

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA**

DIEGO COSTA FARIAS

**OCORRÊNCIA DE MIGRÂNEA, CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL E
CEFALÉIA EM SALVAS EM ESTUDANTES DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ**

**Belém
2009**

DIEGO COSTA FARIAS

**OCORRÊNCIA DE MIGRÂNEA, CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL E CEFALÉIA
EM SALVAS EM ESTUDANTES DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO PARÁ**

Projeto de pesquisa da monografia de
Conclusão de Curso de Medicina pela
Universidade Federal do Pará.

Orientador: Prof^o Dr. Fernando Otávio
Quaresma Cavalcante.

Co-orientador: Prof^o Dr. Cláudio Galeno de
Miranda Soares.

Belém

2009

DIEGO COSTA FARIAS

**OCORRÊNCIA DE MIGRÂNEA, CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL E CEFALÉIA
EM SALVAS EM ESTUDANTES DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO PARÁ**

Projeto de pesquisa da monografia de Conclusão de Curso de Medicina pela Universidade Federal do Pará.

Banca examinadora:

Orientador

Nome / Instituição

Nome / Instituição

Aprovado em: ____ / ____ / ____

Conceito: _____

Dedico este projeto aos meus pais,
Não apenas importantes,
Essenciais.

Diego Costa Farias.

AGRADECIMENTOS

Aos alunos do curso de Medicina da UFPA, que contribuíram com sua atenção e amizade.

Ao meu amigo Daniel Augusto, pela sua ajuda na parte operacional do projeto de pesquisa.

A minha namorada Marcele Vasconcelos, pelo seu valioso apoio e carinho.

A todos os envolvidos direta e indiretamente neste trabalho.

Os problemas significativos que enfrentamos não podem
ser resolvidos no mesmo nível de pensamento em que
estávamos quando os criamos.

Albert Einstein

RESUMO

As cefaléias estão entre as principais doenças causadoras de incapacidade, com alto comprometimento da qualidade de vida, e consistem praticamente em uma experiência universal, com alta prevalência ao longo da vida. Este trabalho tem o objetivo de estabelecer a ocorrência de migrânea, cefaléia do tipo tensional e cefaléia em salvas entre os estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará. Para tal, foi utilizado um questionário individualizado com perguntas abertas e fechadas, e o diagnóstico foi baseado nos critérios diagnósticos da segunda edição da Classificação Internacional de Cefaléias. A ocorrência de cefaléias primárias na amostra estudada foi de 56,7% (170/300), dentre os quais 33,7% (101/300) pertencem ao grupo migrânea, 21,0% (63/300) pertencem ao grupo cefaléia do tipo tensional, e 2,0% (6/300) ao grupo cefaléia em salvas. Conclui-se que as cefaléias primárias apresentam uma ocorrência importante entre os estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará, os quais merecem atenção especial por estarem expostos a diversos fatores precipitantes e agravantes das cefaléias primárias, e devido a estas possuírem impacto considerável tanto na qualidade de vida geral quanto na vida acadêmica.

PALAVRAS-CHAVE: cefaléias primárias, migrânea, cefaléia do tipo tensional, cefaléia em salvas, ocorrência.

ABSTRACT

The headaches are between the main diseases that cause disability, with high implication on life quality, and they consist practically in an universal experience, with high prevalence in lifetime. This work has the objective of establish the occurrence of migraine, tension-type headache and cluster headache among medicine students of the Federal University of Pará. For that, it was used an individualized questionnaire with opened and closed questions, and the diagnosis was based on the diagnostic criteria of the second edition of the International Classification of Headache Disorders. The occurrence of the primary headaches in the studied sample was 56,7% (170/300), which 33,7% (101/300) belongs to the migraine group, 21,0% (63/300) belongs to the tension-type headache, and 2,0% (6/300) to the cluster headache group. It's concluded that the primary headaches present a major occurrence between the medicine students of the Federal University of Pará, which deserve special attention for being exposed to a number of trigger and aggravating factors for primary headaches, and because of these ones have considerable impact as much in the general life quality as in the academic life.

KEYWORDS: primary headaches, migraine, tension-type headache, cluster headache, occurrence.

LISTA DE ABREVIATURAS

AINEs – Antiinflamatórios não-esteroidais.

CTTH – Cefaléia do Tipo Tensional Crônica.

DHC – Danish Headache Center.

ETTH – Cefaléia do Tipo Tensional Episódica.

ICHD-1 – Classificação Internacional das Cefaléias, 1ª edição.

ICHD-2 – Classificação Internacional das Cefaléias, 2ª edição.

IHS – Sociedade Internacional de Cefaléias.

OMS – Organização Mundial de Saúde.

SUNCT – Cefaléia neuralgiforme com crises de curta duração, unilateral com injeção conjuntival e lacrimejamento.

TTH – Cefaléia do Tipo Tensional.

Vg – Gânglio trigeminal.

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

FIGURA 1 - Distribuição dos estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará de acordo com o gênero. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.....	62
FIGURA 2 - Estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará de acordo com a raça. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.	63
FIGURA 3 - Estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará de acordo com o estado civil. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.	64
FIGURA 4 - Estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará de acordo com o sofrimento de cefaléia. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.	66
FIGURA 5 - Estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará que sofrem de cefaléia, de acordo com a atribuição de causa secundária a cefaléia. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.....	67
FIGURA 6 - Estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará sofreadores de cefaléia primária, de acordo com o número de episódios de cefaléia. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.....	69
FIGURA 7 - Distribuição dos estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará sofreadores de cefaléia primária, de acordo com a duração dos episódios. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.....	70
FIGURA 8 – Estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará sofreadores de cefaléia primária, segundo a frequência de episódios de cefaléia. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.....	71
FIGURA 9 - Distribuição dos estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará sofreadores de cefaléia primária, de acordo com a qualidade da cefaléia. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.....	73
FIGURA 10 - Distribuição dos estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará, de acordo com a intensidade da cefaléia primária. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.....	74
FIGURA 11 – Distribuição dos estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará, de acordo com parestesias associadas à cefaléia primária. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.....	77
FIGURA 12 – Estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará, de acordo com o momento de ocorrência dos sintomas associados à cefaléia primária. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.....	78
FIGURA 13 – Distribuição dos estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará, de acordo com a duração dos sintomas associados à cefaléia primária por mais de uma hora. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.	79
FIGURA 14 – Distribuição dos estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará sofreadores de cefaléia primária, de acordo com a duração dos sintomas de aura típica. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.....	80
FIGURA 15 – Distribuição dos estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará, de acordo com o fenômeno relacionado ao desencadeamento da cefaléia primária. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.....	81
FIGURA 16 – Distribuição dos estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará sofreadores de cefaléia primária, de acordo com a limitação das atividades diárias. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.....	82
FIGURA 17 – Distribuição dos estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará sofreadores de cefaléia primária, de acordo com história de náusea ou vômito em viagens de carro ou ônibus quando criança. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.	83

FIGURA 18 – Distribuição dos estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará, de acordo com fatores de melhora da cefaléia primária. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.....	84
FIGURA 19 – Distribuição dos estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará, de acordo com fatores de piora da cefaléia primária. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.....	85
FIGURA 20 – Distribuição dos estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará, de acordo com os alimentos que causam piora da cefaléia primária. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.....	86
FIGURA 21 – Distribuição dos estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará sofreadores de cefaléia primária, de acordo com história familiar do agravo. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.....	87
FIGURA 22 – Distribuição dos estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará, de acordo com a realização de tratamento para a cefaléia primária. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.....	88
FIGURA 23 – Distribuição dos estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará, de acordo com a procura por serviço de emergência para alívio da cefaléia primária. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.....	89
TABELA 1 - Distribuição dos estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará de acordo com a idade. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.	61
TABELA 2 - Distribuição dos estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará de acordo com a naturalidade. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.....	65
TABELA 3 - Distribuição dos estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará sofreadores de cefaléia primária de acordo com a idade de início da cefaléia. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.....	68
TABELA 4 - Estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará sofreadores de cefaléia primária, segundo a localização da cefaléia. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.....	72
TABELA 5 - Distribuição dos estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará, de acordo com os sintomas associados à cefaléia primária. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.....	75
TABELA 6 - Distribuição dos estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará, de acordo com os sintomas visuais associados à cefaléia. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.....	76
TABELA 7 - Distribuição dos estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará, de acordo com o diagnóstico da cefaléia primária. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.....	90

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
1.1 OBJETIVO GERAL.....	15
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	15
2.1 ASPECTOS GERAIS DAS CEFALÉIAS.....	15
2.2 CLASSIFICAÇÃO DAS CEFALÉIAS.....	16
2.3 EPIDEMIOLOGIA DAS CEFALÉIAS PRIMÁRIAS.....	17
2.4 FISIOPATOLOGIA DAS CEFALÉIAS PRIMÁRIAS.....	18
2.5 CLASSIFICAÇÃO DAS CEFALÉIAS PRIMÁRIAS.....	20
2.5.1 MIGRÂNEA.....	20
2.5.1.1 EPIDEMIOLOGIA DA MIGRÂNEA.....	21
2.5.1.2 MECANISMO DA MIGRÂNEA.....	23
2.5.1.3 MIGRÂNEA SEM AURA.....	25
2.5.1.4 MIGRÂNEA COM AURA.....	28
2.5.1.4.1 SUBTIPOS DA MIGRÂNEA COM AURA.....	30
2.5.1.5 PROVÁVEL MIGRÂNEA.....	34
2.5.1.6 SUBTIPOS ESPECIAIS DE MIGRÂNEA E SUAS COMPLICAÇÕES.....	34
2.5.1.7 PROGNÓSTICO DAS MIGRÂNEAS.....	35
2.5.1.8 TRATAMENTO DAS MIGRÂNEAS.....	36
2.5.2 CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL.....	40
2.5.2.1 EPIDEMIOLOGIA DAS CEFALÉIAS DO TIPO TENSIONAL.....	40
2.5.2.2 MECANISMOS DA CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL.....	42
2.5.2.3 CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL EPISÓDICA.....	43
2.5.2.4 CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL CRÔNICA.....	47
2.5.2.5 PROVÁVEL CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL EPISÓDICA.....	49
2.5.2.6 PROGNÓSTICO DA CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL.....	49
2.5.2.7 TRATAMENTO DA CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL.....	50
2.5.3 CEFALÉIA EM SALVAS.....	51
2.5.3.1 EPIDEMIOLOGIA DA CEFALÉIA EM SALVAS.....	52
2.5.3.2 MECANISMOS DA CEFALÉIA EM SALVAS.....	52
2.5.3.3 SINTOMATOLOGIA DA CEFALÉIA EM SALVAS.....	53
2.5.3.4 PROGNÓSTICO DA CEFALÉIA EM SALVAS.....	56

2.5.3.5 TRATAMENTO DA CEFALÉIA EM SALVAS.....	57
3. CASUÍSTICA E MÉTODO.....	59
4. RESULTADOS.....	61
5. DISCUSSÃO.....	91
6. CONCLUSÃO.....	103
REFERÊNCIAS.....	105
APÊNDICES.....	111
ANEXOS.....	113

1. INTRODUÇÃO

A cefaléia é um sintoma definido como uma “sensação de desconforto ou dor localizada na extremidade cefálica”, conforme proposto pelo *Ad Hoc Committee on Classification of Headache*, em 1962. Assim, esta definição, adotada pela *World Federation of Neurology* no mesmo ano, inclui todas as algias cranianas, faciais e crânio-faciais. Por conseguinte, é fácil entender sua alta prevalência na população geral (LIPTON, 2001, p. 442).

Na Antiguidade, os médicos do Egito serviam de referência para o aprendizado sobre as cefaléias. Assim como na mitologia grega, divindades egípcias também sofreram de cefaléia como atestam os parágrafos dos papiros de Ebers (1536-1534 a.C.) e de Chester Beatty V (1300 a.C.). Sobre as condutas utilizadas para dor de cabeça, há citações como envolver a cabeça com uma tira de tecido, apoiando um filhote de crocodilo ao crânio. Em uma passagem, a figura mitológica de Hórus aparece sofrendo um ataque de cefaléia de caráter incapacitante, de forte intensidade, desencadeada pelo esforço físico, o que o levou a recusar o convite de um banquete. Portanto, a cefaléia é um sintoma universal, ausente de distinção social, que interfere na qualidade de vida, fato comprovado desde o Antigo Egito (BAPTISTA et al., 2003, p. 53-55).

Atualmente, com a classificação das cefaléias e a sistematização do seu diagnóstico, a prevalência na população tem aumentado significativamente e o tratamento está mais acessível. Estudos demonstram que na população norte-americana, a prevalência ao longo da vida das cefaléias está acima de 90% e que, freqüentemente, a cefaléia associa-se com sintomas limitantes das atividades diárias, que prejudicam a qualidade de vida e a capacidade laborativa (BIGAL et al., 2000, p. 431).

No entanto, apesar dos problemas sócio-econômicos e individuais a que está relacionada, a cefaléia continua a ser pouco valorizada na prática clínica. Enquanto muitos pacientes com cefaléia estão sendo devidamente acompanhados, muitos outros não estão recebendo cuidados adequados, e muitas vezes estão até sendo erroneamente diagnosticados (LIPTON, 2001, p. 442).

1.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a ocorrência de migrânea, cefaléia do tipo tensional e cefaléia em salvas entre os estudantes do curso de medicina da Universidade Federal do Pará.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar o perfil sócio-demográfico dos sujeitos da pesquisa quanto às variáveis de identificação: idade, gênero, naturalidade, raça, estado civil e profissão.
- Avaliar o perfil clínico dos sujeitos da pesquisa quanto às variáveis de dor de cabeça: sofrimento; idade de início; forma de início; número de episódios; duração; frequência; sofrimento há mais de três meses; localização; tipo; intensidade; comportamento de um episódio; sintomas associados e suas qualidades; limitação de tarefas; fenômenos relacionados ao aparecimento; história de náusea ou vômito na infância; história de dor de barriga na infância; fatores de melhora; fatores de piora; atribuição à causa conhecida; história familiar; tratamento prévio; e caso de emergência.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ASPECTOS GERAIS DAS CEFALÉIAS

Os relatos mais antigos de cefaléia em textos mitológicos egípcios e mesopotâmios descrevem cenas mágicas com imagens de sofrimento dramáticas. No segundo século em Roma, Galeno de Pergamo estabeleceu o padrão do que iria se tornar a medicina islâmica e européia até o século 17 [...]: dor em pulsação se origina dos vasos sanguíneos e dor tensional dos tendões e nervos. Herman Boerhaave fez um relato completo da cefaléia em salvas, a primeira conhecida até agora, no século 18 (ISLER; KOEHLER, 2006, p. 1; 2; 3).

Em um artigo lançado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a migrânea ocupou o número 12 entre as mulheres e 19 na população no nível de incapacitação. Na tentativa de ordenar a severidade de diferentes doenças, a migrânea foi classificada entre as que causam os maiores níveis de limitação, junto com condições como quadriplegia, demência e psicose ativa. Isto revela o quanto a migrânea é séria e quanto ela afeta dia-a-dia dos sofredores,

particularmente porque ela afeta os indivíduos intermitentemente sem lesão permanente aparente e porque a mortalidade, até onde se sabe, entre os migranosos não é maior do que a população geral (DAHLÖF; SOLOMON, 2006, p. 27).

A cefaléia é quase que uma experiência universal que afeta a maioria das pessoas em algum estágio da vida. Contudo, o impacto de um ataque de cefaléia ou a doença cefaléia no indivíduo e na sociedade varia significativamente de uma pessoa para outra. O fardo individual da cefaléia é medido pelo nível de dor e sofrimento, e pelas consequências da doença na saúde. Por outro lado, o fardo da cefaléia na sociedade é avaliado por estudos do custo da doença, que quantifica recursos e custos gerados de uma doença. Baseado em estimativas disponíveis selecionadas, o custo social anual da migrânea estende-se de \$400 à \$800 por paciente. Calculando com os índices de prevalência, estima-se o custo anual de 1.4 bilhões no Reino Unido e 16.6 bilhões nos Estados Unidos (BERG; RAMADAN, 2006, pag. 35; 41).

Para pacientes com cefaléias novas ou progressivas, a abordagem é similar àquelas de outras doenças neurológicas agudas. Tais cefaléias podem ser secundárias e os esforços são direcionados para a identificação da causa da cefaléia e providenciar tratamento para a condição subjacente. O médico generalista deve saber como identificar migrânea sem aura, migrânea com aura, cefaléia do tipo tensional episódica, cefaléia do tipo tensional crônica, cefaléia em salvas e cefaléia pós-traumática crônica. Quando essas condições não estão presentes, os pacientes devem ser referidos. Igualmente, se o médico generalista não for bem sucedido depois de tentar dois tratamentos agudos ou preventivos, o paciente deve ser referido a um neurologista ou um cefaliatra (OLESEN; DODICK, 2006, p. 43).

A pesquisa de cefaléia pode, ultimamente, ser realizada apenas em humanos: a natureza sintomática peculiar das síndromes cefalálgicas (dor, náusea, hiperestesia, debilidade) e as mudanças que ocorrem com a terapia requerem descrição subjetiva e interpretação cognitiva. A pesquisa de cefaléia, quer em pacientes ou em voluntários, é fortemente condicionada por boa ética em pesquisa (STEINER; RIIS, 2006, p. 63; 64).

2.2 CLASSIFICAÇÃO DAS CEFALÉIAS

O campo das cefaléias usufruiu de um sistema hierárquico de classificação e critérios diagnósticos por mais de 15 anos depois da publicação da primeira edição da *Classificação da*

Sociedade Internacional de Cefaléia (IHS) (ICHD-1) em 1988. Construída sobre a ICHD-1, a segunda edição da *Classificação Internacional das Cefaléias* (ICHD-2) foi recentemente publicada. Como seu antecessor, terá uma influência dominante na pesquisa e prática clínica pelo menos até a próxima década (OLESEN; LIPTON, 2006, p. 9).

Frequentemente é sugerido que deveria haver duas classificações diferentes: uma para pesquisa, que pode ser detalhada, e outra para a prática clínica, que deve ser simples e muito fácil de aplicar. No entanto, é absolutamente desesperançoso ter classificações diferentes para pesquisa e prática clínica, pois resultados de pesquisa obtidos com um tipo de classificação seriam difíceis de aplicar em pacientes diagnosticados de acordo com outro sistema. A ICHD-1 e a ICHD-2 usam classificação hierárquica para resolver este problema. Pacientes podem ser diagnosticados em grupos e subgrupos com vários níveis de refinamento diagnóstico. Com tal sistema, pacientes podem ser diagnosticados conforme o primeiro ou segundo dígito na clínica geral, e clínicas especializadas e pesquisadores podem diagnosticar até o terceiro ou quarto dígito (OLESEN; LIPTON, 2006, p. 9; 10).

As cefaléias primárias são descritas como aquelas em que a cefaléia é o fator promotor da doença ou síndrome, diferenciando-se das cefaléias secundárias, nas quais a cefaléia é apenas um dos sintomas da doença (CARVALHO; CARRAMATE; PERES, 2005, p. 1018).

Quando uma dor de cabeça com características de um tipo específico de cefaléia ocorre pela primeira vez em estreita relação temporal com outra desordem potencialmente causadora de cefaléia, ela é codificada de acordo com o distúrbio causador como uma cefaléia secundária, ou seja, atribuída a alguma outra desordem (INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY, 2004, p. 12; 28; 68).

2.3 EPIDEMIOLOGIA DAS CEFALÉIAS PRIMÁRIAS

O sistema mais elaborado e compreensivo para classificar as cefaléias é a *Classificação Internacional das Cefaléias*, 2ª edição. Esta providencia critérios específicos que são parte baseados em opinião especialista e parte em estudos sistemáticos. A introdução desses critérios providenciou um alicerce para a epidemiologia das cefaléias, que estava em falta em pesquisas recentes, e tornou possível fazer comparações significativas entre estudos (STOVNER; SCHER, 2006, p. 17).

A prevalência das cefaléias primárias nos desenhos de estudos epidemiológicos demonstra que apenas uma pequena parcela da população nunca apresentou um episódio de cefaléia. No Brasil, o estudo epidemiológico das cefaléias foi realizado por Barea et al. (1996, p. 545-549), citado por Stovner e Scher (2006, p. 20), em que foram analisados 538 pacientes, na faixa etária de 10 a 18 anos, utilizando-se o método de entrevista pessoal, chegando ao seguinte resultado: 77,9% dos homens, 87,9% das mulheres, e 82,9% no total entre entrevistados apresentavam cefaléia.

No levantamento epidemiológico de 2005 do *Danish Headache Center* (DHC), um dos maiores centros de clínica e pesquisa das cefaléias no mundo, foram descritas as características dos 1.933 pacientes do centro: a média de idade dos pacientes é de 44 anos (variando de 8 a 93 anos); a relação mulheres/homens é de 2.5/1; 36,8% sofrem de migrânea; 16% de cefaléia do tipo tensional; 7,8% de cefaléia em salvas (DHC, 2006, p. 6).

Estudos de prevalência são provavelmente o tipo de estudo mais comum usado na epidemiologia das cefaléias. As prevalências diferem amplamente entre estudos. As diferenças entre estudos que usam os mesmos critérios diagnósticos podem ter sido causadas por diferença na distribuição de idade e gênero das amostras populacionais, diferenças na maneira em que os critérios diagnósticos foram operacionalizados, índice de participação, ou diferenças subjacentes a incidência ou prognóstico das cefaléias em diferentes populações (STOVNER; SCHER, 2006, p. 19).

Se variações reais na prevalência das cefaléias entre diferentes populações ou na mesma população em tempos diferentes forem encontradas, este pode ser um grande passo para a identificação dos determinantes genéticos e ambientais mais importantes de cefaléia. Isto poderia levar a melhor tratamento e prevenção da desordem (ibid., p. 23).

2.4 FISIOPATOLOGIA DAS CEFALÉIAS PRIMÁRIAS

Uma cefaléia significa a ativação de fibras aferentes primárias que inervam os vasos sanguíneos cefálicos, principalmente os vasos sanguíneos meningeos ou cerebrais. A maior parte das fibras que inervam estas estruturas origina-se de neurônios pseudo-unipolares localizados no gânglio trigeminal. Os estímulos que ativam estas fibras são bastante variados

e podem ir desde tração mecânica direta (tumor), até irritação química causada por infecção do sistema nervoso central, ou por sangue subaracnóideo (CECIL, 2005, p. 2602).

A informação nociceptiva subindo da região crânio-facial é mediada primariamente, se não exclusivamente, por projeções ascendentes que passam pelo tálamo e terminam no córtex. Tendo em vista as conexões recíprocas extensas entre o córtex e o tálamo, este provavelmente tem um papel essencial, apesar de mal entendido, em processar a informação nociceptiva e em mediar sensações dolorosas (MESSLINGER; DOSTROVSKY; STRASSMAN, 2006, p. 102).

Cecil (2005, p. 2602) descreve várias teorias propostas para explicar a origem das cefaléias primárias. Entretanto, existem as seguintes explicações claras a respeito da migrânea:

- Teoria vasogênica: A vasoconstrição intracraniana é responsável pelos sintomas de aura e que a cefaléia resultaria de uma dilatação rebote e distensão dos vasos cranianos e da ativação de axônios nociceptivos perivasculares.
- Teoria neurogênica: o cérebro é gerador da migrânea assim, qualquer indivíduo pode ser susceptível à ataques de migrânea, o que refletiria limiares intrínsecos do cérebro.

É provável que elementos de ambas as teorias expliquem alguma coisa da fisiopatologia da migrânea e de outros distúrbios cefalálgicos primários (ibid).

Em condições de equilíbrio *steady-state*, o cérebro mantém vigorosamente o equilíbrio de seu meio ambiente extracelular, e íons ou transmissores normalmente liberados dos compartimentos celulares são rapidamente captados pela glia e pelos neurônios em taxas que as mantém constantes. Os vasos sanguíneos oferecem um mecanismo de limpeza de reserva que não é invocado em condições normais. Entretanto, antes do início da cefaléia, os mecanismos relacionados com oliguemia disseminada podem reforçar a liberação de várias substâncias, bloquear a captação, inativação e superar a capacidade dos mecanismos normais de limpeza. As substâncias liberadas podem descarregar ou sensibilizar as pequenas fibras nociceptivas não-mielinizadas e fornecer o gatilho para a cefaléia ou sensibilizar aferentes vasculares a fatores carregados pelo sangue ou outros ainda não identificados (ibid).

O cérebro então se torna um interruptor mestre, um transdutor. Eventos desencadeantes tais como, estresse emocional, fadiga, luzes brilhantes e muito pouco sono modulam a atividade em regiões do cérebro que são fisicamente contíguas aos vasos meningeos, os quais são inervados pelo nervo trigêmeo. A fotofobia, náusea e vômitos associados à migrânea, estão provavelmente relacionados com as conseqüências de irritação meníngea. A migrânea e outras cefaléias primárias se originam de uma combinação de fatores genéticos e ambientais (CECIL, 2005, p. 2602).

2.5 CLASSIFICAÇÃO DAS CEFALÉIAS PRIMÁRIAS

Segundo a *International Headache Society* (2004, p. 12):

A Classificação Internacional das Cefaléias, segunda edição, seja, talvez, o documento mais importante de leitura para médicos interessados em estudar e tratar pacientes com cefaléia.

Todas as cefaléias primárias estão classificadas primeiramente em grandes grupos, no qual cada um é subdividido em uma, duas ou três vezes em tipo de cefaléia, subtipo, e sub-forma. Os tipos de cefaléias primárias são: migrânea; cefaléia tipo tensional; cefaléia em salvas e outras trigeminalgias autonômicas; e outros tipos de cefaléias primárias (INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY, 2004, p. 15).

Na prática clínica apenas o tipo e o subtipo das cefaléias primárias são necessários, sendo descritos a seguir (ibid.):

2.5.1 MIGRÂNEA

Migrânea é uma desordem importante e fascinante. É importante porque ela é altamente prevalente e severamente incapacitante. A soma total de sofrimento causada pela migrânea é provavelmente maior do que qualquer outro tipo de cefaléia. A fascinação origina-se de sua sintomatologia rica e variável que, especialmente na migrânea com aura, é uma janela para certos aspectos da função do cérebro humano. Além disso, depois de muitos anos em que os mecanismos da migrânea pareciam imprecisos, o seu entendimento está crescendo rapidamente agora, e um modelo coerente de seus mecanismos foi proposto. Sua natureza neurobiológica não pode mais ser duvidada (OLESEN; GOADSBY, 2006, p. 231).

2.5.1.1 EPIDEMIOLOGIA DA MIGRÂNEA

Avaliar a incidência da migrânea requer estudos de seguimento longitudinal. O primeiro estudo longitudinal a aplicar os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia através de entrevistas clínicas, recentemente relatou a incidência de migrânea em adultos dinamarqueses (com idade de 25 a 64 anos). A taxa de incidência anual total para migrânea foi de 8.1 por 1.000 pessoas-ano, sendo 2.6 por 1.000 em homens e 16.0 por 1.000 em mulheres. Pico de incidência em 25 a 34 anos em ambos os gêneros (6.5 homens, 22.8 mulheres) e diminuiu acentuadamente com a idade. Breslau et al. (1991, p. 11-23) estimaram a incidência da migrânea entre membros da Organização de Manutenção da Saúde, com idade de 21 a 35 anos. As entrevistas de acompanhamento foram completadas depois de 3,5 e 5,5 anos. A taxa de incidência anual foi 17 por 1.000 pessoas-ano (6.5 homens, 23.6 mulheres), a qual está em acordo com o estudo de seguimento dinamarquês (RASMUSSEN, 2006, p. 235).

Em sumário, dados de prevalência confirmados reciprocamente de estudos populacionais recentes na Dinamarca, França, assim como diversos outros estudos na Europa Ocidental, e nos Estados Unidos, todos usando os critérios diagnósticos da IHS, demonstraram um quadro homogêneo a respeito da prevalência da migrânea. Uma estimativa razoável da prevalência de 1 ano da migrânea em adultos é de 10 a 12% (6% entre homens e 15 a 18% entre mulheres) (ibid., p. 236).

Estudos populacionais gerais concordam que muitos migranosos têm menos de um ataque por mês e que a frequência média de ataques é por volta de um ataque por mês. Em uma amostra não-selecionada, 62% dos sujeitos com migrânea no ano anterior tiveram-na em menos de 8 dias por ano, 24% tiveram-na em 8 a 14 dias por ano, e 14% tiveram migrânea em mais de 14 dias por ano. [...]. Na população em geral ao redor de 20 a 25% dos migranosos têm ataques freqüentes (mais que um por mês). Em amostras clínicas a frequência é maior, pois alta freqüência é uma razão para atestado (ibid., p. 238).

Migrânea foi consistentemente mais prevalente em mulheres do que em homens, com uma razão homens:mulheres por volta de 1:2 a 1:3. Em crianças escolares, a prevalência da migrânea aumenta firmemente com a idade, e uma inversão na distribuição do gênero a favor da preponderância feminina ocorre ao redor dos 12 anos. A razão para a preponderância feminina ainda é inexplicada, mas incidência crescente por volta do período da menarca,

precipitação menstrual, e melhora durante a gravidez e durante a menopausa sugerem alguma relação com hormônios femininos (ibid., p. 238).

