

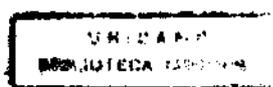
Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Ciências Médicas

ABRAM TOPCZEWSKI

**Cefaléia na Infância e Adolescência:
aspectos clínicos e laboratoriais**

**Tese de Doutorado apresentada à
Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas.
Curso de Pós-Graduação em Neurociências
Orientadora: Prof^ª D^ª Maria Valeriana Leme
de Moura Ribeiro**

**Campinas - SP
1997**



| | |
|---------------|-----------|
| UNIDADE | BC |
| N.º CHAMADA : | |
| V. | |
| T.º | 3567E |
| P.º | 395/98 |
| P.º | R\$ 11,00 |
| D.º | 31.10/98 |
| N.º CPE | |

CM-00118072-B

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

T62c

Topczewski, Abram

Cefaléia na Infância e Adolescência: aspectos clínicos e laboratoriais / Abram Topczewski. Campinas, SP : [s.n.], 1997.

Orientadora : Maria Valeriana Leme de Moura Ribeiro
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Enxaqueca. 2. Tomografia computadorizada. 3. Exploração por Radiosotopos. I. Maria Valeriana Leme de Moura Ribeiro. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

**BANCA EXAMINADORA DA
TESE DE DOUTORADO**

ORIENTAÇÃO: Prof. Dr..

MEMBROS:

1. *M. Valeriana Leme de Moura F.R.*
2. *Dr. Severo*
3. *Dr. Roberto de Almeida*
4. *Dr. Sérgio Luiz Lacerda*
5. *[Signature]*

Curso de Pós-Graduação em Neurologia/Neurociências - Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Estadual de Campinas

DATA: *15 de julho de 1998*

Este exemplar corresponde à versão final da Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação em Neurologia/Neurociências da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Doutor em Neurociências pelo Aluno ABRAM TOPCZEWSKI.

CPGN/FCM/UNICAMP, 15 de julho de 1998

M. Valeriana Leme de Moura F.R.

MARIA VALERIANA LEME DE MOURA-RIBEIRO
Orientadora (mat. 21115-0)

CONTEÚDO

RESUMO

| | |
|---------------------------------|---------|
| I. Introdução | Pág. 01 |
| II. Objetivos | Pág. 05 |
| III. Material | Pág. 06 |
| IV. Casuística | Pág. 07 |
| V. Método | Pág. 11 |
| VI. Resultados: | |
| 1. População | Pág. 13 |
| 2. Idade | Pág. 14 |
| 3. Início do Quadro | Pág. 15 |
| 4. Frequência das Crises | Pág. 16 |
| 5. Localização | Pág. 17 |
| 6. Região Acometida | Pág. 18 |
| 7. Tipos de Dor | Pág. 19 |
| 8. Quanto à Intensidade | Pág. 21 |
| 9. Tempo de Duração da Dor | Pág. 22 |
| 10. Sintomas Associados | Pág. 24 |
| 11. Aura | Pág. 30 |
| 12. Período Preferencial do Dia | Pág. 32 |
| 13. Fatores Desencadeantes | Pág. 33 |
| 14. Fatores de Acentuação | Pág. 34 |
| 15. Fatores de Alívio | Pág. 35 |
| 16. Antecedentes Familiares | Pág. 36 |

| | |
|---------------------------------------|---------|
| 17. Fatores Concomitantes | Pág. 37 |
| 18. Exames Complementares | Pág. 38 |
| VII. Discussão | |
| 1. População | Pág. 45 |
| 2. Início do Quadro | Pág. 46 |
| 3. Frequência das Crises | Pág. 46 |
| 4. Localização | Pág. 47 |
| 5. Tipos de Dor | Pág. 48 |
| 6. Quanto à Intensidade | Pág. 49 |
| 7. Tempo de Duração da Dor | Pág. 49 |
| 8. Sintomas Associados | Pág. 50 |
| 9. Aura | Pág. 52 |
| 10. Período Preferencial do Dia | Pág. 53 |
| 11. Fatores Desencadeantes | Pág. 54 |
| 12. Fatores de Acentuação | Pág. 55 |
| 13. Fatores de Alívio | Pág. 55 |
| 14. Antecedentes Familiares | Pág. 55 |
| 15. Fatores Concomitantes | Pág. 56 |
| 16. Exames Complementares | Pág. 58 |
| VIII. Conclusões | Pág. 65 |
| IX. Referências Bibliográficas | Pág. 66 |
| X. Summary | Pág. 73 |
| XI. Anexos | Pág. 74 |

AGRADECIMENTOS

À Profª Dra. Maria Valeriana Leme de Moura Ribeiro, pela acolhida, orientação, dedicação e confiança.

Ao Dr. Guido Faiwichow, chefe do serviço de Pediatria Social do Hospital Israelita Albert Einstein pelo apoio e amizade.

Ao psicólogo Marcos Barg (FMC-UNICAMP) e à psicóloga Ana Maria W. Gabel (Hospital Israelita Albert Einstein) pela realização das avaliações psicológicas.

Ao Dr. Jairo Wayner, à Dra. Anneliese Fisher Thom e à Dra. Lilian Yuri Itaya Yamaga do departamento de Medicina Nuclear do Hospital Israelita Albert Einstein pela realização e leitura dos SPECTs.

À Dra. Paula G. Strassmann, esteticista, pela sua amizade e orientação.

Ao Dr. Reynaldo A. Brandt, amigo, colega e cunhado, pelas suas sugestões.

As secretárias Erika Martorelli, Denise Lazari Vieira e Lygia Maria Teresa Tonini pelo trabalho de digitação.

A todos os colegas, amigos e funcionários que nos apoiaram e colaboraram na execução deste trabalho.

Aos meus pais pela formação à vida.

A Clarice, com amor e carinho sempre.

Ao Binho, Dudu e Beto, meus amigos e, também, filhos.

Que me seja concedida a graça da serenidade
para aceitar as coisas que não posso mudar,
a coragem de mudar as coisas que posso mudar
e a capacidade de perceber as diferenças.

RESUMO

Foram estudados 72 pacientes, crianças e adolescentes, encaminhados para avaliação por apresentarem cefaléia. A idade variou de 3 a 17 anos. Os pacientes foram submetidos a exame clínico-neurológico e, posteriormente, encaminhados a exames bioquímicos de sangue, eletrencefalograma, tomografia computadorizada do crânio, cintilografia cerebral (SPECT) e avaliação psicológica. Os resultados revelaram que os exames laboratoriais e o eletrencefalograma são de valor limitado na determinação diagnóstica da cefaléia. A tomografia computadorizada do crânio e o SPECT ocuparam lugar de destaque na avaliação do paciente com cefaléia, pois revelaram alterações em 16,67% e 29,41% dos pacientes, respectivamente. Os testes psicológicos, visando uma avaliação da parte emocional, mostraram ser de especial importância nos pacientes com cefaléia, pois em 54,16% dos pacientes foram evidenciados traços de comprometimento emocional.

I. INTRODUÇÃO

A cefaléia na infância, embora tivesse sido objeto de estudo já no século XVI, teve a primeira publicação em 1873, feita pelo pediatra inglês William Henry Day, no seu livro de pediatria geral. Em 1877, o mesmo autor publicou um livro intitulado "Headache", no qual havia um capítulo especial dedicado à cefaléia na infância, conforme a publicação de Harms, em 1967.

A cefaléia na infância e adolescência é uma queixa relativamente freqüente. Abu-Arefeh e col. (1994) refere a prevalência de cefaléia no escolar em 10%. Barea (1996) encontrou a prevalência de 9,9% entre crianças e adolescentes. No ambulatório da Pediatria Social do Hospital Israelita Albert Einstein, 7% dos atendimentos neurológicos, entre 1995-1996, num período de 12 meses. No ambulatório de Neurologia Infantil do HC da FCM-UNICAMP, onde são atendidos 1500 pacientes novos por ano, 130 pacientes, ou seja, 8,7% procuram atendimento devido à cefaléia. Rufo Campos e col. (1995) refere no seu estudo que 9,07% dos atendimentos, num período de 2 anos, foi devido à cefaléia. Geralmente, pouca atenção é dada às crianças que se queixam de cefaléia, por ser um sintoma transitório que, com certa frequência, está associado a doenças sistêmicas. Muitas vezes, a cefaléia não é valorizada como queixa primária, isolada, mas sim relacionada a alguma doença ou condição de base. Embora, em grande parte das vezes, a cefaléia não se manifeste com sinais ameaçadores à vida, pode causar, em determinadas condições, proeminente desconforto às crianças e adolescentes. A variabilidade dos paroxismos álgicos, na sua frequência, intensidade e duração, interferem na dinâmica de vida dos pacientes, limitando as atividades escolares, sociais, recreativas e familiares. Bosco e col. (1996) cita a interferência da cefaléia no desempenho escolar. Esta interferência limitante pode determinar repercussões, também,

de ordem psicológica nos pacientes, pois passa a existir uma preocupação, ou ansiedade maior para a execução de certas tarefas que, eventualmente, poderão ser os fatores desencadeantes da dor. Ao se tratar de crianças, ampliam-se as dificuldades na caracterização dos episódios dolorosos. Detalhes tais como a localização, a freqüência, o tempo de duração, o tipo e a intensidade do quadro algico, assim como o número de episódios nem sempre são obtidos, pois é difícil, por vezes, para a criança fornecer estas informações de modo adequado e preciso, particularmente, naquelas em idade pré-escolar. Além disso, sabemos, também, que fatores emocionais podem interferir nas informações transmitidas pelas crianças. Freqüentemente a cefaléia é acompanhada por fenômenos neurovegetativos, os quais dificultam o julgamento da dor de per si, havendo ocasiões em que a cefaléia é considerada secundária a um desconforto digestivo e isso, muitas vezes, retarda o diagnóstico, prolongando o sofrimento do paciente, principalmente do infante.

As informações, portanto, não podem limitar-se, somente, às fornecidas pelas crianças, mas devem ser ampliadas com os dados fornecidos pelos responsáveis para que se possa detalhar melhor e caracterizar o quadro, pois as alterações das atividades diárias, as alterações do semblante e as alterações comportamentais podem auxiliar no diagnóstico.

A avaliação clínica e neurológica complementada pelos exames laboratoriais visam, não somente a valorização dos sintomas como, também, determinar a etiologia básica da cefaléia e, conseqüentemente, orientar a terapêutica. Não obstante os avanços tecnológicos, citados por Roach e col. (1989), Battistella e col. (1990), Barbiroli e col. (1992), Montagna e col. (1994, 1997), várias questões relacionadas à cefaléia carecem de um esclarecimento mais consistente.

Diversos estudos apontam a enxaqueca como sendo o tipo mais freqüente de cefaléia na infância e adolescência (Barlow, 1984; Silberstein, 1990; Maytal e col., 1997). A enxaqueca sem aura, que representa em torno de 80% das cefaléias, caracteriza-se por fenômenos dolorosos paroxísticos associados à cefaléia unilateral, pulsátil, náuseas, vômitos e história familiar de migrânea. A enxaqueca com aura que, representa 10% dos casos, associa, além dos sinais acima, sintomas premonitórios sensitivos, motores e visuais. Devemos considerar, também, pela sua freqüência, a cefaléia tensional que se apresenta com dor bilateral, não pulsátil, freqüente, não associada a náuseas, vômitos, fono ou fotofobia. Outra forma menos comum é a cefaléia tensional tipo crônica, que é diária ou manifesta-se várias vezes por semana, não acompanhada de sinais neurológicos (anexo I). Os estudos sobre a cefaléia em crianças, adolescentes e adultos, durante várias décadas, foram pouco freqüentes e pouco sistematizados. Foi na histórica reunião, em 1988, do grupo da International Headache Society que se apresentou o trabalho elaborado pela "Headache Classification committee". Com essa publicação, apesar das controvérsias existentes até o presente, veio a melhorar e facilitar os estudos relacionados à incidência, prevalência, quadro clínico e diagnóstico da cefaléia, beneficiando os estudos sobre a evolução e o tratamento (Seshia e col., 1994; Gallai e col., 1995; Olesen, 1996; Maytal e col., 1997). Paralelamente, os aprimoramentos tecnológicos laboratoriais tornaram mais evidentes as alterações funcionais, metabólicas e estruturais do sistema nervoso concorrendo para melhor compreensão das diversas anormalidades, seja no período crítico ou intercrítico. Essa conjunção clínica e laboratorial tem ampliado os horizontes para o raciocínio fisiopatológico das cefaléias. Através do estudo eletrencefalográfico pode-se, muitas vezes, encontrar alterações que se relacionam ao quadro clínico. A tomografia computadorizada do crânio nos possibilita detectar anormalidades anatômicas, outrora não evidenciáveis. O SPECT, um avanço

tecnológico mais recente, permite a apreciação dinâmica do metabolismo regional. Além disso, a possibilidade de um trabalho associado com psicólogos tendo-se como escopo avaliar os distúrbios emocionais que possam interferir como fator determinante ou como fator de acentuação da cefaléia. Considerando-se o supra exposto, desenvolvemos a presente pesquisa, procurando estudar os aspectos clínicos neurológicos da cefaléia na infância e adolescência. Além dos exames laboratoriais bioquímicos, neurofisiológicos e exames por imagem, contamos com a co-participação de psicólogos para identificar a associação da cefaléia com os fatores emocionais.

II. OBJETIVOS

Este estudo teve como objetivos:

1. Caracterização da cefaléia, sob aspecto clínico, em um grupo de crianças e adolescentes;
2. avaliar as alterações laboratoriais e dos exames por imagem TCC (tomografia computadorizada do crânio e SPECT (Single photon emission computed tomography) que possam ser associadas à cefaléia;
3. correlacionar as alterações clínicas, laboratoriais e dos exames por imagem visando maior precisão diagnóstica;
4. identificar a cumplicidade de possíveis fatores psicológicos desencadeantes da cefaléia.

III. MATERIAL

O presente trabalho foi realizado com 72 pacientes, crianças e adolescentes, que apresentaram queixa de cefaléia e foram encaminhados para avaliação especializada nos ambulatórios de:

- a) Neurologia Infantil, no setor de Cefaléia na Infância, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (FCM-UNICAMP - Responsável: Profa. Dra. Maria Valeriana Leme Moura Ribeiro). Os 33 pacientes, sequencialmente estudados, eram provenientes do serviço de triagem médica realizada por médico neurologista do Departamento de Neurologia da FCM-UNICAMP, do ambulatório de Neurologia Infantil ou através de pedidos de consulta da Pediatria, Otorrinolaringologia, Oftalmologia ou outros setores da FCM-UNICAMP.
- b) Neurologia Infantil da Pediatria Social do Hospital Israelita Albert Einstein (Hospital Israelita Albert Einstein - São Paulo - Responsável: Dr. Guido Faiwichow). O encaminhamento dos pacientes, 20 no total, era feito pelos médicos pediatras ou pelos especialistas atuantes no setor de Pediatria.
- c) Centro Médico Manoel Tabacow Hidal, no Hospital Israelita Albert Einstein, setor de clínica privada. No caso, os 19 pacientes foram encaminhados por outros médicos ou procuraram atendimento de modo espontâneo.

IV. CASUÍSTICA

Foram avaliados no período de janeiro de 1994 a dezembro de 1996, 72 pacientes com cefaléia, sendo 43 do sexo feminino e 29 do sexo masculino, idade que variou de 3 a 17 anos (média: 8,6 anos)

Os critérios de inclusão foram:

- a) crianças e adolescentes de ambos os sexos;
- b) faixa etária de 3 a 18 anos;
- c) queixa de cefaléia classificada segundo os critérios propostos pela Sociedade Internacional de Cefaléia: IHS (1988) (anexo II);
- d) queixa igual ou acima de 1 mês;
- e) não apresentar antecedentes de afecções neurológicas.

Os fatores de exclusão foram:

- a) não cooperação dos pais ou do paciente;
- b) processos infecciosos agudos;
- c) traumatismo crânio-encefálico recente;
- d) epilepsia;
- e) outras afecções neurológicas progressas.

TABELA Ia - Dados de Identificação

(FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE DE CAMPINAS)

| No. | NOME | SEXO | COR | IDADES NO ATENDIMENTO | NATURAL DE |
|-----|-------|------|-----|-----------------------|------------------------|
| 1 | BCP | F | B | 9 | Campinas |
| 2 | MPM | F | B | 10 | Campinas |
| 3 | GFG | F | B | 9 | Caldas |
| 4 | MPS | M | B | 10 | São Pedro |
| 5 | MESB | M | B | 7 | Campinas |
| 6 | AAC | M | B | 11 | Muzambinho |
| 7 | RR | F | B | 11 | Campinas |
| 8 | PSM | F | B | 13 | Campinas |
| 9 | WSR | M | B | 13 | Campinas |
| 10 | MAM | M | B | 7 | Campinas |
| 11 | CRM | F | B | 12 | Campinas |
| 12 | JGS | F | B | 12 | Campinas |
| 13 | JRT | F | B | 12 | Campinas |
| 14 | AAS | F | B | 13 | Campinas |
| 15 | JÁ | F | B | 12 | Campinas |
| 16 | AVP | F | B | 8 | Campinas |
| 17 | DR | F | B | 10 | Piracicaba |
| 18 | AR | M | B | 5 | Piracicaba |
| 19 | GCL | M | B | 8 | Campinas |
| 20 | ASC | F | B | 8 | Campinas |
| 21 | GPPSF | F | B | 6 | Campinas |
| 22 | JCC | M | B | 10 | São João da Boa Vista |
| 23 | LFJ | F | B | 12 | Campinas |
| 24 | MAP | F | B | 10 | Santo Antônio da Posse |
| 25 | MJAS | M | B | 10 | Campinas |
| 26 | RLFS | F | B | 8 | Capivari |
| 27 | TAXM | F | B | 7 | Campinas |
| 28 | TTB | M | B | 12 | Pirassununga |
| 29 | LJC | M | B | 13 | Campinas |
| 30 | ASD | F | Pd | 11 | Vitória da Conquista |
| 31 | DCMA | F | B | 8 | Hortolândia |
| 32 | RFL | M | B | 10 | Campinas |
| 33 | WB | M | B | 10 | Campinas |

F: feminino; M: masculino; B: branca; Pd: pardo

TABELA Ib - Dados de Identificação

(PEDIATRIA SOCIAL DO HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN)

| No. | NOME | SEXO | COR | IDADES NO ATENDIMENTO | NATURAL DE |
|-----|------|------|-----|-----------------------|------------|
| 1 | MAG | F | B | 8 | São Paulo |
| 2 | FMC | M | Pd | 8 | São Paulo |
| 3 | MSC | M | B | 8 | São Paulo |
| 4 | BNF | F | B | 6 | São Paulo |
| 5 | APPS | F | Pd | 8 | São Paulo |
| 6 | EA | M | B | 5 | São Paulo |
| 7 | NSL | F | B | 10 | São Paulo |
| 8 | GCRO | F | B | 7 | São Paulo |
| 9 | PRFG | M | Pd | 8 | São Paulo |
| 10 | ACBM | F | B | 7 | São Paulo |
| 11 | RCN | M | B | 8 | São Paulo |
| 12 | CVK | F | B | 11 | São Paulo |
| 13 | WJS | M | Pd | 10 | São Paulo |
| 14 | AA | M | B | 9 | São Paulo |
| 15 | PPFG | M | B | 5 | São Paulo |
| 16 | JAR | F | B | 5 | São Paulo |
| 17 | VPO | F | B | 7 | São Paulo |
| 18 | MCFS | F | B | 5 | São Paulo |
| 19 | IBP | F | B | 8 | São Paulo |
| 20 | TS | F | B | 7 | São Paulo |

F: feminino; M: masculino; B: branca; Pd: pardo

TABELA Ic - Dados de Identificação

(CLÍNICA PRIVADA NO HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN)

| No. | NOME | SEXO | COR | IDADES NO ATENDIMENTO | NATURAL DE |
|-----|------|------|-----|-----------------------|------------|
| 1 | DMTH | M | B | 11 | São Paulo |
| 2 | FAP | F | B | 14 | São Paulo |
| 3 | NE | F | B | 13 | São Paulo |
| 4 | CCM | F | B | 17 | São Paulo |
| 5 | ATM | F | B | 7 | São Paulo |
| 6 | AK | F | B | 8 | São Paulo |
| 7 | PP | M | B | 10 | São Paulo |
| 8 | OBS | M | B | 8 | São Paulo |
| 9 | TSFB | M | B | 14 | São Paulo |
| 10 | EFF | M | B | 11 | São Paulo |
| 11 | RA | M | B | 12 | São Paulo |
| 12 | MA | F | B | 8 | São Paulo |
| 13 | ORC | M | B | 6 | São Paulo |
| 14 | JH | F | B | 13 | São Paulo |
| 15 | RS | F | B | 14 | São Paulo |
| 16 | IVM | F | B | 3 | São Paulo |
| 17 | NRF | F | B | 11 | São Paulo |
| 18 | NVB | F | B | 4 | São Paulo |
| 19 | BHR | M | B | 11 | São Paulo |

F: feminino; M: masculino; B: branca

V. MÉTODOS

As informações obtidas foram fornecidas pelos pacientes e pelos pais ou responsáveis, seguindo-se o protocolo de investigação - cefaléia na infância e adolescência (anexo III). Sempre que necessário foi registrado no prontuário dados clínicos e laboratoriais complementares.

