



Universidade Federal de Pernambuco

Joaquim José de Souza Costa Neto

**Um *continuum* de crises entre cefaléia do tipo
tensional e migrânea:**

elaboração de um escore diagnóstico baseado nas
suas características clínicas

Recife – PE

2011

JOAQUIM JOSÉ DE SOUZA COSTA NETO

Um *continuum* de crises entre cefaléia do tipo tensional e migrânea:
elaboração de um escore diagnóstico baseado nas suas características clínicas

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco para obtenção do grau de Doutor. Área de concentração em Neurologia.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Moraes Valença.

RECIFE - PE

2011

Costa Neto, Joaquim José de Souza

Um *continuum* de crises entre cefaléia do tipo tensional e migrânea: elaboração de um escore diagnóstico baseado nas suas características clínicas / Joaquim José de Souza Costa Neto. – Recife: O Autor, 2011.

159 folhas: il., graf. ; 30 cm

Orientador: Marcelo Moraes Valença

Tese (tese) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, 2010.

Inclui bibliografia, anexos e apêndices.

1. Cefaléia do tipo tensional. 2. Migrânea. 3. *Continuum*. 4. Escore. 5. Diagnóstico. I. Marcelo Moraes Valença. II. Título.

UFPE

616.849 1

CDD (22.ed.)

CCS2011-035

**RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE TESE DO
DOUTORANDO JOAQUIM JOSÉ DE SOUZA COSTA NETO**

No dia 25 de fevereiro de 2011, às 14h, no Auditório Murilo La Greca do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, os Professores: Marcelo Cedrinho Ciciarelli, Doutor Professor do Departamento de Neurologia da Universidade de São Paulo; Pedro Augusto Sampaio Rocha Filho, Doutor Professor do Departamento de Neurologia da Universidade de Pernambuco; Fabíola Lys de Medeiros, Doutora Professora do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros da Universidade de Pernambuco, Roberto José Vieira de Mello, Doutor Professor do Departamento de Patologia 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 ao Doutorando JOAQUIM JOSÉ DE SOUZA COSTA NETO, sobre a sua Tese intitulada **“UM CONTINUUM DE CRISES ENTRE CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL E MIGRÂNEA: ELABORAÇÃO DE UM ESCORE BASEADO NAS SUAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS”** orientado pelo professor Dr. Marcelo Moraes Valença. Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta do Doutorando, as seguintes menções foram publicamente fornecidas:

Prof. Dr. Marcelo Cedrinho Ciciarelli

APROVADO

Prof. Dr. Pedro Augusto Sampaio Rocha Filho

APROVADO

Profª. Drª. Fabíola Lys de Medeiros

APROVADO

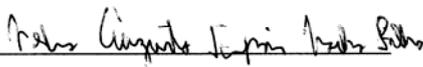
Prof. Dr. Roberto José Vieira de Mello

APROVADO

Prof. Dr. Marcelo Moraes Valença

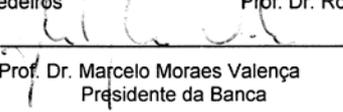
APROVADO


Prof. Dr. Marcelo Cedrinho Ciciarelli


Prof. Dr. Pedro Augusto Sampaio Rocha Filho


Profª. Drª. Fabíola Lys de Medeiros


Prof. Dr. Roberto José Vieira de Mello


Prof. Dr. Marcelo Moraes Valença
Presidente da Banca

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, *in memoriam*.
Aos meus irmãos e esposas.
Aos meus mestres,
Alcides Codeceira Jr,
Antônio de Souza Costa, *in memoriam*,
Wilson Farias da Silva, *in memoriam*.

AGRADECIMENTOS

Ao mestre Wilson Farias pela orientação sábia, permanente e amiga.

Aos Professores Marcelo Valença e Everton Sougey pela continuidade dessa tarefa.

À Dra Fabíola Medeiros e ao Dr. Pedro Sampaio pelas contribuições bibliográficas.

Ao Engenheiro Paulo Pimentel pela ajuda nos trabalhos de Excel.

Ao Engenheiro Renato Costa pela revisão nos trabalhos de formatação.

À família Korn, pela revisão do inglês.

A Solange Martins pela dedicação e profissionalismo.

Às enfermeiras alvo da pesquisa pela paciência e dedicação.

Ao núcleo familiar, base de tudo.

A todos que de alguma outra forma contribuíram na elaboração deste trabalho.

RESUMO

Cefaléias têm sido descritas desde os primórdios da humanidade. O emprego sistemático dos critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia tem contribuído para homogeneizar os resultados das pesquisas. O presente estudo teve por objetivo analisar o perfil epidemiológico e as características clínicas das cefaléias diagnosticadas em um grupo populacional elegível para essa finalidade, possibilitando a elaboração de um escore diagnóstico aplicável à migrânea e à cefaléia do tipo tensional. Através de estudo transversal, foram avaliadas 121 profissionais em atividade que compunham o corpo de enfermagem de uma instituição universitária hospitalar, todas com nível superior. A idade variou de 27 a 63 anos. As etapas metodológicas da pesquisa podem ser sumarizadas na classificação nosológica das cefaléias existentes, na classificação e análise das características das crises incidentes em dois meses de observação, na comparação dessas características conforme a nosologia da cefaléia e, finalmente, na elaboração de um escore diagnóstico baseado em aspectos quantitativos das características clínicas das crises de migrânea. Observou-se um leve predomínio da prevalência da cefaléia do tipo tensional (71,9%) sobre a prevalência da migrânea (70,2%), embora tenha havido maior incidência de crises de migrânea (47,0%) sobre as crises de cefaléia do tipo tensional (41,3%) durante o período estudado. As crises de migrânea duraram de quatro a 72 horas (100%), sendo preferencialmente bilaterais (61,7%), pulsáteis (54,1%), de moderada a forte intensidade (93,2%), agravadas pelo esforço físico rotineiro (93,2%) e sempre associadas a sinais e sintomas acompanhantes (100%). Preferencialmente, as crises de cefaléia do tipo tensional duraram menos de quatro horas (71,8%), sendo bilaterais (73,6%), em peso/pressão (84,7%), de leve a moderada intensidade (98,4%), não agravadas pelo esforço físico rotineiro (66,7%) e, habitualmente, não associadas a sinais e sintomas acompanhantes (84,6%). Variando numa sucessão de números naturais que vai de zero a 100, o escore diagnóstico elaborado apresentou um intervalo comum para os dois tipos de crise analisadas, caracterizando um *continuum* entre elas. Concluiu-se pela existência de um *contínuum* de crises entre cefaléia do tipo tensional e migrânea cuja diferenciação pôde ser feita mediante a aplicação de um escore diagnóstico validado para esse fim.

Palavras-chave: Cefaléia do tipo tensional. Migrânea. *Continuum*. Escore diagnóstico.

ABSTRACT

Headaches have been described since time immemorial. The systematic use of the diagnostic criteria of the International Headache Society has contributed to homogenize the research results. The objective of the present study is to analyze the epidemiological profile and the clinical characteristics of headaches diagnosed in a population selected for this reason so as to make possible the elaboration of a diagnostic score applicable to migraine and to tension-type headache. In a cross-sectional study there were evaluated 121 professionals, all university graduates comprising the corps of nurses of a university hospital. Ages of these professionals ranged from 27 to 63 years. The methodological approach to the study can be summarised in the nosological classification of the existing headaches, in the classification and analysis of the clinical characteristics of the occasional attacks during the two months of observation, in the comparison of characteristics according to the nosology of the headache and, finally, to elaborate a diagnostic score based upon the quantitative aspects of the migraine attacks. There was a slightly higher prevalence of the tension type headache (71.9% over migraine (70.2%) in the test group, although there was a higher incidence of attacks of migraine (47.0%) over attacks of tension-type headache (41.3%) during the period of the study. The migraine attacks lasted from 4 to 72 hours (100%), were predominantly bilateral (61.7%), of pulsating type (54.1%), were of moderate to severe intensity (93.2%), were aggravated by routine physical activity (93.2%) and always associated with accompanying symptoms (100%). Generally the tension-type headache attacks lasted less than four hours (71.8%), were bilateral (73.6%) of heavy pressure-like character (84.7%), were of mild to moderate intensity (98.4%), were not aggravated by routine physical activity (66.7%) and, habitually, not associated with accompanying symptoms (84.6%). When varying a succession of natural numbers from zero to 100, this diagnostic score showed a common interval for both type of analysed attacks, thus characterising a *continuum* between the two. One concludes that there exists a *continuum* of attacks for both tension-type headache and migraine whose differentiation can be ascertained through the application of a diagnostic score validated for this objective.

Key-words: Tensional-type headache. Migraine. *Continuum*. Diagnostic score.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - CLASSIFICAÇÃO DAS CEFALÉIAS CONFORME A ANAMNESE CLÍNICA DE 121 ENFERMEIRAS. _____	79
TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DAS CEFALÉIAS EM SUBTIPOS CONFORME A ANAMNESE CLÍNICA DE 121 ENFERMEIRAS. _____	80
TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DAS MODALIDADES SEM AURA E COM AURA DA MIGRÂNEA CONFORME A ANAMNESE CLÍNICA DE 85 ENFERMEIRAS. _____	80
TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DE 536 CRISES INCIDENTES DE CEFALÉIA POR CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ENTRE 121 ENFERMEIRAS. _____	80
TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO NOSOGRÁFICA DAS 283 CRISES-CLASSIFICADAS. _____	81
TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DAS 253 CRISES INCIDENTES NÃO-CLASSIFICADAS. _____	81
TABELA 7 - INCIDÊNCIA DE CRISES CLASSIFICADAS (MIGRANOSAS OU TENSIONAIS) E DE CRISES NÃO-CLASSIFICADAS EM 85 ENFERMEIRAS COM MIGRÂNEA E 87 ENFERMEIRAS COM CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL. _____	82
TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DAS 86 CRISES INCIDENTES DE MIGRÂNEA FÁRMACO-MODIFICADA (MFm) OU CEFALÉIA TIPO TENSIONAL (CTT), EM 34 ENFERMEIRAS, CONFORME O DIAGNÓSTICO DA ANAMNESE CLÍNICA. _____	82
TABELA 9 - DISTRIBUIÇÃO DAS 13 CRISES INCIDENTES DE MIGRÂNEA FÁRMACO-MODIFICADA (MFm) OU PROVÁVEL CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL (PCTT), EM 8 ENFERMEIRAS, CONFORME O DIAGNÓSTICO DA ANAMNESE CLÍNICA. _____	82
TABELA 10 - UTILIZAÇÃO DE MEDICAÇÃO SINTOMÁTICA DURANTE AS CRISES INCIDENTES DE CEFALÉIA EM 105 ENFERMEIRAS. _____	83
TABELA 11 - UTILIZAÇÃO DE MEDICAÇÃO SINTOMÁTICA EM 536 CRISES DE CEFALÉIA. _____	83
TABELA 12 - UTILIZAÇÃO DE MEDICAÇÃO SINTOMÁTICA, EM CRISES INCIDENTES, ENTRE AS 283 CRISES-CLASSIFICADAS. _____	83
TABELA 13 - UTILIZAÇÃO DE MEDICAÇÃO SINTOMÁTICA, EM CRISES INCIDENTES, ENTRE 253 CRISES NÃO-CLASSIFICADAS. _____	84

TABELA 14 - DISTRIBUIÇÃO DA PREVALÊNCIA DAS CEFALÉIAS CLASSIFICADAS CONFORME A ANAMNESE CLÍNICA ENTRE 121 ENFERMEIRAS.	84
TABELA 15 - CRISES INCIDENTES NO PERÍODO DE DOIS MESES EM 121 ENFERMEIRAS.	84
TABELA 16 - DISTRIBUIÇÃO POR FAIXA ETÁRIA DA INCIDÊNCIA MÉDIA DE CRISES POR ENFERMEIRA EM DOIS MESES.	84
TABELA 17 - DURAÇÃO DAS 536 CRISES DE CEFALÉIA.	85
TABELA 18 - DISTRIBUIÇÃO DA LATERALIDADE DA DOR NAS CRISES DE CEFALÉIA EM 105 ENFERMEIRAS.	85
TABELA 19 - DISTRIBUIÇÃO DA LATERALIDADE DA DOR EM 536 CRISES DE CEFALÉIA.	85
TABELA 20 - DISTRIBUIÇÃO DO CARÁTER DA DOR NAS CRISES DE CEFALÉIA EM 103 ENFERMEIRAS.	86
TABELA 21 - DISTRIBUIÇÃO DO CARÁTER DA DOR EM 536 CRISES DE CEFALÉIA.	86
TABELA 22 - DISTRIBUIÇÃO DA INTENSIDADE DA DOR EM 536 CRISES DE CEFALÉIA.	86
TABELA 23 - EFEITO DO ESFORÇO FÍSICO SOBRE A CEFALÉIA EM 97 ENFERMEIRAS.	87
TABELA 24 - EFEITO DO ESFORÇO FÍSICO EM 536 CRISES DE CEFALÉIA.	87
TABELA 25 - INCIDÊNCIA DE SINAIS E SINTOMAS ACOMPANHANTES NAS CRISES DE CEFALÉIA EM 105 ENFERMEIRAS.	87
TABELA 26 - INCIDÊNCIA DE SINAIS E SINTOMAS ACOMPANHANTES EM 536 CRISES DE CEFALÉIA.	87
TABELA 27 - DURAÇÃO DAS 536 CRISES DE CEFALÉIA CONFORME USO DE MEDICAÇÃO SINTOMÁTICA (MS).	88
TABELA 28 - DURAÇÃO DA CRISE CONFORME A NOSOLOGIA.	89
TABELA 29 - DISTRIBUIÇÃO DA LATERALIDADE DA DOR CONFORME A NOSOLOGIA DA CRISE.	89
TABELA 30 - DISTRIBUIÇÃO DO CARÁTER DA DOR CONFORME A NOSOLOGIA DA CRISE.	90
TABELA 31 - DISTRIBUIÇÃO DA INTENSIDADE DA DOR CONFORME A NOSOLOGIA DA CRISE.	91

TABELA 32 - EFEITO DO ESFORÇO FÍSICO CONFORME A NOSOLOGIA DA CRISE. _____	91
TABELA 33 - SINAIS E SINTOMAS ACOMPANHANTES CONFORME A NOSOLOGIA DA CRISE. _____	92
TABELA 34 - COMPARAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS ENTRE 42 CRISES DE MIGRÂNEA E 38 CRISES DE CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL (CTT) ENTRE 14 ENFERMEIRAS COM MIGRÂNEA E 17 ENFERMEIRAS COM CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL. _____	93
TABELA 35 - APRESENTAÇÃO DOS ÍNDICES NUMÉRICOS CONFERIDOS AOS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS (C1, C2, C3, C4, D1, D2) - ICHD II -, COM BASE NA FREQUÊNCIA DESTES PARÂMETROS EM 42 CRISES MIGRANOSAS, RELATIVIZADOS EM PERCENTUAIS SOBRE 80 CRISES DE CEFALÉIA APRESENTADAS POR 14 ENFERMEIRAS COM MIGRÂNEA E 17 ENFERMEIRAS COM CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL. _____	94
TABELA 36 - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DAS CRISES DA CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL E MIGRÂNEA EM 80 CRISES INCIDENTES CONFORME O ESCORE OBTIDO. _____	95
TABELA 37 - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DAS CRISES DA CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL E MIGRÂNEA EM 243 CRISES INCIDENTES CONFORME O ESCORE OBTIDO. _____	96
TABELA 38 - DIAGNOSTICO CLINICAMENTE VALIDADO <i>VERSUS</i> DIAGNÓSTICO POR ESCORE _____	97

LISTA DE GRÁFICOS

- GRÁFICO 1 - DEMONSTRAÇÃO DOS INTERVALOS POSSÍVEIS PARA CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL E PARA MIGRÂNEA NUMA ESCALA DE NÚMEROS NATURAIS DE ZERO A 100. _____ 98
- GRÁFICO 2 - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DAS 38 CRISES DE CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL E DAS 42 CRISES DE MIGRÂNEA CONFORME O ESCORE OBTIDO PELO SOMATÓRIO DOS ÍNDICES NUMÉRICOS DOS SETE PARÂMETROS DIAGNÓSTICOS AVALIADOS EM CADA CRISE. _____ 98

LISTA DE ABREVIATURAS

CSec	-	Cefaléia secundária
CTT	-	Cefaléia do tipo tensional
EM	-	Estado migranoso
ICHD II	-	The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition
M	-	Migrânea
MFm	-	Migrânea fármaco-modificada
MS	-	Medicação sintomática
P/P	-	Peso/pressão
P	-	Pulsátil
P+P/P	-	Pulsátil e peso/pressão
PCTT	-	Provável cefaléia do tipo tensional
PM	-	Provável migrânea

SUMÁRIO

<u>1</u>	<u>INTRODUÇÃO</u>	15
<u>2</u>	<u>REVISÃO DA LITERATURA</u>	19
2.1	ASPECTOS HISTÓRICOS	19
2.2	ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS	22
2.3	CONCEITO DE CEFALÉIA PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA	41
2.4	CARACTERÍSTICAS GERAIS DAS CEFALÉIAS EM VARIADAS POPULAÇÕES	48
2.5	CARACTERÍSTICAS DAS CEFALÉIAS CONFORME A NOSOLOGIA	53
2.6	BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE A TEORIA DO <i>CONTINUUM</i>	69
<u>3</u>	<u>OBJETIVOS</u>	71
3.1	OBJETIVO GERAL	71
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	71
<u>4</u>	<u>METODOLOGIA</u>	72
4.1	DESENHO DO ESTUDO	72
4.2	POPULAÇÃO DO ESTUDO	72
4.3	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	73
4.4	ASPECTOS ÉTICOS	73
4.5	CRITÉRIOS PARA CLASSIFICAÇÃO DOS EVENTOS E DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS	73
4.6	INSTRUMENTO DE PESQUISA	74
4.7	TAMANHO DA AMOSTRA	78
4.8	ANÁLISE ESTATÍSTICA	78
<u>5</u>	<u>RESULTADOS</u>	79
5.1	ANÁLISE DESCRITIVA	79
5.2	ANÁLISE INFERENCIAL	88
<u>6</u>	<u>DISCUSSÃO</u>	99

6.1	CONSIDERAÇÕES DIAGNÓSTICAS SOBRE AS CEFALÉIAS E CRISES INCIDENTES	99
6.2	UTILIZAÇÃO DE MEDICAÇÃO SINTOMÁTICA NAS CRISES INCIDENTES	111
6.3	MEDIDAS DE FREQUÊNCIA DAS CEFALÉIAS	112
6.4	DURAÇÃO DAS CRISES INCIDENTES DE CEFALÉIA	116
6.5	DURAÇÃO DAS CRISES INCIDENTES DE CEFALÉIA CONFORME A NOSOLOGIA	117
6.6	LATERALIDADE DA CEFALÉIA NAS CRISES INCIDENTES	118
6.7	LATERALIDADE DA DOR CONFORME A NOSOLOGIA DAS CRISES INCIDENTES	119
6.8	CARÁTER DA DOR NAS CRISES INCIDENTES	120
6.9	CARÁTER DA DOR CONFORME A NOSOLOGIA DAS CRISES INCIDENTES	121
6.10	INTENSIDADE DA DOR NAS CRISES INCIDENTES	128
6.11	INTENSIDADE DA DOR CONFORME A NOSOLOGIA DAS CRISES INCIDENTES	129
6.12	EFEITO DA ATIVIDADE FÍSICA ROTINEIRA SOBRE AS CRISES INCIDENTES	130
6.13	EFEITO DA ATIVIDADE FÍSICA ROTINEIRA CONFORME A NOSOLOGIA DAS CRISES INCIDENTES	131
6.14	SINAIS E SINTOMAS ACOMPANHANTES DAS CRISES INCIDENTES	132
6.15	SINAIS E SINTOMAS ACOMPANHANTES CONFORME A NOSOLOGIA DAS CRISES	133
6.16	ASPECTOS COMPARATIVOS: MIGRÂNEA X CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL – UM <i>CONTINUUM</i> DE CRISES	135
6.17	ELABORAÇÃO DE UMA ESCALA NUMÉRICA COM ESCORES DIAGNÓSTICOS	137
6.18	CONSIDERAÇÕES FINAIS	138
7	<u>CONCLUSÃO</u>	140
8	<u>REFERÊNCIAS</u>	141
9	<u>APÊNDICES</u>	146
9.1	APÊNDICE A – CASUÍSTICA	147
9.2	APÊNDICE B – FICHA PADRÃO	153
9.3	APÊNDICE C – REGISTRO DE CRISES	154
9.4	APÊNDICE D – CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	155
10	<u>ANEXOS</u>	157

10.1 ANEXO A - Ofício N° 041/2006-CEP/CCS	158
10.2 ANEXO B - Ofício N° 003/2011-CEP/CCS	159

1 INTRODUÇÃO

Talvez nada caracterize melhor a natureza humana do que o desenvolvimento da consciência. Graças a ela, estamos no mundo com algum saber.

A Biologia classifica o ser humano contemporâneo como *Homo sapiens sapiens*, isto é, como aquele ser que sabe que sabe.

É através da reflexão que o ser humano encontra consciência de si, portanto da sua interioridade, possibilitando a ele desenvolver a capacidade criativa e, conseqüentemente, o poder de inovar.

Por outro lado, a consciência do outro exige, dele, atenção plena para escutar, absorver e, finalmente, rever e renovar.

A perfeita integração da consciência de si e consciência do outro faz brotar uma terceira dimensão da consciência que seria a consciência crítica.

Mas, de nada adiantaria a consciência crítica se não existisse outra característica inata da condição humana que é a curiosidade.

No plano da Ciência, é a curiosidade a força-motriz da incessante busca por um conhecimento mais perene.

A Medicina, aliando arte à Ciência, exige do médico, na sua práxis, exercitar bem essa curiosidade.

O bom médico, além de desenvolver a arte de curar doenças, de aliviar os males somáticos e psíquicos, ou, apenas, de consolar aqueles que padecem de dores insolúveis, deve se ocupar também de renovar, de rever e de inovar princípios que fazem parte do senso comum da Medicina.

O conhecimento médico advém do estudo sistematizado dos princípios científicos que regem os diversos ramos da Medicina, mas também da arte de saber escutar, serenamente, cada paciente, cada qual com sua história singular.

Em outras palavras, sabendo-se ouvir, aprende-se com cada paciente que nos procura.

Entre as especialidades médicas, aparece a Neurologia como ramo da Clínica Médica que cuida dos transtornos do sistema nervoso, sejam eles motores, sensitivos, sensoriais, autonômicos ou cognitivos.

Qualquer dano, estrutural ou funcional, da complexa rede neural que integra o sistema nervoso pode acarretar prejuízo dos movimentos, das sensações elementares, das percepções

ligadas aos órgãos dos sentidos, do comando autônomo de funções vegetativas e da própria aquisição e domínio do conhecimento.

Nesse sentido, exige-se muito do neurologista um conhecimento sedimentado, não somente das doenças primárias neurológicas, mas também das doenças sistêmicas que possam interferir no funcionamento do sistema nervoso.

Por sua parte, a Cefalialgia - neologismo de uso difundido no nosso país e adotado para representar a especialidade médica que está voltada para o estudo das cefaléias - deve ser considerada um ramo da Neurologia, já que as dores de cabeça são expressão de um transtorno primário ou secundário do sistema nervoso.

A importância da Cefalialgia advém do fato de que as dores de cabeça vêm afligindo, perenemente, as pessoas sem respeitar idade, sexo, etnia, credo, nacionalidade, região geográfica ou classe social.

Pela relevância do tema, cada vez mais os pesquisadores procuram agregar novos conhecimentos, seja no plano epidemiológico, bioquímico, genético, clínico ou terapêutico que possam trazer maiores subsídios às poucas noções que conseguimos reunir.

É verdade que o avanço tecnológico, sobretudo com as novas técnicas de neuroimagem funcional, em muito tem ajudado nas pesquisas, porém muitas perguntas ainda permanecem sem resposta.

Estudos epidemiológicos de cefaléia vêm sendo realizados há mais tempo nos países mais desenvolvidos. No Brasil esses estudos, outrora escassos, têm tomado um impulso nas duas últimas décadas, delineando incidências e prevalências de diversas modalidades de dor de cabeça em nossa população.

Estudos bioquímicos também têm contribuído para a compreensão dos mecanismos responsáveis pelas dores de cabeça. Menção deve ser feita às pesquisas conduzidas pelo professor italiano Federigo Sicuteri com a serotonina, instituindo, em 1959, um tratamento profilático eficaz para a migrânea e demonstrando, dois anos depois, alterações metabólicas associadas a esse neurotransmissor durante crises migranosas (MARANHÃO FILHO, 2002).

Partindo da premissa de que cefaléias primárias possam ter uma base genética, embora que modulada por fatores outros de origem endógena ou exógena, esperamos que os avanços em neurogenética resultem no aprimoramento dos nossos conhecimentos, possibilitando a utilização de testes diagnósticos específicos e de tratamentos farmacológicos também específicos para as diversas situações.

Os estudos clínicos das cefaléias certamente se aperfeiçoaram a partir da padronização de critérios diagnósticos e da disseminação do seu uso na prática clínica e em pesquisas.

Adotada essa sistematização, certamente conclusões alcançadas em diferentes centros de pesquisa tornam-se bem mais homogêneas e fidedignas conseqüentemente.

Em 1962, uma classificação para as cefaléias foi proposta pelo Comitê de Bethesda a qual se baseava nos mecanismos desencadeadores da dor (FARIAS DA SILVA, 1989).

Em 1988, a Sociedade Internacional de Cefaléia publicou a Classificação e Critérios Diagnósticos das Cefaléias, Neuralgias Cranianas e Dor Facial na sua primeira edição (HEADACHE CLASSIFICATION COMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY, 1988).

A segunda edição dessa Classificação (ICHD II) foi aprovada na reunião da Sociedade Internacional de Cefaléia em Roma, em setembro de 2003, tendo sido publicada no ano seguinte (HEADACHE CLASSIFICATION SUBCOMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY, 2004).

Com base nesses critérios diagnósticos, idealizamos promover um estudo populacional do tipo corte transversal em uma população de enfermeiras do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco.

Numa primeira etapa, procuramos classificar todas as cefaléias encontradas, estabelecendo o diagnóstico a partir da anamnese clínica.

Uma vez classificadas, foi possível calcular a prevalência das diversas modalidades de cefaléia identificadas.

As cefaléias não foram classificadas com base em questionários aplicados nem com base em revisão de prontuários a exemplo do que se observa em diversos estudos epidemiológicos.

Pelo contrário, a anamnese clínica, individualmente conduzida pelo próprio autor, foi a única ferramenta empregada. Poderíamos ter concluído o estudo nessa etapa apresentando esta peculiaridade metodológica como aspecto singular do estudo, mas decidimos continuar.

Numa segunda etapa, resolvemos estudar todas as crises de cefaléia ocorridas durante um período de dois meses, analisando a incidência, a possível influência do uso de medicação no desenvolvimento da crise e as próprias características clínicas de cada crise individualizada.

Com esse viés prospectivo, o nosso estudo tornou-se bastante singular, possibilitando fazer, caso a caso, analogias entre as informações fornecidas pela anamnese clínica e as informações oriundas das crises incidentes.

Numa terceira etapa, pudemos estudar as diversas características das crises incidentes conforme a nosologia da crise.

Nesse aspecto, o nosso estudo tornou-se também singular pelo fato de ter analisado cada crise *per se*, procurando, com isso, distanciar-se de eventuais vieses de memória que possam adulterar resultados.

Numa quarta etapa, pudemos analisar as características clínicas das crises incidentes no grupo de indivíduos que só tem migrânea e no grupo de indivíduos que só tem cefaléia do tipo tensional, possibilitando elaborar de um escore diagnóstico que possa distinguir essas duas modalidades de cefaléia primária.

Esse aspecto conferiu ao nosso estudo originalidade, uma vez que nada encontramos de semelhante na literatura especializada.

Todas essas etapas foram consolidadas, de tal maneira que cada uma serviu de alicerce para construção da etapa seguinte.

Foi a curiosidade científica que nos motivou a planejar um estudo dessa natureza que, pela sua extensão e complexidade, exigiu persistente reflexão interior sobre as idéias formadas e aguçada atenção sobre os fatos observados.

Foi o desejo de contribuir com alguma experiência pessoal na revisão de aspectos de um tema tão estudado, porém, ainda, tão pouco compreendido que nos encorajou a concluí-lo.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Aspectos históricos

Dor de cabeça pode ser considerada uma experiência humana que não encontra limite nem no tempo, nem no espaço. Esta certeza se fundamenta em registros feitos em épocas diversas e em variadas regiões do planeta de onde se tem notícia da presença humana.

Há escritos sobre cefaléia que datam de mais de 3000 anos a.C. cuja autoria foi atribuída aos sumérios, povo que habitou a então denominada Baixa Mesopotâmia no continente asiático.

Entre os egípcios, o papiro de *Ebers*, datado entre 1500 e 1200 a.C., trouxe, além de prescrições variadas, a descrição de uma cefaléia unilateral acompanhada de vômitos, por eles denominada de *doença de metade da cabeça*.

Entre os gregos, Hipócrates, nascido a 460 a.C. na Ilha de Cós, região da Ásia Menor, considerado tradicionalmente o Pai da Medicina, descreveu aspectos clínicos da crise migranosa, como o seu início com a aura visual, a dor se sucedendo à aura e o alívio da cefaléia após vômitos.

Galeno, médico grego, nascido em Pérgamo, na Ásia Menor, no ano 130 d.C. foi quem primeiro se utilizou da palavra *hemicrania*, termo que deu origem à palavra *megrim* do inglês arcaico e *migraine* do francês.

Entre os romanos, o grande enciclopedista-médico Aulus Cornelius Celsus que viveu em Roma no século I d.C. ocupou-se em descrever alguns fatores precipitantes da crise migranosa como ingestão de vinho, o frio, o calor do fogo ou mesmo do sol.

Foi o médico grego Aretaeus da Capadócia, que viveu em Roma na segunda metade do século II d.C., quem teve o mérito de individualizar a migrânea, distinguindo-a de outras modalidades de cefaléias crônicas. Acredita-se ter sido ele o primeiro a registrar fotofobia e fonofobia durante a crise de migrânea (MARANHÃO FILHO, 2002).

Avicenna, médico e filósofo persa, nascido no ano 980 d.C. em um lugarejo próximo à cidade de Bucara, na Ásia Central, muito influenciou o mundo islâmico e latino da Idade Média. Acredita-se ter ele verificado a relação entre certos odores e a precipitação de crises de cefaléia (MARANHÃO FILHO, 2002).

Hildegard de Bingen, freira que viveu no século XII d.C., descreveu, em excepcional manuscrito, fenômenos visuais recorrentes que poderiam ser interpretados como de natureza migranosa.

Johannis van der Linden, em 1660, publicou o seu trabalho *De Hemicrania Menstrua* no qual descreve a influência da menstruação nas crises migranosas.

John Fothergill, médico inglês, nascido em 1712 e que tem seu nome ligado à Neuralgia do Trigêmeo, foi o primeiro a usar o termo *espectro de fortificação* para descrever fenômenos visuais, com aparência em ziguezague, próprios da migrânea com aura e também conhecidos como teicopsias.

Dubois-Reymond observou, em 1859, que a dor migranosa aumentava sincronicamente com o pulsar da artéria temporal, enquanto que Parry, em 1825, e, posteriormente, Mollendorf, em 1867, observaram que a compressão mecânica da artéria carótida na região cervical fazia a cefalalgia desaparecer.

O uso inicial de um derivado do ergot, a ergotina, para tratamento de crise de migrânea foi atribuído a Eulenberg em 1878 na Alemanha (FARIAS da SILVA, 1989).

Coube, entretanto, ao químico suíço Rothlin, em 1925, isolar a ergotamina a qual foi introduzida na prática clínica até 1928, contemporaneamente com o ensaio de Tzanck intitulado *Le traitement des migraines par le tartarate d'ergotamine* (SCHILLER, 1975 apud LANCE e GOADSBY, 1999).

Contudo, somente a partir de 1937, com os trabalhos experimentais de Graham e Wolff, é que os estudos sobre cefaléia receberam um cunho verdadeiramente científico.

É atribuída a Wolff a elaboração da primeira teoria fisiopatogênica da migrânea, a teoria vascular, com conseqüente embasamento do uso racional da ergotamina no tratamento da crise migranosa (FARIAS da SILVA, 1989).

Leão, em 1944, descreveu o fenômeno que denominou de *depressão alastrante*, documentando, no eletrocorticograma, a presença de uma onda lenta de depressão cortical, precedida por excitação, e que não era detida pelos sulcos cerebrais nem respeitava território arterial, propagando-se numa velocidade de três milímetros por minuto no cérebro de animais submetidos a anóxia.

Três anos antes da descrição original de Leão, Lashley já havia publicado, em revista científica, um mapeamento de seus próprios escotomas visuais, registrando a cronometria do fenômeno. Fato é que a onda de depressão alastrante de Leão parecia ter estreita vinculação temporal com o mapeamento dos escotomas de Lashley.

Em 1948, Wolff publicou o seu clássico livro *Headache and other head pain* o qual marcou época e ditou normas à comunidade médica ocidental. A segunda edição desse livro foi publicada em 1963, e várias conclusões lá escritas ainda nos parecem bastante atuais.

Em 1959, o professor italiano de Farmacologia Clínica, Federigo Sicuteri, influenciado pelas concepções de Wolff de que a crise migranosa se inicia por uma vasoconstricção seguida de uma vasodilatação, resolveu testar uma droga de propriedade anti-serotoninérgica, partindo do pressuposto de que o bloqueio da liberação da serotonina impediria a vasoconstricção que dá início ao processo crítico. Essa droga foi posteriormente denominada de Metisergida e utilizada com sucesso no tratamento profilático da migrânea.

Em 1962, o *ad hoc Committee on Classification of Headache of the National Institute of Health* (Comitê de Bethesda) propôs uma classificação para as cefaléias baseada nos mecanismos desencadeadores da dor a qual foi publicada no *Journal of the American Medical Association* (JAMA) e foi bastante utilizada até 1988.

Nessa classificação, migrânea foi definida como “crises recorrentes de dor de cabeça, de intensidade, duração e frequência variáveis. As crises são comumente unilaterais no início e usualmente associadas com anorexia e, algumas vezes, com náuseas e vômitos. Em alguns casos, são precedidas ou acompanhadas por distúrbios sensoriais ou motores e perturbação do humor. Frequentemente há história familiar de quadro clínico similar” (FARIAS da SILVA, 1989).

Em 1976, Edgard Raffaelli Jr, Wilson Farias da Silva e Gilberto Rebello de Matos, em reunião histórica na cidade de Salvador, Bahia, decidiram criar uma Sociedade voltada para fomentar conhecimentos no campo das cefaléias.

Em 1978, era fundada a Sociedade Brasileira de Cefaléia e Enxaqueca. Estiveram presentes à reunião inaugural 14 membros, havendo de se destacar Edgard Raffaelli Jr, Wilson Farias da Silva, Roberto Melaragno Filho e Wilson Luiz Sanvito. A partir de 1992, essa entidade de cunho científico passou a ser denominada de Sociedade Brasileira de Cefaléia.

Em 1979, acontecia na cidade de São Paulo o I Congresso Brasileiro de Cefaléia sob os auspícios da recém-criada Sociedade com a presença de convidados ilustres como John Graham, Federigo Sicuteri e Gustavo Poch.

Em setembro de 1982, em Londres, era fundada a Sociedade Internacional de Cefaléia (*International Headache Society*). Essa Sociedade foi resultado do trabalho de cinco membros do Comitê Internacional incluindo Desmond Carroll, Guilford, do Reino Unido, Robert Kunkel, Cincinatti, dos Estados Unidos da América, Edgard Raffaelli Jr, de São Paulo,

Brasil, Federigo Sicuteri, de Florença, Itália e Ottar Sjaastad, de *Trondheim*, Noruega (SJAASTAD, 1983).

Em setembro de 1983, realizava-se o primeiro Congresso dessa Sociedade em Munique na Baviera.

Em 1988, o Comitê de Classificação das Cefaléias da Sociedade Internacional de Cefaléia publicava a primeira edição de sua Classificação e Critérios Diagnósticos das Cefaléias, Neuralgias Cranianas e Dor Facial. Esse trabalho foi prefaciado pelo Presidente da Sociedade Internacional de Cefaléia (James W. Lance) e pelo Presidente do Comitê de Classificação das Cefaléias (Jes Olesen) com a recomendação de que ele fosse posto de imediato em prática nos trabalhos científicos (HEADACHE CLASSIFICATION COMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY, 1988).

Em 1989, Professor Wilson Farias da Silva publicava o seu livro *Cefaléias Diagnóstico e Tratamento*, sendo o primeiro do gênero na literatura médica brasileira. No prefácio dessa obra, o autor defendeu a introdução da cefaléia no currículo mínimo dos cursos de graduação das escolas médicas brasileiras e a difusão desses conhecimentos no âmbito da Clínica Médica (FARIAS da SILVA, 1989).

Em setembro de 2003, era aprovada, no Congresso da Sociedade Internacional de Cefaléia, em Roma, a segunda edição da Classificação Internacional a qual foi publicada no ano seguinte. Mais uma vez, o Presidente do Subcomitê de Classificação das Cefaléias, Jes Olesen, deixou transparecer claramente a necessidade da utilização ampla desse instrumento, embora tenha estimulado pesquisadores do mundo inteiro a examinarem cientificamente essa nova edição (HEADACHE CLASSIFICATION SUBCOMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY, 2004).

E assim, 5000 anos se passaram com muitos avanços advindos e com tantos ainda, apenas expectáveis no porvir.

2.2 Aspectos Epidemiológicos

Filólogos aceitam que o termo *epidemiologia* origina-se de raízes gregas (*epi* = sobre; *demo* = população; *logos* = tratado).

Por essa razão, o conceito de que a epidemiologia se restringia ao estudo das epidemias de doenças transmissíveis prevaleceu por muito tempo.

Modernamente, epidemiologia pode ser conceituada como o ramo das ciências da saúde que estuda, na população, a ocorrência, a distribuição e os fatores determinantes dos eventos relacionados com a saúde (PEREIRA, 2000).

Kutzke (1996) reconheceu a utilidade de se conceituar epidemiologia como sendo uma disciplina que se ocupa em estudar a história natural das doenças e passou a conceituar *Neuroepidemiologia* como sendo o ramo das Ciências Médicas no qual os métodos epidemiológicos são aplicados aos problemas da Neurologia Clínica.

Aplicada às cefaléias, a Neuroepidemiologia permite conhecer a sua distribuição na população, seus fatores de risco, sua gravidade e implicações sociais e econômicas, sendo possível, com base nesses resultados, planejar ações de saúde pública no sentido de minimizar os efeitos deletérios desse mal – a cefaléia – sobre a higidez da população em geral.

O método epidemiológico pressupõe estudos diferenciados que se prestam para conhecidos fins e podem ser classificados conforme critérios variados.

A maioria dos estudos epidemiológicos de cefaléia se utiliza de duas medidas de frequência, a incidência e a prevalência.

Incidência de uma doença refere-se ao número de casos novos enquanto que prevalência indica o número de casos existentes.

A prevalência pode ser classificada em pontual (instantânea) ou no período.

Prevalência pontual traduz a fração da população que é portadora de um evento tomado a partir de um ponto de referência que pode ser, por exemplo, o dia da coleta de dados.

Prevalência no período é aquela tomada a partir de um determinado intervalo de tempo. Na realidade, ela representa o somatório da prevalência pontual do evento com a sua incidência no decorrer de um período de tempo definido.

O estudo de coorte é o delineamento adequado para se conhecer incidência de um evento, enquanto que o estudo transversal se presta para demonstrar a sua prevalência numa população.

O estudo transversal é uma modalidade de investigação em que são, “causa” e “efeito,” detectados simultaneamente.

Ele pode ser classificado em estudo transversal não-controlado (descritivo ou de prevalência) a exemplo da determinação da prevalência de um evento e estudo transversal controlado (analítico) que se ocupa em verificar a associação entre dois eventos.

Por vezes, nesses estudos ditos transversais, dados coletados em um exato momento sobre variáveis de interesse podem se referir àquele momento ou a um momento pretérito, podendo incluir, nesta situação, informações retrospectivas.

Embora a epidemiologia não seja ciência tão nova, haja vista o registro da fundação de uma Sociedade de Epidemiologia em Londres em 1850, conforme destaca Pereira (2000), as pesquisas epidemiológicas brasileiras são bem mais recentes.

Farias da Silva, quando escreveu o seu primeiro livro sobre cefaléias, reconhecia uma indiscutível carência de dados estatísticos sobre a matéria no nosso país, existindo, à época, do seu conhecimento, apenas um levantamento de dados feito por Raffaelli entre 124 empregados de uma firma de São Paulo além de mais dois estudos, sendo um deles conduzido por Zuckerman e o outro por Melaragno, ambos em 1984, apresentando dados sobre pacientes matriculados em serviços especializados de cefaléia (FARIAS da SILVA, 1989).

Estudos epidemiológicos voltados para determinação de prevalência de cefaléia apresentam, em geral, ampla variação dos seus resultados, presumivelmente em virtude da influência de fatores individuais intrínsecos e extrínsecos, como também em função da questão metodológica da pesquisa.

Outro fator que contribui para se chegar a resultados díspares, mormente quando se estuda a prevalência das diversas modalidades de cefaléia, é a utilização de critérios diagnósticos frouxos e não-homogêneos.

Até 1988, a maioria dos estudos epidemiológicos de cefaléia se valeu da classificação proposta pelo Comitê de *Bethesda* (*Ad hoc committee on classification of headache. Classification of headache*) e publicada no *Journal of the American Medical Association* (JAMA) no ano de 1962.

Embora passível de críticas, pela sua imprecisão, essa Classificação só veio a ser substituída 16 anos depois, com a elaboração e publicação da primeira edição da Classificação e Critérios Diagnósticos das Cefaléias, Neuralgias Cranianas e Dor Facial da Sociedade Internacional de Cefaléia (HEADACHE CLASSIFICATION COMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY, 1988).

Ao serem adotados os critérios diagnósticos da classificação de 1988, ampliou-se o espaço de pesquisas científicas no campo da Neuroepidemiologia, ensejando um aperfeiçoamento da qualidade dos trabalhos e da fidedignidade dos seus resultados.

