Ausência de associação entre cefaléia e hipertensão arterial sistêmica entre funcionários de uma universidade

Absence of association between hypertension and headache among university workers

RENAN STOLL MORAES – Doutor em Clínica Médica, Médico intensivista.
CLÁUDIO GREHS F. – Acadêmico de Medicina.
JONNY ARRUDA DE SOUZA – Médico.
MARCO TÚLIO ZANETTINI – Médico.
JESCA DE OLIVEIRA ROLIM VILLA VERDE – Acadêmica de Medicina.
LEONARDO LIBRELOTTO RUBIN – Médico.
BIANCA CERATTI ZARDO – Acadêmica de Medicina.
RODRIGO DE CAMPOS LOPES – Acadêmico de Medicina.

Universidade Luterana do Brasil.

✉ Endereço para correspondência:
Renan Stoll Moraes
Rua Amélia Telles, 272/301, Petrópolis
90460-070 – Porto Alegre, RS – Brasil
☎ (51) 3333-9499
rsmoraes@terra.com.br

RESUMO

Fundamento: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares (DCV). É uma doença crônica que não costuma apresentar sintomas durante longa fase. A cefaléia, por sua vez, é uma queixa muito comum nos consultórios médicos e tem sido freqüentemente associada à HAS. **Objetivo:** Avaliar a associação entre a prevalência de cefaléia com cifras pressóricas e HAS entre funcionários de uma instituição de ensino de nível superior. **Métodos:** Em estudo transversal, 152 funcionários responderam questionário padronizado e tiveram suas medidas antropométricas e pressão arterial (PA) aferidas. Foi estimada a prevalência de HAS, cefaléia na vida, no último ano, enxaqueca e cefaléia no momento da entrevista. A associação entre cefaléia e HAS foi estimada pelo teste Qui-quadrado e com as pressões sistólica e diastólica pelo teste "t", para amostras independentes, considerando-se um P<0,05 significativo. **Resultados:** Entre os entrevistados a prevalência de cefaléia na vida foi de 76,3%; um episódio no último ano, 75,7%; enxaqueca, 12,5% e dor de cabeça no momento da entrevista, 9,9%. Não se observou associação entre a prevalência de HAS, pressões arteriais sistólica e diastólica com diferentes condições de cefaléia observadas na população descrita. **Conclusão:** Na amostra estudada não se constatou associação entre a prevalência de cefaléia com cifras pressóricas e HAS.

UNITERMOS: Cefaléia, Hipertensão, Prevalência.

ABSTRACT

Introduction: *Systemic Arterial Hypertension (SAH) is one of the main risk factors for cardiovascular disease (CVD). This is a chronic disease which is often symptomless for a long time. Headache, in turn, is a very common complaint in the medical offices that has been frequently associated with SAH.* ***Aim:*** *To evaluate the association between headache prevalence and blood pressure levels among the workers of a higher education institution.* ***Methods:*** *In this transversal study, 152 university employees responded to a standardized questionnaire and had their blood pressure (BP) and anthropometric features measured. Prevalence of SAH, headache in life, in the last 12 months, migraine and headache at the moment of the interview were assessed. The association of headache with SAH was calculated through the Chi-square test and with systolic and diastolic pressures through the t-test for independent samples, taking a P<0.05 as significant.* ***Results:*** *In this sample, the prevalence of headache in life was 76.3%? one episode in the last 12 months, 75.7%? migraine, 12.5%; and headache at the moment of the interview, 9.9%. There was no association between the prevalence of SAH, systolic and diastolic pressures, and different headache conditions in this population.* ***Conclusion:*** *In the studied sample, headache prevalence was not associated with blood pressure levels or SAH.*

KEYWORDS: *Headache, Hypertension, Prevalence.*

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares (DCV) (1). Sua prevalência no Rio Grande do Sul em 2000 era de 14,4% (2). Na cidade de Porto Alegre, Fuchs e colaboradores descreveram uma prevalência de 19,2% (PA ≥ 140/90 mmHg) (3).