Todos os pacientes receberam orientação quanto aos procedimentos clínicos, laboratoriais e terapêuticos, visando uma adequada e necessária aderência à pesquisa. Os pacientes estudados foram submetidos a exame clínico-neurológico realizado pelo próprio autor, na FCM-UNICAMP, no Hospital Israelita Albert Einstein e na clínica privada.

Todos os pacientes foram encaminhados para exames complementares abaixo relacionados:

- a) Sangue: hemograma, glicemia, uréia e creatinina.
- b) Eletrencefalograma (EEG): a avaliação foi feita por médicos neurofisiologistas, obedecendo as normas da Sociedade Brasileira de Neurofisiologia Clínica.
- c) Tomografia computadorizada do crânio (TCC): as imagens foram interpretadas por médicos especialistas dos setores de neurorradiologia.
- d) Cintilografia cerebral por tomografia (Single Photon Emission Computed Tomography - SPECT): os exames foram avaliados por médicos especialistas do departamento de Medicina Nuclear do Hospital Israelita Albert Einstein.
- e) Avaliação psicológica: foi realizada pelo psicólogo Marcos Barg do Ambulatório de Neurologia Infantil da FCM-UNICAMP e pela psicóloga Ana Maria Waligora Gabel do ambulatório de Pediatria Social do Hospital Israelita Albert Einstein, segundo o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (anexo IV). Foi utilizada a forma C do teste,

composta por duas partes, C1, que avalia o estado emocional transitório e o C2 que mostra os traços de personalidade.

VI. RESULTADOS

1. População:

Foram estudados 72 pacientes, sendo 43 do sexo feminino e 29 do sexo masculino, 67 brancos e 5 não brancos.

TABELA II - Distribuição segundo o sexo

| Sexo | No. Pacientes | % |
|--------------|---------------|-------------|
| Feminino | 43 | 59,72% |
| Masculino | 29 | 40,28% |
| Total | 72 | 100% |

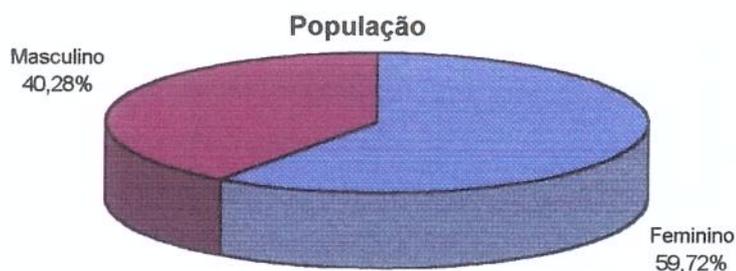
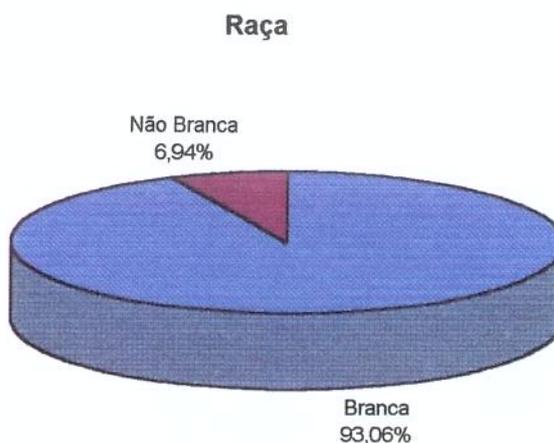


TABELA III - Distribuição segundo a raça

| Raça | No. Pacientes | % |
|--------------|---------------|-------------|
| Branco | 67 | 93,06% |
| Não branco | 5 | 6,94% |
| Total | 72 | 100% |

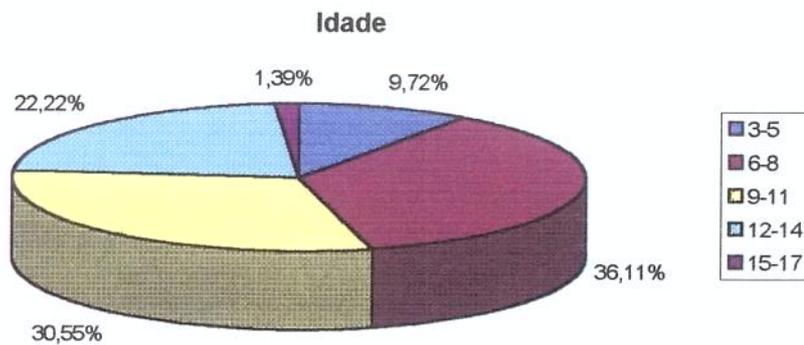


2. Idade:

Nota-se que 66,66% dos pacientes apresentaram o quadro na idade escolar, com discreto predomínio no sexo feminino (37,5%) em relação ao sexo masculino (29,16%). Na população adolescente a predominância foi nítida no sexo feminino (70,58%). É de se notar que 9,72% dos pacientes estavam na faixa etária entre 3-5 anos.

TABELA IV - Distribuição dos pacientes segundo a idade e sexo

| ANOS | SEXO | | TOTAL | % |
|--------------|-----------|-----------|-----------|-------------|
| | MASC | FEM | | |
| 3 — 5 | 3 | 4 | 7 | 9,72% |
| 6 — 8 | 9 | 17 | 26 | 36,11% |
| 9 — 11 | 12 | 10 | 22 | 30,55% |
| 12 — 14 | 5 | 11 | 16 | 22,22% |
| 15 — 17 | 0 | 1 | 1 | 1,39% |
| TOTAL | 29 | 43 | 72 | 100% |

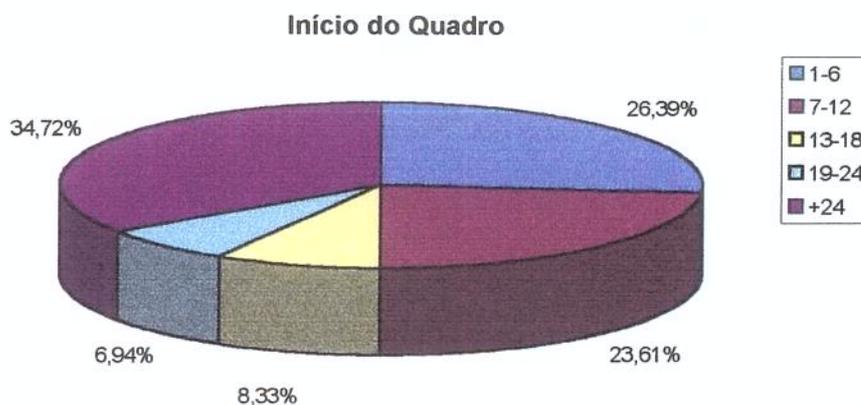


3. Início do Quadro:

Nos primeiros 6 meses foram encaminhadas 26,38% dos pacientes e 50% no primeiro ano. É de se notar que 34,72% dos pacientes apresentavam dor há mais de 2 anos.

TABELA V - Distribuição da dor segundo o tempo da cefaléia

| Meses | No. Pacientes | % |
|--------------|---------------|-------------|
| 1-6 | 19 | 26,39% |
| 7-12 | 17 | 23,61% |
| 13-18 | 6 | 8,33% |
| 19-24 | 5 | 6,94% |
| +24 | 25 | 34,72% |
| Total | 72 | 100% |

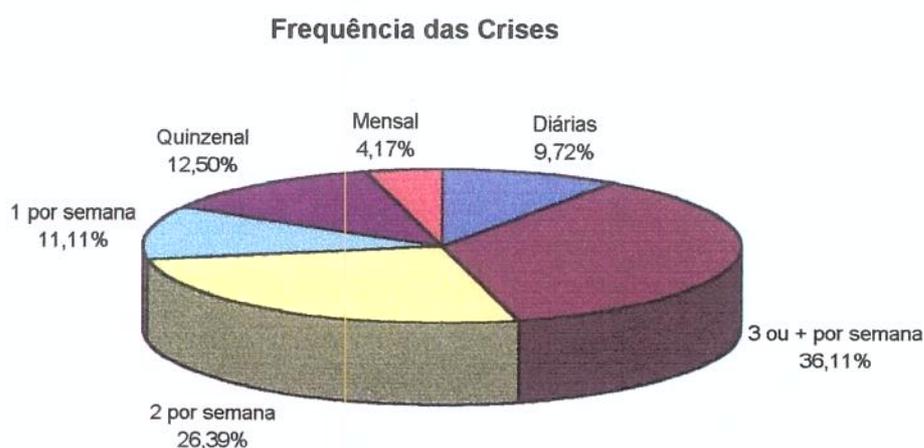


4. Frequência das Crises:

Em 72,22% (52) dos pacientes, a queixa de cefaléia foi referida mais de uma vez por semana, sendo que em 36 (26,11%) pacientes a manifestação foi além de três vezes por semana. A cefaléia diária foi registrada em 9,72% dos pacientes.

TABELA VI - Distribuição da frequência da dor

| Frequência | No. Pacientes | % |
|-------------------|----------------------|-------------|
| Diárias | 7 | 9,72 % |
| 3 ou + por semana | 26 | 36,11% |
| 2 por semana | 19 | 26,39% |
| 1 por semana | 8 | 11,11% |
| Quinzenal | 9 | 12,50% |
| Mensal | 3 | 4,17% |
| Total | 72 | 100% |

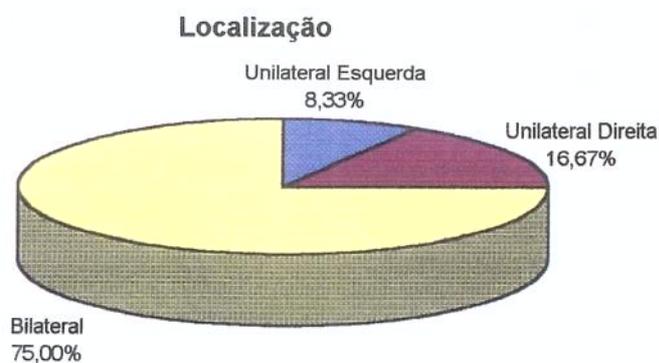


5. Localização:

A dor bilateral foi a predominante, sendo este tipo de queixa referida por 75% dos pacientes.

TABELA VII - Distribuição da localização da dor

| Localização | No. Pacientes | % |
|---------------------|----------------------|-------------|
| Unilateral Esquerda | 6 | 8,33% |
| Unilateral Direita | 12 | 16,67% |
| Bilateral | 54 | 75,00% |
| Total | 72 | 100% |

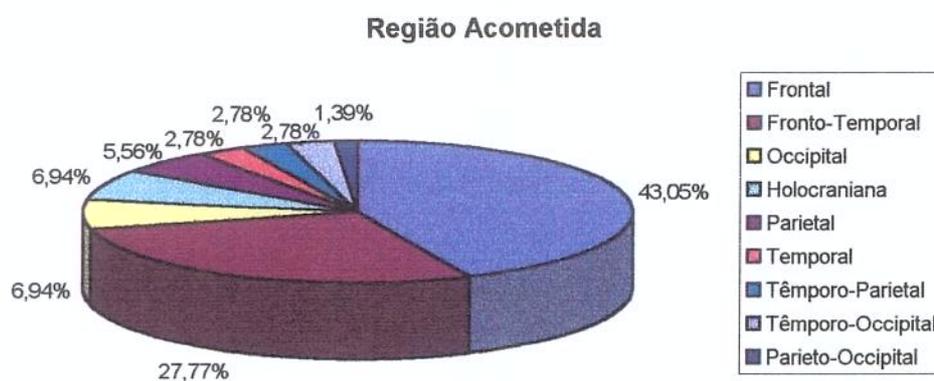


6. Região Acometida:

A predominância da cefaléia na região frontal (43%) e fronto-temporal (27,77%) em relação às outras regiões, é notória.

TABELA VIII - Distribuição da região acometida

| Região | No. Pacientes | % |
|-------------------|---------------|-------------|
| Frontal | 31 | 43,05% |
| Fronto-Temporal | 20 | 27,77% |
| Occipital | 5 | 6,94% |
| Holocraniana | 5 | 6,94% |
| Parietal | 4 | 5,56% |
| Temporal | 2 | 2,78% |
| Têmporo-Parietal | 2 | 2,78% |
| Têmporo-Occipital | 2 | 2,78% |
| Parieto-Occipital | 1 | 1,39% |
| Total | 72 | 100% |

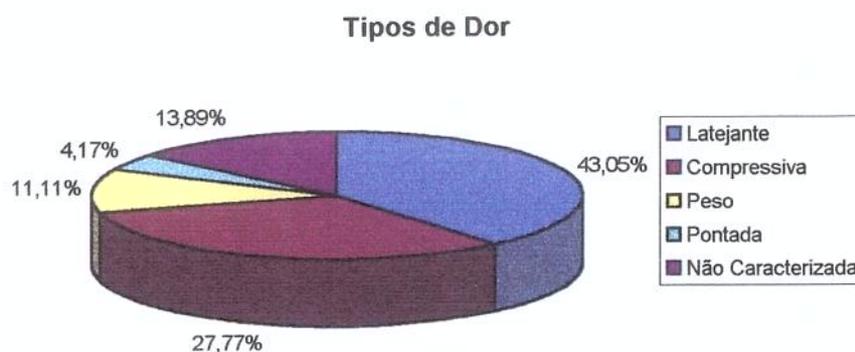


7. Tipos de Dor:

A dor latejante foi a mais freqüente (43,05%), seguindo-se a dor tipo compressiva (27,77%). A idade dos pacientes foi um fator considerável na caracterização da dor, pois 13,88% não sabiam informar. A dor em peso foi referida em 11,11% dos paciente e em 4.16% do tipo pontada.

TABELA IX - Distribuição do tipo de dor

| Dor | No. Pacientes | % |
|-------------------|----------------------|-------------|
| Latejante | 31 | 43,05% |
| Compressiva | 20 | 27,77% |
| Peso | 8 | 11,11% |
| Pontada | 3 | 4,17% |
| Não Caracterizada | 10 | 13,89% |
| Total | 72 | 100% |

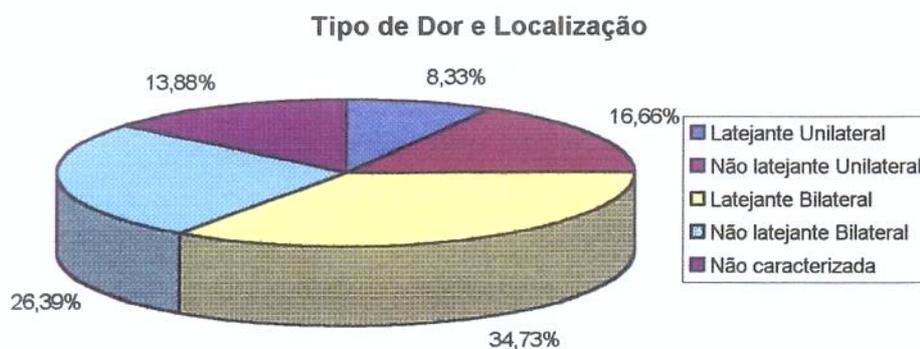


7.1 Tipo de dor e localização:

A dor latejante uni e bilateral foi mencionada por 43,05% dos pacientes. Os pacientes com dor não latejante unilateral e bilateral, também totalizaram 43,05%.

TABELA X

| Dor | Localização | No. Pacientes | % |
|-------------------|-------------|---------------|-------------|
| Latejante | Unilateral | 6 | 8,33% |
| Não latejante | Unilateral | 12 | 16,66% |
| Latejante | Bilateral | 25 | 34,72% |
| Não latejante | Bilateral | 19 | 26,38% |
| Não caracterizada | - | 10 | 13,88% |
| Total | - | 72 | 100% |

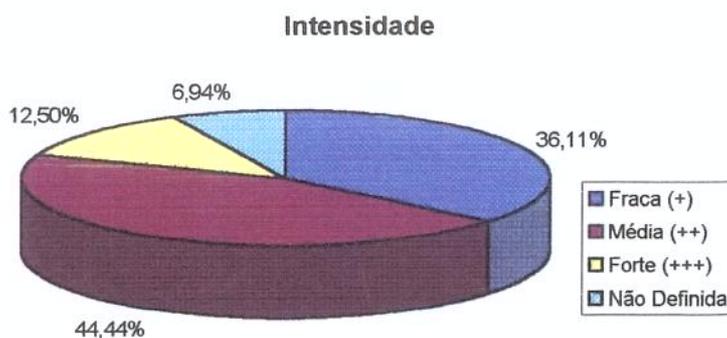


8. Quanto à Intensidade:

Foram consideradas três situações para a intensidade da dor: fraca, média e forte. A dor de média intensidade foi a predominante (44,44%), seguindo-se a dor de fraca intensidade (36,11%). A dor forte foi referida por 12,5% dos pacientes. Cinco (6,94%) pacientes não souberam informar a intensidade da dor.