Linnet *et al.* (1989), em estudo epidemiológico entre 10.169 habitantes do Condado de Washington no Estado de Maryland, com idades variando entre 12 e 29 anos e conduzido por meio de entrevistas telefônicas, encontraram uma prevalência de cefaléia ao longo da vida de 95,3% na população feminina e de 90,8% na masculina. Considerando que a população feminina e masculina para este cálculo foi de, respectivamente, 5.055 e de 4.394 indivíduos, a participação feminina na amostra foi de 53,5%. Esses autores registraram que 76,5% da

população feminina e de 57,1% da masculina apresentaram a mais recente crise de cefaléia durante as quatro semanas que antecederam a entrevista.

Nesse estudo, embora medidas de frequência de migrânea tenham sido tomadas, não foram utilizados os critérios da Sociedade Internacional de Cefaléia de 1988 para o seu diagnóstico. A prevalência estimada de migrânea foi de 7,4% na população feminina e 3% na população masculina.

Trata-se, portanto, de um estudo epidemiológico incluindo dados retrospectivos sobre cefaléia e conduzido por meio de duas entrevistas telefônicas, sem utilização dos critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 1988.

Rasmussen *et al.* (1991) tiveram o mérito de conduzir o primeiro estudo epidemiológico randomizado de prevalência da cefaléia em uma população geral, em um condado de Copenhague, utilizando os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia. Em um universo de 1.000 pessoas com idades variando entre 25 e 64 anos, com um índice de participação de 76%, esses autores encontraram uma prevalência de período vital de 96%, sendo 93% entre os homens e 99% entre as mulheres. Entre os homens, as prevalências de migrânea e de cefaléia do tipo tensional foram respectivamente 8% e 69%, enquanto que entre as mulheres essas mesmas prevalências corresponderam a 25% e 88%. A prevalência pontual de cefaléia foi de 22% na população feminina e de 11% na população masculina. A prevalência anual de migrânea foi de 15% na população feminina e de 6% na população masculina, enquanto que essa mesma prevalência em relação à cefaléia do tipo tensional foi de 86% na população feminina e de 63% na população masculina.

Trata-se de um estudo de prevalência incluindo dados retrospectivos sobre cefaléia e conduzido por meio de questionário auto-aplicável dirigido para variáveis sócio-demográficas, entrevista clínica estruturada voltada para a avaliação da cefaléia, exame físico geral e neurológico. Foram utilizados os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 1988.

Buer *et al.* (1991), estudando uma população de 230 pacientes atendidos em ambulatórios gerais na Noruega, com idades variando entre 20 e 72 anos, encontraram uma prevalência de cefaléia ao longo da vida de 80%. A participação feminina entre os pacientes foi de 75,7% (n=176). A prevalência de migrânea ao longo da vida foi de 13,9%, enquanto que sua prevalência anual foi de 11,7% (13,8% na população feminina e 5,4% na população masculina).

Esse foi um estudo de prevalência e caracterização clínica de migrânea incluindo dados retrospectivos da cefaléia e realizado por meio de um questionário, com utilização dos critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 1988.

Camarda *et al.* (1991), estudando uma população de 1.954 estudantes de ensino médio de um condado de Palermo, na Itália, na faixa etária de 11 a 18 anos, sendo a participação feminina de 55,2%, verificaram que 504 (25,8%) deles apresentaram dois ou mais episódios de cefaléia no período de um ano. Entre eles, havia 322 rapazes (63,9%). O diagnóstico de migrânea foi firmado em 81 estudantes, representando 16,1% dos portadores de cefaléia. Entre os migranosos, as modalidades sem aura e com aura tiveram seus percentuais de 76,5% e de 23,3%, respectivamente.

Esse foi um estudo epidemiológico sobre migrânea em escolares incluindo dados retrospectivos sobre a cefaléia e realizado por meio de dois questionários, com utilização dos critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 1988.

Bastos, Almeida-Filho e Santana (1993), estudando uma amostra de 1.501 indivíduos de um setor urbano da cidade de Salvador, no Estado da Bahia, encontraram uma prevalência de cefaléia como sintoma de 14,8%. Considerando a variável gênero, com participação feminina de 54,5%, as prevalências entre as mulheres e entre os homens foram, respectivamente, de 18,1% e de 10,0%.

Esse foi um estudo epidemiológico realizado por meio do Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adulto objetivando determinar prevalência de cefaléia como sintoma em uma população urbana, sem se ocupar em classificá-las nosologicamente.

Mitsikostas *et al.* (1994) procederam um estudo epidemiológico de cefaléia entre 449 monges de Athos, na Grécia, todos com idade abaixo de 50 anos (média de idade de $38,6 \pm 6,8$ anos). A prevalência de cefaléia encontrada foi de 8,68%. Entre os portadores de cefaléia, migrânea isoladamente, cefaléia do tipo tensional isoladamente e formas mistas de migrânea e cefaléia do tipo tensional ocorreram, respectivamente, em percentuais de 20,51%, 38,46% e de 20,51%.

Esse foi um estudo epidemiológico realizado por meio de aplicação de questionário incluindo dados retrospectivos sobre cefaléia, entrevista e exame neurológico. Para classificar as cefaléias, foram utilizados os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 1988. Foram considerados portadores de cefaléia aqueles indivíduos que referiram uma cefaléia grave, não relacionada a outras doenças, nos últimos seis meses e cuja frequência de crises foi maior que uma ao mês.

Göbel, Peterson-Braun e Soyka (1994), estudando uma amostra representativa da população da antiga Alemanha Ocidental, no ano de 1993, encontraram uma prevalência de cefaléia ao longo da vida de 71,4% entre os 4.061 indivíduos entrevistados, sendo a participação feminina de 52,3% (2.123/4.061). A prevalência de migrânea na população foi de 27,5%, (32% entre as mulheres e 22% entre os homens), enquanto que a prevalência de cefaléia do tipo tensional foi de 38,3% (36% entre as mulheres e 34% entre os homens para a modalidade episódica e 3% entre as mulheres e 2% entre os homens para a modalidade crônica). O percentual de 27,5% foi composto a partir de um grupo que satisfazia todos os critérios diagnósticos para migrânea (11,3%) e de outro que satisfazia a esses critérios, excetuando apenas um (16,2%). *Mutatis mutandis*, em relação à cefaléia do tipo tensional, o grupo que satisfazia a todos os critérios diagnósticos e o grupo que satisfazia a todos, exceto um, tiveram percentuais de, respectivamente, 13,3% e de 25,0%, totalizando 38,3%. Entre os portadores de cefaléia, 53,6% preenchiam critérios para diagnóstico de cefaléia do tipo tensional, 38,4% preenchiam critérios para migrânea e 7,9% não preenchiam esses critérios. Para fins da pesquisa, foi considerada a idade a partir dos 18 anos.

Esse foi um estudo epidemiológico conduzido por meio de aplicação de questionário incluindo dados retrospectivos sobre cefaléia. A classificação das cefaléias foi baseada nos critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 1988, possibilitando determinar a prevalência da migrânea e da cefaléia do tipo tensional, esta nas modalidades episódica e crônica.

Sanvito *et al.* (1996), em estudo epidemiológico que se estendeu de abril de 1994 a abril de 1995, abrangendo 595 estudantes da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, encontraram uma prevalência de cefaléia ao longo da vida de 47,1%. A prevalência de migrânea foi de 54,4% entre as mulheres e de 28,3% entre os homens. Cefaléia do tipo tensional episódica foi anotada em 10% dos estudantes.

Esse foi um estudo epidemiológico com ênfase em migrânea e realizado por meio de aplicação de questionários incluindo dados retrospectivos sobre cefaléia. Para classificar as cefaléias foram utilizados os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 1988, possibilitando inferir as prevalências da migrânea e da cefaléia do tipo tensional.

Barea, Tannhauser e Rotta (1996), em um estudo epidemiológico randomizado de cefaléia em crianças e adolescentes no Sul do Brasil, encontraram, num período precedente de um ano, uma prevalência de migrânea de 9,9%, sendo 10,3% na população feminina e 9,6% na população masculina em uma amostra de 538 participantes. A prevalência de cefaléia do tipo tensional, no mesmo período, foi de 72,3%, sendo 68,3% (corrigindo, conforme a Tabela

1 desse artigo, 183/272=67,3%) na população masculina e 76,7% na população feminina. As prevalências de cefaléia ao longo da vida, no último ano, na última semana e nas últimas 24 horas foram, respectivamente, de 93,2% (94,4% entre as meninas e 92,3% entre os meninos); de 82,9% (87,9% entre as meninas e 77,9% entre os meninos); de 31,4% e de 8,9%. A faixa etária variou de 10 a 18 anos.

Esse foi um estudo epidemiológico, incluindo dados retrospectivos sobre cefaléia e conduzido por meio de entrevista, realização de exame físico e neurológico e aplicação de questionário. Foram utilizados os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 1988.

Ho, Ong e Lee (1997) estudaram a associação de cefaléia e depressão entre 1.208 estudantes da Universidade Nacional de Singapura. Nessa pesquisa, foi utilizada a Escala de Auto-avaliação de Depressão de Zung e um questionário auto-aplicável com base nos critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 1988. A participação masculina na população estudada foi de 50,3%. Em uma pequena proporção de estudantes, houve omissão de informação para classificação quanto ao gênero masculino/feminino. A faixa etária variou de 18 a 26 anos com uma de média de $20,9 \pm 1,6$ anos.

- a. A prevalência de cefaléia ao longo da vida foi de 98,1% (1.185/1.208), sendo de 98,9% (555/561) na população feminina e de 97,5% (593/608) na população masculina.
- b. A prevalência de migrânea sem aura ao longo da vida foi de 10,9% (132/1.208), sendo 13,4% (78/561) na população feminina e 8,7% (53/608) na população masculina.
- c. A prevalência de migrânea com aura ao longo da vida foi de 1,1% (13/1.208), sendo 1,4% (8/561) na população feminina e 0,6% (4/608) na população masculina.
- d. A prevalência de cefaléia do tipo tensional ao longo da vida foi de 29,8% (360/1.208), sendo 21,7% (122/561) na população feminina e 37,8% (230/608) na população masculina.
- e. O percentual de cefaléias não classificadas foi de 56,3% (680/1.208).
- f. O percentual de estudantes sem cefaléia foi de apenas 1,9% (23/1.208).

Esse foi um estudo de prevalência, de caracterização clínica e de relação de cefaléia com depressão, conduzido por meio de aplicação de questionário que incluiu dados retrospectivos sobre cefaléia. Para classificar as cefaléias, foram utilizados os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 1988.

Nadaoka *et al.* (1997) publicaram um artigo abordando cefaléia e estresse em um grupo de profissionais de enfermagem e um grupo de funcionários da administração pública na cidade de Yamagata no Japão. A primeira etapa do estudo foi desenvolvida junto a 239 indivíduos integrantes do corpo de enfermagem do Hospital Universitário de Yamagata, no ano de 1990, sendo a participação feminina quase absoluta, compondo-se de 99,6% da totalidade da população. Nesse grupo, 40,6% do total referiu cefaléia de ocorrência regular, definida por uma freqüência ao menos mensal de crises. Destes que referiram cefaléia recorrente, 41,2% tiveram o diagnóstico de migrânea, 50,5% tiveram o diagnóstico de cefaléia do tipo tensional, enquanto que 8,2% tiveram o diagnóstico de outras cefaléias. A segunda etapa do estudo, realizada em 1993, envolveu 283 funcionários da Administração Pública da Prefeitura de Yamagata, sendo a participação masculina majoritária, perfazendo 86,9% do total. A prevalência de cefaléia de ocorrência regular encontrada entre os homens foi de 16,1%, e entre as mulheres, de 37,8%. Entre estes que referiram cefaléia recorrente, os percentuais de migrânea, cefaléia do tipo tensional e de outras cefaléias foram, respectivamente, de 20,4%, 44,4% e de 35,2%.

Esse foi um estudo de prevalência de cefaléia e de sua relação com estresse conduzido por meio de aplicação de questionário que incluiu dados retrospectivos sobre cefaléia. Para classificar as cefaléias, foram utilizados os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 1988.

Antoniuk *et al.* (1998), estudando prevalência de cefaléia entre 460 estudantes de uma escola da cidade de Curitiba, Estado do Paraná, durante o primeiro semestre de 1997, encontraram uma prevalência de cefaléia durante a vida de 93,5%, sendo essa prevalência, entre as meninas, de 94,5% e, entre os meninos, de 91,9%. Quando inquiridos os pais a respeito da cefaléia de seus filhos, houve uma estreita concordância entre as respostas de ambos, isto é, a prevalência de cefaléia durante a vida foi de 93,3%, sendo de 94,2% entre as meninas e de 91,9% entre os meninos. A prevalência anual de cefaléia foi de 90%, sendo 92,7% para as meninas e de 86% para os meninos. De forma análoga, a respostas dos pais relativas a essas prevalências foram, respectivamente, de 89,8%, 91,6% e de 87,1%. A faixa etária dos escolares variou entre 10 e 14 anos, e a participação feminina foi de 59,6%.

Esse foi um estudo de prevalência de cefaléia em escolares que incluiu dados retrospectivos sobre cefaléia, sendo conduzido por meio de aplicação de questionário aos escolares e aos respectivos pais.

Zétola *et al.* (1998), estudando a ocorrência de cefaléia entre funcionários de diversas categorias profissionais do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná, no

período de setembro a dezembro de 1993, encontraram, entre os 987 entrevistados, cefaléia em 38,5% (380/987) deles. A participação feminina entre portadores de cefaléia foi de 67,6% (257/380). Do total de portadores de cefaléias crônicas, 65,5% (249/380) tinham migrânea, 27,6% (105/380) tinham cefaléia do tipo tensional e 6,8% (26/380) tinham outras modalidades de dor de cabeça. Essas modalidades de cefaléia predominaram na população feminina, havendo 169 casos de migrânea, 72 casos de cefaléia do tipo tensional e 16 casos de outros grupos diagnósticos para um total de 257 mulheres que referiam serem portadoras de cefaléia.

Esse foi um estudo epidemiológico de cefaléia em uma comunidade hospitalar que incluiu dados retrospectivos sobre cefaléia, sendo conduzido por meio de uma combinação de questionário e entrevista. A identificação dos casos de migrânea e de cefaléia do tipo tensional foi baseada nos critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 1988. Para a classificação das cefaléias, foi selecionada a modalidade mais importante de dor de cabeça conforme avaliação do próprio entrevistado, uma vez que houve situações de coexistência de mais de um tipo de cefaléia no mesmo indivíduo. Na metodologia desse estudo, não houve definição de termos para as expressões portadores de cefaléia e portadores de cefaléias crônicas, com a ressalva de que elas se corresponderam numericamente.

Lavados e Tenhamm (1998) realizaram um estudo epidemiológico sobre cefaléia do tipo tensional utilizando uma amostra representativa da população urbana de Santiago no Chile. O número final de participantes foi de 1.385 indivíduos, todos com idade acima de 14 anos. Foram utilizados os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 1988. Cefaléia do tipo tensional representou 72,3% (373/516) de todas as cefaléias recorrentes. A prevalência anual de cefaléia do tipo tensional foi de 26,9% (373/1.385), sendo de 35,2% na população feminina e de 18,1% na população masculina.

Esse foi um estudo epidemiológico que incluiu dados retrospectivos sobre cefaléia e que foi conduzido por meio de aplicação de entrevista e questionário. Foram aplicados, para identificação dos casos de cefaléia do tipo tensional, os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 1988. Os indivíduos foram diagnosticados de acordo com o tipo mais freqüente de cefaléia apresentado no último ano. Na metodologia do estudo, não houve definição para o termo cefaléias recorrentes.

Vincent *et al.* (1998), em um estudo epidemiológico desenvolvido entre 993 funcionários do Centro de Pesquisa da Petrobrás, no Estado do Rio de Janeiro, com participação feminina de 62%, encontraram, durante um período retrospectivo de 30 dias, uma prevalência de cefaléia de 49,8% (495/993). Na população estudada, 5,5% (55/993) dos

funcionários preencheram critérios para o diagnóstico de migrânea, enquanto que a modalidade episódica da cefaléia do tipo tensional e a modalidade crônica tiveram percentuais, respectivamente, de 26,4% (262/993) e de 1,7% (17/993).

Esse foi um estudo de prevalência e custos indiretos de cefaléia em uma empresa brasileira que incluiu dados retrospectivos sobre cefaléia, sendo conduzido por meio de aplicação de questionário e entrevista. A classificação das cefaléias foi baseada nos critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 1988.

Lipton (1999), estudando epidemiologia e classificação de cefaléias freqüentes, descreveu, nos Estados Unidos, uma prevalência anual de cefaléias freqüentes de 4,1%. Cefaléias freqüentes foram definidas como aquelas com 180 ou mais dias de dor por ano. Dentre esses, mais de metade preencheu os critérios da Sociedade Internacional de Cefaléia para cefaléia do tipo tensional crônica, sendo 52% na população feminina e 56% na população masculina. Quase um terço desses portadores de cefaléias freqüentes preencheu critérios para *migrânea transformada*, sendo 33% na população feminina e 25% na população masculina.

Esse foi um estudo de epidemiologia e classificação de cefaléias freqüentes obedecendo, parcialmente, aos critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 1988.

Wang *et al.* (1999) publicaram um artigo sobre comorbidade entre cefaléias e depressão entre idosos, habitantes da ilha de Kinmen, situada próxima à costa continental da China. A idade mínima para inclusão na pesquisa foi de 65 anos. Entre os elegíveis, 1.421 concluíram o estudo. A coleta de dados foi conduzida porta a porta. O diagnóstico das cefaléias obedeceu aos critérios da Sociedade Internacional de Cefaléia de 1988. Para identificação de depressão, foi utilizado o modelo abreviado da Escala Geriátrica de Depressão. Esses autores chegaram aos seguintes resultados epidemiológicos:

- a. Da totalidade, 761 idosos (54%) referiram ao menos um episódio de cefaléia na vida. Neste grupo, a prevalência feminina foi de 67% enquanto que a masculina foi de 37%. Adicionalmente, 537 idosos referiram, pelo menos, um episódio de cefaléia no ano anterior. Neste outro grupo, a prevalência feminina foi de 51% e a masculina foi de 21%.
- b. A prevalência de migrânea ao longo da vida foi de 5,3%, sendo 9,0% na população feminina e 1,1% na masculina.
- c. A prevalência de migrânea ativa, definida assim pela ocorrência de crises dentro de dois anos em relação à pesquisa, foi de 3,1%, sendo de 4,9% na população feminina e de 0,8% na masculina.

Esse foi um estudo de comorbidade entre cefaléia e depressão conduzido por meio de entrevista e aplicação de questionário que inclui dados retrospectivos sobre cefaléia. Foram aplicados os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 1988 para classificação das cefaléias.

Rabello (2000), em um estudo transversal de uma população de profissionais de enfermagem de uma unidade hospitalar da cidade de São Paulo, encontrou uma prevalência de cefaléia ao longo da vida 97,1%, sendo 93,0% entre os homens e 97,5% entre as mulheres. A prevalência de migrânea e de cefaléia do tipo tensional ao longo da vida foi de 53,1% e de 48,2% respectivamente. A prevalência da migrânea, ao longo da vida, na população feminina, foi de 55,2% (201/364), enquanto que a correspondente prevalência, na população masculina, foi de 34,9% (15/43).

Esse foi um estudo transversal sobre migrânea, fatores constitucionais e ambientais a ela associados, sendo conduzido por meio de entrevista e aplicação de questionário que incluiu dados retrospectivos sobre a cefaléia. Foram utilizados os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 1988.

Bigal, Bordini e Speciali (2000), estudando a etiologia e distribuição de cefaléias em duas unidades hospitalares do interior do Estado de São Paulo, registraram 561 atendimentos motivados por cefaléia entre 6.006 pacientes que procuraram, consecutivamente, os serviços com sintomas agudos. A participação feminina dentre os 6.006 pacientes foi de 52,4%, enquanto que a participação feminina dentre os 561 pacientes com queixas de cefaléia foi de 63,4%. A idade variou de 14 a 98 anos. Houve 312 pacientes (55,6%) com diagnóstico de cefaléia primária, 221 pacientes com diagnóstico de cefaléia secundária de causa sistêmica (39,4%) e 28 pacientes com diagnóstico de cefaléia secundária de causa neurológica (5%). Migrânea foi diagnosticada em 253 pacientes, representando 45,1% de todos os casos de cefaléia. A participação feminina nos casos de migrânea foi de 72,3%. Cefaléia do tipo tensional representou 7,3% dos atendimentos devidos a cefaléias. A participação feminina nos casos de cefaléia do tipo tensional foi de 56,1%. Para classificação das cefaléias, foram utilizados os critérios da Sociedade Internacional de Cefaléia de 1988.

Esse foi um estudo prospectivo de avaliação de cefaléia em uma série de pacientes que procuraram o setor de emergência de unidades hospitalares. A coleta de dados junto a esses pacientes se estendeu por oito meses. Foram utilizados os critérios da Sociedade Internacional de Cefaléia de 1988.

Bánk e Márton (2000), em estudo epidemiológico na cidade de Debrecen, na Hungria, avaliaram 813 indivíduos e chegaram à conclusão que 67% dessa população já havia

apresentado algum tipo de cefaléia ao longo da vida. A participação feminina nessa população foi de 51,8%. A prevalência anual da migrânea sem aura foi de 7,6% (62/813), enquanto que a correspondente prevalência da migrânea com aura foi de 2% (16/813).

Consideradas as duas modalidades de migrânea, conclui-se que a prevalência anual da migrânea foi de 9,6% (78/813).

Esse foi um estudo epidemiológico sobre migrânea conduzido por meio de aplicação de questionário que incluiu dados retrospectivos sobre a cefaléia. Foram aplicados os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 1988 para o diagnóstico de migrânea.

Da Costa *et al.* (2000) avaliaram a freqüência de cefaléia entre 408 estudantes de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil, a maioria deles apresentando idade entre 20 e 22 anos. Definiu-se que 33% (134/408) deles eram portadores de cefaléia, sendo de, respectivamente, 45,4% e de 24,6% esses percentuais na população feminina e na masculina. As cefaléias foram classificadas conforme os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 1988, havendo migrânea sem aura em 31,3%, migrânea com aura em 8,2%, cefaléia do tipo tensional episódica em 32,1%, cefaléia do tipo tensional crônica em 7,5%, cefaléia do tipo tensional e migrânea sem aura em 3,0% e cefaléias não classificadas em 17,9%, dentre os 134 estudantes portadores de cefaléia.

Esse foi um estudo epidemiológico com medidas de freqüência conduzido por meio de aplicação de questionário que incluiu dados retrospectivos sobre a cefaléia. Foram aplicados os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 1988. Foram considerados portadores de cefaléia aqueles estudantes que apresentavam cefaléia freqüentemente, ou, ao menos, admitiam a presença de cefaléia.

Cheung (2000) estudou a prevalência de migrânea, de cefaléia do tipo tensional e de outras cefaléias entre 1.436 habitantes de Hong Kong. A participação feminina e masculina foi de, respectivamente, 794 e 642 indivíduos, todos com idades acima de 15 anos. Cefaléia recorrente, definida pela incidência de duas ou mais crises nos 12 meses anteriores e sem associação com estado gripal ou resfriado comum, teve uma prevalência de 37,1% (533/1.436). A migrânea teve prevalência de 4,7% (68/1.436), compreendendo migrânea sem aura, 52,9% (36/68), migrânea com aura, 13,3% (9/68) e distúrbio migranoso o qual não preencheu totalmente os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 1988 para uma das formas de migrânea, 33,8% (23/68). A prevalência da cefaléia do tipo tensional foi de 26,9% (386/1.436). A prevalência de outras cefaléias foi de 5,5% (79/1.436). Quando o diagnóstico foi ajustado de acordo com os resultados da validação clínica, a taxa de

prevalência para migrânea, cefaléia do tipo tensional e para outras cefaléias tornaram-se 12,5%, 18,7% e 6,0% respectivamente.

Esse foi um estudo epidemiológico de prevalência conduzido por meio de aplicação de questionário e entrevista que incluíram dados retrospectivos sobre a cefaléia. Foram aplicados os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 1988. A partir do que se conceituou por cefaléia recorrente, foram estabelecidas as prevalências da migrânea e da cefaléia do tipo tensional.

Rhee (2000), em estudo longitudinal de cefaléia conduzido em uma amostra representativa da população adolescente norte-americana, verificou que, aproximadamente, 91% deles apresentaram, no período precedente de 12 meses, um ou mais episódios de cefaléia.

Esse foi um estudo longitudinal de prevalência de cefaléias e variáveis de predição entre adolescentes norte-americanos, conduzido por meio de entrevistas com inclusão de dados retrospectivos sobre cefaléia.

Deleu *et al.* (2001) publicaram um artigo sobre prevalência e características clínicas de cefaléia entre estudantes de medicina de Oman. Utilizaram um questionário estruturado para avaliação das cefaléias. Foram obedecidos os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 1988. Foram incluídos na pesquisa 402 indivíduos, com uma participação feminina de 62,5%. As idades variaram de 18 a 26 anos, com média de $21,9 \pm 1,9$ anos. A prevalência de cefaléia ao longo da vida foi de 98,3%, enquanto que a prevalência anual foi de 96,8%. A prevalência de migrânea foi de 12,2%, sendo de 15,5% na população feminina e 6,6% na população masculina. Essa prevalência em relação à cefaléia do tipo tensional foi também de 12,2%, sendo de 11,1% na população feminina e 13,9% na população masculina. Esses autores não encontraram coexistência de migrânea e cefaléia do tipo tensional no mesmo indivíduo.

Esse foi um estudo de prevalência e caracterização clínica de cefaléias, conduzido por meio de entrevista baseada em um questionário que incluiu dados retrospectivos sobre a cefaléia. Foram aplicados os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 1988 para classificá-las.

Deleu, Khan e Al Shehab (2002) publicaram um artigo sobre prevalência e características clínicas de cefaléia em uma comunidade rural de Oman. Utilizaram um questionário estruturado para avaliação das cefaléias, adequado aos critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 1988. O período de estudo se prolongou nos anos de 1999 e 2000. Foram incluídos na pesquisa 1.158 participantes, com uma participação

feminina de 57,1%. As idades variaram de 10 a 72 anos, com média de $25,9 \pm 14,3$ anos. A prevalência de cefaléia ao longo da vida foi de 83,6%, enquanto que a prevalência anual foi de 78,8%. A prevalência de cefaléias freqüentes (mais de 180 dias de dor ao ano) foi de 5,4%. A prevalência anual de migrânea foi de 10,1%, estando a razão feminino/masculino em 1,25 para um. Essa prevalência em relação à cefaléia do tipo tensional foi de 11,2%, sendo ela 2,6 vezes maior na população feminina. Esses autores registraram, ainda, que a coexistência de migrânea com cefaléia do tipo tensional no mesmo indivíduo ocorreu em 16% dos portadores de cefaléia.

Esse foi um estudo de prevalência e caracterização clínica, conduzido por meio de entrevista baseada em um questionário que inclui dados retrospectivos sobre a cefaléia. Foram aplicados os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 1988.

Boardman *et al.* (2003), em um estudo transversal realizado no distrito de *North Staffordshire* na Inglaterra, abrangendo uma população de 2.662 indivíduos a partir dos 18 anos de idade, encontraram uma prevalência de cefaléia ao longo da vida de 92,6% e, uma prevalência ao longo de três meses de 70,3%. A participação feminina na população estudada foi de 55,9%. As prevalências femininas ao longo da vida e ao longo de um trimestre foram respectivamente de 94,5% e de 76,8%, enquanto que as masculinas foram de 90,2% e de 62,0%.

Esse foi um estudo de prevalência e caracterização clínica de cefaléias que foi conduzido por meio de aplicação de questionário postado que incluiu dados retrospectivos sobre as dores de cabeça.

Kaynac Key, Donmez e Tuzun (2004) realizaram estudo epidemiológico entre 2.226 estudantes da Universidade de Istambul, Turquia, abordando prevalência e características clínicas da cefaléia do tipo tensional ao lado de aspectos psicossociais associados. A faixa etária avaliada situou-se entre 17 e 21 anos, e a participação feminina foi de 54% na população estudada. A prevalência de cefaléia do tipo tensional episódica e crônica foi de 20,35% (453/2.226), sendo 25,54% (307/1.202) na população feminina e 14,25% (146/1.024) na população masculina.

Esse foi um estudo voltado para aspectos epidemiológicos, psicossociais e de caracterização clínica da cefaléia do tipo tensional que incluiu dados retrospectivos da cefaléia e conduzido por meio de aplicação de questionário, sem entrevista clínica seqüencial nem exame neurológico. Para individualizar os casos de cefaléia do tipo tensional, foram utilizados os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 1988.

Domingues *et al.* (2004), em um estudo epidemiológico realizado na região metropolitana de Vitória, Estado do Espírito Santo, avaliaram 2.500 habitantes, sendo 59,1% mulheres, encontrando uma prevalência pontual de cefaléia de 52,8% (1.320/2.500). A prevalência de cefaléia foi maior entre mulheres (62,6%) do que entre os homens (38,6%). A prevalência de cefaléia foi significativamente mais baixa na população acima de 55 anos (35%), e mais alta na população abaixo de 30 anos (55,8%). A média de idade da população estudada foi de 33,4±16,6 anos.

Esse foi um estudo de prevalência conduzido por meio de aplicação de questionário que incluiu dados retrospectivos sobre a cefaléia. A prevalência foi estabelecida a partir dos indivíduos que se consideraram portadores de cefaléia.

Larsson e Sund (2005), em estudo longitudinal desenvolvido junto a 2.355 escolares de dois condados da região central da Noruega, encontraram uma incidência anual de 6,5% do que esses autores denominaram de cefaléia freqüente, sendo 9,2% entre as adolescentes e 4,0% entre os adolescentes. A participação feminina na população estudada foi de 49,5%, e a faixa etária variou de 12 a 14 anos. Num primeiro tempo (T1) do estudo, 8,1% dos adolescentes referiram cefaléia em freqüência maior que uma crise semanal (11,5% entre as moças e 4,6% entre os rapazes), e num segundo tempo (T2) essa freqüência se elevou para 8,9% (13,3% entre as moças e 4,8%% entre os rapazes). Em T1, 50% dos adolescentes tiveram cefaléia com duração menor que uma hora, enquanto que, em T2, 59% deles apresentaram cefaléia com duração mínima de uma hora.

Esse foi um estudo longitudinal de medidas de freqüência, curso e fatores de predição de cefaléias entre adolescentes jovens da Noruega, conduzido em dois tempos, com intervalo de um ano, por meio de questionários com inclusão de dados retrospectivos sobre cefaléia. Cefaléia freqüente foi definida pela sua ocorrência mais de uma vez por semana. Na metodologia desse estudo, não ficou definido, em relação à duração das crises, se haveria um grupo misto que apresentasse ora crises com duração menor do que uma hora, ora crises com duração mínima de uma hora.

Farias da Silva *et al.* (2005b), entrevistando 1.000 habitantes da região metropolitana do Recife, sendo de 40,3% a participação masculina e de 59,7% a participação feminina, encontraram uma prevalência de cefaléia ao longo da vida de 93,6% no gênero masculino e 97,3% no feminino.

Esse foi um estudo de prevalência conduzido por meio de entrevista pessoal que incluiu dados retrospectivos sobre cefaléia.

Karli *et al.* (2006b) estudaram a prevalência de cefaléia entre adolescentes da cidade de Bursa, na Turquia, com idades variando entre 12 e 17 anos. A participação masculina entre os 2.387 adolescentes avaliados foi de 52,1%. A prevalência anual de cefaléia foi de 53,2%. Cefaléia recorrente foi anotada em 52,2% dos entrevistados, sendo de 59,8% entre as meninas e de 45,1% entre os meninos. Cefaléia do tipo tensional freqüente foi a mais comum entre esses adolescentes (25,9%), enquanto que a prevalência da migrânea foi de 14,5%.

Esse foi um estudo de prevalência entre adolescentes, conduzido por meio de aplicação de questionário e subsequente entrevista semiestruturada face a face que incluíram dados retrospectivos sobre a cefaléia. Foram aplicados os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 2004 para classificar as cefaléias. Cefaléia recorrente foi definida pela ocorrência de mais de uma crise anual. Embora não tenha sido explicitado na metodologia do estudo, entendemos que as medidas de freqüência foram tomadas a partir das cefaléias recorrentes.

Akyol *et al.* (2007), em estudo epidemiológico realizado junto a 7.721 escolares entre 9 e 17 anos na região de Menderes, na Turquia, entre março e junho de 2004, encontraram uma prevalência de cefaléia ao longo da vida de 83,3%, sendo 87,1% entre as meninas e 79,6% entre os meninos. A participação feminina na amostra estudada foi de 49,8%. Migrânea foi diagnosticada em 9,7% da população, sendo 11,7% entre as meninas e 7,8% entre os meninos.

Esse foi um estudo epidemiológico de migrânea entre adolescentes, conduzido por meio de aplicação de questionários que incluíram dados retrospectivos sobre a cefaléia. Foram aplicados os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 2004 para enquadramento dos casos de migrânea.

Catharino *et al.* ((2007), avaliando a prevalência de cefaléia entre 400 estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade Iguazu, Estado do Rio de Janeiro, no ano de 2001, encontraram uma prevalência ao longo da vida de 98,5%. Da totalidade da população estudada, 59,2% sofria de cefaléia freqüente, ocorrendo isso em 72,2% da população feminina e 45,9% da masculina.

Esse foi um estudo de prevalência de cefaléia e desempenho escolar entre estudantes de medicina, conduzido por meio de aplicação de questionário que incluiu dados retrospectivos sobre a cefaléia.

Queiroz *et al.* (2008), em um estudo epidemiológico observacional do tipo transversal de base populacional no Brasil, desenvolvido entre setembro de 2006 e janeiro de 2007, entrevistando 3.848 indivíduos selecionados de forma aleatória, sendo de 60% a participação

feminina na amostra, encontraram, tomando como base o último ano, uma prevalência de cefaléia de 72,2%, de migrânea de 15,2%, de cefaléia do tipo tensional de 13,0% e de cefaléia crônica diária de 6,9%.

Esse foi um estudo epidemiológico de cefaléia no Brasil, conduzido por meio de entrevistas telefônicas a partir de um questionário estruturado que incluiu dados retrospectivos sobre a cefaléia. As questões sobre cefaléia incluídas no questionário foram baseadas nos critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 2004.

Buonanotte, Fernandez e Enders (2008), avaliando o impacto de cefaléia entre 3.589 estudantes aspirantes ao ingresso na Faculdade de Medicina da Universidade de Córdoba, Argentina, durante os anos de 2004, 2005 e 2006, encontraram cefaléia habitual em 49,9% da população feminina e em 34,3% da população masculina. No total, 46,1% da população referiu ter cefaléia habitualmente. Em 98,5% dos entrevistados, havia queixa de cefaléia no último ano. A migrânea foi diagnosticada em 12,6% da população e a cefaléia do tipo tensional em 68,9%.

Esse foi um estudo epidemiológico entre estudantes universitários, conduzido por meio de aplicação de questionário e entrevista que incluíram dados retrospectivos sobre a cefaléia. Foram aplicados os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 2004.

Pinto *et al.* (2008), avaliando a prevalência e impacto da cefaléia em 64 funcionários (proporção de 50% entre homens e mulheres) de uma empresa de Minas Gerais, em outubro de 2008, encontraram uma prevalência anual de cefaléia de 73%, distribuída em 57% da população feminina e em 43% da população masculina.

Esse foi um estudo de prevalência e impacto de cefaléia, em uma empresa brasileira, conduzido por meio de aplicação de questionário que incluiu dados retrospectivos sobre a cefaléia.

Radke e Neuhauser (2009) estudaram uma amostra representativa da população da Alemanha, com idade a partir de 18 anos, tendo 7.236 indivíduos concluído o estudo. Foi, então, encontrada uma prevalência anual para todas as modalidades de cefaléia de 60,2% sendo 66,6% entre as mulheres e 53,0% entre os homens. A participação feminina nessa amostra foi de 51,8%. A prevalência anual de migrânea foi de 10,6%, sendo 5,3% entre os homens e 15,6% entre as mulheres. A prevalência anual de cefaléias não-migranosas graves foi de 24,7%, sendo 27,1% entre as mulheres e 22,2% entre os homens.

Esse foi um estudo de prevalência e impacto de cefaléias, particularmente de migrânea, na Alemanha, conduzido por meio de entrevistas telefônicas a partir de um

questionário padronizado e estruturado, incluindo dados retrospectivos sobre a cefaléia. Foram aplicados os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 2004.

Santinello, Vieno e De Vogli (2009), procurando estudar a prevalência de cefaléia entre 4.386 escolares da Itália, com uma participação feminina de 51,6%, encontraram que cerca de 40% do total da amostra apresentou uma ou mais crises por semana nos últimos seis meses, sendo esse percentual de 48,1% entre as adolescentes e de 32,3% entre os adolescentes.

Esse foi um estudo epidemiológico de cefaléias primárias entre adolescentes, conduzido por meio de aplicação de questionários que incluíram dados retrospectivos sobre a cefaléia.

Isik *et al.* (2009) estudaram a prevalência de cefaléia entre 2.669 escolares da cidade de Istambul, na Turquia. O questionário foi respondido pelos pais. A participação feminina na amostra foi de, aproximadamente, 51%. A idade variou entre 5 e 13 anos com média de $8,2 \pm 2,4$ anos. Cefaléia foi documentada em 42,6% da população estudada. As prevalências de migrânea, provável migrânea e de cefaléia não-migranosa foram de, respectivamente, 3,4%, 8,7% e de 34,1%. Os critérios diagnósticos de 2004 da Sociedade Internacional de Cefaléia foram adotados nesse estudo.

Esse foi um estudo de prevalência de cefaléia em associação com fatores sócio-econômicos entre escolares, conduzido por meio de aplicação de questionários estruturados que incluíram dados retrospectivos sobre a cefaléia. Esses questionários foram preenchidos pelos pais dos escolares. Foram aplicados os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 2004 para classificar as cefaléias migranosas (Migrânea e Provável Migrânea).

Junior *et al.* (2009) estudaram toda a população, a partir dos dez anos de idade, da pequena cidade de Capela Nova na região sudeste do Brasil, compreendendo 1.605 indivíduos. Da totalidade, 98,4% concluíram a pesquisa. A participação feminina foi de 837 indivíduos. Esses autores encontraram uma prevalência anual de cefaléia de 64,5%, sendo 69,5% na população feminina e 60,9% na masculina.

Esse foi um estudo transversal conduzido por meio de entrevista em visitas domiciliares que incluiu dados retrospectivos sobre a cefaléia.

Ojini, Okubadej e Danesi (2009) desenvolveram estudo de prevalência e características clínicas das cefaléias entre 376 estudantes de Medicina da Universidade de Lagos, na Nigéria, através da aplicação de questionários estruturados. O questionário foi dirigido, apenas, para a modalidade mais freqüente ou de maior transtorno de cefaléia de cada indivíduo. Houve 220 rapazes e 156 moças com média de idade de 23,4 anos. Os critérios

diagnósticos de 2004 da Sociedade Internacional de Cefaléia foram adotados nesse estudo. A prevalência anual das cefaléias recorrentes foi de 46% (173/376), com percentuais de 62,8% (98/156) entre as estudantes e de 34,1% (75/220) entre os estudantes. A prevalência anual de migrânea foi de 6,4% (24/376), com percentuais de 10,9% (17/156) entre as estudantes e de 3,2% (7/220) entre os estudantes. A prevalência anual de provável migrânea foi de 8,5% (32/376), com percentuais de 16,7% (26/156) entre as estudantes e de 2,7% (6/220) entre os estudantes. A prevalência anual de cefaléia do tipo tensional foi de 18,1% (68/376), com percentuais de 19,2% (30/156) entre as estudantes e 17,3% (38/220) entre os estudantes. A prevalência anual de provável cefaléia do tipo tensional foi de 10,4%, com percentuais de 12,1% (19/156) entre as estudantes e de 9,1% (20/220) entre os estudantes. Cefaléias não classificadas representaram 2,6% do total de cefaléias na população estudada.

Esse foi um estudo de prevalência e caracterização clínica de cefaléias entre estudantes de Medicina, conduzido por meio de aplicação de questionário estruturado auto-aplicável que incluiu dados retrospectivos sobre a cefaléia. Os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 2004 serviram de base para classificar as cefaléias.

Adoukonou *et al.* (2009) realizaram um estudo transversal envolvendo 336 estudantes da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Abomey-Calavi em Cotonou, Benin, na África. A participação masculina na amostra foi de 61%. A idade variou de 16 a 46 anos. A prevalência de cefaléia recorrente em geral foi de 75% (252/336). A prevalência de migrânea ao longo da vida foi de 11,3% (38/336). Entre os 38 participantes portadores de migrânea, o percentual de migrânea sem aura foi de 57,9% (22/38) e o percentual de migrânea com aura foi de 42,1% (16/38). Os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 1988 foram adotados neste estudo.

Esse foi um estudo de prevalência e caracterização clínica de migrânea entre estudantes universitários, conduzido por meio de aplicação de questionário auto-aplicável que incluiu dados retrospectivos sobre a cefaléia. Entre os portadores de migrânea, foi realizado um exame neurológico completo, conduzido por neurologista, para confirmação diagnóstica. Os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 1988 foram utilizados para identificar os casos de migrânea. Na metodologia desse estudo, não houve definição para o termo cefaléia recorrente.

Domingues *et al.* (2009), em um estudo epidemiológico procedido entre índios tupiniquins nativos da reserva da Aracruz, Estado de Espírito Santo, partindo de uma amostra composta de 102 nativos (67,6% de mulheres) extraída de uma população em torno de 1.500 índios, encontraram uma prevalência de cefaléia, referida nos últimos seis meses, de 60,7%.

Migrânea foi diagnosticada em 64% daqueles que referiam cefaléia. Migrânea foi diagnosticada em 47,8% da população feminina (33/69) e 21,2% da população masculina (7/33).

Esse foi um estudo de prevalência e impacto das cefaléias e da migrânea numa população indígena, conduzido por meio de aplicação de questionário que incluiu dados retrospectivos sobre a cefaléia. Os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 2004 foram utilizados para identificar os casos de migrânea.

Albuquerque *et al.* (2009) realizaram um estudo transversal conduzido entre 5.232 escolares no município de São José do Rio Preto no Estado de São Paulo. A faixa etária avaliada foi dos 6 aos 18 anos. A participação feminina na população estudada foi de 53,3%. O questionário foi respondido pelos pais ou responsáveis. A prevalência de cefaléia durante a vida foi de 91,8% e durante o último ano foi de 70%.

Esse foi um estudo epidemiológico entre escolares, conduzido por meio de aplicação de questionário que incluiu dados retrospectivos sobre a cefaléia. A ênfase da pesquisa foi voltada para a frequência de dor.

