição de diagnóstico psiquiátrico (OR=4,4), a níveis de significância estatística.

COMENTÁRIOS

O presente estudo aponta para níveis de prevalência instantânea de cefaléias em geral para a população estudada bem abaixo das taxas obtidas em outros estudos^{1,4,14,15,17,22,24}. Waters²², estudando uma comunidade do País de Gales por meio de questionário estruturado, estimou que 65% dos homens e 79% das mulheres sofreram de cefaléia no ano anterior à pesquisa. Empregando metodologia similar em estudo conduzido na Finlândia, Nikiforow & Hokkanen¹⁴ encontraram taxas de prevalência anual de respectivamente 58% e 73%. Em Jerusalém, Abramson, Hopp & Epstein¹ utilizaram entrevistas clínicas para o diagnóstico de enxaqueca e cefaléia, encontrando taxas de prevalência anual de cefaléia em torno de 65%, sem diferenças por gênero. O estudo de Osuntokun et al.¹⁵, na Nigéria, reporta somente cefaléia enxaquecosa, em torno de 7%, duas vezes mais frequente em mulheres. Paulin et al.¹⁷, como parte de estudo de morbidade geral conduzido em pequena vila neo-zelandesa, encontraram que 39% dos homens e 60% das mulheres referiam episódios de cefaléia no ano precedente. Cheng et al.⁴ investigaram exclusivamente cefaléias incapacitantes na área urbana de Beijing e na zona rural de Harbin, encontrando respectivamente prevalência instantânea de 4% e 2%.

Tais discrepâncias podem ser compreendidas como um efeito de diferenças metodológicas e de distintas definições de caso. No presente estudo, a comparação entre achados mostra-se limitada porque o desenho de pesquisa adotado contemplou a entrevista do informante-chave (em geral, mulher e dona-de-casa) ao invés da entrevista de todos os indivíduos da amostra. Além disso, a coleta de dados incorporava uma fase de confirmação diagnóstica para transtornos neuropsiquiátricos, não especificamente dirigida para síndromes cefaléicas.

As diferenças de prevalência obtidas a favor de indivíduos do gênero feminino e com mais de 30 anos mantiveram-se mesmo quando controladas pelos efeitos confundidores de ambas as variáveis. Outras variáveis que se mostraram inicialmente associadas em níveis de significância estatística, como estado civil, inserção produtiva, ocupação e nível sócio-econômico, não resistiram à estratificação para demonstração do efeito confundidor, quando controladas por gênero e idade. Entretanto, migrantes e indivíduos de baixo nível de escolaridade con-

tinuaram a apresentar maior risco associado ao sintoma quando comparados, respectivamente, aos não-migrantes e indivíduos com educação média ou superior, mesmo após o controle pelo efeito de confundimento. Entre os indivíduos com alguma síndrome psiquiátrica, cefaléia foi sintoma muito referido, sempre a níveis de significância estatística, independente do controle por gênero ou idade.

Em sua maioria, os estudos têm sido concordantes, independentemente da metodologia adotada, quanto ao fato de mulheres referirem mais cefaléias enxaquecosas e não-enxaquecosas que homens^{17,22,23}. Diversos autores têm relacionado tais síndromes às mudanças hormonais observadas durante o ciclo menstrual^{8,23,24}. Por outro lado, este achado pode implicar apenas referência e não ocorrência de cefaléia, indicando um efeito da influência da cultura na forma diferencial de resposta à dor de acordo com gênero¹¹. Como na cultura ocidental, em geral, os homens são encorajados a se queixar menos e suportar com mais estoicismo estímulos dolorosos, heterogeneidades socioculturais poderão estar modulando a frequência com que o sintoma cefaléia se mostra mais referido por mulheres.

