Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro, v.05,2024

ISSN 2178-6925

ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE ENXAQUECA E ANSIEDADE EM SERVIÇO DE ATENDIMENTO PÚBLICO DO MUNICÍPIO DE CASCAVEL-PR

ANALYSIS OF THE RELATIONSHIP BETHWEEN MIGRAINE AND ANXIETY IN A PUBLIC SERVICE OF CASCAVEL-PR

Mariana Castro Oliveira,

Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz, Brasil

Email: marianacastrooliveira@hotmail.com

ORCID: 0000-0002-5161-6513

Júlia Kassia Tenconi,

Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz, Brasil

Email: jktenconi@minha.fag.edu.br

ORCID: 0000-0003-4357-6803

Daiane Breda,

Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz, Brasil

Email: daianebreda@fag,edu.br

ORCID: 0000-0001-9389-3239

Resumo

Objetivo: A enxaqueca é um distúrbio que acomete grande parte da população e é uma das principais queixas na atenção primária de saúde (APS) juntamente com a ansiedade. Entendendo a fisiopatologia da dor da cefaleia e os neurotransmissores envolvidos no transtorno de ansiedade generalizada (TAG) podemos observar uma relação entre ambas as patologias. Sendo assim, objetivamos identificar os casos de enxaqueca na atenção especializada e seu manejo, assim como o tratamento previamente proposto na atenção primária de saúde. **Metodologia**: foi realizado um estudo transversal, retrospectivo a partir da análise de dados em prontuários do ambulatório de neurologia do Consórcio Intermunicipal de saúde do Oeste do Paraná (CISOP). **Resultados**: Com análise de 300 prontuários, 54 apresentavam queixas de algum tipo de cefaleia. Observa-se que o grupo amostral era composto majoritariamente por mulheres (n= 46; 85,1%),

ISSN 2178-6925

cerca de 46 (85,1%) pacientes não apresentavam queixas de ansiedade no momento da consulta e apenas 18 (33,3%) faziam uso de algum ansiolítico e/ou antidepressivo. **Conclusão**: a partir da revisão bibliográfica, pode-se identificar que existe uma relação fisiopatológica entre os casos de enxaqueca e ansiedade, porém, através do presente estudo não identificamos queixas de ansiedade ou tratamento prévios a consulta com neurologista. Consideramos que são necessários novos estudos com uma amostra maior e análise estatística para determinação de nexo causal da temática.

Palavras-chave: Enxaqueca; Cefaleia; Ansiedade; Fisiopatologia

Abstract

Goal: The migraine is a dysturb wich involves huge amount of the population and is one of the principal complaines in primary health attention associate with anxiety. Undertending the pathophisiology of headache and neurotransmitters involved in general anxiety disease, we may observe a reationship between both pathologies. As such, we aim to identify cases os migraine in specialized attention services of and the previous management proposed on the primary health attention. Methodology: it was realized an cross-sectional and retrospective study with the medical record analysis from Consórcio Intermunicipal de saúde do Oeste do Paraná (CISOP). Results: 300 medical records were anylised, among these, 54 presented complaints of any kind of headache. It is observed that the sample group were mostly composed of women (n= 46; 85,1%), about 46 (85,1%) patients did not presente complaints of anxiety at the time of consultation and Only 18 (33,3%) used anxiolytics and/or antidepressants. Conclusion: from the bibliographical review, can be identified an pathophysiological relationship between casos of migraine and anxiety. Although, through this study, we did not identify complaints of anxiety or previous treatment in the neurological consultation. We consider that new studies with a larger sample are necessary and statistical analysis to determine the causal link of the topic.

Keywords: Migraine; Headache; Anxiety; Pathophysiology.

1. Introdução

As cefaleias primárias são distúrbios neurológicos que englobam 3 subtipos, a enxaqueca ou migrânea, a cefaleia tensional e em cluster ou em salvas. Segundo o protocolo nacional para diagnóstico e manejo das cefaleias nas unidades de urgência do Brasil (2018, p. 2) “as cefaleias primárias são doenças cujo sintoma principal são episódios recorrentes de dor de cabeça” e são uma das principais queixas presentes no sistema de saúde. As crises enxaquecosas são caracterizadas por dor aguda ou crônica, pulsátil ou latejante, geralmente unilateral, com duração de 4 a 72h, associado com náuseas ou vômito ou foto e fonofobia. Por ser uma doença altamente prevalente mundo, gera impactos econômicos por ser incapacitante em alguns casos (EIGENBRODT et al, 2021).

ISSN 2178-6925

O protocolo nacional para diagnóstico e manejo das cefaleias nas unidades de urgência do Brasil (2018) também descreve outros tipos de cefaleia, como, a cefaleia tensional sendo subtipo mais comum, prevalecendo na 4ª década de vida por estar intimamente relacionado com o estresse, cansaço, más posições para trabalhar e dormir, e pode ser caracterizada como aperto ou pressão na região occipital, podendo ser holocraniana. É um tipo de cefaleia leve a moderado, não associado a náusea e vômito. Já a cefaleia em salvas/cluster acontece mais no sexo masculino, a partir dos 20 anos de idade, tendo seu pico na 3ª a 5ª década de vida. As crises duram de 15 a 180 minutos, com um quadro de dor forte, unilateral, associado com hiperemia conjuntival, lacrimejamento e agitação do paciente.

Segundo KHAN (2021, p. 2), os índices de enxaqueca no mundo são estimados de 15-18%, sendo considerada uma “condição incapacitante que ocupa a 8º posição no mundo e 4º em mulheres em termos de carga”, é uma doença que aumenta a procura ao sistema de saúde, afetando a produtividade laboral.