Andrade *et al.* (2009) realizaram um estudo epidemiológico sobre migrânea utilizando uma amostra da população de Maceió no Brasil. O número final de participantes foi de 630 indivíduos, retirados aleatoriamente da população daquela cidade. Para identificar os casos de migrânea, foram utilizados os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 2004. A prevalência de migrânea foi de 11,9% (75/630), sendo de 19,3% na população feminina e de 2,9% na população masculina.

Esse foi um estudo epidemiológico sobre migrânea que incluiu dados retrospectivos sobre a cefaléia e que foi conduzido por meio de aplicação de questionário baseado nos critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 2004. A ênfase da pesquisa foi voltada para avaliar a prevalência da migrânea, destacando, ainda, suas características clínicas e epidemiológicas.

2.3 Conceito de cefaléia primária e secundária

As cefaléias são geradas por mecanismos fisiopatogênicos, nem sempre bem elucidados, inexistindo, na sua maioria, um substrato orgânico reconhecido. Nesse contexto, estão inseridas as chamadas *cefaléias primárias* nas quais a dor se constitui no sintoma cardinal e, muitas vezes, único. Nessa situação, é possível se falar em cefaléia-doença, guardando cada elemento desse binômio uma relação de biunivocidade. Em outras palavras, a

cefaléia é a própria doença e vice-versa. Migrânea e cefaléia do tipo tensional são dois bons exemplos de cefaléia primária.

Num outro grupo, estão as *cefaléias secundárias*. Nelas, o fenômeno álgico representa mero sintoma de um distúrbio orgânico intra ou extracraniano ou mesmo de uma doença sistêmica. Nessa situação, pode-se falar em cefaléia-sintoma.

É de se esperar que as cefaléias secundárias se façam acompanhar de outros sinais e sintomas, além da dor propriamente dita, embora sinais e sintomas associados possam também ocorrer nas cefaleias primárias, a exemplo da migrânea que pode se acompanhar de náuseas, vômitos, fotofobia, fonofobia, alteração do humor, entre outras manifestações sintomáticas.

A distinção entre cefaléia primária e cefaléia secundária é essencial para a boa prática clínica, bem como para o desenvolvimento de pesquisas sobre dores de cabeça.

A Classificação 1962, elaborada pelo Comitê *ad hoc* do Instituto Nacional de Saúde (*Ad hoc committee on classification of headache of the National Institute of Health*), embora baseada nos mecanismos desencadeadores da dor, não contempla essa distinção, conforme se depreende da análise da sua sistemática, sumarizada em Farias da Silva (1989) e exposta abaixo em citação direta:

- (1) Cefaléia vascular do tipo enxaqueca
 - a) Enxaqueca clássica
 - b) Enxaqueca comum
 - c) Cefaléia em salvas
 - d) Enxaqueca hemiplégica e oftalmoplégica
 - e) Cefaléia da metade inferior da cabeça
- (2) Cefaléia de contração muscular
- (3) Cefaléia combinada: vascular e contração muscular
- (4) Cefaléia por reação vasomotora nasal
- (5) Cefaléia dos estados alucinatórios, conversivos e hipocondríacos
- (6) Cefaléia vascular não do tipo enxaqueca
- (7) Cefaléia de tração
- (8) Cefaléia por inflamações cranianas
- (9-13) Cefaléia por patologia ocular, auricular, nasal, sinusal, dentária, ou de estruturas cranianas ou do pescoço
- (14) Neurites cranianas
- (15) Neuralgias cranianas

A Classificação e Critérios Diagnósticos das Cefaléias, Neuralgias Cranianas e Dor Facial de 1988 da Sociedade Internacional de Cefaléia já contempla, de certa forma essa distinção, na medida em que relaciona seqüencialmente as cefaléias primárias (grupos um a quatro) e as cefaléias secundárias (grupos 5 a 11), inserindo, ainda, as neuralgias cranianas, dor de tronco nervoso e dor de deaferentação no grupo 12 e reservando o grupo 13 para reunir as cefaléias não classificáveis. Esses grupos estão destacados a seguir:

1. Migrânea
2. Cefaléia do tipo tensional
3. Cefaléia em salvas e hemicrania paroxística crônica
4. Cefaléias diversas não associadas a lesão estrutural
5. Cefaléia associada a trauma craniano
6. Cefaléia associada a distúrbios vasculares
7. Cefaléia associada a distúrbio intracraniano não vascular
8. Cefaléia associada ao uso de substâncias ou à sua supressão
9. Cefaléia associada a infecção não cefálica
10. Cefaléia associada a distúrbio metabólico
11. Cefaléia ou dor associada a distúrbio de crânio, pescoço, olhos, ouvidos nariz, seios, boca ou a outras estruturas da face ou crânio
12. Neuralgias cranianas, dor de tronco nervoso e dor na deaferentação
13. Cefaléia não classificável

(HEADACHE CLASSIFICATION COMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY, 1988).

A 2ª edição desse documento (ICHD II), publicada no ano de 2004, sob o título de Classificação Internacional das Cefaléias, explicita, de forma cabal, a diferenciação entre essas duas modalidades de cefaléia, quando coloca, na primeira parte da classificação, o grupo das cefaléias primárias, na segunda parte, o grupo das cefaléias secundárias e na terceira parte, o grupo das neuralgias cranianas, dor facial primária e central e outras cefaléias. Abaixo, está exposta a sistemática adotada:

Parte 1. Cefaléias Primárias

1. Migrânea
2. Cefaléia do tipo tensional
3. Cefaléia em salvas e outras cefaléias trigêmeino-autonômicas
4. Outras cefaléias primárias

Parte 2. Cefaléias Secundárias

5. Cefaléia atribuída a trauma cefálico e/ou cervical
6. Cefaléia atribuída a doença vascular craniana ou cervical
7. Cefaléia atribuída a transtorno intracraniano não-vascular
8. Cefaléia atribuída a uma substância ou a sua retirada
9. Cefaléia atribuída a infecção
10. Cefaléia atribuída a transtorno da homeostase

11. Cefaléia ou dor facial atribuída a transtorno do crânio, pescoço, olhos, ouvidos, nariz, seios de face, dentes, boca ou outras estruturas faciais ou cranianas

12. Cefaléia atribuída a transtorno psiquiátrico

Parte 3. Neuralgias cranianas, dor facial primária e central e outras cefaléias

13. Neuralgias cranianas e causas centrais de dor facial

14. Outras cefaléias, neuralgias cranianas e dor facial central ou primária

1. Migrânea (...)

1.1 Migrânea sem aura

Termos previamente utilizados

Migrânea comum, hemicrania simples

Descrição

Cefaléia recorrente manifestando-se em crises que duram de quatro a 72 horas. As características típicas da cefaléia são: localização unilateral; caráter pulsátil; intensidade moderada ou forte; exacerbação por atividade física rotineira e associação com náusea e/ou fotofobia e fonofobia.

Critérios diagnósticos

- A. Pelo menos cinco crises preenchendo os critérios de B a D
- B. Cefaléia durando de quatro a 72 horas (sem tratamento ou com tratamento ineficaz)
- C. Cefaléia preenchendo pelo menos duas das seguintes características:
 - 1 localização unilateral
 - 2 caráter pulsátil
 - 3 intensidade moderada ou forte
 - 4 exacerbada por ou levando o indivíduo a evitar atividades físicas rotineiras (por exemplo: caminhar ou subir escada)
- D. Durante a cefaléia, pelo menos um dos seguintes:
 - 1. Náuseas e/ou vômitos
 - 2. Fotofobia e fonofobia
- E. Não atribuída a outro transtorno (...)

1.2 Migrânea com aura

Termos previamente utilizados

Migrânea clássica, oftálmica, migrânea hemiparestésica, hemiplégica ou afásica, migrânea acompanhada, migrânea complicada.

Classificação em outra parte

1.3.17 “Migrânea oftalmoplégica”

Descrição

Transtorno recorrente que se manifesta na forma de crises de sintomas neurológicos focais reversíveis que geralmente se desenvolvem gradualmente em cinco a 20 minutos e que duram menos de 60 minutos. Uma cefaléia com características de migrânea sem aura geralmente sucede os sintomas da aura. Menos comumente faltam à cefaléia as características de migrânea ou esta se encontra completamente ausente.

Critérios diagnósticos

- A. Pelo menos duas crises preenchendo o critério B
- B. Aura de migrânea preenchendo os critérios para uma das subformas 1.2.1 a 1.2.6
- C. Não atribuída a outro transtorno (...)
 - 1.2.1 Aura típica com cefaléia migranosa (...)
 - 1.2.2 Aura típica com cefaléia não-migranosa (...)
 - 1.2.3 Aura típica sem cefaléia (...)
 - 1.2.4 Migrânea hemiplégica familiar (...)
 - 1.2.5 Migrânea hemiplégica esporádica
 - 1.2.6 Migrânea do tipo basilar (...)
- 1.3 Síndromes periódicas da infância comumente precursoras de migrânea
 - 1.3.1 Vômitos cíclicos (...)
 - 1.3.2 Migrânea abdominal (...)
 - 1.3.3 Vertigem paroxística benigna da infância (...)
- 1.4 Migrânea retiniana (..)
- 1.5 Complicações da migrânea (...)
 - 1.5.1 Migrânea crônica (...)
 - 1.5.2 Estado migranoso (...)
 - 1.5.3 Aura persistente sem infarto (...)
 - 1.5.4 Infarto migranoso (...)
 - 1.5.5 Crise epilética desencadeada por migrânea (...)
- 1.6 Provável Migrânea
 - Termo previamente utilizado
 - Distúrbio migranoso
 - Classificada em outros locais

Uma cefaléia migrânea-símile secundária a outro transtorno (migrânea sintomática) é classificada de acordo com esse transtorno.

Descrição

Crises e/ou cefaléia para as quais falta uma das características necessárias para preencher todos os critérios para um dos transtornos codificados anteriormente. (1.6.3 *Prováveis síndromes periódicas da infância comumente precursoras de migrânea* e 1.6.4 *Provável migrânea retiniana* não são atualmente reconhecidas).

1.6.1 Provável migrânea sem aura (...)

1.6.2 Provável migrânea com aura (...)

1.6.5 Provável migrânea crônica (...)

2. Cefaléia do tipo tensional (CTT)

Termos previamente utilizados

Cefaléia de tensão, cefaléia de contração muscular, cefaléia psicomiogênica, cefaléia do estresse, cefaléia comum, cefaléia essencial, cefaléia idiopática e cefaléia psicogênica.

Classificação em outro tópico

Uma cefaléia do tipo tensional-símile atribuída a outro transtorno é classificada no grupo do mesmo. (...)

2.1 Cefaléia do tipo tensional infrequente

Descrição

Episódios infrequentes de cefaléia durando de minutos a dias. A dor é tipicamente bilateral, com caráter em pressão ou aperto, de intensidade fraca a moderada, e não piora com atividade física rotineira. Não há náusea, mas fotofobia ou fonofobia podem estar presentes.

Crítérios diagnósticos

- A. Pelo menos dez crises ocorrendo em < 1 dia por mês em média (< 12 dias por ano) e preenchendo os critérios de B a D
- B. Cefaléia durando de 30 minutos a sete dias
- C. A cefaléia tem pelo menos duas das seguintes características:
 - 1. localização bilateral
 - 2. caráter em pressão/aperto (não pulsátil)
 - 3. intensidade fraca a moderada
 - 4. não é agravada por atividade física rotineira como caminhar ou subir escadas
- D. Ambos os seguintes:

1. ausência de náusea ou vômito (anorexia pode ocorrer)
2. fotofobia ou fonofobia (apenas uma delas pode estar presente)

E. Não atribuída a outro transtorno. (...)

2.2 Cefaléia do tipo tensional episódica freqüente (...)

2.3 Cefaléia do tipo tensional crônica (...)

2.4 Provável cefaléia do tipo tensional

Comentário

Pacientes que reúnem um desses conjuntos de critérios também podem reunir os critérios para umas das subformas de 1.6 *Provável migrânea*. Em tais casos, todas as outras informações disponíveis devem ser usadas para decidir qual das alternativas é mais provável.

2.4.1 Provável cefaléia do tipo tensional episódica infreqüente

Critérios diagnósticos

A. Crises preenchendo todos os critérios, exceto um, de A a D para 2.1

Cefaléia do tipo tensional episódica infreqüente

B. As crises não preenchem os critérios 1.1 *Migrânea sem aura*

C. Não atribuída a outro transtorno

2.4.2 Provável cefaléia do tipo tensional episódica freqüente (...)

2.4.3 Provável cefaléia do tipo tensional crônica

(HEADACHE CLASSIFICATION SUBCOMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY, 2004).

Com base nos critérios atuais da Sociedade Internacional de Cefaléia (ICHD II), o diagnóstico de Cefaléia Primária se faz pelo reconhecimento de crises recorrentes que obedecem a características pré-definidas, a exemplo da freqüência, da periodicidade, do modo de início, dos sintomas iniciais, da duração, da localização, do caráter e intensidade da dor e da influência deletéria do esforço físico sobre a dor, iniciando-a, exacerbando-a ou, quando menos, fazendo com que o indivíduo o evite, além da presença de sintomas associados e da exclusão de outras causas concorrentes para a cefaléia.

Além desses critérios diagnósticos, há de se considerar, nas cefaléias primárias, outras características úteis ao diagnóstico, como a preferência pelo gênero masculino ou feminino, a idade de início, os sinais e sintomas prodrômicos, os sintomas pós-críticos, os fatores desencadeantes, agravantes e de alívio da dor e os antecedentes familiares.

Silberstein, Lipton e Goadsby (1998) defendem o princípio de que os critérios da Sociedade Internacional de Cefaléia se prestam a diagnosticar cefaléias, visto que um único

paciente pode apresentar mais de uma modalidade de cefaléia. Nesse sentido, o foco deixaria de ser o paciente e passaria a ser a cefaléia em si. Ainda assim, esses autores reconhecem limitações inerentes ao uso desses critérios, na medida em que não é possível ou necessário diagnosticar, individualmente, cada crise de cefaléia. Argumentam, nesse sentido, que episódios isolados podem ser de difícil diagnóstico se os sintomas não forem bem recordados, se o tratamento atenuou a expressão plena desses sintomas ou, ainda, se as crises têm características que não se ajustem perfeitamente a uma dada categoria.

2.4 Características gerais das cefaléias em variadas populações

É possível analisar as características clínicas das cefaléias em estudos que levem em conta as cefaléias em geral, ou separar essas características a partir da categorização diagnóstica das diversas modalidades de cefaléia reconhecidas.

Linnet *et al.* (1989) analisaram a frequência das crises incidentes, além das características clínicas da mais recente cefaléia ocorrida nas quatro semanas que antecederam à entrevista. Percentuais de 76,5% da população feminina e de 57,1% da população masculina experimentaram cefaléia dentro dessas quatro semanas.

Considerando a população feminina e a masculina, a frequência de crises nesse período foi, respectivamente, maior ou igual a quatro em 14,0% (710/5.055) e 6,1% (266/4.394); de três crises em 8,9% (448/5.055) e 5,0% (220/4.394) respectivamente; de duas crises em 25,4% (1.286/5.055) e 18,8% (827/4.394) respectivamente; de uma crise em 28,1% (1.420/5.055) e 27,1% (1.192/4.394); respectivamente. Na população feminina, o percentual sem cefaléia foi de 23,6% (1.191/5.055), enquanto que o percentual correspondente na população masculina foi de 43,0% (1.889/4.394).

De cada indivíduo, o mais recente episódio de cefaléia ocorrido nessas quatro semanas que antecederam a entrevista foi analisado em relação à duração, intensidade, unilateralidade, presença de náuseas e vômitos durante a crise e absenteísmo no trabalho ou na escola.

A média de duração das crises ocorridas nas quatro semanas foi de 8,2 horas na população feminina e 5,9 horas na masculina.

Avaliada numa escala de um a dez, a média da intensidade da dor foi maior ou igual a seis em 32,5% da população feminina e em 25,6% da população masculina. Se considerada a dor entre nove e dez, esses percentuais foram, respectivamente, de 5,4% e de 3,2%.

Dor unilateral foi anotada em 27,7% (n=3.865) da população feminina e 23,6% (n=2.510) da população masculina. Se considerado um período de 12 meses, esses percentuais se elevaram para, respectivamente, 44% e 32%.

Náuseas/vômitos durante a cefaléia foram registrados em 14,0% (n=3.865) da população feminina e em 6,8% (n=2.510) da população masculina. Se considerado um período de 12 meses, esses percentuais se elevaram para, respectivamente, 32% e 17%.

Em relação ao absenteísmo, 85,9% (3.322/3.865) da população feminina compareceu à escola ou trabalho sendo de 91,7% (2.302/2.510) o percentual correspondente na população masculina. Entre os faltosos, 3,7% (143/3.865) perderam o dia inteiro e 10,2%, (394/3.865) apenas parte do dia, se considerada a população feminina. Os percentuais correspondentes na população masculina foram, respectivamente, de 1,8% (46 /2.510) e de 6,1% (153/2.510).

Ho, Ong e Lee (1997) analisaram, em relação ao padrão usual de cefaléia de cada estudante, sua freqüência e duração, bem como o caráter, a localização e a intensidade da dor entre 1.185 estudantes com cefaléia.

A freqüência de cefaléia ocorreu uma ou mais vezes por semana em de 19,7% (233/1.185), menos de uma vez por semana em 50,9% (603/1.185) e menos que uma vez ao mês em 32,1% dos estudantes.

A duração da cefaléia foi entre 4 e 24 horas em 43,2% dos estudantes, tendo sido menor que 30 minutos em 17,3% (205/1.185) deles.

O caráter da dor foi descrito como pulsátil ou em pancada em 42,7% dos estudantes, tendo sido esta uma característica dominante.

A localização da dor foi anotada como unilateral em 34,8%, tendo sido descrita como mal localizada em 42% dos estudantes.

A intensidade da cefaléia foi considerada como não grave em 37,5% (444/1.185) dos estudantes.

A cefaléia impedia a realização ou dificultava o desempenho no trabalho em 53,9% (639/1.185) dos estudantes.

Vincent *et al.* (1998) registraram várias das características nas diversas modalidades de cefaléia. Os entrevistados foram orientados a se reportar ao período de 30 dias precedente à entrevista, informando sobre a ocorrência de cefaléia. Metade dos empregados (49,8%) referiu ter apresentado cefaléia nesse intervalo de tempo.

A freqüência média de crises foi $4,3 \pm 7,0$ ao mês entre os 495 entrevistados que apresentaram cefaléia, com extremos de um a 30 episódios.

A duração das crises foi referida como menor do que 12 horas em 66,3%, menor do que 24 horas em 80,5% e, menor do que 36 horas em 94,3% dos entrevistados. A duração média foi de $12,2 \pm 21,4$ horas, com extremos entre 0,1 a 240 horas.

Apenas 84 entrevistados informaram sobre a frequência habitual de suas crises. Dentre esses, 29,7% disseram ter crises raramente, e os demais referiram sofrer, em média, $5,2 \pm 7,5$ crises por mês com extremos entre nenhuma e 30 crises.

A localização da dor foi descrita como bilateral em 82,7% e, como unilateral, em 17,3% entre 474 entrevistados.

O caráter da dor foi referido como pulsátil em 47,5% ou em aperto em 52,5% entre 480 entrevistados.

Cefaléia leve, portanto sem causar interferência no trabalho, foi relatada por 79,3%, e cefaléia intensa, portanto interferindo no trabalho, foi relatada por 20,7%, entre 492 entrevistados.

Náusea foi referida por 16,5% dos casos de cefaléia, estando esse percentual mais elevado na população feminina (20,5%) que na masculina (13,0%). Não houve referência a vômitos.

Fotofobia foi relatada por 30,4% dos casos de cefaléia, estando ainda esse percentual mais elevado na população feminina (38,2%) que na masculina (23,7%).

Fonofobia foi referida por 31,8% dos casos de cefaléia, estando também este percentual mais elevado na população feminina (40,6%) do que na masculina (24,5%).

A atividade física rotineira piorou a dor em 41,9%, melhorou a dor em 7,1% e não alterou a dor em 51,0% dos entrevistados que apresentaram cefaléia.

Mitsikostas e Thomas (1999), avaliando 470 pacientes atendidos no ambulatório de cefaléia do Hospital Naval e de Veteranos de Atenas (Grécia), constataram uma frequência média de crises registradas em diário de 9 ± 5 crises ao mês. A participação feminina na população estudada foi de 64% e a média de idade foi de 33 ± 4 anos.

Da Costa *et al.* (2000) registraram dores leves em 12,7% (mínimas restrições ou não interferência da cefaléia nas atividades diárias), dores moderadas em 59,7% (algumas restrições presentes, porém permitindo a maioria das atividades diárias), dores intensas em 24,6% (significativas restrições à rotina diária ou impedimento ao sono) e dores intoleráveis em 3% (impedimento a qualquer atividade) em 134 estudantes de Medicina portadores de cefaléia.

Rhee (2000) anotou, durante o período de um ano, ocorrência de cefaléia, variando de poucas vezes em 61,5% (3.731/6.066), a semanal em 22,5% (1.365/6.066), a quase diária em 6,1% (367/6.066) e a diária em 1,2% (70/6.066) entre os adolescentes incluídos na pesquisa. Um percentual de 8,8% dos adolescentes (533/6.066) não apresentou cefaléia no período considerado.

Deleu *et al.* (2001) analisaram algumas características clínicas das cefaléias apresentadas em 403 estudantes de Medicina de Oman.

A frequência de crises foi inferior a uma por semana em 13,3%, uma ou mais por semana em 18,7%, inferior a uma crise mensal em 16,0%, uma ou mais ao mês em 29,3%, inferior a uma crise anual em 2,7% e uma ou mais crise anualmente em 20,0% dos estudantes.

A duração das crises foi referida como menor do que 4 horas em 70,4%, entre 4 e 24 horas em 22,7% e, maior do que 24 horas em 6,8%% dos estudantes.

A localização da dor foi descrita como unilateral em 43,9%, frontal em 30,2%, occipital em 10,7%, central em 8,4%, holocraniana em 31,9% e, orbitária em 14,4% dos estudantes. Mais de uma característica pôde ser listada por indivíduo.

O caráter da dor foi referido como pulsátil em 36,1%, agudo em 8,2%, em aperto em 38,6%, em peso em 15,4% e de outra qualidade em 1,7% dos estudantes. Mais de uma característica pôde ser listada por indivíduo.

Cefaléia leve foi relatada por 47,4%, moderada por 40,7% e intensa por 11,9% dos estudantes.

Sintomas associados estiveram presentes em 30,5% dos estudantes, não havendo pormenorização de quais.

Deleu, Khan e Al Shehab (2002) analisaram algumas das características clínicas encontradas entre portadores de cefaléia numa comunidade rural de Oman.

Entre os portadores de cefaléia, 63,4% apresentaram de 1 a 14 dias de dor ao ano.

O caráter da dor foi descrito em aperto em 36,3%, em peso em 34,8% e pulsátil em 27,7% entre os portadores de cefaléia.

Houve predomínio da dor unilateral, embora esse percentual tenha sido omitido nos resultados da pesquisa.

A intensidade da cefaléia variou de leve a moderada em 84,2% dos portadores de cefaléia, porém 14% deles se consideravam incapacitados para as atividades diárias durante os episódios de dor.

Boardman *et al.* (2003) descreveram características clínicas das cefaléias dos últimos três meses entre 1.871 indivíduos:

Para a maioria, as cefaléias duraram menos que 24 horas, se tratadas ou não. A duração das crises não tratadas (n=1.435) foi menor que 4 horas em 63,3%, entre 4 e 24 horas em 26,9%, maior que 24 horas em 9,8% das crises (na população feminina, respectivamente, em 57,5%, 30,2% e em 12,3%), enquanto que a duração de crises tratadas foi menor que 4

horas em 83,0%, entre 4 e 24 horas em 11,9% e foi maior que 24 horas em 5,1% (na população feminina, respectivamente, em 81,0%, 13,2% e em 5,8%) das crises.

De 1.124 indivíduos que responderam sobre a duração de suas crises tratadas e não tratadas, 61,1% referiram menor duração em caso de crises tratadas, enquanto que 33,1% referiram a mesma duração, restando 5,8% para quem as crises tratadas tiveram maior duração.

Crises leves tiveram percentuais de 25,7%, crises moderadas, de 51,1%, crises graves, de 14,4% e extremamente graves, de 1,7%. Em relação à população feminina, esses percentuais foram de, respectivamente, 20,4%, 52,5%, 17,1% e de 1,8%.

Características associadas a, pelo menos, algumas cefaléias foram dor pulsátil em 62,7% (63,5% entre mulheres), dor unilateral em 56,1% (59,7% entre as mulheres), piora da dor ao movimento em 53,1% (55,7% entre as mulheres), presença de fotofobia em 40,2% (43,2% entre as mulheres), presença de fonofobia em 39,1% (42,4% entre as mulheres), presença de náuseas em 32,9% (39,1% entre as mulheres) e presença de vômitos em 8,9% (10,8% entre as mulheres).

Ojini, Okubadej e Danesi (2009) descreveram as características clínicas das cefaléias encontradas entre os 173 estudantes portadores de cefaléias recorrentes, conforme se verifica abaixo:

A duração da crise foi menor que 4 horas em 71,1% (123/173), entre 4 e 12 horas em 23,7% (41/173) e foi maior que 24 horas em 5,2% (9/173) delas.

Constataram, ainda, unilateralidade em 44,5% (77/173) e bilateralidade em 55,5% (96/173) delas; caráter pulsátil em 48,0% (83/173), caráter em aperto/pressão em 49,7%, caráter agudo em pontada em 8,7% (15/173) delas; intensidade leve em 41,0% (71/173), moderada em 49,7% (86/173) e grave em 9,3% (16/173) entre os estudantes.

A cefaléia era agravada por atividade física em 68,8% (119/173), ocorrendo náusea e/ou vômitos em 9,2% (16/173), fonofobia em 67,6% (117/173) e fotofobia em 34,7% (60/173) da população avaliada.

Em relação ao caráter da dor e a determinadas manifestações associadas (agravamento pela atividade física, presença de fotofobia, fonofobia e náuseas/vômitos) mais de uma característica pôde ser listada por indivíduo.

Albuquerque *et al.* (2009) encontraram no período de 12 meses precedentes, entre 5.232 escolares, as seguintes freqüências de cefaléia:

- a. Algumas vezes ao ano em 51,5% (2.669/5.179);
- b. Pelo menos uma vez ao mês em 15,6% (805/5.179);

- c. Semanalmente em 11,9% (617/5.179);
- d. Diariamente em 5,2% (271/5.179);
- e. Sem cefaléia em 11,9% (617/5.179);
- f. Não souberam responder 3,9% (200/5.179)
- g. Deixaram de responder, 53 estudantes.

Se considerada apenas a população feminina (n=2.790), teremos os seguintes percentuais:

- a. Algumas vezes ao ano em 49,6% (1.373/2.776);
- b. Ao menos uma vez ao mês em 16,2% (448/2.776);
- c. Semanalmente em 13,8% (380/2.776);
- d. Diariamente em 6,6% (183/2.776);
- e. Sem cefaléia em 10,2% (282/2.776);
- f. Não souberam responder 3,6% (100/2.776);
- g. Deixaram de responder, 24 estudantes.

2.5 Características das cefaléias conforme a nosologia

2.5.1 Aura

Drummont e Lance (1984), em interessante estudo no qual é feito um cruzamento do diagnóstico clínico com a análise computadorizada de sintomas de cefaléia em 600 pacientes, encaminhados a serviços especializados, com queixa de cefaléia encontraram migrânea com aura em 152 deles.

O percentual de migrânea com aura foi, portanto, de 25,3%.

Farias da Silva (1988) registrou 560 casos de *enxaqueca não-clássica*, portanto, de *enxaqueca comum* (migrânea sem aura) e 208 casos *enxaqueca clássica* (migrânea com aura) entre seus 768 pacientes portadores de migrânea.

Portanto, os percentuais de migrânea sem aura e de migrânea com aura foram de 72,9% e de 27,1% respectivamente.

Camarda *et al.* (1991) registraram que entre 81 estudantes migranosos, migrânea sem aura e migrânea com aura tiveram percentuais de 76,5% e de 23,3% respectivamente.

Wang e Tsai (1999) anotaram 244 casos de migrânea sem aura e 31 casos de migrânea com aura entre 479 pacientes com migrânea.

Nesse estudo, verificamos que o somatório dos casos de migrânea sem aura e migrânea com aura não corresponde à totalidade dos casos de migrânea, não tendo sido esclarecida, por parte dos autores, a razão dessa discrepância.

Mitsikostas e Thomas (1999) firmaram o diagnóstico de migrânea em 170 pacientes atendidos em ambulatório especializado. A participação feminina na população migranosa foi de 70%. Na pesquisa, foi utilizado um questionário específico de cefaléia com base nos critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 1988 o qual foi validado. Migrânea sem aura foi descrita em 132 pacientes, enquanto que migrânea com aura foi detectada em 38 deles. Entre portadores de migrânea com aura, a participação feminina foi de 55%, enquanto que a participação masculina foi, por conseguinte, de 45%. Em relação à migrânea sem aura, esses percentuais foram de 72% e de 28% respectivamente. Não foi discriminado, no presente trabalho, um terceiro grupo portador de migrânea sem e com aura. Entre os 170 portadores de migrânea, 101 apresentavam também cefaléia do tipo tensional.

Portanto, os percentuais de migrânea com aura e de migrânea sem aura entre os 170 pacientes com migrânea foram, respectivamente, de 22,4% (38/170) e de 77,6% (132/170).

Bánk e Márton (2000) encontraram uma prevalência anual de migrânea sem aura de 7,6% (62/813), sendo de 73% (45/62) a distribuição na população feminina e, conseqüentemente, de 27% (17/62) essa distribuição na população masculina. A prevalência anual de migrânea com aura foi de 2% (16/813), sendo de 2/1 proporção feminino/masculino nesse grupo.

Bigal, Bordini e Speciali (2000) firmaram o diagnóstico de migrânea sem aura e de migrânea com aura em, respectivamente, 153 e 100 pacientes entre os 253 pacientes com migrânea que procuraram atendimento hospitalar na vigência de cefaléia aguda.

Portanto, os percentuais de migrânea sem aura e de migrânea com aura entre os 253 pacientes com migrânea foram, respectivamente, de 60,5% (153/253) e de 39,5% (100/253).

Karli *et al.* (2006a) publicaram em artigo anterior ao estudo de base epidemiológica no mesmo ano, as características clínicas da cefaléia do tipo tensional e da migrânea entre os mesmos adolescentes e anotaram 263 casos de migrânea sem aura e 83 de migrânea com aura em um universo de 341 adolescentes com migrânea.

Embora esse dado não esteja explícito nas tabelas, deduzimos que alguns adolescentes receberam mais de um diagnóstico para que o somatório dos casos de migrânea sem aura e migrânea com aura seja quantitativamente maior do que a totalidade dos casos de migrânea.

Arruda e Guidetti (2007), estudando 65 crianças migranosas com idade variando entre 4 e 14 anos (36 meninos e 29 meninas), registraram presença de aura em 25% delas. Em 18% dessas crianças, a ocorrência de aura ficou indeterminada.

Radke e Neuhauser (2009) registraram uma prevalência de migrânea com aura em 3,6% da população analisada, sendo 5,6% na população feminina e 1,5% na masculina.

Ojini, Okubadej e Danesi (2009) descreveram migrânea com aura em 16,7% dos estudantes migranosos avaliados (4/24).

Adoukonou *et al.* (2009) verificaram que entre os 38 portadores de migrânea, o percentual de migrânea sem aura foi de 57,9% (22/38) e o percentual de migrânea com aura foi de 42,1% (16/38).

2.5.2 Freqüência de crises

Buer *et al.* (1991), estudando as características clínicas entre seus pacientes migranosos, verificaram que a freqüência de crises variou de 5 a 24 ao ano e que 70% deles apresentava 12 ou mais episódios de dor por ano.

Göbel, Peterson-Braun e Soyka (1994) registraram que 66% entre 1.116 indivíduos com migrânea relatavam uma a duas crises mensais. A média aritmética da freqüência de crises foi de 2,82 dias por mês (mediana de 2,16 dias por mês). Em relação aos 1.557 indivíduos com cefaléia do tipo tensional, a média aritmética da freqüência de crises foi de 2,89 dias por mês (mediana de 2,23 dias por mês).

Vincent *et al.* (1998) avaliaram a freqüência de crises durante um mês entre 55 portadores de migrânea, encontrando valores médios de $4,7 \pm 7,4$ crises. Os valores extremos foram 1 e 30 crises durante um mês. Entre 262 portadores de cefaléia do tipo tensional episódica, essa média foi de $2,7 \pm 2,9$ crises, com variações extremas de 1 e 12 crises. Entre os 17 portadores de cefaléia do tipo tensional crônica, a média foi de $25,0 \pm 0,0$ crises, inexistindo, nesse caso, dois valores extremos. Entre os 161 portadores de outras modalidades de cefaléia, a duração média das crises foi de $6,7 \pm 9,5$ crises, com valores extremos de 1 e 30 crises.

Farias da Silva (2003) descreveu a freqüência de crises de migrânea em 768 pacientes por ele estudados:

- a. Freqüência menor que uma crise mensal em 70 pacientes (12,32%);
- b. Freqüência entre uma e quatro crises mensais em 348 pacientes (45,31%);
- c. Freqüência entre cinco e oito crises mensais em 112 pacientes (12,58%);
- d. Freqüência entre 10 e 12 crises mensais em 110 pacientes (14,32%);

- e. Frequência maior que 12 mensais em 98 pacientes (12,76%);
- f. Frequência variada em 18 pacientes (2,34%);
- g. Crise única em 12 pacientes (1,56%).

Andrade *et al.* (2009) registraram vários episódios semanais de dor em 44% dos 75 indivíduos com diagnóstico de migrânea.

2.5.3 Duração das crises

Selby e Lance (1960) realizaram observações de aspectos clínicos em portadores de migrânea e cefaléias vasculares associadas, registrando, em relação à duração da crise migranosa, que a duração foi menor que um dia em dois terços das crises. Na distribuição temporal das crises, 26,4% delas tiveram duração de menos de 4 horas, 40,2% delas se enquadraram entre 4 e 24 horas. No terço restante, 11,1% e 22,2% delas tiveram duração de, respectivamente, 24 a 48 horas e de mais que 48 horas.

Farias da Silva (1988), estudando uma população composta de 768 portadores de migrânea, encontrou crises com duração menor que 12 horas em 41,35% dos portadores de migrânea com aura e em 40,89% daqueles portadores de migrânea sem aura. Crises com duração menor que 24 horas foram referidas em 65,39% dos portadores de migrânea com aura e em 65,36% dos portadores de migrânea sem aura.

Iversen *et al.* (1990) avaliaram 81 pacientes portadores de cefaléia, sendo 30 apenas com migrânea, 24 apenas com cefaléia do tipo tensional, enquanto que 27 apresentavam migrânea e cefaléia do tipo tensional. Foram excluídos da pesquisa pacientes que apresentaram ao longo da vida menos de oito crises de migrânea, pacientes que apresentavam cefaléia por mais de 15 dias por mês, ou aqueles com uso abusivo de medicações. Inicialmente, foram utilizados os critérios diagnósticos do Comitê *ad hoc* do Instituto Nacional de Saúde de 1962, para posterior comparação diagnóstica com os critérios da Sociedade Internacional de Cefaléia de 1988. Pacientes que apresentavam mais de uma modalidade de cefaléia sem que fosse possível distingui-las também não foram incluídos. Em virtude de um grupo de pacientes apresentar duas modalidades de cefaléia (migrânea e cefaléia do tipo tensional), foram preenchidos 108 formulários-entrevistas. A mediana da duração das crises não tratadas ou tratadas sem sucesso entre os portadores apenas de migrânea foi de 19 horas (extremos de 5 a 72 horas). Na migrânea do grupo que também tinha cefaléia do tipo tensional, a mediana foi de 24 horas (extremos entre 1,2 e 120 horas). Entre os portadores de cefaléia do tipo tensional apenas, a mediana foi de 12 horas (extremos entre

0,5 e 72 horas). Na cefaléia tensional do grupo que também tinha migrânea, a mediana foi também de 12 horas (extremos entre 1 e 168 horas).

Buer *et al.* (1991), estudando as características clínicas entre seus pacientes migranosos, verificou que 47% deles tinham crises com duração de 4 a 12 horas, 37% tinham crises entre 12 e 24 horas e 16% tinham crises com duração de um a três dias.

Lavados e Tenhamm (1998), em estudo epidemiológico voltado para a cefaléia do tipo tensional, encontraram na população masculina (n=116) duração da cefaléia de 30 minutos a menos de duas horas em 36,2%; de duas horas a menos de cinco horas em 31,0%; de cinco a menos de sete horas em 6,8% e de sete horas ou mais em 2,3%. Na população feminina (n=257) anotaram duração da cefaléia de 30 minutos a menos de duas horas em 32,7%; de duas horas a menos de cinco horas em 28,0%; de cinco a menos de sete horas em 7,0% e de sete horas ou mais em 3,9%.

Vincent *et al.* (1998) avaliaram a duração de crises entre 55 portadores de migrânea, encontrando valores médios de $13,0 \pm 12,0$ horas. Os valores extremos foram 4 e 72 horas. Entre 262 portadores de cefaléia do tipo tensional episódica, essa média foi de $19,8 \pm 34,9$ horas, com variações extremas de 2 e 168 horas. Entre os 17 portadores de cefaléia do tipo tensional crônica, a duração média das crises foi de $1,25 \pm 1,0$ horas, com valores extremos de 0,5 e 2 horas. Entre os 161 portadores de cefaléias que nem preencheram os critérios diagnósticos para migrânea nem para cefaléia do tipo tensional, a duração média das crises foi de $10,9 \pm 21,9$ horas, com valores extremos de 0,2 e 96 horas.

Kaynac Key, Donmez e Tuzun (2004) descreveram, entre 357 estudantes universitários portadores de cefaléia do tipo tensional, a duração da crise menor que seis horas em 32,2% deles (155/357) e a duração igual ou maior que seis horas nos restantes 67,7% (242/357).

Bánk e Márton (2000), avaliando a temporalidade das crises entre os 62 portadores de migrânea, observaram que uma ampla maioria apresentou crises com duração entre 4 e 24 horas, representando mais de 80% da população com migrânea (50/62). A duração de dois dias ocorreu em 16% (10/62), enquanto que a duração de três dias ocorreu em apenas 3% dos migranosos (2/62).

Kaynac Key, Donmez e Tuzun (2004) descreveram, entre 357 estudantes universitários portadores de cefaléia do tipo tensional, duração da crise menor que seis horas em 32,2% deles (155/357) e duração igual ou maior que seis horas nos restantes 67,7% (242/357).

Karli *et al.* (2006a) encontraram a duração da cefaléia entre 1 e 72 horas em 100% dos 341 adolescentes portadores de migrânea. Já em relação aos 618 adolescentes portadores de cefaléia do tipo tensional episódica, 100% deles apresentaram crises durando entre 30 minutos e sete dias. Os 37 portadores de cefaléia do tipo tensional crônica apresentaram os mesmos resultados demonstrados para a cefaléia do tipo tensional episódica.

Arruda e Guidetti (2007), entre 65 crianças migranosas, anotaram que, em 26% delas, as crises tiveram duração inferior a uma hora e em 61% delas a duração variou entre 1 e 12 horas, salientando uma duração de até 12 horas em 87% dos casos.

Adoukonou *et al.* (2009) verificaram, entre os 38 portadores de migrânea, duração da crise entre quatro e seis horas em 34,2%, entre seis e 12 horas em 23,7%, entre 12 e 24 horas em 18,4%, entre 24 e 48 horas em 13,2%, acima de 48 horas em 10,5% deles.

2.5.4 Localização da dor

Selby e Lance (1960) anotaram, entre seus 500 pacientes migranosos, dor hemicraniana em 190 (38,0%). Destes, 103 (20,6%) tinham dor invariavelmente no mesmo lado e 87 (17,4) tinham dores que se alternavam de lado. Em 191 (38,2%), a cefalalgia era holocraniana em todas as crises. Em 113 (22,6%), havia dor hemicraniana que se seguia por, ou se alternava com dor generalizada.

Raskin e Appenzeller (1980), avaliando a localização da dor em 678 pacientes com o diagnóstico de migrânea, encontraram dor hemicraniana em 44%, dor holocraniana em 22%, dor bifrontal em 14%, dor frontal lateralizada em 13%, dor bioccipital em 4%, dor occipital lateralizada em 2% e dor no vértex em 1% desses pacientes.

Em outra série, Raskin e Appenzeller (1980), em análise comparativa das características clínicas da migrânea e da *cefaléia de tensão* encontraram unilateralidade da dor em 80% dos portadores de migrânea e em apenas 10% dos portadores de cefaléia do tipo tensional.

Farias da Silva *et al.* (2005) encontraram, entre seus 768 pacientes migranosos, dor hemicraniana em apenas 103 (13,41%), tendo sido, contudo duas vezes mais freqüente nos portadores de migrânea com aura. Os seus dados sobre a topografia da dor encontram-se resumidos abaixo:

- a. Dor localizada unilateral em 183 pacientes, representando 23,82% (183/768) da totalidade;
- b. Dor localizada bilateral em 264 pacientes, representando 34,37% (264/768) da totalidade;

- c. Dor hemicraniana em 103 pacientes, representando 13,41% (103/768) da totalidade;
- d. Dor difusa em 114 pacientes, representando 14,84% (114/768) da totalidade;
- e. Dores de localização mista, representando combinações das diversas localizações, em 104 pacientes, representando 13,5% (104/768) da totalidade.

Numa série de 362 pacientes com cefaléia do tipo tensional, Farias da Silva e Moreira Filho (2005) encontraram dor localizada unilateral em 3%, dor localizada bilateral em 66% e dor difusa em 30% da totalidade desses pacientes. Como dado negativo, esses autores não encontraram dor hemicraniana.

Iversen *et al.* (1990) verificaram na migrânea do grupo que também apresentava cefaléia do tipo tensional um predomínio dos que sempre tinham dor unilateral. No grupo apenas com migrânea, também houve predomínio dos que sempre tinham dor unilateral. Na cefaléia do tipo tensional do grupo que também tinha migrânea, houve predomínio dos que nunca tinham dor unilateral. No grupo apenas com cefaléia do tipo tensional, também houve predomínio daqueles que raramente apresentavam dor unilateral, embora que houvesse um percentual bem menor de dor unilateral sempre.

