

PREVALÊNCIA E CARACTERÍSTICAS DA CEFALÉIA EM UMA POPULAÇÃO DE PRATICANTES REGULARES DE EXERCÍCIOS FÍSICOS

Fabício Miranda¹, Bernardo Dantas¹, Abouch V. Krymchantowski^{1,2}

RESUMO - Motivo: O impacto causado pela cefaléia pode impedir a aderência a um programa regular de atividade física. **Objetivo:** Avaliar a prevalência e as características da cefaléia em uma população de praticantes de exercícios físicos. **Método:** Cem alunos de uma academia foram avaliados. Todos eram alunos regulares por pelo menos 12 meses e praticavam exercícios aeróbicos pelo menos 3 vezes por semana. Um questionário sobre a prevalência e características da cefaléia foi aplicado a todos aqueles que apresentaram nos últimos 12 meses. O questionário de avaliação de impacto MIDAS também foi aplicado. **Resultados:** 57 homens e 43 mulheres foram incluídos. Oitenta apresentaram cefaléia no período avaliado. Em 63% a dor era pulsátil. Em 73% da amostra a frequência de crises situava-se em menos de 1 vez a cada 10 dias. O escore do questionário MIDAS foi inferior a 5 em 83% desses pacientes. **Conclusão:** Embora não avaliados por médico e baseado em *recall*, os dados sugerem alta prevalência de cefaléia com critérios de migrânea. É incerto se a prática regular de exercícios físicos reduz a frequência de crises ou se os sofredores de cefaléia com baixa frequência de crises são os que fazem atividade física regular.

PALAVRAS-CHAVE: cefaléia, prevalência, exercício regular.

Prevalence and characteristics of headache in a population of regular physical exercise practitioners

ABSTRACT - Background: The burden of headache may impede sufferers from adhering to a routine of physical activity. **Objective:** To evaluate the prevalence and characteristics of headache in a health club population. **Method:** One hundred attendees of a health club were interviewed. They all were regular attendees for the previous 12 months and practiced aerobic exercises no less than 3 times a week. A questionnaire with characteristics of headache was applied to all who had a headache attack during the previous 12 months. MIDAS questionnaire was used as well. **Results:** 57 men and 43 women were included. Eighty subjects had a headache attack, which was pulsatile in 63% of the sufferers. MIDAS was lower than 5 days in 83% of the subjects. **Conclusion:** Although retrospective and based on recall, this study suggests that most of the regular exercise practitioners presented clinical characteristics of migraine. It is uncertain whether the regular practice of physical exercise has a role in reducing the impact life or those suffering less are the ones who practice exercise.

KEY WORDS: headache, prevalence, regular exercise.

As cefaléias crônicas primárias e especialmente a migrânea provocam incapacidade funcional e imensos prejuízos econômicos e sociais^{1,2}. A prática de exercícios físicos aeróbicos regulares é considerada por alguns como forma de reduzir a frequência das crises bem como de melhorar a qualidade de vida de seus praticantes³⁻⁶. Para outros, o exercício é desaconselhado pela possibilidade de deflagrar as crises de cefaléia e sintomas associados^{7,8}.

Embora os pacientes com migrânea e outros tipos de cefaléias primárias possam beneficiar-se de progra-

mas regulares de exercícios, o impacto causado pela cefaléia pode impedir que esses sofredores mantenham aderência a um programa regular de atividade física¹. Consequentemente, o estudo da prevalência das cefaléias e suas características em uma população de praticantes regulares de exercícios físicos é interessante para avaliar a veracidade desses conceitos.

O objetivo deste estudo é avaliar a prevalência e as características da cefaléia em população de praticantes de exercícios físicos de uma academia de ginástica.

¹Cia Atlética, Rio de Janeiro RJ, Brazil; ²Centro de Avaliação e Tratamento da Dor de Cabeça do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brazil.

Recebido 28 Março 2006, recebido na forma final 12 Junho 2006. Aceito 3 Julho 2006.