A cefaléia é uma queixa muito comum nos consultórios médicos. As principais formas de apresentação são as cefaléias tensional e a migrânea (enxaqueca) (4). A migrânea é um sintoma que afeta de 25 a 28% dos adultos, sendo três vezes mais freqüente nas mulheres (5).

A cefaléia é um sintoma freqüentemente associado à HAS. A primeira descrição desta associação data do início do século XX (6). Durante longo tempo, diversos autores continuaram descrevendo tal associação (7-10), apesar de várias evidências contrárias (11-14). Alguns descreveram o sintoma entre pacientes que correlacionavam com a elevação da pressão arterial (PA) ou com o diagnóstico de HAS (15, 16).

Recebido: 22/8/2008 – Aprovado: 24/11/2008

10-246-ausência_de_associação_entre.pmd 284 18/12/2008, 15:40

Estudo de base populacional avaliou a associação de cefaléia com a PA com resultados negativos (17).

A monitorização ambulatorial da pressão arterial foi utilizada para avaliar a associação entre cefaléia e a PA antes, durante e após episódios de cefaléia. Diversos autores relataram não existir associação entre a ocorrência de cefaléia e variações da pressão arterial (18-19).

Entre trabalhadores são escassos os estudos sobre a associação entre cefaléia e HAS. Bigal e colaboradores[20] descreveram prevalência de 30,4% de migrânea entre funcionários do Hospital de Clínicas da USP de Ribeirão Preto, sem descrever sua associação com elevações da pressão arterial.

Outro aspecto importante que não é salientado nos estudos descritos previamente sobre a associação de cefaléia e HAS é o lapso de tempo entre a medida da PA e a referência ao sintoma. Muitos estudos correlacionam PA aferida com episódios de cefaléia na vida ou no último ano, não reportando a associação junto com a medida da PA.

Assim, frente à elevada prevalência de cefaléia e HAS, a existência de poucos relatos sobre sua associação em nosso meio e a praticamente ausência de relatos entre trabalhadores, consideramos pertinente a exploração desta associação entre esses indivíduos. O objetivo principal deste estudo é analisar a associação entre níveis pressóricos e HAS com a queixa de cefaléia, aferidas simultaneamente entre trabalhadores de uma instituição de ensino superior.

MÉTODOS

O presente estudo faz parte de um projeto iniciado em 2003, cujos dados iniciais foram publicados previamente (21). Trata-se de estudo observacional, analítico, com delineamento transversal.

O processo de amostragem foi aleatório, utilizando-se listagem alfabética dos funcionários administrativos do Campus Canoas e dos Hospitais Luterano e Independência. Restringiu-se a amostra aos funcionários administrativos pela facilidade de localização destes em seus setores de trabalho.

O tamanho da amostra foi calculado em função de hipóteses investigadas em estudo já descrito (21). Considerando-se que a prevalência de hipertensão é estimada em torno de 20% e tendo a instituição aproximadamente 600 funcionários administrativos, calculou-se haver a necessidade de pesquisar aproximadamente 134 indivíduos para conferir aos resultados precisão de 99,9%. Foi utilizada a prevalência de HAS, pois esta é menor do que a de cefaléia descrita em estudos prévios. A amostra deste estudo foi restrita a indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos completos.

A equipe de pesquisa foi constituída pelo pesquisador responsável e por estudantes de medicina da Universidade Luterana do Brasil, Campus Canoas, que foram treinados para a aplicação sistemática do instrumento de aferição e nas medidas antropométricas.

Utilizou-se questionário estruturado contendo questões referentes a dados demográficos e socioeconômicos, história de hipertensão, uso de anti-hipertensivos, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas e medidas antropométricas (peso, altura, perímetro braquial, medida da cintura e do quadril). As medidas antropométricas foram realizadas com balanças portáteis e trenas, segundo normas técnicas padronizadas. A PA foi medida, no início e no final da entrevista, com esfigmomanômetros aneróides periodicamente calibrados contra manômetros de mercúrio, conforme normas do Programa Nacional de Educação e Controle da Hipertensão Arterial (22, 23). Considerou-se o primeiro som de *Korotkoff* como a pressão sistólica e o quinto como pressão diastólica. As entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho do funcionário selecionado, mediante autorização deste e de sua chefia.

