



Universidade Federal de Pernambuco  
Centro de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e  
Ciências do Comportamento

Lúcia Cristiane Leite de Araújo

## **CEFALÉIA NO IDOSO**

RECIFE – PE  
2011

Lúcia Cristiane Leite de Araújo

## **CEFALÉIA NO IDOSO**

Dissertação apresentada ao Programa de Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Neuropsiquiatria.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Moraes Valença

Professor Associado do Departamento Neuropsiquiatria, CCS-UFPE.

Catálogo na Publicação (CIP)  
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

A658c Araújo, Lúcia Cristiane Leite de.  
Cefaleia no idoso / Lúcia Cristiane Leite de Araújo. – Recife: O autor,  
2012.  
87 folhas: il. ; 30 cm.

Orientador: Dr. Marcelo Moraes Valença.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco,  
CCS. Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do  
Comportamento, 2012.  
Inclui bibliografia e anexos.

1. Cefaleia. 2. Funcionalidade. 3. Idosos. 4. Faixas etárias. 5.  
Migrânea. Valença, Marcelo Moraes (Orientador). II. Título.

616.8 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2012-201)

**Universidade Federal de Pernambuco**  
**REITOR**

Prof. Amaro Henrique Pessoa Lins

**VICE-REITOR**

Prof. Gilson Edmar Gonçalves e Silva

**PRÓ-REITOR PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

Prof. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**DIRETOR**

Prof. José Thadeu Pinheiro

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS**

**DIRETOR SUPERINTENDENTE**

Prof. George da Silva Telles

**DEPARTAMENTO DE NEUROPSIQUIATRIA**

**CHEFE**

Prof. Alex Caetano de Barros

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO  
COMPORTAMENTO**

**NÍVEL MESTRADO E DOUTORADO**

**COORDENADOR**

Prof. Everton Botelho Sougey

**VICE-COORDENADOR**

Profa. Sandra Lopes de Souza

**CORPO DOCENTE**

Ângela Amâncio dos Santos

Belmira Lara da S.A.da Costa

Everton Botelho Sougey

Gilson Edmar Gonçalves e Silva

Hildo Rocha Cirne de Azevedo Filho

João Ricardo Mendes de Oliveira

Kátia Karina do Monte Silva

Lúcio Vilar Rabelo Filho

Luiz Ataíde Junior

Marcelo Moraes Valença

Maria Lúcia de Bustamente Simas

Maria Lúcia Gurgel da Costa

Murilo Costa Lima

Otávio Gomes Lins

Othon Bastos Filho

Patrícia Maria Albuquerque de Farias

Sandra Lopes de Souza

Silvia Regina Arruda de Moraes

**Pró-Reitoria para Assuntos de Pesquisa e Pós-Graduação**  
**Centro de Ciências da Saúde**  
**Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria**  
**e Ciências do Comportamento**

**RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DA**  
**MESTRANDA LÚCIA CRISTIANE LEITE DE ARAÚJO**

No dia 02 de setembro de 2011, às 14h, no Auditório do 2º andar do Programa de Pós Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco os Professores: Fabíola Lys de Medeiros, Doutora Professora do Centro Amaury de Medeiros da Universidade de Pernambuco, Hugo André de Lima Martins, Doutor no Serviço de Neurologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco e Marcelo Moraes Valença Doutor Professor do Departamento de Neuropsiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüiram a Mestranda LÚCIA CRISTIANE LEITE DE ARAÚJO , sobre a sua Dissertação intitulada “**CEFALÉIA NO IDOSO**”, orientado pelo professor Marcelo Moraes Valença. Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta da Mestranda as seguintes menções foram publicamente fornecidas:

Prof. Dr<sup>a</sup>. Fabíola lys de Medeiros

-----

Prof. Dr. Hugo André de Lima Martins

-----

Prof. Dr. Marcelo Moraes Valença

-----

---

Prof. Dr<sup>a</sup>. Fabíola Lys de Medeiros

---

Prof. Dr. Hugo André de Lima Martins

---

Prof. Dr. Marcelo Moraes Valença  
Presidente da Banca

## *Normatização Adotada*

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

“Regulamentação da defesa e normas de apresentação da Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFPE”.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Apresentar a **dissertação em formato de artigos**, dos quais pelo menos um artigo deve ser enviado para publicação em revista indexada no mínimo como Qualis Nacional A da CAPES. O formato de apresentação dos artigos segue as normas de “instruções aos autores” das Revistas que serão submetidos. A revisão da literatura pode ser apresentada sob a forma de artigo de revisão a ser submetido à publicação. Ver: [www.ufpe.br/posneuro](http://www.ufpe.br/posneuro).

*Aos meus preciosos amigos...*

*...O paraíso seria desagradável se eles não estivessem presentes... (Marcus Tullius Cícero, 106 a.C.)*

*...E o inferno sem eles?*

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Prof. Dr. Marcelo Valença pelo carinho e apoio em uma de minhas horas mais difíceis.

A minha mãe, por sempre me dar colo e apoiar.

Por meus amados pais, que os adotei, Francisca e Rudolf, sem eles não estaria aqui.

A minha amada prima Lucelene, pela sua generosidade lhe sou eternamente grata.

Aos meus filhos, Daniel, Henrique e Pedrinho, meus companheiros.

A meu tio Nertan, que às vezes o confundia e chamava de pai, obrigada por me desejar o bem.

Ao jovem casal, Ana e Carlos, obrigado pela acolhida.

Aos meus irmãos, porque tenho a certeza que posso contar.

A minha doce amiga Josiete, muito obrigada por torcer pelo meu sucesso.

## RESUMO

**Introdução:** Há um crescente aumento do número de pessoas idosas em todo o mundo. As publicações nessa faixa etária são poucas e divergentes, principalmente em uma faixa etária mais avançada. A avaliação das queixas neurológicas do idoso é um desafio, e a cefaleia nos idosos é objeto de muitas controvérsias quanto à prevalência e a incidência. O objetivo deste estudo foi caracterizar as queixas de cefaleia nesse grupo etário, dividir por faixas etárias, analisar a prevalência em ambulatório especializado de geriatria e avaliar se há interferência na funcionalidade e nas associações com as múltiplas patologias. **Metodologia:** Foram atendidos 3.035 pacientes, em quatro cidades distintas. Foi questionado a todos eles se tinham cefaleia. Se afirmativo, eram submetidos a uma entrevista específica para a caracterização da cefaleia e das doenças que os acompanhavam. Estavam incluídos nesse estudo os pacientes com demência leve a moderada. **Resultados:** Dos 3035 pacientes, 100 (3,29%) referiam cefaleia atual. Houve prevalência do gênero feminino (9:1). “Esquecimento” é a queixa mais frequente, seguida de “dor”, em consultório geriátrico. A cefaleia é pouco referida, tornando-se frequente quando se faz o interrogatório dirigido. Muitas vezes, os idosos não relatam por achar que quem trata de cefaleia é o neurologista ou, como parece, por não interferir com muita frequência nas atividades de vida diária. Portanto, na funcionalidade, eles queixam-se pouco, modificando os dados estatísticos. A prevalência de cefaleia foi de 3,29%. Das cefaleias primárias, a do tipo tensional foi a mais frequente nesses pacientes, 62,0%, seguida por migrânea 12,0% e migrânea crônica transformada 16,0% e a neuralgia trigeminal 4,0%, das cefaléias secundárias, cervicogênica 4,0% e cefaléia da apneia do sono 2,0% foram as mais frequentes, a cefaléia pós-herpética predominou no grupo acima de 80 anos, com 1,0%. As afecções mais frequentes associadas são depressão, 70%; ansiedade, 50%; hipertensão arterial sistêmica, 59%; osteo-artrose, 39% e demência 21%; as doenças cardíacas predominaram na faixa etária de 75 a 80 anos em 24%. **Conclusão:** Dor é um sintoma que não pode ser negligenciado, aceitá-la como fazendo parte do envelhecimento não é uma boa prática médica. A cefaleia é uma das causas de dor no idoso, que também interfere na sua qualidade de vida, apesar de apresentar um declínio com o avançar da idade. A observância dos critérios da ICHD-II possibilita o preciso diagnóstico em 80% dos casos de cefaléia, pelos clínicos. O tratamento correto depende da etiologia secundária, e isso é válido para todo tipo de afecção. O idoso com cefaleia de início recente necessita de uma abordagem sistemática para pesquisar causas subjacentes, embora uma grande maioria seja de causa benigna, as cefaleias secundárias devem ser excluídas.

**Palavras-chave:** cefaleia, migrânea, idosos

## ABSTRACT

**Introduction:** There are an increasing number of elderly people worldwide. The publications in this age group are few and conflicting, especially in an older age. The evaluation of neurological complaints in the elderly is a challenge, and headache in the elderly is the subject of much controversy regarding the prevalence and incidence. The aim of this study was to characterize the complaints of headache in this age group, divided by age groups, and analyze the prevalence in ambulatory geriatric and evaluate whether it interferes with the functionality and associations with multiple pathologies. **Methods:** 3035 patients were treated in ambulatory geriatrics in four different cities. It was questioned if they all had headaches, so it was applied to a specific interview to characterize the headache and accompanying the individual pathologies, were included in this study patients with dementia. **Results:** Of 3035 patients, 100 (3.29%) reported headache today. There was a prevalence of females. "Forgetfulness" is the most frequent complaint, followed by "pain" in geriatric practice. The headache is rarely reported, making it often does when it directed the interrogation. Often the elderly do not report because I think that whoever comes to headache is a neurologist, or as it seems, not very often interfere with activities of daily living, so in functionality, it complains little, modifying the statistics. The prevalence of headache was 3.29%. Primary headache to tension-type was more frequent in these patients 50%, 10% followed by migraine and chronic migraine headaches and 30% transformed trigeminal-autonomic 10% of secondary headaches, neck pain 9.4% (60 of 80) sleep apnea and 6.9% (75 to 80 years) were the most frequent headache postherpetic predominated in the group over 80 years, with 4.8%. . Half of the patients reported that headache does not interfere with activities of daily living, but when divided by age groups: 60 to 74 years 40%, 75 to 80 years 37, 9% and above 80 years 57.1% said headache interfering with ADL (activities of daily living), and corroborated that advancing age decreases the functionality and some diseases such as pain even more. The most frequent pathologies are associated with depression 70%, anxiety 50%, 59% hypertension, osteo-arthritis 39% and 21% dementia, the association of headache and heart disease there was a prevalence of 24% for those aged 75 to 80 years,  $P = 0.008$ . **Conclusion:** Pain is a symptom that can not be neglected, accept it as part of aging is not a good medical practice. Headache is one of the causes of pain in the elderly that also interferes with their quality of life, despite showing a decline with advancing age. Compliance with the criteria of ICHD-II enables accurate diagnosis in 80% of headache cases by clinicians. The correct treatment depends on the underlying etiology, and this is valid for all types of pathology. The elderly patient with headache of recent onset requires a systematic approach to search for underlying causes, although a vast majority of these benign cause, the secondary headaches should be excluded.

**Key Words:** dementia, migraine, elderly

## LISTA DE ILUSTRAÇÃO

|   |    |
|---|----|
| <b>ARTIGO DE REVISÃO</b> .....                                    | 24 |
| Peculiaridades da cefaléia no idoso: uma revisão .....            | 24 |
| Quadro 1. Drogas que podem causar cefaleia.....                   | 39 |
| <b>ARTIGO ORIGINAL</b> .....                                      | 44 |
| Caracterização da cefaléia no idoso.....                          | 44 |
| Figura 1. Relação da cefaleia tipo tensional e faixa etária ..... | 51 |

## LISTA DE TABELAS

|  |    |
|--|----|
| <b>ARTIGO ORIGINAL</b> .....   | 44 |
| <b>Caracterização da cefaléia no idoso</b> .....   | 44 |
| Tabela 1. Prevalência dos tipos de cefaleia e faixa etária .....                                 | 49 |
| Tabela 2. Prevalência dos tipos de cefaleia associado à funcionalidade .....                     | 50 |
| Tabela 3. Tipos de demências de acordo com as faixas etárias e o CDR<br>(grau de demência) ..... | 52 |
| Tabela 4. Tipos de cefaleia associados à demência.....   | 52 |

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

| Sigla   |  |
|---------|--|
| AVDs    | Atividades de Vida Diária                              |
| AVDIs   | Atividades Instrumentais de Vida Diária                |
| DA      | Demência de Alzheimer                                  |
| EAD     | Escala Analógica da Dor                                |
| MEEM    | Mini Exame do Estado Mental                            |
| AIT     | Ataque Isquêmico Transitório                           |
| AVC     | Acidente Vascular cerebral                             |
| ICHD-II | The International classification of headache Disorders |
| CDR     | Escala Clínica de Avaliação de Demência                |

## LISTA DE SÍMBOLOS

Símbolo

♀ Gênero Feminino

♂ Gênero Masculino

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| 1 APRESENTAÇÃO.....   | 15        |
| 1.1 Considerações gerais .....  | 15        |
| 1.2 Características do envelhecimento .....   | 15        |
| 1.3 Dor no envelhecimento.....  | 16        |
| 1.4 Dor no paciente com demência .....  | 17        |
| 1.5 Faixas etárias .....  | 18        |
| 1.6 Justificativa.....  | 20        |
| 1.7 Hipótese do Estudo  |           |
| 1.8 Objetivos .....   | 20        |
| 1.8.1 Objetivo Geral .....  | 20        |
| 1.8.2 Objetivos específicos.....  | 20        |
| 2 MÉTODO .....  | 21        |
| REFERÊNCIA .....  | 22        |
| <b>2.1 Artigo de Revisão – Peculiaridades da cefaléia no idoso: uma revisão .....</b> | <b>24</b> |
| Resumo .....  | 24        |
| Abstract.....   | 25        |
| Introdução.....   | 26        |
| Peculiaridades das cefaleias primárias .....  | 30        |
| Peculiaridades das cefaleias secundárias .....  | 33        |
| Medicamentos que podem causar cefaleia .....  | 39        |
| Conclusão .....   | 40        |
| Referência.....   | 41        |
| <b>2.2 Artigo Original – Caracterização da cefaléia no idoso .....</b>                | <b>44</b> |
| Resumo .....  | 44        |
| Abstract.....   | 45        |

|  |    |
|--|----|
| Introdução .....                                   | 46 |
| Métodos .....                                      | 47 |
| Resultados.....                                    | 48 |
| Discussão .....                                    | 54 |
| Conclusão .....                                    | 57 |
| Referência.....                                    | 58 |
| <br>   |    |
| 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....                       | 60 |
| <br>   |    |
| ANEXOS .....                                       | 61 |
| Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa           |    |
| Termo de Livre Consentimento Esclarecido           |    |
| Questionário para Caracterização da Cefaleia       |    |
| Mine Exame do Estado Mental                        |    |
| Escala de Depressão Geriátrica                     |    |
| Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton       |    |
| Escalas de Atividades Instrumentais de Vida Diária |    |
| Escalas de Atividades Básicas de Vida Diária       |    |
| O’Clock test                                       |    |
| Escala de Isquemia de Hachinski                    |    |
| Escala Analógica da Dor                            |    |
| Escala Clínica de Avaliação e de demência          |    |
| Banco de Dados em Excel                            |    |
| Comprovante de submissão do Artigo de Revisão      |    |

## INTRODUÇÃO

### 1 APRESENTAÇÃO

Foram criadas recentemente quatro novas áreas de atuação como especialidade na Medicina: (1) Medicina paliativa, (2) Medicina do sono, (3) Medicina tropical e (4) Dor. A dor é um sintoma frequentemente negligenciado pelos profissionais da Área de Saúde em pacientes em idades extremas por acreditar fazer parte do envelhecimento. É considerado, hoje, o quinto sinal vital (Campbell, 1996) e não se deve assistir passivamente ao sofrimento do paciente.

#### 1.1 Considerações gerais

O envelhecimento é uma mudança estrutural, social, psicológica que acontece em todo ser humano que o torna mais vulnerável ao desfecho final (Papaléo, 2002). É importante distinguir, em Geriatria, a senescência, que é o envelhecimento normal, representado pelas mudanças biológicas universais que ocorrem com a idade e não são afetadas pelas doenças, estilo de vida e influências ambientais, da senilidade que é o envelhecimento patológico (Papaléo, 2002), por exemplo: osteoporose, hipertensão sistólica, etc.

#### 1.2 Características do envelhecimento

O envelhecimento é caracterizado pela perda gradativa da funcionalidade generalizada que apresenta peculiaridades como:

*Heterogeneidade* – a população idosa é a mais heterogênea de todos os grupos etários, com uma variedade de características físicas, psicológicas, sociais e funcionais. Nos idosos mais jovens, estão os indivíduos com pouco ou nenhum problema médico; nos muito idosos, a faixa etária mais debilitada ou vulnerável, estão aqueles com múltiplas doenças, polimedicados e funcionalmente incapazes; são mais frágeis, vulneráveis, com maior risco de óbito (Finucane, 2004). Essa característica vai balizar as escolhas nos objetivos dos cuidados e tratamento da dor.

*Multimorbidade* – é a coexistência de duas ou mais doenças. É um problema comum entre os idosos em que as doenças surgem com o avançar da idade e se acumulam ao longo do

tempo (Crimmins, 2004). A multimorbidade modifica os riscos e benefícios do tratamento da dor, dependendo das doenças e suas interações, permitindo ao médico optar por drogas que tenham ação nas morbidades que acompanham o mesmo indivíduo. Como avaliar a dor em um paciente com demência? E como titular a terapia analgésica? Assim, as percepções do cuidador e familiares podem ter importante influência no diagnóstico, nas decisões de tratamento e interação na relação médico-paciente.

*Estado Funcional* - representa o desempenho das funções de vida diária e é essencial na avaliação de um idoso, dessa forma é um objetivo importante no cuidado (Kenereth, 2010). A dor pode ter potentes efeitos negativos sobre as atividades de vida diária (AVDs) e atividades instrumentais de vida diária (AVDIs) (Fillenbaum, 1985), que é um parâmetro utilizado para avaliação da funcionalidade (Katz, 1963). O aumento na intensidade da dor correlaciona-se com crescentes efeitos negativos sobre o estado funcional e a qualidade de vida.

### **1.3 Dor no envelhecimento**

Dor é o quinto sinal vital (Campbell, 1996). Em recentes décadas, progressos têm sido feitos para se entender os mecanismos da dor, tanto periféricamente quanto centralmente. A teoria do controle do portão, segundo Melzac (apud Kaasalainen & Molloy, 2001) os impulsos da dor podem ser modulados de várias maneiras (estimulação das fibras A- beta inibem a transmissão, fecham o portão, enquanto a estimulação das fibras A - delta e C facilita a transmissão e abrem o portão). Impulsos inibitórios do cérebro envolvem a interação de múltiplos centros cerebrais (formação reticular, tálamo, sistema límbico e córtex cerebral) transmitindo informações relacionadas à atenção, experiências passadas, *status* emocional e comportamental de uma experiência da dor que afeta o mecanismo do portão. Com sua ênfase sobre influências psicológicas na percepção da dor tem revolucionado a via da dor como é vista e manuseada. Embora estudos experimentais dos efeitos do envelhecimento sobre os limiares da dor sejam inconclusivos, há menor tolerância e maior sensibilidade à dor nos idosos (KAASALIM & MOLLOY, 2001).

Na avaliação do paciente com dor, faz-se necessária a identificação e a caracterização da mesma, porque, muitas vezes, esse sintoma não é referido pelo paciente, que já apresenta muitas queixas de várias outras doenças; ou não é interrogado pelo profissional da Saúde por ter uma gama de síndromes a avaliar com um tempo inexistente. O manejo da dor só é eficaz

quando balizado no correto diagnóstico. Dando os conceitos errados generalizados e problemas de atitudes relacionados à dor no idoso, ou seja, aceitar a dor como sendo um sintoma normal ao envelhecimento. As barreiras para avaliações acuradas e manuseio efetivo da dor necessitam ser superadas. Sofrimento desnecessário para o idoso precisa ser minimizado para promover sua qualidade de vida e manter suas habilidades funcionais o maior tempo possível (PHILP, 2007).

#### **1.4 Dor no paciente com demência**

A gravidade do déficit cognitivo e a progressão do déficit de linguagem variam do tipo e estágio da demência, fatores ambientais e características individuais (Bjoro, 2008). Na demência tipo Alzheimer (DA), o déficit de memória é o sintoma prevalente com déficit de linguagem desenvolvendo gradualmente no curso da doença. Tipicamente, os pacientes com a demência são fluentes até estágio moderado da doença, e o mutismo e distúrbio de linguagem em estágios finais da doença (Bjoro, 2008). Na demência vascular, o segundo tipo mais prevalente de demência, a trajetória do déficit de linguagem assemelha-se a DA (Vuormen, 2000). Em comparação aos indivíduos com demência fronto-temporal e afasia primária progressiva, mostram um início mais precoce de comprometimento da linguagem e um declínio mais rápido (BLAIR, MARCQUINKI, DAVIS-FAROQUE, 2007).

O subtipo de demência também parece ter impacto na resposta à dor. Na demência fronto-temporal, uma diminuição na resposta afetiva à dor tem sido documentada, que pode ser explicada pela atrofia do córtex pré-frontal, em contraste com a demência vascular, um aumento na resposta afetiva é relatado, que pode estar relacionado às lesões na substância branca. Em indivíduos com demência, o limiar de tolerância à dor foi significativamente mais elevado (Scherder, Serglant e Swaab, 2003), o que sugere que o aspecto sensitivo-discriminante esteja íntegro, enquanto o componente afetivo-emocional esteja comprometido. Isso é confirmado pelo fato que as regiões cerebrais responsáveis pelo aspecto sensitivo discriminante da dor, como o tálamo lateral e o córtex sensitivo primário e secundário apresentam relativa preservação na demência (Farrell, Katz e Helme, 1996). As regiões relacionadas aos aspectos afetivos e emocionais da dor, os córtices pré-frontal e límbico, são alvos das alterações degenerativas na demência de Alzheimer, por exemplo. Esse modelo de dissociação, baseado no grau de alterações estruturais, constataria a diferença de ocorrência de queixas dolorosas nos vários tipos de demência: pacientes com demência vascular

apresentam queixas com maior frequência que os com demência de Alzheimer (Oosterman, Honten, Wenten & Scleltens, 2006). Muitos pacientes com déficit de linguagem não conseguem expressar esse sintoma e suas características, apresentando quadro de distúrbio comportamental nas demências, por exemplo. Existem três formas de avaliar a presença de dor: por interrogatório direto (autorrelato), observação direta e entrevista com cuidadores/familiares (CARAMELLI, 2009).

No autorrelato, que é o padrão ouro para diagnosticar a presença de dor, aplica-se a Escala Analógica da Dor (EAD), uma das mais utilizadas em seu manejo clínico; ou outras escalas, como a Escala de Dor Funcional, Escala de Descritores Verbais, Escala de Intensidade Presente da Dor ou a de Avaliação Global de Dor. Na observação direta, a Sociedade Americana de Geriatria recomenda a avaliação de alguns comportamentos: expressões faciais, verbalização e sons não-verbais, como suspiros, bocejos, gemidos, respiração ruidosa; movimentos corporais; mudanças nas relações interpessoais, como, por exemplo; agressividade, recusa de comida, perambulação; mudanças do estado mental. Medidas de sinais vitais, como frequência cardíaca e pressão arterial devem ser valorizadas.

### **1.5 Faixas etárias**

A meta do cuidado com o paciente é prevenir doenças, reabilitar e ajudar os idosos a melhorar sua qualidade de vida. Os objetivos no cuidado dos pacientes muda conforme o avançar da idade. Em parte, eles são influenciados pela expectativa de vida adicional do paciente, a capacidade funcional, o nível de dependência física e a presença de doenças terminais. Foi criada uma definição cronológica de idoso, que, atualmente, é comumente usada, para auxiliar nas medidas de decisões terapêuticas e de investigação diagnóstica (WALTER & COVINSKY, 2001):

#### **1. Idoso jovem (60 a 74 anos)**

Nesta faixa etária, as metas de investigação e terapêutica são semelhantes àqueles indivíduos de meia-idade. O idoso jovem tem baixa taxa de dependência física e à preservação da independência é dada alta prioridade, que está focada na prevenção primária (Palmer, 2004).

#### **2. Idoso idoso (75 a 80 anos)**

As metas da terapia são influenciadas pela ocorrência de incapacidades ou doenças terminais, como as demências. Maior direcionamento é dado à manutenção do *status* funcional e qualidade de vida (PALMER, 2004).