Buer *et al.* (1991) verificaram unilateralidade da dor em 85% na população migranosa estudada.

Lavados e Tenhamm (1988) verificaram que, entre portadores de cefaléia do tipo tensional, dor bilateral foi referida como usual em 87,9% da população masculina (n=116) e em 61,1% da população feminina (n=257), enquanto que dor unilateral foi referida como usual em 13,7% da população masculina e em 16,7% da população feminina.

Se considerássemos, conjuntamente, a população masculina e feminina, concluiríamos que a dor bilateral seria usual em 69,4% (259/373), enquanto que a dor unilateral seria usual em, aproximadamente, 16% dos portadores de cefaléia do tipo tensional (59/371).

Wang e Tsai (1999) encontraram dor unilateral em 68% entre os seus 479 pacientes com migrânea.

Bánk e Márton (2000) encontraram, entre os portadores de migrânea (sem aura, 62 e com aura, 16 indivíduos), dor temporal em 45%, dor ocular em 45%, dor occipital em 40%, dor frontal em 28%, dor no vértex em 22% e dor difusa em 18%.

Kaynac Key, Donmez e Tuzun (2004) descreveram, entre 437 estudantes universitários portadores de cefaléia do tipo tensional, dor holocraniana em 12,1% (53/437), dor no vértex em 17,8% (78/437), dor na frente em 47,4% (207/437), e dor em outras localizações em 22,2% (99/437).

Karli *et al.* (2006a) descreveram as características clínicas da cefaléia do tipo tensional e da migrânea entre adolescentes. A localização unilateral da dor foi anotada em 23,5% dos 341 migranosos. Por outro lado, a localização bilateral esteve presente em 91,3% dos portadores de cefaléia do tipo tensional episódica e em 94,6% dos portadores da sua modalidade crônica.

Akyol *et al.* (2007) registraram dor unilateral em 76,5% dos portadores de migrânea. Considerada a população total de 752 escolares, a unilateralidade da dor ocorreu em 43,9% (330/752) das meninas (n=450) e em 32,6% (245/752) dos meninos (n=302).

Arruda e Guidetti (2007) registraram, em suas 65 crianças com migrânea, localização bilateral em 59%, localização unilateral em 32%, localização variável em 8% e localização indeterminada em 1%.

Farias da Silva (1989), estudando 213 pacientes com diagnóstico de *cefaléia tensional*, encontrou dor difusa em 30,98%, dor localizada bilateral em 65,72% e dor localizada unilateral em mais 3,28% da totalidade dos pacientes avaliados. Não houve registro de dor hemicraniana.

Ojini, Okubadej e Danesi (2009) descreveram dor unilateral em 70,8% entre os 24 estudantes portadores de migrânea. Entre os 68 estudantes portadores de cefaléia do tipo tensional, houve dor bilateral em 77,9% deles.

2.5.5 Caráter da dor

Raskin e Appenzeller (1980), em análise comparativa das características clínicas da migrânea e da *cefaléia de tensão*, encontraram dor pulsátil em 80% dos migranosos e em 30% dos portadores de *cefaléia de tensão*.

Para elaboração desse quadro comparativo, esse autores se basearam em um estudo de 2.000 pacientes publicado por Friedman, von Storch e Merritt na revista *Neurology* em 1954, portanto anteriormente à própria classificação do Comitê de Bethesda (*ad hoc Committee on Classification of Headache of the National Institute of Health*) de 1962. Seguramente, os critérios diagnósticos utilizados se fundamentaram na experiência pessoal dos autores da pesquisa, como era de praxe à época.

Farias da Silva (1988), em sua tese de concurso para professor titular, descreveu, entre portadores de *enxaqueca clássica* (migrânea com aura), dor pulsátil em 87,98%, dor não-pulsátil em 9,14% e dor pulsátil e não-pulsátil em 2,88% deles, totalizando 208 pacientes. Dos 560 pacientes portadores de *enxaqueca não clássica* (migrânea sem aura), 86,79% tinham dor

pulsátil, 9,46% tinham dor não pulsátil, 2,86% tinham dor pulsátil e não pulsátil, ficando 5 pacientes sem informar (0,89%).

Em outra publicação, esse autor tece considerações sobre o caráter da dor na migrânea. Considera que a maioria dos pacientes com migrânea tem dor pulsátil, embora que, em alguns, ela seja em pontada ou mesmo tipo pressão. Por fim, aceita que a dor pulsátil possa ocorrer apenas no início da crise, evoluindo para uma dor contínua, embora o caráter pulsátil possa ressurgir por ocasião de esforço físico, balançar da cabeça ou mesmo pisar forte (FARIAS da SILVA, 1989).

Existe ainda a possibilidade da dor pulsátil não se fazer presente na migrânea, a exemplo de uma paciente de 38 anos, com migrânea desde os 10 anos, sem queixa de dor pulsátil ao longo dessa evolução de 28 anos (FARIAS da SILVA, 2005).

A análise da experiência clínica de Farias da Silva nos remete à conclusão de que a dor pulsátil é majoritária, porém não está necessariamente presente em todo paciente portador de migrânea, nem em todas as crises de um mesmo paciente e, nem ainda, durante todo transcorrer de uma mesma crise.

Farias da Silva (1989) encontrou, entre seus 213 pacientes com cefaléia tensional, todos com dor não-pulsátil, admitindo que os pacientes que apresentavam também dor pulsátil receberam o diagnóstico de *cefaléia tenso-vascular* ou de *cefaléia combinada*.

Cefaléia tenso-vascular, descrita por Lance e Curran em 1964, representaria para esses autores, um grupo intermediário entre *cefaléia de contração muscular* e migrânea (FARIAS da SILVA, 1989).

Nessa modalidade de cefaléia, cerca de um quarto dos portadores de cefaléia do tipo tensional apresentariam agravamento da dor, assumindo, por vezes caráter pulsátil (LANCE e GOADSBY, 1999).

A *cefaléia combinada*, como classicamente foi descrita, consta na Classificação de 1962, subscrita pelo Comitê de Bethesda, representa a superposição de cefaléia vascular e *cefaléia de contração muscular* no mesmo indivíduo (FARIAS da SILVA, 1989).

Iversen *et al.* (1990) verificaram na migrânea do grupo que também apresentava cefaléia do tipo tensional um predomínio dos que sempre tinham dor pulsátil. No grupo apenas com migrânea, também houve predomínio dos que sempre tinham dor pulsátil. Na cefaléia do tipo tensional do grupo que também tinha migrânea, houve predomínio dos que nunca tinham dor pulsátil, embora houvesse um pequeno percentual de dor usualmente pulsátil e um percentual ainda menor de dor sempre pulsátil. No grupo apenas com cefaléia do

tipo tensional, também predominou o grupo que raramente apresentava dor pulsátil, embora que houvesse um percentual bem menor de dor usualmente pulsátil.

Em outra série, Farias da Silva *et al.* (2005) encontraram, em 844 casos de migrânea, dor pulsátil em 85,66% deles, dor não pulsátil em 10,18% e dor pulsátil e não pulsátil em 4,14% dos seus pacientes.

Buer *et al.* (1991) verificaram dor pulsátil em 44% da população migranosa avaliada.

Lavados e Tenhamm (1998) verificaram que, entre portadores de cefaléia do tipo tensional, dor pulsátil foi referida como usual em 66,4% da população masculina (n=116) e em 56,8% da população feminina (n=257), enquanto que dor em pressão ou aperto foi referida como usual em 37,9% da população masculina e em 54,1% da população feminina.

Se considerássemos, conjuntamente, a população masculina e feminina, concluiríamos que a dor pulsátil seria usual em 59,8% (223/373), enquanto que a dor em pressão ou aperto seria usual em, aproximadamente, 41,9% (183/373) dos portadores de cefaléia do tipo tensional.

Observa-se nesse estudo uma elevada freqüência de dor pulsátil entre os indivíduos que receberam o diagnóstico de cefaléia do tipo tensional. A explicação mais plausível para esse fato é que foram contabilizados também os casos de cefaléia do tipo tensional que não preenchiam todos os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 1988, ou melhor, todos menos um (grupo 2.3). Foram computados, a exemplo disso, indivíduos que apresentavam vômitos associados à cefaléia (6% entre os homens e 7,4% entre as mulheres).

Esses autores admitem, na discussão, um incremento da sensibilidade diagnóstica com conseqüente prejuízo da sua especificidade (LAVADOS e TENHAMM, 1998).

Wang e Tsai (1999) encontraram dor pulsátil em 78,8% dos 479 pacientes com migrânea.

Bánk e Márton (2000) encontraram dor pulsátil em 71,4% dos portadores de migrânea entre 62 portadores de migrânea sem aura e 16 de migrânea com aura.

Matta e Moreira Filho (2004) avaliaram, consecutivamente, 50 pacientes com cefaléia do tipo tensional episódica freqüente ou infreqüente, tendo sido utilizados os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 2004 (ICHD II) para classificar as cefaléias. A idade para inclusão foi de 18 anos ou mais. Foram excluídos pacientes com passado tipicamente migranoso, com história familiar de migrânea, com uso abusivo de analgésicos, com dor unilateral e com coexistência fotofobia e fonofobia na mesma crise. Encontraram 28% (14/50) de dor em aperto, 18% (9/50) de dor tipo pressão, 6% (3/50) de dor surda, 40% (40/50) de dor tipo peso e 8% (4/50) de dor latejante). Embora admitam ser o tema

controverso, esses autores acreditam que a cefaléia do tipo tensional possa apresentar dor de caráter latejante.

Raffaelli Jr. (2004), com base nas classificações das cefaléias de 1962, 1988 e de 2004, concluiu que “(...) por definição, a cefaléia do tipo tensional nunca será pulsátil.”

Kaynac Key, Donmez e Tuzun (2004) registraram, entre 453 estudantes universitários que receberam o diagnóstico de cefaléia do tipo tensional, 15,0% (68/453) de dor em aperto, 5,7% (26/453) de dor surda, 26,3% (119/453) de dor em pressão, 49,7% (225/453) de dor pulsátil, além de 12,1% (55/453) de dores outras.

Os próprios autores desse trabalho ressaltaram a singularidade da elevada frequência de dor pulsátil encontrada entre seus portadores de cefaléia do tipo tensional, registrando, nesse aspecto, similaridade dos seus resultados com aqueles publicados por Lavados e Tenhamm em 1998. Concluíram que o caráter pulsátil possa representar importante característica da cefaléia do tipo tensional (KAYNAC KEY, DONMEZ e TUZUN 2004).

Abstraindo a questão da existência ou não de dor pulsátil integrando o contexto sintomático das cefaléias tensionais, alguns aspectos metodológicos merecem comentários.

- a. A amostra foi constituída de estudantes universitários de faixa etária entre 17 e 21 anos, portanto com um perfil muito peculiar, comprometendo a confiabilidade de extrapolação dos seus resultados para universos populacionais maiores;
- b. O instrumento de pesquisa utilizado foi um questionário auto-aplicável, com informações necessárias para identificação dos casos de cefaléia do tipo tensional conforme os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 1988, incluindo, ainda, informações que ajudassem a excluir os casos de migrânea e de cefaléia mista. Contudo, esse instrumento de pesquisa não foi validado previamente, nem foi seguido de entrevista clínica ou exame neurológico;
- c. Embora na amostra predominassem amplamente casos de cefaléia do tipo tensional episódica sobre os casos de cefaléia do tipo tensional crônica, nenhuma informação consistente foi dada acerca do uso abusivo de medicação sintomática que pudessem modificar padrões de cefaléia.

Farias da Silva e Moreira Filho (2005), entre 362 pacientes portadores de cefaléia do tipo tensional, anotaram dor não-pulsátil na totalidade deles. A existência de dor pulsátil entre as características clínicas da cefaléia do tipo tensional não foi reconhecida por esses autores.

Karli *et al.* (2006a) encontraram dor pulsátil em 79,2%, dor tipo peso em 19,4%, dor excruciante em 6,5%, dor como pressão em 19,4%, dor em aperto em 20,2% e dor em pontada

em 15,0% dos portadores de migrânea. Entre os portadores de cefaléia do tipo tensional episódica, esses percentuais foram, respectivamente, 51,9%, 26,9%, 7,0%, 23,5%, 29,8% e 12,8%. Entre os portadores de cefaléia do tipo tensional crônica, os respectivos percentuais, seguindo a mesma disposição, foram 56,8%, 29,7%, 10,8%, 29,7%, 37,8% e de 13,5%.

Akyol *et al.* (2007) registraram dor pulsátil em 76,9% dos 752 adolescentes portadores de migrânea. Considerada a população total (N=752), esse percentual foi de 44,9% (339/752) entre as adolescentes (n=450) e de 31,9% (240/752) entre os adolescentes (n=302).

Arruda e Guidetti (2007) registraram, em 65 crianças com migrânea, dor pulsátil em 60%, sendo o caráter da dor indeterminado em 17% delas.

Ojini, Okubadej e Danesi (2009) descreveram dor pulsátil em 62,5% dos 24 estudantes portadores de migrânea. Entre os 68 estudantes portadores de cefaléia do tipo tensional, o caráter aperto/pressão ocorreu em 61,8% deles.

Andrade *et al.* (2009) registraram dor pulsátil em 54,7%, dor tipo pressão em 13,3%, dor em pontada em 9,3%, dor constante em 6,7%, outras dores em 2,7% e mais de um tipo de dor em 3,3% entre os 75 indivíduos com diagnóstico de migrânea.

2.5.6 Intensidade da dor

Iversen *et al.* (1990) verificaram na migrânea do grupo que também apresentava cefaléia do tipo tensional um predomínio dos que nunca tinham dor leve (78%). No grupo apenas com migrânea, também houve predomínio dos que nunca tinham dor leve (60%). Na cefaléia do tipo tensional do grupo que também tinha migrânea, houve predomínio dos que nunca tinham dor intensa (78%). No grupo apenas com cefaléia do tipo tensional, também predominou o grupo que nunca apresentava dor intensa (59%).

Wang e Tsai (1988) encontraram dor de moderada a intensa em 98,3% dos seus 479 pacientes com migrânea.

Buer *et al.* (1991) descreveram cefaléia intensa na maioria dos pacientes com migrânea, levando-os a permanecer no leito em 71% dos casos.

Göbel, Peterson-Braun e Soyka (1994) registraram que 60% entre 1.116 indivíduos com migrânea apresentavam dor de moderada intensidade. Entre os indivíduos com cefaléia do tipo tensional episódica, 68% apresentaram dor de moderada intensidade, enquanto que na modalidade crônica os percentuais de dor moderada intensidade e de grave intensidade foram de 42% e de 44% respectivamente. A modalidade crônica representou um percentual de apenas 3% entre os 1.557 indivíduos com cefaléia do tipo tensional.

Lavados e Tenhamm (1998), avaliando a intensidade da dor entre portadores de cefaléia do tipo tensional, verificaram que a dor foi referida como leve por 41,3% (48/116), como moderada por 48,3% (56/116) e, como intensa, por 9,4% (11/116) da população masculina, enquanto que a dor foi referida, como leve, por 36,2% (93/257), como moderada, por 49,8% (128/257) e, como intensa, por 14,0% (36/257) da população feminina.

Se considerássemos, conjuntamente, a população masculina e feminina, concluiríamos que cefaléia leve a moderada teria ocorrido em 87% (325/373) dos portadores de cefaléia do tipo tensional.

Kaynac Key, Donmez e Tuzun (2004) descreveram percentuais de 67,5% (306/453) de dor leve, de 29,4% (133/453) de dor moderada e de 3,1% (14/453) de dor intensa entre 453 estudantes universitários com cefaléia do tipo tensional.

Karli *et al.* (2006a) encontraram dor moderada a grave em 92,4% dos 341 adolescentes portadores de migrânea. Entre os 613 adolescentes portadores de cefaléia do tipo tensional episódica, a dor foi leve a moderada em 90,6% deles. Entre os 37 adolescentes portadores de cefaléia do tipo tensional crônica, a dor foi leve a moderada em 75,7% deles.

Akyol *et al.* (2007) registraram dor moderada a grave em 77,7% dos 752 adolescentes portadores de migrânea. Considerada a população total, esse percentual foi de 46,7% (351/752) entre as adolescentes (n=450) e de 31% (233/752) entre os adolescentes (n=302).

Arruda e Guidetti (2007) registraram, em 65 crianças com migrânea, dor de grande intensidade em 83%, sendo a intensidade da dor indeterminada em 17% dos casos.

Adoukonou *et al.* (2009) verificaram, entre os 38 portadores de migrânea, a presença de dor leve em 39,5% e de dor moderada a intensa em 60,5% deles.

Andrade *et al.* (2009) registraram dor moderada, isto é, que interfere, mas não impede as atividades em 56% e dor forte, isto é, que impede as atividades em 44% dos 75 indivíduos com diagnóstico de migrânea.

2.5.7 Efeito da atividade física sobre a cefaléia

Buer *et al.* (1991) verificaram piora da cefaléia aos movimentos em 59% dos pacientes com migrânea.

Wang e Tsai (1999) encontraram piora da dor pela atividade física rotineira em 24,5%% dos seus 479 pacientes com migrânea.

Iversen *et al.* (1990) verificaram na migrânea do grupo que também apresentava cefaléia do tipo tensional um predomínio absoluto dos que sempre tinham a dor agravada pelo esforço físico, embora um pequeno percentual deles raramente piorava. No grupo apenas

com migrânea, também houve predomínio dos que sempre tinham a dor agravada pelo esforço físico, embora um pequeno percentual nunca o tivesse. Na cefaléia do tipo tensional do grupo que também tinha migrânea, houve predomínio, embora menor, dos que sempre tinham a dor agravada pelo esforço físico, embora um pequeno percentual nunca o tivesse. No grupo apenas com cefaléia do tipo tensional, houve um predomínio dos que nunca apresentavam agravamento da dor aos esforços físicos, embora um pequeno percentual sempre o tivesse.

Entre portadores de cefaléia do tipo tensional, exacerbação da dor com movimentos foi referida como usual em 69,8% (81/116) da população masculina e em 75,5% (194/257) da população feminina (LAVADOS e TENHAMM, 1998).

Se considerássemos, conjuntamente, a população masculina e feminina, concluiríamos que a exacerbação aos movimentos seria usual em 73,7% (275/373) dos portadores de cefaléia do tipo tensional. Um percentual mais exato seria, de fato, 76,6% (275/359), pela aparente exclusão de 14 dos 373 indivíduos com cefaléia do tipo tensional, conforme se verifica na Tabela 4 desse artigo, quando avaliada a exacerbação da dor aos movimentos (373-14=359).

Bánk e Márton (2000) encontraram, entre os portadores de migrânea (sem aura, 62 e com aura, 16 indivíduos), agravamento com a atividade física em 59% deles.

Cheung (2000) verificou que 77,9% (53/68) dos portadores de migrânea apresentavam piora da cefaléia aos esforços físicos. Entre os portadores de cefaléia do tipo tensional, esse percentual foi de 29,3% (192/386). Para todas as cefaléias, o percentual encontrado foi de 56,5% (301/533).

Kaynac Key, Donmez e Tuzun (2004) descreveram agravamento da cefalalgia com o esforço físico em 23,8% (107/449) dos estudantes universitários com cefaléia do tipo tensional.

Karli *et al.* (2006a) encontraram agravamento da dor por exercícios rotineiros em 64,5% dos 341 adolescentes portadores de migrânea. Entre os 613 adolescentes portadores de cefaléia do tipo tensional episódica, a dor se agravava nas mesmas condições em 41,3% deles. Entre os 37 adolescentes portadores de cefaléia do tipo tensional crônica, o agravamento da dor ocorreu em 59,5% deles.

Akyol *et al.* (2007) registraram agravamento da cefaléia por atividade física rotineira em 59,6% (448/752) dos adolescentes portadores de migrânea avaliados. Considerada a população total, esse percentual foi de 35,8% (269/752) entre as adolescentes (n=450) e de 23,8% (179/752) entre os adolescentes (n=302).

Ojini, Okubadej e Danesi (2009) descreveram piora da cefaléia com a atividade física rotineira em todos os 24 estudantes portadores de migrânea. Entre os 68 estudantes portadores de cefaléia do tipo tensional, a piora ocorreu em 44,1% deles.

2.5.8 Sinais e sintomas associados

Selby e Lance (1960) encontraram náusea em 87% (n=491), vômitos em 56% (n=483) e fotofobia em 82% (n=435) entre pacientes com diagnóstico de migrânea.

Raskin e Appenzeller (1980), em análise comparativa das características clínicas da migrânea e da *cefaléia de tensão*, descreveram vômitos associados às crises em 50% dos migranosos e em apenas 10% dos portadores de *cefaléia de tensão*.

Farias da Silva (1989), numa série de 820 pacientes com migrânea, descreveu náuseas e vômitos em 74,63% deles, fotofobia em 72,19% e fonofobia em 48,53% deles. Esse autor considerou náuseas e vômitos em conjunto, não discriminando o percentual *per se* de cada situação.

Numa outra série de 213 pacientes com *cefaléia tensional* esse autor registrou presença de náuseas e vômitos em 17,37% deles, fotofobia em 8,45% deles e fonofobia em 6,57% deles (FARIAS das SILVA, 1989) Esse autor novamente considerou náuseas e vômitos em conjunto, não discriminando o percentual *per se* de cada situação.

Iversen *et al.* (1990) verificaram na migrânea do grupo que também apresentava cefaléia do tipo tensional um predomínio absoluto dos que sempre tinham náuseas, embora um pequeno percentual nunca referisse esse sintoma. No grupo apenas com migrânea, também houve predomínio dos que sempre tinham náuseas, seguido de um percentual um pouco menor dos que usualmente apresentavam esse sintoma, inexistindo neste grupo qualquer percentual de pacientes que nunca apresentasse náusea. Na cefaléia do tipo tensional do grupo que também tinha migrânea, houve predomínio dos que nunca tinham náusea, inexistindo qualquer percentual dos que sempre apresentavam esse sintoma. No grupo apenas com cefaléia do tipo tensional, os percentuais dos que nunca ou usualmente apresentavam náuseas foram iguais e abrangeram todo o grupo.

Em relação à presença de fotofobia, esses autores verificaram na migrânea do grupo que também apresentava cefaléia do tipo tensional, um predomínio absoluto dos que sempre apresentavam fotofobia, inexistindo qualquer percentual dos que nunca apresentavam esse sintoma. No grupo apenas com migrânea, também houve um predomínio dos que sempre tinham fotofobia, seguido de um percentual um pouco menor dos que usualmente apresentavam fotofobia, inexistindo neste grupo qualquer percentual de pacientes que nunca

apresentasse esse sintoma. Na cefaléia do tipo tensional do grupo que também tinha migrânea, houve predomínio dos que nunca tinham fotofobia, inexistindo qualquer percentual dos que sempre apresentavam esse sintoma. No grupo apenas com cefaléia do tipo tensional, houve um predomínio dos que nunca tinham fotofobia, inexistindo aqueles que sempre apresentavam esse sintoma.

Em relação à presença de fonofobia, esses mesmos autores verificaram na migrânea do grupo que também apresentava cefaléia do tipo tensional um predomínio absoluto dos que sempre apresentavam fonofobia, inexistindo qualquer percentual dos que nunca apresentavam esse sintoma. No grupo apenas com migrânea, também houve percentuais idênticos dos que sempre ou usualmente apresentavam fonofobia, existindo um pequeno percentual dos que nunca apresentavam fonofobia. Na cefaléia do tipo tensional do grupo que também tinha migrânea, houve predomínio dos que nunca tinham fonofobia, fato também observado no grupo apenas com cefaléia do tipo tensional.

Buer *et al.* (1991) verificaram náuseas e/ou vômitos em 94% dos seus pacientes com migrânea.

Lavados e Tenhamm (1998) verificaram, entre portadores de cefaléia do tipo tensional, que fotofobia foi referida como usual em 18,9% da população masculina (n=116) e em 45,9% da população feminina (n=257), enquanto que fonofobia foi referida como usual em 35,3% da população masculina e em 54,5% da população feminina.

Se considerássemos, conjuntamente, a população masculina e feminina, concluiríamos que fotofobia seria usual em 37,5% (140/373) dos portadores de cefaléia do tipo tensional, enquanto que fonofobia seria usual em 48,6% (181/373) dos portadores de cefaléia do tipo tensional.

Nesse artigo, as informações sobre a ocorrência de náuseas ou vômitos foram imprecisas, com diferentes valores fornecidos, gerando uma margem de erro em relação aos respectivos percentuais.

Wang e Tsai (1999) encontraram náuseas em 78,4%, vômitos em 40,1%, fotofobia em 15,2% e fonofobia em 30,5% entre 479 pacientes portadores de migrânea.

Bánk e Márton (2000) encontraram, entre os portadores de migrânea (sem aura, 62 e com aura, 16 indivíduos), náuseas em 68%, vômitos em 27%, fotofobia em 62% e fonofobia em 59% deles.

Kaynac Key, Donmez e Tuzun (2004) descreveram fonofobia em 45,1% (204/453) e fotofobia em 7,1% (32/453) dos 453 estudantes universitários com cefaléia do tipo tensional. Entre eles, não houve registro de náuseas.

Farias da Silva e Moreira Filho (2005), numa série de 362 pacientes portadores de cefaléia do tipo tensional, observaram náuseas em 17,12%, fotofobia em 9% e fonofobia em 6% dentre a totalidade desses pacientes. Enfatizaram que “na cefaléia do tipo tensional, vômitos praticamente inexistem”.

Karli *et al.* (2006a) descreveram náuseas em 43,1%, vômitos em 12,9%, fotofobia em 55,4% e fonofobia em 62,5% entre 341 adolescentes com migrânea. Considerando 263 adolescentes com migrânea sem aura, foram referidas náuseas em 39,5%, vômitos em 12,5%, fotofobia em 56,7% e fonofobia em 64,6%, enquanto que dos 83 adolescentes com migrânea com aura, foram referidas náuseas em 57,8%, vômitos em 13,3%, fotofobia em 53,0% e fonofobia em 57,8% deles. Dentre os 613 adolescentes com cefaléia do tipo tensional episódica, náuseas foram referidas em 13,4%, vômitos em 2,6%, fotofobia em 29,6% e fonofobia em 44,2% deles. Dentre os 37 adolescentes portadores de cefaléia do tipo tensional crônica foram referidas náuseas em 35,1%, vômitos em 5,4%, fotofobia em 32,4% e fonofobia em 43,2% deles. Esses autores não justificaram a presença de náuseas na modalidade episódica, bem como a presença de vômitos nas modalidades episódicas e crônicas da cefaléia do tipo tensional.

Akyol *et al.* (2007) registraram náuseas e/ou vômitos em 69,8% dos 752 adolescentes com migrânea. Considerada a população total, esse percentual foi de 42,6% (320/752) entre as adolescentes (n=450) e de 27,3% (205/752) entre os adolescentes (n=302). Fotofobia ou fonofobia atingiu o percentual de 75,8% (570/752), sendo 44,4% (334/752) entre as adolescentes e 31,4% (236/752) entre os adolescentes.

Arruda e Guidetti (2007) registraram, em 65 crianças com migrânea, entre outros sinais e sintomas acompanhantes, náusea em 66%, fotofobia em 69% e fonofobia em 68% delas.

Ojini, Okubadej e Danesi (2009) descreveram náuseas e vômitos em 47,8% além de fotofobia e fonofobia em 91,7% dos 24 estudantes com migrânea. Entre os 68 estudantes portadores de cefaléia do tipo tensional, houve fotofobia em 4,4% e fonofobia em 42,6% deles, não havendo registro de náuseas nem vômitos.

Andrade *et al.* (2009) registraram náuseas e/ou vômitos em 85,3%, fonofobia em 65,3% e fotofobia em 49,3% entre os 75 indivíduos com diagnóstico de migrânea.

2.6 Breves considerações sobre a Teoria do *Continuum*

Há algumas décadas vêm surgindo publicações na literatura especializada procurando demonstrar uma unidade entre cefaléia do tipo tensional e migrânea, contudo essa concepção ganhou força com a publicação intitulada *The continuous nature of headache susceptibility* que foi divulgada no periódico *Social Science and Medicine*, propondo a *Teoria do Continuum* (ARRUDA e GUIDETTI, 2007).

Nessa publicação acima, Bakal, Demjen e Kaganov (1984) defendem, dentro de um contexto psicobiológico, que a susceptibilidade do paciente à cefaléia, assim como a experiência dolorosa durante as crises constituem uma condição contínua e multifacetada, envolvendo eventos cognitivos, comportamentais e psicológicos.

Conforme a Teoria do Continuum, “a migrânea e a cefaléia do tipo tensional seriam expressões distintas dentro de um mesmo espectro fisiopatogênico. Num extremo estaria a migrânea, com dor de maior intensidade acompanhada por uma série de sinais e sintomas e, do outro lado do espectro a cefaléia do tipo tensional com dor de menor intensidade e sem os sintomas acompanhantes observados na migrânea.” (ARRUDA e GUIDETTI, 2007).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Conhecer o perfil epidemiológico da cefaléia do tipo tensional e da migrânea e as características clínicas das suas crises incidentes em uma população de mulheres adultas

3.2 Objetivos específicos

Classificar as cefaléias e as crises incidentes;

Conhecer as medidas de frequência das diversas modalidades de cefaléia e das crises incidentes na população estudada;

Descrever as características clínicas das crises incidentes;

Escalonar os casos classificados exclusivamente como migrânea e os casos classificados como cefaléia do tipo tensional;

Elaborar um escore diagnóstico aplicável à migrânea e à cefaléia do tipo tensional baseado nas características clínicas das crises incidentes do grupo com migrânea;

Calcular a sensibilidade e a especificidade desse escore diagnóstico com base nas crises incidentes de migrânea e de cefaléia do tipo tensional.

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

O tipo estudo é transversal descritivo, envolvendo enfermeiras hospitalares em atividade profissional em uma instituição universitária.

Sabemos que os estudos transversais podem ser classificados como descritivos, ditos também não-controlados e analíticos, ditos também controlados.

Em relação aos estudos descritivos, procura-se verificar a prevalência de um evento, a exemplo de uma doença, em uma população, enquanto que os estudos analíticos são voltados para verificar a associação entre dois eventos.

Pela sua própria natureza, o estudo descritivo tem por objetivo informar sobre a distribuição de um evento, em uma população, em termos quantitativos, não se preocupando em testar hipóteses, prerrogativa do método epidemiológico analítico, mas, muito mais, em descrever fatos, propor questionamentos e explicações pertinentes às observações procedidas.

Em estudos transversais, dados sobre variáveis, de interesse, coletadas em um dado momento podem se referir a esse mesmo momento ou, alternativamente, ao passado com conseqüente inclusão de informações retrospectivas.

4.2 População do estudo

A proposta do estudo foi de avaliar todas as enfermeiras em atividade no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, constituindo um grupo fechado a partir do início da coleta de dados, exceto aquelas que não concordassem em participar da pesquisa.

A opção de realizar a pesquisa com profissionais de enfermagem se justifica pelo fato de haver uma maioria absoluta de mulheres exercendo a profissão e, conseqüentemente, maior expectativa de se encontrar cefaléia. Além disso, sendo o grupo constituído de profissionais de saúde de nível superior que naturalmente demonstram mais interesse por pesquisa, notadamente nessa área, considerou-se possível haver um maior compromisso e motivação durante o desenrolar da pesquisa, além de condições ideais de discernimento para fornecer precisas informações de anamnese e de descrição de sinais e sintomas porventura existentes.

Foi avaliada, no período compreendido entre junho de 2008 e maio de 2009, uma população de 125 enfermeiras em atividade no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco.

Este número correspondeu, à época do início da pesquisa, à quase totalidade do corpo de enfermagem de nível superior daquela instituição universitária, visto que todas as enfermeiras foram convidadas e apenas algumas poucas não concordaram em participar da pesquisa.

Das 125 enfermeiras, 121 concluíram o estudo.

4.3 Critérios de inclusão e exclusão

O principal critério de inclusão foi ser enfermeira em atividade na instituição e concordar em participar do estudo.

Não houve propriamente critérios de exclusão por se tratar de um estudo populacional que deve preservar todas as características inerentes ao grupo, mesmo na hipótese de doenças outras eventualmente associadas a cefaléias.

Não foram mais incluídas na pesquisa aquelas enfermeiras admitidas na instituição após o início da pesquisa.

4.4 Aspectos éticos

O Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco registrou e analisou o protocolo da pesquisa, aprovando-o e liberando-o para início da coleta de dados em 28 de março de 2006, tendo também aprovado a modificação do título a partir de 22 de fevereiro de 2011 (Anexos A e B).

Todas as enfermeiras incluídas foram aquiescentes em participar do estudo após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.5 Critérios para classificação dos eventos e definição das variáveis

Os Critérios Diagnósticos da Classificação Internacional das Cefaléias da Sociedade Internacional de Cefaléia de 2004 (ICHD II) serviram de base para classificar as cefaléias e as crises incidentes encontradas.

Foram definidas as seguintes variáveis independentes:

- 1) Diagnóstico da cefaléia estabelecido através da anamnese clínica colhida individualmente para cada enfermeira participante do estudo;
- 2) Diagnóstico de cada crise incidente ocorrida no período de dois meses de estudo;
- 3) Utilização de medicação sintomática nas crises incidentes.

Foram definidas as seguintes variáveis dependentes:

- 1) Duração da crise:

- a) < 4 horas;
 - b) ≥ 4 horas ≤ 72 horas;
 - c) > 72 horas.
- 2) Lateralidade da dor:
- a) Unilateral;
 - b) Bilateral;
 - c) Bilateral assimétrica.
- 3) Caráter da dor:
- a) Pulsátil;
 - b) Peso/pressão;
 - c) Pulsátil e peso/pressão;
 - d) Outro.
- 4) Intensidade da dor:
- a) Leve;
 - b) Moderada;
 - c) Forte.
- 5) Efeito do esforço físico sobre a dor:
- a) Agravamento;
 - b) Indiferença;
 - c) Não definido.
- 6) Sinais e sintomas acompanhantes:
- a) Náusea;
 - b) Vômito;
 - c) Fotofobia;
 - d) Fonofobia;
 - e) Nenhum.

4.6 Instrumento de pesquisa

Elaborou-se um fluxograma constituído dos itens abaixo discriminados:

Uma anamnese clínica para preenchimento da Ficha-Padrão (Apêndice B);

O preenchimento, por um período de dois meses, de um Registro de Crises composto de sete itens que serviram de base para classificá-las (Apêndice C);

A anamnese clínica foi invariavelmente colhida pelo próprio autor, visando a uniformizar, o mais possível, a coleta de dados e a interpretação das informações obtidas.

Na Ficha-Padrão, também preenchida pelo autor, foram incluídos os dados abaixo especificados:

- Identificação pelas iniciais do nome.
- Data do nascimento.
- Pródromos da cefaléia foram definidos como sinais e sintomas variados que antecedem em horas ou mais o início da cefalalgia.
- Aura foi definida como um transtorno recorrente que se manifesta na forma de crises de sintomas neurológicos focais reversíveis que geralmente se desenvolvem gradualmente em cinco a 20 minutos e com duração menor do que 60 minutos.
- Localização da cefalalgia:
 - Unilateral – dor restrita a um dos lados do segmento cefálico;
 - Bilateral – dor em ambos os lados do segmento cefálico;
 - Bilateral-assimétrica – dor bilateral mais intensa em um dos lados.
- Caráter da cefalalgia:
 - Pulsátil – dor que se faz pior a cada onda do pulso arterial;
 - Peso/pressão – dor que faz qualquer tipo de pressão;
 - Pulsátil-peso/pressão – as duas características presentes na mesma crise;
 - Outro – dor com qualquer outro caráter.
- Intensidade da dor foi definida subjetivamente:
 - Leve;
 - Moderada;
 - Forte.
- Sinais e sintomas acompanhantes da crise:
 - Náuseas;
 - Vômitos;
 - Fotofobia;
 - Fonofobia.
- Fatores desencadeantes e agravantes da cefaléia foram definidos como aqueles que reconhecidamente podem precipitar ou agravar, naquele indivíduo, uma crise.
- Fatores de alívio da cefaléia, medicamentosos ou não.
- Horário nictemeral preferencial da crise, se houver.

- Duração média da crise foi definida como o tempo transcorrido do início ao fim da crise.
- Modo de resolução da crise foi definido como em lise ou em crise;
- Sintomas pós-críticos da crise foram definidos como sintomas residuais diversos que permanecem por tempo variável, mesmo cessada a dor.
- Frequência das crises foi definida como o número de crises por certo período de tempo.
- Evolução temporal da cefaléia foi definida como uma modificação da frequência e intensidade das crises ao longo do tempo.
- Utilização de medicação sintomática na crise foi definida como medicações usualmente utilizadas para debelar a crise.
- Terapêutica profilática farmacológica da cefaléia foi definida como medicação utilizada regularmente para controle profilático das crises.
- Terapêuticas outras utilizadas foram definidas como outras medicações de uso regular para fins diversos.
- Antecedentes familiares de cefaléia foram definidos como casos existentes entre parentes de primeiro grau.
- Escala de trabalho foi definido como o detalhamento de toda a jornada de trabalho na instituição ou fora dela no serviço público ou privado.
- Diagnóstico e classificação da(s) cefaléia(s).

No registro de crises, fornecido a cada enfermeira para preencher, foram incluídos os itens abaixo discriminados:

- Duração da crise com arbitramento de três faixas de duração:
 - Menor que quatro horas;
 - Entre quatro e 72 horas;
 - Mais de 72 horas.
- Utilização de medicação sintomática para debelar a crise, se houve.
- A lateralidade da dor, podendo ser unilateral, bilateral ou ainda bilateral-assimétrica.
- O caráter da dor, podendo ser pulsátil, peso/pressão ou outro qualquer.
- A intensidade classificada como leve, moderada ou forte conforme critério subjetivo.

- A influência do esforço físico rotineiro durante a crise, podendo agravá-la ou não.
- A presença de sintomas acompanhantes da dor como náusea, vômito, fotofobia, fonofobia ou nenhum desses.

As crises incidentes foram agrupadas nas seguintes categorias:

- Crises-classificadas são definidas como aquelas crises incidentes que preenchem critérios para um dos grupos/subgrupos contemplados pela Classificação Internacional das Cefaléias (ICHD II):

- a) Migrânea
- b) Cefaléia do tipo tensional
- c) Estado migranoso
- d) Cefaléia em salvas e outras cefaléias trigêmeino-autonômicas
- e) Outras cefaléias primárias
- f) Cefaléias Secundárias

- Crises não-classificadas foram definidas como aquelas crises incidentes que preencheram critérios para mais de um dos grupos contemplados pela Classificação Internacional das Cefaléias (ICHD II), ou como aquelas crises cujos elementos fornecidos foram insuficientes para possibilitar um perfeito enquadramento nosológico:

- a) Migrânea ou...
- b) Migrânea Modificada ou...
- c) Provável Migrânea ou...
- d) Cefaléia do Tipo Tensional ou...
- e) Provável Cefaléia do Tipo Tensional ou...
- f) Cefaléia em salvas e outras cefaléias trigêmeino-autonômicas ou...
- g) Provável cefaléia trigêmeino-autonômicas ou...
- h) Outras cefaléias primárias ou...
- i) Cefaléia Secundária ou...
- j) Crises não definidas (informações insuficientes).

- *Migrânea fármaco-modificada* (MFm) foi categorizada a partir dos seguintes critérios:

- a) Representar um padrão isolado de crise em estreita relação temporal com a utilização de medicação sintomática;
- b) Ter ocorrência limitada a indivíduos com diagnóstico prévio de migrânea;
- c) Não preencher os critérios diagnósticos para migrânea sem aura nem para provável migrânea
- d) Preencher sempre os critérios diagnósticos para cefaléia do tipo tensional ou para provável cefaléia do tipo tensional;
- e) Haver impossibilidade de abstrair que o tratamento atenuou a plena expressão da crise.

4.7 Tamanho da amostra

O estudo se propôs a ser representativo da população de enfermeiras de uma instituição hospitalar universitária na sua totalidade, portanto sem constituir propriamente uma amostra.

4.8 Análise estatística

Para as análises estatísticas, foram empregados o teste do qui-quadrado, o teste exato de Fisher e o teste de Mann-Whitney. Os arredondamentos realizados em obediência à resolução 886/66 da Fundação IBGE ou pelo programa do Excel.

5 RESULTADOS

5.1 Análise descritiva

Os diagnósticos clínicos das diversas modalidades de cefaléia encontradas em 121 enfermeiras estão agrupados abaixo. O quantitativo de diagnósticos foi maior que o número total de enfermeiras em virtude de eventual coexistência de duas modalidades de cefaléias em um mesmo indivíduo. Houve um amplo predomínio dos casos de migrânea (Grupo 1-ICHD II) e de cefaléia do tipo tensional (Grupo 2-ICHD II), estes com percentuais praticamente idênticos. Não houve casos de cefaléia em salvas/outras cefaléias trigêmino-autônômicas (Grupo 3-ICHD II) nem de outras cefaléias primárias (Grupo 4-ICHD II). Houve um único caso de cefaléia secundária (Grupo 5-12-ICHD II) entre 184 diagnósticos firmados com base na anamnese clínica. Não foi possível classificar a cefaléia a partir dos critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 1004 (ICHD II) em seis situações apenas. (Tabela 1).

TABELA 1 - CLASSIFICAÇÃO DAS CEFALÉIAS CONFORME A ANAMNESE CLÍNICA DE 121 ENFERMEIRAS.

Diagnóstico	N	%
Migrânea (M)	85	46,7
Cefaléia do tipo tensional (CTT)	87	47,8
Cefaléia secundária (CSec)	1	0,5
Não-classificado	6	3,3
Sem cefaléia	3	1,6
TOTAL	182	100

A seguir, aparecem escalonados os percentuais dos diversos tipos e subtipos de cefaléias encontradas, bem como os percentuais referentes às combinações de mais de uma modalidade de cefaléia no mesmo indivíduo. Apenas três entre 121 enfermeiras (2,5%) negaram ter cefaléia. (Tabela 2).

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DAS CEFALÉIAS EM SUBTIPOS CONFORME A ANAMNESE CLÍNICA DE 121 ENFERMEIRAS.

Diagnóstico	n	%
Migrânea (M)	25	20,7
Cefaléia tipo tensional (CTT)	28	23,1
CTT (Inativa)	1	0,8
M + CTT	57	47,1
M + Cefaléia Secundária (CSec)	1	0,8
M ou M + CTT	2	1,7
CTT + Provável Migrânea (PM) ou Provável CTT (PCTT)	1	0,8
Provável M ou PM + CTT	1	0,8
Provável M ou Provável CTT	2	1,7
Sem Cefaléia	3	2,5
TOTAL	121	100

Abaixo, estão distribuídos os percentuais relativos à ocorrência de aura dentre as 85 enfermeiras com migrânea. Houve um nítido predomínio dos casos de migrânea sem aura sobre os demais. Mais de um terço das enfermeiras referiu ter crises de migrânea sem e com aura. (Tabela 3).