Dr. Abouch V. Krymchantowski - Rua Siqueira Campos 43 / 1002 - 22031-070 Rio de Janeiro RJ - Brasil. E-mail: abouchkrym@globo.com; Website: www.dordecabeca.com.br

MÉTODO

Cem alunos regulares consecutivos de uma academia de ginástica foram avaliados. O critério de inclusão foi ser aluno regular durante pelo menos os últimos 12 meses consecutivos e praticar exercícios aeróbicos pelo menos três vezes por semana por no mínimo 30 minutos. Além disso, poderiam ser incluídos alunos com idades variando entre 18 e 60 anos. Um questionário com detalhes sobre a prevalência e as características da cefaléia foi aplicado a todos aqueles que responderam sim a uma pergunta inicial: Você teve dor de cabeça nos últimos 12 meses? Para aqueles que responderam não uma nova pergunta, sobre a ocorrência de cefaléia diante de situações especiais, foi feita. O questionário de avaliação de impacto MIDAS também foi aplicado a todos aqueles que foram incluídos no primeiro grupo, isto é, responderam sim à pergunta inicial. O questionário MIDAS avalia o impacto da cefaléia na qualidade de vida das pessoas, pois quantifica, em número de dias perdidos durante um período recente (últimos três meses), a incapacidade gerada pela cefaléia nas atividades produtivas, laborativas e sociais. Escores superiores a cinco dias perdidos indicam impacto importante da cefaléia nas atividades e na vida do sofredor. Os alunos que referiram ter tido alguma dor de cabeça nos 12 meses anteriores foram designados como grupo A. Os alunos que referiram cefaléia apenas diante de circunstâncias especiais (tais como: após ingestão de álcool, gripe ou resfriado, infecções de vias aéreas superiores, trauma de crânio, febre, excesso de trabalho) foram incluídos no grupo B e aqueles que negaram a ocorrência de cefaléia no período avaliado foram designados como grupo C. Todos os questionários foram aplicados por professores de educação física.

Todos os participantes forneceram consentimento informado sobre a participação na pesquisa.

RESULTADOS

Cinqüenta e sete homens e 43 mulheres, com idades de $29,7 \pm 9$ anos foram incluídos. O nível de escolaridade da amostra é caracterizado pela predominância de alunos com curso superior completo (46%). Oitenta indivíduos, 40 (93%) mulheres e 40 (70%) homens, responderam sim à primeira pergunta e passaram a compor o grupo A.

Entre os 20 indivíduos (17 homens e três mulheres) que responderam não à primeira pergunta todos referiram a presença de cefaléia sob circunstâncias especiais (14 indivíduos em estado gripal e seis indivíduos após ingestão de bebidas alcoólicas), sendo, portanto alocados no grupo B. Nenhum indivíduo referiu ausência de cefaléia nos últimos 12 meses.

O grupo A foi investigado com o segundo questionário tendo revelado as seguintes características da cefaléia: presença da dor há mais de três anos em 25% (20 alunos, 60% das mulheres e 40% dos homens) e há mais de 10 anos em 17% da amostra (Fig 1). Além disso, 21% da amostra referiram progressão

da frequência e/ou intensidade ao longo do tempo, enquanto a maior parte dos alunos estudados negou esse padrão de evolução da cefaléia.

A qualidade da cefaléia foi marcante. Em 63% dos sofredores a cefaléia geralmente era pulsátil ou latejante (Fig 2), de localização frontal, temporal ou frontotemporal em 78% da amostra (Fig 3), com intensidade moderada ou forte em 54% (Fig 4) e com crises que se iniciam leves e progridem em intensidade em 44% (Fig 5). A associação com náusea na maior parte das crises de cefaléia foi referida por 56% dos alunos enquanto a presença de fotofobia, também na maior parte das crises, foi apontada por 59%. Durante as crises de cefaléia, a atitude mais comum adotada pela maioria dos alunos era a de repousar em local quieto e escuro (70% da amostra).