### 3. Muito idosos (> 80 anos)

As abordagens terapêuticas e de investigação diagnóstica estão baseadas na presença ou ausência de doenças terminais ou incapacitantes e devem ser apropriadas para aqueles cuja capacidade funcional é boa ou que pode ser melhorada (PALMER, 2004).

A OMS usa categorias começando com a idade de 65 anos, para homens e mulheres, particularmente em países desenvolvidos. Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, é considerado idoso o indivíduo com 60 anos de idade.

Categoria por grupo de idade (anos):

- Idoso – 65 anos ou mais (em países desenvolvidos)

anos ou mais (em países em desenvolvimento)

-Muito idoso - 80 anos ou mais.

A diferença entre um paciente que tem 50 anos e um com 85 anos determina os cuidados que cada idade requer e, assim, a diferença dos profissionais que cuidam deles. Os pacientes de 85 anos têm mais doenças crônicas, são mais dependentes de outras pessoas, por terem déficit cognitivo e morrem em poucos anos. É um grupo mais heterogêneo que o grupo de 50anos, e uns poucos serão vigorosos e independentes. Os muito idosos estão numa faixa etária mais debilitada e vulnerável, com problemas médicos múltiplos, polimedicados, inativos, funcionalmente incapazes e frágeis, caracterizados como caidores, emagrecidos, sarcopênicos, osteoporóticos, inapetentes (FINUCANE, 2004).

Decisões sobre triagem e intervenções sobre as doenças assintomáticas são muito diferentes quando o paciente é idoso e frágil. O manuseio simultâneo das doenças crônicas graves é um problema clínico mais comum na Geriatria que em Medicina Interna do Adulto. A capacidade de manusear esses graus de doenças na fragilidade, é uma particular habilidade do geriatra. A possibilidade de coordenar entre vários subespecialistas e definir metas claras de tratamento é outra tarefa central do geriatra.

## **1.6 Justificativa**

As publicações sobre cefaleia nos idosos são realizadas por neurologistas em serviços especializados e nenhuma até o momento de serviço de Geriatria. Muitas publicações descartam as faixas etárias mais elevadas e pacientes com demência.

## **1.7 Hipótese do Estudo**

O estudo foi motivado em definir se há maior prevalência de migrânea no idoso jovem em relação ao muito idoso.

## **1.8 Objetivos**

### **1.8.1 Objetivo Geral**

Caracterizar a cefaleia de idosos atendidos em ambulatório geriátrico, subdivididos em três faixas etárias, 60 a 74 anos (idoso jovem), 75 a 80 anos (idoso idosos) e acima de 80 anos (muito idoso).

### **1.8.2 Objetivos Específicos**

Avaliar a relevância desta queixa em relação à vida diária (funcionalidade)

Analisar as características da cefaleia na faixa etária dos mais idosos (>80anos)

Avaliar a cefaleia no subgrupo dos pacientes com demência.

## 2 MÉTODOS

O corpo desta dissertação está dividido em quatro seções: Introdução, Artigo 1, Artigo 2 e Considerações Finais.

O Artigo 1 consiste em um artigo de revisão intitulado “Peculiaridades da cefaleia no idoso: uma revisão”. O objetivo foi revisar, nos últimos 13 anos, duas grandes revistas internacionais especializadas em cefaleia e buscar nos periódicos, as publicações em pacientes com idade acima de 60 anos. Foram separadas as cefaleias primárias e as cefaleias secundárias, buscando encontrar peculiaridades nessa faixa de idade. O artigo está formatado de acordo com as normas de publicação da “*Headache Medicine*”.

O Artigo 2 consiste, em um artigo original intitulado “Caracterização da cefaleia no idoso” sendo o artigo principal da dissertação e resultado do projeto de pesquisa. Nele apresenta-se um estudo descritivo de um serviço especializado em Geriatria, analisando 3.035 pacientes, dos quais 100 tinham cefaleia atual. Os idosos chegavam com queixas diversas; questionava-se se eles tinham cefaleia: se afirmativo, era submetido a um questionário com história clínica e informações sobre as características da cefaleia (frequência, duração dos ataques, localização, intensidade da dor, qualidade da dor, fatores agravantes, precipitantes, se havia interferências nas atividades de vida diária, sintomas associados e presença de aura). Baseado nos critérios da Sociedade Internacional de Cefaleia, foram acrescentados a esse questionário: idade de início, doenças associadas, escalas de Hashinski, escala de depressão geriátrica, Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Escala Analógica da Dor (EAD), Atividades de Vida Diária (AVDs), O'clock Test, Avaliação Neuropsicológica nos pacientes com demência, se eram frágeis, e o número de medicamentos utilizados. Os pacientes eram submetidos a exame neurológico e a métodos complementares para diagnóstico, se necessário. O artigo está formatado de acordo com as normas de publicação da revista “*Headache Medicine*”.

## REFERÊNCIAS

AGEING AND HEALTH PROGRAMME (AHE). **Ageing – exploding the myths**, Geneva: WHO, 1–211, 1999.

BJORO K.; HERR K. **Assessment of Pain in the Nonverbal or Cognitively Impaired Older Adult**. *Clinics in Geriatric Medicine*, 24, 237-262, 2008.

BLAIR M.; MARCZINSKI C. A.; DAVIS-FAROQUE N.; ET AL. **A longitudinal study of language decline in Alzheimer's disease and frontotemporal demência**. *J Int. Neuropsychol Soc*, 13, 237-245, 2007.

CLOUGH C.; SALDHANA G. **Headache and Facial Pain**. *Blocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology*. 5. ed. p 475-486, 2004.

CRIMMINS E. M. **Trends in the health of elderly**. *Annu Ver Public Health*, 25,79-98, 2004.

FARRELL M. J.; KATS B.; HELME R. D. **The impact of dementia on the pain experience**. *Pain*, 67, 7-15, 1996.

FREITAS E. V.; PY L.; NERI A. L.; CANÇADO F.A.X.; *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, Ed. Koogan, RJ, 2002.

FILLENBAUM GG. **Screening the elderly: a brief instrumental activities of daily living measure**. *J Am Geriatr Soc*, 33 (10), 698-706, 1985.

FINUCANE ET. **How is geriatrics different from general internal medicine?** *Geriatrics and Gerontology Internacional*, 4, 259-261, 2004.

HEADACHE CLASSIFICATION SUBCOMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY. **The International Classification of Headache Disorders, 2nd edn**. *Cephalalgia*, 24 (Suppl.1),1–160, 2004.

KATZ S.; FORD A.B.; MOSKOWITZ R.W.; JACKSON B.A.; JAFFE M.W. **Studies of illness in the aged: the index of ADL, a standartized measure of biological and psychosocial function**. *JAMA*, 185, 914-919, 1993.

MASSIOU H. **Seguimento Terapêutico de La migrana**. *Praxis Médica*, 7767-7770. Paris: Elsevier, 1996.

OOSTERMAN J. M., VAN HARTEN B.; WESTEIN H. C.; SHELTERS P.; SCHERDER E.J. **Pain intensity and pain affect in relation to White matter changes**. *Pain*, 125, 74-81, 2006.

PALMER R. M. Continuity of Care. **Current Geriatric Diagnostic and Treatment, USA:** Lange medical book, 2, 5-6, Press, 2004.

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS, BRITISH GERIATRICS SOCIETY AND BRITISH PAIN SOCIETY. **The assessment of pain in older people: national guidelines.** Concise guidance to good practice series, n.8. London, 2007.

RUOFF G. E. **Headache in elderly patients:** how to recognize and manage benign types. Postgrad Med.; 94, 109-110, 113-116, 119-121, 1993.

SHARON K.; WILLIAM M. **Pain and Aging; Geriatrics today.** J C Geriatr Soc, 2, 32-37, 2001.

SHERDER E. J.; SERGEANT J.A.; SWAAB D.F. **Pain processing in dementia and its relation to neuropathology.** Lancet Neurol, 2, 677-686, 2003.

SOUSA F. A. E. F. **Dor o quinto sinal vital. Ver. Latino-Am.** Enfermagem, vol10, 3, 2002.

TAMBORELLI V.; COSTA F.A.; PEREIRA V.V.; TORTURELLA M. **O papel da enfermagem e da fisioterapia na dor em pacientes geriátricos terminais.** Geriatria e Gerontologia, 4 (3), 146-153, 2010.

VUORINEN E.; LAINE M.; RINNE J. **Common pattern of language impairment in vascular dementia and in Alzheimer disease.** Alzheimer Dis Assoc Disord, 14, 81-86, 2000.

## ARTIGO DE REVISÃO

### PECULIARIDADES DA CEFALEIA NO IDOSO: UMA REVISÃO

### PECULIARITIES OF HEADACHE IN THE ELDERLY: A REVIEW

Lúcia. C. A. Leite<sup>1</sup>, Marcelo. M. Valença<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Geriatra, mestranda em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, <sup>2</sup>Professor Associado do Departamento Neuropsiquiatria, CCS-UFPE.

### RESUMO

O geriatra deve ter o conhecimento de medicina interna e saber das peculiaridades da doença no envelhecimento. A cefaleia no idoso, a migrânea geralmente tem sua idade de início na adolescência, geralmente desaparece na menopausa e modifica-se quanto à intensidade e frequência da dor. Se surge em idade avançada deve ser feito diagnóstico diferencial com AIT. A cefaleia tipo tensional não difere das características com idade mais jovem. É a mais prevalente no idoso, porém pouco frequente sua idade de início após 60 anos. A cefaleia em salvas é predominantemente no gênero masculino podendo surgir em mulheres a partir da sexta década de vida, e apresentar-se de forma pouco usual tornando difícil o diagnóstico. A cefaleia hípica, mais rara, com prevalência de 0,07%, específica de faixa etária mais avançada, deve ser feito diagnóstico diferencial com tumores e arterite temporal. Das cefaleias secundárias as que devem ser particularmente excluídas são hematoma subdural, hemorragia subaracnóidea, tumores, AVC, glaucoma, meningite. A arterite temporal é rara e deve ser excluída pelo risco de cegueira, assim como o glaucoma. A etiologia varia dramaticamente com a idade, uma história longitudinal cuidadosa da cefaleia é muito importante.

**Palavras-chave:** Idoso, Cefaleias primárias, Cefaleias secundárias

## ABSTRACT

The geriatrician must have knowledge of internal medicine and learn the peculiarities of the disease in aging. Headache in the elderly, the migraine usually has its age of onset in adolescence, usually disappears at menopause and is modified in intensity and frequency of pain. If appears in advanced age differential diagnosis should be done with AIT. The tension-type headache does not differ with the characteristics of younger age. It is the most prevalent in the elderly, however infrequent their age of onset after 60 years. A cluster headache is predominantly in males can arise in women from the sixth decade of life, and present themselves in unusual way making diagnosis difficult. Headache Hypnic, more rare, with a prevalence of 0.07%, specific older age, should be made differential diagnosis with tumors and temporal arteritis. Of secondary headache particularly those to be excluded are subdural hematoma, subarachnoid hemorrhage, tumors, stroke, glaucoma, meningitis. Temporal arteritis is rare and should be excluded from the risk of blindness, like glaucoma. The etiology varies dramatically with age, a careful longitudinal history of headache is very important.

**Keywords:** Elderly primary headaches, secondary headaches

## INTRODUÇÃO

A incidência e a prevalência das diversas formas de cefaleia variam de acordo com a faixa etária, na infância tem características diferentes das encontradas tanto no adulto jovem como no idoso.

De acordo com a Classificação Internacional de Cefaleia as cefaleias primárias são: migrânea, a cefaleia tipo tensional, a cefaleia em salvas, a hemicrania paroxística, e a cefaleia tipo Sunct (cefaleia breve, unilateral, neuralgiforme com hiperemia conjuntival e lacrimejamento), cefaleia em facada, da tosse, do esforço físico, associada à atividade sexual (pré orgástica, orgástica), cefaléia hipócnica, em trovoaa primária, hemicrania contínua, cefaleia persistente e diária desde o início. As cefaleias secundárias são as que surgem com estreita relação temporal com outro transtorno, como cefaleia atribuída a trauma, a doença vascular craniana ou cervical, a transtorno intracraniano não-vascular, a uma substância ou à sua retirada, à infecção, a transtorno da homeostase, a transtorno psiquiátrico, ou dor facial atribuída a transtorno do crânio, pescoço, olhos, nariz, seios da face, dentes, boca ou outras estruturas faciais ou cranianas.

As cefaleias primárias são as mais frequentes entre os idosos, porém a proporção das cefaleias secundárias é maior nesse grupo etário. As características clínicas podem apresentar-se com pequenas diferenças em relação à população mais jovem. A cefaleia pode surgir como sintoma de doenças crônicas; e a associação da cefaleia com comorbidades tem implicações na escolha do tratamento, possibilitando a resolução das duas entidades.

### **Dor e envelhecimento**

Dor é a segunda maior queixa em consultório geriátrico. As principais causas de dor no idoso, em especial a dor crônica, são: doenças osteoarticulares, fraturas, doença vascular periférica, neuropatia diabética, neuralgia pós-herpética, síndrome dolorosa pós-acidente vascular cerebral, neuropatias periféricas, polimialgia reumática e as dores neoplásicas<sup>1</sup>. Embora estudos experimentais dos efeitos do envelhecimento sobre os limiares da dor sejam inconclusivos, há menor tolerância e maior sensibilidade à dor nos idosos<sup>2</sup>. Estudos recentes (Edwards & Fillingim, 2003) sugerem que os idosos apresentam limiar para dor secundária à estimulação térmica ou pressórica mais reduzida que os jovens. É como se houvesse um

“achatamento” do intervalo entre o início da dor e o ponto em que ela se torna insuportável. Os achados anatômicos e funcionais evidenciam menor função de fibras finas transmissoras da informação dolorosa (fibras C e A delta)<sup>3</sup> em idosos, bem como menor ação do sistema opioide endógeno<sup>4</sup>, integrante do controle modulador descendente da dor.

Em indivíduos com demência, o limiar de tolerância à dor foi significativamente mais elevado. O que sugere que o aspecto sensitivo-discriminante esteja íntegro, enquanto o componente afetivo-emocional esteja comprometido. Isso é confirmado pelo fato que as regiões cerebrais responsáveis pelo aspecto sensitivo discriminante da dor, como o tálamo lateral e o córtex sensitivo primário e secundário apresentam relativa preservação, na demência. As regiões relacionadas aos aspectos afetivos e emocionais da dor, os córtices pré-frontal e límbico, são alvos das alterações degenerativas na demência de Alzheimer, por exemplo. Esse modelo de dissociação, baseado no grau de alterações estruturais, constataria a diferença de ocorrência de queixas dolorosas nos vários tipos de demência: pacientes com demência vascular apresentam queixas com maior frequência que os com demência de Alzheimer<sup>5</sup>.

O aumento na intensidade da dor correlaciona-se com crescentes efeitos negativos sobre o estado funcional e qualidade de vida<sup>6</sup>.

### **Cefaleia nos idosos**

Apesar de apresentar um declínio desta queixa com o envelhecimento há uma preponderância no gênero feminino em relação ao masculino. Avaliar e diagnosticar corretamente são importantes. Segundo Wolff, 1948, não diferenciar o ominoso do trivial pode custar a vida ou criar um medo paralisante.

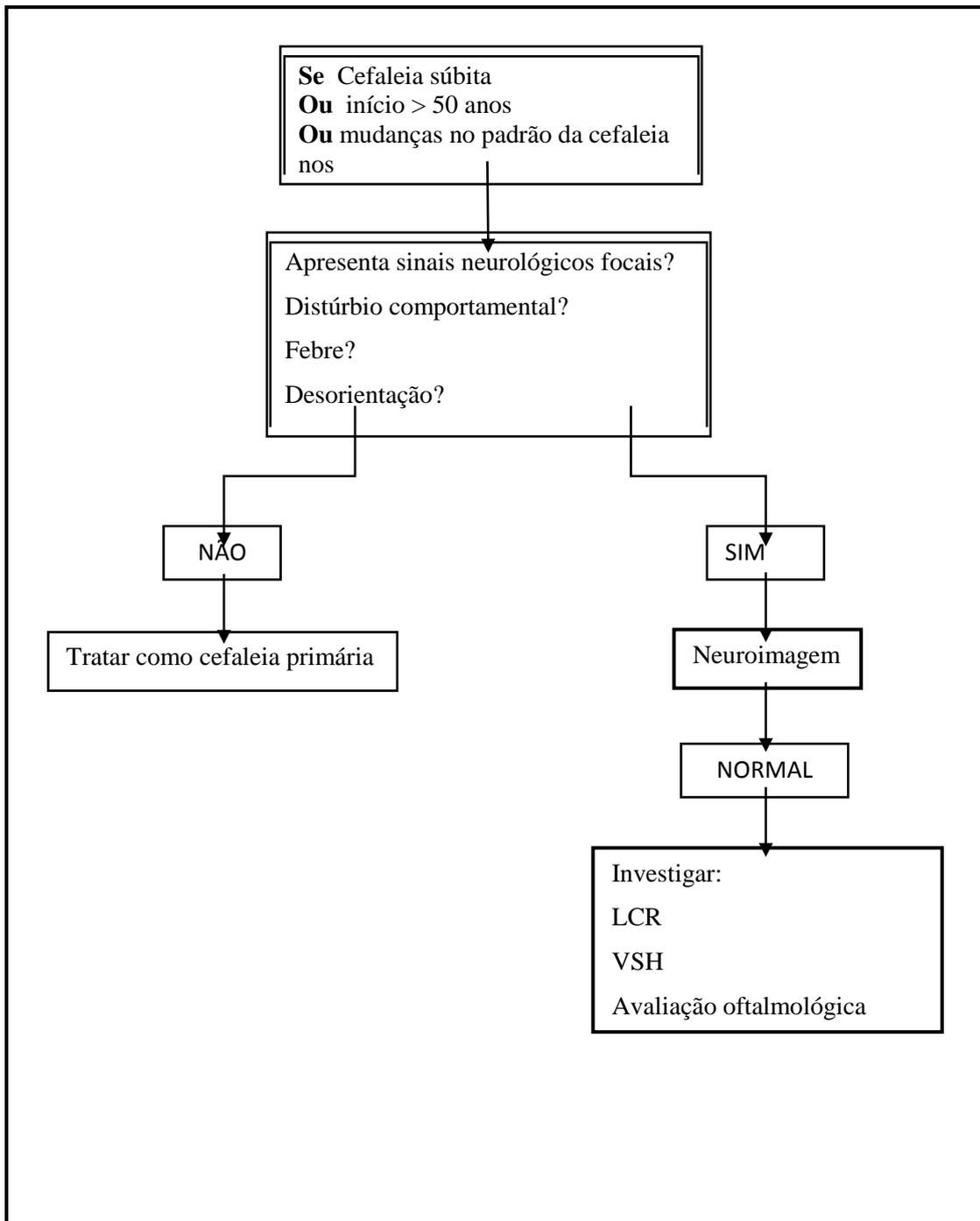
Dados sobre a prevalência e incidência da cefaleia nos idosos são conflitantes na literatura, por apresentarem uma série de vieses nas publicações nacionais e internacionais: dependem da fonte da pesquisa onde foram realizadas: como as informações foram colhidas (por telefone, revisão de prontuários, em emergências ou em ambulatórios especializados de cefaleia); do número de participantes; e de um fator que é pouco lembrado nas pesquisas, as características que acompanham essa faixa etária, a heterogeneidade, por exemplo; a faixa etária mais avançada (> 80 anos) que, na maioria das pesquisas, é descartada, e é a faixa etária que mais cresce no mundo; as publicações só são realizadas por neurologistas; uma limitação desses estudos é que nenhum é longitudinal e podem não diferenciar um efeito do

envelhecimento de um coorte ou efeitos periódicos. Além disso, idosos podem queixar-se menos ou outros problemas mais sérios podem suprimir o relato de sintomas benignos, como uma cefaleia<sup>7</sup>, ou ainda apresentar mais de um tipo de cefaleia, que ora a dor surge com uma característica ora com outro tipo.

O grande temor do clínico é deixar passar despercebido um diagnóstico que ponha a vida do paciente em risco. A cefaleia pode ser sintoma de uma doença grave, e se faz necessário um diagnóstico correto. O perfil evolutivo durante o interrogatório sintomatológico pode determinar se se trata de uma urgência neurológica ou de uma cefaleia benigna<sup>8,9</sup>.

Como avaliar sinais e sintomas de risco/gravidade da cefaleia no idoso? Quando o paciente apresentar mudanças nas características da cefaleia, ou com sinais neurológicos focais ou distúrbios de comportamento, sinais de febre e desorientação ou cefaleia súbita de forte intensidade, ou, ainda, cefaleia de início recente a partir dos 50 anos, deve-se investigar com exames de neuroimagem. Um exame neurológico normal oferece segurança em detectar doenças subliminares e prevenir investigação desnecessária.

## CARACTERÍSTICAS DA DOR



## PECULIARIDADES DAS CEFALÉIAS PRIMÁRIAS

### Migrânea

O diagnóstico de migrânea tem as seguintes características: localização unilateral (podendo ser bilateral), pulsátil, de moderada a grave na intensidade, agravada por atividade física, fonofobia, fotofobia, náuseas e vômitos. Os ataques devem ter, pelo menos, um desses sintomas: náuseas e/ou vômitos e/ou fotofobia e fonofobia. A cefaleia pode ser precedida por aura, ou pode haver migrânea sem aura, ou mesmo aura sem cefaleia. Outras variedades de migrânea incluem migrânea oftalmoplégica, migrânea retiniana, infarto migranoso ou *status migranoso* (ataque de cefaleia ou aura durando > 72 horas)<sup>7</sup>.

Esse quadro clínico pode persistir ao longo da vida, podendo apresentar modificações com o envelhecimento. Por exemplo: 1. A frequência pode estar aumentada, reduzida ou mesmo desaparecer<sup>10</sup>; 2. As crises costumam diminuir de intensidade; 3. A aura pode tornar-se menos frequente ou desaparecer, ou pode, em casos mais raros, apresentar aura sem cefaleia.

A aura (ocorre dentro  $\geq 5$  minutos e  $\leq 60$  minutos)<sup>11</sup> é um grupo de sintomas neurológicos que precedem ou acompanham o ataque. Eles podem ser visual, sensorial ou motor, e pode também causar distúrbio de linguagem ou relacionada à disfunção do tronco cerebral. A cefaleia ocorre dentro de 30 minutos do fim da aura, mas pode se iniciar com a aura. Muitos pacientes podem ter um tipo de aura e progredir para um outro tipo.

Sintomas visuais comuns são os fenômenos positivos como escotomas ou espectro de fortificação. Distorções complexas visuais e alucinações são relatadas, porém são mais comuns em jovens.

Sintomas sensitivos, tipicamente a parestesia<sup>11</sup>, lateralizada em um dos lados do corpo, podendo progredir lentamente a partir do ponto de origem, afetando uma parte maior ou menor do corpo ou da face. A parestesia pode ocorrer a seguir ou ser um único sintoma.

Menos frequentes são as perturbações da fala, normalmente disfásicas, mais difíceis de classificar. Muitos estudos tentam provar a associação da migrânea com déficit cognitivo e demência<sup>12</sup>.

A migrânea acefálgica (episódios de aura sem cefaleia) pode surgir numa faixa etária mais avançada devendo ser feito diagnóstico diferencial com ataques isquêmicos

transitórios<sup>13,14</sup>. Segundo Fisher, o que caracteriza a aura de migrânea da doença cerebrovascular são:

- Episódios por manifestações visuais do tipo escotomas cintilantes ou espectro de fortificação, isoladas ou acompanhando outros sinais neurológicos, como parestesias, paresias, disfasia e disartria.
- Expansão gradual do defeito visual.
- Parestesia que se expande progressivamente.
- A progressão sequencial de um fenômeno para outro, por exemplo: de alterações visuais para parestesia ou disfasia.
- A repetição de um mesmo fenômeno idêntico, às vezes, com intervalo de meses ou anos.
- A associação com cefaleia.
- Duração de quinze a vinte minutos.
- Curso benigno sem sequela permanente.

Migrânea basilar (ou do tipo basilar) é uma variante caracterizada por disfunção do tronco cerebral, como ataxia, disartria, diplopia, tontura, náuseas e vômitos. A cefaleia é variável. Em idosos, esses sintomas devem ser de origem vascular até que se prove o contrário<sup>7</sup>.