A prevalência da migrânea aumenta com a idade até alcançar o pico de prevalência durante a quarta ou quinta década de vida e diminuir com a idade daí por diante. A prevalência aparenta manter-se maior em mulheres do que em homens, mesmo após a menopausa. A idade mais comum de início da migrânea é na segunda e terceira décadas de vida. A migrânea pode ser auto-limitada, resultando da diminuição da prevalência com o aumento da idade, mas se a incidência diferir em diferentes coortes de idade por causa da exposição a diferentes fatores de risco não poderão ser avaliadas a partir desses estudos. Distinguir o efeito real da idade de efeitos do período ou coorte requer estudos de seguimento longitudinal (ibid., p. 238; 239).

A distribuição social da migrânea vem a longo tempo sendo objeto de especulação. Uma hipótese de que a migrânea é mais comum em pessoas com maior inteligência e com experiência profissional tem sido baseada em experimentos com pacientes clínicos, mas dados de amostras da população geral não sustentam esta perspectiva. Estudos populacionais não revelam prevalência aumentada em mais privilegiados ou educados (ibid., p. 239).

Estudos prévios que estimaram as prevalências específicas de migrânea com aura (migrânea clássica) e migrânea sem aura (migrânea comum) concordam que a prevalência da migrânea com aura é menor que da migrânea sem aura. Imprecisão no diagnóstico dos sintomas de aura pode ser um problema importante. Os sintomas de aura podem ser extremamente difíceis de descrever. As dificuldades em diagnosticar sintomas de aura por questionário e por diário de cefaléia também têm sido descritos. Até dificuldades em diagnosticar migrânea sem aura por meios de questionários e entrevistas foram documentadas. Baseado nos estudos mais recentes, uma prevalência de período de 1 ano por volta de 4% parece ser o mais verossímil. [...]. Ambas migrânea sem e com aura demonstram preponderância feminina. Esta representação parece ser mais suave na migrânea sem aura. Nos homens os dois maiores subtipos de migrânea demonstraram ser quase igualmente comuns, enquanto que nas mulheres a prevalência de migrânea sem aura é claramente maior do que a migrânea com aura. Essas diferenças de gênero podem refletir uma influência dos hormônios femininos, que pode ser até mais importantes na migrânea sem aura do que na migrânea com aura. Foi demonstrado que fatores clínicos relacionados aos hormônios

femininos (tal como menarca, menstruação, gravidez, anticoncepcionais orais, e menopausa) são claramente mais fortes associados com migrânea sem aura do que na migrânea com aura. As idades de início da migrânea sem aura e com aura também diferem, e variados perfis de fatores de risco podem ser identificados (ibid., p. 239; 240).

A migrânea é mais consistentemente associada a humor e desordens de ansiedade, acidente vascular cerebral, epilepsia, alergias e asma. As implicações mais importantes dessas comorbidades incluem sua consideração no tratamento e etiologia de ambas as desordens. [...]. Tais mecanismos extrínsecos podem providenciar alvos de prevenção para o desenvolvimento de ambas as condições ou para a desordem secundária como uma consequência da doença que foi diagnosticada (MERIKANGAS; LOW; RASMUSSEN, 2006, p. 247).

2.5.1.2 MECANISMO DA MIGRÂNEA

Em relação aos fatores genéticos, segundo Olesen e Goadsby (2006, p. 393):

Estudos em gêmeos recentemente forneceram evidências convincentes de um componente genético na migrânea. Assim, a taxa de concordância de migrânea em gêmeos monozigóticos foi significativamente maior do que em gêmeos dizigóticos. No entanto, a predisposição genética para migrânea não se expressa sempre. Assim, gêmeos monozigóticos com migrânea foram concordantes apenas em 20 a 50% dos casos. Pelo menos 50% deles carregando uma disposição genética para migrânea, portanto nunca manifestaram ataques por causa das condições ambientais favoráveis, ou os 50% que manifestaram a cefaléia deveu-se a condições não favoráveis. [...]. Alguns dos fatores predisponentes ou desencadeantes para a expressão dessa desordem incluem: gênero feminino, estresse psicossocial, mudanças bioquímicas, e álcool.

Anormalidades fisiológicas e bioquímicas nos migranosos fora dos ataques podem ser genéticas ou ambientais, mas o formador é mais verossímil quando mudanças estão presentes semanas depois do último ataque e quando elas persistem por anos. A hipersensibilidade interictal a nitroglicerinas e peptídeo geneticamente relacionado à calcitonina; as anormalidades da bioquímica interictal; e a heterogeneidade interictal do fluxo sanguíneo cerebral regional são exemplos importantes. Indiferentemente às causas genéticas e ambientais dessas mudanças, é provável que os migranosos tenham ambos os preparos bioquímicos e fisiológicos para desenvolver ataques. Isto explica porque fatores precipitantes causam ataques em algumas pessoas e não em outras (OLESEN; GOADSBY, 2006, p. 394).

Alguns pacientes migranosos têm ataques tão raros quanto um por ano, alguns tão frequentes quanto um por semana, mas a maior parte não os têm o tempo todo. Porque o ataque aparece em um tempo particular em um paciente particular? A resposta é às vezes conhecida, tal como vinho tinto, estresse, ou comida, mas a maior parte dos casos não é. Até nos casos onde um ou mais fatores precipitantes são cogitados a explicar ataque de migrânea, as correlações são complicadas. Nem toda exposição ao fator precipitante induz um ataque, e parece que o mais provável é que fatores endógenos e exógenos devem coincidir para precipitar ataques na maioria dos indivíduos. Este fato explica porque muitos pacientes têm ataques raros (ibid.).

Quanto à fisiopatologia da migrânea, segundo Olesen e Goadsby (2006, p. 396):

A migrânea é uma disfunção episódica do tronco cerebral ou dos sistemas de modulação diencefálicos, como sugerido pelo achado de ativações no tronco cerebral na tomografia por emissão de pósitrons durante um ataque agudo. Esses sistemas controlam a entrada da produção de dor pelos nervos trigeminais que inervam os grandes vasos intracranianos extra-cerebrais e dura-máter e cujos corpos celulares são encontrados no gânglio trigeminal (*Vg*). O referimento de dor na parte posterior do pescoço resulta de projeções de nervos cervicais altos (C1-C2) sobre neurônios do núcleo trigeminal, o qual se sabe que descende do nível C2 do cordão espinhal cervical (complexo trigemino-cervical). É provável que tratamentos de ataques agudos, como triptanos, atuem nesse sistema trigemino-vascular que é, em essência, responsável pela expressão de dor, enquanto as medicações preventivas atuam no sistema de controle central envolvido na gênese dos ataques.

Nenhuma desordem dolorosa pode ser completamente entendida através do mero estudo dos mecanismos prejudiciais periféricos. Há uma modulação distinta no sistema nervoso central, e os neurônios no núcleo caudal do trato do nervo trigeminal provavelmente são de suma importância a esse respeito. Eles recebem sinais não apenas da vasculatura, mas também de muitas outras estruturas da cabeça. Existem boas razões para acreditar que os sinais miofasciais têm uma interação com os sinais vasculares. Estes sinais miofasciais distintos podem precipitar ataques de migrânea e piorar a crise dolorosa da migrânea. Também, o controle supra-espinhal desses neurônios é importante, algumas vias aumentando a sensibilidade desses neurônios, outros diminuindo a via de sensibilidade, o então chamado sistema anti-nociceptivo endógeno. Fatores emocionais têm uma atuação primária sobre esse sistema de controle supra-espinhal. O resultado da rede dessas interações complicadas é o determinante final da dor da migrânea percebida pelo indivíduo (OLESEN; GOADSBY, 2006, p. 397).

2.5.1.3 MIGRÂNEA SEM AURA

A migrânea sem aura ou migrânea comum ou hemicrania simples é descrita como uma síndrome clínica caracterizada por cefaléia de manifestações específicas e sintomas associados. A dor é do tipo recorrente, com duração de 4 a 72 horas, de localização unilateral, qualidade pulsátil e intensidade moderada ou severa. Associam-se à cefaléia sintomas como exacerbação por atividades físicas rotineiras, náusea e/ou fotofobia e fonofobia (INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY, 2004, p. 29).

Segundo o *Subcomitê de Classificação das Cefaléias* (2004, p. 29) da *Sociedade Internacional de Cefaléia*, os critérios diagnósticos da migrânea sem aura são:

- A. Pelo menos 5 ataques que preenchem os critérios B-D
- B. Cefaléia durando 4-72 horas (sem tratamento ou com tratamento ineficaz).
- C. Cefaléia preenche ao menos duas das seguintes características:
 - 1. Localização unilateral
 - 2. Qualidade pulsátil
 - 3. Intensidade da dor moderada ou severa
 - 4. Exacerbada por ou causando evitação de atividade física rotineira (por exemplo, caminhando ou subindo degraus)
- D. Durante cefaléia, pelo menos um dos seguintes:
 - 1. Náusea e/ou vômitos
 - 2. Fotofobia e fonofobia
- E. Não atribuída à outra desordem

Segundo Zagami e Bahra (2006, p. 399), “foi sugerido que um episódio de migrânea seja dividido em cinco fases distintas: (a) sintomas premonitórios, (b) aura, (c) cefaléia e sintomas associados, (d) resolução, e (e) recuperação.”

Em um estudo recente de uma amostra populacional, a maioria daqueles que tinham migrânea sem aura, a documentação diária eletrônica prospectiva mostrou que cansaço (72%), dificuldade de concentração (51%), rigidez de pescoço (50%) foram os sintomas premonitórios mais comuns relatados. Os preditores mais confiáveis, no entanto, foram o bocejo, dificuldade com fala, dificuldade com leitura e emoções aumentadas. Sintomas

premonitórios predisseram precisamente o início da cefaléia migranosa dentro de 72 horas em 72% das vezes (ZAGAMI; BAHRA, 2006, p. 400).

Por volta de 60% dos pacientes a cefaléia é unilateral, enquanto o remanescente sentiu uma cefaléia bilateral ou generalizada. Cefaléia unilateral pode ocorrer mais frequentemente em mulheres. Quer unilateral ou bilateral, a dor tende a ser mais intensa nas regiões frontotemporal e ocular, pelo menos inicialmente, antes que espalhe para as áreas parietal e occipital. Sjaastad et al. (1993, p. 27-32) encontraram que 75% dos pacientes com migrânea sem aura sentiram suas dores iniciais na região oculofrontotemporal (ibid.).

Setenta por cento dos ataques duram entre 4 e 72 horas, sendo por esta razão uma definição da IHS. Por volta de 60% dos ataques duram entre 4 e 24 horas. Ataques que duram mais de 72 horas são relativamente infreqüentes. Em um estudo, a duração maior que 72 horas foi bem documentada em menos de 1% dos pacientes. Mulheres frequentemente sentem ataques de mais longa duração do que homens. Um ataque prolongado de migrânea durando mais de 72 horas e refratária a tratamento é denominada *status migranoso* (ibid.).

As cefaléias migranosas podem iniciar nas primeiras horas da manhã, estar presente ao caminhar, ou desenvolver-se no final de um dia estressante. Sono pesado ou prolongado nos fins de semana ou feriados pode provocar um ataque de migrânea em alguns indivíduos, mas por outro lado ataques não são mais frequentes em finais de semana (ibid., p. 402).

Em uma amostra de 750 pacientes questionados durante o ataque, 47% disseram que a dor era pulsante, enquanto em outros estudos populacionais mais recentes, paciente (fora do ataque) relataram que esta era em 78% e 82% dos casos. O restante dos pacientes descreveu a dor com outra terminologia tal como *pressão* ou *ardente*. [...]. Atividade física de qualquer forma agrava a cefaléia migranosa: tosse, segurar a respiração, ou rápida rotação da cabeça de um lado para outro acentuaram a cefaléia em 49 de 50 pacientes de um estudo. De fato, agravamento da cefaléia por atividade física de rotina é um aspecto muito sensível para migrânea sem aura, ocorrendo em mais de 95% dos sofredores (ibid.).

Os sintomas associados mais perturbadores são aqueles provenientes de distúrbio do trato gastrointestinal, na forma de náusea e/ou vômito, o qual pode ser severo e incapacitante. Por volta de 50% dos migranosos vomitam durante ataques e náusea ocorre em quase 90%.

Anorexia, intolerância alimentar, movimentos intestinais relaxados ou até diarreia franca ocorrem, mas não são tão perturbadoras ao paciente. A maioria dos pacientes sofre fotofobia e fonofobia. Diversos estudos populacionais encontraram correlação positiva entre severidade da dor e a ocorrência de sintomas associados. Em três estudos prévios a severidade da náusea, fotofobia e fonofobia foram graduadas como brando, moderado, ou severo. Foi descoberto que esses sintomas eram não apenas mais prevalente em migranosos, mas também mais severos do que na cefaléia do tipo tensional. Foi sugerido que tal graduação dos sintomas associados pode melhorar a diferenciação da migrânea sem aura da cefaléia do tipo tensional (ibid.).

A alta frequência dos ataques é uma das características que distinguem migrânea sem aura de outras variantes da síndrome. Em populações clínicas, mais de 50% dos pacientes sofrem de um a quatro ataques por mês, menos de 15% sofrem poucos ataques anualmente, e mais de 35% têm mais de três ataques por semana, o que é esperado, pois cefaléia de alta frequência pode ser uma razão para atestado. A frequência média de ataques (por volta de 70% dos migranosos) é de um a dois ataques por mês. [...]. A presença de fatores agravantes tais como estresse psicossocial geralmente por um período de semanas ou meses pode levar a um aumento da frequência de ataques. Os novos critérios de classificação agora reconhecem a migrânea crônica (código 1.5.1), onde a cefaléia migranosa ocorre em 15 ou mais dias por mês, por mais de 3 meses, na ausência de abuso de medicamentos, como uma complicação da migrânea episódica (ibid.).

Na maioria dos pacientes a cefaléia se resolve gradualmente. Alguns pacientes referem que dormir por algumas horas mesmo através do curso do dia abole a cefaléia, enquanto outros relatam que vomitar pára o ataque. Crianças em particular relatam que dormir e vomitar é altamente efetivo em parar um episódio de migrânea. Mesmo após a cefaléia ter cessado muitos pacientes não se sentem inteiramente de volta ao normal por algum tempo. Esse período foi denominado como pós-dromo. Em uma série, 47 de 50 pacientes permaneceram sintomáticos após o fim da cefaléia. Os sintomas mais frequentes foram mudanças de humor (72%), fraqueza muscular (54%), cansaço físico (52%) e redução do apetite (32%). Pacientes geralmente queixaram-se de estar “cansado e acabado,” refletindo que eles estavam fisicamente e mentalmente abaixo do normal. A duração média desses sintomas antes da resolução completa foi de 23 horas (ibid.).

2.5.1.4 MIGRÂNEA COM AURA

Segundo a *Sociedade Internacional de Cefaléia* (2004, p. 32; 33) “a aura é o complexo de sintomas neurológicos reversíveis que acontecem imediatamente antes ou juntamente com a cefaléia da migrânea. Desenvolvem-se gradualmente em 5 a 20 minutos e duram menos de 60 minutos [...] consiste em sintomas visuais e/ou sensoriais e/ou da fala. Desenvolvimento gradual, duração menor que uma hora, uma mistura de características positivas e negativas e completa reversibilidade caracterizam a aura.”

Segundo o *Subcomitê de Classificação das Cefaléias* (2004, p. 29) da *Sociedade Internacional de Cefaléia*, os critérios diagnósticos da migrânea com aura são:

- A. pelo menos 2 ataques preenchendo critério B
- B. Aura de migrânea cumpre critérios B e C para um dos subtipos 1.2.1-1.2.6
- C. Não atribuída à outra desordem

Antes de ou simultaneamente com o início dos sintomas de aura, ocorre diminuição do fluxo sanguíneo cerebral em regiões corticais que correspondem clinicamente à área afetada e, frequentemente, a uma área maior. Redução do fluxo normalmente inicia-se posteriormente e expande-se anteriormente, usualmente acima do limiar de isquemia. Após uma ou várias horas, transição gradual para hiperemia acontece nas mesmas regiões (INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY, 2004, p. 33).

Aura visual é o tipo mais comum de aura, frequentemente apresentando aspecto de fortificação em espectro, uma figura de ziguezague perto do ponto de fixação que pode estender-se a direita ou esquerda, assumindo convexidade lateral com cintilação angulada, com graus variáveis de escotoma total ou relativo em seu rastro. Em outros casos, escotoma sem fenômenos positivos pode acontecer; isto é percebido frequentemente como sendo de início agudo, mas, em escrutínio, percebe-se que o aumento foi gradativo. A segunda forma mais comum de aura são os distúrbios sensitivos, na forma de parestesias movendo-se lentamente do local de origem e afetando parte maior ou menor de um lado do corpo e face. Adormecimento pode acontecer a seguir, ou pode ser o único sintoma. Menos frequente são as perturbações de fala, normalmente disfásicas, mas frequentemente difíceis de categorizar. Se a aura incluir fraqueza (paresia), codifique como 1.2.4 Migrânea hemiplégica familiar ou

1.2.5 o Migrânea hemiplégica esporádica (INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY, 2004, p. 34; 35).

Segundo um estudo populacional de Russel (1994, p. 107-117):

Aura visual foi oprimidamente o sintoma de aura mais comum, ocorrendo em 99% dos casos, seguida pela aura sensorial, afásica e motora. Aura visual ocorreu sem nenhum outro sintoma de aura em 64% dos casos, enquanto outros tipos de aura geralmente ocorreram em combinação com outro tipo de aura (geralmente visual). Esses achados são similares àqueles observados em estudos prospectivos pequenos publicados 2 anos antes no qual 54 auras migranosas em 20 pacientes foram descritas em detalhe. Neste estudo, sintomas de aura visual e sensorial desenvolveram-se em 15 a 25 minutos e persistiram por 20 a 55 minutos. Quando sintomas visuais e sensoriais precederam uma cefaléia, esta era tipicamente migranosa. No entanto, se uma cefaléia precedesse os sintomas de aura, esta era do tipo tensional.

Em 161 casos de aura visual estudados por Russel e Olesen (1996, p. 335-361), 108 pacientes (69%) relataram que os sintomas estavam limitados a um hemicampo visual, enquanto 49 (31%) relataram que os sintomas eram bilaterais. Mais comumente, o distúrbio visual consistiu em uma linha em zig-zag, descolorida e trêmula que usualmente aparecia próxima ao centro da visão (62%) e se movia em direção à periferia. Um escotoma foi deixado na vigência da expansão do distúrbio visual em aproximadamente 50% das vezes. A progressão dos sintomas visuais mais frequentemente duraram menos de 30 minutos (82%), e a duração total da aura esteve abaixo de uma hora em 69%. Quando mais de um tipo de sintoma ocorria, a duração média da aura era aumentada (CRUTER; OLESEN, 2006, p. 412).

Segundo Cutrer e Olesen (2006, p. 412):

Sintomas migranosos sensoriais são segundo em frequência em relação aos sintomas visuais. As frequências seguintes foram encontradas em pacientes com migrânea com aura: 40%, 31%, 30%, e 41% [...] Russel encontrou que entre 51 pacientes com aura sensorial, a mão (96% dos casos) e face (67%) foram as partes do corpo mais afetadas, enquanto perna (24%) e tronco (18%) foram muito menos envolvidos. Nas séries de Russel, sintomas sensoriais tenderam a progredir por menos de 30 minutos (82%), e a duração total foi geralmente menor que 1 hora (80%). Quando ocorre com aura motora, os sintomas tendem a durar mais.

Novamente segundo Cutrer e Olesen, “distúrbios da fala em pacientes com aura foram observados nas seguintes taxas: 22%, 20%, 18%, 17%, e 9%” e segundo Russel e Olesen (1996, p. 335-361), “a duração dos sintomas da aura disfásica é geralmente abaixo de 30 minutos (59%).”

De acordo com Cutrer e Olesen:

Apesar dos sintomas motores serem as anormalidades neurológicas focais menos comuns associadas à migrânea, ela é o primeiro tipo de aura a ser associada a um defeito genético identificável [...] fraqueza motora foi descrita em 21% dos pacientes de Bücking e Baumgartner's com migrânea com aura. Eles notaram que paresia geralmente se desenvolvia focalmente e gradualmente se espalhava e envolvia mais e mais músculos. Em 10 pacientes a paresia era unilateral, enquanto 8 indicavam fraqueza bilateral em braços e pernas [...] Jensen et al. (1986, p. 359-362) encontrou fraqueza motora em 18% dos pacientes com migrânea clássica, e Bradshaw e Parsons (1965, p. 65-85) descreveram fraqueza em 62% de seus pacientes, selecionados por terem sintomas sensoriais e motores como parte da de sua aura. Bana e Graham (1986, p. 216-219) encontraram fraqueza motora em apenas 18 de 325 pacientes em um estudo retrospectivo. Similarmente, Russel e Olesen (1996, p. 335-361) encontraram fraqueza motora em apenas 6% de seus pacientes. Em suas séries, nenhuma parte do corpo afetada pela aura motora foi não afetada pelos sintomas sensoriais. Sintomas de aura motora foram unilaterais e afetaram braços e pernas. Progressão dos sintomas motores ocorreram abaixo de 30 minutos em 56% dos pacientes, mas em 22% os sintomas continuaram a progredir além de 1 hora em 67% dos casos. Em um estudo populacional retrospectivo, 13% das migrâneas com aura foram acompanhadas de fraqueza.

Tonteira e vertigem são comumente sintomas referidos em minutos ou horas antes do ataque migranoso. Em um estudo epidemiológico, pacientes com migrânea sem aura relataram vertigem/tonteira menos frequentemente, sugerindo que essa sensação pode realmente ser parte da aura migranosa (CUTRER; OLESEN, 2006, p. 415).

A maioria das auras migranosas é associada com cefaléia que preenche critérios para 1.1 Migrânea sem aura. Por isto a entidade 1.2.1 Migrânea com aura típica foi individualizada abaixo. Aura é, às vezes, associada a uma cefaléia que não preenche critérios para migrânea sem aura e, em outros casos, aura pode ocorrer sem cefaléia. Este dois subtipos também são agora distinguidos. Aura com características similares tem sido descrita em associação com outras cefaléias bem definidas, incluindo cefaléia em salvas; as relações entre aura e cefaléia ainda não são completamente compreendidas (INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY, 2004, p. 32).

2.5.1.4.1 SUBTIPOS DA MIGRÂNEA COM AURA

A IHS reconhece três tipos de ataques em pacientes que sentem sintomas de aura típica. Alguns pacientes podem sentir apenas um único tipo de ataque. No entanto, muitos pacientes podem sentir mais que um tipo de ataque durante o curso de suas vidas. As características da aura são idênticas entre os três tipos. Em um grupo (1.2.1 Aura típica com

cefaléia migranosa), a aura é acompanhada ou seguida dentro de 1 hora por cefaléia que se encontra nos critérios diagnósticos da migrânea sem aura 1.1. Em outro, (1.2.2 Aura típica com cefaléia não migranosa) ela é acompanhada ou seguida por uma cefaléia que não completa os critérios para migrânea sem aura 1.1. No terceiro grupo, (1.2.3 Aura típica sem cefaléia) os sintomas de aura não seguidos por cefaléia (CUTRER; OLESEN, 2006, p. 417).

Segundo o *Subcomitê de Classificação das Cefaléias* (2004, p. 33; 34; 35; 36) da *Sociedade Internacional de Cefaléia*, os critérios diagnósticos incluem:

A. Pelo menos 2 ataques que cumprem critérios B-D

B. Aura consiste em pelo menos um do seguintes (mas nenhuma paresia – fraqueza motora):

1. Sintomas visuais completamente reversíveis incluindo características positivas (moscas volantes, manchas ou linhas) e/ou características negativas (perda de visão)
2. Sintomas sensitivos completamente reversíveis inclusive características positivas (ex: formigamento) e/ou características negativas (adormecimento)
3. Disfasia completamente reversível

C. pelo menos dois do seguinte:

1. Sintomas visuais homônimos¹ e/ou sintomas sensitivos unilaterais
2. Pelo menos um sintoma de aura desenvolve-se gradualmente em mais de 5 minutos e/ou diferentes sintomas de aura ocorrem em sucessão em mais de 5 minutos
3. Cada sintoma dura de 5 a 60 minutos

D. Cefaléia:

- [1.2.1] preenchendo critérios B-D para 1.1 Migrânea sem aura começa durante a aura com intervalo menor de 60 minutos
- [1.2.2] que não faz critérios B-D para 1.1 Migrânea sem aura começa durante a aura com intervalo menor de 60 minutos
- [1.2.3] não ocorre durante a aura nem em 60 minutos após a mesma

E. Não atribuída à outra desordem

Os critérios da primeira Classificação Internacional de Cefaléias incluía sintomas motores como um subtipo de aura típica. No intervalo entre a primeira e a segunda edição da

classificação, novos dados genéticos se tornaram disponíveis para permitir uma definição de migrânea hemiplégica mais precisa. Portanto, sintomas motores foram reclassificados como diagnóstico de migrânea hemiplégica. Sintomas de aura típica quase sempre ocorrem na migrânea hemiplégica e sua presença não exclui o diagnóstico. Às vezes é difícil para o paciente distinguir entre fraqueza motora e perda sensorial. Dois tipos de migrânea hemiplégica são reconhecidos pela IHS. Elas incluem a migrânea hemiplégica familiar (1.2.4), em que pelo menos um parente de primeiro ou segundo grau teve ataques que preenchem os critérios clínicos para migrânea hemiplégica, e migrânea hemiplégica esporádica (1.2.5), em que nenhum parente com migrânea hemiplégica foi identificado (CUTRER; OLESEN, 2006, p. 417; 418).

Segundo o *Subcomitê de Classificação das Cefaléias* (2004, p. 37-39) da *Sociedade Internacional de Cefaléia*, os critérios diagnósticos para migrânea hemiplégica incluem:

A. Pelo menos 2 ataques que cumprem critérios B-C

B. Aura consiste em fraqueza motora (paresia) totalmente reversível e pelo menos um dos seguintes:

1. Sintomas visuais completamente reversíveis incluindo características positivas (moscas volantes, manchas ou linhas) e/ou características negativas (perda de visão)
2. Sintomas sensitivos completamente reversíveis inclusive características positivas (p.ex: formigamento) e/ou características negativas (adormecimento)
3. Disfasia completamente reversível

C. Pelo menos 2 dos seguintes:

1. Pelo menos um sintoma de aura desenvolve-se gradualmente em mais de 5 minutos e/ou diferentes sintomas de aura ocorrem em sucessão em mais de 5 minutos
2. Cada sintoma de aura dura ≥ 5 minutos e < 24 horas
3. Cefaléia preenche critérios B-D para 1.1 Migrânea sem aura, inicia-se durante a aura ou em 60 minutos após a mesma

D. Ao menos um parente de primeiro ou segundo grau teve ataques preenchendo critérios A-E:

- [1.2.4] pode ser identificado (Migrânea hemiplégica familiar)
- [1.2.5] não pode ser identificado (Migrânea hemiplégica esporádica)

E. Não atribuída à outra desordem

De acordo com a IHS (2004, p. 39; 40), a migrânea do tipo basilar é a “migrânea com sintomas de aura claramente originados no tronco encefálico e/ou em ambos hemisférios cerebrais simultaneamente, mas sem fraqueza motora [...] ataques do tipo basilar são mais freqüentemente vistos em adultos jovens.

Segundo o *Subcomitê de Classificação das Cefaléias* (2004, p. 37; 38; 39) da *Sociedade Internacional de Cefaléia*, os critérios diagnósticos para migrânea do tipo basilar incluem:

A. Ao menos 2 ataques preenchendo critérios B-D

B. Aura consistindo de pelo menos dois dos sintomas totalmente reversíveis listados a seguir, mas sem fraqueza motora (paresia)

1. disartria
2. vertigem
3. *tinnitus*
4. hipoacusia
5. diplopia
6. sintomas visuais ocorrendo simultaneamente in ambos campos temporais e nasais dos dois olhos.
7. ataxia
8. diminuição no nível de consciência
9. parestesias bilaterais simultâneas

C. Pelo menos 1 dos seguintes:

1. Pelo menos um sintoma de aura desenvolve-se gradualmente em mais de 5 minutos e/ou diferentes sintomas de aura ocorrem em sucessão em mais de 5 minutos
2. Cada sintoma de aura dura ≥ 5 e ≤ 60 minutos

D. Cefaléia preenche critérios B-D para 1.1 Migrânea sem aura, inicia-se durante a aura ou em 60 minutos apos a mesma

E. Não atribuída à outra desordem

2.5.1.5 PROVÁVEL MIGRÂNEA

Crises e/ou cefaléia não preenchendo um dos elementos necessários para preencher todos os critérios para doenças codificadas acima (1.6.3 Prováveis síndromes periódicas da infância que são comumente precursoras da migrânea e 1.6.4 Provável migrânea retiniana não são atualmente reconhecidas) (INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY, 2004, p. 29).

Russel e Olesen (1996, p. 431-435) em um estudo populacional extenso e recente de 4.000 pacientes identificaram 48 com uma desordem migranosa. Quarenta deles tiveram desordem com aura. Mais da metade desses falharam em alcançar os critérios para migrânea por conta de um número de ataques insuficientes, e em 12 a duração das cefaléias era muito curta. Localização unilateral, agravamento por atividade física de rotina, e sintomas associados de náusea, vômito, e fotofobia foram todos significativamente menos comuns do que em pacientes com migrânea sem aura. Dos seus estudos epidemiológicos, eles retiraram evidência de que em alguns casos de desordem migranosa sem aura é um tipo de migrânea sem aura. Sustentando esta idéia, a segunda edição da Classificação das Desordens Cefalálgicas agora classifica tais ataques de migrânea como provável migrânea sem aura (código 1.6) (ZAGAMI; BAHRA, 2006, p. 404).