Já a ansiedade é um distúrbio psiquiátrico comum na população, segundo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM V) (2014 p. 266). Sendo definido como “ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva), ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos seis meses, com diversos eventos ou atividades.” Dentre os sintomas físicos possíveis de acontecer em pessoas que sofrem com TAG estão “tremores, contrações, abalos e dores musculares, nervosismo ou irritabilidade associados a tensão muscular”, tendo maior prevalência em mulheres que em homens.

Dessa forma, este trabalho teve como objetivo avaliar a fisiopatologia de ambas doenças que acometem grande parte da população assim como avaliar o identificar os casos de enxaqueca na atenção especializada, seu manejo e o tratamento previamente propostos na atenção primária de saúde. Dessa forma, será possível identificar os pacientes que apresentaram queixas semelhantes e a forma que a associação da enxaqueca com a ansiedade e seu manejo no sistema de saúde de Cascavel-PR.

2. Revisão da Literatura

ISSN 2178-6925

2.1. A migrânea e sua fisiopatologia

De acordo com o SPECIALI *et al* (2018) e MINEN *et al* (2016), dentre os tipos de cefaleia primária, a enxaqueca é a mais prevalente, ocorrendo principalmente em mulheres entre os 30-50 anos de idade e o subtipo com maior base fisiopatológica constatado com relação a ansiedade.

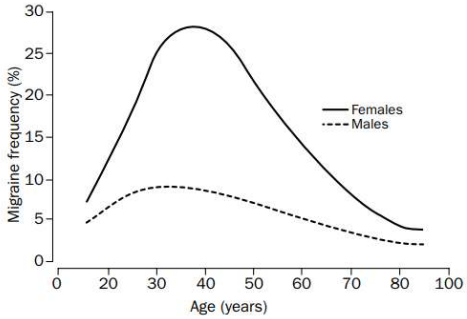
Dentre as estruturas cranianas capazes de gerarem dor, o Tratado de Neurologia (MERRIT, 2018) descreve, o couro cabeludo, foice cerebral, seios da dura-máter e seguimentos proximais de grandes artérias da pia-máter. O sistema trigeminovascular é o responsável por inervar grandes vasos cerebrais e a dura-máter (estruturas fundamentais envolvidas na fisiopatologia) além do tálamo, ventrículo posterior e córtex cerebral, que estão relacionados com o processamento da dor. Dessa forma, compreende-se que a dor é um resultado da vasodilatação das camadas meníngeas do SNC associado a uma inflamação dessas redes vasculares (KHAN, 2021).

Segundo TOSTES (2015, p. 20), “o sistema de percepção da dor na migrânea é realizado pelo nervo trigêmeo em conjunto com vasos sanguíneos cerebrais que são capazes de disparar o fenômeno da dor para nos proteger de situações indesejáveis [...]. O cérebro de uma pessoa com migrânea excita-se com mais facilidade que o normal, diante de estímulos externos [...] ou internos.” Com isso, podemos ter a ativação de centros de dor (tronco encefálico) que gerarão uma sequência de eventos inflamatórios, os quais levam a uma vasodilatação de vasos da superfície cerebral, provocando uma redução do fluxo sanguíneo. Válido ressaltar que a cefaleia pode ser originária de um Sistema Nervoso Central (SNC) excessivamente ativado ou por lesão de alguma estrutura.

A hereditariedade presente na enxaqueca está relacionada com alterações de locis genéticos, portanto, uma alteração poligênica. Os aspectos genéticos estão envolvidos na fisiopatologia da migrânea, principalmente parentes de 1º grau e em gêmeos, além do fator ambiental, o qual pode-se observar um aumento dos casos de cefaleia em meninas após a puberdade (vide figura 1) devido a estimulação hormonal feminina nesse período da vida, e também nos casos de estresse psicossocial, alimentar e por uso de álcool e drogas (KHAN, 2021 e TOSTES, 2015).

ISSN 2178-6925

Figura 1 - Prevalência de migrânea ajustada por sexo



Fonte: SILBERSTEIN, S. (2004)

Apesar do componente genético envolvido na fisiopatologia da doença, hoje, tem-se que grande parte dos ataques de enxaqueca são provocados por estímulos externos. Além disso cerca de 10-20% dos pacientes apresentam uma fase premonitória à dor, antecedendo em 48-72h, com sintomas de bocejos, fadiga e aumento da frequência miccional. Cerca de um terço dos pacientes apresentam a aura, a qual é caracterizada por uma "despolarização do córtex e criação de onda transitória", esta fase é composta por sintomas visuais com pontos cintilantes, os estocomas, parestesias em membros, lábios, rosto e mãos e também pode ser chamada de depressão alastrante cortical (DSC) (KHAN, 2021, p. 6).

A cefaleia migranosa é passível de cronificação, e está relacionada com a sensibilização central desenvolvida após as crises. Isto acontece devido a "neuroplasticidade desadaptativa" nos cérebros dos pacientes que a possuem, estando relacionado com substância cinzenta periaquedutal, globo pálido e corpo estriado, aumentando a conectividade nociceptiva cerebral e sua excitabilidade. Um estudo feito com 144 pacientes com enxaqueca crônica mostrou que em uma crise de dor, o paciente apresenta um declínio cognitivo, avaliado pelo Montreal Cognitive Assessment (MoCA) e outros questionários que avaliam função neuropsiquiátrica. Dessa forma, o estudo concluiu que os indivíduos que apresentam mais de 4 dias de episódios de enxaqueca possuem um desempenho cognitivo alterado em comparação com pessoas saudáveis, além de apresentarem maiores quadros de ansiedade e depressão (LATYSHEVA, 2020).

2.1.1 Circuito da transmissão da dor no período da enxaqueca

O sistema trigeminovascular é composto por neurônios eferentes e

ISSN 2178-6925

aferentes, e estes levam informações para o núcleo caudal do trigêmeo (5º par de nervo craniano). De acordo com KHAN (2021), o tálamo e hipotálamo ativam o sistema trigeminovascular que causam um estímulo em fibras nociceptivas originadas no gânglio trigeminal e liberam mediadores inflamatórios (substância P do peptídeo relacionado ao gene da calcitonina – CGRP e peptídeo vaso inibidor - VIP). Toda essa informação é levada para o complexo cervical trigeminal (CCT) e, posteriormente, transmitidas para núcleos do tronco cerebral, gânglios da base e áreas corticais pelas fibras ascendentes do CCT.