### **Cefaleia tipo tensional**

É definida como uma cefaleia recorrente durando de meia hora a sete dias e menos de quinze episódios por mês e, pelo menos, duas das seguintes características: dor tipo aperto, pressão, de leve a moderada intensidade, localização bilateral que não piora aos esforços, pode ser unilateral e envolver região occipital e frontal, sem náuseas ou vômitos; a dor geralmente é descrita como constante, que infrequente é pulsátil, mas não é agravada pelo esforço físico<sup>14</sup>, é descrita, pelos pacientes, “em aperto” como se estivesse usando um capacete, pode estar associado à rigidez do pescoço e, nas costas, uma sensibilidade do couro cabeludo pode levar o paciente a evitar escovar os cabelos. Depressão, ansiedade e outros distúrbios psicológicos são afecções associadas com frequência. A cefaleia tipo tensional tem uma prevalência aumentada como uma forma de cefaleia crônica diária.

Em todos os grupos de idade, a cefaleia tipo tensional é o mais frequente tipo de cefaleia, sendo mais comum no gênero feminino. Somente 5% dos pacientes com cefaleia do tipo tensional referem início após os 60 anos de idade<sup>14</sup>.

O diagnóstico diferencial inclui cefaleia cervicogênica, arterite temporal, cefaleia crônica diária de envolvimento migranoso, tumores e problemas de acuidade visual<sup>15</sup>.

### **Cefaleia em salvas**

Caracterizada por dor intensa, de natureza excruciante, é constante por várias horas, é unilateral, em região orbitária, durando 15 a 180 minutos, com duração média de 1 hora, por “crises”, com hiperemia conjuntival, lacrimejamento e congestão nasal ipsilateral. Essa forma é dividida em episódica ou crônica, sendo a última mais comum entre os idosos. O álcool e os nitratos são fatores que podem precipitar uma crise<sup>7</sup>.

A cefaleia em salvas é uma causa de dor craniana paroxística recorrente em idosos, de difícil diagnóstico, e pode não ter a característica usual nesse grupo. No idoso, é mais frequente ser uma continuação de uma desordem que usualmente afeta o gênero masculino e começa no adulto jovem (média de idade do início em torno de 28 anos), mas pode raramente iniciar tardiamente, como na oitava década<sup>16,18</sup>.

O diagnóstico diferencial inclui desordens oftalmológicas, como glaucoma ou uveítes, sinusites, dissecação de artéria carótida, tumores com efeito de massa e arterite temporal.

### **Cefaleia hipócnica**

É uma síndrome rara com uma prevalência de 0,07%<sup>19</sup>, relacionada ao sono<sup>20</sup>, uma cefaleia que ocorre, principalmente, em idade avançada (68-84 anos), sem uma predominância de gênero. O paciente com cefaleia acorda sempre a mesma hora toda noite, dura em média 60 a 180 minutos, ocorre acima de quinze vezes por mês<sup>21</sup>; a dor é tipicamente difusa, pulsátil na sua maioria, é geralmente de leve a moderada intensidade<sup>22</sup>, pode haver relação com o sono REM<sup>23</sup>. Apresenta, pelo menos, duas das seguintes características: ocorre mais de quinze vezes por mês, dura mais de quinze minutos ao acordar, surge, pela primeira, vez após 50 anos de idade.

O diagnóstico é feito essencialmente por exclusão<sup>24</sup>, o diagnóstico diferencial deve ser feito com tumores, que pode apresentar dor ao deitar, ou fazer o paciente despertar do sono<sup>25</sup>, e arterite temporal.

## PECULIARIDADES DAS CEFALIAS SECUNDÁRIAS

Com o avançar da idade, *tumores cerebrais primários ou metastáticos* e hematoma subdural ocorrem com maior frequência. Dos tumores primários, os tipos mais frequentes são os gliomas, meningiomas e adenoma hipofisário. Dos tumores metastáticos, os mais frequentes são de origem pulmonar e de mama, em seguida, o de rim e do trato digestivo. A dor produzida pelos tumores pode ser por compressão de estruturas, como vasos, meninges ou indiretamente, por tração dessas estruturas ou por aumento da pressão intracraniana. Os tumores supratentoriais geralmente causam dor em região frontal, os de fossa posterior em região occipital. A dor é frequente, geralmente ipsilateral, é exacerbada pela tosse, esforço e curvar-se para frente. A dor pode ser matutina ou acordar o paciente, apresentar vômitos e perda visual gradual. Um curso lento e progressivo sugere esse diagnóstico, especialmente se acompanhado de déficit neurológico progressivo. O papiledema está frequentemente ausente. Pode apresentar-se com cefaleia com características tipo tensional e distúrbios comportamentais<sup>26</sup>.

As lesões mais comuns, com efeito de massa, nos idosos, são os tumores secundários<sup>15</sup>. Alguns tumores podem crescer antes dos sinais e sintomas serem evidentes, e isso é atribuído ao aumento do espaço dentro do crânio, secundário à atrofia cerebral. Uma cefaleia que persiste por mais de seis meses é pouco provável ter uma causa estrutural, entretanto, pode acontecer nos tumores hipofisários que distorcem a sela túrcica e podem causar uma cefaleia de longo tempo, principalmente retrorbitária e frontal.

*Hematoma Subdural.* A cefaleia é uma queixa frequente no hematoma subdural crônico no idoso, ocorrem em até 80% dos casos. Tem um pico de incidência na sexta e sétima décadas<sup>27</sup>. A dor carece de características próprias, mas pode ser de curta duração, paroxística, irregular, ocorrendo de forma intermitente ao longo do dia, uma cefaleia leve, holocraniana está presente em até 90% e vir associada à mudança do estado mental. Frequentemente, o hematoma é causado por pequeno trauma, especialmente quedas. A atrofia cerebral, permite um aumento do movimento do cérebro dentro do crânio, a fragilidade dos vasos e as terapias anticoagulante e antiplaquetária são reconhecidas como fatores de risco.

### **Doença Cerebrovascular**

*Hemorragia Subaracnoide* – cerca de 1% dos 4% de todos os pacientes presentes em emergências com cefaleia têm hemorragia subaracnoide. Há incidência apreciável em

mulheres acima de 70 anos de idade<sup>27</sup>. Fatores de risco são tabagismo, alcoolismo e hipertensão. A apresentação da cefaleia é uma dor de início súbito como um “trovão”, acompanhada de náuseas e vômitos, síncope, dor na nuca, confusão mental, letargia, convulsão e coma.

A cefaleia sentinela pode ocorrer em até 40% dos pacientes. A cefaleia pode ocorrer em qualquer localização, pode ser leve, resolver espontaneamente, ou ser aliviada com analgésicos. Até 38% dos pacientes que têm a hemorragia não são diagnosticados inicialmente. As causas mais comuns de erros são com as doenças como meningite viral, migrânea; quando apresenta vômitos, é confundida com gastroenterite, influenza; pela irritação do sangue nas meninges levando à dor e rigidez cervical e lombar, é confundida com tensão cervical ou ciática.

*Acidente cerebrovascular isquêmico.* Embora a cefaleia seja incomum nos sintomas isquêmicos<sup>27</sup>, ela pode ocorrer em até 17% a 25% dos pacientes, surgir antes, durante ou após o acidente, é descrita como surda ou pulsátil, com a intensidade da dor de leve a grave, pode ser difusa ou unilateral, e ipsilateral a lesão é comumente associada com vômitos. Pode ocorrer por uma série de mecanismos: dilatação dos vasos cerebrais, dilatação de vasos colaterais sensíveis à dor ou irritação das paredes dos vasos pela liberação de substâncias vasoativas. E em 10% dos pacientes com acidente vascular isquêmico, uma cefaleia pode preceder o início das alterações neurológicas. A incidência de cefaleia no acidente vascular hemorrágico é de aproximadamente 40% a 60%, tornando-se mais frequente que no isquêmico, sendo mais observada nos hematomas cerebelar e lobar.

*Dissecção de artérias carótida e vertebral.* A dissecção ou oclusão da artéria carótida leva a uma dor ipsilateral envolvendo face, testa e ocasionalmente o pescoço. A dor é descrita como queimante ou pulsátil, mas pode ser súbita. A síndrome de Horner pode estar presente, no mesmo lado. A dissecção da artéria vertebral está associada com dor occipital e pescoço e pode ocorrer em pacientes com diagnóstico de insuficiência vértebro-basilar<sup>7</sup>. A cefaleia occipital está presente nessa forma de dissecção e associada a déficits neurológicos do tronco cerebral.

## **Hipertensão arterial**

A incidência de cefaleia em indivíduos com hipertensão não é mais alta que nos controles sem hipertensão. Entretanto, uma cefaleia difusa durando várias horas pode ser

causada por hipertensão grave (pressão diastólica >130 mmHg)<sup>7</sup>. O feocromocitoma pode causar uma cefaleia abrupta, pulsátil, que dura minutos a horas, em crises.

### **Arterite de células gigantes/ Temporal**

É uma arterite sistêmica necrotizante granulomatosa que ocorre predominantemente na meia-idade e nos idosos, é a forma mais comum de vasculite na população idosa<sup>28</sup>. A média de idade de início é 60 anos, é uma doença preponderantemente de brancos<sup>29</sup>, sugerindo uma influência genética. A inflamação pode envolver a elastina arterial. O quadro clássico é uma cefaleia unilateral devido ao comprometimento da artéria temporal, mas pode apresentar uma cefaleia difusa ou em qualquer região da cabeça, incluindo a occipital, a dor pode ser pulsátil, romba, mais raramente em facada<sup>30</sup> ou desencadeada pela pressão no local. As complicações estão relacionadas a fenômenos isquêmicos, e a mais temida é a cegueira<sup>31</sup> pela oclusão do ramo ciliar da artéria oftálmica, ou devido à neuropatia óptica isquêmica posterior, oclusão da artéria retiniana central ou infarto bilateral do lobo occipital, ou com diplopia transitória pela paralisia de um músculo extraocular, quando seu vaso sanguíneo está envolvido. A dor na mastigação (claudicação da mandíbula)<sup>32</sup> é sinal patognômico da arterite da facial; podendo também afetar a aorta e seus ramos proximais, apresentando fraqueza nos braços e mãos frias<sup>33</sup>. Apresenta uma taxa de velocidade de hemossedimentação elevada (ajustar o valor conforme a idade: ♀ (idade + 10) ÷ 2 e para ♂ (idade ÷ 2), com valores acima de 50 e frequentemente mais de 100, perda de peso, febre ou anemia inexplicadas. Pode estar associada à polimialgia reumática.

### **Neuralgia trigeminal**

Neuralgia trigeminal é a mais comum desordem neurálgica do idoso. Há alta prevalência de dores neurálgicas em pacientes de meia-idade<sup>34</sup>. A média de idade de início é aproximadamente 50 anos, com maior prevalência no gênero feminino. Caracterizada por uma dor lancinante como um choque elétrico, unilateral de uma ou mais divisões do nervo trigeminal, que comumente atinge as divisões mandibulares e maxilares e, em menos de 5%, inicia na divisão oftálmica. Em 3 a 5%, pode haver acometimento bilateral. A dor pode ser precipitada com escovação, mastigação ou fala, pode ocorrer diariamente, por vários meses, para, em seguida, entrar em remissões. A etiologia na população idosa é usualmente idiopática. Aproximadamente 80% dos pacientes com neuralgia trigeminal têm compressão da

raiz trigeminal por uma artéria (cerebelar superior ou cerebelar ínferoanterior) ou veia, ou associadas com compressões microvasculares da raiz do nervo trigeminal. As causas secundárias da nevralgia trigeminal são mais prováveis de acontecerem em faixa etária mais jovem (lesões compressivas, doenças desmielinizantes ou outras lesões estruturais) e necessitam ser afastadas, uma ressonância magnética cerebral, com atenção para o ângulo pontino-cerebelar, deve ser realizada mesmo com exame neurológico normal. Pode haver uma sobreposição entre a nevralgia trigeminal e SUNCT<sup>35</sup> (cefaleia neuralgiforme, unilateral, de curta duração com lacrimejamento e hiperemia conjuntival ipsilateral).

### **Nevralgia glossofaríngea**

Essa síndrome tem as mesmas características sintomáticas da neuralgia trigeminal, mas a dor é sentida na região da tonsila e orelha. Fatores desencadeadores como tossir, falar e mastigar, a distribuição da dor é sentida no território do nervo glossofaríngeo e ramo auricular e faríngeo da raiz do nervo vago<sup>7</sup>. Raramente o paciente pode apresentar assistolia durante um ataque e perder a consciência.

### **Neuralgia pós-herpética**

A possibilidade de desenvolver uma nevralgia aumenta dramaticamente em função da idade, ocorre em 10% a 20% após infecção pelo vírus herpes zoster<sup>36</sup>, mas aumenta para 50% após os 80 anos. O sítio mais comum é a divisão oftálmica do nervo trigêmeo. A síndrome de Ramsay Hunt é devido à infecção pelo vírus herpes-zoster do nervo facial. Uma dor excruciante pode preceder a erupção das vesículas de um a três dias. Pode haver também envolvimento do quarto, sexto, nono e terceiro pares cranianos, com possibilidade de longo tempo de paralisia. A síndrome da nevralgia pós-herpética é caracterizada por constante queimor ou dolorimento. Há perda da sensibilidade na área afetada e, invariavelmente, se desenvolve alodínia.

### **Espondilose cervical**

A associação entre as desordens do pescoço e cefaleia são conhecidas, mas conflitantes entre os autores<sup>37</sup>, alguns estudos de pacientes que têm alterações radiográficas de espondilose cervical mostram baixa incidência de cefaleia. Os aspectos característicos da

cefaleia cervicogênica incluem dor occipito-nucal, amplitude limitada dos movimentos do pescoço e espasmo dos músculos cervicais. A sensibilidade na distribuição nas raízes dos nervos cervicais pode ser notada no exame físico. A cefaleia cervicogênica é provavelmente diagnosticada com excesso, pelos achados radiográficos de espondilose cervical comuns nesse grupo de idade. A cefaleia tende a unilateralidade.

### **Olhos, dentes e seios da face.**

A dor causada pelo glaucoma de ângulo agudo é no olho ou por trás do globo ocular e deve ser considerada em idosos com cefaleia de início recente. Essa condição é caracterizada pela diminuição da acuidade ou turvação da visão, hiperemia conjuntival e edema da córnea<sup>38</sup>. O pronto diagnóstico é necessário para evitar a cegueira.

Sinusite aguda produz dor associada à descarga nasal purulenta, a dor pode ser sentida atrás dos olhos, sobre o vértice, geralmente é surda, não pulsátil, pode ser exacerbada com o balanço da cabeça, ou ao baixá-la. Pode ser confundida como crise de migrânea<sup>39,40</sup>.

As doenças dentárias são referidas na distribuição do nervo trigêmeo. O exame do paciente com dor facial inclui avaliação dos dentes e uma pesquisa da sensibilidade dentária com percussão.

### **Meningites e encefalites**

Até 56% dos casos de meningite adquiridos na comunidade ocorrem em pacientes com idade acima de 50 anos. A mortalidade global da meningite em todos os grupos é de 18%, e aumenta com o avançar da idade<sup>27</sup>. Em idosos, a mortalidade é em torno de 50% a 70%, relacionada à debilidade dos pacientes idosos, dificuldade e retardo no diagnóstico e a virulência de certos patógenos. Fatores de risco nosocomiais incluem neurocirurgia recente, e *shunts* permanentes, imunodeficiência. A tríade clássica de cefaleia, febre e rigidez de nuca pode não estar presente nos idosos, em uma revisão na literatura de pacientes idosos com meningite, 97% tinham temperatura elevada, 66% queixavam-se de cefaleia, 56% estavam confusos, 55% tinham náuseas e vômitos e 51% tinham diminuição do nível de consciência. Dos patógenos que causam meningite após os 60 anos de idade (*Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis*, *Streptococci* do grupo B e *Haemophilus influenzae*). *Listeria monocytogenes* deve ser considerada em pacientes com idade acima de 50 anos<sup>27</sup>.

A encefalite deve ser considerada no diagnóstico diferencial de qualquer paciente apresentando cefaleia, febre, mudanças do estado de humor e presença de sinal focal neurológico. Um aumento na celularidade no líquido pode ser observado.

### **Cefaleias metabólicas**

Ocorrem por um distúrbio metabólico e desaparece em sete dias após a correção e tratamento aplicado, podem ser causadas por doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência cardíaca, e apneia obstrutiva do sono<sup>16</sup>. Comumente, a cefaleia é mais intensa pela manhã ao levantar, podendo ser noturna, pulsátil, que resolve pouco tempo depois de levantar, localizada em região frontal ou occipital.

### **Cefalalgia cardíaca**

É uma modalidade de cefaleia de esforço, inicia-se durante o exercício e desaparece com o repouso, reconhecê-la cria uma oportunidade para tratar a doença cardíaca e prevenir o ataque cardíaco<sup>41</sup>. E deve ser suspeitada quando uma cefaleia surge após os 50 anos de idade em um paciente que possui fatores de risco coronarianos (hipertensão, diabetes, tabagismo e antecedentes familiares de doenças cardíacas). A dor é não pulsátil, em geral, de intensidade moderada a grave, raramente acompanhada de vômitos, agrava-se com a persistência do esforço, desaparecendo depois de cessada a atividade física. Pode vir acompanhada de sintomatologia cardíaca (dor torácica com ou sem irradiação) ou sem o quadro de angina. A cefaleia desaparece após a doença cardíaca tratada, uso de vasodilatadores coronarianos, angioplastia ou revascularização miocárdica. Em uma série de casos de pacientes com dor aguda durante angina ou infarto miocárdico, 6% referiam cefaleia concomitante (SAMPSON)<sup>42</sup>.

### **Cefaleia induzida por medicações**

O envelhecimento coexiste com uso frequente da terapia medicamentosa e, em alguns idosos, há polifarmácia, e algumas drogas podem causar cefaleia. Em adultos jovens, umas já são conhecidas. As características da dor induzida por medicamentos não são específicas, podem ser difusas, de leve a moderada intensidade e está relacionada à persistência e surgimento da dor com a ingestão da droga<sup>16,43</sup>. O álcool e a cafeína podem causar a dor tanto

na ingestão quando na retirada pelo uso crônico. Portanto, a história deve ser obtida cuidadosamente de todos os pacientes com cefaleia. A cefaleia pela retirada de medicação é definida como diária, ou quase diária, e está associada ao uso de drogas nos quais os pacientes tendem a desenvolver tolerância.

### MEDICAMENTOS QUE PODEM CAUSAR CEFALEIA

Há um grande número de medicamentos ou fármacos prescritos para o idoso que causam cefaleia. A dor é usualmente descrita como envolvendo toda a cabeça, mas pode ser occipital ou frontal, pulsátil ou em aperto<sup>43</sup>.

**Quadro 1.** Drogas que podem causar cefaleia

|                         |  |
|-------------------------|--|
| Cardiovasculares        | Vasodilatadores (nitratos, ácido nicotínico, dipiridamol)<br>Anti-hipertensivos (nifedipina, metildopa, hidralazina, reserpina, captopril, metoprolol, atenolol)<br>Antiarrítmicos (quinidina, digoxina)       |
| Anti-inflamatórios      | Indometacina, diclofenaco, piroxicam   |
| Antibióticos            | Tetraciclínas, sulfametoxazol-trimetoprima, isotetrinóico  |
| Gastrointestinal        | ranitidina, cimetidina, omeprazol  |
| Reprodutivos            | estrogênios, sildenafil  |
| Onco/ hematológicos     | eritropoetina, quimioterápicos   |
| Broncodilatadores       | aminofilina, teofilina, pseudoefedrinas  |
| Sistema nervoso central | sedativos (álcool, barbitúricos, benzodiazepínicos)<br>Estimulantes (cafeína, metilfenidato)<br>Antiparkinsoniano (amantadina, levodopa)<br>Antidepressivos (inibidores de recaptção da serotonina, trazodona) |
| Produtos em alimentos   | glutamato monossódico, aspartame, tiramina.  |

Medicações envolvidas nas cefaleias por desenvolver a tolerância: codeína, opioides, cafeína, ergotamina, acetaminofen, aspirina e anti-inflamatórios não hormonais.

## CONCLUSÃO

Dor é um sintoma que não pode ser negligenciado, aceitá-la como fazendo parte do envelhecimento não é uma boa prática médica. A cefaleia é uma das causas de dor no idoso que também interfere na sua qualidade de vida, apesar de apresentar um declínio com o avançar da idade. A observância dos critérios da ICHD-II possibilita o preciso diagnóstico em 80% dos casos de cefaleia, pelos clínicos. O tratamento correto depende da etiologia subjacente, e isso é válido para todo tipo de doença. O idoso com cefaleia de início recente necessita de uma abordagem sistemática para pesquisar causas subjacentes, embora uma grande maioria seja de causa benigna, as cefaleias secundárias devem ser excluídas.

## REFERÊNCIAS

1. TAMBORELLI V, COSTA FA, PEREIRA VV, Torturella M. **O papel da enfermagem e da fisioterapia na dor em pacientes geriátricos terminais.** Geriatria e Gerontologia, 2010; 4 (3): 146-153
2. SHARON K, WILLIAM M. **Pain and Aging; Geriatrics today.** J C Geriatr Soc; 2001; 2, 32-37
3. DOUBELL TP, MANNION RJ, WOOLF CJ. **The dorsal horn: state-dependent sensory processing plasticity and generation of pain.** Wall PD, Melzac R. Textbook of pain. 4. Ed. p 165-181
4. EDWARDS RR, Fillingim RB, NESS TJ. **Age-related differences in endogenous pain modulation: a comparison of diffuse noxious inhibitory controls in healthy older and younger adults.** Pain, 2003; 101: 155/65
5. FARRELL MJ, KATS b, HELME RD. **The impact of dementia on the pain experience.** Pain, 1996; 67: 7-15.
6. ROYAL College of Physicians, British Geriatrics Society and British Pain Society. **The assessment of pain in older people: national guidelines.** Concise guidance to good practice series, n.8. London: 2007.
7. CLOUGH C, SALDHANA G, HEADACHE and Facial Pain. **Blocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology.** 5. ed. p 475-486
8. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. **The International Classification of Headache Disorders,** 2nd edn. Cephalalgia 2004; 24 (Suppl.1):1-160.
9. Praxis Médica, p.7767. Elsevier, Paris, 1996
10. MARTIN TV, BEHBEHANI M. **Ovarian Hormones and Migraine Headache: Understanding Mechanisms and Pathogenesis- Part 2.** Headache, 2006; 46: 365-386
11. MARIANO SJ, FORTINI I, BORDINI CA. Migrânea. Cefaleias, Press2002, 63-108.
12. BAARS AEM, van Boxtel PJM, Jolles J. **Migraine Does Not Affect Cognitive Decline: Results From the Maastricht Aging Study.** Headache 2010; 50:176-184.
13. KLEINIG TJ, KILEY M, THOMPSON PD. **Acute convexity subarachnoid haemorrhage: a cause of aura- like symptoms in the elderly.** Cephalalgia, 2008, 28: 658-663.
14. RUOFF GE. **Headache in elderly patients: how to recognize and manage benign types.** Postgrad Med. 1993; 94: 109-10, 113-6, 119-21.