A duração média da cefaléia era superior a quatro horas, mesmo com o uso de medicamentos, em 67% dos entrevistados e a frequência de crises situava-se em menos de uma vez a cada 10 dias em 73% dos alunos, não obstante 58% referirem a necessidade do uso de sintomáticos para o combate à dor de cabeça. O escore do questionário MIDAS foi inferior a 5 em 83% dos que reportaram cefaléia nos últimos 12 meses.

DISCUSSÃO

A avaliação da prevalência de cefaléia em uma população que não pertence a clínicas neurológicas ou especializadas é importante, pois pode permitir a adoção de políticas de saúde e a caracterização do verdadeiro impacto das cefaléias mesmo em populações que não procuram tratamento médico⁹. Além disso, as características e o impacto provocado pela cefaléia em uma população de praticantes regulares de exercícios podem ser diferentes daquelas observadas em pacientes de neurologistas ou de cefaliatras. Neste estudo, a prevalência geral no ano anterior foi 80%, sendo este percentual representando 93% das mulheres e 70% dos homens avaliados. Embora o ideal tivesse sido que pelo menos 20% dos questionários tivessem sido aplicados por médico para permitir uma comparação dos resultados com os questionários aplicados pelos professores de educação física, todas as perguntas foram realizadas por médico neurologista especializado em cefaléias e estruturada de tal forma que sua apresentação fosse clara e objetiva o suficiente para não tolerar tendenciosidade. Além disso, as perguntas foram de múltipla escolha e lidas pelos alunos de tal forma a evitar a manipulação ou pressões impostas pelos professores que aplicaram os questionários. Apesar disso, esse estudo deve ser

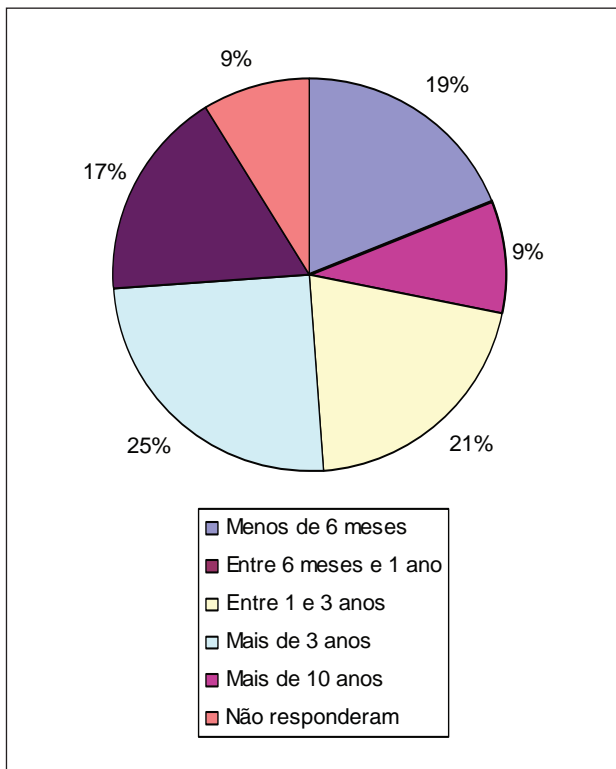


Fig 1. Tempo de evolução da cefaléia no grupo A.

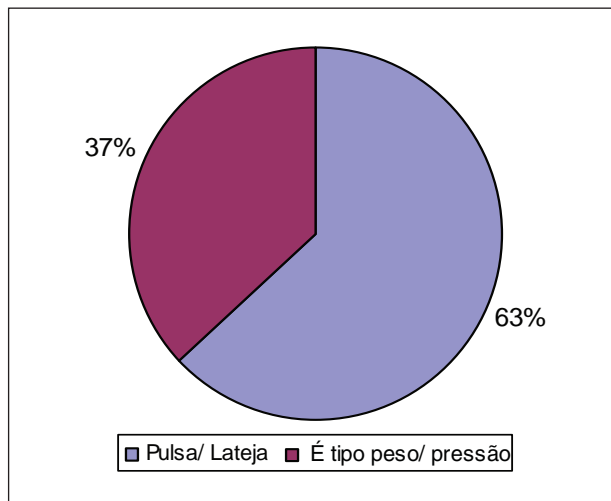


Fig 2. Qualidade da cefaléia.