TABELA XI - Distribuição da intensidade da dor

| Intensidade | No. Pacientes | % |
|--------------------|----------------------|-------------|
| Fraca (+) | 26 | 36,11% |
| Média (++) | 32 | 44,44% |
| Forte (+++) | 9 | 12,50% |
| Não Definida | 5 | 6,94% |
| Total | 72 | 100% |

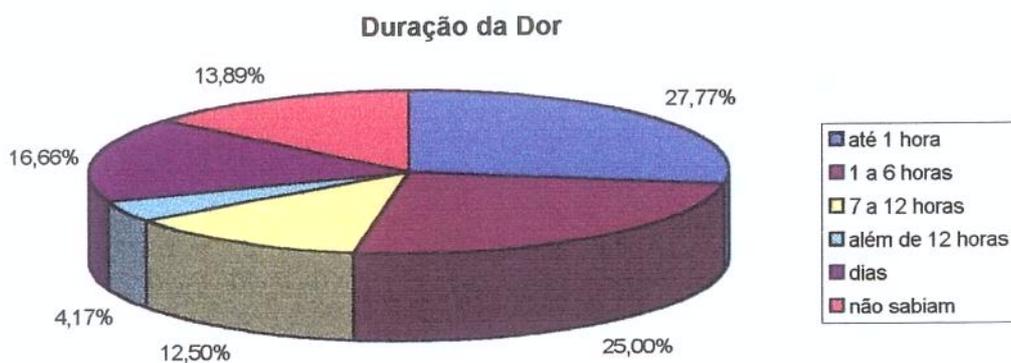


9. Tempo de Duração da Dor

E de se notar que a dor durou até 1 hora em 27,77% dos pacientes; entre 1 e 6 horas de duração foi referida por 25%; 13,89% dos pacientes não sabiam informar o tempo de duração da dor.

TABELA XII - Distribuição do tempo de duração da dor

| Duração | No. Pacientes | % |
|------------------|---------------|----------------|
| até 1 hora | 20 | 27,77% |
| 1 a 6 horas | 18 | 25% |
| 7 a 12 horas | 9 | 12,50% |
| além de 12 horas | 3 | 4,17% |
| dias | 12 | 16,66% |
| não sabiam | 10 | 13,89% |
| Total | 72 | 100,00% |



9.1 Tempo de duração, tipo e localização da dor:

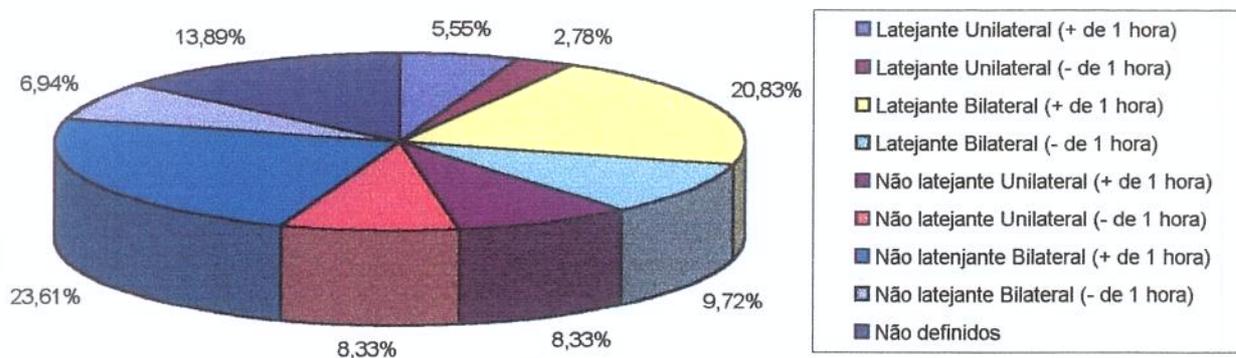
Os dados da tabela abaixo mostram que 42 (58,33%) pacientes apresentaram cefaléia que durou acima de 1 hora, sendo a dor bilateral em 32 pacientes e unilateral em 10 pacientes.

TABELA XIII - Distribuição da associação do tempo de duração, tipo e localização

da dor

| Dor | Localização | Tempo de duração | No. Pacientes | % |
|---------------|-------------|------------------|---------------|-------------|
| Latejante | Unilateral | + de 1 hora | 4 | 5,55% |
| Latejante | Unilateral | - de 1 hora | 2 | 2,78% |
| Latejante | Bilateral | + de 1 hora | 15 | 20,83% |
| Latejante | Bilateral | - de 1 hora | 7 | 9,72% |
| Não latejante | Unilateral | + de 1 hora | 6 | 8,33% |
| Não latejante | Unilateral | - de 1 hora | 6 | 8,33% |
| Não latejante | Bilateral | + de 1 hora | 17 | 23,61% |
| Não latejante | Bilateral | - de 1 hora | 5 | 6,94% |
| Não definidos | - | - | 10 | 13,89% |
| Total | - | - | 72 | 100% |

Tempo de Duração, Tipo e Localização da Dor



10. Sintomas Associados:

Na análise referente aos sintomas associados à cefaléia predominaram a fotofobia, as náuseas e a sonolência.

TABELA XIV - Distribuição dos sintomas associados à cefaléia

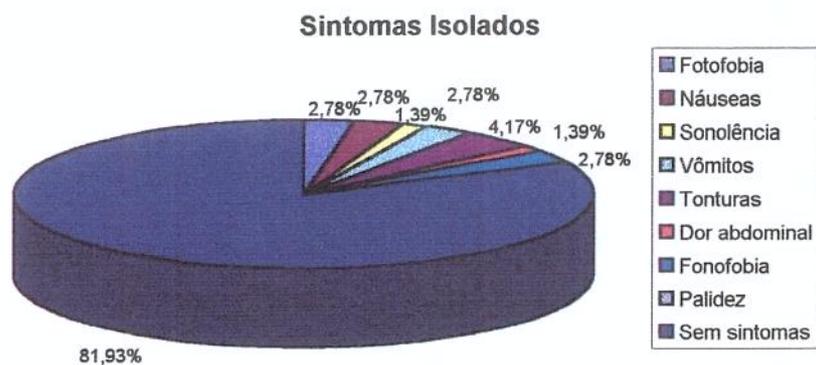
| Sintomas Associados | No. Pacientes | % |
|----------------------------|----------------------|----------|
| Fotofobia | 30 | 41,67% |
| Náuseas | 25 | 34,72% |
| Sonolência | 25 | 34,72% |
| Tonturas | 19 | 26,39% |
| Vômitos | 18 | 25,00% |
| Dor Abdominal | 15 | 20,83% |
| Fonofobia | 10 | 13,89% |
| Palidez | 10 | 13,89% |

10.1 Sintomas isolados:

Somente 18,05% dos pacientes apresentaram cefaléia associada a um único sintoma conforme a relação abaixo.

TABELA XV - Distribuição dos sintomas isolados

| Sintomas Isolados | No. Pacientes | % |
|-------------------|---------------|-------------|
| Fotofobia | 2 | 2,78% |
| Náuseas | 2 | 2,78% |
| Sonolência | 1 | 1,39% |
| Vômitos | 2 | 2,78% |
| Tonturas | 3 | 4,17% |
| Dor abdominal | 1 | 1,39% |
| Fonofobia | 2 | 2,78% |
| Palidez | 0 | 0,00% |
| Sem sintomas | 59 | 81,93% |
| Total | 72 | 100% |



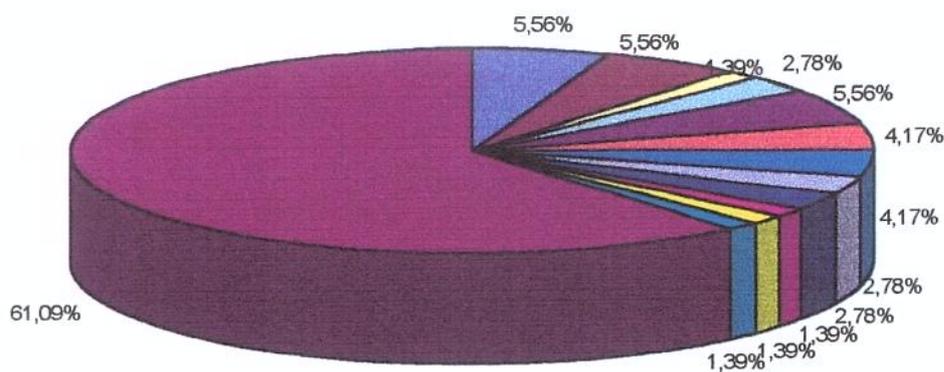
10.2 Dois sintomas associados:

A associação de dois sintomas foi encontrada em 38,89% dos casos.

TABELA XVI - Distribuição de dois sintomas associados à cefaléia

| Sintomas | No. Pacientes | % |
|----------------------------|---------------|-------------|
| Fotofobia + sonolência | 4 | 5,56% |
| Fotofobia + tonturas | 4 | 5,56% |
| Fotofobia+ dor abdominal | 1 | 1,39% |
| Fotofobia + fonofobia | 2 | 2,78% |
| Náuseas + vômitos | 4 | 5,56% |
| Náuseas + tonturas | 3 | 4,17% |
| Sonolência + tonturas | 3 | 4,17% |
| Sonolência + dor abdominal | 2 | 2,78% |
| Sonolência + fonofobia | 2 | 2,78% |
| Sonolência + palidez | 1 | 1,39% |
| Vômitos + dor abdominal | 1 | 1,39% |
| Dor abdominal + palidez | 1 | 1,39% |
| Sem 2 sintomas associados | 44 | 61,11% |
| Total | 72 | 100% |

Dois sintomas associados



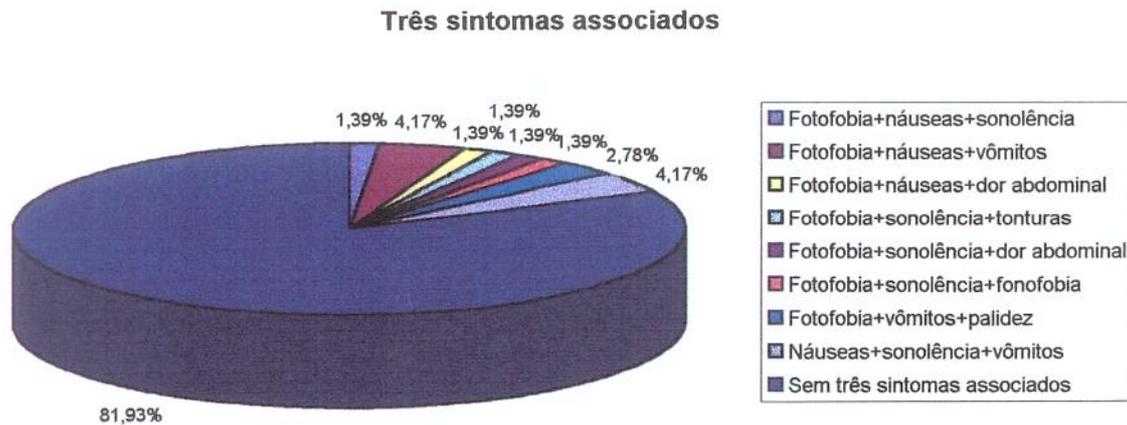
| | | |
|-----------------------------------|------------------------------|----------------------------|
| ■ Fotofobia + sonolência | ■ Fotofobia + tonturas | ■ Fotofobia+ dor abdominal |
| ■ Fotofobia + fonofobia | ■ Náuseas + vômitos | ■ Náuseas + tonturas |
| ■ Sonolência + tonturas | ■ Sonolência + dor abdominal | ■ Sonolência + fonofobia |
| ■ Sonolência + palidez | ■ Vômitos + abdominal | ■ Dor abdominal + palidez |
| ■ Sem os dois sintomas associados | | |

10.3 Três sintomas associados:

A associação de três sintomas encontramos em 18,06% dos casos.

TABELA XVII - Distribuição de três sintomas associados à cefaléia

| Sintomas | No. Pacientes | % |
|------------------------------------|---------------|-------------|
| Fotofobia+náuseas+sonolência | 1 | 1,39% |
| Fotofobia+náuseas+vômitos | 3 | 4,17% |
| Fotofobia+náuseas+dor abdominal | 1 | 1,39% |
| Fotofobia+sonolência+tonturas | 1 | 1,39% |
| Fotofobia+sonolência+dor abdominal | 1 | 1,39% |
| Fotofobia+sonolência+fonofobia | 1 | 1,39% |
| Fotofobia+vômitos+palidez | 2 | 2,78% |
| Náuseas+sonolência+vômitos | 3 | 4,17% |
| Sem três sintomas associados | 59 | 81,94% |
| Total | 72 | 100% |



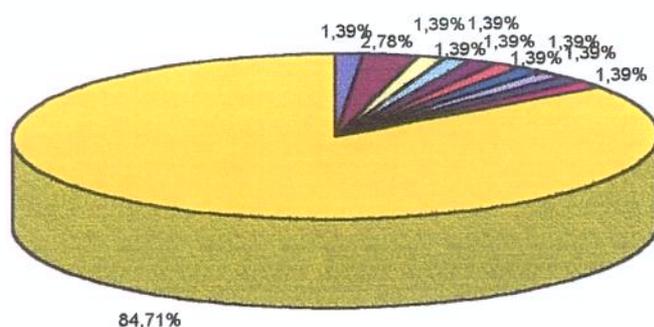
10.4 Quatro sintomas associados:

Foram encontrados em 15,28% dos casos a referência de quatro sintomas associados.

TABELA XVIII - Distribuição de quatro sintomas associados à cefaléia

| Sintomas | No. Pacientes | % |
|--|---------------|-------------|
| Fotofobia+náuseas+sonolência+dor abdominal | 1 | 1,39% |
| Fotofobia+náuseas+vômitos+tonturas | 2 | 2,78% |
| Fotofobia+náuseas+tonturas+dor abdominal | 1 | 1,39% |
| Fotofobia+náuseas+tonturas+palidez | 1 | 1,39% |
| Fotofobia+náuseas+dor abdominal+palidez | 1 | 1,39% |
| Fotofobia+sonolência+dor abdominal+palidez | 1 | 1,39% |
| Náuseas+sonolência+fonofobia+palidez | 1 | 1,39% |
| Náuseas+tontura+dor abdominal+fonofobia | 1 | 1,39% |
| Sonolência+vômitos+dor abdominal+palidez | 1 | 1,39% |
| Sonolência+dor abdominal+fonofobia+palidez | 1 | 1,39% |
| Sem quatro sintomas associados | 61 | 84,72 |
| Total | 72 | 100% |

Quatro Sintomas Associados



| | |
|--|--|
| ■ Fotofobia+náuseas+sonolência+dor abdominal | ■ Fotofobia+náuseas+vômitos+tonturas |
| ■ Fotofobia+náuseas+tonturas+dor abdominal | ■ Fotofobia+náuseas+tonturas+palidez |
| ■ Fotofobia+náuseas+dor abdominal+palidez | ■ Fotofobia+sonolência+dor abdominal+palidez |
| ■ Náuseas+sonolência+fonofobia+palidez | ■ Náuseas+tontura+dor abdominal+fonofobia |
| ■ Sonolência+vômitos+dor abdominal+palidez | ■ Sonolência+dor abdominal+fonofobia+palidez |
| ■ Sem quatro sintomas associados | |

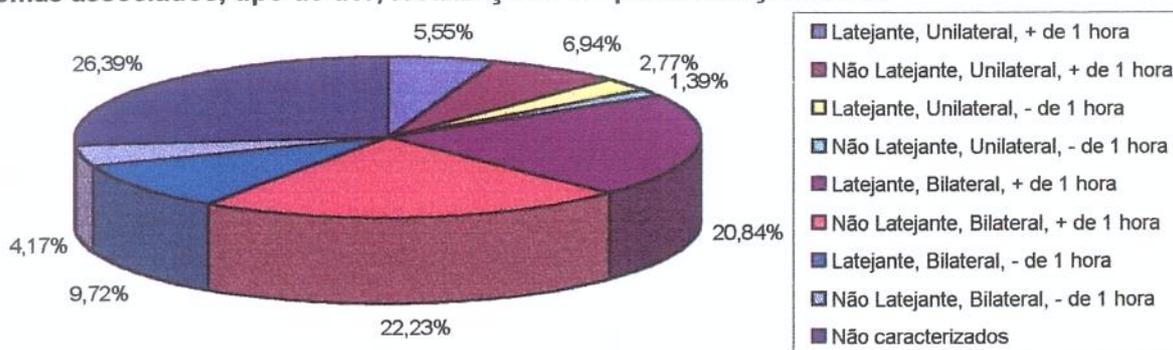
10.5 Sintomas associados, tipo de dor, localização, duração:

A dor latejante foi encontrada em 28 casos, sendo que em 6 foi unilateral e em 22 bilateral.

TABELA XIX - Distribuição dos sintomas associados, tipo de dor, localização e tempo de duração da dor

| Dor | Localização | Tempo Duração | Sintomas associados | No. Pacientes | % |
|--------------------|-------------|---------------|---------------------|---------------|-------------|
| Latejante | Unilateral | + de 1 hora | + | 4 | 5,55 |
| Não latejante | Unilateral | + de 1 hora | + | 5 | 6,94% |
| Latejante | Unilateral | - de 1 hora | + | 2 | 2,77% |
| Não latejante | Unilateral | - de 1 hora | + | 1 | 1,39% |
| Latejante | Bilateral | + de 1 hora | + | 15 | 20,84% |
| Não latejante | Bilateral | + de 1 hora | + | 16 | 22,23% |
| Latejante | Bilateral | - de 1 hora | + | 7 | 9,72% |
| Não latejante | Bilateral | - de 1 hora | + | 3 | 4,17% |
| Não caracterizados | - | - | - | 19 | 26,38% |
| Total | - | - | - | 72 | 100% |

Sintomas associados, tipo de dor, localização e tempo de duração da dor

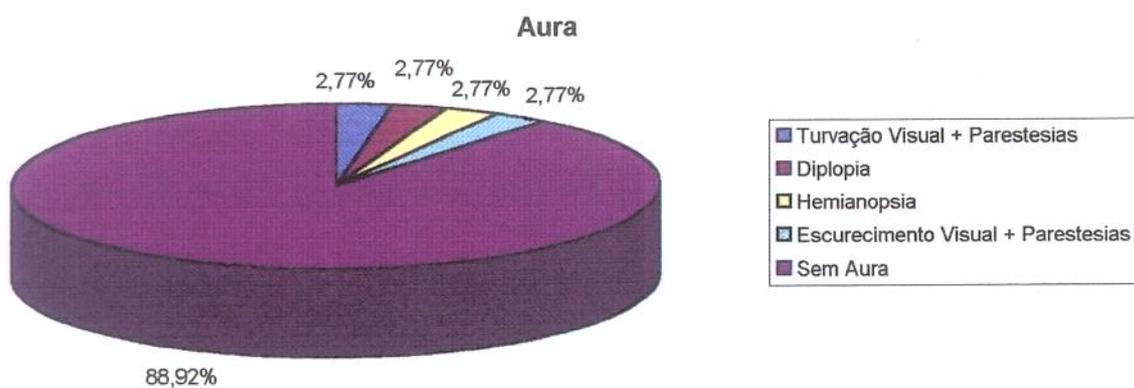


11. Aura:

No presente estudo catalogamos as diferentes auras referida por 8 pacientes (11,08%).

TABELA XX - Distribuição da aura

| Aura | No. Pacientes | % |
|------------------------------------|----------------------|-------------|
| Turvação Visual + Parestesias | 2 | 2,77% |
| Diplopia | 2 | 2,77% |
| Hemianopsia | 2 | 2,77% |
| Escurecimento Visual + Parestesias | 2 | 2,77% |
| Sem aura | 64 | 88,92% |
| Total | 72 | 100% |



11.1 Aura, tipo de dor, localização, duração, sintomas associados:

Em 11,11% dos pacientes encontramos o quadro clínico característico da migrânea com aura. A dor foi unilateral em 2/8 pacientes e bilateral em 6/8 pacientes.

