José Maria Pereira Monteiro

# CEFALEIAS
## Estudo Epidemiológico e Clínico de uma População Urbana

Porto • 1995

José Maria Pereira Monteiro

# CEFALEIAS
## Estudo Epidemiológico e Clínico de uma População Urbana

Porto • 1995

Dissertação de candidatura ao grau de Doutor,
apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar,
sob a orientação dos Professores
Ottar Sjaastad e José Manuel Calheiros.

*À Lídia*
*À Lídia Mariana e à Isabel*
*Aos meus Pais*

Em conformidade com o disposto no nº 2 do Art.º 8º do Decreto-Lei nº 388/70, foram utilizados, em parte, os resultados contidos nos seguintes trabalhos pessoais ou de colaboração, já publicados ou em publicação:

- **Pereira Monteiro**, B. Lima, L. Carneiro, C. Lopes. Migraine and Cerebral Infarction: Three cases study. *Headache* 1985; 25: 429-433.
- **Pereira Monteiro**. *As cefaleias na Clínica Geral*. Edição de autor, 2ª edição, Coopertipo, Porto 1988: 1-216.
- **Pereira Monteiro**, C. Correia, J. Rocha, J. Amaral. Cervicogenic Headache and Cervical Tender Spots in Chronic Headache Sufferers. *Cephalalgia* 1989; 9 (suppl 10): 282-283.
- **Pereira Monteiro**, L. C. Branco, J. Rocha, C. Correia. Stress e Cefaleias: Factores Psicológicos nas Cefaleias. *Psiquiatria na Prática Clínica* 1990; 3(4): 135-138.
- Carlos Correia, **Pereira Monteiro**. Cefaleia Cervicogénica. *Acta Médica Portuguesa* 1992; 5: 155-158.
- **J. M. Pereira Monteiro**. Drug Abuse in Headache: Epidemiology. *Funct Neurol* 1992; 7 (suppl 6): 7-10.
- **Pereira Monteiro**, M. José Rosas, A. P. Correia, A. R. Vaz. Migraine and Intracranial Vascular Malformations. *Headache* 1993; 33(10): 563-565.
- **J. M. Pereira Monteiro**. Headache in Portugal. In *Headache in Europe*. Wolf Dieter Gerber and Volker Pfaffenrath eds, Arcis Verlag GmbH, Munchen; 1993: 67-72.
- **J. M. Pereira Monteiro**. Headache Associated with Single Use of Substances. In *The Headaches*. Jes Olesen, Peer Tfelt-Hansen and K. M. A. Welch eds., Raven Pres, New York, 1993; Ch. 105: 715-720.
- José Arantes Gonçalves and **Pereira Monteiro**. Psychiatric Analysis of Patients with Tension-type Headache. In *Tension-type Headache: classification, mechanisms and treatment*. Frontiers in Headache Research. Jes Olesen and Jean Schoenen eds., Raven Press, New York, 1993; vol. 3: 167-172.

- **Pereira Monteiro**, José Barros, Ana Paula Correia, and Joaquim Pinheiro. Sleep and Tension-type Headaches.In *Tension-type Headache: classification, mechanisms and treatment*. Frontiers in Headache Research. Jes Olesen and Jean Schoenen eds., Raven Press, New York, 1993; vol. 3: 201-206.

- **José M. Pereira Monteiro**, Rui J. A. R. Maio, and José M. Calheiros. Overlap of Migraine and Tension-type Headaches in a Population-based Study. In *Headache classification and epidemiology*. Frontiers in Headache Research. Jes Olesen ed., Raven Press, New York, 1994; vol. 4: 103-106.

- **José M. Pereira Monteiro**, Rui J. A. R. Maio, and José M. Calheiros. Headache Diagnosis: Comparison of Questionaire with Clinical Interview. In *Headache classification and epidemiology*. Frontiers in Headache Research. Jes Olesen ed., Raven Press, New York, 1994; vol. 4: 217-220.

- José Arantes Gonçalves, F. Magalhães, **José M. Pereira Monteiro**. Psychiatric Analysis of Patients with Migraine-type Headache. In *Headache classification and epidemiology*. Frontiers in Headache Research. Jes Olesen ed., Raven Press, New York, 1994; vol. 4: 315-320.

# *Agradecimentos*

Foi durante uma visita de estudo que efectuei ao Departamento de Neurologia do Hospital Universitário de Trondheim em Abril de 1986 a convite do seu Director Prof. Ottar Sjaastad que surgiu a ideia de efectuar este estudo. Desloquei-me àquele Serviço de Neurologia para observar situações clínicas, então julgadas menos comuns entre nós, como a Hemicrânia paroxistica crónica, Hemicrânia contínua e as Cefaleias Cervicógenica descritas pelo próprio Prof. Ottar Sjaastad, prestigiado investigador da área das cefaleias e mundialmente conhecido. Tive, então, a oportunidade de discutir com ele as áreas mais promissoras na investigação em cefaleias. Colocava-se a questão de analisar as linhas de investigação que poderiam ser desenvolvidas num país como Portugal, com escassez de meios tecnológicos e financeiros, a sair de uma profunda crise política e económica. Sugeriu-me nessa altura o Prof. Ottar Sjaastad que me dedicasse a uma investigação de base clínica, epidemiológica ou genética, porque em investigação básica a nossa experiência e desenvolvimento tecnológico tinha um atraso de mais de uma década, o que inviabilizaria qualquer tentativa de produzir trabalho cientificamente válido. Aceitei e agradeci o sábio conselho e fiquei a meditar nos temas de estudo que me propôs. Um deles era o estudo epidemiológico de base populacional porque, dizia Ottar Sjaastad, era necessário refazer estes estudos com base nos novos conhecimentos científicos sobre cefaleias e nas modernas técnicas de estudo epidemiológico. Acabei por optar, mais tarde, por este tipo de investigação por o considerar o mais acessível e adaptável às condições do nosso meio e também por considerar que devia começar pelo princípio, isto é, por conhecer a realidade portuguesa. Assim nasceu o tema deste trabalho, prontamente apadrinhado pelo Prof. Ottar Sjaastad que gentilmente se prontificou a ser o meu orientador. Sem esta preciosa colaboração teria sido muito difícil encetar este trabalho. Recebeu este projecto, logo de seguida, o apoio entusiástico do Prof. Dr. José

Manuel Calheiros que me facultou as instalações do Laboratório de Saúde Comunitária, do Sector Estudo das Populações do ICBAS, que dirige e com os seus conselhos, a sua experiência em epidemiologia clínica e o apoio dos meios logísticos e dos colaboradores de que dispõe me orientaram sobre a melhor forma de atingir o objectivo pretendido. Sem esta preciosa colaboração não teria sido possível concretizar este estudo. Obtive logo de seguida a colaboração de um grupo de alunos do Curso de Medicina do ICBAS, hoje já licenciados, que tinham adquirido alguma experiência em trabalhos de campo no decurso da disciplina de Saúde Comunitária, e que são a Emília Galvão, Sofia Ribeiro, Claúdia Almeida, Cândida Vila, Alexandra Fonseca, Fernanda Proença, Ida Carvalho, Cristina Rocha, Edite Silva, Armanda Barbosa, Sunita Dessai e Isabel Cristina Romano que, com entusiasmo, iniciaram um ensaio piloto, ainda em período de férias e logo de seguida começaram o trabalho de campo ocupando todos os tempos livres das suas actividades escolares. Infelizmente, este extraordinário esforço, que aqui desejo enaltecer foi insuficiente para finalizar o estudo, dada a magnitude da tarefa e a escassez dos seus tempos livres pelo que tive de obter a colaboração de um número mais largo de colaboradores. Recorri então a voluntários, alunos de outras escolas superiores do Porto nomeadamente, a Ema Cerveira, Joaquim Paulo, Pilar Matos, Anabela Mota, Teresa Rebelo e Teresa Cardoso a quem tive acesso através de conhecimentos em cadeia num interessante movimento de solidariedade, tão nobre e tão típico dos portugueses, o que muito me comoveu e sinceramente agradeço. No decorrer do estudo fui criando laços de amizade com este entusiástico grupo de jovens, a par da discussão dos problemas com que o estudo ia deparando no dia a dia, apesar da extraordinária receptividade que encontramos por parte da esmagadora maioria da população.

Depois da colheita de dados seguiu-se o registo e tratamento informático para o que foi determinante a colaboração da Glaxo Farmacêutica Portugal, sem o que não teria sido possível concretizar este trabalho em tempo útil. Para a colheita de informação bibliográfica pude contar com a colaboração do departamento médico da Glaxo Farmacêutica e particularmente dos Drs. Carlos Teixeira e Paula Soares, mas

também dos Laboratórios Bial e especialmente da enorme dedicação da sua funcionária D. Emília Bessa. Aos laboratórios L. Lepori, Ferraz-Lynce e Produtos Sandoz agradeço os contributos para a reprodução de partes deste trabalho que foram ao longo do tempo comunicados ou publicados. A todos quero expressar a minha profunda gratidão.

Na fase de análise estatística foi determinante a colaboração empenhada do Dr. Rui Maio. Com ele passei longas horas em frente do computador a discutir análises estatísticas a elaborar longas listagens e numerosas tabelas. Sem a sua preciosa ajuda, o rigor matemático que o caracteriza, o gosto por esta área do conhecimento médico e a sua dedicação e amizade não teria sido possível concretizar este estudo. Aos demais elementos do Laboratório de Saúde Comunitária, aos Profs. João Amado, Zaida Azeredo, à Dra. Eduarda Matos e à secretária. D. Judite expresso os meus agradecimentos pela sua colaboração, em grandes e pequenas tarefas, no decorrer do trabalho mas, sobretudo, pela extraordinária receptividade à minha presença, sempre perturbadora naquele exíguo espaço por onde passa tanta gente, e por conseguirem fazer com que me sentisse sempre como na minha própria casa. Também à Prof. Carolina Costa Silva, do Sector de Estudo das populações, estou muito grato pelos seus muito úteis e oportunos conselhos.

Durante a prolongada tarefa de redacção fui recebendo numerosas sugestões do Prof. Ottar Sjaastad que amavelmente aceitou ler todas as provas escritas em português, apenas exigindo que os quadros fossem em inglês, poupando-me assim a um redobrado esforço de tradução e do Prof. Doutor José Manuel Calheiros os quais reviram cuidadosamente as provas e em muito as beneficiaram, mas pude também contar com a prestimosa colaboração da minha colega de Serviço, a Prof. Doutora Paula Coutinho, que reviu meticulosamente o texto e cujas oportunas sugestões foram de grande valia.

Na fase de composição gráfica obtive a prestimosa colaboração e dedicação do Sr. Gualter, da Reprografia do ICBAS que não se poupou a esforços para concretizar da melhor maneira possível o ordenamento gráfico desta obra.

Ao Dr. Castro Lopes, meu Director de Serviço, muito agradeço o facto de me ter autorizado e encorajado a lançar-me nesta aventura e ter-me libertado de uma boa parte do trabalho de rotina. Agradeço reconhecido a sua disponibilidade para atender os meus frequentes pedidos de deslocações em serviço ao estrangeiro mas, e sobretudo, os seus conselhos e a sua amizade.

Aos meus colegas de Serviço pela boa aceitação da sobrecarga de trabalho que tiveram de assumir pela minha ausência, a minha gratidão. Estou pronto a retribuir-lhes a generosidade quando precisarem.

Aos meus orientandos e colaboradores mais directos no Serviço, Drs. José Barros, Ana Paula Correia e Joaquim Pinheiro, agradeço a sua empenhada colaboração em várias tarefas que de algum modo se prendem com este estudo mas, sobretudo, com a sua compreensão pela minha menor disponibilidade para apoiar a sua formação e a aceitação, sem grandes protestos, do maior peso relativo das cefaleias na sua formação neurológica.

Ao Dr. Luís de Carvalho, Director Clínico do HGSA, agradeço reconhecidamente o seu apoio amigo ao disponibilizar um espaço de trabalho no hospital que me permitiu rentabilizar os tempos livres da rotina sem ter de sair do hospital.

Finalmente, uma palavra de agradecimento para a população de Miragaia pela forma superior como colaboraram neste estudo. Faço votos para que deste estudo resulte, no futuro, algum benefício sanitário para estas e outras tão carenciadas populações deste extraordinário país, cuja principal riqueza está pura e simplesmente no seu povo, que necessita de ser valorizado, através da promoção da cultura e da assistência sanitária e social.

# ÍNDICE

**I. INTRODUÇÃO** ..... **1**

**II. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA** ..... **5**

1. História ..... 7
2. Nosologia ..... 19
   - O conceito de cefaleia ..... 19
   - Evolução da Classificação ..... 20
   - Estruturação dos principais síndromes ..... 21
     - Enxaqueca ..... 22
     - Cefaleias tipo tensão ..... 24
     - Cefaleias em salva ..... 25
3. Epidemiologia ..... 27
   - Metodologia ..... 27
   - Prevalência ..... 29
     - Enxaqueca ..... 29
     - Cefaleias tipo tensão ..... 32
     - Cefaleias em salva ..... 32
   - Factores socio-demográficos ..... 33
   - Outros factores ..... 34
4. Genética ..... 37
   - Enxaqueca ..... 37
     - Tipos de hereditariedade ..... 39
     - Estudos em gémeos ..... 41
   - Cefaleias tipo tensão ..... 42
   - Cefaleias em salva ..... 43
5. Clínica ..... 46
   - 5.1. Cefaleias não associadas a lesões estruturais ..... 46
   - Enxaqueca ..... 46
     - Aspectos clínicos ..... 52
   - Cefaleias tipo tensão ..... 66
     - Variedades clínicas ..... 66

Cefaleias em salva e HPC ..... 72
Cefaleias em salva ..... 72
Variedades clínicas ..... 73
Hemicrânia paroxística crónica ..... 77
Outras cefaleias não associadas a lesões estruturais ..... 79
5.2. Cefaleias associadas a lesões estruturais ..... 82
Traumatismos cranianos ..... 82
Perturbações vasculares ..... 84
Perturbações intracranianas não vasculares ..... 84
Uso ou privação de substâncias químicas ..... 85
Infecções não cefálicas (focais ou sistémicas) ..... 87
Anomalias metabólicas ..... 88
Lesão de estruturas do crânio, da face ou do pescoço ..... 88
5.3. Nevralgias cranianas ..... 94
Nevralgia do trigémio ..... 95
Outras nevralgias ..... 95
6. Impacto social ..... 97
Consequências sociais ..... 98
Custos sociais ..... 98

**III. ESTUDO DA POPULAÇÂO DE MIRAGAIA ..... 101**

1. População e métodos ..... 105
2. Resultados ..... 111
2.1. Do inquérito ..... 111
Descrição da população ..... 111
Habitantes e alojamentos ..... 112
Naturalidade ..... 115
Idade e sexo ..... 116
Estado civil ..... 118
Escolaridade ..... 119
Profissão ..... 121
Classe social ..... 121
Descrição das cefaleias ..... 122
Definição ..... 122

Classificação nosológica ..... 123
Segundo os critérios da IHS ..... 123
Segundo os critérios dos NIH ..... 130
Segundo outros critérios de diagnóstico ..... 144
Segundo outras modalidades de análise ..... 151
Incidência e prevalência ..... 153
Características socio-demográficas ..... 161
Características semiológicas ..... 170
Sintomas associados ..... 201
Factores asssociados ..... 204
Co-morbilidade ..... 209
História familiar ..... 216
Cuidados assistenciais ..... 218
Tratamento ..... 224
Incapacidade ..... 231
2.2. Da observação clínica ..... 238
3. Discussão ..... 243
4. Síntese ..... 276
5. Conclusões ..... 291
6. Recomendações ..... 293

**IV. RESUMOS ..... 299**

1. Resumo ..... 301
2. Resumé ..... 303
3. Summary ..... 305

**V. APÊNDICE**

# I - INTRODUÇÃO

Quando, após cerca de doze anos de experiência na observação, orientação terapêutica e na investigação clínica dos mais variados tipos de dores cranianas e faciais, me decidi a ultrapassar o horizonte hospitalar e procurar conhecer a real importância destas situações patológicas na população geral, este passo constituiu simultaneamente um grande estímulo e um enorme desafio. Um estímulo, porque gosto de, pelos meus próprios meios, conhecer os factores causais dos fenómenos com que me cruzo na vida e poder confirmar ou infirmar os dados (hipóteses ou asserções) anteriormente emitidos sobre o assunto. Um desafio, pela dimensão do estudo que me propus fazer sem ter prévio conhecimento da complexidade de algumas das etapas necessárias à concretização desse objectivo, constituindo, de certo modo, um salto no desconhecido. Foi, portanto, com alguma ligeireza que avaliei o tempo necessário à realização desta tarefa, considerando o tempo útil de que dispunha para além da pesada actividade hospitalar que tive de manter. Mas, a experiência colhida no decorrer do trabalho e a constante aprendizagem que daí resultou foram largamente compensadoras.

Este trabalho, longe de estar concluído, afigura-se-me como um primeiro mas decisivo passo para novos e mais profundos estudos nesta área do conhecimento médico. Uma área que experimenta uma fase de fulgurante progresso científico curiosamente coincidente com a enorme campanha mundial de investigação científica denominada de "década do cérebro".

O que leva, então, a comunidade científica actual a debruçar-se sobre a dor em geral e as cefaleias em particular? Em minha opinião, é a elevada frequência destes sintomas e a perturbação que acarretam num estilo de vida exigente nos planos profissional, social e familiar.

A este redobrado interesse pelas cefaleias não é por certo alheio o facto de grande parte dos problemas de saúde das populações dos países de economia mais desenvolvida estarem já resolvidos e a qualidade de vida constituir uma das maiores preocupações de largas franjas da população mundial.

Quais são, então, as dúvidas que se levantam? É necessário saber que tipos de dor é que existem, como se caracterizam e qual é a sua correspondência com as estruturas lesadas.

Saber quais são os seus mecanismos patogénicos envolvidos, que entidades clínicas se individualizam e como podem ser definidas para que seja possível diagnosticá-las clinicamente, com critérios claros e generalizadamente aceites.

Procurar saber porque têm uma expressão clínica variável, quais são os factores de variação e qual é o papel da hereditariedade?

Procurar avaliar qual é o seu verdadeiro impacto social e como pode ser correctamente calculado.

Verificar se os dados epidemiológicos sobre cefaleias são fiáveis e reprodutíveis ou se há variações regionais que possam opontar pistas para diagnósticos etiológicos.

Por não haver dados epidemiológicos sobre cefaleias na população geral portuguesa decidi-me a encetar esta investigação com o objectivo de conhecer a dimensão do problema no nosso povo.

# II. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

# 1. HISTÓRIA

A cefaleia, como forma de expressão dolorosa de uma afecção aguda ou subaguda localizada à extremidade cefálica, está certamente largamente representada nas diversas espécies do reino animal, mas a cefaleia crónica, com manifestações esporádicas ou persistentes, parece ser apanágio da espécie humana.

Não se sabe em que fase da evolução filogenética da espécie humana se iniciaram, mas é possível seguir a evolução dos conhecimentos humanos sobre cefaleias através da literatura.

## Primeiras referências

Há referências a cefaleias em documentos babilónicos que remontam ao ano 3000 a.-C.[1]. Em documentos do Egipto antigo foram encontradas descrições de cefaleias, do tipo da enxaqueca, com os tratamentos tradicionalmente utilizados e que datam do ano 1500 a.-C.[2-4]. Na medicina grega, que provavelmente sofreu a influência egípcia, há referências a cefaleias desde 1250 a.-C.[2,3], mas foi sobretudo com Hipócrates, entre 460 e 565 a.-C., que o conhecimento médico sobre cefaleias se desenvolveu mais, tendo sido reconhecidos os sintomas visuais da enxaqueca, bem como as cefaleias causadas pelo esforço e pelo acto sexual [5]. Mais recentemente, na Roma antiga, vários foram os autores que contribuíram para um melhor conhecimento das cefaleias do tipo da enxaqueca. Cornelius Celsus admitiu que cefaleias deste tipo podem ser induzidas pelo vinho e pelo calor do fogo ou do sol[6]. Em 80 d.-C., Arataeus da Cappadocia descreveu uma dor localizada a um lado da cabeça que designou por heterocrania,

associada a suores, náuseas, vómitos biliares e complicada de perturbações visuais, sugestivas de enxaqueca com aura[6,7]. A mesma sequência de cefaleias e escotomas aparece na descrição de Soranos de Ephesus, traduzida para o latim por Caelius Aurelianus[8].

## Hemicrânia

No século segundo d.-C., Galeno introduziu a designação de hemicrânia (como sinónimo de heterocrânia) para a cefaleia unilateral. Desta viria a resultar mais tarde a denominação francesa de *migraine*.

Galeno deixou uma enorme quantidade de livros que influenciaram toda a medicina europeia até ao princípio do séc. XIX, quando a medicina latina foi finalmente substituída pela medicina alemã, francesa, inglesa e italiana. A sua principal contribuição para as cefaleias foi certamente, através dos seus livros *De logos affectis*[2,9,10], vol. VIII, e *De compositione medicamentorum secundum loci affecti*[11], vol. XII, onde manifesta opiniões hipotéticas sobre a sua origem, nomeadamente da enxaqueca que atribui ao arrefecimento e à secura.

Nos séculos seguintes, após a queda do Império romano, os seus vastos conhecimentos foram desintegrados, mas partes importantes foram salvas e posteriormente desenvolvidas por cientistas e médicos árabes, persas e judeus[2,3].

## Homens da ciência

Avicenna, o príncipe da medicina persa, esteve à frente do renascimento galénico no século X. Descobriu que havia formas de cefaleias que não eram devidas à obstrução dos sentidos, como até então se supunha, mas sim o inverso, o cérebro funcionaria mais do que o normal, porque até estímulos fracos como cheiros, barulho e luz frequentemente desencadeavam ataques. Este foi um passo importante para a teoria da cefaleia funcional. Mas os avanços da medicina muçulmana foram desprezados pelos homens da ciência renascentista, que só olhavam para os textos originais gregos, por causa das diferentes interpretações, das diferenças religiosas e dos tratamentos brutais usados pelos muçulmanos[2,3,12,13].

Na Europa cristã, pastoral e monástica, a medicina florescia afastada dos mestres árabes. Um exemplo é a obra de Hildegard von Bingen cujas ilustrações sugerem a aura visual da enxaqueca; contudo, isso é apenas uma interpretação possível dado que desenhos semelhantes aparecem noutras gravuras monásticas da época mas de diferentes origens. Hildegard considerava que a dor da enxaqueca era unilateral por ser tão severa que seria insuportável se fosse dos dois lados da cabeça[2,3,9,12,13].

Nos séculos seguintes não houve qualquer progresso do conhecimento sobre cefaleias e os seguidores de Galeno, na Idade Média e na Renascença, criaram um sistema de medicina centrado nos seus conceitos que não podiam ser alterados porque constituíam a verdade absoluta. Só no séc. XVII voltaram a surgir descrições literárias e médicas inovadoras sobre cefaleias[3,9,12,13].

## Descrições autobiográficas

Em 1618, Charles LePois, um médico francês, numa descrição autobiográfica, referiu episódios de perda unilateral transitória de sensibilidade e de força acompanhadas de cefaleias severas que atribuiu a alterações climáticas[14].

Wepfer (1620-1695), médico em Schaffhausen, na Suiça fez em 1658 a primeira descrição de uma enxaqueca basilar que atribuiu a uma perturbação do tronco cerebral. Só foi, no entanto, publicada em 1727. Wepfer notou a alternância da dor da hemicrânia em alguns casos e atribuiu-a ao relaxamento dos vasos[15].

Em 1684, Thomas Willis, na sua colectânea *Willis's Practice of Physicke,* incluiu dois capítulos sobre cefaleias que definiu como "uma doença que recai sobre os sóbrios e os intemperados, os pobres e os ricos, os gordos e os magros, os jovens e os velhos, os homens e as mulheres de qualquer idade, estado ou condição"[2,3,16].

## Início da interpretação patogénica

Willis afirma que a origem da dor não estava no "cérebro, cerebelo ou medula que não têm fibras sensitivas" mas antes na distensão dos vasos que "puxam as fibras nervosas afastando-as umas das outras, acarretando-lhes

deformações dolorosas ou rasgaduras" e referiu o desencadear da dor pelo "vinho, calor excessivo, exposição ao sol, paixões, actividade sexual, sono prolongado, tumores cirrosos a crescer nas meninges e outras doenças mal definidas".

## Sintomas premonitórios

Comentou o aumento do apetite como sintoma premonitório e as náuseas e vómitos que se seguem às cefaleias. Foi mais longe ainda propondo como tratamento a restrição de alimentos muito condimentados, banhos, excessos sexuais e movimentos intensos do corpo e da mente, antes de advogar os enemas, sangrias ou bizarros tratamentos farmacológicos muito em voga na sua época.

Willis descreveu também as salvas sazonais de cefaleias diárias ocorrendo quase a horas fixas em alguns indivíduos. Relatou a forma como surgem os sintomas premonitórios, a propagação ascendente dos espasmos ou sintomas de aura e o copioso esvaziamento de urina que acompanham as crises, admitindo a vasoconstrição e vasodilatação como fenómenos causais[2,3,9,12,16].

Em 1677, Locke, médico e filosofo inglês discípulo de Willis, fez a primeira descrição da nevralgia do trigémio[17].

Os escritos destes dois autores influenciaram a atitude clínica na abordagem das cefaleias e dores faciais até ao fim do séc. XIX [2,3,9,17].

## Primeira tentativa de classificação

No século XVIII surgiam novas observações sobre cefaleias. Em 1723, Vater descreveu o escotoma hemianóptico da enxaqueca[3,9]. Carl Linné, que foi o autor da actual classificação botânica também extensiva a animais, seres humanos e doenças incluindo a enxaqueca, doença de que ele também sofria. A classificação de Linné ocupa um largo espaço na publicação de François Boissier, de Montpellier, que em 1735[3] que foi um dos primeiros autores a fazer uma descrição da aura visual e também realizou a primeira experiência para provar a natureza eléctrica da acção nervosa. Em 1763, Boissier propôs 10 tipos distintos de enxaqueca. Esta classificação foi modesta comparada com a de Baur de Tubingen, que em 1790, incluiu todas as cefaleias em quatro secções contendo

72 classes cheias de neologismos. Estas classificações foram abandonadas no início do séc. XIX[9,17].

Em 1759, Fordyce publicou em *De Hemicrania* um artigo em que faz referência à depressão premonitória da enxaqueca, à poliúria durante a crise e à associação das crises com as menstruações[2,3,9].

Fothergill descreveu, em 1778, as perturbações visuais da enxaqueca usando o termo *fortification spectra*, considerando que a causa da cefaleia estava no do estômago dada a sua relação com certos alimentos[2,3,9].

Tissot (1728-1797), de Lausanne, discípulo de Boissier, escreveu "O Tratado dos Nervos" que inclui a mais completa revisão sobre a enxaqueca publicada até essa data, cuja parte clínica é largamente baseada nos conceitos de Wepfer, defendeu também a relação com os alimentos mas acrescentou que os factores neuronais são cruciais no desencadear da crise da enxaqueca[2,3,18].

## A aura

Nos finais do séc XVIII e durante o século XIX verificou-se uma maior atenção para com a aura da enxaqueca através das descrições feitas por diversos cientistas sobre as suas próprias auras. W.H. Wollastron tinha ataques de hemianopsia durando cerca de 15 minutos, primeiro só do lado esquerdo depois só do lado direito e concluiu, com base nisso, que os nervos ópticos eram semi-decussados, tendo feito uma comunicação à *Royal Society of Medicine* sobre este assunto, em 1824. No mesmo ano, um astrónomo e físico francês, François Arago, fez idênticas observações a propósito do seu escotoma hemianóptico seguido de hemicrânia frontal contralateral, que incluiu na tradução francesa que fez do artigo de Wollastron[16,17].

Em 1865, Sir George Bidall Airy, Astrónomo Real inglês, publicou um artigo com a descrição da sua própria aura, um escotoma em *zig-zag*, colorido mas sem cefaleia. No mesmo ano, Sir David Brewster, um famoso estudioso do fenómeno óptico, leu na *Royal Society of Edimburg* uma comunicação intitulada *"On Hemiopsy, or Half-vision"* comentando as suas observações sobre o seu próprio escotoma migrainoso. Em 1866, o astrónomo Sir John Herschell descreveu o seu escotoma hemianóptico como sendo muito semelhante ao desenho de uma fortificação[2,3,9,12,16,17].

Charcot e os seus discípulos tentaram demonstrar, sem êxito, que a enxaqueca oftálmica era uma entidade distinta da enxaqueca sem aura[2,3,9,12,17].

## Causa angiopática ou neuropática?

Em 1859, Emil DuBois-Reymond, um prussiano da Suíça francófona, fundador da electrofisiologia, escreveu também sobre a enxaqueca. Porque costumava ficar pálido durante a sua enxaqueca e notando que a dor aumentava sincronamente com o pulso da artéria temporal superficial, tentou demonstrar que a enxaqueca era devida a uma hiperactividade simpática, acreditando na origem angiospástica da afecção[3,9,19]. Mas em 1867, Mollendorff confirmou observações anteriores de Parry, de que a compressão da artéria carótida faz a desaparecer a cefaleia, concluindo que a enxaqueca é angioparalítica, gerando-se assim a controvérsia[16,17]. Eulemberg, no seu livro sobre neurologia funcional, publicado em 1871, tentou conciliar os dois mecanismos, admitindo oscilações entre os dois pólos do sistema nervoso autónomo, criando assim um novo conceito fisiopatológico para a enxaqueca[3,17]. Estes factos fazem pender a fisiopatologia da enxaqueca para uma causa vascular em vez de neuronal, apesar da referência de Liveing, em 1873, à analogia entre enxaqueca e epilepsia, mais tarde defendida por Huglings Jackson que considerava a enxaqueca uma forma de epilepsia sensitiva em que cefaleias e vómitos eram interpretados como epifenómenos[3,9,12].

## Factores familiares

Samuel Wilks, em 1872, referia-se à enxaqueca como "correndo em famílias e sendo devida a um temperamento particular", admitindo múltiplas causas, propondo como tratamento uma banda à volta da cabeça, repouso e, se possível, o sono e desaconselhando o uso de fármacos por os considerar inúteis[3,9,12].

## Teorias etiopatogénicas

Em 1873, Labarraque implica o ruído como causa das cefaleias. Em 1887, L. Thomas no seu livro conciso *La Migraine* discute as teorias etiopatogénicas,

condena as opiniões de Charcot mas aceita a teoria trigémino-vascular proposta por Hasse, em 1855 e Galezowski, em 1878[2,9].

No fim do séc. XIX, o neurologista germânico P.J. Moebius fez uma excelente revisão da enxaqueca. Sendo ele próprio sofredor de enxaqueca tinha um grande interesse pelo assunto, mas considerava que era um estigma de degenerescência. Foi o autor da designação de "estado de enxaqueca" por analogia com o estado epiléptico e teve uma grande controvérsia com Charcot por causa da enxaqueca oftalmoplégica que considerava não como uma enxaqueca mas como um sintoma de lesão subjacente[2,3,9,17].

## Primeiros tratamentos da base científica

A constatação, nos fins do séc. XIX, das alterações vasculares que acompanham as cefaleias do tipo da enxaqueca, conduziu a pesquisa de fármacos vasoactivos. Os resultados obtidos no tratamento da enxaqueca com os alcalóides da cravagem do centeio, a partir de Edward Woakens, em 1868, conduziu à pesquisa e isolamento de substâncias activas (ergotina em 1875 e ergotamina em 1925)[3]. A sua utilização no tratamento da enxaqueca ocorre a partir de um ensaio clínico efectuado por H.W. Maier em 1925 e divulgado em 1926 revelando a sua eficácia. Em 1928, Trutman, na Alemanha, demonstrou que a ergotamina era mais eficaz do que o placebo[3,20]. Em 1939, Graham e Wolff, num artigo hoje clássico sobre o mecanismo patogénico da cefaleia do tipo enxaqueca e a acção do tartarato de ergotamina, mostraram que a ergotamina reduzia a amplitude das pulsações da artéria temporal superficial em doentes com enxaqueca e que essa redução estava associada à diminuição da cefaleia[20,21,22].

## Primeira classificação moderna

Trabalhos posteriores de Wolff e colaboradores contribuíram decisivamente para um melhor conhecimento das cefaleias em geral e da enxaqueca em particular, tendo sido os únicos investigadores a estudar todos os tipos de cefaleias e a criar as bases da moderna investigação neste campo. Também inspiraram a formação uma Comissão *Ad Hoc* para a Classificação das Cefaleias que produziu, em 1962, a primeira classificação moderna de cefaleias. O seu

livro *Headache and other head pain*, de 1948, tornou-se no livro clássico de cefaleias do séc. XX [21,22,23,24].

## Novas entidades clínicas

Entretanto, Graham e Wolff[21,22] verificaram que a ingestão frequente de ergotamina causava cefaleias crónicas resistentes a outros tratamentos. Enquanto que nos países de língua inglesa se recomendava o uso de combinações de analgésicos para substituir a ergotamina, nos países de língua alemã verificava-se que combinações de analgésicos causavam cefaleias crónicas resistentes a outros tratamentos e recomendava-se o inverso. Esta tragicomédia transcultural revela a incapacidade dos médicos para lidarem com as condições crónicas associadas ou não ao abuso medicamentoso[3]. Estas situações são frequentemente confundidas com as cefaleias de tensão. Entidade cuja história está por contar e se confunde com a das restantes cefaleias nomeadamente com a enxaqueca. A sua delimitação parece ter ocorrido só nas últimas décadas, especialmente, após os estudos realizados por Wolff e colaboradores que a designaram por cefaleias de contracção muscular na classificação da Comissão *Ad Hoc* para a classificação das Cefaleias do *National Institutes of Health*[3,17,21].

Novas entidades clínicas começaram a ser identificadas como as cefaleias em salvas cuja primeira publicação foi a de Horton e colaboradores, em 1939. Foi usada a designação de eritromelalgia da cabeça e mais tarde (1941) o nome de cefalgia histamínica[25,26]. Posteriormente foi designada por outros autores como cefaleia de Horton. Contudo, são conhecidas descrições anteriores de cefaleias provavelmente idênticas sob outras denominações, como a hemicrânia angioparalítica de Eulenberg, em 1878, a nevralgia ciliar de Harris, em 1926 ou a nevralgia migrainosa também descrita por Harris em 1936[3,25,26]. No entanto, segundo Isler a primeira descrição completa deste tipo de cefaleias foi a de Gerhard van Swieten, médico da Imperatriz Maria Teresa e fundador da primeira Escola Médica de Viena, inserida no seu livro *Commentaria*[3,25,26]. Em Portugal as designações mais vulgares são: "Cefaleia Histamínica", "Cefaleia de Horton" ou "Cluster headache" mas penso que será mais adequado chamar-lhe "Cefaleia em salva", designação usada no Brasil (Raffaelli), por ser uma boa tradução literal da designação inglesa (*cluster headache*), que é a mais vulgarizada[25,26].

Uma nova variante de cefaleias em salva foi descrita, em 1976, por Sjaastad e Dale tendo como características fundamentais a unilateralidade, sem alternância de lado e a resposta absoluta à indometacina[3,27] e como características adicionais a ocorrência em salvas de episódios de mais curta duração nas mais numerosos do que na Cefaleia em Salva, acima referida.

### Estudos hemodinâmicos cerebrais

Uma das contribuições mais valiosas neste século para o progresso dos conhecimentos sobre as cefaleias, particularmente sobre a enxaqueca, foi, sem dúvida, a identificação das alterações hemodinâmicas crânio-cerebrais através do estudo do débito sanguíneo cerebral introduzido por O'Brien em 1967, que permitiu quantificar as alterações circulatórias cerebrais já anteriormente referidas. Este método foi posteriormente aperfeiçoado por Skinhoj e Paulson, em 1969, com a introdução do estudo do débito sanguíneo cerebral regional[24,28].

### Mediadores químicos

Outro campo que tem sido objecto de intensa investigação nos últimos anos é o das alterações bioquímicas, particularmente dos neuromediadores e seus receptores. Salientam-se, pela sua importância, os estudos sobre a serotonina efectuados por Sicuteri em 1961, Crurren em 1965, Cruzon em 1966, Antony e Lance em 1975, Sjaastad em 1975 e Damásio em 1978[7,20,22,23,27,30], e ainda os estudos da função plaquetária que com Antony em 1969, Sandler em 1970, Sicuteri em 1972, Glover em 1977 e Damásio em 1978 tiveram grande impulso[7,22,24,29,30].

### Primeiros estudos epidemiológicos

Simultaneamente com os progressos verificados na investigação laboratorial e farmacológica surgem estudos epidemiológicos, como os de B. Bille, em 1962, Dalsgaard-Nielsen, em 1965, e Waters em 1971-1975. Criam-se as primeiras clínicas de cefaleias, particularmente na Inglaterra, Estados Unidos e França[31,32,33,34,35].

## Novos fármacos

Nas duas últimas décadas, os estudos sobre os receptores da serotonina e o desenvolvimento de novos fármacos com afinidade específica para determinados receptores da serotonina têm contribuído decisivamente para o progresso dos conhecimentos sobre cefaleias, particularmente da enxaqueca[20,23,29].

Em Portugal, não há tradição de investigação farmacológica nem epidemiológica das cefaleias e só nos últimos anos começaram a surgir consultas especializadas, integradas em Serviços de Neurologia dos Hospitais Centrais de Lisboa, Porto e Coimbra e os estudos de investigação clínica, epidemiológica e laboratorial começaram desde estão a surgir com frequência crescente.

Como vemos, a enxaqueca tem ocupado um papel predominante na história das cefaleias, quer pela sua frequência quer porque o conhecimento que dela temos é incompleto e fragmentado, já que a sua verdadeira causa permanece ignorada. Tal facto favorece a ocorrência de múltiplas teorias para tentar explicar a sua génese, desde a vascular à psicológica, passando pela humoral, imunológica e neuronal, traduzindo a constante procura do homem pela razão dos factos, ou seja, a procura da verdade.

## BIBLIOGRAFIA


1. Alvarez WC. Was there sick headache in 3,000 b.C.? *Gastroenterology* 1945; 5: 524.
2. Critchley M. Migraine from Cappadocia to Queen Square. In *Background to Migraine.* Vol. 1; London Heineman, 1967; p. 28.
3. Isler H. Historical Background. In *The Headaches.* J Olesen, P Tfelt-Hansen and KMA Welch eds.. Raven Press, New York, 1933: pp. 1-8.
4. Major RH. The Papyrus Ebers. Am Hist 1930; 2:547.
5. Adams F. The Genuine Works of Hippocrates. Baltimore, Williams and Wilkins, 1839.
6. Adams F. *Extant Works of Aretaeus, The Cappadocian.* London, New Sydenham, Society, 1841.
7. Anthony M, Lance JW. The role of serotonin in migraine. *In Modern Topics in Migraine,* Vol. 1, J. Pearce ed.; William Heineman Medical Books, London, 1975; pp. 107-123.
8. Aurelianus Caelius: Liber 1 De capitis passone quam Graeci sephalean nominant. In *Medici Antiqui Omnes Qui Latinis...* Vol. IV, Venetiis, 1547; pp. 249-258.
9. Guthrie D. *A history of Medicine.* New York. Thomas Nelson and Sons. 1947; pp. 44.
10. Liveing E. *On Megrin Sick Headache and Some Allied Disorders. A Contribution to the Pathology of Nerve Storms.* London, J and A Churchill, 1873.
11. Galen: De compositione medicamentorun secundum locos. In Kuhn ed. *Opera Omnia,* Vol. XII, part II. Lipsiae C. Cnoblochii. 1876; pp. 591.
12. Gowers W. *Diseases of the Nervous System.* Vol. 2. Philadelphia: P. Blakinston Son & Co. 1893; pp. 836-866.
13. Sigerist HE. A history of Medicine: Vol. 1 - Primitive and Archaic Medicine 1955; p. 451. New York. Oxford University Press. Sjaastad O. Vascular and biochemical changes in migraine. In *Migraine and Related Headaches* Vol. 1, PR Saxena ed.; Erasmus University. Rotterdam,1975; pp.55-59.
14. LePois C. Selectionum observation. Ludg Batav, C Bantestein and JA Langerek. *De Hemicrania,*1714; pp. 67-77.
15. Wepfer IJ. Observations Medico-pratical de Affectibus Capitis Internis et Externis. Schafghausen JA Ziegler; 1927.
16. Latham PA. Clinical lectures on nervous or sick headaches. *Br Med J* 1872; 305-306; 336-307.
17. McHenry LC (Jr). *Garrison's History of Neurology.* Springfield, Illinois, Charles C Thomas. 1969; p. 451.
18. Tissot JAD. *Traité des Nerfs et de Leurs Maladies.* Paris 1783; Lusanne.
19. DuBois Reymond E. Zur Kenutuis der hemikrania. *Arch Anat Phys Wiss* 1860; 461-468.
20. Sicuteri F, Testi A, Anselmi B. Biochemical investigations in headache: increase in hydroxiindolacetic acid excretion during migraine attacks. *Int Arch Allergy* 1961; 19: 55-58.
21. Wolff HG. Headache and Other Head Pains. Vol. 1, Oxford, University Press. 1948.
22. Graham JR, Wolff HG. Mechanism of migraine headache and action of ergotamine tartarate. *Arch Neurol Psychiat (Chicago)* 1839; 39:737.
23. Dalessio DJ. Headache mechanisms. In *Handbook of Clinical Neurology.* Vol. 5, PJ Vinken, LW Bruyn eds.; North Holland Publishing Cie, Amsterdam; Cap. 2, 1968; pp. 15-24.
24. Lance JW. Mechanism and management of headache. Cap. 1, 4th ed, London, Butterworth Scientific. 1982; pp. 1-7.

25. Sjaastad O. Cluster Headache. In: Hedache F. Clifford-More editor Handbook of Clinical Neurology. Revised series 4: (48). Elsevier Science Publishers. New York 1986, ch 14: 217-246.
26. Sjaastad O. Cluster Headache as Such. In: Cluster Headache Syndrome. Ottar Sjaastad Editor. Major Problems in Neurology Series. MB Saunders, Co, London, 1990; vol 23: 1-34.
27. Sjaastad O. Chronic Paroxymal Hemicraxis. In: Headache. F. Clifford-Rase editor. Handbook of clinical Neurology. revised series 4(48). Elsevier Science Publishers. New York 1986, ch 16: 257-266.
28. Skinhoj E, Paulson OB. Regional blood flow internal carotid distribution during migraine attack. *Br Med J* 1969; 3: 569-570.
29. Sicuteri F, Buffoni F, Anselmi B, Del Bianco PL. On Enzyme MAO - Defect on the Platelets in Migraine. *Rec Clin Stud Headache* 1972; 3:245-251.
30. Damasio M, Beck D. Migraine thrombocytopenia and serotonin metabolism. *Lancet* 1978; i:240-241.
31. Bille B. Migraine in school children. *Acta Paediat* 1962; 51 (Suppl. 136).
32. Dalsgaard-Nielsen T. Migraine and heredity. *Acta Neurol Scand* 1965; 41:287-300.
33. Waters WE. Epidemiological aspects of migraine. In *Background to Migraine* Vol. 1; JN Cumings ed.; W Heinemann. London, 1971; pp. 36-44.
34. Waters WE. Epidemiology of Migraine. Modern Topics in Migraine. Vol. 1, JPearce ed.; W Heinemann. London, 1975; pp. 8121.
35. Bousser MG, Barin JC. *Migraines et algies vasculaires de la face*. Chap. I e II; Ed. Sandoz 1979; pp. 9-17, 93-123.

## 2. NOSOLOGIA

### O Conceito de Cefaleia

Ao termo cefaleia têm sido atribuídos significados diversos. Para alguns autores, cefaleia é "toda a dor da extremidade cefálica, localizada ou difusa" [1], para outros, a cefaleia é apenas a "dor localizada ao crânio" [2], reservando a designação da algia facial para a "dor localizada na face" [3,4,5]. Com o objectivo de uniformizar conceitos, os *National Institutes of Health* (NIH), dos Estados Unidos através da sua divisão para o estudo das doenças neurológicas, o *National Institute of Neurological Diseases and Blindness* (NINDB), nomeou uma Comissão *Ad-Hoc* para a Classificação das Cefaleias, cujo resultado final foi publicado em 1962 [1]. Esta Comissão definiu a cefaleia como uma "sensação de desconforto, doloroso ou não, de toda a cabeça" [2]. Esta definição, simples mas de âmbito muito lato, permitiu abranger um grande número de afecções que incluam as cefaleias entre as suas manifestações clínicas e veio posteriormente a ser adoptada como definição de cefaleia pela Federação Mundial de Neurologia [6].

Mas, a cefaleia é evidentemente um sintoma e não uma doença. Como sintoma, associado a outros sintomas e sinais, integra os mais diversos síndromes clínicos, desde o vulgar e banal síndrome gripal até ao mais raro e grave síndrome de hipertensão intracraniana. Não nos surpreende, pois, que o sintoma cefaleia seja o mais frequentemente referido na prática clínica diária, não apenas na clínica geral, mas também na maior parte das especialidades médicas [4].

## Evolução da Classificação

São múltiplas as situações clínicas em que a cefaleia constitui o sintoma principal tendo implicações em todas as especialidades médicas. A sua definição e sistematização não são, contudo, fáceis pelo que têm sido feitas, ao longo do tempo, diversas tentativas de classificação. Foi também em 1962, que a Comissão *Ad-Hoc* nomeada pelo *National Institute of Neurological Diseases and Blindness* (NINDB) logrou elaborar uma classificação global de cefaleias (Quadro II.1) que, embora não tivesse sido isenta de críticas, teve a vantagem de obter uma ampla aceitação. Constituiu uma base de uniformização internacional da linguagem médica sobre cefaleias, o que é indispensável a qualquer diálogo científico.

Quadro II.1. **Classificação das cefaleias da Comissão Ad-Hoc do NINDB - 1962**

1. ***Cefaleias vasculares tipo enxaqueca:***
   Enxaqueca clássica, comum, complicada, cefaleia histamínica (Horton) e dor do andar inferior da face
2. ***Cefaleias de tensão muscular:***
   Por contracção muscular sustentada
3. ***Cefaleias combinadas:***
   Associação de enxaqueca com cefaleias de tensão
4. ***Cefaleias por reacção vasomotora nasal:***
   Rinite vasomotora
5. ***Cefaleias de causa psicogénica:***
   De conversão e hipocôndria
6. ***Cefaleias vasculares (excluindo a enxaqueca):***
   Infecções sistémicas, doenças metabólicas, tóxicas, hipertensão arterial, etc
7. ***Cefaleias de tracção:***
   Hipo e hipertensão intracraniana de qualquer causa
8. ***Cefaleias por inflamação craniana:***
   Arterites intra ou extracranianas
9. ***Cefaleias por doença oftalmológica:***
   Glaucoma, estrabismo, traumas, tumores ou inflamações oculares
10. ***Cefaleias por doença otológica:***
    Trauma, tumor ou inflamação do ouvido
11. ***Cefaleias por doença rinológica:***
    Trauma, tumor ou inflamação das estruturas nasais ou sinusais
12. ***Cefaleias por doença dentária:***
    Trauma, tumor ou inflamação de estruturas dentárias
13. ***Cefaleias por alteração da coluna vertebral e crânio:***
    Trauma ou inflamação de estruturas do crânio e/ou da coluna cervical
14. ***Cefaleias por nevrites cranianas:***
    Trauma, tumor ou inflamação dos nervos cranianos
15. ***Cefaleias por nevralgias cranianas:***
    Nevralgias essenciais do trigémio e glossofaríngeo

Nesta classificação os cinco primeiros grupos (quadro II.1) englobam as formas mais frequentes, ou seja, as cefaleias crónicas quer paroxísticas, como a enxaqueca, quer as contínuas como as cefaleias de tensão e as psicogénicas ou as associações destas, as quais não estão habitualmente relacionadas com qualquer lesão estrutural, sendo por isso designadas de primárias ou idiopáticas.

Nos nove grupos seguintes – grupos 6 a 14 – estão contidas todas as variedades de cefaleias relacionadas com lesões estruturais e por isso também designadas por orgânicas ou sintomáticas, secundárias às mais diversas patologias de diferentes estruturas cranianas.

No último grupo – grupo 15 – estão incluídas as nevralgias essenciais dos nervos cranianos, estas, também em regra sem causa orgânica conhecida.

Esta classificação foi um precioso instrumento de trabalho, sendo referência obrigatória na definição das entidades clínicas seleccionadas para investigação científica durante mais de duas décadas. Contudo, com o decorrer dos anos e o progresso dos conhecimentos médicos sobre as diversas entidades clínicas, modificaram-se alguns conceitos. Tornou-se, pois, necessário actualizar a classificação, pelo que a *International Headache Society* (IHS), pouco depois da sua institucionalização, nomeou uma Comissão *Ad Hoc* para a elaboração de uma nova classificação das cefaleias, que foi publicada em 1988[7] e está resumida no quadro II.2.

## Estruturação dos principais síndromes

As formas mais frequentes das cefaleias são as idiopáticas, integrando os quatro primeiros grupos da classificação da IHS: enxaqueca, cefaleias tipo tensão, cefaleia em salva e hemicrânia paroxística crónica e cefaleias variadas não associadas com lesão estrutural. Destas, serão analisadas neste capítulo, apenas as mais frequentes.

Quadro II.2. **Classificação de Cefaleias da International Headache Society - 1988**

1. Enxaqueca
2. Cefaleias tipo tensão
3. Cefaleias em salva e hemicrânia paroxística crónica
4. Cefaleias variadas não associadas a lesões estruturais
5. Cefaleias associadas a traumatismo cranianos
6. Cefaleias associadas a perturbações vasculares
7. Cefaleias associadas a perturbações intracranianas não vasculares
8. Cefaleias associadas ao uso ou privações de substâncias
9. Cefaleias associadas a infecção não cefálica
10. Cefaleias associadas a perturbações metabólicas
11. Cefaleias ou dores faciais associadas a perturbações do crânio, pescoço, olhos, ouvidos, nariz, dentes, boca ou outras estruturas do crânio ou face
12. Nevralgias cranianas, dor de tronco nervoso e dor de desaferenciação
13. Cefaleias não classificáveis

### *Enxaqueca*

Enxaqueca é a designação científica desta entidade em português, aliás, semelhante à designação espanhola jaqueca. Contudo, o termo português adquiriu um cunho vulgar e depreciativo pelo que talvez se justifique o uso do termo francês *migraine* na linguagem científica onde frequentemente se usam indistintamente as duas expressões como sinónimos.

A enxaqueca, classicamente reconhecida pelos acessos periódicos de cefaleias e vómitos, foi definida por Vahlquist, em 1955, como cefaleia paroxística com pelo menos dois dos seguintes aspectos: 1. dor unilateral; 2. náuseas; 3. escotoma; 4. história familiar[8].

Foi também definida pelo Grupo de Investigação da Enxaqueca e Cefaleia da Federação Mundial de Neurologia, em 1969, como uma "afecção familiar caracterizada por acessos recorrentes de cefaleias, geralmente unilaterais, de frequência, intensidade e duração muito variáveis, frequentemente associados

a anorexia, náuseas e vómitos e eventualmente precedidos ou acompanhados de perturbações do humor e sinais neurológicos focais". Mas esta definição inclui expressões muito vagas como "geralmente", "frequentemente", "eventualmente", pelo que se impunha uma maior precisão na definição desta entidade clínica[9].

Em 1982, Lance definiu a enxaqueca como uma cefaleia episódica, uma perturbação cerebral ou ambas separadas por períodos livres e sem evidência de anomalia estrutural primária. Esta definição não teve, no entanto, grande aceitação[4].

A Comissão *Ad Hoc* para a classificação de cefaleias da Sociedade Internacional de Cefaleias não propôs qualquer definição para a enxaqueca, nem para os outros tipos de cefaleias, optando por uma descrição genérica de cada tipo de cefaleia, como veremos mais adiante a propósito de cada caso.[7] Esta Comissão, elaborou uma classificação de enxaqueca que está resumida no quadro II.3.

Quadro II.3. **Classificação da enxaqueca da I.H.S. - 1988**

*Enxaqueca*

- sem aura
- com aura
  - típica
  - prolongada
  - hemiplégica familiar
  - basilar
  - aura sem cefaleia
  - aura de início agudo
- oftalmoplégica
- retiniana
- síndromes periódicos da criança (precursores ou associados a enxaqueca)
- complicações da enxaqueca
- cefaleia tipo enxaqueca não preenchendo todos os critérios

### *Cefaleias tipo tensão*

As cefaleias de tipo tensão denominadas como cefaleias de contracção muscular, pela Comissão *Ad Hoc* para a Classificação das Cefaleias do *National Institute of Neurological Diseases and Blindness* foram definidas pela Comissão como dor e sensação de aperto, pressão ou constrição muito variável em intensidade, frequência e duração, geralmente de longa duração e de localização frequentemente suboccipital. Esta comissão admitiu que a dor resultava de uma *contracção muscular sustentada na ausência de alterações estruturais permanentes fazendo parte da reacção individual ao stress diário.* Esta entidade, assim definida, é difícil de isolar clinicamente, já que raramente ocorre de uma forma pura, surgindo frequentemente associada com sintomatologia própria da enxaqueca.

A Comissão da Classificação da Cefaleia da I. H. S. designou este tipo de cefaleias por cefaleias tipo tensão e subdividiu-as em dois grupos: as episódicas e as crónicas (quadro II.4).

Quadro II.4. **Classificação das cefaleias tipo tensão da I.H.S. - 1988**

- Cefaleias tipo tensão:
  - Episódicas
  - Crónicas
  - Cefaleias tipo tensão não preenchendo todos os critérios

As formas episódicas foram descritas como "episódios recorrentes de cefaleias com duração de minutos a dias. A dor é tipicamente em pressão ou afecto, de intensidade ligeira ou recomendada, bilateral, e sem agravamento com a actividade física de rotina. Náuseas então ausentes na foto ou fonofobia podem estar presentes. As formas crónicas distinguem-se porque "a cefaleia está presente pelo menos 15 dias por mês e não menos e seis meses por ano". A cefaleias tem as mesmas características mas as náuseas podem ocorrer nesta variedade.

Os critérios de diagnóstico propostos pela IHS para as cefaleias tipo tensão serão descritas mas adiante, na revisão clínica..

## Cefaleias em salva

Pode ser definida segundo a IHS como uma dor facial estrictamente unilateral, de predomínio orbitário, supraorbitário ou temporal, que dura minutos (15-180) acompanhando-se geralmente de hiperemia conjuvival, lacrimejo, obstrução nasal e rinorreia, diaforese facial e frontal, miose, ptose e edema palpebral . Ocorre por salvas, uma a oito vezes por dia, durante um período de semanas ou meses (*cluster*) separados por períodos de remissão com duração de meses a anos. O uso do termo *cluster*, que na língua inglesa significa cacho, resulta a característica da dor ocorrer por salvas, mas cerca de 10% dos doentes apresentam formas crónicas, isto é, sem os períodos de remissão (quadro II.5).

Quadro II.5. **Classificação das cefaleias em salva da I.H.S. - 1988**

| |
|---|
| Cefaleias em salvas (cefaleia de Horton): |
| De periodicidade indeterminada |
| Episódicas |
| Crónicas |
| Cefaleias tipo salva não preenchendo todos os critérios |

Uma das virtudes do comité responsável pela elaboração da nova classificação de cefaleias, foi a de estabelecer critérios para o diagnóstico das diferentes entidades clínicas incluídas nesta classificação. Este facto, tem contribuído para uma uniformização de conceitos e um maior rigor na classificação dos casos clínicos e na análise estatística dos resultados da investigação clínica, laboratorial ou epidemiológica.

Os critérios de diagnóstico acima referidos serão adiante descritos durante a abordagem clínica e caracterização dos diferentes tipos de cefaleias.

Esta classificação está ainda em fase de discussão e, portanto, sujeita a algumas alterações que possam vir a ser propostas.

## BIBLIOGRAFIA

1. Ad Hoc Committee on Classification of Headache: *J Amer Med Assoc* 1982; 179: 717.
2. Dalessio DJ. *Wolff's Headache and Other Head Pain*, 4th ed. New York, Oxford. Oxford University Press, 1980.
3. Dalessio DJ. Recent experimental studies on headache.*Neurology* 1963; 13: 7-10.
4. Lance JW. *Mechanism and Management of Headache*, 4th ed. London. Butterworth Scientific.
5. Walker AE. Chronic post-traumatic headache. *Headache* 1965; 5: 47-72.
6. Ostfeld AM, Wolff HG. Investigation, mechanisms and management of the migraine syndrome. *Med Clin N Amer* 1958; 42: 1497-1509.
7. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial form. Cephalgia 1988; 8 suppl. 7: 1-96.
8. Vahlquist B. Migraine. Int Arch Allergy Appl Immunol 19??; 7: 348-355.
9. World Federation of Neurology: Definiton of Migraine. In Background to Migraine. Third Migraine Symposium Edited by Cochrene AL. London Heineman; 1970: 181-182.

## 3. EPIDEMIOLOGIA

A cefaleia, como sintoma isolado ou integrado em síndromes mais ou menos complexos, é um fenómeno extremamente frequente, tendo acompanhado o ser humano desde tempos imemoriais.

A sua elevada frequência e relação com situações difíceis ou desagradáveis fez com que ela fosse usada e integrada na linguagem como metáfora para designar tais situações problemáticas.

O facto de ser tão comum, frequentemente familiar e de curso previsível, em grande parte dos casos, contribui significativamente para que muitas vezes passe fora do alcance médico, isto é, evolua sem recurso a cuidados médicos [1,2].

Esta é uma das razões que justificam a necessidade de recurso a estudos epidemiológicos de base populacional, como única forma de avaliar a verdadeira dimensão desta situação clínica e as suas implicações económicas e sociais[1,2,3,4].

### Metodologia

O carácter episódico e a periodicidade variável de que se revestem algumas das principais variedades clínicas de cefaleias constitui uma das dificuldades do seu estudo epidemiológico. Assim, para avaliação da incidência (novos casos) são necessários estudos longitudinais da população por longos períodos de tempo , estudos estes que são muito difíceis e extremamente dispendiosos, donde serem praticamente inexistentes.

Para contornar este problema utilizam-se estudos transversais que fornecem informações sobre a prevalência que inclui os novos casos (incidência) a par daqueles em que a sintomatologia se repete, isto é, em que a afecção se mantem

(prevalência). Mas, para que este tipo de estudo seja válido, é necessária a definição clara do período de tempo a que se refere (p. ex.: toda a vida, um ano, um mês, um dia). Problemas de memorização podem influenciar os resultados, especialmente quando se reportam a períodos muito longos e a formas leves ou esporádicas[4,5,6].

O carácter eminentemente subjectivo das cefaleias e dos sintomas acompanhantes, a ocorrência em episódios com grande variabilidade na severidade, duração, frequência e manifestações associadas, a frequente ocorrência de mais de um tipo de cefaleias no mesmo indivíduo, a par da ausência de marcadores biológicos para a maior parte das situações, torna muito difícil o estudo epidemiológico de cefaleias[2,3,7,8].

As técnicas de estudo populacional mais acessíveis, como o questionário de auto-preenchimento, são pouco fiáveis porque o tema é complexo e de difícil sistematização. As técnicas de entrevista utilizando um entrevistador não médico ou a entrevista telefónica necessitam de ser avaliadas quanto à sua validade. O uso de entrevista estruturada e critérios de diagnóstico uniformizados poderá tornar os questionários mais semsíveis e mais específicos[3,5,7,8,9,10].

A técnica da entrevista clínica, embora seja a mais fiável é, no entanto, demasiado demorada e dispendiosa e não deixa de ter alguma margem de erro, nomeadamente porque a selecção dos indivíduos observados se faz numa base voluntária, isto é, só são examinados os que aceitam submeter-se ao interrogatório e exame clínico[3,4,6,7,9,11].

A representatividade da amostra é um dos principais problemas dos estudos anteriores, por erros de selecção. Mas outros problemas têm a ver com a falta de definição das variáveis a estudar e o período de tempo a que se referem. Também o recurso a questionários de auto-preenchimento, constituídos por perguntas pouco claras ou ambíguas e nem sempre neutras, e cujos resultados não são validados, constitui um dos frequentes erros dos estudos epidemiológicos anteriores[3,5,6,10,12].

Um acontecimento muito importante foi o aparecimento de um novo instrumento de trabalho na investigação, a classificação e a definição dos critérios de diagnóstico para as diversas entidades clínicas, elaborados pela Sociedade Internacional de Cefaleias, publicada em 1988. Constituiu um factor decisivo para a renovação dos estudos epidemiológicos, especialmente dos

estudos de base populacional, utilizando as modernas tecnologias de entrevista e de análise estatística uni e multivariada[14].