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DAS MODALIDADES SEM AURA E COM AURA DA MIGRÂNEA CONFORME A ANAMNESE CLÍNICA DE 85 ENFERMEIRAS.

Aura	n	%
Migrânea sem aura	51	60,0
Migrânea com aura	4	4,7
Migrânea sem e com aura	30	35,3
TOTAL	85	100

Foram calculados o percentual de crises-classificadas e o percentual das crises não-classificadas entre as 536 crises incidentes no período de dois meses. Observa-se que só foi possível classificar pouco mais da metade das crises. (Tabela 4).

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DE 536 CRISES INCIDENTES DE CEFALÉIA POR CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ENTRE 121 ENFERMEIRAS.

Crises incidentes	N	%
Crises classificadas	283	52,8
Crises não-classificadas	253	47,2
TOTAL	536	100

As 283 crises classificadas foram agrupadas conforme o diagnóstico. Houve uma maior frequência das crises de migrânea sobre as demais. Se adicionadas às crises de migrânea os seus subtipos (provável migrânea e estado migranoso) atingimos um percentual de 55,1%. (Tabela 5).

TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO NOSOGRÁFICA DAS 283 CRISES-CLASSIFICADAS.

Crises classificadas	N	%
Migrânea (M)	133	47,0
Provável Migrânea (PM)	21	7,4
Estado Migranoso (EM)	2	0,7
CTT	117	41,3
Provável CTT (PCTT)	10	3,5
TOTAL	283	100

As 253 crises não-classificadas foram agrupadas, na sua grande maioria, em binômios ou trinômios, de modo a que cada combinação existente possa representar diagnósticos excludentes entre si. Observa-se que o binômio representado por migrânea fármaco-modificada ou cefaléia do tipo tensional foi de valor prevalente. Em algumas situações, houve indefinição no agrupamento das crises por informações insuficientes. (Tabela 6).

TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DAS 253 CRISES INCIDENTES NÃO-CLASSIFICADAS.

Crises não classificadas	N	%
Migrânea Fármaco-modificada (MFm) ou CTT	86	34,0
Migrânea Fármaco-modificada (MFm) ou PCTT	13	5,1
M ou Cefaléia Secundária (CSec)	2	0,8
PM ou CTT	72	28,5
PM ou PCTT	65	25,7
PM ou CTT ou CSec	2	0,8
CTT ou CSec	3	1,2
CSec ou sem definição	1	0,4
Sem definição	9	3,6
TOTAL	253	100

A seguir, aparece o percentual de enfermeiras que apresentaram, no curso de dois meses, crises migranosas (migrânea e/ou provável migrânea), assim como crises não-classificadas entre 85 enfermeiras com migrânea e o percentual de enfermeiras que apresentaram, no mesmo período, crises tensionais (cefaléia do tipo tensional e/ou provável cefaléia do tipo tensional) entre 87 enfermeiras com cefaléia do tipo tensional. Apenas quatro das 50 enfermeiras com crises incidentes migranosas apresentaram unicamente crises de Provável Migrânea, enquanto que somente uma das 44 enfermeiras com crises incidentes tensionais apresentou unicamente crise de Provável Cefaléia do Tipo Tensional. (Tabela 7).

TABELA 7 - INCIDÊNCIA DE CRISES CLASSIFICADAS (MIGRANOSAS OU TENSIONAIS) E DE CRISES NÃO-CLASSIFICADAS EM 85 ENFERMEIRAS COM MIGRÂNEA E 87 ENFERMEIRAS COM CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL.

Diagnóstico Clínico	Enfermeiras	Com crises incidentes classificadas		Com crises incidentes não-classificadas		Sem crises incidentes	
		n	n	%	n	%	n
Migrânea	85	50/85	58,8	69/85	81,2	5/85	5,9
CTT	87	44/87	50,6	60/87	69,0	10/87	11,5

As crises de migrânea fármaco-modificada ou cefaléia do tipo tensional predominaram amplamente entre as enfermeiras com diagnóstico clínico, firmado com base na anamnese, de migrânea conjuntamente com cefaléia do tipo tensional. Entretanto, sete enfermeiras com diagnóstico clínico unicamente de migrânea apresentaram 11,6% dessas crises. (Tabela 8).

TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DAS 86 CRISES INCIDENTES DE MIGRÂNEA FÁRMACO-MODIFICADA (MFm) OU CEFALÉIA TIPO TENSIONAL (CTT), EM 34 ENFERMEIRAS, CONFORME O DIAGNÓSTICO DA ANAMNESE CLÍNICA.

Diagnóstico Clínico	N	%	Crises incidentes	%
Migrânea (M)	7	20,6	10	11,6
M + Cefaléia Tipo Tensional (CTT)	22	64,7	61	71,0
Provável Migrânea (PM) ou Provável CTT (PCTT)	2	5,9	2	2,3
M ou M + CTT	2	5,9	6	7,0
PM ou PM +CTT	1	2,9	7	8,1
TOTAL	34	100	86	100

Uma única enfermeira com migrânea apresentou quase metade das crises de migrânea fármaco-modificada ou provável cefaléia do tipo tensional, cuja distribuição total está discriminada na tabela abaixo. (Tabela 9).

TABELA 9 - DISTRIBUIÇÃO DAS 13 CRISES INCIDENTES DE MIGRÂNEA FÁRMACO-MODIFICADA (MFm) OU PROVÁVEL CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL (PCTT), EM 8 ENFERMEIRAS, CONFORME O DIAGNÓSTICO DA ANAMNESE CLÍNICA.

Diagnóstico Clínico	n	%	Crises incidentes	%
Migrânea (M)	1	12,5	6	46,2
M + Cefaléia Tipo Tensional (CTT)	6	75,0	6	46,2
M ou M + CTT	1	12,5	1	7,7
TOTAL	8	100	13	100

Entre 105 enfermeiras, prevaleceu o uso de medicação sintomática durante as crises incidentes, sendo que 44,8% (47/105) das enfermeiras o fizeram de forma sistemática, 43,8% (46/105) o fizeram de forma não sistemática, e apenas 11,4% (12/105) não usaram medicação sintomática durante suas crises incidentes. (Tabela 10).

TABELA 10 - UTILIZAÇÃO DE MEDICAÇÃO SINTOMÁTICA DURANTE AS CRISES INCIDENTES DE CEFALÉIA EM 105 ENFERMEIRAS.

Medicação	n	%
Uso sistemático	47	44,8
Uso não sistemático	46	43,8
Sem uso	12	11,4
TOTAL	105	100

Abaixo, estão expostos os percentuais de crises tratadas e não tratadas com medicação sintomática entre as 536 crises analisadas, prevalecendo, amplamente, o percentual de crises tratadas sobre o de não tratadas. (Tabela 11).

TABELA 11 - UTILIZAÇÃO DE MEDICAÇÃO SINTOMÁTICA EM 536 CRISES DE CEFALÉIA.

Medicação sintomática	N	%
Sim	369	68,8
Não	167	31,2
TOTAL	536	100

Nas crises-classificadas, houve um maior número daquelas nas quais foi usada medicação sintomática comparativamente ao contingente de crises não tratadas com esse tipo de medicação. (Tabela 12).

TABELA 12 - UTILIZAÇÃO DE MEDICAÇÃO SINTOMÁTICA, EM CRISES INCIDENTES, ENTRE AS 283 CRISES-CLASSIFICADAS.

Medicação sintomática	Crisis classificadas	%
Sim	154	54,4
Não	129	45,6
TOTAL	283	100

Entre as crises não-classificadas, prevaleceu amplamente o uso de medicação sintomática, alcançando percentual de 85,0%. (Tabela 13).

TABELA 13 - UTILIZAÇÃO DE MEDICAÇÃO SINTOMÁTICA, EM CRISES INCIDENTES, ENTRE 253 CRISES NÃO-CLASSIFICADAS.

Medicação sintomática	Crises não classificadas	%
Sim	215	85,0
Não	38	15,0
TOTAL	253	100

Abaixo, destaca-se a prevalência de cefaléias ao longo da vida entre 121 enfermeiras. Observa-se que as prevalências da migrânea e da cefaléia do tipo tensional foram bastante altas, com percentuais muito próximos entre si, havendo ligeiro predomínio da prevalência da cefaléia do tipo tensional. (Tabela 14).

TABELA 14 - DISTRIBUIÇÃO DA PREVALÊNCIA DAS CEFALÉIAS CLASSIFICADAS CONFORME A ANAMNESE CLÍNICA ENTRE 121 ENFERMEIRAS.

Diagnóstico	n	Prevalência
Migrânea	85/121	70,2%
Cefaléia do tipo tensional	87/121	71,9%
Cefaléia secundária	1/121	0,8%
Sem cefaléia	3/121	2,5%

Abaixo se destaca a elevada incidência de crises de cefaléia observada num período corrido de dois meses. De 121 enfermeiras, apenas 13,2% não apresentaram crises no referido intervalo de tempo. Como havia três enfermeiras que não referiam história prévia de qualquer tipo de cefaléia, 11% (13/118) das que tinham história prévia de cefaléia não apresentaram qualquer crise de cefaléia em dois meses de estudo. (Tabela 15).

TABELA 15 - CRISES INCIDENTES NO PERÍODO DE DOIS MESES EM 121 ENFERMEIRAS.

Crises incidentes	n	%
Com crise	105	86,8
Sem crise	16	13,2
TOTAL	121	100

Arbitradas duas faixas etárias, a maior incidência de crises ocorreu na faixa de 26 a 45 anos. (Tabela 16).

TABELA 16 - DISTRIBUIÇÃO POR FAIXA ETÁRIA DA INCIDÊNCIA MÉDIA DE CRISES POR ENFERMEIRA EM DOIS MESES.

Faixa etária (anos)	Crises incidentes	Indivíduos	Crises incidentes/Indivíduos
26 - 45	386	75	5,1
≥ 46	150	46	3,3

Abaixo, encontramos a duração das 536 crises incidentes, observando-se que a maioria delas durou entre 4 e 72 horas. (Tabela 17).

TABELA 17 - DURAÇÃO DAS 536 CRISES DE CEFALÉIA.

Duração	Crises	
	N	%
< 4 horas	216	40,3
≥ 4 horas ≤ 72 horas	309	57,6
> 72 horas	11	2,1
TOTAL	536	100

Entre 105 enfermeiras, houve um amplo predomínio daquelas que apresentaram, nas crises incidentes, dor exclusivamente bilateral comparativamente àquelas que apresentaram dor exclusivamente unilateral. Em 37,1% das enfermeiras, houve dor ora unilateral ora bilateral. (Tabela 18).

TABELA 18 - DISTRIBUIÇÃO DA LATERALIDADE DA DOR NAS CRISES DE CEFALÉIA EM 105 ENFERMEIRAS.

Lateralidade da dor	N	%
Unilateral	8	7,6
Bilateral	58	55,2
Unilateral + bilateral	39	37,1
TOTAL	105	100

Em 536 crises incidentes, houve um amplo predomínio da dor bilateral sobre a dor unilateral. Em 12,3% das crises, a dor foi bilateral, porém predominando em um dos lados, portanto assimétrica. (Tabela 19).

TABELA 19 - DISTRIBUIÇÃO DA LATERALIDADE DA DOR EM 536 CRISES DE CEFALÉIA.

Lateralidade da dor	n	%
Unilateral	130	24,3
Bilateral	340	63,4
Bilateral-assimétrica	66	12,3%
TOTAL	536	100

Analisadas as crises de 103 enfermeiras, houve predomínio daquelas que apresentaram dor tipo peso/pressão. Isoladamente o caráter pulsátil foi o menos encontrado. Alternância, em crises distintas, do caráter peso/pressão e do caráter pulsátil foi anotada em 30,1% das enfermeiras. (Tabela 20).

TABELA 20 - DISTRIBUIÇÃO DO CARÁTER DA DOR NAS CRISES DE CEFALÉIA EM 103 ENFERMEIRAS.

Caráter da dor	n	%
Pulsátil (P)	14	13,6
Peso/pressão (PP)	38	36,9
P + PP	31	30,1
Outro	20	19,4
TOTAL	103	100

Em 536 crises incidentes, houve um amplo predomínio da dor unicamente tipo peso/pressão. Seu percentual foi quase duas vezes maior do que aquele da dor unicamente pulsátil. Em um percentual menor de casos, houve concomitância de dor tipo peso-pressão e dor pulsátil na mesma crise. (Tabela 21).

TABELA 21 - DISTRIBUIÇÃO DO CARÁTER DA DOR EM 536 CRISES DE CEFALÉIA.

Caráter da dor	N	%
Pulsátil (P)	175	32,6
Peso/ pressão (PP)	324	60,4
P + PP	19	3,5
Outro	11	2,1
Não definido	7	1,3
TOTAL	536	100

Dor de intensidade moderada representou mais da metade das crises ocorridas. As crises de forte intensidade foram as de menor frequência. (Tabela 22).

TABELA 22 - DISTRIBUIÇÃO DA INTENSIDADE DA DOR EM 536 CRISES DE CEFALÉIA.

Intensidade da dor	n	%
Leve	177	33,0
Moderada	273	50,9
Forte	86	16,0
TOTAL	536	100

Houve individualmente entre 97 enfermeiras um amplo predomínio do agravamento da cefaléia com o esforço físico. Das 97 enfermeiras, 41 apresentaram alternância, com agravamento ou indiferença da cefaléia aos esforços físicos, correspondendo a um percentual de 42,3%. (Tabela 23).

TABELA 23 - EFEITO DO ESFORÇO FÍSICO SOBRE A CEFALÉIA EM 97 ENFERMEIRAS.

Efeito do esforço físico	n	%
Agravamento	39	40,2
Indiferença	17	17,6
Agravamento/indiferença	41	42,3
TOTAL	97	100

Em 536 crises apresentadas, houve um amplo predomínio daquelas que se agravaram com o esforço físico rotineiro sobre aquelas nas quais não houve essa influência. (Tabela 24).

TABELA 24 - EFEITO DO ESFORÇO FÍSICO EM 536 CRISES DE CEFALÉIA.

Efeito do esforço físico	N	%
Agravamento	342	63,8
Indiferença	177	33,0
Não definido	17	3,2
TOTAL	536	100

A incidência, por enfermeira, de sinais e sintomas associados à cefaléia nas crises ocorridas está discriminada abaixo conforme a sua ocorrência de forma sistemática, de forma não sistemática, ou, ainda, quando não ocorreram. Entre os sinais e sintomas acompanhantes, a maior incidência foi de fotofobia, quer de forma sistemática, quer de forma não sistemática, e a menor incidência foi de vômito. (Tabela 25).

TABELA 25 - INCIDÊNCIA DE SINAIS E SINTOMAS ACOMPANHANTES NAS CRISES DE CEFALÉIA EM 105 ENFERMEIRAS.

Incidência	Náusea		Vômito		Fotofobia		Fonofobia	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Sistemática	13	12,4	1	1,0	17	16,2	13	12,4
Não sistemática	32	30,5	10	9,5	41	39,0	40	38,1
Inexistente	60	57,1	94	89,5	47	44,8	52	49,6
TOTAL	105	100	105	100	105	100	105	100

A incidência de sinais e sintomas associados à cefaléia em 536 crises está abaixo discriminada. Entre esses sinais e sintomas, a maior incidência foi de fotofobia, e a menor incidência foi de vômitos. (Tabela 26).

TABELA 26 - INCIDÊNCIA DE SINAIS E SINTOMAS ACOMPANHANTES EM 536 CRISES DE CEFALÉIA.

Incidência	Náusea		Vômito		Fotofobia		Fonofobia	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	152	28,4	15	2,8	212	39,6	133	24,8
Não	384	71,6	521	97,2	324	60,4	403	75,2
TOTAL	536	100	536	100	536	100	536	100

5.2 Análise inferencial

Quase dois terços das crises nas quais houve utilização de medicação sintomática tiveram duração entre 4 e 72 horas. Por outro lado, quase 60% das crises nas quais não houve utilização de medicação sintomática tiveram duração menor que quatro horas. Comparadas as freqüências de crises com duração menor que quatro horas entre os grupos com medicação sintomática e sem medicação sintomática, houve uma diferença estatisticamente significativa em favor do grupo que não fez uso de medicação sintomática. Todavia, a freqüências de crises com duração entre 4 e 72 horas prevaleceu no grupo que fez uso de medicação sintomática, havendo, também, uma diferença estatisticamente significativa. (Tabela 27).

TABELA 27 - DURAÇÃO DAS 536 CRISES DE CEFALÉIA CONFORME USO DE MEDICAÇÃO SINTOMÁTICA (MS).

Duração das crises	Com MS		Sem MS		p
	N	%	n	%	qui-quadrado
< 4 horas	116	31,4	100	59,9	p < 0,0001
≥ 4 horas ≤ 72 horas	243	65,5	66	40,0	p < 0,0001
> 72 horas	10	2,7	1	0,6	
TOTAL	369	100	167	100	

A seguir, está discriminada a duração das crises conforme tenham sido diagnosticadas como migrânea, cefaléia do tipo tensional, provável migrânea e provável cefaléia do tipo tensional, num primeiro grupo que usou medicação sintomática, num segundo grupo que não fez uso dessa medicação e, num terceiro grupo que seria um somatório dos dois primeiros no qual não foi considerada essa variável. Observa-se que a totalidade das crises de migrânea foi enquadrada em uma duração de 4 a 72 horas. A maioria absoluta das crises de cefaléia do tipo tensional teve uma duração inferior a quatro horas, sendo que do total de 117 crises diagnosticadas, 105 não receberam uso de medicação sintomática (66,7%). Em dois terços das crises de provável migrânea, a duração foi inferior a quatro horas, com a particularidade de que foi feito uso de medicação sintomática na totalidade das crises de provável migrânea. Todas as crises de provável cefaléia do tipo tensional tiveram duração inferior a quatro horas, todas elas também sem medicação sintomática. Comparadas, na cefaléia do tipo tensional, as freqüências das crises com duração menor que quatro horas entre os grupos com medicação sintomática e sem medicação sintomática, não houve diferença estatisticamente significativa. (Tabela 28).

TABELA 28 - DURAÇÃO DA CRISE CONFORME A NOSOLOGIA.

Com medicação	M		CTT		PM		PCTT	
	n	%	n	%	n	%	n	%
< 4 horas	0	0,0	6	50,0	14	66,7	0	0,0
≥ 4 horas ≤ 72 horas	123	100	6	50,0	1	4,8	0	0,0
> 72 horas	0	0,0	0	0,0	6	28,6	0	0,0
SUBTOTAL	123	100	12	100	21	100	0	100
Sem medicação								
< 4 horas	0	0,0	78	74,3	0	0,0	10	100
≥ 4 horas ≤ 72 horas	10	100	24	22,9	0	0,0	0	0,0
> 72 horas	0	0,0	3	2,9	0	0,0	0	0,0
SUBTOTAL	10	100	105	100	0	100	10	100
Com e sem medicação								
< 4 horas	0	0,0	84	71,8	14	66,7	10	100
≥ 4 horas ≤ 72 horas	133	100	30	25,6	1	4,8	0	0,0
> 72 horas	0	0,0	3	2,6	6	28,6	0	0,0
TOTAL	133	100	117	100	21	100	10	100

CTT < 4 horas com medicação vs. CTT < 4 horas sem medicação p = 0,0766 (qui-quadrado)

A tabela abaixo demonstra um predomínio absoluto de crises bilaterais sobre as unilaterais, tanto na migrânea como na cefaléia do tipo tensional, pois a dor puramente unilateral só foi registrada em 20% das crises migranosas e em 15% das crises de cefaléia do tipo tensional. Comparada a unilateralidade da dor entre as crises de migrânea e as crises de cefaléia do tipo tensional, não houve diferença estatisticamente significativa. Por outro lado, comparada essa mesma unilateralidade entre as crises de migrânea e as crises de provável migrânea, houve diferença estatisticamente significativa em favor da provável migrânea. Ainda em relação à unilateralidade da dor, houve, também, diferença estatisticamente significativa em favor das crises de provável cefaléia do tipo tensional comparativamente às crises de migrânea. (Tabela 29).

TABELA 29 - DISTRIBUIÇÃO DA LATERALIDADE DA DOR CONFORME A NOSOLOGIA DA CRISE.

Efeito	M		CTT		PM		PCTT	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Unilateral	27	20,3	18	15,4	17	81,0	5	50,0
Bilateral	82	61,7	86	73,6	3	14,3	5	50,0
Bilateral assimétrica	24	18,0	13	11,1	1	4,8	0	0,0
TOTAL	133	100	117	100	21	100	10	100

Unilateralidade: M vs. CTT p = 0,3127; M vs. PM p < 0,0001; M vs. PCTT p = 0,0298 (qui-quadrado)

A tabela abaixo demonstra que o caráter pulsátil puro foi prevalente na migrânea, ocorrendo em mais de metade das crises, embora o caráter em peso/pressão, também puro, tenha sido observado em 39,1% dessas crises. Situação oposta se verificou nas crises de cefaléia do tipo tensional, havendo um predomínio absoluto da dor puramente tipo peso/pressão sobre as demais, embora o caráter pulsátil puro tenha sido também descrito, mas em percentual bem inferior (7,7%). Comparado o caráter pulsátil da dor entre as crises de migrânea e as crises de cefaléia do tipo tensional, houve diferença estatisticamente significativa em favor da migrânea. Fato semelhante ocorreu em favor das crises de provável migrânea, comparativamente às crises de migrânea. Por outro lado, não houve diferença estatisticamente significativa, sobre o mesmo aspecto, quando comparadas as crises de migrânea e as crises de provável cefaléia do tipo tensional. (Tabela 30).

TABELA 30 - DISTRIBUIÇÃO DO CARÁTER DA DOR CONFORME A NOSOLOGIA DA CRISE.

Caráter	M		CTT		PM		PCTT	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Pulsátil (P)	72	54,1	9	7,7	18	86,0	5	50,0
Peso/pressão (P/P)	52	39,1	99	84,7	3	14,3	5	50,0
P + P/P	6	4,5	1	0,9	0	0,0	0	0,0
Outro	3	2,3	8	6,8	0	0,0	0	0,0
TOTAL	33	100	117	100	21	100	10	100

Pulsatilidade: M vs. CTT p < 0,0001; M vs. PM p = 0,0064; M vs. PCTT p = 0,8003 (qui-quadrado)

A tabela seguinte demonstra um predomínio de dor de moderada intensidade na migrânea e de dor de leve intensidade na cefaléia do tipo tensional. A dor leve foi pouco observada nas crises de migrânea, enquanto que a dor forte foi descrita em apenas 1,7% na cefaléia do tipo tensional. Comparada a dor leve entre as crises de migrânea e as crises de cefaléia do tipo tensional, houve diferença estatisticamente significativa em favor da cefaléia do tipo tensional. Quando comparado esse mesmo aspecto entre as crises de migrânea e as crises de provável migrânea, assim como entre as crises de migrânea e as crises de provável cefaléia do tipo tensional, houve diferença estatisticamente significativa em favor da provável migrânea e, também, em favor da provável cefaléia do tipo tensional. Comparada a dor moderada entre as crises de migrânea e as crises de cefaléia do tipo tensional, houve diferença estatisticamente significativa em favor da migrânea. Fato semelhante ocorreu, quando comparado esse mesmo aspecto entre as crises de migrânea e as crises de provável cefaléia do tipo tensional. Por outro lado, não houve diferença estatisticamente significativa, relativa a esse aspecto, quando comparadas as crises de migrânea com as crises de provável migrânea. Comparada a dor forte entre as crises de migrânea e as crises de cefaléia do tipo tensional,

houve diferença estatisticamente significativa em favor da migrânea. Por outro lado, não houve diferença estatisticamente significativa, sobre o mesmo aspecto, quando comparadas as crises de migrânea com as crises de provável migrânea, bem como se comparadas as crises de migrânea com as crises de provável cefaléia do tipo tensional. (Tabela 31).

TABELA 31 - DISTRIBUIÇÃO DA INTENSIDADE DA DOR CONFORME A NOSOLOGIA DA CRISE.

Intensidade	M		CTT		PM		PCTT	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Leve	9	6,8	79	67,6	7	33,4	7	70,0
Moderada	71	53,4	36	30,8	8	38,1	2	20,0
Forte	53	39,8	2	1,7	6	28,6	1	10,0
TOTAL	133	100	117	100	21	100	10	100

Intensidade leve: M vs. CTT $p < 0,0001$; M vs. PM $p = 0,0002$; M vs. PCTT $p < 0,0001$ (qui-quadrado)

Intensidade moderada: M vs. CTT $p = 0,0003$; M vs. PM $p = 0,1927$; M vs. PCCC $p = 0,0417$ (qui-quadrado)

Intensidade forte: M vs. CTT $p < 0,0001$; M vs. PM $p = 0,3232$; M vs. PCTT $p = 0,0604$ (qui-quadrado)

O agravamento da crise provocado por esforço físico rotineiro foi bem maior nas crises de migrânea e de provável migrânea. Por outro lado, em cerca de dois terços das crises de cefaléia do tipo tensional não houve agravamento provocado pelo esforço físico rotineiro. Comparado o agravamento da dor pelo esforço físico rotineiro entre as crises de migrânea e as crises de cefaléia do tipo tensional, houve diferença estatisticamente significativa. Fato semelhante ocorreu quando comparado esse mesmo aspecto entre as crises de migrânea e as crises de provável cefaléia do tipo tensional. Por outro lado, não houve diferença estatisticamente significativa, relativa a esse aspecto, quando comparadas as crises de migrânea e as crises de provável migrânea. (Tabela 32).

TABELA 32 - EFEITO DO ESFORÇO FÍSICO CONFORME A NOSOLOGIA DA CRISE.

Efeito	M		CTT		PM		PCTT	
	N	%	N	%	n	%	n	%
Agravamento	124	93,2	36	30,8	21	100	6	60,0
Indiferença	8	6,0	78	66,7	0	0	4	40,0
Não definido	1	0,8	3	2,6	0	0	0	0,0
TOTAL	133	100	117	100	21	100	10	100

Agravamento: M vs. CTT $p < 0,0001$; M vs. PM $p = 0,2193$; M vs. PCTT $p = 0,0004$ (qui-quadrado)

Sinais e sintomas acompanhantes da cefaléia estiveram sempre presentes nas crises de migrânea, e quase sempre presentes na provável migrânea. A ausência de sinais e sintomas acompanhantes se fez notar na grande maioria das crises de cefaléia do tipo tensional. Observou-se ausência de náuseas e vômitos nessas crises. Abaixo, encontra-se a distribuição dos sintomas acompanhantes conforme o diagnóstico da crise. Comparada a presença de

náuseas entre as crises de migrânea e as crises de cefaléia do tipo tensional, houve diferença estatisticamente significativa em favor da migrânea. Fato semelhante ocorreu quando comparado esse mesmo aspecto entre as crises de migrânea e as crises de provável cefaléia do tipo tensional. Por outro lado, não houve diferença estatisticamente significativa, relativa a esse aspecto, quando comparadas as crises de migrânea e as crises de provável migrânea. Comparada a presença de vômitos entre as crises de migrânea e as crises de cefaléia do tipo tensional, houve diferença estatisticamente significativa em favor da migrânea. Por outro lado, não houve diferença estatisticamente significativa, quando comparado esse mesmo aspecto entre as crises de migrânea e as crises de provável migrânea bem como entre as crises de migrânea e as crises de provável cefaléia do tipo tensional. Comparada a presença de fotofobia entre as crises de migrânea e as crises de cefaléia do tipo tensional, houve diferença estatisticamente significativa em favor da migrânea. Fato semelhante ocorreu, quando comparado esse mesmo aspecto entre as crises de migrânea e as crises de provável migrânea, bem como entre as crises de migrânea e as crises de provável cefaléia do tipo tensional. Comparada a presença de fonofobia entre as crises de migrânea e as crises de cefaléia do tipo tensional, houve diferença estatisticamente significativa em favor da migrânea. Fato semelhante ocorreu, quando comparado esse mesmo aspecto entre as crises de migrânea e as crises provável cefaléia do tipo tensional. Por outro lado, não houve diferença estatisticamente significativa, relativa a esse aspecto, quando comparadas as crises de migrânea e as crises de provável migrânea. (Tabela 33).

TABELA 33 - SINAIS E SINTOMAS ACOMPANHANTES CONFORME A NOSOLOGIA DA CRISE.

Sintomas	M		CTT		PM		PCTT	
	N	%	N	%	N	%	n	%
Náusea	90	67,7	0	0	16	76,2	3	30,0
Vômito	8	6,0	0	0	2	9,5	1	10,0
Fotofobia	101	75,9	14	12,0	11	52,4	2	20,0
Fonofobia	78	58,6	3	2,6	9	42,9	2	20,0
Nenhum	0	0,0	99	84,6	1	4,8	3	30,0
Total de crises	133	100	117	100	21	100	10	100

Náusea: M vs.CTT p < 0,0001; M vs. PM p = 0,4333; M vs. PCTT p = 0,0166 (qui-quadrado)

Vômito: M vs. CTT p < 0,0070; M vs. PM p = 0,5442; M vs. PCTT p = 0,6168 (qui-quadrado)

Fotofobia: M vs. CTT p < 0,0001; M vs. PM p = 0,0243; M vs. PCTT p = 0,0001(qui-quadrado)

Fonofobia: M vs. CTT p < 0,0001; M vs. PM p = 0,175; M vs. PCTT p = 0,0176 (qui-quadrado)

Foram comparadas, de forma prospectiva, as características clínicas observadas em 42 crises de migrânea e em 38 crises de cefaléia do tipo tensional apresentadas, respectivamente, por 14 enfermeiras com diagnóstico, firmados a partir da anamnese clínica, unicamente de migrânea e por 17 enfermeiras com diagnóstico unicamente de cefaléia do tipo tensional, em

relação à lateralidade, caráter e intensidade da dor, influência da atividade física rotineira sobre a dor e ocorrência de sinais e sintomas acompanhantes da cefaléia. Comparadas, entre as crises de migrânea e de cefaléia do tipo tensional, as características da dor, como o caráter pulsátil, a intensidade forte, o agravamento pelo esforço físico rotineiro, além da presença de náuseas, de fotofobia, de fonofobia, houve diferença estatisticamente significativa em favor da migrânea. Por outro lado, não houve diferença estatisticamente significativa em relação à unilateralidade, bem como à presença de vômitos nas mesmas crises. Por sua vez, a dor de leve intensidade foi de valor prevalente nas crises de cefaléia do tipo tensional, comparativamente às crises de migrânea, com diferença estatisticamente significativa. Para fins estatísticos, foi utilizado o teste exato de Fisher. Os resultados comparativos podem ser observados na tabela que se segue. (Tabela 34).

TABELA 34 - COMPARAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS ENTRE 42 CRISES DE MIGRÂNEA E 38 CRISES DE CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL (CTT) ENTRE 14 ENFERMEIRAS COM MIGRÂNEA E 17 ENFERMEIRAS COM CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL.

Características	Migrânea		CTT		Valor de p (Fisher)
	42	%	38	%	
Unilateral	7	16,7	3	7,9	p=0,3178
Bilateral	31	73,8	34	89,5	p=0,0904
Bilateral-assimétrica	4	9,5	1	2,6	
Pulsátil	29	69,0	1	2,6	p<0,0001
Pulsátil+Peso/Pressão	1	2,4	1	2,6	
Peso/pressão	12	28,6	32	84,4	p<0,0001
Outras	0	0,0	4	10,5	
Leve	2	4,8	23	60,5	p<0,0001
Mod.	25	59,5	14	36,8	p<0,0480
Forte	15	35,7	1	2,6	p=0,0002
Esforço +	38	90,5	8	21,1	p<0,0001
Esforço -	4	9,5	30	78,9	p<0,0001
Náusea	31	73,8	0	0,0	p<0,0001
Vômito	2	4,8	0	0,0	p=0,4949
Fotofobia	30	71,4	1	2,6	p<0,0001
Fonofobia	19	45,2	2	5,3	p<0,0001
Nenhum	0	0,0	35	92,1	

Bilateral+Bilateral-assimétrica p = 0,3178; Pulsátil+Peso/Pressão p < 0,0001

Foram atribuídos valores ponderados a **sete** critérios diagnósticos da crise migranosa, sendo eles a **unilateralidade** da dor (1), o caráter **pulsátil** associado ou não ao caráter peso/pressão da dor (2), a **intensidade moderada** ou **forte** da dor (3), o **agravamento** da cefaléia pela atividade física rotineira (4), a associação com **náuseas** (5), a associação com **vômito** (6) e a associação com **fotofobia e fonofobia** na mesma crise (7), a partir da frequência observada de cada uma dessas características nas crises incidentes de migrânea. A frequência desses parâmetros nas crises migranosas, o percentual correspondente, o ajuste centesimal e a pontuação final de cada parâmetro representada por um índice numérico podem ser conferidos na tabela abaixo. (Tabela 35).

TABELA 35 - APRESENTAÇÃO DOS ÍNDICES NUMÉRICOS CONFERIDOS AOS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS (C1, C2, C3, C4, D1, D2) - ICHD II -, COM BASE NA FREQUÊNCIA DESTES PARÂMETROS EM 42 CRISES MIGRANOSAS, RELATIVIZADOS EM PERCENTUAIS SOBRE 80 CRISES DE CEFALÉIA APRESENTADAS POR 14 ENFERMEIRAS COM MIGRÂNEA E 17 ENFERMEIRAS COM CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL.

CRITÉRIOS	Migrânea (42 crises)		CTT (38 crises)	TOTAL (80 crises)
	Frequência	%	Ajuste centesimal	Índice numérico
Unilateral	7	8,75 (7/80)	8,75/208,75 x 100	4
Pulsátil ou P+P/P	30	37,5 (30/80)	37,5/208,75 x 100	18
Moderada ou Forte	40	50,0 (40/80)	50,0/208,75 x 100	24
Esforço +	38	47,5 (38/80)	47,5/208,75 x 100	23
Náusea	31	38,75 (31/80)	38,75/208,75 x 100	19
Vômito	2	2,5 (2/80)	2,5/208,75 x 100	1
Foto e Fonofobia	19	23,75 (19/80)	23,75/208,75 x 100	11
SOMA	167	208,75		100

A frequência de crises foi agrupada, conforme o escore obtido, nas 38 crises de cefaléia do tipo tensional e nas 42 crises de migrânea nas mesmas 17 enfermeiras com cefaléia do tipo tensional e 14 enfermeiras com migrânea. Os resultados são mostrados na tabela a seguir. (Tabela 36).

TABELA 36 - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DAS CRISES DA CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL E MIGRÂNEA EM 80 CRISES INCIDENTES CONFORME O ESCORE OBTIDO.

Crises	CTT		Migrânea	
	Frequência	Escore	Frequência	Escore
	14	0	1	53
	2	4	4	58
	5	23	3	61
	13	24	2	64
	1	28	6	66
	2	41	1	67
	1	47	6	76
			1	81
			8	84
			1	85
			2	88
			5	95
			2	99
TOTAL	38		42	

CTT vs. M p < 0,0001 (teste de Mann-Whitney)

A frequência de crises foi agrupada, conforme o escore obtido, nas 112 crises de cefaléia do tipo tensional e nas 131 crises de migrânea entre 75 enfermeiras com cefaléia do tipo tensional e/ou migrânea. Comparando a distribuição dos escores pontuados em 112 crises de cefaléia do tipo tensional e em 131 crises de migrânea houve uma diferença estatisticamente significativa. Os resultados são mostrados na tabela a seguir. (Tabela 37).

TABELA 37 - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DAS CRISES DA CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL E MIGRÂNEA EM 243 CRISES INCIDENTES CONFORME O ESCORE OBTIDO.

Crises	CTT		Migrânea	
	Frequência	Escore	Frequência	Escore
	39	0	1	38
	5	4	1	47
	3	18	1	48
	21	23	1	53
	24	24	25	58
	5	27	2	60
	2	28	5	61
	3	41	1	62
	2	42	3	64
	1	46	21	66
	4	47	1	67
	2	51	2	71
	1	65	1	75
			14	76
			2	77
			1	80
			2	81
			11	84
			2	85
			7	88
			2	89
			18	95
			5	99
			2	100
TOTAL	112		131	

CTT ≤ 47 vs. M ≥ 58 p < 0,0001 (teste de Mann-Whitney)

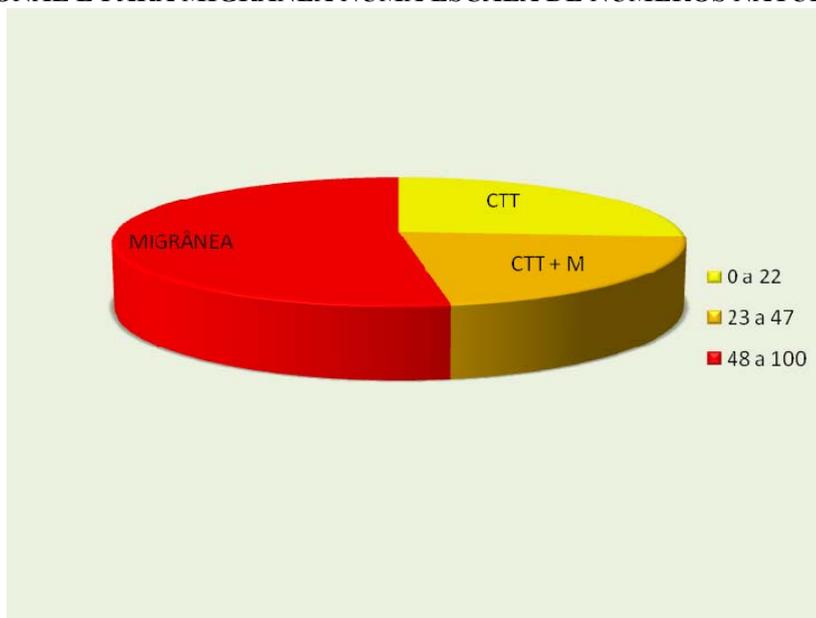
A tabela abaixo ilustra a validação clínica do diagnóstico estabelecido, pelo escore criado, nas 131 crises incidentes de migrânea e nas 112 crises incidentes de cefaléia do tipo tensional analisadas. Os percentuais relativos à sensibilidade e especificidade do método foram calculados. Para esse cálculo, foi arbitrado em 58 o ponto de corte para migrânea (migrânea ≥ 58) e em 47 o ponto de corte para cefaléia do tipo tensional (cefaléia do tipo tensional ≤ 47) com base na distribuição já demonstrada na Tabela 37. Os dados para esses cálculos estão expostos na tabela que se segue. (Tabela 38).

TABELA 38 - DIAGNOSTICO CLINICAMENTE VALIDADO VERSUS DIAGNÓSTICO POR ESCORE

Diagnóstico		(Clinicamente validado)	
		Migrânea	CTT
(Por escore)	Migrânea	127	3
	CTT	4	109
TOTAL		131	112
Sensibilidade		96,9%	97,3%
Especificidade		97,3%	96,9%

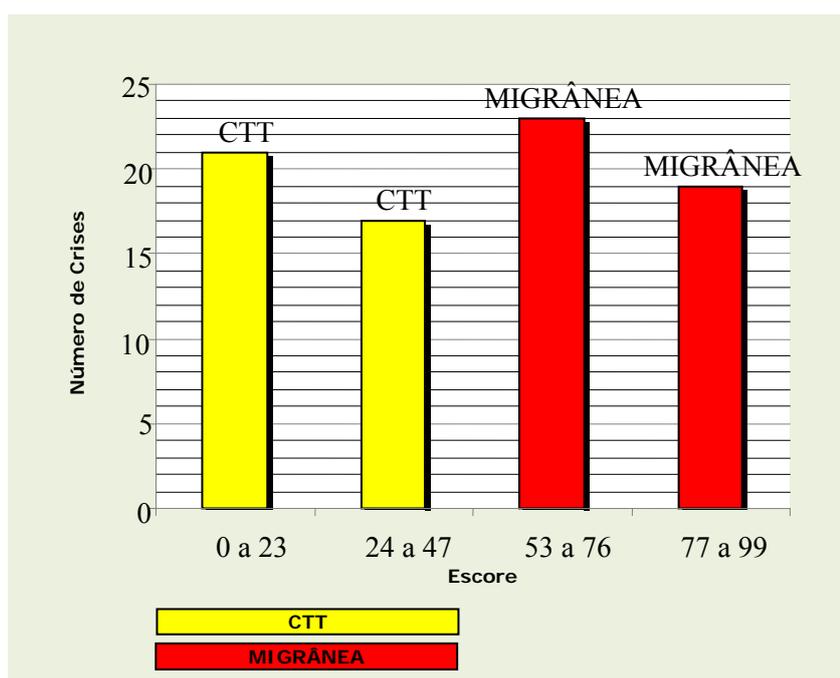
Adequando aleatoriamente a aplicação dos índices numéricos estabelecidos aos critérios diagnósticos - ICHD II - verificamos, na cefaléia do tipo tensional episódica, que o escore final pode ocupar um intervalo de zero (dor bilateral, caráter não pulsátil, intensidade leve, não agravamento da cefaléia pela atividade física rotineira, ausência de náusea, ausência de vômito, ausência de fotofobia e fonofobia simultaneamente na mesma crise) a 47 (dor bilateral, caráter não pulsátil, **intensidade moderada, agravamento da cefaléia pela atividade física rotineira**, ausência de náusea, ausência de vômito, ausência de fotofobia e fonofobia simultaneamente na mesma crise), enquanto que, na migrânea, o escore final pode ocupar um intervalo de 23 (**dor unilateral, caráter pulsátil**, intensidade leve, não agravamento da cefaléia pela atividade física rotineira, ausência de náusea, **presença de vômito**, ausência de fotofobia e fonofobia simultaneamente na mesma crise) a 100 (**dor unilateral, caráter pulsátil, intensidade moderada ou forte, agravamento da cefaléia pela atividade física rotineira, presença de náusea, presença de vômito, presença de fotofobia e fonofobia simultaneamente na mesma crise**). Observa-se que existiu um intervalo comum para as duas modalidades de cefaléia estudadas com variação de 23 a 47. O gráfico seguinte demonstra bem esses intervalos de números naturais. (Gráfico 1).

GRÁFICO 1 - DEMONSTRAÇÃO DOS INTERVALOS POSSÍVEIS PARA CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL E PARA MIGRÂNEA NUMA ESCALA DE NÚMEROS NATURAIS DE ZERO A 100.