TABELA XXI - Distribuição da aura, localização, duração, tipo de dor e sintomas associados

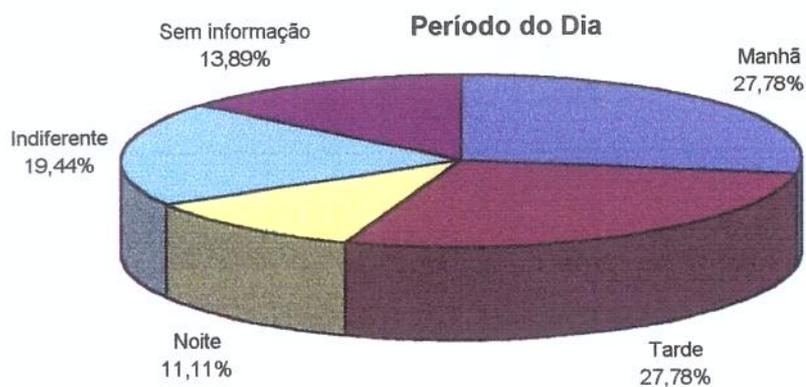
| Tipo de Dor | Localização | Tempo de duração | Sintomas associados | Aura | Sexo | No. Pacientes | % |
|--------------------|--------------------|-------------------------|----------------------------|-------------|-------------|----------------------|---------------|
| Latejante | Unilateral | - de 1 hora | + | + | F | 2 | 2,77% |
| Latejante | Bilateral | +de 1 hora | + | + | F | 5 | 6,94% |
| Latejante | Bilateral | - de 1 hora | + | + | F | 1 | 1,38% |
| Total | - | - | - | - | - | 8 | 11,11% |

12. Período Preferencial do Dia:

Houve um predomínio da dor no período da manhã (27,77%) e no período da tarde (27,77%).

TABELA XXII - Período preferencial da cefaléia

| Período do Dia | No. Pacientes | % |
|----------------|---------------|-------------|
| Manhã | 20 | 27,78% |
| Tarde | 20 | 27,78% |
| Noite | 8 | 11,11% |
| Indiferente | 14 | 19,44% |
| Sem Informação | 10 | 13,89% |
| Total | 72 | 100% |

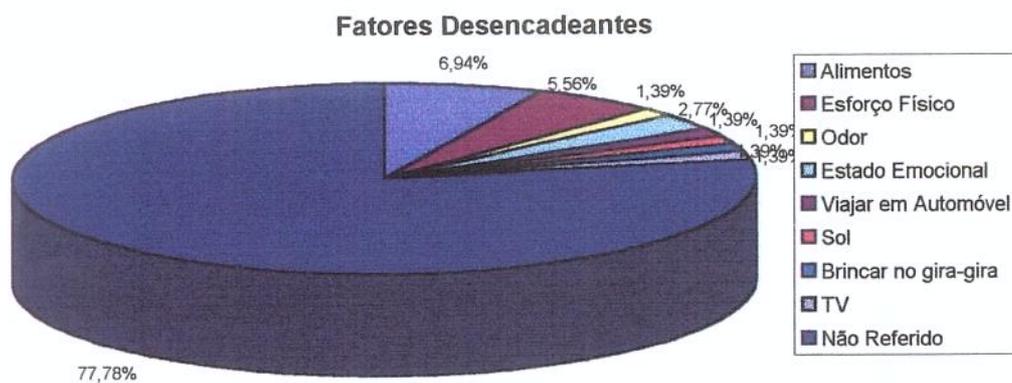


13. Fatores Desencadeantes:

Somente 22,22% dos pacientes referiram a existência de fatores desencadeantes.

TABELA XXIII - Fatores desencadeantes da cefaléia

| Fatores | No. Pacientes | % |
|----------------------|---------------|-------------|
| Alimentos | 5 | 6,94% |
| Esforço Físico | 4 | 5,56% |
| Estado Emocional | 2 | 2,77% |
| Odor | 1 | 1,39% |
| Viajar em Automóvel | 1 | 1,39% |
| Sol | 1 | 1,39% |
| Brincar no gira-gira | 1 | 1,39% |
| TV | 1 | 1,39% |
| Não Referido | 56 | 77,77% |
| Total | 72 | 100% |

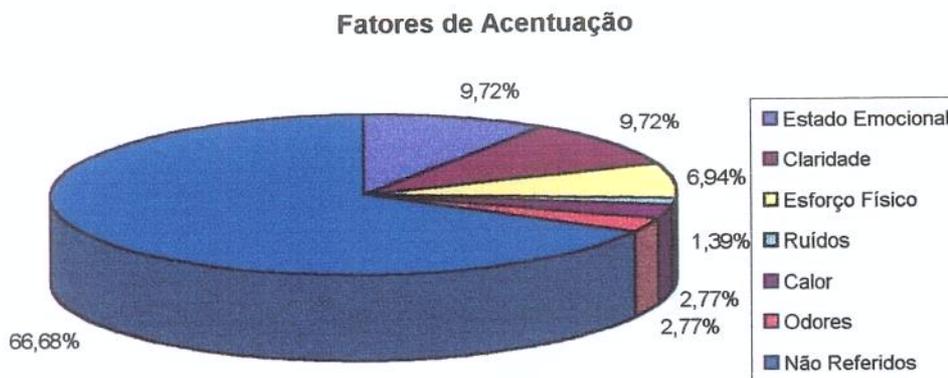


14. Fatores de Acentuação:

Mencionaram acentuação da dor somente 33,31% dos pacientes, sendo os mais importantes fatores o estado emocional, luminosidade e esforço físico.

TABELA XXIV - Fatores de acentuação da cefaléia

| Fatores | No. Pacientes | % |
|------------------|---------------|-------------|
| Estado Emocional | 7 | 9,72% |
| Claridade | 7 | 9,72% |
| Esforço Físico | 5 | 6,94% |
| Ruídos | 2 | 1,39% |
| Calor | 2 | 2,77% |
| Odores | 1 | 2,77% |
| Não Referido | 48 | 66,66% |
| Total | 72 | 100% |



15. Fatores de Alívio:

O repouso (30,56%) e os analgésicos (54,16%) mostraram-se importantes na melhoria do quadro álgico nos casos estudados.

TABELA XXV - Fatores de alívio da cefaléia

| Fatores | No. Paciente | % |
|----------------|---------------------|-------------|
| Analgésicos | 39 | 54,16% |
| Repouso | 22 | 30,56% |
| Escuro | 1 | 1,39% |
| Dormir | 1 | 1,39% |
| Não referido | 9 | 12,50% |
| Total | 72 | 100% |

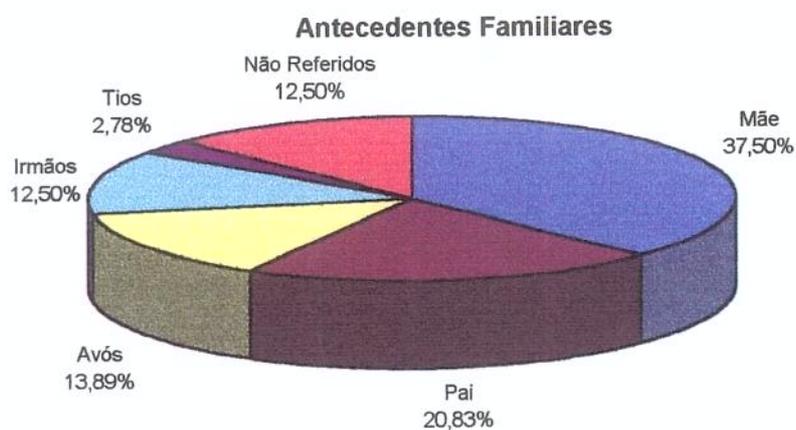


16. Antecedentes Familiares:

Em 9 (12,5%) dos 72 pacientes estudados não havia antecedente de cefaléia nos familiares. Os antecedentes maternos foram os mais frequentemente detectados.

TABELA XXVI - Cefaléia: Dados sobre familiares

| Antecedentes | No. Pacientes | % |
|---------------|---------------|-------------|
| Mãe | 27 | 37,50% |
| Pai | 15 | 20,83% |
| Avós | 10 | 13,89% |
| Irmãos | 9 | 12,50% |
| Tios | 2 | 2,78% |
| Não Referidos | 9 | 12,50% |
| Total | 72 | 100% |



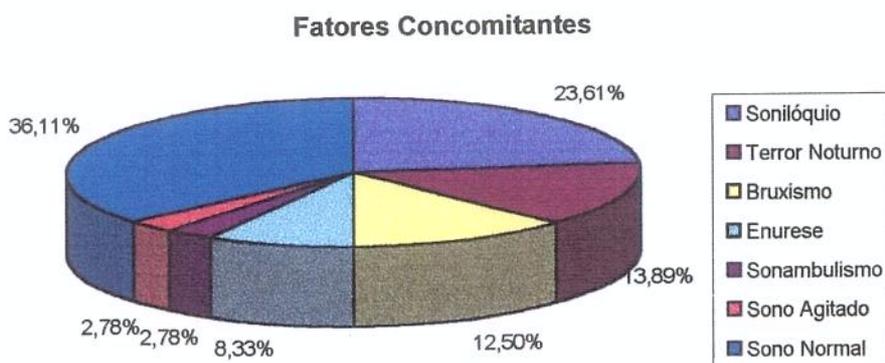
17. Fatores Concomitantes:

Dados sobre o sono

Do grupo estudado, 63,88% dos pacientes apresentaram alterações relacionadas ao sono, sendo os principais sonilóquio, terror noturno e bruxismo.

TABELA XXVII - Cefaléia: alterações no sono

| Sono | No. Paciente | % |
|----------------|--------------|-------------|
| Sonilóquio | 17 | 23,61% |
| Terror Noturno | 10 | 13,89% |
| Bruxismo | 9 | 12,50% |
| Enurese | 6 | 8,33% |
| Sonambulismo | 2 | 2,78% |
| Sono Agitado | 2 | 2,78% |
| Sono normal | 26 | 36,11% |
| Total | 72 | 100% |

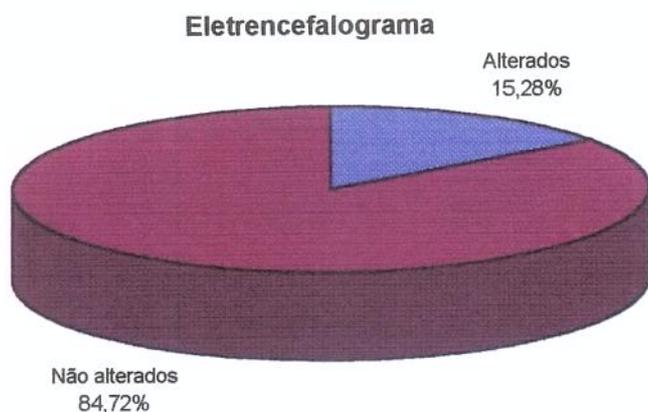


18. Exames Complementares:

18.1 O estudo eletrencefalográfico foi realizado em todos os pacientes, sendo constatada atividade paroxística em 10 pacientes e a lentificação do traçado em um paciente.

TABELA XXVIII - Cefaléia: achados eletrencefalográficos

| EEG | No. Pacientes | % |
|---------------|---------------|--------|
| Alterados | 11 | 15,28% |
| Não alterados | 61 | 84,72% |
| Total | 72 | 100% |



Em 11 pacientes foram evidenciadas alterações eletrográficas:

2 pacientes apresentaram atividade irritativa paroxística têmpero-occipital direita.

2 pacientes apresentaram atividade irritativa paroxística centro-parietal direita.

1 paciente apresentou atividade irritativa paroxística parietal média e rolândica direita.

1 paciente apresentou atividade irritativa paroxística central.

1 paciente apresentou atividade irritativa paroxística têmpero-central direita.

1 paciente apresentou atividade irritativa paroxística parieto-occipital esquerda.

1 paciente apresentou atividade irritativa paroxística temporal direita.

1 paciente apresentou atividade irritativa paroxística parietal esquerda e direita.

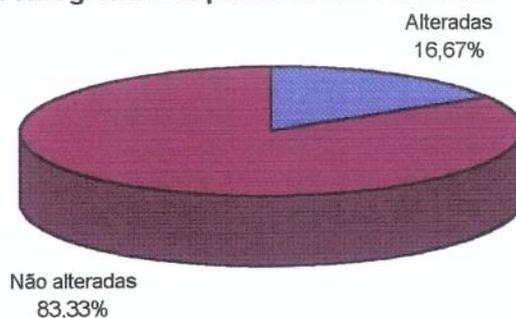
1 paciente apresentou sofrimento cerebral difuso.

18.2 Tomografia computadorizada do crânio (TCC)

TABELA XXIX - Cefaléia: alterações na tomografia computadorizada do crânio

| TCC | No. Pacientes | % |
|---------------|---------------|-------------|
| Alteradas | 12 | 16,67% |
| Não alteradas | 60 | 83,33% |
| Total | 72 | 100% |

Tomografia computadorizada do crânio



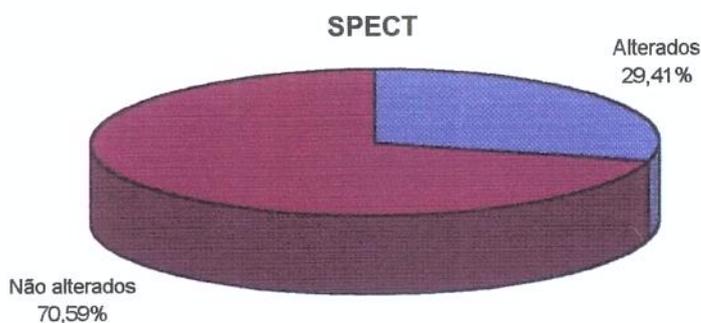
A TCC foi realizada em todos os pacientes, sendo que em 12 pacientes (16,67%) foram evidenciadas alterações:

- 2 sinusopatia
- 1 cisto aracnóide temporal à esquerda
- 1 cisto aracnoideo em cisterna cerebelar direita
- 1 processo expansivo pontino à esquerda
- 1 atrofia parietal direita
- 1 processo expansivo do tronco cerebral
- 1 processo expansivo selar e supra-selar
- 1 cisto aracnóideo temporal à direita
- 1 abscesso cerebral frontal à esquerda
- 1 angioma cerebelar à direita
- 1 nódulo occipital sugestivo de osteoma + sinusopatia

18.3 O Single Photon Emission Computed Tomography (SPECT) foi realizado em 34 pacientes; foram encontradas alterações em 10 pacientes (29,41%):

TABELA XXX - Cefaléia: achados no SPECT

| SPECT | No. Pacientes | % |
|---------------|---------------|-------------|
| Alterados | 10 | 29,41% |
| Não alterados | 24 | 70,59% |
| Total | 34 | 100% |



4 hipoperfusão temporal à direita

2 hipoperfusão temporal à esquerda

1 hipoperfusão parietal à direita

1 hipoperfusão fronto-temporal à esquerda

1 hipoperfusão nos núcleos da base à esquerda

1 hipoperfusão nos núcleos da base e região temporal direita

TABELA XXXI - Diagnóstico e achados no EEG, CT e SPECT

| Paciente | Sexo | Idades no Atendimento | Diagnóstico | EEG | CT | SPECT |
|----------|------|-----------------------|--------------------|---|--|--|
| 1. BNF | F | 6 | enxaqueca com aura | atividade irritativa paroxística têmpero-occipital direita | N | hipoperfusão nos núcleos da base e região temporal direita |
| 2. GCRO | F | 7 | tipo tensional | atividade irritativa paroxística têmpero-occipital direita | N | hipoperfusão nos núcleos da base |
| 3. UPO | F | 7 | enxaqueca | atividade irritativa paroxística têmpero-occipital direita | N | hipoperfusão parietal direita |
| 4. JGS | F | 12 | enxaqueca | atividade irritativa paroxística têmpero-occipital direita | N | N |
| 5. ASD | F | 11 | enxaqueca com aura | atividade irritativa paroxística parietal média e rolandica direita | N | N |
| 6. DCMA | F | 8 | enxaqueca | atividade irritativa paroxística central | sinusopatia | N |
| 7. MAG | F | 8 | enxaqueca | atividade irritativa paroxística temporo-central direita | N | N |
| 8. AAX | M | 9 | enxaqueca | irritação parieto-occipital esquerda | N | hipoperfusão temporal direita |
| 9. IBP | F | 8 | enxaqueca | atividade irritativa paroxística temporal direita | N | hipoperfusão temporal direita |
| 10. MA | F | 8 | tipo tensional | sofrimento cerebral difuso | processo expansivo selar e supra selar | N |
| 11. TSFB | M | 14 | enxaqueca | atividade irritativa paroxístico parietal esquerda e direita | N | hipoperfusão temporal direita |
| 12. BHR | M | 11 | enxaqueca | N | N | hipoperfusão temporal direita |

| Paciente | Sexo | Idades no Atendimento | Diagnóstico | EEG | CT | SPECT |
|----------|------|-----------------------|----------------|-----|---|---------------------------------------|
| 13. NE | F | 13 | enxaqueca | N | N | hipoperfusão temporal esquerda |
| 14. OBS | M | 8 | enxaqueca | N | cisto temporal à esquerda | hipoperfusão temporal esquerda |
| 15. DMTH | M | 11 | enxaqueca | N | N | hipoperfusão fronto-temporal esquerda |
| 16. MAM | M | 7 | enxaqueca | N | sinusopatia | N |
| 17. APPS | F | 8 | tipo tensional | N | atrofia parietal direita | N |
| 18. PP | F | 10 | tipo tensional | N | cisto temporal à direita | N |
| 19. WJS | M | 10 | tipo tensional | N | osteoma + sinusopatia | N |
| 20. AK | F | 8 | tipo tensional | N | angioma cerebelar | N |
| 21. ORC | M | 6 | tipo tensional | N | abscesso cerebral frontal esquerdo | N |
| 22. RS | F | 14 | enxaqueca | N | processo expansivo do tronco cerebral | N |
| 23. MSC | M | 8 | enxaqueca | N | processo expansivo pontino | N |
| 24. ACBM | F | 7 | enxaqueca | N | cisto aracnoideo cisterna cerebelar direita | N |

M = masculino **F** = feminino **N** = normal

18.4 Avaliação Psicológica

Foram submetidos a avaliação psicológica 24 pacientes, no presente estudo.