Paulin et al.¹⁷ relatam que em todas as faixas etárias as mulheres também apresentam mais cefaléia que os homens, alcançando seu ponto máximo entre 20-29 anos e para os homens, entre 30-39 anos, quando as taxas tendem a decrescer uniformemente a partir desses pontos. Em contradição com essa tendência genérica, o presente estudo revelou que a prevalência global de cefaléia aumenta com a idade. Isto pode indicar, por um lado, meramente um efeito de coorte, oposto ao padrão relatado para enxaquecas em mulheres²³. Por outro lado, pode significar uma correspondência, nessas faixas etárias, a outros fatores, como hipertensão arterial, uso de álcool, distúrbios visuais, estresse, que têm sido relacionados à ocorrência de cefaléia¹⁷.

Raramente os estudos epidemiológicos sobre cefaléias têm introduzido variáveis sócio-econômicas e culturais em suas análises, focalizando preferencialmente os aspectos clínicos pertinentes ao sintoma estudado. Dentre as exceções, Cheng et al.⁴ encontraram forte associação entre prevalência de cefaléia e residência em área urbana. Os diferenciais de prevalência se mantinham proporcionais entre os gêneros (mais mulheres que homens) e quanto à idade, ou seja, aumentavam com a idade a partir dos 25-30 anos para decrescerem após os 55 anos, em ambas as regiões. Esse estudo revelou ainda que comerciantes têm maior prevalência de cefaléia que trabalhadores industriais e funcionários públicos. Entretanto, nenhuma dessas análises específicas considerou o efeito de variáveis confundíveis.

A alta prevalência de cefaléias entre indivíduos com diagnóstico psiquiátrico (implicando associação forte e altamente significativa), encontrada neste estudo, poderá reforçar a hipótese de uma base fisiopatológica interrelacionada de cefaléia e alguns quadros psicopatológicos específicos. Embora seja possível supor (para acompanhar a tendência de interpretação dos «equivalentes sintomatológicos» dos psiquiatras) que o sintoma cefaléia seja mais um aspecto da constelação sindrômica de um mesmo distúrbio que leva a alterações psicopatológicas, poderia tratar-se simplesmente de exemplo difuso do fenômeno que tem sido denominado de co-morbidade¹². Por outro lado, Deschmuck & Meyer⁵ observando que certos estados emocionais, como ansiedade e estresse, provocam ativação plaquetária em enxaquecosos responsabilizaram a serotonina e epinefrina como os principais mediadores bioquímicos dos fenômenos vasomotores cerebrais observados na síndrome. Tais neurotransmissores também estariam envolvidos na fisiopatologia de outras síndromes psiquiátricas, especialmente transtornos psicóticos e depressivos²¹.

Globalmente, o achado de maior prevalência de cefaléias entre pessoas mais velhas, do gênero feminino, com baixo nível educacional, também poderia ser interpretado pela teoria do estresse. Essa teoria tenta explicar os agravos à saúde física e mental de certos grupos populacionais submetidos a fortes tensões sociais e econômicas em grandes centros urbanos³. Estresse tem sido associado com frequência a alterações nos níveis de neurotransmissores cerebrais²¹, igualmente presentes na etiopatogenia das síndromes cefaléias, mediada por mecanismos de ativação plaquetária^{5,10}. Evidências produzidas por estudos epidemiológicos conduzidos na América Latina^{2,6,7,13} indicam que mulheres, de baixa condição sócio-econômica, tendem a somatizar com maior frequência conflitos emo-

cionais e situações estressantes. De todo modo, estudos específicos são necessários para maior embasamento conceitual e metodológico dos modelos explicativos da relação entre estresse e ocorrência de cefaléia.