## Prevalência

A análise dos estudos de prevalência de cefaleias efectuados anteriormente, quer na Europa (quadro II.6) quer no resto do mundo (quadro II.7), revela bem os problemas metodológicos acima enunciados[15-42].

Os dados existentes da prevalência de cefaleias são claramente determinados pelas formas clínicas mais frequentes, como a enxaqueca e a cefaleia de tensão[43,44].

A prevalência da enxaqueca tem sido muito investigada mas os dados obtidos são muito variáveis, dependendo da população estudada, dos critérios de diagnóstico e da metodologia utilizada, como se pode observar nos quadros II.6 e II.7)[1,15-20,22,24,31-33,37,42].

## Enxaqueca

Como consequência da grande variabilidade da apresentação clínica da enxaqueca, torna-se difícil a avaliação da sua prevalência. Os resultados dos diversos estudos efectuados são contraditórios, não só porque as populações estudadas são diferentes em idade, sexo e situação profissional, mas, e essencialmente, porque foram utilizados critérios de diagnóstico diferentes. Assim, vemos que Balyeat e Rinkel, em 1931, encontraram referência a enxaqueca em percentagens variáveis de 3,7% a 13,5% dos vários grupos sociais estudados, com uma média para a população geral de 5%. Bille, em 1962, encontrou em 9000 crianças suecas, 1% de enxaquecas na idade dos 6 anos e 5% aos 11 anos. Dalsgaard Nielsen, em 1970, num estudo de crianças dinamarquesas, encontrou enxaquecas em 3% aos 7 anos e 9% aos 15 anos e, em adultos, 11% no sexo masculino e 19% no sexo feminino. Waters e O'Conner, em 1970, no País de Gales, encontraram enxaqueca em 19% de 2933 mulheres com as idades de 20 e 64 anos. Na Inglaterra, um estudo efectuado em 15000 pessoas, pelo *British Migraine Trust*, em 1975, mostrou que 10% dos homens e 16% das mulheres sofriam de cefaleias unilaterais periódicas e que se fossem incluídas as cefaleias

Quadro II.6. **Cefaleias: estudos epidemiológicos na Europa**

| AUTHOR | COUN | YEAR | POPUL | TYPEPERIOD | AGE | MIGR | TENS | OTHER | TOTAL | M / F |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Grimes | UK | 1931 | 15000 | | all | 8.0 | | | | |
| Schwartz | NL | 1952 | ? | | | 4.0 | | | | |
| Leyton | UK | 1955 | ? | | | 4.0 | | | | |
| Vahlquist | SW | 1955 | 792 | | 20-29 | 5.9 | | | | |
| | | | 1373 | | 16-19 | 7.4 | | | | |
| | | | 1236 | | 10-12 | 4.5 | | | | |
| Logan | UK | 1958 | 382829 | | all | 1.1 | | | | |
| Walker | UK | 1959 | 5785 | | adult | 4.8 | | | | 1.2/3.6 |
| Childs | UK | 1961 | 1607 | | adult | 10.0 | | | | 4.9/13.2 |
| Bille | SWE | 1962 | 8993 | ST | 7-15 | 3.9 | | | 58.6 | 3.4/4.5 |
| Dalsgaard | NL | 1965 | 2417 | | adult | 3.8 | | | | /10 |
| Brewis | UK | 1966 | 6960 | | all | * | | | | 3.8/5.2 |
| Fry | UK | 1966 | 5800 | | adult | 7.7 | | | | 5.5/9.6 |
| Dalsgaard | NL | 1970 | | | all | * | | | | 11.0/19.0 |
| Waters | UK | 1971 | 2933 | GP | 20-64 | 19.0 | | | 78.7 | |
| Waters | UK | 1972 | 882 | | 35-54 | 14/26 | 42/61 | | | |
| Dalsgaard | NL | 1973 | 461 | | 23-84 | 14/22 | | | 23.0 | 21.0/31.0 |
| Witkoswka | POL | 1974 | ? | | ? | * | | | | 1.9/4.2 |
| Barolin | AUS | 1974 | 1639 | | adult | 4.0 | | | | |
| Waters | UK | 1974 | 1718 | GP Y | >21 | 15/23 | | | | 64.0/78.0 |
| Mills | ITA | 1974 | 977 | | 15-64 | * | | | | 15.2/23.7 |
| Clarke | UK | 1974 | 1519 | | 15-64 | * | | | | 18.7/19.5 |
| Waters | UK | 1975 | 1129 | | adult | * | | | | 13.0/25.0 |
| Henry | FRA | 1975 | 2769 | | adult | 1.5 | | | | 0.9/2.8 |
| Sillampa | FIN | 1976 | 4235 | | 7 | 3.2 | | | | |
| Crisp | UK | 1977 | 727 | GP LT | adult | 10/26 | 29/35 | | | 69.0/94.0 |
| Philips | UK | 1977 | 597 | GPR 6M | 16-60 | 10/21 | 65/68 | | | 74.0/89.0 |
| Deubner | UK | 1977 | 600 | | 10-20 | 19.0 | | | | 15.5/22.1 |
| Green | UK | 1977 | 14893 | GP | adult | * | | | | 10.3/15.9 |
| Ekbom | SWE | 1978 | 9803 | | 18 | 1.7 | | | | |
| Newland | UK | 1978 | 2066 | GP Y | > 18 | 14/25 | | | | 73.0/81.0 |
| Nikiforow | FIN | 1978 | 3067 | | 15-70 | | | | 65.8 | 58.0/73.0 |
| Sparks | UK | 1978 | 15797 | | 10-18 | * | | | | 3.4/2.5 |
| Salamon | FRA | 1980 | 2769 | | < 16 | * | | | | 2.6/7.0 |
| Jones | UK | 1980 | 1700 | | adult | 6.0 | | | | |
| Hollnagel | NL | 1980 | 1952 | | 40-50 | 8.0/18 | | | | |
| Nikiforow | FIN | 1981 | 200 | GP Y | >15 | 11/35 | 37/42 | | 77.0 | 69.0/83.0 |
| Manzoni | ITA | 1981 | 1331 | | adult | 11.0 | | | | |
| Post | NL | 1985 | 2252 | GP Y | 16-65 | | | | | 64.0/84.0 |
| D'Alessan | SM | 1988 | 1144 | GP Y | > 7 | 9/18 | | | | 35.0/46.0 |
| Merikangas | SWI | 1990 | 457 | | 27-28 | 6/20 | | | | |
| Buer | NOR | 1991 | 230 | | 20-72 | * | | | 11.7 | 5.4/13.8 |
| Rasmussen | DEN | 1991 | 740 | GP LT/P | 25/64 | 8/25 | 69/88 | | 96.0 | 93.0/99.0 |
| Henry | FRA | 1992 | 833 | GP | >15 | 8.1 | | | | 4.0/11.9 |
| Monteiro | POR | 1992 | 491 | ST LT | 18-25 | 6.1 | 16.1 | | 96.9 | |
| Gobel | GER | 1994 | 4061 | | >18 | 27.5 | 38.3 | 5.6 | 71.4 | |
| Guseo | HUN | 1994 | 767 | | | 9.6 | 20.4 | 17.0 | 47.0 | |

*GP - General pratice; LT - life time prevalence; M - month prevalence; M / F - Male-Female; ST - students; TENS - Tension headache; Y - One year prevalence; *Only migraine*

Quadro II.7 - **Cefaleias: estudos epidemiológicos fora da Europa**

| AUTHOR | COUN | YEAR | POPUL | TYPE PERIOD | AGE | MIGR | TENS | OTHER | TOTAL | M / F |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Balyeat | USA | 1932 | 202 | | adult | * | | | 5.0 | 3.7/13.5 |
| Balyeat | USA | 1933 | 2728 | | adult | 7.9 | | | | |
| Fitz-Hugh | USA | 1940 | 4000 | CL | adult | | | | 16.0 | 22.0/26.0 |
| Lennox | USA | 1941 | 1000 | ST | ? | 5.4 | | | 22.0 | |
| Weider | USA | 1944 | 1000 | | 18/29 | 8.7 | | | | |
| Ogden | USA | 1952 | 4634 | GP | all | 1.2/2.8 | | | 65.0 | |
| Lennox | USA | 1960 | 1000 | | ? | 22.0 | | | | |
| Selby | AUS | 1960 | 500 | | ? | 6.3 | | | | |
| Bain | CAN | 1967 | 4800 | | ? | 7.0 | | | | |
| Martin | USA | 1969 | 567 | | adult | * | | | 35.0 | |
| Wassertheil | USA | 1973 | ? | | ? | 6.0 | | | | |
| Froom | USA | 1974 | ? | | all | 1.0 | | | | |
| Com. Rep. | USA | 1974 | ? | | all | 8.1 | | | | |
| Ziegler | USA | 1975 | 806 | | twin | | | | | |
| Ziegler | USA | 1977 | 1809 | | > 15 | | 42/34 | | | 83.0/84.0 |
| Markush | USA | 1975 | 451 | | 15-44 | | /24 | | | |
| Andrasik | USA | 1979 | 1161 | ST | ? | | | | 58.6 | |
| Korczyn | ISR | 1980 | 880 | | < 20 | 19.0 | | | | 17.0/28.0 |
| Abramson | ISR | 1980 | ? | | 15-19 | 10.1 | | | | 5.1/14.5 |
| Schnarckh | USA | 1980 | 1203 | | adult | * | | | | 7.3/11.0 |
| Schnarckh | USA | 1980 | 3909 | ST | ? | 3.0 | | | | |
| Osuntokun | NIG | 1982 | 903 | | all | * | | | | 5.0/9.0 |
| Levy | ZIN | 1983 | 5 028 | | all | | | | | |
| Ogunyemi | NIG | 1984 | 1256 | | ? | * | | | | 3.4/5.8 |
| Linet | USA | 1989 | 10169 | | 12-29 | 3/7 | | | | 91.0/95.0 |
| Breslau | USA | 1991 | 1007 | | 21-30 | 7/16 | | | | |
| Merikang | USA | 1991 | 12200 | | 25-74 | * | | | | 3.6/12.8 |
| Stewart | USA | 1992 | 20468 | | 12-80 | * | | | | 5.7/17.6 |
| Stang | USA | 1993 | 116929 | | all | 2.3/ 5.8 | | | | |

*CL - clinical population; GP - general practice; LT - life time prevalence; M - month prevalence; M/F - Male/Female; MIGR - Migraine; ST - students; TENS - Tension headache; *Only migraine.*

bilaterais com características de enxaqueca atingir-se-iam valores de 20% para o sexo masculino e 26% para o sexo feminino. A média para a população estudada foi de cerca de 20% (sendo a maior na mulher e menor na criança).

Um estudo efectuado por Osuntokun, em 1982, numa população rural da Nigéria, revelou uma prevalência de 5% no sexo masculino e 9% no sexo feminino, aumentando até 17% durante a idade reprodutiva[38].

Em Portugal não há nenhum estudo epidemiológico de base populacional sobre enxaqueca, pelo que se desconhece a sua prevalência. Há apenas um estudo de prevalência numa população estudantil universitária efectuado por Pereira Monteiro, Eduardo Matos e José M. Calheiros, em 1992 que revelou uma prevalência de enxaqueca de 6,1%[33].

Estes dados demonstram claramente que a enxaqueca é uma afecção amplamente distribuída na população mundial e em diferentes raças e condições sociais.

### Cefaleias tipo tensão

A cefaleia tipo tensão é uma situação frequente. Tem uma prevalência semelhante à da enxaqueca segundo Lance, Curren e Antony que, em 1965, entre 1152 doentes da sua clínica de cefaleias, encontraram 612 casos de enxaqueca e 466 de cefaleias da tensão (40,5%). Na nossa consulta de cefaleias no Serviço de Neurologia do Hospital Geral de Santo António, em 354 doentes, observados em cinco anos, 44,9% apresentavam enxaqueca e 42,1% cefaleias de tensão, isoladas ou associadas a sintomas de enxaqueca (dados não publicados). As estimativas baseadas nos dados epidemiológicos de Waters e O'Connor's (1975) e nas populações clínicas, sugerem uma incidência de 10,4% a 11,7% na população geral. Estudos epidemiológicos mais recentes apontam para valores bastante mais elevados como o de Philips, de 1977, que encontrou 65/68% (M/F) ou o de Rasmussen, de 1991, que detectou 69/88% (M/F)[18-20,25-27,29,30,32,37-42,44].

### Cefaleias em salva

São consideravelmente menos frequentes que a enxaqueca. Em 1972, Sutherland e Eadie encontraram 4,5 casos por 100.000 habitantes e Heyck, em

1976, estimou a prevalência de cefaleias em salva em cerca de 0,4/1000. Sjaastad admite ser este o valor mais aproximado da realidade, que conhece na Noruega[45,46,47]. Kudrow em 1980 estimou a prevalência de cefaleias em salva nos E.U.A. em 0,4% dos homens e 0,08% das mulheres na população geral.

## Factores sócio-demográficos

### *Idade e sexo*

A prevalência de cefaleias é maior na mulher do que no homem, principalmente devido à elevada frequência da enxaqueca na mulher.

Mas a cefaleia de tipo tensão e vários outros tipos de cefaleias são também mais comuns na mulher do que no homem. A preponderância feminina de cefaleias tem sido atribuída a factores hormonais[17,19,23].

A diminuição da prevalência de cefaleias com o avançar da idade verificada em diversos estudos transversais pode ser explicada, pelo facto de certos tipos de cefaleias serem auto-limitadas, outras cederem a tratamento eficaz, mas também por problemas de memória ou simplesmente pela ocorrência de doenças mais graves. Uma investigação mais detalhada sobre este assunto requer estudos longitudinais de longa duração de populações bem definidas, o que é uma tarefa muito difícil[17,19,23,25,27,29,30,32,37,42,49].

O início nas cefaleias de tipo tensão ocorre em 15% dos doentes antes dos 10 anos, mas, na maior parte dos casos na adolescência e, principalmente, na idade adulta, sendo a média de idade de início cerca dos 30 anos. A sua duração é em regra muito longa, geralmente vários anos. Atinge mais o sexo feminino, (75% dos casos), segundo Lance e colaboradores (1975)[37,40,42,49,50].

A cefaleia em salva predomina no sexo masculino, em proporções variáveis segundo diversos autores — 5:1 (Kudrow) e 9:1 (Kunkle). A idade média do início oscila entre os 27 e os 37 anos, podendo contudo ocorrer em qualquer idade, embora seja rara depois dos 60 anos[48,51].

Pelas discrepâncias dos dados disponíveis impõe-se refazer o estudo epidemiológico das cefaleias com base nos novos critérios de diagnóstico e classificação.

### *Outros factores*

A distribuição social das cefaleias tem sido objecto de diversos estudos, geralmente de base clínica, e têm sido muitas as hipóteses levantadas sobre as possíveis relações com os diversos factores sociais. No entanto, diversos estudos de base populacional não confirmaram essas hipóteses e demonstraram a distribuição uniforme da prevalência de cefaleias, em geral, nas diversas classes sociais. A possível associação das cefaleias com o nível educacional ou o estado marital também foram estudadas, mas os resultados são contraditórios por problemas de definição e selecção da população.

Os dados obtidos são controversos e sugerem a necessidade de fazer sempre um ajustamento para o efeito da idade quando se analisam as possíveis associações entre as cefaleias e os factores sócio-demográficos. Os estudos em que esse ajustamento foi feito, não revelaram qualquer relação das cefaleias primárias com o estado de emprego, categoria profissional, educação ou estado marital. Os dados sobre as cefaleias nas diferentes raças são também controversos e os estudos sobre a prevalência de cefaleias nas populações urbana e rural não mostram diferenças significativas, exceptuando o facto de que os jovens urbanos iniciam as cefaleias mais precocemente[48,49,50].

## BIBLIOGRAFIA


1. Friedman AP, von Storch TJC, Merritt HH. Migraine and tension headaches: a clinical study of two thousand cases. *Neurology* 1954; 4: 773-738.
2. Fry J. *Profiles of disease*. Edinburgh; Livingstone, 1966.
3. Wadsworth MEJ, Butterfield WIH, Blaney R. Health and sickness. *The choice of treatment. Perception of illness and use of services in an urban community*. London: Tavistock, 1971.
4. Ziegler DK, Hassanein RS, Couch JR. Characteristics of life headache histories in a nonclinic population. *Neurology* 1977; 27: 265-269.
5. Thomson JK, Collins FL. Reliability of headache questionnaire data. *Headache* 1979:19:97-101.
6. Rasmussen BK, Jensen R, Olesen J. Questionnaire versus clinical interview in the diagnosis of headache. *Headache* 1991; 31: 290-295.
7. Sackett DL. Bias in analytic research. *J Chron Dis* 1979; 32: 51-63.
8. Taylor H, ed. The Nuprin pain report. New York: Louis Harris & Associates, 1985.
9. Neyman J. Statistics servant of all sciences. *Science* 1955; 122: 401-406.
10. Berkson J. Limitations of the application of fourfold table analysis to hospital data. *Biometrics Bull* 1946;2:47-53.

11. Whitty CWM, Hockaday JM. Migraine: a follow-up study of 92 patients. *Br Med J* 1968;1:735-736.
12. Pereira Monteiro JM, Maio RJAR, Calheiro JM. Comparison of questionaire with clinical interview. In: Headache Classification and Epidemiology, JES Olesen editor. Frontiers in Headache Research, vol 4. Renem Press. New York 1994: 217-220.
13. Nikiforow R. Features of migraine comparison of a questionnaire study and a neurologist-examined random sample. *Cephalalgia* 1981;1:157-166.
14. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Ceph alalgia* 1988; 8 (Suppl 7).
15. Bille B. Migraine in childhood and its prognosis. *Cephalalgia* 1981, 1 :71-75.
16. Dalsgaard-Nielsen T, Ulrich J. Prevalence and heredity of migraine and migrainoid headaches among 461 Danish doctors. *Headache* 1973;12:168-172.
17. Waters WE. Migraine: intelligence, social class, and familial prevalence. *Br Med J* 1971 ;2:77 81.
18. Waters WE. Headache and migraine in general practitioners. *The migraine headache and Dixarit: Proceedings of a symposium held at Churchill College*, Cambridge, Bracknell: Boehringer Ingelheim, 1972; 31-44.
19. Waters WE. The Pontypridd headache survey. Headache 1974;14:81-90.
20. Waters WE. *The epidemiology of migraine*. Bracknell: Boehringer Ingelheim, 1974.
21. Waters WE, Campbell MJ, Elwood PC. Migraine, headache, and survival in women. *Br Med J* 1983; 287: 1442-1443.
22. Waters WE, O'Connor PJ. Epidemiology of headache and migraine in women. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1971; 34: 148-153.
23. Crisp AH, Kalucy RS, McGuinness B, Ralph PC, Harris G. Some clinical, social and psychological characteristics of migraine subjects in the general population. *Postgrad Med J* 1977; 53: 691-697.
24. Ekbom K, Ahlborg B, Schöle R. Prevalence of migraine and cluster headache in Swedish men of 18. *Headache* 1978;18: 9-19.
25. Newland CA, Illis LS, Robinson PK, Batchelor BG, Waters WE. A survey of headache in an English city. *Res Clin Stud Headache* 1978; 5: 1-20.
26. Nikiforow R. Headache in a random sample of 200 persons: a clinical study of a population in northern Finland. *Cephalalgia* 1981; 1: 99-107.
27. Nikiforow R, Hokkanen E. An epidemiological study of headache in an urban and a rural population in northern Finland. *Headache* 1978, 18:137-145.
28. Philips C. Headache in general practice. *Headache* 1977; 16: 322-329.
29. Post D, Gubbels JW. Headache: an epidemiological survey in a Dutch rural general practice. *Headache* 1986;26: 122-125.
30. D'Alessandro R, Benassi G, Lenzi PL, et al. Epidemiology of headache in the Republic of San Marino. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1988; 51: 21-27.
31. Rasmussen BK. Migraine and tension-type headache in a general population: psychosocial factors. *Int J Epidemiol* 1992; 21: 1138-1143.
32. Rasmussen BK. Migraine and tension-type headache in a general population: precipitating factors, female hormones, sleep pattern and relation to lifestyle. *Pain* 1993 (in press).
33. Pereira Monteiro JM, Matos E, Calheiros JM. Headaches in Medical School Students. Neuroepidemiology 199; 13: 103-107.
34. Ogden H. Headache studies, statistical data. *J Allergy* 1952; 23: 58-75.

35. Markush RE, Herbert RK, Heyman A, O'Fallon WM. Epidemiologic study of migraine symptoms in young women. *Neurology* 1975; 25: 430-435.
36. Andrasik F, Holroyd KA. Reliability and concurrent validity of headache questionnaire data. *Headache* 1980; 20: 44-46.
37. Abramson JH, Hopp C, Epstein LM. Migraine and non migrainous headaches. A community survey in Jerusalem. J Epidemiol Community Health 1980; 34: 188-193.
38. Ogunyemi AO. Prevalence of headache among Nigerian university students. *Headache* 1984; 24: 127-30.
39. Duckro PN, Tait RC, Margolis RB. Prevalence of very severe headache in a large US metropolitan area. *Cephalalgia* 1989,9: 199-205.
40. Linet MS, Stewart WF, Celentano DD, Ziegler D, Sprecher M. An epidemiologic study of headache among adolescents and young adults. *JAMA* 1989; 261: 2211-2216.
41. Taylor PJ, Pocock SJ, Hall SA, Waters WE. Headaches and migraine in colour retouchers. *Br Jlnd Med* 1970-27: 364-367.
42. Levy LM. An epidemiological study of headache in an urban population in Zimbabwe. *Headache* 1983; 23: 2-9.
43. Dhopesh V, Anwar R, Herring C. A retrospective assessment of emergency department patients with complaint of headache. *Headache* 1979;19:37 42.
44. Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M, Olesen J. Epidemiology of headache in a general population a prevalence study. *J Clin Epidemiol* 1991; 44: 1147-1157.
45. Sutherland JM and Edie MJ. Cluster headache. Res Clin Stud Headache 1972; 3: 92-125.
46. Heych H. Der Kopfschnerz. Differential diagnostic and Therapie fur die praxis. Stuttgard: George Thieme 1958.
47. Sjaastad O. Cluster headache. In: Vinken PJ, Bruyn GW, Klawans HL and Rose FC (eds). Handbook of Clinical Neurology. Elsevier. Amesterdam 1986; vol. 48 (4): 217-246.
48. Kudrow L. Cluster headache. Mechanisms and Management. New Oxford University Press, 1980.
49. Rasmussen BK, Jensen R, Olesen J. Impact of headache on sickness absence and utilisation of medical services. Danish population study. *J Epidemiol Community Health* 1992; 46: 443-446.
50. Lance JW. Mechanisms and management of headache. 4th Edition. Butterworths Scientific. London 1982.
51. Kunkel ES, Pfeiffer JB Jr, Wilholt NM and Hamrich LWJr. Recurrent brief headaches in "cluster" pattern. *Trans Am Neurol Assoc* 1952; 77: 240-243.

## 4. GENÉTICA

Já vimos que as cefaleias são situações comuns na população geral, pelo que não surpreende que possam ocorrer em famílias. Assim, as cefaleias não associadas a lesões estruturais têm sido objecto de estudos no sentido de encontrar factores genéticos na sua origem.

### Enxaqueca

A mais estudada tem sido a enxaqueca que, sendo uma condição comum na população geral, pode naturalmente ocorrer em famílias. No entanto, todos os autores são unânimes em afirmar a existência de factores hereditários na enxaqueca.

Liveing[1] em 1873, referiu a ocorrência familiar da enxaqueca e a sua maior frequência nas mulheres.

Nos estudos mais antigos a ocorrência familiar não está bem definida e em muitos casos só é fornecida a percentagem de ocorrência de enxaqueca nos familiares.

Bassoe[2] verificou que a enxaqueca ocorria em um ou ambos os pais em 57% dos casos e Lennox[3] encontrou um história de enxaqueca em 61% de um grupo de 425 doentes e só 11% entre os pais de um grupo controle. Heyck[4] referiu a ocorrência de cefaleias severas em 59% dos familiares de 1º grau de 219 casos de enxaqueca. Selby e Lance[5], em 1960, encontraram história de enxaqueca em 55% dos familiares de 464 doentes (avós, pais e irmãos) e Lance e Antony em 1966 encontraram 46% dos doentes com história familiar nos pais e irmãos[6]. Green, em 1977, refere história familiar de enxaqueca em 60% dos indivíduos

estudados (15 000) contra 16% na população normal de controlo, referindo que o parente mais frequentemente afectado era a mãe em 53% dos casos, enquanto o pai era referido em 17% dos casos. Dos irmãos, 17% do sexo feminino tinham enxaqueca contra apenas 12% do sexo masculino[7]. Bille[8] estudou quase 9000 crianças em idade escolar, na Suécia, e encontrou nas crianças com enxaquecas severas 80% de ocorrência familiar, sendo num grupo controle de 18% e uma grande diferença na ocorrência de enxaqueca entre mães (73%) e pais (21%). Todos estes autores encontraram uma maior ocorrência de enxaqueca entre as mães do que entre os pais dos indivíduos com enxaqueca. Waters[9] também encontrou uma maior ocorrência de enxaqueca entre os familiares do primeiro grau de portadores de enxaqueca comparados com um grupo com outras cefaleias e um grupo sem cefaleias mas as diferenças não se revelaram estatisticamente significativas. Friedman e Merrit[10] também afirmaram a possibilidade de a hereditariedade não ser determinante, mas sim os factores ambienciais.

A constatação de uma alta frequência de enxaqueca nos familiares dos doentes em vários estudos levou à assunção de que a enxaqueca, pelo menos em parte, é influenciada por factores genéticos[11-16]. Contudo, é intrigante o facto de se encontrar uma grande variabilidade na frequência dos casos familiares nos diferentes estudos. Várias causas contribuem para isto. A mais importante é, sem dúvida, a diferente definição de enxaqueca usada (ou até a ausência de definição), tornando quase impossível comparar os resultados. Também o modo de selecção dos doentes varia muito. A maior parte dos estudos inclui doentes obtidos na população geral, alguns grupos foram seleccionados a partir de clínicas hospitalares ou na clínica geral mas outros grupos compreendem operários fabris, empregados comerciais, estudantes universitários. As idades dos doentes estudados também variam muito: alguns são crianças e outros são adultos de diferentes grupos etários. Na maior parte dos estudos, a informação sobre a ocorrência de enxaqueca nos familiares é obtida por questionários ou através da história familiar fornecida pelo indivíduo atingido (probando). Ambos os métodos causam distorções que podem enviezar os resultados. Pode ser difícil distinguir os diferentes tipos de cefaleias com base em respostas dadas a questionários[11,12,14]. Froom afirma que a memorização das próprias cefaleias e as dos familiares pode ser imperfeita. Numa pesquisa que fez em 200 doentes que recorreram a um centro de saúde por motivos distintos das cefaleias

verificou que os conjuges e as crianças de doentes com cefaleias eram mais susceptíveis de apresentar cefaleias do que os familiares dos que não sofriam de cefaleias. Questiona se esta observação é devida a factores genéticos ou se é um exemplo de aprendizagem comportamental[17]. Igualmente Goodell e colaboradores afirmam que o mero facto de ter um ou ambos os pais com enxaqueca pode ter uma influência na descendência[18,19].

Apenas foram feitas análises cromossómicas num pequeno número de doentes com enxaqueca e, como era esperado, não foi encontrada qualquer aberração.

Não há associação da enxaqueca com qualquer antigénio do sistema HLA[20].

## Tipos de hereditariedade

Através dos estudos genéticos anteriormente efectuados não foi possível estabelecer com segurança o modo de transmissão da doença. Apenas a transmissão ligada ao cromossoma X está excluída, porque se observaram casos ocorrendo no pai e no filho sugerindo uma transmissão de homem a homem. Das restantes possibilidades nenhuma foi definitivamente excluída. A transmissão autossomica dominante é advogada por diversos autores [5,12,14,15,18,21,22], eventualmente com baixa penetrância. A transmissão autossómica recessiva foi advogada por Godell e col.[18] e Wolff e col. [23]. Estes estudaram 119 doentes com enxaqueca e as suas famílias e através desse estudo verificaram que quando ambos os pais estavam atingidos só 70% da descendência apresentava a mesma sintomatologia, pelo que admitiram tratar-se de uma transmissão autossómica recessiva com penetrância incompleta. Estes autores também não puderam excluir a transmissão autossómica dominante com baixa penetrância. Dalsgaard-Nielsen estudou três grupos de doentes, um consistindo de 169 doentes com vários tipos de enxaqueca, um segundo grupo de 100 doentes com enxaqueca oftálmica pura e um terceiro grupo compreendendo 100 mulheres com vários tipos de enxaqueca. Não encontrou nenhum caso em que ambos os pais estivessem afectados. Este autor excluiu a hereditariedade recessiva mas não pôde excluir a hereditariedade dominante. Concluiu que a enxaqueca não podia ser explicada por um único gene e admitiu como mais provável que seja poligénica

ou multifactorial[24]. No entanto, os vários tipos de enxaqueca estudados não foram especificados neste estudo.

O mesmo tipo de estudo foi feito mais tarde por Baier[12] que analisou 81 doentes sofrendo de enxaqueca com início na infância e três famílias incluindo filhos, pais, irmãos dos pais e avós. Baier distinguiu entre enxaqueca não focal e enxaqueca acompanhada de paresias, parestesias ou afasia. Não encontrou um único traço genético e sugeriu uma hereditariedade poligénica, muito provavelmente em combinação com factores precipitantes exógenos. Baseou-se, para tal, nos dados da correlação inversa entre a idade de início e o risco familiar e no aumento do risco dos filhos se ambos os pais estão atingidos. O autor admitiu que a frequência de enxaqueca entre os familiares do segundo grau foi maior do que a esperada para um modelo de hereditariedade multifactorial e o risco deveria ser maior nos casos de origem paternal bilateral, mas tal não se verificou neste estudo. Contudo, o estudo baseia-se num número reduzido de casos e de famílias o que lhe pode retirar algum valor.

Num estudo recente, Russell e colaboradores[16] distinguiram entre 121 probandos com enxaqueca com aura e 72 com enxaqueca sem aura (18 tinham também enxaqueca com aura). Em comparação com a população geral, observaram o triplo de enxaqueca sem aura nos familiares de primeiro grau dos probandos com o mesmo tipo de enxaqueca. Só um familiar apresentava um tipo de enxaqueca diferente. Pelo contrário, os familiares dos probandos com enxaqueca com aura apresentavam um aumento para o dobro da frequência da enxaqueca na população geral, mas para ambos os tipos de enxaqueca. A frequência de enxaqueca entre os conjuges dos probandos com ambos os tipos não difere do número esperado para a população geral. Estes resultados indicam que a enxaqueca com aura e sem aura são duas entidades separadas e que são ambas geneticamente influenciadas.

Finalmente, no único estudo em que foi feita uma análise de segregação genética formal, Devoto e colaboradores[20] estudaram 128 doentes e os seus pais e filhos. Os resultados não foram significativos com qualquer tipo de transmissão mendeliana simples, autossómica dominante ou recessiva. Estes autores não consideraram a hereditariedade poligénica, mas argumentaram que a heterogeneidade genética era uma possibilidade na enxaqueca que pode ser causada por diferentes genes em diferentes *locus* e que os genes podem mostrar uma transmissão autossómica recessiva.

A enxaqueca hemiplégica é considerada um subtipo de enxaqueca com aura. É uma entidade bastante incomum, mas que merece a maior atenção do ponto de vista genético, dada a sua frequente ocorrência familiar. Contudo, têm sido descritos casos esporádicos, não familiares, e Ross[25] e Rosembaum[26] sugeriram que há duas formas distintas deste síndrome, um tipo familiar caracterizado por um início estereotipado e um tipo esporádico parecido com a enxaqueca clássica. Contudo, Whitty[27] afirma que a separação entre os dois tipos não se justifica. O modo de hereditariedade desta variedade de cefaleias foi recentemente esclarecido através do trabalho de A. Joutel e colaboradores[28] que efectuaram um estudo de análise de ligação genética de duas grandes famílias com enxaqueca hemiplégica familiar. Por análise de ligação multilocular, verificaram que o *locus* responsável pela doença está no cromossoma 19, num intervalo de cerca de 30 cM e muito ligado aos genes do CADASIL (*cerebral autossomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy*)[28].

Todos os estudos sobre a ocorrência familiar da enxaqueca encontraram um aumento da frequência de casos familiares. Atendendo a que há casos que não são familiares, então, se os factores genéticos são de importância para o desenvolvimento da afecção parece que, pelo menos alguns casos, não são hereditários.

Mas, porque uma doença ou traço é familiar, isso não implica que seja obrigatoriamente hereditário, pois os membros da mesma família partilham o mesmo ambiente. É, contudo, intrigante que a frequência de enxaqueca em famílias seja muito mais elevada do que a sua prevalência na população geral.

### Estudos em gémeos

A investigação de gémeos é um dos métodos clássicos de obter informações sobre a hereditariedade. O valor dos estudos em gémeos resulta do facto de haver dois tipos diferentes — os monozigóticos, que se presume que são geneticamente idênticos, e os dizigóticos, cuja estrutura genética é comparável à dos irmãos.

Há três grandes estudos publicados sobre gémeos com enxaqueca. Harvald e Hauge [29] encontraram 2,2% de prevalência de enxaqueca em 1900 pares de gémeos não seleccionados (um valor abaixo da prevalência de enxaqueca na

Dinamarca), mas consideraram que a maior concordância entre os monozigóticos do que entre os dizigóticos era a favor da importância dos factores hereditários na enxaqueca. Outro estudo é o de Ziegler[30] que não encontrou maior concordância de enxaqueca em gémeos mono do que em dizigóticos. Lucas[22], com base num estudo, através de um questionário de 1300 gémeos não seleccionados, encontrou uma concordância de 26% em gémeos monozigóticos e 13% em dizigóticos de diferentes sexos, tendo concluído que o factor genético na enxaqueca era pequeno.

Para esclarecer o problema da hereditariedade da enxaqueca é necessário, em primeiro lugar, um instrumento de diagnóstico estruturado com critérios de consenso que permitam a colecção sistemática de dados relevantes em doentes e familiares, tornando possível obter dados credíveis e diagnósticos objectivos.

Para esclarecer as controvérsias sobre a hereditariedade na enxaqueca será útil confirmar a existência de formas leves, que permita distinguir entre indivíduos predispostos, afectados e não predispostos. São necessários grandes estudos familiares e de gémeos, para incluir as formas leves e os vários subtipos. O modo de hereditariedade deverá ser estudado por análise de segregação complexa. Neste contexto, a variação na idade, na idade de início e na proporção dos sexos deverá ser tida em consideração[31-33].

Estudos prospectivos sobre a história natural da enxaqueca em geral, em séries não seleccionadas de doentes, ajudarão a clarificar a sintomatologia de diferentes tipos de enxaqueca em diferentes idades e sexos.

### Cefaleias tipo tensão

Comparada com a enxaqueca, é pequena a probabilidade da haver uma influência de factores genéticos nas cefaleias de tipo tensão.

Lance e Anthony referem um estudo em que apenas 18% dos doentes com cefaleias deste tipo tinham história familiar de cefaleias (filhos, pais e avós), enquanto que 55% dos doentes com enxaqueca forneciam história familiar[5]. Friedman e colaboradores, na sua revisão de 200 casos, notaram que apenas 40% referiam história familiar de cefaleias, em contraste com 70% dos sofredores de enxaqueca[34].

A ocorrência de história familiar não é maior do que na população geral.

Contudo, nas famílias dos indivíduos com cefaleias de tensão há uma maior incidência de cefaleias em geral: Friedman e colaboradores, em 1964, encontraram em 2000 casos história familiar de cefaleias em 40%[34]; mas, Lance e Anthony referem uma percentagem menor (18%) em 500 doentes [6].

### Cefaleias em salva

As cefaleias em salva não são consideradas hereditárias. Contudo, Coutourier e colaboradores[35] referiram recentemente casos de cefaleias em salva em gémeos e sugeriram alguma influência familiar. Uma possível associação entre o HLA e as cefaleias em salva foi também referida, mas os resultados são conflituosos. Kudrow estudou 25 indivíduos com cefaleias em salva e não encontrou diferenças na distribuição do HLA entre os doentes e o grupo de controle, enquanto que Marteletti[37,38] observou uma significativa diminuição de frequência do HLA-B14 em 60 doentes com estas cefaleias em comparação com os controles. Num estudo de 35 doentes, Giacovazzo e colaboradores[38] distinguiram os casos com resposta ao tratamento com lítio e os sem resposta e encontraram uma frequência significativamente elevada de HLA-$B_{18}$ entre os que respondem ao lítio; concluíram que o HLA tem provavelmente um papel influenciador dos mecanismos de acção do lítio no tratamento das cefaleias em salva.

## BIBLIOGRAFIA


1. Liveing E. *On megrim, sick-headache and some allied disorders*. London: Churchill, 1873.
2. Bassoe P. Migraine. *J Am Med Assoc* 1933; 101: 599-605.
3. Lennox WG. Science and seizures. *New Light on Epilepsy and Migraine*. New York: Harper, 1941.
4. Heyck H. Der kopfschmerz. *Differentialdiagnostik und therapie for die praxis*. Stuttgart: Georg Thieme, 1958.
5. Selby G, Lance JW Observations on 500 cases of migraine and allied vascular headache. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1960; 23: 23-32.
6. Lance LW, Anthony M. Some clinical aspects of migraine. A prospective study of 500 patients. *Arch Neurol* 1966;15:356-361.
7. Green JE. A survey of migraine in Engalnd 1975-1976. Hedache 1977; 17: 6.
8. Bille B. Migraine in school children. A study of the incidence and short-term prognosis, and a clinical, psychological and electroencephalographic comparison between children with migraine and matched controls. *Acta Paediatr* 1962; 51(Suppl 136).
9. Waters WE. Migraine: intelligence, social class, and familial prevalence. *Br Med J* 1971;2:77-81.
10. Friedman AP, Merritt HH. Migraine. In: Friedman AP, Merrit HH, eds. *Headache Diagnosis and Treatment*. Philadelphia: F.A. Davis Co., 1959.
11. Allan W. The inheritance of migraine. *Arch Intern Med* 1930; 13: 590-599.
12. Baier WK. Genetics of migraine and migraine accompagnée: a study of eighty-one children and their families. *Neuropediatrics* 1985; 16: 84-91.
13. Bell J. On the inheritance of migraine: a preliminary note. *Ann Eugen* 1933; 5: 311-325.
14. Dalsgaard-Nielsen T. Migraine and heredity. *Acta Neurol Scand* 1965; 41: 287-300.
15. Refsum S. Genetic aspects of migraine. In: Vinken PJ, Bruyn GW, eds. *Handbook of clinical neurology*, Vol 5. Amsterdam: Elsevier, 1968; 258-269.
16. Russell MB, Hilden J, Sorensen SA, Olesen J. Familial occurrence of migraine without aura and migraine with aura. *Neurology* (in press).
17. Froom J. Headache: the effect of household configuration. *Aust Family Phys* 1985;14: 956-959.
18. Goodell H, Lewontin R, Wolff HG. Familial occurrence of migraine headache. *Arch Neurol Psychiatr* 1954; 72: 325-334.
19. Gusella JF. DNA polymorphism and human disease. *Annu Rev Biochem* 1986; 55: 831-854.
20. Giacovazzo M, Valeri M, Piazza A, et al. Elevated frequency of HLA shared haplotypes in migraine families. *Headache* 1987; 27: 575-577.
21. Devoto M, Lozito A, Staffa G, D'Alessandro R, Sacquegna T, Romeo G. Segregation analysis of migraine in 128 families *Cephalalgia* 1986; 6: 101-105.
22. Lucas RN . Migraine in twins. *J Psychosom Res* 1977; 20: 147-156.
23. Wolff HG. *Headache and other head pain*, 2nd ed. New York: Oxford University Press, 1963.
24. Dalsgaard-Nielsen T. Experiences with various headache tests. *Acta Psychiatr Scand* . 1951 ;74 (suppl.): 111-123.
25. Ross RT. Hemiplegic migraine. *Can Med Assoc J* 1958; 78: 1016.

26. Rosenbaum HE. Familial hemiplegic migraine. *Neurology* 1960; 10: 165-170.
27. Whitty CWM. Familial hemiplegic migraine. In: Clifford Rose F, ed. *Handbook of clinical neurology*, Vol 4. Amsterdam: Elsevier, 1986.
28. Joutel A, Bensser MG, Brousse V, Labauge P, Chabriot H, Nibbis A, Maciaze K Meier B, Bach M-A, Weissenbach J, Lathrol GM, Toarnier-vasserve E. A gene for familial ???? migraine mals to chromossome 19. Nature genetics 1993; vol. 5: 40-45.
29. Harvald B, Hauge M. A catamnestic investigation of Danish twins. *Danish Med Bull* 1956;3:150-158.
30. Ziegler DK, Hassanein RS, Harris D, Stewart R. Headache in a non-clinic twin population. *Headache* 1975;14:213-218.
31. Christiansen V. Rapport sur la migraine. *Rev Neurol* 1925; 32: 855-881.
32. Edmeads J. What is migraine? Controversy and stalemate in migraine pathophysiology. *J Neurol* 1991 238:S2-S5.
33. Ziegler DK, Wong G Jr. Migraine in children: clinical and electroencepha-lographic study of families. *Epilepsia* 1967; 8:171-187.
34. Friedman AP, von Storrich TJC, Merrit HH. Migraine and tension headaches. A clinical study: 2000 cases. *Neurology* 1964; 4: 773.
35. Coutourier EMG, Hering R, Steiner TJ. The first report of cluster headache in identical twins. *Neurology* 1991;41:761.
36. Kudrow L. Cluster headache. In: Blau JN, ed. *Migraine*. London: Chapman and Hall, 1978.
37. Martelletti P, Romiti A, Gallo MF, et al. HLA-B14 antigen in cluster headache. *Headache* 1984;24:152-154.
38. Giacovazzo M, Martelletti P, Romiti A, et al. Genetic markers of cluster headache and the links with the lithium salts therapy. *Int J Clin Pharm Res* 1986; 6: 19-22.

# 5. CLÍNICA

Ao abordar os aspectos clínicos dos diversos tipos de cefaleias que nos podem aparecer na clínica, começaremos pelas formas mais frequentes, ou seja, por aqueles quadros de cefaleias *sem alterações estruturais* detectáveis pelos meios actualmente disponíveis e em que a dor é de causa desconhecida, podendo resultar da disfunção de um ou mais sistemas orgânicos. São designadas genericamente por *cefaleias primárias ou idiopáticas*, em oposição às *cefaleias secundárias ou sintomáticas*, isto é, as que se apresentam com lesão estrutural bem definida, um processo orgânico como, por exemplo, um tumor cerebral, uma malformação vascular cerebral ou uma arterite, entre muitas outras.

## 5.1. CEFALEIAS NÃO ASSOCIADAS A LESÕES ESTRUTURAIS

Incluem-se neste grupo a enxaqueca com as suas variedades, as cefaleias tipo tensão, as cefaleias em salva e diversas outras de menor importância clínica e sem expressão epidemiológica.

### ENXAQUECA

Neste grupo consideram-se, segundo a classificação da IHS (1988), as variedades clínicas apresentadas no quadro II.8[1].

A evolução natural da enxaqueca, como conjunto de variedades distintas que é, está insuficientemente estudada, porque é difícil seguir uma população por longos períodos de tempo com contactos e observações periódicas. Só alguns investigadores o tentaram, como Bille, em crianças[2,3], e Whitty e Hockaday, em

Quadro II.8 - **Classificação da enxaqueca da I.H.S. - 1988**

1. Enxaqueca sem aura (comum)
2. Enxaqueca com aura (clássica)
    - 2.1. Enxaqueca com aura típica
    - 2.2. Enxaqueca com aura prolongada
    - 2.3. Enxaqueca hemiplégica familiar
    - 2.4. Enxaqueca basilar
    - 2.5. Aura sem cefaleia
    - 2.6. Aura de início agudo
3. Enxaqueca oftalmoplégica
4. Enxaqueca retiniana
5. Síndromes infantis possivelmente precursores ou associados a enxaqueca
    - 5.1. Vertigem paroxística benigna
    - 5.2. Hemiplegia alternante
6. Complicações
    - 6.1. Estado de enxaqueca
    - 6.2. Enxaqueca com enfarte
7. Enxaqueca não classificável

adultos[4]. Estes estudos permitiram concluir que a enxaqueca se inicia habitualmente na idade escolar, evolui por surtos (crises). Há geralmente um aumento da frequência das crises até à idade adulta seguida de uma redução progressiva da intensidade e da frequência, ou mesmo interrupção das crises, particularmente no sexo masculino. No sexo feminino há geralmente uma acentuação das crises durante o período reprodutivo, só reduzindo após a menopausa. Os casos de início mais tardio podem ter uma evolução diferente[5].

### Factores predisponentes

As crises ocorrem essencialmente em indivíduos com predisposição prévia que pode ser de origem hereditária ou relacionada com o sexo, a idade ou a personalidade.

### *Hereditariedade*

Como referimos anteriormente, os factores hereditários são de grande importância na enxaqueca, embora não tenha sido possível, até ao momento presente, estabelecer com segurança o modo de transmissão da doença.

### *Sexo*

Todos os estudos efectuados sobre a distribuição da enxaqueca por sexos apontam para um predomínio do sexo feminino, sendo 60% para Selby e Lance[5] e Green[6] e de 75% para Lance e Antony[7].

### *Idade*

Segundo Lance e Antony, as crises iniciam-se na primeira década da vida, em cerca de 25% dos doentes, mas mais frequentemente na segunda década[7]. Green encontrou uma média de idade de início das crises de 19 anos[6]. O início das crises ocorre antes dos 40 anos em cerca de 90% dos casos, e só raramente surge pela primeira vez após os 50 anos de idade[5-7].

A remissão ocorre na 5ª ou 6ª década, sendo favorecida pela menopausa. As pessoas com enxaqueca com aura podem manter os sintomas neurológicos sem cefaleia depois dos 50 anos[5-7].

### *Personalidade*

Tradicionalmente, associa-se a enxaqueca a determinado tipo de personalidade, caracterizado por perfeccionismo, rigidez de conduta, ambição e inteligência, mas estudos recentes de Kudrow e Sutkus[8] e Sternbach[9] não confirmaram estas noções clássicas. Bille[2] comparou as características da personalidade de crianças normais e de crianças com enxaqueca e verificou que não havia diferença significativa em relação à classe social ou inteligência, mas havia uma maior incidência de perturbações do sono, terrores nocturnos e enjôos de viagem nas crianças com enxaqueca. O grupo com enxaqueca realizava mais lentamente os testes com provas de reactividade sensitivo-motora mas cometia menos erros

que o grupo controlo. Waters[10] verificou através de testes psicométricos que os doentes com enxaqueca eram mais honestos, tensos, sensíveis e vulneráveis à frustração, stress e cansaço físico. Mas não encontrou diferenças estatisticamente significativas nos *scores* de inteligência em 400 indivíduos, em estudos comparados.

Pelo contrário, os índices de depressão, hipocôndria e neurose são mais altos em doentes com enxaqueca do que nos controlos normais[8,9,10].

Mas não basta ter determinado tipo de personalidade, idade, sexo ou hereditariedade favorável à ocorrência de enxaqueca, para que surjam as crises é muitas vezes necessária a ocorrência de factores precipitantes.

## Factores precipitantes

A cefaleia da enxaqueca pode ocorrer regularmente ou em ciclos sem qualquer relação aparente com factores causais evidenciáveis, parecendo que o despertar da crise resulta da perturbação de qualquer mecanismo endógeno. Noutros casos os doentes relacionam as crises com certos factores ambienciais quer exógenos quer endógenos, sendo de salientar os seguintes:

*Exógenos*

*Factores ambienciais*: vários factores ambienciais exógenos têm sido relacionados com o desencadear de crises de enxaqueca, nomeadamente as alterações térmicas como o calor excessivo, frio intenso, bebidas geladas, o ruído excessivo e a luz intermitente ou a combinação de vários factores, como acontece frequentemente nas discotecas. Cheiros muito activos também podem provocar crises de enxaqueca. Alterações barométricas, se bem que invocadas por alguns doentes como podendo desencadear crises, não foram comprovadas[5,6].

*Traumatismos*: Traumatismos cranianos mínimos, particularmente nas crianças e em desportistas, despertam, por vezes, crises típicas de enxaqueca[6].

*Dores localizadas*: Dores cervicais, dentárias, sinusais, otológicas ou oculares podem precipitar crises do tipo da enxaqueca, em indivíduos susceptíveis[5].

*Esforços físicos*: O exercício físico intenso, nomeadamente na prática

desportiva, actividade profissional ou actividade sexual, pode condicionar a ocorrência de crises de enxaqueca, o que pode ser explicado por diversos mecanismos, desde a hipoglicemia à contracção muscular sustentada, passando pela hipoxia ou mesmo hipertensão arterial transitória[7].

*Alimentação*: Alguns doentes referem que um jejum prolongado lhes provoca uma crise de enxaqueca (atribuída a hipoglicemia mas nunca comprovada por qualquer investigador), mas a maior parte dos doentes refere a ocorrência da crise com certos alimentos gordos, chocolate, queijo, citrinos, marisco e álcool entre outros. Hanington e colaboradores[11] descobriram que o queijo tinha um aminoácido, a tiramina, que isoladamente ou em conjugação com um inibidor da MAO, produz cefaleias por um mecanismo vasoactivo. Sandler e colaboradores[12] verificaram que outras aminas como a feniletilamina no chocolate ou a octopamina nos citrinos eram os agentes desencadeantes da enxaqueca. O álcool pode também provocar crises, quer por interferir com o ritmo do sono e vigília quer pela acção vasoactiva de determinados constituintes químicos[11,12].

Estes dados estão em dissonância com os resultados obtidos por Wolff,[13] que verificou que ao administrar aos doentes os alimentos incriminados nas crises, sem o seu conhecimento, estas não se desencadeavam, enquanto que a administração de placebos dizendo que continham os alimentos incriminados provocava as crises típicas de cada doente.

Continua, portanto, a ignorar-se a verdadeira relação entre os alimentos e as crises de cefaleias. Podem resultar por exemplo, do simples facto de na fase prodrómica os doentes terem especial apetência por determinados alimentos como, o chocolate, depois relacionando a crise com esses alimentos, como admite Blau[14]. Ou ser o resultado de uma acção química ou alérgica com repercussão vascular, como admitem os defensores da origem alimentar das crises de enxaqueca, como Hanington[11].

A hipótese de alergia alimentar permanece controversa, apesar de um estudo de Monro e colaboradores[15] em que removeu da dieta, durante dois anos, os alimentos incriminados nas crises de enxaqueca de um grupo de doentes, tendo obtido bons resultados na prevenção das crises e uma boa correlação com os testes RAST (*Radioalergo Absorvent Test*), mas não com os níveis de IgE. O tratamento profiláctico com cromoglicato de sódio pode proteger o doente dos

efeitos nocivos dos alimentos a que tem intolerância, mas parece ser menos eficaz que a remoção pura e simples desses alimentos da dieta dos indivíduos susceptíveis[7,15].

Diversos outros factores podem desencadear crises de enxaqueca em indivíduos susceptíveis, nomeadamente certos fármacos, como os vasodilatadores, e a altitude. Também a hemodiálise e a angiografia. As cefaleias adquirem nestes casos as características habituais de cada indivíduo embora a severidade possa ser variável com o factor envolvido[16,17].

*Endógenos*

*Alterações hormonais:* É frequente a referência de crises associadas com as menstruações, particularmente na fase pré-menstrual. Os contraceptivos orais aumentam as crises nas mulheres susceptíveis) a gravidez reduz a frequência de crises em cerca de 80% das mulheres. Admite-se, como explicação para este facto, a ocorrência de retenção hídrica e a tensão emocional que ocorre nas menstruações, mas está provado que a quebra brusca dos níveis de estrogénios (abaixo de 20 ng/ml) favorece a ocorrência de crises de enxaqueca e sabe-se também que as hormonas esteróides potenciam as respostas à adrenalina e noradrenalina e interferem com as prostaglandinas, o que pode contribuir para o desencadear das crises de enxaqueca[16,17].

*Sono*: O sono resolve geralmente as crises, mas o sono prolongado desencadeia-as frequentemente. Dexter[18] verificou que o início das crises estava relacionado com a superficialização do sono, no início da fase REM (*Rapid Eye Movements*), e encontrou uma queda dos níveis de serotonina e noradrenalina nesse momento[18]. Outros autores admitem que o factor desencadeante das crises pode ser a alteração do ritmo circadiano, eventualmente traduzido na perturbação dos níveis séricos dos referidos neurotransmissores[16,17,19].

*Jejum prolongado*: O jejum prolongado pode desencadear episódios de enxaqueca, sobretudo na criança[17] mas também nos adultos[20], possivelmente relacionada com a hipoglicemia.

*Fadiga*: A fadiga intensa também pode despertar crises de enxaqueca, geralmente já na fase de relaxamento pós-esforço, talvez por vasodilatação secundária[17].

*Factores psicológicos*: É do conhecimento geral que o *stress* prolongado ou as emoções fortes podem desencadear dores de cabeça. Nos indivíduos com história de enxaqueca desencadeiam habitualmente crises típicas, mas um fenómeno curioso é que alguns doentes referem a ocorrência das crises no fim de um período de *stress*, o que se torna difícil de entender na base dos mecanismos psicossomáticos conhecidos[21,22].

A ocorrência simultânea de vários factores é relativamente frequente como acontece, por exemplo, na conhecida enxaqueca de fim de semana em que se associa uma alteração do ritmo do sono, com o jejum prolongado, com factores psicológicos (aumento ou diminuição do stress) e com a privação da cafeína desencadeando as crises[23].

Na maior parte das situações em que há exacerbação da intensidade e frequência das crises estas são uma consequência de conflitos sociais, laborais ou familiares que o doente não foi capaz de resolver. Naturalmente, também não serão fáceis de anular com um simples sedativo ou outros fármacos; podendo melhorar com psicoterapia ou técnicas de relaxamento, mas, essencialmente, resolve-se com a solução dos problemas que lhe deram origem[21,23].

## Aspectos clínicos

A enxaqueca não é apenas uma dor de cabeça. É uma condição patológica cujas manifestações clínicas traduzem um envolvimento do sistema nervoso central, particularmente das funções visuais, motoras, sensitivas, sensoriais e cognitivas, e também do sistema nervoso autonómico que se manifesta por perturbações funcionais gastro-intestinais, cardio-vasculares, respiratórias, endócrinas, metabólicas e cutâneas. Contudo, a cefaleia é em regra o sintoma dominante, pelo que é o mais salientado pelo doente.

### *Características da cefaleia*

Na enxaqueca, a cefaleia começa geralmente por uma dor de instalação aguda mas com progressão gradual em minutos ou em horas, penetrante, podendo tornar-se tornar mais tarde pulsátil (aumentando com a onda sistólica) ou permanecer constante.

A dor pode começar a qualquer hora do dia ou mesmo da noite mas ocorre com mais frequência de manhã ao acordar. Pode durar de várias horas a alguns dias. Na maior parte dos casos, as crises são de duração inferior a 24 horas, embora possam acarretar um estado de debilidade geral por vários dias. Se bem que raramente, podem ocorrer crises que duram dias, até três (por definição). Se durar mais, essa situação é designada por "estado de enxaqueca".

A severidade da dor vai aumentando progressivamente durante minutos ou horas, embora possa ter flutuações devidas à actividade e à postura do paciente.

A sua localização é variável, sendo predominantemente unilateral (2/3 dos casos, segundo Lance e Antony)[7]. Quando é difusa tem geralmente uma zona de maior intensidade, que se localiza frequentemente no interior do globo ocular ou nas regiões temporal ou occipital. A lateralização da dor pode variar de crise para crise e quando isso ocorre constitui um forte argumento a favor do diagnóstico de enxaqueca. Nos doentes com cefaleias unilaterais e sintomas neurológicos associados (aura), estes são em 50% dos casos homolaterias em relação à dor, segundo alguns autores[23,24,25] predominantemente contralaterais, segundo outros[26,27].

A dor ocorre por acessos de frequência variável, desde um ataque único na vida até mais de um episódio por semana, sendo difícil obter uma estimativa global dado que só os doentes com formas mais graves é que procuram o médico e nestes casos os factores emocionais têm uma grande influência no desencadear e perpetuar das crises. A enxaqueca típica não ocorre mais de duas vezes por semana, segundo Blan[14,20]. Se isto acontece deve procurar-se outra causa para a persistência do quadro, como o abuso medicamentoso ou a associação com cefaleias tipo tensão. Provavelmente, a maior parte dos doentes tem menos de uma crise por mês, estimando-se em cerca de 15% a percentagem de casos com mais de uma. Nalguns casos, as crises dolorosas surgem agrupadas em ciclos com duração de várias semanas, intercalados em longos períodos de remissão[23-27].

### *Manifestações associadas*

As manifestações clínicas associadas com a cefaleia são diversas e de ocorrência inconstante. Tornam-se muito mais aparentes mediante um interro-

gatório específico. Essas manifestações variam com a fase evolutiva da crise.

Blau[20] dividiu a crise de enxaqueca em cinco fases, que podem ocorrer de modo sucessivo ou com intervalos entre si: fase pós-drómica, da aura, da cefaleia, de resolução e pós-drómica.

*Fase prodrómica*

Na fase prodrómica, que antecede a cefaleia de várias horas podem ocorrer manifestações clínicas, nomeadamente: alterações do humor (euforia e ou depressão; alterações da vigília (bocejo frequente, sonolência súbita e sem motivo aparente); Exagero do apetite com particular atracção por alimentos doces ou ricos em carbohidratos; alterações do trânsito intestinal (obstipação ou mais raramente diarreia); retenção hídrica.

*Fase da aura*

A estas manifestações gerais podem acompanhar-se de alterações neurológicas (designadas de auras) - que são características da enxaqueca com aura (clássica), podendo ser do tipo visual, sensitivo, motor ou cognitivo.

A aura visual, a mais frequente, pode apresentar-se sob a forma de cintilações (pontos ou linhas brilhantes, zig-zag), escotomas mais ou menos amplos, intermitentes ou persistentes, que podem atingir a forma de hemianópsia ou a associação de várias formas com a formação de escotomas cintilantes. A aura sensitiva, menos frequente, é geralmente constituída por parestesias, normalmente de predomínio peri-bucal e palmar, raramente na forma de hemihipostesia ou hemianestesia. A aura motora, a mais rara, é constituída por diminuição da força num hemicorpo e, se atinge o hemisfério dominante, pode acompanhar-se de disfasia motora. Auras complexas, compostas de perturbações do pensamento abstracto, desorientação e confusão mental, constituem raras situações de auras cognitivas em que se poderão enquadrar as metamorfopsias.

*Fase drómica ou cefalálgica*

Com duração habitual de 2 a 72 horas, mas geralmente inferior a 24 horas, acompanha-se de: irritabilidade fácil e humor depressivo; hiperactividade sensorial com intolerância à luz (fotofobia e lacrimejo), aos ruídos (fonofobia) e aos cheiros (cheirofobia); hipersensibilidade dolorosa com predomínio no couro cabeludo; aumento de pulsatibilidade das artérias temporais superficiais e da temperatura da cabeça no local da dor; alteração do trânsito gastro-intestinal (gastroparesia) com náuseas e vómitos.

*Fase de resolução*

Os vómitos (espontâneos ou provocados), assim como o sono, podem aliviar a dor; nesta fase a respiração torna-se regular.

Pode haver desejo de alimentos quentes na parte final.

*Fase pós-drómica*

Esta fase, que habitualmente não ultrapassa as 24 horas, é uma fase de recuperação em que se podem verificar as seguintes manifestações associadas: alterações do humor variáveis, desde a euforia à depressão, geralmente de sentido inverso das que ocorrem na fase prodrómica; perturbações de vigília, bocejo e cansaço com reduzida capacidade para o trabalho, principalmente se exigir grande concentração; alterações gastro-intestinais, anorexia e reduzida tolerância a alimentos e aumento da diurese com restabelecimento do equilíbrio hídrico.