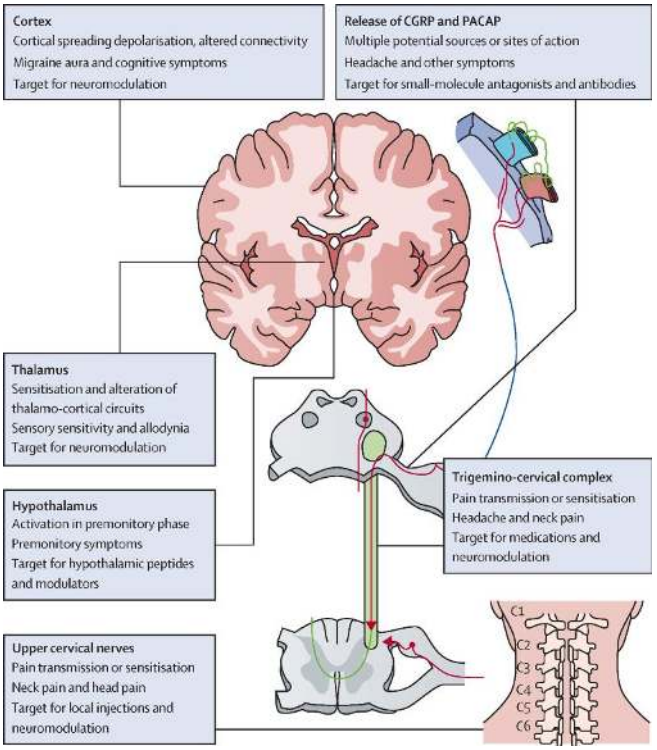
O CGRP é um complexo neuromediador da enxaqueca, composto por 37 aminoácidos. Este componente atua nos gânglios dorsais trigeminais, no tálamo, hipotálamo e cerebelo, com função vasodilatadora. O CGRP vem sendo estudado como um importante mediador da enxaqueca, pois em fases agudas foi evidenciado seu aumento em vasos sanguíneos, e, atualmente, os antagonistas CGRP vem sendo estudados como uma forma de tratamento para a enxaqueca (KRYMCHANTOWSKI, 2019).

O cérebro de uma pessoa que sofre de enxaqueca pode ser hiperexcitável devido ao aumento de aminoácidos, como glutamato e aspartato, que excitatórios do SNC, diminuem a fosfocreatina e aumentam os níveis séricos de fósforo inorgânico e a diminuição de magnésio intracelular nos períodos de crises migranosas, segundo explicitado por TOSTES (2015).

A serotonina (5-hidroxitriptamina ou 5-HT) está também intimamente relacionada com a estimulação dos núcleos trigeminais e, por consequência, a dor da enxaqueca. Logo, nas crises enxaquecosas tem-se uma diminuição nos níveis séricos de 5-HT (CASUCCI 2021 e TOSTES 2015).

Figura 2 - Mecanismo fisiopatológicos na migrânea

ISSN 2178-6925



Fonte: CHARLES, A. (2018)

2.1.2 Tratamento da enxaqueca

O tratamento da enxaqueca é dividido em duas partes, o tratamento profilático e sintomático. Objetiva-se com o tratamento diminuir as frequências das crises. Como opção para tratamento sintomático temos o paracetamol, Anti-inflamatórios Não Esteroidais (AINE), como ibuprofeno e naproxeno, esses são medicamentos bem recomendados e de baixo custo. Uma associação de paracetamol, cafeína e AAS pode ser utilizado como tratamento para crises sintomáticas de enxaqueca crônica. Novas opções no mercado e que hoje são consideradas como padrão ouro para o tratamento sintomático das crises, com e sem aura, é a classe dos triptanos, os quais são medicamentos com eficácia maior que analgésicos simples e AINES. Os triptanos são agonistas seletivos da serotonina, responsáveis por inibirem a liberação de substância P e CGRP, bloqueando a via álgica cerebral, por inibição de nociceptores (KHAN, 2021).

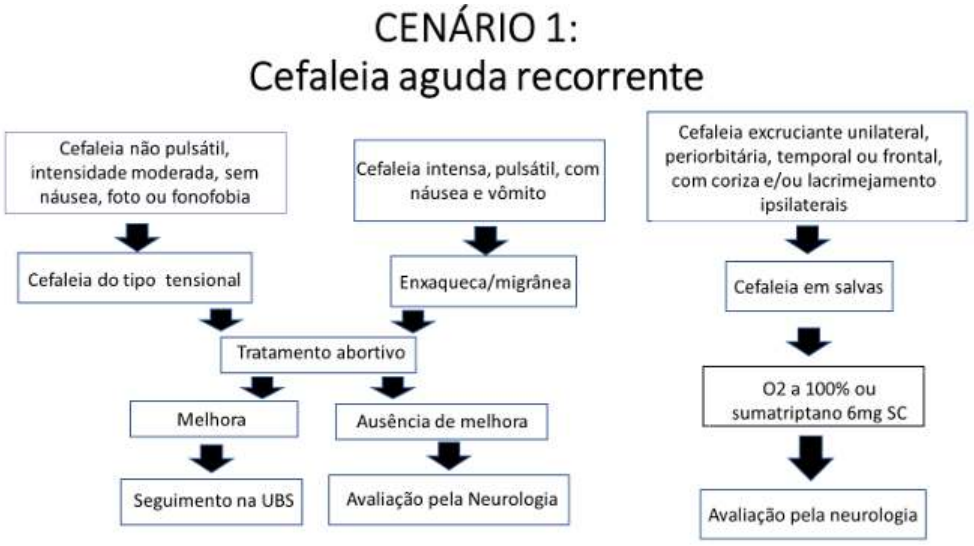
Novos tratamentos no mercado, aprovados em 2018, estão baseando-se em antagonistas dos resceptores CGRP e anticorpo monoclonal anti-CGRP, sendo recomendados para o tratamento profilático das cefaleias migranosas. Dentre eles, o mais utilizado para prevenir a enxaqueca é o Erenumab, sendo considerado primeira linha para o tratamento. Entretanto, o acesso a tais medicamentos ainda é