15. LIPTON RB, PFEFFER D, NEWMAN LC, SOLOMON S. **Headaches in the elderly.** *Journal of Pain and Symptom Management*, 1993, 8 (n.2): 87-97.
16. FOWLER VM, CAPOBIANCO JD, DODICK WD. **Headache in the elderly.** *Seminars in Pain Medicine*, 2004, vol.2, n.2: 123-128
17. SCHWEITZER A. **Old Age of Onset in Cluster-Headache Patients.** *Headache*, 2005, 5:615
18. MOSEK A, HERING-HANIT R, KURITZKY A. **New-onset cluster headache in middle-age and elderly women.** *Cephalalgia*, 2001, 21: 198-200
19. LIANG J-F, FUH J-L, YU IH Y, HSU C-Y, Wang S-J. **Clinical features, polysomnography and outcome in patients with hypnic headache.** *Cephalalgia*, 2008, 28: 209–215.
20. VIEIRA Dias M, EsperançaA P. **Hypnic Headache: Report of Two Cases.** *Headache*, 2001, 41:726-727
21. SEIDEL S, ZEITLHOFER J, WÖBER C. **First Austrian case of hypnic headache: serial polysomnography and blood pressure monitoring in treatment with indomethacin.** *Cephalalgia*, 2008, 28, 1086–1090
22. MORALES F. **Síndrome de Cefalea hípica.** *Revision. Ver. Soc. Esp. Dolor*, 1999, 6: 363-367
23. DODICK DW, MOSEK AC, CAMPBELL JK. **The hypnic (“alarm clock”) headache syndrome.** *Cephalalgia*, 1998, 18: 152-156.
24. PINTO CAR, FRAGOSO YD, CARVALHO D S, GABBAI AA. **Hypnic headache syndrome: clinical aspects of eight patients in Brazil.** *Cephalalgia*, 2002, 22, 824–827
25. GARZA Ivan, KIMBERLY Hall Oas. **Symptomatic Hypnic Headache Secondary to a Nonfunctioning Pituitary Macroadenoma.** *Headache*, 2009, 3: 470- 472.
26. Headache and Disinhibition in Elderly Woman. *Headache*, 41: 167
27. WALKER AR, WADMAN CM. **Headache in the elderly.** *Clinics in Geriatric Medicine*, 2007, 23: 291-305
28. HAZEL E, STARR M. **Giant Cell Arteritis: An Update on Diagnosis and Management.** *Geriatrics Aging*, 2007, 10: 389-392
29. WILSKE KR, HEALEY LA. **Polimialgia reumática e arterite de células gigantes.** *Postgraduate Medicine*, 1985 77 (8): 243-265
30. ROZEN Todd D. **Brief Sharp Stabs of Head Pain and Giant Cell Arteritis.** *Headache* 2010; 50:1516-1519
31. BAUMEL B, EISNER SL. **Diagnosis and Treatment of headache in the Elderly.** *Medical Clinics of North America*, May 1991, vol 75, n. 3

32. BRUCKENTHAL P. **Assessment of Pain in the Elderly Adult.** Clinics in Geriatric Medicine, 2008, 24: 213-236
33. KELLY J, RUDD GA. **Giant cell arteritis presenting with arm claudication.** Age and Aging, 2001, 30: 167-169
34. BOUHASSIRA D, LANTÉRI-MINET M, ATTAL N, LAURENT B, TOUBOUL C, **Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population.** Pain, 2008, 136: 380-387
35. VIKELIS M, XIFARAS M, MITSIKOSTAS DD, SUNCT. **Syndrome in the elderly.** Cephalalgia, 2005, 25, 1091–1092
36. GAUTHIER A, BREUER J, CARRINGTON D, MARTIN M, Rémy V. **Epidemiology and cost of herpes zoster and post-herpetic neuralgia in the United Kingdom.** Epidemiol. Infect., 2009, 137: 38-47
37. BECKER WJ, CERVICOGENIC. **Headache: Evidence That the Neck is a Pain.** Current Review: Clinical Science. Headache, 2010, Apr, 699- 705.
38. FRIEDMAN D I. **Headache and the Eye.** Current Pain and Headache Reports, 2008, 12: 296-304.
39. STEINER TJ, FONTEBASSO M, HEADACHE. **Clinical review.** BMJ, 2002, 325: 881-886.
40. TAYLOR FR. **Diagnosis and classification of headache.** Primary Care Clinics in Office Practice, 2004, 31: 243-259
41. WEI J-H, WANG H-F. **Cardiac cephalgia: case reports and review.** Cephalalgia 2008; 28: 892–896.
42. SAMPSON JJ, CHEITLIN MD. **Pathophysiology and differential diagnosis of cardiac pain.** Prog Cardiovasc Dis 1971; 8:507–31
43. EDMONDS J. **Headache in the older people-** How are they different in this age-group? Postgraduate Medicine 1997;5:91-100

## ARTIGO ORIGINAL

### CARACTERIZAÇÃO DA CEFALEIA NO IDOSO

#### *DESCRIPTION OF HEADACHES IN THE ELDERLY*

*Lúcia. C. A. Leite<sup>1</sup>, Marcelo. M. Valença<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Geriatra, mestranda em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, <sup>2</sup>Professor Associado do Departamento Neuropsiquiatria, CCS-UFPE.

### RESUMO

O objetivo desse estudo foi caracterizar a cefaleia em idosos atendidos em ambulatório geriátrico, sendo as idades subdivididas em 60 a 74 anos (idoso jovem), 75 a 80 anos (idoso idoso) e acima de 80 anos (muito idoso); avaliar a relevância dessa queixa em relação a funcionalidade e a demência. Foram avaliados 3.035 pacientes no período de 2009 a 2010, desses 100 pacientes (3,29%) referiam cefaleia atual. Houve predomínio da cefaleia tipo tensional (62%), com idade de início a partir de 60 anos, seguida de migrânea (12%) e migrânea transformada (16%). Não houve diferença estatística da cefaleia interferindo na funcionalidade em diferentes faixas etárias. A cefaleia não é freqüente nos idosos, mas quando existe é incapacitante e independente da idade preserva as mesmas características. Os pacientes com demência nas fases leve a moderada, tipo Alzheimer, vascular ou mista conseguem descrever bem a dor.

**Palavras-chave:** Idosos, Cefaleia, Funcionalidade, Faixas etárias, Demência.

## ABSTRACT

The aim of this study was to characterize the headache in elderly patients in outpatient geriatric, and subdivided into ages 60 to 74 years (elderly couple), 75 to 80 years (old old) and above 80 years (very old) to assess the relevance that complaints about the functionality and dementia. We evaluated 3035 patients in the period 2009 to 2010, these 100 patients (3.29%) reported headache today. There was a prevalence of tension-type headache (62%), aged from early 60, followed by migraine (12%) and transformed migraine (16%). No statistical difference was interfering with the functionality of headache in different age groups. The headache is not common in the elderly, but when there is a disability regardless of age, and preserves the same characteristics. Patients with dementia in mild to moderate stages, Alzheimer type, vascular or mixed can describe the pain as well.

**Keywords:** Elderly, headache, functionality, age, dementia.

## INTRODUÇÃO

Definiu-se o envelhecimento como um déficit de função generalizado progressivo, resultando em perda de resposta adaptativa ao estresse e um risco crescente de doença relacionada à idade. A faixa etária que mais cresce em todo o mundo é, a partir de 80 anos, denominada como muito idoso. Esse grupo etário caracteriza-se pela heterogeneidade, apresentando várias doenças crônicas, muitos desses sujeitos são frágeis, desse modo, com morbi-mortalidade alta<sup>1</sup>.

A avaliação das queixas neurológicas do idoso é um desafio por inúmeros fatores: 1. O sistema nervoso não é propenso somente às doenças primárias, mas é excessivamente sensível a alterações de outros órgãos e sistemas; 2. Frequentemente, problemas neurológicos são manifestações de doenças difusas e, muitas vezes, a história do paciente é mais confusa que esclarecedora; 3. Sinal físico de doença aguda pode ser sutil ou inaparente e, 4. Finalmente, o clínico deve decidir se as condições do paciente estão relacionadas ao processo de envelhecimento normal (senescência) ou a uma doença (senilidade).

Ao contrário do que acontece com a maioria das queixas, a prevalência e a incidência da cefaleia diminuem com o envelhecimento. Os dados na literatura são escassos a respeito da prevalência da cefaleia entre os idosos e suas características<sup>2</sup>. Nessa faixa etária, 6% dos homens e 13,9% das mulheres referem essa queixa de forma recorrente em um estudo brasileiro<sup>3</sup>. Por outro lado, as cefaleias secundárias a causas potencialmente graves aumentam em frequência com o envelhecimento<sup>4,5,6</sup>.

O objetivo desse estudo foi caracterizar a cefaleia de idosos atendidos em ambulatório geriátrico, subdivididos em três faixas etárias: 60 a 74 anos (idoso jovem), 75 a 80 anos (idoso idoso) e acima de 80 anos (muito idoso)<sup>7,8</sup>. Também avaliamos a relevância desta queixa em relação à funcionalidade e às diferentes afecções ou condições associadas.

## MÉTODOS

### População

Esta avaliação foi um estudo descritivo transversal realizado nos anos 2009 e 2010. Foram avaliados pela autora LCLA, 3.035 pacientes em ambulatório geriátrico, nas cidades de Crato, Brejo Santo, Gravatá e Recife; 100 referiam cefaleia atual. Os idosos chegavam com queixas diversas, questionava-se se esses tinham cefaleia; caso afirmativo, eram submetidos a um questionário com história clínica e informações sobre as características da cefaleia (frequência, duração dos ataques, localização, intensidade da dor, qualidade da dor, fatores agravantes, precipitantes, se havia interferências nas atividades de vida diária, sintomas associados e presença de aura). Baseado nos critérios da ICHD-II<sup>9</sup> foi acrescentado a esse questionário: idade de início, doenças associadas, escalas de Hashinski, Escala de Depressão Geriátrica, Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Escala Analógica da Dor (EAD), Atividades de Vida Diária (AVDs), O'clock Test, Avaliação Neuropsicológica nos pacientes com demência, e o número de medicamentos utilizados. Os pacientes eram submetidos a exame neurológico e a métodos complementares para diagnóstico, se necessário. Os frágeis foram caracterizados como pacientes caidores, emagrecidos, sarcopênicos, osteoporóticos, inapetentes.

### Sobre as cefaleias

Todas as entrevistas foram realizadas por um único investigador, eram complementadas por telefone quando havia alguma dúvida em caracterizar a cefaleia. Para dar o diagnóstico da apneia do sono foram utilizados os critérios da ICHD-II, preenchendo as seguintes características: a cefaleia ocorre acima de 15 por mês, está presente ao acordar cessando dentro de 30 minutos a 72 horas, com índice de transtorno respiratório > 5 demonstrada por polissonografia, de caráter bilateral, em pressão, não associada a náuseas, fotofobia ou fonofobia.

O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e aos participantes foi dado um termo de consentimento livre e esclarecido. A relação das cefaleias com as atividades diárias era feita conforme análise das escalas das AVDs aplicadas.

**Sobre os pacientes com demência**

O diagnóstico diferencial das demências era dado pelo quadro clínico, neuroimagem, escala de Hashinski, O'clock Test e exames laboratoriais. Nos casos de demência leve a moderada caracterizado pelo CDR. Para caracterização da cefaleia as informações eram obtidas dos parentes, cuidadores e confirmadas pelos autorrelatos, com critérios de exclusão aos pacientes que tinham afasia moderada a grave ou déficit cognitivo grave. Foi aplicado a avaliação neuropsicológica em todos os pacientes com demência.

## RESULTADOS

Dos 3.035 pacientes atendidos em consultório geriátricos n=100 pacientes tinham cefaleia atual (3,29%). Houve predominância do gênero feminino, numa proporção de 9:1, com predomínio de escolaridade acima de oito anos n=47, (47,0%). Das cefaleias primárias, a do tipo tensional foi a mais freqüente, (62,0%) seguida por migrânea, (12,0%) e migrânea crônica transformada, (16,0%) e a nevralgia trigeminal (4,0%); Das cefaleias secundárias, cervicogênica (4,0%) (60 a 80 anos) e cefaleia associada a apneia do sono (2,0%) (75 a 80 anos) foram as mais frequentes; a cefaleia pós-herpética surgiu, no grupo acima de 80 anos, com (1,0%). Da cefaleia causada por medicamentos (nitratos, sinvastatina) foi (1,0%) em pacientes acima de 80 anos.

**Tabela 1:** Prevalência dos tipos de cefaleia e faixa etária

| Tipo de Cefaleia  | Idade                   |                          |                      |
|-------------------|-------------------------|--------------------------|----------------------|
|                   | 60 a 74anos<br>n=50 (%) | 75 a 80 anos<br>n=29 (%) | > 80anos<br>n=21 (%) |
| Tensional         | 27 (54,0%)              | 22 (75,9%)               | 13 (61,9%)           |
| Migrânea          | 10 (20,0%)              | 1 (3,4%)                 | 1 (4,8%)             |
| Migr. Modificada  | 8 (16,0%)               | 4 (13,8%)                | 4 (19,0%)            |
| Aura sem cefaleia | 1 (2,0%)                | 0 (0,0%)                 | 1 (4,8%)             |
| N. Trigeminal     | 3 (6,0%)                | 0 (0,0%)                 | 1 (4,8%)             |
| Pós-herpética     | 0 (0,0%)                | 0 (0,0%)                 | 1 (4,8%)             |
| Cervicogênica     | 3 (6,0%)                | 1 (3,4%)                 | 0 (0,0%)             |

As afecções mais freqüentes associadas com a cefaleia foram depressão, n=70 (70%); ansiedade, n=50 (50%); hipertensão arterial sistêmica, n=59 (59%); osteoartrose, n=39 (39%) e demência n=21 (21%). As doenças cardíacas n=24 (24%) predominaram na faixa etária de 75 a 80 anos.

**Tabela 2:** Prevalência dos tipos de cefaleia associado à funcionalidade

| Variáveis               | Interfere nas AVDS |  |
|-------------------------|--------------------|--|
|                         | Sim                |  |
|                         | N= (%)             |  |
| <b>Tipo de Cefaleia</b> |                    |  |
| Tensional (n=62)        | 18(29%)            |  |
| Migrânea (n=12)         | 8(67%)             |  |
| Migr. Modificada (n=16) | 11(68,7%)          |  |
| Aura sem cefaleia (n=2) | 2(100%)            |  |
| N. Trigêmeinal (n=4)    | 3(75%)             |  |
| Pós-herpética (n=1)     | 1(100,0%)          |  |
| Cervicogênica (n=4)     | 2(50%)             |  |
| <b>Idade</b>            |                    |  |
| 60 a 74anos (n=50)      | 20(40%)            |  |
| 75 a 80 anos (n=29)     | 11(37,9%)          |  |
| > 80anos (n=21)         | 12(57%)            |  |

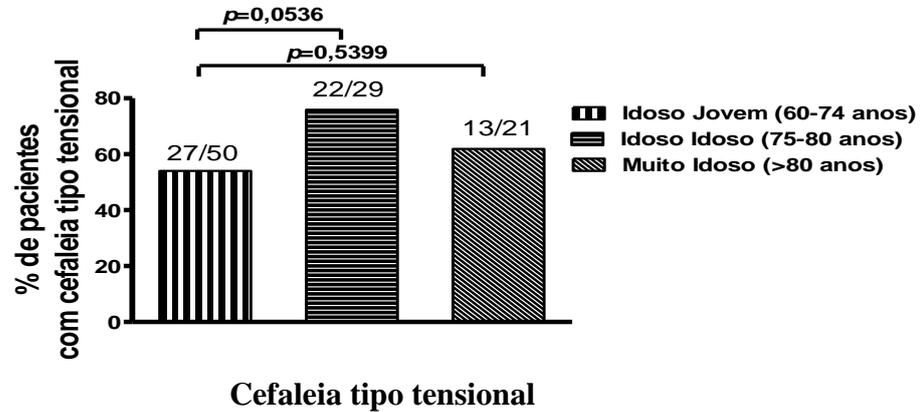
### Migrânea

A prevalência da migrânea nesse grupo mais jovem apresenta-se (20%) de 60 a 74 anos; (3,4%) 75 a 80 anos e (4,8%) acima de 80 anos.

A característica dos ataques da migrânea é de predomínio no gênero feminino, com idade média de 64 anos (idoso jovem), de forte e média intensidade, geralmente unilateral, com frequência de doze vezes no mês, com duração de duas horas, predominantemente, caráter pulsátil, sem aura; dos sintomas associados os de maiores frequência foram fotofobia e fonofobia, tendo estresse como o maior fator desencadeante, com antecedentes pessoais de estresse na infância. A idade que se iniciou foi geralmente na adolescência e adulto jovem. Das doenças associadas, houve predomínio da depressão e hipertensão arterial sistêmica.

O número de medicações utilizadas na migrânea foi 3,8 e, na migrânea transformada, 3,4. A dor na migrânea transformada era de média a forte intensidade, com forte interferência nas atividades diárias. A idade média de início foi de adulto jovem (20 anos). Um paciente apresentou uma idade de início aos 63 anos e outro parou de ter dor e apresentou hemianopsia nas crises de aura.

**Figura 1.** Relação da cefaleia tipo tensional e faixa etária



A cefaleia tipo tensional não interfere nas atividades diárias, a intensidade da dor é predominantemente de média intensidade; 38 pacientes, (61%) referiram início da cefaleia a partir dos 60 anos. Não há diferenças nas características da dor nas diferentes faixas etárias, tanto na faixa dos 60 aos 74 anos quanto no muito idoso.

Dos pacientes que chegaram ao consultório apresentando como queixa principal a cefaleia (n=8) 8,0%, seis relataram diminuição nas atividades diárias sob influência da dor; cinco pacientes tinham cefaleia tipo tensional com intensidade moderada da dor; três pacientes tinham migrânea, com dor de média a forte intensidade. Das doenças associadas, todos apresentaram transtorno do humor: depressão (n=7), 87,5% e ansiedade (n=1) 12,5%.

### Cefaleia no idoso com demência

**Tabela 3:** Tipos de demências de acordo com as faixas etárias e o CDR (grau de demência)

| Variáveis         | Idade       |                   |              |         |            |            |
|-------------------|-------------|-------------------|--------------|---------|------------|------------|
|                   | 60 a 74anos |                   | 75 a 80 anos |         | > 80anos   |            |
|                   | n (%)       |                   | n (%)        |         | n (%)      |            |
| Demências<br>n=21 | 3 (14,3%)   | D A 1             | 8 (38,0%)    | LEWY 1  | 10 (47,6%) | Vascular 2 |
|                   |             | D MISTA 1         |              | D A 2   |            | D A 3      |
|                   |             | D. pós hematoma 1 |              | MISTA 5 |            | MISTA 5    |
| <b>CDR</b>        |             |                   |              |         |            |            |
| Leve (0,5-1)      | 3(14,3%)    |                   | 7 (33,3%)    |         | 9 (42,8%)  |            |
| Moderado (2)      | 0 (0,0%)    |                   | 1 (4,76%)    |         | 1 (4,76%)  |            |

A fase da demência de maior prevalência foi fase leve, em demência de Alzheimer, mista e vascular, que foram as demências de maior frequência.

**Tabela 4:** Tipos de cefaleia associados à demência

| Tipo de Cefaleia        | Idade       |               |              |               |            |                 |
|-------------------------|-------------|---------------|--------------|---------------|------------|-----------------|
|                         | 60 a 74anos |               | 75 a 80 anos |               | > 80anos   |                 |
|                         | n (%)       |               | n (%)        |               | n (%)      |                 |
| Migrânea (n=1)          | 0 (0,0%)    | FEM<br>MASC   | 0 (0,0%)     | FEM<br>MASC   | 1 (100,0%) | FEM 1<br>MASC   |
| Tensional (n=12)        | 1 (8,3%)    | FEM 1<br>MASC | 5 (12,0%)    | FEM 5<br>MASC | 3 (25,0%)  | FEM 2<br>MASC 1 |
| Pós-herpética (n=1)     | 0 (0,0%)    | FEM<br>MASC   | 0 (0,0%)     | FEM<br>MASC   | 1 (100,0%) | FEM 1<br>MASC   |
| Migr. Modificada (n=4)  | 0 (0,0%)    | FEM<br>MASC   | 1 (25,0%)    | FEM 1<br>MASC | 3 (75,0%)  | FEM 2<br>MASC 1 |
| Cervicogênica (n=1)     | 1 (100,0%)  | FEM 1<br>MASC | 0 (0,0%)     | FEM<br>MASC   | 0 (0,0%)   | FEM<br>MASC     |
| Aura sem cefaleia (n=1) | 0 (0,0%)    | FEM<br>MASC   | 0 (0,0%)     | FEM<br>MASC   | 1 (100,0%) | FEM<br>MASC 1   |

Houve predomínio da cefaleia tipo tensional nos pacientes com demência, exceto na faixa etária acima de 80 anos onde há leve predomínio da migrânea sobre tipo tensional.

Nos idosos, a cefaleia pode se comportar das seguintes maneiras:

1. Surgir em idades muito jovens, na adolescência, por exemplo, e acompanhar o indivíduo por toda sua vida, diminuindo de intensidade ou mudando algumas características (Ex.: migrânea).
2. Surgir numa idade jovem e desaparecer no envelhecimento ou na menopausa (Ex.: migrânea).
3. Surgir numa idade avançada, acima dos 60 anos (Ex.: migrânea, tensional ou cefaleias secundárias).
4. Surgir com idade jovem, apresentar aura e evoluir com desaparecimento da dor, ficando só a aura (Ex.: aura sem dor).
5. Surgir com idade jovem com características de migrânea, desaparecer na menopausa e ressurgir com características tipo tensional (Ex.: migrânea inicial seguida de cefaleia tipo tensional).
6. O paciente pode ter mais de um tipo de cefaleia, ora com uma característica, ora com outra.

## DISCUSSÃO

A relação da cefaleia no envelhecimento por gênero com uma taxa de feminino: masculino de 9:1, mostra a influência da feminilização do envelhecimento (a maior longevidade da população feminina e, como consequência, a maior proporção de mulheres, quanto mais velho for o contingente estudado).

“Esquecimento” é a queixa mais frequente, seguida de “dor”, em consultório geriátrico. A cefaleia é pouco referida, tornando-se frequente quando se faz o interrogatório dirigido. Muitas vezes, os idosos não relatam por achar que quem trata de cefaleia é o neurologista, ou, como parece, por não interferir com muita frequência nas atividades diárias, portanto, na funcionalidade, eles queixam-se pouco. O que se observa é um predomínio da cefaléia tipo tensional, 71%; que apresenta pouca interferência na funcionalidade. Na nossa casuística 61% dos idosos, referiram início da cefaléia tipo tensional a partir dos 60 anos, discordando da literatura internacional, que refere que apenas 5% iniciam após 60 anos<sup>21</sup>.

Em comparação com estudos prévios da prevalência em migrânea, eles analisaram somente a faixa etária de idosas jovens: Estudo Dinamarquês (45- 65anos) 27%; Canadense (> 35 anos) 31%; Alemão (20- 65anos) 33%; Americano (40- 69anos) 18%<sup>16,18</sup>. Nós trabalhamos em todas as faixas etárias dos idosos, com a migrânea: (60-74 anos) 20,0%, (75-80 anos) 3,4% e > 80 anos 4,8%; e a migrânea transformada: (60-74 anos) 16,0%, (75-80 anos) 13,8%, > 80 anos 19,0%.

Como pudemos constatar, que a cefaleia primária dos idosos que mais interfere na manutenção das funções e conseqüentemente na sua qualidade de vida<sup>10</sup> é a migrânea e a neuralgia trigeminal; houve maior predomínio de migrânea na faixa etária mais jovem (60-74 anos) . Das cefaleias secundárias, é na pós-herpética, onde há um predomínio no uito idoso ( idade acima de 80 anos), pela diminuição da imunidade celular predispondo a infecções por vírus, ou a recrudescência do vírus da caxumba predispondo à infecção pelo herpes zoster, com a dor tendendo ser mais grave com o aumento da idade.

Com relação à hipertensão arterial, foi a segunda comorbidade mais frequente, o que pode estar relacionada não à cefaleia, mas ao próprio envelhecimento<sup>12</sup>, talvez isso seja válido também para a depressão, que é muito prevalente no idosos com fortes associações em doenças como Parkinson, demência, diabetes, doenças cardíacas, pós acidentes vasculares cerebrais e fazendo parte do próprio envelhecimento. Há fortes controvérsias da associação da

cefaleia tipo tensional e depressão. Sabe-se que, quando se trata a depressão, a cefaleia desaparece ou alivia, e os antidepressivos são usados como drogas profiláticas para as cefaleias primárias<sup>16</sup>.

A migrânea transformada, para alguns autores, migrânea crônica diária ou quase diária<sup>13</sup>, o que caracterizou a migrânea transformada foi a diminuição da intensidade da dor, com o aumento da frequência, de pulsátil passa a ser em aperto, mas que piora ao esforço. Observa-se alívio após a menopausa ou seu desaparecimento e, em casos mais raros, a piora na intensidade e na frequência. A dor, na maioria das vezes, é de curta duração, pode haver uma mudança na localização, antes, unilateral, em seguida, apresenta-se no vértice ou região occipital. Há forte interferência nas atividades diárias. Pode ocorrer o desaparecimento da migrânea persistindo a aura. A faixa etária de maior prevalência foi no idoso idoso (75-80 anos) e o no muito idoso (>80 anos), a média da idade de 77 anos. Observou-se predomínio na idade mais avançada, na qual há uma diminuição na intensidade, mas um aumento na frequência da dor<sup>14</sup>. Os ataques de migrânea são menos típicos nos idosos<sup>15</sup>, com intensidade menor da dor, mas persiste interferindo na funcionalidade. Será que o cérebro ficou “sensível” à dor? Isso implica uma avaliação cuidadosa em não vilipendiar o diagnóstico e se chegar ao tratamento correto, sintomático e profilático.