## Variedades Clínicas

### *Enxaqueca sem aura*

Corresponde à anterior denominação de enxaqueca comum e é realmente a forma mais frequente (cerca de 80 a 90% do total das enxaquecas). A enxaqueca sem aura é descrita pela comissão para a classificação de cefaleias da Sociedade

Internacional de Cefaleias[1] como uma afecção crónica idiopática que se manifesta por cefaleias em episódios que duram de 4 a 72 horas e cujas características típicas são a sua localização unilateral, qualidade pulsátil, intensidade moderada ou severa e associação com náuseas ou vómitos, fono ou fotofobia. São características adicionais a relação da crise com menstruações, o alívio durante a gravidez, o agravamento com os esforços físicos e a ocorrência de enxaqueca nos familiares do primeiro grau.

Considerou a referida comissão como critérios para o diagnóstico de enxaqueca sem aura os seguintes:

A - Pelo menos cinco crises preenchendo os critérios de B a D.

B - Crises de cefaleias, durante 4 a 72 horas (sem tratamento ou com tratamento ineficaz), separadas por intervalos livres.

C - As cefaleias têm pelo menos uma das seguintes características:

1. Localização unilateral.
2. Qualidade pulsátil.
3. Intensidade moderada ou severa (inibe ou impede a actividade diária).
4. Agravamento com a actividade física de rotina.

D - Durante a cefaleia ocorre pelo menos um dos seguintes sintomas:

1. Náusea e/ou vómitos.
2. Fotofobia e fonofobia.

E - Pelo menos um dos seguintes aspectos:

1. História e exame físico (geral e neurológico) não sugestivos de doença orgânica.
2. História ou exame físico sugestivos de lesão orgânica mas excluída por investigação laboratorial ou neuroradiológica apropriada.
3. Lesão orgânica presente mas a cefaleia não ocorre pela primeira vez na relação temporal com a lesão.

***Enxaqueca com aura***

A enxaqueca com aura corresponde à anterior designação de enxaqueca clássica, é muito menos frequente que a variedade anterior e ocorre em cerca de 10% do total dos casos de enxaqueca.

Entidade recorrente e idiopática, manifesta-se por crises de sintomas neurológicos inequivocamente localizáveis no córtex ou tronco cerebrais, desenvolvidos gradualmente em 5 a 20 minutos, e desaparecendo habitualmente dentro de uma hora. Cefaleia, com duração de 4 a 72 horas, náuseas, foto e/ou fonofobia seguem usualmente a aura, imediatamente ou após um intervalo livre.

Como critérios para o diagnóstico desta entidade clínica, a comissão propôs os seguintes:

A - Pelo menos duas crises com as características de B.

B - Pelo menos três das seguintes características:

1. Um ou mais dos sintomas da aura seja completamente reversível, indicando disfunção focal, hemisférica e/ou do tronco cerebral.
2. Pelo menos um dos sintomas da aura desenvolve-se gradualmente em mais de 4 minutos ou 2 ou mais sintomas ocorrem em sucessão.
3. Nenhum dos sintomas da aura dura mais de 60 minutos. Mas se há mais de um sintoma aceita-se que a duração seja proporcionalmente aumentada.
4. A cefaleia segue-se à aura com um intervalo livre de menos de 60 minutos, mas pode ocasionalmente começar antes da aura.

C - Pelo menos um dos seguintes aspectos:

1. História clínica e exame físico não sugestivos de lesão orgânica.
2. História clínica e exame físico sugestivos de lesão orgânica, mas esta foi excluída por investigação laboratorial ou neurorradiológica.
3. Lesão orgânica presente mas a cefaleia não ocorre pela primeira vez na relação temporal com a lesão.

A aura da enxaqueca pode revestir-se de diferentes aspectos como:

*Aura típica*

Consiste em perturbações visuais homónimas, adormecimento e/ou parestesias unilaterais, fraqueza muscular unilateral, disfasia ou a combinação de alguns destes sintomas, que se desenvolvem gradualmente, com duração inferior a uma hora e sendo completamente reversíveis.

*Aura prolongada*

Um ou mais dos sintomas da aura durando mais de 60 minutos com recuperação total antes de três semanas e com tomografia computorizada cerebral, após três semanas, normal. Se a aura é uma hemiparesia e há história familiar em parente do primeiro grau diz-se que é uma enxaqueca hemiplégica familiar[28,29].

*Aura hemiplégica*

*1. Enxaqueca hemiplégica familiar*

Satisfaz os critérios de enxaqueca com aura e ainda dois ou mais dos seguintes sintomas do tronco ou dos lobos occipitais: sintomas visuais, disartria, vertigens, tinitus, baixa da audição, diplopia, ataxia, parestesias unilaterais, parésia unilateral, alteração da consciência[28,29].

*2. Enxaqueca hemiplégica não familiar*

É a enxaqueca com aura hemiplégica em que não há história familiar. Segundo alguns autores, a distinção não faz sentido mas tem de se manter enquanto não houver outra explicação genética ou não para este quadro[28,29].

*Aura basilar*

Se os sintomas da aura são claramente originários de ambos os lobos occipitais (sintomas visuais nos campos temporal e nasal de ambos os lados) ou do tronco cerebral (disartria, vertigens, tinitos, diminuição da audição, diplopia, ataxia, parestesias ou paresias bilateriais, diminuição do nível de consciência), corresponde à variedade clínica de enxaqueca basilar que é uma variedade rara, ocorrendo geralmente no adulto jovem[30].

*Aura sem cefaleias*

Alguns autores admitem ainda como formas de enxaqueca (que designam por "equivalentes da enxaqueca" ou "aura de enxaqueca sem cefaleia") determinadas manifestações clínicas em tudo semelhantes aos pródromos (auras) da com aura até na duração, embora sem as correspondentes cefaleias. Satisfaz os critérios de enxaqueca com aura da IHS, mas a cefaleia está ausente[23].

*Aura de início agudo*

Satisfaz os critérios de enxaqueca com aura, mas os sintomas de aura desenvolvem-se subitamente em menos de 5 minutos. O seu diagnóstico exige a exclusão de acidente isquémico transitório ou outra lesão intracraniana[23].

### *Enxaqueca oftalmoplégica*

É uma variedade rara e ocorre predominantemente na criança. Foi descrita pela Comissão Internacional como uma cefaleia que ocorre por crises repetidas associadas com paresia de um ou mais nervos cranianos (III,IV;VI) na ausência de lesão intracraniana demonstrável[31].

### *Enxaqueca retiniana*

É uma variedade clínica muito rara sendo a sua relação com a enxaqueca incerta. Caracteriza-se por crises repetidas de escotoma monocular ou cegueira durando menos de uma hora, podendo ser precedida ou acompanhada de cefaleias, eventualmente com um curto intervalo livre (até 60 minutos).

Deverá sempre ser excluída uma afecção ocular ou vascular (AIT; amaurose fugaz)[23,32].

### *Síndromes infantis possivelmente precursores ou associados a enxaqueca*

*Vertigem paroxistica benigna da criança*

Alguns autores admitem que certas manifestações gastro-intestinais, como náuseas, vómitos e eventualmente dores abdominais ou ainda episódios recorrentes de vertigens e vómitos que ocorrem nas crianças, podem corresponder a equivalentes da enxaqueca ou serem fenómenos precursores ou associados à enxaqueca, segundo a terminologia proposta pela IHS. Designam-nas por vertigens paroxísticas benignas da criança ou síndrome de Basser e caracterizam-nas por episódios múltiplos, breves e esporádicos de desiquilíbrio, ansieda-

de, nistagmo e vómitos. O exame neurológico e otológico são normais assim como o EEG e a TAC cerebral[23].

*Hemiplegia alternante da criança*

Também a hemiplegia aguda alternante da criança tem sido considerada como possivelmente relacionada com a enxaqueca.

Começa habitualmente antes dos 18 meses e caracteriza-se por ataques de hemiplegia com alternância de lado em diferentes episódios, espasmos tónicos, distonias, movimentos coreo-atetósicos, nistagmo ou outra anomalia motora ocular, disautonomia ou outros défices neurológicos ou mentais[23,33].

Penso que devemos encarar cautelosamente estas situações clínicas não as considerando como variantes de enxaqueca com aura sem um detalhado estudo prévio ou diagnóstico diferencial cuidadoso.

### *Complicações da enxaqueca*

Habitualmente, mesmo nas formas ditas complicadas, não resultam das crises de enxaqueca défices permanentes. Contudo, em alguns casos, os sinais neurológicos prolongam-se para além das 24 horas e podem mesmo ficar permanentemente. Estes casos, exigem a exclusão de uma lesão estrutural por meios de investigação apropriados. Os défices mais comuns são os défices retinianos, escotomas mais ou menos extensos, além de hemiplegias ou paralisias oculomotoras[32].

As complicações mais frequentes são o estado de enxaqueca e a enxaqueca com enfarte associado.

*Estado de enxaqueca*

Entende-se por este estado um episódio de qualquer tipo de enxaqueca mas em que a fase de cefaleia dura mais de 72 horas, mesmo com tratamento. Pode haver intervalos livres de dor mas inferiores a quatro horas (sono não incluído). Geralmente está associa-se ao abuso medicamentoso de analgésicos, anti-enxaquecosos ou sedativos[23].

*Enxaqueca com enfarte*

Como consequência de crises de enxaqueca podem surgir, embora raramente, enfartes cerebrais, particularmente em jovens adultos, como tem sido referido por diversos autores como Dorfman e col. [34], Rascol e col.[35], Cala e Mastaglia[36] e de que também temos alguma experiência pessoal (Pereira Monteiro e col.)[37].

Este quadro foi designado por enxaqueca com enfarte pela comissão internacional e considerado como uma complicação da enxaqueca, sendo descrito como um ou mais sintomas de aura não completamente reversível ou durando mais de três semanas, associado com hipodensidade relevante na tomografia computorizada cerebral e sendo excluídas outras causas de enfarte cerebral através da angiografia, exame cardiológico e testes sanguíneos.

***Enxaqueca não classificável***

Será toda e qualquer cefaleia tipo enxaqueca a que falta um ou mais critérios para um tipo específico e que também não satisfaz os critérios de cefaleia de tensão nem de outro tipo de cefaleias.

**Exame físico**

O exame físico dos doentes com enxaqueca é habitualmente normal, como já foi dito. No entanto, temos de considerar que os elementos clínicos que se podem colher são diferentes conforme se trate de uma observação durante uma crise ou no período intercrítico.

*Na crise*

Podemos apreciar o comportamento do doente perante o ambiente, se procura um local recatado, silencioso e pouco iluminado; o estado de humor, se há irritabilidade ou depressão; o estado de consciência, se está com prostração, confusão mental ou sonolência; o estado da pele e das conjuntivas, se há palidez, rubor, hiperemia conjuntival ou sudação, além da pesquisa de sinais neurológicos focais ou de sinais de doença sistémica.

*Na intercrise*
No período intercrítico o exame é geralmente normal.

## Doenças associadas

Têm sido descritas várias doenças associadas com a enxaqueca, de que salientamos as seguintes:

*Alergias*: Vários autores salientaram a maior incidência de manifestações alérgicas nos doentes com enxaqueca relativamente à sua incidência na população geral (5 a 10%). Contudo, outros autores não confirmaram esses achados[5,13].

Nos nossos doentes também não encontrámos maior incidência de manifestações alérgicas (dados não publicados).

*Hipertensão arterial:* Pode agravar uma enxaqueca pré-existente, mas também podem surgir surtos hipertensivos durante as crises de enxaqueca, segundo a nossa experiência. Ocorre com mais frequência na população com enxaqueca do que na população geral. A ocorrência simultânea de crises hipertensivas e cefaleias violentas, mesmo que sejam sugestivas de enxaqueca requer, a exclusão de um possível feocromocitoma[5,13].

*Epilepsia* : Num grupo de 100 doentes com enxaqueca da nossa consulta encontrámos epilepsia associada em 3 casos (3%), o que representa uma incidência 10 vezes superior à incidência de epilepsia na população geral (Pereira Monteiro e Garcez da Cunha)[38] e estes valores estão de acordo com os encontrados por outros autores[5,7,39,40]. Contudo, Friedman[23] estudou uma grande série de doentes com enxaqueca e não encontrou evidência estatística de qualquer relação especial entre estas duas entidades clínicas muito frequentes. Whitty[4] analisando as características clínicas, aspectos genéticos e electroencefalográficos na enxaqueca e na epilepsia, considerou que estas duas afecções podem estar ligadas por um factor constitucional comum, mas sem o especificar e sem o fundamentar adequadamente.

*Dislipidemia*: Principalmente do tipo da hiper-pré-beta-lipoproteinemia, pode agravar a enxaqueca, possivelmente por alteração da viscosidade do sangue e/ou da agregação plaquetária; geralmente normaliza com a correcção da anomalia, segundo Leviton e Comenga[41] mas estes dados não foram confirmados pelos autores.

*Trombocitopenia*: Pode também agravar ou desencadear uma enxaqueca, segundo Damásio e Beck[42] mas também estes dados não foram posteriormente confirmados..

*Prolapso da válvula mitral*: Ocorre em cerca de 25% dos doentes com enxaqueca, segundo Litman e Friedman[43] mas estes dados não foram confirmados quanto ao significado estatístico.

*Enfarte do miocárdio* - tal como a HTA e a arteriosclerose, é mais frequente na população com enxaqueca do que na população geral, segundo alguns autores[43,44].

## Tratamento

A enxaqueca é uma doença crónica com manifestações clínicas paroxísticas, de etiologia desconhecida, pelo que não tem tratamento curativo. O objectivo do tratamento é, então, a redução da intensidade, duração e frequência das crises e dos sintomas associados. Para atingir esse objectivo podemos optar por uma das seguintes modalidades de tratamento: tratamento da crise aguda (sintomático) ou prevenção de novas crises (profiláctico). Os meios de que dispomos são muito variados, mas nenhum é completamente eficaz, sendo por vezes necessária a conjugação de vários métodos terapêuticos farmacológicos ou não[45,46].

O tratamento farmacológico está indicado em todas as variedades da enxaqueca, particularmente nos casos mais frequentes e severos. É o que oferece melhor oportunidade de sucesso. As drogas devem ser escolhidas em função de cada doente, seleccionando-se a mais eficaz por tentativas sucessivas. Os meios de tratamento farmacológico disponíveis são muito variados mas podemos agrupá-los, para melhor sistematização, de acordo com a sua principal acção farmacológica: 1. Fármacos com acção sobre a serotonina; 2. Fármacos com acção sobre a adrenalina ou noradrenalina; 3. Fármacos com acção sobre a dopamina; Fármacos com acção sobre as prostaglandinas e 5. Outros fármacos (quadro II.9). Dos métodos não farmacológicos destacam-se a psicoterapia, as técnicas de relaxamento e a fisioterapia[47-53].

A utilização destes diferentes agentes farmacológicos vai depender em cada caso, do objectivo do tratamento e da fase clínica (crítica ou intercrítica) em que o doente se encontra.

Quadro II.9 - **Fármacos usados no tratamento da enxaqueca**

| | *Droga* | *indic. terap.* | *dose dia* | *via* | *Efeito adverso* | *contra-indicação* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. **Fármacos de acção sobre a serotonina** | | | | | | |
| Antagonistas/ /agonistas parciais | Ergotamina | C | 1-3 mg | O; R | náuseas vómitos sonolência | hipot. arterial ins. coronária ins. vasc. perif. gravidez |
| | DHE | C | 1 mg | I | vasoc. perif. | |
| | | C | 0,5 mg | N | | |
| | | P | 7,5 mg | O | | |
| Agonistas | Sumatriptano | C | 6 mg | SC | parestesias rubor opressão fadiga sonolência | |
| | Triptofano | P | 2-4 g | O | | |
| | 5-HTP | P | 300 mg | O | | |
| Inibidores da recaptação | Amitriptilina | P | 50 mg<br>100 mg | O | náuseas tonturas tremores hipot. arter. aum. peso | glaucoma hiperpl. prost. gravidez |
| | Imipramina | P | 75 mg<br>200 mg | O | | |
| Inibidores da MAO | Fenelzina | P | 45 mg | O | HTA crise hipert. palpitações náuseas vómitos | glaucoma hiperpl. prost. |
| 2. **Fármacos com acção sobre a adrenalina ou noradrenalina** | | | | | | |
| Antagon. β | Atenelol | P | 40 mg | O | náuseas insónias prostração bradicardia hipot. post. | bloq. A-V angor ins. card. cong. asma |
| | Propranolol | P | 80 mg | O | | |
| | Alprenolol | P | 50 mg | O | | |
| Agonistas α | Clonidina | P | 0,1 mg | O | secura boca sonolência | glaucoma hiperpl. prost. |
| 3. **Fármacos com acção sobre a dopamina** | | | | | | |
| Antagonistas | Metoclopramida | C | 20 mg | O/R | discinésia | assoc. c/ anticol. neurol. |
| Agonistas | Bromocriptina | P | 5 mg | O | mov. invol. alucinações hipot. ortost. | gravidez |

*C. Tratamento da crise; P. Profilaxia.*
*O. Oral; E. Endovenoso; I. Intramuscular; N. Nasal; R. Rectal; SC. Subcutânea*

Quadro II.9 - **Fármacos usados no tratamento da enxaqueca (cont.)**

| | *Droga* | *indic. terap.* | *dose dia* | *via* | *Efeito adverso* | *contra-indicação* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **4. Fármacos com acção sobre as prostaglandinas** | | | | | | |
| Agonistas | Ác. acetilsalic. | C | 1 g | O | epigastralg. | úlc. péptica |
| | Acetilsal. lisina | C | 1 g | O/E | hem. digest. | coagulopatia |
| | Ác. flufenâmico | C | 200 mg | O | | asma |
| | Indometacina | P | 100 mg | O | rash cutâneo | ins. hepática |
| | Paracetamol | C | 1 g | O | | ins. renal |
| **5. Fármacos com acção sobre os canais de cálcio** | | | | | | |
| Antagonistas | Nifedipina | P | 20 mg | O | sedação | gravidez |
| | Flunarizina | P | 10 mg | O | aum. peso | |
| | Verapamil | P | 360 mg | O | s. extrapir. | |

*C. Tratamento da crise; P. Profilaxia.*
*O. Oral; E. Endovenoso; I. Intramuscular; N. Nasal; R. Rectal; SC. Subcutânea*

## Morbilidade

A frequência e intensidade das crises de enxaqueca é muito variável, assim como a incapacidade funcional que confere, daí que apenas uma pequena parte dos doentes procure cuidados médicos para o alívio da sua sintomatologia. Bille encontrou em 42% das crianças que estudou uma ou mais crises por mês com intensidade suficiente para impedir a actividade escolar e que resultou na perda da escolaridade anual em cerca do dobro da população normal.

No Reino Unido, Green[6] estimou o absentismo por cefaleias em cerca de 4 dias por ano por doente com enxaqueca.

Na Finlândia, Nikiforow e Hokkanen[54] verificaram que 13% dos 2 000 doentes com enxaqueca faltaram ao trabalho por cefaleias e que 17% desses tinham faltado mais de 7 dias por ano. A enxaqueca é, realmente, uma causa importante de morbilidade nas comunidades[55].

## Prognóstico

A enxaqueca é uma afecção benigna com raras excepções. Uma criança com

enxaqueca tem 60% de probabilidades de remissão na adolescência e 60% dos doentes afectados têm a remissão pelos 30 anos[3]. Dos adultos, 50% podem ter crises até aos 65 anos.

## CEFALEIAS TIPO TENSÃO

Estas cefaleias são tão frequentes que os pacientes chegam a considerá-las, quando leves, como normais pelo que se pode pôr a questão de saber se são doença. Claro que são pois não é pelo facto de serem muito frequentes que o deixam de ser. Há outras condições patológicas frequentes como as lombalgias, a ansiedade, a cárie dentária, etc., e que não são postas em causa. O facto das formas leves de cefaleias de tensão estarem frequentemente associadas com factores psico-sociais e comportamentais tem contribuído muito para a desvalorização clínica destas cefaleias e tem impedido o progresso na investigação etiológica desta patologia, não obstante a sua elevada prevalência e o seu enorme impacto socio-económico. Isto faz com que o diagnóstico permaneça exclusivamente baseado na clínica e em parâmetros não muito distintos da enxaqueca.

### Variedades clínicas

#### *Episódica*

Caracteriza-se por episódios de cefaleias durando minutos a dias. A dor é tipo pressão ou aperto e leve a moderada em intensidade, sendo a localização variável, geralmente difusa e bilateral. Não se agrava com a actividade física. As náuseas e os vómitos estão ausentes. Fono ou fotofobia, um deles, pode estar presente. Não se encontram alterações ao exame físico, podendo ou não acompanharem-se de contracção dos músculos epicranianos e hiperestesia do couro cabeludo. A frequência média das crises deverá ser inferior a 15 por mês, segundo os critérios da I.H.S..

*Critérios de diagnóstico:* Pelo menos dez episódios de cefaleias e menos de 180 dias de dor por ano (ou menos de 15 dias por mês).

· 30 minutos a sete dias de duração;

- dor com pelo menos duas das seguintes características:
  - pressão/aperto, não pulsátil
  - ligeira ou moderada
  - bilateral
  - não agravada pela marcha ou actividades diárias
- ausência de náuseas ou vómitos;
- ausência de fotofobia ou fonofobia, ou presença de apenas um destes sintomas;
- exclusão de doença orgânica ou presença de doença orgânica sem relação temporal com a cefaleia.

***Características da dor:*** o carácter da dor é vago, mal definido, não pulsátil (86% Rasmussen), tipo aperto, pressão ou peso, como banda ou capacete[55].

A duração dos episódios é também muito variável, em média de 12 horas, com limites de 30 minutos a 72 horas.

A severidade é leve ou moderada por definição mas aumenta de intensidade com a frequência dos episódios.

A localização bilateral (96% Rasmussen)[55] ou variável. Se a localização permanecer inalterável deverá ser pesquisado um factor localizador de tipo lesional (ATM, Cervical, MAV, LOE, etc.). A ordem decrescente de frequência da dor é occipital, parietal, temporal e frontal[16,54,55,56]. Geralmente não agrava com a actividade física de rotina, em 74% dos casos[46].

A frequência é variável, em média de 6 dias por mês, com limites de 2 a 12 dias[56].

O perfil temporal das crises é extremamente variável. Variações diurnas podem surgir de manhã e manter-se durante todo o dia ou iniciar-se à tarde e agravar-se para o fim do dia. Também há uma variação sazonal, sendo frequente o agravamento em certas estações do ano e com as variações climáticas[55], mas este é um aspecto que necessita de ser mais investigado.

***Sintomas associados:*** sintomas acompanhantes como a fonofobia em 10% e fotofobia em 7% são relativamente pouco frequentes[16,55].

As perturbações do sono estão frequentemente associadas com as cefaleias

de tensão, mas desconhece-se se a coincidência é fortuita ou causal, embora a privação de sono seja referido como factor precipitante de cefaleias, particularmente deste tipo[18,21,55].

***Factores desencadeantes:*** há vários factores causais deste tipo de cefaleias nomeadamente: ansiedade, depressão, insónias, abuso medicamentoso, disfunção oromandibular. A menstrução também é um factor precipitante em 38% dos casos[16,55].

***Exame físico:*** o exame físico é normal, excepto para a hipersensibilidade à palpação dos músculos pericranianos. A sensibilidade destes músculos é menor nas mulheres que nos homens e diminui com a idade[16,20,55]. Cerca de 65% dos indivíduos com cefaleias de tensão episódicas têm um factor muscular.

***Crónica:***

A cefaleia é do mesmo tipo da episódica, isto é, pressão ou aperto, localização variável, sem agravamento com a actividade física e geralmente bilateral, de intensidade leve ou moderada. Sem alterações ao exame físico para além da eventual dor à pressão dos músculos epicranianos ou hipersensibilidade do couro cabeludo. O que permite distingui-la de forma episódica é a frequência da dor que tem de ocorrer em mais de 15 dias por mês durante pelo menos 6 meses, segundo a classificação internacional.

A expressão clínica das cefaleias de tensão nem sempre é pura, podendo associar-se a cefaleias do tipo enxaqueca, apresentando-se como as cefaleias combinadas (ou mistas) da classificação da Comissão *Ad Hoc* do NINDB (1962). Mas, dado que o conceito de cefaleias combinadas é arbitrário sendo difícil de isolar populações suficientemente homogéneas para ulteriores estudos clínicos e farmacológicos, a Sociedade Internacional de Cefaleias sugeriu a sua classificação como enxaqueca se mais de um quarto das crises fôr do tipo enxaqueca e como cefaleias tipo tensão se mais de três quartos das crises forem deste tipo, uma opção não menos arbitrária.

*Critérios de diagnóstico:* cefaleias pelo menos 15 dias/mês (180 dias/ano) durante pelo menos seis meses. A dor é habitualmente em pressão/aperto, ligeira ou moderada, bilateral, não agravada pela actividade diária, nem pela marcha. Podem ocorrer náuseas, fono ou fotofobia. Os episódios têm as mesmas características das cefaleia de tensão episódica (mas neste caso admite-se que possam ocorrer náuseas).

***Características da dor:*** a dor é bilateral em 90% dos casos, segundo Friedman e colaboradores[22,23], e a unilateralidade, quando surge, depende da existência de um outro factor doloroso como, por exemplo, uma dor de dentes ou uma cervicalgia entre outras. Embora generalizada, pode ter áreas de maior intensidade de localização bifrontal, bitemporal, bioccipital ou cervical.

O tipo de dor é, em regra, uma moedeira, persistente, com flutuações durante o dia. É descrita como sensação de peso, pressão ou aperto, como uma banda à volta da cabeça. Em alguns doentes há episódios breves de dor aguda, tipo guinada, sobreposta à dor de fundo. Só adquire o carácter pulsátil nas crises mais intensas ou quando surgem associadas com a enxaqueca.

Nas formas leves, a dor ocorre só nas situações de stress e nos casos severos surge, frequentemente, em antecipação a situações desagradáveis. Na maior parte dos casos agrava-se com a ansiedade e a depressão.

Na forma crónica diária, habitualmente o doente acorda já com a dor que se mantém durante todo o dia, com ou sem flutuações relacionadas ou não com os acontecimentos diários, agravando-se ou não no fim do dia, daí a designação de *chronic diary headache*, na literatura anglo-saxónica recente. A frequência do aparecimento das cefaleias depende da gravidade do quadro, podendo variar desde a dor aguda, de curta duração, como reacção a um stress até à dor permanente e diária. Segundo Friedman e colaboradores[22,23], em 1964, 50% dos doentes da sua clínica com cefaleias de tensão tinham cefaleias crónicas diárias.

A dor é geralmente a única manifestação da doença, mas em alguns casos, principalmente nas formas mais graves, pode surgir uma leve fotofobia e sinais de ansiedade (respiração irregular, sudação aumentada, contracção dos maxilares) ou de depressão (falta de concentração, desinteresse pelo meio ambiente, tristeza, insónias, etc.)[22].

***Factores predisponentes:*** admite-se geralmente que os factores psicológicos têm um papel preponderante na cefaleia de tensão. Friedman e colaboradores[22,23] encontraram factores psicológicos em todos os casos. Outros autores[47,48] verificaram que não havia uma determinante psicológica isolada como causa da cefaleia, mas que a somatização da ansiedade sob a forma de contracção muscular sustentada estava presente em casos de cefaleias de tensão. Esses autores não encontraram diferenças significativas no estudo electromiográfico dos músculos cervicais nos doentes com cefaleias de tensão comparativamente aos controlos normais.

As discretas alterações vasculares que se verificaram nas cefaleias de tensão como a vasoconstrição sustentada verificada por Wolff e col[13], os factores humorais como a redução significativa da serotonina plaquetária verificada por Rolf e col.[57] ou o défice do sistema de controlo endógeno da dor postulado por Sicuteri[58], não são suficientes para isoladamente justificar a dor da cefaleia de tensão e também não há evidência de alteração do limiar da dor nestes casos[13,59].

***Factores precipitantes:*** são factores de agravamento bem conhecidos emoções, ansiedade, ruído intenso e o uso de fármacos vasoconstritores.

***Exame físico:*** o exame físico é geralmente normal nas cefaleias de tensão mas podem observar-se sinais de contracção muscular exagerada na maior parte dos doentes, exagero do tremor fisiológico, hipersensibilidade do couro cabeludo (à palpação), dor à palpação dos músculos epicranianos (inconstante).

### *Cefaleias tipo tensão sem todos os critérios*

São cefaleias com características de tensão, a que faltam um ou mais critérios para uma das suas variedades específicas e não satisfazendo os critérios de enxaqueca sem aura.

### Tratamento

Os doentes com este tipo de cefaleias, habitualmente de longa duração, quando recorrem ao médico já experimentaram diversos tratamentos, geral-

mente por automedicação, e não é raro que tenham habituação ou apresentem sinais e sintomas de intoxicação medicamentosa.

No tratamento destes doentes pode usar-se uma terapêutica farmacológica constituída essencialmente por analgésicos, tranquilizantes e antidepressivos, mas não é raro que estas terapêuticas sejam insuficientes ou ineficazes, sendo então necessário recorrer a técnicas de tratamento não farmacológicas, como a psicoterapia, técnicas de relaxamento, *biofeedback* ou acupunctura, isoladamente ou em associação com o tratamento farmacológico[56,59].

Entre as terapêuticas farmacológicas, os analgésicos do tipo do ácido acetilsalicílico ou paracetamol são úteis, porque têm alguma eficácia no alívio da dor, mas geralmente estes doentes necessitam de ingerir o medicamento com frequência para manterem a dor atenuada e atingem facilmente níveis tóxicos (principalmente quando usam medicamentos compostos).

Os tranquilizantes do tipo do diazepan são úteis porque combatem a ansiedade e têm uma acção miorrelaxante, mas devem ser utilizados por períodos limitados para evitar a habituação.

Os antidepressivos, nomeadamente os tricíclicos, são eficazes no tratamento profiláctico da cefaleia de tensão (em cerca de 75% dos casos). São também úteis quando há depressão associada o que ocorre com muita frequência nestes doentes.

No que respeita às terapêuticas não farmacológicas, a psicoterapia, em especial a terapia de comportamento e o recurso às técnicas de relaxamento e, se necessário, à sugestão e hipnose, parecem ser mais eficazes do que a acupunctura ou as técnicas de *biofeedback*. Estas situações requerem um tratamento prolongado e intensivo e beneficiam com a confiança que o doente deposita no seu médico[59].

## CEFALEIA EM SALVA E HEMICRÂNIA PAROXÍSTICA CRÓNICA

Esta designação, proposta pela Comissão de Classificação da Sociedade Internacional de Cefaleias, engloba as seguintes entidades clínicas: a cefaleia em salva (*cluster headache*), com as variedades episódica e crónica; a hemicrânia paroxística crónica e outras situações semelhantes à cefaleia em salva, mas não obedecendo a todos os critérios, portanto, não classificáveis em qualquer dos grupos anteriores.

### CEFALEIA EM SALVA (CLUSTER HEADACHE)

Corresponde às seguintes designações anteriores: Cefaleia de Horton, cefaleia histamínica, nevralgia migranosa ou ciliar, eritromeralgia da cabeça ou da face.

#### Clínica

Caracteriza-se por episódios severos de dor estrictamente unilateral orbitrária, supra-orbitrária e/ou temporal, durando de 15 a 180 minutos e ocorrendo de uma a oito vezes por dia. Os episódios aparecem geralmente agrupados em séries, durando semanas a meses, separados por períodos de remissão que podem durar meses a anos. Cerca de 10% dos docentes têm sintomas duradoiros (formas crónicas). Acompanham-se de: injecção conjunvival, lacrimejo, confusão nasal, rinomia, sudorese facial e frontal, miose, futose e edema palpebral.

*Critérios de diagnóstico:*

A. Pelo menos cinco ataques preenchendo os critérios de B-D
B. Dor severa unilateral orbitária, supraorbitária e/ou temporal, durando 15 a 180 minutos quando, não tratada
C. Cefaleia associada a pelo menos um dos seguintes sinais que tem que estar presentes do lado da dor:
   · Hiperemia conjuntival
   · Lacrimejo

- Congestão nasal
- Rinorreia
- Sudorese da face e fronte
- Miose
- Ptose
- Edema palpebral

D. Frequência dos ataques: um a oito por dia

E. Pelo menos um dos seguintes:
- História, exame físico geral e neurológico não são sugestivos de doença orgânica.
- História, exame geral e neurológico sugestivos de lesão orgânica, mas excluída por investigação adequada.
- Lesão orgânica presente, mas a cefaleia não ocorre pela primeira vez em relação temporal com a lesão.

## Variedades clínicas

### *Episódica*

É a forma mais frequente de ocorrência deste quadro (cerca de 80% do total), em que a dor surge em períodos de crise (período susceptível) por acessos frequentes, agrupados em períodos de semanas ou meses (cachos ou salvas) separados por longos períodos de remissão (período refractário). Têm uma ocorrência geralmente cíclica (relacionada com alterações fotoperiódicas sazonais, variações do período de luz diário). A frequência aumenta até um pico à volta de duas semanas depois do maior e do menor dia do ano (Julho e Janeiro) e diminui rapidamente dentro de duas semanas depois das alterações da hora oficial, o que aponta para a natureza cronológica da salva. O período de remissão é um período durante o qual o ataque não ocorre espontaneamente nem pode ser induzido. A duração é variável de um mês a 20 anos (média: menos de dois anos)[1].

*Critérios de diagnóstico:*

- Todos os critérios anteriores de A a E mais o seguinte:

- pelo menos dois períodos de salva durando (doentes não tratados) de sete dias a um ano, separados por remissão de, pelo menos, 14 dias.

### *Crónica*

Nesta forma, os acessos ocorrem durante mais de um ano sem remissão ou com remissões inferiores a 14 dias. Pode resultar da evolução de uma forma episódica ou ser crónica desde o início[1].

*Critérios de diagnóstico:*
- todos os critérios de A a E mais o seguinte:
- ausência de fases de remissão durante um ano ou mais ou com remissões durando menos de 14 dias

### *Características da dor*

A dor é unilateral, afectando quase sempre o mesmo lado. É, na maior parte dos casos, uma dor referida como profunda e predominando na região orbitária, podendo irradiar para a porção superior ou inferior da hemiface ou toda a hemiface[13,16,61]. É particularmente intensa, sendo umas vezes pulsátil, outras constante, dando a sensação de queimor, perfuração ou laceração[13,16,61].

Nas formas episódicas da dor ocorre por salvas de surtos dolorosos, sendo a periodicidade dos acessos muito variável, mas geralmente regular no mesmo doente, a ponto de alguns doentes relacionarem as crises com certas estações do ano. As salvas surgem, em regra, uma a duas vezes por ano[16,60]. Os acessos ocorrem mais frequentemente durante a noite, geralmente com regularidade horária característica, chegando a acordar o doente sempre à mesma hora[13,60]. A duração dos surtos é de cerca de quatro a oito semanas e a frequência dos acessos dolorosos diários varia de um a oito, sendo a duração dos acessos também variável entre 15 minutos e três horas, raramente ultrapassando esta duração[13,16,60].

Nas formas crónicas os acessos repetem-se com frequência sem haver uma remissão total entre as crises[60,61].

## Manifestações associadas

Entre as manifestações associadas, o lacrimejo unilateral é o mais frequente. A conjuntiva pode ficar hiperemiada e também pode ocorrer ptose e miose unilateral (síndrome de Claude-Bernard-Horner parcial) assim como visão enevoada[60,61].

A congestão nasal e rinorreia unilateral são frequentes e típicos. As manifestações gastro-intestinais são menos frequentes do que na enxaqueca embora possam aparecer, principalmente as náuseas[60,61].

A artéria temporal superficial pode estar dilatada e pulsátil, podendo haver elevação da temperatura e hiperemia facial homolateral[61,64].

É frequente surgir agitação psicomotora, com incapacidade do doente se manter no leito, deambulando incessantemente enquanto sente dor. Sinais neurológicos focais são invulgares. Traços físicos típicos como o facies leonino (sulcos frontais, aspecto musculado e avermelhado) foram salientados por Graham[25,47] e corroborados por outros autores[60,61,64].

## Factores predisponentes

***Sexo:*** Este tipo de cefaleias atinge mais o sexo masculino mas geralmente, de uma forma não tão marcada como na enxaqueca no sexo feminino embora possa atingir 75% como no estudo de Lance e colaboradores[16].

***Idade:*** A média de idade de início é de cerca de 30 anos, mas 15% dos indivíduos têm um início antes doa 10 anos[61,62,63,65].

***Hereditariedade:*** A ocorrência de história familiar nos indivíduos com cefaleias em salva não é maior do que na população geral[60,61,62,64].

***Personalidade:*** Kudrow e Stutkus[8] que, em 1979, usaram o Minesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) para comparação de populações com diferentes tipos de cefaleias e chegaram à conclusão que não haveria diferenças significativas no tipo de personalidade entre os doentes com cefaleias em salva e os doentes com enxaqueca. Contudo, no grupo de doentes com a forma crónica Kudrow encontrou valores elevados de neuroticismo[8].

### *Factores precipitantes*

O factor mais frequentemente referido é o álcool, mas parece que só tem acção nos períodos susceptíveis. Outras substâncias vasodilatadoras e factores como a ansiedade, jejum prolongado ou sono exagerado podem desencadear crises. A histamina e principalmente a nitroglicerina podem desencadear crises típicas em período susceptível (na fase de salvas)[60-64].

### Doenças associadas

Como doenças associadas têm sido referidas as seguintes:

- *Enxaqueca*: Associa-se a cefaleias em salva em proporções variáveis de 3% a 27%, segundo diversos autores[2-5,7] sendo a associação mais frequente na mulher.
- *Nevralgia do trigémio*: Ocorre com maior frequência nos doentes com cefaleias em salva do que na população geral.
- *Úlcera péptica*: Surge em cerca de 20% dos casos segundo alguns autores[8,63] mas negado por outros como Sjaastad[64,65]
- *Doença coronária*; Ocorre com maior incidência na população com cefaleias em salva do que na população geral[64,65]
- *Doença neoplásica:* Ocorre com maior frequência nestes doentes (cerca de 10 vezes mais) do que na população geral, embora sem variedade predominante de tumor[16,56,61,62].

### História natural

A análise da evolução da doença ao longo do tempo tem demonstrado que cerca de um terço dos doentes acaba for fazer uma remissão completa e permanente. Outro terço mantem-se com pequenos ataques que não requerem tratamento e os restantes mantêm sempre o mesmo tipo de ataque.

### Tratamento

O tratamento da cefaleia em salva depende da duração e da frequência dos

Quadro II.10. **Esquema geral do tratamento da cefaleia em salva**

· **TRATAMENTO SINTOMÁTICO - CRISE AGUDA PROLONGADA E INTENSA**

1. $O_2$ a 100%. (máscara - 7 l/min., 15 min.)
2. Sunstriptano - 6 mg subcutâneo
3. Tartarato de ergotamina - 2 mg oral ou rectal
4. dihidroergotamina - 0,5 a 1 mg, im. ou nasal
5. Lidocaína - sol. 4% intranasal

· **TRATAMENTO PROFILÁCTICO**

- **Forma episódica**
  1. Ergotamina com cafeína - 2 a 4 mg/dia, oral
  2. Pizotifeno - 2 a 3 mg/dia, oral
  3. Prednisona - dose inicial 40 mg/dia, oral
  4. Lítio - 0,5 a 1 g/dia, oral
  5. Verapamil - 80 mg x 3/dia, oral
- **Forma crónica**
  1. Ergotamina - 2 a 4 mg/dia, oral
  2. Pizotifeno - 2 a 3 mg/dia, oral
  3. Lítio - 0,5 a 1 g/dia, oral
  4. Verapamil - 80 mg x 2/dia, oral

episódios dolorosos. Em cada caso terá de ser considerado o tratamento sintomático da crise e/ou o tratamento profiláctico (quadro II.10).

## HEMICRÂNIA PAROXÍSTICA CRÓNICA

Esta cefaleia foi descrita por Sjaastad e Dale[66] como uma variante da cefaleia em salva em que o doente tem acessos de dor com as mesmas características da cefaleia em salva mas de mais curta duração, embora mais frequen-

tes, chegando a 18 nas 24 horas. Os sintomas e sinais associados também são semelhantes aos da cefaleia em salva. Ocorre predominantemente no sexo feminino e tem uma resposta absoluta ao tratamento com indometacina.

• *Critérios de diagnóstico:*

A. Pelo menos 50 episódios preenchendo os critérios de B-E.

B. Ataques de dor severa, unilateral, orbitária, supra-orbitária e/ou temporal, sempre do mesmo lado, durando de 2 a 45 minutos.

C. Frequência dos ataques acima de cinco por dia (podem ocorrer períodos com menor frequência).

D. A dor está associada a pelo menos um dos seguintes sinais/sintomas no lado da dor:
- Hiperemia conjuntival
- Lacrimejo
- Rinorreia
- Ptose
- Edema palpebral

E. Eficácia absoluta da indometacina (150 mg/dia ou menos)

F. Pelo menos um dos seguintes:
- História, exame físico geral e neurológico não sugerem outras doenças subjacentes
- História, exame geral e neurológico sugerem outra doença, mas esta é excluída por investigação adequada
- A lesão orgânica está presente, mas os acessos dolorosos não ocorrem pela primeira vez em estreita relação temporal com a doença.

***Tratamento:***

• *Indometacina* :Actua de uma forma dramaticamente eficaz nas cefeleias do tipo hemicrânia paroxística crónica na dose de 75 a 100 mg/dia[66,67].

## OUTRAS CEFALEIAS NÃO ASSOCIADAS COM LESÕES ESTRUTURAIS

Incluem-se neste grupo múltiplas formas de cefaleias não associadas a lesões estruturais, de curso benigno e que não foram incluídas nos grupos anteriores, tais como: Descarga neural espontânea (*ice-pic pains*); cefaleias por compressão externa; por estímulo frio; cefaleia benigna da tosse; do exercício e cefaleia associada com a actividade sexual que são apenas enumeradas dada a sua reduzida importância clínica e epidemiológica.

## BIBLIOGRAFIA


1. Headache Classification Commitee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralglas and facial pain. *Cephalalgia Suppl 1988; 7: 1-96.*
2. Bille B. Migraine in school-children. *Acta Paediat Stockh* 1962; 51 (Suppl. 136).
3. Bille B. Migraine in childhood and its prognosis. *Cephalalgia* 1981; 1:71.
4. Witty CWM, Hockaday JM. Migraine. A follow-up study of 92 patientes. Br Med J 1968; 1:735.
5. Selby G, Lance JW. Observations on 500 cases of migraine and allied vascular headaches. *J Neurol Neurosurg Psych* 1960; 23:23-30.
6. Green, J. E.: A survery of migraine in England 1975-1976. *Headache* 1977; 17:67.
7. Lance JW, Anthony M. Some clinical aspects of migraine. *Arch Neurol* 1966; 15:356.
8. Kudrow L, Sutkus BJ. MMPI pattern specificity in primary headache disorders. *Headache* 1979; 19:18.
9. Sternback RA, Dalessio DJ, Kunzel M, Browman SE. MMPI patterns in common headache disorders. *Headache* 1980; 20:311.
10. Waters WE. Epidemiology. In *Modern Topics in Migraine*. Ed. J. Pearce p. 8, London, Heineman, 1975.
11. Hanington E, Horn M, Wilknson M. Further observation on the effects of Tyramine. In Background to migraine: London, Heineman, 1970.
12. Sandler M, Youdim MBH, Hanington E. The role of Tyramine in migraine: some possible biochemical mechanism. In *Background to Migraine*. Third British Migraine Symposium. London, Heineman, 1970.
13. Wolff HG. *Headache and other head pain*. 4th ed., New York, Oxford University Press, 1972.
14. Blau JN. In *Migraine*. Update Post-graduate Centre Series. Update Publication. London, 1982.
15. Monro J, Brostoff J, Carini C, Zilkha K. Food allergy in migraine study of dietary exclusion and RAST. *Lancet* 1980: 2:1.
16. Lance JW. In *Mechanism and Management of Headache,* 4th ed. Butteworth Scientific. London.
17. Pearce J. *Migraine, Clinical Features, Mechanisms and Management*. Springfield. Thomas, 1969.

18. Dexter JD. The relationship between Stage III+IV+REM sleep and arounsals with migraine. Headache 1979; 19: 364-369.
19. Ziegler DK, Hassanein RS, Kodanez A, Meck JC. Circadian rhythms of plasma cortisol in migraine. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 1979.
20. Blau JN. Adult Migraine: the patient observed. In: Migraine: clinical, therapeutic, conceptual and research aspects. *J. N. (ed.) Chappman and Hall Medical*, London 1987; 1: 3-30.
21. Packard RC. Phychiatric aspects of headache. *Headache* 1979; 19:168.
22. Friedman AP, Merrit HH. Headache. Diagnosis and treatment. Philadelphia, FA Davis, p. 717, 1962.
23. Friedman AP. The (infinitive) variety of migraine. In *Background to Migraine*. Third Migraine Symposium. London, Heineman, 1970.
24. Graham JR. Migraine headache: diagnosis and management. *Headache* 1979; 19:133.
25. Kagenor JA, Bekaj DA, Dunn BE. The differencial contribution of muscle contraction and migraine symptoms to problem headache in the general population. *Headache* 1981; 21:157.
26. Blau JN, Dexter SL. The site of pain origin during migraine headache. *Cephalalgia* 1981; 1:143.
27. Wilkinson M, William K, Kyton M: Observations on the treatment of an acute attack of migraine. Res. Clin. Stud. *Headache* 1978; 6:141-146.
28. Bradschaw P, Parsons M. Hemiplegic migraine: a clinical study. *Q J Med* 1965; 34:65.
29. Harrison MSG. Hemiplegic migraine. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 1981; 44:652.
30. Bickerstaff ER. Basilar artery migraine. *Lancet* 1961; 1:15.
31. Bickerstaff ER. Oftalmoplegic migraine. Revue Neurol 1964; 110:582.
32. Copen RJ, Taylor JR. Persistent neurologic sequelae of migraine: a case report. *Neurology* 1979; 25:1175.
33. Bryn GW. Migraine Equivalents, in *Handbook of Clinical Neurology*, Vol. 48 Chap. 1, 3-30.
34. Dorfman LJ, Marshal WM, Ensmann DR. Cerebral infarction and migraine: Clinical and radiological correlations. *Neurology* 1979; 24:317.
35. Rascol A, Lambier J, Guiraud B et al. Accidents ischémiques cérébraux au cours de crises migraineuses. Rev Neurol 1979; 135:867.
36. Cala LA, Mastaglia FL. Computer Axiale Tomography in detection of brain damage. 2. Epilepsy, migraine and general medical disorders. *Med J Aus* 1980; 2:616.
37. Pereira Monteiro, Leite Carneiro, Bastos Lima e Castro Lopes: Migraine and cerebral Infarction; three case studies. *Headache* 1985; 25(8):429-433.
38. Pereira Monteiro, Garcez da Cunha: O EEG nas cefaleias. *Bol Lig Port contra Epil* 1968; Supl. 2:150-158.
39. Dalsgaard-Nielsen J. Some aspects of the epidemiology of migraine in Denmark. *Klin Asp Mig* 1970; 18.
40. Ziegler DK. Epidemiology of migraine. In *Handbook of Clinical Neurology*, Vol. 47, Chap. 2; 13-22, 1986.
41. Leviton A, Comenga D. Migraine associated with hyper-pre-beta-lipoproteinemia, *Neurology* 1969; 963.
42. Damasio M, Beck D. Migraine, thrombocytopenia and serotonin metabolism. *Lancet* 1978; i:240.
43. Litman GI, Friedman MM. Migraine and mitral valve prolapse syndrome. *Am Heart J* 1981; 96:610.

1981; 96:610.
44. O'Neil, B. P., Hann, J. D.: Aspirin prophylaxis in migraine. *Lancet* 1978; 2:1179-1181.
45. Edmeads J. Management of the acute attack of migraine. *Headache* 1973; 13 (3):1-5.
46. Johnson ES. A basis for migraine therapy. The autonomic theory reappraised. *Postgrad Med J* 1978; 54:231-43.
47. Graham JR. Hypnotic treatment for migraine headaches. *Int J Clin Exp Hypn* 1975; 23: 165.
48. Graham JR, Wolff HG. Mechanism of migraine headache and action of ergotamine tartarate. *Arch Neurol Psychiat* 1938; 39:737-740.
49. Cough JR, Ziegler DK, Hassenein R. Amitriptyline in prophylaxis of migraine. *Neurology* 1976; 26:121.
50. Cunha L. O 5-HTP no tratamento das cefaleias (Estudo multicêntrico). *Jornal do Médico* 1987; CXXII (2200): 64-71.
51. Diamond S, Medina JL. Double-blind study of propanolol for migraine prophylaxis. *Headache* 11976; 6:24.
52. Sicuteri F. 5- Hidroxitroptofano in the Prophylaxis of Migraine. *Pharmac Res Com* 1972: 4; 213-217.
53. Medina JL, Diamond, Franklin MA. Biofeedback therapy for migraine prophylaxis. *Headache* 1976; 16:24.
54. Nikiforow R, Hokkaren E. An epidemiological study of headache in an urban and a rural populations in nonthan finland. Headache 1978; 18: 137-145.
55. Rasmussen BK, Jensen R, Scholl H, Olesen J. Epidemiology of headache in a general population: a prevalence study. *J. Clin Epidemiology* 1991; 44: 1147-1157.
56. Pereira Monteiro JM. Cefaleias de tipo tensão. In: As cefaleias na clínica geral. Coopertipo. Porto, 1986 2ª edição: 114-126.
57. Rolf LH, Wide G and Brune GG, 5-Hidroxytriptamine in platelets of patients with muscle contraction headache. Headache 21,10.
58. Sicuteri F. Migraine, a central biochemical dysnociception. *Headache* 1976; 16:145.
59. Kudrow L. Muscle contraction susdaches. In: Handbook of clinical neurology. PJ Vinken, GW Bruyn, HL Klawans editors. Elsevier Scientific Publishers. Amesterdam 1985; Revised series 4, vol 48; ch 22: 343-352.
60. Sherman WB, Friedman AP, Merit HA. *Headache: Diagnosis and Treatment*. Philadelphia, F. A. Davis, 1975.
61. Horton BT. Histaminic cephalgia. Diferencial diagnosis and treatment. *Proc Mayo Clin* 1956; 31:325-333.
62. Russel D. Cluster headache histamine H1 and H2 antagonist treatment. *Acta Neurol Scand* 1978; 57 (Suppl. 67):264-265.
63. Kudrow L. Cluster Headache: Mechanisms and Managenment. New York, Oxford University Press 1980.
64. Sjaastad O. Cluster headache. In: Handbook of clinical neurology. PJ. Vinken, GW Bruyn, HL Klawans Editors. Elsevier Scientific Publishiers. Amesterdam 1986; 4 (48): 217-246.
65. Sjaastad O. In: Cluster headache syndrome. Major Problems in Neurology Series, 23. Saunders. London 1992.
66. Sjaastad O and Dale I. Evidence for a new tratable headache. Headache 1974; 14: 105-108.
67. Sjaastad O. Chronic paroxysmal hemicrania. In: Handbook of clinical neurology. PJ. Vinken, GW Bruyn, HL Klawans Editors. Elsevier Scientific Publishiers. Amesterdam 1986; 4 (48): 257-266.

## 5.2. CEFALEIAS ASSOCIADAS A LESÕES ESTRUTURAIS

Consideram-se neste grupo as cefaleias sintomáticas ou secundárias, isto é, resultantes de um processo orgânico conhecido e bem definido, e que, dada a sua diversidade, engloba vários grupos de patologias distribuídas de acordo com a classificação proposta pela Sociedade Internacional de Cefaleias (quadro II.11):

Quadro II.11. **Cefaleias associadas a lesões estruturais**

1. Cefaleias associadas a traumatismos cranianos;
2. Cefaleias associadas a perturbações vasculares;
3. Cefaleias associadas a perturbações intracranianas não vasculares
4. Cefaleias associadas ao uso ou privação de substâncias químicas;
5. Cefaleias associadas a infecções focais ou sistémicas;
6. Cefaleias associadas a anomalias metabólicas;
7. Cefaleias ou dores faciais por lesão de estruturas do crânio ou face.

É inegável a importância clínica deste grupo de condições patológicas, mas, dada a vastidão do tema, uma revisão clínica minimamente equilibrada seria demasiado extensa e desproporcionada relativamente à sua importância epidemiológica pelo que nos limitamos a descrever sucintamente as entidades principais e a transcrever os dados mínimos indispensáveis à sua identificação clínica, incluindo os critérios de diagnóstico, propostos pela Sociedade Internacional de Cefaleias[1].

### CEFALEIAS ASSOCIADAS A TRAUMATISMOS CRANIANOS

Este grupo engloba as cefaleias pós-traumáticas agudas e crónicas[2-4].

## Cefaleia pós-traumática aguda

### *Com traumatismo craniano significativo e/ou sinais confirmativos:*

São critérios de diagnóstico os seguintes:

A. Traumatismo craniano significativo documentado por pelo menos um dos seguintes parâmetros:

1. Perda de consciência
2. Amnésia pós-traumática com duração superöior a 10 min.
3. Anomalias relevantes pelo menos dois dos seguinte:
   - exame neurológico
   - Rx de crânio
   - neuroimagem
   - potenciais evocados
   - exame do LCR
   - testes da função vestibular
   - testes neuropsicológicos

B. A cefaleia que ocorre, como sintoma novo ou de novo tipo, em menos de 14 dias após o doente ter recuperado a consciência (ou após o traumatismo, se não houver perda de consciência).

C. A cefaleia desaparece em menos de oito semanas após o doente ter recuperado a consciência (ou após o traumatismo, se não houver perda de consciência).

### *Com traumatismo craniano minor e sem sinais confirmativos*

A. Traumatismo craniano que não prenche as condições do critério A

B. A cefaleia ocorre em menos de 14 dias após a lesão

C. A cefaleia desaparece em menos de 8 semanas após a lesão

## Cefaleia pós-traumática crónica

Obedece aos mesmos critérios da forma aguda, só que a dor continua para além das oito semanas após o traumatismo (ou a recuperação da consciência após o traumatismo).

## CEFALEIAS ASSOCIADAS A PERTURBAÇÕES VASCULARES

São as cefaleias que acompanham as diversas patologias vasculares cerebrais e que obedecem aos seguintes critérios gerais:

- Sintomas e/ou sinais de doença vascular
- A investigação efectuada revela uma doença vascular
- A cefaleia com um sintoma novo ou de um novo tipo ocorre em intima relação temporal com o início da perturbação vascular.

As cefaleias podem ocorrer associadas com as diferentes variedades de lesões vasculares, quer isquémicas quer hemorrágicas, sendo contudo, mais frequentes nestas últimas[5-20].

## PERTURBAÇÕES INTRACRANIANAS NÃO VASCULARES

Neste grupo incluem-se as cefaleias que ocorrem nos doentes cuja investigação ulterior vem a revelar a presença de uma lesão intracraniana de natureza não vascular como sejam:

1 - Hipertensão intracraniana por aumento do fluído.
   - HIC benigna.
   - Hidrocefalia de pressão elevada. (incluindo a pós-TCE)
2 - Perda de LCR.
   - Por punção lombar.
   - Por fístula de LCR.
3 - Infecção intracraniana.
4 - Sarcoidose e outras doenças inflamatórias (n/infecciosas)
5 - Infecções intracranianas
6 - Tumor intracraniano.
7 - Outras perturbações intracranianas

Para se considerar uma cefaleia como parte integrante deste grupo é necessário que seja acompanhada de sintomas e/ou sinais de lesão intracraniana, sendo esta confirmada por qualquer dos seguintes meios auxiliares de diagnóstico: testes laboratoriais, neuroimagem ou operação cirúrgica.

sendo esta confirmada por qualquer dos seguintes meios auxiliares de diagnóstico: testes laboratoriais, neuroimagem ou operação cirúrgica.

Que a cefaleia como um sintoma novo, ou de um novo tipo, ocorra relacionada no tempo com o início (ou agravamento) da perturbação intracraniana e que a cefaleia melhore ou desapareça, dentro de três meses após o desaparecimento da lesão, espontaneamente ou por tratamento eficaz[21-24].

## USO OU PRIVAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS

### 1. Cefaleias por uso de susbtâncias

#### *Cefaleia induzida pelo uso ou exposição aguda a substâncias*

Nestes casos a cefaleia ocorre dentro de um tempo específico após a ingestão da substância. Só deverá ser considerado este diagnóstico, se for utilizada a dose mínima necessária e a dor ocorrer em, pelo menos, metade das exposições ao produto, e desde que tenha ocorrido pelo menos três vezes. A cefaleia desaparece quando a substância é eliminada do sangue.

Temos como exemplo destas situações as cefaleias induzidas por:

- álcool, se ocorre até três horas após a ingestão de mais de 15 g de álcool;
- nitritos ou nitratos (Hot-Dog), se ocorre uma hora após a absorção de mais de 0,25mg destes produtos por qualquer das seguintes vias: oral, inalação, percutânea ou endovenosa;
- glutamato monossódico, se ocorre até uma hora após a ingestão de uma quantidade ainda não definida de glutamato, associada a pelo menos dois dos seguintes sintomas: 1. Pressão no tórax; 2. Pressão ou aperto na face; 3. Sensação de queimor no peito, pescoço ou ombros; 4. Rubor facial; 5. Tonturas; 6. Desconforto abdominal e que integram o síndrome do restaurante chinês;
- monóxido de carbono, se ocorre até uma hora após a exposição a uma quantidade suficiente de monóxido de carbono para se ligar a mais de 20% de hemoglobina e se desaparece até 24 horas após a sua eliminação do sangue a menos que a intoxicação seja tão severa e que tenha provocado perda de consciência ou lesão cerebral podendo, então, dar origem a uma cefaleia crónica[23,25,26].

### *Cefaleia induzida pelo uso ou exposição crónica a substâncias*

A cefaleia nestes casos ocorre após a ingestão de altas doses diárias de substância incriminada e por um período superior a três meses. A cefaleia é crónica ocorrendo mais de 15 dias em cada mês mas a frequência das cefaleias diminui mais de 50% no prazo de 14 dias após a retirada da substância responsável pelo quadro clínico.

São exemplo deste tipo de cefaleias as seguintes[23,26-28]:

- A cefaleia induzida pela ergotamina que ocorre nos doentes que consomem mais de um miligrama de ergotamina diária por um período superior a três meses, mas só tem sido descrita quando usada no tratamento de cefaleias.
- A cefaleia induzida por analgésicos que ocorre em doentes que consomem mais de 50 gramas de Aspirina por mês ou o equivalente de outro analgésico leve e por um período superior a três meses. Este quadro também só tem sido descrito em doentes com cefaleias e para o seu tratamento.

Também podem, ocorrer cefaleias por exposição crónica a outras substâncias químicas com efeitos tóxicos. como narcóticos e produtos industriais.

## 2. Cefaleias por privação de substância

### *De uso agudo:*

É uma cefaleia que ocorre após o uso agudo de uma substância química, mas que só surge quando esta já está larga ou completamente eliminada e melhora ou desaparece após nova ingestão da substância em causa.

Como exemplo deste tipo de cefaleia cita-se a cefaleia por privação de álcool (*hangover*) que é precedida pela ingestão de quantidade suficiente de álcool para embebedar qualquer indíviduo.

### *De uso crónico:*

É a cefaleia que ocorre após o uso de doses diárias elevadas de uma dada substância por um período superior a três meses, e que surge dentro de horas

após a sua suspensão. As cefaleias reduzem mais de 50% em intensidade e frequência 14 dias após a privação da substância.

São exemplo deste tipo de cefaleias nos casos de:

- Privação da ergotamina em que há uma ingestão prévia de ergotamina diariamente na dose oral (mais de 2 mg) ou rectal (mais 1 mg) por um período superior a três meses. A cefaleia ocorre dentro de 48 horas após a remoção da ergotamina.

- Privação de cafeína que ocorre nos indivíduos que consomem mais de 15 gramas de cafeína por mês por um período superior a três meses. A cefaleia surge habitualmente dentro de seis horas após a última ingestão de cafeína, e alívia dentro de cerca de uma hora após a ingestão de 100 mg de cafeína.

- Também têm sido descritas cefaleias associadas à privação de narcóticos entre outras substâncias de uso crónico.

## INFECÇÕES NÃO CEFÁLICAS (FOCAIS OU SISTÉMICAS)

Este grupo não inclui as infecções intracranianas que já foram incluidas nas perturbações intracranianas não vasculares, de acordo com a classificação proposta pela Sociedade Internacional de Cefaleias que adoptamos e temos vindo a utilizar neste estudo.