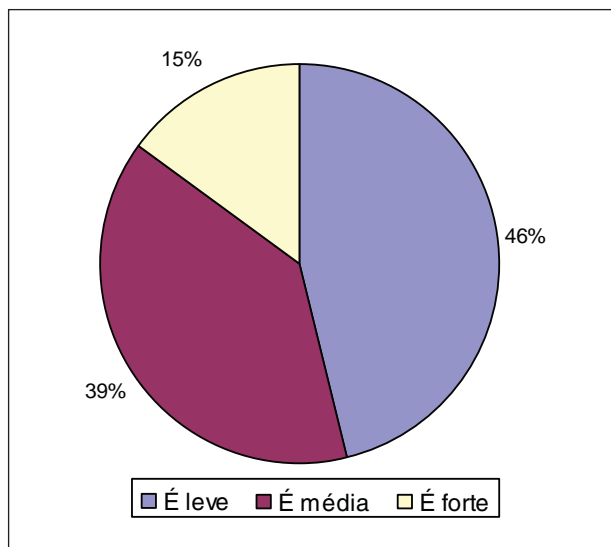


Fig 4. Intensidade habitual da cefaléia.

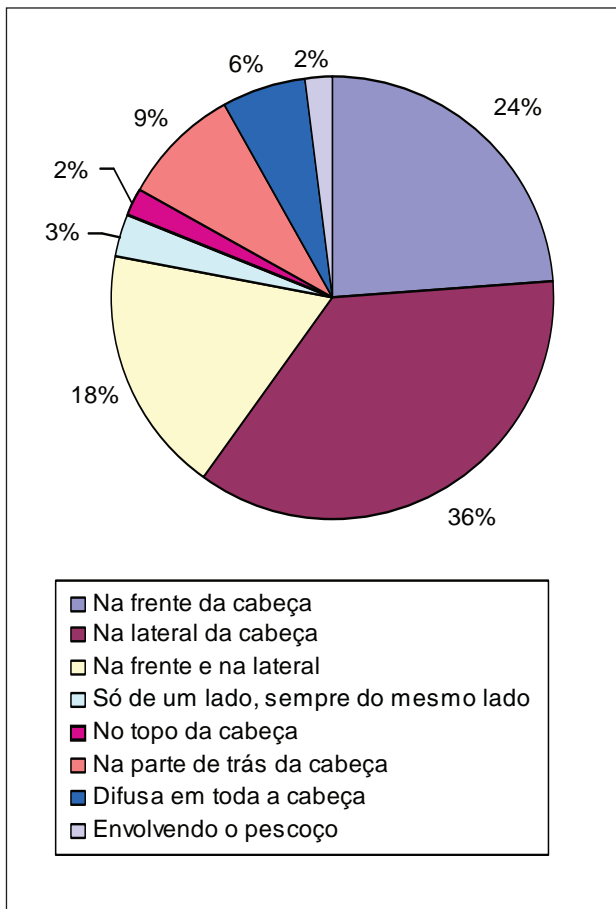


Fig 3. Localização habitual da cefaléia.