ISSN 2178-6925

muito restrito devido ao alto custo apresentado. Opções no mercado que são efetivas e mais acessível a população para prevenção da enxaqueca são topiramato, divalproato de sódio e propranolol (KRYMCHANTOWSKI, 2019).

Em casos de crises recorrentes, o Protocolo Nacional de diagnóstico e manejo das cefaleias nas unidades de urgência do Brasil (2018) preconiza uma abordagem comportamental, que consiste em deixar o paciente em repouso em áreas de penumbra e silencioso. Tal recomendação também é viável para todos os casos de crises, independente do seu local de manejo. O controle da dor após atendimento em unidades de emergência, ajudam a avaliar a necessidade de acompanhamento com médico em UBS ou se o caso necessita de abordagem por um especialista. Além disso, é importante salientar que o protocolo contraindica o uso de medicamentos opioides para pacientes com crises de enxaqueca, por não serem drogas eficazes para o controle da dor e poderem causar dependência.

Figura 3: abordagem do paciente com cefaleia aguda recorrente



Fonte: Protocolo Nacional para diagnóstico e manejo das cefaleias nas unidades de urgência do Brasil (2018)

2.2. **A ansiedade e sua fisiopatologia**

A ansiedade se trata de um distúrbio psiquiátrico comum na população, segundo DSM V. É uma das principais queixas em consulta da atenção primária, juntamente com as dores de cabeça. Caracterizada como um conjunto de "preocupação excessivas (expectativa apreensiva), ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos seis meses, com diversos eventos ou atividades [...] causam

ISSN 2178-6925

sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo" (DSM-V, 2014 p. 266). As disfunções de serotonina, dopamina e noradrenalina no circuito cerebral estão envolvidas. Além disso, podemos ter um desbalanço na ação do glutamato e ácido gama-aminobutírico (GABA), sendo que o glutamato é o principal neurotransmissor excitatório e o GABA é inibitório (CASUCCI *et al*, 2010).

Segundo BOFF *et al* (2021, p. 1), "as vias glutamatérgicas presentes no córtex pré-frontal sofrem influência do estresse e desregulam a neurotransmissão em áreas diferentes ao afeto e cognição [...] e os déficits de GABA associados ao aumento da neurotransmissão excitatória do glutamato são mecanismos envolvidos na patogênese desse transtorno." Tais substâncias possuem a capacidade de agir em diferentes áreas cerebrais, proporcionando diferentes estímulos. Por exemplo, a amígdala, região límbica responsável por controlar o medo e a reatividade emocional (vide figura 4), a ínsula, relacionada com os estados emocionais e o córtex pré-frontal medial, local em que temos o controle das preocupações ("aval do certo e errado"). A ansiedade pode se apresentar com sintomas físicos, como a falta de disposição na realização de tarefas diárias, taquicardia, taquipnéia, fadiga, dificuldade na concentração e insônia, sintomas que são provocados pelo aumento do glutamato na região dorsomedial hipotalâmica (BOFF, 2021).

2.3. **Interrelação ansiedade e migrânea**

Inegavelmente, as interações fisiopatológicas entre cefaleia migranosa e ansiedade podem acontecer em alguns pacientes, principalmente se levarmos em consideração que a ansiedade engloba um "excesso de preocupação [...] irritabilidade, problemas de concentração" (PERES. 2017, p. 5), podendo tornar o limiar para a crise enxaquecosa muito menor. Estudos mostram que os transtornos, tanto de humor, como ansiedade generalizada são de 2-10 vezes mais comuns em pacientes com enxaqueca do que na população geral (MINEN *et al*, 2016).

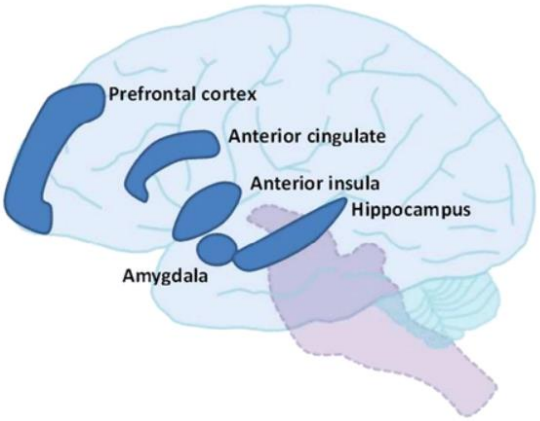
Segundo MINEN *et al* (2016, p. 1), "a relação entre transtorno de ansiedade e enxaqueca parece ser bidirecional. Tanto a ansiedade quanto a enxaqueca foram associadas a uma maior frequência do alelo S em um polimorfismo 5HTTLPR do gene transportador de serotonina, implicando em uma predisposição genética comum." Além disso, foram feitos estudos com neuroimagem, com ressonâncias

ISSN 2178-6925

magnéticas funcionais, para avaliaram o “componente emocional dos sintomas de enxaqueca” (MINEN *et al*, 2016, p. 5). Estruturas como amígdala, hipocampo, córtex pré-frontal e entre outras (vide figura 4), estão intimamente relacionadas com a resposta emocional à dor e humor. Ou seja, essas estruturas apresentam uma resposta atípica quando submetidas aos estímulos álgicos, isso inclui os sintomas típicos da enxaqueca, como fotofobia, fonofobia e insensibilidade à odores, provocando um estímulo exacerbado nessas áreas cerebrais quando comparado em pacientes saudáveis.