Todas as variedades de cefaleias associadas a infecções focais ou sistémicas devem obedecer aos seguintes critérios de diagnóstico:

- Diagnóstico clínico e laboratorial (microscópico, cultural ou serológico) de infecção focal ou sistémica.
- Ocorrência de cefaleias (como sintoma novo ou de um novo tipo), concomitantemente com a infecção.
- Desaparecimento da cefaleia menos de um mês após o tratamento eficaz ou a remissão espontânea da infecção.

No caso das infecções víricas ou bacterianas deve ser possível o diagnóstico clínico do tipo de infecção, a sua localização, se é focal extracraniana (e qual o órgão ou órgãos atingidos), ou se é sistémica, e a sua confirmação, por microscopia, exame cultural ou serológico, para que possa ser classificada como tal.

## ANOMALIAS METABÓLICAS

Para que uma cefaleia seja adequadamente atribuida e classificada como de causa metabólica deverá preencher os seguintes critérios de diagnóstico:

- Estar associada a sintomas ou sinais de anomalia metabólica, sendo esta, sempre que possível confirmada por exames laboratoriais.
- Surgir como um sintoma novo ou de um novo tipo e relacionada no tempo com o início ou o agravamento da perturbação metabólica.
- Desaparecer dentro de 24 horas após o tratamento da perturbação metabólica.

São exemplos deste tipo de cefaleias as associadas com situações de: hipoxia, hipercapnia, hipoglicemia, hemodiálise entre outras[23,30-32].

## CEFALEIAS OU DORES FACIAIS POR LESÃO DE ESTRUTURAS DO CRÂNIO, DA FACE OU DO PESCOÇO

São muitas as afecções do crânio, da face ou do pescoço que podem causar cefaleias, dores faciais ou nevralgias, mas só vamos considerar neste grupo as cefaleias e as dores faciais, sendo as nevralgias cranianas essenciais e sintomáticas, abordadas em conjunto, no capítulo seguinte.

Todas as formas de cefaleias resultantes de perturbações das estruturas cefálicas ou cervicas só serão consideradas como tal se preencherem os critérios gerais propostos pela Sociedade Internacional de Cefaleias, e que são dos seguintes:

- Evidência clínica e/ou laboratorial de alteração numa estrutura do crânio ou face.
- Cefaleias, como um sintoma novo ou de um novo tipo, que ocorre relacionada no tempo com o início da perturbação facial ou craniana.
- Cefaleia localizada a estruturas do crânio, da face ou do pescoço que irradia para as regiões vizinhas.
- Cefaleia que melhora ou desaparece, se a alteração causal puder ser tratada.

Vejamos agora quais são as características específicas das lesões das diferentes estruturas do crânio e face, seguintes:

### Ossos do crânio

Muitas das perturbações dos ossos do crânio como por exemplo anomalias congénitas, fracturas, tumores primitivos ou metastáticos não se acompanham de cefaleias ao contrário de outras situações como a osteomielite, o mieloma múltiplo e a doença de Paget, que são habitualmente muito dolorosas. A diferença reside no facto de estar ou não atingido o periósseo que tem inervação sensitiva.

### Pescoço

Neste grupo, destacam-se pela sua importância clínica:

- As lesões do pescoço que causam dor localizada ao pescoço e região occipital, mas que pode projectar-se para a região anterior (frontal, orbitária, temporal, ouvidos ou vertex).
- Esta dor é precipitada ou agravada por movimentos especiais do pescoço ou postura sustentada do pescoço.
- Acompanha-se de pelo menos um dos seguintes aspectos:
  1. Resistência ou limitação a movimentos do pescoço.
  2. Alterações do relevo, da textura, do tono muscular e da resposta à contracção e distensão muscular activa e passiva.
  3. Sensibilidade muscular anormal.
- Exame radiológico cervical revelando pelo menos um dos seguintes aspectos:
  1. Anomalias de movimento na flexão/extensão.
  2. Postura anormal
  3. Fracturas, anomalias congénitas, tumores ósseos, artrite reumatóide ou outras patologias distintas com excepção da espondilose ou osteocondrose.

A perturbação pode estar localizada nas articulações, ligamentos ou outros tecidos moles do pescoço. O movimento anormal pode ocorrer em qualquer

componente do movimento intervertebral e manifesta-se durante o exame do movimento activo ou passivo do pescoço[33-37].

Mas, Sjaastad e col. descreveram em 1983 um grupo de doentes com cefaleias unilaterais cujas características eram em parte idênticas às de "enxaqueca sem aura" e com provável origem no pescoço[38,39]. Para esta entidade foi proposta a denominação de cefaleia cervicogénica (CC) e os seguintes critérios de diagnóstico:

*Sintomas e sinais major*

I. Em geral unilateral, sem alternância de lado (embora possa espalhar para o lado oposto durante ataques severos, mas sendo sempre pior no lado habitual).

II. Sintomas e sinais de envolvimento do pescoço:
   1. As crises dolorosas podem ser provocadas por movimentos do pescoço e/ou manutenção de determinadas posturas da cabeça por exemplo limpar o tecto ou vidros altos, lavar a cabeça no cabeleireiro, estacionar o carro, mau posicionamento na almofada durante o sono, etc.
   2. Com compressão manual sobre a região supero-posterior do pescoço e occipital ipsilateral (pressão na zona do grande nervo occipital (GNO) presumivelmente sobre a raiz de $C_2$ provoca dor com características idênticas).
   3. Dor vaga no pescoço, ombro e membro superior ipsilateral sem distribuição radicular (simpatalgia ?).
   4. Diminuição da mobilidade da coluna cervical (amplitude dos movimentos)

III. Episódios sem perfil temporal em salva.

IV. Duração variável dos episódios, de horas a dias (em geral de maior duração que na enxaqueca) ou dor contínua flutuante.

V. Intensidade moderada, geralmente não pulsátil.

VI. Início da dor no pescoço (occipital) com irradiação oculo-fronto-temporal onde se nota muitas vezes a maior intensidade da dor.

*Outros critérios importantes*

VII. Bloqueio anestésico do GNO e/ou da raiz de $C_2$ no lado sintomático anulam a dor transitoriamente (desde que se tenha obtido a anestesia completa da área)
VIII. Sexo feminino
IX. História de traumatismo cervical (*whiplash*) e/ou craniano

*Sintomas e sinais minor não obrigatórios que podem aparecer mais raramente*

X. Sintomas e sinais autonómicos
  a) náuseas
  b) vómitos
  c) edema periocular ipsilateral, mais raramente *flushing* nessa área
X.I. Tonturas
XII. Fonofotofobia
XIII. Visão turva, enevoada no olho epsilateral à dor
XIV. Dificuldades em engolir

Sjaastad e colaboradores invocam a importância do diagnóstico diferencial com outras cefaleias unilaterais como a enxaqueca, as cefaleias em salva para além da hemicrânia paroxística crónica e a hemicrânia continua descritas pelo mesmo autor[23,40-42].

A sua aceitação nos meios neurológicos nestes moldes é controversa e ainda não consta como tal na classificação da IHS, mas foi recentemente incluída na Classificação da Sociedade Internacional para o Estudo da Dor (IASP)[43].

Saliente-se que as cefaleias de origem cervical descritas por Sjaastad e col. parecem mais adequadas à realidade clínica e a terminologia usada também parece mais apropriada porque a dor de origem cervical não provém apenas da coluna cervical como sugere a classificação de I.H.S. mas pode resultar também de lesões dos troncos nervosos, das fascias ou dos músculos pelo que preferimos a designação de cervicogénica para este tipo de cefaleias.

## BIBLIOGRAFIA


1. Headache Classification Committe of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial nevralgias and facial pain. Cephalalgia 1988; 8 (Suppl 7): 1-96.
2. Friedman AP. The so-called post-traumatic headache.In Walker A. E. Caveness, W. F. and Critchly, M. eds.: *The late effects of head injury*. Springfield, Illinosis.Charles C.Thomas, 1969.
3. Haas DC. Acute posttraumatic headache. In: The Headaches. Jes Olesen; Peer Tfelt-Hansen, KMA Welch Editors. Raven PressNew York 1993: 623-628.
4. Haas DC. Chronic posttraumatic Hedache. In: The Headache. Jes Ousen; Peer Tfelt-Hansen, KMA Welch Editors. Raven Press New York 1993: 629-638.
5. Bruyn GN. Intracranial Arteriovenous Malformation and Migraine. *Cephalalgia* 1984; 4: 191-207.
6. Edmeads J. The headaches of Isquemic Cerebrovascular Disease.*Headache* 1979; 19: 345-349.
7. Edmeads J. Headache in Cerebrovascular Disease. In Rose FC. Ed.*Headache Handbook of Clinical Neurology*. Amsterdam: Elsevier 1986; 4 (48): 273-290.
8. Gorelick PB, Hier DB, Caplan LR, Landenberg D: Headache in acute cerebrovascular disease. Neurology 1986: 36: 1445-1450.
9. Morh JP, Caplan LR, Meslski SW et al. The Harvard Cooperative Stroke Registry. *Neurology* 1978; 28: 754-762.
10. Pickening G. *High blood pressure*. London, Churchill, 1969.
11. Walton JN. *Subarachnoid hemorrhage*. London, E. & S. Livingstone Ltd, 1956.
12. Appenzeller O. Temporal arteritis. *Post-grad Med* 1974: 56: 133-140.
13. Bengtsson BA, Malmwall BE. Giante celi arterites. *Acta Med Scan* 1982; Supl. 658: 1-102.
14. Bousser MG, Chiras S, Sauron B et al. Cerebral Venous Thrombosis, A Review of 38 Cases. *Strock* 1985; 16:199-213.
15. Chambers BR, Donnan GA, Rideu RJ, Budin PF. Carotidinia: etiology, Diagnosis and treatment. *Crin Exp Neurol* 1981; 17: 113-123.
16. Hamilton CR, Shelly WM, Tumulty PA. Giant cell arthreritis. *Medicina* 1971; 50: 1.
17. Hart RG, Easton JD. Dissections of Cervical and Cerebral Arteries. *Neurol Crinic* 1983; 1-155-182.
18. Leviton A, Caplan L, Salzman E. Severe Headache After Carotid Endarterectomy. *Headache* 1975; 15: 207-210.
19. Pereira Monteiro e Eugénia Macedo: A arterite temporal - Um diagnóstico de urgência. *Jornal Ciências Médicas de Lisboa. 1987;* CLI(1): 39-45.
20. Pereira Monteiro JM, Ross MJ, Correia AP and Vaz AR. Migraine and intracranial vascular malformations. Headache 1993; 33 (10): 563-565.
21. Forsyth PA and Posner JB. Intracranial neoplasms. In: The Headaches. Jes Olesen; Peer Tfelt-Hansen, KMA Welch Editors. Raven Press New York 1993: 705-714.
22. Weisberg LA. Benign intracranial hypertension. *Medicine* 1975; 54:197-207.
23. Raskin NH, Appenzeller O. *Headache*. Philadelphia: Saunders. 1980; 19: 16.
24. Rushton JG, Rooke ED. Brain Tumor Headache. *Headache* 1962; 2: 147-152.
25. Pereira Monteiro JM. Hedache with single use of substances. In: The Headaches. Jes Olesen; Peer Tfelt-Hansen, KMA Welch Editors. Raven Press, New York 1993: 715-720.

26. Gerden JF, Victor BS, Fontaine M. Caffeine Withdrawal Headache - A Clinical Profile. *Psychssomatics* 1980; 21: 411-418.
27. Tfelt-Hansen P, Krabbe AA. Ergotamine Abuse. Do Patients Benefit From Withdrawal? *Cephalalgia* 1981; 1: 29-32.
28. Kudrow L. Paradoxical Effects of Frequent Analgesic use. *Adv Neurol* 1982; 33: 335-342.
29. Laplane D. Algies de la face. *Vie Med* 1971; 35: 4217-4228.
30. Dalessio DJ. Effort migraine. Editorial. *Headache* 1974; 14: 53.
31. Diamond S. Recurrent exerctional headache. *JAMA* 1977; 237: 580.
32. Graham JR, Yap Au. Headache and Hemodialysis: Natural History and Epidemiology. *Proc Headache Symp*. Elsinore Denmark. Sandoz (1971). 79.
33. Bland JM. Rheumatoid arthritis of the cervical spine. *Dis* 1967; 18: 471-475.
34. Brooken AEW, Barter RW. Cervical spondylosis: a clinical study with comparative radiology. *Brain* 1965; 924-936.
35. Jackson R. Headache associated with disorders of the cervical spine. *Headache* 1967; 6175-179.
36. Frank, R. A.: Cranial nevralgias in symposium on Headache *Neurologic Clinics* 1983; 1 (2): 501-509.
37. Mathews WB. Footballaers migraine. *Br Med J* 1972; 3:326-327.
38. Sjaastad O, Fredriksen TA, Pfaffernrath V. Cervicogenic headache: diagnostic criteria. Headache 1990; 30: 725-726.
39. Sjaastad O, Bovim G. Cervicogenic headache: the differenration from common migraine. An overview. Func Neural 1991; 6: 93-100.
40. Lance JW. Cluster headache. In *Mechanism and management of headache*. 4th ed. 81982, pp. 205-226.
41. Ziegler DK. Tension headache. *Med Clin North Am* 1978; 62:495-505.
42. Riley T.L. Muscle contraction headache. In symposium on headache. *Neurol Clin* 1985; 489-500.
43. Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain. 2nd ed. Seattle: IASP press, 1994.

## 5.3. NEVRALGIAS CRANIANAS, DOR DE TRONCO NERVOSO E DOR DE DESAFERENCIAÇÃO

Sob a designação de nevralgias cranianas pretendemos englobar todas as situações de dores na extremidade cefálica resultantes do envolvimento dos nervos cranianos e que se manifestam por dor intermitente, tipo nevrálgico, ou por dor persistente como nas lesões do tronco nervoso ou na desaferenciação[1-3].

As nevralgias sintomáticas apresentam-se habitualmente como uma dor persistente, em contraste com a dor tipo tic, choque eléctrico ou fisgada que é típica das nevralgias essenciais[4-6].

Estes quadros podem surgir como resultado do envolvimento dos nervos cranianos em processos inflamatórios, infecciosos, tumorais ou traumáticos correspondendo a nevralgias sintomáticas mas também podem resultar de uma perturbação dos nervos cranianos, de etiologia não detectável, sendo por isso consideradas como essenciais ou idiopáticas[7-23].

Ao analisar os diferentes tipos de nevralgias cranianas verifica-se que a dor persistente de origem em nervo craniano geralmente obedece aos seguintes critérios gerais de diagnóstico:

A. Dor na distribuição de um ou mais nervos cranianos e/ou segunda e terceira raízes cervicais com ou sem projecção para as áreas vizinhas.
B. Demonstração de uma lesão relevante.
C. Início da dor temporáriamente relacionada com o início da lesão de nervos cranianos.
D. Se a lesão pode ser efectivamente tratada ou remite expontaneamente, a dor melhora ou desaparece.

Este tipo de dor pode ocorrer como consequência de qualquer um dos seguintes processos patológicos: Compressão, trauma ou tumor (nev. trigémio ou nev. occipital); Desmielinização: esclerose múltipla (nev. trigémio); Isquemia: Mononevrites (diabetes; vasculites); Inflamação: Herpes Zooster (h. oftálmico; h. geniculado); Ou de uma lesão não identificada sendo, por isso, designadas por nevralgias essenciais ou idiopáticas como por exemplo, a nevralgia essencial do trigémio, do glossofaríngeo, entre outras.

## Nevralgia do trigémio

A nevralgia idiopática do trigémio também conhecida como tic-doloroso é uma afecção dolorosa unilateral da face caracterizada por uma dor breve tipo choque eléctrico, muito intensa, descrita como lancinante, limitada à distribuição de uma ou mais divisões do nervo trigémio. A dor é geralmente evocada por estímulos triviais como o comer, barbear, fumar, conversar, lavar os dentes, mas pode também ocorrer espontaneamente. A dor é abrupta no início e término e pode desaparecer por períodos de tempo variáveis.

São critérios necessários ao diagnóstico os seguintes:

1. Acessos paroxísticos de dor facial que geralmente duram de alguns segundos a menos de dois minutos.
2. A dor tem pelo menos quatro das segintes características:
   - Distribuição ao longo de uma ou mais divisões do nervo trigémio.
   - Qualidade: súbita, intensa, aguda, superficial, de tipo picada ou queimor.
   - Intensidade severa ou muito severa.
   - Precipitada a partir de zonas gatilho ou por certas actividades diárias como comer, conversar, lavar a face ou os dentes.
   - Entre os paroxismos o doente está inteiramente assintomático.
3. Ausência de sinais neurológicos focais.
4. Os acessos são tipicamente estereotipados no mesmo doente.
5. Exclusão de outras causas de dor facial pela história, exame físico e investigações especiais, se necessário.

## Outras nevralgias

Dada a extensão do tema e a sua pequena relavância epidemiológica não faremos a descrição dos critérios de diagnóstico dos outros tipos de nevralgias cranianas.

## BIBLIOGRAFIA

1. Adams RD, Victor M. *Principles of Neurology*, 3rd ed. N. York. MC Graw-Hill 1985: 203; 503-552.
2. Dalessio D. J. *Wolff's Headache and Other Head Pain*, 4th Ed. New York: Oxford University Press. 1980.

3. Riddock G. The Clinical Features of Central Pain. *Lancet* 1938; 234: 1039-1098, 1150-1156, 1205-1209.
4. Bogduk N. Pain of Craemial Nerves and Cervical Nerve Origin other than primary neuralgias. In: The headaches, JES Olesen, Peer Tfelt-Hansen, KMA Nilch Editors. Raview Press. New York 1993; Ch 113: 765-772.
5. Terrence CF and Froman GH. Trigemined Neuralgia and other Facial Neuralgias. In: The Headaches, Jes Olesen, Peer Tfelt-Hansen, KMA Welch Editor. Raven Press. New York 1993; ch 114: 773-786.
6. Boivie J, Central pain in the face and head. In: The Headaches, Jes Olesen, Peer Tfelt-Hansen, KMA Welch Editor. Raview Press. New York 1993; ch 115: 787-794.
7. Kur FNL. The etiology of trigeminal neuralgia. *Arch Neurol* 1963; 8, 15.
8. Shever EP, Crowell AS. Trigeminal neuralgia. A New Treatment process. *Oral Surg* 1980; 49: 285.
9. Dalessio D J. Trigeminal Neuralgia - A Practical Approach to Treatment. *Drugs* 1982; 24: 248-255.
10. Bruyn GW. Glossopharingeal Neuralgia. In Rose FC ED. *Headache HandBook of Clinical Neurology*. Amsterdan, Elsevier, 1986; 4 (48), 459-473 e 487-496.
11. Defaus M. Glossopharingeal neuralgia. In: Vinken P. J. and Bruyn G. W. (eds). *Handbook of Clinical Neurology* Vol. 5. New York, American Elsevier Publishing Co., 1968.
12. Ragozzino MW, Melton LJ, Kumand LT, Lain CP, Perny HO. Population-Based Study of Herpes Zooster and its Sequelae. *Medicine* 1982; 61: 310-316.
13. Janetta PJ. Arterial compression of the trigeminal nerve at the pons in patients with trigeminal nevralgia. *J Neurosurgery* 1967; 26: 159-162.
14. Raeder JG. Paratrigeminal Paralysis of Oculo-Pupillary Sympathetic. *Brain* 1924; 47: 149-158.
15. Hunt WE. Tolosa-Hunt Syndrome: One case of Painful Ophthalmoplegia. *J Neurosurg* 1976; 44: 544-549.
16. Dechaume M. Temporomandibular joint pain: Syndrome of Costen-Hennebut-Dechaume. In Vinkan P. J. and Bruyn G. W. (eds.): *Handbook of Clinical Neurology*, Vol. 5, New York, American Essevice Publishing Co., 1968.
17. Bartschi-Rochaix W: Headaches of cervical origin. In Vinken, P. J. and Bruyn G. W. *Handbook of Clinical Neurology*. Vol. 5, Chap. 17. Amsterdam. North Holland Publishing col., 1968, pp. 192-201.
18. Brooker AE, Bater RW. Cervical spondylosis: a clinical study with comparative radiology. *Brain* 1965; 88: 925-936.
19. Erikson DJ. Conservative management of cervical syndromes. *Post-grad Med* 1964; 36: 194-200.
20. Dalassio DJ. Treatmentof trigeminal neuralgia (editorial). *JAMA* 1931: 245-519.
21. Sigwald T, Janet F. Occipital nevralgias. In Vinken, P. J. and Bruyn, G. W. (eds). *Handbook of Clinical Neurology* Vol. 5. New York. Elsevier Publishing Co.
22. Schlesinger EB. Treatment of head and neck pain associated with disorders of the neck and cervical spine. *Modern Treatment* 1964; 1: 1404-1411.
23. Hammond SR, Danta A. Occipital Neuralgia. *Clin Exp Neurol* 1978; 15: 258-270.

## 6. IMPACTO SOCIAL

Todas as situações relacionadas com a dor como as cefaleias constituem uma enorme sobrecarga para o indivíduo que, em última análise, se reflete em custos directos e indirectos para a sociedade.

A avaliação dos custos sociais associados com as doenças crónicas baseia-se frequentemente nos custos dos cuidados médicos. Isto é assim porque as doenças crónicas afectam geralmente os indivíduos em idades avançadas em que os cuidados com o tratamento e a convalescença são dispendiosos.

Pelo contrário, as situações como as cefaleias severas afectam os indivíduos em idades precoces e que por serem crónicas, continuam a afectá-los durante a adolescência e a meia idade. Uma larga proporção de indivíduos afectados não são diagnosticados ou tratados [1], pelo que a análise dos cuidados médicos prestados não reflete o verdadeiro peso da doença. Uma proporção significativa de pessoas sofrem de episódios de cefaleias incapacitantes durante os anos mais produtivos da vida[2,3]. Cefaleias severas, acompanhadas de sintomas de enxaqueca ou de tensão, ocorrem como condições recorrentes de longa duração, durando 10 anos ou mais, mas sem consequências vitais. No entanto, as cefaleias crónicas severas afectam o funcionamento geral e o bem estar quer como consequência da crise quer como efeito tardio em relação á capacidade escolar, sucesso profissional e produtividade, bem estar mental e relações familiares e sociais.

Em estudos epidemiológicos recentes [5-14] têm sido avaliados os custos individuais, médicos, profissionais e sociais associados com as cefaleias mais frequentes (enxaqueca e cefaleia de tensão) que são também as que estão mais associadas com a incapacidade. A incapacidade e a severidade da dor não estão

directamente correlacionadas [12-14]. Mas, a severidade é descrita de formas diversas nos diferentes estudos epidemiológicos pelo que os dados nem sempre são comparáveis [4,7-9,14-16]. Por outro lado, na maior parte dos casos, os sofredores de cefaleias não chegam durante as crises a abandonar o local de trabalho e os custos resultantes da perda ou diminuição de produtividade ficam ignorados sendo assumido pelo empregador que, por vezes, é compensado pelos outros trabalhadores da empresa ou pelo próprio doente nos dias subsequentes à crise[17-24].

## Consequências sociais

O efeito da presença de uma afecção crónica recorrente sobre o indivíduo é dinâmico e ultrapassa a mera consequência de um simples ataque. Os graus mais severos de cefaleias estão associados com um grau mais elevado de desemprego e aumento do risco de doenças associadas como a depressão [25-34].

As consequências ao longo do tempo destes efeitos secundários dependem em grande parte do suporte médico e social de que o indivíduo dispõe. Neste aspecto é interessante notar que nos EUA a prevalência de enxaqueca e de cefaleias severas é inversamente proporcional ao rendimento familiar[6,8-12,20,26,35]. Os indivíduos com melhor salário têm melhor assistência médica e maior facilidade em progredir nas actividades escolares ou profissionais.

## Custos sociais

A avaliação dos custos sociais das cefaleias pode ser feito de vários modos. Uma das formas é através da avaliação dos custos directos mensuráveis que incluem practicamente só os custos dos cuidados medicos fornecidos e que no caso de cefaleias idiopáticas são relativamente modestos. Outro método consiste na descrição da epidemiologia da doença em termos de severidade da dor, incapacidade e diminuição da qualidade de vida. A terceira estratégia consiste na avaliação do custo total da doença (CTD) que envolve não só a avaliação dos custos directos, como dos custos indirectos (perda de produtividade) e dos custos intangíveis como a perturbação da qualidade de vida e das consequências familares, profissionais e sociais [5,7-9,12,13,16]. A avaliação do CTD é muito impor-

tante porque só através dos dados objectivos que fornece será possível aos responsáveis políticos estabelecer as prioridades na investigação e no tratamento das cefaleias[13,29,30]. No entanto, para já não há acordo entre os investigadores desta matéria sobre a forma de calcular os custos indirectos resultantes da diminuição da productividade pelo que são necessários mais e melhores estudos sobre este tema, no futuro, que envolvam uma melhor definição da severidade, frequência e incapacidade ou limitação funcional resultante das crises[13,14,27,30,34].

## BIBLIOGRAFIA


1. Benassi G, D'Allessandro R, Lenzi PL, Manzaroli D, Baldrati A Lugaresi E. The economic burden of headache: an epidemiologic study in the Republic of San Marino. *Headache* 1986; 26:457-459.
2. Bresiau N, Davis GC, Andreski P. Migraine, psychiatric disorders, and suicide attempts: an epidemiologic study of young adults. *Psychiatr Res* 1991; 37: 11-23.
3. Celentano DD, Linet MS, Stewart WF. Gender differences in the experience of headache. *Soc Sci Med* 1990;30:1289-1295.
4. Celentano DD, Stewart WF, Linet MS. The relationship of headache symptoms with severity and duration of attacks. *J Clin Epidemiol* 1990; 43: 983-994.
5. Davey PJ, Leeder SR. The cost of migraine: more than just a headache? *Pharmaco Economics* 1992;2(1):5-7.
6. Dohrenwend BP, Levav I, Shrout PE, et al. Socioeconomic status and psychiatric disorders: The causation selection issue. *Science* 1992,255:946-952.
7. Drummond M. Cost of illness studies: a major headache? *Pharmaco Economics* 1992;2(1):1-4.
8. Osterhaus JT, Wills N, Rawlins E. The burden of migraine. *News Headache* 1992; 2(3): 3-5.
9. Osterhaus JT, Gutterman DL, Plachetka JR. Healthcare resource and lost labour costs of migraine headache in the US. *Pharmaco Economics* 1992; 2(1): 67-76.
10. Pryse-Phillips, Findlay H, Tugwell P, Edmeads J, Murray TJ, Nelson RF. A Canadian population survey on the clinical, epidemiological and societal impact of migraine and tension type headache. *Can J Neurol Sci* 1992;19:333-339.
11. Rice DP. Estimating the cost of illness. *Health Economics Series No. 6,* Public Health Service. Washington, DC: U.S. Covernment Printing Office, 1966.
12. Ries PW. Current estimates from the National Health Interview Survey, United States, 1984. *Vital and Health Statistics, Series 10, No. 156.* Department of Health and Human Services Publication 86-1584. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 1986.
13. Stewart WF, Celentano DD, Linet MS. Disability, physician consultation, and use of prescription medications in a population-based study of headache. *Biomed Pharmacother* 1989; 43: 711-718.
14. Ziegler DK. Headache: public health problem. *Neurol Clin* 1990; 8: 781-783.

15. Celentano DD, Stewart WF, Lipton RB, Reed ML. Medication use and disability among migraineurs: a national probability sample. *Headache* 1992; 32: 223-228.
16. Rasmussen BK, Jensen R, Olesen J. Impact of headache on sickness absence utilization of medical services: a Danish population study. *J Epidemiol Community Health* 1992; 46: 443-446.
17. Linet MS, Stewart WF, Celentano DD, Ziegler D, Sprecher M. An epidemiologic study of headache among adolescents and young adults. *JAMA* 1989; 261: 2211-2216.
18. Chen TC, Leviton A, Edelstein S, Ellenberg JH. Migraine and other diseases in women of reproductive age: the influence of smoking on observed associations. *Arch Neurol* 1987; 44: 1024-1028.
19. Deubner DC. An epidemiologic study of migraine and headache in 10-20 year olds. *Headache* 1977;17:173-180.
20. Henry P, Michel P, Brochet B, Dartigues JF, Tison S, Salamon R, and the GRIM. A nationwide survey of migraine in France: prevalence and clinical features in adults. *Cephalalgia* 1992; 12: 229-237.
21. Linet MS, Celentano DD, Stewart WF. Headache characteristics associated with physician consultation: a population based survey. *Am J Prev Med* 1991; 7:40-46.
22. Linet MS, Ziegler DK, Stewart WF. Headaches preceded by visual aura among adolescents and young adults. *Arch Neurol* 1992;49:512-516.
23. Lipton RB, Stewart WF, Celentano DD, Reed ML. Undiagnosed migraine: a comparison of symptom-based and physician diagnosis. *Arch Intern Med* 1992;152:1273-1278.
24. Markush RE, Karp HR, Heyman A, O'Fallon WM. Epidemiologic study of migraine symptoms in young women. *Neurology* 1975;25:430-435.
25. Stewart AL, Greenfield S, Hays R, et al. Functional status and well-being of patients with chronic conditions: results from the medical outcomes study. *JAMA* 1989; 262: 907-913.
26. Stewart WF, Lipton RB, Celentano DD, Reed M. Prevalence of migraine headache in the United States: relation to age, income, race, and other sociodemographic factors. *JAMA* 1992,267:64-69.
27. Von Korff M, Ormel J, Keefe FJ, Dworkin SF. Grading the severity of chronic pain. *Pain* 1992; 50: 133-149.
28. Waters WE, O'Connor PJ. Epidemiology of headache and migraine in women. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1971; 34:148153.
29. Waters WE. Headache. In: Bourke GJ, ed. *Series in clinical epidemiology,* London, Croom Helm, 1986.
30. Von Korff M, Dworkin S, Leresche L, et al. *Management of pain conditions in primary care: epidemiologic perspectives.* Canadian Pain Society Meeting, Vancouver, Canada, 1991.
31. Saper JR. Daily chronic headache. *Neurol Clin North Am* 1990: 891-902.
32. Mathew NJ. Drug-induced headache. *Neurol Clin North Am* 1990, 8: 903-912.
33. Nikiforow R. Headache medication habits in northern Finland. *Headache* 1980; 20: 274-278.
34. Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M, Olesen J. Epidemiology of headache in a general population a prevalence study. *J Clin Epidemiol* 1991 ;44: 1147-1157.
35. Ziegler DK, Hassanein RS, Couch JR. Characteristics of life headache histories in a nonclinic population. *Neurology* 1975;25:430-435.

# III. ESTUDO DA POPULAÇÃO DE MIRAGAIA

Este é o primeiro estudo sobre as cefaleias numa população geral realizado em Portugal [1] e surge como complemento da actividade clínica que temos vindo a desenvolver desde há vários anos no Serviço de Neurologia do Hospital Geral de Santo António. Este estudo foi efectuado na população da freguesia de Miragaia da cidade do Porto, uma freguesia muito antiga, de pequenas dimensões mas muito típica da cidade e na qual o Hospital Geral de Santo António se encontra inserido.

Constituíram objectivos deste estudo a avaliação dos seguintes parâmetros:

1. Incidência e a prevalência do sintoma "cefaleias" na população em estudo.
2. Idade de início do sintoma na população geral, isto é, não apenas na população que recorre aos cuidados de saúde.
3. Distribuição de cefaleias por sexo, profissão, escolaridade e classe social.
4. Percentagens relativas das cefaleias crónicas e esporádicas ou episódicas.
5. Tipos de cefaleias a partir das suas diferentes características clínicas.
6. Factores predisponentes ou adjuvantes e desencadeantes ou agravantes.
7. Doenças prévias e/ou concomitantes para pesquisa de eventuais relações causais e em especial a relação com traumatismos crânio-cervicais prévios.
8. Importância dos factores hereditários na expressão clínica das cefaleias.
9. Percentagem de casos cuja gravidade motivou o recurso a cuidados médicos e o grau de diferenciação médica exigido.
10. Percentagem de casos que motivaram o recurso a meios auxiliares de diagnóstico e qual o tipo de meios mais utilizado.

11. Percentagem de casos que requereram tratamento específico da dor e quais os tratamentos mais usados.
12. Papel real da dor no absentismo ao trabalho.

Com este estudo pretendeu-se também testar as seguintes hipóteses:

1. Que a prevalência de cefaleias na população portuguesa é muito elevada;
2. Que os grupos etários mais atingidos são os dos adultos jovens;
3. Que há uma preponderância de cefaleias no sexo feminino;
4. Que as cefaleias predominam nos grupos profissionais mais exigentes e/ou de maior competição;
5. Que os factores hereditários têm uma grande importância;
6. Que a severidade dos sintomas está relacionada com os factores desencadeantes;
7. Que há um predomínio de cefaleias primárias ou idiopáticas;
8. Que cefaleias idênticas são tratadas de formas muito diversas;
9. Que interferem periódica e significativamente com a capacidade para o trabalho;
10. Outras que o estudo pudesse vir a mostrar como relevantes.

# 1. POPULAÇÃO E MÉTODOS

## População

A escolha da população alvo do estudo obedeceu a diversos requisitos previamente definidos: 1. população urbana; 2. facilmente delimitável (freguesia); 3. dimensão reduzida (<10.000 habitantes); 4. próxima do hospital; 5. incluída na área de influência do hospital.

A opção por uma população urbana foi em consequência de esta se apresentar, à partida, mais acessível pela proximidade do que qualquer população rural.

A opção por uma só freguesia, em detrimento de uma amostra representativa da população urbana, deveu-se ao facto de se desejar ter um bom conhecimento da totalidade da população-alvo, o que se consegue tanto mais facilmente quanto mais delimitada for essa população.

A opção por uma freguesia de dimensão reduzida teve a ver com o facto de se pretender inquirir cerca de 3000 habitantes, para abranger as formas mais raras de cefaleias idiopáticas, sendo para isso necessário escolher uma freguesia com pelo menos 6000 habitantes por se pretender inquirir cerca de 50% da população alvo do estudo.

A opção por uma freguesia próxima do hospital deveu-se ao facto de se prever a necessidade de convocar alguns indivíduos ao hospital para observação ou de nos deslocarmos ao local do domicílio para o mesmo fim e, por vezes, dentro do nosso horário de trabalho, situações em que a proximidade e o conhecimento mútuo são de grande importância.

A opção por uma população incluída na área de influência do hospital teve

a ver com a possibilidade de, desta forma, se obter: 1. maior aceitação da população para este tipo de estudos; 2. melhor acesso a registos clínicos hospitalares; 3. continuidade de assistência clínica aos inquiridos; 4. experiência de expansão da actividade clínica hospitalar à população, isto é, no sentido inverso ao habitual.

A opção pela freguesia de Miragaia deveu-se não só ao facto de esta obedecer a todos os pré-requisitos formulados, mas também por ser uma freguesia típica da cidade do Porto, por apresentar características sócio-demográficas semelhantes às do grande Porto e às da região Norte e não muito diferentes das nacionais segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE)[2], como veremos mais adiante. Também contribuiu para a escolha o facto de alguns dos inquiridores já terem prévio conhecimento da freguesia através de anteriores trabalhos de campo ali realizados no âmbito da disciplina de Saúde Comunitária, da licenciatura em Medicina, do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS).

## Métodos

A metodologia adoptada foi, em resumo, a seguinte:

1 - elaboração de um questionário de cefaleias;
2 - ensaio-piloto;
3 - aplicação do questionário;
4 - registo de dados;
5 - classificação das cefaleias;
6 - observação clínica;
7 - validação clínica do questionário;
8 - análise estatística;
9 - interpretação dos resultados.

### *Questionário*

O questionário adoptado (apêndice 1) é uma versão modificada do usado por Waters [3] em estudos populacionais, que foi previamente testado durante o estudo da prevalência de cefaleias na população estudantil do ICBAS [4] e

posteriormente adaptado aos novos critérios de diagnóstico da Sociedade Internacional de Cefaleias (IHS)[5].

### *Ensaio-piloto*

O questionário foi inicialmente aplicado a uma amostra da população (ensaio-piloto) para testar o tempo necessário ao preenchimento de cada questionário, a compreensibilidade das perguntas, as dificuldades experimentadas pelos inquiridores e a sua adequabilidade aos objectivos propostos. Após a introdução de algumas alterações ao questionário sugeridas por este ensaio piloto, foi efectuada uma pré-aferição através da aplicação do questionário a um grupo de doentes da Consulta de Cefaleias do Serviço de Neurologia do HGSA antes da sua observação clínica, o qual constituiu o modelo de pré-aferição.

### *Aplicação do questionário*

Após o ensaio-piloto o questionário foi aplicado à população de Miragaia por um grupo de estudantes universitários do ICBAS e de outras escolas superiores do Porto. Estes estudantes foram previamente informados sobre o tema do estudo, esclarecidos sobre algumas particularidades deste assunto, especificamente treinados para solucionarem os habituais problemas inerentes a este tipo de estudos e devidamente treinados nas técnicas de inquérito populacional. O método utilizado foi o da entrevista directa, porta-a-porta e alterno, visando atingir 50% da população residente[6], com o objectivo de efectuar um inquérito exclusivo de moradores, de ambos os sexos. Não houve limites de idades, para além da capacidade de compreensão das perguntas. Incluiram-se crianças com menos de 7 anos desde que fossem capazes de responder ao questionário, embora permitindo uma pequena ajuda de familiares próximos, particularmente no respeitante aos aspectos da relação temporal da dor.

### *Registo de dados*

Os dados obtidos foram registados numa base de dados para tratamento informático e análise estatística dos diferentes parâmetros estudados.

As cefaleias foram definidas como "sensação de desconforto doloroso ou não, da extremidade cefálica" de acordo com a Federação Mundial de Neurologia[7].

### *Classificação*

Os sintomas descritos foram, em cada caso, analisados posteriormente por uma só pessoa (o autor do trabalho) e classificados nosologicamente, de acordo com os critérios de diagnóstico e classificação da *International Headache Society* (IHS) de 1988 [5], comparados com os critérios de classificações mais antigas, nomeadamente os da Comissão *Ad Hoc* dos *National Institutes of Health* (NIH) dos EUA, de 1962[8], com os critérios de Vahlquist para o diagnóstico de enxaqueca de 1955 [9] e ainda com critérios específicos de certas variedades de cefaleias como as cervicogénicas descritas por Sjaastad e colaboradores em 1983[10-11].

Como não existem marcadores biológicos que permitam o diagnóstico exacto das cefaleias primárias ou idiopáticas e dado que os critérios de diagnóstico têm variado ao longo do tempo e como ainda não há consenso entre os investigadores sobre os critérios de diagnóstico propostos pela IHS [12-15], impunha-se a procura de outras formas de diagnóstico. Para tentar dar resposta a este problema recorremos à análise multivariada pelo método de regressão múltipla [16-18], já utilizado por outros investigadores, nomeadamente, Iversen e col. [13], Sjaastad e Shen [15], Sjaastad e col. [19], com o objectivo de tentar definir combinações semiológicas capazes de permitirem aumentar o rigor do diagnóstico. Pelo cálculo da ponderação relativa das variáveis, obtem-se um valor numérico para cada variável e a consequente pontuação global de cada caso e, assim, podemos classificar os indivíduos de acordo com o valor numérico atingido (*score*). Utilizamos para tal a análise multivariada pelos métodos de análise de agrupamentos *cluster analysis* [11] e de regressão logística [12].

Para a classificação social da população estudada utilizou-se a classificação de Graffar[20].

### *Observação clínica*

Observou-se no domicílio ou no hospital um grupo de indivíduos (205) seleccionados aleatoriamente a partir da população inquirida. Foram também observados 12 indivíduos de um grupo de 66 que apresentavam dados incompletos. Os restantes 54, não puderam ser observados mas foram entrevistados pelo telefone.

### *Validação clínica*

A validação clínica foi obtida através da observação directa dos 205 indivíduos seleccionados aleatoriamente da população inquirida, acima referidos, constituindo 10,2% do total da população estudada. A observação clínica destes indivíduos foi efectuada exclusivamente pelo investigador e sem conhecimento prévio do resultado do inquérito.

### *Análise estatística*

Procedeu-se à validação individual e cruzada das variáveis, item por item, para a detecção de erros, omissões ou incongruências dos dados ou dos registos informáticos, sempre inevitáveis num estudo desta dimensão, e à análise estatística multivariada pelos métodos de análise de agrupamentos (*cluster analysis*)[16-18] e de regressão logística[16-18]. Avaliaram-se as frequências dos diversos parâmetros estudados e a sua relação com as diferentes entidades clínicas identificadas[6]. O nível de significância estatística adoptado foi de $p<0.01$.

A observação clínica directa de uma amostra aleatória de indivíduos inquiridos foi usada como prova de aferição para a análise da sensibilidade, da especificidade e do valor preditivo (positivo ou negativo) do questionário para a identificação dos diversos síndromes clínicos[6].

### *Interpretação dos resultados*

Os resultados obtidos foram interpretados e comparados com os dados correspondentes da literatura internacional sobre o mesmo tema (ver discussão dos resultados).

## BIBLIOGRAFIA


1. Pereira Monteiro JM. Headache in Portugal. In: Headache in Europe, Wolf Dieter Gerber and Volker Pfaffenrath editors. Arcis Verl, Munchen 1993: 67-73.
2. Censos 91. Boletim do Instituto Nacional de Estatística 1994.
3. Waters WE. The Epidemiology of Migraine. Braknell-Boehringer Ingelheim. 1974.
4. Pereira Monteiro JM, Matos E, Calheiros JM. Headaches in Medical School Students. Neuroepidemiology 1994; 13: 103-107.
5. Headache Classification Committee of the International Headache Society: Classification and Diagnostic Criteria for Headache Disorders, Cranial Neuralgias and Facial Pain. Cephalalgia 1988, 8 (suppl 7).
6. Abramson JH. Interviews and self-administered questionnaires. In: Surveys Methods in Community Medicine, edited by Churchill Livingstone, Edinburg 1990; 4th edition: 165-176.
7. World Federation of Neurology: Definition of Migraine. In: Background to Migraine: Third Migraine Symposium. Edited by Cochrane AL. London: Heineman 1970: 181-182.
8. Ad Hoc Committee on Classification of Headache. Classification of Headache. JAMA 1962, 179: 717-718.
9. Vahlquist B. Migraine. Int Arch Allergy Appl Immunol 1955; 7: 348-355.
10. Sjaastad O, Saunte C, Hovdal H, Brevik H, Gronbak E. Cervicogenic headache. An hipothesis. Cephalalgia 1983; 3: 249- 256.
11. Sjaastad O, Fredriksen TA, Pfaffenrath V. Cervicogenic Headache: Diagnostic criteria. Headache 1990; 30: 725-726.
12. Sjaastad O, Stovner LJ. The IHS Classification for Common Migraine. Is it ideal? Headache 1993; 33, 7: 372-375.
13. Iversen HK, Langemark M, Andersson PG, Hansen PE, Olesen J. Clinical characteristics of Migraine and Episodic Tension- type Headache in Relation to Old and New Diagnostic Criteria. Headache 1990; 30: 514-519.
14. Messinger HB, Spierings ELH, Vincent AJP. Overlap of Migraine and tension-type headache in the International Headache Society classification. Cephalalgia 1991; 11: 233-237.
15. Sjaastad O, Shen JM.Common Migraine: are the diagnostic criteria specific? In: Juvenile Headache. Etiopathogenesis, Clinical Diagnosis and Therapy. Edited by Virgilio Gallai and Vincenzo Guidetti. Amsterdam: Elsevier Science Publishers 1991: 15-18.
16. Blasfield RK. Propositions regardind the use of cluster analysis in clinical research. J Consul and Clin Psychol 1980; 48: 456-459.
17. Siegel S. Non parametric statistics for the behavioral sciences. New York: McGraw-Hill 1956.
18. Pereira Monteiro JM and Maio R. Migraine and tension-type headaches: a classification score. J Neurology (suppl 1) 1994; 241: S 76.
19. Sjaastad O, Bovim G, Stovner LJ. Laterality of pain and other migraine criteria in common migraine. A comparison with cervicogenic headache. Funct Neurol 1992; 7: 289-294.
20. Graffar M. Une méthode de classification sociale d'õchantillons de population. Courrier 1956, VI; 3: 455-459.

## 2. RESULTADOS

### 2.1. DO INQUÉRITO

#### Descrição da população

A população de Miragaia (PM), freguesia cuja localização geográfica, dentro da cidade do Porto, está representada na figura 1, foi a escolhida para este estudo pelas razões enunciadas na introdução deste capítulo. Só uma parte desta população foi submetida ao inquérito sobre cefaleias de acordo com o enunciado na metodologia deste trabalho. A população inquirida (PI) foi de 2008 indivíduos de um total de 4771 residentes na freguesia de Miragaia (quadro III.1a), o que corresponde a 42,1%, sendo o limite previsível de 50%, dado o método utilizado, porta-a-porta e alterno, conforme foi referido na metodologia. A fracção da população alvo não inquirida foi de 7,9% e resultou de ausências do domicílio e de recusa ou incapacidade de submissão ao inquérito, factores que são absolutamente inevitáveis em estudos deste tipo. Na descrição das características socio-demográficas da população de Miragaia, de acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística referentes aos censos de 1981 e 1991, faremos, sempre que possível, uma comparação entre a população dessa freguesia e a população inquirida.

As características estudadas e a seguir descriminadas são: habitantes e alojamentos, naturalidade, idade e sexo, estado civil, escolaridade, profissão e classe social.

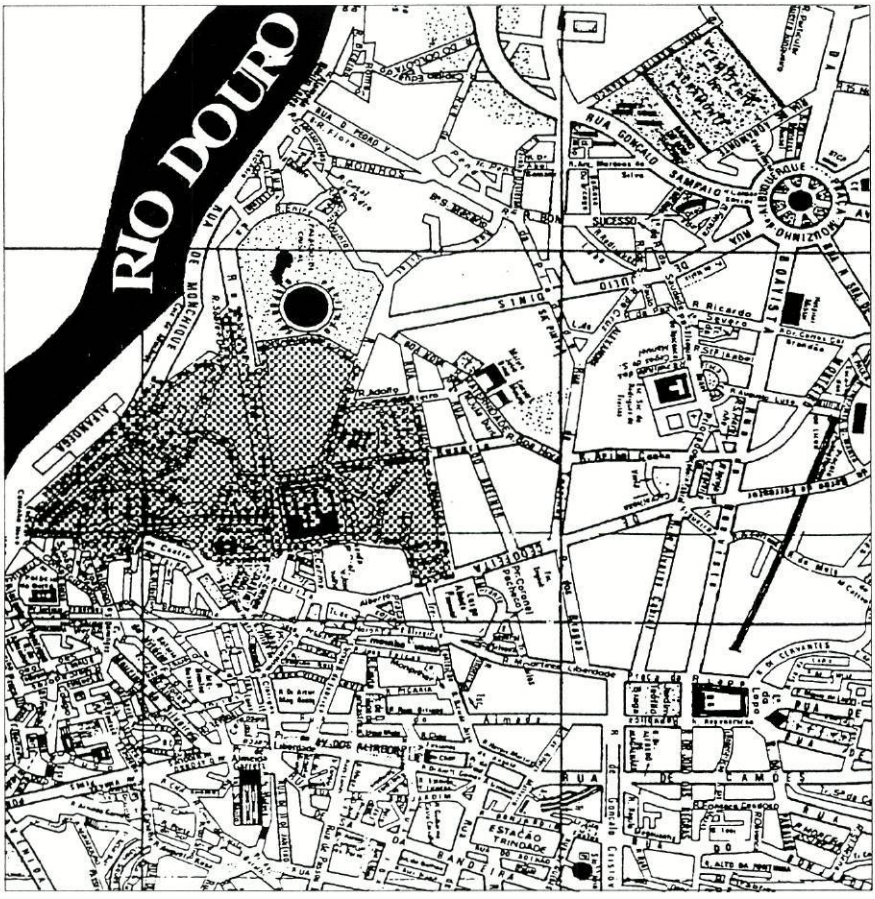



*Fig. 1 - Freguesia de Miragaia - Cidade do Porto - 1992.*
*District of Miragaia - Oporto City - 1992**

### *Habitantes e alojamentos*

Entre 1981 e 1991, a população da freguesia de Miragaia sofreu uma redução significativa de 7111 para 4791 indivíduos, o que corresponde a uma diminuição de 32,6%, não só devido a uma diminuição da população residente de 26,1%, que era de 6457 e passou para 4771 por diminuição do número médio de habitantes por alojamento (de 3,7 para 3,1), mas também devido à conversão de

** As figuras e os quadros deste capítulo estão escritos e legendados em inglês a pedido do orientador.*

alojamentos (389) em áreas de comércio ou serviços (quadro III.1a). Esta inesperada redução, ainda desconhecida quando iniciámos o estudo, impediu-nos de atingir um dos objectivos propostos, o de inquirir 3000 habitantes, isto é, metade de um horizonte de pelo menos 6000, que de facto, já não existia na freguesia.

Quadro III.1a - **Freguesia de Miragaia: população**

| ***Population of Miragaia (PM)*** | ***Census data (INE)*** | |
|---|---|---|
| | *1981 Census* | *1991 Census* |
| INHABITANTS: | | |
| · residents | 6457 | 4771 |
| presents | 4698 | |
| absents | 73 | |
| · non residents | 654 | 20 |
| **Total** | **7111** | **4791** |
| FAMILIES AND HABITATIONS: | | |
| · families | 1588 | |
| · residences | 1922 | 1533 |
| · buildings | 764 | |

Para avaliar as condições de habitação da população, um dado necessário para a sua classificação social, fomos averiguar os tipos de alojamentos existentes na freguesia. São, segundo o censo de 1991, os descritos no quadro III.1b, donde se salienta o predomínio de alojamentos clássicos sobre os provisórios.

No entanto, as condições do alojamento, conforme se salienta no quadro III.1c, revelam ainda deficiências básicas, principalmente em instalações sanitárias, sendo a qualidade (espaço e conforto) e o estado de conservação dos alojamentos, na maior parte dos casos, bastante deficientes.

Quadro III.1b - **Freguesia de Miragaia: alojamentos (1991)**

| ***Habitations of Miragaia (1991)*** | ***n*** |
|---|---|
| Familial residences | 1533 |
| Type: | |
| classic | 1494 |
| penthouse | 30 |
| hut/tent | 8 |
| caravan | 1 |

Quadro III.1c - **Freguesia de Miragaia: condições do alojamento (1991)**

| ***Miragaia: habitation equipment (1991)*** | ***n*** | *%* |
|---|---|---|
| *Electricity* | | |
| yes | 1526 | 99.5 |
| no | 7 | |
| Total | 1533 | |
| *Piped water* | | |
| yes | 1504 | 98.1 |
| inside and private | 1376 | |
| outside but private | 42 | |
| outside but communitarian | 86 | |
| no | 29 | |
| fountain | 15 | |
| public well with pump | 1 | |
| public well without pump | 1 | |
| other | 12 | |
| Total | 1533 | |
| *Sanitary equipment* | | |
| with water-closet: | | |
| for exclusive use: | 1183 | 77.2 |
| discharge equipped: | | |
| yes | 1137 | |
| no | 46 | |
| for shared use: | 300 | |
| discharge equipped: | | |
| yes | 209 | |
| no | 91 | |
| without water-closet: | 50 | |
| Total | 1533 | |
| *Bath/shower* | | |
| yes | 1055 | 68.8 |
| no | 478 | |
| Total | 1533 | |
| Gutter system | | |
| yes | 1413 | 92.2 |
| public | 1278 | |
| private | 29 | |
| others | 6 | |
| no | 120 | |
| Total | 1533 | |

### *Naturalidade*

A maior parte da população residente nesta freguesia que foi inquirida é natural do concelho do Porto (1595 indivíduos; 79,4%), e em grande parte da mesma freguesia, sendo os restantes 413 (20,6%) de diversas regiões do país, predominantemente da região norte, e também do estrangeiro e ex-colónias portuguesas (figura 2). Não se detectou nesta fracção da população,qualquer distribuição geográfica preferencial (figura 3).

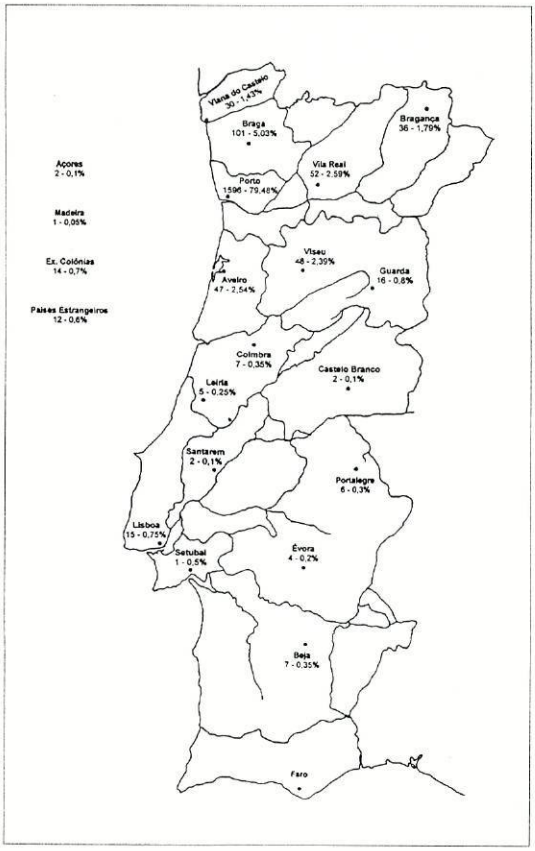



*Fig. 2 - Mapa de Portugal com a distribuição da naturalidade da população inquirida*
*Map of Portugal showing the distribution of birth place of the inquired population*

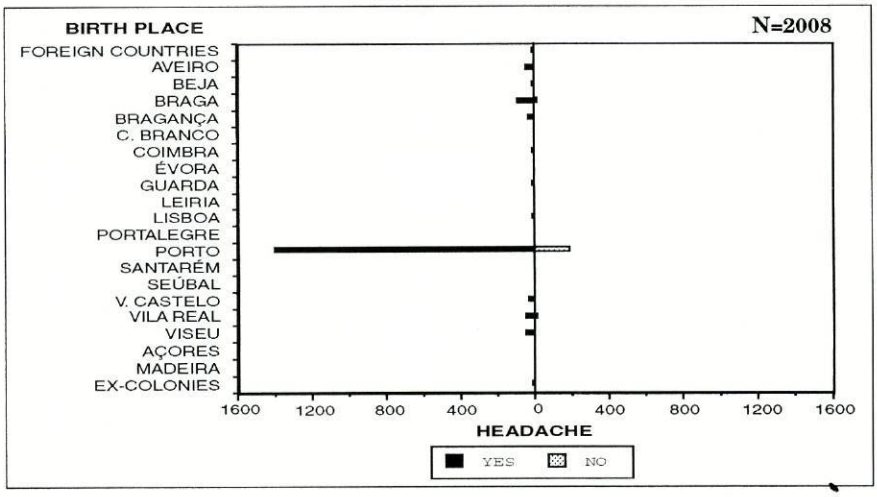



*Fig. 3 - População inquirida: distribuição por naturalidade*
*Inquired population: distribution by birth place*

### *Idade e sexo*

Na população da freguesia de Miragaia os grupos etários predominantes são respectivamente os da terceira, quarta e segunda décadas, e a média de idades é de 38,09 anos, com os limites de 0 e 98 anos. Enquanto que na população inquirida os grupos etários mais numerosos são os da segunda e terceira décadas e a média das idades é de 38,87 anos, com os limites de 3 e 98 anos. A diferença, embora aparentemente pequena tem significado estatístico ($\chi^2$= 47,29; GL= 8; p<0,00001), dada a existência de diferenças na distribuição em alguns dos grupos etários, nomeadamente nas terceira e quarta décadas, em que o número de inquiridos foi menos de metade dos residentes da mesma idade, por englobar a maior parte dos casos omissos do inquérito.

Na distribuição por sexos verificou-se que o sexo feminino predomina na população da freguesia na proporção de 2571/4771 (53,9%) e na população inquirida na proporção de 1219/2008 (60,7%), sendo a diferença entre os sexos também estatisticamente significativa (IC=58,53-62,85; GL=2; p< 0,000001).

A distribuição por idade e sexo da população da freguesia de Miragaia está

representada na figura 4a (censo de 1991) e a correspondente distribuição na população inquirida apresenta-se na figura 4b, estando a repartição desta população por grupos, com e sem cefaleias, representada na figura 4c.

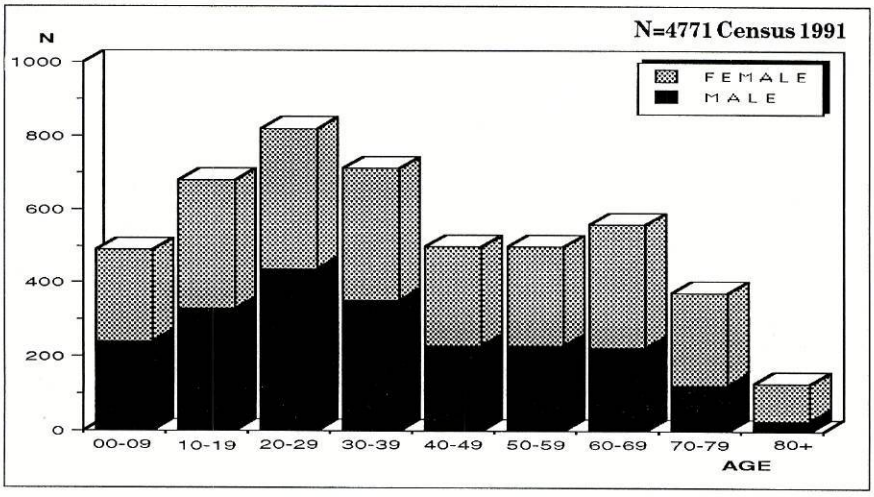



*Fig. 4a - População de Miragaia: distribuição por idade e sexo.*
*Population of Miragaia: distribution by age and gender.*

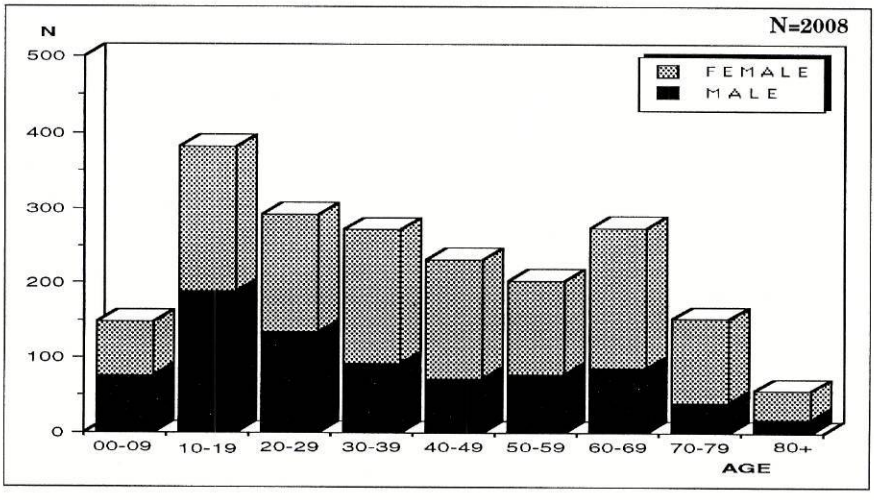



*Fig. 4b - População inquirida: distribuição por idade e sexo.*
*Inquired population: distributon by age and gender.*

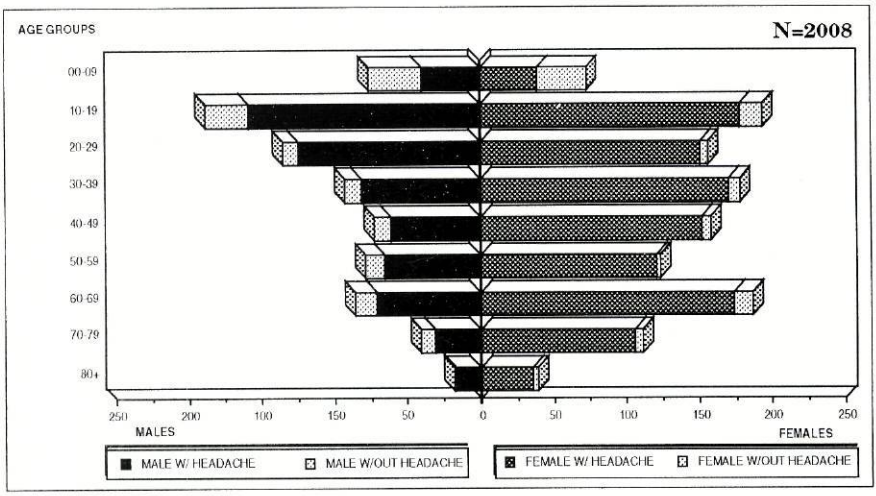



*Fig. 4c - População inquirida: cefaleias por idade e sexo.*
*Inquired population: headaches by age and gender*

### *Estado civil*

Esta população revela uma percentagem relativamente baixa de casais (44,0%) que não era habitual na população portuguesa e traduz uma assimetria de extractos etários e sociais para além de uma modificação da estrutura tradicional das famílias (quadro III.2). Este parâmetro não foi objecto de estudo no nosso inquérito.