Das cefaleias primárias dos idosos, mais raras: em salva, hípica<sup>16,17</sup> houve um caso de cefaleia em salva.

Das cefaleias secundárias, a prevalência é menor, em nossa vivência; foram cervicogenica, pós-herpética, medicamentosa e por hipóxia e apneia do sono. A que diminui muito qualidade de vida das pessoas de idade é a cefaleia pós-herpes. Há muitas controvérsias quanto ao diagnóstico da cervicalgia nos idosos; da cefaleia secundária aos medicamentos esperávamos ter uma incidência maior pelo uso crônico e serem polimedicados, o que não ocorreu; na cefaleia por hipóxia e apneia do sono, o tratamento adequado aliviou também outras patologias associadas<sup>22</sup> (hipertensão, depressão, ansiedade e demência).

A cefaleia causada por medicamentos, como o nitrato, ocorreu em uma paciente hipertensa em uso de bloqueadores de canal de cálcio; talvez, se estivesse em uso dos inibidores de enzima de conversão ou  $\beta$  bloqueadores, esses atuariam melhor como drogas profiláticas<sup>11</sup>.

Pacientes com demência e que apresentam cefaleia, suas queixas são pouco valorizadas e, algumas vezes, negligenciadas, por se acreditar que eles têm déficit cognitivo e

não sabem informar sobre a dor. O que comprovamos é que se o profissional questionar e ouvir do paciente, cuidadores e familiares as respostas com atenção devida, ele consegue caracterizar bem a cefaleia do paciente, diminuir os distúrbios comportamentais secundários à dor e prevenir complicações da cefaleia como a cegueira pelo glaucoma, por exemplo.

## CONCLUSÃO

Houve maior predomínio das cefaleias primárias, dessas, a tensional foi mais prevalente com idade de início a partir de 60 anos. Houve maior predomínio da migrânea na faixa etária mais jovem (60-74 anos). Não há diferença de funcionalidade nas diferentes faixas etárias. A cefaleia não é freqüente nos idosos, mas quando existe é incapacitante. Os pacientes com déficit cognitivo leve a moderado conseguem descrever bem a dor. A depressão e a hipertensão foram as doenças associadas mais prevalentes.

## REFERÊNCIAS

1. FINUCANE ET. **How is geriatrics different from general internal medicine?** *Geriatrics and Gerontology Internacional*, 2004.4: 259-261.
2. BENSEÑOR IM, LOTUFO PA, GOULART AC, MENEZES PR & SCAZUFCA M. **The prevalence of headache among elderly in a low-income area of.** São Paulo, Brazil. *Cephalalgia* 2008, 28:329–333.
3. SOUZA AJ, MOREIRA FFP, JEVOUX CC, ALBERTINO S, SARMENTO ME, BRITO MC. **Idade como um fator de risco independente para cefaleias secundárias.** *Arq. Neuropsiquiatr*, 2004.62 (4):1038-1045.
4. PFAFENRATH V. **Headache in the elderly.** *News in Headache* 1995; 5:2.
5. BIONDI DM, SAPER JR. **Geriatric headache.** How to make the diagnosis and manage the pain. *Geriatrics* 00; 55: 40-50.
6. EVANS W. R. **New Onset Migraine in the Elderly Headache.** 42:946-947, 2002.
7. AGEING – exploding the myths. **Ageing and Health Programme (AHE).** Geneva: WHO, 1999:1–21
8. ROBERT M Palmer. **Continuity of Care.** *Current Geriatric Diagnostic and Treatment*, Press, 2004,2:5-6,
9. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. **The International Classification of Headache Disorders**, 2nd edn. *Cephalalgia*, 2004, 24 (Suppl.1):1–160.
10. Valença M M, Valença L PAA, Martins C, Aragão MFV, Batista LL, Peres MFP, et al. **Cluster headache and intracranial aneurism.** *J Headache Pain* 2007; 8:277-282
11. MAZZOTTA G, GALLAI V, ALBERTI A, BAilleci AMR, COPPOLA F & SARCHIELLI P. **Characteristics of migraine in an out-patient population over 60 years of age.** *Cephalalgia* 2003; 23:953–960.
12. ONDER G, PAHOR M, GAMBASSI G, FEDERICI A, SAVO A, CARBONIN P, et al **Association between ACE inhibitors use and headache caused by nitrates among hypertensive patients: results from the Italian group of pharmacoepidemiology in the elderly (GIFA).** *Cephalalgia* 2003; 23:901–906.
13. SILBERSTEIN SD, LIPTON RB, SOLOMON S, MATHEW NT. **Classification of daily and near-daily headaches: Proposed revisions to the IHS Criteria.** *Headache* 1994; 34:1–7.

14. SCHWAIGER J, KIECHL S, SEPPI K, SAWIRES M, STOCKNER H, ERLACHER T, et al. **Prevalence of primary headaches and cranial neuralgias in men and women aged 55–94 years (Bruneck Study)**. *Cephalalgia* 2009; 29:179–187.
15. FUH J-L, WANG S-J, Lu S-R. Tsai P-H, Lai T-H & Lai K-L. **A 13-year long-term outcome study of elderly with chronic daily headache**. *Cephalalgia* 2008; 28:1017–1022.
16. HAAN J., HOLLANDER J., FERRARI M.D. **Migraine in the elderly: a review**. *Cephalalgia* 2007; 27: 97-106. London.
17. TZOURIO C, GAGNIÈRE B, EI AMRANI M, ALPÉROVITCH A & BOUSSER M-G. **Relationship between migraine, blood pressure and carotid thickness**. A population-based study in the elderly. *Cephalalgia* 2003; 23:914–920.
18. MATTSSON P, SVAÈRDSUDD K. Lundberg PO & Westerberg C-E. **The prevalence of migraine in women aged 40±74 years: a population-based study**. *Cephalalgia* 2000; 20:893±899.
19. MARTINS M. K., BORDINI A. C., BIGAL E. M., SPECIALI G. J. **Migraine in the Elderly: A Comparison With Migraine in Young Adults**. *Headache* 2006; j.1526-4610.
20. MOSEK A. Hering-Hanit R, Kuritzky A. **New-onset cluster headache in middle-age and elderly women**. *Cephalalgia* 2001; 21:198-200.
21. RUOFF GE. **Headache in elderly patients: how to recognize and manage benign types**. *Postgrad Med*. 1993; 94: 109-10, 113-6, 119-21.
22. SAND T, HAGEN K, SCHRADER H. **Sleep apnoea and chronic headache**. *Cephalalgia* 2003; 23: 90-95

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Trabalhar com um sintoma onde o profissional depende das informações dos pacientes, muitas vezes imprecisas, exige do médico paciência, dedicação e conhecimento, para tratar corretamente a dor que aflige o doente fazem parte de um dos princípios da arte médica; *se não pode curar, que alivie*.

A dor de cabeça é um dos males que atinge a população mundial, muitas das pessoas que padecem desse mal acabam acostumando com o sofrimento e o encara como inevitável outras procuram alívio de forma insistente, levando o médico a dedicar-se ativamente sobre o assunto. Embora, a dor de cabeça seja uma queixa antiga, atestada por descrições de 5.000 anos atrás, o seu estudo só começou no século XX. Foi na década de 1930 que um professor de neurologia de Nova York, Harold Wolff, organizou um grupo de médicos do New York Hospital para procurar as causas da cefaleia e classificar os diferentes grupos de dor de cabeça, que naquela época já se sabia serem muitos. Em 1942, Wolff publicou o livro *Headache and other head pain (Cefaleia e outras dores de cabeça)*, que apresentou poucas informações a respeito dos tratamentos e foi frustrante para os médicos interessados em solucionar o problema dos seus pacientes, mas, o livro foi o primeiro estímulo para o estudo da doença.

Por ser na cabeça e, a maior parte das vezes, no crânio, o estudo da cefaleia coube aos neurologistas, e os avanços nessa área se devem aos profissionais do mundo inteiro. Houve um papel muito importante também de alguns farmacologistas, à medida que se avançava nas pesquisas, os conhecimentos de fenômenos e explicações farmacológicas foram necessários. Em 1988 foi realizada a primeira publicação sobre classificação e critérios diagnósticos das cefaleias, nevralgias e dor facial pela Sociedade Internacional de Cefaleia. A segunda publicação foi realizada em 2004, sendo uma revisão da primeira, e talvez outra revisão possa acontecer em alguns anos próximos, à medida que os conhecimentos a esse respeito forem evoluindo. A tendência em qualquer especialidade médica será trabalhar com uma equipe interdisciplinar, e isso será válido também para o estudo das cefaleias.

# **A N E X O S**

## ANEXO 1

## Carta de Aprovação do Estudo Pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hemope Recife.

|   |  |  |
|---|--|--|
|  | <p align="center"><b>Comitê de Ética em Pesquisa</b></p> <p>Av. Joaquim Nabuco, 171 Graças Recife-PE<br/>       CEP: 52011.000- Tel.: (81) 3182-4771<br/>       C- eletrônico: cep. hemope@gmail.com</p> |  <p align="center">UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO</p> |
|---|--|--|

**1 - DADOS SOBRE O PROJETO** **PARECER FINAL: Nº. 025/2009**

**Título do Projeto:** Cefaléia no Idoso.  
**Instituição Solicitante:** Universidade Federal de Pernambuco- UFPE  
**Pesquisadora:** Lúcia Cristiane Leite de Araújo  
**Identidade:** 3732840 **CPF:** 233.651.963-15 **Telefone:** 81 – 3241-6099  
**Finalidade:** Conclusão de Mestrado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento.  
**Orientador:** Dr. Marcelo Valença  
**Local de Desenvolvimento do Projeto:** Ambulatório do Serviço de Assistência Social aos Servidores da Polícia Civil- SASSEP.

**2 - COMENTÁRIOS DOS RELATORES:**

**Objetivo Geral:** Classificar os pacientes com cefaléia baseado na Classificação Internacional das Cefaléias, nas diferentes faixas etárias segundo os parâmetros universalmente aceitos na Geriatria, idoso jovem e muito idoso.

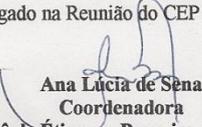
**Objetivos Específicos:** Identificar as cefaléias mais prevalentes em diferentes faixas etárias; Comparar dados de diferentes faixas etárias entre os pacientes e em relação do grupo controle; Conhecer as peculiaridades das manifestações da cefaléia neste grupo etário; Avaliar a frequência das diversas formas de cefaléia em ambulatório especializado de geriatria; Quais as patologias crônicas mais frequentemente associadas com a cefaléia e Avaliar se a cefaléia interfere com a capacidade funcional do idoso.

**3 - PARECER DO RELATOR:** O Comitê de Ética em Pesquisa do Hemope (CEP), em cumprimento aos dispositivos da Resolução 196/96 e complementares, após acatar as modificações apresentadas ao relator, membro deste Comitê, relativamente às exigências apontadas no Parecer nº. 025/09, considera **APROVADO** o protocolo de pesquisa supracitado, uma vez que este não colide, aparentemente com os princípios básicos da bioética – a não maleficência, a beneficência, a autonomia e a justiça, além do sigilo.

**4 - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:**

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo ao seu cuidado (Res. 196/96 – Item IV.1.f), devendo receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após serem analisadas as razões da descontinuidade, pelo CEP, que o aprovou (Res. CND Item III. 1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou, quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3).
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave, ocorrido – mesmo que tenha sido em outro centro e enviar notificação ao CEP e ANVISA, junto com o seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-los também à ANVISA, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97. Item III.2.e).
- **Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.**

Homologado na Reunião do CEP de 24/2/2010

  
**Ana Lúcia de Sena**  
 Coordenadora  
 Comitê de Ética em Pesquisa -HEMOPE

## ANEXO 2

## Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Convido-lhe a participar de questionário sobre **Cefaléia no Idoso**

Com este trabalho, tentamos entender melhor, como se apresenta a dor nas pessoas de idade avançada, as doenças associadas e buscar um tratamento mais adequado.

É importante ressaltar que a participação neste estudo, não alterará o acompanhamento regular dos pacientes nos locais que são atendidos.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou participar das entrevistas. Caso decida não participar da pesquisa ou resolver a qualquer momento desistir da participação, não haverá modificação na assistência que vem recebendo na instituição, caso seja paciente dela.

Caso os dados deste estudo sejam apresentados em artigos científicos ou congressos, não haverá identificação dos indivíduos participantes.

O pesquisador estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados.

Recife, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do Participante da Pesquisa/ ou Responsável

Assinatura do Pesquisador Responsável

Testemunhas: \_\_\_\_\_

Contatos:

**Pesquisador Responsável**

Lúcia Cristiane Leite de Araújo

End-R. Dr. Malaquias, 145 apto 1101 Aflitos Recife PE

Tel.: (81) 3241-1537 / Cel: (81) 99737957.

### ANEXO 3

#### Questionário para caracterização da cefaleia

**CONSULTÓRIO GERIÁTRICO  
DRA. LÚCIA CRISTIANE LEITE DE ARAÚJO  
CREMEPE Nº. 8639**

|   |
|---|
| Nome: _____ Data: __/__/__              |
| DN: _____ Idade: _____ Profissão: _____ |

Anamnese.

1- Há quanto tempo você tem dor de cabeça?

Menos de 6 meses. ( ) Entre 6 meses e 1 ano ( ) Entre 1 e 3 anos ( ) Mais de 3 anos ( )

Mais de 10 anos. Especifique: \_\_\_\_\_

2- Sua dor de cabeça ficou mais freqüente ( vindo mais vezes) ou mais forte de algum tempo pra cá?  
Sim ( ) Não ( )

Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

3- Geralmente, como é sua dor de cabeça?

Pulsa /lateja ( ) É tipo peso/ pressão ( ) Queima / arde ( ) parece com choque no rosto ( )

Outro tipo? Qual ? \_\_\_\_\_

4- Geralmente sua dor de cabeça é:

Na frente da cabeça ( ) Na Lateral da cabeça ( ) Na frente e na lateral da cabeça ( )

Só de um lado, sendo sempre do mesmo lado? Qual? \_\_\_\_\_

Só de um lado, sendo cada vez de um lado ( ) No topo da cabeça ( )

Na parte de trás da cabeça ( ) Difusa em toda cabeça ( ) envolvendo o pescoço ( )

5- Geralmente, sua dor de cabeça ( na maior parte do tempo ):

É leve ( ) É média ( ) É forte ( )

6- Geralmente, sua dor de cabeça:

Começa leve e aumenta ( ) Começa forte e diminui ( ) Começa e fica de igual intensidade ( )

7- Geralmente, sua dor de cabeça:

É acompanhada de enjôo ( ) É acompanhada de vômitos ( )

A claridade incomoda mais do que quando está sem dor ( )

Os barulhos incomodam mais do que quando está sem dor de cabeça ( )

Os cheiros incomodam mais do que quando sem dor nenhuma ( )

8- Geralmente, durante a sua dor, você:

Prefere caminhar ou se exercitar ( ) Prefere ficar quieto e recolhido a um canto escuro e tranqüilo ( )

É indiferente a isto ( ) Outros ( )

9- Geralmente, sua dor de cabeça dura:

Até 2 horas ( mesmo com remédio) ( ) Até 4 horas ( mesmo com remédio) ( )

Até 6 horas ( mesmo com remédio) ( ) Entre 6 e 10 horas ( mesmo com remédio) ( )

Mais de 12 horas ( mesmo com remédio) ( ) Mais de 24 horas ( mesmo com remédio) ( )

Especifique a duração média: \_\_\_\_\_

10- Você geralmente, sente dor de cabeça ( mesmo leve) :

Menos de 1 vez por mês ( ) 1 vez por mês ( )

1 dias por semana ( ) 2 dias por semana ( )

3 dias por semana ( ) 4 dias por semana ( )

5 dias por semana ( ) 6 dias por semana ( )

7 dias por semana ( )

11- EAD:

12- Interfere nas AVD'S?

Sim ( ) Não ( )

13- Estresse na infância?

Sim ( ) não ( )

14- Você geralmente toma remédios para a sua dor de cabeça?

Sim ( ) não ( )

15- Quantas vezes por semana você geralmente toma remédios para a sua dor de cabeça?

Menos de 1 vez a cada 10 dias ( )

Menos de 1 vez a cada 7 dias ( )

1 dia por semana ( )

2 dias por semana ( )

3 dias por semana ( )

4 dias por semana ( )

5 dias por semana ( )

6 dias por semana ( )

7 dias por semana ( )

16- Quantos tipos de remédios você geralmente toma para a crise de dor de cabeça?

1 tipo de remédio ( )

2 tipos de remédios ( )

3 tipos de remédios ( )

Mais de 3 tipos remédios ( )

17- Antes da sua dor de cabeça, você apresenta aura ou prodromos:

Pontos brilhantes, manchas ou linhas na visão ( ) Fadiga ( )

Bocejos ( ) Formigamentos, dormências ( ) Alteração de apetite ( )

Dificuldade Transitória para falar ( ) Alteração de humor ( ) Alteração de consciências ( )

Outros? \_\_\_\_\_

18- Durante sua dor de cabeça, você apresenta:

Um dos olhos vermelhos. Qual? \_\_\_\_\_

Lacrimejamento em um dos olhos. Qual? \_\_\_\_\_

Um Lado do nariz entupido. Qual? \_\_\_\_\_

19- Sua dor de cabeça tem horário preferencial?

Madrugada ( ) Manhã ( ) Tarde ( ) Noite ( )

Acorda no meio da noite com dor, mesmo quando deitou sem ela ( )

Acorda pela manhã com dor, mesmo quando deitou sem ela ( )

20- Medicamentos você já usou para sua dor de cabeça?

Neosaldina ( )    Cefaliv ( )    Naramig ( )    Atenolol ( )    Topamax ( )  
 Ormigrem ( )    Cefalium ( )    sumax ( )    flunarizina ( )    Sandomigran ( )  
 Paracetamol ( )    Dipirona ( )    Zomig ( )    Amitripilina ( )    Deserila ( )  
 AAS ( )    Dorflex ( )    Maxalt ( )    Nortriplina ( )    Diazepínicos ( )  
 Naproxeno ( )    Tandrilax ( )    Propranolol ( )    Depakote ( )

Outros? Quais? \_\_\_\_\_

21- Há algum fator que já desencadeou claramente a sua dor, mesmo que uma ou duas vezes?

Queijo Amarelo( )    Doces( )    Salsichas ( )    Chocolate ( )  
 Banana ( )    Laranja ( )    Pêssego ( )    Abacaxi ( )  
 Limão ( )    Presunto ( )    Salame ( )    Vinho tinto ( )  
 Cerveja ( )    Chopp ( )    Champanhe ( )    Muito sol ( )  
 Jejum Prolongado ( )    Estresse ou ansiedade ( )    Dormim menos ( )    Dormir Mais ( )  
 Cheiros fortes ( )    Menstruação ( antes –durante- depois) ( )    Aspartame ( )

Outros? \_\_\_\_\_

22- Há Casos de dor de cabeça, mesmo diferente da sua, na sua família?

Avô paterno ( )    Avô materna( )    Avó paterno ( )    Avó materna ( )  
 Tio paterno ( )    Tia Materna ( )    Tio paterno ( )    Tia materna ( )  
 Pai ( )    Mãe ( )    Irmão ( )    Irmã ( )  
 Filha ( )    Filho ( )    Sobrinho ( )  
 Primo ( )    Prima ( )

23- Assinale quais as especialidades de profissionais, você já procurou **Especificamente** por causa de sua dor de cabeça?

## ANEXO 4

## Mine Exame do Estado Mental – MEEM

## MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

(Folstein, Folstein &amp; McHugh, 1.975)

Paciente: \_\_\_\_\_

Data da Avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Avaliador: \_\_\_\_\_

**ORIENTAÇÃO**

- Dia da semana (1 ponto) .....( )
- Dia do mês (1 ponto) .....( )
- Mês (1 ponto) .....( )
- Ano (1 ponto) .....( )
- Hora aproximada (1 ponto) .....( )
- Local específico (apartamento ou setor) (1 ponto) .....( )
- Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto) .....( )
- Bairro ou rua próxima (1 ponto) .....( )
- Cidade (1 ponto) .....( )
- Estado (1 ponto) .....( )

**MEMÓRIA IMEDIATA**

- Fale 3 palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta .....( )  
Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

**ATENÇÃO E CÁLCULO**

- (100 - 7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (1 ponto para cada cálculo correto) .....( )  
(alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente)

**EVOCAÇÃO**

- Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra) .....( )

**LINGUAGEM**

- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos) .....( )
- Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá" (1 ponto) .....( )
- Comando: "pegue este papel com a mão direita dobre ao meio e coloque no chão (3 pts) .....( )
- Ler e obedecer: "feche os olhos" (1 ponto) .....( )
- Escrever uma frase (1 ponto) .....( )
- Copiar um desenho (1 ponto) .....( )

ESCORE: (\_\_\_\_/30)

**ANEXO 5****Escala de Depressão Geriátrica****ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA**

1. Você está satisfeito com a sua vida? **Sim/Não**
2. Você modificou suas atividades e interesses? **Sim/Não**
3. Você sente que sua vida está vazia? **Sim/ Não**
4. Você se sente aborrecido com frequência? **Sim/Não**
5. Você está de bom humor durante a maior parte do tempo ? **Sim/ Não**
6. Você teme que algo de ruim aconteça? **Sim / Não**
7. Você se sente feliz durante a maior parte do tempo? **Sim/ Não**
8. Você se sente desamparada com frequência ? **Sim / Não**
9. Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? **Sim/ Não**
10. Você acha que apresenta mais problemas com a memória do que antes ? **Sim/Não**
11. Atualmente, você acha maravilhoso estar vivo(a)? **Sim/ Não**
12. Você considera inútil a forma em que se encontra agora ? **Sim/ Não**
13. Você se sente cheio de energia ? **Sim/ Não**
14. Você considera sem esperança a situação em que se encontra ? **Sim/ Não**
15. Você considera que a maioria das pessoas está melhor do que você ? **Sim/ Não**

## ANEXO 6

## Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton

| <b>Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton</b>   |                          |
|---|--------------------------|
| 1. <b>HUMOR ANSIOSO</b> (inquietação, temor do pior, apreensão quanto ao presente ou ao futuro, maus pressentimentos, irritabilidade etc.).   | <input type="checkbox"/> |
| 2. <b>TENSÃO</b> (sensação de tensão, fadiga, reações de sobressalto, choro fácil, tremores, sensação de cansaço, incapacidade de relaxar e agitação).  | <input type="checkbox"/> |
| 3. <b>MEDOS</b> (de escuro, de estranhos, de ficar só, de animais de grande porte, do trânsito, de multidões etc.).   | <input type="checkbox"/> |
| 4. <b>INSÔNIA</b> (dificuldade em adormecer, sono interrompido, sono insatisfatório, fadiga de acordar, sonhos penosos, pesadelos, terror noturno etc.).  | <input type="checkbox"/> |
| 5. <b>DIFICULDADES INTELECTUAIS</b> (dificuldade de concentração, falhas de memória etc.).  | <input type="checkbox"/> |
| 6. <b>HUMOR DEPRIMIDO</b> (perda de interesse, oscilação de humor, depressão, despertar precoce etc.).  | <input type="checkbox"/> |
| 7. <b>SOMATIZAÇÕES MOTORAS</b> (dores musculares, rigidez muscular, contrações espásticas, contrações involuntárias, ranger de dentes, voz insegura etc.).  | <input type="checkbox"/> |
| <b>TOTAL PARCIAL</b>  | <input type="checkbox"/> |
| 8. <b>SOMATIZAÇÕES SENSORIAIS</b> (ondas de frio ou calor, sensação de fraqueza, visão borrada, sensação de picadas, formigamento, sensações auditivas de ruído, zumbidos etc.).  | <input type="checkbox"/> |
| 9. <b>SINTOMAS CARDIOVASCULARES</b> (taquicardia, palpitações, dores no peito, sensação de desmaio, sensação de extra-sístoles etc.).   | <input type="checkbox"/> |
| 10. <b>SINTOMAS RESPIRATÓRIOS</b> (pressão ou constrição no peito, dispneia, respiração suspirosa, sensação de sufocação etc.).   | <input type="checkbox"/> |
| 11. <b>SINTOMAS GASTRINTestinais</b> (deglutição difícil, aerofagia, dispepsia, sensação de plenitude, dor pré ou pós-prandial, pirose, meteorismo, náusea, vômitos, sensação de vazão gástrico, diarreia ou constipação e cólicas).  | <input type="checkbox"/> |
| 12. <b>SINTOMAS GENITURINÁRIOS</b> (polaciúria, urgência de micção, amenorreia, menorragia, frigidez, ejaculação precoce, ereção incompleta, impotência, diminuição da libido etc.).  | <input type="checkbox"/> |
| 13. <b>SINTOMAS NEUROVEGETATIVOS</b> (boca seca, palidez, ruborização, tendência à sudação, tonturas, cefaleia de tensão etc.).   | <input type="checkbox"/> |
| 14. <b>COMPORTAMENTO DURANTE A ENTREVISTA</b> (geral: tenso, pouco à vontade, inquieto, agitação das mãos (mexer, retorcer, cacoetes e tremores), franzir a testa e face tensa. Fisiológico: engolir a saliva, eructações, dilatação pupilar, sudação, respiração suspirosa etc.).  | <input type="checkbox"/> |
| <b>TOTAL GERAL</b>  | <input type="checkbox"/> |
| <b>Pontuação:</b> A pontuação para cada item varia de 0 a 4 (0 = ausente, 1 = leve, 2 = moderado, 3 = grave, 4 = incapacitante). Pontuação total de 18 a 24 = ansiedade leve; 25 a 30 = ansiedade moderada; $\geq 30$ = ansiedade grave. Pontuação de HAM-A > 18 pode ser observada em pacientes com síndrome do pânico como diagnóstico principal. |                          |