Os questionários preenchidos foram revisados e receberam número, desvinculando-os do nome do entrevistado.

Foi realizado um controle de qualidade em aproximadamente 10% das entrevistas. A seleção das mesmas foi aleatória e os questionamentos buscavam identificar o entrevistador e algumas questões do questionário foram repetidas e comparadas com o questionário original.

Os desfechos clínicos principais são descritos a seguir:

Cefaléia na vida: variável qualitativa, dicotômica. Resposta afirmativa para a pergunta se apresentou cefaléia após os 18 anos de idade.

Cefaléia no último ano: variável qualitativa, dicotômica. Resposta afirmativa para a pergunta se apresentou cefaléia nos últimos doze meses.

Cefaléia agora: variável qualitativa, dicotômica. Resposta afirmativa para a pergunta se está com cefaléia no momento da entrevista.

Enxaqueca (migrânea): variável qualitativa, dicotômica. Definida com base na verificação de respostas afirmativas aos seguintes quesitos: dor moderada a severa, com comprometimento das atividades diárias, unilateral, pulsátil, podendo ou não ser acompanhada de aura, que piora aos esforços físicos, acompanhada de náuseas, vômitos, inapetência, fotofobia e fonofobia.

As principais variáveis independentes descritas no estudo foram:

Idade: variável quantitativa contínua.

Sexo: variável qualitativa, dicotômica.

Cor: variável qualitativa, dicotômica; branco e não-branco.

Fumo: variável qualitativa, dicotômica, categorizada em dois níveis: fumantes atuais e ex-fumantes e não-fumantes.

Índice de massa corporal (IMC): variável quantitativa contínua, correspondente ao peso/altura^2.

Consumo de álcool: variável quantitativa contínua, calculada em gramas de álcool etílico consumidos por dia a partir da informação do entrevistado e, após, transformada conforme a propor-

10-246-ausência_de_associação_entre.pmd 285 18/12/2008, 15:40

ção de álcool existente em cada tipo de bebida consumida.

Abuso de bebida alcoólica: variável qualitativa, dicotômica, categorizada em dois níveis. Considerou-se consumo abusivo de bebidas alcoólicas uma ingestão média de 30 ou mais gramas de álcool etílico por dia nos últimos seis meses (a partir da data de coleta dos dados).

Renda "per capita" mensal em salários mínimos (SM): variável qualitativa, dicotômica, categorizada em dois níveis: até cinco salários mínimos (SM) e acima de cinco SM.

Escolaridade: variável quantitativa, contínua, expressa em anos de estudo e categorizada em dois níveis: até 2.º grau completo e nível superior (completo ou imcompleto, pós-graduação, mestrado, doutorado e pós-doutorado).

Sedentarismo: variável quantitativa, dicotômica, categorizada em dois níveis: sedentários: aqueles que informaram não realizar exercícios físicos, e não-sedentários: aqueles que praticavam regularmente exercícios físicos não relacionados ao trabalho.

Índice de massa corporal (IMC): variável quantitativa contínua, correspondente ao peso/altura^2.

Obesidade/sobrepeso: variável qualitativa, dicotômica. Considerou-se obesidade/sobrepeso com IMC ≥ 25 kg/m^2.

Pressão arterial (PA): variável quantitativa contínua, em milímetros de mercúrio (mmHg). Na análise dos dados, considerou-se a pressão arterial do indivíduo como a média de duas aferições corrigida para o perímetro braquial (22, 24).

HAS: variável qualitativa, dicotômica. Foram considerados dois níveis para as análises. Inicialmente foram considerados hipertensos aqueles com PA ≥ 140 X 90 mmHg ou em uso de anti-hipertensivos.

Os dados foram tabulados em banco de dados com programação de consistência na entrada dos dados criado com o programa EpiData. A análise de freqüência das variáveis de interesse e da associação entre elas foi realizada através do programa SPSS-PC 10.0.