TABELA XXXII - População com cefaléia submetida a avaliação psicológica

| Sexo | No. Pacientes | % |
|--------------|----------------------|-------------|
| Feminino | 14 | 58,34% |
| Masculino | 10 | 41,66% |
| Total | 24 | 100% |



TABELA XXXIII - Cefaléia: avaliação psicológica

| Avaliação Psicológica | No. Pacientes | % |
|------------------------------|----------------------|-------------|
| Comprometidos | 13 | 54,16% |
| Não Comprometidos | 11 | 45,83% |
| Total | 24 | 100% |



TABELA XXXIV - Cefaléia: distribuição segundo o Teste do Inventário Traço-Estado

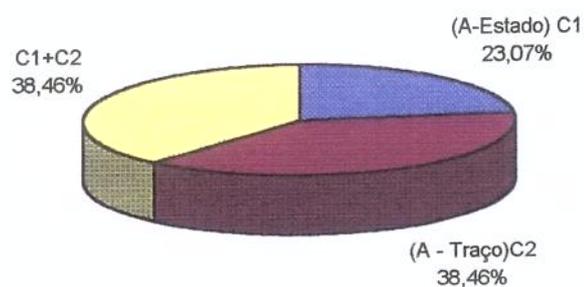
| | No. Pacientes | % | Quadro Clínico |
|-------------------|---------------|-------------|------------------------------|
| (A-Estado) C1 | 3 | 23,07 | M 3 |
| (A - Traço) C2 | 5 | 38,46 | M 3 T 2 |
| C1+C2 | 5 | 38,46 | M 2 MCA 2 T 1 |
| Total | 13 | 100% | M 8 MCA 2 T 3 |

M - migrânea

MCA - migrânea com aura

T - tipo tensional

Distribuição segundo o teste do Inventário Traço-Estado



VII. DISCUSSÃO

1. População:

Os estudos epidemiológicos tem mostrado a existência de relação entre a prevalência da cefaléia, a idade e o sexo dos pacientes (Barlow, 1984; Barea, 1996; Wöber-Bingol, 1996). O grupo, neste estudo, foi composto por 72 pacientes, sendo 43 (59,72%) do sexo feminino e 29 (40,28%) do sexo masculino. Na presente avaliação, considerando-se a faixa etária entre 3 e 5 anos de idade, foram atendidos 7 pacientes (9,72%); entre 6 e 8 anos foram 26 pacientes (36,11%); na faixa dos 9 aos 11 anos encontramos 22 pacientes (30,55%); com idade variando de 12 a 14 anos tivemos 16 pacientes (22,22%) e apenas 1 paciente (1,39%) entre 15 e 17 anos (Tabela IV). A distribuição da cefaléia, considerando-se a faixa etária, se fez de modo semelhante às citadas por Barlow (1984) e Arruda (1994). O número reduzido de pacientes adolescentes justifica-se, pois no ambulatório da Pediatria Social do Hospital Israelita Albert Einstein, o atendimento é dirigido às crianças até a idade de 12 anos; a média das idades, no caso, foi de 7,5 anos. No ambulatório de Neurologia Infantil da FCM-UNICAMP o atendimento é oferecido para pacientes até 15 anos de idade e neste caso, a média foi de 9,6 anos. Na clínica privada a média das idades foi a mais alta, 10,2 anos. A maior incidência da cefaléia se evidenciou na faixa dos 6 aos 11 anos (66,66%), predominando no sexo feminino. Neste grupo de pacientes a incidência foi maior no sexo feminino, exceto no grupo de pacientes entre 9-11 anos, cuja distribuição foi relativamente próxima quanto ao sexo, ou seja 54,54% para o masculino e 45,45% para o feminino. Já na adolescência, o predomínio foi nítido no sexo feminino (70,58%) em relação ao masculino. Para Chu e Shinnar (1992), o predomínio no sexo masculino na fase pré-púbere pode não existir. Há referências, na literatura, de predomínio no sexo masculino até o início da puberdade e nítido aumento,

2. Início do Quadro:

Os pacientes que foram atendidos no ambulatório especializado já apresentavam cefaléia há algum tempo. Enquanto somente 26,39% dos pacientes passaram por avaliação nos primeiros 6 meses de dor, 50% dos pacientes foram avaliados nos primeiros 12 meses de queixa e 34,72% foram encaminhados para atendimento ambulatorial após 2 anos da queixa inicial (Tabela V). O encaminhamento tardio do paciente com cefaléia pode se dever à não valorização adequada da queixa por se tratar de quadro fugaz, não muito frequente, não muito severo e não provocar maiores limitações nas atividades cotidianas. Imaginar-se que a criança possa se queixar de cefaléia para chamar a atenção dos circunstantes, por imitação a uma situação familiar semelhante, não nos parece pertinente numa avaliação inicial. Como em muitas ocasiões é evidente a melhoria com o repouso, há, portanto, tendência a se imaginar que a cefaléia seja uma conseqüência do cansaço. Não devemos nos esquecer, também, que em determinados grupos populacionais, a falta de oportunidade para receber atendimento especializado, a dificuldade para agendar consultas somada à dificuldade ou impossibilidade para a realização dos exames complementares fazem parte de uma lamentável realidade no nosso meio.

3. Freqüência das Crises:

A freqüência das crises se mostrou como um fator muito variável, pois 36,11% dos pacientes se queixaram de dor, pelo menos 3 vezes por semana, 26,39% referiram a dor, pelo menos 2 vezes por semana, 11,11% mencionaram a dor semanal, 12,50% quinzenal, 4,17% mensal e 9,72% dos pacientes mencionaram ser, a cefaléia, uma manifestação diária (Tabela VI). Lewis (1995) refere que a migrânea se manifesta, de modo usual, 2-4 vezes por mês, não excedendo a 8 vezes. Wöber-Bingol e col. (1996) encontraram freqüência de 1,9 episódios de migrânea por semana. Hämäläinen e col

(1995) notaram a frequência mensal dos episódios, inferior a 5 por mês. No presente estudo, 36 pacientes (50%) apresentaram a dor entre 2-8 vezes por mês, tal como na migrânea. Dos nossos pacientes, 7 (9,72%) se queixaram de dor diária, a qual pode ser considerada como do tipo cefaléia crônica de tensão (Jensen & Rothner, 1995). Outro grupo de 26 (36,11%) pacientes referiu a dor na frequência de 3 ou mais vezes por semana que, no caso, seria considerada como pertencente ao grupo das cefaléias episódicas de tensão.

4. Localização:

Nota-se que 75% dos pacientes apresentaram a cefaléia bilateral e 25% referiram a dor unilateral (Tabela VII). Congdon & Forsythe (1979) encontraram, no seu trabalho, a queixa de dor unilateral em 31% dos pacientes. Barlow (1984), na sua publicação, refere a dor unilateral em 22% dos pacientes com enxaqueca juvenil. Seshia e col. (1994) citam, na sua série, a dor unilateral em 33,33% dos pacientes. Wöber-Bingöl e col. (1995) encontraram 55,4% de cefaléia bilateral em crianças e adolescentes com enxaqueca. Rothner (1995) refere que a maioria dos pacientes jovens, com enxaqueca, queixa-se de dor bilateral e os adolescentes já a mencionam como sendo unilateral. Se a unilateralidade da dor for um fator determinante da enxaqueca, teremos, somente, 25% dos nossos pacientes passíveis de serem enquadrados na classificação de Valhquist (1955), Prensky (1976), Deubner (1977) e da IHS (1988). A região mais frequentemente acometida é a bifrontal ou bitemporal (Rothner, 1995). No grupo estudado por Barlow (1984) a distribuição mais frequente da dor foi a região fronto-temporal.

A região frontal foi, na nossa série, a que predominou no acometimento (43,05%), seguindo-se a fronto-temporal com 27,78%, portanto, ambas totalizaram 70,83% (Tabela VIII).

5. Tipo de Dor:

A dor do tipo latejante foi a predominante na presente pesquisa (43,05%), seguindo-se a dor tipo compressiva (27,77%). Dez pacientes (13,89%) não conseguiram caracterizar o tipo de dor; 11,11% referiram dor tipo peso e 4,17% dor em pontada (Tabela IX). Barlow (1984) encontrou a dor latejante em 66% dos casos. Bille (1962) encontrou, no grupo estudado, 68% dos pacientes com dor tipo pulsátil. Na série de Holguin e Fenichel (1967), 60% dos pacientes apresentaram dor pulsátil. Seshia e col. (1994) encontraram, no grupo estudado, a dor tipo pulsátil em 51% dos pacientes; a terça parte dos seus pacientes não sabiam caracterizar a dor. Wöber-Bingöl e cols (1995) mencionam a dor pulsátil em 27,1% e a dor não pulsátil em 63,1% dos casos. Pelos critérios da IHS (1988), a dor tipo pulsátil é uma característica específica da enxaqueca (anexo I). Considerando-se o tipo de dor mencionada, 31 pacientes da nossa série se enquadram no grupo das enxaquecas e 41 pacientes no grupo da cefaléia tipo não enxaquecosa.

Se associarmos o tipo de dor com a localização teremos 6 pacientes (8,33%) com dor latejante unilateral e 12 (16,66%) com dor não latejante, mas unilateral. Quanto à dor bilateral, 25 (34,72%) pacientes apresentaram o tipo latejante e 19 (26,38%) pacientes a dor não latejante (Tabela X).

No caso, pelos critérios da IHS (1988), somente 8,33% dos pacientes poderiam ser considerados como portadores de enxaqueca, por ser, a dor, unilateral e latejante. Há que se analisar as dificuldades, por vezes, encontradas em se obter informações corretas quanto à característica da dor e a localização, especialmente em crianças menores. Em certas ocasiões valoriza-se mais o estado de sofrimento aparente, devido à dor, que está associado à queixa da criança. A classificação das cefaléias na infância e adolescência merece uma revisão, pois consideramos que o critério da unilateralidade e o tempo de duração devem ser modificados.

6. Quanto à Intensidade

A intensidade da dor foi subdividida em fraca, média e forte (anexo IV), com a finalidade de facilitar a obtenção das informações, principalmente das crianças. A dor fraca foi referida por 36,11% dos pacientes, a dor considerada como média, 44,44% dos pacientes a referiram e a forte, em 12,5% (Tabela XI). Cinco pacientes (6,94%) não souberam definir a intensidade. Wöber-Bingöl (1995) encontrou na sua série, a dor severa em 63,9% e a de intensidade média em 36,1% dos pacientes. O critério da IHS (1988) considera a dor média ou severa como referência para a enxaqueca. Seshia e col. (1994) encontraram, no seu trabalho, a dor severa em 63,88% dos pacientes e a dor de média intensidade em 25% dos casos. Maytal (1997) cita a dor moderada a severa em 76% dos pacientes.

7. Tempo de Duração da Dor:

O tempo de duração da dor pode, segundo a classificação da IHS (1988), eventualmente, auxiliar no diagnóstico do tipo de cefaléia. No grupo estudado neste trabalho, 27,77% apresentou a dor, por tempo não superior a 1 hora. A duração da dor entre 1 e 6 horas foi referida por 18 pacientes (25%) e entre 7-12 horas por 9 pacientes (12,50%). Além de 12 horas, mas não ultrapassando 24 horas foi mencionada por 3 pacientes (4,17%). Referência de dor por mais de 24 horas, chegando a 72 horas encontramos em 12 pacientes (16,66%) (Tabela XII). Na série estudada por Wöbel-Bingöl e col. (1995), 13,4% dos seus pacientes apresentaram o quadro algico até 60 minutos, 77,4% até 12 horas e 9,2% além de 12 horas. Metsähonkala e col. (1994) encontraram em 23% dos pacientes a cefaléia durando menos de 2 horas. Seshia e col. (1994) mostraram que, no seu grupo, a dor durou menos de 2 horas em 9,72% dos pacientes e em 59,72% a dor permaneceu entre 2-12 horas. Rothner (1995) cita a duração da dor migranosa, nas crianças, entre 1-3 horas. Maytal e col. (1997) referem a cefaléia com duração aquém de

2 horas em 32% dos pacientes. Devemos, ainda, considerar que, as crianças com queixa de cefaléia vão repousar e em menos de 1 hora referem alívio da dor. Os adolescentes apresentam o cortejo clínico semelhante ao do adulto. Estes dados sugerem que uma revisão no tempo de duração da cefaléia, na infância, deve ser feito, pois é considerável o número de pacientes que não se enquadra na proposta da IHS (1988), elaborada para o adulto.

Considerando-se a associação tipo de dor, a localização e o tempo de duração (Tabela XIII) encontramos a dor tipo latejante, unilateral, com duração além de 1 hora em 4 pacientes (5,56%); com duração aquém de 1 hora em 2 pacientes (2,78%). A dor latejante bilateral, com duração além de 1 hora em 15 pacientes (20,83%) e aquém de 1 hora em 7 pacientes (9,72%).

A dor não latejante unilateral durando além de 1 hora encontramos em 6 pacientes (8,33%) e durando menos de 1 hora em 6 pacientes (8,33%). Considerando-se as mesmas condições anteriores, mas com localização bilateral, encontramos em 17 (23,61%) pacientes a dor durando além de 1 hora, e em 5 (6,94%), aquém de 1 hora. Avaliando-se os dados citados pela classificação da IHS (1988), a enxaqueca pode ser considerada evidente em 5,56% dos pacientes, por ser a dor unilateral e a duração da dor além de 1 hora. A se considerar a dor bilateral, associada às outras características da enxaqueca, mais 20,83% dos pacientes poderiam ser incluídos no grupo das enxaquecas. Caso não seja valorado o tempo de duração conforme a classificação da IHS (1988), isto é, aceitar-se a duração da dor próxima de 1 hora, a porcentagem de pacientes com migrânea passa para 38,87%.

8. Sintomas Associados:

Os sintomas predominantes foram a fotofobia (41,67%), náuseas (34,72%), sonolência (34,72%), tonturas (26,39%), vômitos (25%), dor abdominal (20,83%), fonofobia (13,89%)

e palidez (13,89%) (Tabela XIV). As náuseas e os vômitos encontramos em 59,72% dos pacientes. No grupo estudado por Wöber-Bingöl e col. (1995), as náuseas foram registradas em 49,1% dos pacientes, vômitos em 37%, fotofobia em 27,8%, fonofobia em 24,4% dos pacientes. Para Seshia e col. (1994), os sintomas predominantes foram as náuseas, referidas por 65,2% dos pacientes, seguindo-se a fotofobia referida por 52,7%, os vômitos, por 40,2% e a fonofobia que foi mencionada por 34,7% dos pacientes. Rufo Campos e col. (1995) encontraram alterações visuais em 41% dos casos e em 23,74% alterações cutâneas como palidez e rubor. A dor abdominal na série de Bille (1962) estava presente em 20,5% dos pacientes. Holguin e Fenichel (1967) relataram em 10,9% dos casos. Prensky e Sommer (1979) referiram em 19% dos pacientes a dor abdominal. Carvalho (1986) encontrou o mesmo sintoma em 49,6% dos pacientes estudados. Arruda (1994) cita a dor abdominal em 41,2% dos pacientes com migrânea. A associação do quadro álgico com apenas um sintoma foi evidenciado em 13 (18,05%) dos pacientes (Tabela XV). A referência de dois sintomas, acompanhando o quadro doloroso, encontramos em 28 (38,88%) pacientes (Tabela XVI). Na Tabela XVII nota-se que 13 (18,06%) pacientes apresentaram três sintomas associados. A concomitância de quatro sintomas foi referida por 11 (15,28%) pacientes (Tabela XVIII). A presença de mais de um sintoma associado implicou em desconforto maior, mas não concorreu para uma gravidade maior do quadro clínico. A cefaléia latejante, unilateral com duração além de 1 hora e com sintomas associados encontramos em 4 (5,55%) pacientes e com duração aquém de 1 hora em 2 (2,77%) pacientes. Considerando-se a dor bilateral com as características anteriores, a incidência foi de 20,83% (15 pacientes) e 9,72% (7 pacientes), respectivamente (Tabela XIX).

Portanto, ao se seguir a classificação da IHS (1988) teremos, somente 5,55% dos pacientes a considerar como sendo portadores de enxaqueca, pois apresentam a cefaléia

unilateral, latejante, com duração além de 1 hora e com sintomas associados. Associando-se, no grupo estudado, a dor com localização uni e bilateral, com duração ultrapassando a 1 hora, teremos um total de 9 pacientes (26,38%). A se considerar a duração da cefaléia aquém de 1 hora, como propôs Winner e col. (1995) teremos a acrescentar mais 9 pacientes ao grupo anterior, perfazendo um total de 28 pacientes (38,88%) com as outras manifestações da enxaqueca. Nos critérios propostos por Prensky & Sommer (1976), Congdon & Forsythe (1979), Glaskin e col. (1993), o tempo de duração da dor não são considerados. Rothner (1995) considera a dor bilateral mais comum na criança, enquanto que a dor unilateral se encontra, mais frequentemente, no adolescente. Sabe-se que, independentemente da uni ou bilateralidade da dor, o sofrimento, o desconforto e limitações inerentes ao quadro álgico são semelhantes. Embora Maytal e col. (1997) considerem a unilateralidade da dor como valor preditivo para a enxaqueca, não sugere, a nós, ser pertinente a exclusão das crianças que apresentam dor bilateral do grupo migranoso.

9. Aura:

A aura apresentou-se com turvação visual (2,77%), parestesias (2,77%), diplopia (2,77%), hemianopsia (2,77%) e escurecimento visual (2,77%) (Tabela XX). Essas queixas foram referidas por 8 (11,08%) pacientes, sendo que 2 pacientes apresentaram os sintomas concomitantemente. Neste grupo de pacientes, os fenômenos visuais foram, nitidamente, predominantes. Barlow (1984) cita a aura visual em 5,5% dos pacientes e as parestesias em 0,5%. Lewis (1995) refere que nos seus pacientes, a aura foi mencionada por 14 (30%) crianças e adolescentes. Wöeber-Bingöl e col. (1995) citam a presença da aura em 13,5% dos pacientes. No estudo realizado por Sillanpää (1983) foi constatado ser, a aura, mais frequente nos pacientes do sexo feminino que no masculino. Mortimer e col. (1992) encontraram, na sua avaliação, resultados semelhantes aos acima citados.

Wöber-Bingöl e col. (1996) verificaram, de modo significativo, ser a migrânea com aura mais freqüente no sexo feminino. No presente estudo, todos os pacientes que apresentaram a cefaléia com aura eram do sexo feminino (Tabela XXI). A incidência de dor latejante, unilateral, com aura, sintomas associados e com duração aquém de 1 hora encontramos em 2 pacientes (2,77%); com as mesmas características, mas bilateral encontramos em 5 pacientes (6,94%) e a dor persistindo aquém de 1 hora em 1 paciente (1,38%) (Tabela XXI). Portanto, somente 2,77% dos pacientes puderam ser enquadrados na classificação do IHS (1988) como portadores de enxaqueca com aura, tirante o tempo de duração.

Acreditamos que os pacientes com aura que apresentam as características do quadro migranoso, mas com referência de dor bilateral, não devem ser excluídos do grupo de migranosos com aura. Devemos considerar, ainda, que as informações fornecidas pelas crianças nem sempre são suficientemente precisas. Há vezes que colocam a mão na cabeça sugerindo ser a dor de distribuição difusa. Além disso, quando com dor, as crianças sofrem, ficam hipotivas, mal humoradas e, pelo desconforto geral, pouco informam. Avaliando-se os dados obtidos, uma classificação alterando-se o critério da unilateralidade e o tempo de duração nos parece conveniente, pois estes parâmetros são muito rígidos, especialmente para a criança. Esta rigidez nos critérios pode ser um fator de distorção diagnóstica, que pode interferir, em muitas ocasiões, na proposta terapêutica. Portanto, uma reorganização na valoração dos critérios sugere ser bastante oportuna e pertinente.

10. Período Preferencial do Dia:

A manifestação dolorosa foi mais evidente no período final da manhã (27,78%) e no período da tarde (27,78%). A noite, a queixa foi registrada em 11,11% dos pacientes. Não havia referência de período preferencial em 19,44% dos pacientes e 13,89% não

sabiam informar (Tabela XXII). Barlow (1984) refere que a cefaléia, no seu grupo, foi mais freqüente durante o dia, na maioria dos pacientes. Raieli e col. (1995) encontraram em 60% dos pacientes a dor se manifestando à tarde.

A predominância da dor na parte final da manhã e durante a tarde pode estar relacionada ao período mais quente do dia que é um fator de acentuação do quadro álgico. Pode-se, ainda, imaginar que as tensões emocionais possam exercer influências, no decorrer do dia, no desencadear ou acentuar da dor.