## ANEXO 7

## Escala de Atividades Instrumentais de Vida diária

## Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) de Lawton

|  |  |             |
|--|--|-------------|
| 1. O(a) Sr.(a) consegue usar o telefone?   | sem ajuda<br>com ajuda parcial<br>não consegue | 3<br>2<br>1 |
| 2. O(a) Sr.(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?  | sem ajuda<br>com ajuda parcial<br>não consegue | 3<br>2<br>1 |
| 3. O(a) Sr.(a) consegue fazer compras?   | sem ajuda<br>com ajuda parcial<br>não consegue | 3<br>2<br>1 |
| 4. O(a) Sr.(a) consegue preparar suas próprias refeições?  | sem ajuda<br>com ajuda parcial<br>não consegue | 3<br>2<br>1 |
| 5. O(a) Sr.(a) consegue arrumar a casa?  | sem ajuda<br>com ajuda parcial<br>não consegue | 3<br>2<br>1 |
| 6. O(a) Sr.(a) consegue fazer os trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?  | sem ajuda<br>com ajuda parcial<br>não consegue | 3<br>2<br>1 |
| 7. O(a) Sr.(a) consegue lavar e passar sua roupa?  | sem ajuda<br>com ajuda parcial<br>não consegue | 3<br>2<br>1 |
| 8. O(a) Sr.(a) consegue tomar seus remédios na dose certa e horário correto?   | sem ajuda<br>com ajuda parcial<br>não consegue | 3<br>2<br>1 |
| 9. O(a) Sr.(a) consegue cuidar de suas finanças?   | sem ajuda<br>com ajuda parcial<br>não consegue | 3<br>2<br>1 |
| Para cada questão, a primeira resposta significa independência; a segunda, capacidade com ajuda; e a terceira, dependência. A pontuação máxima é de 27 pontos, e o escore tem um significado apenas para o paciente individual, servindo como base para comparação evolutiva. As questões 4 a 7 podem ter variações conforme o sexo, podendo ser adaptadas para atividades como subir escadas ou cuidar do jardim. |  |             |

## ANEXO 8

## Escala de Atividades Básicas de Vida Diária

| Escala de Atividades Básicas de Vida Diária |   |     |     |
|---|---|-----|-----|
| Atividade                                   | Independente  | Sim | Não |
| 1. Banho                                    | Não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para uma parte do corpo                                      |     |     |
| 2. Vestir-se                                | Pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos                          |     |     |
| 3. Higiene pessoal                          | Vai ao banheiro, usa o banheiro, veste-se e retorna sem qualquer ajuda (pode usar andador ou bengala) |     |     |
| 4. Transferência                            | Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar sem ajuda (pode usar andador ou bengala)        |     |     |
| 5. Continência                              | Controla completamente urina e fezes  |     |     |
| 6. Alimentação                              | Come sem ajuda (exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão)                                   |     |     |

O escore total é o somatório de respostas "sim". Total de 6 pontos significa independência para AVD; 4 pontos, dependência parcial; 2 pontos, dependência importante. Modificado de Katz S, Downs TD, Cash HR *et al. Gerontologist*, 1970; 10:20-30.

## ANEXO 9

## O'Clock Test

### Teste do Desenho do Relógio de Acordo com Sunderland *et al.*, 1989. Orientações para Aplicação e Avaliação dos Resultados

Dê-lhe uma folha de papel em branco e diga-lhe: "Desenhe um relógio com todos os números. Coloque os ponteiros marcando 2h45min." (guarde o desenho com a ficha).

Avaliação: 10-6: relógio e número estão corretos.

10 - hora certa

9 - leve distúrbio nos ponteiros (p. ex.: ponteiro das horas sobre o 2)

8 - distúrbios mais intensos nos ponteiros (p. ex.: anotando 2h20min)

7 - ponteiros completamente errados

6 - uso inapropriado (p. ex.: uso de código digital ou de círculos envolvendo números)

Avaliação: 5-1: desenhos do relógio e dos números incorretos.

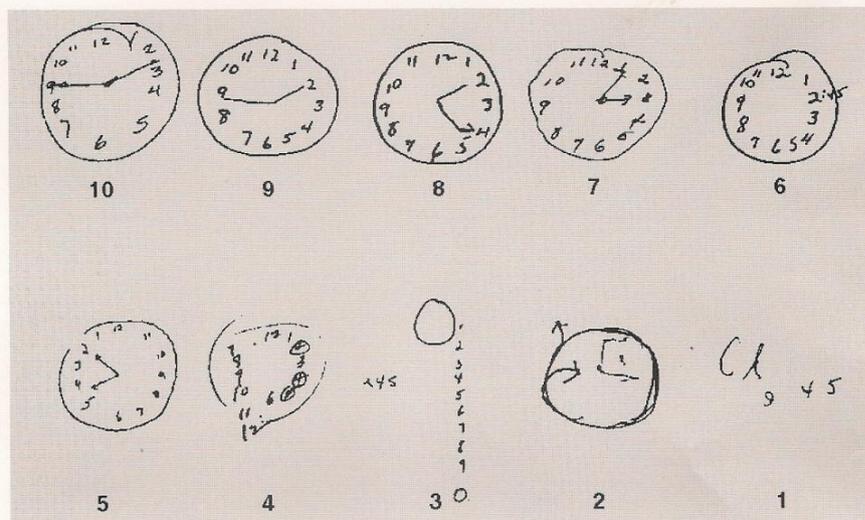
5 - números em ordem inversa ou concentrados em alguma parte do relógio

4 - números faltando ou situados fora dos limites do relógio

3 - números e relógio não mais conectados. Ausência de ponteiros

2 - alguma evidência de ter entendido as instruções, mas o desenho apresenta vaga semelhança com um relógio

1 - não tentou ou não conseguiu representar um relógio



## ANEXO 10

## Escala de Isquemia de Hachinski

| Escala de isquemia de Hachinski            |        |
|--|--------|
|  | Pontos |
| Início súbito                              | 2      |
| Deterioração por surtos                    | 1      |
| Curso com flutuações                       | 2      |
| Confusão noturna                           | 1      |
| Prevenção relativa da personalidade        | 1      |
| Depressão                                  | 1      |
| Sintomas somáticos                         | 1      |
| Labilidade emocional/incontinência emotiva | 1      |
| Antecedente de hipertensão arterial        | 1      |
| Antecedente de acidente cerebrovascular    | 2      |
| Evidência de arterosclerose associada      | 1      |
| Sintomas neurológicos focais               | 2      |
| Sinais neurológicos focais                 | 2      |

**Pontuação máxima = 18 pontos**

7 sugere demência vascular ou multienfarto

A avaliação da demência multienfarto pode ser difícil, já que com frequência coexiste e interage com a doença de Alzheimer. Uma metodologia diagnóstica sistemática ajuda a diferenciar essas entidades ou, pelo menos, contribui para a identificação de fatores vasculares relacionados com o quadro demencial em estudo.

Apesar de suas limitações, a escala de Hachinski constitui um método válido, econômico e sensível de avaliar a demência multienfarto.

**Referências:**

Hachinski V *et al.* Cerebral blood flow in dementia. Arch Neurol 1975; 32:632-7.

Hachinski V. Multi-infarct dementia. Neuro Clin 1983; 1:27-36.

Hachinski V. The assessment of multi-infarct dementia. Em Chopra JS: Progress in Cerebrovascular Disease. 1th Edit. Elsevier 1990; 103-8.

## ANEXO 11

## Escala Analógia da Dor

# Acompanhamento da dor

**Nome** \_\_\_\_\_ **Idade** \_\_\_\_\_

**Diagnóstico (causa da dor)** \_\_\_\_\_

Dor é uma sensação subjetiva, ou seja, cada pessoa interpreta e manifesta de formas individualizadas. Para que possa perceber e acompanhar a eficácia do tratamento, marque com um X no campo correspondente ao momento da avaliação (**importante anotar a data e hora**).

Ao longo de um período, você poderá acompanhar a evolução do quadro e melhor informar o seu médico.

|             |   |   |   |  |   |
|-------------|---|---|---|--|---|
| <b>Data</b> |  |  |  |  |  |
|             | 0   | 1   2   | 3   4   5   | 6   7   8  | 9   10  |
| <b>Hora</b> | Sem dor   | Leve  | Moderada  | Intensa  | Pior dor possível   |
|             |   |   |   |  |   |

|             |   |   |   |  |   |
|-------------|---|---|---|--|---|
| <b>Data</b> |  |  |  |  |  |
|             | 0   | 1   2   | 3   4   5   | 6   7   8  | 9   10  |
| <b>Hora</b> | Sem dor   | Leve  | Moderada  | Intensa  | Pior dor possível   |
|             |   |   |   |  |   |

## ANEXO 12

## Escala Clínica de Avaliação de Demência

| ESCALA CLÍNICA DE AVALIAÇÃO DE DEMÊNCIA - CDR   |   |  |  |  |   |
|---|---|--|--|--|---|
|   | 0   | 0,5  | 1  | 2  | 3   |
| <b>MEMÓRIA</b>                                  | Sem perda de memória ou pequenos e ocasionais esquecimentos                               | Pequenos mas freqüentes esquecimentos; lembrança parcial de acontecimentos.              | Moderada perda de memória principalmente para acontecimentos recentes, interferindo nas atividades do dia a dia.                               | Severa perda de memória: lembra apenas de assuntos interessantes vivenciados, informações novas são rapidamente esquecidas.                  | Severa perda de memória, somente fragmentos permanecem.                       |
| <b>ORIENTAÇÃO</b>                               | Orientação perfeita   | Totalmente orientado exceto por pequenas dificuldades relacionadas com o tempo (horário) | Moderada dificuldade com orientação temporal; orientado com relação ao local do exame, pode haver desorientação geográfica para outros locais. | Severa dificuldade relacionada com o tempo; freqüentemente desorientado com relação a tempo e espaço.  | Total desorientação tempo-espacial; reconhece apenas as pessoas mais íntimas. |
| <b>JULGAMENTO E CAPACIDADE DE DISCERNIMENTO</b> | Resolve bem os problemas do cotidiano; bom discernimento.                                 | Alguna dificuldade na resolução de problemas, semelhanças e diferenças.                  | Moderada dificuldade em resolver problemas por si mesmo; dificuldades no discernimento de semelhanças e diferenças.                            | Importante dificuldade em resolver problemas com independência discernir entre semelhanças e diferenças, crítica e julgamento comprometidos. | incapaz de resolver problemas.  |
| <b>PARTICIPAÇÃO SOCIAL</b>                      | Independência no desempenho profissional, nas compras, finanças e nas atividades sociais. | Algumas dificuldades nessas atividades.  | Apresenta dependência nessas atividades, apesar de poder participar de algumas; aparenta não apresentar anormalidades à primeira vista.        | Sem interesse em manter atividades fora de casa; apresenta estar bem para sair e manter atividades fora de casa.                             | Aparenta não ter condições de desempenhar atividades fora de casa.            |
| <b>AFAZERES DOMÉSTICOS E PASSATEMPOS</b>        | Vive em família; passatempos e interesses intelectuais mantidos.                          | Vive em família; passatempos e interesse intelectual levemente afetado.                  | Suave mas definitiva dificuldade com atividades domésticas, deixa de realizar atividades domésticas e passatempos mais difíceis.               | Apenas atividades simplificadas; interesses muito restritos.   | Atividade doméstica praticamente inexistente.                                 |
| <b>CUIDADOS PESSOAIS</b>                        | totalmente capaz e independente   | totalmente capaz e independente  | precisa ser incentivado/ instruído.  | necessita de assistência para vestir e assear-se.  | Requer muita ajuda para cuidados pessoais; frequentemente incontinente        |

## ANEXO 13

## Banco de Dados em Excel

| AVDs         | AVD COD | OCLOCK | MEN CODIFICADA | NEUROPSI | HACHINSKI | ESCALA ANALÓGICA DA DOR (EAD) | DÇA. TIRÓIDE | DÇA T CODIFICADA | INTERFERE NAS AVDS? | ESTRESSE NA INFÂNCIA |
|--------------|---------|--------|----------------|----------|-----------|-------------------------------|--------------|------------------|---------------------|----------------------|
| INDEP        | 1       | 10     | 1              | NÃO      | NÃO       | 8                             | NÃO          | 2                | SIM                 | SIM                  |
| INDEP        | 1       | 8      | 1              | NÃO      | NÃO       | 6                             | NÃO          | 2                | NÃO                 | SIM                  |
| INDEPENDENTE | 1       | 10     | 1              | NÃO      | não       | 4                             | NÃO          | 2                | NÃO                 | NÃO                  |
| INDEP        | 1       | 10     | 1              | NÃO      | NÃO       | 6                             | NÃO          | 2                | SIM                 | SIM                  |
| INDEP        | 1       | 8      | 1              | NÃO      | NÃO       | 6                             | NÃO          | 2                | SIM                 | SIM                  |
| INDEP        | 1       | 10     | 1              | NÃO      | NÃO       | 8                             | NÃO          | 2                | NÃO                 | NÃO                  |
| indep.       | 1       | 10     | 1              | NÃO      | NÃO       | 6                             | NÃO          | 2                | NÃO                 | SIM                  |
| INDEP        | 1       | 10     | 1              | NÃO      | NÃO       | 8                             | NÃO          | 2                | NÃO                 | SIM                  |
| INDEP        | 1       | 10     | 1              | NÃO      | NÃO       | 6                             | NÃO          | 2                | SIM                 | SIM                  |
| DEP          | 2       | 10     | 1              | NÃO      | NÃO       | 10                            | NÃO          | 2                | NÃO                 | SIM                  |
| DEPEND       | 2       | 8      | 1              | SIM      | 3         | 6                             | NÃO          | 2                | SIM                 | NÃO                  |
| INDEP        | 1       | 10     | 1              | NÃO      | NÃO       | 6                             | SIM          | 1                | SIM                 | SIM                  |
| indep.       | 1       | 10     | 1              | NÃO      | NÃO       | 6                             | NÃO          | 2                | NÃO                 | SIM                  |
| INDEP        | 1       | 10     | 1              | NÃO      | NÃO       | 5                             | NÃO          | 2                | NÃO                 | NÃO                  |
| INDEP        | 1       | 10     | 1              | NÃO      | NÃO       | 4                             | SIM          | 2                | NÃO                 | NÃO                  |
| INDEP        | 1       | 10     | 1              | NÃO      | NÃO       | 8                             | NÃO          | 2                | NÃO                 | SIM                  |
| INDEP        | 1       | 10     | 1              | NÃO      | NÃO       | 4                             | SIM          | 1                | NÃO                 | NÃO                  |
| INDEP        | 1       | 0      | 1              | SIM      | 8         | 6                             | NÃO          | 2                | NÃO                 | NÃO                  |
| indep.       | 1       | 10     | 1              | NÃO      | NÃO       | 6                             | NÃO          | 2                | SIM                 | SIM                  |
| INDEP        | 1       | 10     | 1              | NÃO      | NÃO       | 8                             | NÃO          | 2                | NÃO                 | SIM                  |
| INDEP        | 1       | 0      | 1              | NÃO      | NÃO       | 10                            | NÃO          | 2                | NÃO                 | NÃO                  |
| INDEP        | 1       | 10     | 1              | NÃO      | NÃO       | 4                             | SIM          | 1                | SIM                 | SIM                  |
| INDEP        | 1       | 6      | 1              | NÃO      | NÃO       | 2                             | NÃO          | 2                | SIM                 | SIM                  |
| INDEP        | 1       | 10     | 1              | NÃO      | NÃO       | 4                             | SIM          | 1                | SIM                 | SIM                  |
| INDEP        | 1       | 10     | 1              | NÃO      | NÃO       | 8                             | NÃO          | 2                | NÃO                 | SIM                  |
| INDEP        | 1       | 10     | 1              | NÃO      | NÃO       | 6                             | NÃO          | 2                | NÃO                 | NÃO                  |
| INDEP        | 1       | 10     | 1              | NÃO      | NÃO       | 6                             | NÃO          | 2                | SIM                 | NÃO                  |
| INDEP        | 1       | 10     | 1              | NÃO      | NÃO       | 6                             | NÃO          | 2                | NÃO                 | SIM                  |
| INDEP        | 1       | 5      | 1              | SIM      | 0         | 6                             | NÃO          | 2                | NÃO                 | SIM                  |
| INDEP        | 1       | 10     | 1              | NÃO      | NÃO       | 4                             | NÃO          | 2                | NÃO                 | SIM                  |
| INDEP        | 1       | 8      | 1              | NÃO      | NÃO       | 4                             | NÃO          | 2                | NÃO                 | SIM                  |
| INDEP        | 1       | 10     | 1              | NÃO      | NÃO       | 4                             | NÃO          | 2                | NÃO                 | NÃO                  |
| INDEP        | 1       | 10     | 1              | NÃO      | NÃO       | 6                             | NÃO          | 2                | SIM                 | SIM                  |

|            |   |          |   |             |     |    |     |   |     |     |
|------------|---|----------|---|-------------|-----|----|-----|---|-----|-----|
| INDEP      | 1 | 10       | 1 | NÃO         | NÃO | 6  | NÃO | 2 | NÃO | SIM |
| INDEP      | 1 | 10       | 1 | NÃO         | NÃO | 9  | NÃO | 2 | SIM | NÃO |
| indep      | 1 | 8        | 1 | NÃO         | NÃO | 7  | NÃO | 2 | NÃO | SIM |
| INDEP      | 1 | 10       | 1 | NÃO         | NÃO | 4  | SIM | 1 | NÃO | NÃO |
| INDEP      | 1 | 10       | 1 | NÃO         | NÃO | 6  | NÃO | 2 | NÃO | SIM |
| INDEP      | 1 | 10       | 1 | NÃO         | NÃO | 6  | NÃO | 2 | SIM | NÃO |
| DEP        | 2 | 3        | 1 | SIM         |     | 4  | NÃO | 2 | SIM | NÃO |
| INDEP      | 1 | 8        | 1 | NÃO         | NÃO | 8  | NÃO | 2 | NÃO | NÃO |
| INDEP      | 1 | 10       | 1 | NÃO         | NÃO | 4  | NÃO | 2 | SIM | SIM |
| INDEP      | 1 | 10       | 2 | NÃO         | NÃO | 10 | NÃO | 2 | SIM | NÃO |
| INDEP      | 1 | 10       | 1 | NÃO         | NÃO | 8  | SIM | 1 | NÃO | SIM |
| INDEP      | 1 | 5(analf) | 1 | NÃO         | NÃO | 6  | NÃO | 2 | SIM | NÃO |
| INDEP      | 1 | 10       | 2 | NÃO         | NÃO | 10 | NÃO | 2 | NÃO | NÃO |
| DEPENDENTE | 2 | 8        | 1 | NÃO         | NÃO | 8  | NÃO | 2 | SIM | SIM |
| INDEP      | 1 | 10       | 1 | NÃO         | NÃO | 6  | NÃO | 2 | SIM | NÃO |
| INDEP      | 1 | 8        | 1 | NÃO         | NÃO | 6  | NÃO | 2 | NÃO | SIM |
| INDEP      | 1 | 10       | 1 | NÃO         | NÃO | 4  | NÃO | 2 | NÃO | NÃO |
| INDEP      | 1 | 10       | 1 | NÃO         | NÃO | 6  | NÃO | 2 | NÃO | NÃO |
| INDEP      | 1 | 10       | 1 | NÃO         | NÃO | 2  | NÃO | 2 | NÃO | NÃO |
| INDEP      | 1 | 10       | 2 | NÃO         | NÃO | 8  | NÃO | 2 | NÃO | NÃO |
| DEPEND     | 2 | 4        | 1 | SIM         | 14  | 4  | NÃO | 2 | SIM | SIM |
| INDEP      | 1 | 8        | 1 | NÃO         | NÃO | 9  | NÃO | 2 | SIM | NÃO |
| INDEP      | 1 | 8        | 1 | NÃO         | NÃO | 8  | NÃO | 2 | NÃO | NÃO |
| INDEP      | 1 | 5(ANALF) | 1 | NÃO         | NÃO | 3  | NÃO | 2 | NÃO | NÃO |
| INDEP      | 1 | 10       | 1 | NÃO         | NÃO | 6  | NÃO | 2 | NÃO | NÃO |
| INDEP      | 1 | 8        | 1 | SIM/ normal | NÃO | 6  | NÃO | 2 | SIM | NÃO |
| INDEP      | 1 | 10       | 1 | NÃO         | NÃO | 4  | NÃO | 2 | NÃO | SIM |
| INDEP      | 1 | 10       | 1 | NÃO         | NÃO | 5  | NÃO | 2 | SIM |     |
| DEPEND     | 2 | 8        | 2 | NÃO         | NÃO | 6  | NÃO | 2 | NÃO | NÃO |
| DEPENDENTE | 2 | 4        | 1 | SIM         | 9   | 5  | SIM | 1 | SIM | SIM |
| DEP        | 2 | 0        | 1 | SIM         |     |    | NÃO | 2 | NÃO | NÃO |
| INDEP      | 1 | 8        | 1 | SIM         | 6   | 4  | SIM | 1 | NÃO | SIM |
| INDEP      | 1 | 10       | 1 | NÃO         | NÃO | 5  | NÃO | 2 | NÃO | SIM |
| INDEP      | 1 | 0        | 1 | NÃO         | NÃO | 6  | NÃO | 2 | NÃO | NÃO |
| INDEP      | 1 | 4        | 1 | NÃO         | NÃO | 6  | NÃO | 2 | NÃO | SIM |
| DEPED      | 2 | 10       | 1 | SIM         | 3   | 3  | NÃO | 2 | SIM | SIM |
| DEP        | 2 | 0        | 1 | NÃO         | 11  | 6  | NÃO | 2 | NÃO | SIM |
| DEPED      | 2 | 4        | 1 | NÃO         | NÃO | 2  | NÃO | 2 | SIM | SIM |
| INDEP      | 1 | 8        | 1 | NÃO         | NÃO | 8  | NÃO | 2 | NÃO | SIM |
| INDEP      | 1 | 6        | 1 | NÃO         | NÃO | 3  | NÃO | 2 | NÃO | NÃO |
| depend     | 2 | 0        | 1 | SIM         | 3   | 5  | NÃO | 2 | não | NÃO |
| DEPEND     | 2 | 4        | 1 | NÃO         | NÃO | 4  | NÃO | 2 | NÃO | SIM |

|            |   |    |   |     |     |    |     |   |     |     |
|------------|---|----|---|-----|-----|----|-----|---|-----|-----|
| INDEP      | 1 | 10 | 1 | NÃO | NÃO | 4  | NÃO | 2 | SIM | SIM |
| indep.     | 1 | 5  | 1 | SIM |     | 3  | NÃO | 2 | SIM | SIM |
| DEPENDENTE | 2 | 2  | 2 | SIM | 7   | 7  | NÃO | 2 | sim | SIM |
| INDEP      | 1 | 6  | 1 | NÃO | NÃO | 10 | NÃO | 2 | SIM | SIM |
| DEPEND     | 2 | 5  | 1 | SIM |     | 6  | NÃO | 2 | NÃO | NÃO |
| INDEP      | 1 | 0  | 2 | SIM | 13  | 6  | NÃO | 2 | NÃO | SIM |
| indep.     | 1 | 10 | 1 | NÃO | NÃO |    | NÃO | 2 | NÃO | SIM |
| INDEP      | 1 | 10 | 1 | NÃO | NÃO | 8  | NÃO | 2 | SIM | NÃO |
| DEPEND     | 2 | 4  | 1 | NÃO | NÃO | 6  | NÃO | 2 | SIM | NÃO |
| DEP        | 2 | 0  | 1 | SIM | 3   | 6  | NÃO | 2 | SIM | NÃO |
| DEPEND     | 2 | 0  | 2 | SIM | 10  | 0  | NÃO | 2 | SIM | SIM |
| INDEP      | 1 | 0  | 1 | SIM | 4   | 8  | NÃO | 2 | NÃO | NÃO |
| DEPENDENTE | 2 | 8  | 1 | NÃO | NÃO | 5  | NÃO | 2 | NÃO | SIM |
| INDEP      | 1 | 4  | 1 | NÃO | NÃO | 6  | NÃO | 2 | SIM | NÃO |
| INDEP      | 1 | 8  | 1 | NÃO | NÃO | 8  | SIM | 1 | NÃO | NÃO |
| DEPEND     | 2 | 4  | 1 | SIM | 6   | 10 | NÃO | 2 | SIM | NÃO |
| depend     | 2 | 4  | 2 | sim | 10  | 6  | não | 2 | SIM | SIM |
| DEPENDENTE | 2 | 0  | 1 | SIM |     | 6  | NÃO | 2 | NÃO | NÃO |
| DEPED      | 2 | 6  | 2 | NÃO | NÃO | 5  | NÃO | 2 | NÃO | SIM |
| INDEP      | 1 | 8  | 2 | NÃO | NÃO | 6  | NÃO | 2 | SIM | SIM |
| indep      | 1 | 3  | 1 | SIM | 3   | 8  | NÃO | 2 | SIM | NÃO |
| DEPEND     | 2 | 0  | 1 | SIM | 3   | 8  | NÃO | 2 | NÃO | NÃO |
| INDEP      | 1 | 10 | 1 | NÃO | NÃO | 6  | NÃO | 2 | SIM | SIM |
| indep.     | 1 | 10 | 1 | NÃO | NÃO | 8  | NÃO | 2 | SIM | SIM |
| DEPEND     | 2 | 4  | 1 | SIM |     | 8  | NÃO | 2 | SIM | SIM |