Quadro III.2 - **Freguesia de Miragaia: estado civil da população (1991)**

| ***Population of Miragaia: marital status*** | ***n*** | *%* |
|---|---|---|
| Matrimonial state: | | |
| single | 2138 | 44.8 |
| married | 2099 | 44.0 |
| widower | 356 | 7.5 |
| divorced | 178 | 3.7 |
| Total | 4771 | 100.0 |

### *Escolaridade*

Na população residente de Miragaia, o índice de escolaridade é baixo, segundo os dados do INE. Os dados obtidos revelam que 561 (11,8%) indivíduos são analfabetos, 97 (2,0%) estão ainda no ensino pré-escolar, 2283 (47,9%) têm frequência do ensino primário, 1089 (22,8%) têm frequência do ensino secundário, apenas 431 (9,0%) têm frequência de um curso médio e somente 310 (6,5%) têm frequência de um curso superior (figura 5a).

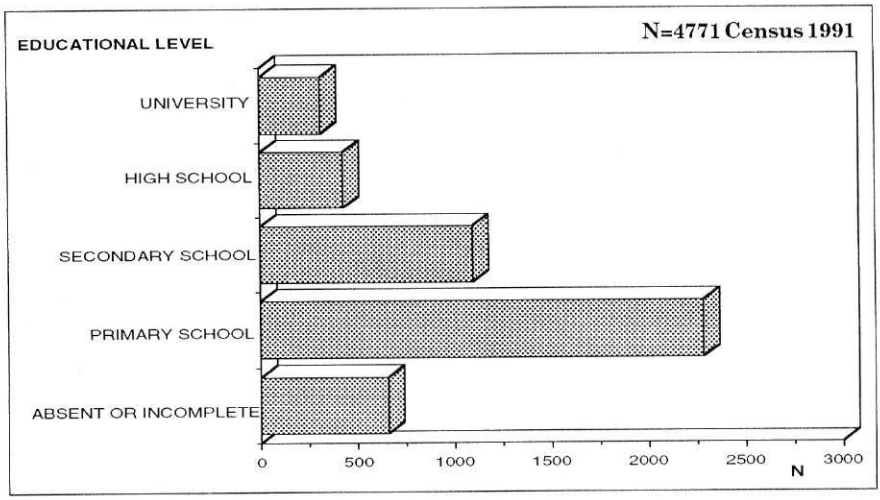



*Figura 5a - População de Miragaia: grau de escolaridade (1991).*
*Population of Miragaia: educational level (1991).*

O grau de escolaridade da população inquirida encontra-se resumido na figura 5b mas os dados não são totalmente comparáveis porque correspondem a grupos diferentes, isto é, enquanto que os dados do censo de 1991 avaliaram a frequência de cada nível de ensino, na população estudada consideraram-se para cada nível de ensino apenas os indivíduos que o haviam completado. Contudo, é de salientar o elevado número de casos de escolaridade incompleta ou de analfabetismo (835; 41,6%) e o facto de mais de dois terços da população

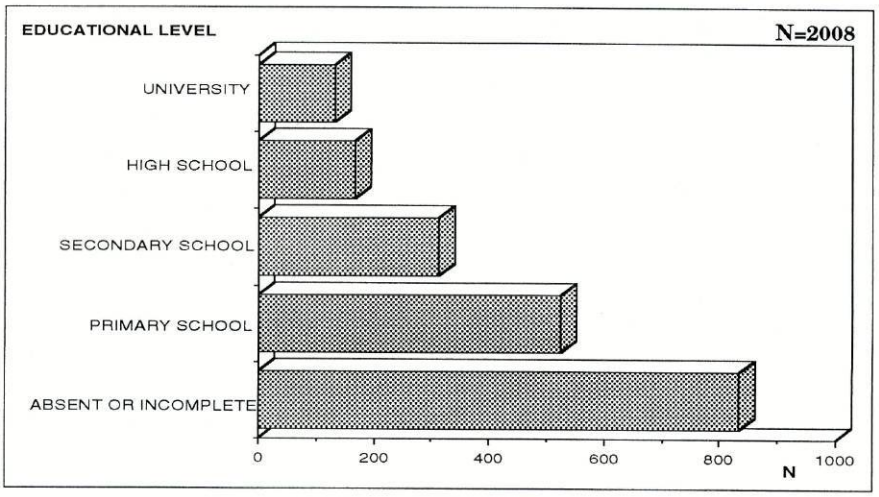



*Fig. 5b - População inquirida: distribuição por escolaridade.*
*Inquired population: educational level.*

estudada (67,7%) não ter ido além do ensino básico. A análise da distribuição da população, com e sem cefaleias, pelos graus de educação não revelou qualquer particularidade de realçar (figura 5c).

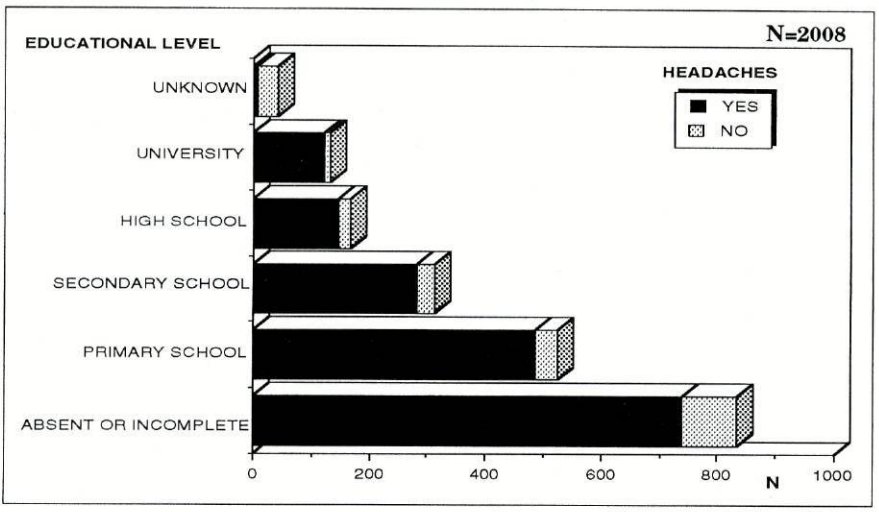



*Fig. 5c - População inquirida: escolaridade por cefaleias.*
*Inquired population: educational level by headaches.*

### *Profissão*

A distribuição da população estudada por profissões, com e sem cefaleias, resume-se na figura 6. Salientam-se as elevadas percentagens de estudantes (23,8%), domésticas (18,7%) e reformados (15,2%). Verifica-se que as cefaleias ocorrem preferencialmente nos operários (especializados e não especializados) e nas domésticas e não nas profissões mais intelectuais, mas as diferenças não são estatisticamente significativas (p=0,01). Estes dados sugerem um efeito reduzido da profissão na ocorrência de cefaleias em geral, o que não invalida a sua eventual importância em situações pontuais.

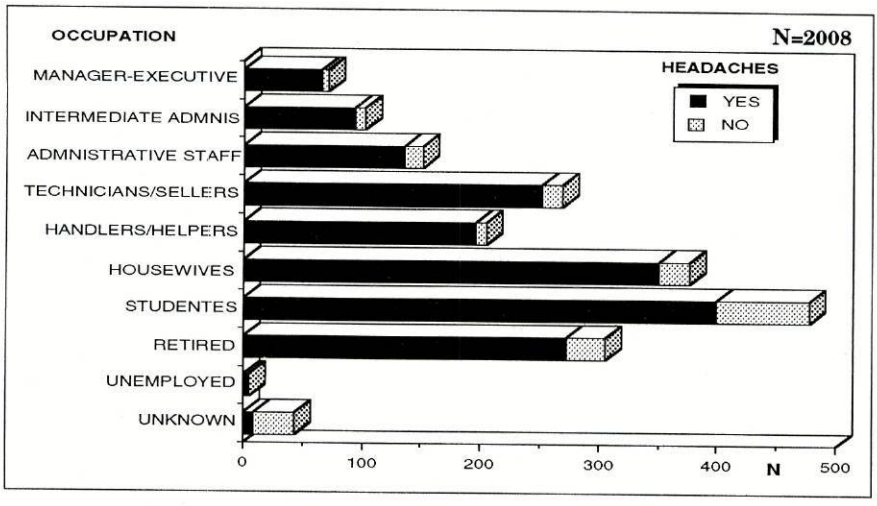



*Fig. 6 - População inquirida: distribuição por profissões.*
*Inquired population: disribution by occupation*

### *Classe social*

Naturalmente, a um baixo nível cultural corresponde uma classe social também baixa. Daí não serem surpreendentes os dados referentes à distribuição por classe social, segundo a classificação de Graffar (apêndice 2), constantes da figura 7 e em que se verifica que 56,7% da população estudada se encontra nas

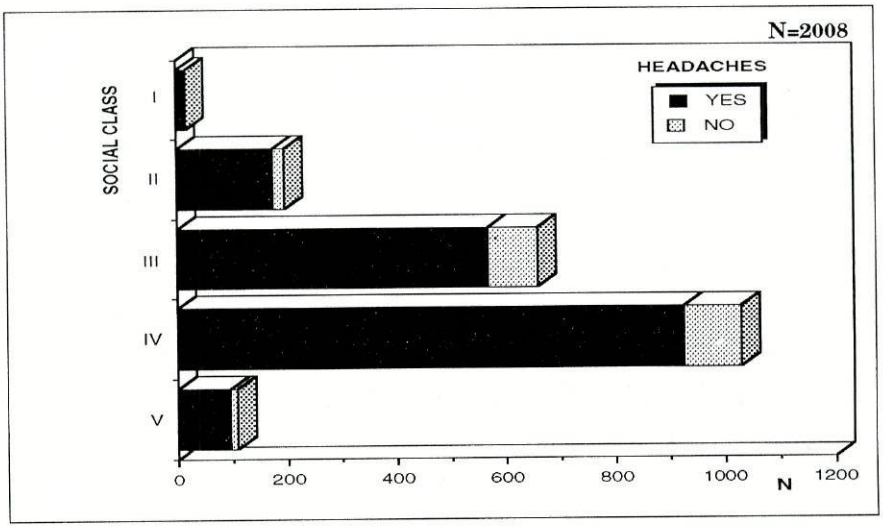



*Fig. 7 - População inquirida: distribuição por classes sociais de Graffar. Inquired population: distribution by social class (Graffar).*

classes de menores recursos, IV e V. A população com cefaleias predomina nas classes I, IV e II, respectivamente, mas as diferenças em relação à população sem cefaleias não são estatisticamente significativas ($\chi^2$= 9,289; GL= 4; p= o,0543).

## Descrição das cefaleias

### *Definição*

Neste estudo foram considerados como tendo cefaleias todos os indivíduos que responderam afirmativamente à primeira pergunta do questionário que era a seguinte:"já alguma vez teve dores de cabeça?". Este conceito corresponde à definição de cefaleia proposta pela Federação Mundial de Neurologia, conforme referido na metodologia.

Portanto, foram considerados todos os tipos de cefaleia, independentemente da sua intensidade, duração, carácter ou grau de incapacidade.

### *Classificação nosológica*

Para a obtenção do diagnóstico optou-se pela classificação e critérios de diagnóstico da *International Headache Society* (IHS) (1988), como foi referido na metodologia, por ser a mais recente e a mais objectiva. Usaram-se os seus critérios de diagnóstico como se se tratassem de critérios operacionais, excluídos que foram os items que exigiam um exame objectivo e que, portanto, não eram aplicáveis neste tipo de pesquisa. Não obstante, também se compararam os resultados obtidos com os presumíveis diagnósticos, utilizando uma metodologia análoga, com base na classificação e critérios de diagnóstico da Comissão *Ad Hoc* dos *National Institutes of Health* (NIH), dos EUA (1962), e ainda ensaiámos uma novo tipo de classificação com base num valor numérico (pontuação) obtido pelo cálculo da taxa de ponderação de cada sintoma segundo o método de regressão logística já referido na metodologia, a partir dos dados da observação clínica de uma amostra aleatória da população inquirida.

### *Segundo os critérios da IHS*

- *Por diagnóstico*

Com base nos critérios de diagnóstico de cefaleias da IHS e a partir dos dados obtidos pelo inquérito, foi possível classificar as cefaleias descritas. Uma das principais dificuldades sentidas nesta classificação e na sua posterior análise estatística resultou do facto de uma percentagem significativa de casos (12,2%) apresentar mais de um tipo de cefaleias, o que conduziu à necessidade de analisar, em conjunto, este grupo que foi designado por cefaleias combinadas ou mistas. Os resultados obtidos foram distribuídos por dois grupos de diagnóstico, o principal e o secundário, que estão resumidos nos quadros III.3a e III.3b, constatando-se que estão aqui representados todos os principais diagnósticos constantes da classificação da IHS. A distribuição dos indivíduos pelos diagnósticos principal e secundário na população estudada está resumida no quadro de tabulação inserido no apêndice 3.

É claro que estes diagnósticos não estão, na maior parte dos casos, validados pelo exame clínico que se efectuou apenas em 205 casos, isto é, em

Quadro III.3a - **População inquirida: distribuição por diagnóstico principal**

*MAIN DIAGNOSIS* *IHS CODE*

| | *Value Label* | *Value Frequency* | *Percent* | *Valid Percent* | *Cum Percent* |
|---|---|---|---|---|---|
| WITHOUT HEADACHES | 0000 | 228 | 11.4 | 11.4 | 11.4 |
| MIGRAINE W/OUT AURA | 0110 | 138 | 6.9 | 6.9 | 18.2 |
| MIGRAINE WITH AURA | 0120 | 32 | 1.6 | 1.6 | 19.8 |
| BASILAR MIGRAINE | 0124 | 2 | .1 | .1 | 19.9 |
| MIGRAINE N.F.A. CRITERIA | 0170 | 162 | 8.1 | 8.1 | 28.0 |
| EPISODIC TENSION-TYPE H. | 0210 | 978 | 48.7 | 48.7 | 76.7 |
| CHRONIC TENSION-TYPE H. | 0220 | 82 | 4.1 | 4.1 | 80.8 |
| TENSION-TYPE H. N.F.A. CRITERIA | 0230 | 276 | 13.8 | 13.8 | 94.6 |
| CLUSTER HEADACHE | 0310 | 1 | .0 | .0 | 94.6 |
| CLUSTER H. LIKE N.F.A.CRITERIA | 0330 | 1 | .0 | .0 | 94.6 |
| IDIOPATHIC STABBING H. | 0410 | 5 | .2 | 2.0 | 94.9 |
| BENIGN EXERTIONAL H. | 0450 | 4 | 2.0 | .2 | 95.1 |
| H. ASSOC. W. SEXUAL ACTIVITY | 0461 | 1 | .0 | .0 | 95.1 |
| ACUTE POST-TRAUMATIC H. | 0512 | 1 | .0 | .0 | 95.2 |
| ARTERIAL HYPERTENSION | 0683 | 6 | .3 | .3 | 95.5 |
| H. ASSOC. W. OTH. INTRACR. DIS. | 0770 | 2 | .1 | .1 | 95.6 |
| ALCOHOL INDUCED HEADACHE | 0814 | 6 | .3 | .3 | 95.9 |
| ERGOTAMINE INDUCED H. | 0821 | 1 | .0 | .0 | 95.9 |
| NARCOTICS ABSTINENCE H. | 0843 | 1 | .0 | .0 | 96.0 |
| H. ASSOC. W. VIRAL INFECTION | 0910 | 1 | .0 | .0 | 96.0 |
| H. ASSOC. W. S. VIRAL INFECTION | 0912 | 15 | .7 | .7 | 96.8 |
| H. ASSOC. W. METABOLIC DIS. | 1000 | 1 | .0 | .0 | 96.8 |
| H. ASSOC. W. HYPOGLYCEMIA | 1040 | 1 | .0 | .0 | 96.9 |
| H. ASSOC. W. CERVICAL SPINE | 1121 | 8 | .4 | .4 | 97.3 |
| H. ASSOC. W. REFRACTION ERRORS | 1132 | 4 | .2 | 2.0 | 97.5 |
| H. ASSOC. W. DIS. NOSE/SINUS | 1152 | 4 | .2 | .2 | 97.7 |
| H. ASSOC. W. TEETH DISORDERS | 1160 | 1 | .0 | .0 | 97.7 |
| TRIGEMINAL NEURALGIA | 1220 | 1 | .0 | .0 | 97.8 |
| H. NOT CLASSIFIABLE | 1300 | 45 | 2.2 | 2.2 | 100.0 |
| | **Total** | **2008** | **100.0** | **100.0** | |

Valid cases: 2008 Missing cases: 0

*H - Headache; N.F.A. - Not fulfilling all criteria*

Quadro III.3b - **População inquirida: distribuição por diagnóstico secundário**

| *ACCESSORY DIAGNOSIS* | *IHS CODE* | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | *Value Label* | *Value Frequency* | *Valid Percent* | *Cum Percent* | *Percent* |
| WITHOUT SECONDARY DIAGNOSIS | | 1766 | 87.9 | 87.9 | 87.9 |
| MIGRAINE W/OUT AURA | 0110 | 5 | 2.0 | 2.0 | 88.2 |
| MIGRAINE WITH AURA | 0120 | 1 | .0 | .0 | 88.2 |
| MIGRAINE N. F. A. CRITERIA | 0170 | 58 | 2.9 | 2.9 | 91.1 |
| EPISODIC TENSION-TYPE H. | 0210 | 19 | .9 | .9 | 92.0 |
| CHRONIC TENSION-TYPE H. | 0220 | 1 | .0 | .0 | 92.1 |
| TENSION H. N. F. A. CRITERIA | 0230 | 148 | 7.4 | 7.4 | 99.5 |
| H. ASSOC. W. SYSTEMIC INFECTION | 0912 | 1 | .0 | .0 | 99.5 |
| H. ASSOC. W.HYPOGLYCEMIA | 1004 | 1 | .0 | .0 | 99.6 |
| H. ASSOC. W. CERVICAL SPINE DIS. | 1121 | 7 | .3 | .3 | 99.9 |
| H. NOT CLASSIFIABLE | 1300 | 3 | .1 | .1 | 100.0 |
| | **Total** | **2008** | **100.0** | **100.0** | |

Valid cases: 2008 Missing cases: 0

*H - Headache; N. F. A. - Not fulfilling all criteria*

10,2% do total de inquiridos. Importa, contudo, destacar que se trata, basicamente, de um inquérito epidemiológico que utiliza métodos próprios e não uma avaliação clínica individual.

• *Grupos de diagnóstico*

Os diagnósticos assim efectuados foram agrupados, para facilidade de análise estatística, nos cinco grupos descriminados no quadro III.4a: (1) cefaleias de tensão (TH); (2) cefaleias combinadas ou mistas (CHX); (3) enxaqueca (MH); (4) outras cefaleias (OTH) (que inclui as sintomáticas) e (5) sem cefaleias (XNO).

A distribuição dos indivíduos inquiridos pelos grandes grupos de diagnóstico revela como seria de esperar, um franco predomínio das cefaleias de tensão (TH) (1255; 62,5%; IC-95%: 60,3-64,6%) seguido da enxaqueca (MH) (176; 8,8%; IC-95%: 7,5-10,1%). Outras formas de cefaleias (OTH) que incluem todas as cefaleias sintomáticas (107 pessoas), só representam 5,3% (IC-95%: 4,4-6,4%) do

total da população estudada. As formas combinadas (CHX), isto é, os casos em que há mais de um tipo de cefaleia, correspondem a 242 casos ou seja 12,1% (IC-95%:10,7-13,6%) do total de indivíduos inquiridos constituindo o segundo maior grupo. Do total de inquiridos 228 indivíduos, isto é, 11,4% (IC-95%: 10,0-12,8) negaram a ocorrência prévia de cefaleias (quadro III.4a).

Quadro III.4a - **População inquirida: distribuição por grupos de diagnóstico**

HEADACHE by IHS DIAGNOSTIC GROUPS

| | | IHS DIAGNOSTIC GROUPS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Count / Col % | TH | CHX | MH | OTH | XNO | Row total |
| HEADACHE | | | | | | | |
| YES | | 1255 | 242 | 176 | 107 | | 1780 |
| | | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | | 88.6 |
| NO | | | | | | 228 | 228 |
| | | | | | | 100.0 | 11.4 |
| | Column | 1255 | 242 | 176 | 107 | 228 | 2008 |
| | Total | 62.5 | 12.1 | 8.8 | 5.3 | 11.4 | 100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*CHX-Combined headaches; MH-Migraine headache; OTH-Other headaches; TH-Tension-type headaches; XNO-No headaches*

Para um estudo mais detalhado, procedeu-se também à análise da distribuição dos indivíduos por subgrupos de diagnóstico (sub-divisões dos grupos anteriores), constante do quadro III.4b. Destaca-se a importância relativa das cefaleias de tensão episódicas (ETH) (47,6%) e das enxaquecas sem aura (MOA) (6,0%) em cada um dos principais grupos nosológicos, para além das respectivas variedades atípicas e também das formas combinadas já acima referidas.

A análise da distribuição dos indivíduos inquiridos com cefaleias (ICC) pelos grandes grupos de diagnóstico revelou um franco predomínio das cefaleias de tensão (70,5%), como seria de esperar, seguido da enxaqueca (9,9%). Outras formas de cefaleias só representam 6,0% do total da população com cefaleias. As

Quadro III.4b - **População inquirida: distribuição por subgrupos de diagnóstico**

HEADACHE by IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Count / Row % / Col % | CTH | ETH | THX | CHX | MWA | MOA | MHX | OTH | XNO | Row total |
| HEADACHE | | | | | | | | | | |
| YES | 78 | 955 | 222 | 242 | 29 | 120 | 27 | 107 | | 1780 |
| | 4.4 | 53.7 | 12.5 | 13.6 | 1.6 | 6.7 | 1.5 | 6.0 | | 88.6 |
| | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | | |
| NO | | | | | | | | | 228 | 228 |
| | | | | | | | | | 100.0 | 11.4 |
| | | | | | | | | | 100.0 | |
| Column Total | 78 | 955 | 222 | 242 | 29 | 120 | 27 | 107 | 228 | 2008 |
| | 3.9 | 47.6 | 11.1 | 12.1 | 1.4 | 6.0 | 1.3 | 5.3 | 11.4 | 100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*CHX-combined or mixed headaches; CTH-chronic tension headache; ETH-episodic tension headache; MHX-migraine not fulfilling all criteria; MOA-migraine without aura; MWA-migraine with aura; OTH-other headaches; THX-tension headache not fulfilling all criteria; XNO-no headaches*

formas combinadas correspondem a 242 casos, ou seja, 13,6% do total de indivíduos com cefaleias (quadro III.4c). As percentagens relativas dos diferentes grupos de cefaleias surgem aqui aumentadas em relação aos dados na população geral por redução do denominador que agora é o número total de indivíduos com cefaleias (ICC=1780).

A distribuição destes indivíduos por subgrupos de diagnóstico é a constante do quadro III.4d donde se destaca a importância relativa das formas puras de cefaleias de tensão episódicas (ETH) (53,7%) e as enxaquecas sem aura (MOA) (6,7%), assim como das formas combinadas ou mistas (CHX) (13,6%).

O grupo de cefaleias combinadas (CHX), sintetizado no quadro III.4e, é constituído preponderantemente pela associação de enxaqueca com cefaleias de

Quadro III.4c - **Cefaleias: distribuição por grupos de diagnóstico**

HEADACHE by IHS DIAGNOSTIC GROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC GROUPS | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Count / Row % / Col % | TH | CHX | MH | OTH | Row total |
| HEADACHE | | | | | |
| YES | 1255 | 242 | 176 | 107 | 1780 |
| | 70.5 | 13.6 | 9.9 | 6.0 | 100.0 |
| | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | |
| Column Total | 1255 | 242 | 176 | 107 | 1780 |
| | 70.5 | 13.6 | 9.9 | 6.0 | 100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*CHX-Combined headaches; MH-Migraine headache; OTH-Other headaches; TH-Tension-type headaches;*

Quadro III.4d - **Cefaleias: distribuição por subgrupos de diagnóstico**

HEADACHE by IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Count / Row % / Col % | CTH | ETH | THX | CHX | MWA | MOA | MHX | OTH | Row total |
| HEADACHE | | | | | | | | | |
| YES | 78 | 955 | 222 | 242 | 29 | 120 | 27 | 107 | 1780 |
| | 4.4 | 53.7 | 12.5 | 13.6 | 1.6 | 6.7 | 1.5 | 6.0 | 100.0 |
| | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | |
| Column Total | 78 | 955 | 222 | 242 | 29 | 120 | 27 | 107 | 1780 |
| | 4.4 | 53.7 | 12.5 | 13.6 | 1.6 | 6.7 | 1.5 | 6.0 | 100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*CHX-combined or mixed headaches; CTH-chronic tension headache; ETH-episodic tension headache; MHX-migraine not fulfilling all criteria; MOA-migraine without aura; MWA-migraine with aura; OTH-other headaches; THX-tension headache not fulfilling all criteria*

Quadro III.4e - **Cefaleias combinadas: resumo dos diagnósticos**

*IHS DIAGNOSTIC GROUPS: SUMMARY OF COMBINED HEADACHES*

| *Value Label* | *Value* | *D1 Frequency* | *D2 Frequency* | *D1/D2 Frequency* | *Percent* |
|---|---|---|---|---|---|
| E.TENSION H.+C.TENSION H. | ETH+CTH | 12 | 0 | 12 | .7 |
| TENSION H.+MIGRAINE H. | TH + MH | 63 | 154 | 217 | 12.2 |
| TENSION H.+OTHERS | TH +OTH | 6 | 2 | 8 | .4 |
| MIGRAINE H.+OTHERS | MH +OTH | 4 | 1 | 5 | .3 |
| | **Total** | **85** | **157** | **242** | **13.6** |
| Valid cases: 1780 | Missing cases: 1538 | 86.4 % | | | |

*D1-main diagnosis; D2-secondary diagnosis; D1/D2-combined diagnosis*

tensão (217/242 = 89,7%) e menos frequentemente pela associação de cefaleias de tensão episódicas e crónicas (4,9%), isto é, cefaleias de tensão crónicas intercaladas de episódios mais severos mas ainda com as características das cefaleias de tensão, embora episódicas. Mais rara ainda é a associação de cefaleias de tensão (3,3%) ou enxaqueca (2,1%) com outro tipo de cefaleias, nomeadamente, com cefaleias sintomáticas.

O grupo de outras cefaleias (OTH) é constituído maioritariamente por cefaleias sintomáticas, embora inclua também algumas cefaleias incaracterísticas e por isso não classificáveis, e outras de etiologia incerta como certas cefaleias idiopáticas benignas, a cefaleia em salva e algumas nevralgias cranianas essenciais ou idiopáticas como se pode ver no quadro III.4f. Neste grupo salientam-se as seguintes formas de cefaleias: 1) as associadas com perturbações do crânio e pescoço com 22 casos (1,1% do total da população inquirida) embora só 15 (0,8%) sejam formas isoladas, isto é, não associadas a outros tipos de cefaleias; 2) as associadas a infecções não cefálicas (0,9%), isto é, as infecções do tracto respiratório superior e as infecções sistémicas, principalmente de etiologia vírica; 3) as associadas ao uso ou privação de substâncias de uso agudo ou crónico (0,4%), para além de diversas outras formas idiopáticas benignas e outras incaracterísticas e não classificáveis. As lesões expansivas intracranianas

Quadro III.4f - **Cefaleias sintomáticas: resumo dos diagnósticos**

*IHS DIAGNOSTIC GROUPS: SUMMARY OF OTHER HEADACHES*

| *Value Label* | *Value* | *D1 Frequency* | *D2 Frequency* | *D1/D2 Frequency* | *Percent* |
|---|---|---|---|---|---|
| CLUSTER HEADACHE | 03 | 2 | 0 | 2 | .1 |
| MISCELLANEOUS HEADACHES | 04 | 10 | 0 | 10 | .6 |
| H. ASSOC. WITH HEAD TRAUMA | 05 | 1 | 0 | 1 | .1 |
| H. ASSOC. WITH VASCULAR DIS. | 06 | 6 | 0 | 6 | .3 |
| H. ASSOC.W. N-VASCULAR I.C.D. | 07 | 2 | 0 | 2 | .1 |
| H. ASSOC.W. SUBSTANCES | 08 | 8 | 0 | 7 | 4 |
| H. ASSOC.W. N-CEPHALIC INF. | 09 | 16 | 1 | 16 | .9 |
| H. ASSOC.W. METABOLIC DIS. | 10 | 2 | 1 | 2 | .1 |
| H. ASSOC.W. CRANIUM/NECK STR. | 11 | 17 | 5 | 15 | .8 |
| CRANIAL NEURALGIAS | 12 | 1 | 0 | 1 | .1 |
| H. NOT CLASSIFIABLE | 13 | 45 | 3 | 45 | 2.5 |
| | **Total** | **110** | **10** | **107** | **6.0** |

Valid cases: 1780 Missing cases: 1673 93.9%

*D1-main diagnosis; D2-secondary diagnosis; D1/D2-combined diagnosis*

tiveram uma reduzida expressão nesta população, apenas dois casos ou seja, em média, um indivíduo por cada mil habitantes.

A distribuição dos diferentes tipos de diagnóstico pelos diversos grupos nosológicos está ordenada no apêndice 4.

### *Segundo os critérios do NIH*

Para a análise de distribuição das cefaleias da população estudada de acordo com os critérios de diagnóstico e classificação da Commissão *Ad Hoc* dos *National Institutes of Health* (NIH), de 1962, utilizou-se a modalidade de quantificação (pontuação) dos critérios necessários ao diagnóstico de cada uma das entidades clínicas, por não estarem definidos, nesta classificação, os critérios mínimos necessários para o diagnóstico.

*Para o diagnóstico de enxaqueca*

A distribuição na população estudada dos diversos sintomas considerados pela classificação da Comissão *Ad Hoc dos National Institutes of Health* como característicos da enxaqueca está resumida nos quadros III.5a e III.5b, em que se salientam os seguintes aspectos:

1) só um caso obedece à totalidade dos critérios de diagnóstico que são os oito seguintes: dor unilateral, pulsátil, severa, naúseas, vómitos, fonofobia, fotofobia e história familiar;
2) com mais de metade dos critérios (mais de quatro) há 12,9% dos inquiridos com cefaleias;
3) com menos de quatro critérios parece-nos improvável tratar-se de uma enxaqueca, embora não estejam estabelecidos nesta classificação os limites inferiores para o seu diagnóstico.

Se para o diagnóstico fôr necessária a presença de todos os critérios, o número de casos será extremamente baixo e no presente estudo apenas um. Todos os indivíduos diagnosticados com enxaqueca, com ou sem aura, pela classificação da IHS apresentam pelo menos quatro destes critérios. Só alguns casos atípicos, isto é, que não respondem à totalidade dos critérios da classificação da IHS, é que cumprem apenas três dos critérios dos NIH (quadro III.5b).

No quadro III.5c está resumida a distribuição dos sintomas de enxaqueca comum (sem aura) (MOA) segundo os critérios dos NIH, por subgrupos de cefaleias segundo os critérios da IHS. A análise da distribuição desses sintomas na população estudada revelou que em 29,0% dos inquiridos com cefaleias estão presentes quatro ou mais dos oito sintomas acima referidos para a enxaqueca sem aura. Os sintomas da enxaqueca sem aura são os mesmos da enxaqueca em geral e neste grupo estão contidos todos os casos diagnosticados de enxaqueca sem aura pela classificação da IHS (quadro III.5d). A análise dos inquiridos, através da pesquisa da distribuição dos sintomas típicos de enxaqueca clássica (com aura) (MWA) (quadro III.5e) revelou que 17,3% do total de inquiridos com cefaleias apresentam cinco ou mais dos sintomas habituais da enxaqueca com aura, mas só um caso obedece à totalidade dos nove critérios: os oito da enxaqueca em geral mais a aura. Todos os casos diagnosticados como enxaqueca com aura pelos critérios da IHS apresentam, pelo menos, 5 dos critérios ou items da classificação da Comissão *Ad Hoc* dos *NIH* (quadro III.5e).

Quadro III.5a - **Distribuição dos critérios de enxaqueca dos NIH por grupos de diagnóstico da IHS**

| | IHS DIAGNOSTIC GROUPS | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Count<br>Row %<br>Col % | TH | CHX | MH | OTH | Row total |
| NIH CRITERIA | | | | | |
| UNILATERAL | 234 | 52 | 103 | 33 | 422 |
| | 55.5 | 12.3 | 24.4 | 7.8 | 23.7 |
| | 18.7 | 21.5 | 58.5 | 30.9 | |
| THROBBING | 220 | 51 | 143 | 29 | 443 |
| | 49.7 | 11.5 | 32.3 | 6.5 | 24.9 |
| | | 17.5 | 21.1 | 81.3 | 27.1 |
| SEVERE | 118 | 38 | 45 | 19 | 220 |
| | 53.6 | 17.3 | 20.5 | 8.6 | 12.4 |
| | 9.4 | 15.7 | 25.6 | 17.8 | |
| NAUSEA | 10 | 16 | 95 | 6 | 127 |
| | 7.9 | 12.6 | 74.8 | 4.7 | 7.1 |
| | .8 | 6.6 | 54.0 | 5.6 | |
| VOMITING | | 4 | 7 | 18 | 29 |
| | | 13.8 | 24.1 | 62.1 | 1.6 |
| | | .3 | 2.9 | 10.2 | |
| PHOTOPHOBIA | 47 | 63 | 86 | 15 | 211 |
| | 22.3 | 29.9 | 40.8 | 7.1 | 11.9 |
| | 3.7 | 26.0 | 48.9 | 14.0 | |
| PHONOPHOBIA | 108 | 60 | 76 | 16 | 260 |
| | 41.5 | 23.1 | 29.2 | 6.2 | 14.6 |
| | 8.6 | 24.8 | 43.2 | 15.0 | |
| FAMILY HISTORY + | 630 | 136 | 87 | 45 | 898 |
| | 71.0 | 15.1 | 9.6 | 5.0 | 50.4 |
| | 50.1 | 56.1 | 49.4 | 42.0 | |

*CHX-Combined headaches; MH-Migraine headache; OTH-Other headaches; TH-Tension-type headaches*

Quadro III.5b - **Distribuição do número de critérios da enxaqueca dos NIH por subgrupos de diagnóstico**

MIGRAINE by IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Count / Row % / Col % | CTH | ETH | THX | CHX | MWA | MOA | MHX | OTH | Row Total |
| Nº CRITERIA | | | | | | | | | |
| 0 | | 9 | 10 | | | | | 13 | 32 |
| | | 28.1 | 31.3 | | | | | 40.6 | 1.8 |
| | | 9 | 4.5 | | | | | 12.1 | |
| 1 | 9 | 186 | 77 | 3 | | | | 23 | 298 |
| | 3.0 | 62.4 | 25.8 | 1.0 | | | | 7.7 | 16.7 |
| | 11.5 | 19.5 | 34.7 | 1.2 | | | | 21.5 | |
| 2 | 37 | 313 | 69 | 27 | | | | 22 | 468 |
| | 7.9 | 66.9 | 14.7 | 5.8 | | | | 4.7 | 26.3 |
| | 47.4 | 32.8 | 31.1 | 11.2 | | | | 20.6 | |
| 3 | 21 | 299 | 45 | 68 | | | 5 | 29 | 467 |
| | 4.5 | 64.0 | 9.6 | 14.6 | | | 1.1 | 6.2 | 26.2 |
| | 26.9 | 31.3 | 20.3 | 28.1 | | | 18.5 | 27.1 | |
| 4 | 9 | 124 | 16 | 92 | 4 | 19 | 10 | 13 | 287 |
| | 3.1 | 43.2 | 5.6 | 32.1 | 1.4 | 6.6 | 3.5 | 4.5 | 16.1 |
| | 11.5 | 13.0 | 7.2 | 38.0 | 13.8 | 15.8 | 37.0 | 12.1 | |
| 5 | 2 | 24 | 4 | 35 | 13 | 53 | 8 | 4 | 143 |
| | 1.4 | 16.8 | 2.8 | 24.5 | 9.1 | 37.1 | 5.6 | 2.8 | 8.0 |
| | 2.6 | 2.5 | 1.8 | 14.5 | 44.8 | 44.2 | 29.6 | 3.7 | |
| 6 | | | 1 | 13 | 8 | 37 | 4 | 2 | 65 |
| | | | 1.5 | 20.0 | 12.3 | 56.9 | 6.2 | 3.1 | 3.7 |
| | | | .5 | 5.4 | 27.6 | 30.8 | 14.8 | 1.9 | |
| 7 | | | | 4 | 3 | 11 | | 1 | 19 |
| | | | | 21.1 | 15.8 | 57.9 | | 5.3 | 1.1 |
| | | | | 1.7 | 10.3 | 9.2 | | .9 | |
| 8 | | | | | 1 | | | | 1 |
| | | | | | 100.0 | | | | .1 |
| | | | | | 3.4 | | | | |
| Column | 78 | 955 | 222 | 242 | 29 | 120 | 27 | 107 | 1780 |
| Total | 4.4 | 53.7 | 12.5 | 13.6 | 1.6 | 6.7 | 1.5 | 6.0 | 100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*CHX-combined or mixed headaches; CTH-chronic tension headache; ETH-episodic tension headache; MHX-migraine not fulfilling all criteria; MOA-migraine without aura; MWA-migraine with aura; OTH-other headaches; THX-tension headache not fulfilling all criteria.*

Quadro III.5c - **Distribuição dos sintomas de enxaqueca sem aura segundo os critérios dos NIH por subgrupos de diagnóstico da IHS**

MIGRAINE WITHOUT AURA by IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Count / Row % / Col % | CTH | ETH | THX | CHX | MWA | MOA | MHX | OTH | Row total |
| SYMPTOMS | | | | | | | | | |
| UNILATERAL | 14 | 176 | 44 | 52 | 15 | 77 | 11 | 33 | 422 |
| | 6.5 | 83.3 | 20.9 | 24.8 | 7.1 | 36.4 | 5.2 | 15.7 | 23.7 |
| | 17.9 | 18.4 | 19.8 | 21.5 | 51.7 | 64.2 | 40.7 | 30.9 | |
| THROBBING | 14 | 175 | 31 | 51 | 23 | 99 | 21 | 29 | 443 |
| | 3.2 | 39.5 | 7.0 | 11.5 | 5.2 | 22.3 | 4.7 | 6.5 | 24.9 |
| | 17.9 | 18.3 | 14.0 | 21.1 | 79.3 | 82.5 | 77.8 | 27.1 | |
| SEVERE | 11 | 84 | 23 | 38 | 13 | 26 | 6 | 19 | 220 |
| | 5.0 | 38.2 | 10.5 | 17.3 | 5.9 | 11.8 | 2.7 | 8.6 | 12.4 |
| | 14.1 | 8.8 | 10.4 | 15.7 | 44.8 | 21.7 | 22.2 | 17.8 | |
| NAUSEA | 1 | 2 | 7 | 16 | 14 | 69 | 12 | 6 | 127 |
| | .8 | 1.6 | 5.5 | 12.6 | 11.0 | 54.3 | 9.4 | 4.7 | 7.1 |
| | 1.3 | .2 | 3.2 | 6.6 | 48.3 | 57.5 | 44.4 | 5.6 | |
| VOMITING | | | 4 | 7 | 4 | 11 | 3 | | 29 |
| | | | 13.8 | 24.1 | 13.8 | 37.9 | 10.3 | | 1.6 |
| | | | 1.8 | 2.9 | 13.8 | 9.2 | 11.1 | | |
| PHOTOPHOBIA | 1 | 22 | 24 | 63 | 15 | 59 | 12 | 15 | 211 |
| | .5 | 10.4 | 11.4 | 29.9 | 7.1 | 28.0 | 5.7 | 7.1 | 11.9 |
| | 1.3 | 2.3 | 10.8 | 26.0 | 51.7 | 49.2 | 44.4 | 14.0 | |
| PHONOPHOBIA | 11 | 67 | 30 | 60 | 17 | 48 | 11 | 16 | 260 |
| | 4.2 | 25.8 | 11.5 | 23.1 | 6.5 | 18.5 | 4.2 | 6.2 | 14.6 |
| | 14.1 | 7.0 | 13.5 | 24.8 | 58.6 | 40.0 | 40.7 | 15.0 | |
| FAMILY HIST.+ | 35 | 498 | 97 | 136 | 19 | 54 | 14 | 45 | 898 |
| | 3.9 | 55.5 | 10.8 | 15.1 | 2.1 | 6.0 | 1.6 | 5.0 | 50.4 |
| | 44.9 | 52.1 | 43.7 | 56.2 | 65.5 | 45.0 | 51.9 | 42.1 | |

*CHX-combined or mixed headaches; CTH-chronic tension headache; ETH-episodic tension headache; MHX-migraine not fulfilling all criteria; MOA-migraine without aura; MWA-migraine with aura; OTH-other headaches; THX-tension headache not fulfilling all criteria.*

Quadro III.5d - **Distribuição dos critérios de diagnóstico de enxaqueca sem aura dos NIH por subgrupos de diagnóstico da IHS**

MIGRAINE WITHOUT AURA by IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Count / Row % / Col % | CTH | ETH | THX | CHX | MWA | MOA | MHX | OTH | Row total |
| Nº CRITERIA | | | | | | | | | |
| 0 | | 9 | 10 | | | | | 13 | 32 |
| | | 28.1 | 31.3 | | | | | 40.6 | 1.8 |
| | | .9 | 4.5 | | | | | 12.1 | |
| 1 | 9 | 186 | 77 | 3 | | | | 23 | 298 |
| | 3.0 | 62.4 | 25.8 | 1.0 | | | | 7.7 | 16.7 |
| | 11.5 | 19.5 | 34.7 | 1.2 | | | | 21.5 | |
| 2 | 37 | 313 | 69 | 27 | | | | 22 | 468 |
| | 7.9 | 66.9 | 14.7 | 5.8 | | | | 4.7 | 26.3 |
| | 47.4 | 32.8 | 31.1 | 11.2 | | | | 20.6 | |
| 3 | 21 | 299 | 45 | 68 | | | 5 | 29 | 467 |
| | 4.5 | 64.0 | 9.6 | 14.6 | | | 1.1 | 6.2 | 26.2 |
| | 26.9 | 31.3 | 20.3 | 28.1 | | | 18.5 | 27.1 | |
| 4 | 9 | 124 | 16 | 92 | 4 | 19 | 10 | 13 | 287 |
| | 3.1 | 43.2 | 5.6 | 32.1 | 1.4 | 6.6 | 3.5 | 4.5 | 16.1 |
| | 11.5 | 13.0 | 7.2 | 38.0 | 13.8 | 15.8 | 37.0 | 12.1 | |
| 5 | 2 | 24 | 4 | 35 | 13 | 53 | 8 | 4 | 143 |
| | 1.4 | 16.8 | 2.8 | 24.5 | 9.1 | 37.1 | 5.6 | 2.8 | 8.0 |
| | 2.6 | 2.5 | 1.8 | 14.5 | 44.8 | 44.2 | 29.6 | 3.7 | |
| 6 | | | 1 | 13 | 8 | 37 | 4 | 2 | 65 |
| | | | 1.5 | 20.0 | 12.3 | 56.9 | 6.2 | 3.1 | 3.7 |
| | | | .5 | 5.4 | 27.6 | 30.8 | 14.8 | 1.9 | |
| 7 | | | | 4 | 3 | 11 | | 1 | 19 |
| | | | | 21.1 | 15.8 | 57.9 | | 5.3 | 1.1 |
| | | | | 1.7 | 10.3 | 9.2 | | .9 | |
| 8 | | | | | 1 | | | | 1 |
| | | | | | 100.0 | | | | .1 |
| | | | | | 3.4 | | | | |
| Column Total | 78 | 955 | 222 | 242 | 29 | 120 | 27 | 107 | 1780 |
| | 4.4 | 53.7 | 12.5 | 13.6 | 1.6 | 6.7 | 1.5 | 6.0 | 100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*CHX-combined or mixed headaches; CTH-chronic tension headache; ETH-episodic tension headache; MHX-migraine not fulfilling all criteria; MOA-migraine without aura; MWA-migraine with aura; OTH-other headaches; THX-tension headache not fulfilling all criteria*

Quadro III.5e - **Distribuição dos sintomas de enxaqueca com aura segundo os critérios dos NIH pelos subgrupos de diagnóstico da IHS**

MIGRAINE WITH AURA by IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Count<br>Row %<br>Col % | CTH | ETH | THX | CHX | MWA | MOA | MHX | OTH | Row total |
| Nº CRITERIA | | | | | | | | | |
| 0 | | 8 | 10 | | | | | 12 | 30 |
| | | 26.7 | 33.3 | | | | | 40.0 | 1.7 |
| | | .8 | 4.5 | | | | | 11.2 | |
| 1 | 7 | 168 | 69 | 2 | | | | 24 | 270 |
| | 2.6 | 62.2 | 25.6 | .7 | | | | 8.9 | 15.2 |
| | 9.0 | 17.6 | 31.1 | .8 | | | | 22.4 | |
| 2 | 35 | 264 | 65 | 22 | | | | 19 | 405 |
| | 8.6 | 65.2 | 16.0 | 5.4 | | | | 4.7 | 22.8 |
| | 44.9 | 27.6 | 29.3 | 9.1 | | | | 17.8 | |
| 3 | 18 | 303 | 46 | 56 | | | 4 | 27 | 454 |
| | 4.0 | 66.7 | 10.1 | 12.3 | | | .9 | 5.9 | 25.5 |
| | 23.1 | 31.7 | 20.7 | 23.1 | | | 14.8 | 25.2 | |
| 4 | 13 | 155 | 23 | 80 | | 18 | 8 | 15 | 312 |
| | 4.2 | 49.7 | 7.4 | 25.6 | | 5.8 | 2.6 | 4.8 | 17.5 |
| | 16.7 | 16.2 | 10.4 | 33.1 | | 15.0 | 29.6 | 14.0 | |
| 5 | 4 | 49 | 6 | 52 | 7 | 50 | 9 | 5 | 182 |
| | 2.2 | 26.9 | 3.3 | 28.6 | 3.8 | 27.5 | 4.9 | 2.7 | 10.2 |
| | 5.1 | 5.1 | 2.7 | 21.5 | 24.1 | 41.7 | 33.3 | 4.7 | |
| 6 | 1 | 8 | 2 | 17 | 11 | 32 | 5 | 2 | 78 |
| | 1.3 | 10.3 | 2.6 | 21.8 | 14.1 | 41.0 | 6.4 | 2.6 | 4.4 |
| | 1.3 | .8 | .9 | 7.0 | 37.9 | 26.7 | 18.5 | 1.9 | |
| 7 | | | 1 | 11 | 7 | 17 | 1 | 3 | 40 |
| | | | 2.5 | 27.5 | 17.5 | 42.5 | 2.5 | 7.5 | 2.2 |
| | | | .5 | 4.5 | 24.1 | 14.2 | 3.7 | 2.8 | |
| 8 | | | | 2 | 3 | 3 | | | 8 |
| | | | | 25.0 | 37.5 | 37.5 | | | .4 |
| | | | | .8 | 10.3 | 2.5 | | | |
| 9 | | | | | 1 | | | | 1 |
| | | | | | 100.0 | | | | .1 |
| | | | | | 3.4 | | | | |
| Column Total | 78<br>4.4 | 955<br>53.7 | 222<br>12.5 | 242<br>13.6 | 29<br>1.6 | 120<br>6.7 | 27<br>1.5 | 107<br>6.0 | 1780<br>100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*CHX-combined or mixed headaches; CTH-chronic tension headache; ETH-episodic tension headache; MHX-migraine not fulfilling all criteria; MOA-migraine without aura; MWA-migraine with aura; OTH-other headaches; THX-tension headache not fulfilling all criteria*

*Para o diagnóstico de cefaleias de tensão*

Em 99,7% dos indivíduos inquiridos estão presentes 4 ou mais dos sintomas habituais da cefaleia de tensão muscular (TH), segundo os oito critérios dos NIH: dor bilateral, em peso ou moedeira, moderada, sem (-) naúseas, vómitos, fotofobia, fonofobia e história familiar (quadro III.6a).

QuadroIII.6a - **Distribuição de sintomas de cefaleias de tensão, segundo os critérios dos NIH por subgrupos de diagnóstico da IHS**

TENSION-TYPE HEADACHES by IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Count / Row % / Col % | CTH | ETH | THX | CHX | MWA | MOA | MHX | OTH | Row Total |
| NIH CRITERIA | | | | | | | | | |
| BILATERAL | 62 | 763 | 175 | 154 | 14 | 42 | 16 | 72 | 1298 |
| | 4.8 | 58.8 | 13.5 | 11.9 | 1.1 | 3.2 | 1.2 | 5.5 | 72.9 |
| | 79.5 | 79.9 | 78.8 | 63.6 | 48.3 | 35.0 | 59.3 | 67.3 | |
| PRESSING OR TIGHTENING | 49 | 506 | 130 | 87 | 1 | 9 | 2 | 40 | 824 |
| | 5.9 | 61.4 | 15.8 | 10.6 | .1 | 1.1 | .2 | 4.9 | 46.2 |
| | 62.8 | 53.0 | 58.6 | 36.0 | 3.4 | 7.5 | 7.4 | 37.4 | |
| MILD OR MODERATE | 57 | 839 | 181 | 151 | 12 | 86 | 17 | 80 | 1423 |
| | 4.0 | 59.0 | 12.7 | 10.6 | .8 | 6.0 | 1.2 | 5.6 | 79.9 |
| | 73.0 | 87.8 | 81.5 | 62.4 | 41.3 | 71.6 | 62.9 | 74.8 | |
| NAUSEA (-) | 126 | 125 | 120 | 111 | 113 | 69 | 115 | 121 | 127 |
| | 99.2 | 98.4 | 94.5 | 87.4 | 89.0 | 45.7 | 80.6 | 95.3 | 7.1 |
| | 98.7 | 99.8 | 96.8 | 83.4 | 41.7 | 42.5 | 45.6 | 94.4 | |
| VOMITING (-) | 29 | 29 | 25 | 22 | 25 | 18 | 26 | 29 | 29 |
| | 100.0 | 100.0 | 82.2 | 75.9 | 86.2 | 62.1 | 89.7 | 100.0 | 1.6 |
| | 100.0 | 100.0 | 98.2 | 97.1 | 86.2 | 80.8 | 88.9 | 100.0 | |
| PHOTOPHOBIA (-) | 210 | 189 | 187 | 148 | 196 | 152 | 199 | 196 | 211 |
| | 99.5 | 89.6 | 88.6 | 70.1 | 92.9 | 72.0 | 94.3 | 92.9 | 11.8 |
| | 98.7 | 97.7 | 89.2 | 74.0 | 48.3 | 40.8 | 55.5 | 84.0 | |
| PHONOPHOBIA (-) | 249 | 193 | 230 | 200 | 243 | 212 | 249 | 244 | 260 |
| | 95.8 | 74.2 | 88.5 | 76.9 | 93.5 | 81.5 | 95.8 | 93.8 | 14.6 |
| | 85.9 | 93.0 | 86.5 | 75.2 | 41.4 | 60.0 | 59.3 | 85.0 | |
| FAMILY HIST.(-) | 4.6 | 52.1 | 14.3 | 12.1 | 1.2 | 7.5 | 1.5 | 6.7 | 48.6 |
| | 51.3 | 47.2 | 55.9 | 43.4 | 34.5 | 54.2 | 48.1 | 54.2 | |

*CHX-combined or mixed headaches; CTH-chronic tension headache; ETH-episodic tension headache; MHX-migraine not fulfilling all criteria; MOA-migraine without aura; MWA-migraine with aura; OTH-other headaches; THX-tension headache not fulfilling all criteria; (-) absence or negative*

Neste grupo estão incluídos todos os casos diagnosticados como cefaleias de tensão pela classificação da IHS, mas nenhum respondendo à totalidade dos critérios dos NIH acima referidos (quadro III.6b).

Neste estudo verificou-se que 88,1% dos inquiridos apresentam quatro ou mais dos nove sintomas habituais das cefaleias de tensão episódicas (ETH), isto é, os oito sintomas das cefaleias de tensão dos NIH (quadro III.6a) mais um para incluir o número de episódios por unidade de tempo (mês ou ano) que não estava contemplada nesta classificação. A distribuição respectiva apresenta-se no quadro III.6c.

Quadro III.6b - **Distribuição do número de critérios de diagnóstico de cefaleias de tensão dos NIH por grupos de diagnóstico da IHS**

TENSION HEADACHE by IHS DIAGNOSTIC GROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC GROUPS | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Count / Row % / Col % | TH | CHX | MH | OTH | Row total |
| Nº CRITERIA | | | | | |
| 3 | | 2 | 3 | 1 | 6 |
| | | 33.3 | 50.0 | 16.7 | .3 |
| | | .8 | 1.7 | .9 | |
| 4 | 13 | 15 | 82 | 13 | 123 |
| | 10.6 | 12.2 | 66.7 | 10.6 | 6.9 |
| | 1.0 | 6.2 | 46.6 | 12.1 | |
| 5 | 238 | 119 | 89 | 40 | 486 |
| | 49.0 | 24.5 | 18.3 | 8.2 | 27.3 |
| | 19.0 | 49.2 | 50.6 | 37.4 | |
| 6 | 499 | 87 | 2 | 35 | 623 |
| | 80.1 | 14.0 | .3 | 5.6 | 35.0 |
| | 39.8 | 36.0 | 1.1 | 32.7 | |
| 7 | 505 | 19 | | 18 | 542 |
| | 93.2 | 3.5 | | 3.3 | 30.4 |
| | 40.2 | 7.9 | | 16.8 | |
| Column Total | 1255 | 242 | 176 | 107 | 1780 |
| | 70.5 | 13.6 | 9.9 | 6.0 | 100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*CHX-Combined headaches; MH-Migraine headache; OTH-Other headaches; TH-Tension-type headaches*

Quadro III.6c - **Distribuição do número de critérios de diagnóstico de cefaleias de tensão episódicas dos NIH por subgrupos de diagnóstico da IHS**

EPISODIC TENSION HEADACHE by IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Count<br>Row %<br>Col % | CTH | ETH | THX | CHX | MWA | MOA | MHX | OTH | Row total |
| Nº CRITERIA | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | 2 | | | 2 |
| | | | | | | 100.0 | | | .1 |
| | | | | | | 1.7 | | | |
| 4 | | 1 | 1 | 9 | 10 | 25 | 6 | 7 | 59 |
| | | 1.7 | 1.7 | 15.3 | 16.9 | 42.4 | 10.2 | 11.9 | 3.3 |
| | | .1 | .5 | 3.7 | 34.5 | 20.8 | 22.2 | 6.5 | |
| 5 | 17 | 9 | 23 | 52 | 12 | 65 | 14 | 20 | 212 |
| | 8.0 | 4.2 | 10.8 | 24.5 | 5.7 | 30.7 | 6.6 | 9.4 | 11.9 |
| | 21.8 | .9 | 10.4 | 21.5 | 41.4 | 54.2 | 51.9 | 18.7 | |
| 6 | 33 | 160 | 48 | 89 | 7 | 28 | 5 | 36 | 406 |
| | 8.1 | 39.4 | 11.8 | 21.9 | 1.7 | 6.9 | 1.2 | 8.9 | 22.8 |
| | 42.3 | 16.8 | 21.6 | 36.8 | 24.1 | 23.3 | 18.5 | 33.6 | |
| 7 | 28 | 393 | 77 | 75 | | | 2 | 28 | 603 |
| | 4.6 | 65.2 | 12.8 | 12.4 | | | .3 | 4.6 | 33.9 |
| | 35.9 | 41.2 | 34.7 | 31.0 | | | 7.4 | 26.2 | |
| 8 | | 392 | 73 | 17 | | | | 16 | 498 |
| | | 78.7 | 14.7 | 3.4 | | | | 3.2 | 28.0 |
| | | 41.0 | 32.9 | 7.0 | | | | 15.0 | |
| Column Total | 78<br>4.4 | 955<br>53.7 | 222<br>12.5 | 242<br>13.6 | 29<br>1.6 | 120<br>6.7 | 27<br>1.5 | 107<br>6.0 | 1780<br>100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*CHX-combined or mixed headaches; CTH-chronic tension headache; ETH-episodic tension headache; MHX-migraine not fulfilling all criteria; MOA-migraine without aura; MWA-migraine with aura; OTH-other headaches; THX-tension headache not fulfilling all criteria*

Neste grupo está contida a totalidade dos casos diagnosticados como cefaleias de tensão episódicas pela classificação da IHS.

Para as cefaleias de tensão crónicas verificou-se que a totalidade dos critérios (como na cefaleia de tensão episódica com a diferença da periodicidade

das crises é agora diferente e maior) estavam presentes num número elevado de casos (119). Verificou-se, também, que com quatro ou mais critérios havia 1754 indivíduos e que a totalidade dos casos diagnosticados pela classificação da IHS cumprem seis ou mais critérios dos NIH (quadro III.6d).

Quadro III.6d - **Distribuição do número de critérios de diagnóstico de cefaleias tensão crónicas dos NIH por subgrupos de diagnóstico da IHS**

CHRONIC TENSION HEADACHE by IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Count / Row % / Col % | CTH | ETH | THX | CHX | MWA | MOA | MHX | OTH | Row total |
| Nº CRITERIA | | | | | | | | | |
| 3 | | | | 2 | | 3 | | 1 | 6 |
| | | | | 33.3 | | 50.0 | | 16.7 | .3 |
| | | | | .8 | | 2.5 | | .9 | |
| 4 | | 3 | 9 | 12 | 11 | 59 | 12 | 13 | 119 |
| | | 2.5 | 7.6 | 10.1 | 9.2 | 49.6 | 10.1 | 10.9 | 6.7 |
| | | .3 | 4.1 | 5.0 | 37.9 | 49.2 | 44.4 | 12.1 | |
| 5 | 3 | 161 | 51 | 111 | 18 | 58 | 13 | 35 | 450 |
| | .7 | 35.8 | 11.3 | 24.7 | 4.0 | 12.9 | 2.9 | 7.8 | 25.3 |
| | 3.8 | 16.9 | 23.0 | 45.9 | 62.1 | 48.3 | 48.1 | 32.7 | |
| 6 | 16 | 389 | 77 | 87 | | | 2 | 31 | 602 |
| | 2.7 | 64.6 | 12.8 | 14.5 | | | .3 | 5.1 | 33.8 |
| | 20.5 | 40.7 | 34.7 | 36.0 | | | 7.4 | 29.0 | |
| 7 | 32 | 398 | 79 | 29 | | | | 25 | 563 |
| | 5.7 | 70.7 | 14.0 | 5.2 | | | | 4.4 | 31.6 |
| | 41.0 | 41.7 | 35.6 | 12.0 | | | | 23.4 | |
| 8 | 27 | 4 | 6 | 1 | | | | 2 | 40 |
| | 67.5 | 10.0 | 15.0 | 2.5 | | | | 5.0 | 2.2 |
| | 34.6 | .4 | 2.7 | .4 | | | | 1.9 | . |
| Column Total | 78 | 955 | 222 | 242 | 29 | 120 | 27 | 107 | 1780 |
| | 4.4 | 53.7 | 12.5 | 13.6 | 1.6 | 6.7 | 1.5 | 6.0 | 100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*CHX-combined or mixed headaches; CTH-chronic tension headache; ETH-episodic tension headache; MHX-migraine not fulfilling all criteria; MOA-migraine without aura; MWA-migraine with aura; OTH-other headaches; THX-tension headache not fulfilling all criteria*

*Para o diagnóstico de cefaleias em salva*

Relativamente às cefaleias em salva (CH), os sintomas encontram-se também amplamente distribuidos nesta população, mas a associação mais específica é relativamente rara. A totalidade de critérios (quadro III.7a), em número de sete (cefaleia episódica, unilateral, orbitária, severa, lacrimejo, rinorreia e síndrome de Horner), só ocorreu num caso, isto é, em 0,05% da população com cefaleias e correspondeu ao único caso também diagnosticado pela classificação da IHS. Mas com um quadro clínico incompleto, isto é, com menos um critério, apareceram 3% dos indivíduos e neste grupo estava incluído o outro caso também identificado pelos critérios da classificação da IHS, embora também não obedecendo à totalidade dos critérios desta classificação (quadro III.7b).