11. Fatores Desencadeantes:

Dos fatores desencadeantes que foram referidos por 18% dos pacientes, em 6,9% (Tabela XXIII) foram relacionados a alimentos (banana, chocolate, chiclete, frituras). Vahlquist (1955) citou que 1,6% dos seus pacientes tiveram, nos alimentos, o fator desencadeantes do quadro álgico. Bille (1962) encontrou em 24% dos pacientes estudados uma relação entre a cefaléia e os alimentos. Seshia e col. (1994), no seu trabalho, encontraram em 18% dos pacientes o alimento como fator desencadeante da dor. A correlação da cefaléia com alimentos, por vezes é uma condição difícil a se considerar. Na criança, esta avaliação é mais complicada devido à dificuldade para se controlar a dieta, especialmente, na escola, pois o acesso à lanchonete e às guloseimas é muito facilitado.

O esforço físico pode estar relacionado à precipitação da cefaléia e encontramos esta referência em 5,56% dos nossos pacientes. Estes pacientes tiveram como fator precipitante atividades físicas mais intensas, como jogar futebol, nadar ou correr. Bille (1962) identificou o esforço físico em 24% dos seus pacientes. Rufo Campos e col. (1995) mencionaram a associação da cefaléia com práticas desportivas em 14,28% dos pacientes.

O estado emocional foi, como fator desencadeante, observado em somente 2 pacientes (2,77%), embora haja referência, na literatura, de cifras maiores, especialmente nos adolescentes. Seshia (1994) citou o estresse emocional como desencadeante da cefaléia em 31,9% dos pacientes. Rufo Campos e col. (1995) encontraram o estresse psíquico em 19,72% dos seus pacientes.

12. Fatores de Acentuação:

Dos nossos pacientes, 24 (33,33%) mencionaram fatores de piora da cefaléia, sendo 9,72% devido a questões emocionais e 9,72% relacionados à excessiva claridade (Tabela XXIV). O esforço físico exerceu papel pouco relevante na nossa observação, pois a dor, por si só, já é um fator limitante das atividades globais da criança, mesmo que pouco intensa. Nestas ocasiões, as crianças reduzem o seu ritmo de ação e procuram o repouso físico. Seshia e col. (1994) mencionaram em 30% dos pacientes, o agravamento da cefaléia pelo esforço físico. Wöber-Bingöl e col. (1996) encontraram como fator agravante da dor, o esforço físico em especial no sexo feminino. Os outros fatores isolados, como odores, calor e ruídos foram pouco referidos.

13. Fatores de Alívio:

O repouso (30,56%) e os analgésicos comuns (54,17%) foram de especial importância no alívio da dor (Tabela XXV). O repouso é um refúgio habitual das crianças com cefaléia que, muitas vezes, adormecem e despertam, após algum tempo, sem a dor. No grupo estudado por Rufo Campos e col. (1995), 44,95% dos pacientes mencionaram o repouso como fator atenuante da dor. Rothner (1995) cita, além dos analgésicos e repouso, local escuro e silencioso, compressas frias e massagem como procedimentos benéficos para a melhoria da dor.

14. Antecedentes Familiares:

Embora os fatores familiares não façam parte dos critérios propostos pela IHS (1988), a incidência familiar é alta. Outros autores como Valhquist (1955), Bille (1962), Prensky (1976), Congdon & Forsythe (1979), Sillanpää (1982) consideram a história familiar como sendo uma condição necessária ao diagnóstico da enxaqueca. Dos parentes portadores de cefaléia, encontramos a mãe em 37,5% dos casos, o pai em 20,83%, avós em 13,88% e os irmãos em 12,5% dos casos (Tabela XXVI). Portanto, 87,5% dos pacientes próximos referiram apresentar cefaléia. Rufo e col. (1996) encontraram, no seu grupo, a incidência de cefaléia, na mãe, em 68% dos casos. Holguin e Fenichel (1967) encontraram a incidência familiar em 87%. Barlow (1984) cita que 90% das crianças com enxaqueca tem história familiar de cefaléia vascular. Carvalho (1986) refere ter encontrado em 75% dos familiares dos seus pacientes a cefaléia. Arruda (1994) registrou a frequência de 100% em pelo menos um dos pais. Rufo Campos e col. (1995) referem história positiva familiar em 89,7% dos casos. Os estudos genéticos, atualmente, estão direcionados na determinação da hereditariedade da migrânea (Joutel e col., 1993; Mochi e col., 1993).

15. Fatores Concomitantes:

Encontramos o sonilóquio em 23,61% dos casos (Tabela XXVII). Reimão e Diament (1985), num estudo populacional, referem o sonilóquio em 52% dos casos. Arruda (1994) encontrou em 80,4% dos pacientes com enxaqueca. O terror noturno foi encontrado em 13,88% e Arruda (1994) mencionou em 29,4%. O bruxismo que encontramos em 12,5%, é citado por Arruda (1994) em 51% dos seus pacientes. A enurese apareceu no nosso estudo com 8,33%. No estudo populacional de Reimão e Diament (1985), foi encontrado 21,3% e Arruda (1994) encontrou 23,5%. O sonambulismo foi verificado em 2,77% dos casos, bem como o sono agitado. Os achados de Reimão e Diament (1985) e Arruda (1994) estão na faixa de 33,5% e 45,1%, respectivamente. Embora os fatores

considerados concomitantes não fazem parte dos critérios propostos pela IHS (1988), a incidência é elevada nas crianças.

16. Exames Complementares:

a) Exame de Sangue

Os pacientes foram submetidos a exames de sangue com a finalidade de se detectar alterações no hemograma, glicemia, uréia e creatinina. A uremia pode cursar associada a cefaléia, náuseas e vômitos. A anemia ferropriva e mesmo as leucemias podem ter, como manifestação precoce, a cefaléia. A hipoglicemia também pode ser fator determinante da cefaléia. Nenhum dos pacientes apresentou anormalidades nestes exames. Não nos parece necessário que este tipo de avaliação seja recomendado para os pacientes com cefaléia, exceto em casos especiais.

b) Eletrencefalograma (EEG)

O EEG foi realizado nos 72 pacientes estudados e em 11 pacientes (15,27%) foram evidenciadas alterações. Em 10 pacientes foi registrada uma atividade irritativa paroxística e em 1 paciente encontrou-se um sofrimento cerebral difuso (Tabela XXVIII). Destes pacientes, 7 se enquadravam no diagnóstico da enxaqueca sem aura, 2 na enxaqueca com aura e 2 na cefaléia tipo tensional. Na série estudada por Holguin & Fenichel (1967) o EEG mostrou-se alterado em 27% dos pacientes. Kinast e col. (1982) encontrou alterações eletrográficas, tipo irritativo, em 9% dos pacientes com enxaqueca. Barlow (1984) cita existirem alterações eletrencefalográficas nas crianças com enxaqueca, mas são de natureza inespecífica, exceto nos episódios de enxaqueca complicada. Considera, ainda, que as descargas paroxísticas devem ser analisadas e valorizadas com alguma reserva. Chu e Shinnar (1992) encontraram alterações ao EEG em 20% dos pacientes. Rothner (1995) não considera necessária a feitura do EEG em crianças com cefaléia. O EEG não denota ser um exame que deva ser indicado na rotina da avaliação do paciente com cefaléia, pois, devido a inespecificidade dos achados,

contribui de modo limitado para a determinação diagnóstica. O EEG tem indicação mais definida nos pacientes com cefaléia e antecedentes de epilepsia.

c) Tomografia Computadorizada do Crânio (TCC)

Todos os pacientes da nossa série foram submetidos à TCC do crânio e em 12 (16,5%) foram encontradas alterações. Três pacientes tiveram como diagnóstico a existência de um cisto aracnoideo disgenético, portanto não necessitando de tratamento específico, bem como os que apresentaram angioma cerebelar e atrofia cortical discreta. Os pacientes que apresentaram sinusopatia e o paciente que apresentou abscesso cerebral foram tratados clinicamente. Os pacientes com diagnóstico de processo expansivo da região selar, processo expansivo do tronco cerebral e com osteoma foram submetidos a tratamento cirúrgico e, posteriormente, encaminhados para radio e quimioterapia. Neste grupo de pacientes, 8 apresentaram as características da enxaqueca sem aura, em 3 a dor era do tipo tensional e em 1 caso não foi possível a definição. A indicação da TCC do crânio para os pacientes que apresentam cefaléia é ainda uma questão não definida, pois não há unanimidade na indicação deste exame. Barlow (1984) indica a TCC para 1 a cada 15-20 pacientes e considera este procedimento como adequado para a economia em medicina.

Straussberg e Amin (1993) recomendam a avaliação tomográfica em crianças com queixa de cefaléia e vômitos, mesmo que o exame neurológico seja normal. Rothner (1995) considera desnecessário o uso da neuroimagem em pacientes com enxaqueca ou cefaléia crônica e que apresentam o exame neurológico normal. Temos a considerar que, em certas ocasiões, o tratamento é postergado por faltar uma propedêutica armada, mais adequada, como no caso das malformações vasculares e mesmo dos tumores intracranianos que podem cursar, somente, com cefaléia durante um período de tempo variável. Além disso, não podemos nos olvidar que, a cefaléia é mencionada pelos

parentes próximos numa porcentagem elevada, sugerindo a participação de fatores hereditários, retardando uma exploração laboratorial mais consistente. Este fato pode, por vezes, falsear a adequada avaliação do paciente. Não obstante, a economia que deve ser planejada nos procedimentos, que atualmente é necessária, a responsabilidade profissional no diagnóstico e o tratamento consciente, devem ocupar o plano mais elevado. Além disso devemos nos lembrar sempre que a seqüela é muito mais dispendiosa, seja sob aspecto financeiro, psicológico ou ético.

A TCC do crânio é um exame rápido, não invasivo e que pode determinar uma terapêutica adequada, livrando o paciente dos sintomas e eventuais riscos mais sérios, consequentes a um procedimento postergado.

d) Single Photon Emission Computed Tomography (SPECT)

A atividade cerebral depende do suprimento de sangue e oxigênio para que as células mantenham um desempenho funcional adequado. Sabe-se que o metabolismo celular e a perfusão estão intimamente relacionados, portanto a perfusão diminuída poderá ter, como resultado final, o metabolismo alterado comprometendo a função neuronal. O SPECT é um exame que pode demonstrar algumas características do comportamento neuronal (Van Herertum & Tikofsky, 1995). O SPECT, apesar de não fornecer uma medida direta do metabolismo celular, pode delinear as alterações perfusionais locais; essas alterações perfusionais modificam o metabolismo celular e provocam, conseqüentemente, uma disfunção neurofisiológica localizada, sem um comprometimento estrutural aparente. Este é o motivo pelo qual não se encontram alterações à TCC ou à RMN, não obstante se as encontrem ao SPECT. Skyhoj Olsen (1990) refere que os estudos relacionados ao fluxo sanguíneo cerebral poderiam sugerir que a migrânea fosse uma doença de origem neuronal e que a migrânea com aura ou sem aura poderiam representar doenças diferentes. Na sua opinião, os resultados obtidos com os estudos

relacionados ao fluxo sanguíneo cerebral, ainda, não abalaram a teoria vascular como determinante da enxaqueca. A hipoperfusão na região cortical e na região dos núcleos da base, foi observada por Mraovitch e col. (1992) em estudo realizado em ratos. Provocando a depressão alastrante cortical, conforme descrita por Leão (1944), desencadeou o fenômeno da hipoperfusão cortical e notou haver, também, alterações metabólicas relacionadas à utilização da glicose, bem como alterações do fluxo sanguíneo no tronco cerebral e regiões subcorticais. Além disso, verificou que a circulação retorna à normalidade, inicialmente, nas regiões neocorticais. Nas regiões subcorticais e no tronco cerebral as alterações são mais duradouras (Mraovitch e col., 1992). Barbiroli (1992) submeteu à ressonância magnética da cabeça por espectroscopia com fósforo um grupo de pacientes com enxaqueca complicada e outro grupo portador de enxaqueca com aura. Os pacientes de ambos os grupos apesar de se encontrarem no período intercrítico, apresentaram sinais indicativos de redução do metabolismo energético. Montagna e col. (1994) usou o mesmo sistema de avaliação, mas com pacientes enxaquecosos sem aura, também no período intercrítico, e encontrou alterações do metabolismo energético. Montagna e col. (1997) estudando pacientes com cefaléia em salvas, encontrou alterações do metabolismo energético no cérebro e músculo esquelético. Segundo este autor, esta avaliação demonstra a existência de um defeito no sistema respiratório mitocondrial das células do cérebro. Este distúrbio bioquímico celular pode ser o fator desencadeante da manifestação clínica da cefaléia, tanto nos pacientes com enxaqueca, quanto nos pacientes com cefaléia em salva. A redução do teor de oxigênio, altera a função mitocondrial, compromete a produção energética, interfere no desempenho neuronal e no desempenho, também, dos componentes vasculares (Sacquegna e col. , 1992). Na nossa série, dos 34 pacientes submetidos ao SPECT (Tabela XXX), em 10 (29,41%) pacientes foram encontradas

alterações caracterizadas por hipoperfusão localizada. Deste grupo de pacientes, 9 eram portadores de enxaqueca, sendo que apenas 1 com aura; a cefaléia tipo tensional foi caracterizada em 1 paciente. Na ocasião da realização do SPECT, todos os pacientes deste grupo se encontravam no período intercrítico. Portanto, as alterações registradas sugerem a existência de um comprometimento metabólico perfusional o qual pode ser imaginado como o foco gerador da cefaléia. Não há, no momento, como se justificar se as alterações vasculares, inerentes ao quadro da enxaqueca, acarretam os distúrbios mitocondriais ou se as disfunções mitocondriais é que são determinantes das alterações do mecanismo funcional vascular.

Consideramos, portanto, que a utilização do SPECT na avaliação do paciente com cefaléia merece uma atenção mais ampla a se pensar no diagnóstico e mesmo na terapêutica.

e) Avaliação Psicológica

Os fatores estressantes, individuais, desencadeadores ou mantenedores da cefaléia, podem estar relacionados a questões, sociais e/ou familiares. Já, no início do século, era citada a existência de uma relação dos fenômenos psicológicos e a cefaléia, especialmente no paciente escolar (Friedman & Harms, 1967). Os fenômenos psicológicos, no caso do escolar, podem estar relacionados às dificuldades vivenciadas na escola, bem como a questões familiares. No caminhar para a adolescência é que aumentam os conflitos emocionais, pois, além das influências escolares, podem existir as interferências dos conflitos com a família, na família, com a sexualidade e na vida social do jovem. Skyhoj Olsen (1990) cita que os fatores psicológicos são importantes no desenvolvimento das crises de migrânea sem aura. Rufo Campos e col. (1993) referem ser freqüente o estresse psíquico como fator importante no desencadear da cefaléia. Post e col. (1994) mencionam a associação de distúrbios ansiosos à migrânea, seja com ou

sem aura. Para Silberstein e col. (1995), os pacientes com migrânea apresentam distúrbios ansiosos concomitantes. Rufo Campos e col. (1995) encontrou fatores emocionais coincidindo com as crises álgicas em 29/167 pacientes.

No presente trabalho, pela anamnese, encontramos as causas emocionais como fator desencadeante da dor em 2 (2,77%) pacientes (Tabela XXIII). Como fator de acentuação do quadro álgico, o estado emocional foi referido por 7 (9,72%) pacientes (Tabela XXIV). Foram submetidos à avaliação psicológica 24 pacientes, sendo 14 do sexo feminino e 10 do sexo masculino, todos situados na faixa escolar (Tabela XXXII). O teste aplicado foi o idealizado por Spielberger (1973), traduzido e adaptado por Angela M. B. Biaggio (1983), que é o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE C), na forma infantil. Este instrumento se propõe a medir dois conceitos distintos de ansiedade, isto é, o estado emocional transitório, que varia em intensidade e oscila no tempo (C1), e o traço que é uma situação relativamente estável da personalidade, revelando a suscetibilidade à ansiedade (C2). Utilizou-se, portanto, este instrumento de avaliação para estabelecer a relação entre a ansiedade e o estado desencadeante ou de acentuação da crise de cefaléia. A aplicação do teste revelou que 45,83% (11) dos pacientes não apresentaram sinais evidentes de comprometimento emocional (Tabela XXXIII). Destes pacientes, 8 apresentaram quadro de enxaqueca sem aura e 3 a cefaléia de tipo tensional. Em 54,16% (13) dos pacientes foram evidentes as alterações emocionais, sendo que 7 apresentaram o quadro clínico da enxaqueca sem aura, 3 eram portadores de enxaqueca com aura e 3 da cefaléia de tipo tensional. Dos pacientes com migrânea sem aura (Tabela XXXIV), 3 pacientes apresentaram indicadores de ansiedade transitória, 3 com suscetibilidade à ansiedade e 2 pacientes que apresentaram ambas as características. Os 2 pacientes portadores de enxaqueca com aura apresentaram indicadores para ambas as características. Dos 3 pacientes com cefaléia tipo tensional, 2 mostraram sinais

alterados no teste C2 e outro no C1. Os pacientes eram oriundos de um ambiente onde a dinâmica familiar era peculiar, não proporcionava a oportunidade de utilizar a cefaléia como meio de receber mais atenção ou carinho por parte dos parentes próximos. Ficou evidente, através dos testes, que a família não estava sendo entendida como um núcleo e que os conflitos nos relacionamentos interfamiliares eram constantes. O ambiente familiar e social era visto como dominador e agressivo. A figura paterna era ausente, pouco disponível ou substituída mais de uma vez. Os pais, muitas vezes despreparados emocionalmente, tomavam o meio hostil ao desenvolvimento emocional da criança.

É de se notar que os fatores emocionais de interferência apresentados nos dados de anamnese e os apurados após a aplicação do teste são discrepantes. Este fato pode ser devido à falta de percepção, da criança, em identificar o seu desconforto emocional e, por consequência não lhe permite associar o quadro de dor ao sofrimento psíquico. Com a aplicação dos testes psicológicos é que se pode determinar se a cefaléia freqüente é o fator desencadeante dos distúrbios emocionais ou o descompasso emocional, pré-existente, é o agente determinante da cefaléia. Provavelmente, o controle e o tratamento da cefaléia requerem algo além que só a farmacoterapia (Rufo e col., 1966).

VIII. CONCLUSÕES

1. Os exames bioquímicos de sangue são dispensáveis neste tipo de estudo.
2. O EEG não é um exame que contribui de modo relevante para o diagnóstico e orientação dos pacientes com cefaléia.
3. A tomografia computadorizada do crânio é importante no diagnóstico diferencial das cefaléias, mesmo que não existam, ainda, sinais evidentes de comprometimento neurológico.
4. O SPECT sugere ser de grande valia para determinar alterações metabólico-circulatórias cerebrais relacionadas às cefaléias.
5. A avaliação psicológica deve ser parte integrante do exame clínico neurológico, nos pacientes com cefaléia.
6. A classificação das cefaléias na infância e adolescência merece uma revisão em função da localização e do tempo de duração da dor.