Na cefaléia do tipo tensional, observamos que os escores variaram de zero a 47, enquadrando todo o espectro possível para essa modalidade de cefaléia, enquanto que na migrânea os escores variaram de 53 a 99, portanto sem abranger todo o seu espectro possível que vai de 23 a 100. A distribuição da frequência de crises conforme o escore encontra-se demonstrada no gráfico que se segue. (Gráfico 2).

GRÁFICO 2 - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DAS 38 CRISES DE CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL E DAS 42 CRISES DE MIGRÂNEA CONFORME O ESCORE OBTIDO PELO SOMATÓRIO DOS ÍNDICES NUMÉRICOS DOS SETE PARÂMETROS DIAGNÓSTICOS AVALIADOS EM CADA CRISE.



6 DISCUSSÃO

6.1 Considerações diagnósticas sobre as cefaléias e crises incidentes

Com base na anamnese, procedida individualmente em 121 enfermeiras, verificamos ter sido possível estabelecer o diagnóstico clínico na grande maioria dos casos.

A partir dessa anamnese, observamos um amplo predomínio das cefaléias primárias sobre as secundárias. Evidentemente, não estamos levando em conta a ocorrência, circunstancial, de cefaléias secundárias associadas a um distúrbio qualquer, transitório, mas nos referindo aos casos de cefaléias secundárias que, a exemplo das cefaléias primárias, podem delinear um perfil evolutivo crônico.

Entre as cefaléias primárias, a cefaléia do tipo tensional foi a mais encontrada entre as enfermeiras, representando quase a metade de todos os diagnósticos estabelecidos (87/182). Em seguida, aparece a migrânea, com uma participação ligeiramente menor (85/182).

Nadaoka *et al.* (1997) estabeleceram a participação percentual de cada modalidade de cefaléia em um universo de 97 enfermeiras portadoras de cefaléias recorrentes. O percentual de migrânea situou-se em 41,2% (40/97), de cefaléia do tipo tensional, em 50,5% (49/97) e de outras cefaléias, em 8,2% (8/97).

Esse estudo apresenta analogias com o nosso, na medida em que a população avaliada é constituída, em quase sua totalidade, de enfermeiras, havendo apenas um enfermeiro no grupo, todos em plena atividade profissional.

Embora ocorram algumas semelhanças com o nosso estudo, aparecem também certas divergências metodológicas, como a omissão em classificar as cefaléias ditas não-recorrentes verificadas na publicação de Nadaoka *et al.* (1997).

Deixar de classificar essas cefaléias, por serem pouco freqüentes, certamente modificaria sua prevalência dentro do contexto nosológico onde elas estão inseridas.

Diferentemente do nosso estudo que considerou a participação percentual de cada modalidade de cefaléia em função dos diagnósticos firmados, podendo haver mais de um diagnóstico por indivíduo, Nadaoka *et al.* (1997) calcularam esse percentual em função dos indivíduos portadores de cefaléias recorrentes.

Percebe-se, ainda, que, no estudo de Nadaoka *et al.* (1997), a cada indivíduo com cefaléia recorrente corresponde um e apenas um diagnóstico, enquanto que, no nosso estudo, mais de metade dos indivíduos receberam mais de um diagnóstico nosológico de cefaléia.

Entretanto, os resultados quantitativos a que chegaram esses autores estão aproximados aos nossos.

Zétola *et al.* (1998) encontraram, no grupo feminino com cefaléia (n=257), percentuais de migrânea de 65,8% (169/257), de cefaléia do tipo tensional de 28% (72/257) e de outras cefaléias em 6,2% (16/257).

Mais uma vez, percebe-se que, nesse estudo, a cada indivíduo com cefaléia crônica corresponde um e apenas um diagnóstico, estando os resultados comparativos distanciados dos nossos. De fato, esses autores ressaltaram que foi observada a presença de mais de um tipo de cefaléia em um mesmo indivíduo, tendo sido selecionada a mais importante forma indicada pelo próprio entrevistado (ZÉTOLA *et al.*, 1998).

Ainda, mais uma vez, a participação percentual das modalidades de cefaléia descritas foi calculada em função do número de indivíduos classificados como portadores de cefaléia (ZÉTOLA *et al.*, 1998).

Lavados e Tenhamm (1998) encontraram 72,3% (373/516) de cefaléia do tipo tensional entre todas as cefaléias ditas recorrentes. Esses autores também ressaltaram que os diagnósticos foram estabelecidos em função da modalidade mais freqüente de cefaléia registrada no último ano.

Esse percentual acima, que representa a participação da cefaléia do tipo tensional no contexto das cefaléias recorrentes (72,3%), foi expressivamente superior ao nosso percentual de 47,8%.

Mais uma vez, é necessário salientar que o cálculo da participação percentual da cefaléia do tipo tensional, diferentemente do nosso estudo, foi feito em função do número de indivíduos aceitos como portadores de cefaléias recorrentes (LAVADOS e TENHAMM, 1998).

É preciso, ainda, enfatizar que Lavados e Tenhamm (1998) contabilizaram, além dos casos que preenchiam os critérios para cefaléia do tipo tensional episódica e para cefaléia do tipo tensional crônica, os casos que não preenchiam todos esses critérios, ou melhor, preenchiam todos os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 1988 para cefaléia do tipo tensional, exceto um deles (grupo 2.3).

Transportando a questão no tempo, verificamos que esse grupo 2.3 da Classificação de 1988 foi integralizado na Classificação atual (ICHD II) com o título de provável cefaléia do tipo tensional que, por sua vez, pode reunir os critérios para uma das subformas de 1.6 *Provável migrânea*, sendo recomendado, em tais casos, utilizar todas as outras informações disponíveis para decidir qual das alternativas é a mais provável. (HEADACHE

CLASSIFICATION SUBCOMMITTEE OF THE INTERNACIONAL HEADACHE SOCIETY, 2004).

Em outras palavras, um viés de aferição, com inclusão de casos falso-positivos, poderia justificar o percentual tão elevado de cefaléia do tipo tensional no contexto geral das cefaléias recorrentes, traduzido nos 72,3% encontrados por Lavados e Tenhamm (1998).

Por outro lado, embora esse seja um estudo de prevalência de cefaléia do tipo tensional, percebemos que a sistematização feita a partir das cefaléias recorrentes torna os resultados imprecisos, na medida em que exclui cefaléias infreqüentes, a exemplo do que ocorre com a própria cefaléia do tipo tensional, que contempla um subtipo episódico infreqüente (HEADACHE CLASSIFICATION SUBCOMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY, 2004).

Entre os casos, por nós estudados, de cefaléia do tipo tensional, um deles merece um registro particular:

Os dados colhidos na anamnese revelam uma cefaléia evoluindo desde 14 até os 42 anos de idade, deixando de ocorrer daí para frente, já por mais de dez anos. Dor frontal bilateral, tipo peso, não-pulsátil, de moderada intensidade, sem piora aos esforços físicos e sem sinais e sintomas associados. Não foram identificados fatores precipitantes da cefaléia, havendo alívio da dor com o uso de analgésicos comuns. Em torno de três horas era a duração média das crises. Hipertensa, em uso de maleato de enalapril, atenolol e hidroclorotiazida. Não houve tratamento profilático para cefaléia.

Em suma, identificamos um caso de cefaléia do tipo tensional, inativa há dez anos, sem tratamento profilático.

Houve apenas um caso de cefaléia secundária crônica entre as enfermeiras avaliadas, correspondendo a uma pequena fração de todos os diagnósticos estabelecidos (1/182). Relato do caso:

Ocorrência de crises de cefaléia, desde os dez anos de idade. Dor fronto-temporal unilateral, com predomínio à direita, ou, por vezes, frontal bilateral, sempre pulsátil, de intensidade moderada a forte, com agravamento aos esforços físicos e mentais, associada a náuseas, vômitos, fotofobia e fonofobia. Duração média de 12 horas.

Aos 31 anos de idade, eclodiu uma cefaléia de padrão diferente do habitual, forte, com duração de oito dias, refratária ao uso de medicação sintomática. Características mais detalhadas dessa cefaléia ficaram esquecidas no tempo.

Já havia, anos antes, queixas de engasgos e de tropeços na marcha. Eventual sensação vertiginosa subjetiva fazia também parte da sintomatologia clínica.

Exames neurorradiológicos demonstraram a presença de uma malformação de Chiari tipo I.

O procedimento neurocirúrgico na fossa posterior foi realizado duas semanas após a eclosão dessa cefaléia protraída, constituindo-se de uma craniectomia occipital mediana baixa e de laminectomias atlanto-axial com colocação de placa e de parafusos metálicos posicionados nos níveis C2, C3 e C4.

Sobreveio, mais de um ano após o procedimento cirúrgico, uma nova cefaléia, com freqüência de três a quatro crises semanais, durando de três a cinco horas em média, de localização fixa, occípito-nucal direita, em queimação, de moderada a forte intensidade, precipitada e/ou agravada por esforços físicos, porém sem sinais ou sintomas associados. Ao longo dos anos, essa cefaléia se tornou menos freqüente, porém mais intensa.

No subgrupo 7.7 da Classificação Internacional das Cefaléias de 2004 (ICHD II, estão os critérios diagnósticos da cefaléia atribuída à malformação de Chiari tipo I, conforme descrição abaixo:

- A. Cefaléia caracterizada por pelo menos um dos seguintes e preenchendo o critério D:
 - 1. Precipitada pela tosse e/ou manobra de Valsalva
 - 2. Cefaléia occipital e/ou suboccipital protraída (horas ou dias)
 - 3. Associada com sintomas e/ou sinais de disfunção do tronco cerebral, cerebelar e/ou da medula cervical
- B. Herniação da tonsila cerebelar definida por uma das seguintes alterações na RM crânio-cervical
 - 1. descida das tonsilas cerebelares ≥ 5 mm
 - 2. descida das tonsilas cerebelares ≥ 3 mm associada a pelo menos um dos seguintes indicadores de redução do espaço subaracnóideo na junção crânio-cervical:
 - a. compressão dos espaços liquóricos posterior e lateral ao cerebelo
 - b. redução da altura da região supra-occipital
 - c. aumento da inclinação do tentório
 - d. deformação do bulbo
- C. Evidência de disfunção da fossa posterior, baseada em pelo menos dois dos seguintes:

1. Sintomas e/ou sinais otoneurológicos (por ex. tontura, desequilíbrio, sensação de alteração da pressão nos ouvidos, hipo ou hiperacusia, vertigem, nistagmo para baixo, oscilopsia)
 2. Sintomas visuais transitórios (fotopsias, turvação visual, diplopia, ou comprometimento transitório dos campos visuais)
 3. Demonstração de sinais relevantes da medula cervical, tronco cerebral ou nervos cranianos baixos ou de ataxia cerebelar
- D. A cefaléia desaparece dentro de três meses após o tratamento bem-sucedido da malformação de Chiari.

Embora não lhe empreste critérios diagnósticos, a Classificação Internacional das Cefaléias de 2004 (ICHD II) reconhece, no subgrupo 11.2, a cefaléia atribuída a transtorno do pescoço, fazendo a ressalva de que essa modalidade de cefaléia não deve preencher os critérios para 11.2.1 *Cefaléia cervicogênica*, 11.2.2 *Tendinite retrofaríngea* ou 11.2.3 *Distonia craniocervical*. (HEADACHE CLASSIFICATION SUBCOMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY, 2004).

No caso acima descrito, admitimos a existência de três modalidades de cefaléia:

Uma cefaléia evoluindo desde os dez anos de idade que preenche, indubitavelmente, os critérios diagnósticos de migrânea (ICHD II). Embora não se disponha mais de todas as informações concernentes, há fortes indícios de que a cefaléia protraída, precedente à cirurgia, deva ser atribuída à malformação de Chiari tipo I. Uma cefaléia atribuída a transtorno do pescoço pela aposição de placa e parafusos metálicos em níveis cervicais altos.

Bigal, Bordini e Speciali (2000) registraram, entre 561 atendimentos motivados por cefaléia em serviço de emergência, um percentual de 5,0% (28/561) de cefaléias secundárias a desordens neurológicas.

Esse resultado não é comparável aos nossos, por representar uma população distinta que procurou um atendimento de emergência na vigência de uma sintomatologia aguda.

Ainda com base na anamnese, observamos que se pôde firmar o diagnóstico concomitante de migrânea e cefaléia do tipo tensional em quase metade das enfermeiras (57/121), sendo este o diagnóstico mais freqüentemente encontrado. Em seguida, por ordem de freqüência, destaca-se, isoladamente, o diagnóstico de cefaléia do tipo tensional, aparecendo em pouco mais de 20% (28/121) das enfermeiras, seguido, de perto, do diagnóstico de migrânea (25/121).

A concomitância de migrânea e de cefaléia do tipo tensional no mesmo indivíduo já havia sido reconhecida na Classificação de 1962 com a denominação de *cefaléia combinada*:

vascular e de contração muscular (AD HOC COMMITTEE ON CLASSIFICATION OF HEADACHE, 1962).

Rabello (2000) encontrou um percentual de 19,4% (42/216) de cefaléia do tipo tensional entre os 216 casos diagnosticados como migrânea, representando, este valor, na realidade, a interseção matemática entre o conjunto de portadores de migrânea e o conjunto dos portadores de cefaléia do tipo tensional, portanto algo distinto da prevalência que calculamos.

Esse estudo tem similaridade com o nosso, em virtude da população ser formada de profissionais de enfermagem, embora que, diferentemente do nosso estudo, composta de enfermeiros, auxiliares e atendentes de enfermagem, e com participação masculina.

Deleu, Khan e Al Shehab (2002) registraram, ainda, que a coexistência, no mesmo indivíduo, de migrânea e de cefaléia do tipo tensional ocorreu em 16% dos portadores de cefaléia, obtendo um percentual também bastante inferior ao nosso.

A questão metodológica da coleta de dados deve ter contribuído para que a coexistência de migrânea com cefaléia do tipo tensional no mesmo indivíduo tenha sido substancialmente mais freqüente no nosso estudo, comparativamente aos dados disponibilizados por esses outros autores acima citados.

Somos da opinião de que a anamnese livre das amarras de entrevistas estruturadas, ou mesmo semiestruturadas, permite identificar diagnósticos eventualmente subestimados por qualquer outro método elegível para a coleta de dados.

Essa mesma convicção é defendida por Farias da Silva (2003), quando nos ensina que “só a anamnese possibilita diagnosticar a modalidade da cefaléia, detectar a coexistência de mais de um tipo de dor de cabeça, por de manifesto os possíveis fatores desencadeantes e identificar modificações no padrão de uma cefaléia preexistente.”

É reconhecível a dificuldade de proceder, individualmente, anamneses em uma amostra populacional numerosa, tornando os grandes estudos epidemiológicos que utilizem questionários padronizados como método para a pesquisa refém desse viés de informação.

Em seis situações, a ambigüidade do diagnóstico inviabilizou a classificação da cefaléia, conforme detalhamento a seguir:

Em duas situações particulares, foram preenchidos os critérios para o diagnóstico de migrânea, contudo um diagnóstico adicional de cefaléia do tipo tensional não pôde ser estabelecido, nem, muito menos, excluído. Relato do primeiro caso:

Uma enfermeira, de 48 anos, descreveu cefaléia desde a terceira década de vida.

Duração média de quatro horas, frontal, invariavelmente bilateral, pulsátil, de intensidade moderada, com agravamento aos esforços físicos rotineiros, havendo náuseas, vômitos e fotofobia em associação, exigindo utilização de medicação sintomática.

Contudo, na maioria das vezes, a cefaléia tem duração de seis horas ou mais e é descrita em pressão, de leve intensidade, sem agravamento aos esforços físicos rotineiros e sem náuseas, vômitos, fotofobia ou fonofobia, mantendo a mesma localização. A utilização de medicação sintomática tem sido praticamente sistemática pela experiência de que a cefaléia se agrava e evolui mal na ausência desse procedimento terapêutico.

Pela descrição acima podemos identificar dois padrões de cefaléia:

Um primeiro padrão indiscutivelmente de migrânea e um segundo padrão de mais difícil enquadramento nosológico.

Algumas hipóteses diagnósticas podem se cogitadas:

- a) Haveria apenas crises de migrânea, ora de expressão plena, ora de expressão atenuada por efeito da medicação sintomática. Nessa hipótese, o diagnóstico seria de migrânea.
- b) Haveria, não apenas crises de migrânea de expressão atenuada, como também crises de cefaléia do tipo tensional compondo o segundo padrão, vez que são crises com claro perfil tensional. Nessa hipótese, o diagnóstico seria de migrânea e de cefaléia do tipo tensional.
- c) Haveria crises tipicamente migranosas e crises tipicamente tensionais, estas últimas com tendência a evoluir para crises migranosas no mesmo evento álgico. Nessa hipótese, o diagnóstico seria de migrânea e de cefaléia do tipo tensional representando, talvez, condições comórbidas.

Relato do segundo caso:

Uma enfermeira, de 32 anos de idade, recorda-se de crises de cefaléia desde a infância.

Suas crises têm duração de quatro horas, localização unilateral, caráter pulsátil, forte intensidade, agravamento aos esforços físicos, acompanhando-se ainda de fotofobia e fonofobia. Recorda-se de crises com essas características desde a infância. Reconhecemos, nesta descrição, um padrão tipicamente migranoso.

Contudo, mais comumente, suas crises têm duração de três horas, iniciam-se na nuca, havendo difusão para ambas as regiões temporais, apresentam um caráter em tensão, uma intensidade moderada, agravamento aos esforços físicos e fotofobia. Ocasionalmente, a dor em tensão assume caráter pulsátil. Sistemáticamente, utiliza medicação sintomática pela experiência de que a crise se agrava, caso não recorra a esse procedimento terapêutico.

Recorda-se de crises com essas características desde o início da vida adulta. Esta descrição corresponde a um perfil tensional, podendo, contudo, representar um padrão migranoso de expressão atenuada pelo efeito da medicação sintomática.

Em uma situação particular, foram preenchidos os critérios para o diagnóstico de provável migrânea, contudo um diagnóstico adicional de cefaléia do tipo tensional não pôde ser estabelecido, nem, muito menos, excluído. Relato do terceiro caso:

Uma enfermeira, de 33 anos, descreveu cefaléia desde 13 anos de idade, com duração de seis horas ou mais, bilateral, preferencialmente frontal, em peso/pressão, de moderada intensidade, podendo evoluir para forte, não se agravando aos esforços físicos rotineiros, havendo associação comum com náusea que também pode, eventualmente, estar ausente. Recorda de crises que lhe deixam incapacitada e com náuseas. Faz uso sistemático de analgésico comum para evitar o agravamento da crise.

Pela descrição acima, podemos desmembrar dois padrões de cefaléia:

Um primeiro padrão de provável migrânea, já que não foi obedecido o critério C, mas foram preenchidos os demais critérios diagnósticos para migrânea, ou seja, critérios A, B e D da Classificação Internacional das Cefaléias de 2004 (ICHD II). São crises com duração igual ou maior que seis horas, bilaterais, em peso/pressão (não pulsátil), de moderada intensidade, sem agravamento pelo esforço físico rotineiro, mas com presença de náusea.

Um segundo padrão, de perfil claramente tensional, com as mesmas características do primeiro padrão, porém estando ausentes as náuseas, poderia representar sua provável migrânea, porém de expressão atenuada por efeito da medicação sintomática de uso sistemático, ou uma cefaléia do tipo tensional.

Em duas outras situações individuais, foram preenchidos, simultaneamente, os critérios diagnósticos para provável migrânea e para provável cefaléia do tipo tensional.

Relato do quarto caso:

Uma enfermeira, de 55 anos, descreveu cefaléia desde os 28 anos de idade, com duração média de 24 horas, de localização invariavelmente hemcraniana, sempre pulsátil, sempre evoluindo para forte intensidade e se agravando com os esforços físicos de rotina, nunca havendo náusea, vômito, fotofobia, ou fonofobia em associação.

Relato do quinto caso:

Uma enfermeira, de 53 anos, descreveu cefaléia desde os 11 anos de idade, invariavelmente bilateral, preferencialmente temporal, sempre pulsátil, de moderada intensidade, podendo eventualmente ser leve ou, mais raramente, ser forte, com agravamento aos esforços físicos, nunca havendo associação com náusea, vômito, fotofobia ou fonofobia.

Observa que a crise dura, normalmente, mais de quatro horas, quando não faz uso de medicação sintomática, podendo durar até duas horas, caso opte por essa medida terapêutica. Em regra, procura evitar a utilização de medicação sintomática.

Em outra situação individual, coexistiam dois padrões de cefaléia, um deles preenchendo os critérios diagnósticos para cefaléia do tipo tensional, enquanto o outro preenchendo critérios para provável migrânea, com a particularidade de simultaneamente preencher, também, os critérios diagnósticos para provável cefaléia do tipo tensional. Relato do sexto caso:

Trata-se de uma enfermeira de 33 anos, referindo crises de cefaléia desde meados da terceira década de vida.

Um primeiro padrão, mais freqüente, é descrito com dor bifrontal, em peso, de leve a moderada intensidade, sem agravamento aos esforços físicos rotineiros, estando náuseas, vômitos, fotofobia e fonofobia ausentes. Duração média de três horas. Observamos, nesta descrição, um padrão tipicamente tensional.

Um segundo padrão, menos freqüente, é descrito com dor parietal, ora à direita ora à esquerda, pulsátil, de moderada intensidade, com agravamento aos esforços físicos rotineiros, nunca havendo, porém, náuseas, vômitos, fotofobia ou fonofobia. Duração média de quatro horas. Observamos, neste caso, um padrão de provável migrânea, já que não foi obedecido o critério D, mas foram preenchidos os demais critérios diagnósticos para migrânea, ou seja, critérios A, B e C da Classificação Internacional das Cefaléias de 2004 (ICHD II), como também um padrão de provável cefaléia do tipo tensional, já que não foi obedecido o critério C, mas foram obedecidos os demais critérios diagnósticos para cefaléia do tipo tensional, ou seja, critérios A, B, D e E da mesma Classificação (ICHD II).

Ressaltamos, mais uma vez que nos comentários sobre o diagnóstico de provável cefaléia do tipo tensional, é feita a ressalva de que pacientes que reúnem um desses conjuntos de critérios também podem reunir os critérios para uma das subformas de 1.6 *Provável migrânea*, sendo recomendado, em tais casos, utilizar todas as outras informações disponíveis para decidir qual das alternativas é a mais provável. (HEADACHE CLASSIFICATION SUBCOMMITTEE OF THE INTERNACIONAL HEADACHE SOCIETY, 2004).

Em outras palavras, a maior sensibilidade de critérios diagnósticos para provável cefaléia do tipo tensional decorrente de um quantitativo menor de casos falso-negativos tem implicação direta na menor especificidade desses critérios decorrente da maior inclusão de casos falso-positivos representados pelo contingente que apresenta, de fato, provável migrânea.

Portanto, quando utilizamos os critérios diagnósticos (ICHD II) para classificar casos de provável cefaléia do tipo tensional, podemos estar incluindo, sob esse rótulo, casos de provável migrânea.

Em síntese, encontramos, com base na anamnese, três enfermeiras classificadas como portadoras de provável cefaléia do tipo tensional ou provável migrânea, representando um pequeno percentual da população estudada (3/121).

Entre as nossas 85 enfermeiras com migrânea, houve um amplo predomínio dos casos de migrânea sem aura (51/85), sobre os casos de migrânea com aura (4/85). A coexistência de migrânea sem e com aura foi referida, na anamnese, por mais de um terço das enfermeiras (30/85).

Os nossos resultados não puderam ser comparados àqueles encontrados na literatura especializada em razão de questões metodológicas, uma vez que, nela, os autores quantificaram apenas dois grupos (o de migrânea com aura e o de migrânea sem aura), enquanto que, no nosso estudo, houve um terceiro grupo no qual coexistiam migrânea com aura e migrânea sem aura no mesmo indivíduo.

Acompanhando prospectivamente a ocorrência de 536 crises de cefaléia durante dois meses entre as mesmas 121 enfermeiras, pudemos classificar um pouco mais da metade delas. Pormenorizando esses resultados, pudemos classificar, apenas, pouco mais da metade das crises incidentes (283/536) com base nos critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 2004 (ICHD II).

Chegamos a resultados bastante díspares quando comparamos os percentuais de enquadramento diagnóstico das diversas modalidades de cefaléia a partir da anamnese colhida, com os percentuais de enquadramento diagnóstico da totalidade de crises incidentes, analisadas cada uma *per se*, com base nos mesmos critérios adotados pela Sociedade Internacional de Cefaléia (ICHD II).

De fato, apenas um pequeno percentual da totalidade dos diagnósticos não pôde ser definido a partir da anamnese (6/182), enquanto que quase metade das crises incidentes não pôde ser classificada (253/536).

Mais uma vez, convém citar o pensamento de Silberstein, Lipton e Goadsby (1998) de que episódios isolados de cefaléia podem ser de difícil diagnóstico, entre outras razões, se o tratamento atenuou a expressão plena desses sintomas ou, ainda, se as crises têm características que não se ajustam perfeitamente a uma dada categoria.

Verificamos, entre as crises classificadas, uma maior frequência de crises de migrânea sobre as crises de cefaléia do tipo tensional. Se considerarmos a migrânea com seus subtipos

encontrados (migrânea, provável migrânea e estado migranoso), comparativamente à cefaléia do tipo tensional com seus subtipos encontrados (provável cefaléia do tipo tensional), essa diferença se torna mais sensível, com percentuais de migrânea e de cefaléia do tipo tensional correspondendo a 55,1% (156/283) e a 44,9% (127/283) respectivamente.

Em outras palavras, tivemos mais diagnósticos clínicos de cefaléia do tipo tensional e mais crises incidentes de migrânea na mesma população.

Evidentemente, esse nosso resultado carece de precisão, uma vez que quase metade das crises incidentes não foi classificada, e, entre elas, houve 86 crises rotuladas como migrânea fármaco-modificada ou cefaléia do tipo tensional, representando um percentual de, praticamente, um terço de todas as crises não classificadas (86/253). Dessa maneira, não dispomos de elementos para discriminar o real percentual de migrânea e o real percentual de cefaléia do tipo tensional entre essas 86 crises.

Entre as crises incidentes não-classificadas, esse grupo composto pela migrânea fármaco-modificada ou cefaléia do tipo tensional foi de valor prevalente.

Fato relevante é que o uso sistemático de medicação sintomática nesse grupo pode ter dificultado a classificação dessas crises, partindo-se do princípio de que crises de migrânea, medicadas no seu início, podem evoluir de forma mais branda, assemelhando-se ao perfil de uma cefaléia do tipo tensional.

Finalmente, comparando o comportamento do grupo das enfermeiras com migrânea com comportamento do grupo das enfermeiras com cefaléia do tipo tensional no decorrer de dois meses de observação, verificamos que o quantitativo de enfermeiras que apresentou crise incidente de migrânea, independentemente da sua frequência, (50/85) foi maior do que o quantitativo de enfermeiras que apresentou crise incidente de cefaléia do tipo tensional (44/87). As crises incidentes não-classificadas apresentaram a mesma tendência epidemiológica, privilegiando o grupo migranoso (69/85) sobre o grupo tensional (60/87). É importante atentar para o fato de que o quantitativo de enfermeiras com migrânea foi praticamente aquele encontrado entre as enfermeiras com cefaléia do tipo tensional e que existiu um subgrupo de enfermeiras portadoras de migrânea e de cefaléia do tipo tensional concomitantemente.

É interessante, ainda, notar que o quantitativo de enfermeiras que apresentou crises migranosas incidentes (50/85) foi algo menor do que o quantitativo de enfermeiras que apresentou crises não-classificadas (69/85), observando-se essa mesma tendência, em relação à cefaléia do tipo tensional, para crises incidentes (44/87) e para crises não classificadas (60/87).

Em última análise, esses nossos resultados expuseram a complexa tarefa de se classificar crises de migrânea e de cefaléia do tipo tensional a partir das ferramentas utilizadas no nosso estudo (ICHD II).

Torna-se importante frisar que sete das 34 enfermeiras que apresentaram crises por nós rotuladas como de migrânea fármaco-modificada ou cefaléia do tipo tensional tinham o diagnóstico clínico, firmado pela anamnese, de migrânea, totalizando-se, nesse grupo, dez crises, todas preenchendo os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia (ICHD II) para cefaléia do tipo tensional. Essas crises, por não preencherem critérios para migrânea, não poderiam, portanto, ser classificadas como migrânea, mas provavelmente o são, já que a anamnese realizada entre essas enfermeiras caracteriza bem serem, todas, apenas portadoras de migrânea.

Dentro desse raciocínio lógico, devemos aceitar que existiram crises de migrânea com roupagem de cefaléia do tipo tensional, configurando, portanto, o que denominamos de migrânea fármaco-modificada.

Essa modificação, hipoteticamente, teria sido imposta pelo uso de medicação sintomática que impediu que a crise seguisse o seu curso migranoso natural.

Seguindo os mesmos critérios, tivemos 22 enfermeiras com diagnóstico clínico, estabelecido por anamnese, de migrânea e de cefaléia do tipo tensional que apresentaram 61 crises rotuladas também como de migrânea fármaco-modificada ou cefaléia do tipo tensional. Nessas circunstâncias, não podemos, evidentemente, estabelecer os percentuais de migrânea e de cefaléia do tipo tensional que compuseram essas 61 crises.

Nessa mesma linha de raciocínio, encontramos uma enfermeira com diagnóstico clínico, também estabelecido pela anamnese, de migrânea e mais seis enfermeiras com diagnóstico clínico de migrânea e cefaléia do tipo tensional que apresentaram, no conjunto, 12 crises rotuladas como de migrânea fármaco-modificada ou provável cefaléia do tipo tensional em igual proporção.

Essas observações nos levam a concluir que, na vigência de medicação sintomática, uma crise que preencha os critérios para migrânea deverá ser classificada, evidentemente como migrânea, entretanto uma crise que preencha os critérios para cefaléia do tipo tensional poderá corresponder, de fato, a uma crise de cefaléia do tipo tensional, ou, alternativamente, corresponder uma crise de migrânea, sobretudo se ocorrer em indivíduos nos quais coexista diagnóstico clínico de migrânea e de cefaléia do tipo tensional.

É importante reconhecer que a evolução natural de uma crise migranosa pode variar de indivíduo para indivíduo e, no mesmo indivíduo, em diferentes crises. A simples observação

empírica demonstra indubitavelmente que os diversos sinais e sintomas podem ocorrer dentro de um cronograma variável no transcorrer de uma crise.

Há pacientes que apresentam dor de caráter pulsátil desde o início da crise. Em outros, a dor, inicialmente é de outro caráter, para assumir, posteriormente, um caráter pulsátil. Usualmente, na migrânea, a dor é, inicialmente, mais, branda, aumentando de intensidade gradualmente com o evoluir da crise. Náuseas e vômitos, quando presentes, costumam sobrevir numa etapa mais avançada da crise.

Intuitivamente, acreditamos que uma medicação sintomática eficaz, administrada no início da cefaléia, possa modificar, ou mesmo interromper essa escalada de apresentação de sinais e sintomas da crise migranosa, emprestando-lhe roupagem sintomatológica singular.

Também observamos uma grande disparidade de resultados quando comparamos o percentual diagnóstico de provável cefaléia do tipo tensional, firmado a partir da anamnese, com o seu percentual entre as crises incidentes, ainda assim observados os mesmos critérios diagnósticos (ICHD II).

De fato, a participação percentual da provável cefaléia do tipo tensional ou provável migrânea, entre os diagnósticos estabelecidos a partir da anamnese, foi ínfima (3/182), se comparada com participação percentual relativa a esse diagnóstico entre as crises rotuladas como não-classificadas (65/253).

Mais uma vez, temos que reconhecer que a anamnese é o padrão-ouro para se alcançar uma maior precisão diagnóstica na classificação das cefaléias.

6.2 Utilização de medicação sintomática nas crises incidentes

Considerando a importância observada da utilização de medicação sintomática como viés de confusão para a classificação das crises incidentes, convém registrar o uso bastante difundido, sistemático e circunstancial, de medicação sintomática durante essas crises, ocorrendo em quase 90% (93/105) das enfermeiras.

Entre 105 enfermeiras que apresentaram crises de cefaléia ao longo de dois meses, o uso sistemático de medicação sintomática prevaleceu (47/105), sendo quatro vezes maior do que o percentual das enfermeiras que preferiram não utilizar qualquer medicação nas crises apresentadas. A situação híbrida, havendo uso de medicação sintomática em parte das crises ocorridas, foi equivalente, em termos percentuais, ao quantitativo de enfermeiras que recorreram, sistematicamente, a essa opção terapêutica (46/105).

Se consideradas as crises em si, verificamos que a utilização de medicação sintomática ocorreu em uma maioria absoluta, correspondendo a mais de dois terços delas (369/536).

Por sua vez, o uso de medicação sintomática entre as crises classificadas representou um percentual bem menor (154/283) do que o percentual correspondente entre as crises não-classificadas (215/253).

A disparidade entre esses dois percentuais (54,4% e 85,0%) sugere que a utilização de medicação sintomática possa representar um fator complicador para classificar as crises de cefaléia.

Evidentemente, além da gravidade em si da crise de dor de cabeça, características personalíssimas envolvendo graus de tolerância à dor, fatores psicológicos ligados à personalidade e fatores circunstanciais do momento devem nortear a opção de usar medicação diante de uma cefaléia.

6.3 Medidas de frequência das cefaléias

Das 121 enfermeiras, apenas 3 negaram ser portadoras de cefaléia recorrentes, representando um pequeno percentual da população estudada.

Uma delas, com 51 anos de idade, relatou crises de cefaléia apenas na vigência de estados febris secundários a processos infecciosos. A segunda delas, com 52 anos de idade, afirmou não se recordar de ter apresentado cefaléia ao longo da vida. A terceira, com 30 anos de idade, recordou um episódio isolado de cefaléia ao longo da vida de dor pulsátil, de moderada intensidade e com presença de náuseas.

Prospectivamente, nenhuma dessas três enfermeiras apresentou cefaléia ao longo de dois meses de seguimento.

Obtivemos, portanto, uma prevalência de cefaléia ao longo da vida de 97,5% (118/121).

Os nossos resultados demonstram, claramente, uma elevada prevalência de cefaléia, ao longo da vida, na população estudada, constituída de mulheres, com faixa etária variando entre 28 e 63 anos e com média de idade de $42 \pm 8,5$ anos.

Embora os dados colhidos sejam retrospectivos, portanto passíveis a vieses de memória, a escolha de um grupo de profissionais de saúde de nível superior deve ter contribuído para dar maior fidedignidade às informações colhidas, minimizando, assim, essas eventuais distorções.

O nosso percentual de 97,5% situa-se, de um modo geral, dentro da média encontrada na literatura consultada cujos valores extremos corresponderam a 87,1% e a 99,0% (LINET *et al.*, 1989; RASMUSSEN *et al.*, 1991; HO, ONG e LEE, 1997; ANTONIUK *et al.*, 1998;

RABELLO, 2000; BOARDMAN *et al.*, 2003; FARIAS da SILVA *et al.*, 2005; AKYOL *et al.*, 2007).

Em relação à prevalência de cefaléia ao longo da vida, os nossos resultados se aproximaram bastante daqueles encontrados por Rasmussen *et al.* (1991) que foi de 99% em população feminina. O elemento comum entre as duas pesquisas é que as faixas etárias foram equivalentes, enquadradas entre meados da terceira e da sétima décadas de vida.

Wang *et al.* (1999) encontraram uma prevalência de cefaléia ao longo da vida em população feminina de 67%, portanto apresentando um resultado bastante abaixo do nosso percentual. Dentro da metodologia dessa pesquisa, trabalhou-se com uma população de faixa etária a partir dos 65 anos, portanto da terceira idade.

Seria de se esperar que a prevalência de cefaléia ao longo da vida fosse maior do que aquela esperada numa população mais jovem, já que se trabalhou com prevalência de período e não pontual. Por outro lado, sabemos que a memória, de uma forma geral, declina com o avançar da idade, podendo este fato representar um viés importante, facilitador da inclusão de casos falso-negativos no cômputo geral da prevalência.

Certamente, influências outras, transculturais, compreendendo características étnicas, sociológicas e antropológicas inerentes a uma população de ilhéus, chineses, poderiam representar algum papel para que esses resultados sejam tão discrepantes dos nossos e, até mesmo, da realidade mostrada pela maioria das publicações por nós consultadas.

Bastos, Almeida-Filho e Santana (1993) encontraram prevalências de cefaléia como sintoma entre as mulheres de apenas 18,1%, representando um percentual substancialmente menor do que o nosso. É importante reconhecer que a metodologia utilizada por esses autores foi bastante diversa da nossa, tendo sido utilizado, nessa pesquisa, um instrumento de detecção de transtornos neuropsiquiátricos, o Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adulto, portanto um instrumento não apropriado para uma pesquisa epidemiológica de cefaléia.

Essa nossa opinião, também está compartilhada por Rabello (2000) em sua Tese de Doutorado.

Entre as cefaléias primárias, a cefaléia do tipo tensional foi a mais encontrada entre as enfermeiras. Sua prevalência ao longo da vida foi superior a 70% (87/121), seguida, de perto, da prevalência da migrânea (85/121).

Comparando os nossos resultados com aqueles encontrados, na população feminina, por Rasmussen *et al.* (1991), observamos que a prevalência ao longo da vida da cefaléia do tipo tensional, situada em 88%, foi superior àquela que encontramos.

Contudo, salientou-se uma grande disparidade de resultados quando considerada, também na população feminina, a prevalência ao longo da vida, de 25%, para a migrânea, sendo o nosso resultado quase o triplo do percentual descrito por aqueles autores.

Algumas diferenças metodológicas, certamente, influenciaram para que chegássemos a resultados tão díspares.

É verdade que as cefaléias foram classificadas, nesse estudo dinamarquês, a partir de uma entrevista estruturada, com aplicação de um questionário padronizado, com base nos critérios diagnósticos de 1988 da Sociedade Internacional de Cefaléia. Alguns aspectos desse questionário utilizado por Rasmussen *et al.* (1991) merecem ser comentados:

1. Em relação à temporalidade da crise, pedia-se a duração **usual**, caso não tenha sido usada medicação ou essa tenha sido ineficaz;
2. Em relação à topografia da dor, pedia-se a usual localização;
3. Em relação ao tipo de dor, pedia-se a descrição mais característica;
4. Em relação à gravidade da dor, indagava-se como ela usualmente seria, caso não tenha sido usada medicação ou esta tenha sido ineficaz.

Partindo do princípio lógico de que há uma tendência natural de se utilizar medicação sintomática, com mais frequência, nas crises mais graves, uma parte delas, as que responderam satisfatoriamente ao tratamento abortivo, não foram consideradas, isto é, inexistiram para efeitos de classificação diagnóstica. Em outras palavras, um indivíduo portador de migrânea cujas crises respondessem bem ao tratamento sintomático, poderia não ser incluído no rol dos migranosos, tornando-se, portanto, ele, para fins epidemiológicos, em um resultado falso-negativo.

Além do exposto acima, o emprego sistemático de palavras e expressões restritivas - como usual, usualmente, mais característica - poderia preterir informações sobre situações menos comuns, adulterando, conseqüentemente, os resultados finais.

Essa consideração, se verdadeira, teria sua implicação primordial na população de migranosos, já que as crises de migrânea tendem a ser mais intensas que as crises de cefaléia do tipo tensional. (HEADACHE CLASSIFICATION SUBCOMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY, 2004).

Na literatura consultada, encontramos uma ampla variação da prevalência de migrânea em diversas publicações epidemiológicas.

Em relação à migrânea, em populações femininas, as prevalências ao longo da vida variaram desde 9,0% até 55,2%. (SANVITO *et al.*, 1996; HO, ONG E LEE 1997; WANG *et*

al., 1999; RABELLO 2000; DELEU *et al.*, 2001; AKYOL *et al.*, 2007; ANDRADE *et al.*, 2009.

Em relação à cefaléia do tipo tensional, em populações femininas, a literatura consultada foi mais escassa em informações. As prevalências variaram de 11,1% a 25,4%. (HO, ONG E LEE, 1997; DELEU *et al.*, 2001; KAYNAC KEY, DONMEZ E TUZUN, 2004).

Questões metodológicas associadas a características peculiares de cada população estudada certamente influíram no sentido de diversificar tanto os resultados epidemiológicos.

É preciso considerar as características da população por nós estudada, composta, exclusivamente, de mulheres, na maioria (62,0%) (75/121) na faixa de adulto jovem, além do nível intelectual e do estresse profissional a que elas são submetidas.

A prevalência de cefaléia secundária de evolução crônica entre as 121 enfermeiras representou um percentual ínfimo (1/121).

Encontramos, na literatura consultada, uma escassez de informações epidemiológicas de medidas de freqüência de cefaléias secundárias para efeitos comparativos com os nossos resultados.

A baixa prevalência de cefaléias secundárias no nosso estudo certamente foi influenciada pelo perfil da população estudada, tratando-se de um grupo populacional em idade produtiva, em pleno exercício da atividade profissional, características estas que podem faltar em outros grupos populacionais específicos.

Acompanhando, prospectivamente, a ocorrência de crises de cefaléia entre as 121 enfermeiras, durante dois meses, confirmamos uma elevada incidência de crises, atingindo percentual próximo a 90% (105/121). O percentual de enfermeiras que apresentaram crises foi mais de seis vezes o valor do percentual das que estiveram livres de cefaléia no referido período de tempo.

Linnet *et al.* (1989) encontraram um percentual de 76% da população feminina apresentando cefaléia dentro de um intervalo de quatro semanas. Na interpretação desse resultado, que mostra um percentual inferior ao nosso, é preciso considerar que o período de observação transcorreu em um intervalo de tempo também inferior ao nosso que foi de dois meses.

Se excluirmos as três enfermeiras que referiam não serem portadoras de cefaléia, verificaremos que o percentual das que apresentaram crises se eleva para 89% (105/118), resultando, quantitativamente, numa maior aproximação deste percentual com aquele que representou a prevalência de cefaléia ao longo da vida (97,5%).

Arbitradas duas faixas etárias, a frequência de crises por indivíduo foi maior na faixa de 26 até 45 anos, comparativamente à faixa etária a partir dos 46 anos de idade.

No nosso estudo, portanto, a maior incidência de crises foi verificada na população composta por adultos jovens.

6.4 Duração das crises incidentes de cefaléia

No nosso estudo, a grande maioria das crises se resolveu nas primeiras 72 horas. A duração além de 72 horas alcançou apenas um pequeno percentual do total de crises (11/536).