2.5.1.6 SUBTIPOS ESPECIAIS DE MIGRÂNEA E SUAS COMPLICAÇÕES

Quanto às Síndromes periódicas da infância que são precursores freqüentes da migrânea, segundo a Sociedade Internacional de Cefaléias (2004, p. 41; 42):

Vômito cíclico (1.3.1) é condição auto-limitada da infância, com períodos de completa normalidade entre os ataques. Essa desordem não foi considerada uma Síndrome Periódica da Infância na primeira edição da Classificação Internacional das Cefaléias. As características clínicas dessa síndrome lembram as encontradas em associação com migrânea, e múltiplas pesquisas têm, recentemente, sugerido que Vômito Cíclico é uma condição associada com a migrânea. [...]. Migrânea abdominal (1.3.2) é uma desordem recorrente idiopática, vista principalmente em crianças, caracterizada por dor abdominal na linha média, manifestando-se em ataques durando 1 a 72 horas com normalidade entre os episódios. A dor tem intensidade moderada a forte e é associada a sintomas vasomotores, náuseas e vômitos [...] muitas crianças com migrânea abdominal irão desenvolver cefaléia tipo migrânea posteriormente em sua vida. [...]. Vertigem paroxística benigna da infância (1.3.3) é um distúrbio provavelmente heterogêneo é caracterizado por breves episódios recorrentes de vertigem ocorrendo sem pródromos e resolvendo-se espontaneamente em uma criança saudável.

Migrânea retiniana (1.4) é descrita como crises recorrentes de distúrbio visual monocular, incluindo cintilações, escotomas ou cegueira, associados à cefaléia tipo migrânea (ibid., p. 42).

Quanto às complicações da migrânea, segundo a IHS (2004, p. 43-46):

A migrânea crônica é descrita como crise de migrânea ocorrendo em 15 ou mais dias por mês durante mais de 3 meses na ausência de abuso de medicação. [...]. Estado migranoso é descrito como uma crise de migrânea debilitante durando mais que 72 horas. [...]. Aura persistente sem infarto é descrita como sintomas da aura persistentes por mais que 1 semana sem evidência radiográfica de infarto. [...]. Infarto migranoso é descrito como um ou mais sintomas de aura migranosa associada com lesão isquêmica cerebral em território apropriado demonstrado por neuroimagem. [...]. Crise epiléptica desencadeada pela migrânea é descrita como uma crise epiléptica desencadeada por uma aura migranosa”.

2.5.1.7 PROGNÓSTICO DAS MIGRÂNEAS

Em um estudo transversal de adultos jovens (21 a 30 anos), o índice de persistência do último ano da migrânea foi definido como a proporção daqueles que completam os critérios de migrânea e que relataram um ataque de migrânea no ano seguinte. Em homens o índice de persistência foi de 48% e em mulheres de 79%, sugerindo um maior índice de remissão em adultos jovens entre homens do que em mulheres [...] Whitty e Hockaday (1968, p. 735-736) conduziram um seguimento de 92 pacientes migranosos por períodos de 15 a 20 anos e encontraram cessação volta de um terço dos pacientes e aumento em mais de dois terços daqueles com ataques contínuos. Alguns pacientes demonstraram um quadro de migrânea de longo prazo em que ataques cessaram completamente na vida adulta jovem e recorrem posteriormente. Mesmo após a migrânea cessar, em muitos pacientes a capacidade de ter migrânea permanece, como demonstrado pela reativação da desordem após períodos sem cefaléia. Nenhum fator de idade (idade propriamente dita, idade de início, tempo desde o início) teve valor prognóstico. Também, Fry (1966, p. 142-143), coletando informações de 15 anos de sua prática geral, encontrou uma tendência para a severidade e frequência dos ataques de migrânea de se diminuírem através dos anos e encontrou cessação em 32% dos homens e 42% das mulheres depois de 15 anos. Assim, de acordo com diversos estudos transversais, a condição parece ser auto-limitada (RASMUSSEN; LIPTON, 2006, p. 429).

Bille (1997, p. 488-491) conduziu estudos de seguimento de 73 crianças (com 7 a 15 anos no início do estudo) 6, 16, 22, 30, e 40 anos depois da avaliação inicial. No grupo

migrânea, 34% estavam livres de migrânea na reavaliação de 6 anos e 62% estavam livres de migrânea por pelo menos 2 anos na reavaliação de 16 anos. Na reavaliação de 22 anos, por volta de um terço desse grupo estava tendo migrânea regularmente. Assim, apenas 40% das crianças migranosas estavam livres de migrânea na idade de 30 anos. Na reavaliação de 30 anos, 53% tinham migrânea e 47% estavam livres de migrânea. A reavaliação de 40 anos demonstrou que 29% das 73 crianças originais sofreram de migrânea o tempo todo desde a infância. Outros 22% ainda tinham migrânea, apesar de eles terem tido um ou mais períodos de remissão de 2 anos ou mais. Desse modo, após um período de 40 anos, mais da metade dos migranosos continuaram a referir ataques de migrânea (ibid.).

2.5.1.8 TRATAMENTO DAS MIGRÂNEAS

O tratamento da migrânea, inicialmente, requer uma orientação não medicamentosa, visto que nesse período é necessária uma investigação clínica para definir o perfil individual do quadro. Assim, são incentivadas medidas como evitar fatores desencadeantes identificados, atividades físicas moderadas, massagens e compressas nas têmporas, padrão de sono regular e utilização de diário para registro das crises (CARVALHO; CARRAMATE; PERES, 2005, p. 1020-1021; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA, 2000, p. 372).

Médicos devem encorajar os pacientes a desenvolverem expectativas realistas do tratamento da migrânea crônica. É importante explicar que migrânea é uma desordem recorrente e que não há cura total; o melhor que pode ser feito é manter a cefaléia sob algum controle com medicações abortivas assim como preventivas. Expectativas irrealistas geralmente levam à falha terapêutica. É natural ao médico se frustrar quando se depara com condições crônicas tais como migrânea, mas é muito importante ao médico não comunicar essa frustração ao paciente. Expressões de encorajamento e esperança são importantes estratégias terapêuticas (MATHEW; TFELT-HANSEN, 2006, p. 433).

Migrânea é uma desordem do sistema neurovascular e é uma resposta especial do cérebro humano para ambos precipitantes externos e internos. [...]. Uma lista de fatores precipitantes comuns para migrânea deve ser dada aos pacientes para poderem evitá-los. Os pacientes devem ser ensinados a procurar por os gatilhos que iniciam seus ataques e gravar esses gatilhos em seus diários de cefaléia. Os médicos devem ensinar aos seus pacientes modificações comportamentais para evitar fatores desencadeantes. Uma simples explicação é

tudo o que é necessário na maioria dos paciente, o que pode ser oferecido até pelo médico mais ocupado. A importância de alimentação regular e hábitos de sono devem ser enfatizados. Sono demais ou escasso pode induzir cefaléia, assim como perder uma refeição (ibid., p. 434).

Se o estresse é identificado como o fator principal, vale a pena iniciar um programa para manejo do estresse enquanto se procede com a terapia farmacológica. Farmacoterapia isolada, sem cuidar de fatores estressantes, pode não ser um tratamento adequado. Desse modo, tratamento comportamental e não-medicamentoso deve ser administrado simultaneamente com farmacoterapia. Para manejo do estresse, qualquer forma de exercício relaxante, incluindo treinamento de *biofeedback*, é recomendado. Exercício físico, relaxante para muitos pacientes, também deve ser estimulado. Exercício melhora o sono, reduz peso, e dá ao paciente a sensação de bem-estar. Na maioria dos pacientes, instruções simples do médico sobre os princípios gerais do estresse são suficientes; no entanto, em casos mais complexos, encaminhamentos a um psicólogo ou terapeuta comportamental é benéfico (ibid.).

Abordagens não-farmacológicas para todos os pacientes com migrânea, quer sejam ou não candidatos à farmacoterapia, mas aqueles que têm migrânea incapacitante frequente e aqueles com migrânea crônica têm melhores resultados quando a conduta farmacológica é combinada a conduta não-farmacológica (ibid.).

A farmacoterapia pode ser aguda (abortiva) ou preventiva (profilática). O tratamento agudo visa reverter ou parar o progresso da cefaléia uma vez iniciada. O tratamento preventivo é designado a reduzir a frequência dos ataques e severidade. Na maioria dos pacientes migranosos, apenas o tratamento agudo é preciso. Tratamento abortivo sempre deve ser otimizado antes que a profilaxia seja considerada. Mesmo em pacientes tratados com medicação profilática que progrediram para um ataque de migrânea devem ser tratados com medicações agudas. Ataques agudos de migrânea variam consideravelmente entre e dentro dos sujeitos em termos de severidade, sintomas associados, incapacidade, e impacto social. A eficácia e tolerabilidade das medicações usadas para tratamento da migrânea variam em grande quantidade e, portanto, o tratamento deve ser adequado às necessidades individuais do paciente. Os mesmos princípios servem para o tratamento profilático (ibid., p. 434; 435).

O tratamento farmacológico da fase álgica é semelhante para migrânea com ou sem aura, tendo objetivo a melhora da crise e sua prevenção. A escolha do tratamento

medicamentoso deve ser estratificado quanto ao estadiamento das crises, sendo elas: as crises fracas, aquelas que não interferem nas atividades diárias e não cedem com medidas gerais; as moderadas, aquelas que interferem parcialmente nas atividades diárias; e as crises fortes, chamadas de incapacitantes, são aquelas que impedem as atividades normais do paciente (CARVALHO; CARRAMATE; PERES, 2005, p. 1020).

As crises fracas podem ser tratadas com analgésicos comuns e antiinflamatórios não esteroidais (AINEs). Nas moderadas, além dos analgésicos e AINEs, recomendam-se derivados ergóticos ou triptanos. Nas crises fortes, são recomendados os triptanos, indometacina ou clorpromazina (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA, 2000, p. 372).

Mathew e Tfelt-Hansen (2006, p. 435) listam as maneiras de otimizar o tratamento dos ataques agudos de migrânea:

- A.** Uso de doses efetivas.
- B.** Tratar precocemente no ataque quando a dor ainda é leve.
- C.** Evitar medicamentos com alto potencial de abuso de drogas:
 - 1. Combinações de cafeína, acetaminofeno e aspirina;
 - 2. Combinações de cafeína, acetaminofeno, aspirina com ou sem codeína;
 - 3. Opióides.
- D.** Estratificar o tratamento
- E.** Tratar os sintomas associados, quando preciso.
- F.** Utilize experiências passadas para selecionar ou rejeitar drogas.
- G.** Escolha a via apropriada de administração das drogas
- H.** Observe contra-indicações
- I.** Combine medicações se necessário, por exemplo:
 - 1. Triptano + AINEs
 - 2. AINEs + metoclopramida

Na migrânea com aura, o tratamento da fase álgica é semelhante ao tratamento da migrânea sem aura, porém, devem ser considerados fatores de risco para complicações vasculares a respeito do uso de drogas vasoconstritoras, como os ergotamínicos, o isomepteno, e os triptanos, devendo ser utilizadas de forma judiciosa. Estas drogas devem ser evitadas em alguns tipos de migrânea com aura, como na migrânea basilar, migrânea

hemiplégica e na migrânea com aura prolongada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA, 2000, p. 373).

Usar farmacoterapia preventiva para ataques de migrânea é uma decisão que não deve ser feita sem prudência considerável pelo médico e paciente. Migrânea é uma desordem episódica de uma senão saudável população, e uso de drogas pode ser acompanhado de efeitos adversos. Terapia profilática deve se considerada apenas sob uma ou mais das seguintes circunstâncias (MATHEW; TFELT-HANSEN, 2006, p. 437):

1. Incidência dos ataques é mais de dois ou três por mês.
2. Ataques são severos e prejudicam atividade normal.
3. O paciente é psicologicamente incapaz de lutar com os ataques.
4. Terapias abortivas otimizadas terem falhado ou produzido sérios efeitos colaterais.

A profilaxia da migrânea não deve ser usada em pacientes que planejam engravidar. Monoterapia deve ser regra para providencia profilaxia sempre que possível. Nenhum estudo clínico rigoroso produziu evidência convincente de efeitos aditivos de uma segunda ou terceira droga preventiva. Tal estratégia terapêutica também aumenta efeitos colaterais, e potenciais interações entre drogas preventivas não estão entendidas. Contudo, se tornou uma prática comum combinar agentes profiláticos em muitos países. A presença de comorbidades, tais como depressão, ansiedade, ou transtorno bipolar, pode determinar as combinações úteis. Por exemplo, em um paciente com migrânea frequente com depressão significativa, pode-se combinar um antidepressivo com uma profilaxia anti-migranosa primária, tal como betabloqueador ou topiramate (MATHEW; TFELT-HANSEN, 2006, p. 438).

Quando questionar experiências prévias sobre tratamento profilático, o médico deve checar se doses otimizadas foram usadas e por quanto tempo. Além disso, muitos pacientes podem ter tentado tratamento profilático sem sucesso por conta de abuso de medicações sintomáticas. Sob tais circunstâncias, a droga não deve ser julgada ineficaz. Pacientes não-responsivos têm múltiplas experiências com drogas preventivas, frequentemente tornando impossíveis tais julgamentos (ibid.).

2.5.2 CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL

Este é o tipo mais comum de cefaléia primária: sua prevalência ao longo da vida na população geral varia em diferentes estudos de 30 a 78%. Ao mesmo tempo, é a menos estudada das cefaléias primárias, apesar do seu alto impacto socioeconômico (INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY, 2004, p. 56).

Cefaléias do tipo tensional (TTH) são extremamente prevalentes quando brandas e infrequentes, mas elas podem ser frequentes e severas, constituindo um problema de saúde importante causando grande sofrimento e contrariamente afetando a capacidade funcional individual (OLESEN; WELCH, 2006, p. 619).

A classificação da IHS agora divide a TTH em subcategorias, acreditadas serem variedades da mesma desordem. Ataques individuais de cefaléia do tipo tensional episódica (ETTH) infrequente, episódica frequente, e crônica (CTTH) têm aspectos clínicos similares, apesar da severidade da dor aumentar com a frequência. Por conseguinte, CTTH não é apenas mais frequente, mas também mais severa (OLESEN; WELCH, 2006, p. 619).

A divisão nos subtipos episódico e crônico que foi introduzida na primeira edição da classificação provou ser extremamente útil. O subtipo crônico é uma doença séria que causa grande comprometimento da qualidade de vida e alta incapacidade. Na edição atual nós decidimos subdividir a cefaléia do tipo tensional episódica em um subtipo infrequente, com crises de cefaléia ocorrendo menos que uma vez por mês e um subtipo frequente. O subtipo infrequente tem um impacto muito pequeno no indivíduo e não merece muita atenção do profissional médico. Porém os doentes com dores freqüentes podem apresentar considerável incapacidade que às vezes demanda o uso de drogas de alto custo e medicação profilática. O subtipo crônico é sempre claramente associado com incapacidade e altos custos pessoais e sócio-econômicos (INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY, 2004, p. 56).

2.5.2.1 EPIDEMIOLOGIA DAS CEFALÉIAS DO TIPO TENSIONAL

Não tem sentido discutir a prevalência da TTH se a frequência dos ataques não for considerada. TTH uma ou duas vezes por ano é um incômodo, enquanto CTTH é claramente uma doença com impacto importante no indivíduo. Em estudos epidemiológicos

dinamarqueses a maioria da população geral (51% a 59%) teve TTH infrequente um dia por mês ou menos e não precisou de atenção médica específica. Esses sujeitos não podem ser considerados pacientes. No entanto, na maioria dos estudos 18% a 37% tiveram TTH mais de uma vez por mês, 10% a 25% tiveram TTH semanal, e 2% a 6% da população teve TTH crônica geralmente durando por grande parte do tempo de vida. A prevalência global da CTTH é um tanto uniforme em 2% a 3%. No Chile, TTH representa 72,3% de todas as cefaléias (JENSEN; SYMON, 2006, p. 621).

Em estudos de população selecionada onde TTH foi relatada, a prevalência também é bastante uniforme. Em estudantes de medicina brasileiros a prevalência da ETTH frequente foi de 32%, em uma fábrica de montagem holandesa ela foi de 34,5%, e em estudantes de medicina do Quênia ela foi de 50% (ibid.).

A idade média de início da TTH é 20 a 30 anos na maioria dos estudos epidemiológicos transversais. O pico de prevalência parece estar entre 20 e 39 anos e então declina com o aumento da idade em ambos os gêneros [...] A proporção homem:mulher da TTH é 4:5, indicando que, diferente da migrânea, mulheres são apenas ligeiramente mais afetadas (ibid., p. 622).

Vários fatores demográficos além de gênero e idade foram estudados na TTH. Estudos populacionais mostraram uma prevalência razoavelmente uniforme da TTH em vários grupos sociais, apesar de alguns estudos nos Estados Unidos terem relatado um risco aumentado para CTTH em grupos com educação ou renda menores. Há pelo menos duas razões plausíveis para uma ligação entre desordens de cefaléia e renda. Condições pobres de moradia, estresse, ou pobre acesso à cuidados de saúde poderiam levar a uma prevalência aumentada de cefaléias. Alternativamente, cefaléias frequentes devem levar a dificuldades com o trabalho ou carreira e poderiam levar para uma tendência para baixo no *status* socioeconômico [...] incapacidade funcional no trabalho foi descrita por 60% das pessoas com TTH e considerada por 64% na redução de capacidade de trabalho devido à cefaléia, apesar de os migranosos geralmente terem maiores taxas de faltas ao trabalho (ibid.).

Quanto à utilização de serviços médicos, segundo Jensen e Symon (2006, p. 623), “os custos diretos de serviços médicos e medicamentos foram pouco estudados na TTH. No geral, pacientes com TTH buscam menos ajuda médica do que migranosos, já que apenas 16% dos

pacientes com TTH procuraram um clínico geral devido cefaléia em contraste a 56% dos migranosos [...] a relativa baixa taxa de consulta e baixo consumo de medicamentos poderia ser interpretada no sentido de serviços médicos serem desnecessários para a grade proporção dos sofrendores de TTH. No entanto, a maioria dos sofrendores expressou que suas atividades diárias foram inibidas como resultado de suas cefaléias. Assim, medidas dos gastos em cuidados médicos nessas desordens não refletem a verdadeira carga dessas doenças [...] em conclusão, a TTH constitui um tópico de saúde pública importante muito prevalente, que foi previamente subestimada devido à falta de interesse científico; estudos futuros da epidemiologia da TTH são necessários.”

2.5.2.2 MECANISMOS DA CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL

Apesar da alta prevalência da TTH e seu impacto socioeconômico importante, pesquisas nos mecanismos dessa desordem têm sido limitadas. Mundialmente, apenas poucos grupos estudam seus mecanismos e tratamento, em contraste agudo às largas somas de dinheiro em propagandas para analgésicos para TTH (OLESEN; WELCH, 2006, p. 620).

Por conta da enorme prevalência e variabilidade na frequência e severidade da cefaléia do tipo tensional, qualquer herança é quase certa de ser poligênica. Sofrendores de cefaléia do tipo tensional devem ter muita chance de ter muitos parentes de primeiro grau afetados [...] no presente, nós adotamos a visão de que a grande maioria da população, talvez toda, tem o potencial de desenvolver cefaléia do tipo tensional se expostos a fatores ambientais suficientemente fortes (BENDTSEN; SCHOENEN, 2006, p. 679)

Cefaléias em geral são relatadas a ocorrerem em relação com conflitos emocionais e estresse psicossocial, mas a relação causa-efeito não está clara. Estresse e tensão mental são os fatores precipitantes mais frequentes relatados, mas eles ocorrem com frequência similar na cefaléia do tipo tensional e na migrânea. A ocorrência está de acordo com os achados de amplo perfil de personalidade normal nos sujeitos com cefaléia do tipo tensional episódica, enquanto estudos com sujeitos com a forma crônica muitas vezes revelam maior frequência de depressão e ansiedade (ibid., p. 680).

A sensibilidade dolorosa miofascial pericranial está aumentada em pacientes com cefaléia do tipo tensional. A sensibilização periférica dos nociceptores miofasciais poderia ter papel na sensibilidade dolorosa aumentada, mas evidência firme está faltando (ibid.)

O sistema nervoso central está sensibilizado em nível do núcleo trigeminal da espinha dorsal e em nível supra-espinhal em pacientes com cefaléia do tipo tensional crônica; o processamento central do dor pode estar normal em pacientes com cefaléia do tipo tensional episódica (ibid.).

Os papéis dos neurotransmissores e neuromoduladores têm sido extensivamente examinados no plasma, líquido cefalorraquidiano, e músculo, mas nenhuma anormalidade consistente foi detectada. É possível que as técnicas aplicadas não tenham sido suficientemente sensíveis, ou que os compartimentos mais relevantes, por exemplo, um via neuronal específica, não tenha sido examinada. O mais recente não foi possível por razões éticas, mas será assim que um modelo animal confiável for desenvolvido (ibid., p. 681).

Quanto ao desenvolvimento da cronicidade, segundo Bendtsen e Schoenen (2006, p. 682):

A sensibilização das vias dolorosas no sistema nervoso central devido a estímulo nociceptivo prolongado dos tecidos miofasciais pericranianos parece ser responsável pela conversão da cefaléia do tipo tensional episódica para a crônica. Essa hipótese delineia dois alvos principais para estratégia de tratamentos futuros: (a) identificar a fonte da nocicepção periférica a fim de prevenir o desenvolvimento da sensibilização central e por meio disso a conversão da cefaléia do tipo tensional episódica na crônica, e (b) reduzir sensibilização central estabelecida.

2.5.2.3 CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL EPISÓDICA

Nas suas formas brandas e infrequentes, a cefaléia do tipo tensional episódica é geralmente manifestada como uma cefaléia normal ou como um incômodo. Em suas formas frequentes, no entanto, ela se torna angustiante e socialmente perturbante, apesar de ela raramente incapacitar aqueles afetados no mesmo nível quanto cefaléia do tipo tensional crônica ou migrânea. A maioria dos estudos prévios na cefaléia do tipo tensional foi realizada em clínicas especializadas em cefaléia e se depararam com a forma crônica. Pacientes com a forma episódica muito raramente consultam especialista e por isso não se incluíam em tais estudos. O aspecto da TTH observado na prática geral é claramente mais brando e diferente

daquele presente em pacientes encaminhados a um especialista, apesar de a maioria dos sofrendores não ter consultado um clínico geral (JENSEN; BECKER, 2006, p. 685).

De acordo com Jensen e Becker (2006, p. 685), “a ETTH é subclassificada como infrequente ou frequente, com a distinção arbitrária de que pacientes com menos de 12 dias por ano de TTH caem na categoria infrequente e pacientes com 12 dias ou mais por ano e menos de 15 dias por mês caem na categoria frequente. Os critérios diagnósticos para ETTH infrequente e frequente são idênticos, exceto pelo critério A, onde a frequência é especificada. [...]. Na classificação ICHD-I, ETTH foi subdividida em uma forma com e outra sem um fator muscular. Na classificação ICHD-II, foi especificada que essa subdivisão é baseada apenas na palpação manual, que é usada para determinar se hiperalgesia pericraniana está presente.”

Segundo o *Subcomitê de Classificação das Cefaléias* (2004, p. 58; 59) da *Sociedade Internacional de Cefaléia*, os critérios diagnósticos para cefaléia do tipo tensional episódica frequente incluem:

- A. Pelo menos 10 crises que ocorrem de 1 a menos de 15 dias por mês durante pelo menos 3 meses (de 12 a menos que 180 dias por ano) e preenchem os critérios B-D
- B. Cefaléia que dura de 30 minutos a 7 dias
- C. A cefaléia tem pelo menos duas das seguintes características:
 - 1. Localização bilateral
 - 2. Caráter em pressão/aperto (não pulsátil)
 - 3. Intensidade leve ou moderada
 - 4. Não é agravada por atividade física rotineira como caminhar ou subir degraus
- D. Ambos os seguintes:
 - 1. Ausência de náusea ou vômito (anorexia pode ocorrer)
 - 2. Ou fotofobia ou fonofobia (apenas uma delas está presente).
- E. Não ser atribuída a outro distúrbio.

Critérios diagnósticos dos subtipos da cefaléia do tipo tensional episódica frequente, segundo o *Subcomitê de Classificação das Cefaléias* (2004, p. 59) da *Sociedade Internacional de Cefaléia*:

Cefaléia do tipo tensional episódica freqüente associada à hiperalgesia pericraniana

Critérios diagnósticos:

A. Crises que preenchem os critérios A-E para 2.2 Cefaléia do tipo tensional episódica freqüente

B. Aumento da sensibilidade dolorosa pericraniana à palpação manual

Cefaléia do tipo tensional episódica freqüente não associada à hiperalgesia pericraniana

A. Crises que preenchem os critérios A-E para 2.2 Cefaléia do tipo tensional episódica freqüente

B. Sem aumento da sensibilidade dolorosa pericraniana

Talvez seja um exercício circular discutir a sintomatologia clínica de uma condição que é por si só definida primariamente por critérios diagnósticos clínicos. Apesar de isso não ser único da ETTH, é especialmente importante nessa condição, pois TTH é talvez a menos bem definida entre os tipos de cefaléia primária na nova classificação da Sociedade Internacional de Cefaléia. ETTH ocupa a larga extensão entre pacientes que não têm cefaléia e pacientes com cefaléias mistas também completando critério diagnóstico para migrânea. Frequentemente chamadas de “cefaléias normais ou comuns” pelos pacientes com migrânea que também têm pouca ETTH, ETTH é caracterizada em um grau muito significativo por o que não está presente (JENSEN; BECKER, 2006, p. 687).

Pacientes geralmente descrevem suas dores como um “aborrecimento”, cefaléia “não-pulsante”, e termos tais como uma sensação de “tensão”, “pressão”, ou “irritação” são frequentemente empregadas; alguns pacientes referem uma “faixa” ou “gorro” comprimindo suas cabeças, enquanto outros mencionam um grande “peso” sobre suas cabeças e/ou seus ombros. Muitos estudos confirmam essa qualidade dolorosa. Em uma série de 402 pacientes, uma dor de cabeça aborrecente foi encontrada em 85% e um “peso tensional” em 83%. A alta incidência de uma qualidade tipo pressão foi confirmada em estudos posteriores; ela estava presente em 78% de 488 sujeitos com ETTH da população geral, mas apenas 52% dos 50 pacientes com ETTH de um estudo de diário diagnóstico prospectivo (ibid.).

De acordo com os critérios da IHS, a dor na ETTH é tipicamente de leve ou moderada intensidade. Em um estudo populacional, a dor era leve ou moderada em 87 a 99% dos sujeitos com ETTH. Isto corresponde bem com o estudo clínico de Zeeberg et al. (2005: impresso), onde a intensidade média foi 1.2 numa escala de 0 a 3, e com estudos de diário de

cefaléia prospectivos que analisaram a intensidade da dor entre diversos episódios de cefaléia (ibid.).

A severidade da TTH aumenta consideravelmente com o aumento da frequência, já que 76% dos sujeitos com mais de 30 dias de cefaléia por ano relataram intensidade moderada ou severa comparado a 50% daqueles com cefaléia menos frequente. Esses dados pareciam confirmar a impressão clínica de que TTH é um fenômeno graduado com intensidade de cefaléia aumentando à medida que a frequência aumenta. Isso contrasta com um ataque de migrânea, na qual é um fenômeno todo ou nenhum fenômeno que acompanha o seu curso uma vez iniciado (ibid.).

A dor é tipicamente considerada bilateral, e isto foi relatado por 90% dos sujeitos em dois estudos populacionais escandinavos. Apesar disso, a dor nem sempre ocorre na mesma localização; lado doloroso variante associado com intensidade variante foi relatado em 21% dos pacientes com ETTH. Uma topografia “em faixa” incluindo as áreas frontal e occipital é comum (ibid., p. 687; 688).

A presença de náusea e vômito na verdade elimina o diagnóstico de ETTH infrequente ou frequente, já que não há estudos analisando a frequência de tais sintomas em relação à ICDH-II. No entanto, 18% dos sujeitos com TTH de acordo com a ICHD-I relatam anorexia leve ou moderada durante o episódio de cefaléia, e apenas 2% foram excluídos devido náusea. [...]. Fotofobia e fonofobia podem estar presentes, mas a presença de ambas não é permitido. Fotofobia leve estava presente em 10% e fonofobia leve em 7% dos sujeitos com ETTH, apesar de na maioria dos sujeitos suas presenças terem sido ocasionais. Apesar disso, a presença desses sintomas não teve influência nas características da dor [...] (ibid., p. 688).

Estudos sobre fatores precipitantes da cefaléia em indivíduos com ETTH de populações clínicas sugerem que há menos diferença entre migrânea e ETTH do que se sabe. Estresse, falta de sono, fadiga, e não comer na hora certa estão entre os fatores precipitantes de cefaléia mais comuns relatados por ambos pacientes migranosos e aqueles com ETTH. Em um estudo, cheiro, luz, fumaça, e mudanças de clima foram relatados como desencadeantes de cefaléia mais comuns em migranosos enquanto contrário nos pacientes com ETTH, mas esses gatilhos de cefaléia foram de fato relatados frequentemente por ambas as populações de

cefaléia. Até álcool e menstruação são relatados como precipitantes de cefaléia por alguns pacientes com ETTH (ibid., p. 689).