Foi efetuada análise descritiva da amostra e medidas de tendência central. As variáveis foram estratificadas por sexo. Adicionalmente realizou-se análise estratificada pelo relato de cefaléia no último ano. Foi utilizada esta variável para reduzir o viés de memória inerente aos modelos transversais. Na avaliação do nível de significância entre as variáveis categóricas e contínuas, empregou-se o Qui-quadrado e a ANOVA, respectivamente.

Foi estimada a associação entre as prevalências de HAS e identificação de cefaléia na vida, no último ano e de cefaléia no momento da entrevista. A significância da associação foi medida pelo Qui-quadrado.

Adicionalmente foi estimada a associação entre os diferentes desfechos e as médias das pressões sistólica e diastólica. A significância foi determinada pelo Teste "t" para amostras independentes. Um P alfa <0,05 foi considerado significativo.

Todos os participantes foram informados sobre os objetivos e procedimentos deste estudo. A identidade dos informantes e as informações obtidas foram absolutamente confidenciais.

Pela natureza observacional do estudo, todos os pesquisados concordaram em participar deste mediante consentimento informado que esclarecia formalmente os objetivos e proposições desta investigação. O projeto de pesquisa deste trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ULBRA previamente a sua aplicação.

RESULTADOS

Um total de 582 funcionários administrativos que trabalhavam no Campus Canoas da Universidade Luterana do Brasil e nos hospitais da rede ULBRA foram identificados e habilitados a participar deste inquérito no ano de 2003. Desses, foram selecionadas aleatoriamente 164 pessoas, a partir das fichas funcionais existentes no Setor de Recursos Humanos. Doze pessoas recusaram-se a participar deste estudo. Assim, 152 funcionários constituíram a amostra efetivamente analisada. Esta era formada predominantemente por adultos jovens com idade média de 34,42 (± 11,62) anos, a maioria da cor branca (86,8%), com alto grau de escolaridade, considerando que 72,4% dos entrevistados tinham curso superior ou o estavam cursando. Em relação à renda salarial, 70,4% da amostra informaram receber menos de dois salários mínimos por mês. Apesar de jovem, a amostra apresentava elevada proporção de sedentários (90%) e aproximadamente 5% afirmavam ingerir abusivamente bebidas alcoólicas.

A prevalência de HAS na amostra, considerando como critério classificatório PA ≥ 140 X 90 mmHg ou uso de anti-hipertensivos, foi de 18,4% (N=28). A proporção de indivíduos que informaram serem fumantes na amostra correspondeu a 22,4%.

A Tabela 1 apresenta a descrição da amostra estratificada por gênero. Na comparação entre os gêneros, os homens apresentaram significativamente maiores índices: média de idade (37,0 ± 13,03 *versus* 32,7 ± 10,40 anos; p=0,026), Índice de Massa Corporal (25,92 ± 4,12 *versus* 24,29 ± 4,40 Kg/m^2; p=0,025); ingestão de álcool (10,97 ± 16,56 *versus* 3,94 ± 3,9 gramas/dia; p=0,0001); abuso de bebidas alcoólicas (10,3% *versus* 2,1%; p=0,035); pressão arterial sistólica média (128,20 ± 17,15 *versus* 118,88 ± 15,17 mmHg; p=0,001) e pressão arterial diastólica média (81,13 ± 10,19 *versus* 76,75 ± 10,14 mmHg; p=0,01). As mulheres eram significativamente mais sedentárias (88% *versus* 48%; p=0,034).

Não foram constatadas diferenças relevantes entre as proporções de cor da pele, renda, escolaridade, obesidade e sobrepeso. Foi constatada prevalência maior de HAS entre os homens (25,9% *versus* 13,8%, p=0,051), com significância limítrofe. A proporção de homens que informaram serem fumantes foi de 29,3% e a de mulheres, de 18,1%. Esta diferença não se mostrou estatisticamente significativa (P=0,08).