REFERÊNCIAS

1. Abramson JH, Hopp C, Epstein LM. Migraine and non-migrainous headaches: a community survey in Jerusalem. *J Epidemiol Comm Hlth* 1980, 34:188-193.
2. Almeida-Filho N, Coutinho E, Mari JJ, França J, Fernandes J, Andreoli S, Busnello E. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em regiões metropolitanas brasileiras: análise de fatores de risco. I Congresso Ibero-Americano de Epidemiologia, Resumos, Granada, outubro/1992.
3. Cassel J. Psychosocial processes and stress: a theoretical formulation. *Int J Hlth Serv* 1974, 4:471-482.
4. Cheng XM, Ziegler D, Li SC, Dai QS, Chandra V, Schoenberg BS. A prevalence survey of «incapacitating headache» in the People's Republic of China. *Neurology* 1986, 36:831-834.
5. Deschmuck SV, Meyer JS. Cyclic changes in platelet dynamics and the pathogenesis and prophylaxis of migraine. *Headache* 1977, 17:108-118.
6. Escobar J. Cross cultural aspects of the somatization trait. *Hosp Commun Psychiatry* 1987, 38:174-180.
7. Escobar J, Canino G. Unexplained physical complaints: psychopathology and epidemiological correlates. *Br J Psychiatry* 1989, 155:24-47.
8. Greene R. Menstrual headache. *Rev Clin Stud Headache* 1967, 1:62-73.
9. Kleinbaum D, Kupper L, Morgenstern H. Epidemiologic research: principles and quantitative methods. New York: Lifetime Learning, 1962.
10. Levyman C, Zukerman E, Hannuch SMM, Carvalho DS. Fisiopatologia da enxaqueca: papel desempenhado pelas plaquetas. *Rev Bras Neurol* 1986, 22:93-98.
11. Melzack R. The puzzle of pain. New York: Basic Books, 1973.
12. Mezzich JE, Ahn C, Fabrega HJr, Pilkonis PA. Patterns of psychiatric comorbidity in a large population presenting for care. In: Maser JD, Cloninger CR, eds. Comorbidity in anxiety and mood disorders. Washington: American Psychiatric Press, 1990, p 189-204.
13. Mezzich JE, Raab E. Depressive symptomatology across the Americas. *Arch Gen Psychiatry* 1980, 37:818-823.
14. Nikiforow R, Hokkanen E. An epidemiological study of headache in an urban and a rural population in Northern Finland. *Headache* 1980, 18:188-193.
15. Osuntokun BO, Schoenberg BS, Nottidge V, Adeuja AO, Kale O, Adeueta A, Badermosi O, Bolis CL. Migraine headache in a rural community in Nigeria: results of a pilot study. *Neuroepidemiology* 1982, 1:31-39.
16. Osuntokun BO, Adeuja A, Schoenberg BS, Badermosi O, Nottidge VA, Olomide AO, Ige O, Yaria F, Bolis CL. Neurological disorders in Nigerian Africans: a community-based study. *Acta Neurol Scand* 1987, 75:13-21.
17. Paulin J, Waal-Manning HJ, Simpson FO, Knight RG. The prevalence of headache in a small New Zealand town. *Headache* 1985, 25:147-151.
18. Santana V. Estudo epidemiológico das doenças mentais em um bairro de Salvador: nordeste de Amaralina. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Série Estudos em Saúde 2, 1982.
19. Sillanp A, Piekkala P. Prevalence of migraine and other headaches in early puberty. *Scand J Prim Hlth Care* 1984, 2:27-32.
20. Silva WF. Cefaléias: incidência das diversas modalidades clínicas. *Neurobiologia* 1985, 48:317-324.
21. Sourkes TL. Pathways of stress in the central nervous system. *Progr Neuropsychopharm Biol Psychiatry* 1983, 7:389-411.
22. Waters WE. Community studies of the prevalence of headache. *Headache* 1970, 9:178-186.
23. Waters WE, Campbell MJ, Elwood PC. Migraine, headache and survival in women. *Br Med J* 1983, 287:1442-1443.
24. Waters WE, O'Connor PJ. Epidemiology of headache and migraine in women. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1971, 34:148-153.
25. Waters WE, O'Connor PJ. Prevalence of migraine. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1975, 38:613-616.