Portanto, podemos prever que ambos os distúrbios correlacionam de disfunção de 5-HT, desregulação do eixo hipotálamo-hipófise adrenal (HPA), assim como influências hormonais e psicológicas (MINEN, 2016). Logo, o tratamento tanto da migrânea como do TAG podem ser semelhantes, como por exemplo, o uso de inibidores seletivos da receptação de serotonina (ISRS) e de amiptriptilina, um antagonista monoaminérgico, ambos capazes de normalizar as alterações neurofisiopatológicas das doenças (PERES, 2017).

Figura 4 - Regiões cerebrais afetivo-motivacionais comumente identificadas como tendo função ou estrutura anormal em estudos de enxaqueca



Fonte: MINEN, M.T. *et al* (2016)

3. Metodologia

Estudo transversal, retrospectivo, realizado a partir da análise de dados em prontuários do ambulatório de neurologia do CISOP (Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná) sobre a inter-relação entre enxaqueca e ansiedade.

Para a coleta de dados dos prontuários, os critérios de inclusão na pesquisa foram: pessoas maiores de 18 anos, ausência de comprometimento cognitivo e que passaram por atendimento na atenção primária para receber encaminhamento ao

ISSN 2178-6925

ambulatório de consultas especializada. Os critérios de exclusão considerados foram indivíduos menores de 18 anos e grupo de vulneráveis e incapazes.

Foram analisados 300 prontuários do período de fevereiro e março de 2023 do CISOP de Cascavel-PR. As variáveis avaliadas foram: o sexo, idade, presença de comorbidades e uso de medicamentos previamente a consulta, se o paciente relatava sintomas ansiosos ou diagnóstico de ansiedade no momento da consulta e se fazia uso prévio de alguma classe de antidepressivos e/ou ansiolíticos, e também, se já havia algum tratamento prévio para a cefaleia. Além disso, foi feito uma análise detalhada de tratamentos propostos para esses pacientes.

Dentre os pacientes encaminhados com cefaleia, no ato da consulta foi avaliado e organizados por meio de tabelas a descrição médica das características das dores para identificar por meio de critérios diagnósticos os casos de enxaqueca com ou sem aura.

O trabalho recebeu devida aprovação por comitê de ética e pesquisa sob número CAAE 69495523.8.000.5219.

4. Resultados e Discussão

Dos 300 pacientes com o prontuário analisados que passaram em consulta neurológica em fevereiro a março de 2023, 54 (18%) apresentavam queixa de cefaleia de algum tipo. Dessa forma, separamos por Classificação Internacional de Doenças 10 (CID-10) os diagnósticos finais dado pelo médico neurologista que os atendeu no ambulatório.

Dentre os 54 pacientes com queixas clínicas de enxaqueca, cerca de 46 pessoas (85,1%) são do sexo feminino e 8 (14,8%) são do sexo masculino. De acordo com estudo de KHAN (2021) nota-se que há uma interrelação com o número aumentado de casos de enxaqueca em mulheres devido aos níveis de estrogênio, o qual está relacionado também com a sensibilidade à insulina, sua secreção e homeostase, concluindo que os gatilhos das crises enxaquecosas associam-se com metabolismo energético e estresse oxidativo. Portanto, alimentos como “chocolate, frutas cítricas, laticínios, alimentos gordurosos e fritos, chá, café, bebidas com cafeína, glutamato monossódico, sucralose, glúten, bebidas alcoólicas e corantes alimentares” podem ser desencadeadores de crises de enxaqueca.

ISSN 2178-6925

Dos pacientes avaliados, 34 (62,9%) não apresentavam comorbidades relatadas no ato da consulta e 20 (37,03%) relataram algum tipo de comorbidade. Dentre as relatas, as mais frequentes foram Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), insuficiência cardíaca, doenças renais crônicas, AVC prévio, tireoidopatias, e além disso, ansiedade e transtorno misto ansioso e depressivo. Em concordância com nosso trabalho, o estudo de SPECIALLI (2018) descreve que a necessidade de avaliar a presença de comorbidades são para excluir critérios diagnósticos de cefaleias secundárias, dentre elas temos, sinais sistêmicos, como toxemia, rigidez de nuca, rash cutâneo, uso de imunossupressão, ou paciente com diagnóstico de HIV e ou neoplasias. Déficits neurológicos focais, edema de papila e convulsão, também podem ser um indício de cefaleia secundária. Principais pontos que precisam levar a pensar em causas secundárias são cefaleias que iniciaram após os 50 anos, início súbito, ou mudança do padrão da cefaleia prévia.

Tabela 1- Variáveis

Variáveis		**N**	**%**
Sexo	Feminino	46	85,1%
	Masculino	8	14,8%
Comorbidades	Sim	20	37%
	Não	34	63%
Queixa de ansiedade no momento da consulta	Sim	8	14,8%
	Não	46	85,1%
Uso regular de ansiolíticos e/ou antidepressivos	Sim	18	33,3%
	Não	36	66,6%
Total		54	100%

Fonte: dados coletados

ISSN 2178-6925

Em relação a variável ansiedade, foi analisado se os pacientes apresentavam sintomas ansiosos ou se relatavam o uso regular de medicamentos ansiolíticos e antidepressivos. Cerca de 36 (66,6%) pacientes relataram não fazer uso regular de ansiolíticos/ antidepressivos, e, além disso, 46 (85%) pacientes não apresentavam queixas de ansiedade no momento da consulta. Nosso estudo não conseguiu completamente observar na amostragem da pesquisa a interrelação de enxaqueca com a ansiedade, devido a pequena amostra que gerou limitações do estudo. Diferentemente, estudo realizado por JESUS e PERES (2012) que relatou uma prevalência significativamente maior de transtorno depressivo maior, transtorno de pânico, fobia social e uso de outras substâncias em pacientes com história de cefaleia de longa data. Eles também reforçam como as comorbidades psiquiátricas têm sido relacionadas com um fator agravante para cronificação da enxaqueca, tanto em estudos clínicos quanto populacionais. No presente estudo eles mostram como os distúrbios psiquiátricos (prevalência de ansiedade e transtorno de humor) são mais prevalentes em pacientes com cefaleia crônica, ocorrendo em aproximadamente 64% a 66,1%, podendo chegar até a 90%.