### *Comparação das classificações NIH e IHS*

A aplicação de diferentes critérios de diagnóstico de cefaleias, os dos *National Institutes of Health* (NIH), dos EUA (Comissão *Ad Hoc* 1962) e os da *International Headache Society* (IHS) (1988), à mesma população, com base nos dados obtidos através da entrevista estruturada, conduziu à obtenção de resultados também diferentes. A análise comparativa dos resultados revelou o seguinte:

1. A ordem de distribuição dos principais grupos de diagnóstico é a mesma com as duas classificações, isto é, por ordem decrescente, a seguinte: cefaleias de tensão, cefaleias combinadas, ausência de cefaleias, enxaquecas e outras.
2. A distribuição proporcional dos diversos grupos é diferente. Assim, a proporção entre cefaleias de tipo tensão e enxaquecas é de 12,2/1 com os NIH e de 7,1/1 com a IHS, enquanto que a proporção entre enxaquecas e cefaleias sintomáticas é de 3,6/1 segundo a classificação dos NIH e de 1,6/1 segundo a classificação da IHS. Esta diferença de proporções resulta essencialmente da redução do número de diagnósticos de enxaqueca pela classificação dos NIH, mas à custa de uma grande aumento das cefaleias combinadas.

Quadro III.7a - **Distribuição dos sintomas de cefaleias em salva, segundo os critérios dos NIH, por subgrupos de diagnóstico da IHS**

CLUSTER HEADACHE by IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS

| Count / Row % / Col % | IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS | | | | | | | | Row total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SYMPTOMS | CTH | ETH | THX | CHX | MWA | MOA | MHX | OTH | |
| EPISODIC | 2 | 950 | 204 | 217 | 28 | 120 | 26 | 104 | 1451 |
| | .1 | 65.5 | 14.0 | 15.0 | 1.9 | 8.3 | 1.8 | 7.2 | 81.5 |
| | 2.6 | 99.5 | 91.9 | 89.7 | 96.6 | 100.0 | 96.8 | 97.2 | |
| UNILATERAL | 14 | 176 | 44 | 52 | 15 | 77 | 11 | 33 | 422 |
| | 6.5 | 83.3 | 20.9 | 24.8 | 7.1 | 36.4 | 5.2 | 15.7 | 23.7 |
| | 17.9 | 18.4 | 19.8 | 21.5 | 51.7 | 64.2 | 40.7 | 30.9 | |
| ORBITAL | 13 | 157 | 35 | 50 | 8 | 36 | 5 | 16 | 321 |
| | 4.0 | 48.9 | 10.9 | 15.6 | 2.5 | 11.2 | 1.6 | 5.0 | 18.0 |
| | 16.7 | 16.4 | 15.8 | 20.7 | 27.6 | 30.0 | 18.5 | 15.0 | |
| SEVERE | 11 | 84 | 23 | 38 | 13 | 26 | 6 | 19 | 220 |
| | 5.0 | 38.2 | 10.5 | 17.3 | 5.9 | 11.8 | 2.7 | 8.6 | 12.3 |
| | 14.1 | 8.8 | 10.4 | 15.7 | 44.8 | 21.7 | 22.2 | 17.8 | |
| TEARING | | | | | | | | 1 | 1 |
| | | | | | | | | 100.0 | .0 |
| | | | | | | | | 100.0 | |
| RHINORRHOEA | | | | | | | | 1 | 1 |
| | | | | | | | | 100.0 | .0 |
| | | | | | | | | 100.0 | |
| HORNER SYND. | | | | | | | | 1 | 1 |
| | | | | | | | | 100.0 | .0 |
| | | | | | | | | 100.0 | |

*CHX-combined or mixed headaches; CTH-chronic tension headache; ETH-episodic tension headache; MHX-migraine not fulfilling all criteria; MOA-migraine without aura; MWA-migraine with aura; OTH-other headaches; THX-tension headache not fulfilling all criteria*

3. O aumento do número de cefaleias combinadas com o diagnóstico NIH parece traduzir uma menor especificidade desta classificação para o diagnóstico de enxaquecas, de cefaleias de tensão e de outras cefaleias, nomeadamente as sintomáticas.
4. A taxa de concordância (*agreement rate*) do diagnóstico positivo ou negativo é, no entanto, elevada (85,76 para as cefaleias de tensão, 94,89 para a enxaqueca, 86,85 para as cefaleias combinadas, 94,22 para as

Quadro III.7b - **Distribuição do número de critérios de diagnóstico NIH para as cefaleias em salva por subgrupos de diagnóstico da IHS**

CLUSTER HEADACHE by IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS

| Count / Row % / Col % | IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº CRITERIA | CTH | ETH | THX | CHX | MWA | MOA | MHX | OTH | Row total |
| 1 | 9 | 2 | 4 | | | | | 1 | 16 |
| | 56.3 | 12.5 | 25.0 | | | | | 6.3 | .9 |
| | 11.5 | .2 | 1.8 | | | | | .9 | |
| 2 | 21 | 61 | 27 | 18 | | 1 | 1 | 20 | 149 |
| | 14.1 | 40.9 | 18.1 | 12.1 | | .7 | .7 | 13.4 | 8.4 |
| | 26.9 | 6.4 | 12.2 | 7.4 | | .8 | 3.7 | 18.7 | |
| 3 | 29 | 298 | 87 | 75 | 3 | 19 | 5 | 35 | 551 |
| | 5.3 | 54.1 | 15.8 | 13.6 | .5 | 3.4 | .9 | 6.4 | 31.0 |
| | 37.2 | 31.2 | 39.2 | 31.0 | 10.3 | 15.8 | 18.5 | 32.7 | |
| 4 | 15 | 381 | 80 | 81 | 14 | 62 | 12 | 34 | 679 |
| | 2.2 | 56.1 | 11.8 | 11.9 | 2.1 | 9.1 | 1.8 | 5.0 | 38.1 |
| | 19.2 | 39.9 | 36.0 | 33.5 | 48.3 | 51.7 | 44.4 | 31.8 | |
| 5 | 4 | 185 | 21 | 57 | 10 | 32 | 7 | 15 | 331 |
| | 1.2 | 55.9 | 6.3 | 17.2 | 3.0 | 9.7 | 2.1 | 4.5 | 18.6 |
| | 5.1 | 19.4 | 9.5 | 23.6 | 34.5 | 26.7 | 25.9 | 14.0 | |
| 6 | | 28 | 3 | 10 | 2 | 6 | 2 | 2 | 53 |
| | | 52.8 | 5.7 | 18.9 | 3.8 | 11.3 | 3.8 | 3.8 | 3.0 |
| | | 2.9 | 1.4 | 4.1 | 6.9 | 5.0 | 7.4 | 1.9 | |
| 7 | | | 1 | | | | | | 1 |
| | | | 100.0 | | | | | | .1 |
| | | | .4 | | | | | | |
| Column Total | 78 | 955 | 222 | 242 | 29 | 120 | 27 | 107 | 1780 |
| | 4.4 | 53.7 | 12.5 | 13.6 | 1.6 | 6.7 | 1.5 | 6.0 | 100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*CHX-combined or mixed headaches; CTH-chronic tension headache; ETH-episodic tension headache; MHX-migraine not fulfilling all criteria; MOA-migraine without aura; MWA-migraine with aura; OTH-other headaches; THX-tension headache not fulfilling all criteria*

outras formas de cefaleias), embora as respectivas taxas corrigidas (Kappa) sejam menores —respectivamente, 70,42, 59,77, 57,83 e 11,53 —, sendo a concordância global NIH/HIS de 56,72 e, portanto, aceitável, embora não muito satisfatória (quadro III.8). Daqui se pode concluir que as diferenças entre as duas classificações embora existam não são, contudo, muito acentuadas.

Quadro III.8 - **Comparação das classificações dos NIH e da IHS**

IHS by NIH CLASSIFICATION

| IHS | Count | NIH TH | CHX | MH | OTH | XNO | Row total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | TH | 1061 | 175 | 4 | 15 | | 1255 |
| | | | | | | | 62.5 |
| | CHX | | 242 | | | | 242 |
| | | | | | | | 12.1 |
| | MH | 14 | 75 | 84 | 3 | | 176 |
| | | | | | | | 8.8 |
| | OTH | 78 | 14 | 6 | 9 | | 107 |
| | | | | | | | 5.3 |
| | XNO | | | | | 228 | 228 |
| | | | | | | | 11.4 |
| | Column | 1153 | 506 | 94 | 27 | 228 | 2008 |
| | Total | 57.4 | 25.2 | 4.7 | 1.3 | 11.4 | 100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*CHX-Combined headaches; MH-Migraine headache; OTH-Other headaches; TH-Tension-type headaches;XNO-Without headaches*

### *Segundo outros critérios de diagnóstico*

Através dos tempos, têm sido utilizados diversos critérios para o diagnóstico de cefaleias primárias, particularmente na investigação clínica e epidemiológica. Entre eles destacam-se os critérios usados por alguns investigadores que pelas suas características e simplicidade ficaram na memória colectiva e são utilizados frequentemente como referência. São exemplo os critérios de diagnóstico enunciados por Vahlquist em 1955 para o diagnóstico de enxaqueca já referidos na metodologia.

*Para a enxaqueca*

A aplicação dos critérios de diagnóstico de enxaqueca de Vahlquist à população que estudámos revelou-se-nos como um interessante exercício de

análise comparativa dos dados obtidos por este meio com os obtidos através da classificação mais recente da *International Headache Society* (IHS) (1988). Os critérios de diagnóstico de enxaqueca de Valquist são os seguintes: cefaleias paroxísticas com pelo menos dois dos seguintes aspectos: (1) dor unilateral, (2) naúseas, (3) escotoma, (4) história familiar. A sua distribuição na população estudada está resumida no quadro III.9a.

Segundo Vahlquist, são necessários pelo menos três destes critérios para o diagnóstico de enxaqueca, o que significa que na população estudada haverá, no máximo, 396 casos de enxaqueca ou seja 22,3% da população inquirida com cefaleias (quadro III.9b). Destes, apenas cinco (0,3%) respondem à totalidade dos cinco critérios, e 54 (3,1%) cumprem todos menos um, isto é, quatro critérios (quadro III.9b). Mas, nem todos os casos de enxaqueca diagnosticados pela IHS

Quadro III.9a - **Distribuição dos critérios de Vahlquist por grupos de diagnóstico da IHS**

| | IHS DIAGNOSTIC GROUPS | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Count<br>Row %<br>Col % | TH | CHX | MH | OTH | Row total |
| VALQUIST CRITERIA | | | | | |
| UNILATERAL | 234 | 52 | 103 | 33 | 422 |
| | 55.5 | 12.3 | 24.4 | 7.8 | 23.7 |
| | 18.7 | 21.5 | 58.5 | 30.9 | |
| NAUSEA | 10 | 16 | 95 | 6 | 127 |
| | 7.9 | 12.6 | 74.8 | 4.7 | 7.1 |
| | .8 | 6.6 | 54.0 | 5.6 | |
| BLURRED VISION/ SCOTOMA | 172 | 67 | 35 | 8 | 282 |
| | 61.0 | 23.8 | 12.4 | 3.1 | 15.8 |
| | 13.7 | 27.7 | 19.9 | 7.5 | |
| SCINTILLATIONS | 53 | 36 | 19 | 6 | 114 |
| | 46.5 | 31.6 | 16.7 | 5.2 | 6.4 |
| | 4.2 | 14.9 | 10.8 | 5.6 | |
| FAMILY HISTORY + | 630 | 136 | 87 | 45 | 898 |
| | 70.2 | 15.1 | 9.7 | 5.0 | 50.4 |
| | 50.2 | 56.2 | 49.4 | 42.1 | |

*CHX-Combined headaches; MH-Migraine headache; OTH-Other headaches; TH-Tension-type headaches*

Quadro III.9b - **Distribuição do número de critérios de Vahlquist por grupos de diagnóstico da IHS**

| | | IHS DIAGNOSTIC GROUPS | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| VAHLQUIST CRIT. | Count / Row % / Col % | TH | CHX | MH | OTH | Row total |
| 0 | | 90 | 6 | | 13 | 109 |
| | | 82.6 | 5.5 | | 11.9 | 6.1 |
| | | 7.2 | 2.5 | | 12.1 | |
| 1 | | 478 | 64 | 14 | 45 | 601 |
| | | 79.5 | 10.7 | 2.3 | 7.5 | 33.7 |
| | | 38.1 | 26.4 | 8.0 | 42.0 | |
| 2 | | 492 | 102 | 43 | 37 | 674 |
| | | 73.0 | 15.1 | 6.4 | 5.5 | 37.8 |
| | | 39.2 | 42.2 | 24.4 | 34.6 | |
| 3 | | 181 | 58 | 89 | 9 | 337 |
| | | 53.7 | 17.2 | 26.4 | 2.7 | 18.9 |
| | | 14.4 | 24.0 | 50.6 | 8.4 | |
| 4 | | 13 | 12 | 26 | 3 | 54 |
| | | 24.1 | 22.2 | 48.2 | 5.5 | 3.1 |
| | | 1.0 | 5.0 | 14.8 | 2.8 | |
| 5 | | 1 | | 4 | | 5 |
| | | 20.0 | | 80.0 | | .3 |
| | | .1 | | 2.3 | | |
| | Column Total | 1255 | 242 | 176 | 107 | 1780 |
| | | 70.5 | 13.6 | 9.9 | 6.0 | 100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*CHX-Combined headaches; MH-Migraine headache; OTH-Other headaches; TH-Tension-type headaches*

cumprem pelo menos 3 dos critérios de Vahlquist (quadro III.9b), o que mostra que as duas classificações identificam populações só parcialmente sobreponíveis, como se pode verificar pela análise do quadro III.9c.

Para avaliar a taxa de concordância corrigida (Kappa) entre as duas classificações procedemos, então, à análise comparativa dos casos de enxaqueca diagnosticados pelos critérios de Vahlquist com os casos diagnosticados pelos critérios da IHS (quadro III.9c). Verificamos que há uma concordância global de 67,0% e uma concordância de 75,9% para a enxaqueca com aura, de 67,5% para a enxaqueca sem aura e de 55,6% para as formas de enxaqueca não preenchendo todos os critérios de diagnóstico (quadro III.9d).

Quadro III.9c - **Distribuição dos diagnósticos de enxaqueca segundo Vahlquist por subgrupos de diagnóstico da IHS**

VAHLQUIST by IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS

| Count / Row % / Col % | IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS | | | | | | | | Row |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VAHLQUIST | CTH | ETH | THX | CHX | MWA | MOA | MHX | OTH | total |
| NO | 78 | 786 | 202 | 176 | 7 | 39 | 12 | 96 | 1396 |
| | 5.6 | 56.3 | 14.5 | 12.6 | .5 | 2.8 | .9 | 6.9 | 78.4 |
| | 100.0 | 82.3 | 91.0 | 72.7 | 24.1 | 32.5 | 44.4 | 89.7 | |
| YES | | 169 | 20 | 66 | 22 | 81 | 15 | 11 | 384 |
| | | 44.0 | 5.2 | 17.2 | 5.7 | 21.1 | 3.9 | 2.9 | 21.6 |
| | | 17.7 | 9.0 | 27.3 | 75.9 | 67.5 | 55.6 | 10.3 | |
| Column Total | 78 | 955 | 222 | 242 | 29 | 120 | 27 | 107 | 1780 |
| | 4.4 | 53.7 | 12.5 | 13.6 | 1.6 | 6.7 | 1.5 | 6.0 | 100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*CHX-combined or mixed headaches; CTH-chronic tension headache; ETH-episodic tension headache; MHX-migraine not fulfilling all criteria; MOA-migraine without aura; MWA-migraine with aura; OTH-other headaches; THX-tension headache not fulfilling all criteria*

O resultado da comparação dos diagnósticos de enxaqueca na população em estudo usando os critérios de Vahlquist e da IHS estão resumidos no quadro III.9d. Conclui-se, que embora haja diferenças entre os dois critérios de diagnóstico, há também uma grande margem de concordância (Kappa=67,0%) e que a percentagem total de enxaquecas diagnosticadas por cada um dos métodos, na mesma população, é muito semelhante (21,6% segundo os critérios de Vahlquist e 22,4% segundo os da IHS) (quadro III.9d). Há 180 indivíduos que são diagnosticados por ambas as classificações como sofrendo de enxaqueca, que são muito provavelmente as apresentações mais típicas e que correspondem a 10,1% do total de cefaleias, um valor muito semelhante ao valor obtido com a classificação da IHS para formas puras de enxaqueca na população com cefaleias (9,9%).

Quadro III.9d - **Comparação dos diagnósticos de enxaqueca segundo os critérios de Vahlquist e IHS**

VAHLQUIST by MIGRAINE IHS

| | | MIGRAINE IHS | | |
|---|---|---|---|---|
| | Count<br>Row %<br>Col % | NO | YES | Row total |
| VAHLQUIST | NO | 1178 | 218 | 1396 |
| | | 84.4 | 15.6 | 78.4 |
| | | 85.2 | 54.8 | |
| | YES | 204 | 180 | 384 |
| | | 53.1 | 46.9 | 21.6 |
| | | 14.8 | 45.2 | |
| | Column | 1382 | 398 | 1780 |
| | Total | 77.6 | 22.4 | 100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*A.R=76.29 (agreement rate)*

*Para as cefaleias cervicogénicas*

As cefaleias cervicogénicas não fazem parte, como entidades distintas, nem da classificação da Comissão *Ad Hoc* dos NIH (1962), porque só foram descritas pela primeira vez em 1983 por Sjaastad e col., como foi referido na metodologia. Também não figuram na mais recente classificação da IHS (1988) porque foram, então, consideradas como não estando suficientemente validadas como entidades clínicas. A distribuição na população em estudo dos critérios propostos por Sjaastad e col. para o diagnóstico de cefaleias cervicogénicas, numa versão simplificada e operacional (quadro III.10a), revelou que só 17 casos apresentavam a totalidade dos seis critérios propostos (quadro III.10a): dor unilateral, sem alternância de lado, com início no pescoço, nuca ou região occipital, moderada ou severa, despertada por posturas sustentadas da cabeça, ocorrendo preferencialmente em indivíduos com história prévia de traumatismo craniano ou cervical. Outros 65 indivíduos apresentavam formas de cefaleias com cinco

Quadro III.10a - **Distribuição dos sintomas de cefaleias cervicogénicas**

CERVICOGENIC HEADACHE by IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Count / Row % / Col % | CTH | ETH | THX | CHX | MWA | MOA | MHX | OTH | Row total |
| SYMPTOMS | | | | | | | | | |
| UNILATERAL | 14 | 176 | 44 | 52 | 15 | 77 | 11 | 33 | 422 |
| | 6.5 | 83.3 | 20.9 | 24.8 | 7.1 | 36.4 | 5.2 | 15.7 | 23.7 |
| | 17.9 | 18.4 | 19.8 | 21.5 | 51.7 | 64.2 | 40.7 | 30.9 | |
| NO | 12 | 127 | 32 | 38 | 10 | 41 | 8 | 30 | 298 |
| SIDE SHIFTING | 4.0 | 42.6 | 10.7 | 12.8 | 3.4 | 13.8 | 2.7 | 10.1 | 16.7 |
| | 15.4 | 13.3 | 14.4 | 15.7 | 34.5 | 34.2 | 29.6 | 28.0 | |
| OCCIPITAL OR | 24 | 190 | 37 | 68 | 3 | 13 | 3 | 18 | 356 |
| NECK ONSET | 6.7 | 53.4 | 10.4 | 19.1 | .8 | 3.7 | .8 | 5.1 | 20.0 |
| | 30.7 | 19.9 | 16.8 | 28.1 | 10.3 | 10.8 | 11.1 | 16.8 | |
| MODERATE OR | 25 | 342 | 63 | 101 | 20 | 78 | 17 | 36 | 682 |
| SEVERE | 3.7 | 50.1 | 9.2 | 14.8 | 2.9 | 11.4 | 2.5 | 5.3 | 38.3 |
| | 32.0 | 35.8 | 28.4 | 41.7 | 68.9 | 65.0 | 62.9 | 33.7 | |
| PRECIPITATED | 12 | 89 | 16 | 40 | 4 | 9 | 3 | 5 | 178 |
| BY SUSTAINED | 6.7 | 50.0 | 9.0 | 22.5 | 2.2 | 5.1 | 1.7 | 2.8 | 10.0 |
| HEAD POSTURE | 15.4 | 9.3 | 7.2 | 16.5 | 13.8 | 7.5 | 11.1 | 4.7 | |
| HISTORY OF | 25 | 169 | 27 | 46 | 7 | 32 | 7 | 26 | 339 |
| HEAD OR NECK | 7.4 | 49.9 | 7.8 | 13.6 | 2.1 | 9.5 | 2.1 | 7.7 | 19.0 |
| TRAUMA | 32.0 | 17.7 | 12.2 | 19.0 | 24.1 | 26.7 | 25.9 | 24.3 | |

*CHX-combined or mixed headaches; CTH-chronic tension headache; ETH-episodic tension headache; MHX-migraine not fulfilling all criteria; MOA-migraine without aura; MWA-migraine with aura; OTH-other headaches; THX-tension headache not fulfilling all criteria*

dos critérios das cefaleias cervicogénicas (eventuais formas atípicas). Os 17 casos diagnosticados de cefaleias de origem cervical através da classificação da IHS estão todos incluídos no grupo de 82 indivíduos com cinco ou mais critérios, correspondendo a 4,6% da população com cefaleias (quadro III.10b). O valor obtido com os critérios de Sjaastad é substancialmente mais amplo do que o obtido usando os critérios da IHS para as cefaleias de origem na coluna cervical,

Quadro III.10b - **Distribuição do número de critérios de diagnóstico de cefaleias cervicogénicas por subgrupos de diagnóstico**

CERVICOGENIC HEADACHE by IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS

| Count / Row % / Col % | IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS | | | | | | | | Row |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº CRITERIA | CTH | ETH | THX | CHX | MWA | MOA | MHX | OTH | total |
| 1 | 10 | 202 | 48 | 42 | 7 | 26 | 9 | 22 | 366 |
| | 2.7 | 55.2 | 13.1 | 11.5 | 1.9 | 7.1 | 2.5 | 6.0 | 20.6 |
| | 12.8 | 21.2 | 21.6 | 17.4 | 24.1 | 21.7 | 33.3 | 20.6 | |
| 2 | 31 | 381 | 95 | 66 | 11 | 39 | 6 | 43 | 672 |
| | 4.6 | 56.7 | 14.1 | 9.8 | 1.6 | 5.8 | .9 | 6.4 | 37.8 |
| | 39.7 | 39.9 | 42.8 | 27.3 | 37.9 | 32.5 | 22.2 | 40.2 | |
| 3 | 26 | 226 | 48 | 85 | 7 | 32 | 5 | 23 | 452 |
| | 5.8 | 50.0 | 10.6 | 18.8 | 1.5 | 7.1 | 1.1 | 5.1 | 25.4 |
| | 33.3 | 23.7 | 21.6 | 35.1 | 24.1 | 26.7 | 18.5 | 21.5 | |
| 4 | 7 | 104 | 23 | 37 | 4 | 14 | 6 | 13 | 208 |
| | 3.4 | 50.0 | 11.1 | 17.8 | 1.9 | 6.7 | 2.9 | 6.3 | 11.7 |
| | 9.0 | 10.9 | 10.4 | 15.3 | 13.8 | 11.7 | 22.2 | 12.1 | |
| 5 | 4 | 34 | 6 | 9 | | 8 | 1 | 3 | 65 |
| | 6.2 | 52.3 | 9.2 | 13.8 | | 12.3 | 1.5 | 4.6 | 3.7 |
| | 5.1 | 3.6 | 2.7 | 3.7 | | 6.7 | 3.7 | 2.8 | |
| 6 | | 8 | 2 | 3 | | 1 | | 3 | 17 |
| | | 47.1 | 11.8 | 17.6 | | 5.9 | | 17.6 | 1.0 |
| | | .8 | .9 | 1.2 | | .8 | | 2.8 | |
| Column | 78 | 955 | 222 | 242 | 29 | 120 | 27 | 107 | 1780 |
| Total | 4.4 | 53.7 | 12.5 | 13.6 | 1.6 | 6.7 | 1.5 | 6.0 | 100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*CHX-combined or mixed headaches; CTH-chronic tension headache; ETH-episodic tension headache; MHX-migraine not fulfilling all criteria; MOA-migraine without aura; MWA-migraine with aura; OTH-other headaches; THX-tension headache not fulfilling all criteria*

o que, no caso de corresponderem efectivamente a cefaleias cervicogénicas, colocará este síndrome em terceiro lugar na escala de prevalências de cefaleias nesta população geral. No entanto, esse diagnóstico só poderá ser confirmado através do exame clínico e eventual prova de bloqueio anestésico.

### *Segundo outras modalidades de análise*

Numa tentativa de aperfeiçoar o diagnóstico procedeu-se ao estudo de outros métodos de classificação com base na análise por agrupamentos e na regressão logística a seguir descriminadas.

*Método de análise por agrupamentos*

Pelo método de análise por agrupamentos (*cluster analysis*) identificaram-se as seguintes variáveis (sinais ou factores associados): unilateralidade, pulsatilidade, severidade, duração, frequência, visão enevoada, náuseas, fonofobia, fotofobia, osmofobia, zumbidos ou vertigens, fraqueza muscular ou falta de forças, exercício físico e menstruação. Com o agrupamento destas variáveis foram delineados dois grandes grupos de indivíduos (*clusters*). Esses grupos são caracterizados, respectivamente, por: grupo 1 - cefaleia pulsátil, unilateral, moderada a severa, com foto, fono ou osmofobia, náuseas e tonturas ou vertigens, duração superior a quatro horas, pouco frequentes e agravada pela menstruação; grupo 2 - cefaleia não pulsátil, bilateral, leve, duração inferior a quatro horas, frequência elevada e agravada pelos esforços físicos.

Os grupos assim definidos identificam-se, grosso modo, com a enxaqueca (grupo *1*, com 110 indivíduos) e com as cefaleias de tensão (grupo *2*, com 1670 indivíduos) (quadro III.11a).

O resultado da análise comparativa destes grupos com os grupos de diagnóstico da IHS está resumido no quadro III.11b. Verifica-se uma concordância de 38,2% para a enxaqueca e de 73,5% para as cefaleias de tensão. Isto mostra que, estes grupos não são inteiramente sobreponíveis.

Por este método verificou-se que: (1) a população com cefaleias de tensão é bastante homogénea dado que 97,8% estão incluídos no grupo 2; (2) a população com cefaleias mistas se apresenta repartida pelos dois grupos traduzindo um carácter misto (enxaqueca e tensão mas com predomínio da tensão); (3) a população com enxaqueca é mais heterogénea estando também repartida pelos dois grupos (23,9% no grupo 1 e 76,1% no grupo 2), o que pode significar que a enxaqueca é um síndrome englobando diferentes entidades, que ainda está insuficientemente definido pelos critérios da IHS que não serão, portanto, os

Quadro III.11a. **Número de casos em cada agrupamento (*cluster*)**

*Number of Cases in each Cluster*

| Cluster | unweighted cases | weighted cases |
|---|---|---|
| 1 | 110 | 110 |
| 2 | 1670 | 1670 |
| Missing | 0 | |
| *Total* | *1780* | *1780* |

Quadro III.11b. **Comparação dos grupos com a IHS**

CLUSTER GROUPS by IHS DIAGNOSTIC GROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC GROUPS | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Count / Row % / Col % | TH | CHX | MH | OTH | Row total |
| CLUSTER GROUPS | | | | | |
| 1 | 27 | 38 | 42 | 3 | 110 |
| | 24.5 | 34.5 | 38.2 | 2.7 | 6.2 |
| | 2.2 | 15.7 | 23.9 | 2.8 | |
| 2 | 1228 | 204 | 134 | 104 | 1670 |
| | 73.5 | 12.2 | 8.0 | 6.2 | 93.8 |
| | 97.8 | 84.3 | 76.1 | 97.2 | |
| Column Total | 1255 | 242 | 176 | 107 | 1780 |
| | 70.5 | 13.6 | 9.9 | 6.0 | 100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*CHX-Combined headaches; MH-Migraine headache; TH-Tension-type headaches; OTH-Other headaches*

mais adequados, necessitando de ser revistos oportunamente.

Os resultados obtidos com este método de análise necessitam, no entanto, de ser confrontados com os dados da observação clínica para saber se permitem melhorar a capacidade de diagnóstico diferencial entre a enxaqueca e as cefaleias de tensão.

*Método de regressão logística*

Pelo método de regressão logística aplicado à população estudada elaborou-se um *score* variando de zero a 11 pontos, com a seguinte distribuição: unilateral=1, pulsátil=1, agravada pelo exercício=1, severa=1 e moderada=0,5, náusea=3, fotofobia=2, fonofobia=1, duração superior a 4 horas=0,5, frequência de < de 120 por ano=0,5. Por este método verificou-se que outras características das cefaleias como a alternância de lado, a osmofobia, alguns factores precipitantes como o álcool, certos alimentos e a menstruação e ainda a história familiar, entre outros, não revelaram importância estatística na discriminação das cefaleias. A aplicação desta pontuação aos dados da população estudada permitiu obter para cada caso uma pontuação total (*score*). A posterior análise da distribuição dessa pontuação pelos grupos de diagnóstico obtidos com a classificação da IHS revelou que *scores* de 0 a 4 correspondiam às cefaleias de tensão, de 6 a 11 correspondiam a enxaquecas e que *scores* de 4,5 a 5,5 correspondiam a cefaleias combinadas (Quadro III.12). Por este método verificou-se ainda que a introdução de níveis de graduação para a severidade (0 - nenhuma, I - leve, II - moderada e III- severa) e para a frequência (nunca, raras vezes, muitas vezes, sempre) poderá permitir melhorar o poder descriminativo conferido pelo uso deste *score* que apresenta uma concordância de 92% com o diagnóstico obtido com a classificação da IHS. A aplicação deste *score* à população submetida a observação clínica revelou uma maior sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de enxaqueca e cefaleia de tensão do que a classificação da IHS, o que demonstra que será possível melhorar esta classificação se lhe forem introduzidas as alterações sugeridas por este estudo.

## Incidência e prevalência

Pelo método de estudo utilizado, um corte transversal da população, não é fácil quantificar a incidência de cefaleias, isto é, a ocorrência de novos casos de cefaleias por unidade de tempo porque, na maior parte dos casos, os doentes não memorizam as datas exactas de início das cefaleias, particularmente se são cefaleias episódicas frequentes ou crónicas de longa data.

Outra forma de avaliar a incidência, embora indirecta, é através do último

Quadro III.12 - **Distribuição do *score* por grupos de diagnóstico**

SCORE by IHS DIAGNOSTIC GROUPS

| SCORE | Count / Row % / Col % | IHS DIAGNOSTIC GROUPS TH | CHX | MH | OTH | XNO | Row total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0.0-2.0 | | 61 | 19 | 1 | 9 | 29 | 119 |
| | | 51.3 | 16.0 | .8 | 7.6 | 24.4 | 58.0 |
| | | 63.5 | 47.5 | 3.8 | 64.3 | 100.0 | |
| 2.5-4.0 | | 25 | 8 | 10 | 4 | | 47 |
| | | 53.2 | 17.0 | 21.3 | 8.5 | | 22.9 |
| | | 26.0 | 20.0 | 38.5 | 28.6 | | |
| 4.5-5.5 | | 9 | 7 | 10 | | | 26 |
| | | 34.6 | 26.9 | 38.5 | | | 12.7 |
| | | 9.4 | 17.5 | 38.5 | | | |
| 6.0+ | | 1 | 6 | 5 | 1 | | 13 |
| | | 7.7 | 46.2 | 38.5 | 7.7 | | 6.3 |
| | | 1.0 | 15.0 | 19.2 | 7.1 | | |
| Column Total | | 96 | 40 | 26 | 14 | 29 | 205 |
| | | 46.8 | 19.5 | 12.7 | 6.8 | 14.1 | 100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*CHX-Combined headaches; MH-Migraine headache; TH-Tension-type headaches; OTH-Other headaches; XNO-Without headaches*

episódio que será mais facilmente referenciado a uma data precisa. A análise da ocorrência da última crise nesta população, resumida no quadro III.13a, revelou que esta ocorreu no próprio dia do inquérito em 23,3% dos inquiridos, no espaço de uma semana antes do inquérito em 51,8%, no espaço de um mês em 70,2% e no espaço de um ano em 85,7%. Estes valores correspondem a taxas de incidência de última crise e também às prevalências dos síndromes cefalálgicos nos períodos correspondentes.

Da mesma forma, é possível calcular a incidência cumulativa de cefaleias ao longo da vida dos cidadãos inquiridos que é igual à taxa de prevalência de cefaleias ao longo da vida (*life-time prevalence*). O valor encontrado nesta população foi de 88,6% (1780/2008) (quadro III.13b) e só 228 pessoas (11,4%) referiram nunca ter tido cefaleias em toda a sua vida. Com base nos mesmos critérios calculou-se que a prevalência anual foi de 85,7%, a mensal de 70,3%, a semanal de 51,8% e a diária ou pontual de 23,3%.

Quadro III.13a - **População inquirida: ocorrência da última crise**

| ATTACK | | | OCCURRENCE | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *Nº* | *A/M* | *%* | *DAY* | *%* | *WEEK* | *%* | *MONTH* | *%* | *YEAR* | *%* | *TOTAL* | *%(T)* |
| | 229 | 11.40 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 229 | 11.40 |
| 1 | 2 | 0.10 | 468 | 23.31 | 292 | 14.54 | 224 | 11.16 | 98 | 4.88 | 1084 | 53.98 |
| 2 | 0 | 0.00 | 114 | 5.68 | 112 | 5.58 | 86 | 4.28 | 27 | 1.34 | 339 | 16.88 |
| 3 | 0 | 0.00 | 70 | 3.49 | 32 | 1.59 | 51 | 2.54 | 5 | 0.25 | 158 | 7.87 |
| 4 | 0 | 0.00 | 29 | 1.44 | 1 | 0.05 | 20 | 1.00 | 6 | 0.30 | 56 | 2.79 |
| 5 | 0 | 0.00 | 31 | 1.54 | 1 | 0.05 | 10 | 0.50 | 3 | 0.15 | 45 | 2.24 |
| 6 | 0 | 0.00 | 10 | 0.50 | 2 | 0.10 | 33 | 1.64 | 2 | 0.10 | 47 | 2.34 |
| 7 | 0 | 0.00 | 4 | 0.20 | 0 | 0.00 | 4 | 0.20 | 4 | 0.20 | 12 | 0.60 |
| 8 | 0 | 0.00 | 23 | 1.15 | 0 | 0.00 | 6 | 0.30 | 9 | 0.45 | 38 | 1.89 |
| T | 231 | 11.50 | 749 | 37.30 | 440 | 21.91 | 434 | 21.61 | 154 | 7.67 | 2008 | 100.00 |

*A/M - Absent or missing cases*

A análise da prevalência durante a vida por sexo mostrou que as cefaleias predominam no sexo feminino (F:M=92,37%:82,76%) enquanto que os indivíduos sem cefaleias predominam no sexo masculino (M/F=17,24%:7,55%), o que é uma diferença estatisticamente muito significativa ($\chi^2$= 752,378; GL= 32; p<0,0001) (quadro III.13c). Enquanto que a prevalência anual por sexo foi de F/M=89,91%/79,22%, a mensal foi de F/M=67,44%/46,14%, a semanal F/M=60,05%/39,17% e a diária ou pontual foi de F/M=28,63%/15,08%.

Quadro III.13b - **População inquirida: prevalência de cefaleias**

ACCUMULATED HEADACHE INCIDENCE OR LIFE-TIME PREVALENCE

| *Value label* | *Value* | *Frequency* | *%* | *Valid %* | *Cum %* |
|---|---|---|---|---|---|
| YES | 1 | 1780 | 88.6 | 88.6 | 88.6 |
| NO | 2 | 228 | 11.4 | 11.4 | 100.0 |
| | **Total** | **2008** | **100.0** | **100.0** | |

Valid cases 2008 Missing cases 0

Quadro III.13c-**População inquirida: cefaleias por sexo**

| *SEX* | *HEADACHES* | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | *YES* | *%* | *NO* | *%* | *T* | *%(R)* |
| MALE | 653 | 87.26 | 136 | 17.24 | 789 | 100.00 |
| FEMALE | 1127 | 92.45 | 92 | 7.55 | 1219 | 100.00 |
| TOTAL | 1780 | 88.65 | 228 | 11.35 | 2008 | 100.00 |

O cálculo da prevalência de cefaleias por idade e por sexo revelou que há um predomínio de cefaleias no sexo masculino na primeira e segunda décadas e um predomínio no sexo feminino até à oitava década. A partir da nona década volta a haver um predomínio do sexo masculino, o que sugere fortemente uma influência de factores hormonais na origem desta assimetria (quadro III.13d e figuras 8a e 8b).

Quadro III.13d - **População inquirida: cefaleias por idade e sexo**

| *AGE* | *HEADACHES* | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *GROUPS* | *MALE* | | | | *FEMALE* | | | |
| | *YES* | *%* | *NO* | *%* | *YES* | *%* | *NO* | *%* |
| 00-09 | 40 | 52.6 | 36 | 47.4 | 39 | 53.4 | 34 | 46.6 |
| 10-19 | 159 | 84.6 | 29 | 15.4 | 178 | 91.8 | 16 | 8.2 |
| 20-29 | 125 | 92.6 | 10 | 7.4 | 151 | 96.8 | 5 | 3.2 |
| 30-39 | 82 | 88.2 | 11 | 11.8 | 170 | 95.5 | 8 | 4.5 |
| 40-49 | 62 | 84.9 | 11 | 15.1 | 152 | 96.2 | 6 | 3.8 |
| 50-59 | 66 | 83.5 | 13 | 16.5 | 121 | 98.4 | 2 | 1.6 |
| 60-69 | 71 | 82.6 | 15 | 17.4 | 174 | 93.0 | 13 | 7.0 |
| 70-79 | 31 | 75.6 | 10 | 24.4 | 106 | 95.5 | 5 | 4.5 |
| 80+ | 17 | 94.4 | 1 | 5.6 | 36 | 92.3 | 3 | 7.7 |
| *TOTAL* | *653* | *82.8* | *136* | *17.2* | *1127* | *92.5* | *92* | *7.5* |

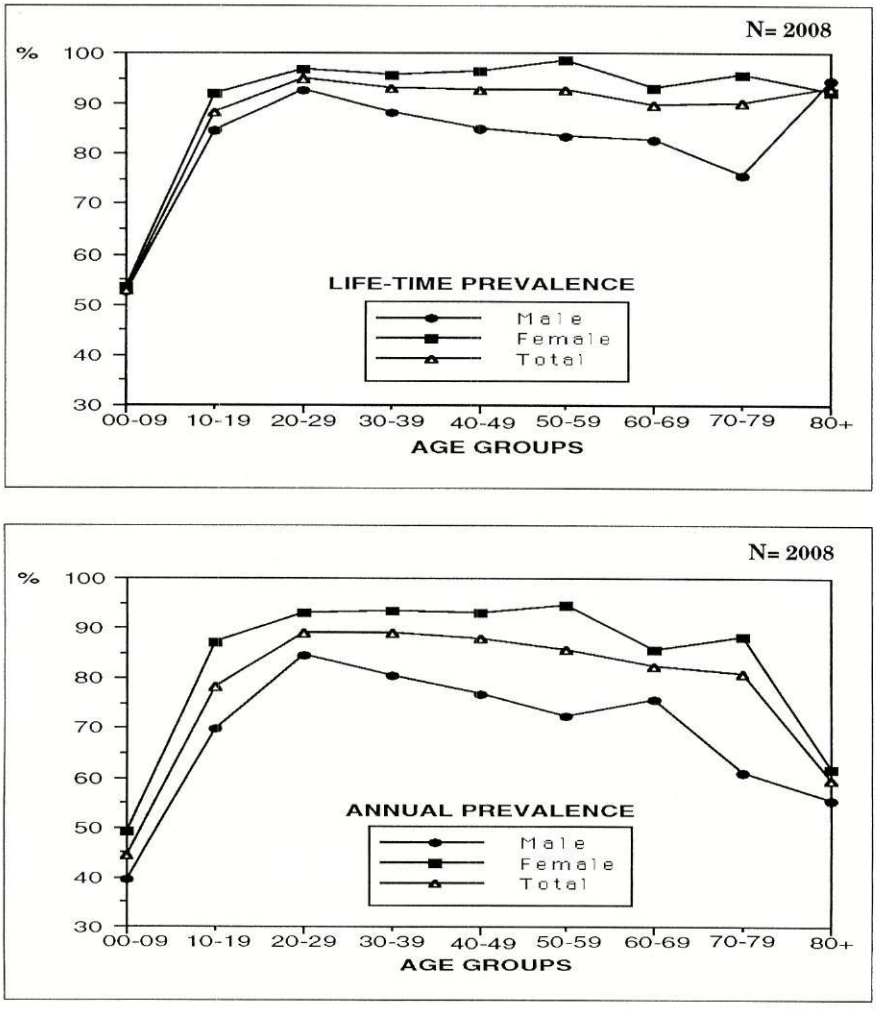



*Fig. 8a e 8b - População inquirida: prevalência de cefaleias por sexo e idade.*
*Inquired population: prevalence of headaches by age and gender.*

A análise da prevalência durante a vida por diagnóstico e por sexo, que está sintetizada no quadro III.13e e nas figuras 9a e 9b, mostrou que a prevalência ao longo da vida nas cefaleias de tensão é elevada (62,5%), mas idêntica em ambos os sexos (M=61,6%;F=63.0: 1/1,02). Na enxaqueca é de 8,8% com franco

Quadro III.13e - **População inquirida: prevalência de cefaleias durante a vida por sexo e por grupos de diagnóstico**

| *SEX* | *IHS DIAGNOSTIC GROUPS* | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | *TH* | *%* | *MH* | *%* | *CHX* | *%* | *OTH* | *%* | *XNO* | *%* | *TOTAL* | *% (R)* |
| M | 486 | 61.60 | 55 | 6.97 | 55 | 6.97 | 57 | 7.22 | 136 | 17.24 | 789 | 100.00 |
| F | 769 | 63.08 | 121 | 9.93 | 187 | 15.34 | 50 | 4.10 | 92 | 7.55 | 1219 | 100.00 |
| T | 1255 | 62.50 | 176 | 8.76 | 242 | 12.05 | 107 | 5.33 | 228 | 11.35 | 2008 | 100.00 |

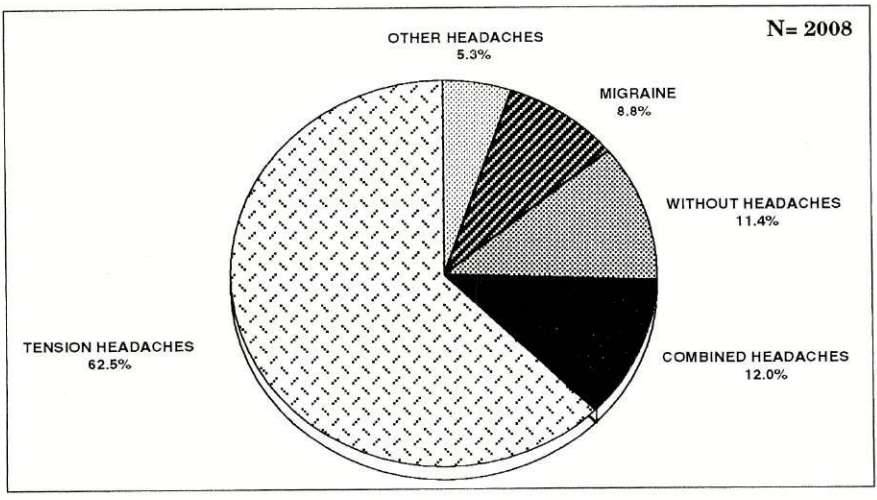
*CHX-Combined headaches; MH-Migraine headache; OTH-Other headaches; TH-Tension-type headaches; XNO-Without headaches*

predomínio feminino (M=6,9;F=9,9:1/1,4). Nas cefaleias combinadas é de 12,0%, também com largo predomínio feminino (M=6,9;F=15,3:1/2,2). Nas restantes formas de cefaleias, nomeadamente, nas cefaleias sintomáticas, é de 5,3% com nítido predomínio masculino (M=7,2;F=4,1:1,8/1).

Com base na ocorrência da última crise, calculou-se a prevalência de enxaqueca na população estudada, tendo-se encontrado uma prevalência ao longo da vida de 8,8%, dos quais 6,0% correspondem a enxaqueca sem aura, 1,4% a enxaqueca com aura e 1,4% a formas atípicas de enxaqueca, isto é, não cumprindo a totalidade dos critérios. A prevalência anual de enxaqueca foi de 7,4%, a mensal foi de 6,2%, a semanal de 5,5% e a pontual ou diária de 2,3% (quadro III.13f).

Quadro III.13f - **População com enxaqueca: ocorrência da última crise**

| *ATTACK* | *OCCURRENCE* | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *Nº* | *DAY* | *%* | *WEEK* | *%* | *MONTH* | *%* | *YEAR* | *%* | *TOTAL* | *% (T)* |
| 1 | 46 | 26.14 | 38 | 21.59 | 24 | 13.64 | 4 | 2.27 | 112 | 63.64 |
| 2 | 10 | 5.68 | 11 | 6.25 | 7 | 3.98 | 4 | 2.27 | 32 | 18.18 |
| 3 | 5 | 2.84 | 2 | 1.14 | 6 | 3.41 | 0 | 0.00 | 13 | 7.39 |
| 4 | 3 | 1.70 | 0 | 0.00 | 3 | 1.70 | 0 | 0.00 | 6 | 3.41 |
| 5 | 2 | 1.14 | 0 | 0.00 | 2 | 1.14 | 0 | 0.00 | 4 | 2.27 |
| 6 | 2 | 1.14 | 0 | 0.00 | 1 | 0.57 | 0 | 0.00 | 3 | 1.70 |
| 8 | 5 | 2.84 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 1 | 0.57 | 6 | 3.41 |
| T | 73 | 41.48 | 51 | 28.98 | 43 | 24.43 | 9 | 5.11 | 176 | 100.00 |



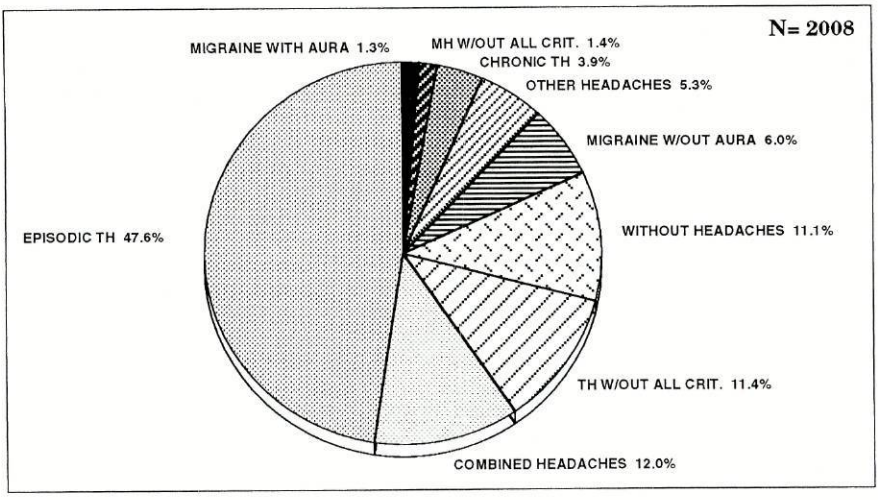




*Fig. 9a e 9b - População inquirida: prevalência de cefaleias por diagnósticos.*
*Inquired population: prevalence of headaches by diagnosis*

Usando o mesmo método, observou-se que a prevalência de cefaleias de tensão durante a vida, na população estudada, era de 62,5%, a prevalência anual de 60,6%, a mensal de 49,6%, a semanal de 36,2% e a diária ou pontual de 15,9% (quadro III.13g).

Quadro III.13g - **População com cefaleias de tensão: ocorrência da última crise**

| *ATTACK* | | | *OCCURRENCE* | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *Nº* | *A/M* | *%* | *DAY* | *%* | *WEEK* | *%* | *MONTH* | *%* | *YEAR* | *%* | *TOTAL* | *% (T)* |
| 1 | 1 | 0.08 | 320 | 25.50 | 202 | 16.10 | 168 | 13.39 | 70 | 5.58 | 761 | 60.64 |
| 2 | 0 | 0.00 | 86 | 6.85 | 76 | 6.06 | 65 | 5.18 | 19 | 1.51 | 246 | 19.60 |
| 3 | 0 | 0.00 | 56 | 4.46 | 21 | 1.67 | 35 | 2.79 | 3 | 0.24 | 115 | 9.16 |
| 4 | 0 | 0.00 | 23 | 1.83 | 1 | 0.08 | 14 | 1.12 | 5 | 0.40 | 43 | 3.43 |
| 5 | 0 | 0.00 | 18 | 1.43 | 1 | 0.08 | 4 | 0.32 | 2 | 0.16 | 25 | 1.99 |
| 6 | 0 | 0.00 | 7 | 0.56 | 2 | 0.16 | 26 | 2.07 | 2 | 0.16 | 37 | 2.95 |
| 7 | 0 | 0.00 | 2 | 0.16 | 0 | 0.00 | 4 | 0.32 | 1 | 0.08 | 7 | 0.56 |
| 8 | 0 | 0.00 | 12 | 0.96 | 0 | 0.00 | 4 | 0.32 | 5 | 0.40 | 21 | 1.67 |
| T | 1 | 0.08 | 524 | 41.75 | 303 | 24.14 | 320 | 25.50 | 107 | 8.53 | 1 255 | 100.00 |

*A/M - Absent or missing cases*

De igual modo, a prevalência de cefaleias combinadas durante a vida na população estudada foi de 12,1%, a prevalência anual foi de 11,8%, a mensal de 10,6%, a semanal de 8,4% e a diária ou pontual de 4,3% (quadro III.13h).

A prevalência de outras variedades de cefaleias, incluindo as sintomáticas, durante a vida da população foi de 5,3%, sendo a sua prevalência anual de 4,8%, a mensal de 2,9%, a semanal de 1,8% e a diária ou pontual de 0,7% (quadro III.13i).

Quadro III.13h - **População com cefaleias combinadas: ocorrência da última crise**

| *ATTACK* | *OCCURRENCE* | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *Nº* | *DAY* | *%* | *WEEK* | *%* | *MONTH* | *%* | *YEAR* | *%* | *TOTAL* | *% (T)* |
| 1 | 87 | 35.95 | 40 | 16.53 | 24 | 9.92 | 5 | 2.07 | 156 | 64.46 |
| 2 | 15 | 6.20 | 15 | 6.20 | 10 | 4.13 | 2 | 0.83 | 42 | 17.36 |
| 3 | 7 | 2.89 | 5 | 2.07 | 5 | 2.07 | 1 | 0.41 | 18 | 7.44 |
| 4 | 3 | 1.24 | 0 | 0.00 | 1 | 0.41 | 0 | 0.00 | 4 | 1.65 |
| 5 | 10 | 4.13 | 0 | 0.00 | 1 | 0.41 | 1 | 0.41 | 12 | 4.96 |
| 6 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 2 | 0.83 | 0 | 0.00 | 2 | 0.83 |
| 7 | 2 | 0.83 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 1 | 0.41 | 3 | 1.24 |
| 8 | 4 | 1.65 | 0 | 0.00 | 1 | 0.41 | 0 | 0.00 | 5 | 2.07 |
| T | 128 | 52.89 | 60 | 24.79 | 44 | 18.18 | 10 | 4.13 | 242 | 100.00 |

Quadro III.13i - **População com outras cefaleias: ocorrência da última crise**

| *ATTACK* | | | *OCCURRENCE* | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *Nº* | *A/M* | *%* | *DAY* | *%* | *WEEK* | *%* | *MONTH* | *%* | *YEAR* | *%* | *TOTAL* | *% (T)* |
| | 1 | 0.93 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 1 | 0.93 |
| 1 | 1 | 0.93 | 15 | 14.02 | 12 | 11.21 | 8 | 7.48 | 19 | 17.76 | 55 | 51.40 |
| 2 | 0 | 0.00 | 3 | 2.80 | 10 | 9.35 | 4 | 3.74 | 2 | 1.87 | 19 | 17.76 |
| 3 | 0 | 0.00 | 2 | 1.87 | 4 | 3.74 | 5 | 4.67 | 1 | 0.93 | 12 | 11.21 |
| 4 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 2 | 1.87 | 1 | 0.93 | 3 | 2.80 |
| 5 | 0 | 0.00 | 1 | 0.93 | 0 | 0.00 | 3 | 2.80 | 0 | 0.00 | 4 | 3.74 |
| 6 | 0 | 0.00 | 1 | 0.93 | 0 | 0.00 | 4 | 3.74 | 0 | 0.00 | 5 | 4.67 |
| 7 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 2 | 1.87 | 2 | 1.87 |
| 8 | 0 | 0.00 | 2 | 1.87 | 0 | 0.00 | 1 | 0.93 | 3 | 2.80 | 6 | 5.61 |
| T | 2 | 1.87 | 24 | 22.43 | 26 | 24.30 | 27 | 25.23 | 28 | 26.17 | 107 | 100.00 |

*A/M - Absent or missing cases*

## Características sócio-demográficas

As características sócio-demográficas estudadas foram as seguintes: sexo, idade, naturalidade, escolaridade, profissão e classe social.

### *Sexo*

A distribuição por sexos da população com cefaleias (n=1780) foi a seguinte: 653 (36,7%) do sexo masculino e 1127 (63,3%) do sexo feminino, o que mostra que nas mulheres há uma maior incidência de cefaleias, o que é um dado habitual em todos os estudos populacionais, sendo as diferenças encontradas estatisticamente significativas ($\chi^2$=43,723; DF=1; p<0,0001).

A análise da distribuição por sexos em função do diagnóstico segundo os critérios da IHS revela que o predomínio do sexo feminino ocorre nas cefaleias primárias, particularmente na enxaqueca e especialmente na forma com aura, e também nas cefaleias combinadas mas não nas cefaleias secundárias, sendo as diferenças entre os diversos grupos naturalmente muito significativas ($\chi^2$=37,45; GL=3; p<0,001) (quadro III.14).

Quadro III.14 - **Cefaleias: grupos de diagnóstico por sexo**

SEX by IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS

| | | IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Count<br>Row %<br>Col % | CTH | ETH | THX | CHX | MWA | MOA | MHX | OTH | Row total |
| SEX | | | | | | | | | | |
| | MALE | 12 | 376 | 98 | 55 | 7 | 40 | 8 | 57 | 653 |
| | | 1.8 | 57.6 | 15.0 | 8.4 | 1.1 | 6.1 | 1.2 | 8.7 | 36.7 |
| | | 15.4 | 39.4 | 44.1 | 22.7 | 24.1 | 33.3 | 29.6 | 53.3 | |
| | FEMALE | 66 | 579 | 124 | 187 | 22 | 80 | 19 | 50 | 1127 |
| | | 5.9 | 51.4 | 11.0 | 16.6 | 2.0 | 7.1 | 1.7 | 4.4 | 63.3 |
| | | 84.6 | 60.6 | 55.9 | 77.3 | 75.9 | 66.7 | 70.4 | 46.7 | |
| | Column | 78 | 955 | 222 | 242 | 29 | 120 | 27 | 107 | 1780 |
| | Total | 4.4 | 53.7 | 12.5 | 13.6 | 1.6 | 6.7 | 1.5 | 6.0 | 100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*CHX-combined or mixed headaches; CTH-chronic tension headache; ETH-episodic tension headache; MHX-migraine not fulfilling all criteria; MOA-migraine without aura; MWA-migraine with aura; OTH-other headaches; THX-tension headache not fulfilling all criteria*

### *Idade*

A população com cefaleias predomina nas segunda e terceira décadas, tendo mais de metade da população (53,0%) menos de 40 anos. A média de idades é de 39,94 anos, ligeiramente superior à média da população inquirida (38,87) e da população total da freguesia (38,09), com limites de 3 e 97 anos.

As cefaleias primárias, enxaqueca e cefaleias de tensão, ocorrem em todos os grupos etários, mas com predomínio nas segunda, terceira e quarta décadas e as formas combinadas têm uma distribuição quase homogénea da segunda à sexta década, tal como as cefaleias sintomáticas, ao passo que os indivíduos sem cefaleias pertencem predominantemente aos grupos etários mais jovens (quadro III.15). A média das idades é a seguinte: enxaqueca 34,38; cefaleias sintomáticas - 34,45; cefaleias de tensão - 40,53; cefaleias combinadas - 43,36, enquanto que no grupo sem cefaleias a média de idades é de 30,58 anos. As diferenças têm, naturalmente, significado estatístico ($\chi^2$= 113,39; GL=3; p<0,001).

Quadro III.15 - **Cefaleias: subgrupos de diagnóstico por idades**

AGE GROUPS by IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Count / Row % / Col % | CTH | ETH | THX | CHX | MWA | MOA | MHX | OTH | Row total |
| AGE GROUP | | | | | | | | | |
| 00-09 | 1 | 32 | 11 | 7 | 1 | 5 | 2 | 20 | 79 |
| | 1.3 | 40.5 | 13.9 | 8.9 | 1.3 | 6.3 | 2.5 | 25.3 | 4.4 |
| | 1.3 | 3.4 | 5.0 | 2.9 | 3.4 | 4.2 | 7.4 | 18.7 | |
| 10-19 | 3 | 196 | 51 | 30 | 5 | 26 | 6 | 20 | 337 |
| | .9 | 58.2 | 15.1 | 8.9 | 1.5 | 7.7 | 1.8 | 5.9 | 18.9 |
| | 3.8 | 20.5 | 23.0 | 12.4 | 17.2 | 21.7 | 22.2 | 18.7 | |
| 20-29 | 5 | 148 | 30 | 37 | 4 | 30 | 7 | 15 | 276 |
| | 1.8 | 53.6 | 10.9 | 13.4 | 1.4 | 10.9 | 2.5 | 5.4 | 15.5 |
| | 6.4 | 15.5 | 13.5 | 15.3 | 13.8 | 25.0 | 25.9 | 14.0 | |
| 30-39 | 12 | 134 | 30 | 30 | 9 | 24 | 3 | 10 | 252 |
| | 4.8 | 53.2 | 11.9 | 11.9 | 3.6 | 9.5 | 1.2 | 4.0 | 14.2 |
| | 15.4 | 14.0 | 13.5 | 12.4 | 31.0 | 20.0 | 11.1 | 9.3 | |
| 40-49 | 14 | 115 | 21 | 35 | 2 | 15 | | 12 | 214 |
| | 6.5 | 53.7 | 9.8 | 16.4 | .9 | 7.0 | | 5.6 | 12.0 |
| | 17.9 | 12.0 | 9.5 | 14.5 | 6.9 | 12.5 | | 11.2 | |
| 50-59 | 9 | 98 | 22 | 43 | 3 | 4 | 2 | 6 | 187 |
| | 4.8 | 52.4 | 11.8 | 23.0 | 1.6 | 2.1 | 1.1 | 3.2 | 10.5 |
| | 11.5 | 10.3 | 9.9 | 17.8 | 10.3 | 3.3 | 7.4 | 5.6 | |
| 60-69 | 17 | 129 | 30 | 40 | 3 | 10 | 6 | 10 | 245 |
| | 6.9 | 52.7 | 12.2 | 16.3 | 1.2 | 4.1 | 2.4 | 4.1 | 13.8 |
| | 21.8 | 13.5 | 13.5 | 16.5 | 10.3 | 8.3 | 22.2 | 9.3 | |
| 70-79 | 15 | 72 | 19 | 16 | 2 | 6 | | 7 | 137 |
| | 10.9 | 52.6 | 13.9 | 11.7 | 1.5 | 4.4 | | 5.1 | 7.7 |
| | 19.2 | 7.5 | 8.6 | 6.6 | 6.9 | 5.0 | | 6.5 | |
| 80+ | 2 | 31 | 8 | 4 | | | 1 | 7 | 53 |
| | 3.8 | 58.5 | 15.1 | 7.5 | | | 1.9 | 13.2 | 3.0 |
| | 2.6 | 3.2 | 3.6 | 1.7 | | | 3.7 | 6.5 | |
| Column | 78 | 955 | 222 | 242 | 29 | 120 | 27 | 107 | 1780 |
| Total | 4.4 | 53.7 | 12.5 | 13.6 | 1.6 | 6.7 | 1.5 | 6.0 | 100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*CHX-combined or mixed headaches; CTH-chronic tension headache; ETH-episodic tension headache; MHX-migraine not fulfilling all criteria; MOA-migraine without aura; MWA-migraine with aura; OTH-other headaches; THX-tension headache not fulfilling all criteria*

### *Idade e sexo*

A análise da distribuição por idades e sexos dos indivíduos com cefaleias (resumida no quadro III.16 e figuras 3.8a e 3.8b) revelou que há um equilíbrio na distribuição por sexos até à idade da puberdade e que a partir daí há sempre um predomínio do sexo feminino, embora apenas na população com cefaleias, o que sugere uma influência do sexo e particularmente das hormonas sexuais femininas na ocorrência do sintoma na população geral.