10-246-ausência_de_associação_entre.pmd 286 18/12/2008, 15:40

Tabela 1 – Descrição da amostra por gênero N (%) e média (± DP)

Variável	Condição	Masculino (N=58)	Feminino (N=94)	P*
Idade média (em anos)		37,0 (±13,03)	32,7 (±10,40)	0,026**
Cor da pele	Branca	51 (87,9)	81 (86,2)	0,48
	Não-branca	7 (12,1)	13 (13,8)	
Escolaridade	Até ensino médio	16 (27,6)	26 (27,70)	0,57
	Superior	42 (72,4)	68 (72,3)	
Renda	Até 2 SM	39 (67,2)	68 (72,3)	0,31
	2 SM	19 (32,8)	26 (27,7)	
Índice de Massa Corporal		25,92 (±4,12)	24,29 (±4,40)	0,025
Obesidade/Sobrepeso	Sim	32 (55,2)	32 (34)	0,008
	Não	26 (44,8)	62 (66)	
Fumo	Sim	17 (29,3)	17 (18,1)	0,08
	Não	41 (70,7)	77 (81,9)	
Consumo de álcool em gramas		10,97 (±16,56)	3,94 (±6,75)	0,0001
Abuso de álcool	Sim	6 (10,3)	2 (2,1)	0,035
	Não	52 (89,7)	92 (97,9)	
Sedentarismo	Sim	48 (82,8)	88 (93,6)	0,034
	Não	10 (17,2)	6 (6,4)	
Hipertensão†	Sim	15 (25,9)	13 (13,8)	0,051
	Não	43 (74,1)	81 (86,2)	
Pressão diastólica média‡		81,13 (±10,19)	76,75 (±10,14)	0,011
Pressão sistólica média‡		128,20 (±17,15)	118,88 (±15,17)	0,001

* Qui-quadrado para variáveis categóricas e ANOVA para contínuas
† PA > 140X90 mmHg ou uso de anti-hipertensivos
‡ em mmHg

Entre os entrevistados, 76,3% afirmaram ter apresentado pelo menos um episódio de cefaléia na vida, 75,7% relataram um episódio no último ano, 12,5% relataram um episódio de migrânea e 9,9% estavam com dor de cabeça no momento da entrevista.

A Tabela 2 apresenta uma descrição da amostra estratificada pelo relato de cefaléia no último ano. Não foi observada nenhuma diferença estatisticamente significativa entre os grupos analisados.

A Tabela 3 apresenta a associação entre HAS com relato de cefaléia na vida, no último ano, no momento da entrevista, e enxaqueca. Não houve associações significativas entre as variáveis utilizadas e a prevalência de HAS. Na Tabela 4, são retratadas as médias das pressões sistólicas e diastólicas conforme os diferentes desfechos clínicos. Não foi observada nenhuma associação significativa, havendo tendência de aqueles com as médias mais baixas relatarem mais freqüentemente os sintomas.

DISCUSSÃO

A crença de que existe uma associação entre dor de cabeça e pressão alta é antiga e fortemente arraigada na população em geral. Mesmo entre profissionais da área da saúde tal idéia é difundida e aceita como verdadeira desde o início do século passado (6-8). No entanto, no final do século passado diversos relatos foram publicados apontando outra direção (18, 19, 25).

Neste estudo a amostra é constituída na sua maioria de jovens trabalhadores de uma instituição de ensino superior, com escolaridade elevada e nível socioeconômico acima da média da população brasileira. Apesar de ser uma amostra não-representativa da população, seus resultados estão em acordo com os descritos em estudos de base populacional[18] (18).

A descrição da associação entre cefaléia e HAS é antiga e baseada principalmente na percepção individual do seu diagnóstico (8, 15, 16). Porém, entre hipertensos, a capacidade de prever o controle de sua pressão arterial foi muito baixa, conforme estudo apresentado por Cantillon e colaboradores (26). Neste estudo 86% dos indivíduos observados não foram capazes de prever o grau de controle de sua pressão arterial.

A maioria dos relatos na literatura associou a queixa de cefaléia com medidas episódicas de pressão arterial. Wiehe e colaboradores (17) executaram estudo transversal com amostra representativa da cidade de Porto Alegre. Neste a média de duas medidas da pressão arterial não se associou com a informação de cefaléia em algum momento da vida, cefaléia no último ano e migrânea. No estudo os autores descreveram associação inversa entre migrânea e pressão arterial, pois aqueles indivíduos com pressão arterial ótima ou normal relataram mais freqüentemente queixa de enxaqueca.