IX. REFERÊNCIAS

- Abu-Arefeh, I; Russel, G. Prevalence of headache and migraine in schoolchildren. *BMJ* v.24, 309, p.765-769, 1994.
- Arruda, MA. Fatores de risco e distúrbios associados à migrânea na infância. Ribeirão Preto 1994. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
- Barabas, G; Ferrari, M; Mattheus, WS. Childhood migraine and sonambulism. *Neurology*, v.33, p.948-949, 1983
- Barea, LM; Tannhauser, M; Rotta, NT. An epidemiologic study of headache among children and adolescents of Southern Brazil. *Cephalalgia*, v.16, no. 8, p.545-549, 1996.
- Barlow, CF. Headaches and migraine in childhood. Oxford Blackwell Scientific Publication (Clinic in Developmental Medicine, no. 91), Philadelphia, 1984.
- Barbiroli, B; Montagna, P; Cortelli, P; Funicello, R; Iotti, R; Monari, L; Pierangeli, G; Zaniol, P; Lugaresi, E. Abnormal brain and muscle energy metabolism shown by ³¹P magnetic resonance spectroscopy in patients affected by migraine with aura. *Neurology*, vol. 42, p 1209-1214, 1992.
- Battistella, PA; Ruffili, R; Pozza, FD; Pitassi, I; Casara, GL; Boniver, C; Suppiej, A; Bendagli, B; Condini, A. 99m TC HM-PAO SPECT in pediatric migraine. *Headache*, v.30, p.646-649, 1990.
- Biaggio, AM. Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE-C). Manual para a forma experimental infantil em português. Centro Editor de Psicologia Aplicada Ltda. Rio de Janeiro, 1983.
- Bille, B. Migraine in school children. *Acta Paediatrica*, v.51, p.1-151, 1962 (Suppl. 136).

Borge, AI; Nordhagen, R; Moe, B; Botten, G; Bakkeiteig, LS. Prevalence and persistence of stomach ache and headache among children. Follow-up of a cohort of Norwegian children from 4 to years of age. *Acta Paediatr*, v. 83, p. 433-437, 1994.

Bosco, A; Ciasca, SM; Moura-Ribeiro, MVL. Estudo de 6 crianças com distúrbio de aprendizagem e cefaléia. Tema livre no III Congresso Paulista de Neurologia e Psiquiatria Infantil, 1996.

Carvalho, DS. Fatores de risco da enxaqueca na faixa etária de 7-15 anos. São Paulo, 1986. Dissertação (Mestrado). Escola Paulista de Medicina.

Chu, ML; Shinnar, SH. Headaches in children younger than 7 years of age. *Arch. Neurol.*, 49, p.79-82, 1992.

Congdon, PJ; Forsythe, WI. Migraine in childhood: a study of 300 children. *Dev. Med. Child Neurol.*; v.21, p.209-216, 1979.

Deubner, DC. An epidemiologic study of migraine and headache in 10-20 years old. *Headache*, v.17, p.173-180, 1977.

Dooley, J; Bagnell, A. The prognosis and treatment of headache in children a ten year follow-up. *Can. J. Neurol. Sci.*, v. 22, p. 47-49, 1995.

Elser, JM; Woody, R. Migraine headache in the infant and young child. *Headache*, v.30, p.366-368, 1990.

Fenichel, GM. Migraine in children. *Neurologic Clinics*, V. 3 no. 1, p. 77-91, 1985.

Friedman, AP; Harms, E - Headache in children. Charles C. Thomas Publisher Illinois, 1967

Gallai, V; Sarchielli, P; Carboni, F; Benedetti, P; Mastropaolo, C; Puca, F. Applicability of the 1988 IHS criteria to headache patients under the age of 18 years attending 21 Italian headache clinics. *Headache* v.35, p.146-153, 1995.

Gascon, GC. Chronic and recurrent headaches in children and adolescents. *Pediatr. Clin. North Am.* v.31, p.1027-1051, 1984.

Gladstein, J; Holden, EW; Peralta, L; Raven, M. Diagnoses and symptom patterns in children presenting to a pediatric headache clinic. *Headache*, v.33, p.497-500, 1993.

Gladstein, J; Holden, EW. Chronic daily headache in children and adolescents: a 2 year prospective study. *Headache*, v. 36, p. 349-351, 1996.

Hämäläinen, ML; Hoppu, K; Santavuori, PR. Effect of age on the fulfillment of the IHS criteria for migraine in children at a headache clinic. *Cephalalgia* v.15, p. 404-409, 1995.

Harms E. Pioneer in studies of juvenile headaches: William Henry Day (1830-1907). *Amer J Psychiatr* 123; p:1456-1457, 1967.

Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgia and facial pain. *Cephalalgia* 8, p.1-96, 1988 (Suppl. 7)

Hockaday, JM. *Migraine in childhood*. London, Butterworths, 1988.

Holden, EW; Gladstein, J; Trulsen, M; Wall, B. Chronic daily headache in children and adolescents. *Headache*, v.34, p.508-514, 1994.

Holguin, J; Fenichel, G. Migraine. *J. Pediatr.*, v.70, p.290-297, 1967.

Jensen, VK; Rothner, DA. Chronic non progressive headaches in children and adolescents. *Seminars in Pediatric Neurology; Headaches in children and adolescents*, vol. 2, no. 2, p.151-158, 1995.

Joutel, A; Bousser, MG; Biousse, V; Tourmier Lasserre, E; Chabriat, H; Bes, A; Dubois, B; Tardien, M. A gene for familial hemiplegic maps to chromosome 19. *Nat. Gen.* v. 5, p.40-45, 1993.

- Kandt, RS; Levine, RM. Headache and acute illness in children. *J. Child Neurol*, v.2, p.22-27, 1987.
- Kinast, M; Lenders, H; Rothner, AD; Erenberg, G. Benign focal epileptiform discharges in childhood migraine. *Neurology* v.32, p.1309-1312, 1982.
- Lance, JW. Current concepts of migraine pathogenesis. *Neurology*, 43, p.11-15, 1993 (Suppl. 3)
- Lewis, DW. Migraine and migraine variantes in childhood and adolescence. *Seminars in Pediatric Neurology; Headaches in children and adolescents*, vol. 2, no. 2, p.127-143, 1995.
- Lewis, DW; Middlebrook, MT; Mehallick, L; Rauch, TM; Deline C; Thomas, EF. Pediatric headaches: what do the children want? *Headache*, v. 36, p. 224-230, 1996.
- Maytal, J; Young, M; Shechter, BA; Lipton, RB. Pediatric migraine and International Headache Society (IHS) criteria. *Neurology* v48, p602-607, 1997.
- Merikangas, KR; Angst, J; Isler, H. Migraine and psychopathology. *Arch. Gen. Psychiat.*, v.47, p.849-853, 1990.
- Metsähonkala, L; Sillanpää, M. Migraine in children - an evolution of the IHS criteria. *Cephalalgia* 14, p. 285-290, 1994.
- Mindell, JÁ; Andrasik, F. Headache classification and factor analysis with a pediatric population. *Headache*, v.27, p.96-101, 1987.
- Mochi, M; Sangiorgi, S; Cortelli, P; Carelli, V; Scapoli, C; Crisci, M; Monari, L; Pierangeli, G; Montagna, P. Testing models for genetic determination in migraine. *Cephalalgia*, v.13, p389-394, 1993.
- Montagna, P; Cortelli, P; Barbiroli, B. Magnetic resonance spectroscopy studies in migraine. *Cephalalgia*, v. 14, p. 184-193, 1994.

- Montagna, P; Cortelli, P; Monari, L. ³¹P-magnetic resonance spectroscopy in migraine without aura. *Neurology* v44: 666-669; 1994.
- Montagna, P; Lodi, R; Cortelli, P; Pierangeli, G; Iotti, S; Cevoli, S; Zaniol, P; Barbiroli, B. Phosphorus magnetic resonance spectroscopy in cluster headache. *Neurology* v.48: 113-118, 1997.
- Mortimer, MJ; Kay, A; Jason, A. Epidemiology of headache and childhood migraine in an urban general practice using Ad Hoc, Valhquist and IHS criteria. *Dev. Med. Child Neurol.*, v.34, p.1095-1101, 1992.
- Mraovitch, S; Calando, Y; Goadsby, PJ; Seylaz, J. Subcortical cerebral blood flow and metabolic changes elicited by cortical spreading depression in rat. *Cephalalgia* v. 12, p. 137-141, 1992.
- Olesen, J. The International Headache Society classification and diagnostic criteria are valid and extremely useful. *Cephalalgia*, v.16, no. 5, p.293-295, 1996.
- Pearce, JMS. Are the International Headache Society criteria for headache useful? *Cephalalgia*, v.16, no. 5, p.289-293, 1996.
- Post, RM; Stephen, D; Silberstein, MD. Shared mechanisms in affective illness, epilepsy and migraine. *Neurology* v. 44 (suppl 7), p. 37-47, 1994.
- Prensky, AL. Migraine and migranous variants in pediatric patients. *Pediatr. Clin. North Am.*, v.23, p.461-471, 1976.
- Prensky, AL; Sommer, D. Diagnosis and treatment of migraine in children. *Neurology*, v.29, p.506-510, 1979.
- Raffaelli Jr, E. O que você deve saber sobre cefaléia. São Paulo, Poolprint, 1992.
- Raieli, V; Raimondo, D; Cammalleri, R; Camarda, R. Migraine headaches in adolescents: a student population-based study in Monreale. *Cephalalgia*, v.15, no. 1, p.5-12, 1995.

Reimão, R; Diament, AJ. Sono na infância. Aspectos normais e principais distúrbios. São Paulo, Sarvier, 1985.

Roach, ES; Stump, DA. Regional cerebral blood flow in childhood headache. *Headache*, v.29, 9.379-383, 1989.

Rothner, DA. a) The evaluation of headaches in children and adolescents. *Seminars in Pediatric Neurology: Headache in children and adolescents*, v.2, no. 2, p.109-118, 1995.

b) Miscellaneous Headaches syndromes in children and adolescents.

Seminars in Pediatric Neurology: Headaches in children and adolescents v.2, no. 2, p.159-164, 1995.

Rufo, M; Rodrigues Collado, C; Poyator, JL; Fernández López, M; Bueno, MG; Garcia Soria, E; Peña Martín, D; Nieto, M. The presentation form of headache in children. *Rev Neurol* v. 24, p. 268-272, 1996.

Rufo Campos, M; Soria, GE; Payatos, JLD; Collado, CR; Lopez, MF; Rodrigues, MGB; Martins, DP; Barrera, MN. Factores de influência en las cefaleas infantiles. *Rev. Esp. Pediatr.* 51(6), p.539-544, 1995.

Sacquegna, T; Lodi, R; De Carolis, P; Tinuper, P; Cortelli, P; Zaniol, P; Funicello, R; Barbiroli, B. Brain energy metabolism studied by ³¹P-MR spectroscopy in a case of migraine with prolonged aura. *Acta Neurol. Scand.* V. 86, p. 376-380, 1992.

Scheller, JM. The history, epidemiology and classification of headaches in childhood. *Seminars in Pediatric Neurology: Headaches in children and adolescents*, v.2, no. 2, p.102-108, 1995.

Schoenen, J; Timsit-Berthier, M. Contigent negative variation: methods and potential interest in headache. *Cephalalgia* 13: p.28-32, 1993.

Seshia, SS; Wolstein, JR; Adams, C; Booth, FA; Reggin, JD. International Headache Society criteria and childhood headache. *Dev. Med. Child Neurol.* 36, p.419-428, 1994.

Shinnar, S; D'Souza, BJ. The diagnosis and management of headaches in childhood.

Pediatr. Clin. North Am., v.29, p.79-94, 1981.

Silberstein, SD. Twenty questions about headaches in children and adolescents.

Headache, v.30, p.716-724, 1990.

Silberstein, SD; Lipton, RB; Breslav, N. Migraine association with personality

characteristics and psychopathology. *Cephalalgia* 15, p.1-15, 1995.

Sillanpää, M. Changes in the prevalence of migraine and other headaches during the first

seven school years. *Headache*, v.23, p-15-19, 1983.

Skyhoj Olsen, T. Migraine with and without aura: the same disease due to cerebral

vasospasm of different intensity. A hypothesis based on CBF studies during migraine.

Headache 30: p.269-272, 1990.

Speilberger, CD. State-trait anxiety inventory for children (how I feel questionnaire). Palo

Alto, CA, Mind Garden, 1973.

Spina, A; Damato, V; Losito, R; Marzocco, P; Narducci, P; Zizzo, L. Brain SPECT and

migraine in childhood. *Acta Neurol.*, v.14, p.10-14, 1992.

Valhquist, B. Migraine in children. *Int. Arch. Allergy*, v.7, p.348-355, 1955.

Van Heertum, RL; Tikofsky, RS. Cerebral SPECT imaging. 2^o Edition, Raven Press, New

York, 1995.

Wöber-Bingöl, C; Wöber, C; Karwautz, C; Vesely, C; Wagner-Ennsgraber, C; Schuch, B.

Diagnosis of headache in childhood and adolescence: a study in 437 patients.

Cephalalgia, v.15, no. 1, p.13-21, 1995.

Wöber-Bingöl, C; Wöber, C; Wagner-Ennsgraber, C; Zebenholzer, K; Vesely, C; Geldner,

J; Karwartz, A. IHS criteria and gender: a study on migraine and tension-type headache

in children and adolescents. *Cephalalgia*, v. 16, no. 2, p. 107-112, 1996.

X. SUMMARY

Headache in childhood and adolescence: clinical and laboratory aspects

Seventy two children and adolescent, 3-18 years old with headache complaint were seen in walk-in clinic. After neurological examination they were submitted to laboratory exams, electroencephalogram, CT scan, SPECT and psychological evaluation. The CT scan and the SPECT showed abnormal results in 16,67% and 29,41% patients, respectively. The psychological tests for emotional status were performed and was abnormal in 54,16% patients. We consider that the CT scan, SPECT and psychological test have to be performed in the patients with headache.

XI. ANEXOS

Anexo I

Dados parciais da classificação da IHS (1988)

Enxaqueca sem aura

1. Pelo menos cinco episódios preenchendo de 2 a 4.
2. Cefaléia com duração de 2 - 72 horas.
3. Associada a pelo menos duas das características abaixo:
 - unilateral;
 - pulsátil;
 - intensidade moderada ou severa;
 - agravada por atividade física rotineira.
4. Durante a cefaléia, pelo menos um dos sintomas:
 - náuseas ou vômitos;
 - fotofobia e fonofobia.

Enxaqueca com aura

1. Pelo menos **dois** episódios que preencham 2.
2. Pelo menos três das seguintes características:
 - um ou mais sintomas reversíveis de aura, indicando uma disfunção local encefálica cortical e/ou de tronco cerebral;
 - pelo menos um sintoma de aura se desenvolve, gradualmente, num período superior a quatro minutos ou dois ou mais sintomas ocorrem em **sucessão**;
 - nenhum sintoma da aura dura mais que 60 minutos;
 - a cefaléia se segue à aura com intervalo livre inferior a 60 minutos.

3. A aura típica inclui:

- distúrbio visual homônimo;
- parestesia unilateral;
- afasia ou outra dificuldade à fala.

Cefaléia tensional

1. Pelo menos dez episódios preenchendo de 2 a 4.
2. Cefaléia com duração de 30 minutos a sete dias.
3. Duas ou mais das características abaixo:
 - dor tipo pressão ou aperto;
 - intensidade leve ou moderada;
 - bilateral.
4. Ambos os seguintes:
 - sem náuseas ou vômitos;
 - sem fonofobia ou fotofobia.

Cefaléia tensional tipo crônica

1. Frequência além de quinze dias por mês por mais de 6 meses preenchendo os itens 3 e 4 da cefaléia tensional.

Cefaléia associada a trauma

Cefaléia associada a sinusopatia ou outra estrutura crânio-facial

CLASSIFICAÇÃO DAS CEFALÉIAS SEGUNDO IHS (1988)

1. MIGRÂNEA

1.1 MIGRÂNEA SEM AURA

1.2 MIGRÂNEA COM AURA

1.2.1 MIGRÂNEA COM AURA TÍPICA

1.2.2 MIGRÂNEA COM AURA PROLONGADA

1.2.3 MIGRÂNEA HEMIPLÉGICA FAMILIAL

1.2.4 MIGRÂNEA BASILAR

1.2.5 AURA DE MIGRÂNEA SEM CEFALÉIA

1.2.6 MIGRÂNEA COM AURA DE INSTALAÇÃO AGUDA

1.3 MIGRÂNEA OFTALMOPLÉGICA

1.4 MIGRÂNEA RETINIANA

1.5 SÍNDROMES PERIÓDICAS DA INFÂNCIA QUE PODEM SER PERCURSORAS DE OU ESTAR ASSOCIADAS A MIGRÂNEA

1.5.1 VERTIGEM PAROXÍSTICA BENIGNA DA INFÂNCIA

1.5.2 HEMIPLEGIA ALTERNANTE DA INFÂNCIA

1.6 COMPLICAÇÕES DA MIGRÂNEA

1.6.1 ESTADO MIGRANOSO

1.6.2 INFARTO MIGRANOSO

1.7 DISTÚRPIO MIGRANOSO QUE NÃO PREENCHE OS CRITÉRIOS ACIMA

2 CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL

2.1 CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL EPISÓDICA

2.1.1 CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL EPISÓDICA ASSOCIADA A DISTÚRPIO DE MÚSCULOS PERICRANIANOS

2.1.2 CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL EPISÓDICA NÃO ASSOCIADA A DISTÚRPIO DE MÚCULOS PERICRANIANOS

2.2 CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL CRÔNICA

2.2.1 CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL CRÔNICA ASSOCIADA A DISTÚRPIO DE MÚSCULOS PERICRANIANOS

2.2.2 CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL CRÔNICA NÃO ASSOCIADA A DISTÚRPIO DE MÚSCULOS PERICRANIANOS