## ANEXO 14

## Comprovante de Submissão do Artigo de Revisão

| Registro | Q. PRINCIPAL                             | IDADE EM ANOS | Genero | Depressão | Ansiedade | Demencia | Parkinson | HAS | DM | Artro/Osteo | Apneia | Dislipidemia | Obesid/SOBPESO | DCL | GAST | ESQ | DESN | D. CARD | D PUL | GLAUC | DCOMP | CEFALEIA |                                     |
|----------|--|---------------|--------|-----------|-----------|----------|-----------|-----|----|-------------|--------|--------------|----------------|-----|------|-----|------|---------|-------|-------|-------|----------|-------------------------------------|
| 1        | Ressecamento de mucosas nasais pelo CPAP | 61            | F      | 1         | 1         | 2        | 2         | 1   | 2  | 2           | 1      | 1            | 2              | 2   | 2    | 2   | 2    | 2       | 2     | 2     | 2     | 2        | Migranea                            |
| 2        | Cefaléia                                 | 61            | F      | 1         | 2         | 2        | 2         | 1   | 2  | 2           | 2      | 2            | 2              | 2   | 1    | 2   | 2    | 2       | 2     | 2     | 2     | 2        | Cefaléia Tensional                  |
| 3        | Esquecimento                             | 62            | F      | 1         | 2         | 2        | 2         | 2   | 2  | 2           | 1      | 1            | 1              | 2   | 2    | 2   | 2    | 2       | 2     | 2     | 2     | 2        | Cefaleia Tensional                  |
| 4        | Insônia                                  | 62            | F      | 2         | 1         | 2        | 2         | 2   | 2  | 2           | 2      | 2            | 2              | 2   | 1    | 2   | 2    | 2       | 2     | 2     | 2     | 2        | Migranea                            |
| 5        | cefaléia                                 | 62            | F      | 1         | 2         | 2        | 2         | 1   | 2  | 2           | 2      | 1            | 1              | 2   | 2    | 2   | 2    | 2       | 2     | 2     | 2     | 2        | Migrânea                            |
| 6        | Dores                                    | 62            | F      | 1         | 1         | 2        | 2         | 2   | 2  | 2           | 2      | 2            | 1              | 2   | 2    | 2   | 2    | 2       | 2     | 2     | 2     | 2        | cefaleia tensional, aguda, continua |
| 7        | tremor                                   | 63            | F      | 2         | 1         | 2        | 2         | 2   | 2  | 2           | 2      | 2            | 2              | 2   | 2    | 2   | 2    | 2       | 2     | 2     | 2     | 2        | cefal.tensional                     |
| 21       | Esquecimento                             | 63            | F      | 1         | 1         | 2        | 2         | 1   | 2  | 2           | 2      | 2            | 2              | 2   | 1    | 2   | 2    | 2       | 2     | 2     | 2     | 2        | Cefaléia Tensional                  |
| 60       | cefaléia, pico hipertensivo, tensional   | 63            | F      | 2         | 2         | 2        | 2         | 1   | 1  | 1           | 2      | 2            | 2              | 2   | 2    | 2   | 2    | 2       | 2     | 2     | 2     | 2        | Cefaléia tensional                  |
| 90       | Tremores                                 | 63            | F      | 1         | 1         | 2        | 1         | 2   | 2  | 2           | 2      | 2            | 1              | 2   | 2    | 2   | 2    | 2       | 2     | 2     | 2     | 2        | Migrânea                            |
| 48       | Dores em estômago e intestino            | 64            | F      | 1         | 1         | 2        | 2         | 2   | 2  | 2           | 2      | 2            | 2              | 2   | 1    | 2   | 2    | 2       | 2     | 2     | 2     | 2        | Cefaleia tensional                  |
| 59       | Esquecimento                             | 64            | F      | 2         | 2         | 2        | 2         | 1   | 2  | 2           | 2      | 2            | 2              | 2   | 2    | 1   | 2    | 2       | 2     | 2     | 2     | 2        | Migranea                            |
| 98       | tontura                                  | 65            | F      | 2         | 2         | 2        | 2         | 1   | 2  | 2           | 2      | 1            | 2              | 2   | 2    | 2   | 2    | 2       | 2     | 2     | 2     | 2        | cefal.tensional                     |
| 14       | Estresse                                 | 65            | F      | 1         | 1         | 2        | 2         | 2   | 2  | 2           | 2      | 2            | 2              | 2   | 2    | 2   | 2    | 2       | 2     | 2     | 2     | 2        | Migrânea crônica transformada       |
| 16       | Choro fácil                              | 65            | F      | 1         | 1         | 2        | 2         | 1   | 1  | 2           | 2      | 2            | 1              | 2   | 1    | 2   | 2    | 2       | 2     | 2     | 2     | 2        | CEFALÉIA TENSIONAL                  |
| 6        | Resfriado                                | 65            | F      | 1         | 2         | 2        | 2         | 2   | 2  | 1           | 1      | 1            | 2              | 2   | 2    | 2   | 2    | 2       | 2     | 1     | 2     | 2        | MIGRÃNEA                            |
| 7        | Cefaléia de inicio recente, câimbras     | 65            | F      | 1         | 1         | 2        | 2         | 2   | 2  | 1           | 2      | 2            | 2              | 2   | 2    | 2   | 2    | 2       | 2     | 2     | 2     | 2        | CEFALEIA AGUDA SEC TRANST TIROIDE   |





|         |                             |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                               |
|---------|-----------------------------|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------------------------------|
| 42      | tontura                     | 83 | F | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | Cefaléia tensional            |
| 10      | Esquecimento                | 83 | F | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | Migrânea crônica transformada |
| 47      | Enxaqueca antes da demência | 84 | M | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | MIGRÂNEA AURA SEM CEFALÉIA    |
| 11<br>6 | Ansiedade(Angústia),        | 85 | F | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | Cefaléia Tensional            |
| 40      | Insônia                     | 85 | F | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | cefaléia tensional            |
| 26      | Esquecimento                | 86 | F | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | Cefaléia Tensional            |
| 46      | Esquecimento                | 86 | F | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | Cefaléia tensional            |
| 18      | Tontura                     | 87 | F | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | Migrânea crônica transformada |
| 31      | Esquecimento                | 87 | M | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | Migrânea crônica transformada |
| 51      | Cegueira                    | 87 | F | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | Cefaléia tensional            |
| 45      | Dor em epigastrio           | 88 | M | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | Cefaléia tensional            |
| 10<br>4 | Cefaléia                    | 88 | M | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | cefal.tensional               |
| 3       | Dor no olho há anos         | 89 | F | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | NEURALGIA PÓS HERPÉTICA       |
| 65      | Dores em membros inferiores | 90 | F | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | Migrânea                      |
| 11<br>5 | Esquecimento                | 90 | F | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | Cefaléia tensional            |
| 96      | Cefaléia                    | 91 | F | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | cefal.tensional               |
| 95      | Dores em membros inferiores | 94 | F | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | Migrânea crônica transformada |

| MEDICAMENTOS   | PASSADO DE CEFALÉIA | PASSADO COD | CONTINUA? | CONT COD | IDADE DE INICIO | SINT PRE COD | AURA | A COD | F.DESENC | F.DESENC, QUAL                    | Fator Associado, QUAL?  | STRES COD | DURAÇÃO  |
|--|---------------------|-------------|-----------|----------|-----------------|--------------|------|-------|----------|-----------------------------------|---|-----------|----------|
| 'Enalapril, sinvastatina   | SIM                 | 1           | SIM       | 1        | infancia        | 2            | NÃO  | 2     | SIM      | má adaptação aoCPAP, dormir pouco | intolerancia a claridade  | 1         | 2H       |
| losartan, atenolol, hidroclorotiazida, lanzoprazol                                   | NÃO                 | 2           | NÃO       | 2        | 59              | 2            | NÃO  | 2     | SIM      | Estresse                          | falta de ar   | 1         | 2h       |
| Fluoxetina, Nortriptina, Clonazepam  | NÃO                 | 2           | NÃO       | 2        | 59              | 2            | NÃO  | 2     | SIM      | Estresse                          |   | 2         | 2H       |
| esomeprazol  | SIM                 | 1           | SIM       | 1        | 27              | 2            | NÃO  | 2     | SIM      | Insonia                           | claridade e barulho incomodam   | 2         | 2h       |
| Hidroclorotiazida, Atenolol, fluoxetina, aspirina                                    | SIM                 | 1           | SIM       | 1        | 12              | 2            | NÃO  | 2     | SIM      | Estresse                          | claridade, barulho e cheiro incomodam   | 1         | 12h      |
| sem medicações   | NÃO                 | 2           | NÃO       | 2        | 62              | 2            | NÃO  | 2     | SIM      | Estresse                          | barulho   | 1         | 2h       |
| atenolol   | SIM                 | 1           | Não       | 2        | 17              | 2            | NÃO  | 2     | NÃO      |                                   | ansiedade   | 1         | 2H       |
| Atenolol, bromazepam, sertralina   | SIM                 | 1           | NÃO       | 2        | 19              | 2            | NÃO  | 2     | SIM      | Estresse                          | Nauseas, incomoda a claridade, barulho e cheiro                                     | 1         | 12h      |
| Atenol, Hidroclorotiazida, Aspirina, Metformina, Losartam,Ciprofibrato               | NÃO                 | 2           | NÃO       | 2        | 65              | 2            | NÃO  | 2     | SIM      | Estresse                          |   | 1         | 2H       |
| Prolopa, pramipezol, mirtazapina,  | SIM                 | 1           | SIM       | 1        | 47              | 2            | NÃO  | 2     | SIM      | Estresse                          | Acomp de enjojo, claridade, barulho e cheiro forte incomodam, melhorava com vômitos | 1         | continua |
| Amitriptilina, Clordiazepoxido, sertralina, duloxetina,Levomepromazina, Sinvastatina | SIM                 | 1           | SIM       | 1        | 40              | 2            | NÃO  | 2     | SIM      | Estresse                          |   | 2         | 2H       |
| Sertralina, Alprazolam, Levotiroxina atenolol  | SIM                 | 1           | SIM       | 1        | 20              | 1            | SIM  | 1     | SIM      | Estresse                          | Cheiro incomoda   | 1         | 2h       |
| telmisartan, sertralina, rosivastatina, citrato de calcio                            | NÃO                 | 2           | Não       | 2        |                 | 2            | NÃO  | 2     |          |                                   | ansiedade   | 2         | 2h       |
| Carbolitium, paroxetina,   | SIM                 | 1           | SIM       | 1        | 13              | 2            | NÃO  | 2     | SIM      | Estresse                          |   | 2         | 2H       |
| glucoformin, nortriptilina,omeprazol,levotiroxina, anlodipina, hidroclorotiazida     | NÃO                 | 2           | NÃO       | 2        | 64              | 2            | NÃO  | 2     | SIM      | Estresse                          |   | 1         | 2h       |
| Alendronato, diascereína, calcio,sinvastatina, paroxetina                            | NÃO                 | 2           | NÃO       | 2        | 63              | 2            | NÃO  | 2     | NÃO      |                                   | CLARIDADE E BARULHO   | 1         | 2H       |



|   |     |   |     |   |    |   |     |   |     |                               |   |   |     |
|---|-----|---|-----|---|----|---|-----|---|-----|-------------------------------|---|---|-----|
| Hidroclorotiazida, dipirona   | NÃO | 2 | NÃO | 2 | 70 | 2 | NÃO | 2 | SIM | Estresse                      |   | 2 | 12H |
| Rivastigmina, sertralina, anlodipina, calcio  | NÃO | 2 | NÃO | 2 | 70 | 2 | NÃO | 2 | SIM | Esforço                       | contratura muscular   | 2 | 2h  |
| Telmisartan, rosivastatina, sertralina  | SIM | 1 | SIM | 1 | 20 | 1 | NÃO | 2 | SIM | Estresse                      | nauseas   | 2 | 3h  |
| anlodipina  | NÃO | 2 | NÃO | 2 | 65 | 2 | NÃO | 2 | SIM | Estresse                      |   | 2 | 2H  |
| nenhum remédio  | SIM | 1 | SIM | 1 | 30 | 2 | NÃO | 2 | SIM | JEJUM                         | Nauseas, incomoda a claridade, barulho e cheiro, irritabilidade | 1 | 12h |
| Sertralina, levotiroxina, atenolol, anlodipina  | SIM | 1 | NÃO | 2 | 63 | 2 | NÃO | 2 | SIM | posição da cabeça             |   | 1 | 2H  |
| Sertralina, enalapril   | SIM | 1 | SIM | 1 | 20 | 1 | SIM | 1 | SIM | Estresse                      | Nauseas   | 1 | 12h |
| Insulina, glicazida, amitriplina, glucoformin   | SIM | 1 | SIM | 1 | 40 | 1 | NÃO | 2 | SIM | Esforço                       | enjoo, claridade, barulho e cheiro incomodam                    | 2 | 6H  |
| Carbamazepina, olanzapina, amitriptilina, gabapentina, escitalopram                               | NÃO | 2 | NÃO | 2 | 63 | 2 | NÃO | 2 | SIM | Quando suspende as medicações |   | 2 | 6h  |
| Metformina, Sertralina, Cálcio, Alendronato, Sulfato de glicosamina e condroitina                 | SIM | 1 | sim | 1 | 24 | 1 | SIM | 1 | SIM | Alimentação, muito sol        | claridade, barulho e cheiro incomodam                           | 2 | 4h  |
| Seroquel, sertralina, calcio  | NÃO | 2 | NÃO | 2 | 72 | 2 | NÃO | 2 | SIM | Estresse                      |   | 1 | 2h  |
| Rosiglitazona, Exitalopram, aspirina, ácido fólico, histatina, metformina                         | NÃO | 2 | NÃO | 2 | 75 | 2 | NÃO | 2 | SIM | Estresse                      |   | 2 | 2h  |
| Metformina, glimepirida, insulina, enalapril, sinvastatina, cilostazol                            | NÃO | 2 | NÃO | 2 | 73 | 2 | NÃO | 2 | SIM | Estresse                      |   | 2 | 2H  |
| Sertralina, Nortriptilina, Carbamazapina, Calcio, alendronato, Aspirina, Omeprazol, Rosuvastatina | NÃO | 2 | NÃO | 2 | 65 | 2 | NÃO | 2 | SIM | Stress ou ansiedade           | Barulho e cheiro incomodam                                      | 2 | 2h  |
| losartan, furosemida, atensina, lecardipina, hemax, retemic                                       | SIM | 1 | NÃO | 2 | 76 | 2 | NÃO | 2 | NÃO |                               | NAUSEAS, CLARIDADE, BARULHO E CHEIRO INCOMODAM                  | 2 | 2H  |
| Pantoprazol, fluoxetina, rivastigmina, atenolol, aspirina, amitriptilina, sinvastatina            | NÃO | 2 | NÃO | 2 | 50 | 2 | NÃO | 2 | SIM | Estresse                      | tontura   | 2 | 2H  |
| Captopril, propranolol, hidroclorotiazida   | SIM | 1 | SIM | 1 | 15 | 2 | NÃO | 2 | SIM | Estresse, dormir menos        |   | 2 | 2h  |
| Sertralina, Alprazolam, Divalisartan, Atenolol,   | SIM | 1 | NÃO | 2 | 70 | 2 | NÃO | 2 | SIM | Estresse                      |   | 1 | 6H  |
| Sertralina, Captopril,  | SIM | 1 | SIM | 1 | 71 | 2 | NÃO | 2 | SIM | Estresse                      | claridade, barulho e cheiro incomodam                           | 2 | 12h |
| Sertralina, Alprazolam, Propranolol, Anlodipina   | SIM | 1 | SIM | 1 | 38 | 2 | NÃO | 2 | SIM | Vinho, cheiro forte           | Fotofobia, náuseas, vômitos e palidez                           | 2 | 6H  |
| sinvastatina, ritmonorm, clonazepam   | NÃO | 2 | NÃO | 2 | 76 | 2 | NÃO | 2 | SIM | Estresse                      |   | 2 | 6h  |
| Atenolol, sertralina, somalgin, anlodipina, sinvastatina  | NÃO | 2 | NÃO | 2 | 76 | 2 | NÃO | 2 | SIM | Dormir pouco                  |   | 1 | 2h  |
| Rosivastatina, metformina, aspirina, sertralina, atenolol, anlodipina                             | SIM | 1 | SIM | 1 | 13 | 2 | NÃO | 2 | SIM | Estresse                      |   | 2 | 2H  |
| Sinvastantina, Captopril, hidroclorotiazida, metoprolol, aspirina, glicacida,                     | NÃO | 2 | NÃO | 2 |    | 2 | NÃO | 2 |     |                               |   |   |     |
| Sertralina, Sinvastantina, Anlodipina, Levotiroxina, Rivastigmina                                 | Sim | 1 | Não | 2 | 15 | 2 | NÃO | 2 | SIM | Estresse                      | Fotofobia, náuseas, vômitos                                     | 2 | 2H  |



|  |     |   |     |   |          |   |      |   |     |                        |  |   |       |
|--|-----|---|-----|---|----------|---|------|---|-----|------------------------|--|---|-------|
| Levodopa, atenolol, aspirina, ácido fólico, Anlodibal, bromazepam    | SIM | 1 | SIM | 1 | 15       | 2 | NÃO  | 2 | SIM | Muito sol, estresse    | nauseas                                    | 2 | 2h    |
| Sertralina, Fenitoina, Hidergine, propafenona, amiodarona            | sim | 1 | SIM | 1 | 15       | 2 | NÃO  | 2 | NÃO |                        |  | 1 | 2H    |
| Sinvastatina, labirin, enalapil, anlodipina, azopt, visidik          | SIM | 1 | NÃO | 2 | 70       | 2 | NÃO  | 2 | SIM | Estresse, dormir menos | NÃO  | 2 | 6h    |
|  |     |   |     |   |          |   |      |   |     | Dormir                 |  |   |       |
| Amitriptilina, clozapina, trusopt colirio                            | NAO | 2 | NAO | 2 | 88       | 2 | NAO  | 2 | SIM | pouco                  |  | 1 | 2h    |
| Sertralina, finasterida, nortriptilina                               | NÃO | 2 | Não | 2 | 88       | 2 | NÃO  | 2 | SIM | Estresse               | barulho incomoda                           | 1 | 6h    |
| amitriptilina, gabapentina, rivastigmina, memantina, anlodipina      | NÃO | 2 | NÃO | 2 |          | 2 | NÃO  | 2 | NÃO |                        |  | 2 | 10H   |
| Mirtazapina, Rivastigmina, Risperidom                                | SIM | 1 | NÃO | 2 | Solteira | 2 | SIM, | 1 | SIM | Estresse, ansiedade    | alteração do humor, peso na cabeça         | 2 | 3dias |
| Vit.A, vit D, Calcio, aprovel, cymbalta, concor, lipitor, meticorten | SIM | 1 | SIM | 1 | 40       | 2 | NÃO  | 2 | SIM | Estresse               | barulho incomoda                           | 1 | 2h    |
| anlod., cital, ferro   | NÃO | 2 | Não | 2 | 50       | 1 | NÃO  | 2 | NÃO |                        | inapetencia, tontura                       | 1 | 2H    |
| Mirtazapina, Rivastigmina, Risperidom                                | SIM | 1 | SIM | 1 | 24       | 1 | NÃO  | 2 | SIM | Estresse               | enjoo, clarid, barulho e cheiros incomodam | 1 | 3dias |