Uma das limitações dos estudos citados até o momento é o seu delinea-

10-246-ausência_de_associação_entre.pmd 287 18/12/2008, 15:40

Tabela 2 – Descrição das variáveis estratificada pelo relato de cefaléia no último ano N (%) e média (± DP)

Variável	Condição	Cefaléia último ano		P*
		Sim (N=58)	Não (N=94)	
Idade média (em anos)		34,47 (±11,35)	34,27 (±12,59)	0,928
Gênero	Masculino	41 (70,7)	17 (29,3)	0,177
	Feminino	74 (78,7)	20 (21,2)	
Cor da pele	Branca	98 (74,2)	34 (25,8)	0,227
	Não-branca	17 (85,0)	3 (15,0)	
Escolaridade	Até ensino médio	33 (78,5)	9 (21,5)	0,386
	Superior	82 (74,5)	28 (24,5)	
Renda	Até 2 SM	33 (73,3)	12 (26,7)	0,405
	> 2 SM	82 (76,6)	25 (23,4)	
Índice de Massa Corporal		24,68 (± 4,25)	25,65 (± 4,66)	0,236
Obesidade/Sobrepeso	Sim	45 (70,3)	19 (29,7)	0,132
	Não	70 (79,5)	18 (20,5)	
Fumo	Sim	28 (82,4)	6 (17,6)	0,213
	Não	87 (73,7)	31 (26,3)	
Consumo de álcool em gramas		5,64 (±9,70)	9,67 (±17,06)	0,075
Abuso de álcool	Sim	5 (62,5)	3 (37,5)	0,303
	Não	110 (76,4)	34 (23,6)	
Sedentarismo	Sim	101 (74,3)	35 (25,7)	0,199
	Não	14 (87,5)	2 (12,5)	
Hipertensão†	Sim	20 (71,4)	6 (28,6)	0,361
	Não	95 (76,6)	29 (23,4)	
Pressão diastólica média‡		77,86 (±9,85)	80,14 (±11,74)	0,247
Pressão sistólica média‡		121,67 (±16,77)	124,82 (±15,79)	0,316

* Qui-quadrado para variáveis categóricas e ANOVA para contínuas
† PA ≥ 140X90 mmHg ou uso de anti-hipertensivos
‡ em mmHg

Tabela 3 – Associação entre hipertensão e a resposta afirmativa às diferentes condições de cefaléia – N (%)

Variável	HAS		P
	Sim (28)	Não (124)	
Cefaléia na vida	20 (17,2)	96 (82,8)	0,327
Cefaléia no último ano	20 (17,4)	95 (82,6)	0,361
Cefaléia na entrevista	3 (20)	12 (80)	0,549
Enxaqueca	1 (5,3)	18 (94,7)	0,095

* Qui-quadrado para variáveis categóricas e ANOVA para contínuas
† PA ≥ 140X90 mmHg ou uso de anti-hipertensivos
‡ em mmHg

Tabela 4 – Associação entre as diferentes condições de cefaléia e pressão arterial*

Variável		Sistólica†	P	Diastólica†	P	N
Cefaléia na vida	Sim	116	122	0,232	78	0,189
	Não	36	125		80	
Cefaléia no último ano	Sim	115	122	0,316	78	0,247
	Não	37	125		80	
Enxaqueca	Sim	19	118	0,227	76	0,195
	Não	133	123		79	
Cefaléia na entrevista	Sim	15	115	0,08	78	0,804
	Não	137	123		79	

* Teste "t" para amostra independentes
† em mmHg

10-246-ausência_de_associação_entre.pmd 288 18/12/2008, 15:40

mento, pois associam medidas isoladas de pressão arterial com as queixas dos indivíduos. Para contornar esse viés, alguns autores utilizaram a Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA), verificando séries de medidas de pressão arterial com as queixas relatadas durante o período de medida da PA. Os pacientes foram submetidos a MAPA e registravam suas atividades diárias e a ocorrência, características e duração de episódios de cefaléia. Os autores não relataram elevação na pressão arterial antes, durante ou após episódios de cefaléia (18, 19, 27).