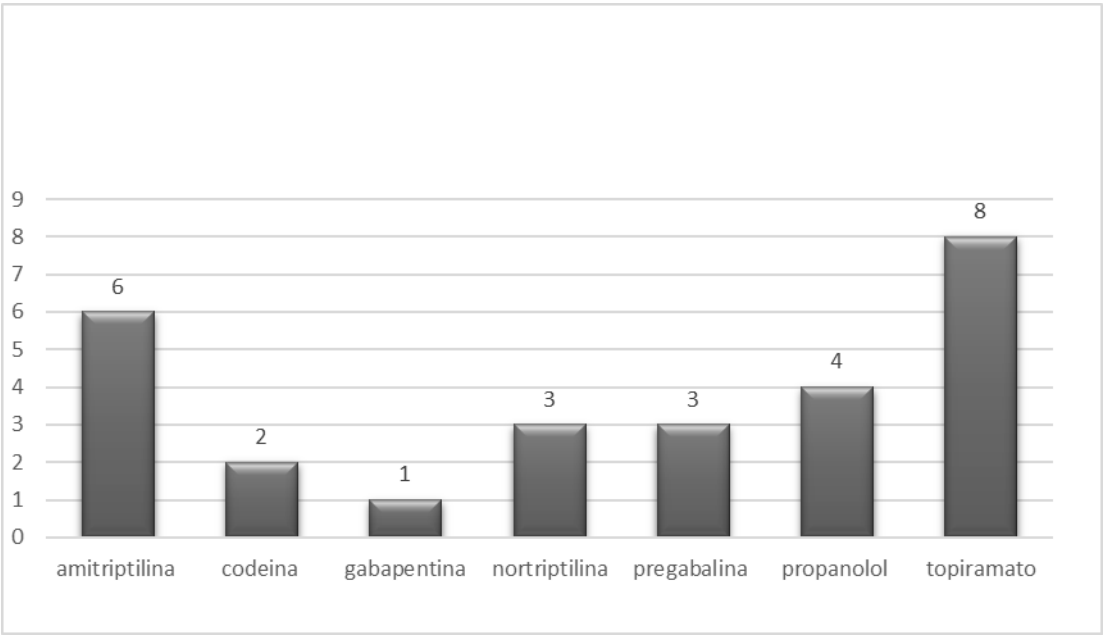
No estudo realizado por KARAKURUM et al (2004) foi verificado que 74% dos pacientes com enxaqueca crônica e 26% dos pacientes com crises agudas de enxaqueca apresentavam depressão e 80% dos pacientes com enxaqueca crônica e 36% dos pacientes com a forma episódica apresentavam ansiedade. Mostrando como a prevalência dessas comorbidades estão intimamente relacionadas pela sua fisiopatologia envolvendo o sistema serotoninérgico.

Outra variável analisada no nosso estudo foi se os pacientes haviam sido tratados previamente para a queixa de cefaleia. Infelizmente, não conseguimos determinar por quem o tratamento foi recomendado, devido à falta de informações em prontuários, porém, dado que os pacientes necessitam de encaminhamento via Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Unidade de Saúde da Família (USF) para o comparecimento ao ambulatório de neurologia, acredita-se que o tratamento foi recomendado pelo médico de cada respectiva UBS ou USF. Dos pacientes com queixa de cefaleia, 34 (62,9%) pacientes não relataram fazer uso de medicamentos previamente a consulta com neurologista e 20 (37,03%) destes o faziam. Porém, por não conseguirmos encontrar a fonte da prescrição do medicamento, também

ISSN 2178-6925

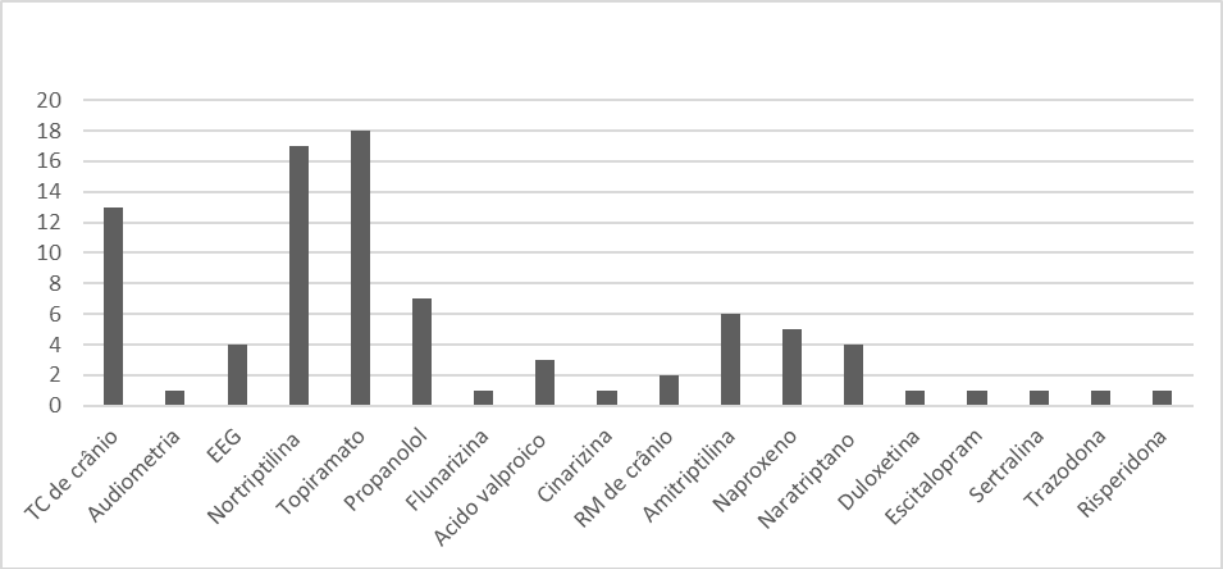
precisamos levar em consideração o viés de automedicação, uma problemática recorrente na sociedade. O estudo de JESUS e PERES (2012, p. 184) discutem que esse uso abusivo de medicações, sem a devida orientação médica, pode ser um fator de risco para os casos de enxaqueca crônica, além de mostrarem que "há uma prevalência significativamente maior de transtorno depressivo maior, transtorno de pânico, fobia social e uso de outras substâncias foram encontrados em pacientes com história de cefaleia crônica por uso abusivo de medicações".