A análise da distribuição dos diferentes grupos de cefaleias por idades e por sexos revelou que as cefaleias de tensão predominam no sexo feminino, distribuem-se por todos os grupos etários mas, com ligeiro predomínio nas quarta e sétima décadas no homem e nas quinta e oitava décadas na mulher, ao passo que a enxaqueca, embora também ocorra em todas os grupos etários, predomina nitidamente na mulher, nas terceira e quarta décadas, com marcada redução a partir da quinta década em ambos os sexos.

As cefaleias combinadas ocorrem com dois picos de maior frequência na terceira e na sexta décadas, em ambos os sexos, embora sejam globalmente muito mais frequentes na mulher.

Quadro III.16 - **Cefaleias: distribuição por idade e sexo**

| *AGE* | *SEX* | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | *MALE* | *%* | *FEMALE* | *%* | *T* | *% (R)* |
| 0- 4 | 3 | 50.00 | 3 | 50.00 | 6 | 100.00 |
| 5- 9 | 37 | 50.68 | 36 | 49.32 | 73 | 100.00 |
| 10-14 | 95 | 51.08 | 91 | 48.92 | 186 | 100.00 |
| 15-19 | 64 | 42.38 | 87 | 57.62 | 151 | 100.00 |
| 20-29 | 125 | 45.29 | 151 | 54.71 | 276 | 100.00 |
| 30-39 | 82 | 32.54 | 170 | 67.46 | 252 | 100.00 |
| 40-49 | 62 | 28.97 | 152 | 71.03 | 214 | 100.00 |
| 50-59 | 66 | 35.29 | 121 | 64.71 | 187 | 100.00 |
| 60-69 | 71 | 28.98 | 174 | 71.02 | 245 | 100.00 |
| 70-79 | 31 | 22.63 | 106 | 77.37 | 137 | 100.00 |
| 80+ | 17 | 32.08 | 36 | 67.92 | 53 | 100.00 |
| *TOTAL* | *653* | *36.69* | *1127* | *63.31* | *1780* | *100.00* |

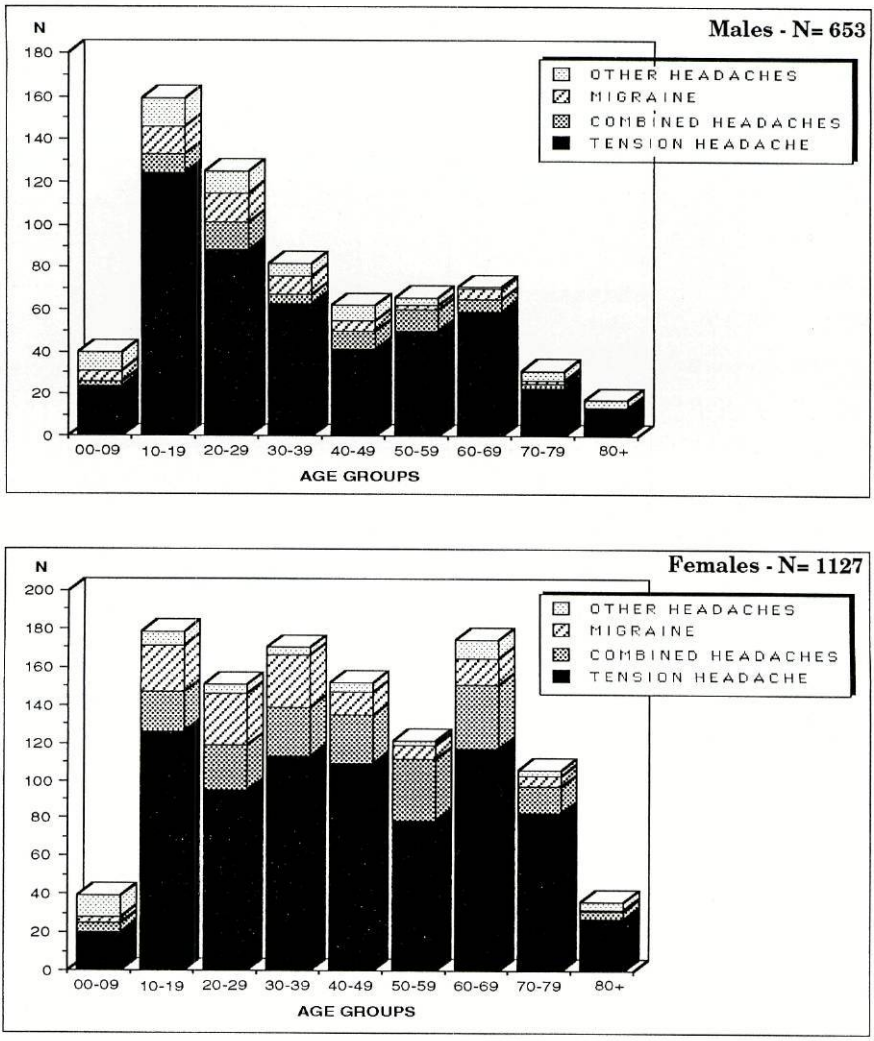



*Fig. 10a e 10b - Cefaleias: grupos de diagnóstico por idade e sexo*
*Headaches: diagnostic groups by age and gender*

As cefaleias sintomáticas predominam no sexo masculino e ocorrem, geralmente, sobretudo nas décadas extremas, primeiras e últimas, em ambos os sexos (figuras 10a e 10b), mas as diferenças na distribuição etária não são estatisticamente significativas no sexo masculino ($\chi^2$=37,97; GL=24; p< 0,035, sendo-o, contudo, no sexo feminino ($\chi^2$=100,00: GL=24; p<0,0001).

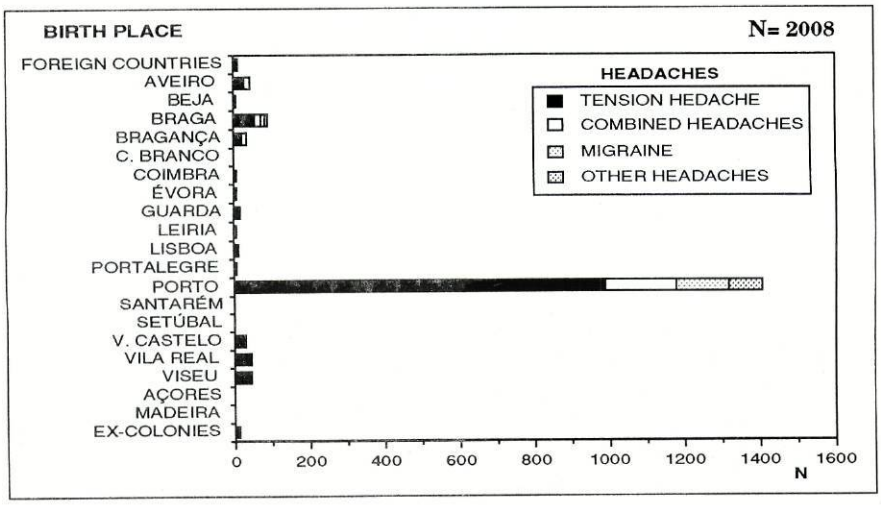



*Fig. 11 - Cefaleias: grupos de diagnóstico por naturalidade.*
*Headache: diagnostic by birth place*

### *Naturalidade*

A distribuição geográfica da naturalidade da população com cefaleias está sintetizada na figura 11 e é sensivelmente idêntica à distribuição da população inquirida. A distribuição dos principais diagnósticos por distrito de naturalidade não revela predomínio de qualquer dos grupos patológicos mas sim uma distribuição proporcional dos principais grupos de cefaleias pelos diversos distritos, com o já referido predomínio pelo distrito do Porto, seguido dos distritos vizinhos de Braga, Vila Real, Aveiro e Viseu (figura 11).

### *Escolaridade*

A análise da distribuição da população com cefaleias pelo grau de escolaridade revelou predomínio de graus de escolaridade muito diferentes – o ensino superior logo seguido do ensino primário (quadro III.17a).

A enxaqueca está mais representada nos grupos dos universitários e do ensino secundário, enquanto que a cefaleia de tensão predomina no grupo que

tem apenas o ensino básico. Aqui, o nível de educação parece ter pouca influência dado que esta diferença na distribuição não tem significado estatístico ($\chi^2$=23,25; GL=12; p<0,026) (quadro III.17b).

Quadro III.17a - **Cefaleias: distribuição por escolaridade**

| *EDUCATIONAL LEVEL* | *HEADACHES* | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | *YES* | *%* | *NO* | *%* | *T* | *%(R)* |
| | 7 | 16.67 | 35 | 83.33 | 42 | 100.00 |
| 1 UNIVERSITY | 122 | 93.13 | 9 | 6.87 | 131 | 100.00 |
| 2 HIGH SCHOOL | 147 | 89.09 | 18 | 10.91 | 165 | 100.00 |
| 3 SEC.SCHOOL | 281 | 90.35 | 30 | 9.65 | 311 | 100.00 |
| 4 PRIM. SCHOOL | 485 | 92.56 | 39 | 7.44 | 524 | 100.00 |
| 5 ABS/INCOMP. | 738 | 88.38 | 97 | 11.62 | 835 | 100.00 |
| *TOTAL* | *1780* | *88.65* | *228* | *11.35* | *2008* | *100.00* |

Quadro III.17b - **Cefaleias: grupos de diagnóstico por escolaridade**

HEADACHES : EDUCATIONAL LEVEL by IHS DIAGNOSTIC GROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC GROUPS | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Count<br>Row Pct<br>Col Pct | TH | CHX | MH | OTH | Row total |
| EDUCATIONAL LEVEL | | | | | |
| UNIVERSITY | 71 | 23 | 21 | 7 | 122 |
| | 58.2 | 18.9 | 17.2 | 5.7 | 6.9 |
| | 5.7 | 9.5 | 12.1 | 6.6 | |
| HIGH SCHOOL | 106 | 22 | 14 | 5 | 147 |
| | 72.1 | 15.0 | 9.5 | 3.4 | 8.3 |
| | 8.5 | 9.1 | 8.1 | 4.7 | |
| SECONDARY SCHOOL | 197 | 30 | 35 | 19 | 281 |
| | 70.1 | 10.7 | 12.5 | 6.8 | 15.8 |
| | 15.7 | 12.4 | 20.2 | 17.9 | |
| PRIMARY SCHOOL | 358 | 64 | 39 | 24 | 485 |
| | 73.8 | 13.2 | 8.0 | 4.9 | 27.4 |
| | 28.6 | 26.4 | 22.5 | 22.6 | |
| ABSENT OR INCOMP | 520 | 103 | 64 | 51 | 738 |
| | 70.5 | 14.0 | 8.7 | 6.9 | 41.6 |
| | 41.5 | 42.6 | 37.0 | 48.1 | |
| Column | 1252 | 242 | 173 | 106 | 1773 |
| Total | 70.6 | 13.6 | 9.8 | 6.0 | 100.0 |

Number of Missing Observations: 7

*CHX-Combined headaches; MH-Migraine headache; OTH-Other headaches; TH-Tension-type headaches*

### *Profissão*

A distribuição dos diversos tipos de cefaleias pelos diferentes grupos profissionais não revela qualquer especificidade, mas nota-se um certo predomínio da enxaqueca nos executivos, técnicos, vendedores, domésticas e estudantes, enquanto que as cefaleias de tensão revelam um certo predomínio nos técnicos e pessoal auxiliar, ao passo que as cefaleias sintomáticas ocorreram mais em estudantes, isto é, nos grupos de menor média de idades. Estes dados sugerem uma reduzida importância da profissão como factor de influência significativa na ocorrência das cefaleias ($\chi^2$=41,94; GL=24; p<0,014) aparecendo as diferenças mais relacionadas com o factor idade (quadro III.18).

Quadro III.18 - **Cefaleias: grupos de diagnóstico por profissões**

OCCUPATION by IHS DIAGNOSTIC GROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC GROUPS | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Count / Row % / Col % | TH | CHX | MH | OTH | Row total |
| OCCUPATION | | | | | |
| MANAGER-EXECUTIVE | 42 | 11 | 10 | 3 | 66 |
| | 63.6 | 16.7 | 15.2 | 4.5 | 3.7 |
| | 3.4 | 4.5 | 5.8 | 2.8 | |
| INTERMEDIATE ADMIN. | 73 | 10 | 6 | 5 | 94 |
| | 77.7 | 10.6 | 6.4 | 5.3 | 5.3 |
| | 5.8 | 4.1 | 3.5 | 4.7 | |
| ADMINISTRATIVE SUP. | 101 | 17 | 12 | 6 | 136 |
| | 74.3 | 12.5 | 8.8 | 4.4 | 7.7 |
| | 8.1 | 7.0 | 7.0 | 5.7 | |
| TECHNICIANS-SELLERS | 175 | 38 | 28 | 10 | 251 |
| | 69.7 | 15.1 | 11.2 | 4.0 | 14.2 |
| | 14.0 | 15.7 | 16.3 | 9.4 | |
| HANDLERS-HELPERS | 140 | 31 | 18 | 7 | 196 |
| | 71.4 | 15.8 | 9.2 | 3.6 | 11.1 |
| | 11.2 | 12.8 | 10.5 | 6.6 | |
| HOUSEWIVES | 247 | 55 | 34 | 15 | 351 |
| | 70.4 | 15.7 | 9.7 | 4.3 | 19.8 |
| | 19.7 | 22.7 | 19.8 | 14.2 | |
| STUDENTS | 272 | 39 | 45 | 43 | 399 |
| | 68.2 | 9.8 | 11.3 | 10.8 | 22.5 |
| | 21.7 | 16.1 | 26.2 | 40.6 | |
| UNEMPLOYED | 3 | | 1 | 1 | 5 |
| | 60.0 | | 20.0 | 20.0 | .3 |
| | .2 | | .6 | .9 | |
| RETIRED | 198 | 41 | 18 | 16 | 273 |
| | 72.5 | 15.0 | 6.6 | 5.9 | 15.4 |
| | 15.8 | 16.9 | 10.5 | 15.1 | |
| Column Total | 1251 | 242 | 172 | 106 | 1771 |
| | 70.6 | 13.7 | 9.7 | 6.0 | 100.0 |

Number of Missing Observations: 9

*CHX-Combined headaches; MH-Migraine headache; OTH-Other headaches; TH-Tension-type headaches*

### *Classe social*

A distribuição por classes sociais da população com cefaleias utilizando a classificação de Graffar conforme referido na metodologia, mostra que esta população se distribui predominantemente pelas classe IV (classe média baixa), logo seguida pela classe II (classe média alta) embora, percentualmente, a maior incidência seja na classe I, mas nesta o número de casos é muito reduzido o que pode distorcer as percentagens (quadro III.19a). Aqui também se verifica que a população com cefaleias pertence maioritariamente às classes sociais mais débeis (IV e V = 57,5%).

Quadro III.19a - **Cefaleias : distribuição por classe social de Graffar**

| *GRAFFAR* | | | *HEADACHES* | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| *SOCIAL CLASS* | *YES* | *%* | *NO* | *%* | *T* | *% (R)* |
| I | 16 | 100.00 | 0 | 0.00 | 16 | 100.00 |
| II | 174 | 89.69 | 20 | 10.31 | 194 | 100.00 |
| III | 567 | 85.91 | 93 | 14.09 | 660 | 100.00 |
| IV | 926 | 90.08 | 102 | 9.92 | 1028 | 100.00 |
| V | 97 | 88.18 | 13 | 11.82 | 110 | 100.00 |
| *TOTAL* | *1780* | *88.65* | *228* | *11.35* | *2008* | *100.00* |

No que respeita à classe social, a enxaqueca predomina nas classes altas I e II, as cefaleias de tensão nas classes I e IV e as formas combinadas têm uma distribuição bastante homogénea a partir da classe II, ao passo que as cefaleias sintomáticas têm também uma distribuição homogénea mas com ligeiro predomínio na classe II (quadro III.19b). Portanto, a classe social aparece como sendo pouco importante quer na ocorrêmcia quer no tipo de cefaleias dado que as diferenças encontradas não têm significado estatístico nem entre os diferentes grupos de diagnóstico ($\chi^2$=16,15; DF=12; p<0,185) nem entre os diversos subgrupos de diagnóstico ($\chi^2$=31,45; GL=28; p< 0,298).

Quadro III.19b - **Cefaleias: grupos de diagnóstico por classe social**

SOCIAL CLASS by IHS DIAGNOSTIC GROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC GROUPS | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Count / Row % / Col % | TH | CHX | MH | OTH | Row total |
| SOCIAL CLASS | | | | | |
| I | 12 | 1 | 2 | 1 | 16 |
| | 75.0 | 6.3 | 12.5 | 6.3 | .9 |
| | 1.0 | .4 | 1.1 | .9 | |
| II | 105 | 27 | 25 | 17 | 174 |
| | 60.3 | 15.5 | 14.4 | 9.8 | 9.8 |
| | 8.4 | 11.2 | 14.2 | 15.9 | |
| III | 396 | 82 | 54 | 35 | 567 |
| | 69.8 | 14.5 | 9.5 | 6.2 | 31.9 |
| | 31.6 | 33.9 | 30.7 | 32.7 | |
| IV | 676 | 120 | 83 | 47 | 926 |
| | 73.0 | 13.0 | 9.0 | 5.1 | 52.0 |
| | 53.9 | 49.6 | 47.2 | 43.9 | |
| V | 66 | 12 | 12 | 7 | 97 |
| | 68.0 | 12.4 | 12.4 | 7.2 | 5.4 |
| | 5.3 | 5.0 | 6.8 | 6.5 | |
| Column Total | 1255 | 242 | 176 | 107 | 1780 |
| | 70.5 | 13.6 | 9.9 | 6.0 | 100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*CHX-Combined headaches; MH-Migraine headache; OTH-Other headaches; TH-Tension-type headaches*

## Características semiológicas

As cefaleias classificadas de acordo com os critérios da IHS e agrupadas em grupos (quadro III.4c) ou subgrupos de diagnóstico (quadro III.4d) apresentam as características semiológicas que vão ser seguidamente analisadas.

### *Idade de início*

A distribuição dos indivíduos inquiridos com cefaleias pelas idades de início das suas dores de cabeça está resumida no quadro III.20a, onde se verifica que

Quadro III.20a - **Cefaleias: distribuição dos grupos de diagnóstico pelas idades de início**

AGE AT ONSET OF HEADACHE by IHS DIAGNOSTIC GROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC GROUPS | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Count / Row % / Col % | TH | CHX | MH | OTH | Row total |
| AGE AT ONSET | | | | | |
| 00-09 | 196 | 26 | 32 | 37 | 291 |
| | 67.4 | 8.9 | 11.0 | 12.7 | 16.3 |
| | 15.6 | 10.7 | 18.2 | 34.6 | |
| 10-19 | 506 | 108 | 75 | 29 | 718 |
| | 70.5 | 15.0 | 10.4 | 4.0 | 40.3 |
| | 40.3 | 44.6 | 42.6 | 27.1 | |
| 20-29 | 273 | 51 | 38 | 14 | 376 |
| | 72.6 | 13.6 | 10.1 | 3.7 | 21.1 |
| | 21.8 | 21.1 | 21.6 | 13.1 | |
| 30-39 | 93 | 27 | 17 | 11 | 148 |
| | 62.8 | 18.2 | 11.5 | 7.4 | 8.3 |
| | 7.4 | 11.2 | 9.7 | 10.3 | |
| 40-49 | 85 | 19 | 8 | 6 | 118 |
| | 72.0 | 16.1 | 6.8 | 5.1 | 6.6 |
| | 6.8 | 7.9 | 4.5 | 5.6 | |
| 50-59 | 54 | 4 | 5 | 3 | 66 |
| | 81.8 | 6.1 | 7.6 | 4.5 | 3.7 |
| | 4.3 | 1.7 | 2.8 | 2.8 | |
| 60-69 | 25 | 4 | | 4 | 33 |
| | 75.8 | 12.1 | | 12.1 | 1.9 |
| | 2.0 | 1.7 | | 3.7 | |
| 70-79 | 22 | 3 | 1 | 3 | 29 |
| | 75.9 | 10.3 | 3.4 | 10.3 | 1.6 |
| | 1.8 | 1.2 | .6 | 2.8 | |
| 80+ | 1 | | | | 1 |
| | 100.0 | | | | .1 |
| | .1 | | | | |
| Column Total | 1255 | 242 | 176 | 107 | 1780 |
| | 70.5 | 13.6 | 9.9 | 6.0 | 100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*CHX-Combined headaches; MH-Migraine headache; OTH-Other headaches; TH-Tension-type headaches*

86% dos indivíduos têm cefaleias antes dos quarenta anos, sendo a média das idades de início de 17,73 anos e os limites de 3 e 85 anos. O início das cefaleias ocorreu antes dos 10 anos em 16,3% dos indivíduos, antes dos 20 anos em 56,6% e antes dos 30 anos em 77,7% dos casos.

*Idade de início por diagnóstico*

A análise da distribuição das idades de início por diagnóstico revelou que esta é em média um pouco mais precoce na enxaqueca (18,50 anos; DP=11,39) do que na cefaleia de tensão (20,20; DP=13,87) ou do que nas formas combinadas (20,48; DP=11,86) (quadro III.20a). Verificou-se também que o início da enxaqueca é raro após os 40 anos e muito raro após os 50 anos, tal como é amplamente conhecido. Curiosamente, as formas sintomáticas são das que ocorrem mais cedo nesta amostra da população (18,67; DP=16,82), provavelmente devido ao facto de incluir as formas de cefaleias associadas a patologia infecciosa aguda, muito frequente nos indivíduos mais jovens. No que respeita às idades de início das cefaleias, as diferenças entre os diferentes grupos ($\chi^2$=55.97; GL=24; p=0,00023) são estatisticamente significativas porque os grupos são realmente muito distintos por terem uma distribuição etária heterogénea.

*Idade de início por sexo*

A distribuição das cefaleias por idades de início e por sexos revelou que o início predomina largamente no grupo etário dos 10 aos 19 anos e que a média de idades de início das cefaleias é de 17,73 sendo mais baixa no sexo masculino (14,97 anos, DP=13,76) do que no sexo feminino (19,51 anos, DP=14,32) o que é um dado surpreendente (quadro III.20b).

***Última crise***

Na maior parte dos inquiridos a dor ocorreu ciclicamente com uma frequência variável de caso para caso. Nesta população verificou-se que, em relação à data do inquérito, o último episódio doloroso ocorreu com intervalos de dias em 42,1%, semanas em 24,8%, meses em 24,4% e anos em 8,7% dos casos. Ocorreu

Quadro III.20b - **Cefaleias: distribuição das idades de início por sexo**

| *AGE ONSET* | *SEX* | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | *MALE* | *%* | *FEMALE* | *%* | *T* | *% (T)* |
| 0- 9 | 138 | 7.75 | 153 | 8.60 | 291 | 16.35 |
| 10-19 | 269 | 15.11 | 449 | 25.22 | 718 | 40.34 |
| 20-29 | 120 | 6.74 | 256 | 14.38 | 376 | 21.12 |
| 30-39 | 40 | 2.25 | 108 | 6.07 | 148 | 8.31 |
| 40-49 | 36 | 2.02 | 82 | 4.61 | 118 | 6.63 |
| 50-59 | 23 | 1.29 | 43 | 2.42 | 66 | 3.71 |
| 60-69 | 11 | 0.62 | 22 | 1.24 | 33 | 1.85 |
| 70-79 | 16 | 0.90 | 13 | 0.73 | 29 | 1.63 |
| ≥ 80 | 0 | 0.00 | 1 | 0.06 | 1 | 0.06 |
| *TOTAL* | *653* | *36.69* | *1127* | *63.31* | *1780* | *100.00* |

no próprio dia do inquérito em 23,3%, correspondendo, na maior parte dos casos, a cefaleias tipo tensão. As cefaleias sintomáticas foram as que mais ocorreram com intervalos de meses ou anos em relação à data do inquérito, como é natural (quadro III.21a).

No que respeita a este parâmetro as diferenças entre os diversos grupos nosológicos ($\chi^2$=69.53; GL=9; p<.00001) são, do ponto de vista estatístico, altamente significativas.

*Última crise por sexo*

A análise da distribuição da última crise de cefaleias por sexo mostra que os episódios mais recentes de cefaleias ocorreram num maior número de vezes nas mulheres do que nos homens (quadro III.21b), sendo a diferença estatisticamente significativa ($\chi^2$= 70.995, GL=3, p< .0001), o que denota uma maior frequência de episódios dolorosos no sexo feminino como já anteriormente se afirmou.

Quadro III.21a - **Cefaleias: distribuição da última crise por grupos de diagnóstico**

LAST ATTACK by IHS DIAGNOSTIC GROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC GROUPS | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Count<br>Row %<br>Col % | TH | CHX | MH | OTH | Row total |
| LAST ATTACK | | | | | |
| DAYS | 524 | 128 | 73 | 24 | 749 |
| | 70.0 | 17.1 | 9.7 | 3.2 | 42.1 |
| | 41.8 | 52.9 | 41.5 | 22.9 | |
| WEEKS | 303 | 60 | 51 | 26 | 440 |
| | 68.9 | 13.6 | 11.6 | 5.9 | 24.8 |
| | 24.2 | 24.8 | 29.0 | 24.8 | |
| MONTHS | 320 | 44 | 43 | 27 | 434 |
| | 73.7 | 10.1 | 9.9 | 6.2 | 24.4 |
| | 25.5 | 18.2 | 24.4 | 25.7 | |
| YEARS | 107 | 10 | 9 | 28 | 154 |
| | 69.5 | 6.5 | 5.8 | 18.2 | 8.7 |
| | 8.5 | 4.1 | 5.1 | 26.7 | |
| Column | 1254 | 242 | 176 | 105 | 1777 |
| Total | 70.6 | 13.6 | 9.9 | 5.9 | 100.0 |

Number of Missing Observations: 3

*CHX-Combined headaches; MH-Migraine headache; OTH-Other headaches; TH-Tension-type headaches*

Quadro III.21b - **Cefaleias: distribuição da última crise por sexo**

| *SEX* | *LAST ATTACK* | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | *A/M* | *%* | *DAY* | *%* | *WEEK* | *%* | *MONTH* | *%* | *YEAR* | *%* | *T* | *% (R)* |
| MALE | 137 | 17.36 | 210 | 26.62 | 154 | 19.52 | 198 | 25.10 | 90 | 11.41 | 789 | 100.00 |
| FEMALE | 94 | 7.71 | 539 | 44.22 | 286 | 23.46 | 236 | 19.36 | 64 | 5.25 | 1219 | 100.00 |
| TOTAL | 231 | 11.50 | 749 | 37.30 | 440 | 21.91 | 434 | 21.61 | 154 | 7.67 | 2008 | 100.00 |

*A/M - Absent or missing cases*

Quadro III.21c - **Cefaleias: distribuição da última crise por idade**

| *AGE GROUP* | *LAST ATTACK* | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | *A/M* | *%* | *DAY* | *%* | *WEEK* | *%* | *MONTH* | *%* | *YEAR* | *%* | *T* | *% (R)* |
| 00-04 | 29 | 82.86 | 3 | 8.57 | 1 | 2.86 | 2 | 5.71 | 0 | 0.00 | 35 | 100.00 |
| 05-09 | 41 | 35.96 | 18 | 15.79 | 17 | 14.91 | 25 | 21.93 | 13 | 11.40 | 114 | 100.00 |
| 10-14 | 24 | 11.43 | 46 | 21.90 | 47 | 22.38 | 64 | 30.48 | 29 | 13.81 | 210 | 100.00 |
| 15-19 | 22 | 12.79 | 57 | 33.14 | 52 | 30.23 | 33 | 19.19 | 8 | 4.65 | 172 | 100.00 |
| 20-29 | 16 | 5.50 | 106 | 36.43 | 80 | 27.49 | 73 | 25.09 | 16 | 5.50 | 291 | 100.00 |
| 30-39 | 19 | 7.01 | 120 | 44.28 | 61 | 22.51 | 60 | 22.14 | 11 | 4.06 | 271 | 100.00 |
| 40-49 | 17 | 7.36 | 108 | 46.75 | 41 | 17.75 | 54 | 23.38 | 11 | 4.76 | 231 | 100.00 |
| 50-59 | 15 | 7.43 | 89 | 44.06 | 45 | 22.28 | 39 | 19.31 | 14 | 6.93 | 202 | 100.00 |
| 60-69 | 29 | 10.62 | 123 | 45.05 | 51 | 18.68 | 51 | 18.68 | 19 | 6.96 | 273 | 100.00 |
| 70-79 | 15 | 9.87 | 65 | 42.76 | 36 | 23.68 | 22 | 14.47 | 14 | 9.21 | 152 | 100.00 |
| 80+ | 4 | 7.02 | 14 | 24.56 | 9 | 15.79 | 11 | 19.30 | 19 | 33.33 | 57 | 100.00 |
| TOTAL | 231 | 11.50 | 749 | 37.30 | 440 | 21.91 | 434 | 21.61 | 154 | 7.67 | 2008 | 100.00 |

*A/M - Absent or missing cases*

*Última crise por idade*

A análise da distribuição da última crise por idades demonstrou que a frequência das crises aumenta com a idade a partir dos 15 anos até aos 70 anos para depois se atenuar progressivamente (quadro III.21c). Este aumento de frequência deve-se, muito provavelmente, ao aumento de prevalência de cefaleias de tensão nos grupos etários mais idosos, particularmente no sexo feminino (ver quadros III.13c e III.13d).

*Última crise por sexo e idade*

A análise da distribuição da última crise por sexos e idades não revelou diferenças estatisticamente significativas entre os vários grupos etários para o sexo masculino ($\chi^2$=39,87; GL=24; p< 0,03) mas já revelou diferenças significativas para o sexo feminino ($\chi^2$=99,11; GL=24; p< 0,00001) (figuras 12a e 12b) dada a existência, neste sexo, de uma grande diferença na distribuição das frequências das cefaleias nos grupos etários extremos.

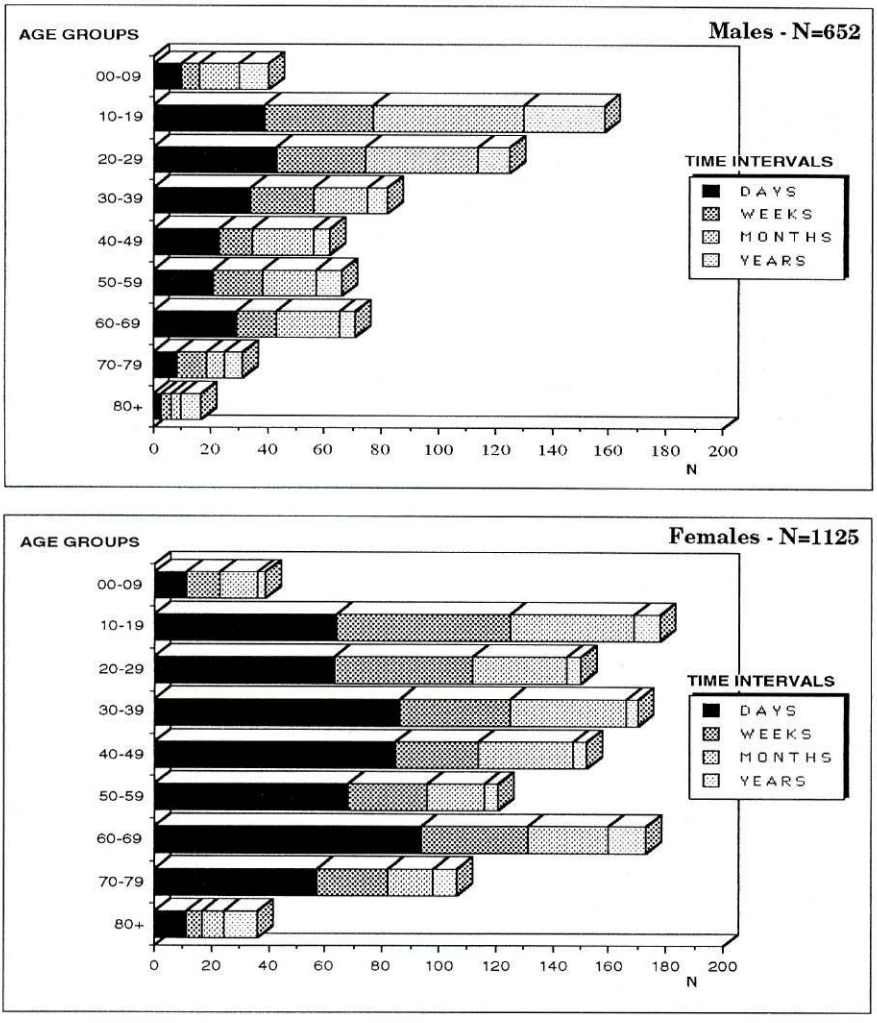



*Fig. 12a e 12b - Cefaleias: última crise por sexo e idade.*
*Headaches: last attack by age and gender*

### *Número de episódios*

Uma expressiva maioria das pessoas inquiridas já tinham experimentado anteriormente diversos episódios dolorosos com as mesmas características, tendo tido mais de cinco episódios em 92,9% dos casos, o que lhes terá dado a

Quadro III.22a - **Cefaleias: número de episódios por subgrupos de diagnóstico**

ATTACK NUMBER (FIVE OR MORE) by IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Count / Row % / Col % | CTH | ETH | THX | CHX | MWA | MOA | MHX | OTH | Row total |
| ≥5 ATTACKS | | | | | | | | | |
| YES | 77 | 915 | 185 | 233 | 29 | 117 | 26 | 71 | 1653 |
| | 4.7 | 55.4 | 11.2 | 14.1 | 1.8 | 7.1 | 1.6 | 4.3 | 92.9 |
| | 98.7 | 95.8 | 83.3 | 96.3 | 100.0 | 97.5 | 96.3 | 66.4 | |
| NO | 1 | 40 | 37 | 9 | | 3 | 1 | 36 | 127 |
| | .8 | 31.5 | 29.1 | 7.1 | | 2.4 | .8 | 28.3 | 7.1 |
| | 1.3 | 4.2 | 16.7 | 3.7 | | 2.5 | 3.7 | 33.6 | |
| Column Total | 78 | 955 | 222 | 242 | 29 | 120 | 27 | 107 | 1780 |
| | 4.4 | 53.7 | 12.5 | 13.6 | 1.6 | 6.7 | 1.5 | 6.0 | 100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*CHX-combined or mixed headaches; CTH-chronic tension headache; ETH-episodic tension headache; MHX-migraine not fulfilling all criteria; MOA-migraine without aura; MWA-migraine with aura; OTH-other headaches; THX-tension headache not fulfilling all criteria*

oportunidade de conhecerem e recordarem melhor o conjunto das manifestações associadas, o que reforça o valor das informações colhidas através do inquérito (quadro III.22a). Só 7,1% é que não responderam afirmativamente a esta questão, sendo as suas características as seguintes: predomínio nos grupos etários mais jovens (mais de 50% com menos de 15 anos), de ambos os sexos, com escolaridade reduzida ou média e com cefaleias na maior parte dos casos incaracterísticas e episódicas, mas muito pouco frequentes.

Nas cefaleias idiopáticas ocorreram, como era de esperar, várias crises idênticas na esmagadora maioria dos casos (94,6%), enquanto que nas cefaleias sintomáticas só em 66,4% é que os episódios se repetiram mais de cinco vezes, mas geralmente sem intervalos livres entre os episódios, isto é, foram considerados como episódios a ocorrer em dias consecutivos (quadro III.22a), o que traduz uma distorção ocasionada pela forma de inquérito através de questionário (um aspecto a rever em futuras utilizações do mesmo questionário).

Quadro III.22b - **Cefaleias: múltiplos episódios/dia por subgrupos de diagnóstico**

MULTIPLE ATTACKS PER DAY by IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Count / Row % / Col % | CTH | ETH | THX | CHX | MWA | MOA | MHX | OTH | Row total |
| MULTIPLE A. | | | | | | | | | |
| YES | 19 | 155 | 55 | 54 | 2 | 9 | 7 | 16 | 317 |
| | 6.0 | 48.9 | 17.4 | 17.0 | .6 | 2.8 | 2.2 | 5.0 | 17.8 |
| | 24.4 | 16.2 | 24.8 | 22.3 | 6.9 | 7.5 | 25.9 | 15.0 | |
| NO | 59 | 800 | 167 | 188 | 27 | 111 | 20 | 91 | 1463 |
| | 4.0 | 54.7 | 11.4 | 12.9 | 1.8 | 7.6 | 1.4 | 6.2 | 82.2 |
| | 75.6 | 83.8 | 75.2 | 77.7 | 93.1 | 92.5 | 74.1 | 85.0 | |
| Column Total | 78 | 955 | 222 | 242 | 29 | 120 | 27 | 107 | 1780 |
| | 4.4 | 53.7 | 12.5 | 13.6 | 1.6 | 6.7 | 1.5 | 6.0 | 100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*CHX-combined or mixed headaches; CTH-chronic tension headache; ETH-episodic tension headache; MHX-migraine not fulfilling all criteria; MOA-migraine without aura; MWA-migraine with aura; OTH-other headaches; THX-tension headache not fulfilling all criteria*

Na maior parte dos casos (82,2%), a dor ocorreu uma só vez no mesmo dia, mas 317 pessoas (17,8% do total de indivíduos com cefaleias) referiram ter tido mais de um episódio doloroso no mesmo dia com as mesmas características (quadro III.22b). Estas ocorreram preponderantemente em indivíduos do sexo feminino, no grupo etário dos 10 aos 29 anos, com um segundo pico dos 60 aos 69 anos, com índices de escolaridade baixos, das classes média ou baixa e ocorrendo predominantemente em formas episódicas e atípicas de enxaqueca ou cefaleias de tensão, para além das cefaleias em salva e das nevralgias cranianas, como seria de esperar. A sua ocorrência em alguns casos de enxaqueca corresponde quer a episódios tratados mas recidivadas no mesmo dia, o que é uma situação que pode ocorrer nesta modalidade de cefaleia, quer a formas atípicas de enxaqueca. Impõe-se, nestes casos, um diagnóstico diferencial com outras entidades clínicas como a hemicrania paroxística crónica (HPC) ou a cefaleia cervicogénica (CC), especialmente nas dores unilaterais não alternantes. Só

através do exame clínico e do bloqueio anestésico dos ramos de C2 será possível confirmar ou infirmar o diagnóstico. A unilateralidade estrita verificou-se em 49 pessoas, isto é, 15,5% dos indivíduos com múltiplas crises por dia mas, no entanto, esses casos não obedeceram aos critérios de diagnóstico das referidas entidades clínicas, HPC ou CC. São raras, portanto, as formas associadas com patologia cervical (só um caso: 0,05%) ou outras patologias orgânicas (17 casos: 0,9%), segundo os critérios da IHS. No que respeita a este parâmetro, isto é, às crises múltiplas, não há diferenças significativas entre os diversos grupos de diagnóstico ($\chi^2$=11,01; GL=3; p=0,011).

### *Frequência*

A frequência dos episódios dolorosos foi elevada conforme se salienta no quadro 23a donde se destaca que 54,9% dos indivíduos tiveram uma ou mais crises por mês. Sendo a frequência média das crises expressa em dias, semanas, meses e anos verificou-se que a frequência das crises de cefaleias nesta população foi diária em 91 pacientes (5,2%), semanal em 517 (29,5%), mensal em 668 (38,1%) e anual em 476 (27,2%) (quadro III.23a).

Com frequência diária ou quase diária predominam as cefaleias de tensão e combinadas, com frequência semanal ou mensal predominam as enxaquecas e as formas combinadas e com frequência anual predominam, naturalmente, as

Quadro III.23a - **População com cefaleias: frequência das crises**

| *ATTACK* | | | *FREQUENCY* | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *Nº* | *A/M* | *%* | *DAY* | *%* | *WEEK* | *%* | *MONTH* | *%* | *YEAR* | *%* | *TOTAL* | *% (T)* |
| | 28 | 1.57 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 28 | 1.57 |
| 1 | 0 | 0.00 | 87 | 4.89 | 293 | 16.46 | 370 | 20.79 | 174 | 9.78 | 924 | 51.91 |
| 2 | 0 | 0.00 | 3 | 0.17 | 115 | 6.46 | 180 | 10.11 | 93 | 5.22 | 391 | 21.97 |
| 3 | 0 | 0.00 | 1 | 0.06 | 71 | 3.99 | 69 | 3.88 | 54 | 3.03 | 195 | 10.96 |
| 4 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 24 | 1.35 | 23 | 1.29 | 48 | 2.70 | 95 | 5.34 |
| 5 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 8 | 0.45 | 6 | 0.34 | 26 | 1.46 | 40 | 2.25 |
| 6 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 6 | 0.34 | 12 | 0.67 | 37 | 2.08 | 55 | 3.09 |
| 7 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 1 | 0.06 | 4 | 0.22 | 5 | 0.28 |
| 8 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 7 | 0.39 | 40 | 2.25 | 47 | 2.64 |
| T | 28 | 1.57 | 91 | 5.11 | 517 | 29.04 | 668 | 37.53 | 476 | 26.74 | 1780 | 100.00 |

*A/M - Absent or missing cases*

formas sintomáticas que são habitualmente esporádicas ou raras, isto é, ocasionais, embora em alguns casos possam ocorrer por episódios diários e em surtos mais ou menos frequentes como no caso das cefaleias associados a síndromes febris agudos (quadro III.23b).

Quadro 3.23b - **Cefaleias: frequência das crises por subgrupos de diagnóstico**

ATTACK FREQUENCY (MEAN) by IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Count / Row % / Col % | CTH | ETH | THX | CHX | MWA | MOA | MHX | OTH | Row total |
| ATTACK FREQ. | | | | | | | | | |
| DAYLY | 55 | 2 | 15 | 17 | | | | 2 | 91 |
| (≥1/DAY) | 60.4 | 2.2 | 16.5 | 18.7 | | | | 2.2 | 5.2 |
| | 70.5 | .2 | 6.9 | 7.1 | | | | 2.2 | |
| WEEKLY | 21 | 281 | 60 | 83 | 12 | 37 | 6 | 17 | 517 |
| (1-6/W) | 4.1 | 54.4 | 11.6 | 16.1 | 2.3 | 7.2 | 1.2 | 3.3 | 29.5 |
| | 26.9 | 29.6 | 27.6 | 34.7 | 41.4 | 30.8 | 22.2 | 18.3 | |
| MONTHLY | 2 | 397 | 61 | 102 | 13 | 57 | 11 | 25 | 668 |
| (1-4/M) | .3 | 59.4 | 9.1 | 15.3 | 1.9 | 8.5 | 1.6 | 3.7 | 38.1 |
| | 2.6 | 41.8 | 28.1 | 42.7 | 44.8 | 47.5 | 40.7 | 26.9 | |
| YEARLY | 269 | 81 | 37 | 4 | 26 | 10 | 49 | 476 | |
| (<12/Y) | 56.5 | 17.0 | 7.8 | .8 | 5.5 | 2.1 | 10.3 | 27.2 | |
| | 28.3 | 37.3 | 15.5 | 13.8 | 21.7 | 37.0 | 52.7 | | |
| Column | 78 | 949 | 217 | 239 | 29 | 120 | 27 | 93 | 1752 |
| Total | 4.5 | 54.2 | 12.4 | 13.6 | 1.7 | 6.8 | 1.5 | 5.3 | 100.0 |

Number of Missing Observations: 28

*CHX-combined or mixed headaches; CTH-chronic tension headache; ETH-episodic tension headache; MHX-migraine not fulfilling all criteria; MOA-migraine without aura; MWA-migraine with aura; OTH-other headaches; THX-tension headache not fulfilling all criteria*

A frequência das crises, particularmente nas cefaleias episódicas de frequência diária ou semanal, é manifestamente maior no sexo feminino (58,8%) do que no masculino (46,1%) (quadro III.23c).

Quadro III.23c - **Cefaleias: distribuição da frequência por sexo**

| *SEX* | *FREQUENCY* | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | *M* | % | *DAY* | % | *WEEK* | % | *MONTH* | % | *YEAR* | % | *T* | % *(R)* |
| MALE | 13 | 1.99 | 16 | 2.45 | 148 | 22.66 | 232 | 35.53 | 244 | 37.37 | 653 | 100.00 |
| FEM. | 15 | 1.33 | 75 | 6.65 | 369 | 32.74 | 436 | 38.69 | 232 | 20.59 | 1127 | 100.00 |
| TOTAL | 28 | 1.57 | 91 | 5.11 | 517 | 29.04 | 668 | 37.53 | 476 | 26.74 | 1780 | 100.00 |

*M - Missing cases*

Quadro III.23d - **Cefaleias: distribuição da frequência por idade**

| *AGE GROUP* | *FREQUENCY OF HEADACHES* | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | *M* | % | *DAY* | % | *WEEK* | % | *MONTH* | % | *YEAR* | % | *T* | % *(R)* |
| 0- 9 | 3 | 3.80 | 2 | 2.53 | 13 | 16.46 | 23 | 29.11 | 38 | 48.10 | 79 | 100.00 |
| 10-19 | 3 | 0.89 | 3 | 0.89 | 60 | 17.80 | 151 | 44.81 | 120 | 35.61 | 337 | 100.00 |
| 20-29 | 1 | 0.36 | 6 | 2.17 | 87 | 31.52 | 119 | 43.12 | 63 | 22.83 | 276 | 100.00 |
| 30-39 | 2 | 0.79 | 11 | 4.37 | 81 | 32.14 | 101 | 40.08 | 57 | 22.62 | 252 | 100.00 |
| 40-49 | 2 | 0.93 | 16 | 7.48 | 67 | 31.31 | 82 | 38.32 | 47 | 21.96 | 214 | 100.00 |
| 50-59 | 3 | 1.60 | 16 | 8.56 | 64 | 34.22 | 56 | 29.95 | 48 | 25.67 | 187 | 100.00 |
| 60-69 | 4 | 1.63 | 18 | 7.35 | 87 | 35.51 | 79 | 32.24 | 57 | 23.27 | 245 | 100.00 |
| 70-79 | 4 | 2.92 | 16 | 11.68 | 47 | 34.31 | 45 | 32.85 | 25 | 18.25 | 137 | 100.00 |
| 80+ | 6 | 11.32 | 3 | 5.66 | 11 | 20.75 | 12 | 22.64 | 21 | 39.62 | 53 | 100.00 |
| TOTAL | 28 | 1.57 | 91 | 5.11 | 517 | 29.04 | 668 | 37.53 | 476 | 26.74 | 1780 | 100.00 |

*M - Missing cases*

A frequência das crises, em geral, aumenta progressivamente com a idade nas formas mais frequentes e diminui também progressivamente com a idade nas formas menos frequentes, embora de uma forma não sistemática (quadro III.23d).

A análise da frequência das crises por idades e por sexos revelou que, no sexo masculino, predominam as cefaleias esporádicas e nos grupos etários mais baixos, enquanto que, no sexo feminino, predominam as cefaleias episódicas, de frequência semanal ou mensal, e na idade da adolescência (figuras 13a a 13d).

### *Periodicidade*

De acordo com a periodicidade das crises as cefaleias foram classificadas como: crónicas (C), nos casos em que as crises ocorreram em mais de metade do

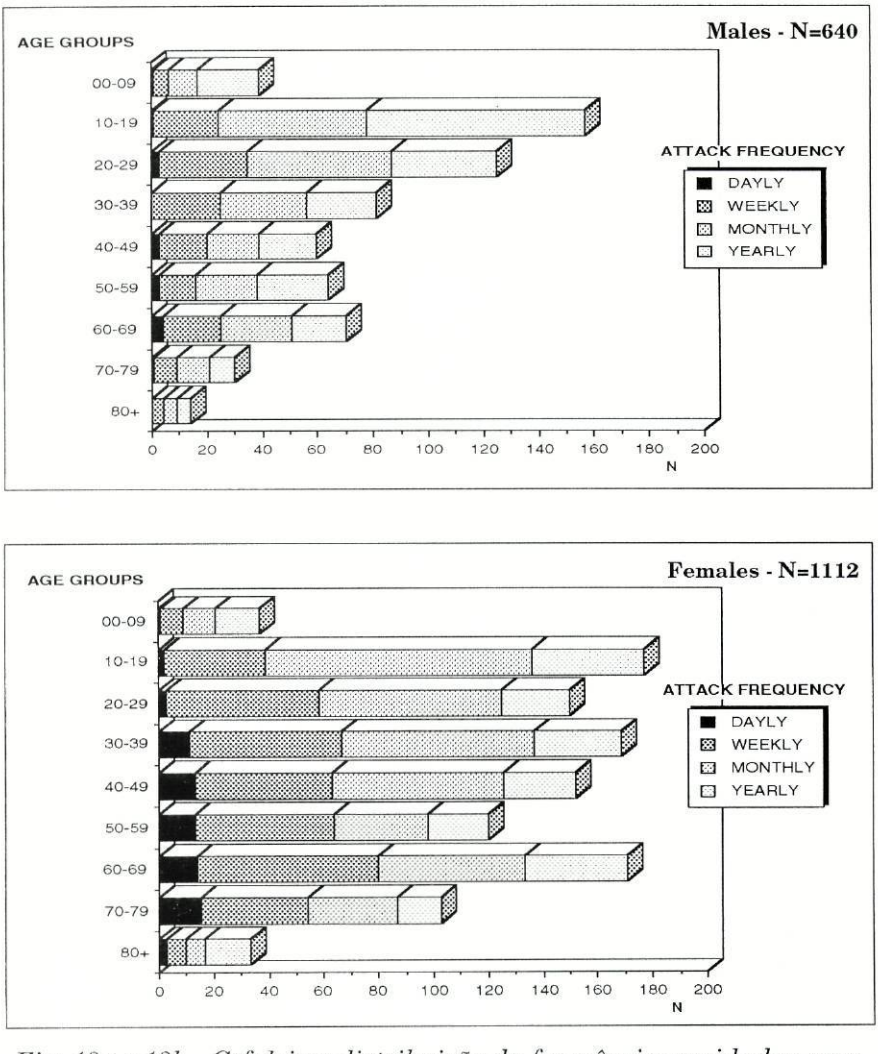



*Fig. 13a e 13b - Cefaleias: distribuição da frequência por idade e sexo.*
*Headaches frequency: age and gender distribution*

tempo, isto é, a frequência era superior a 3 por semana; episódicas (E), quando ocorreram por episódios mas com uma frequência semanal ou mensal e sempre mais de uma vez por ano, e esporádicas (S), quando ocorreram raramente, isto é, com uma periodicidade menor ou igual a um episódio por ano. Neste estudo verificou-se que na esmagadora maioria das situações de cefaleias a dor era

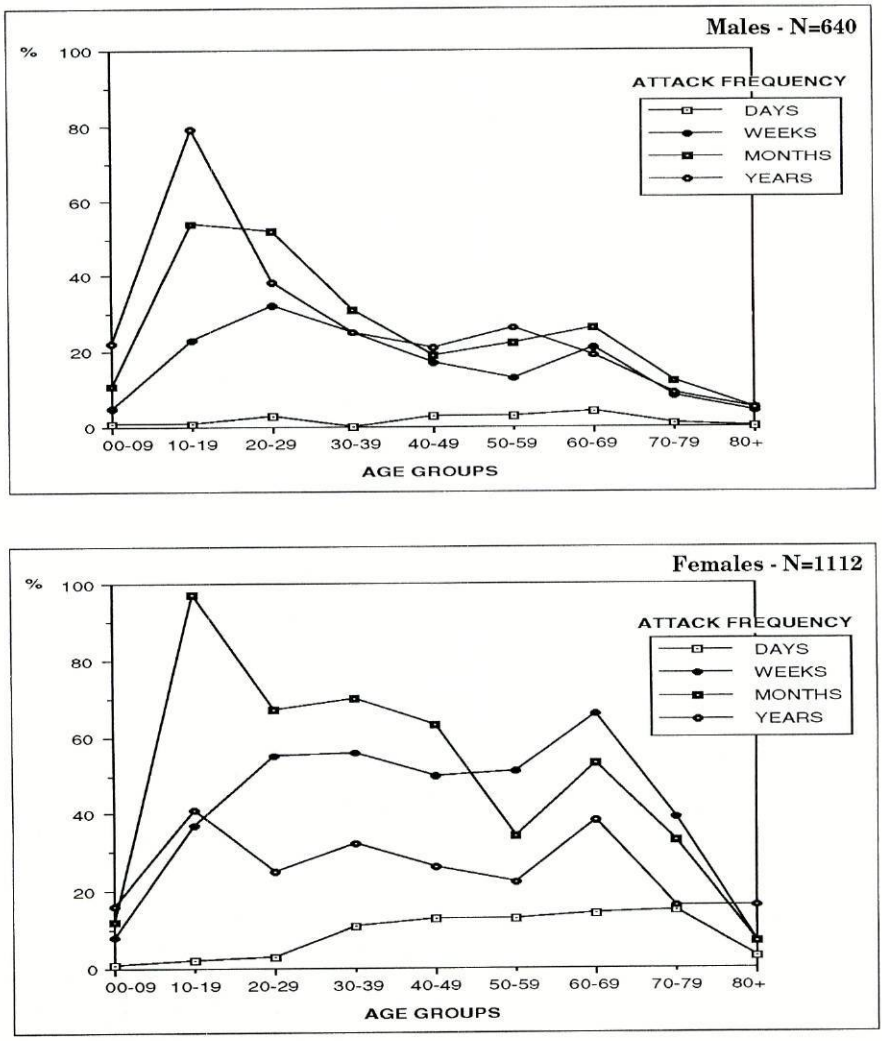



*Fig. 13c e 13d - Cefaleias: distribuição da frequência por idade, sexo e diagnóstico.*
*Headache frequency: age, gender and diagnostic distribution*

recorrente (81,5%), com recidivas ou paroxismos periódicos, se bem que com periodicidade variável sendo diária ou quase diária em 7,2% dos casos e classificados como crónicos . Os casos de episódios isolados ou de periodicidade muito rara, considerados como esporádicos, ocorreram em 11,2% dos indivíduos inquiridos (quadro III.24a).

Quadro III.24a - **Cefaleias: periodicidade das crises por diagnóstico**

PERIODICITY by IHS DIAGNOSTIC GROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC GROUPS | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Count / Row % / Col % | TH | CHX | MH | OTH | Row total |
| PERIODICITY | | | | | |
| CHRONIC | 99 | 25 | 2 | 3 | 129 |
| | 76.7 | 19.4 | 1.6 | 2.3 | 7.2 |
| | 7.9 | 10.3 | 1.1 | 2.8 | |
| EPISODIC | 1011 | 203 | 171 | 66 | 1451 |
| | 69.7 | 14.0 | 11.8 | 4.5 | 81.5 |
| | 80.6 | 83.9 | 97.2 | 61.7 | |
| SPORADIC | 145 | 14 | 3 | 38 | 200 |
| | 72.5 | 7.0 | 1.5 | 19.0 | 11.2 |
| | 11.6 | 5.8 | 1.7 | 35.5 | |
| Column Total | 1255 | 242 | 176 | 107 | 1780 |
| | 70.5 | 13.6 | 9.9 | 6.0 | 100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*CHX-Combined headaches; MH-Migraine headache; OTH-Other headaches; TH-Tension-type headaches*

Nas formas crónicas predominam as cefaleias de tensão e as cefaleias combinadas; nas formas episódicas as enxaquecas e as cefaleias combinadas; e nas formas esporádicas as cefaleias sintomáticas, isto é, em conformidade com o que é habitual e seria de esperar (quadro III.24a), correspondendo as raras excepções a formas atípicas ou a erro de codificação. Neste caso, as diferenças entre os diversos grupos nosológicos ($\chi^2$=103,49; GL=6; p<0,00001) e entre os subgrupos nosológicos ($\chi^2$=1133,94; GL=14; p<0,00001) são estatisticamente muito significativas, como seria de esperar.

A análise da periodicidade das crises revelou, conforme se pode ver no quadro III.24b, que as cefaleias episódicas representam 81,52% do total com predomínio do sexo feminino (82,08%) sobre o masculino (80,55%).

As variedades de cefaleias mais frequentes, as episódicas, ocorrem predominantemente no sexo feminino entre os 20 e os 50 anos e as mais raras, as

Quadro III.24b - **População com cefaleias: periodicidade por sexo**

| *PERIODICITY* | *SEX* | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | *M* | *%* | *F* | *%* | *TOTAL* | *% (C)* |
| Chronic (C) | 21 | 3.22 | 108 | 9.58 | 129 | 7.25 |
| Episodic (E) | 526 | 80.55 | 925 | 82.08 | 1451 | 81.52 |
| Sporadic (S) | 106 | 16.23 | 94 | 8.34 | 200 | 11.24 |
| TOTAL | 653 | 100.00 | 127 | 100.00 | 1780 | 100.00 |

*(C)-chronic; (E)-episodic; (S)-sporadic; % (C) - Percentage by column*

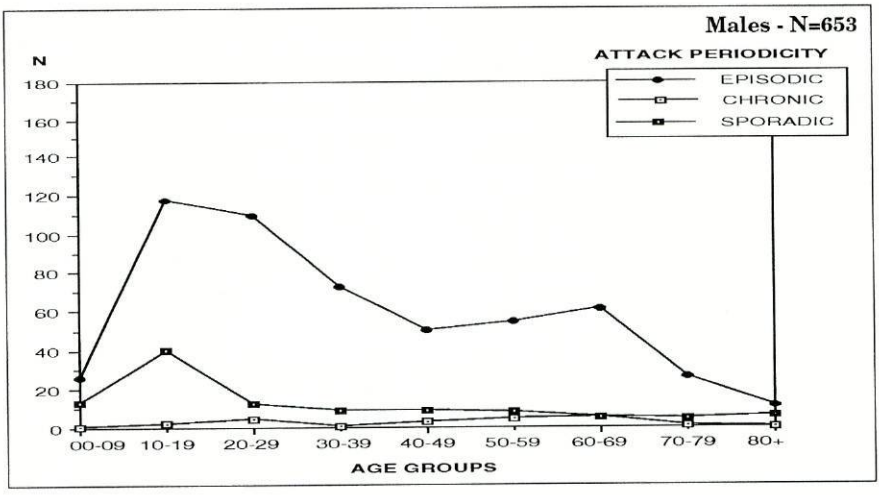
Quadro III.24c - **Cefaleias: distribuição da periodicidade por idade**

| *AGE GROUPS* | *PERIODICITY OF HEADACHES* | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | *CHRON.* | *%* | *EPISOD.* | *%* | *SPORAD.* | *%* | *T* | *% (R)* |
| 0- 9 | 2 | 2.53 | 55 | 69.62 | 22 | 27.85 | 79 | 100.00 |
| 10-19 | 5 | 1.48 | 275 | 81.60 | 57 | 16.91 | 337 | 100.00 |
| 20-29 | 10 | 3.62 | 248 | 89.86 | 18 | 6.52 | 276 | 100.00 |
| 30-39 | 16 | 6.35 | 218 | 86.51 | 18 | 7.14 | 252 | 100.00 |
| 40-49 | 21 | 9.81 | 178 | 83.18 | 15 | 7.01 | 214 | 100.00 |
| 50-59 | 25 | 13.37 | 144 | 77.01 | 18 | 9.63 | 187 | 100.00 |
| 60-69 | 26 | 10.61 | 198 | 80.82 | 21 | 8.57 | 245 | 100.00 |
| 70-79 | 21 | 15.33 | 101 | 73.72 | 15 | 10.95 | 137 | 100.00 |
| 80+ | 3 | 5.66 | 34 | 64.15 | 16 | 30.19 | 53 | 100.00 |
| TOTAL | 129 | 7.25 | 1451 | 81.52 | 200 | 11.24 | 1780 | 100.00 |

*% (R) - Percentage by row*

crónicas, ocorrem também nas mulheres, mas após os 50 anos (menopausa) (quadro III.24b), salientando, uma vez mais o eventual papel das hormonas sexuais femininas na ocorrência das crises de cefaleias. As variedades mais raras, as esporádicas, ocorrem predominantemente no sexo masculino (quadro III.24c). A diferença entre os sexos no que respeita à frequência das crises é do ponto de vista estatístico altamente significativa ($\chi^2$=46,16; GL=2; p<0,0001).