Similarmente, condições que são conhecidas por comumente agravarem ataques de cefaléia estabelecidos em pacientes com migrânea também são relatados como fatores agravantes por um número significantes de pacientes com ETTH encaminhados a centros de cefaléia. É claro, portanto, que o diagnóstico de ETTH estabeleça-se sobre uma cuidadosa consideração de múltiplos aspectos de uma síndrome cefalálgica e uso contínuo de diário diagnóstico de cefaléia, já que o diagnóstico de migrânea coexistente é fortemente influenciado pela presença de sintomas associados como náusea, fotofobia, e fonofobia (ibid.).

2.5.2.4 CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL CRÔNICA

O típico paciente com CTTH é mulher de meia idade com história de cefaléia por 10 a 20 anos e com uma cefaléia diária mais ou menos contínua que provou-se largamente refratária a numerosas estratégias de tratamento e que é um tanto independente das atividades diárias. A maioria dos pacientes tem uma história de uma cefaléia episódica na adolescência, tanto migrânea ou ETTH ou ambas. Suas cefaléias então aumentaram gradualmente em frequência durante muitos anos sem nenhuma explicação óbvia, e no momento do diagnóstico elas já são crônicas há muitos anos (JENSEN; BECKER, 2006, p. 693).

Segundo o *Subcomitê de Classificação das Cefaléias* (2004, p. 60) da *Sociedade Internacional de Cefaléia*, os critérios diagnósticos para cefaléia do tipo tensional crônica incluem:

- A. Cefaléia que ocorre em 15 ou mais dias por mês em média durante >3 meses (180 ou mais dias por ano) e preenche os critérios B-D
- B. A Cefaléia dura horas ou pode ser contínua
- C. A cefaléia tem pelo menos duas das seguintes características:
 - 1. Localização bilateral
 - 2. Caráter em pressão/aperto (não pulsátil)
 - 3. Intensidade leve ou moderada

4. Não é agravada por atividade física rotineira como caminhar ou subir degraus

D. Ambos o seguinte:

1. Não mais que um dos seguintes sintomas: fotofobia, fonofobia ou náusea leve
2. Nem náusea moderada ou intensa, nem vômitos

E. Não ser atribuída a outro distúrbio

Pacientes frequentemente descrevem suas dores como “vestir um chapéu apertado, colocar uma faixa apertada envolta da cabeça, ou suportar uma carga pesada na cabeça”. Essa qualidade tipo pressão foi confirmada por 83% dos sofredores de CTTH num estudo populacional geral e esteve presente em 72 a 95% dos pacientes com TTH diária ou quase diária de clínicas especializadas (JENSEN; BECKER, 2006, p. 694; 695).

A localização bilateral da dor é considerada ser uma característica frequente da TTH e também é parte dos critérios diagnósticos da ICHD-2. No entanto, a localização da dor pode variar consideravelmente dentro e entre pacientes. Rasmussen et al. (1991; 129-134) relataram que localização bilateral esteve presente em 88% dos sujeitos com CTTH da população geral (ibid.).

Na população geral 16% dos pacientes com CTTH tinham leve, 78% moderada, e apenas 4% severa intensidade dolorosa. Esses resultados estavam em concordância com dois estudos clínicos onde a vasta maioria tinha dor moderada e apenas 7 a 11% relataram dor severa. Em contraste, em um estudo populacional alemão 42% dos sujeitos relataram severa e 44% moderada intensidade dolorosa. Intensidade dolorosa severa é possível na CTTH porque apenas dois dos quatro critérios de dor são necessários para se dar o diagnóstico. Em pacientes com cefaléia crônica que sofrem dor severa de tempo em tempo, um diagnóstico de migrânea pode ser considerado pelo médico, mas falta de sintomas associados suficientes de náusea, fotofobia, ou fonofobia pode excluir este diagnóstico (ibid.).

Do ponto de vista diagnóstico, a presença e ausência de sintomas associados são cruciais. De acordo com o ICHD-2, nem náusea nem vômito moderado a grave podem estar presentes. Pacientes podem ter não mais que um entre fonofobia, fotofobia, ou náusea leve.

Isto representa uma mudança da ICHD-1 onde, apesar de vômito não ser permitido, pacientes com qualquer grau de náusea poderia receber o diagnóstico de CTTH (ibid.).

2.5.2.5 PROVÁVEL CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL EPISÓDICA

Para cefaléias parecidas com ETTH que não preencheram completamente os critérios diagnósticos para esta desordem, um diagnóstico de provável ETTH pode ser feito, tanto frequente quanto infrequente (JENSEN; BECKER, 2006, p. 685).

Segundo o *Subcomitê de Classificação das Cefaléias* (2004, p. 60) da *Sociedade Internacional de Cefaléia*, os critérios diagnósticos para provável cefaléia do tipo tensional episódica frequente incluem:

- A. Crises que obedecem todos os critérios menos um de A-D para 2.2 Cefaléia do Tipo Tensional Episódica Frequente
- B. Crises não preenchem os critérios para 1.1 Migrânea sem aura
- C. Não atribuída a outro distúrbio

Os critérios diagnósticos para provável CTTH, portanto, são idênticos àqueles para CTTH, exceto que no critério E lê-se “não ser atribuída a outro distúrbio, mas existe, ou ocorreu nos últimos dois meses uso excessivo de medicação que preenche o critério B para qualquer das subformas de 8.2 Cefaléia por uso excessivo de medicamento” (JENSEN; BECKER, 2006, p. 693).

2.5.2.6 PROGNÓSTICO DA CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL

O prognóstico e curso clínico da TTH são variáveis. Sujeitos com TTH frequente são provavelmente de risco aumentado de desenvolver CTTH durante um período de muitos anos. Se sujeitos com TTH mais severa são de risco aumentado para desenvolver migrânea é ainda controverso, é porque pacientes com migrânea, TTH, e cefaléia por abuso de drogas coexistentes representam a vasta maioria das populações clínicas. Estudos recentes de população geral sugerem, no entanto, que migranosos têm a mesma prevalência durante a vida de TTH que não-migranosos, mas os migranosos têm significativamente episódios mais

severos e mais frequentes que os com TTH, indicando que migrânea pode um dos numerosos fatores agravantes da TTH. Vários fatores podem influenciar na frequência da cefaléia e transformar a forma frequente/infrequente na crônica; entre eles, os mais frequentes são fatores psiquiátricos e abuso de analgésicos combinados, ergotamina, ou triptanos (SCHOENEM; JENSEN, 2006, p. 704).

Em conclusão, é de grande importância prognóstica identificar e distinguir TTH de migrânea e cefaléia secundária para iniciar um tratamento precoce e específico e para prevenir consumo inapropriado e excessivo de drogas (ibid.).

2.5.2.7 TRATAMENTO DA CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL

Para o tratamento da cefaléia tipo tensional o fator psicológico é fundamental, sendo a orientação médica o "medicamento" mais importante, pois o tratamento farmacológico geralmente é decepcionante (CARVALHO; CARRAMATE; PERES, 2005, p. 1021).

A importância de uma história e exame minuciosos em qualquer paciente com cefaléia não pode ser subestimado. É essencial excluir outras entidades presentes com a cefaléia (cefaléias secundárias), reconhecer comorbidades (especialmente depressão), e determinar se a TTH coexiste com migrânea. Uma boa história também facilita a oportunidade de descobrir fatores precipitantes e determinar se as cefaléias estão sendo agravadas por abuso de medicamentos (PEATFIELD; EDMEDS, 2006, p. 707).

Segundo Peatfield e Edmeads (2006, p. 707; 708):

Antes de começar o tratamento, pode ser útil que o paciente tenha um diário escrito com a frequência e severidade dos ataques e das medicações consumidas por eles. Isso vai estabelecer uma linha base com a qual se vai medir o progresso, pode revelar fatores precipitantes, e pode desmarcar abuso de drogas (pacientes frequentemente subestimam seu uso de drogas e são surpreendidos ao ver o que os números mostram). [...]. Eliminar abuso de drogas é uma importante parte do tratamento. [...]. Se em um pacientes com TTH há uma suspeita que contracepção oral ou terapia de reposição hormonal possa estar piorando a situação, a descontinuação deve ser considerada.

Depressão e TTH frequentemente coexistem, às vezes como comorbidades e às vezes como causa e efeito. Em tais pacientes, antidepressivos geralmente são o melhor tratamento do que analgésicos. Os tricíclicos são geralmente considerados mais efetivos para cefaléias do

que os inibidores de recaptação de serotonina; eles também são efetivos em pacientes sem depressão aparente. “Estresse” é frequentemente implicada na TTH. Se um paciente é obviamente excessivamente estressado, terapias comportamentais devem ser consideradas tais como treinamento de relaxamento ou educação de manejo do estresse. Terapias comportamentais cognitivas são no mínimo tão efetivas quanto o tratamento farmacológico na cefaléia do tipo tensional, e a sua combinação demonstrou ser melhor ainda (PEATFIELD; EDMEDS, 2006, p. 708).

Pacientes com cefaléia do tipo tensional episódica que têm sensibilidade pericraniana consistente significativa, que são jovens, e/ou que são razoavelmente intactos psicologicamente podem se dar bem com modalidades físicas/comportamentais. Outros com ETTH podem responder a analgésicos ou AINESs, tomando cuidado para evitar abuso; opiáceos devem ser evitados. Aqueles que também apresentam migrânea podem responder a triptanos. Pacientes com cefaléia do tipo tensional crônica que abusam de drogas geralmente irão responder a nenhuma medicação até o abuso ser corrigido. Pacientes com CTTH que não abusam de drogas tendem a melhorar com amitriptilina todas as noites. O papel dos “relaxantes musculares” na TTH não está estabelecido (ibid., p. 708; 709).

Em sumário, o tratamento da cefaléia do tipo tensional ainda não tem um fundamento científico firme na forma de estudos placebo-controlados de larga escala e testes individuais das modalidades farmacológicas e não-farmacológicas. Até tal fundamento se materializar, a terapia é baseada em experimentos, senso comum, e em poucos estudos que existem (ibid., p. 709).

2.5.3 CEFALÉIA EM SALVAS

Cefaléia em salvas entra no grupo 3 da classificação da Sociedade Internacional de Cefaléia (IHS), as cefaléias autonômico-trigeminais, é codificada como 3.1. Na décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (ICD-10) da Organização Mundial de Saúde (WHO), é codificada como G44.0 (episódica CH-G44.01, crônica CH-G44.02) (GOADSBY; Tfelt-Hansen, 2006, p. 743).

A cefaléia em salvas é caracterizada por ataques com dor estritamente severa e unilateral com localização orbital, supra-orbital, ou temporal. Os ataques tipicamente duram

15 a 180 minutos e usualmente ocorrem uma a várias vezes por dia especialmente de noite. Esses ataques são acompanhados por injeção conjuntival ipisilateral, lacrimejamento, rinorréia ou congestão nasal, edema palpebral, miose, e ptose leve. Há uma preponderância clara masculina (ibid.).

Duas formas clínicas principais de cefaléia em salvas podem ser identificadas: episódica e crônica. A forma mais comum é a forma episódica, com 80 a 90% dos pacientes afetados. É caracterizada por períodos de ataque (salvas) e períodos de remissão. No período de salvas o paciente sofre de um a oito ataques por dia (dias sem cefaléia podem ocorrer); esse período pode durar de 7 dias a 1 ano. Entre os períodos de salvas os pacientes estão geralmente completamente livres de dor, mas períodos dolorosos de curta duração com ataques curtos isolados podem ocorrer (ibid.).

A forma crônica carece de remissões e é diagnosticada após um ano sem remissão ou se remissões duraram menos de um mês. O paciente pode sofrer da forma crônica desde o início da doença (cefaléia em salvas crônica não-remitente desde o início), ou pode se desenvolver a partir da forma episódica (cefaléia em salvas crônica evoluída da episódica) (ibid.).

2.5.3.1 EPIDEMIOLOGIA DA CEFALÉIA EM SALVAS

De acordo com Goadsby e Tfelt-Hansen (2006, p. 743):

No estudo norueguês todos os habitantes de uma comunidade foram entrevistados por um neurologista experiente de acordo com o critério da IHS. Esse estudo também teve uma alta prevalência, 381 por 100.000 [...] casos de cefaléia em salvas têm sido relatados por autores variados de vários continentes, e isso é, portanto, razoável para assumir que este tipo de cefaléia ocorre em todo lugar do mundo.

2.5.3.2 MECANISMOS DA CEFALÉIA EM SALVAS

Achados recentes favorecem uma causa central da cefaléia em salvas. Técnicas de neuro-imagem funcional têm provido um melhor entendimento da base anatômica e fisiológica da cefaléia em salvas. Um local dentro do hipotálamo pode alterar a regulação rítmica de importância para a regulação da dor e para controle anatômico e vascular, por meio disso, oferecendo uma explicação para a periodicidade de ataques e dos períodos em salvas. A

cefaléia em salvas não é mais considerada uma desordem primariamente vascular. Um reflexo parassimpático-trigeminal explica a vasodilação e sintomas autonômicos parassimpáticos locais. Como se observa déficit simpático, muitos achados indicam uma disfunção do terceiro neurônio periférico, enquanto sintomas bilaterais na face e efeitos sistêmicos na regulação circadiana da pressão sanguínea, temperatura, e ritimicidade circadiana endócrina sugerem um distúrbio central. A presença de uma lesão do terceiro neurônio simpático periférico na cefaléia em salvas não é um argumento contra a hipótese central e pode ser considerada uma complicação da cefaléia em salvas. Uma hipótese prévia propôs um foco patológico dentro do sinus cavernoso, tal como uma flebite venosa ou fatores anatômicos locais. A dor pode ser produzida por uma obstrução do escoamento sanguíneo venoso, que poderia ser precipitado pela posição prona ou pela dilatação intermitente das artérias e veias cujas inervações simpáticas foram comprometidas pela flebite. Essa hipótese não providencia uma explicação clara dos aspectos cíclicos e mudanças neuroendócrinas na cefaléia em salvas (WALDENLIND; GOADSBY, 2006, p. 786).

2.5.3.3 SINTOMATOLOGIA DA CEFALÉIA EM SALVAS

Sintomas não dolorosos podem ocorrer minutos ou semanas antes da dor na cefaléia em salvas. Alguns autores referem-se aos sintomas que ocorrem dias ou semanas antes de um período de salvas como premonitórios e sintomas que ocorrem minutos a horas antes como um ataque prodromal individual. Esses sintomas podem incluir letargia, irritabilidade, parestesia, náusea e estranhas sensações pelo corpo. Pacientes também podem experimentar sensações na área subsequente à dor, incluindo pontada, pressão, tinido, ou pulsação. A linha entre pródromo e premonitório pode ser indistinta e a ICHD-2 tem desencorajado o uso de pródromo para evitar confusão (BLACK; BORDINI; RUSSEL, 2006, p. 789).

Ataques de cefaléias em salva incluem ataques recorrentes de dor extremamente severa em associação com sinais proeminentes de ativação autonômica cranial, ambos dos quais ocorrendo tipicamente em um padrão cíclico ou periódico (ibid., p. 790).

Na maioria dos casos a dor começa nas regiões retro-orbital, supraorbital ou temporal, mas ela pode irradiar para frente, mandíbula, narina, orelha; metade da cabeça, e, em alguns casos, o pescoço e o ombro ipsilateral. [...]. O ataque frequentemente começa como um vago desconforto e rapidamente aumenta para dor excruciantes, alcançando intensidade máxima

dentro de 9 minutos do início em 86% dos sofrendores. A cefaléia em salvas tem sido frequentemente descrita como a cefaléia primária mais dolorosa. Pacientes tem sido conhecidos por cometer suicídios durante os ataques justificando o pseudônimo de cefaléia suicida. A qualidade da dor é constante, aborrecente, tipo pressão, ou ardente quando alcança seu pico. Muitas vezes os sujeitos relatam a sensação de um ferro quente no olho ou uma pressão extremamente severa dentro ou atrás dos olhos. Uma minoria (30%) descreve a dor como latejante ou pulsante. No entanto, às vezes não é possível de ser descrita ou classificada, e em alguns outros casos ela pode ter uma qualidade mista. Dor intensa de pontadas súbitas durando de 1 a 2 segundos pode ser manifestada na área sintomática durante o ataque (ibid.).

A severidade dos ataques geralmente aumenta (junto com a frequência) nos primeiros dias ou semanas e é mais severa no meio do período de salvas (ibid., p. 791).

Segundo Russel (1988, p. 15-22):

Entre os sinais locais de envolvimento autonômico lacrimejamento é o mais comum, sendo relatado em 82 a 91% dos casos, seguido pela injeção ipsilateral da conjuntiva (78 a 84%). A síndrome de Honer parcial, com uma ptose ou miose ipsilateral leve, e/ou edema palpebral é frequentemente presente durante os ataques (57 a 69%) e pode persistir entre os ataques em fases posteriores da doença em alguns pacientes. Corrimento nasal ou rinorréia manifestadas pela maioria dos pacientes durante os ataques (68 a 76%) é geralmente ipsilateral à cefaléia, mas geralmente bilateral. Corrimento nasal em alguns casos pode preceder o início da dor. O suor facial aumentando pode ser encontrado em ataques severos, especialmente no lado sintomático. Esse sinal pode ser observado clinicamente, no entanto, na minoria dos pacientes.

Em um estudo prospectivo de 77 ataques, a duração total foi menos de trinta minutos em 29%, menos de 45 minutos em 62%, e menos de uma hora de 78% dos pacientes. A frequência dos ataques é geralmente de um a dois por 24 horas, apesar dos critérios diagnósticos da IHS sugerirem o mínimo de ataque de 1 a cada dois dias a 8 por dia (ibid.).

O comportamento típico foi descrito em detalhes e foi incorporado aos critérios diagnósticos da ICHD-2. Os sujeitos preferem se isolar; eles parecem agitados, inquietos, e sentir um impulso de se movimentarem ou sair numa tentativa de lutar contra o tormento da dor excruciante. Os sujeitos podem esfregar ou comprimir suas cabeças, aplicar substâncias frias no local da dor, ou buscar um quarto escuro. A conscientização de que esses aspectos típicos de andar, sentar, se ajoelhar, deitar, e levantar durante ataques ajuda o paciente a perceber que as respostas comportamentais bizarras não são marcas de insanidade.

Comportamento violento é raro, mas sujeitos podem golpear suas cabeças na parede ou com suas mãos. Este comportamento parece dependente da severidade da dor durante os ataques (ibid., 791; 792).

Segundo o *Subcomitê de Classificação das Cefaléias* (2004, p. 60) da *Sociedade Internacional de Cefaléia*, os critérios diagnósticos para cefaléia em salvas incluem:

- A.** Pelo menos 5 crises preenchendo os critérios B-D.
- B.** Dor forte ou muito forte unilateral, orbitária, supra-orbitária e/ou temporal durando de 15 a 180 minutos se não tratada.
- C.** A cefaléia acompanha-se de pelo menos um dos seguintes:
 - 1. injeção conjuntival ipsilateral e/ou lacrimejamento;
 - 2. congestão nasal ipsilateral e/ou rinorréia;
 - 3. edema palpebral ipsilateral;
 - 4. sudorese frontal e facial ipsilateral;
 - 5. miose e/ou ptose ipsilateral; ou
 - 6. sensação de inquietude ou agitação.
- D.** Crises têm frequência de uma a cada dois dias a 8 por dia.
- E.** Não se atribui a nenhuma outra moléstia.

Ingesta de álcool durante períodos de salvas (mas não durante remissão) pode precipitar imediatamente ataques de salvas. No entanto, de acordo com Kudrow (1980), Ekblom (1987, p. 433-448), e Klimek (1978, p. 102-103), apenas pequenas quantidades de álcool precipitam ataques, enquanto doses altas podem ter um efeito oposto (ou, em alguns casos, protetora) na ocorrência diária das crises dolorosas. Klimek relatou que em alguns pacientes que sofrem de cefaléia em salvas crônica os ataques foram reduzidos depois da ingestão de grande quantidade de álcool. [...]. Entre os fatores precipitantes de crises da cefaléia em salvas, algumas drogas devem ser citadas, tais como histamina, administrada intravenosamente ou subcutaneamente, e nitroglicerina sublingual (BLACK; BORDINI; RUSSEL, 2006, p. 793).

Náusea pode ser sentida durante ataques severos em 50% dos pacientes acompanhada de pelo menos um ataque incluindo fotofobia (geralmente unilateral) em 56% dos casos e

fonofobia em 43%, ao passo que vômito ocorre em apenas uma circunstância em somente 23%. Poucos pacientes relataram salivação aumentada ou diarreia durante ataques (ibid.).

Cefaléia em salvas (junto com a cefaléia neuralgiforme com crises de curta duração, unilateral com injeção conjuntival e lacrimejamento [SUNCT]) representa uma de poucas formas de cefaléia primária que prevalece dentre homens, com mulheres representando apenas 10 a 30% dos afetados (ibid., p. 794).

A média de idade de início da dor foi de 28,0 anos nas séries de Friedman e Mikropoulos, 27,5 anos em séries de Ekbom, 29,6 anos nos de Kudrow, e 28,9 anos nos de Manzoni. Apesar da cefaléia em salvas poder aparecer em qualquer idade, seu começo é geralmente posterior comparado com a da migrânea. A cefaléia em salvas é incomum em crianças, mas pode ocorrer tão precoce como aos 6 anos. Apenas 17,7% dos casos descritos por Zanferra et al. tiveram sua idade de início aos 18 anos, e apenas 2,2% antes dos 10 anos. Infelizmente, o tempo médio de diagnóstico após a idade de início é de 7 a 16 anos (ibid.).

Sofredores de cefaléia em salvas são mais propensos a ter história significativa de tabagismo (85% homens, 60% mulheres) e etilismo comparado à população geral e outros sofredores de outras cefaléias primárias. No entanto, nenhuma correlação significativa foi demonstrada entre retirada de bebida de álcool ou fumo e mudanças no curso da cefaléia em salvas. Isto dá a impressão, no entanto, que desistir de beber pode favorecer o começo de um período de remissão em alguns casos. Estresse moderado ou severo pode preceder o início de um período de salvas, e um perfil de hábitos de vida exagerados parece caracterizar os pacientes com cefaléia em salvas (ibid.).

2.5.3.4 PROGNÓSTICO DA CEFALÉIA EM SALVAS

O conhecimento é muito escasso em relação à história natural da cefaléia em salvas. A maior parte da informação foi conseguida retrospectivamente e largamente em pacientes de clínicas especialistas [...] mais de 26% dos pacientes podem ter apenas um único ataque de cefaléia em salvas (período médio de observação de 9 anos). Cefaléia em salvas episódica pode tender a piorar de ano a ano, mas o padrão oposto também pode ser vivenciado. Início tardio, especialmente em mulheres, e alta frequência de períodos de cefaléia em salvas parecem relacionados a um curso negativo, e, entre outros, são possíveis fatores preditivos na

evolução de episódica para crônica. No entanto, é também muito impressionante que a cefaléia em salvas “ativa” é raramente observada após a idade dos 75 anos. O prognóstico da forma crônica aparenta ser melhor do que se pensava, mudando em muitos pacientes para a forma episódica (EKBOM; BAHRA, 2006, p. 799; 800).

2.5.3.5 TRATAMENTO DA CEFALÉIA EM SALVAS

Todas as cefaléias em salvas necessitam de tratamento. Outras cefaléias primárias podem ser conduzidas não-medicamentosamente, mas considerando a cefaléia em salvas, às vezes até polifarmacologia está indicada. O tratamento da cefaléia em salvas pode ser dividido em três classes. A terapia abortiva, realizada no momento de um ataque para aquele único ataque; a terapia de transição pode ser considerada um tratamento interminente ou preventivo de curto prazo. Se começa um agente ao mesmo tempo do verdadeiro tratamento preventivo. A terapia transicional vai providenciar alívio do ataque do paciente em salvas enquanto a manutenção preventiva está sendo construída para atingir uma dosagem terapêutica. Terapia preventiva consiste em medicação diária que é suposta a reduzir a frequência dos ataques, menor intensidade dos ataques, e menor duração dos ataques (ROZEN, 2005, p. 788).

Segundo Rozen (2005, p.788; 789), sumatriptano subcutânea é a medicação mais efetiva para alívio sintomático da cefaléia em salvas. Em um estudo placebo-controlado, 6mg de sumatriptano injetável foi significativamente mais efetivo que placebo, com 64% dos pacientes tendo alívio completo em 15 minutos comparado com 26% dos pacientes tratados com placebo [...] inalação de oxigênio é uma excelente terapia abortiva para cefaléia em salvas. A dose típica é de oxigênio 100% dado por máscara fascial de 7 a 10 litros por minutos por 20 minutos. Estudos passados indicam que por volta de 70% dos pacientes respondem a oxigênio-terapia”.

Um curso curto de corticosteróides é a melhor terapia de transição para cefaléia em salvas. Tipicamente, dentro de 24 a 48 horas de administração, pacientes se tornam livre de salvas e pelo tempo que o esteróide leva para acabar o agente preventivo principal já começou a tornar-se efetivo. Prednisona e dexametasona são os corticosteróides mais tipicamente usados. Um esquema típico poderia ser 80mg de prednisona nos primeiros dois dias, seguido de 60mg por dois dias, 40mg por dois dias, 20mg por dois dias, 10mg por dois dias e então

cessando o uso do agente. Não há modo fixo de doar os corticosteróides na cefaléia em salvas (ROZEN, 2005, p. 789).

Drogas profiláticas são geralmente dadas a pacientes com mais que dois ataques por dia, ou quando efeitos colaterais ou efeito insuficientes ocorrem com o tratamento agudo. Verapamil é a primeira opção. Drogas consideradas de segunda linha são corticosteróides, os quais podem induzir uma remissão de ataques frequentes severos, e lítio carbonato. Ergotamina oral pode ser suficiente para pacientes com ataques noturnos e /ou períodos curtos moderados. Drogas de terceira linha são inibidores de serotonina (metisergide, pizotifeno), sódio valpróico, gabapentina (EKBOM; MATHEW, 2006, p. 802).

Segundo Rozen (2005, p. 800):

Uma vez que um paciente com cefaléia em salvas é julgado com falha medicamentosa, apenas aqueles que têm cefaléias estritamente fixas em um lado só devem ser considerados para cirurgia. Outros critérios para a cirurgia incluem localização principalmente no ramo oftálmico do nervo trigêmio, indivíduo psicologicamente estável, e não ter vícios. Pacientes devem entender que, na maioria das instâncias, para aliviar a dor, o nervo trigêmio precisa ser lesionado, os levando não apenas a analgesia facial, mas também a um alto risco de desenvolver eventos adversos severos incluindo anestesia corneal e anestesia dolorosa.

Outras cefaléias autonômico trigemiais incluem a hemicrania paroxística (episódica ou crônica) e a cefaléia neuralgiforme com crises de curta duração, unilateral com injeção conjuntival e lacrimejamento ou SUNCT (INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY, 2004, p. 68).

3. CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1. Tipo de desenho de estudo

Estudo individual, observacional e transversal, tipo inquérito epidemiológico de caráter prioritariamente descritivo.

3.2. Local da pesquisa

Faculdade de Medicina / Instituto de Ciências da Saúde.

3.3. População

População-alvo: estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará.

3.4. Tamanho amostral

Trezentos sujeitos de todos os níveis de ensino de um universo de 900 alunos, mediante método aleatório de escolha.

3.5. Período da pesquisa

De agosto de 2008 a dezembro de 2008, após aprovação prévia pelo Comitê de Ética do Instituto de Ciências da Saúde.

3.6. Coleta de dados

A fonte primária de dados constitui-se de um questionário individualizado, com perguntas fechadas e abertas, após assinatura de termo de consentimento livre e informado (**anexo 1**), tendo como variáveis de identificação: idade, gênero, naturalidade, religião, raça, estado civil, profissão. As variáveis específicas referentes às cefaléias: sofrimento, idade de início, forma de início, número de episódios, duração, frequência, localização, tipo, intensidade, comportamento de um episódio, sintomas associados e suas qualidades, limitação de tarefas, fenômenos relacionados ao aparecimento, história de náusea ou vômito na infância,

fatores de melhora, fatores de piora, atribuição à causa conhecida, história familiar, tratamento prévio, caso de emergência.

3.7. Critérios de inclusão

Estudantes regularmente matriculados no curso de medicina da Universidade Federal do Pará, e que tenham assinado o termo de consentimento livre e esclarecido.

3.8. Critérios de exclusão

Não ser estudante regularmente matriculado no curso de medicina da Universidade Federal do Pará, recusa em assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, e não preenchimento completo do questionário. O autor da pesquisa está excluído com a finalidade de neutralizar ocorrência do erro sistemático.

3.9. Análise estatística

Para compilação dos dados, criou-se um banco de dados, a partir do qual foram geradas estatísticas, tabelas e gráficos, procedendo-se, à análise quali-quantitativa com o programa EPI INFO 6.04d. Para método aleatório de escolha amostral foi utilizado o programa Sorteio Virtual 1.0.97. Para verificar a significância das categorias estudadas foi utilizado o teste Qui-quadrado com p valor de $\alpha \leq 0,05$ (5%). Para editoração de texto foi utilizado o programa Microsoft WORD versão 2007.