Apesar de elegantes, esses estudos examinaram população selecionada e em uso de drogas anti-hipertensivas. Assim os resultados obtidos na presente investigação, em uma população jovem, com proporção elevada de pessoas com PA normal, são revestidos de relativa importância. Apesar de ser um estudo transversal, os autores da presente pesquisa investigaram o relato do sintoma concomitantemente à aferição da pressão arterial.

Na Tabela 3 são descritas as médias de PA e observou-se que, ambas, pressões sistólicas e diastólicas, são menores naqueles que informaram estarem com cefaléia no momento da entrevista. Utilizando-se o critério classificatório de PA ≥ 140X90 mmHg ou uso de anti-hipertensivos, aqueles identificados como hipertensos na amostra também relataram proporção menor de cefaléia no momento da entrevista. Mesmo que esses resultados não tenham sido estatisticamente significativos, eles apontam em direção comum aos constatados previamente (18, 27).

Entre as diversas causas estudadas para este fenômeno, recentemente Tronvik e colaboradores discutiram a hipótese da ocorrência de um fenômeno chamado "hipoalgesia associada à hipertensão". Relatos de estudos experimentais sustentam a hipótese de que a estimulação de barorreceptores pelo aumento da pressão arterial possa inibir a transmissão da dor em ambos os níveis, espinhal e supra-espinhal, possivelmente devido a uma interação com centros moduladores da nocicepção no sistema nervoso central. Também relataram que a elevação da pressão de pulso (PP) foi consistentemente associada com a redução da incidência de cefaléia. A explicação aventada é que a PP aumenta a resistência das paredes arteriais, reduzindo a sensibilidade às variações da pressão arterial (28).

Entre os escassos estudos realizados entre trabalhadores, Bigal e colaboradores (20) relataram prevalência de 30,4% de migrânea, entre funcionários do Hospital de Clínicas da USP de Ribeirão Preto, muito acima dos 12,5% relatados nesta amostra. Os autores não descreveram associação com pressão arterial ou HAS.

CONCLUSÃO

Na amostra estudada não foi observada associação entre as diferentes formas de aferição da queixa de cefaléia e HAS. Esta associação também não foi observada entre os indivíduos que relataram cefaléia durante a entrevista concomitantemente à medida da pressão arterial.