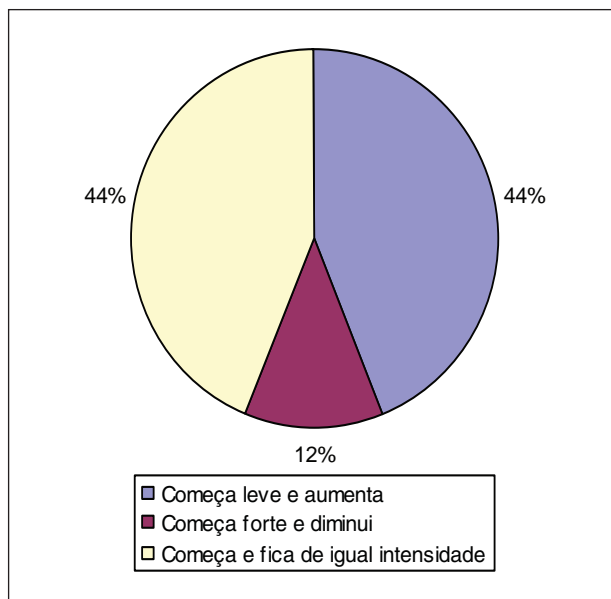


Fig 5. Progressão da intensidade.

criticado pelo fato de não ter tido parte dos questionários aplicados por médico.

Estes números equivalem aos encontrados em um estudo populacional de Rasmussen¹⁰ que avaliou 740 homens e mulheres de uma comunidade dinamarquesa com idades entre 25 e 64 anos, e encontrou prevalência de cefaléia do tipo tensional no ano anterior em 86% das mulheres e 63% dos homens. No entanto, quando analisamos as características da cefaléia em nossa amostra e as comparamos com os critérios da Sociedade Internacional de Cefaléia em sua última versão da atual classificação¹¹, observamos que pelo menos 50% dos indivíduos apresentam mais de quatro aspectos diagnósticos de migrânea. Cefaléia pulsátil ou latejante, moderada a forte ou forte, com náusea e fotofobia e durando mais de 4 horas quando não tratada ou tratada de forma ineficaz na maioria das crises podem permitir o diagnóstico de migrânea mesmo quando a obtenção desses critérios não foi realizada por médico especializado^{12,13}. Assim, a prevalência sugestiva de migrânea sobe para pelo menos 50% o que se revela muito superior àquela encontrada por Rasmussen que obteve 10,4% de prevalência da migrânea no ano anterior ao de sua pesquisa. Stewart e colaboradores também obtiveram números diversos dos encontrados na presente amostra com prevalência de migrânea em 12,2% de 20334 membros de uma comunidade americana que foram entrevistados através de um questionário enviado pelo correio¹⁴. As razões para essas discrepâncias são desconhecidas, mas devemos atentar para o fato de que a nossa amostra não foi avaliada por médico e nem sugerimos o diagnóstico de migrânea baseados em avaliações pessoais com cada um dos entrevistados. Os critérios diagnósticos da migrânea apresentados pela Sociedade Internacional de Cefaléia (ICHD-II, 2004)¹¹ são claros e originaram, inclusive, instrumentos como o ID migraine, que propiciam o diagnóstico de migrânea através da aplicação de questionários simples e de poucas perguntas, por profissionais não especializados e em ambientes pré-hospitalares.

A análise do impacto pessoal da cefaléia também foi sugestivamente diferente em nossa amostra de dados disponíveis na literatura. Enquanto mais de 90% dos entrevistados em nosso estudo mantinham valores baixos na escala MIDAS de impacto da cefaléia e conseguiram manter-se em atividade física aeróbica regular, 73,6% de 647 habitantes do Estado do Kentucky nos Estados Unidos, entrevistados por telefone a respeito da prevalência e características de cefaléias

diversas, informaram que estas promoviam alterações no seu estilo de vida e na capacidade laborativa de forma intensa¹⁵. Deve ser considerada a possibilidade de a prática regular de exercícios promover melhora da cefaléia, da qualidade de vida e consequentemente do impacto e limitações impostos pela cefaléia, mas os dados apresentados podem apenas sugerir tal evolução uma vez que análises baseadas em avaliações de questionários que realizam perguntas retrospectivas são limitadas na possibilidade de gerar conclusões evolutivas. De fato, a prática regular de exercícios aeróbicos pode desempenhar papel positivo na evolução da migrânea³⁻⁶ e talvez um subgrupo de pacientes com cefaléias em geral, e migrânea em particular, optem por se exercitar regularmente apenas porque a cefaléia não lhes provoca impacto mais significativo e não porque o exercício diminui a intensidade, frequência e prejuízos à qualidade de vida desses pacientes. Mais ainda, mesmo se aventássemos a possibilidade de que a maior parte dos pacientes não tenha migrânea e sim, como descrito por Iversen em uma amostra de pacientes dinamarqueses, cefaléia do tipo tensional com algumas características migranosas, poderíamos observar que a prevalência em uma população de praticantes de exercícios regulares é semelhante à de populações normais que não são avaliadas em clínicas neurológicas¹⁶. No entanto, não acreditamos que seja essa a realidade da população estudada.