4. RESULTADOS

TABELA 1 - Distribuição dos estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará de acordo com a idade. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.

Faixa etária	n	%
18 a 22	186	62,0
23 a 27	96	32,0
28 a 32	14	4,7
33 a 38	4	1,3
Total	300	100

FONTE: Protocolo de pesquisa.

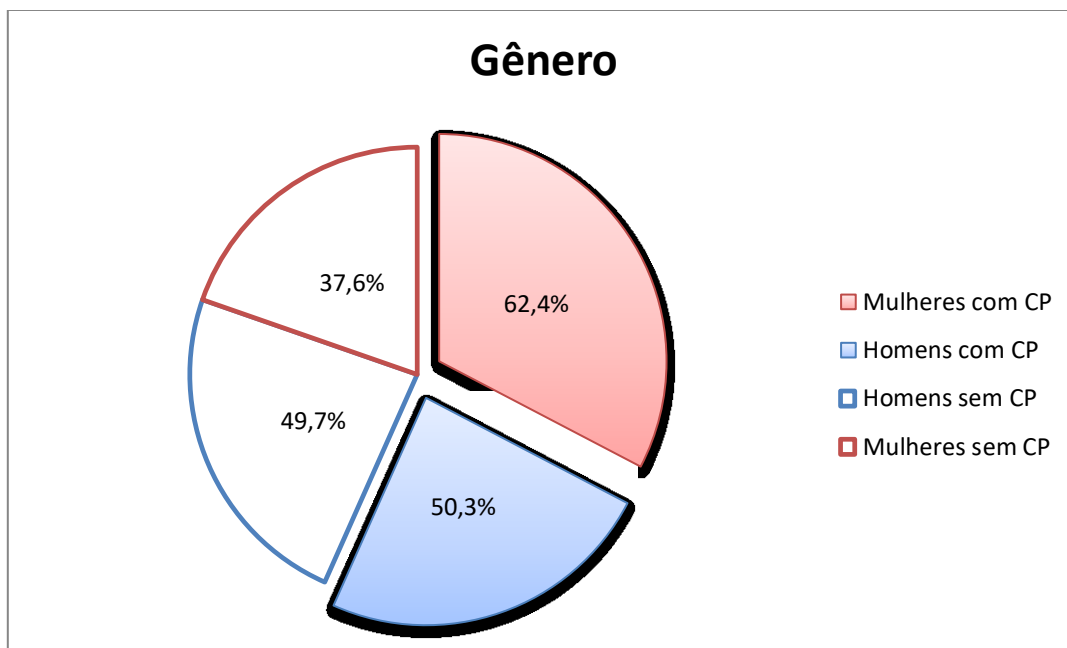
n: população amostral total.

Amplitude: 20 anos.

Média aritmética: 17 anos.

Mediana: 19 anos.

Na **Tabela 1**, observa-se que a maioria dos estudantes da amostra encontra-se na terceira década de vida. Estudantes de 19 a 25 anos correspondem a 85% (256/300) do total.

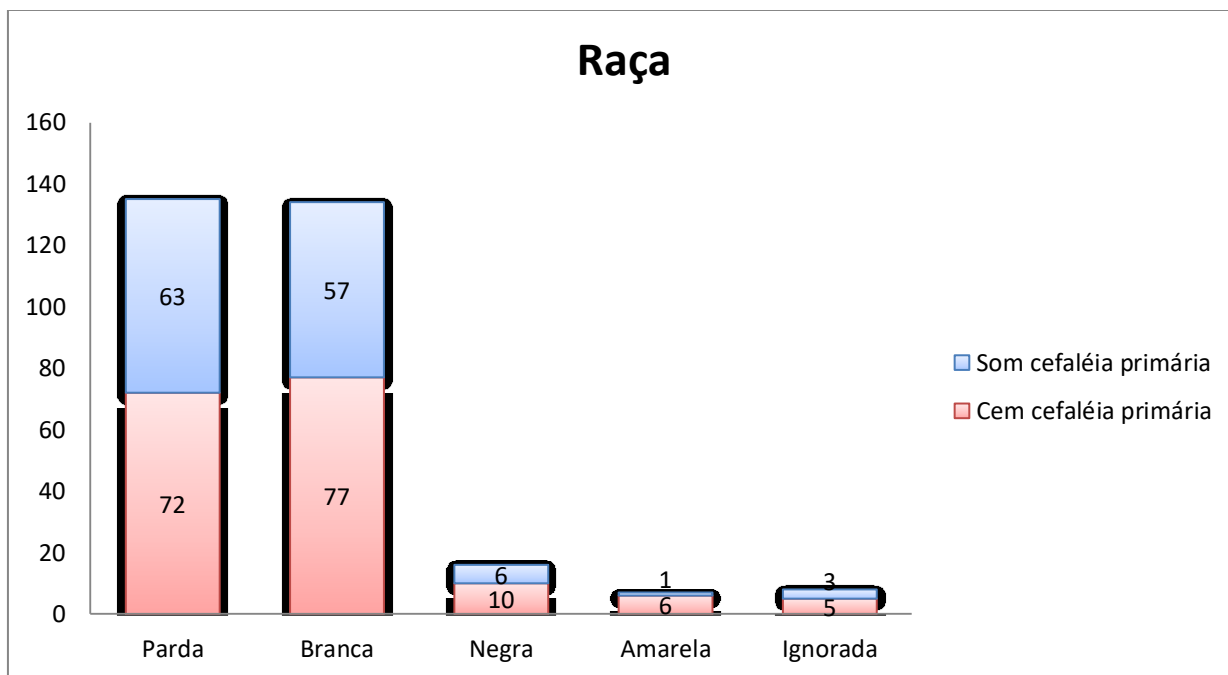


FONTE: Protocolo de pesquisa.
CP: Cefaléia primária.

FIGURA 1 - Distribuição dos estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará de acordo com o gênero. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.

$p = 0,0544$ (não significativo).

Na **Figura 1**, o estudo da amostra demonstra a participação de 52% (157/300) de estudantes do gênero feminino e 48% (143/300) do gênero masculino. No grupo do gênero feminino, as mulheres com cefaléia primária consistem em 62,4% (98/157). No grupo do gênero masculino, os homens com cefaléia primária consistem em 50,3% (72/143).

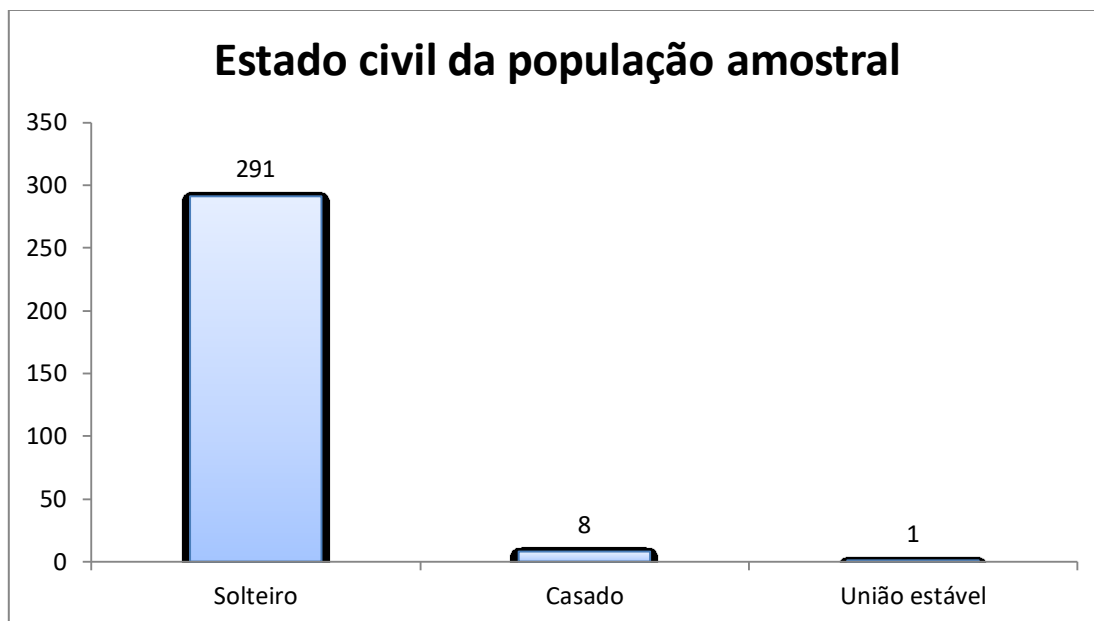


FONTE: Protocolo de pesquisa.

FIGURA 2 - Estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará de acordo com a raça. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.

$p = 0,5740$ (não significativo).

Em relação à raça, observa-se na **Figura 2**, que a raça parda representa 45% (135/300) do total e a raça branca, 44,6% (134/300). No grupo da raça parda, os estudantes com cefaléia primária consistem em 53,3% (72/135). No grupo da raça branca, os estudantes com cefaléia primária consistem em 57,5% (77/134). No que concerne à raça negra, 38% (6/16).



FONTE: Protocolo de pesquisa.

FIGURA 3 - Estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará de acordo com o estado civil. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.

$p < 0,00001$ (solteiro) (houve significância estatística).

Na **Figura 3**, observa-se que 97% (291/300) dos estudantes da amostra estudada são solteiros; 2,7% (8/300) são casados e 0,3% (1/300) em união estável. Nenhum estudante é desquitado, viúvo ou divorciado.

TABELA 2 - Distribuição dos estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará de acordo com a naturalidade. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.

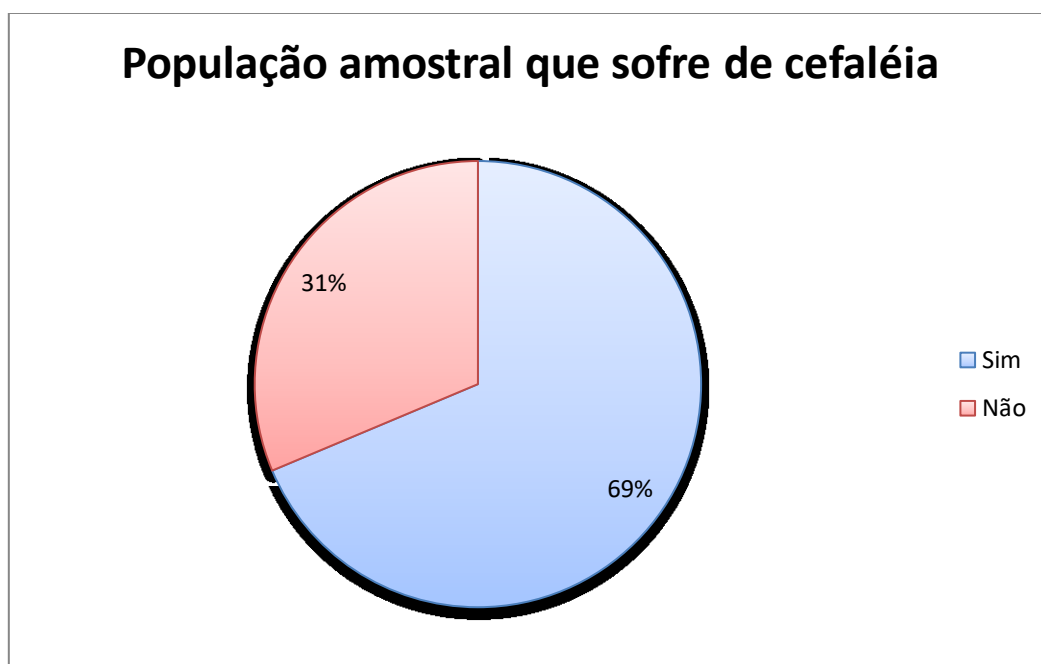
Naturalidade	n	%
Paraense	229	76,3
Goiano	18	6
Maranhense	13	4,3
Amapaense	9	3
Cearense	7	2,3
Fluminense	3	1
Piauiense	2	0,6
Paulista	2	0,6
Paranaense	2	0,6
Baiano	2	0,6
Paraibano	2	0,6
Brasiliense	2	0,6
Mineiro	2	0,6
Acreano	1	0,3
Capixaba	1	0,3
Gaúcho	1	0,3
Amazonense	1	0,3
Rondoniano	1	0,3
Alagoense	1	0,3
Estrangeiro	1	0,3
Total	300	100

FONTE: Protocolo de pesquisa.

n: população amostral.

$p < 0,00001$ (Pará) (houve significância estatística).

Na **Tabela 2**, observa-se que 76,3% (229/300) é paraense, 6% (18/300) é goiano, 4,3% (13/300) maranhense, 3% (9/300) amapaense e 2,3% (7/300) é cearense.

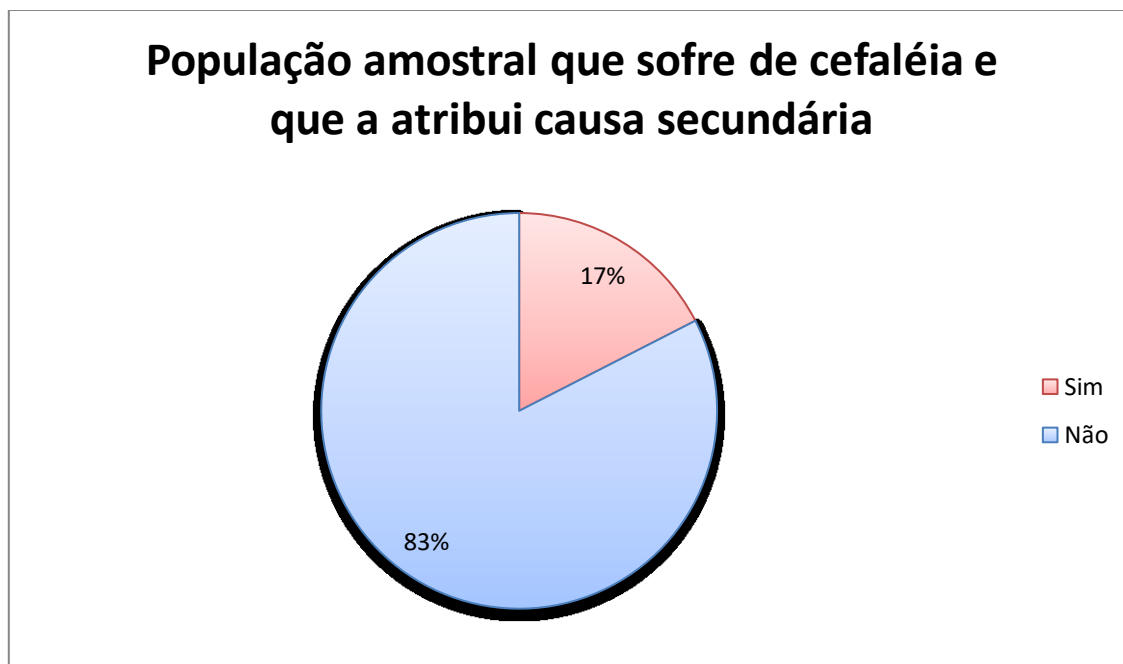


FONTE: Protocolo de pesquisa.

FIGURA 4 - Estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará de acordo com o sofrimento de cefaléia. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.

$p < 0,00001$ (Sim) (houve significância estatística).

Na **Figura 4**, observa-se que entre os 300 estudantes da população estudada, 68,7% (206/300) sofre de cefaléia.



FONTE: Protocolo de pesquisa.

FIGURA 5 - Estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará que sofrem de cefaléia, de acordo com a atribuição de causa secundária a cefaléia. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.

$p > 0,9998$.

Na **Figura 5**, observa-se que entre os 206 estudantes da amostra estudada que sofrem de cefaléia, 17,5% (36/206) a atribuem à causa secundária, tendo sido presumidamente considerados sofreadores de cefaléia primária.

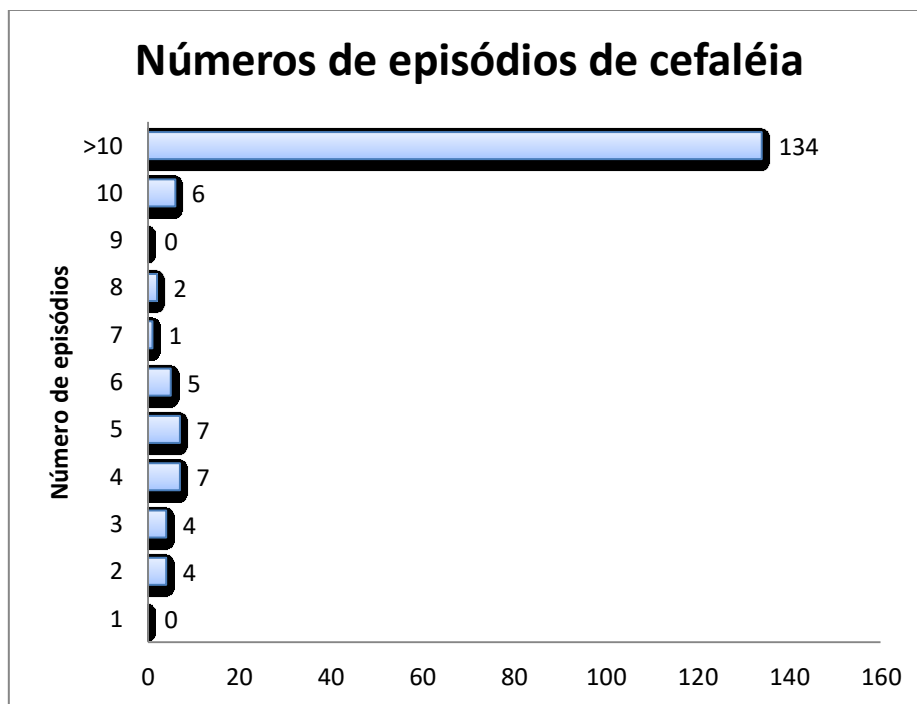
TABELA 3 - Distribuição dos estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará sofreadores de cefaléia primária de acordo com a idade de início da cefaléia. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.

Idade de início da cefaléia	n = 170/300	%
3	1	0,6
4	1	0,6
5	2	1,2
6	4	2,3
7	7	4,1
8	5	2,9
9	2	1,2
10	14	8,3
11	2	1,2
12	13	7,7
13	11	6,5
14	12	7,0
15	40	23,5
16	12	7,0
17	12	7,0
18	11	6,5
19	7	4,1
20	9	5,3
21	1	0,6
22	2	1,2
25	1	0,6
28	1	0,6
Total	170	100

FONTE: Protocolo de pesquisa.

n: População amostral.

Na **Tabela 3**, observa-se que 23,5% (40/170) dos estudantes que apresentam cefaléia primária começaram a sofrer desse mal aos 15 anos de idade; 12,9% (22/170) iniciaram antes dos 10 anos de idade e 8,3% (14/170) iniciaram com 20 anos ou mais.

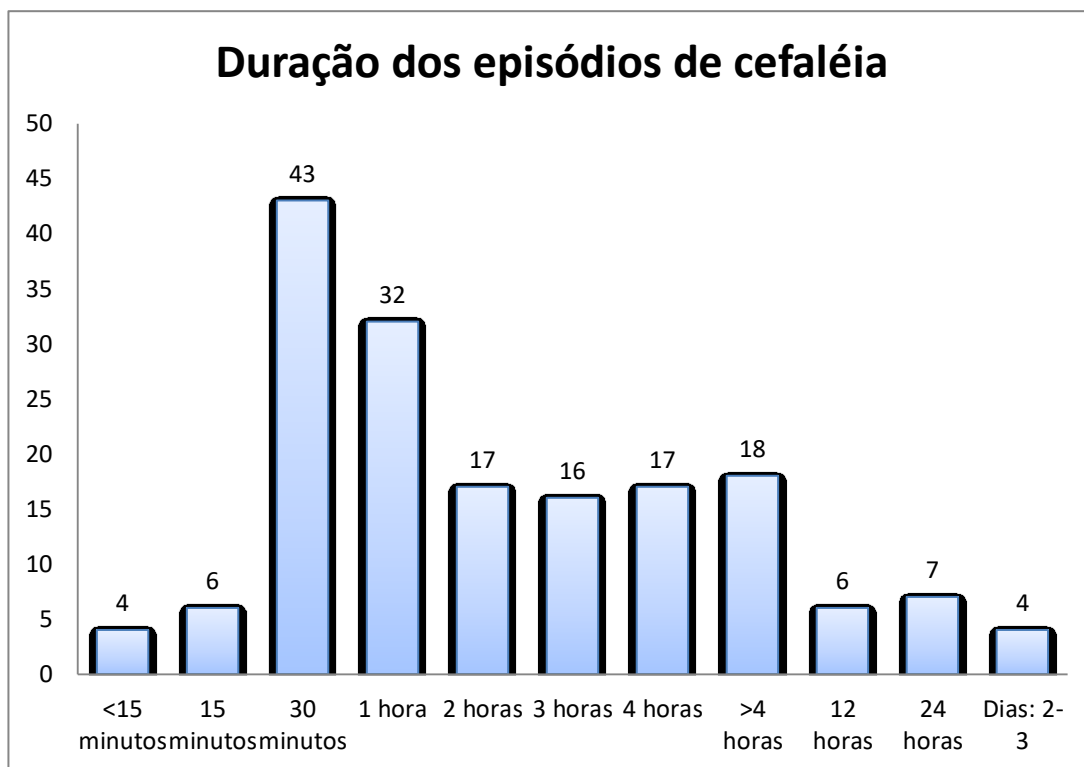


FONTE: Protocolo de pesquisa.

FIGURA 6 - Estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará sofrendores de cefaléia primária, de acordo com o número de episódios de cefaléia. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.

$p < 0,00001$ (>10) (houve significância estatística).

Na **Figura 6**, observa-se que dentre os 170 estudantes com cefaléia primária, 100% informaram 2 ou mais episódios de cefaléia, 91,2% (155/170) sofreram 5 ou mais episódios, e 82,4% (140/170) sofreram dez ou mais episódios de cefaléia.

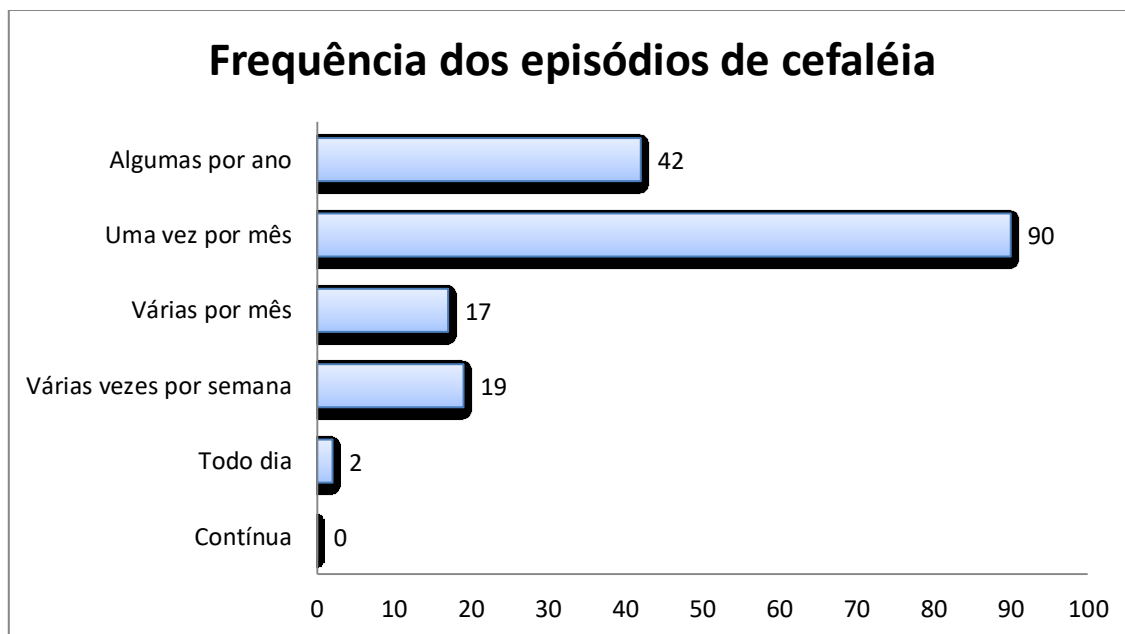


FONTE: Protocolo de pesquisa.

FIGURA 7 - Distribuição dos estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará sofrendores de cefaléia primária, de acordo com a duração dos episódios. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.

$p < 0,00001$ (30 minutos e 1 hora) (houve significância estatística).

Na **Figura 7**, observa-se que dentre os 170 estudantes da amostra estudada, 25,3% (43/170) deles sofrem cefaléia de duração de 30 minutos; 18,8% (32/170) sofrem de cefaléia de duração de 1 hora; 10% (17/170) de cefaléia de 2 horas; 9,4% (16/170) de cefaléia de 3 horas; 10% (17/170) de cefaléia de 4 horas; 10,6% (18/170) de cefaléia de mais de 4 horas. Apenas 2,4% (4/170) estudantes sofrem de cefaléia com menos de 15 minutos; 3,5% (6/170) de cefaléia com duração de 15 minutos; 3,5% (6/170) de cefaléia de 12 horas; 4,2% (7/170) de cefaléia de 24 horas e 2,4% (4/170) com duração de dias.



FONTE: Protocolo de pesquisa.

FIGURA 8 – Estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará sofreadores de cefaléia primária, segundo a frequência de episódios de cefaléia. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.

$p = 0,0001$ (uma ou poucas por mês) (houve significância estatística).

Na **Figura 8**, observa-se que dentre os 170 estudantes da amostra estudada, 52,9% (90/170) apresentam cefaléia *uma vez por mês*; 24,7% (42/170) têm *algumas por ano*; 11,2% (19/170) têm *várias vezes por semana*; 10% (17/170) têm *várias por mês* e apenas 1,2% (2/170) sofrem *todo dia*. Nenhum estudante sofre de cefaléia *contínua*.

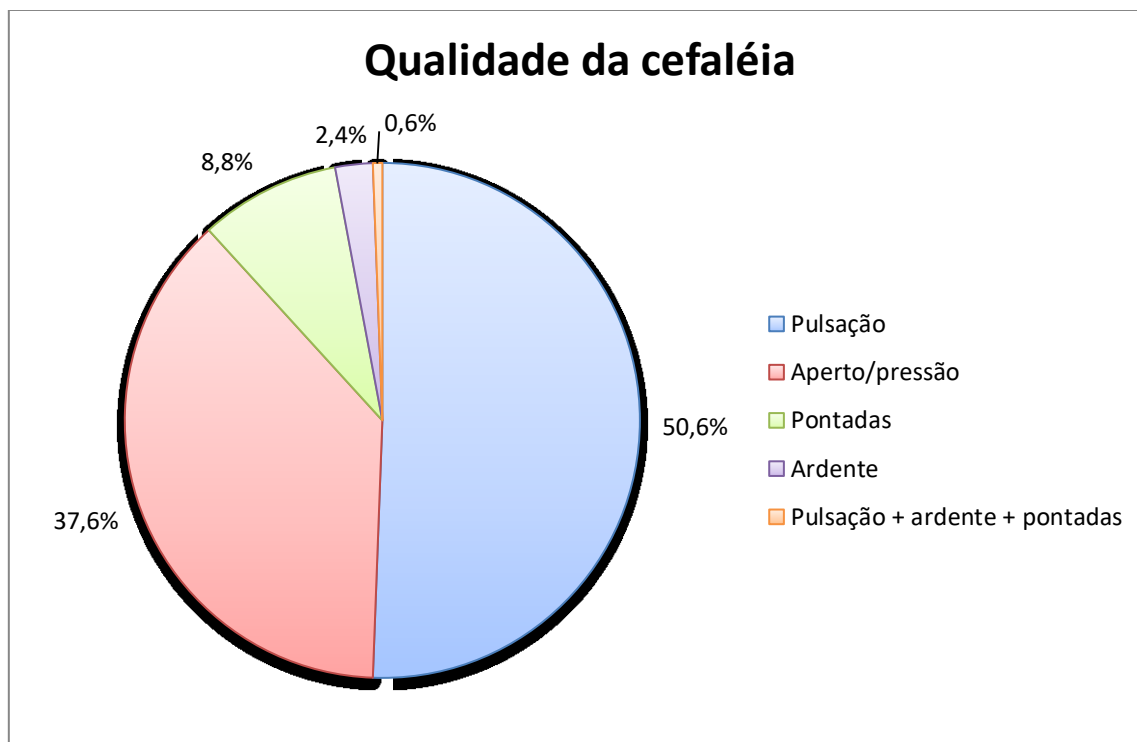
TABELA 4 - Estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará sofreadores de cefaléia primária, segundo a localização da cefaléia. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.

Localização	n	%
Bilateral	73	42,9
Unilateral	26	15,3
Frontal	22	12,9
Supra-orbital	21	12,3
Orbital	15	8,8
Occipital	6	3,5
Frontal + occipital	3	1,7
Frontal + orbital	2	1,2
Orbital + supra-orbital	1	0,6
Generalizada	1	0,6
Total	170	100

FONTE: Protocolo de pesquisa.

n: População amostral.

Na **Tabela 4**, identifica-se que dentre os 170 estudantes com cefaléia primária, 42,9% (73/170) registraram cefaléia de localização bilateral, seguida por 15,3% (26/170) que apresentaram localização unilateral (sendo metade deles à direita e a outra à esquerda). Apenas 0,6% (1/170) apresentou cefaléia de localização generalizada.