Se considerarmos a utilização de medicação sintomática durante a cefaléia, verificamos que quase dois terços (243/369) das crises tiveram duração entre 4 e 72 horas. Seu percentual representa pouco mais do que o dobro do percentual de crises com duração inferior a quatro horas.

Por outro lado, se analisarmos as crises que não sofreram a interferência de medicação sintomática, verificaremos que a maioria delas teve duração inferior a quatro horas, representando um percentual de próximo a 60% (100/167).

Esse aparente paradoxo, entre esses dois grupos, em relação à duração da dor teria, hipoteticamente, sua razão de ser na tendência natural de se utilizar medicação sintomática nas crises mais graves, e, portanto, de curso mais longo. Já as crises mais leves poderiam naturalmente ter um curso mais breve, mesmo sem a utilização de medicação sintomática.

Boardman *et al.* (2003) encontraram duração das crises não tratadas menor que quatro horas em 57,5% da população feminina, estando esse resultado bem aproximado ao nosso, visto que nosso percentual correspondente foi 59,9%. Por outro lado, na mesma população, a duração menor do que quatro horas, entre as crises tratadas, foi de 81,0%, representando um percentual bem superior ao que encontramos que foi apenas de 31,4%.

Observa-se, portanto, que a concordância de resultados em relação à duração das crises se fez presente quando a crise não foi tratada com medicação sintomática e se fez ausente, quando se introduziu uma nova variável que foi a utilização de medicação sintomática.

Evidentemente, peculiaridades vinculadas à utilização de medicação sintomática, como o momento da administração da medicação em relação ao início da crise, a eficácia da medicação utilizada e, até mesmo, a variabilidade do esquema medicamentoso, podem ter contribuído para distanciar tanto os resultados desses autores em relação aos nossos.

6.5 Duração das crises incidentes de cefaléia conforme a nosologia

Analisando as 133 crises classificadas como migrânea, observamos que a totalidade delas teve duração entre quatro e 72 horas, independentemente do uso de medicação sintomática. Evidentemente, esse resultado está imposto pelos critérios diagnósticos estabelecidos pela Sociedade Internacional de Cefaléia (ICHD II), visto que as crises que não respeitassem essa temporalidade, mesmo apresentando características outras migranosas, não receberiam esse o diagnóstico (HEADACHE CLASSIFICATION SUBCOMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY, 2004).

Em relação às crises classificadas como cefaléia do tipo tensional, apenas 12 receberam medicação sintomática, verificando-se que houve uma equivalência de percentuais entre aquelas com duração menor que 4 horas e aquelas com duração entre 4 a 72 horas.

Entre as crises de cefaléia do tipo tensional que não foram medicadas, totalizando 105, houve um nítido predomínio daquelas com duração inferior a quatro horas, representando praticamente três quartos dessas crises. Só um pequeno percentual de crises teve duração maior que 72 horas.

Se compararmos a duração das crises de cefaléia do tipo tensional em relação à variável uso de medicação sintomática, verificaremos que houve um amplo predomínio das crises de duração mais breve, menor que quatro horas, no grupo que não fez uso de medicação sintomática, não se verificando qualquer predomínio no grupo que fez uso dessa medicação. Essa aparente discrepância encontrada poderia ter sua razão de ser na tendência natural de se usar medicação antálgica nos episódios mais graves de cefaléia os quais imprimiriam, por sua vez, um curso mais longo às crises.

De fato, se analisarmos as crises classificadas como migrânea, verificaremos que a medicação sintomática foi utilizada na ampla maioria delas, representando um percentual acima 90% (123/133), situação diametralmente oposta ao que ocorreu com as crises classificadas como cefaléia do tipo tensional cujo percentual de crises medicadas, em números redondos, foi nove vezes menor (12/117).

Essa ampla divergência de percentuais pode retratar diferenças quanto à gravidade da crise, já que a migrânea é caracterizada por crises moderadas ou fortes, enquanto que a cefaléia do tipo tensional é representada por crises fracas ou moderadas. (HEADACHE CLASSIFICATION SUBCOMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY, 2004).

Em dois terços das crises classificadas como provável migrânea, a duração foi menor que quatro horas, em razão dos critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 2004 (ICHD II) que estabeleceram uma duração mínima de quatro horas para uma crise de migrânea. Uma duração inferior a quatro horas, mesmo que todos os demais critérios para migrânea fossem preenchidos, inferiria o diagnóstico de provável migrânea (HEADACHE CLASSIFICATION SUBCOMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY, 2004).

Em decorrência da sistematização adotada por nós, praticamente não encontramos na literatura consultada informações comparativas às nossas.

6.6 Lateralidade da cefaléia nas crises incidentes

No nosso estudo, prevaleceu bilateralidade da dor sobre a unilateralidade entre as enfermeiras avaliadas. Nas crises incidentes, mais da metade das enfermeiras referiram dores unicamente bilaterais (58/105), enquanto que apenas um pequeno percentual dessas enfermeiras referiu dores unicamente unilaterais (8/105). Pouco mais de um terço das enfermeiras que referiram alternância de dor bilateral e unilateral em diferentes crises ocorridas (39/105).

Se considerarmos que a prevalência encontrada de migrânea e de cefaléia do tipo tensional entre 121 enfermeiras foram percentualmente muito próximas, com valores, respectivamente, de 70,2% e de 71,9%, podemos inferir que a bilateralidade da dor é majoritária, quando consideradas essas duas modalidades mais comuns de cefaléia primária.

Analisada a lateralidade da dor, prospectivamente, em 536 crises ocorridas durante dois meses, confirmamos um amplo predomínio de dor bilateral (340/536) sobre a dor unilateral (130/536). Considerando que em 12,3% das crises, houve dor bilateral, embora que mais marcante em um dos lados, porém indiscutivelmente dos dois lados, inferimos que a dor bilateral esteve presente em três quartos das crises, confirmando, mais uma vez, a sua posição majoritária (406/536).

Tendo cada estudo suas peculiaridades metodológicas, encontramos, na literatura consultada, unilateralidade da dor variando de 17,3% a 56,1% (HO, ONG e LEE, 1997; VINCENT *et al.*, 1998; DELEU *et al.*, 2001; BOARDMAN *et al.*, 2003; OJINI, OKUBADEJ e DANESI, 2009).

Linnet *et al.* (1989) encontrou dor unilateral em 27,7% da população feminina (n=3.865) em relação à mais recente cefaléia ocorrida nas quatro semanas que precederam entrevista. No nosso estudo, analisando 536 crises incidentes durante um período de dois

meses, encontramos unilateralidade em 24,3% delas. Embora haja diferenças metodológicas, notadamente em relação ao número de crises analisadas, os resultados encontrados ficaram bastante próximos entre si.

Boardman *et al.* (2003) descreveram dor unilateral em 59,7% das mulheres, considerando as características de cefaléias ocorridas em um período precedente de três meses. Esse percentual foi bastante mais elevado do que o nosso que se limitou a 24,3%. Atribuímos a diferenças metodológicas essa disparidade de resultados, visto que, nesse estudo referencial, as informações, diferentemente das nossas, foram retrospectivas, ou seja, reportaram-se aos três meses precedentes ao preenchimento do questionário da pesquisa.

6.7 Lateralidade da dor conforme a nosologia das crises incidentes

Para efeitos práticos, classificamos as crises quanto à topografia em unilaterais, bilaterais e bilaterais assimétricas, correspondendo, esse último tipo, a uma situação especial na qual a bilateralidade da dor contrasta com sua maior intensidade em um dos lados da cabeça.

No nosso estudo, houve um nítido predomínio da dor bilateral quer nas crises de migrânea, quer nas crises de cefaléia do tipo tensional com maior destaque nesta última modalidade de cefaléia. A estrita unilateralidade da dor só foi anotada em torno de 20% das crises de migrânea (27/133) e de 15% das crises de cefaléia do tipo tensional (18/117).

Na literatura consultada, os percentuais de dor unilateral na migrânea variaram entre 23,5% e 85% em populações diversas (RASKIN e APPENZELLER, 1980; BUER *et al.*, 1991; WANG e TSAI, 1999; FARIAS da SILVA *et al.*, 2005; KARLI *et al.*, 2006; AKYOL *et al.*, 2007; ARRUDA e GUIDETTI, 2007; OJINI, OKUBADEJ e DANESI, 2009).

Akyol *et al.* (2007) encontraram dor unilateral em 73,3% (330/450) de uma população feminina de escolares com migrânea. Esse resultado, bastante distanciado do nosso, esbarra, mais uma vez, em diferenças demográficas e metodológicas do estudo.

Do ponto de vista demográfico, esse estudo se baseou em uma população de escolares com idade entre 9 e 17 anos, possuindo, portanto, um perfil distinto do nosso grupo. Por outro lado, as informações sobre o perfil clínico das cefaléias foram obtidas, de forma retrospectiva, através dos questionários aplicados.

Em relação à cefaléia do tipo tensional, os percentuais de dor bilateral variaram de 77,9% a 96,7% na literatura consultada (FARIAS da SILVA, 1989; FARIAS da SILVA e MOREIRA FILHO, 2005; KARLI *et al.*, 2006; OJINI, OKUBADEJ e DANESI, 2009).

Contudo, a dor unilateral também foi descrita na cefaléia do tipo tensional em percentuais que variaram de 3% a 10% (RASKIN e APPENZELLER, 1980; FARIAS da SILVA e MOREIRA FILHO, 2005).

6.8 Caráter da dor nas crises incidentes

No nosso estudo, prevaleceu o caráter peso/pressão da dor sobre o caráter pulsátil entre as enfermeiras avaliadas. Com base nas crises incidentes, cerca de um terço das enfermeiras referiram dor unicamente tipo peso/pressão (38/103), enquanto que apenas 13,6% delas referiram dor unicamente pulsátil (14/103). Houve um percentual em torno de 30% (31/103) das enfermeiras com dor, ora do tipo peso/pressão, ora do tipo pulsátil nas diversas crises ocorridas.

Analisando o caráter da dor, prospectivamente, em 536 crises ocorridas durante dois meses, confirmamos o predomínio da dor tipo peso/pressão, (324/536) sobre a dor pulsátil (175/536), sendo o primeiro percentual quase o dobro do segundo. Em apenas 3,5% (19/536) das crises, foi registrada a ocorrência simultânea de dor pulsátil e peso/pressão no mesmo evento álgico.

Tendo cada estudo suas peculiaridades metodológicas, encontramos, na literatura consultada, a dor pulsátil variando em percentuais de 27,7% a 62,7% (HO, ONG E LEE, 1997; VINCENT *et al.*, 1998; DELEU *et al.*, 2001; DELEU, KHAN e AL SHEHAB , 2002; BOARDMAN *et al.*, 2003; OJINI, OKUBADEJ e DANESI, 2009).

Boardman *et al.* (2003) descreveram dor pulsátil em 63,5% das mulheres, considerando as características de cefaléias ocorridas em um período precedente de três meses. Esse percentual foi bastante mais elevado do que o nosso que se limitou a 13,6%. Atribuímos a diferenças metodológicas essa disparidade de resultados, visto que, nesse estudo referencial, as informações, diferentemente das nossas, foram retrospectivas, ou seja, reportaram-se aos três meses precedentes ao preenchimento do questionário da pesquisa.

O caráter em aperto ou aperto/pressão foi encontrado na literatura especializada com percentuais variando de 49,7% a 52,5% (VINCENT *et al.*, 1998; OJINI, OKUBADEJ e DANESI, 2009).

Outros estudos subdividiram o caráter da dor em aperto, com percentuais variando de 36,3% a 38,6%, ou em peso, com percentuais variando de 15,4% a 34,8%, fazendo com que o caráter em aperto/peso, definido pelo somatório dos percentuais, varie em torno de 52% a 73% (DELEU *et al.*, 2001; DELEU, KHAN e AL SHEHAB , 2002).

Consideramos que os nossos resultados acompanham o que diz a literatura especializada, apesar da ampla variação de resultados nela existente.

6.9 Caráter da dor conforme a nosologia das crises incidentes

Para efeitos práticos, classificamos o caráter da dor em pulsátil, peso/pressão, pulsátil e peso/pressão simultaneamente na mesma crise, havendo outro grupo cuja dor não se enquadrava nas possibilidades anteriores.

Observamos que o caráter pulsátil prevaleceu nas crises de migrânea, estando presente em mais da metade das crises, embora o caráter em peso/pressão tenha sido descrito em mais de um terço dessas crises. Situação oposta ocorreu nas crises de cefaléia do tipo tensional, prevalecendo amplamente o caráter em peso/pressão, muito embora o caráter pulsátil tenha estado presente em um percentual menor de casos de 7,7%.

Na literatura consultada, a dor pulsátil prevaleceu na migrânea, com seus percentuais variando de 44% a 87,98% (RASKIN e APPENZELLER, 1980; FARIAS da SILVA, 1988; BUER *et al.*, 1991; WANG e TSAI, 1999; BÁNK e MÁRTON, 2000; FARIAS da SILVA *et al.*, 2005; KARLI *et al.*, 2006; AKYOL *et al.*, 2007; ARRUDA e GUIDETTI, 2007; OJINI, OKUBADEJ e DANESI 2009; ANDRADE *et al.*, 2009).

Apenas em Buer *et al.* (1991), encontra-se dor pulsátil na migrânea em percentual inferior a 50%.

Algumas publicações expõem de forma mais detalhada o caráter da dor na migrânea:

Farias da Silva (1988) encontrou amplo predomínio da dor pulsátil, quer em portadores de *enxaqueca clássica* (migrânea com aura), quer em portadores de *enxaqueca não clássica* (migrânea sem aura) com percentuais muito próximos de, respectivamente, 87,98% e 86,79%, havendo, ainda, em ambas as modalidades de migrânea, percentuais menores de dor não-pulsátil (em pressão ou constrictiva) e percentuais bem menores cujo caráter pulsátil e não-pulsátil se alternava em diferentes crises.

Karli *et al.* (2006a) encontraram dor pulsátil em 79,2%, embora o caráter peso, pressão e aperto reunidos tenham totalizado um percentual em torno de 59% dos portadores de migrânea.

Percebe-se que nesse estudo mais de uma característica da dor foi listada por indivíduo.

Akyol *et al.* (2007) registraram dor pulsátil em 75,3% (339/450) da população feminina de adolescente com migrânea.

Permanece em aberto a possibilidade de uma dor migranosa se fazer inicialmente em peso ou pressão, para assumir o caráter pulsátil no evoluir da crise, independentemente da interferência de outros estímulos, como o esforço físico.

Só um estudo mais pormenorizado, registrando e cronometrando os diversos eventos que no conjunto constituem uma crise de migrânea, em diversas crises e em diversos pacientes, poderá elucidar questões com a presença da dor pulsátil na migrânea. Uma pesquisa dessa ordem precisaria, ainda, de se preocupar com aspectos semânticos vernaculares que podem interferir nos resultados, como a distinção entre dor pulsátil e dor em pontadas.

Consideramos que essa predominância de dor pulsátil na migrânea a qual se expressa nos nossos resultados está condizente com as descrições que encontramos na literatura especializada.

Em relação à cefaléia do tipo tensional, a literatura especializada nos traz resultados muito mais controversos.

Nela, a dor pulsátil tem sido registrada na literatura em percentuais que variaram entre 30% e 66,4% (RASKIN e APPENZELLER, 1980; LAVADOS e TENHAMM, 1998; KAYNAC KEY, DONMEZ e TUZUN, 2004; KARLI *et al.*, 2006).

Já a dor em aperto/pressão foi encontrada em 61,8% de portadores de cefaléia do tipo tensional (OJINI, OKUBADEJ E DANESI, 2009).

Algumas publicações expõem de forma mais detalhada o caráter da dor na cefaléia do tipo tensional:

Lavados e Tenhamm (1998) verificaram que, entre portadores de cefaléia do tipo tensional, dor pulsátil foi referida como usual em 66,4% (77/116) da população masculina e em 56,8% (146/257) da população feminina, enquanto que dor em pressão ou aperto foi referida como usual em 37,9% (44/116) da população masculina e em 54,1% (139/257) da população feminina.

Observa-se, nesse estudo, uma elevada freqüência de dor pulsátil entre os indivíduos que receberam o diagnóstico de cefaléia do tipo tensional. A explicação mais plausível para esse fato é que foram contabilizados também os casos de cefaléia do tipo tensional que não preenchiam todos os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 1988, ou melhor, todos menos um (grupo 2.3). Foram computados, a exemplo disso, indivíduos que apresentavam vômitos associados à cefaléia (6% entre os homens e 7,4% entre as mulheres).

Esses autores admitem, na discussão, um incremento da sensibilidade diagnóstica com conseqüente prejuízo da sua especificidade (LAVADOS e TENHAMM, 1998).

Kaynac Key, Donmez e Tuzun (2004) registraram dor em aperto ou em pressão ou surda em 47,0% (213/453) e dor pulsátil em 49,7% (225/453) entre 453 estudantes universitários com cefaléia do tipo tensional. Os autores enfatizaram que mais de uma característica da dor pôde ser listada por indivíduo.

Os próprios autores desse trabalho ressaltaram a singularidade da elevada frequência de dor pulsátil encontrada entre seus portadores de cefaléia do tipo tensional, registrando, nesse aspecto, similaridade dos seus resultados com aqueles publicados por Lavados e Tenhamm em 1998. Concluíram que o caráter pulsátil possa representar importante característica da cefaléia do tipo tensional (KAYNAC KEY, DONMEZ e TUZUN 2004).

Abstraindo a questão da existência ou não de dor pulsátil integrando o contexto sintomático das cefaléias tensionais, alguns aspectos metodológicos desse estudo merecem comentários.

- a. A amostra foi constituída de estudantes universitários de faixa etária entre 17 e 21 anos, portanto com um perfil muito peculiar, comprometendo a confiabilidade de extrapolação dos seus resultados para universos populacionais maiores;
- b. O instrumento de pesquisa utilizado foi um questionário auto-aplicável, com informações necessárias para identificação dos casos de cefaléia do tipo tensional conforme os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 1988, incluindo, ainda, informações que ajudassem a excluir os casos de migrânea e de cefaléia mista. Contudo, esse instrumento de pesquisa não foi validado previamente, nem foi seguido de entrevista clínica ou exame neurológico;
- c. Embora na amostra predominassem amplamente casos de cefaléia do tipo tensional episódica sobre os casos de cefaléia do tipo tensional crônica, nenhuma informação consistente foi dada acerca do uso abusivo de medicação sintomática que pudessem modificar padrões de cefaléia.

Karli *et al.* (2006a) encontraram dor pulsátil em 51,9%, embora o caráter peso, pressão e aperto apreciados em conjunto tenham totalizado um percentual em torno de 80,2% entre os portadores de cefaléia do tipo tensional episódica. Por outro lado, entre os portadores de cefaléia do tipo tensional crônica, os respectivos percentuais foram de 56,8% e de 97,2%. Embora a dor não-pulsátil tenha sido majoritária quer na forma episódica quer na forma crônica da cefaléia do tipo tensional, a dor pulsátil esteve descrita em mais de metade dos casos.

Percebe-se que, nesse estudo, mais de uma característica da dor foi listada por indivíduo.

Matta e Moreira Filho (2004) avaliaram 50 consecutivos pacientes com cefaléia do tipo tensional episódica freqüente ou infreqüente, tendo sido utilizados os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 2004 (ICHD II) para classificar as cefaléias. A idade para inclusão foi de 18 anos ou mais. Foram excluídos pacientes com passado tipicamente migranoso, com história familiar de migrânea, com uso abusivo de analgésicos, com dor unilateral e com coexistência fotofobia e fonofobia na mesma crise. Encontraram 28% (14/50) de dor em aperto, 18% (9/50) de dor tipo pressão, 6% (3/50) de dor surda, 40% (20/50) de dor tipo peso e 8% de dor latejante (4/50). Embora admitam ser o tema ainda controvertido, esses autores acreditam que a cefaléia do tipo tensional possa apresentar dor de caráter latejante.

Alguns dos renomados cefaliatras brasileiros não reconheceram a dor pulsátil fazendo parte do contexto clínico da cefaléia do tipo tensional a exemplo de Edgard Raffaelli Júnior e Wilson Farias da Silva (RAFFAELLI JR., 2004; FARIAS da SILVA e MOREIRA FILHO, 2005).

Em relação à presença de dor pulsátil na cefaléia do tipo tensional, seis situações particulares merecem ser comentadas.

Primeiro relato de caso:

Uma enfermeira de 32 anos tem história de cefaléia desde os 15 anos de idade. Suas crises foram descritas na anamnese clínica como de média duração (duração em torno de duas horas), bitemporal, em aperto, de leve a moderada intensidade, porém com piora aos esforços físicos. Inexistiam náuseas, vômitos, fotofobia ou fonofobia durante as crises. O caráter pulsátil da dor, mesmo eventual, não foi recordado, apesar de insistentemente indagado.

Com base na anamnese, foi estabelecido o diagnóstico de apenas uma modalidade de cefaléia, ou seja, cefaléia do tipo tensional, em obediência aos critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 2004 (ICHD II).

Ao longo de dois meses de observação, houve duas crises:

A primeira delas durou menos de quatro horas, foi bilateral, pulsátil, de leve intensidade, piorava com os esforços físicos e não se acompanhava de náuseas, vômitos, fotofobia ou fonofobia. Não houve utilização de medicação sintomática. Com base nos mesmos critérios (ICHD II), não há outro diagnóstico a ser firmado para essa crise, salvo o de cefaléia do tipo tensional.

A segunda crise durou entre 4 e 72 horas, foi bilateral, pulsátil, de leve intensidade, piorava com os esforços físicos e não se acompanhava de náuseas, vômitos, fotofobia ou fonofobia. Houve utilização de medicação sintomática. Ainda com base nos mesmos critérios

utilizados (ICHD II), existem duas únicas possibilidades diagnósticas que são excludentes entre si:

- 1) Cefaléia do tipo tensional;
- 2) Provável migrânea.

Na eventualidade de se tratar de uma crise de uma cefaléia do tipo tensional, o caráter pulsátil estaria presente novamente.

Segundo relato de caso:

Uma enfermeira de 32 anos tem história de cefaléia desde os 28 anos de idade. Suas crises foram descritas na anamnese clínica como de longa duração (em torno de seis a sete horas), fronto-temporal bilateral, pulsátil, de moderada a forte intensidade, com piora aos esforços físicos. Existia náuseas, fotofobia ou fonofobia durante as crises. Vômitos só ocasionalmente estavam associados às crises. Negou ocorrência de aura. Pródromos, com sensação de empachamento e desconforto gástrico, foram referidos. Não houve descrição de qualquer outro padrão de crise.

Com base na anamnese, foi estabelecido o diagnóstico de apenas uma modalidade de cefaléia, ou seja, de migrânea, usados os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 2004 (ICHD II). Ao longo de dois meses de observação, houve seis crises, sendo que cinco preencheram os critérios para migrânea e uma preencheu os critérios para cefaléia do tipo tensional. Dor pulsátil esteve presente na totalidade das crises relatadas.

A crise classificada como cefaléia do tipo tensional durou entre quatro e 72 horas, foi bilateral, pulsátil, de leve intensidade, não piorava com os esforços físicos nem se acompanhava de náuseas, vômitos, fotofobia ou fonofobia. Não houve utilização de medicação sintomática.

Terceiro relato de caso:

Uma enfermeira de 54 anos relatou dois padrões distintos de cefaléia:

- 1) Desde os 25 anos de idade, referia crises de média duração (em torno de três horas com utilização de medicação sintomática), de localização temporal, bilateral, sempre mais forte de um lado, porém, por vezes, unilateral, pulsátil, de moderada intensidade, com agravamento aos esforços físicos. Náuseas, fotofobia e fonofobia estiveram associadas às crises. Como pródromo das crises, referia dispepsia. Aura visual muitas vezes esteve presente no início da cefalalgia.
- 2) Desde os 18 anos de idade, referia crises de média duração (em torno de quatro horas), holocraniana, em peso, de leve intensidade, sem piora aos esforços físicos e sem náuseas, fotofobia ou fonofobia.

Com base na anamnese, pôde-se firmar o diagnóstico de migrânea e de cefaléia do tipo tensional, usados os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 2004 (ICHD II).

Ao longo de dois meses de observação, houve 14 crises, sendo que nove preencheram os critérios para migrânea, três preencheram os critérios para cefaléia do tipo tensional, uma preencheu os critérios para provável cefaléia do tipo tensional e uma preencheu os critérios para provável migrânea ou cefaléia do tipo tensional.

Uma crise que preencheu os critérios para provável migrânea ou cefaléia do tipo tensional durou entre quatro e 72 horas, foi bilateral, pulsátil, de leve intensidade, piorava com os esforços físicos e não se acompanhava de náuseas, vômitos, fotofobia ou fonofobia. Houve utilização de medicação sintomática.

Uma das crises que preencheu os critérios para provável cefaléia do tipo tensional durou menos de quatro horas, foi unilateral, pulsátil, de leve intensidade, piorava com os esforços físicos e não se acompanhava de náuseas, vômitos, fotofobia ou fonofobia. Não houve utilização de medicação sintomática.

Uma crise que preencheu os critérios para cefaléia do tipo tensional durou menos de quatro horas, foi bilateral, pulsátil, de leve intensidade, piorava com os esforços físicos e não se acompanhava de náuseas, vômitos, fotofobia ou fonofobia. Não houve utilização de medicação sintomática. Mais uma vez, a dor pulsátil esteve presente numa crise classificada como cefaléia do tipo tensional.

Quarto relato de caso:

Uma enfermeira de 42 anos relatou dois padrões distintos de cefaléia:

- 1) Desde os 18 anos de idade, referia crises de longa duração (em torno de 12 horas), de localização hemicraniana à esquerda, pulsátil, de moderada a forte intensidade, com agravamento aos esforços físicos. Náuseas, fotofobia estiveram associadas às crises. Negou presença de pródromos e de aura em relação às crises.
- 2) Desde os 25 anos de idade, também referia crises de longa duração (em torno de 12 horas), holocraniana, em peso/pressão, de moderada intensidade com piora aos esforços físicos. Ausência de náuseas, vômitos, fotofobia ou fonofobia durante as crises.

Com base na anamnese, pôde-se firmar o diagnóstico de migrânea e de cefaléia do tipo tensional a partir dos critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 2004 (ICHD II).

Ao longo de dois meses de observação, houve oito crises, sendo que uma preencheu os critérios para migrânea, três preencheram os critérios para cefaléia do tipo tensional, uma preencheu os critérios para provável migrânea ou cefaléia do tipo tensional e três foram rotuladas como migrânea fármaco-modificada ou cefaléia do tipo tensional.

Uma crise que preencheu os critérios para cefaléia do tipo tensional durou entre quatro e 72 horas, foi bilateral, pulsátil, de leve intensidade, não piorava com os esforços físicos e não se acompanhava de náuseas, vômitos, fotofobia ou fonofobia. Não houve utilização de medicação sintomática. Mais uma vez, a dor pulsátil esteve presente numa crise classificada como cefaléia do tipo tensional.

Quinto relato de caso

Uma enfermeira de 50 anos relatou dois padrões distintos de cefaléia:

- 1 Desde os 14 anos de idade, referia crises de média duração (em torno de quatro horas), de localização temporal bilateral ou, menos comumente, temporal à direita, pulsátil, de a moderada a forte intensidade, com agravamento aos esforços físicos. Náuseas e fotofobia estiveram associadas às crises. Ausência de pródromos. Aura visual esteve presente embora de modo infrequente.
- 2 Desde os 30 anos de idade, referia crises de média duração (em torno de quatro horas), no vértex, em pressão de dentro para fora, de leve a moderada intensidade, com piora aos esforços físicos e com fotofobia.

Com base na anamnese, pôde-se firmar o diagnóstico de migrânea e de cefaléia do tipo tensional a partir dos critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 2004 (ICHD II).

Ao longo de dois meses de observação, houve 12 crises, sendo que três preencheram os critérios para migrânea, cinco preencheram os critérios para cefaléia do tipo tensional, duas preencheram os critérios para provável migrânea ou cefaléia do tipo tensional e duas foram rotuladas como migrânea fármaco-modificada ou cefaléia do tipo tensional.

A dor pulsátil ocorreu em quatro das cinco crises classificadas como cefaléia do tipo tensional.

Houve em comum entre essas quatro crises a dor pulsátil, a duração menor que quatro horas, a intensidade moderada, a ausência de náuseas, vômitos, fotofobia e fonofobia, bem como a não utilização de medicação sintomática. Uma das crises foi unilateral, porém não piorava aos esforços físicos. Uma foi bilateral, mais acentuada de um dos lados e também não piorava aos esforços físicos. Uma foi bilateral e sem piora aos esforços físicos. Uma foi bilateral, mais acentuada de um dos lados embora piorasse aos esforços físicos.

Sexto relato de caso:

Uma enfermeira de 33 anos relatou dois padrões distintos de cefaléia:

- 1 Desde os 26 anos de idade, referia crises de média duração (em torno de três horas), localização frontal bilateral ou, menos comumente, temporal à direita, em peso, de leve a moderada intensidade, sem agravamento aos esforços físicos. Ausência náuseas, vômitos, fotofobia e fonofobia.
- 2 Também, desde os 26 anos de idade, referia crises de média duração (em torno de duas a quatro horas) de localização parietal, ora à direita, ora à esquerda, pulsátil, de moderada intensidade, com agravamento aos esforços físicos. Náuseas vômitos, fotofobia e fonofobia nunca estiveram presentes no decorrer das crises. Ausência de pródromos e de aura.

Com base na anamnese, pôde-se firmar o diagnóstico de cefaléia do tipo tensional para o primeiro padrão de cefaléia descrito e de provável migrânea ou provável cefaléia do tipo tensional para o segundo padrão de cefaléia descrito.

Ao longo de dois meses de observação, houve 25 crises, sendo que 16 delas preencheram os critérios para cefaléia do tipo tensional, três preencheram os critérios para provável migrânea ou provável cefaléia do tipo tensional e uma preencheu critério para provável cefaléia do tipo tensional.

Uma crise que preencheu os critérios para cefaléia do tipo tensional durou menos de quatro horas, foi bilateral, porem mais intensa de um dos lados, pulsátil, de leve intensidade, não piorava com os esforços físicos e não se acompanhava de náuseas, vômitos, fotofobia ou fonofobia. Não houve utilização de medicação sintomática.

Mais uma vez, a dor pulsátil esteve presente numa crise classificada como cefaléia do tipo tensional.

6.10 Intensidade da dor nas crises incidentes

Analisando a intensidade da dor, prospectivamente, em 536 crises ocorridas durante dois meses, confirmamos o predomínio de dor moderada em metade das crises (273/536). Em um percentual menor de 16 % (86/536), das crises foi registrada a ocorrência de dor forte.

Na literatura consultada, encontramos uma ampla variação de resultados no que se refere à intensidade da dor e uma metodologia também diversificada.

Estudos escalonaram dois níveis de dor, leve ou intensa (VINCENT *et al.*, 1998), três níveis, leve, moderada e intensa (DELEU *et al.*, 2001; OJINI, OKUBADEJ e DANESI, 2009)

ou, ainda, quatro níveis de dor, leve moderada, intensa e muito intensa (da COSTA *et al.*, 2000; BOARDMAN *et al.*, 2003).

A dor leve variou de 12,7% a 79,3% (VINCENT *et al.*, 1998; da COSTA *et al.*, 2000; DELEU *et al.*, 2001; BOARDMAN *et al.*, 2003; OJINI, OKUBADEJ e DANESI, 2009).

A dor moderada variou de 40,7% a 59,7% (da COSTA *et al.*, 2000; DELEU *et al.*, 2001; BOARDMAN *et al.*, 2003; OJINI, OKUBADEJ e DANESI, 2009).

A dor intensa variou de 9,3% a 24,6% (VINCENT *et al.*, 1998; da COSTA *et al.*, 2000; DELEU *et al.*, 2001; BOARDMAN *et al.*, 2003; OJINI, OKUBADEJ e DANESI, 2009).

Boardman *et al.* (2003) descreveram dor leve em 20,4%, dor moderada em 52,5%, dor intensa em 17,1% e dor extremamente intensa em 1,8% na população feminina com cefaléia.

Comparativamente, os nossos resultados acompanharam a média encontrada na literatura, especialmente em relação aos percentuais de dor moderada e intensa.

6.11 Intensidade da dor conforme a nosologia das crises incidentes

Classificamos a intensidade da dor em leve, moderada e forte e observamos que a dor de intensidade moderada predominou na migrânea, embora a dor forte tenha ocorrido em quase 40% das crises avaliadas. O percentual de dor leve na migrânea foi bastante discreto, avaliado em torno de 7%. Situação inversa ocorreu na cefaléia do tipo tensional, ocorrendo dor de intensidade leve em cerca de dois terços das crises. A dor de forte intensidade foi descrita em apenas 1,7% das crises avaliadas.

Concluimos, com base no somatório desses percentuais, pela forte tendência de haver dor moderada a forte na migrânea, e dor leve a moderada na cefaléia do tipo tensional, totalizando percentuais de 93,2% e de 98,4% respectivamente, pouco existindo de dor leve na primeira modalidade de cefaléia e de dor forte na segunda, totalizando percentuais de 6,8% e de 1,7% respectivamente.

Esses nossos resultados estão concordantes com os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia (HEADACHE CLASSIFICATION SUBCOMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY, 2004).

Na literatura consultada, a dor moderada a intensa variou de 60,5% a 98,3% na migrânea (WANG e TSAI, 1999; KARLI *et al.*, 2006a; AKYOL *et al.*, 2007; ADOUKONOU *et al.*, 2009).

Consideramos que os nossos resultados estão de acordo com a média descrita na literatura, tendo ficado muito próximos aos valores encontrados por Karli *et al.* (2006a) para intensidade moderada a intensa, cujo percentual foi de 92,4%.

Em relação à cefaléia do tipo tensional, a dor leve a moderada variou de 87,1% a 96,9% (LAVADOS e TENHAMM, 1998; KAYNAC KEY, DONMEZ e TUZUN, 2004; KARLI *et al.*, 2006a).

Dentro do contexto acima, o percentual apresentado por Karli *et al.* (2006a), de 90,6%, refere-se aos 618 portadores de cefaléia do tipo tensional episódica. Entre os 37 portadores de cefaléia do tipo tensional crônica, percentual correspondente reduziu-se para 75,7%.

Se considerarmos apenas a população feminina estudada por Lavados e Tenhamm (1998), o percentual de dor leve a moderada foi de 86%, sendo esse um valor muito próximo daquele encontrado para a população masculina e feminina como um todo, que foi de 87,1%.

Consideramos mais uma vez que os nossos resultados estão de acordo com a média descrita na literatura, tendo ficado muito próximos aos valores encontrados por Kaynac Key, Donmez e Tuzun (2004) para a intensidade leve a moderada cujo percentual atingiu 96,9%.

6.12 Efeito da atividade física rotineira sobre as crises incidentes

No nosso estudo, prevaleceu o agravamento da cefaléia pelo esforço físico rotineiro entre as enfermeiras avaliadas. Nas crises incidentes, praticamente 40 (39/97) % das enfermeiras referiram o agravamento, sendo este percentual mais do dobro do percentual das enfermeiras que referiram indiferença (17/97). Quantitativamente bem aproximado ao percentual de enfermeiras que referiram agravamento, houve um percentual considerável daquelas que apresentaram alternância desse efeito em diferentes crises ocorridas (41/97).

Pudemos confirmar, analisando, prospectivamente, durante dois meses, o efeito da atividade física rotineira sobre a cefaléia, em 536 crises incidentes, o predomínio do agravamento (342/536) sobre a indiferença (177/536), sendo o percentual de agravamento quase o dobro do percentual de indiferença.

Na literatura consultada, o agravamento da cefaléia pela a atividade física variou, entre os indivíduos, de 41,9% a 68,8%, (VINCENT *et al.*, 1998; CHEUNG, 2000; OJINI, OKUBADEJ e DANESI, 2009), havendo uma aproximação maior do nosso resultado com aquele encontrado por Ojini, Okubadej e Danesi (2009), cujo percentual de agravamento foi de 68,8%.

Diferenças metodológicas existentes entre o nosso estudo e os estudos citados dificultaram a comparação dos resultados.

6.13 Efeito da atividade física rotineira conforme a nosologia das crises incidentes

Analisando, prospectivamente, o efeito da atividade física rotineira sobre a dor, nas crises migranosas ocorridas durante o período de dois meses, confirmamos o predomínio absoluto do agravamento (124/133) sobre a indiferença (8/133).

A literatura consultada exhibe uma ampla variação de resultados em relação ao agravamento da migrânea pela atividade física, com percentuais situados desde 24,5% até 100% (BUER *et al.*, 1991; WANG e TSAI, 1999; BÁNK e MÁRTON, 2000; CHEUNG, 2000; KARLI *et al.*, 2006a; AKYOL *et al.*, 2007; OJINI, OKUBADEJ e DANESI 2009).

É necessário enfatizar que o nosso estudo se baseou na avaliação de cada crise *per se*, para garantir uma maior fidedignidade de resultados, metodologia essa não adotada nos estudos acima citados. Dessa maneira, procura-se entender essa disparidade de resultados observada, em geral, entre os estudos citados e entre esses mesmos estudos e o nosso.

Houve, no nosso estudo, em relação à cefaléia do tipo tensional, uma inversão desse predomínio, sendo a indiferença (78/117), em valores relativos e absolutos, mais que o dobro do agravamento em (36/117).

Na literatura consultada, o agravamento da dor pela atividade física na cefaléia do tipo tensional variou, entre os indivíduos, de 76,6% a 23,4% (LAVADOS e TENHAMM, 1998; CHEUNG, 2000; KAYNAC KEY, DONMEZ e TUZUN, 2004; KARLI *et al.*, 2006), havendo bastante aproximação dos nossos resultados com o de Cheung (2000), cujo percentual foi de 29,3%.

Dentro do contexto acima, o percentual apresentado por Karli *et al.* (2006a), de 41,3%, refere-se aos 618 portadores de cefaléia do tipo tensional episódica. Entre os 37 portadores de cefaléia do tipo tensional crônica, o percentual correspondente ascendeu para 59,5%.

Mais uma vez, diferenças metodológicas existentes entre o nosso estudo e os estudos citados dificultaram a comparação dos resultados.

Observamos, ainda, que houve agravamento pelo esforço físico de todas as 21 crises classificadas como provável migrânea, portanto com um percentual superior àquele encontrado para as próprias crises de migrânea. Reconhecemos que o pequeno número de crises de provável migrânea analisadas inviabiliza qualquer pretensão de generalizar conclusões se, de fato, existe uma maior tendência das crises de provável migrânea de serem mais agravadas com a atividade física rotineira do que as próprias crises migranosas. Além

disso, fatores outros inerentes aos critérios diagnósticos utilizados podem ter influenciado para elevar esse percentual.

6.14 Sinais e sintomas acompanhantes das crises incidentes

Entre 105 enfermeiras que apresentaram crises de cefaléia no período de dois meses, a ocorrência sistemática de quaisquer sinais e sintomas associados foi, invariavelmente, minoritária.

Nesse aspecto, inexistiram principalmente vômitos (94/105), mas também, náuseas (60/105) na maioria das enfermeiras. Fonofobia esteve ausente em quase metade (52/105), e fotofobia não foi referida por pouco menos da metade das enfermeiras (47/105).

De forma sistemática entre as enfermeiras, náusea esteve bem mais presente (13/105) que vômito (1/105). Fotofobia esteve também mais presente (17/105) que fonofobia (13/105).

A presença não sistemática de náuseas foi mais que o triplo daquela registrada para vômitos (10/105), enquanto que as presenças não-sistemáticas de fotofobia (41/105) e de fonofobia (40/105) foram equivalentes, em valores relativos e absolutos, entre as enfermeiras.

Analisando prospectivamente 536 crises incidentes de cefaléia, náusea esteve presente em quase 30% dessas crises (152/536), enquanto que vômitos ocorreram em apenas 2,8% (15/536) delas.

Na literatura consultada, a presença de náusea variou de 16,5% a 32,9%, sendo que na população feminina esses percentuais variaram de 20,5% a 39,1%, enquanto que vômitos ocorreram em percentuais de 0% a 8,9%, variando, na população feminina entre 0% e 10,8% (VINCENT *et al.*, 1998; BOARDMAN *et al.*, 2003).

Respeitadas as diferenças metodológicas, consideramos que os nossos resultados encontram-se dentro da média referida na literatura especializada.

A ocorrência não-sistemática de fotofobia ou de fonofobia foi visivelmente maior do que a ocorrência sistemática em 105 enfermeiras avaliadas. Por outro lado, o somatório dos percentuais de ocorrência sistemática e não-sistemática de fotofobia ou de fonofobia foi, em ambos os casos, superior a 50%.

No nosso estudo, fotofobia esteve presente em quase 40% (212/536) das crises incidentes, enquanto que fonofobia ocorreu em cerca de um quarto dessas crises, (133/536).

Na literatura consultada, a presença de fotofobia variou de 30,4% a 40,2%, sendo que na população feminina esses percentuais variaram de 38,2% a 43,2%, enquanto que fonofobia ocorreu em percentuais de 31,8% a 39,1%, variando, na população feminina entre 40,6% e 42,4% (VINCENT *et al.*, 1998; BOARDMAN *et al.*, 2003).

Novamente, diferenças metodológicas existentes entre o nosso estudo e os estudos citados dificultaram a comparação dos resultados.

Entendemos, pois, que só a análise *per se* de cada crise de cefaléia pode demonstrar a verdadeira medida da ocorrência dos sintomas associados, já que esses sintomas podem estar presentes sempre, às vezes ou nunca, possibilidades essas que precisam estar devidamente equacionadas para promover uma aceitável fidedignidade de resultados.

Em outras palavras, a utilização de uma dialética metodológica com dois opostos excludentes entre si, pode constituir importante viés de aferição em estudos epidemiológicos por relegar situações híbridas.

6.15 Sinais e sintomas acompanhantes conforme a nosologia das crises

A análise prospectiva das crises incidentes demonstrou que náusea esteve amplamente presente nas crises de migrânea, em torno de dois terços das 133 crises registradas, enquanto que esteve ausente em todas as 117 crises de cefaléia do tipo tensional.

Na literatura consultada, a presença de náuseas na migrânea variou de 43,1% a 87% (SELBY e LANCE, 1960; WANG e TSAI, 1999; BÁNK e MÁRTON, 2000; KARLI *et al.*, 2006a; ARRUDA e GUIDETTI, 2007).