| CARACT.CLÍNICAS   | MEEM | Escolaridade | ED | FRAIL | AVDs         | AVD COD | OCLOCK | HACHINSKI | ESCALA ANALÓGICA DA DOR (EAD) |
|---|------|--------------|----|-------|--------------|---------|--------|-----------|-------------------------------|
| Cefaleia pulsátil, há mais de 10 anos, em reg frontal e lateral da cabeça, de média a forte intensidade, começa leve e aumenta, prefere ficar quieta no canto escuro durante a dor, não suporta a claridade pela manhã, dura até 2 h passa com dorflex sente 1X mes, desencadeada por dormir pouco, irmã tem mesma dor                      | 30   | >8           | 8  | NÃO   | INDEP        | 1       | 10     | NÃO       | 8                             |
| Em reg frontal com irradiação/ occipital, em aperto p/ manhã,   | 30   | <8           | 10 | NÃO   | INDEP        | 1       | 8      | NÃO       | 6                             |
| Sente dor há quase 5 anos, sendo mais frequente há um ano, dor na parte de trás da cabeça, envolvendo o pescoço, de intensidade média, começa leve e aumenta, fotofobia, fonofobia, prefere ficar quieta no canto escuro, dura até 2 horas, sente dor mesmo leve 3 dias por semana, toma remédio durante os três dias.                      | 30   | >8           | 4  | NÃO   | INDEPENDENTE | 1       | 10     | não       | 4                             |
| Acorda com dor, pulsátil, em reg temporal, inicialmente associada a menstruação, 2Xsemana, só passa com analgésico  | 30   | >8           | 2  | NÃO   | INDEP        | 1       | 10     | NÃO       | 6                             |
| Cefaléia pulsátil, e so de um lado direito, de média intensidade, começa leve e aumenta, prefere ficar quieta em quarto escuro, 7 Xsem, sempre toma remédio, dorflex, dipirona, tylenol,  | 28   | <4           | 14 | NÃO   | INDEP        | 1       | 8      | NÃO       | 6                             |
| Cefaléia de início recente, em aperto, difusa, de forte intensidade, prefere ficar quieta em lugar escuro,  | 30   | <8           | 6  | NÃO   | INDEP        | 1       | 10     | NÃO       | 8                             |
| em furada, no vertex30  | 30   | >8           | 8  | NÃO   | indep.       | 1       | 10     | NÃO       | 6                             |
| Ficou mais frequente e mais forte, em furada na nuca, melhora com dorflex, é de forte intensidade, diária, geralm/ a tarde  | 30   | >8           | 10 | NÃO   | INDEP        | 1       | 10     | NÃO       | 8                             |
| Dor na parte de trás da cabeça, tipo pressão, não tinha horário para surgir, 3Xsem, não tomava remédio com frequência as vezes dorflex, preferia caminhar durante a dor, de média intensidade,  | 30   | <4           | 4  | NÃO   | INDEP        | 1       | 10     | NÃO       | 6                             |
| Dor pulsátil, início aos 47 anos, na região de trás da cabeça e do lado esquerdo, começa leve e aumenta, sente enjôo, fotofobia, fonofobia, cheiro forte incomoda, prefere ficar quieta no quarto escuro, sente dor mesmo leve 7 dias por semana, toma remédios 7 dias por semana, dorflex, mas não passava, não tinha horário preferencial | 30   | >8           | 5  | SIM   | DEP          | 2       | 10     | NÃO       | 10                            |
| Pela manhã, diária, tipo peso, pressão, de média intensidade, a claridade incomoda, ocorre em reg frontal e lateral, geralmente toma remédio p/ dor, era desencadeada por menstruação e estresse  | 24   | >8           | 15 | SIM   | DEPEND       | 2       | 8      | 3         | 6                             |
| Dor é pulsátil, em reg. Frontal de média intensidade, prefere ficar quieta em lugar escuro, alívio com o uso do alprazolam  | 30   | >8           | 5  | NÃO   | INDEP        | 1       | 10     | NÃO       | 6                             |
| em aperto   | 30   | >8           | 7  | NÃO   | indep.       | 1       | 10     | NÃO       | 6                             |
| Dor tipo aperto, em reg frontal, de média intensidade, piora com esforço, prefere ficar quieta no quarto, tem menos de 1X mês, as vezes toma neosaldina, mãe tinha enxaqueca  | 30   | >8           | 11 | NÃO   | INDEP        | 1       | 10     | NÃO       | 5                             |
| Ficou mais frequente, tipo peso, começa e fica de igual intensidade, diário, em reg. Occipital  | 29   | >8           | 8  | NÃO   | INDEP        | 1       | 10     | NÃO       | 4                             |
| Ficou mais frequente, é pulsátil, sempre do lado esquerdo, começa e fica de igual intensidade, surge 3Xmes,   | 30   | >8           | 9  | NÃO   | INDEP        | 1       | 10     | NÃO       | 8                             |
| há menos de 6 meses, pulsátil, difusa em toda a cabeça, leve, prefere ficar quieta e recolhida em lugar escuro  | 30   | <8           | 7  | NÃO   | INDEP        | 1       | 10     | NÃO       | 4                             |

|   |           |       |    |     |        |   |          |     |    |
|---|-----------|-------|----|-----|--------|---|----------|-----|----|
| Surge espontaneamente, passa espontaneamente, sem horário, não faz uso de analgésicos, em crises, várias pontadas, do lado direito de forte intensidade não interfere nas AVDs, não piora aos esforços, sofreu queda formando hematoma subdural aos 36 anos   | 14        | <4    | 0  | NÃO | INDEP  | 1 | 0        | 8   | 6  |
| tipo peso, holocraniana, acompanhada de náuseas, progressiva  | 30        | >8    | 8  | NÃO | indep. | 1 | 10       | NÃO | 6  |
| Dor contínua, parece choque, lado esquerdo, começa leve e aumenta, cede com carbamazepina   | 30        |       | 13 | NÃO | INDEP  | 1 | 10       | NÃO | 8  |
| Pulsátil, inicia no olho e espalha, ficou mais frequente, acorda com dor, é mais à noite, 5Xsemana, irmã tem a mesma dor  | 18        | ANALF | 4  | NÃO | INDEP  | 1 | 0        | NÃO | 10 |
| Dor tipo peso, em reg occipital e frontal, de leve intensidade, começa e fica de igual intensidade, durante a dor prefere caminhar ou se exercitar, surgia em média 3Xsem   | 30        | <8    | 10 | NÃO | INDEP  | 1 | 10       | NÃO | 4  |
| começa leve e aumenta, prefere ficar quieta no canto escuro, 7Xsem, holocraniana  | 26        | <8    | 2  | NÃO | INDEP  | 1 | 6        | NÃO | 2  |
| Há mais de 3 anos sente cefaléia em aperto de leve intensidade, em reg frontal, o esforço não piora, cede com dorflex   | 30        | >8    | 10 | NÃO | INDEP  | 1 | 10       | NÃO | 4  |
| A dor desapareceu após 62 anos ficou hemianopsia  | 30        | >8    | 10 | NÃO | INDEP  | 1 | 10       | NÃO | 8  |
| Tipo peso, de média intensidade, acorda com dor, não toma remédio, alivia com paracetamol   | 30        | >8    | 10 | NÃO | INDEP  | 1 | 10       | NÃO | 6  |
| Cefaléia de média intensidade, tipo peso/pressão, em reg lateral e frontal, ficou mais frequente, claridade e barulho incomodam, 3Xsemana, passa com dorflex ou neosaldina, geralmente a noite,   | 27        |       | 10 | sim | INDEP  | 1 | 10       | NÃO | 6  |
| tipo peso, pressão, acorda com dor no vertex da cabeça, começa forte e diminui, não piora ao esforço, alívio qdo. Inspira álcool, já acorda c/ dor  | 30        | >8    | 4  | NÃO | INDEP  | 1 | 10       | NÃO | 6  |
| Cefaléia em reg. Temporal, tipo peso, prefere andar, queixa-se 6Xsemana, sempre pela manhã  | 26        | <8    | 4  | NÃO | INDEP  | 1 | 5        | 0   | 6  |
| Rregião frontal, acorda com dor, continua, com náuseas e passa com o ormigrin   | 30        | >8    | 6  | NÃO | INDEP  | 1 | 10       | NÃO | 4  |
| Cefaléia em aperto, contínua, há 3 meses após entrada de besouro no ouvido  | 26        | <4    | 10 | NÃO | INDEP  | 1 | 8        | NÃO | 4  |
| Dor em aperto, tipo peso, em reg frontal, de leve intensidade, não piora aos esforços, geralmente tomava remédios, dorflex ou tilenol, não tinha horário preferencial p/ surgir   | 30        | >8    | 9  | NÃO | INDEP  | 1 | 10       | NÃO | 4  |
| Cefaléia varia de localização às vezes é de um lado, às vezes no topo, ou em reg frontal em aperto, era pulsátil e modificou na menopausa, claridade, barulho e cheiro forte incomodam, não piora com esforço, passa com dipirona, sente dor diária, começa leve e aumenta, tem história na família, geralmente à tarde | 30        | >8    | 6  | NÃO | INDEP  | 1 | 10       | NÃO | 6  |
| Dor difusa, tipo peso, sem relação ao esforço, começa leve e aumenta, de média intensidade, de início recente   | 30        | >8    | 6  | NÃO | INDEP  | 1 | 10       | NÃO | 6  |
| Dor pulsátil, sempre do lado esquerdo, de forte intensidade, prefere ficar no quarto escuro durante a dor, 3Xsem, sempre toma remédio, dipirona, amãe tinha a mesma dor   | 30        | >8    | 7  | NÃO | INDEP  | 1 | 10       | NÃO | 9  |
| mal estar no vertex como aperto, de média intensidade, nos 7 dias da semana, principalmente quando não dormia bem, prefere caminhar durante o desconforto, dura poucos minutos, não toma remédio.   | 28        | <4    | 6  | Não | indep  | 1 | 8        | NÃO | 7  |
| Cefaléia tipo peso, em reg. Frontal, de média int., prefere ficar quieta até passar, sentia 1Xsem, às vezes tomava paracetol, ocorria prefer na manhã   | 30        | >8    | 4  | NÃO | INDEP  | 1 | 10       | NÃO | 4  |
| Tipo choques, média intensidade, começa leve e aumenta, 3Xsem, apertar o local da maxila alivia   | 30        |       | 6  | NÃO | INDEP  | 1 | 10       | NÃO | 6  |
| Dor tipo pressão, que o uso do grampo na cabeça incomodava, na parte de trás da cabeça, de média intensidade, começava e ficava de igual intensidade, preferia ficar quieta, mas não piorava ao esforço, 1Xsem, geralmente toma dorflex, surgia pela manhã,   | 30        | <8    | 7  | NÃO | INDEP  | 1 | 10       | NÃO | 6  |
| Cefaléia de início recente, em reg. Occipital, piora com esforço,   | 22        | <8    | 3  | SIM | DEP    | 2 | 3        |     | 4  |
| Cefaléia em reg. Temporal, pulsátil, de forte intensidade, accomp de náuseas, dura em torno de 3h, prefere ficar em canto escuro, surge 1Xsemana, ocorre p/ manhã   | 26        | <8    | 4  | NÃO | INDEP  | 1 | 8        | NÃO | 8  |
| Dor em reg. frontal, em aperto, há mais de 10 anos, de média intensidade, começa leve e aumenta, não piora ao esforço, ultimamente tem estado mais frequente com situação familiar estressante, surge sempre a noite  | 30        | >8    | 6  | NÃO | INDEP  | 1 | 10       | NÃO | 4  |
| Cefaléia de forte intensidade, pulsátil, em reg occipital, ficou menos frequente, claridade e barulho incomodam, 1Xsemana, passa sem remédio, sem horário fixo p/ surgir  | 28        | >8    | 10 | NÃO | INDEP  | 1 | 10       | NÃO | 10 |
| ACORDA COM DOR DE FORTE INTENSIDADE, DESAPARECE COM MUDANÇA DE POSIÇÃO DA CABEÇA, DESAPARECEU COM TRAVESSEIRO ORTOPEDICO  | 29        | <4    | 15 | NÃO | INDEP  | 1 | 10       | NÃO | 8  |
| Começa leve e aumenta, claridade, barulho, cheiro incomodam, prefere ficar quieta no canto escuro, 1Xsem, geralmente toma   | 26(analf) | ANALF | 8  | NÃO | INDEP  | 1 | 5(analf) | NÃO | 6  |

|   |             |       |    |     |            |   |          |     |    |
|---|-------------|-------|----|-----|------------|---|----------|-----|----|
| analgésico, desencadeada por barulho, alivia com gelo   |             |       |    |     |            |   |          |     |    |
| Dor pulsátil, há mais de 30 anos, na região de trás da cabeça, começa leve e aumenta, sente enjôo, fotofobia, fonofobia, cheiro forte incomoda, prefere caminhar ou se exercitar sente dor mesmo leve 6 dias por semana, toma remédios 5 dias por semana, a dor é preferencialmente pela manhã. | 30          | >8    | 4  | NÃO | INDEP      | 1 | 10       | NÃO | 10 |
| Dor em queimor em mandíbula, piora a mastigação   | 25          | ANALF | 4  | SIM | DEPENDENTE | 2 | 8        | NÃO | 8  |
| Pulsátil, região frontal média intensidade, começa lenta e aumenta, durante a dor prefere ficar quieta em quarto, PIORA AOS ESFORÇOS escuro, sente a dor uma vez por mês  | 30          | >8    | 4  | NÃO | INDEP      | 1 | 10       | NÃO | 6  |
| Em reg frontal, tipo peso, passa com neosaldina   | 29          | <8    | 8  | NÃO | INDEP      | 1 | 8        | NÃO | 6  |
| Dor é calma, na parte de trás da cabeça, acompanhada de enjôo, fonofobia, cheiro forte incomoda, durante a dor prefere caminhar ou se exercitar, dura 30min, 3x por semana, não toma remédio, dor preferencialmente pela manhã  | 27          | >8    | 7  | NÃO | INDEP      | 1 | 10       | NÃO | 4  |
| Dor em reg frontal, de média intensidade, prefere caminhar durante a dor, sente 4X mês, não toma remédios geralmente, 'as vezes acorda com dor  | 30          | >8    | 6  | NÃO | INDEP      | 1 | 10       | NÃO | 6  |
| Há mais de 10 anos, choque difusa, começa leve e aumenta o cheiro incomoda, prefere ficar quieta em quarto escuro, dura até duas horas, passa c/ Dorflex  | 30          | <8    | 6  | NÃO | INDEP      | 1 | 10       | NÃO | 2  |
| Início há 6 meses, ficou mais frequente e mais forte, 1Xsemana, passa com buscopan, os olhos ficam hiperemiados, ocorre a noite   | 30          | >8    | 7  | SIM | INDEP      | 1 | 10       | NÃO | 8  |
| dor em reg. Frontal, de média intensidade, começa leve e aumenta, sente a dor 3x semana, geralmente toma remédio, surge à tarde   | 17          | <8    | 12 | SIM | DEPEND     | 2 | 4        | 14  | 4  |
| Tipo peso, há 10 anos, no topo da cabeça, de forte intensidade, que interfere nas AVDs, começa leve e aumenta, prefere ficar quieta no quarto escuro, 7 X sem, geralm// toma remédio, 1 tipo a dipirona, a filha tem a mesma dor  | 26          | <4    | 10 | NÃO | INDEP      | 1 | 8        | NÃO | 9  |
| Dor em queimor, cansada em reg. occipital, de média intensidade, começa leve e aumenta, surge à noite, prefere ficar quieta em lugar escuro, tem antecedentes de enxaqueca de início na adolescência  | 28          | >8    | 6  | NÃO | INDEP      | 1 | 8        | NÃO | 8  |
| Difusa em toda a cabeça dura 24-48 horas, leve, Barulho incomoda, fica com necessidade de andar, sente-se melhor qdo sai de casa, sente a dor de duas a três vezes por semana, a filha sente a mesma dor, já procurou o neurologista para tratamento  | 26(ANALF)   | ANALF | 12 | NÃO | INDEP      | 1 | 5(ANALF) | NÃO | 3  |
| Cefal'eia pulsátil, reg occipital, de média intensidade, começa leve e aumenta, 2Xsem, geralm toma remédio, surge pela manhã  | 28          | <4    | 10 | NÃO | INDEP      | 1 | 10       | NÃO | 6  |
| Holocraniana, inicia em reg. Frontal, passa com paracetamol, 1Xsem, surge pela manhã  | 28          | >8    | 6  | NÃO | INDEP      | 1 | 8        | NÃO | 6  |
| Dor tipo peso, em reg. Frontal, geralm// à tarde, começa e fica de igual intensidade, a mãe tinha a mesma dor   | 27          | >8    | 10 | NÃO | INDEP      | 1 | 10       | NÃO | 4  |
| Dor tipo peso, em reg. Frontal, geralm// à tarde, começa leve e aumenta, menos 1Xmes, não toma remédio, de média intensidade, a claridade incomoda, prefere ficar em canto escuro   | 30          | >8    | 6  | NÃO | INDEP      | 1 | 10       | NÃO | 5  |
|   | 26          | >8    | 10 | SIM | DEPEND     | 2 | 8        | NÃO | 6  |
| Cefaleia pulsátil, de início aos 15 anos diminuiu após a menopausa, melhorava qdo. Vomitava ou com analgésicos, 'e bilateral  | 21          | >8    | 7  | NÃO | DEPENDENTE | 2 | 4        | 9   | 5  |
|   | 12          | <4    |    | SIM | DEP        | 2 | 0        |     |    |
| Em aperto, reg. Frontal   | 25          | <8    | 9  | não | INDEP      | 1 | 8        | 6   | 4  |
| Dortipo peso, pressão, em reg frontal, de leve intensidade, 2X sem, geralm toma remédio, neosaldina, paracetamol, dipirona, cefalium, surge pela manhã  | 30          | >8    | 10 | NÃO | INDEP      | 1 | 10       | NÃO | 5  |
| Puls'átil, lado esquerdo, melhorou ap'os menopausa, prefere ficar em canto escuro na vigência da dor, 1Xmes, passa com dorflex ou neosaldina  | 24          | <8    | 2  | NÃO | INDEP      | 1 | 0        | NÃO | 6  |
| Ficou mais frequente, tipo peso, começa forte e diminui, 2Xmes, prefere ficar quieta  | 22(analfab) | ANALF | 3  | NÃO | INDEP      | 1 | 4        | NÃO | 6  |
| Dor tipo peso, pressão, em reg frontal e no olho esquerdo, 2Xsem, acorda com a dor, de intensidade leve, começa em igual intensidade, não piora ao esforço,   | 22          | >8    | 4  | NÃO | DEPED      | 2 | 10       | 3   | 3  |
| Cefaléia tipo pressão, de média intensidade, 6 X sem, ocasionalm// toma paracetamol, inicia pela manhã, prefere caminhar durante a dor, em reg frontal, tendo estado mais frequente ultimamente   | 25          | <8    | 8  | SIM | DEP        | 2 | 0        | 11  | 6  |
| Dor em reg occipital, de pequena intensidade, dura pouco, acorda com dor tipo pressão, passa com mudan'ca de posição  | 20          | <4    | 6  | SIM | DEPED      | 2 | 4        | NÃO | 2  |
| Holocraniana, em aperto, p/ manhã, diária, couro cabeludo dolorido  | 10          | ANALF | 8  | NÃO | INDEP      | 1 | 8        | NÃO | 8  |

|   |  |           |       |    |     |            |   |    |     |    |
|---|--|-----------|-------|----|-----|------------|---|----|-----|----|
| Ficou mais frequente, pulsátil, no vertex da cabeça, começa leve e aumenta, 7Xsem   |  | 26(analf) | ANALF | 10 | NÃO | INDEP      | 1 | 6  | NÃO | 3  |
| Cefaléia tipo peso, em reg. Frontal, de média intensidade, durante a dor não piora ao esforço, sente 2 X sem, geralmente toma remédio dorflex ou neosaldina, geralmente à tarde   |  | 20        | <4    | 8  | sim | depend     | 2 | 0  | 3   | 5  |
| Dor em reg frontal e na nuca, de leve intensidade, prefere caminhar durante a dor, sente 3X semana, não toma remédios geralmente, ocorre p/ manhã   |  | 20        | <4    | 9  | SIM | DEPEND     | 2 | 4  | NÃO | 4  |
| Dor tipo peso, pressão matinal, menos de 1Xmes, sempre toma remédio, neosaldina, filho tem a mesma dor, de intensidade leve, começa em igual intensidade, difusa em toda cabeça   |  | 30        | >8    | 10 | NÃO | INDEP      | 1 | 10 | NÃO | 4  |
| Tipo peso, em reg. Frontal, leve, acomp. de náuseas, progressiva, 1Xsemana, surge na madrugada  |  | 18        | >8    | 7  | NÃO | indep.     | 1 | 5  |     | 3  |
| Inicialmente em região frontal em peso, pela manhã, acompanhado de tontura. Atualmente difusa em toda cabeça de forte intensidade pulsátil, prefere ficar quieto, sente os sete dias na semana, sempre toma analgésico, piora no final da tarde (sind do por do sol) o barulho incomoda |  | 22        | <4    | 4  | SIM | DEPENDENTE | 2 | 2  | 7   | 7  |
| Começa leve e aumenta, reg frontal, tipo peso, prefere ficar quieta, passa com dorflex, 3Xsem   |  | 26        | <8    | 10 | NÃO | INDEP      | 1 | 6  | NÃO | 10 |
| Cefaléia em aperto, lembra com a dor, alivia com analgésicos, 5Xsem, aumentou na menopausa  |  | 13        | <8    | 10 | SIM | DEPEND     | 2 | 5  |     | 6  |
| Cefaléia que vem se tornando mais frequente ultimamente, em reg. Temporal, em aperto, de média intensidade, diária, mais à tarde, não toma remédio  |  | 6         | ANALF | 10 | NÃO | INDEP      | 1 | 0  | 13  | 6  |
|   |  | 30        | <8    | 7  | NÃO | indep.     | 1 | 10 | NÃO |    |
| Contínua, não passa com oxcarbamazepina   |  | 30        | >8    | 10 | SIM | INDEP      | 1 | 10 |     | 8  |
| Tipo peso, no vertex, à tarde, começa leve e aumenta, prefere ficar quieta  |  | 21        | <4    | 8  | SIM | DEPEND     | 2 | 4  | NÃO | 6  |
| Dor pulsátil, so de um lado, sendo cada vez de um lado, de média intensidade, começa leve e aumenta, prefere ficar quieta em canto escuro, 1Xmes, surge de manhã as vezes toma dipirona ou dorflex  |  | 16        | >8    | 4  | NÃO | DEP        | 2 | 0  | 3   | 6  |
| Não apresenta cefaléia, desapareceu há 10 anos, apresenta náuseas, tonturas e vômitos que já foi desencadeado p/ exame audiométrico   |  | 17        | >8    | 4  | NÃO | DEPEND     | 2 | 0  | 10  | 0  |
| Cefaléia diária, contínua, em reg. Frontal em aperto, melhora com dipirona,   |  | 9         | ANALF | 15 | NÃO | INDEP      | 1 | 0  | 4   | 8  |
| tipo peso, de média intensidade, lembra com dor,  |  | 26        | <8    | 10 | NÃO | DEPENDENTE | 2 | 8  | NÃO | 5  |
| Pulsátil, na frente e lateral, ficou mais frequente, começa leve e aumenta, prefere caminhar e exercitar-se, 1Xsemana, geralm//toma remédio, alivia com dorflex, cedeu com antidepressivo   |  | 29        | ANALF | 7  | NÃO | INDEP      | 1 | 4  | NÃO | 6  |
| Em aperto, reg frontal, começa forte, prefere ficar em movimento, 1Xmes, ocorre p manhã, não interfere nas AVDs,  |  | 25        | <4    | 5  | NÃO | INDEP      | 1 | 8  | NÃO | 8  |
| Dor pulsátil, no vertex e em reg frontal, de forte intensidade, prefere ficar no quarto escuro durante a dor, 2Xsem, dura pouco tempo sempre toma paracetamol que alivia, claridade incomoda, prefere ficar recolhida em quarto escuro  |  | 21        | <8    | 7  | SIM | DEPEND     | 2 | 4  | 6   | 10 |
| Cefaléia noturna, pulsátil, occipital, piora com esforço, tem antecedentes de migrânea  |  | 24        | ANAF  | 4  | sim | depend     | 2 | 4  | 10  | 6  |
| Cefaléia tipo peso, em reg frontal e lateral, de média intensidade, começa leve e aumenta, não piora aos esforços, sente 2X sem, geralm/// toma dorflex, surge pela manhã   |  | 24        | >8    | 10 | SIM | DEPENDENTE | 2 | 0  |     | 6  |
| Tipo pressão, em reg. Frontal, aumentou ultimamente, geralm/ toma remédio, 3 X sem, preferencialm// à tarde, procura ficar ocupado  |  | 21        | <4    | 9  | SIM | DEPED      | 2 | 6  | NÃO | 5  |
| dor difusa, pulsátil, sem relação ao esforço, começa leve e aumenta, de média intensidade, de início recente  |  | ###       | <8    | 7  | NÃO | INDEP      | 1 | 8  | NÃO | 6  |
| Dor em queimor, em OD e reg. parietal, com sensação de inchaço  |  | 20        | >8    | 4  | NÃO | indep      | 1 | 3  | 3   | 8  |
| Horário preferencial à noite, início desde solteira, até 80 anos, pulsátil, região occipital, forte, começa forte e diminui, acompanhada de enjojo, fono e fotofobia, cheiros incomodam, prefere ficar quieta em quarto escuro.   |  | 9         | >8    | 7  | sim | DEPEND     | 2 | 0  | 3   | 8  |
| Dor de um lado da cabeça em reg. temporal, as vezes no topo, alivia qdo. Cheira álcool ou quando deita, de média intensidade, tipo peso, pressão, sente 6Xsem, não toma remédio   |  | 26        | >8    | 3  | NÃO | INDEP      | 1 | 10 | NÃO | 6  |
| reg. frontal, bilateral, em aperto, ALIVIA C/DIAZEPAM   |  | 28        | <8    | 7  | SIM | indep.     | 1 | 10 | NÃO | 8  |
| Horário preferencial à noite, início desde solteira, até 80 anos, pulsátil, região occipital, forte, começa forte e diminui, acompanhada de enjojo, fono e fotofobia, cheiros incomodam, prefere ficar quieta em quarto escuro.   |  | 9         |       | 5  | SIM | DEPEND     | 2 | 4  |     | 8  |