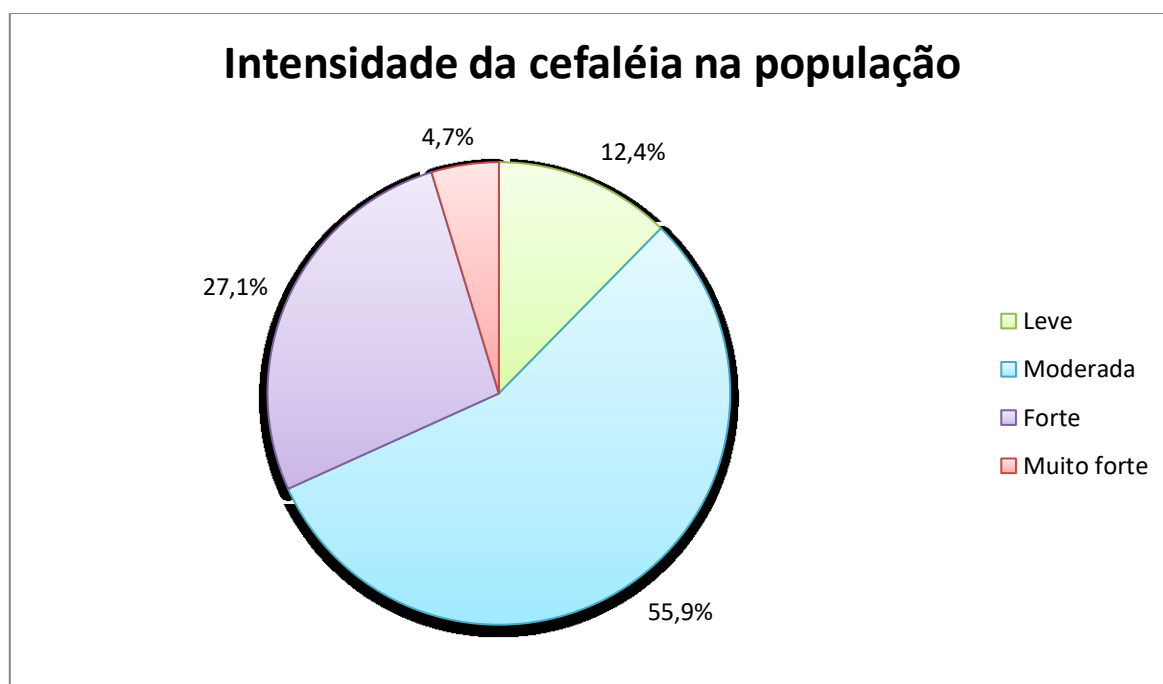


FONTE: Protocolo de pesquisa.

FIGURA 9 - Distribuição dos estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará sofrendores de cefaléia primária, de acordo com a qualidade da cefaléia. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.

$p < 0,00001$ (pulsação) (houve significância estatística).

Na **Figura 9**, a qualidade de cefaléia mais referida pelos estudantes com cefaléia primária foi a do tipo pulsação, presente em 50,6% (86/170) deles; sequenciada pelo tipo aperto/pressão, presente em 37,6% (64/170) estudantes; 8,8% (15/170) referiram qualidade tipo pontadas; 2,4% (4/170) tipo ardente e 0,6% (1/170) estudante referiu qualidade de pulsação, ardente e pontadas associadas.



FONTE: Protocolo de pesquisa.

FIGURA 10 - Distribuição dos estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará, de acordo com a intensidade da cefaléia primária. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.

$p < 0,00001$ (moderada) (houve significância estatística).

Na **Figura 10**, observa-se que 55,9% (95/170) dos estudantes com cefaléia primária apresentam cefaléia de moderada intensidade; 27,1% (46/170) de forte intensidade; 12,4% (21/170) leve intensidade e 4,7% (8/170) de muito forte intensidade.

TABELA 5 - Distribuição dos estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará, de acordo com os sintomas associados à cefaléia primária. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.

Sintomas	⁽¹⁾ n	Total (%)	⁽²⁾ M (%)	⁽³⁾ CTT (%)
Fonofobia	81	47,6	55,5	33,3
Náusea	54	31,8	41,6	15,9
Fotofobia	50	29,4	68,3	27,0
Alterações visuais	40	23,5	34,7	3,2
Fraqueza motora	21	12,3	16,8	4,8
Vômito	19	11,2	18,8	0,0
Osmofobia	18	10,6	14,9	3,2
Lacrimejamento	18	10,6	12,9	3,2
Sensação de agitação	18	10,6	11,9	9,5
Olho vermelho	17	10,0	9,9	8,0
Constricção pupilar/ptose palpebral	16	9,4	9,9	8,0
Rinorréia	11	6,5	6,9	1,6
Inchaço palpebral	8	4,7	4,0	1,6
Suor facial	8	4,7	5,9	0,0
Dormência ou formigamento em membros	7	4,1	5,0	1,6
Alteração da fala	5	2,9	4,0	0,0
Irritação	2	1,2	2,0	0,0
Vertigem	2	1,2	2,0	0,0
Astenia	1	0,6	0,0	1,6
Diarréia	1	0,6	1,0	0,0
Nenhum	16	9,4	5,0	17,5

FONTE: Protocolo de pesquisa.

⁽¹⁾ População amostral.

⁽²⁾ Migrânea.

⁽³⁾ Cefaléia tipo tensional.

Os sintomas associados à cefaléia da população estudada com cefaléia primária, podem ser observadas na **Tabela 5**. A fonofobia foi o sintoma mais frequente, correspondendo a 47,6% (81/170) dos casos; seguida por náusea 31,8% (54/170), fotofobia 29,4% (50/170), alterações visuais 23,5% (40/170), fraqueza motora 12,3% (21/170), vômito 11,2% (19/170), osmofobia 10,6% (18/170), lacrimejamento 10,6% (18/170) e sensação de agitação 10,6% (18/170). Os sintomas menos freqüentes foram irritação 1,2% (2/170), vertigem 1,2% (2/170), astenia 0,6 % (1/170) e diarréia 0,6% (1/170). Identifica-se também, que dentre os 170 estudantes com cefaléia primária, 9,4% (16/170) não referiram sintoma associado à cefaléia.

No grupo migrânea os sintomas associados mais frequentes foram fotofobia (68,3%), fonofobia (55,5%) e náusea (41,6%). No grupo cefaléia do tipo tensional a fonofobia ocorreu em 33,3%, seguida da fotofobia em 27% e da náusea em 15,9%.

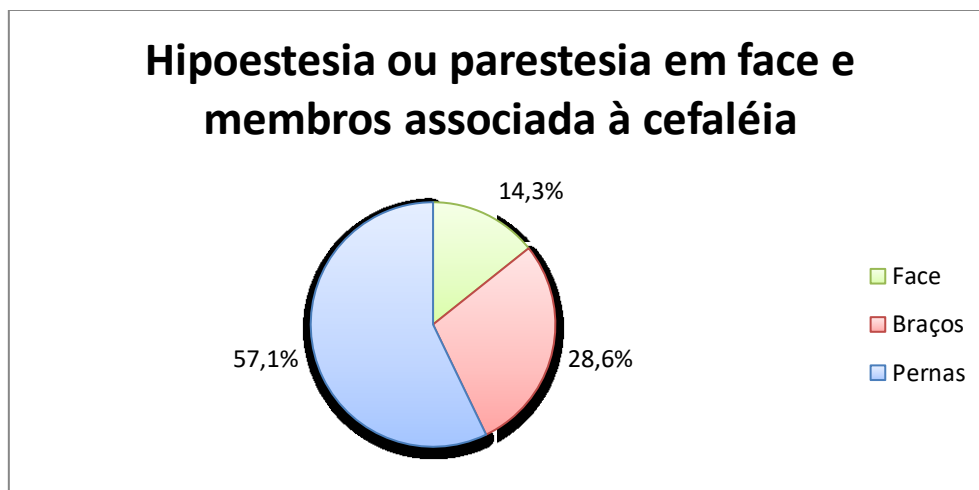
TABELA 6 - Distribuição dos estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará, de acordo com os sintomas visuais associados à cefaléia. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.

Alterações visuais	⁽¹⁾ n	%
Manchas/embaçamento	23	13,5
Luzes trêmulas	14	8,2
Linhas luminosas	8	4,7
Apagamento do campo visual temporal: mesmo lado da dor	6	3,5
Apagamento do campo visual nasal: mesmo lado da dor	4	2,3
Apagamento do campo visual nasal: lado oposto à dor	0	0
Apagamento do campo visual temporal: lado oposto à dor	0	0

FONTE: Protocolo de pesquisa.

⁽¹⁾ População amostral.

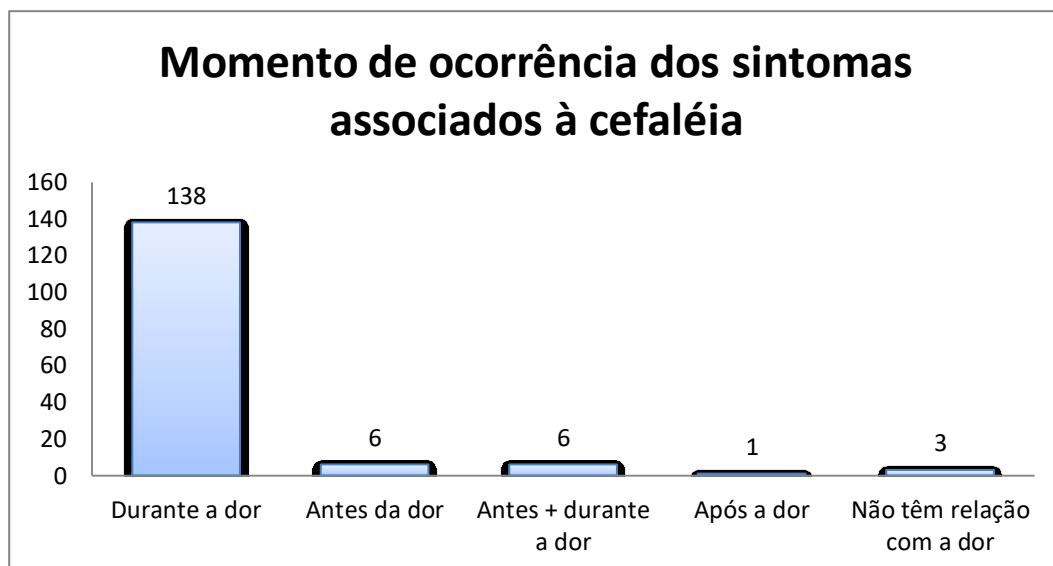
Na **Tabela 6**, observa-se que a alteração visual mais prevalente foi a de manchas/embaçamento, referida por 13,5% (23/170) dos estudantes, seguida por luzes trêmulas 8,2% (14/170), apagamento do campo visual 5,9% (10/170), e linhas luminosas 4,7% (8/170). Quanto ao apagamento do campo visual, 3,5% (6/170) referiram apagamento do campo visual temporal do mesmo lado da dor, e 2,3% (4/170) referiram apagamento do campo nasal do mesmo lado da dor.



FONTE: Protocolo de pesquisa.

FIGURA 11 – Distribuição dos estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará, de acordo com hipoestesia ou parestesia associada à cefaléia primária. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.

Na **Figura 11**, observa-se a ocorrência de 4,1% (7/170) manifestações de hipoestesia ou parestesia, com a seguinte estratificação: 4 dos estudantes referiram hipoestesia ou parestesia em pernas associada à cefaléia; 2 referiram em braços e 1 em face.

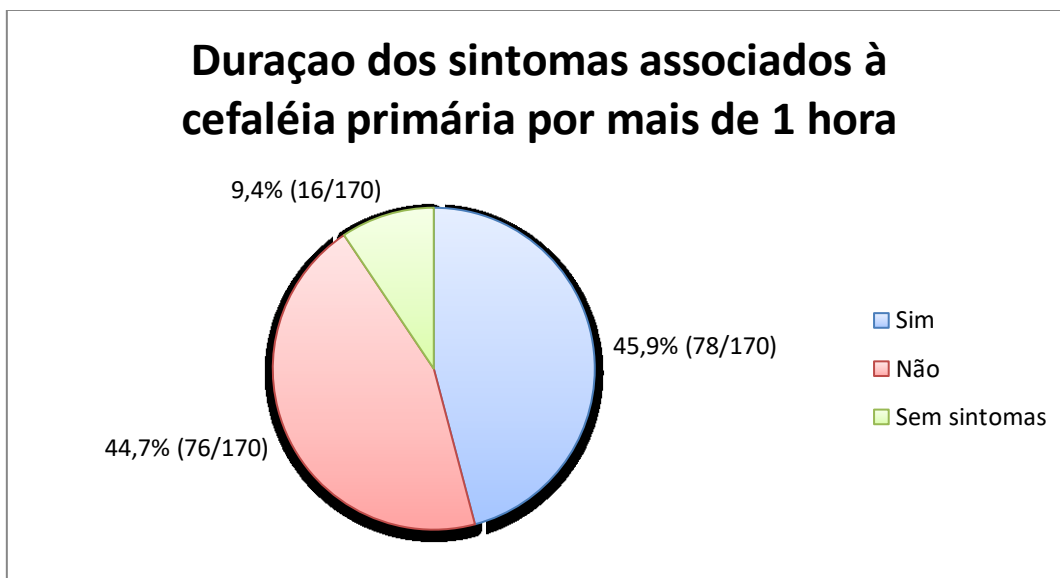


FONTE: Protocolo de pesquisa.

FIGURA 12 – Estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará, de acordo com o momento de ocorrência dos sintomas associados à cefaléia primária. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.

$p < 0,00001$ (durante a dor) (houve significância estatística).

Na **Figura 12**, observa-se que 81,2% (138/170) da população com cefaléia primária apresentam sintomas associados à cefaléia durante a ocorrência da dor.

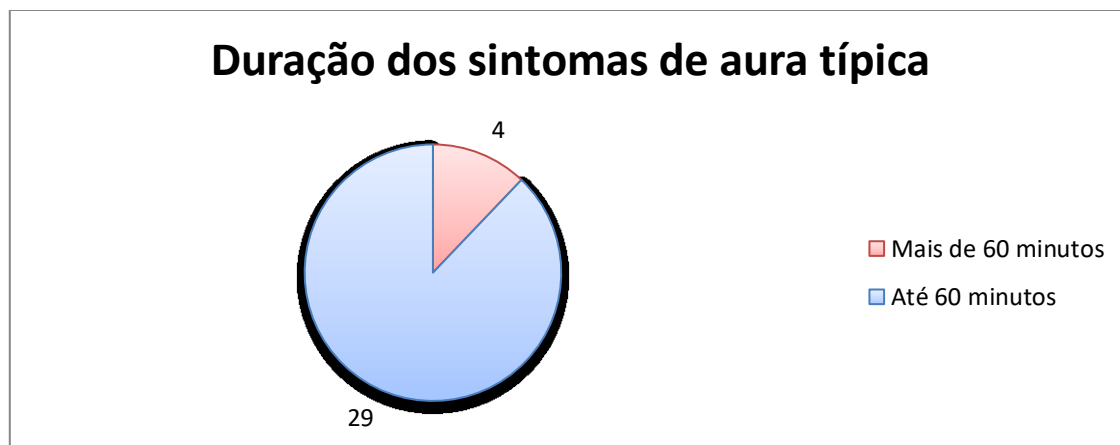


FONTE: Protocolo de pesquisa.

FIGURA 13 – Distribuição dos estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará, de acordo com a duração dos sintomas associados à cefaléia primária por mais de uma hora. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.

$p < 0,00001$ (Sim) (houve significância estatística).

Na **Figura 13**, observa-se que 45,9% (78/170) dos estudantes referiram ter sintomas associados à cefaléia que não duram por mais de uma hora, enquanto 44,7% (76/170) referiram que não.

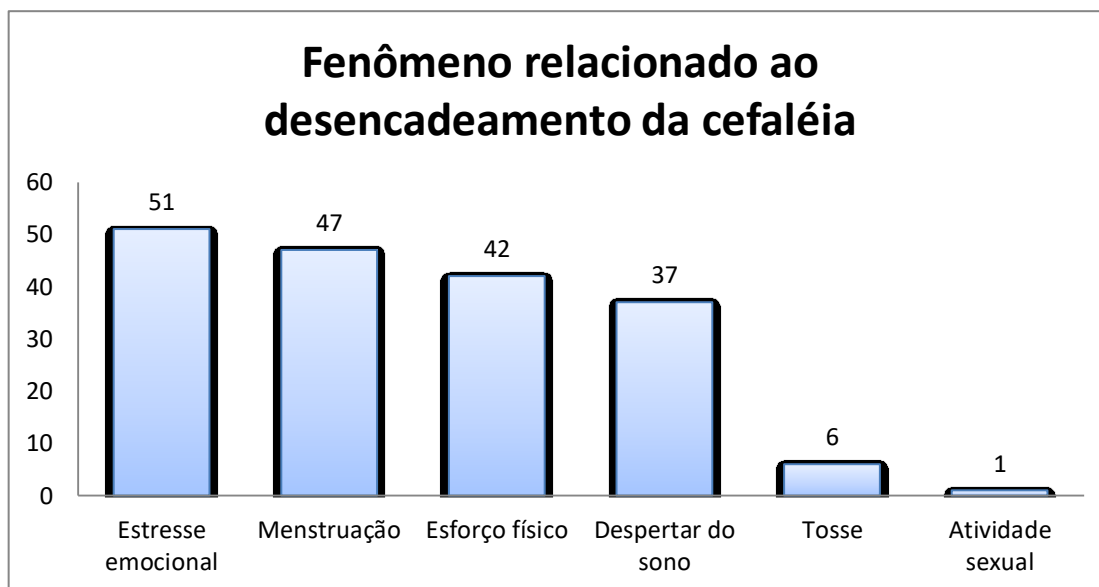


FONTE: Protocolo de pesquisa.

FIGURA 14 – Distribuição dos estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará sofrendores de cefaléia primária, de acordo com a duração dos sintomas de aura típica. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.

$p < 0,00001$ (até 60 minutos) (houve significância estatística).

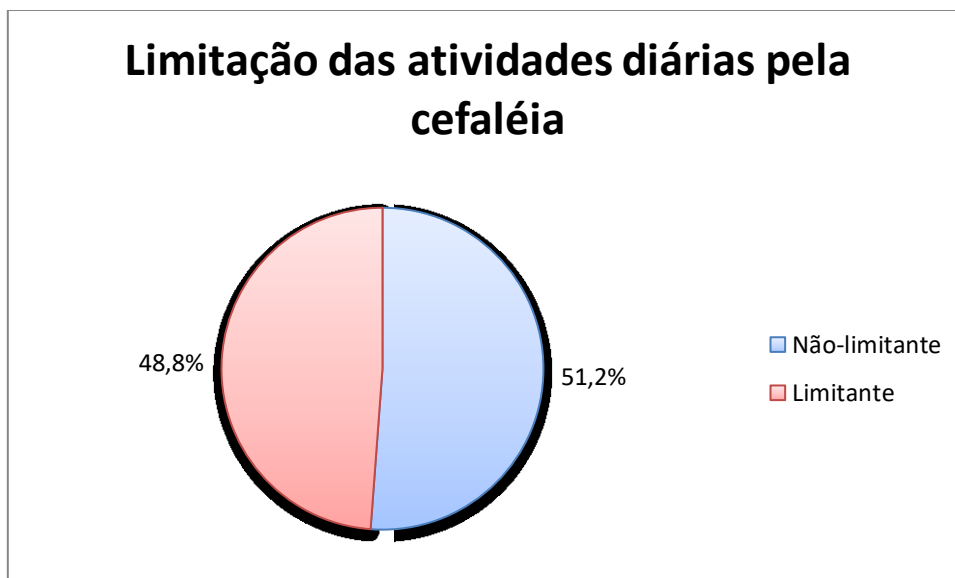
A ocorrência de aura na amostra estudada, com ponto de corte de 60 minutos, foi de 19,4% (33/170). Na **Figura 14**, observa-se que 12,1% (4/33) dos estudantes referiram ter sintomas de aura típica que duram por mais de 60 minutos, enquanto 87,9% (29/33) referiram ter sintomas de aura típica que duram até 60 minutos.



FONTE: Protocolo de pesquisa.

FIGURA 15 – Distribuição dos estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará, de acordo com o fenômeno relacionado ao desencadeamento da cefaléia primária. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.

Na **Figura 15**, observa-se que 30% (51/170) dos estudantes relacionaram o estresse emocional ao desencadeamento da cefaléia, 27,6% (47/170) relacionaram a menstruação, 24,7% (42/170) o esforço físico, 21,8% (37/170) o despertar do sono, 3,5% (6/170) a tosse e 0,6% (1/170) a atividade sexual.

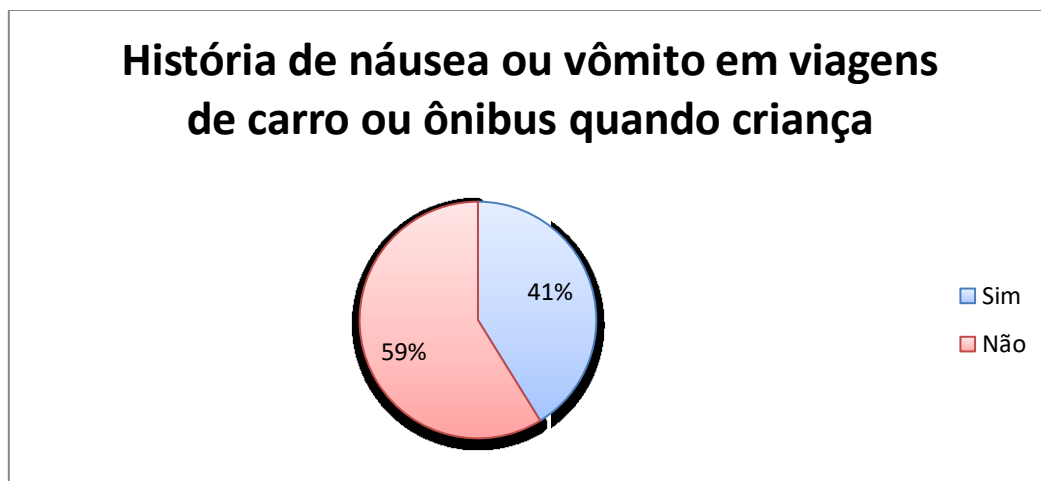


FONTE: Protocolo de pesquisa.

FIGURA 16 – Distribuição dos estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará sofrendores de cefaléia primária, de acordo com a limitação das atividades diárias. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.

$p = 0,6424$.

Na **Figura 16**, a cefaléia primária foi considerada como não-limitante por 51,2% (87/170) dos estudantes e limitante por 48,8% (83/170) estudantes.

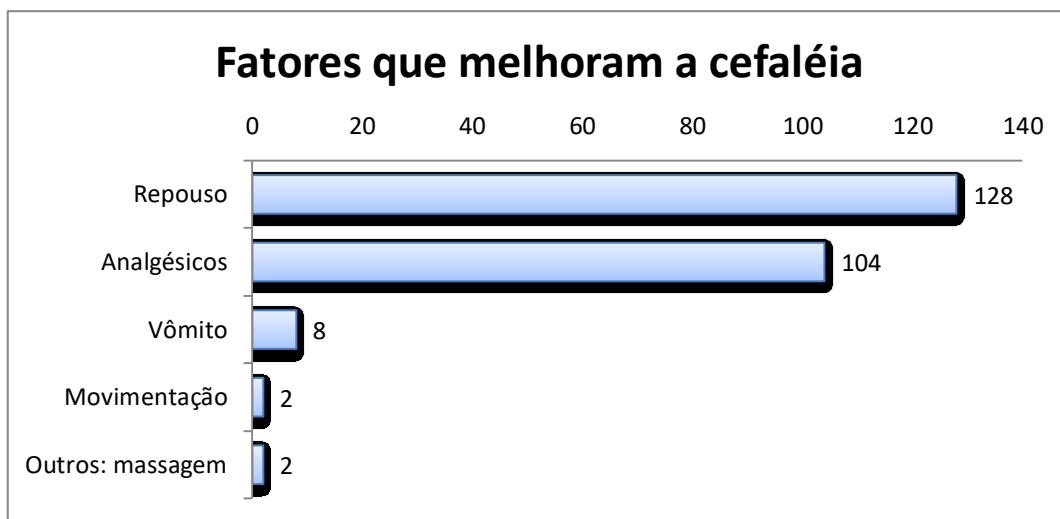


FONTE: Protocolo de pesquisa.

FIGURA 17 – Distribuição dos estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará sofreadores de cefaléia primária, de acordo com história de náusea ou vômito em viagens de carro ou ônibus quando criança. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.

$p = 0,0261$ (Não) (houve significância estatística).

Na **Figura 17**, observa-se que 41,2% (70/170) dos estudantes referem que sentiam náusea ou vômito durante viagens de carro ou ônibus quando criança.

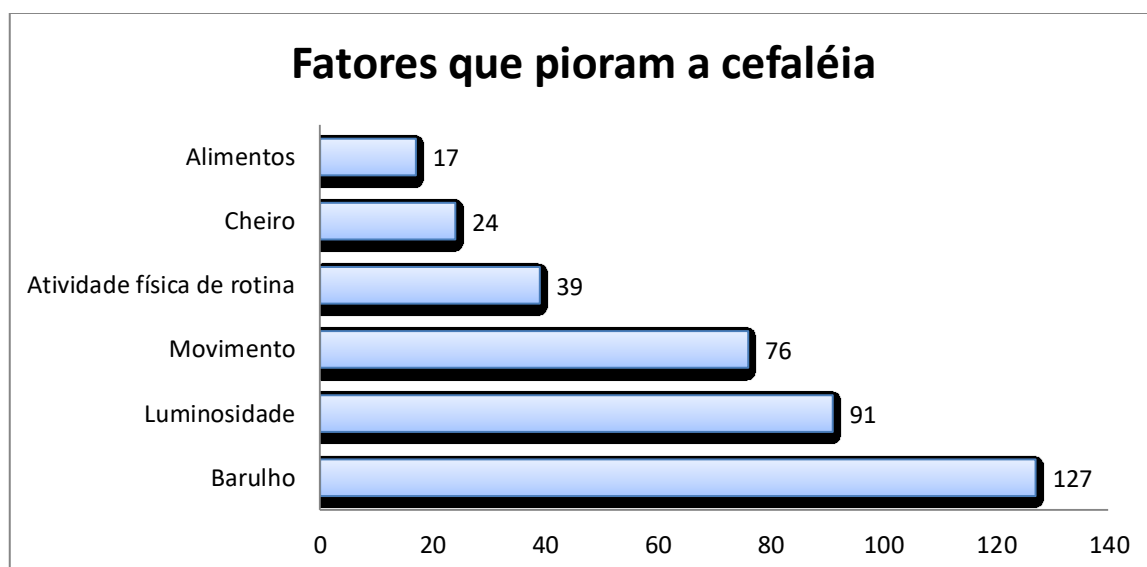


FONTE: Protocolo de pesquisa.

FIGURA 18 – Distribuição dos estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará, de acordo com fatores de melhora da cefaléia primária. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.

$p < 0,00001$ (repouso e analgésico) (houve significância estatística).

Na **Figura 18**, observa-se que 75,3% (128/170) dos estudantes referem melhora da cefaléia com repouso, 61,2% (104/170) com analgésicos, 4,7% (8/170) com vômito, 1,2% (2/170) com movimentação e 1,2% (2/170) referem outros fatores de melhora (massagem).

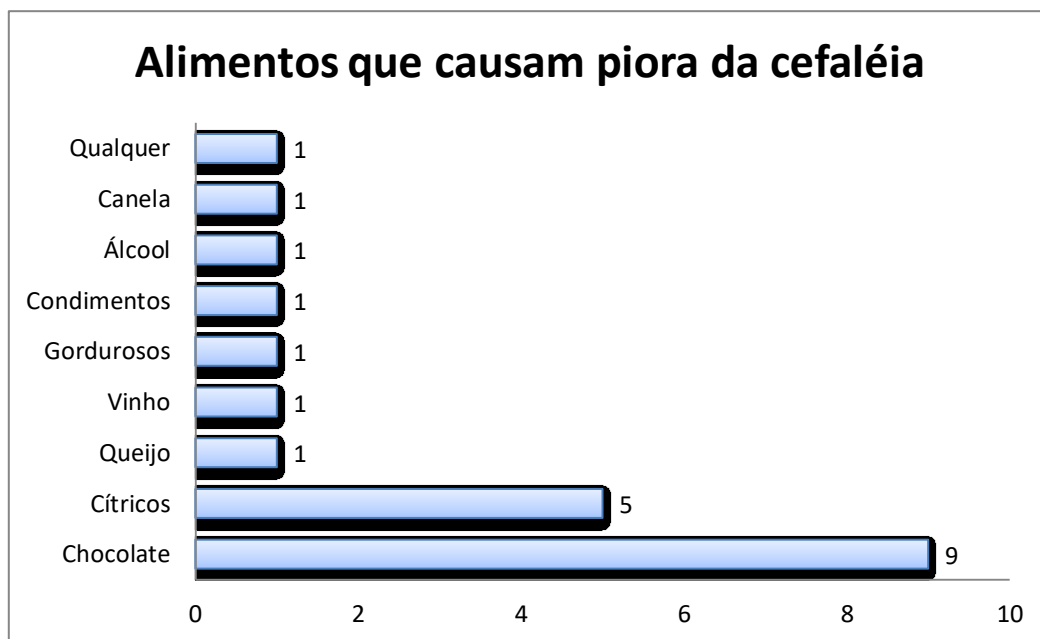


FONTE: Protocolo de pesquisa.