Gráfico 1: Medicamentos em uso anteriormente a consulta com neurologista.



Fonte: dados coletados

Gráfico 2: Tratamento proposto por médico neurologista



Fonte: dados coletados

Dentre os medicamentos mais utilizados temos a nortriptilina e amitriptilina, classe medicamentosa conhecida como antidepressivo tricíclicos, e são usados como opções para o tratamento profilático da enxaqueca. Isso se dá devido a antiga teoria monoaminérgica envolvida na fisiopatologia da migrânea, não muito utilizada hoje, como já visto anteriormente. O princípio farmacológico desta classe medicamentosa consiste em uma inibição da recaptação de noradrenalina e serotonina na fenda sináptica (CASUCCI *et al*, 2010). Atualmente, medicamentos com anticorpos monoclonais são as formas mais eficazes para o tratamento da enxaqueca, como já discutido anteriormente, porém, inviáveis pensando em um contexto de SUS no Brasil. Segundo KRYMCHANTOWSKI *et al* (2019) as terapias eficazes e com maior disponibilidade hoje, que apresenta aprovação pela Food and Drugs Admnistration (FDA), como por exemplo, propranolol, topiramato e divalproato de sódio, apresentam um bom desempenho contra as dores de cabeça, além de que podem ser associados, em busca de maior eficácia na terapia medicamentosa.

Nosso estudo mostrou que dentre as terapêuticas utilizadas para minimizar as crises de enxaqueca são as formas atuais para a profilaxia de tal patologia. Em concordância, o estudo de KHAN (2021) mostra que esse regime profilático ajuda a melhorar a recorrência do quadro em 50% dentro de 3 meses do início do tratamento, e de 38,8% dos pacientes com enxaqueca, 26% entravam nos critérios

ISSN 2178-6925

de terapia preventiva, no entanto, a problemática encontrada foi a baixa adesão ao tratamento, sendo continuado apenas por 13% de todos os pacientes com enxaqueca que usavam a terapia profilática. Além disso, no estudo de MARTIN (2021), ele descreve como primeira linha de tratamento temos também o topiramato, um antiepiléptico com “eficácia estabelecida”, porém sem um mecanismo de ação totalmente compreendido, a suspeita é que podem estar relacionados com a concentração de GABA e a atividade em seus receptores.

Para o controle sintomático das crises de enxaqueca, observamos com nosso estudo que foi prescrito pelo neurologista medicamentos como naproxeno, um anti-inflamatório não esteroidal (AINE), sendo um fármaco de melhor escolha para analgesia simples e também os triptanos, que quando combinados proporcionam um melhor controle para as crises de enxaqueca. Em concordância a isso, KHAN (2021) relata em seu estudo que a classe farmacológica conhecida como triptanos (exemplo utilizado: cloridrato de naratriptano) são eficazes em crises agudas da migrânea, sendo considerados primeira linha para o tratamento. Eles atuam como agonistas seletivos de serotonina, os quais promovem uma vasoconstrição, inibição da liberação de substância P e CGRP, diminuindo a ação das vias nociceptivas cerebrais, atuando principalmente na região trigeminovascular.

O uso de tomografias computadorizadas (TC) de crânio utilizadas foram para auxiliar a realização de diagnósticos diferenciais para as queixas apresentadas pelos pacientes. Dentre essas alterações que podem gerar outros diagnósticos temos como exemplo “isquemia, atrofia, calcificações em gânglios da base e dilatação ventricular” (KHAN, 2021, p. 8).

Os medicamentos mais prescritos para pacientes com sintomas de ansiedade foram da classe dos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), como sertralina e escitalopram considerados como primeira linha para o tratamento, por ser uma classe segura e bem tolerada. Junto a isso, FORLENZA *et al* (2014) também sugere o uso de venlafaxina, um inibidor da recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSN) também como escolha para tratar a ansiedade, dentro dessa classe também encontramos a duloxetina, outro fármaco utilizado na pesquisa.

Pela análise da Classificação Internacional de Doenças 10 (CID) finalizado pela consulta, foi possível concluir que dentre as 54 queixas de cefalia no

ISSN 2178-6925

ambulatório de neurologia, 20 (37,03%) foram classificadas como enxaquecas, e dessas, 16 (29,6%) foram classificadas como enxaqueca com aura e 4 (7,4%) como enxaqueca, baseado nos critérios diagnósticos discutidos anteriormente.