É necessário que médicos, profissionais da área da saúde e a população em geral revisem conceitos, abandonando a antiga crença de que elevação da pressão arterial pode causar dor de cabeça.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fuchs FD. Fármacos anti-hipertensivos. In: FUCHS FD, WANMMACHER L, FERREIRA MBC. Farmacologia Clínica. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 2004: 668-83.
2. Gus I, Gus M, Fischmann A, Medina C. Prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica no Rio Grande do Sul e Fatores de Risco Associados. 2 do Congresso Virtual de Cardiologia, 2000.
3. Fuchs FD, Moreira LB, Moraes RS, Bredemeier M, Cardozo SC. Prevalência de Hipertensão e fatores associados na região urbana de Porto Alegre. Arq Bras Cardiol 1994; 63: 473-79.
4. Fernandes JG, Kowacs F. Cefaléia. In: Duncan BB, Schimdt MI, Giugliani ERJ. Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2004, 1164-65.
5. Cutrer FM, Moskowitz MA. Headaches and other head pain. In: Goldman L, Ausiello D. Cecil Textbook of Medicine. 22. ed. Philadelphia: Saunders, 2004, 2224-30.
6. Janeway TC. A clinical study of hypertensive cardiovascular disease. Arch Intern Med 1913; 12:755-98.
7. Bulpitt CJ, Dollery CT, Carne S. Change in symptoms of hypertensive patients after referral to hospital clinic. Br Heart J 1976; 38(2):121-8.
8. Cooper WD, Glover DR, Hormbrey JM, Kimber GR. Headache and blood pressure: evidence of a close relationship. J Human Hypertens 1989; 3(1):41-4.
9. Lance JW. Mechanisms and Management of Headaches. 5th ed. Oxford, England: Butterworth-Heinemann Ltd; 1994: 224-30.
10. Strangaard S, Henry P. Arterial hypertension. In: Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA, eds. The Headaches. New York, NY: Raven Press; 1993: 675-78.
11. Waters WE. Headache and blood pressure in the community. Br Med J 1971; 1(741):142-3.
12. Chatellier G, Degoulet P, Devries C, Vu HA, Plouin PF, Menard J. Symptom prevalence in hypertensive patients. Eur Heart J. 1982; 3: 45-52.
13. Rasmussen BK, Olesen J. Symptomatic and nonsymptomatic headaches in a general population. Neurology 1992; 42:1225-31.
14. Law M, Morris JK, Jordan R, Wald N. Headaches and the Treatment of Blood Pressure Results From a Meta-Analysis of 94 Randomized Placebo-Controlled Trials With 24 000 Participants. Circulation 2005; 112: 2301-06
15. Victor R. Hipertensão Arterial. In: Goldman L, Ausiello D. Cecil Tratado de Medicina Interna. Tradução da 22. ed., 2004. 399-403.
16. Stewart McD G. Headache and hypertension. Lancet 1953; 1:1261-6.
17. Wiehe M, Fuchs SC, Moreira LB, Moraes RS, Fuchs FD. Migranea is more frequent in individuals whit optimal and normal blood pressure: a population-based study. Journal of Hypertension 2002; 20: 1303-06.
18. Gus M, Fuchs FD, Pimentel M, Rosa D, Melo AG, Moreira LB. Behavior of Ambulatory Blood Pressure Surrounding Episodes Of Headache in Mildly Hypertensive Patients. Arch Intern Med 2001; 161:252-55.
19. Benseñor IJ, Lotufo PA, Mion D, Martins MA. Blood pressure behaviour in chronic daily headache. Cephalalgia 2002; 22(3):190-4.

10-246-ausência_de_associação_entre.pmd 289 18/12/2008, 15:40

20. Bigal ME, Fernandes LC, Moraes FA, Bordini CA, Speciali JG. Prevalência e impacto da migrânea em funcionários dos Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP. Arq Neuropsiquiatr 2000; 58(2-B): 431-36
21. Souza JA, Zanettini FLS, Zanettini MT, Boldo R, Moraes RS. Prevalência de hipertensão arterial e fatores associados em trabalhadores de uma instituição de ensino superior. Revista da AMRIGS 2005; 49 (4): 226-32.
22. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 Report. JAMA 2003; 289: 2560-72.
23. Ministério da Saúde. Normas técnicas para o programa nacional de educação e controle da hipertensão arterial (PNECHA). Série A. Normas e manuais técnicos. Brasília 1988; 47: 88.
24. Maxwell MH, Waks AU, Schroth PC Karam M, Dornfeld LP. Error in blood pressure measurement due to incorrect cuff size in obese patients. Lancet 1982; 2: 33-5.
25. Fuchs SC, Gus M, Wiehe M, Fuchs FD. Cefaléia e hipertensão: existe uma associação? Hipertensão 2001; 4(2): 55-8.
26. Cantillon P, Morgan M, Dundas R, Simpson J, Bartholomew J, Shaw A. Patients perceptions of changes in their blood pressure. J Hum Hypertens 1997; 11: 221-25.
27. Kruzewski P, Bieniazeski L, Neubauer J, Krupa-Wojciechowska B. Headache in patients with mild to moderate hypertension is generally not associated with simultaneous blood pressure elevation. J Hypertens, v. 18, p. 437-44, 2000.
28. Tronvik E, Stovner LJ, Hagen K, Holmen J, Zwart J-A. High pulse pressure protects against headache: Prospective and cross-sectional data (HUNT study). Neurology 2008; 70(16): 1329-36.

10-246-ausência_de_associação_entre.pmd 290 18/12/2008, 15:40