FIGURA 19 – Distribuição dos estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará, de acordo com fatores de piora da cefaléia primária. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.

$P = 0,0178$ (barulho) (houve significância estatística).

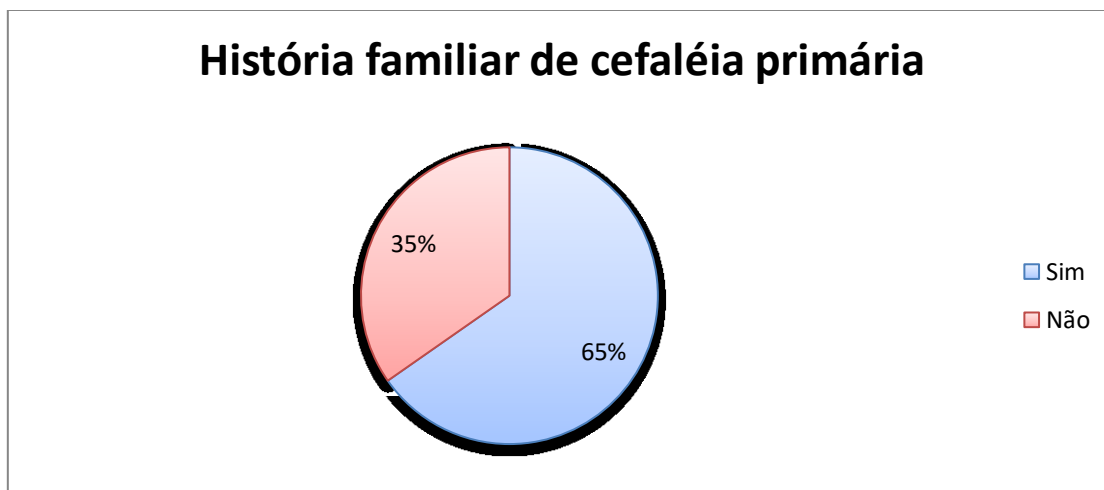
Na **Figura 19**, observa-se que 74,7% (127/170) dos estudantes referem piora da cefaléia com barulho, 53,5% (91/170) com luminosidade, 44,7% (76/170) com movimento, 22,9% (39/170) com atividade física de rotina e 14,1% (24/170) com cheiro. Não houve referência a medicamentos como fator de piora da cefaléia.



FONTE: Protocolo de pesquisa.

FIGURA 20 – Distribuição dos estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará, de acordo com os alimentos que causam piora da cefaléia primária. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.

Na **Figura 20**, observa-se os alimentos relacionados à piora da cefaléia, entre os quais o chocolate, citado por 52,9% (9/17) dos estudantes, e os cítricos, citados por 29,4% (5/17). Queijo, vinho, condimentos, álcool, canela e alimentos gordurosos foram citados, cada um, por apenas 5,9% (1/17) dos estudantes; 5,9% (1/17) referiu piora da cefaléia com qualquer alimento.

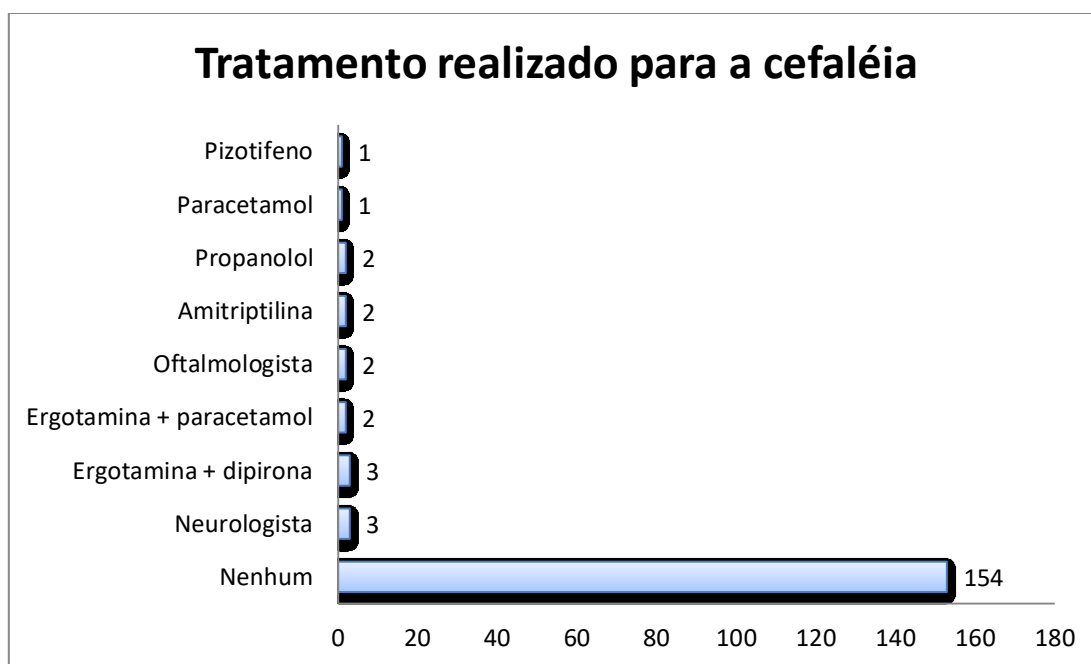


FONTE: Protocolo de pesquisa.

FIGURA 21 – Distribuição dos estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará sofrendores de cefaléia primária, de acordo com história familiar do agravo. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.

$p = 0,0001$ (Sim) (houve significância estatística).

Na **Figura 21**, observa-se que 65,3% (111/170) estudantes possuem familiar que sofre do mesmo problema.

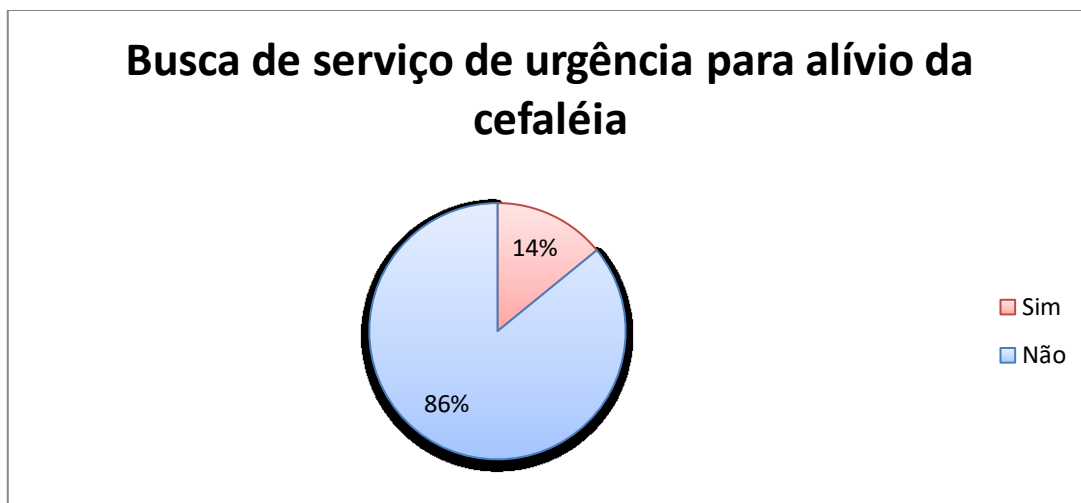


FONTE: Protocolo de pesquisa.

FIGURA 22 – Distribuição dos estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará, de acordo com a realização de tratamento para a cefaléia primária. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.

$p < 0,00001$ (Nenhum) (houve significância estatística).

Na **Figura 22**, observa-se que 90% (154/170) dos estudantes não realiza tratamento para a cefaléia. Dentre os tratamentos realizados estão: consulta em neurologista, consulta em oftalmologista, ergotamina e paracetamol, ergotamina e dipirona, amitriptilina, propanolol, paracetamol e pizotifeno.



FONTE: Protocolo de pesquisa.

FIGURA 23 – Distribuição dos estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará, de acordo com a procura por serviço de emergência para alívio da cefaléia primária. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.

$p < 0,00001$ (Não) (houve significância estatística).

Na **Figura 23**, observa-se que 14,1% (24/170) dos estudantes procuram serviço de urgência para alívio da cefaléia.

TABELA 7 - Distribuição dos estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará, de acordo com o diagnóstico da cefaléia primária. Belém-PA, agosto a dezembro de 2008.

Diagnóstico	⁽¹⁾ n	%
Sem cefaléia primária	130	43,3
Provável migrânea	61	20,3
Provável cefaléia do tipo tensional	29	9,7
Cefaléia do tipo tensional episódica frequente	20	6,7
Migrânea sem aura	20	6,7
Migrânea com aura	20	6,7
Cefaléia do tipo tensional episódica infrequente	11	3,7
Provável cefaléia em salvas	5	1,7
Cefaléia do tipo tensional crônica	3	1
Cefaléia em salvas	1	0,3
Total	300	100

FONTE: Protocolo de pesquisa.

n = População amostral

Na **Tabela 7**, observa-se que a provável migrânea foi o diagnóstico mais frequentemente encontrado em 20,3% (61/300) dos estudantes que participaram do estudo, seguido pela provável cefaléia do tipo tensional, em 9,7% (29/300). Em terceiro lugar, com distribuição similar, registrou-se a cefaléia do tipo tensional episódica frequente, migrânea sem aura e migrânea com aura, com 6,7% (20/300). Na sequência, identifica-se a cefaléia do tipo tensional episódica infrequente, em 3,7% (11/300), a provável cefaléia em salvas, em 1,7% (5/300), a cefaléia do tipo tensional crônica, em 1% (3/300), e por fim, a cefaléia em salvas, em 0,3% (1/300); 43,3% (130/300) da amostra estudada não possuem cefaléia primária.

5. DISCUSSÃO

Idade

De acordo com a **Tabela 1**, a faixa etária da população em estudo encontrou-se entre os 18 e 38 anos de idade, e sua maioria predominante entre os 19 e 25, ocorrendo em 85% (256/300), sendo esta a faixa esperada para a população de estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará, devido tratar-se de um curso de ensino superior em que se observa ser principalmente composto de adultos jovens.

Dentre as cefaléias primárias, sabe-se que a prevalência da migrânea aumenta tipicamente na infância e juventude, diferentemente da cefaléia do tipo tensional, que aparentemente é menos relacionada à idade do que a migrânea, mas que é a mais prevalente na população em geral. Por isso, a faixa etária predominante do estudo pode ter contribuído para a ocorrência quase equivalente de migrânea e da cefaléia do tipo tensional.

Gênero

O número de participantes do sexo masculino e feminino foi praticamente equivalente no estudo, sendo 52% (157/300) do sexo feminino e 48% (143/300) do masculino (**Figura 1**). No entanto, no grupo com cefaléia primária, o resultado revelou a ocorrência de cefaléia maior no gênero feminino, de 57,6% (98/170), do que no masculino, de 42,4% (72/170), e levando-se em conta, também, os grupos de gênero separadamente, no grupo feminino a ocorrência foi maior, de 62,4% (98/157), comparado com o grupo masculino, onde ocorreu em 50,3% (72/143). Tais resultados entram em concordância com todos os estudos realizados em adultos, onde a prevalência em mulheres é consistentemente maior do que em homens evidentemente na migrânea e levemente na cefaléia do tipo tensional.

Raça

A população em estudo foi dividida principalmente entre as raças parda e branca, representando, cada uma, aproximadamente 45% dos 300 estudantes que participaram do estudo. Esta relação se manteve no grupo com cefaléia primária, de acordo com a **Figura 2**, o que revela que a raça não constitui fator importante na ocorrência das cefaléias primárias, ressaltando também que estudos de raça no Brasil são irrelevantes devido à grande miscigenação racial presente no país.

Estado Civil

Os solteiros representaram 97% (291/300) da população estudada, de acordo com a **Figura 3**, evidentemente devido a esta ser composta de estudantes universitários e estes serem em sua maioria solteiros.

Naturalidade

Quanto à naturalidade, como se observa na **Tabela 2**, a parcela dominante foi a de estudantes paraenses, com 76,3% (229/300) do total, pois são naturais do estado a que pertence a universidade em que foi realizada o estudo (Universidade Federal do Pará).

No grupo com cefaléia primária, manteve-se o mesmo percentual de estudantes paraenses e de outras naturalidades, o que contesta com o fato de estudar fora do estado de origem seja um fator desencadeante de cefaléia, podendo ser apenas fator agravante desta, devido a gera potencialmente mais estresse psicossocial e transtornos emocionais do que a população que mora em seu próprio estado de origem, pois têm mais apoio familiar.

População que sofre de cefaléia

Responderam ao questionário 300 estudantes do curso de medicina da Universidade Federal do Pará. Desses, 94 (31,3%) referiram não sofrer de cefaléia e 206 (68,7%) afirmaram sofrer (**Figura 4**).

A prevalência do sintoma de cefaléia é bastante freqüente ao longo da vida de uma pessoa, chegando até entre 93% e 96%, segundo Rasmussen, na Dinamarca, que incluiu indivíduos entre 25 e 64 anos. Com o mesmo objetivo, este estudo encontrou uma prevalência de 68,7% (206/300), de acordo com a **Figura 4**, resultado menor que o do estudo dinamarquês, no entanto, a larga variação da prevalência da cefaléia entre diferentes populações é sabida e explicada pelas diferenças demográficas subjacentes da população estudada, diferença no emprego metodológico dos critérios diagnósticos, diferenças de idade e gênero, ou diferenças de incidência e prognóstico da cefaléia entre as diferentes populações.

População que sofre de cefaléia primária

Conforme a **Figura 5**, dentre os pacientes que afirmaram sofrer de cefaléia, 17,5% (36/206) a atribuíram à causa secundária, enquanto que 82,5% (170/206) não a atribuíram a

nenhuma causa conhecida, constituindo o grupo com cefaléia primária, o qual representou 56,7% (170/300) da amostra total.

Idade de início da cefaléia

De acordo com a **Tabela 3**, a maior parcela dos sofreadores de cefaléia primária, 78,8% (134/170) dos estudantes, teve o início da cefaléia na faixa entre os 10 e 19 anos, sendo que 23,5% (40/170) tiveram início aos 15 anos. Apenas 12,9% (22/170) dos estudantes iniciaram com menos de 10 anos, e 8,2% (14/170) acima dos 19.

Como a faixa etária prevalente da amostra estudada encontra-se entre 19 e 25 anos, é provável que a ocorrência das cefaléias primárias tenda a aumentar dentro desta amostra, já que o pico de início delas é maior na segunda e terceira décadas de vida.

Número de episódios de cefaléia sofridos

De acordo com a **Figura 6**, dos 170 estudantes com cefaléia primária, 82,3% (140/170) sofreram 10 ou mais episódios de cefaléia, o que os faz ultrapassar o número mínimo necessário de episódios sofridos para cumprir o primeiro critério diagnóstico de qualquer cefaléia primária (critério A), segundo a classificação internacional das cefaléias. Do restante dos estudantes, 8,8% (15/170) sofreram entre 5 e 9 episódios, cumprindo apenas o critério A para migrânea sem aura ou cefaléia em salvas, e outros 8,8% (15/170) sofreram entre 2 e 4 episódios, cumprindo o critério A apenas para migrânea com aura.

O não cumprimento de qualquer critério diagnóstico para as cefaléias primárias permite apenas o diagnóstico provável da cefaléia em questão, no entanto, como o critério A diz respeito ao número de episódios sofridos necessários de cada tipo de cefaléia, este pode ser cumprido com o passar do tempo se não cumprido antes no momento da pesquisa, o que futuramente diminuiria os diagnósticos prováveis das cefaléias do estudo.

Duração dos episódios de cefaléia

Quanto à duração das crises de cefaléia, de acordo com a **Figura 7**, 30,6% (52/170) dos estudantes têm duração da cefaléia entre 4 horas e 72 horas, o que cumpre o critério B para migrânea (com ou sem aura), segundo a classificação internacional das cefaléias. Do mesmo modo, 94,1% (160/170) têm duração de 30 minutos a 72 horas, cumprindo o mesmo critério para cefaléia do tipo tensional. Outros 67% (114/170) têm duração da cefaléia entre 15 minutos e 3 horas, entrando no critério B da cefaléia em salvas. Apenas 2,3% (4/170) dos

estudantes têm duração da cefaléia menor de 15 minutos, descumprindo o critério B para migrânea, cefaléia do tipo tensional ou cefaléia em salvas.

O não cumprimento do critério B foi o principal motivo para a ocorrência das prováveis cefaléias, pois estas são diagnosticadas caso haja descumprimento de um critério (no caso da cefaléia do tipo tensional e cefaléia em salvas) ou mais (no caso da migrânea) dos critérios diagnósticos das cefaléias primárias. Na maior parte delas, o descumprimento deu-se pela duração encontrar-se abaixo do limite inferior necessário, o que pode ocorrer devido o uso de analgésicos antes que a dor chegue a este limite. Tal fato leva a questionar o grau de sensibilidade do critério B.

Frequência dos episódios de cefaléia

A frequência mais prevalente dos episódios de cefaléia, de acordo com a **Figura 8**, foi de *uma ou poucas por mês*, referida por 52,9% (90/170) dos estudantes do grupo com cefaléia primária, seguida pela frequência de *algumas por ano*, referida por 24,7% (42/170) dos estudantes, o que entra em concordância com a frequência média de ataques em estudos populacionais, que é de um a dois ataques por mês.

Apenas 1,2% (2/170) dos estudantes referiram sofrer de cefaléia *todo dia*, e 11,2% (19/170) referiram *várias vezes por semana*, sendo posteriormente, após contato via e-mail, classificados como portadores de formas crônicas de cefaléia, pois possuem cefaléia que ocorre por 15 ou mais durante mais de 3 meses na ausência de uso de medicação. Tais subtipos de cefaléia, porém, saem do âmbito diagnóstico da metodologia utilizada por este estudo, pois, como sugere a classificação internacional das cefaléias, estas serão normalmente diagnosticadas por neurologistas clínicos e cefaliatras, devido a pertencerem a níveis mais altos na hierarquia da classificação.

No entanto, é importante lembrar que a presença de fatores agravantes geralmente, num período de semanas a meses, pode levar ao aumento da frequência dos ataques de cefaléia. Estresse psicossocial, falta de sono, fadiga e não comer na hora certa estão entre os fatores agravantes mais comuns relatadas tanto na migrânea quanto na cefaléia do tipo tensional. Somado a isto, na migrânea a frequência das crises também varia de ano para ano e em diferentes épocas do ano, dependendo das circunstâncias do meio ambiente.

Dessa forma, fatores intrínsecos ao curso de medicina, e obviamente ao estilo de vida de cada estudante e ao meio onde vive, são responsáveis pelo atual quadro de frequência das

crises de cefaléia desta população, a qual poderia possuir um padrão de frequência menor se fatores relacionados ao curso e ao meio ambiente fossem amenizados.

Localização da cefaléia

De acordo com a **Tabela 4**, a localização bilateral foi referida por 42,9% (73/170) dos estudantes, sendo esta localização característica da cefaléia do tipo tensional, que, segundo dois estudos populacionais da Escandinávia, é reportada por 90% dos sujeitos, porém, neste estudo, no grupo com cefaléia do tipo tensional, ela foi reportada por 55,5% (35/63), valor abaixo do esperado, sendo os demais referindo dor frontal, occipital, frontal + occipital, orbital ou supra-orbital. Nos portadores de migrânea, ela foi referida por 34,7% (35/101) deles.

A cefaléia de localização unilateral foi referida por 15,3% (26/170) dos estudantes com cefaléia primária e por 24,8% (25/101) dos estudantes com migrânea, localização característica deste grupo, porém, a migrânea é apresenta-se unilateral em 60% dos pacientes em estudos populacionais, valor bastante acima do encontrado. As localizações bilateral ou orbital também são comuns a este grupo.

As associações de localizações foram encontradas praticamente nos sofrendores de migrânea. A localização generalizada também pertence ao grupo da migrânea.

Qualidade da cefaléia

A qualidade de cefaléia mais frequente no estudo, segundo a **Figura 9**, foi a pulsação, referida por 50,6% (86/170) dos estudantes com cefaléia primária. Esta qualidade é característica da migrânea e é presente em 47% a 82% dos sofrendores de migrânea em diferentes estudos populacionais, sendo encontrada em 73,3% (74/101) dos sofrendores de migrânea deste estudo, ocorrência que encontra-se na faixa de outros estudos de migrânea.

Em seguida, a qualidade de aperto/pressão está presente em 37,6% (64/170) dos estudantes com cefaléia primária, e em 71,4% (45/63) dos estudantes do grupo cefaléia do tipo tensional, sendo, confirmadamente por diversos estudos, de alta incidência em sofrendores de cefaléia do tipo tensional.

No grupo cefaléia em salvas foram encontrados 2 casos com cefaléia em aperto/pressão, 2 casos com cefaléia em pontadas, 1 caso em pulsação e 1 caso com a associação das qualidades de pulsação, aperto/pressão, ardente e de pontadas, demonstrando a

ocorrência de diversas qualidades de cefaléia neste grupo, fato que esclarece o motivo de não haver critério diagnóstico para a cefaléia em salvas relacionada a qualidade da dor.

Intensidade da cefaléia

O grau de intensidade mais referido pela população com cefaléia primária, segundo a **Figura 10**, foi a de moderada intensidade, com 55,9% (95/170) do total, seguido pela de forte intensidade, com 27% (46/170), leve intensidade, com 12,4% (21/170), e muito forte intensidade, com 4,7% (8/170).

A intensidade moderada, que ocorreu em 55,9% (95/170) dos estudantes com cefaléia primária, é critério diagnóstico de intensidade tanto para migrânea quanto para cefaléia do tipo tensional, os dois principais diagnósticos do estudo, sendo por isso a intensidade de maior prevalência. Da mesma maneira, como a migrânea foi a cefaléia mais encontrada na população em estudo, as intensidades forte e muito forte foram mais freqüentes do que a de leve intensidade, que é mais característica da cefaléia tipo tensional.

Sintomas associados à cefaléia

A presença de náusea e/ou vômito exclui o diagnóstico de cefaléia tipo tensional episódica e cumpre critério para migrânea. Sua prevalência, segundo Olesen (1978, p. 269), é de 86% para náusea e 47% para vômito, valor acima do encontrado neste estudo no grupo com migrânea, sendo de 41,6% (42/101) para náusea e 18,8% (19/101) para vômito; porém, esta diferença diminui se levarmos em conta apenas os casos que completam todos os critérios para migrânea (excluindo o subgrupo provável migrânea), observando-se aumento da prevalência para 72,2% (26/36) para náusea e 41,6% (15/36) para vômito, valores mais próximos ao esperado. No grupo com cefaléia tipo tensional, a náusea foi referida apenas no subgrupo com provável cefaléia tipo tensional, em 15,9% deles.

Diversos estudos populacionais revelam que a maioria dos pacientes migranosos manifesta fotofobia e fonofobia, com prevalência de 92% e 82% respectivamente, segundo Russel et al. (1996, p. 242), e 95% e 98%, segundo Rasmussen e Olesen (1992, p. 1228). Neste estudo, no grupo migrânea, a fotofobia ocorreu em 68,3% (69/101) dos casos e a fonofobia em 55,4% (56/101), mas, excluindo o subgrupo provável migrânea, a prevalência aumenta para 86,1% (31/36) de fotofobia e 75% (27/36) de fonofobia, valores um pouco menos abaixo do esperado.

Alterações visuais, hipoestesia ou parestesia em face e membros e alteração da fala foram pesquisados no estudo a fim de detectar a presença de aura associada à cefaléia. Tais sintomas, pertencentes ou não à aura, foram referidos preponderantemente por sofredores de migrânea. Nos migrânicos com aura, os sintomas de aura visual ocorreram em 100% (15/15) deles, seguido pelos sintomas de aura sensorial e pelos sintomas disfásicos, ambos em 20% (3/15) deles, uma ocorrência próxima à observada em estudos populacionais, em que se observa a aura sensorial duas vezes mais freqüente que os sintomas disfásicos. De acordo com a **Tabela 5**, o sintoma visual mais comum foi manchas/embaçamento, ocorrendo em 13,5% (23/170) dos estudantes; e de acordo com a **Figura 13**, a aura sensorial foi manifesta mais nas pernas, em 2,4% (4/170) dos estudantes, do que em face e braços.

Os sintomas de lacrimejamento, sensação de agitação, olho vermelho, constrição pupilar, rinorréia, inchaço palpebral e suor facial foram pesquisados por pertencerem a critérios da cefaléia em salvas, porém, também foram referidas por alguns portadores de migrânea e cefaléia do tipo tensional. No pequeno grupo com cefaléia em salvas (um caso com critérios completos e cinco com critérios incompletos), foi confirmada a ocorrência comum de lacrimejamento, inchaço palpebral ipsilateral, constrição pupilar ipsilateral e rinorréia, assim como descrito na literatura. A sensação de agitação não foi encontrada em nenhum dos casos de cefaléia em salvas.

A pesquisa de fraqueza motora serviu para rastreamento da migrânea com aura motora, chamada migrânea hemiplégica, encontrando-se oito possíveis cefaléias desta. No entanto, a fraqueza motora também esteve presente nos outros grupos de cefaléia, ocorrendo em 12,3% (21/170) da população com cefaléia primária, sendo a anormalidade neurológica focal menos prevalente do estudo, estando apenas levemente abaixo do que se encontra na literatura.

Sintomas incomuns associados à cefaléia que não pertencem aos critérios diagnósticos de nenhuma cefaléia primária e que foram encontrados na pesquisa foram: irritação, vertigem, diarreia e astenia, todos pertencentes ao grupo com migrânea, com exceção da astenia.

Momento de ocorrência dos sintomas associados à cefaléia

Este parâmetro foi pesquisado para detectar a presença de aura, correspondendo ao critério D dos subtipos de migrânea com aura, o qual determina que a cefaléia deva ocorrer durante a aura ou em até 60 minutos.

O grupo migrânea com aura apresentou os sintomas associados *durante a dor* em 80% (16/20) dos casos; *antes da dor* em 15% (3/20) dos casos (confirmados em até 60 minutos antes da dor após contato por e-mail); e *antes e durante a dor* em 5% (1/20) deles. Este resultado não entra em acordo com o estudo de Olesen (1990, p.796), que demonstrou a presença de aura antes da cefaléia em 58 de 63 pacientes.

No entanto, nenhum estudo prospectivo sistemático sobre a relação temporal aura-cefaléia foi conduzido, sendo um assunto que ainda causa muita confusão e discussão.

Duração dos sintomas associados à cefaléia por mais de 1 hora

Este parâmetro também visa auxiliar o diagnóstico de aura, correspondendo ao critério C dos subtipos de migrânea com aura. Desse modo, no grupo migrânea com aura (20 casos) só foram admitidos casos que não apresentaram duração dos sintomas por mais de uma hora, apesar de aura que ocorra em mais de uma hora esteja presente em aproximadamente 20% de alguns estudos de aura.

Duração dos sintomas de aura típica

Os estudantes que apresentaram sintomas de aura típica pertencem aos grupos migrânea com aura, aura típica com cefaléia não migranosa, e provável migrânea com aura, os quais juntos correspondem a 19,4% (33/170) dos estudantes com cefaléia primária. Neste grupo com aura típica, a grande maioria, 87,9% (29/33), apresentou sintomas de aura típica que duram até 60 minutos, e 12,1% (4/33) que duram mais de 60 minutos, valores que estão próximos aos valores de duração dos sintomas de aura em outros estudos, revelando boa sensibilidade dos questionários para diagnóstico dos sintomas de aura.

Fenômeno relacionado ao desencadeamento da cefaléia

Os fenômenos pesquisados no estudo (estresse emocional, menstruação, esforço físico, despertar do sono, tosse e atividade sexual) tiveram a função de auxiliar a detecção das *outras cefaléias primárias*, as quais formam o quarto grupo de cefaléias primárias da classificação internacional de cefaléias. No entanto, para a sua certeza diagnóstica, a investigação deve ser mais profunda, pois ao nível de questionário, a presença desses fenômenos no desencadeamento da cefaléia pôde ter sido mal interpretada, sendo confundida apenas como sintomas associados à cefaléia.

No entanto, é de grande importância ressaltar a existência de crises menstruais, crises, segundo a literatura, relacionadas principalmente à migrânea sem aura, sendo, porém, neste estudo, relacionada tanto à migrânea sem aura quanto a migrânea com aura, e também à cefaléia do tipo tensional em menor proporção.

Limitação das atividades diárias pela cefaléia

Dos 80 estudantes que caracterizaram a cefaléia como limitante, 65 deles pertencem ao grupo migrânea, assim como os 3 que a caracterizaram como problema sério; já dos 87 que a caracterizaram como não-limitante, 57 pertencem ao grupo cefaléia do tipo tensional. Em outras palavras, no grupo migrânea, 75,2% (76/101) referiram a interferência da cefaléia nas atividades diárias, em contraste com apenas 17,5% (11/63) do grupo cefaléia do tipo tensional.