Tabela 2- CID-10 determinado por consulta

Diagnóstico – CID10	**Descrição**	**N CID10**	**%**
R51	Cefaleia	21	38,8%
G43.1	Enxaqueca com aura	16	29,6%
G43.0	Enxaqueca	4	7,4%
G44.2	Cefaleia tensional	7	12,9%
G44.3	Cefaleia crônica pós-traumática	3	5,5%
G44.8	Outras síndromes de cefaleia especificadas	1	1,85%
M54.1	Radiculopatia	1	1,85%
F41.1	Ansiedade generalizada	1	1,85%
R52.2	Dor crônica	1	1,85%

ISSN 2178-6925

Total Geral	54	100%

Fonte: dados coletados

5. Conclusão

Por meio da revisão bibliográfica, pode-se identificar que existe uma relação fisiopatológica entre os casos de enxaqueca e ansiedade. Porém, através do presente estudo não identificamos queixas de ansiedade ou tratamento prévios a consulta com neurologista. Talvez novos estudos sejam necessários com uma amostra maior e análise estatística para determinação de nexo causal.

Vale ressaltar a investigação conjunta de critérios para diagnóstico de enxaqueca e TAG, diante as consultas, o que possivelmente implicaria um melhor tratamento para estes pacientes.

Novas atualizações surgiram no âmbito da pesquisa de transtornos psiquiátricos e suas relações com doenças que envolvem o sistema nervoso central, o que possibilita uma ampliação na investigação das queixas psicossomáticas dos pacientes, possibilitando melhores abordagens diagnósticas e terapêuticas para os pacientes.

Referências

American Psychiatrist Association - APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BOFF, T.C, *et al*. **A função do glutamato nos transtornos de ansiedade e no transtorno obsessivo-compulsivo**. Anais do II simpósio de neurociência clínica e experimental: doenças neurodegerativas [Trabalhos apresentados]. Chapecó-SC. Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). 2021

CASUCCI G.; VILLANI V.; FINOCCHI C. **Therapeutic strategies in migraine patients with mood and anxiety disorders: physiopathological basis**. 2010 Disponível em: DOI 10.1007/s10072-010-0296-3. Acesso em setembro 2022.

CHARLES, A. **The pathophysiology of migraine: implications for clinical management.** The Lancet. Londres. v. 17, n. 2, p.174-182, fev. 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S1474-4422(17)30435-0. Acesso em: agosto 2023.

EIGENBRODT, A.K. *et al*. **Diagnosis and management of migraine in ten steps**. Nature reviews - Neurology. v. 17, n. 8, p. 501-514. 2021. Disponível em: doi:10.1038/s41582-021-00509-5. Acesso em: jun 2023.

FORLENZA, O. V. *et al*. **Clínica psiquiátrica de bolso**. 1. ed. São Paulo, 2014.

JESUS, C.A.S.; PERES, M.F.P. **Revisão dos principais fatores de risco para cronificação da enxaqueca.** Headache Medicine. São Paulo, v. 3, n. 4, p. 181-187, Out/Nov/Dez. 2012. Disponível em: https://headachemedicine.com.br/index.php/hm/article/view/342/722. Acesso em: Nov 2023.

KARAKURUM B., *et al*. **Personality, depression, and anxiety as risk factors for chronic migraine**. The International Jounal of Neuroscience, Estados Unidos. v. 114, n. 11, p. 1391-139. 2004. Disponível em: doi 10.1080/00207450490476002. Acesso em: novembro 2023.

KHAN, J. *et al*, **Genetics, pathophysiology, diagnosis, treatment, management, and prevention of migraine.** Biomedicine & Pharmacotherapy. v. 139. jul. 2021, Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.biopha.2021.111557. Acesso em: agosto 2023

KRYMCHANTOWSKI, A.V.; KRYMCHANTOWSKI, A.G.F.; JEVOUX, C.C. **Migraine treatment: the doors for the future are open, but with caution and prudence**. Arq. Neuro-Psiquiatria, São Paulo, v. 77. n. 2,p. 115-121, fev. 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0004-282X20190004. Acesso em: maio 2023.

LATYSHEVA, N. *et al*. **Cognitive impairment in chronic migraine: a cross-sectional study in a clinic-based sample**. Arq. Neuropsiquiatria. São Paulo, v. 78. n 3 p.133-138, Mar. 2020. Disponível em: doi.org/10.1590/0004-282X20190159. Acesso em: maio 2023.

MARTIN, V.T.; FEOKTISTOV, A.; SOLOMON, G.D. **A rational approach to migraine diagnosis and management in primary care.** Annals of Medicine, Londres, v.53 n.1, p.1979-1990, dez, 2021. Disponível em: doi: 10.1080/07853890.2021.1995626. Acesso em: junho 2023

MINEN, M.T. *et al*. **Migraine and its psychiatric comorbidities**. Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry-BMC, Londres, v. 87, n. 7, p. 741–749, Jan, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1136/jnnp-2015-312233. Acesso em: junho 2023.

PERES, M.F.P. et al. **Anxiety and depression symptoms and migraine: a symptom-based approach research.** The Journal of Headache and Pain -BMC, Londres, v.18, n. 37. Dez, 2017. Disponível em: doi: 10.1186/s10194-017-0742-1.

ROWLAND, L.P. *et al*. **Merrit – Tratado de Neurologia**. 13.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

SILBERSTEIN, S. **Migraine**. The Lancet, Reino Unido, v 363, ed. 9406, p. 381-391, Jan 2004. DOI: Disponível em: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)15440-8. Acesso em: junho 2023.

SPECIALI, J.G. *et al*. **Protocolo Nacional para diagnóstico e manejo das cefaleias nas unidades de urgência do Brasil**. Academia brasileira de neurologia – departamento científico de cefaleia da Sociedade Brasileira de Cefaleia. [Publicação online]; 2018. Acesso em outubro 2022.

TOSTES, M.L. **Perfil de pacientes atendidos no ambulatório de neurologia do núcleo de gestão assistencial-59 de Ribeirão Preto: explorando os migranosos**. Dissertação (mestrado) Universidade de Ribeirão Preto, UNAERP, Saúde e Educação. 2015. Acesso em: outubro 2022.