2.3 CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL QUE NÃO PREENCHE OS CRITÉRIOS ACIMA.

3. CEFALÉIA EM SALVAS E HEMICRÂNIA PAROXÍSTICA CRÔNICA

3.1 CEFALÉIA EM SALVAS

3.1.1 CEFALÉIA EM SALVAS DE PERIODICIDADE NÃO DETERMINADA

3.1.2 CEFALÉIA EM SALVAS EPISÓDICA

3.1.3 CEFALÉIA EM SALVAS CRÔNICA

3.1.3.1 SEM REMISSÕES DESDE O INÍCIO

3.1.3.2 PROVENIENTE DE EPISÓDICA

4. CEFALÉIA DIVERSAS NÃO ASSOCIADAS A LESÃO ESTRUTURAL

4.1 CEFALÉIA IDIOPÁTICA EM FACADA

4.2 CEFALÉIA POR COMPRESSÃO EXTERNA

4.3 CEFALÉIA POR ESTÍMULO FRIO

4.3.1 APLICAÇÃO EXTERNA DE UM ESTÍMULO FRIO

4.3.2 INGESTÃO DE UM ESTÍMULO FRIO

4.4 CEFALÉIA BENIGNA DA TOSSE

4.5 CEFALÉIA BENIGNA DO ESFORÇO

4.6 CEFALÉIA ASSOCIADA A ATIVIDADE SEXUAL

4.6.1 TIPO PESO

4.6.2 TIPO EXPLOSIVO

4.6.3 INGESTÃO DE UM ESTÍMULO FRIO

5. CEFALÉIA ASSOCIADA A TRAUMA CRANIANO

5.1 CEFALÉIA PÓS – TRAUMÁTICA AGUDA

5.1.1 COM TRAUMA CRANIANO GRAVE E / OU SINAIS COMPROBATÓRIOS

5.1.2 COM TRAUMA CRANIANO LEVE E SEM SINAIS COMPROBATÓRIOS

5.2 CEFALÉIA PÓS –TRAUMÁTICA CRÔNICA

5.2.1 COM TRAUMA CRANIANO GRAVE E / OU SINAIS COMPROBATÓRIOS

5.2.2 COM TRAUMA CRANIANO LEVE E SEM SINAIS COMPROBATÓRIOS

6. CEFALÉIA ASSOCIADA A DISTÚRBIOS VASCULARES

6.1 DOENÇA CEREBROVASCULAR ISQUÊMICA AGUDA

6.1.1 ATAQUE ISQUÊMICO TRANSITÓRIO (TIA)

6.1.2 ICTO TROMBOEMBÓLICO

6.2 HEMATOMA INTRACRANIANO

6.2.1 HEMATOMA INTRACRANIANO

6.2.2 HEMATOMA SUBDURAL

6.2.3 HEMATOMA EPIDURAL

6.3 HEMORRAGIA SUBARACNOIDÉA

6.4 MALFORMAÇÃO VASCULAR NÃO ROTA

6.4.1 MALFORMAÇÃO ARTÉRIO VENOSA

6.4.2 ANEURISMA SACULAR

6.5 ARTERITE

6.5.1 ARTERITE DE CÉLULAS GIGANTES

6.5.2 OUTRAS ARTERITES SISTÊMICAS

6.5.3 ARTERITE INTRACRANIANA PRIMÁRIA

6.6 DOR DAS ARTÉRIAS CARÓTIDA OU VERTEBRAL

6.6.1 DISSECÇÃO DE CARÓTIDA OU DE VERTEBRAL

6.6.2 CAROTIDÍNIA (IDIOPÁTICA)

6.6.3 CEFALÉIA PÓS-ENDARTERECTOMIA

6.7 TROMBOSE VENOSA

6.8 HIPERTENSÃO ARTERIAL

6.8.1 RESPOSTA PRESSÓRICA AGUDA A AGENTE EXÓGEMO

6.8.2 FEOCROMOCITOMA

6.8.3 HIPERTENSÃO MALÍGNA (ACELERADA)

6.8.4 PRÉ-ECLÂMPSIA E ECLÂMPSIA

6.9 CEFALÉIA ASSOCIADA A OUTRO DISTÚRBO VASCULAR

7. CEFALÉIA ASSOCIADA A DISTÚRBO INTRACRANIANO NÃO VASCULAR

7.1 PRESSÃO LIQUÓRICA ELEVADA

7.1.1 HIPERTENSÃO INTRACRANIANA BENIGNA

7.1.2 HIDROCEFALIA DE PRESSÃO ELEVADA

7.2 PRESSÃO LIQUÓRICA BAIXA

7.2.1 CEFALÉIA PÓS-PUNÇÃO LOMBAR

7.2.2 CEFALÉIA POR FÍSTULA LIQUÓRICA

7.4 SARCOIDOSE INTRACRANIANA E OUTRAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS NÃO
INFECCIOSAS

7.5 CEFALÉIA ASSOCIADA A OUTRO DISTÚRPIO INTRACRANIANO

7.6 NEOPLASIA INTRACRANIANA

7.7 CEFALÉIA ASSOCIADA A OUTRO DISTÚRPIO INTRACRANIANO

8. CEFALÉIA ASSOCIADA AO USO DE SUBSTÂNCIAS OU À SUA SUPRESSÃO

8.1 CEFALÉIA INDUZIDA PELO USO OU EXPOSIÇÃO AGUDA A UMA SUBSTÂNCIA

8.1.1 CEFALÉIA INDUZIDA POR NITRATO / NITRITO

8.1.2 CEFALÉIA INDUZIDA POR GLUTAMATO MONOSSÓDICO

8.1.3 CEFALÉIA INDUZIDA POR MONÓXIDO DE CARBONO

8.1.4 CEFALÉIA INDUZIDA POR ÁLCOOL

8.1.5 OUTRAS SUBSTÂNCIAS

8.2 CEFALÉIA INDUZIDA PELO USO OU EXPOSIÇÃO CRÔNICA A UMA SUBSTÂNCIA

8.2.1 CEFALÉIA INDUZIDA POR ERGOTAMINA

8.2.2 CEFALÉIA POR ABUSO DE ANALGÉSICOS

8.2.3 OUTRAS SUBSTÂNCIAS

8.3 CEFALÉIA POR SUPRESSÃO DE UMA SUBSTÂNCIA (USO AGUDO)

8.3.1 CEFALÉIA POR SUPRESSÃO DE ÁLCOOL (RESSACA)

8.3.2 OUTRAS SUBSTÂNCIAS

8.4 CEFALÉIA POR SUPRESSÃO DE UMA SUBSTÂNCIA (USO CRÔNICO)

8.4.1 CEFALÉIA POR SUPRESSÃO DE ERGOTAMINA

8.4.2 CEFALÉIA POR SUPRESSÃO DE CAFEINA

8.4.3 CEFALÉIA POR ABSTINÊNCIA DE NARCÓTIÇOS

8.5 CEFALÉIA ASSOCIADA A SUBSTÂNCIA MAS COM MECANISMO INCERTO

8.5.1 PÍLULAS ANTICONCEPCIONAIS OU ESTRÓGENOS

8.5.2 OUTRAS SUBSTÂNCIAS

9. CEFALÉIA ASSOCIADA A INFECÇÃO NÃO CEFÁLICA

9.1 INFECÇÃO VIRÓTICA

9.1.1 NÃO CEFÁLICA FOCAL

9.1.2 SISTÊMICA

9.2 INFECÇÃO BACTERIANA

9.2.1 NÃO CEFÁLICA FOCAL

9.2.2 SISTÊMICA (SEPTICEMIA)

9.3 CEFALÉIA RELACIONADA A OUTRA INFECÇÃO

10. CEFALÉIA ASSOCIADA A DISTÚRBO METABÓLICO

10.1 HIPÓXIA

10.1.1 CEFALÉIA DAS ALTURAS

10.1.2 CEFALÉIA DA HIPÓXIA

10.1.3 CEFALÉIA DA APNÉIA DO SONO

10.2 HIPERCAPNIA

10.3 ASSOCIAÇÃO DE HIPÓXIA E HIPERCAPNIA

10.4 HIPOGLICEMIA

10.5 DIÁLISE

10.6 CEFALÉIA RELACIONADA A OUTRA ANORMALIDADE METABÓLICA

11. CEFALÉIA OU DOR FACIAL ASSOCIADA A DISTÚRBO DE CRÂNIO, PESCOÇO, OLHOS, OUVIDOS, NARIZ, SEIOS, DENTES, BOCA OU A OUTRAS ESTRUTURAS DA FACE OU CRÂNIO

- 11.1 OSSO CRANIANO
- 11.2 PESCOÇO
- 11.3 OLHOS
 - 11.3.1 GLAUCOMA AGUDO
 - 11.3.2 ERROS DE REFRAÇÃO
 - 11.3.3 HETEROFORIA OU HETEROTROPIA
- 11.4 OUVIDOS
- 11.5 NARIZ E SEIOS
 - 11.5.1 CEFALÉIA SINUSAL AGUDA
 - 11.5.2 OUTRAS DOENÇAS DO NARIZ OU DOS SEIOS
- 11.6 DENTES, MANDÍBULAS E ESTRUTURAS CORRELATAS
- 11.7 DOENÇA DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR
- 12. NEURALGIAS CRANIANAS, DOR DE TRONCO NERVOSO E DOR NA DEAFERENTAÇÃO
 - 12.1 DOR PERSISTENTE (CONTRASTANDO COM A DOR DA NEURALGIA DO TRIGÊMIO)
 - ORIGINADA DE NERVO CRANIANO
 - 12.1.1 COMPRESSÃO OU DISTORÇÃO DE NERVOS CRANIANOS E DAS SEGUNDA OU TERCEIRA RAÍZES CERVICAIS
 - 12.1.2 DESMIELINIZAÇÃO DE NERVOS CRANIANOS
 - 12.1.2.1 NEURITE ÓPTICA (NEURITE RETROBULBAR)
 - 12.1.3 INFARTO DE NERVOS CRANIANOS
 - 12.1.3.1 NEURITE DIABÉTICA
 - 12.1.4 INFLAMAÇÃO DE NERVOS CRANIANOS
 - 12.1.4.1 HERPES ZOSTER
 - 12.1.4.2 NEURALGIA PÓS-HERPÉTICA CRÔNICA

12.1.5 SÍNDROME DE TOLOSA-HUNT

12.1.6 SÍNDROME PESCOÇO-LÍNGUA

12.1.7 OUTRAS CAUSAS DE DOR PERSISTENTE COM ORIGEM EM NERVO
CRANIANO

12.2 NEURALGIA DO TRIGÊMIO

12.2.1 NEURALGIA IDIOPÁTICA DO TRIGÊMIO

12.2.2 NEURALGIA SINTOMÁTICA DO TRIGÊMIO

12.2.2.1 COMPRESSÃO DA RAÍZ OU DO GÂNGLIO DO TRIGÊMIO

12.2.2.2 LESÕES CENTRAIS

12.3 NEURALGIA DO GLOSSOFARÍNGEO

12.3.1 NEURALGIA IDIOPÁTICA DO GLOSSOFARÍNGEO

12.3.2 NEURALGIA SINTOMÁTICA DO GLOSSOFARÍNGEO

12.4 NEURALGIA DO INTERMÉDIO

12.5 NEURALGIA DO LARÍNGEO SUPERIOR

12.6 NEURALGIA OCCIPITAL

12.7 CAUSAS CENTRAIS DE DOR CEFÁLICA E FACIAL OUTRAS QUE NÃO A
NEURALGIA DO TRIGÊMIO

12.7.1 ANESTESIA DOLOROSA

12.7.2 DOR TALÂMICA

12.8 DOR FACIAL QUE NÃO PREENCHE OS CRITÉRIOS DOS GRUPOS 11 OU 12

13. CEFALÉIA NÃO CLASSIFICÁVEL

CEFALÉIA

PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

SONILÓQUIO: () NÃO INÍCIO:
 () SIM FREQUÊNCIA:

SONO AGITADO: () NÃO
 () SIM

BRUXISMO: () NÃO INÍCIO:
 () SIM FREQUÊNCIA:

TERROR NOTURNO: () NÃO INÍCIO:
 () SIM FREQUÊNCIA:

ENURESE: () NÃO INÍCIO:
 () SIM FREQUÊNCIA:

ANTECEDENTES FAMILIARES:

EXAME CLÍNICO-NEUROLÓGICO: PA = FO =

() HEMOGRAMA

() URÉIA

() CREATININA

() GLICEMIA

() EEG

() SPECT

() CT

() RNM

OBSERVAÇÕES:

Anexo III



INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO-ESTADO

IDATE – FORMA C

QUESTIONÁRIOS DE AUTO-AVALIAÇÃO

PARTES C-I e C-II

Tradução e Adaptação de ANGELA M. B. BIAGGIO

| | |
|---|---------------------------------------|
| Nome | Nº |
| Idade a m Data do nascimento / / | Data da Prova / / 19..... |
| Naturalidade..... Sexo..... | Pontos |
| Escola..... | Examinador |

INSTRUÇÕES

Nas páginas seguintes há dois Questionários para você responder.

Trata-se de algumas afirmações que têm sido usadas para descrever sentimentos pessoais.

Não há respostas certas ou erradas.

Leia com toda atenção cada uma das perguntas da Parte C-I e assinale com um X um dos quadrinhos de cada questão, à direita de cada pergunta, de acordo com a instrução do alto da página.

Quando terminar, passe para a Parte C-II e proceda do mesmo modo, depois de ler o seu cabeçalho.

Questionário "Como estou me sentindo"
FORMA C-1

Instruções: Abaixo aparecem várias frases que meninos e meninas usam para indicar como se sentem. Leia cada frase cuidadosamente e decida como você se sente **agora, neste momento**. Ponha um X no quadrinho em frente à palavra ou frase que melhor descreve como você se sente. Não há resposta certa ou errada. Não gaste tempo demais numa frase. Lembre-se, marque a frase que melhor descrever como você se sente **agora, neste momento**.

- 1 — Eu me sinto **muito calmo**
Eu me sinto **calmo**
Eu **não** me sinto calmo

- 2 — Eu me sinto **muito aborrecido**
Eu me sinto **aborrecido**
Eu **não** me sinto aborrecido

- 3 — Eu me sinto **muito contente**
Eu me sinto **contente**
Eu **não** me sinto contente

- 4 — Eu me sinto **muito nervoso**
Eu me sinto **nervoso**
Eu **não** me sinto nervoso

- 5 — Eu me sinto **muito agitado**
Eu me sinto **agitado**
Eu **não** me sinto agitado

- 6 — Eu me sinto **muito assustado**
Eu me sinto **assustado**
Eu **não** me sinto assustado

- 7 — Eu me sinto **muito descansado**
Eu me sinto **descansado**
Eu **não** me sinto descansado

- 8 — Eu me sinto **muito à vontade**
Eu me sinto **à vontade**
Eu **não** me sinto à vontade

- 9 — Eu me sinto **muito preocupado**
Eu me sinto **preocupado**
Eu **não** me sinto preocupado

- 10 — Eu me sinto **muito satisfeito**
Eu me sinto **satisfeito**
Eu **não** me sinto satisfeito.....

- 11 — Eu me sinto **muito apavorado**
Eu me sinto **apavorado**
Eu **não** me sinto apavorado.....

- 12 — Eu me sinto **muito feliz**
Eu me sinto **feliz**
Eu **não** me sinto feliz

- 13 — Eu me sinto **muito seguro**
Eu me sinto **seguro**
Eu **não** me sinto seguro

- 14 — Eu me sinto **muito bem-humorado**
Eu me sinto **bem-humorado**
Eu **não** me sinto bem-humorado

- 15 — Eu me sinto **muito perturbado**
Eu me sinto **perturbado**
Eu **não** me sinto perturbado

- 16 — Eu me sinto **muito chateado**
Eu me sinto **chateado**
Eu **não** me sinto chateado

- 17 — Eu me sinto **muito bem**
Eu me sinto **bem**
Eu **não** me sinto bem.....

- 18 — Eu me sinto com **muito medo**.....
Eu me sinto com **medo**
Eu **não** me sinto com medo.....

- 19 — Eu me sinto **muito confuso**
Eu me sinto **confuso**
Eu **não** me sinto confuso

- 20 — Eu me sinto **muito alegre**
Eu me sinto **alegre**
Eu **não** me sinto alegre

Questionário "Como eu geralmente me sinto"

FORMA C-2

Instruções: Abaixo aparecem várias frases que meninos e meninas usam para descrever como se sentem. Leia cada frase e decida se é verdadeira a respeito de você quase nunca, às vezes ou mais vezes. Ponha um X no quadrinho em frente da palavra que parece descrever você melhor. Não há respostas certas ou erradas. Não gaste tempo demais em uma frase. Lembre-se, escolha a palavra que parece descrever melhor **como você geralmente se sente**.

- | | | |
|---|-----------------------------------|---------------------------------------|
| 1 – Eu fico preocupado de não fazer erros quase nunca <input type="checkbox"/> | às vezes <input type="checkbox"/> | muitas vezes <input type="checkbox"/> |
| 2 – Tenho vontade de chorar quase nunca <input type="checkbox"/> | às vezes <input type="checkbox"/> | muitas vezes <input type="checkbox"/> |
| 3 – Eu me sinto infeliz quase nunca <input type="checkbox"/> | às vezes <input type="checkbox"/> | muitas vezes <input type="checkbox"/> |
| 4 – Tenho dificuldade de olhar meus problemas quase nunca <input type="checkbox"/> | às vezes <input type="checkbox"/> | muitas vezes <input type="checkbox"/> |
| 5 – Tenho dificuldade de resolver o que é que eu quero quase nunca <input type="checkbox"/> | às vezes <input type="checkbox"/> | muitas vezes <input type="checkbox"/> |
| 6 – Eu me preocupo demais quase nunca <input type="checkbox"/> | às vezes <input type="checkbox"/> | muitas vezes <input type="checkbox"/> |
| 7 – Eu me aborreço em casa quase nunca <input type="checkbox"/> | às vezes <input type="checkbox"/> | muitas vezes <input type="checkbox"/> |
| 8 – Sou tímido quase nunca <input type="checkbox"/> | às vezes <input type="checkbox"/> | muitas vezes <input type="checkbox"/> |
| 9 – Eu me sinto perturbado quase nunca <input type="checkbox"/> | às vezes <input type="checkbox"/> | muitas vezes <input type="checkbox"/> |
| 10 – Fico pensando em coisas sem importância quase nunca <input type="checkbox"/> | às vezes <input type="checkbox"/> | muitas vezes <input type="checkbox"/> |
| 11 – Eu me preocupo com coisas da escola quase nunca <input type="checkbox"/> | às vezes <input type="checkbox"/> | muitas vezes <input type="checkbox"/> |
| 12 – Tenho dificuldade para resolver o que vou fazer quase nunca <input type="checkbox"/> | às vezes <input type="checkbox"/> | muitas vezes <input type="checkbox"/> |
| 13 – Eu noto que meu coração bate depressa quase nunca <input type="checkbox"/> | às vezes <input type="checkbox"/> | muitas vezes <input type="checkbox"/> |
| 14 – Fico com medo mas não digo a ninguém quase nunca <input type="checkbox"/> | às vezes <input type="checkbox"/> | muitas vezes <input type="checkbox"/> |
| 15 – Eu me preocupo com meus pais quase nunca <input type="checkbox"/> | às vezes <input type="checkbox"/> | muitas vezes <input type="checkbox"/> |
| 16 – Minhas mãos ficam suadas quase nunca <input type="checkbox"/> | às vezes <input type="checkbox"/> | muitas vezes <input type="checkbox"/> |
| 17 – Eu fico preocupado com coisas que podem acontecer quase nunca <input type="checkbox"/> | às vezes <input type="checkbox"/> | muitas vezes <input type="checkbox"/> |
| 18 – É difícil para mim pegar no sono de noite quando vou para cama quase nunca <input type="checkbox"/> | às vezes <input type="checkbox"/> | muitas vezes <input type="checkbox"/> |
| 19 – Fico com dor na barriga quando estou nervoso quase nunca <input type="checkbox"/> | às vezes <input type="checkbox"/> | muitas vezes <input type="checkbox"/> |
| 20 – Eu me preocupo com o que os outros acham de mim quase nunca <input type="checkbox"/> | às vezes <input type="checkbox"/> | muitas vezes <input type="checkbox"/> |

Anexo IV

Definição dos Termos

Intensidade da dor:

- a) **fraca**: quando não era suficiente para interromper as atividades habituais do paciente
- b) **média**: intensidade tal que interrompia as atividades por um período curto de tempo. Após breve repouso reassumia as atividades
- c) **forte**: o paciente necessitava de repouso mais prolongado, com uso de analgésicos; procurava locais menos luminosos e ruidosos.

Sintomas associados:

Manifestações clínicas transitórias associadas à cefaléia que podem se apresentar pré, peri ou pós o início do quadro algico

Fatores concomitantes:

Foram consideradas as alterações clínicas que apareceram durante o sono.

Aura:

Grupo de sintomas que aparecem precedendo acompanhando ou, mais raramente, no período final da cefaléia.

Pelo que fizeram se hão de condenar muitos.
Pelo que não fizeram todos.
A omissão é um pecado que se faz não fazendo.
(Padre Antonio Vieira)