Apenas o resultado no grupo migrânea esteve abaixo da ocorrência descrita na literatura, que é acima de 95% nos sofredores de migrânea sem aura, porém a ocorrência do grupo migrânea sobe para 83,8% (31/37) se forem desconsiderados os subgrupos provável migrânea e aura típica com cefaléia não migranosa, ressaltando ainda assim a importância deste parâmetro para a pesquisa de migrânea.

História de náusea e/ou vômito em viagens de carro ou ônibus quando criança

Este parâmetro foi pesquisado no estudo a fim de pressupor a história de *vômito cíclico*, uma síndrome da infância precursora freqüente da migrânea, sendo, portanto, um bom reforço diagnóstico das migrêneas. O estudo revelou uma ocorrência de 41,2% (70/170) deste histórico, dos quais 65,7% (46/70) pertencem ao grupo migrânea; e no grupo migrânea, o histórico foi positivo em 46,5% (47/101), o que revela uma relevância considerável da pesquisa deste parâmetro na população migranosa.

Fatores que melhoram a cefaléia

O repouso e o uso de analgésicos foram os principais fatores de melhora encontrados, ocorrendo no grupo cefaléia tipo tensional em 73% (46/63) e 55,5% (35/63) respectivamente, e no grupo migrânea em 78,4% (76/101) e 66%, demonstrando efeitos de melhora bem próximos, porém ambos os fatores apresentaram maior efeito no grupo com migrânea.

O vômito como fator de melhora foi referido por 4,7% (8/170) dos estudantes, sendo que todos pertencem ao grupo migrânea, revelando ser um fator bastante sensível para este

tipo de cefaléia, inclusive em populações de adultos jovens, apesar de na literatura ser atribuído principalmente a crianças.

Dois casos referiram melhora com movimentação, sendo um caso com provável migrânea sem aura e outro com provável cefaléia em salvas, grupo onde se refere mais frequentemente este fator como melhora.

Fatores que pioram a cefaléia

O principal fator de piora das cefaléias foi o barulho, em 74,7% (127/170) dos estudantes com cefaléia primária, estando presente em 78,2% (79/101) no grupo migrânea e 70% (44/63) no grupo cefaléia do tipo tensional, sendo assim, um importante fator agravante em ambas as cefaléias. A luminosidade, presente em 53,6% (91/170) do total, está presente em 68,3% (69/101) no grupo migrânea e 30,2% (19/63) no grupo cefaléia do tipo tensional, revelando ter maior importância nos sofrendores de migrânea.

A piora com o movimento, presente em 44,7% (76/170) do geral, está em 33,3% (21/63) na cefaléia do tipo tensional e 51,5% (52/101) na migrânea, grupo no qual se esperava maior frequência, pois, em um estudo de Blau e Dexter (1981, p. 145) este fator esteve presente em 49 de 50 pacientes. Este fato leva a supor que o questionamento sobre a piora com o movimento deveria enfatizar mais explicitamente que qualquer tipo de movimento pode agravar a cefaléia, como espirros ou rotações rápidas da cabeça. No entanto, a fim de auxiliar este comportamento de agravamento, foi pesquisada a presença de piora com atividade física de rotina, e o resultado encontrado foi mais inferior ainda, estando presente em apenas 29,7% (30/101) do grupo migrânea. Isso ressalta a importância da entrevista quanto aos fatores de piora da cefaléia.

Piora com cheiro e alimentos foram referidos quase totalmente pelo grupo migrânea. Esse fato nos ressalta que é importante lembrar que nem todos os fatores agravam igualmente a migrânea e a cefaléia do tipo tensional, apesar de existirem diversas condições que agravam ambas as cefaléias, como descrito na literatura. Quanto aos alimentos, de acordo com a **Figura 22**, os mais frequentes foram chocolate e cítricos, e, interessante, um estudante do grupo migrânea referiu piora com qualquer tipo de alimento, o que seria mais provável ser causada pela movimentação do ato de mastigar.

História familiar de cefaléia primária

Para auxiliar o diagnóstico de migrânea, por ser uma cefaléia que geralmente ocorre em famílias, a existência de história familiar de cefaléia primária é útil para tal. Concordando com este fato, os resultados mostraram que o grupo migrânea tem uma ocorrência familiar, de 67,3% (68/101), levemente superior do que o grupo cefaléia do tipo tensional, com 65,1% (41/63), o que já era esperado devido a esta ser uma cefaléia bastante freqüente ao longo da vida da população em geral.

Tratamento realizado para a cefaléia

A grande maioria dos estudantes não fez nenhum tratamento para a cefaléia. Apenas 10% (17/170) estudantes realizaram tratamento, dentre os quais 8,2% (14/170) do grupo migrânea e 1,8% (3/170) do grupo cefaléia do tipo tensional, revelando a maior procura por tratamento pelos portadores de migrânea, pelo fato de ser caracteristicamente mais intensa e limitante.

Procura por serviço de urgência

A procura por pronto-atendimento foi referida por 14,1% (24/170) dos estudantes com cefaléia primária, sendo que 10,6% (18/170) pertencem ao grupo migrânea, 2,9% (5/170) ao grupo cefaléia do tipo tensional e 0,6% (1/170) ao grupo cefaléia em salvas. Este resultado revelou a maior procura por pronto-atendimento pelos portadores de migrânea, devido ser mais intensa, assim como a cefaléia em salvas.

Diagnóstico da cefaléia

O grupo (determinado na classificação internacional de cefaléias como contendo apenas 1 dígito) mais freqüente no estudo foi o de migrânea, ocorrendo em 33,7% (101/300) da população estudada. Em segundo lugar, o grupo cefaléia do tipo tensional, com 21% (63/300) de ocorrência. Por fim, o grupo cefaléia em salvas, com 2% (6/300).

Comparando o resultado obtido com estudos que realizaram a mesma metodologia, um questionário, para o diagnóstico de migrânea, o resultado está acima do esperado, pois de acordo com Hagen e também com Stewart a prevalência desta cefaléia na população em geral é de 12% e segundo Michel é de 13%. No entanto, levando em consideração apenas os casos que completaram todos os critérios diagnósticos para migrânea sem aura e migrânea com

aura, a prevalência encontrada é de 13,3% (40/300), valor equivalente ao encontrado na literatura.

O grupo cefaléia do tipo tensional tem prevalência ao longo da vida de 30% a 78% entre diversos estudos, uma faixa de prevalência bastante extensa, e ainda assim o resultado encontrado (de 21%) esteve abaixo desta faixa. Um motivo pertinente para este ocorrido foi o direcionamento dado no estudo pela pergunta “você sofre de dor de cabeça?” no questionário. O questionamento sobre a presença de sofrimento pode ter inibido a participação de estudantes que têm cefaléia do tipo tensional esporádica leve, já que se trata de uma cefaléia sem implicações significativas na qualidade de vida e de alta prevalência.

A prevalência da cefaléia em salvas é baixa ao redor do mundo todo, o que leva sua prevalência a ser demonstrada pelo número de casos por 100.000 habitantes em diversos estudos, como por exemplo, no estudo norueguês, onde a prevalência da cefaléia em salvas foi de 381 por 100.000 habitantes. Neste estudo ela também apresentou uma baixa prevalência, com apenas um caso com critérios diagnósticos totalmente completados, o que leva a uma prevalência de 1 por 300 indivíduos, resultado acima a do estudo norueguês, porém com uma amostra bem menor e com um grupo selecionado.

6. CONCLUSÃO

De acordo com os objetivos propostos e os resultados encontrados, chegou-se as seguintes conclusões:

- I. Dentre os 300 estudantes que responderam ao questionário, 48% são do gênero masculino e 52% são do gênero feminino. As raças parda e branca representaram igualmente 45% cada uma aproximadamente. Duzentos e cinquenta e seis estudantes (85%) possuem idade entre 19 e 25 anos. Duzentos e noventa e um (97%) dos estudantes são solteiros. De acordo com a naturalidade, 76,3% dos deles é paraense.
- II. Dos 300 estudantes, 68,7% (206/300) deles referiram sofrer de cefaléia, e dentre os 206 estudantes que referiram sofrer de cefaléia, 82,5% (170/206) negaram atribuir a cefaléia à causa secundária, constituindo o grupo com cefaléia primária.
- III. No grupo com cefaléia primária, 78,8% (134/170) dos estudantes teve o início dos seus sintomas na faixa etária entre os 10 e 19 anos; 82,3% (140/170) deles sofreram 10 ou mais episódios de cefaléia; 94,1% (160/170) dos estudantes têm duração da cefaléia entre 30 minutos horas e 72 horas; 44,1% (75/170) dos estudantes referiram sofrer de episódios de cefaléia algumas vezes por mês, e 24,7% (42/170) algumas por ano; 42,9% (73/170) dos estudantes referiram localização da dor bilateral, e 15,3% (26/170) unilateral; 50,6% (86/170) dos estudantes referiram qualidade de pulsação, e 37,6% (64/170) de aperto/pressão; 55,9% (95/170) dos estudantes apresentam cefaléia de moderada intensidade.
- IV. Quanto aos sintomas associados, a fonofobia foi o sintoma mais frequente, ocorrendo em 47,6% (81/170) dos casos, seguida por náusea em 31,8% (54/170), fotofobia em 29,4% (50/170), e alterações visuais em 23,5% (40/170). Os sintomas associados ocorreram durante a dor em 81,2% (138/170) deles. Manchas/embaçamento foi a alteração visual mais referida, em 13,5% (23/170) dos estudantes. Hipoestesia ou parestesia em pernas associado à cefaléia ocorreu em 2,4% (4/170) dos estudantes.

- V. Os sintomas de aura típica tiveram duração de até 60 minutos em 87,9% (29/33) dos estudantes com cefaléia associada à aura típica, a qual consiste na migrânea com aura, na aura típica com cefaléia não migranosa, e na provável migrânea com aura).
- VI. Quanto aos fenômenos relacionados ao aparecimento da dor, 30% (51/170) dos estudantes relacionaram o estresse emocional ao desencadeamento da cefaléia, 27,6% (47/170) relacionaram a menstruação, 24,7% (42/170) o esforço físico, 21,8% (37/170) o despertar do sono, 3,5% (6/170) a tosse e 0,6% (1/170) a atividade sexual.
- VII. A cefaléia foi considerada limitante por 48,8% (83/170) dos estudantes.
- VIII. Os principais fatores de melhora da cefaléia foram: repouso, em 75,3% (128/170) dos estudantes, e analgésicos, em 61,2% (104/170). Os principais fatores de piora da cefaléia foram: barulho, em 74,7% (127/170) dos estudantes, luminosidade, em 53,5% (91/170), e movimento, em 44,7% (76/170). Entre os alimentos que causaram piora da cefaléia, o chocolate foi o mais mencionado, em 5,3% (9/170) dos estudantes.
- IX. Observa-se que 90% (153/170) dos estudantes não realizam tratamento para a cefaléia.
- X. A migrânea ocorreu em 33,7% (101/300) da população estudada. A cefaléia do tipo tensional ocorreu em 21% (63/300). A cefaléia em salvas em 2% (6/300) dos estudantes.

REFERÊNCIAS

BANA, D.S., GRAHAM, J.R. Observations on prodromes of classic migraine in a headache population. **Headache**. 1986; 26:216-219.

BAPTISTA, C.M.M. et al. Cefaléia no Antigo Egito. **Migrêneas cefaléias**, v.6, n.2, p.53-55, abr./mai./jun. 2003.

BAREA, L.M.; TANNHAUSER, M.; ROTTA, N.T. An epidemiologic study of headache among children and adolescents of southern Brazil. **Cephalalgia** 1996; 16:545–549.

BENDTSEN, L., SCHOENEN, J. Synthesis of Tension-Type Headache. In: Olesen, J.; Goadsby, P.; Ramadan, N. et al. **The headaches**. 3.ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2006. p.679-684.

BERG, J., RAMADAN, N.M. Societal Burden of the Headache. In: Olesen, J.; Goadsby, P.; Ramadan, N. et al. **The headaches**. 3.ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2006. p.35-42.

BIGAL, M.E. et al. Prevalência e impacto da migrânea em funcionários do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP. **Arq Neuropsiquiatr** 2000; 58(2-B):431-436.

BILLE, B. A 40-year follow-up of school children with migraine. **Cephalalgia**. 1997; 17: 488-491.

BLACK, D.F., BORDINI, C.A., RUSSEL, D. Symptomatology of Cluster Headaches. In: Olesen, J.; Goadsby, P.; Ramadan, N. et al. **The headaches**. 3.ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2006. p.789-796.

BLAU, J.N., DEXTER, S.L. The site of pain origin during migraine attacks. **Cephalalgia**. 1981; 1:143-147.

BRADSHAW, P., PARSONS, M. Hemiplegic migraine, a clinical study. **Q J Med**. 1965; 34:65-85.

BRESLAU, N., DAVIS, G.C., ANDRESKI, P. Migraine, psychiatric disorders, and suicide attempts: an epidemiologic study of young adults. **Psychiatry Res**. 1991; 37:11-23.

CARVALHO, D.S.; CARRAMATE, J.F.P.; PERES, M.F.P. Cefaléias Primárias. In: PRADO, F.C.; RAMOS, J.; DO VALLE, J.R. **Atualização terapêutica 2005**. 22.ed. São Paulo: Artes Médicas, 2005. p.1018-1027.

CECIL, **Tratado de Medicina Interna**/editado por Lee Goldman, Dennis Ausiello. 22.ed. Rio de Janeiro: Elseiver, 2005. p. 2601-2606.

Comitê *Ad Hoc* da Sociedade Brasileira de Cefaléia. Recomendações para o tratamento da crise migranosa. **Arq Neuropsiquiatr** 2000; 58(2-A):371-389.

CRUTER, F.M., OLESEN, J. Migraines with Aura and Their Subforms. In: Olesen, J.; Goadsby, P.; Ramadan, N. et al. **The headaches**. 3.ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2006. p.407-422.

Danish Headache Center. **Annual Report 2005**, 2005. Copenhagen, 2006. p.06.

DAHLÖF, C.G.H., SOLOMON, G.D. Impact of the Headache on the Individual and Family. In: Olesen, J.; Goadsby, P.; Ramadan, N. et al. **The headaches**. 3.ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2006. p.27-33.

EKBOM, K. Pathogenesis of cluster headache. In: Blau JN, ed. Migraine. **Clinical, therapeutic, conceptual and research aspects**. London: Chapman & Hall; 1987: 433-448.

EKBOM, K., BAHRA, A. Diagnosis, Differential Diagnosis, and Prognosis of Cluster Headaches. In: Olesen, J.; Goadsby, P.; Ramadan, N. et al. **The headaches**. 3.ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2006. p.797-800.

EKBOM, K., MATHEW, N.T. General Approach to the Management of Cluster Headaches. In: Olesen, J.; Goadsby, P.; Ramadan, N. et al. **The headaches**. 3.ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2006. p.801-802.

FRY, J. **Profiles disease**. Edinburgh: Livingstone, 1966: 142-143.

GOADSBY, P.J., TFELT-HANSEN, P. Cluster Headaches: Introduction and Epidemiology. In: Olesen, J.; Goadsby, P.; Ramadan, N. et al. **The headaches**. 3.ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2006. p.743-746.

Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. **Cephalalgia** 2004; 24[Suppl 1]:1-160.

ISLER, H., KOEHLER P.J. General Aspects of the Headaches. In: Olesen, J.; Goadsby, P.; Ramadan, N. et al. **The headaches**. 3.ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2006. p.01-06.

JENSEN, J., BECKER, W.J. Symptomatology of Chronic Tension-Type Headaches. In: Olesen, J.; Goadsby, P.; Ramadan, N. et al. **The headaches**. 3.ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2006. p.693-700.

JENSEN, J., BECKER, W.J. Symptomatology of Episodic Tension-Type Headaches. In: Olesen, J.; Goadsby, P.; Ramadan, N. et al. **The headaches**. 3.ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2006. p.685-692.

JENSEN, R., SYMON, D. Epidemiology of Tension-Type Headache. In: Olesen, J.; Goadsby, P.; Ramadan, N. et al. **The headaches**. 3.ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2006. p.621-624.

JENSEN, K., TFELT-HANSEN, P., LAURITZEN, M., et al. Classic migraine. A prospective recording of symptoms. **Acta Neurol Scand**. 1986; 73: 359-362.

KLIMEK, A. Chronic cluster headache and alcohol. **Headache**. 1978; 18:102-103.

KUDROW, L. **Cluster headache: mechanisms and management**. New York: Oxford University Press; 1980.

LIPTON, R.B. Epidemiology and burden of headache. **Advanced Studies in Medicine**, v.1, n.11, p.442-445, dez.2001.

MAGALHÃES, T.V.B. Cefaléias. In: ROCHA, M.O.C. et al. **Terapêutica Clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1998, p. 956-962.

MATHEW, N.T., TFELT-HANSEN, P. General and Pharmacologic Approach to Migraine Management. In: Olesen, J.; Goadsby, P.; Ramadan, N. et al. **The headaches**. 3.ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2006. p.433-440.

MERIKANGAS, K.R., LOW, N.C.D.; RASMUSSEN, B.K. Migraine Comorbidity. In: Olesen, J.; Goadsby, P.; Ramadan, N. et al. **The headaches**. 3.ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2006. p.243-250.

MESSLINGER, K., DOSTROVSKY, J.O., STRASSMAN, A.M. Anatomy and Physiology of Head Pain. In: Olesen, J.; Goadsby, P.; Ramadan, N. et al. **The headaches**. 3.ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2006. p.95-110.

MONTEIRO, J.P. Cefaléias primárias: causas e conseqüências. **Rev. port. clínica geral**, v.22, n.4, p.455-459, jul./ago.2006.

OLESEN, J. Some clinical features of the acute migraine attack. An analysis of 750 patients. **Headache**. 1978; 18: 268-271.

OLESEN, J., DODICK, D.W. The History and Examination of Headache Patients. In: Olesen, J.; Goadsby, P.; Ramadan, N. et al. **The headaches**. 3.ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2006. p.43-54.

OLESEN, J., FRIBERG, L., OLSEN, T.S., et al. Timing and topography of cerebral blood flow, aura and headache during migraine attacks. **Ann Neurol**. 1990; 28: 791-798.

OLESEN, J., GOADSBY, P.J. Synthesis of Migraine Mechanisms. In: Olesen, J.; Goadsby, P.; Ramadan, N. et al. **The headaches**. 3.ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2006. p.393-398.

OLESEN, J., GOADSBY, P.J. The Migraines: Introduction. In: Olesen, J.; Goadsby, P.; Ramadan, N. et al. **The headaches**. 3.ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2006. p.231-234.

OLESEN, J., LIPTON, R.B. Classification of Headache. In: Olesen, J.; Goadsby, P.; Ramadan, N. et al. **The headaches**. 3.ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2006. p.09-16.

OLESEN, J., WELCH, K.M.A. Tension-Type Headache: Introduction. In: Olesen, J.; Goadsby, P.; Ramadan, N. et al. **The headaches**. 3.ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2006. p.619-620.

PEATFIELD, R.C., EDMEDS, J.G. General Approach to Treatment of Tension-Type Headaches. In: Olesen, J.; Goadsby, P.; Ramadan, N. et al. **The headaches**. 3.ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2006. p.707-710.

RASMUSSEN, B.K. Epidemiology of Migraine. In: Olesen, J.; Goadsby, P.; Ramadan, N. et al. **The headaches**. 3.ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2006. p.235-242.

RASMUSSEN, B.K., JENSEN, R., OLESEN, J. A population-based analysis of the diagnostic criteria of the International Headache Society. **Cephalalgia**. 1991; 11: 129-134).

RASMUSSEN, B.K., LIPTON, R.B. Prognosis of Migraines. In: Olesen, J.; Goadsby, P.; Ramadan, N. et al. **The headaches**. 3.ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2006. p.429-232.

RASMUSSEN, B.K., OLESEN, J. Migraine with aura and migraine without aura: an epidemiological study. **Cephalalgia**. 1992; 42: 1225-1231.

ROZEN, T.D. Cluster Headache. **Cephalalgia**, v.20, n.9, p.787-803, nov.2005.

RUSSEL, D. Clinical characterization of the cluster headache syndrome. In: Olesen J, Edvinsson L, eds. **Basic mechanisms of the headache: pain research and clinical management**, vol. 2. New York: Elsevier; 1988:15-22.

RUSSEL, M.B., IVERSEN, H.K. OLESEN, J. Improved description of the migraine aura by a diagnostic aura diary. **Cephalalgia**. 1994; 14:107-117.

RUSSEL, M.B., OLESEN, J. A nosographic analysis of the migraine aura in a general population. **Brain**. 1996; 119:335-361.

RUSSEL, M.B., OLESEN, J. Migrainous disorders and its relation to migraine without aura and migraine with aura. A genetic epidemiological study. **Cephalalgia**. 1996; 16:431-435.

RUSSEL, M.B., RASMUSSEN, B.K., FENGER, K., et al. Migraine without aura and migraine with aura distinct clinical entities: a study of four hundred and eighty-four male and female migraineurs from the general population. **Cephalalgia**. 1996; 16: 239-245.

SCHOENEM, J., JENSEN, R. Differential Diagnosis and Prognosis of Tension-Type Headaches. In: Olesen, J.; Goadsby, P.; Ramadan, N. et al. **The headaches**. 3.ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2006. p.701-706.

SILVA, W.F. **Cefaléias Primárias**. 1.ed. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Cefaléia, 2006, p. 23-83.

SJAASTAD, O., BOVIM, G., STOVNER, L.J. Common migraine ('migraine with-out aura'): localization of the initial pain of attack. **Funct Neurol.** 1993; 8:27-32.

STEINER T.J., RIIS, P. Ethical Issues in Headache Research and Management. In: Olesen, J.; Goadsby, P.; Ramadan, N. et al. **The headaches.** 3.ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2006. p.63-70.

STOVNER, L.J., SCHER, A.I. Epidemiology of headache. In: Olesen, J.; Goadsby, P.; Ramadan, N. et al. **The headaches.** 3.ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2006. p.17-23.

WALDENLIND, E., GOADSBY, P.J. Synthesis of Cluster Headache Pathophysiology. In: Olesen, J.; Goadsby, P.; Ramadan, N. et al. **The headaches.** 3.ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2006. p.783-788.

WHITTY, C.W.M., HOCKADAY, J.M. Migraine: a follow-up study of 92 patients. **BMJ.** 1968; 1:735-736.

ZAGAMI, A.S.; BAHRA, A. Symptomatology of Migraines without Aura. In: Olesen, J.; Goadsby, P.; Ramadan, N. et al. **The headaches.** 3.ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2006. p.399-406.

ZEEBERG, P., OLESEN, J., JENSEN, R. Efficacy of multidisciplinary treatment in a tertiary referral headache center. **Cephalalgia.** 2005: in press.

APÊNDICES

QUESTIONÁRIO SOBRE CEFALÉIAS

IDENTIFICAÇÃO

1. Matrícula: _____ 2. Idade: _____ anos
 3. Gênero: ☐ F ☐ M 4. Naturalidade (Estado): _____
 5. Raça (cor): ☐ Branca ☐ Preta ☐ Amarela ☐ Parda ☐ Indígena ☐ Ignorada
 6. Estado civil: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Desquitado ☐ Viúvo ☐ Amigado ☐ Divorciado ☐ Ignorado
 7. Profissão: _____ 8. Telefone: _____
 9. E-mail: _____ 10. MSN: _____

DOR DE CABEÇA (leia antes as observações no rodapé)

11. Sofre ou sofreu de cefaléia? ☐ Sim ☐ Não
12. Atribui a dor a alguma causa conhecida (desordem orgânica, trauma ou substâncias)?
☐ Sim. Qual: _____
☐ Não
13. Com que idade começou a dor? _____ anos
14. Como foi a forma de início da dor?
☐ Súbita ☐ Gradual
15. Quantos episódios dolorosos já sofreu?
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ +10
16. Quanto tempo de duração tem a dor?
☐ Menos de 15 min ☐ 15 min ☐ 30 min ☐ 1 hora ☐ 2 horas ☐ 3 horas ☐ 4 horas ☐ Mais de 4 horas ☐ 12 horas ☐ 24 horas ☐ Dias: _____
17. Qual a frequência dos episódios dolorosos?
☐ Contínua ☐ Todo dia
☐ Várias vezes por semana ☐ Semanal
☐ Várias por mês ☐ Uma ou poucas por mês
☐ Algumas por ano
18. Sofre há mais de 3 meses? ☐ Sim ☐ Não
19. Qual a localização da dor de cabeça?
☐ Unilateral esquerda ☐ Unilateral direita
☐ Bilateral ☐ Orbital (ocular) ☐ Supra-orbital
☐ Frontal ☐ Occipital
20. Como é o tipo de dor?
☐ Pulsação ☐ Aperto/pressão ☐ Ardente ☐ Pontadas
21. Qual intensidade da dor?
☐ Leve ☐ Moderada ☐ Forte ☐ Muito forte
22. Qual o comportamento da dor durante um episódio doloroso?
☐ Piora com o tempo
☐ Melhora com o tempo
☐ Mantém-se ao longo do tempo
☐ Início agudo com piora rápida
23. Marque os sintomas associados à dor:
☐ Náusea ☐ Vômitos
☐ Fotofobia (aversão à luz)
☐ Fonofobia (aversão ao barulho)
☐ Osmofobia (aversão ao cheiro)
☐ Lacrimejamento ☐ Olho vermelho ☐ Rinorréia (secreção nasal)
☐ Inchaço palpebral ☐ Suor facial
☐ Constrição pupilar ou abaixamento palpebral
- ☐ Sensação de agitação
☐ Alterações visuais:
☐ Luzes trêmulas
☐ Manchas / embaçamento
☐ Linhas luminosas
☐ Apagamento do campo visual:
☐ Nasal: mesmo lado da dor
☐ Nasal: lado oposto à dor
☐ Temporal: mesmo lado da dor
☐ Temporal: lado oposto à dor
☐ Dormência ou formigamento em:
☐ Face ☐ Braços ☐ Pernas
☐ Alteração da fala ☐ Fraqueza motora
☐ Outros: _____ ☐ Nenhum
24. Esses sintomas ocorrem em que momento?
☐ Antes da dor ☐ Durante a dor ☐ Após a dor
☐ Não têm relação com a dor
25. Esses sintomas duram mais que 1 hora?
☐ Sim ☐ Não
26. Qual fenômeno a seguir está relacionado ao aparecimento da dor (marque apenas um)?
☐ Tosse ☐ Menstruação ☐ Esforço físico
☐ Despertar do sono ☐ Atividade sexual ☐ Estresse emocional
27. A dor limita as tarefas do dia-a-dia?
☐ Não-limitante ☐ Limitante ☐ Problema sério
28. Quando criança, médias ou longas viagens de carro/ônibus provocavam náusea ou vômito?
☐ Sim ☐ Não
29. O que melhora a dor de cabeça?
☐ Repouso ☐ Movimentação ☐ Analgésicos
☐ Vômito ☐ Outro: _____
30. O que piora a dor de cabeça?
☐ Luminosidade ☐ Barulho ☐ Cheiro ☐ Movimento
☐ Atividade física de rotina
☐ Alimento(s). Qual(is): _____
☐ Medicamento(s). Qual(is): _____
31. Algum familiar sofre do mesmo problema?
☐ Sim ☐ Não
32. Já fez ou faz tratamento para dor de cabeça?
☐ Sim. Qual: _____
☐ Não
33. Já procurou serviço médico de emergência para alívio da dor? ☐ Sim ☐ Não

Obs. 1: em caso de possuir mais de um tipo de cefaléia, responda de acordo com a principal.

Obs. 2: se a resposta da questão 11 for "Não", não é necessário prosseguir.

Obs. 3: quando necessário, poderão ser marcadas mais de uma opção em uma questão.

ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Baseado na Resolução Nº 196 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde)

PESQUISA: "OCORRÊNCIA DE MIGRÂNEA, CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL E CEFALÉIA EM SALVAS EM ESTUDANTES DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ"

Prezado Sr(a):

Você foi selecionado para participar da pesquisa sobre a "OCORRÊNCIA DE MIGRÂNEA, CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL E CEFALÉIA EM SALVAS EM ESTUDANTES DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ". Esta pesquisa está sendo realizada por alunos do curso de medicina da Universidade Federal do Pará, como Trabalho de Conclusão de Curso, e tem como objetivo Analisar a frequência das cefaléias primárias entre estudantes do curso de medicina da Universidade Federal do Pará.

Com esse estudo, se buscará detectar pacientes que necessitam de tratamento.

Sua participação é de suma importância e consistirá em responder as perguntas contidas neste formulário. O formulário não é identificável e em nenhuma hipótese serão divulgados dados que permitam a sua identificação. Os dados serão analisados em conjunto, guardando assim o absoluto **sigilo das informações pessoais**. Queremos também deixar claro que **sua participação é de seu livre-arbítrio, não havendo pagamento** pela mesma, podendo se **recusar a responder quaisquer perguntas** do formulário.

Após a conclusão da coleta de dados, os mesmos serão analisados e será elaborado um trabalho pelos autores da pesquisa, ao qual será feita a divulgação para os trabalhadores envolvidos, e para o meio acadêmico e científico.

(Pesquisador responsável)

CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO:

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa e que me sinto perfeitamente esclarecido sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com as informações contidas no formulário.

Belém, ____ / ____ / ____.

Assinatura do entrevistado

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP-CCS/UFGA) – Complexo de Sala de Aula/CCS – Sala 14 – Campus Universitário, nº 01, Guamá – CEP: 66075-110 – Belém – Pará. Tel: 32018028 E-mail: cepccs@ufpa.br