Uma vez mais, diferenças metodológicas existentes entre o nosso estudo e os estudos citados dificultaram a comparação dos resultados.

Em relação à cefaléia do tipo tensional, encontramos desde ausência de náuseas até sua presença em 35,1%, percentual este encontrado por Karli *et al.* (2006) apenas entre portadores de cefaléia do tipo tensional crônica (LAVADOS e TENHAMM, 1998; KAYNAC KEY, DONMEZ e TUZUN, 2004; FARIAS da SILVA e MOREIRA FILHO, 2005; KARLI *et al.*, 2006; OJINI, OKUBADEJ e DANESI, 2009).

Os nossos resultados foram idênticos àqueles descritos por Kaynac Key, Donmez e Tuzun (2004) e por Ojini, Okubadej e Danesi (2009) os quais não constataram náuseas entre portadores de cefaléia do tipo tensional.

É preciso salientar que, no nosso estudo, nada suportaria a existência de cefaléia do tipo tensional crônica entre as enfermeiras, na qual é admitida a presença de náusea leve (HEADACHE CLASSIFICATION SUBCOMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY, 2004), uma vez que em nenhum caso atingiu-se uma média igual ou superior a 15 dias de cefaléia ao mês no período de dois meses de observação. Justifica-se, dessa maneira, a ausência de náusea, no nosso estudo, em relação à cefaléia do tipo tensional.

Em relação à presença de vômitos associados à migrânea, encontramos na literatura consultada uma variação de 27% a 56%. (SELBY e LANCE, 1960; RASKIN e APPENZELLER, 1980; WANG e TSAI, 1999; BÁNK e MÁRTON, 2000).

Nosso percentual de ocorrência de vômito nas crises incidentes de migrânea foi de 6% (8/133) apenas.

Diferenças metodológicas envolvendo critérios diagnósticos utilizados, coleta de dados devem explicar a ampla variação de resultados que encontramos nos estudos citados e a grande disparidade existente em relação a esses resultados e os nosso.

Em relação à cefaléia do tipo tensional, encontramos desde ausência de vômitos até a sua presença em até 10% dos portadores dessa modalidade de cefaléia (RASKIN e APPENZELLER, 1980; LAVADOS e TENHAMM, 1998; KARLI *et al.*, 2006; OJINI, OKUBADEJ e DANESI, 2009).

Nossos resultados foram os mesmos encontrados por Ojini, Okubadej e Danesi (2009) que não descreveram vômitos entre portadores de cefaléia do tipo tensional.

Farias da Silva e Moreira Filho (2005) também registraram que vômitos associados à cefaléia do tipo tensional praticamente inexistem, expressão esta textual.

Consideramos que a ausência de vômitos associados à cefaléia tensional descrita no nosso estudo tem bom respaldo na literatura especializada.

A análise prospectiva das crises incidentes demonstrou que fotofobia foi o sintoma mais comumente encontrado nas crises de migrânea, ocorrendo em torno de três quartos das crises (101/133), enquanto que em apenas 12% (14/117) das crises de cefaléia do tipo tensional.

Na literatura consultada, a presença de fotofobia entre migranosos variou de 15,2% a 82% (SELBY e LANCE, 1960; FARIAS da SILVA, 1989; WANG e TSAI, 1999; BÁNK e MÁRTON, 2000; KARLI *et al.*, 2006a; ARRUDA e GUIDETTI, 2007; ANDRADE, *et al.*, 2009).

Contudo, a maioria dos estudos citados mostrou percentual acima de 50%, havendo, apenas, um percentual de 15,2% descrito por Wang e Tsai (1999) e outro percentual de 49,3% descrito por Andrade *et al.* (2009).

Ainda assim, diferenças metodológicas existentes entre o nosso estudo e os estudos citados dificultaram a comparação dos resultados.

Em relação à cefaléia do tipo tensional, encontramos, na literatura especializada, fotofobia variando de 4,4% até 32,4%, tendo, este percentual maior, sido reportado por Karli *et al.* (2006) apenas entre portadores de cefaléia do tipo tensional crônica (FARIAS da

SILVA, 1989; LAVADOS E TENHAMM, 1998; KAYNAC KEY, DONMEZ e TUZUN, 2004; FARIAS da SILVA e MOREIRA FILHO, 2005; KARLI *et al.*, 2006a; OJINI, OKUBADEJ e DANESI, 2009).

Mais uma vez, encontramos uma grande variação de resultados na literatura especializada. Além disso, as mesmas diferenças metodológicas existentes entre o nosso estudo e os estudos citados dificultaram a comparação dos resultados.

A análise prospectiva das crises incidentes demonstrou que fonofobia também predominou nas crises de migrânea, com percentual próximo a 60% (78/133), contra um percentual de apenas 2,6% (3/117) encontrado nas crises de cefaléia do tipo tensional.

Na literatura consultada, a presença de fonofobia na migrânea variou de 45,1% a 68% (FARIAS da SILVA, 1989; WANG e TSAI, 1999; BÁNK e MÁRTON, 2000; KARLI *et al.*, 2006a; ARRUDA e GUIDETTI, 2007; ANDRADE *et al.*, 2009).

Também nesse aspecto, diferenças metodológicas existentes entre o nosso estudo e os estudos citados dificultaram a comparação dos resultados.

Em relação à cefaléia do tipo tensional, encontramos, na literatura especializada, fonofobia variando de 6,57% até 48,6% (FARIAS da SILVA, 1989; LAVADOS e TENHAMM, 1998; KAYNAC KEY, DONMEZ e TUZUN, 2004; FARIAS da SILVA e MOREIRA FILHO, 2005; KARLI *et al.*, 2006a; OJINI, OKUBADEJ e DANESI, 2009).

Nosso percentual de ocorrência de fonofobia nas crises incidentes de cefaléia do tipo tensional foi de 2,6% (3/117) apenas.

As mesmas diferenças metodológicas existentes entre o nosso estudo e os estudos citados dificultaram a comparação dos resultados.

Finalmente, a ausência de sinais e sintomas acompanhantes ocorreu em 84,6% (99/117) das crises de cefaléia do tipo tensional, enquanto que em todas as 133 crises de migrânea, houve presença de sinais/sintomas acompanhantes.

6.16 Aspectos comparativos: migrânea x cefaléia do tipo tensional – um *continuum* de crises

Analisando as crises migranosas que incidiram nas enfermeiras que preencheram, a partir da anamnese, os critérios para diagnóstico clínico de migrânea e que não preencheram os critérios diagnósticos para cefaléia do tipo tensional, observamos que as características dominantes foram a bilateralidade, o caráter pulsátil, a intensidade moderada a forte, o agravamento pelas atividades físicas rotineiras e a presença de sinais e sintomas acompanhantes (náusea, fotofobia e fonofobia e vômito na ordem decrescente de frequência).

Mutatis mutandis, em relação à cefaléia do tipo tensional, essas mesmas características foram a bilateralidade, o caráter da dor em peso/pressão, a intensidade leve a moderada, a indiferença da cefalalgia em relação às atividades físicas e a menor presença de sinais e sintomas acompanhantes (fotofobia e fonofobia na ordem decrescente de frequência, havendo, ainda, ausência de náuseas e de vômitos).

Infere-se que existem padrões dominantes em relação a essas características na cefaléia do tipo tensional e na migrânea sem que esses padrões sejam rígidos. A simples análise de cada crise tensional ou migranosa *per se* pode confirmar essa assertiva. Muitas das características usuais da migrânea foram encontradas nas crises incidentes tensionais e vice-versa. Excetuando náuseas ou vômitos, que estiveram ausentes em todas as crises tensionais, mas que se fizeram presentes entre crises de provável cefaléia do tipo tensional, todas as demais características clínicas estudadas se fizeram presente num e noutro padrão de crise.

Por outro lado, não reunimos casos de cefaléia do tipo tensional crônica na qual a náusea pode fazer parte da sintomatologia crítica. Vômito, embora não faça parte dos critérios diagnósticos atuais da Sociedade Internacional de Cefaléia para cefaléia do tipo tensional, seja ela da modalidade episódica ou crônica, pelo contrário exclui esse diagnóstico, foi registrado por uma enfermeira numa crise que preencheu os critérios diagnósticos para provável cefaléia do tipo tensional (HEADACHE CLASSIFICATION SUBCOMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY, 2004).

Tudo isso é para dizer que houve uma superposição, ao menos qualitativa, entre as crises incidentes através de suas características clínicas, formando um conjunto conexo (*continuum*) que, conceitualmente, não pode ser dividido em dois subconjuntos que não tenham pontos em comum.

Por ser este, na sua essência, um trabalho de pesquisa clínica, foge ao seu escopo qualquer pretensão de tecer considerações além do que a pesquisa permite inferir.

É o caso da Teoria do *Continuum* cuja comprovação depende de pesquisas clínicas, mas também de um amplo conhecimento da fisiopatogenia da cefaléia do tipo tensional e da migrânea para entender o que há em comum entre elas.

A nossa tese pretende demonstrar que existe um *continuum* de crises entre cefaléia do tipo tensional e migrânea, o que é de se esperar caso elas sejam pólos opostos de um mesmo espectro nosológico

Essas observações forneceram os fundamentos para elaboração de um escore diagnóstico aplicável a crises de cefaléia do tipo tensional episódica e a crises de migrânea.

6.17 Elaboração de uma escala numérica com escores diagnósticos

Abstraída a questão temporal da duração da crise migranosa e da duração da crise de cefaléia do tipo tensional, a simples análise dos demais critérios diagnósticos nos remete à conclusão de que a migrânea é o reverso da cefaléia do tipo tensional e vice-versa. De fato, a unilateralidade da dor na migrânea é a antítese da bilateralidade, melhor dizendo, da não-unilateralidade da dor na cefaléia do tipo tensional. Raciocínio análogo pode ser feito em relação ao caráter pulsátil da dor na migrânea e o caráter não-pulsátil, em pressão, encontrado na cefaléia do tipo tensional, em relação à intensidade moderada a forte na migrânea em contrapartida à intensidade leve a moderada, em relação ao agravamento da cefaléia pela atividade física rotineira na migrânea em oposição ao não-agravamento na cefaléia do tipo tensional, em relação à presença de náuseas na migrânea e sua ausência, ao menos nas formas episódicas, na cefaléia do tipo tensional, em relação à presença de vômito na migrânea e sua ausência na cefaléia do tipo tensional e, finalmente, em relação à presença simultânea de fotofobia e fonofobia numa mesma crise migranosa e sua ausência, ao menos simultânea, na cefaléia do tipo tensional.

Dentro desse antagonismo, um sistema binário pôde ser idealizado, baseado na presença (sim) e na ausência (não) de cada característica clínicas nas crises incidentes de migrânea, sabendo-se que a presença norteia o diagnóstico de migrânea, enquanto que a ausência norteia o diagnóstico do seu reverso, ou seja, da cefaléia do tipo tensional.

A etapa seguinte foi a elaboração de um índice numérico para pontuar a presença (sim) de cada característica clínica, já que a ausência (não), no sistema binário, implica a não-pontuação.

Um índice numérico pôde ser ponderado, para as crises incidentes de migrânea, em função da freqüência, relativizada percentualmente, de cada característica clínica no universo de todas as crises incidentes de cefaléia do tipo tensional e de migrânea no período estudado.

Evidentemente, o somatório desses índices numéricos aplicados a uma crise de cefaléia do tipo tensional ou a uma crise migranosa fornece um escore diagnóstico dentro de uma escala numericamente crescente da cefaléia do tipo tensional para a migrânea.

Foi procedido um ajuste centesimal nesses índices visando a que os escores diagnósticos pudessem variar de zero a 100.

Pontuando 38 crises de cefaléia do tipo tensional apresentadas por 17 enfermeiras com diagnóstico clínico apenas de cefaléia do tipo tensional e pontuando 42 crises de migrânea apresentadas por 14 enfermeiras apenas com diagnóstico clínico de migrânea, observamos

que o escore mínimo da cefaléia do tipo tensional foi zero e seu escore máximo foi 47. De forma análoga, o escore mínimo para migrânea foi 53 e seu escore máximo foi 99. Não houve, portanto, nesse grupo, um conjunto-interseção formado pelos escores comuns às duas modalidades estudadas de cefaléia

Extrapolando essa pontuação para 112 crises de cefaléia do tipo tensional e 131 crises de migrânea apresentadas por 75 enfermeiras com cefaléia do tipo tensional e/ou migrânea, observamos que o escore máximo da cefaléia do tipo tensional foi elevado para 65, nada evidentemente mudando em relação ao escore mínimo. Em relação à migrânea, o menor escore pontuado decresceu para 38, e o maior escore ascendeu para 100.

A simples observação da frequência desses escores possibilitou um arbitramento de um ponto de corte ≤ 47 para cefaléia do tipo tensional e de um ponto de corte ≥ 58 para migrânea. Observamos que apenas três crises de cefaléia do tipo tensional e quatro crises de migrânea se situaram para fora do ponto de corte, conferindo elevada sensibilidade e especificidade ao escore diagnóstico aplicado às crises.

Nada semelhante encontramos na literatura consultada que pudesse ser comparado aos nossos resultados.

6.18 Considerações finais

1. A prevalência da cefaléia do tipo tensional, na população estudada, foi ligeiramente maior que a prevalência da cefaléia do tipo tensional.
2. A sensibilidade dos critérios diagnósticos utilizados foi substancialmente menor para classificar crises incidentes do que para classificar cefaléias.
3. Entre as crises classificadas, o grupo da migrânea foi de valor prevalente.
4. Entre as crises incidentes não-classificadas, o grupo da migrânea fármaco-modificada foi de valor prevalente.
5. Houve um predomínio, na cefaléia do tipo tensional, de crises com duração menor que quatro horas, embora que crises de maior duração, entre quatro e 72 horas ou mais, também tenham sido registradas.
6. A dor bilateral foi predominante tanto nas crises de cefaléia do tipo tensional como nas crises de migrânea, embora que dor unilateral tenha sido descrita, tanto na migrânea como na cefaléia do tipo tensional

7. A dor pulsátil predominou nas crises de migrânea, enquanto que a dor em peso/pressão predominou nas crises de cefaléia do tipo tensional, muito embora o caráter em peso/pressão tenha ocorrido também na migrânea e o caráter pulsátil tenha ocorrido também na cefaléia do tipo tensional.
8. A intensidade da dor foi predominantemente leve a moderada nas crises de cefaléia do tipo tensional e predominantemente moderada a forte nas crises de migrânea, embora tenham sido descritas crises de migrânea de leve intensidade e crises de cefaléia do tipo tensional de forte intensidade.
9. Nas crises de migrânea, o agravamento da cefaléia promovida pela atividade física rotineira predominou sobre o não-agravamento, ocorrendo o inverso nas crises de cefaléia do tipo tensional.
10. Sinais e sintomas acompanhantes estiveram sempre presentes nas crises de migrânea, mas foram minoritários nas crises de cefaléia do tipo tensional.
11. Náuseas ou vômitos inexistiram nas crises de cefaléia do tipo tensional, contudo estiveram presentes entre crises de provável cefaléia do tipo tensional.
12. As características clínicas das crises de cefaléia do tipo tensional e de migrânea se assemelharam nos seus aspectos qualitativos e se distinguiram nos seus aspectos quantitativos.
13. Essas semelhanças e diferenças possibilitaram a elaboração de um escore diagnóstico aplicável a ambas as modalidades de crise.
14. O escore diagnóstico elaborado apresenta um intervalo comum às duas modalidades de crise, confirmando a existência de um *continuum* de crises.
15. A aplicação do escore diagnóstico às crises de cefaléia do tipo tensional e de migrânea conferiu-lhe elevada sensibilidade e especificidade.

7 CONCLUSÃO

As crises incidentes de cefaléia do tipo tensional e de migrânea se superpuseram, qualitativamente, em suas características clínicas de modo a constituir um *continuum*, podendo ser distinguidas pela aplicação de um escore diagnóstico baseado em aspectos quantitativos dessas mesmas características.

8 REFERÊNCIAS

AD HOC COMMITTEE ON CLASSIFICATION OF HEADACHE. Classification of headache. **JAMA**, v. 179, n. 9, p.717-718, Mar. 3 1962.

ADOUKONOU, T. *et al.* Migraine among university students in Cotonou (Benin). **Headache**, St. Louis, v. 49, n. 6, p.887-893, Jun. 2009.

AKYOL, A. *et al.* Epidemiology and clinical characteristics of migraine among school children in the Menderes region. **Cephalalgia**, Oslo, v. 27, n. 7, p. 781-787, Jul. 2007.

ALBUQUERQUE, R. P. de. *et al.* An epidemiologic study of Brazilian schoolchildren with a focus on pain frequency. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, São Paulo, v. 67, n. 3b, p. 798-803, Sep. 2009.

ANDRADE, T. F. *et al.* Aspectos clínicos e epidemiológicos da enxaqueca na população adulta de Maceió, Alagoas. **Neurobiologia**, Recife, v. 72, n. 3, p. 101-107, jul./set. 2009.

ANTONIUK, S.; *et al.* Prevalence of headache in children of a school from Curitiba, Brazil, comparing data obtained from children and parents. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, São Paulo, v. 56, n. 4, p. 726-733, Dec. 1998.

ARRUDA, M. A. Peculiaridades da migrânea na infância. In: ARRUDA, M. A.; GUIDETTI, V. (Ed.). **Cefaléia na infância e adolescência**. Ribeirão Preto: Instituto Glia, 2007. p. 91-104.

BAKAL, D. A.; DEMJEN, S; KAGANOV, J. The continuous nature of headaches susceptibility. **Social Science and Medicine**, New York, v. 19, n. 12, p. 1305-1311, 1984.

BÁNK, J.; MÁRTON, S. Hungarian migraine epidemiology. **Headache**, St. Louis, v. 40, n. 2, p. 164-169, Feb. 2000.

BAREA, L. M.; TANNHAUSER, M.; ROTTA, N. T. An epidemiologic study of headache among children and adolescents of southern Brazil. **Cephalalgia**, Oslo, v. 16, n. 8, p. 545-549, Dec. 1996.

BASTOS, S. B.; ALMEIDA-FILHO, N. de; SANTANA, V. S. Prevalência da cefaléia como sintoma em um setor urbano de Salvador, Bahia. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, São Paulo, v. 51, n. 3, p.307-312, set. 1993.

BIGAL, M. E.; BORDINI, C.A.; SPECIALI, J. G. Etiology and distribution of headaches in two Brazilian primary care units. **Headache**, St. Louis, v. 40, n. 3, p. 241-247, Mar. 2000.

BOARDMAN, H. F. *et al.* Epidemiology of headache in an English district. **Cephalalgia**, Oslo, v. 23, n. 2, p. 129-137, Mar. 2003.

BUER, O. *et al.* Prevalence of migraine in general practice. A pilot study. **Cephalalgia**, Oslo, suppl. 11. p. 97-98, 1991.

BUONANOTTE, f.; FERNANDEZ, R.; ENDERS, J. Impacto de la migraña em estudantes universitarios. **Migrêneas & Cefaléias**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 225-228, out./nov./dez. 2008.

CAMARDA, R. M. *et al.* Migraine headaches in high school student population. **Cephalalgia**, Oslo, suppl. 11. p. 97-98, 1991.

CATHARINO, A. M. da S. Cefaléia: prevalência e relação com o desempenho escolar de estudantes de medicina. **Migrêneas & Cefaléias**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 46-50, abr./maio/jun. 2007.

CHEUNG, R. T. Prevalence of migraine, tension-type headache, and other headache in Hong Kong. **Headache**, St. Louis, v. 40, n. 6, p. 473-479, Jun. 2000.

COSTA, M. Z. da *et al.* Frequency of headache in medical students of Santa Catarina's Federal University. **Headache**, St. Louis, v. 40, n. 9, p. 740-744, Oct. 2000.

DELEU, D. *et al.* Prevalence and clinical characteristics of headache in medical students in Oman. **Headache**, St. Louis, v. 41, n. 8, p. 798-804, Sep. 2001.

DELEU, D.; KHAN, M.A.; AL SHEHAB, T. A. H. Prevalence and clinical characteristics of headache in a rural community in Oman. **Headache**, St. Louis, v. 42, n. 10, p. 963-963, Nov. 2002.

DOMINGUES, R. B. *et al.* Headache epidemiology in Vitória, Espírito Santo. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, São Paulo, v. 62, n. 3A, p. 588-591, Sep. 2004.

DOMINGUES, R. B. *et al.* Prevalence and impact of headache and migraine among Brazilian Tupiniquim natives. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, São Paulo, v. 67, n. 2-B, p. 413-415, Jun. 2009.

DRUMMOND, P. D.; LANCE, J. L. Clinical diagnosis and computer analysis of headache symptoms. **Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry**, London, v. 47, n. 2, p. 128-133, Feb. 1984.

FARIAS da SILVA, W. **Estudo comparativo entre aspectos clínicos das enxaquecas clássica e comum**. Recife, 1988. 72 p. Tese (Concurso para Professor Titular) – Departamento de Neuro-Psiquiatria do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco.

FARIAS da SILVA, W. **Cefaléias: diagnóstico e tratamento**. Rio de Janeiro: Medsi, 1989.

FARIAS da SILVA, W. **Diagnóstico das cefaléias**. São Paulo: Lemos Editorial, 2003.

FARIAS da SILVA, W. *et al.* **Migrânea**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Cefaléia, 2005a. Cap 4.

FARIAS da SILVA, W.; Moreira Filho, P. F. **Cefaléia do tipo tensional e outras cefaléias primárias**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Cefaléia, 2005. p. 19.

FARIAS da SILVA, W. Prevalência de cefaléia no transcorrer da vida em uma amostra da população na região metropolitana de Recife. **Migrâneas & Cefaléias**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 104-106, out./nov./dez. 2005b.

GÖBEL, H.; PETERSON BRAUN, M.; SOYKA, D. The epidemiology of headache in Germany: a nationwide survey of a representative sample on the basis of headache classification of the International Headache Society. **Cephalalgia**, Oslo, v. 14, n. 2, p. 97-106, Dec. 1994.

HEADACHE CLASSIFICATION COMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. **Cephalalgia**, Oslo, v. 8, suppl. 7, p. 1-96, 1988.

HEADACHE CLASSIFICATION SUBCOMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY. The International Classification of Headache Disorders 2. Ed. **Cephalalgia**, Oslo, v. 24, suppl. 1, p. 9-160, May 2004.

HO, K. H.; ONG, B. K.; LEE, S. C. Headache and self-assessed depression scores in Singapore University undergraduates. **Headache**, St. Louis, v. 37, n. 1, p. 26-30, Jan. 1997.

ISIK, U *et al.* The prevalence of headache and its association with socioeconomic status among schoolchildren in Istanbul, Turkey. **Headache**, St. Louis, v. 49, n. 5, p. 697-703, May 2009.

IVERSEN, H. K. *et al.* Clinical characteristics of migraine and episodic tension-type headache in relation to old and new diagnostic criteria. **Headache**, St. Louis, v. 30, n. 8, p. 514-519, Jul. 1990.

JUNIOR, A. S. *et al.* Prevalence of headache in the entire population of a small city in Brazil. **Headache**, St. Louis, v. 49, n. 6, p. 895 -899, Jun. 2009.

KARLI, N. *et al.* Clinical characteristics of tension-type headache and migraine in adolescents: a student-based study. **Headache**, St. Louis, v. 46, n. 3, p. 399-412, Mar. 2006a.

KARLI, N. *et al.* Headache prevalence in adolescents aged 12 to 17: a student-based study. **Headache**, St. Louis, v. 46, n. 4, p.649-655, Apr. 2006b.

KAYNAK KEY, F. N.; DONMEZ S.; TUZUN, U. Epidemiological and clinical characteristics with psychosocial aspects of tension-type headache in Turkish college students. . **Cephalalgia**, Oslo, v. 24, n. 8, p.669-674, Aug. 2004.

KURTZKE, J. F. An introduction to neuroepidemiology. **Neurologic Clinics**, Philadelphia, v. 14, n. 2, p. 255-272, May 1996.

LANCE, J.; GOADSBY, P. J. The history of headache. In: _____. **Mechanism and Management of Headache**. 6. Ed. Reprinted. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1999. p. 1-8.

LARSSON, B.; SUND, A. M. One-year incidence, course, and outcome predictors of frequent headaches among early adolescents. **Headache**, St. Louis, v. 45, n. 6, p.684-691, Jun. 2005.

LAVADOS, P. M.; TENHAMM, E. Epidemiology of tension-type headache in Santiago, Chile: a prevalence study. **Cephalalgia**, Oslo, v. 18, n. 8, p.552-558, Aug. 2004.

LINET, *et al.* An epidemiologic study of headache among adolescents and young adults. **JAMA**, v. 261, n. 15, p. 2211-2216, Apr. 21 1989.

LIPTON, R.B. Epidemiology and classification of frequent headaches. In: Congress of International Headache Society, 9th, 1999, Barcelona . **Cephalalgia**, Oslo: Scandinavian University Press, 1999. p. 292.

MARANHÃO FILHO, P. História das cefaléias. In: SPECIALI, J. G.; FARIAS da SILVA, W. (Coord). **Cefaléias**. São Paulo: Lemos Editorial, 2002. P. 15-33.

MATTA, A. P. da C.; MOREIRA FILHO, P. F. A cefaléia do tipo tensional pode ter caráter pulsátil? **Migrêneas & Cefaléias**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 5-7, jan./fev./mar. 2004.

MITSIKOSTAS, D. D. *et al.* An epidemiological study of headache among the Monks of Athos. **Headache**, St. Louis, v. 34, n. 9, p. 539-541, Oct. 1994.

MITSIKOSTAS, D. D.; THOMAS, A. M. Comorbidity of headache and depressive disorders. . **Cephalalgia**, Oslo, v. 19, n. 4, p. 211-217, May 1999.

NADAOKA, T. *et al.* Headache and stress in a group of nurses and government administrators in Japan. **Headache**, St. Louis, v. 37, n. 6, p.386-391, Jun. 1997.

OJINI, F. I.; OKUBADEJO, N. U.; DANESI, M. A. Prevalence and clinical characteristics of headache in medical students of the University of Lagos, Nigeria. **Cephalalgia**, Oslo, v. 29, n. 4, p. 472-477, Apr. 2009.

PEREIRA, M. G. Conceitos básicos de epidemiologia. In: _____. **Epidemiologia: teoria e prática**. 4. reimp. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000, p. 1-16.

PINTO, B. F. B. *et al.* Prevalência e impacto da cefaléia nos funcionários de uma empresa: avaliação com a colaboração da Associação de Trabalhadores. **Migrêneas & Cefaléias**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 229-237, out./nov./dez. 2008.

QUEIROZ, L. P. *et al.* Um estudo epidemiológico nacional de cefaléia no Brasil. **Migrêneas & Cefaléias**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 190-196, jul./ago./set. 2008.

RABELLO, G. D. **Estudo transversal em uma população hospitalar**: Fatores constitucionais e ambientais relacionados à enxaqueca. São Paulo, 2000. 127 p. Tese (Doutorado em Neurologia) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

RADTKE, A.; NEUHAUSER, H. Prevalence and burden of headache and migraine in Germany. **Headache**, St. Louis, v. 49, n. 1, p. 79-89, Jan. 2009.

RAFFAELLI JÚNIOR, E. A cefaléia do tipo tensional pode ter caráter pulsátil? Parte II – A contestação. **Migrâneas & Cefaléias**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 73-74, abr./maio./jun. 2004.

RASKIN, N. H.; APPENZELLER, O. Headache. In: SMITH, L. H. (Ed.) **Major problems in internal medicine**. v. 19, Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1980.

RASMUSSEN, B. K In: Congress of International Headache Society Epidemiology of headache in a general population - a prevalence study. **Journal of clinical epidemiology**, Oxford, v. 44, n. 11, p. 1147-1157, 1991.

RHEE, H. Prevalence and predictors of headache in US adolescents. **Headache**, St. Louis, v. 40, n. 7, p. 528-538, Jul./Aug. 2000.

SANVITO, W. L. *et al.* The epidemiology of migraine in medical students. **Headache**, St. Louis, v. 36, n. 5, p. 316-319, May 1996.

SANTINELLO, M.; VIENO, A.; DE VOGLI, R. Primary headache in Italian early adolescents: the role of perceived teacher unfairness. **Headache**, St. Louis, v. 49, n. 3, p. 366-374, Mar. 2009.

SILBERSTEIN, S. D.; LIPTON, R. B.; GOADSBY, P. J. **Headache in Clinical Practice**. Reprinted. Oxford; Isis Medical Media, 1998. Cap. 2.

SELBY, G.; LANCE, J. L. Observation on 500 cases of migraine and allied vascular headache. **Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry**, London, v. 23, n. 1, p. 23-32, Feb. 1960.

SJAASTAD, O. The International Headache Society. A multi-disciplinary forum. **Cephalalgia**, Oslo, v. 3, n. 1, p.10, Mar. 1983.

VINCENT, M. *et al.* Prevalência e custos indiretos das cefaléias em uma empresa brasileira. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, São Paulo, v. 56, n. 4, p.734-743, dez. 1998.

WANG, P. J.; TSAI, J. J. Headache characteristics of migraineurs in a headache clinic in Taiwan. In: Congress of International Headache Society, 9th, 1999, Barcelona . **Cephalalgia**, Oslo: Scandinavian University Press, 1999. p. 335.

WANG, S. J. *et al.* Comorbidity of headache and depression in the elderly. **Pain**, Amsterdam, v. 82, n. 4, p.239-243, Sep. 1999.

ZÉTOLA, V. H. F. *et al.* Incidência de cefaléia em uma comunidade hospitalar. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, São Paulo, v. 56, n. 3-B, p. 559-564, set. 1998.

9 APÊNDICES

9.1 APÊNDICE A – Casuística

Caso 01 - 55 anos, provável migrânea ou provável cefaléia do tipo tensional.

Caso 02 - 49 anos, cefaléia do tipo tensional.

Caso 03 - 51 anos migrânea sem aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 04 - 48 anos, migrânea sem aura e migrânea com aura.

Caso 05 - 51 anos, sem cefaléia.

Caso 06 - 52 anos, migrânea sem aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 07 - 51 anos, migrânea sem aura, migrânea com aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 08 - 40 anos, migrânea sem aura.

Caso 09 - 34 anos, migrânea sem aura e migrânea com aura.

Caso 10 - 35 anos, migrânea sem aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 11 - 34 anos, migrânea sem aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 12 - 37 anos, migrânea sem aura.

Caso 13 - 59 anos, migrânea sem aura.

Caso 14 - 51 anos, migrânea sem aura, migrânea com aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 15 - 32 anos, migrânea sem aura.

Caso 16 - 52 anos, cefaléia do tipo tensional (inativa).

Caso 17 - 63 anos, migrânea sem aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 18 - 35 anos, migrânea sem aura.

Caso 19 - 53 anos, migrânea sem aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 20 - 33 anos, migrânea sem aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 21 - 53 anos, migrânea sem aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 22 - 57 anos, cefaléia do tipo tensional.

Caso 23 - 54 anos, migrânea sem aura, migrânea com aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 24 - 42 anos, migrânea sem aura, migrânea com aura e cefaléia secundária.

Caso 25 - 53 anos, cefaléia do tipo tensional.

Caso 26 - 55 anos, cefaléia do tipo tensional.

Caso 27 - 51 anos, cefaléia do tipo tensional.

Caso 28 - 33 anos, migrânea sem aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 29 - 34 anos, migrânea sem aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 30 - 37 anos, migrânea com aura.

Caso 31 - 48 anos, cefaléia do tipo tensional.

Caso 32 - 49 anos, cefaléia do tipo tensional.

Caso 33 - 51 anos, migrânea sem aura, migrânea com aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 34 - 57 anos, cefaléia do tipo tensional.

Caso 35 - 51 anos, migrânea sem aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 36 - 52 anos, migrânea sem aura.

Caso 37 - 48 anos, migrânea sem aura ou migrânea sem aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 38 - 40 anos, migrânea sem aura.

Caso 39 - 48 anos, migrânea com aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 40 - 48 anos, migrânea sem aura, migrânea com aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 41 - 51 anos, migrânea sem aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 42 - 33 anos, provável migrânea ou provável migrânea e cefaléia do tipo tensional.

Caso 43- 49 anos, migrânea com aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 44- 54 anos, migrânea sem aura ou migrânea com aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 45- 42 anos, migrânea sem aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 46 - 38 anos, migrânea sem aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 47 - 52 anos, cefaléia do tipo tensional.

Caso 48 - 34 anos, migrânea sem aura.

Caso 49 - 36 anos, migrânea sem aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 50 - 36 anos, migrânea sem aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 51 - 46 anos, migrânea sem aura, migrânea com aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 52 - 51 anos, migrânea sem aura.

Caso 53 - 31 anos, cefaléia do tipo tensional.

Caso 54 - 28 anos, migrânea sem aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 55 - 37 anos, migrânea sem aura ou migrânea com aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 56- 53 anos, provável migrânea ou provável cefaléia do tipo tensional.

Caso 57- 51 anos, migrânea sem aura, migrânea com aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 58- 27 anos, migrânea sem aura e migrânea com aura.

Caso 59- 40 anos, migrânea sem aura, migrânea com aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 60- 38 anos, migrânea sem aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 61- 38 anos, migrânea sem aura.

Caso 62- 37 anos, migrânea sem aura, migrânea com aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 63- 37 anos, migrânea sem aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 64- 34 anos, cefaléia do tipo tensional.

Caso 65- excluído.

Caso 66 - 50 anos, migrânea sem aura, migrânea com aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 67 - 52 anos, sem cefaléia.

Caso 68 - 51 anos, migrânea sem aura.

Caso 69 - 43 anos, cefaléia do tipo tensional.

Caso 70 - 29 anos, cefaléia do tipo tensional.

Caso 71 - 33 anos, cefaléia do tipo tensional.

Caso 72 - 44 anos, cefaléia do tipo tensional.

Caso 73 - 51 anos, cefaléia do tipo tensional.

Caso 74 - 28 anos, migrânea sem aura.

Caso 75 - 42 anos, migrânea sem aura, migrânea com aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 76 - 36 anos, migrânea com aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 77 - excluída.

Caso 78 - 45 anos, migrânea sem aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 79 - 42 anos, migrânea sem aura, migrânea com aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 80 - 38 anos, migrânea sem aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 81 - 32 anos, migrânea sem aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 82 - 46 anos, cefaléia do tipo tensional.

Caso 83 - excluída.

Caso 84 - 30 anos, migrânea sem aura.

Caso 85 - 37 anos, cefaléia do tipo tensional.

Caso 86 - 42 anos, migrânea sem aura e migrânea com aura.

Caso 87 - 45 anos, migrânea sem aura, migrânea com aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 88 - 43 anos, migrânea sem aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 89 - 34 anos, migrânea sem aura.

Caso 90 - 54 anos, migrânea sem aura e migrânea com aura.

Caso 91 - 37 anos, migrânea sem aura, migrânea com aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 92 - 43 anos, cefaléia do tipo tensional.

Caso 93 - 46 anos, cefaléia do tipo tensional.

Caso 94 - 39 anos, migrânea sem aura e migrânea com aura.

Caso 95 - 36 anos, migrânea sem aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 96 - 44 anos, cefaléia do tipo tensional.

Caso 97 - 39 anos, migrânea sem aura.

Caso 98 - 44 anos, cefaléia do tipo tensional.

Caso 99 - 30 anos, sem cefaléia.

Caso 100 - 36 anos, migrânea sem aura e migrânea com aura.

Caso 101- 37 anos, cefaléia do tipo tensional.

Caso 102- 42 anos, migrânea sem aura, migrânea com aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 103- 39 anos, cefaléia do tipo tensional.

Caso 104 - 40 anos, cefaléia do tipo tensional.

Caso 105 - 27 anos, migrânea sem aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 106 - excluída.

Caso 107 - 28 anos, cefaléia do tipo tensional.

Caso 108 - 46 anos, migrânea sem aura.

Caso 109 - 31 anos, migrânea sem aura, migrânea com aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 110 - 44 anos, migrânea sem aura, migrânea com aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 111 - 33 anos, cefaléia do tipo tensional e provável migrânea ou provável cefaléia do tipo tensional.

Caso 112 - 36 anos, migrânea sem aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 113- 32 anos, migrânea sem aura, migrânea com aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 114- 33 anos, migrânea sem aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 115- 32 anos, migrânea sem aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 116 - 41 anos, cefaléia do tipo tensional.

Caso 117 - 49 anos, migrânea sem aura.

Caso 118 - 38 anos, migrânea sem aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 119- 42 anos, migrânea sem aura, migrânea com aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 120- 33 anos, migrânea sem aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 121 - 32 anos, migrânea sem aura ou migrânea sem aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 122- 49 anos, migrânea sem aura, migrânea com aura e cefaléia do tipo tensional

Caso 123 - 32 anos, migrânea sem aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 124 - 38 anos, migrânea sem aura e cefaléia do tipo tensional.

Caso 125 - 48 anos, cefaléia do tipo tensional.

9.2 APÊNDICE B – Ficha Padrão

- 1 - Identificação (Iniciais): Sexo: Data-nascimento:
- 2 - Idade de início da cefaléia;
- 3 - Pródromos da migrânea;
- 4 - Sintomas iniciais (aura);
- 5 - Localização da cefalalgia;
- 6 - Caráter da cefalalgia;
- 7 - Intensidade da cefalalgia;
- 8 - Sinais e sintomas acompanhantes da cefaléia;
- 9 - Fatores desencadeantes e agravantes da cefaléia;
- 10 - Fatores de alívio da cefaléia;
- 11 - Horário preferencial da cefaléia;
- 12 - Duração média das crises de cefaléia;
- 13 - Modo de resolução das crises de cefaléia;
- 14 - Sintomas pós-críticos das crises de cefaléia;
- 15 - Frequência das crises de cefaléia;
- 16 - Evolução temporal da gravidade cefaléia;
- 17 - Utilização de medicação sintomática nas crises de cefaléia;
- 18 - Terapêutica profilática farmacológica da cefaléia;
- 19 - Terapêuticas outras utilizadas;
- 20 - Antecedentes familiares de migrânea e depressão
- 21 - Diagnóstico e classificação das cefaléias.

9.3 APÊNDICE C – Registro de Crises

Para cada vez que tiver cefaléia, responda:

- 1) Sua cefaléia durou:
 - a) Menos de quatro horas
 - b) Entre quatro e 72 horas
 - c) Mais de 72 horas
- 2) Você usou alguma medicação para a cefaléia?
 - a) Sim
 - b) Não
- 3) A dor foi:
 - a) Unilateral
 - b) Bilateral
 - c) Bilateral, porém predominando de um lado
- 4) A dor foi do tipo:
 - a) Pulsátil
 - b) Peso-pressão
 - c) Outro
- 5) A intensidade foi:
 - a) Leve
 - b) Moderada
 - c) Forte
- 6) A dor piorava com esforço físico?
 - a) Sim
 - b) Não
- 7) Assinale todos os sintomas acompanhantes da cefaléia:
 - a) Náusea
 - b) Vômito
 - c) Fotofobia
 - d) Fonofobia
 - e) Nenhum desses

Data da cefaléia:

9.4 APÊNDICE D – Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE PARA A SUA INCLUSÃO EM UM ESTUDO DESCRITIVO SOBRE DOR DE CABEÇA.

Instituição: Universidade Federal de Pernambuco

Pesquisador: Dr. Joaquim José de Souza Costa Neto

1 - Natureza e Proposta do da Pesquisa

Você está sendo convidado a participar de um estudo sobre dor de cabeça.

2 - Explicação dos Procedimentos

Você precisará responder perguntas sobre dor de cabeça. Você não gastará dinheiro para participar da pesquisa.

3 - Possíveis Riscos e Desconfortos

O constrangimento de conversar sobre doença e o cansaço do corpo e da mente.

4 - Retirada do Estudo

Sua entrada na pesquisa é livre. Você também poderá sair dela se e quando quiser, sem prejudicar você ou o seu tratamento.

5 - Confidencialidade

Tudo que você contar será usado somente na pesquisa. Suas informações são confidenciais para nós. Os resultados poderão ser apresentados em revistas médicas, congressos ou coisas parecidas, mas o seu nome nunca aparecerá em parte alguma.

6 - Declaração do Paciente

Ao assinar este Termo de Consentimento, você estará permitindo o nosso acesso ao seu prontuário médico e aos exames que o seu médico de tratamento pedir.

Eu, _____,
voluntariamente concordo em participar desta pesquisa, depois de ter lido e compreendido
tudo que está escrito nesta folha.

Recife, / / 2006

Assinatura do paciente

Assinatura do médico

Testemunhas: 1 - _____

2 - _____

10 ANEXOS

10.1 ANEXO A - Ofício N° 041/2006-CEP/CCS

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N.º 041/2006-CEP/CCS

Recife, 28 de março de 2006.

Registro do SISNEP FR – 84728

CAAE – 0019.0.172.000-06

Registro CEP/CCS/UFPE N.º 023/06

Título: “Contribuição ao Estudo de Co-Morbidades: Migrânea e Síndromes Depressivas um corte transversal analítico”.

Senhor Pesquisador:

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco CEP/CCS/UFPE registrou e analisou, de acordo com a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa em epígrafe aprovando-o e liberando-o para início da coleta de dados em 28 de março de 2006.

Ressaltamos que o pesquisador responsável deverá apresentar relatório semestral.

Atenciosamente,

Prof. Geraldo Bosco Lindoso Couto
Coordenador do CEP/CCS / UFPE

Ao
Prof. Joaquim Jose de Souza Costa Neto
Departamento. de Neuropsiquiatria - CCS/UFPE

10.2 ANEXO B - Ofício Nº 003/2011-CEP/CCS

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N.º 003/2011 - CEP/CCS

Recife, 22 de fevereiro de 2011

Registro do SISNEP FR - 84728

CAAE - 0019.0.172.000-06

Registro CEP/CCS/UFPE Nº 023/06

Título: **Um continuum de crises entre cefaléia do tipo tensional e migrânea: Elaboração de um escore diagnóstico baseado nas suas características clínicas**

Pesquisador Responsável: Joaquim José de Souza Costa Neto

Senhor Pesquisador:

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) analisou e aprovou, a partir desta data, a modificação do título da pesquisa "Contribuição ao estudo de co-morbidades migrânea e síndrome depressivas um corte transversal analítico", para "Um continuum de crises entre cefaléia do tipo tensional e migrânea: Elaboração de um escore diagnóstico baseado nas suas características clínicas".

Atenciosamente



Prof. Geraldo Bosco Lindoso Couto
Coordenador do CEP/CCS/UFPE

Ao
Prof. Joaquim José de Souza Costa Neto
Departamento de Neuropsiquiatria - CCS/UFPE