Concluimos, a despeito das limitações metodológicas deste estudo, que mesmo em uma amostra de praticantes regulares de exercícios físicos a prevalência de cefaléia é alta. Entretanto, as características de migrânea e seu possível diagnóstico (só confirmado se a avaliação fosse realizada por médico habilitado) são mais prevalentes apesar de o impacto provocado pela incidência de cefaléia ser menor do que o habitualmente observado em populações de migranosos. A realização de outros estudos prospectivos e controlados, em amostras de pacientes que passem a se exercitar regularmente a partir do diagnóstico da cefaléia, assim como a elucidação das discrepâncias de prevalência da migrânea aqui observadas, é importante para confirmar essas observações iniciais. Mais ainda, a dúvida relacionada ao fato de que sofredores de cefaléia que se exercitam apresentarem menor impacto decorrente desta síndrome algica ou aqueles que apresentam impacto menos intenso serem exatamente os que se exercitam regularmente também precisa ser confirmado.

REFERÊNCIAS

1. Stewart WF, Shechter A, Lipton RB. Migraine heterogeneity, disability, pain intensity, and attack frequency and duration. *Neurology* 1994;44(Suppl 14):S24-S39.
2. Stewart WF, Lipton RB, Simon D. Work-related disability: results from the American migraine study. *Cephalalgia* 1996;16:231-238.
3. Van-Gijin J. Relief of common migraine by exercise. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1987;50:1700-1701.
4. Lockett DMC, Campbell JF. The effects of aerobic exercise on migraine. *Headache* 1992;32:50-54.
5. Kumar KK. Exercise for prophylaxis of migraine. *Headache* 1988;28:228.
6. Koseoglu E, Akboyraz A, Soyuer A, Ersoy AO. Aerobic exercise and plasma beta endorphin levels in patients with migrainous headache without aura. *Cephalalgia* 2003;23:972-976.
7. Thompson JK. Exercise-induced migraine prodrome symptoms. *Headache* 1987;27:250-251.
8. Indo T, Takahashi A. Swimmer's migraine. *Headache* 1990;30:485-487.
9. Lipton RB, Hamelsky SW, Stewart WF. Epidemiology and impact of headache. In Silberstein SD, Lipton RB, Dalessio D (eds.). *Wolff's headache and other head pain*. seventh edition. Oxford: Oxford University Press, 2001:85-107.
10. Rasmussen BK. Epidemiology of headache. *Cephalalgia* 1995;15:45-68.
11. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition. *Cephalalgia* 2004;24(Suppl 1):16-149.
12. Lipton RB, Dodick D, Sadovsky R, et al. ID migraine validation study. A self-administered screener for migraine in primary care: The ID migraine validation study. *Neurology* 2003;61:375-382.
13. Sadovsky R, Dodick DW. Identifying migraine in primary care settings. *Am J Med.* 2005;118(Suppl 1):S11-S17.
14. Stewart WF, Lipton RB, Celentano DD, Reed ML. Prevalence of migraine headache in the United States. *JAMA* 1992;267:64-69.
15. Kryst S, Scherl E. A population-based survey of the social and personal impact of headache. *Headache* 1994;34:344-350.
16. Iversen HK, Langemark M, Andersson PG, Hansen PE, Olesen J. Clinical characteristics of migraine and episodic tension-type headache in relation to old and new diagnostic criteria. *Headache* 1990;30:514-519.