As cefaleias esporádicas predominam nos grupos etários mais baixos, dos 5 aos 19 anos, as episódicas nas idades intermédias, dos 20 aos 50 anos, e as crónicas, nos grupos etários mais altos, dos 50 aos 79 anos (quadro III.24c), o que sugere um aumento progressivo da frequência das crises com o avançar da idade. Este facto pode ser devido mais a factores endógenos, relacionados com o sistema de controle endógeno da dor, do que a factores exógenos. Mas, curiosamente, neste aspecto a diferença entre os sexos não é relevante (figuras 14a e 14b).



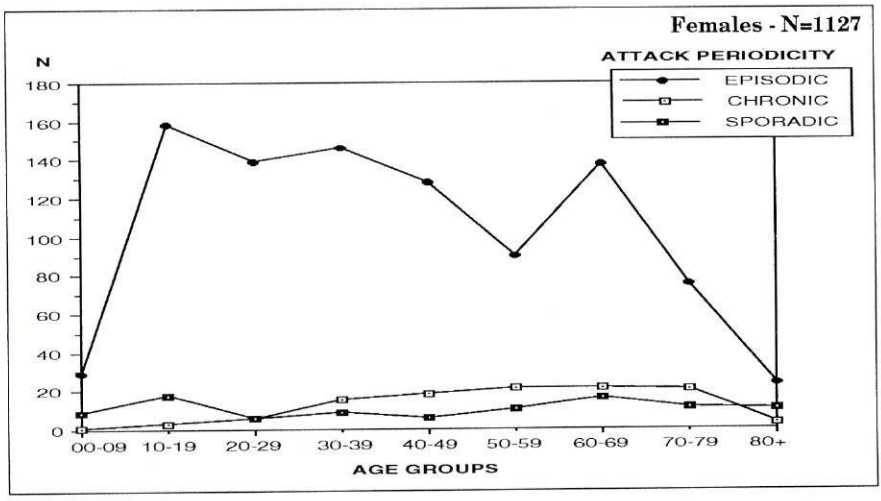




*Fig. 14a e 14b - Cefaleias: periodicidade por sexos e por idades.*
*Headaches: periodicity by age and gender.*

### *Qualidade da dor*

Na maior parte dos casos, as dores têm sempre as mesmas características ou, pelo menos, características semelhantes nos diversos episódios. Dos indivíduos inquiridos com mais de um episódio de cefaleias, 1640 (92,1%) referiram que a dor era sempre do mesmo tipo e apenas 140 pessoas (7,9%) descreveram

diferentes tipos de cefaleias (quadro III.25a). Este grupo é constituído maioritariamente por cefaleias combinadas ou mistas, mas corresponde a uma percentagem inferior à do grupo de cefaleias combinadas porque, nestas, também estão incluídas as associações de duas cefaleias que, embora nosologicamente diferentes, podem ter o mesmo tipo de dor ou dores de características pouco distintas que se tornam difíceis de distinguir por pessoas pouco sensibilizadas para este problema.

Quadro III.25a - **Cefaleias: tipo de crise por grupos de diagnóstico**

ATTACK TYPE by IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Count<br>Row %<br>Col % | CTH | ETH | THX | CHX | MWA | MOA | MHX | OTH | Row total |
| ATTACK TYPE | | | | | | | | | |
| SAME | 71 | 908 | 213 | 174 | 29 | 116 | 27 | 102 | 1640 |
| | 4.3 | 55.4 | 13.0 | 10.6 | 1.8 | 7.1 | 1.6 | 6.2 | 92.1 |
| | 91.0 | 95.1 | 95.9 | 71.9 | 100.0 | 96.7 | 100.0 | 95.3 | |
| DIFFERENT | 7 | 47 | 9 | 68 | | 4 | | 5 | 140 |
| | 5.0 | 33.6 | 6.4 | 48.6 | | 2.9 | | 3.6 | 7.9 |
| | 9.0 | 4.9 | 4.1 | 28.1 | | 3.3 | | 4.7 | |
| Column | 78 | 955 | 222 | 242 | 29 | 120 | 27 | 107 | 1780 |
| Total | 4.4 | 53.7 | 12.5 | 13.6 | 1.6 | 6.7 | 1.5 | 6.0 | 100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*CHX-combined or mixed headaches; CTH-chronic tension headache; ETH-episodic tension headache; MHX-migraine not fulfilling all criteria; MOA-migraine without aura; MWA-migraine with aura; OTH-other headaches; THX-tension headache not fulfilling all criteria*

A qualidade da dor está resumida no quadro III.25b. Salienta-se a elevada percentagem (46,3%) de cidadãos com dor do tipo peso, moedeira, pressão ou aperto, enquanto que as cefaleias pulsáteis representam apenas 24,9%. Pelo menos em 6,5 % dos indivíduos, excluindo os casos omissos, ocorreram diversas formas de cefaleias em que a dor se revestia de carácter variável de episódio para episódio. A distribuição da qualidade da dor por grupos de diagnóstico revelou

que a pressão ou aperto ocorreu predominantemente na população com cefaleias de tensão (54,6%) e a pulsatilidade predominantemente na enxaqueca (81,3%), isto é, de acordo com os critérios de diagnóstico. Nas formas combinadas foram as duas qualidades que ocorreram com maior frequência, a pressão com 34,7% e a pulsatilidade com 22,7% e nas formas sintomáticas predominaram também a pressão (37,4%) e a pulsatilidade (27,1%) e, acessoriamante, outros tipos de dor como o queimor (8,4%).

Quadro III.25b - **Cefaleias: qualidade da dor por grupos de diagnóstico**

PAIN QUALITY by IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Count / Row % / Col % | CTH | ETH | THX | CHX | MWA | MOA | MHX | OTH | Row total |
| PAIN QUALITY | | | | | | | | | |
| MISSING | | 15 | 7 | 12 | 2 | 7 | | 16 | 59 |
| | | 25.4 | 11.9 | 20.3 | 3.4 | 11.9 | | 27.1 | 3.3 |
| | | 1.6 | 3.2 | 5.0 | 6.9 | 5.8 | | 15.0 | |
| DIFFERENT 7 TYPES | 42 | 8 | 58 | | | | 1 | 116 | |
| | 6.0 | 36.2 | 6.9 | 50.0 | | | | .9 | 6.5 |
| | 9.0 | 4.4 | 3.6 | 24.0 | | | | .9 | |
| THROBBING | 14 | 175 | 31 | 51 | 23 | 99 | 21 | 29 | 443 |
| | 3.2 | 39.5 | 7.0 | 11.5 | 5.2 | 22.3 | 4.7 | 6.5 | 24.9 |
| | 17.9 | 18.3 | 14.0 | 21.1 | 79.3 | 82.5 | 77.8 | 27.1 | |
| PRESSING/ TIGHTENING | 49 | 506 | 130 | 87 | 1 | 9 | 2 | 40 | 824 |
| | 5.9 | 61.4 | 15.8 | 10.6 | .1 | 1.1 | .2 | 4.9 | 46.3 |
| | 62.8 | 53.0 | 58.6 | 36.0 | 3.4 | 7.5 | 7.4 | 37.4 | |
| STABBING/ PRICKING | 4 | 152 | 33 | 20 | 3 | 4 | 3 | 11 | 230 |
| | 1.7 | 66.1 | 14.3 | 8.7 | 1.3 | 1.7 | 1.3 | 4.8 | 12.9 |
| | 5.1 | 15.9 | 14.9 | 8.3 | 10.3 | 3.3 | 11.1 | 10.3 | |
| BURNING/ ITCHING | 4 | 61 | 12 | 14 | | 1 | 1 | 9 | 102 |
| | 3.9 | 59.8 | 11.8 | 13.7 | | 1.0 | 1.0 | 8.8 | 5.7 |
| | 5.1 | 6.4 | 5.4 | 5.8 | | .8 | 3.7 | 8.4 | |
| OTHERS | | 4 | 1 | | | | | 1 | 6 |
| | | 66.7 | 16.7 | | | | | 16.7 | .3 |
| | | .4 | .5 | | | | | .9 | |
| Column Total | 78 | 955 | 222 | 242 | 29 | 120 | 27 | 107 | 1780 |
| | 4.4 | 53.7 | 12.5 | 13.6 | 1.6 | 6.7 | 1.5 | 6.0 | 100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*CHX-combined or mixed headaches; CTH-chronic tension headache; ETH-episodic tension headache; MHX-migraine not fulfilling all criteria; MOA-migraine without aura; MWA-migraine with aura; OTH-other headaches; THX-tension headache not fulfilling all criteria*

### *Local da dor*

A localização preferencial da dor foi a constante do quadro III.26a em que se salientam as localizações frontal (50,9%) e temporal (26,3%). Surpreendente é a reduzida expressão da dor localizada ao vértex (8,5%) que é bastante mais frequente a nível ambulatório hospitalar, possivelmente por estar mais relacionada com quadros de cefaleias de longa duração e/ou abuso medicamentoso, ou

Quadro III.26a - **Cefaleias: local da dor por subgrupos de diagnóstico**

PAIN LOCATION by IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Count / Row % / Col % | CTH | ETH | THX | CHX | MWA | MOA | MHX | OTH | Row total |
| LOCATION | | | | | | | | | |
| ORBITAL | 13 | 157 | 35 | 50 | 8 | 36 | 5 | 16 | 321 |
| | 4.0 | 48.9 | 10.9 | 15.6 | 2.5 | 11.2 | 1.6 | 5.0 | 18.0 |
| | 16.7 | 16.4 | 15.8 | 20.7 | 27.6 | 30.0 | 18.5 | 15.0 | |
| FRONTAL | 37 | 503 | 127 | 124 | 12 | 54 | 15 | 53 | 905 |
| | 4.1 | 55.6 | 14.0 | 13.7 | 1.3 | 6.0 | 1.7 | 5.9 | 50.9 |
| | 47.5 | 50.5 | 57.3 | 51.2 | 41.4 | 45.0 | 55.6 | 49.5 | |
| TEMPORAL | 23 | 247 | 48 | 71 | 12 | 34 | 11 | 19 | 467 |
| | 4.9 | 52.9 | 10.3 | 15.2 | 2.6 | 7.3 | 2.4 | 4.1 | 26.3 |
| | 29.5 | 25.9 | 22.5 | 29.3 | 41.4 | 27.5 | 40.7 | 17.7 | |
| OCCIPITAL | 24 | 190 | 37 | 68 | 3 | 13 | 3 | 18 | 356 |
| | 6.7 | 53.4 | 10.4 | 19.1 | .8 | 3.7 | .8 | 5.1 | 20.0 |
| | 30.7 | 19.9 | 16.8 | 28.1 | 10.3 | 10.8 | 11.1 | 16.8 | |
| VERTEX | 10 | 70 | 19 | 27 | 2 | 6 | 1 | 16 | 151 |
| | 6.6 | 46.4 | 12.6 | 17.9 | 1.3 | 3.9 | .6 | 10.6 | 8.5 |
| | 12.8 | 7.3 | 8.6 | .8 | 6.9 | 5.0 | 3.7 | 15.0 | |
| OTHERS | 5 | 31 | 6 | 14 | 2 | 4 | 2 | 4 | 68 |
| | 7.4 | 45.6 | 8.8 | 20.6 | 2.9 | 5.9 | 2.9 | 5.9 | .1 |
| | 6.4 | 3.2 | 2.8 | 5.8 | 6.9 | 3.3 | 7.4 | 3.7 | |

*CHX-combined or mixed headaches; CTH-chronic tension headache; ETH-episodic tension headache; MHX-migraine not fulfilling all criteria; MOA-migraine without aura; MWA-migraine with aura; OTH-other headaches; THX-tension headache not fulfilling all criteria*

então, por deficiente compreensão da pergunta constituindo, portanto, um eventual erro induzido pelo questionário.

No que respeita ao local da dor, verifica-se que na enxaqueca a dor predomina na orbita e na região temporal, enquanto que na cefaleia de tensão predomina nas regiões frontal, temporal e occipital. No vértex predominam as outras formas de cefaleias nomeadamente as sintomáticas. As cefaleias primárias tem predilecção pelas regiões orbital e frontal e temporal, isto é, de predomínio anterior e lateral, na área do trigémio. As cefaleias sintomáticas predominam nas regiões frontal, occipital e vertex, isto é, embora também com distribuição anterior e na área do trigémio são mais difusas o que poderá estar relacionado precisamente com a sua genese intracraniana e a possibilidade de a dor conforme a sua origem poder ser veiculada ou para a região occipital e nuca ou para a região frontal de acordo com a distribuição anatómica das fibras sensitivas de inervação endocraniana (quadro III.26a).

A lateralização da dor ocorreu em 23,7% das pessoas, sem nítido predomínio de lado (direito -11,4% e esquerdo -12,3%), mas na maior parte dos casos a dor foi bilateral (72,9%) (quadro III.26b). Ocorreram as duas formas no mesmo indivíduo em 3,0% dos inquiridos (53 casos).

A análise deste parâmetro revelou que a enxaqueca tem um certo predomínio unilateral (58,5 %), mas sem nítida preponderância de qualquer um dos lados (D - 26,7% E - 31,8%), ao passo que a cefaleia de tensão é de franco predomínio bilateral (79,7%), de acordo com os critérios de diagnóstico. A dor também predominantemente bilateral nas outras formas de cefaleias (67,3%) (quadro III.26b).

Nos indivíduos com dor unilateral (23,7%) verificou-se que só em 7,2% havia alternância de lado e que em 298 casos (16,7%) a dor era estritamente unilateral (quadro III.26c). A alternância de lado ocorreu predominantemente nos indivíduos com enxaqueca (22,7%) ou cefaleias combinadas (7,4%). Grande parte dos indivíduos não conseguiu responder adequadamente a esta questão, possivelmente, por terem dores bilaterais sem localização predominante e não encontrarem justificação para a resposta a esta pergunta, podendo traduzir um eventual erro induzido pelo inquiridor que não cumpriu a exigência de resposta sistemática a todas as perguntas (quadro III.26c).

Quadro III.26b - **Cefaleias: lateralização da dor por subgrupos de diagnóstico**

PAIN SIDE by IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Coun / Row % / Col % | CTH | ETH | THX | CHX | MWA | MOA | MHX | OTH | Row total |
| PAIN SIDE | | | | | | | | | |
| MISSING | | 1 | 1 | 2 | | 1 | | 2 | 7 |
| | | 14.3 | 14.3 | 28.6 | | 14.3 | | 28.6 | .4 |
| | | .1 | .5 | .8 | | .8 | | 1.9 | |
| VARIABLE | 2 | 15 | 2 | 34 | | | | | 53 |
| | 3.8 | 28.3 | 3.8 | 64.2 | | | | | 3.0 |
| | 2.6 | 1.6 | .9 | 14.0 | | | | | |
| RIGHT | 3 | 82 | 24 | 30 | 7 | 35 | 5 | 17 | 203 |
| | 1.5 | 40.4 | 11.8 | 14.8 | 3.4 | 17.2 | 2.5 | 8.4 | 11.4 |
| | 3.8 | 8.6 | 10.8 | 12.4 | 24.1 | 29.2 | 18.5 | 15.9 | |
| LEFT | 11 | 94 | 20 | 22 | 8 | 42 | 6 | 16 | 219 |
| | 5.0 | 42.9 | 9.1 | 10.0 | 3.7 | 19.2 | 2.7 | 7.3 | 12.3 |
| | 14.1 | 9.8 | 9.0 | 9.1 | 27.6 | 35.0 | 22.2 | 15.0 | |
| BILATERAL | 62 | 763 | 175 | 154 | 14 | 42 | 16 | 72 | 1298 |
| | 4.8 | 58.8 | 13.5 | 11.9 | 1.1 | 3.2 | 1.2 | 5.5 | 72.9 |
| | 79.5 | 79.9 | 78.8 | 63.6 | 48.3 | 35.0 | 59.3 | 67.3 | |
| Column | 78 | 955 | 222 | 242 | 29 | 120 | 27 | 107 | 1780 |
| Total | 4.4 | 53.7 | 12.5 | 13.6 | 1.6 | 6.7 | 1.5 | 6.0 | 100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*CHX-combined or mixed headaches; CTH-chronic tension headache; ETH-episodic tension headache; MHX-migraine not fulfilling all criteria; MOA-migraine without aura; MWA-migraine with aura; OTH-other headaches; THX-tension headache not fulfilling all criteria*

Os casos de dor estritamente unilateral podem levantar alguns problemas de diagnóstico diferencial com situações potencialmente orgânicas, mas a sua análise revelou que só em 25 (1,3%) é que a associação com um processo orgânico se confirmou, sendo a sua distribuição por patologias a seguinte: 1) de origem cervical - 3; 2) associadas a infecções sistémicas - 2; 3) associadas a lesões intracranianas não vasculares - 1; 4) associadas ao consumo de substâncias - 3

Quadro III.26c - **Cefaleias: alternância de lado por subgrupos de diagnóstico**

SIDE SHIFTING of the PAIN by IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Count / Row % / Col % | CTH | ETH | THX | CHX | MWA | MOA | MHX | OTH | Row total |
| SIDE SHIFTING | | | | | | | | | |
| MISSING | 66 | 772 | 176 | 183 | 16 | 46 | 15 | 74 | 1348 |
| | 4.9 | 57.3 | 13.1 | 13.6 | 1.2 | 3.4 | 1.1 | 5.5 | 75.7 |
| | 84.6 | 80.8 | 79.3 | 75.6 | 55.2 | 38.3 | 55.6 | 69.2 | |
| VARIABLE | | 2 | | 3 | | | | | 5 |
| | | 40.0 | | 60.0 | | | | | .3 |
| | | .2 | | 1.2 | | | | | |
| YES | | 54 | 14 | 18 | 3 | 33 | 4 | 3 | 129 |
| | | 41.9 | 10.9 | 14.0 | 2.3 | 25.6 | 3.1 | 2.3 | 7.2 |
| | | 5.7 | 6.3 | 7.4 | 10.3 | 27.5 | 14.8 | 2.8 | |
| NO | 12 | 127 | 32 | 38 | 10 | 41 | 8 | 30 | 298 |
| | 4.0 | 42.6 | 10.7 | 12.8 | 3.4 | 13.8 | 2.7 | 10.1 | 16.7 |
| | 15.4 | 13.3 | 14.4 | 15.7 | 34.5 | 34.2 | 29.6 | 28.0 | |
| Column Total | 78 | 955 | 222 | 242 | 29 | 120 | 27 | 107 | 1780 |
| | 4.4 | 53.7 | 12.5 | 13.6 | 1.6 | 6.7 | 1.5 | 6.0 | 100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*CHX-combined or mixed headaches; CTH-chronic tension headache; ETH-episodic tension headache; MHX-migraine not fulfilling all criteria; MOA-migraine without aura; MWA-migraine with aura; OTH-other headaches; THX-tension headache not fulfilling all criteria*

(de uso agudo - 1; crónico - 1 e privação - 1); 5) associadas a afecções sinusais - 1; 6) associadas a afecções dentárias - 1; 7) nevralgia do trigémio - 1 e 8) outras não classificadas - 13 (Apêndice 5).

### *Severidade*

A intensidade da dor foi leve em 54,0% dos casos, moderada em 26,0%, severa em apenas 12,4% e variável ou muito variável em 5,1% dos inquiridos (quadro III.27). Portanto, apenas menos de metade (46,0%) das cefaleias descritas é que apresentam intensidade significativa.

A cefaleia moderada ou severa ocorreu mais frequentemente na enxaque-

Quadro III.27 - **Cefaleias: severidade por subgrupos de diagnóstico**

PAIN SEVERITY by IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Count / Row % / Col % | CTH | ETH | THX | CHX | MWA | MOA | MHX | OTH | Row total |
| PAIN SEVERITY | | | | | | | | | |
| MISSING | 1 | 9 | 2 | 35 | | | | | 47 |
| | 2.1 | 19.1 | 4.3 | 74.5 | | | | | 2.6 |
| | 1.3 | .9 | .9 | 14.5 | | | | | |
| MILD | 43 | 581 | 141 | 88 | 5 | 34 | 6 | 63 | 961 |
| | 4.5 | 60.5 | 14.7 | 9.2 | .5 | 3.5 | .6 | 6.6 | 54.0 |
| | | 55.1 | 60.8 | 63.5 | 36.4 | 17.2 | 28.3 | 22.2 | 58.9 |
| MODERATE | 14 | 258 | 40 | 63 | 7 | 52 | 11 | 17 | 462 |
| | 3.0 | 55.8 | 8.7 | 13.6 | 1.5 | 11.3 | 2.4 | 3.7 | 26.0 |
| | 17.9 | 27.0 | 18.0 | 26.0 | 24.1 | 43.3 | 40.7 | 15.9 | |
| SEVERE | 11 | 84 | 23 | 38 | 13 | 26 | 6 | 19 | 220 |
| | 5.0 | 38.2 | 10.5 | 17.3 | 5.9 | 11.8 | 2.7 | 8.6 | 12.4 |
| | 14.1 | 8.8 | 10.4 | 15.7 | 44.8 | 21.7 | 22.2 | 17.8 | |
| VARIABLE | 9 | 23 | 16 | 18 | 4 | 8 | 4 | 8 | 90 |
| | 10.0 | 25.6 | 17.8 | 20.0 | 4.4 | 8.9 | 4.4 | 8.9 | 5.1 |
| | 11.5 | 2.4 | 7.2 | 7.4 | 13.8 | 6.7 | 14.8 | 7.5 | |
| Column Total | 78 | 955 | 222 | 242 | 29 | 120 | 27 | 107 | 1780 |
| | 4.4 | 53.7 | 12.5 | 13.6 | 1.6 | 6.7 | 1.5 | 6.0 | 100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*CHX-combined or mixed headaches; CTH-chronic tension headache; ETH-episodic tension headache; MHX-migraine not fulfilling all criteria; MOA-migraine without aura; MWA-migraine with aura; OTH-other headaches; THX-tension headache not fulfilling all criteria*

ca, enquanto que a dor leve foi a predominante na cefaleia de tensão o que está em conformidade com os respectivos critérios de diagnóstico utilizados. Nas cefaleias combinadas predomina a dor severa e nas outras formas de cefaleias a dor leve foi a mais frequente (58,9%), o que é de alguma forma surpreendente (quadro III.27) embora nestas surja também com algum destaque a dor severa, traduzindo a existência de tipos distintos de patologias incluídos neste grupo, confirmando assim a sua estrutura heterogénea já referida anteriormente.

A análise da severidade em função do sexo e da idade revelou que, no homem, 60,5% das cefaleias são leves e predominam nos grupos etários jovens (10-29 anos), ao passo que, na mulher, representam apenas 50,2% do total e distribuem-se mais uniformemente pelos grupos etários dos 10 aos 49 anos,. As formas severas de cefaleias ocorrem em 9,3% dos homens e 14,1% das mulheres (figuras 15a e 15b).

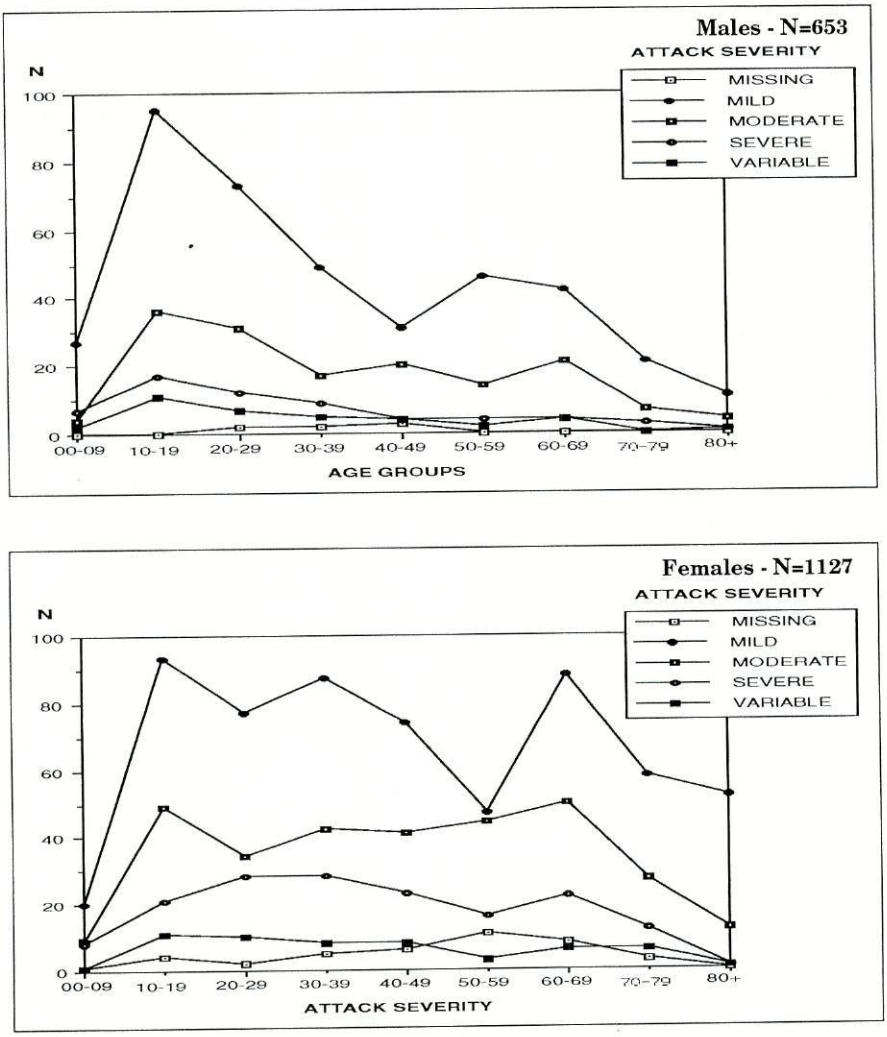



*Fig. 15a e 15b - Cefaleias: severidade da dor por sexos e idades.*
*Headaches: severity by age and gender.*

### *Duração*

A duração da dor sem tratamento foi muito longa (dias) em 23,0% e longa (horas) em 41,7% dos casos (média 11h55), sendo menos frequentes as situações de dor de curta duração (minutos) (17,9%) e raras as de muito curta duração (segundos) (0,3%) (quadro III.28a). As situações de cefaleias com duração variável, em diferentes episódios, ocorreram apenas em 1,8% dos indivíduos.

Quadro III.28a - **Cefaleias: duração da dor (sem tratamento) por grupos de diagnóstico**

PAIN DURATION (WITHOUT TREATMENT-O/T) by IHS DIAGNOSTIC GROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC GROUPS | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Count / Row % / Col % | TH | CHX | MH | OTH | Row total |
| PAIN DURATION (O/T) | | | | | |
| | 197 | 37 | 15 | 23 | 272 |
| | 72.4 | 13.6 | 5.5 | 8.5 | 15.3 |
| | 15.7 | 15.3 | 8.5 | 21.5 | |
| VARIABLE | 10 | 22 | | | 32 |
| | 31.3 | 68.8 | | | 1.8 |
| | .8 | 9.1 | | | |
| SECONDS | 1 | | 1 | 3 | 5 |
| | 20.0 | | 20.0 | 60.0 | .3 |
| | .1 | | .6 | 2.8 | |
| MINUTES | 239 | 30 | 15 | 35 | 319 |
| | 74.9 | 9.4 | 4.7 | 11.0 | 17.9 |
| | 19.0 | 12.4 | 8.5 | 32.7 | |
| HOURS | 530 | 89 | 92 | 31 | 742 |
| | 71.4 | 12.0 | 12.4 | 4.2 | 41.7 |
| | 42.2 | 36.8 | 52.3 | 29.0 | |
| DAYS | 278 | 64 | 53 | 15 | 410 |
| | 67.8 | 15.6 | 12.9 | 3.7 | 23.0 |
| | 22.2 | 26.4 | 30.1 | 14.0 | |
| Column Total | 1255 | 242 | 176 | 107 | 1780 |
| | 70.5 | 13.6 | 9.9 | 6.0 | 100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*CHX-Combined headaches; MH-Migraine headache; OTH-Other headaches; TH-Tension-type headaches*

As durações mais longas pertencem às cefaleias primárias com especial relevo para as cefaleias de tensão, enquanto que as mais curtas (minutos ou segundos) correspondem às cefaleias sintomáticas, como seria de esperar (quadro III.28a).

A duração da dor com tratamento é substancialmente menor do que sem tratamento, como é natural. No entanto, o número de casos em que dispomos apenas da informação da duração da dor sob tratamento é bastante reduzido 267 (14,9%). As durações mais longas ocorrem nas cefaleias de tensão e nas formas combinadas, provavelmente pela sua maior resistência aos tratamentos instituídos ou tratamento inadequado, onde o abuso de ergotamínicos e analgésicos é frequente (quadro III.28b).

Quadro III.28b - **Cefaleias: duração da dor (com tratamento) por diagnóstico**

PAIN DURATION (WITH TREATMENT-W/T) by IHS DIAGNOSTIC GROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC GROUPS | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Count / Row % / Col % | TH | CHX | MH | OTH | Row total |
| PAIN DURATION (W/T) | | | | | |
| | 1061 | 198 | 163 | 91 | 1513 |
| | 70.1 | 13.1 | 10.8 | 6.0 | 85.0 |
| | 84.5 | 81.8 | 92.6 | 85.0 | |
| VARIABLE | 4 | 3 | | 1 | 8 |
| | 50.0 | 37.5 | | 12.5 | .4 |
| | .3 | 1.2 | | .9 | |
| MINUTES | 90 | 18 | 4 | 11 | 123 |
| | 73.2 | 14.6 | 3.3 | 8.9 | 6.9 |
| | 7.2 | 7.4 | 2.3 | 10.3 | |
| HOURS | 69 | 17 | 7 | 3 | 96 |
| | 71.9 | 17.7 | 7.3 | 3.1 | 5.4 |
| | 5.5 | 7.0 | 4.0 | 2.8 | |
| DAYS | 31 | 6 | 2 | 1 | 40 |
| | 77.5 | 15.0 | 5.0 | 2.5 | 2.2 |
| | 2.5 | 2.5 | 1.1 | .9 | |
| Column Total | 1255 | 242 | 176 | 107 | 1780 |
| | 70.5 | 13.6 | 9.9 | 6.0 | 100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*CHX-Combined headaches; MH-Migraine headache; OTH-Other headaches; TH-Tension-type headaches*

Era de presumir que este grupo fosse constituído maioritariamente por indivíduos com cefaleias severas e incapacitantes, mas a análise destes casos revelou que se trata de crises severas apenas em 73 casos, o que corresponde a 27,3% deste grupo e a 4,1% do total dos indivíduos com cefaleias. Com cefaleias moderadas surgiram 85 casos (31,8% deste grupo e 4,7% do total), cefaleias leves 107 casos (40,5% desta população e 6.0% do total) e de intensidade variável nos restantes dois casos, (0,8% da amostra e 0,1% do total das cefaleias) (quadro III.28b).

Estes dados apontam no sentido de que o uso de medicação é, nalguns indivíduos, independente da severidade da dor e parece resultar mais da necessidade compulsiva de alívio dos sintomas por diversos factores psicológicos ou outros, sendo a terapêutica utilizada constituída predominantemente por analgésicos (146) e raramente por ergotamínicos (11) ou outros fármacos (10 casos).

### *Comportamento na dor*

A maior parte das pessoas (57,6%) prefere, quando tem dores de cabeça, ficar em repouso num lugar sossegado, mas 40,7% ficam inquietos, agitados, incapazes de permanecer muito tempo no mesmo local o que é um fenómeno curioso, e só uma pequena percentagem de indivíduos (0,6%) apresentam os dois tipos de comportamento conforme o tipo de dor (Quadro III.29).

No que respeita ao comportamento perante a dor, não se encontrou na população estudada qualquer predomínio significativo de um determinado grupo de cefaleias sobre os restantes (quadro III.29). Estes dados contrariam a noção generalizada de que os indivíduos com enxaqueca procuram habitualmente o repouso em silêncio para alívio da dor. Nesta população, só 55,7% dos indivíduos com enxaqueca recorreram ao repouso, o que poderá estar relacionado com o facto de esta série englobar formas relativamente pouco severas de enxaqueca, eventualmente com uma grande ansiedade associada com a crise, o que acarreta a impossibilidade do paciente se manter em repouso. Quer no homem quer na mulher há um predomínio da postura em repouso, mas sem qualquer predomínio etário, isto é, os dados sugerem que a atitude perante a dor não depende de factores etários ou sexuais (figuras 16a e 16b). Também não depende da severidade da dor, dado que só 59,1% dos casos com formas severas

Quadro III.29 - **Cefaleias: comportamento durante a dor por grupos de diagnóstico**

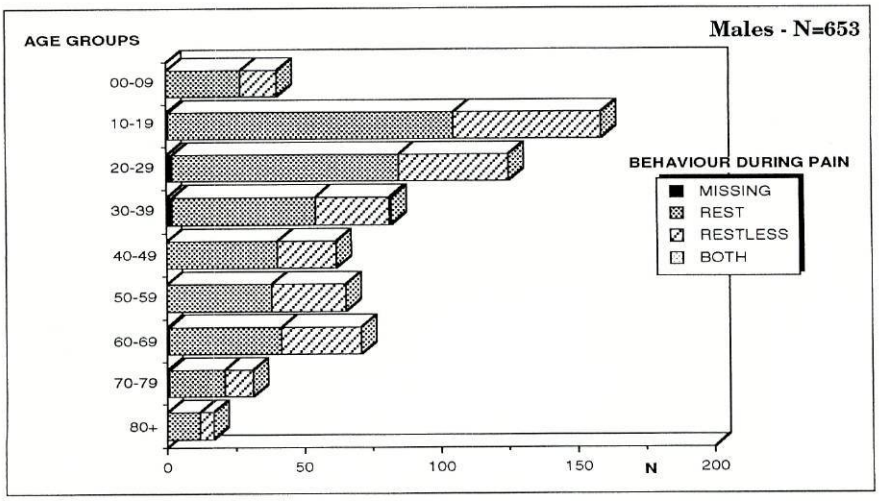
BEHAVIOUR DURING PAIN by IHS DIAGNOSTIC GROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC GROUPS | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Count / Row % / Col % | TH | CHX | MH | OTH | Row total |
| BEHAVIOUR DURING PAIN | | | | | |
| MISSING | 11 | 4 | 2 | 3 | 20 |
| | 55.0 | 20.0 | 10.0 | 15.0 | 1.1 |
| | .9 | 1.7 | 1.1 | 2.8 | |
| REST | 729 | 134 | 98 | 64 | 1025 |
| | 71.1 | 13.1 | 9.6 | 6.2 | 57.6 |
| | 58.1 | 55.4 | 55.7 | 59.8 | |
| RESTLESS | 512 | 96 | 76 | 40 | 724 |
| | 70.7 | 13.3 | 10.5 | 5.5 | 40.7 |
| | 40.8 | 39.7 | 43.2 | 37.4 | |
| BOTH | 3 | 8 | | | 11 |
| | 27.3 | 72.7 | | | .6 |
| | .2 | 3.3 | | | |
| Column Total | 1255 | 242 | 176 | 107 | 1780 |
| | 70.5 | 13.6 | 9.9 | 6.0 | 100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*CHX-Combined headaches; MH-Migraine headache; OTH-Other headaches; TH-Tension-type headaches*

é que recorrem ao repouso (figura 16c), nem depende da presença de sintomas acompanhantes como a fotofobia, fonofobia, náuseas ou vómitos (figura 16d) que só ocorrem, respectivamente, em 55,9%, 51,5%, 59,1% e 62.1% dos indivíduos que procuram no repouso o alívio para a dor. Poderá resultar da conjugação destes diversos factores e assim explicar a sua relação especial com certos tipos de cefaleias, em que esses factores ocorrem mais frequentemente, como acontece nas enxaquecas, principalmente quando as crises são suficientemente severas.



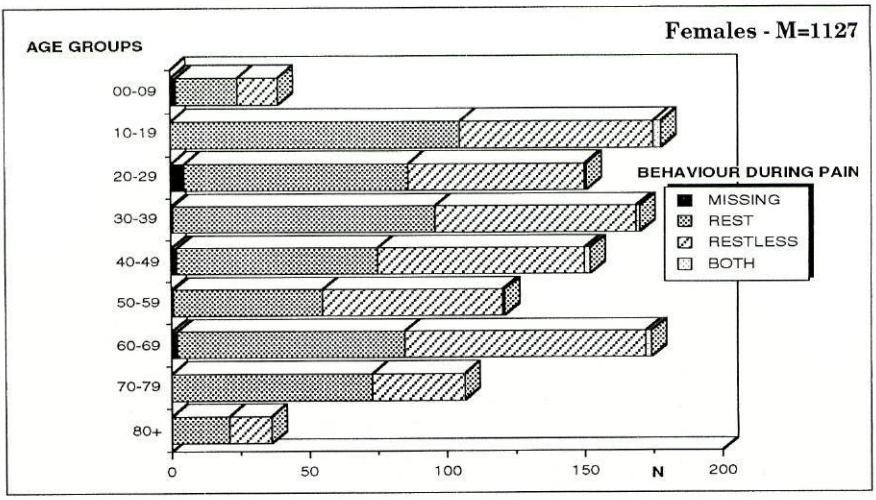




*Fig. 16a e 16b - Cefaleias: comportamento na dor por idade e sexo. Headaches: benhaviour during pain by age and gender*

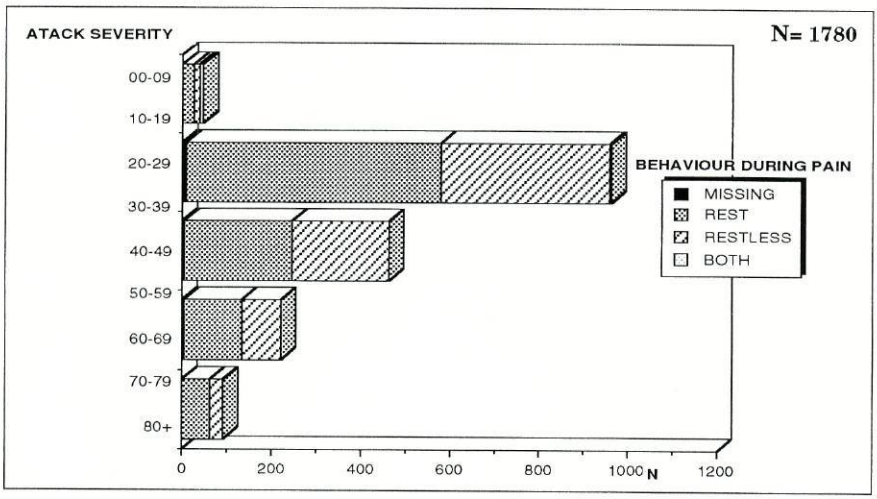



*Fig. 16c - Cefaleias: comportamento na dor por severidade.*
*Headaches: behaviour during pain by severity*

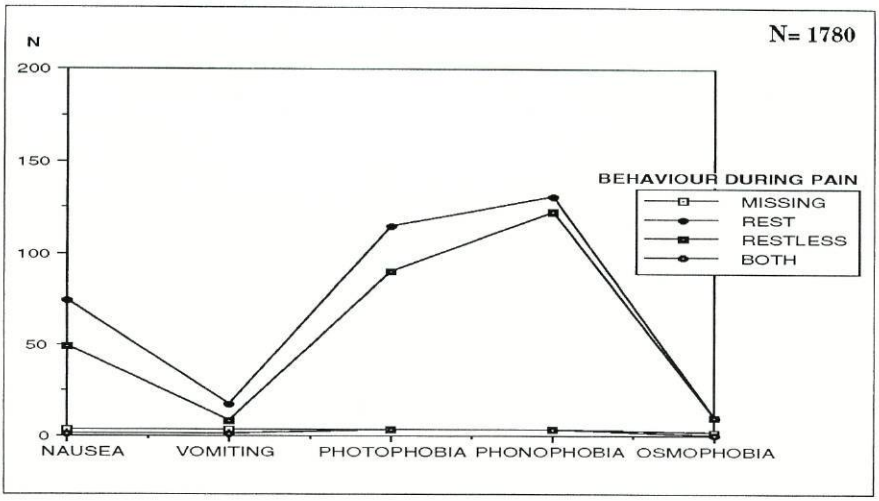



*Fig. 16d - Cefaleias: comportamento na dor por sintomas acompanhantes.*
*Headaches: behaviour during pain by companying symptoms.*

## Sintomas associados

### *Premonitórios*

A maior parte das pessoas (66%) apercebe-se de que vai ter a dor de cabeça habitual através da ocorrência de sintomas prévios premonitórios da dor, que já se habituaram a reconhecer durante os episódios anteriores. Mas em 33,7% dos casos tal não se verificou, ou porque o número de episódios é ainda reduzido ou porque representam episódios isolados, como acontece na maior parte das cefaleias sintomáticas (quadro III.30a). Os sintomas premonitórios ocorrem em cerca de dois terços dos indivíduos com cefaleias idiopáticas (enxaquecas, cefaleias de tensão ou combinadas), mas são menos frequentes nas cefaleias sintomáticas (44,9%) (quadro III.30a).

Quadro III.30a - **Cefaleias: sintomas premonitórios por subgrupos de diagnóstico**

PREMONITORY SYMPTOMS by IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Count / Row % / Col % | CTH | ETH | THX | CHX | MWA | MOA | MHX | OTH | Row total |
| PREMON. SYMPT. | | | | | | | | | |
| | | 2 | | | | 1 | 1 | 1 | 5 |
| | | 40.0 | | | | 20.0 | 20.0 | 20.0 | .3 |
| | | .2 | | | | .8 | 3.7 | .9 | |
| YES | 50 | 658 | 130 | 173 | 28 | 68 | 20 | 48 | 1175 |
| | 4.3 | 56.0 | 11.1 | 14.7 | 2.4 | 5.8 | 1.7 | 4.1 | 66.0 |
| | 64.1 | 68.9 | 58.6 | 71.5 | 96.6 | 56.7 | 74.1 | 44.9 | |
| NO | 28 | 295 | 92 | 69 | 1 | 51 | 6 | 58 | 600 |
| | 4.7 | 49.2 | 15.3 | 11.5 | .2 | 8.5 | 1.0 | 9.7 | 33.7 |
| | 35.9 | 30.9 | 41.4 | 28.5 | 3.4 | 42.5 | 22.2 | 54.2 | |
| Column Total | 78 | 955 | 222 | 242 | 29 | 120 | 27 | 107 | 1780 |
| | 4.4 | 53.7 | 12.5 | 13.6 | 1.6 | 6.7 | 1.5 | 6.0 | 100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*CHX-combined or mixed headaches; CTH-chronic tension headache; ETH-episodic tension headache; MHX-migraine not fulfilling all criteria; MOA-migraine without aura; MWA-migraine with aura; OTH-other headaches; THX-tension headache not fulfilling all criteria*

Os sintomas premonitórios que foram referidos pela maior parte das pessoas com cefaleias (66,0%) são os seguintes: mal-estar geral, irritabilidade, visão enevoada, fraqueza muscular e tonturas ou zumbidos (quadro III.30b). A ocorrência de vários destes sintomas associados no mesmo indivíduo foi bastante frequente (30,4%) nomeadamente, a astenia, o mal-estar geral, a irritabilidade, a visão enevoada que são autênticos sintomas gerais.

Os sintomas premonitórios ou prodrómicos aparecem com uma frequência de 65,9% na enxaqueca, de 66,8% na cefaleia de tensão e de 71,5% nas cefaleias combinadas, enquanto que nas outras formas de cefaleias a sua ocorrência foi bastante menor. Mas os sintomas premonitórios, nomeadamente os mal definidos como o mal estar geral, predominaram nas cefaleias de tensão ao passo que a irritabilidade, sede ou apetite exagerado, bocejo ou sonolência, visão enevoada, parestesias e astenia surgem predominantemente nas formas de cefaleias combinadas. Os zumbidos e vertigens, as perturbações da linguagem (disfasia) e as cintilações (fosfenos) ocorreriam mais frequentemente nas enxaquecas, assim como outros sintomas prodrómicos tais como escotomas, parestesias ou diplopia, que ocorreram com maior frequência na enxaqueca com aura, como seria de esperar (quadro III.30b).

### *Acompanhantes*

Os sintomas acompanhantes da dor foram, respectivamente (quadro III.31): fonofobia, fotofobia, osmofobia, naúseas e vómitos, os quais ocorreram frequentemente associados no mesmo indivíduo sendo referidos por 336 indivíduos com cefaleias, 18,9% do total.

Os sintomas acompanhantes das cefaleias destacam-se por serem muito mais prevalentes nos indivíduos com enxaqueca do que nas restantes variedades de cefaleias. Pode até dizer-se que estes são os aspectos que mais marcam a diferença entre a enxaqueca e a cefaleia de tensão (quadro III.31).

Quadro III.30b - **Cefaleias: tipo de sintomas premonitórios por subgrupos de diagnóstico**

TYPE OF PREMONITORY SYMPTOMS by IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Count<br>Row %<br>Col %<br>PREM. SYMPT. | CTH | ETH | THX | CHX | MWA | MOA | MHX | OTH | Row total |
| MALAISE | 31 | 377 | 69 | 108 | 18 | 37 | 8 | 27 | 675 |
| | 4.6 | 55.8 | 10.2 | 16.0 | 2.7 | 5.5 | 1.2 | 4.0 | 37.9 |
| | 39.7 | 39.5 | 31.1 | 44.6 | 62.1 | 30.8 | 29.6 | 25.2 | |
| IRRITABILITY | 28 | 263 | 56 | 97 | 16 | 30 | 6 | 18 | 514 |
| | 5.4 | 51.2 | 10.9 | 18.9 | 3.1 | 5.8 | 1.2 | 3.5 | 28.9 |
| | 35.9 | 27.5 | 25.2 | 40.1 | 55.2 | 25.0 | 22.2 | 16.8 | |
| HUNGER/THIRST | 7 | 65 | 16 | 37 | 5 | 10 | 2 | 6 | 148 |
| | 4.7 | 43.9 | 10.8 | 25.0 | 3.4 | 6.8 | 1.4 | 4.0 | 8.3 |
| | 9.0 | 6.8 | 7.2 | 15.3 | 17.2 | 8.3 | 7.4 | 5.6 | |
| SLEEPINESS | 16 | 123 | 28 | 61 | 8 | 17 | 2 | 8 | 263 |
| | 6.1 | 46.8 | 10.6 | 23.2 | 3.0 | 6.5 | .8 | 3.0 | 14.8 |
| | 20.5 | 12.9 | 12.6 | 25.2 | 27.6 | 14.2 | 7.4 | 7.5 | |
| BLURRED VISION | 18 | 132 | 22 | 67 | 15 | 15 | 5 | 8 | 282 |
| SCOTOMA | 6.4 | 46.8 | 7.8 | 23.8 | 5.3 | 5.3 | 1.8 | 2.8 | 15.8 |
| | 23.1 | 13.8 | 9.9 | 27.7 | 51.7 | 12.5 | 18.5 | 7.5 | |
| SCINTILLATIONS | 7 | 38 | 8 | 36 | 16 | 1 | 2 | 6 | 114 |
| | 6.1 | 33.3 | 7.0 | 31.6 | 14.0 | .9 | 1.8 | 5.3 | 6.4 |
| | 9.0 | 4.0 | 3.6 | 14.9 | 55.2 | .8 | 7.4 | 5.6 | |
| PARESTHESIA | 10 | 87 | 16 | 46 | 12 | 6 | 2 | 8 | 187 |
| | 5.3 | 46.5 | 8.6 | 24.6 | 6.4 | 3.2 | 1.1 | 4.3 | 10.5 |
| | 12.8 | 9.1 | 7.2 | 19.0 | 41.4 | 5.0 | 7.4 | 7.5 | |
| LIMB WEAKNESS | 14 | 113 | 23 | 56 | 10 | 11 | 4 | 10 | 241 |
| | 5.5 | 47.5 | 9.2 | 23.1 | 4.2 | 4.6 | 1.7 | 4.2 | 13.5 |
| | 17.9 | 11.8 | 10.4 | 23.1 | 34.5 | 9.2 | 14.8 | 9.3 | |
| SPEECH | 4 | 40 | 7 | 17 | 6 | 4 | 1 | 4 | 83 |
| DISTURBANCES | 5.3 | 47.4 | 9.2 | 18.4 | 7.9 | 5.3 | 1.3 | 5.3 | 4.7 |
| | 5.1 | 4.2 | 3.2 | 7.0 | 20.7 | 3.3 | 3.7 | 3.7 | |
| TINNITUS/ | 15 | 103 | 25 | 50 | 10 | 18 | 5 | 9 | 235 |
| VERTIGO | 6.4 | 43.8 | 10.6 | 21.3 | 4.3 | 7.7 | 2.1 | 3.8 | 13.2 |
| | 19.3 | 10.8 | 11.3 | 20.7 | 34.5 | 15.0 | 18.5 | 8.4 | |
| DIPLOPIA | 8 | 45 | 11 | 14 | 2 | 4 | 2 | 5 | 91 |
| | 8.8 | 49.4 | 12.1 | 15.4 | 2.2 | 4.4 | 2.2 | 5.5 | 5.1 |
| | 10.3 | 4.7 | 5.0 | 5.8 | 6.9 | 3.3 | 7.4 | 4.7 | |
| OTHERS | 1 | 14 | | 8 | 1 | 2 | 1 | 5 | 32 |
| | 3.1 | 43.8 | | 25.0 | 3.1 | 6.3 | 3.1 | 15.6 | 1.8 |
| | 1.3 | 1.5 | | 3.3 | 3.4 | 1.7 | 3.7 | 4.7 | |

*CHX-combined or mixed headaches; CTH-chronic tension headache; ETH-episodic tension headache; MHX-migraine not fulfilling all criteria; MOA-migraine without aura; MWA-migraine with aura; OTH-other headaches; THX-tension headache not fulfilling all criteria*

Quadro III.31 - **Cefaleias: sintomas acompanhantes por subgrupos de diagnóstico**

ACCOMPANYING SYMPTOMS BY IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Count<br>Row %<br>Col % | CTH | ETH | THX | CHX | MWA | MOA | MHX | OTH | Row total |
| ACCOMPANYING S. | | | | | | | | | |
| NAUSEA | 1 | 2 | 7 | 16 | 14 | 69 | 12 | 6 | 127 |
| | .8 | 1.6 | 5.5 | 12.6 | 11.0 | 54.3 | 9.4 | 4.7 | 7.1 |
| | 1.3 | .2 | 3.2 | 6.6 | 48.3 | 57.5 | 44.4 | 5.6 | |
| VOMITING | | | 4 | 7 | 4 | 11 | 3 | | 29 |
| | | | 13.8 | 24.1 | 13.8 | 37.9 | 10.3 | | 1.6 |
| | | | 1.8 | 2.9 | 13.8 | 9.2 | 11.1 | | |
| PHOTOPHOBIA | 1 | 22 | 24 | 63 | 15 | 59 | 12 | 15 | 211 |
| | .5 | 10.4 | 11.4 | 29.9 | 7.1 | 28.0 | 5.7 | 7.1 | 11.9 |
| | 1.3 | 2.3 | 10.8 | 26.0 | 51.7 | 49.2 | 44.4 | 14.0 | |
| PHONOPHOBIA | 11 | 67 | 30 | 60 | 17 | 48 | 11 | 16 | 260 |
| | 4.2 | 25.8 | 11.5 | 23.1 | 6.5 | 18.5 | 4.2 | 6.2 | 14.6 |
| | 14.1 | 7.0 | 13.5 | 24.8 | 58.6 | 40.0 | 40.7 | 15.0 | |
| OSMOPHOBIA | 1 | 2 | 2 | 2 | 5 | 6 | 2 | 2 | 22 |
| | 4.5 | 9.1 | 9.1 | 9.1 | 22.7 | 27.3 | 9.1 | 9.1 | 1.2 |
| | 1.3 | .2 | .9 | .8 | 17.2 | 5.0 | 7.4 | 1.9 | |
| OTHERS | | | | | | | | 1 | 1 |
| | | | | | | | | 100.0 | .1 |
| | | | | | | | | 100.0 | |

*CHX-combined or mixed headaches; CTH-chronic tension headache; ETH-episodic tension headache; MHX-migraine not fulfilling all criteria; MOA-migraine without aura; MWA-migraine with aura; OTH-other headaches; THX-tension headache not fulfilling all criteria*

## Factores associados

### *Predisponentes*

Torna-se difícil avaliar na globalidade os factores predisponentes das cefaleias desta população dada a grande variedade de formas clínicas cujas características, por vezes antagónicas, se anulam mutuamente. Apesar disso, sobressaem alguns factores como eventuais predisponentes, particularmente das cefaleias primárias, tais como o sexo (63,3% de mulheres); a idade (53,0% dos

indivíduos com menos de 40 anos); e a hereditariedade (50,4% de agregação familiar).

Estes factores não só predispõem para a ocorrência de cefaleias como se associam particularmente a algumas das suas características como a severidade, frequência, carácter da dor, etc.. São exemplo disso a relação do sexo feminino com maior prevalência, frequência e severidade das cefaleias e a maior ocorrência de enxaquecas. A idade jovem (menos de 30 anos) favorece a ocorrência de cefaleias, particularmente, das formas mais severas (enxaqueca) e na mulher. A história familiar de cefaleias está também associada a maior percentagem de cefaleias e a formas mais severas, particularmente também no sexo feminino, donde se conclui que o sexo é realmente o principal factor predisponente.

### *Adjuvantes*

Na população estudada, os episódios dolorosos foram descritos como ocorrendo preferencialmente em situações particulares, tais como variações climáticas (24,6%), determinadas épocas do ano (14,6%), período menstrual (12,8%) e fins-de-semana (11,8%), entre outros (7,5%) (quadro III.32). Estes factores parecem funcionar mais como factores adjuvantes, endógenos ou exógenos, no desencadear das crises dolorosas do que propriamente como precipitantes das crises, até pela sua reduzida expressão numérica, mas este é um dos aspectos obscuros e controversos das cefaleias primárias.

Na enxaqueca, 61,7% dos indivíduos referiram as estações do ano (18,8%) e o período menstrual (17,6%), como factores adjuvantes mais relevantes das crises dolorosas, sendo as alterações do ritmo de vida (trabalho/fim de semana) e as variações climáticas de menor importância. Em 38,3% dos casos de enxaqueca não foram assinalados factores adjuvantes. O clima foi o factor mais importante para as cefaleias de tensão e para as outras formas de cefaleias, possivelmente por ser um factor que influencia a dor em geral (quadro III.32). Os factores adjuvantes exógenos foram mais notórios no sexo masculino. Não se encontrou qualquer relação entre a presença de factores adjuvantes e o grau de severidade das cefaleias.

Quadro III.32 - **Cefaleias: factores adjuvantes por subgrupos de diagnóstico**

ADJUVANT FACTORS by IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Count<br>Row %<br>Col % | CTH | ETH | THX | CHX | MWA | MOA | MHX | OTH | Row total |
| ADJUVANT FACT.- | | | | | | | | | |
| WORK/WEEKEND | 6 | 121 | 22 | 35 | 6 | 10 | 2 | 8 | 210 |
| | 2.9 | 57.6 | 10.5 | 16.7 | 2.9 | 4.8 | 1.0 | 3.8 | 11.8 |
| | 7.7 | 12.7 | 9.9 | 14.5 | 20.7 | 8.3 | 7.4 | 7.5 | |
| MENSTRUAL | 13 | 115 | 21 | 45 | 10 | 19 | 2 | 3 | 228 |
| CYCLE | 5.7 | 50.4 | 9.2 | 19.7 | 4.4 | 8.3 | .9 | 1.3 | 12.8 |
| | 16.7 | 12.0 | 9.5 | 18.6 | 34.5 | 15.8 | 7.4 | 2.8 | |
| SPRING/FALL | 11 | 132 | 26 | 45 | 7 | 16 | 10 | 13 | 260 |
| | 4.2 | 50.8 | 10.0 | 17.3 | 2.7 | 6.2 | 3.8 | 5.0 | 14.6 |
| | 14.1 | 13.8 | 11.7 | 18.6 | 24.1 | 13.3 | 37.0 | 12.1 | |
| WEATHER | 13 | 253 | 51 | 57 | 7 | 22 | 3 | 31 | 437 |
| CHANGES | 3.0 | 57.9 | 11.7 | 13.0 | 1.6 | 5.0 | .7 | 7.1 | 24.6 |
| | 16.7 | 26.5 | 23.0 | 23.6 | 24.1 | 18.3 | 11.1 | 29.0 | |
| OTHERS | 10 | 63 | 18 | 17 | 2 | 11 | 1 | 12 | 134 |
| | 7.5 | 47.0 | 13.4 | 12.7 | 1.5 | 8.2 | .7 | 9.0 | 7.5 |
| | 12.8 | 6.6 | 8.1 | 7.0 | 6.9 | 9.2 | 3.7 | 11.2 | |

*CHX-combined or mixed headaches; CTH-chronic tension headache; ETH-episodic tension headache; MHX-migraine not fulfilling all criteria; MOA-migraine without aura; MWA-migraine with aura; OTH-other headaches; THX-tension headache not fulfilling all criteria*

### *Precipitantes*

Os factores precipitantes das crises mais frequentemente referidos foram os seguintes: *stress* (29,7%), actividade física intensa (23,1%), clima húmido (22,2%), as perturbações do sono (19,4%) e menstruação (13,0%) (quadro III.33) mas em 204 (11,5%) indivíduos há referência a múltiplos factores como desencadeantes das crises. Contudo, em 697 indivíduos (35%) não foram invocados factores precipitantes.

Na enxaqueca, como factores precipitantes da dor, destacam-se a ansiedade (*stress*), as perturbações do sono, o clima húmido, a actividade física, a menstruação, as bebidas alcoólicas e certos alimentos. Embora estes factores também sejam precipitantes da cefaleia de tensão onde apenas o *stress* aparece

como factor mais destacado. Para as restantes formas de cefaleias embora o *stress*, as perturbações do sono, o clima, o jejum e a actividade fisica intensa tenham alguma influência, porque são factores que influenciam a dor em geral, surgem diversos outros factores como precipitantes, possivelmente como resultado de serem também diversos e muito variados os quadros clínicos englobados neste grupo (quadro III.33).

A postura sustentada da cabeça aparece como factor precipitante em 10%, principalmente em formas de cefaleias combinadas, em que um dos componentes é a enxaqueca, mas geralmente atípica, podendo eventualmente corresponder a uma dor de origem cervical (cefaleia cervicogénica). Nas cefaleias combinadas todos os factores aparecem referenciados como precipitantes, e em maior percentagem, o que pode significar que resultam do somatório dos factores precipitantes próprios de cada uma das entidades clínicas que a constituem, sugerindo serem estes indivíduos particularmente sensíveis aos factores ambienciais (quadro III.33).

### *Agravantes*

Como factores de agravamento foram referidos, em primeiro lugar, o ruído, logo seguido da luz e do calor e, menos frequentemente, a actividade física (quadro III.34).

Foram considerados factores de agravamento da dor, de acordo com a sua importância relativa na enxaqueca, respectivamente o ruído, a luz, a actividade física e o calor intenso, entre outros, como por exemplo os cheiros, sendo na cefaleia de tensão o ruído e o calor intenso, e, nas outras formas de cefaleias, o ruído e a luz foram os factores mais importantes (quadro III.34). Nas cefaleias combinadas todos os factores têm grande importância, provavelmente por nesses casos ocorrer um somatório dos factores de agravamento de cada uma das suas componentes e por constituirem também factores de agravamento da dor em geral.

Quadro III.33 - **Cefaleias: factores precipitantes por subgrupos de diagnóstico**

PRECIPITATING FACTORS by IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Count<br>Row %<br>Col % | CTH | ETH | THX | CHX | MWA | MOA | MHX | OTH | Row total |
| PRECIP. FACT. | | | | | | | | | |
| SUSTAINED HEAD | 12 | 89 | 16 | 40 | 4 | 9 | 3 | 5 | 178 |
| POSTURE | 6.7 | 50.0 | 9.0 | 22.5 | 2.2 | 5.1 | 1.7 | 2.8 | 10.0 |
| | 15.4 | 9.3 | 7.2 | 16.5 | 13.8 | 7.5 | 11.1 | 4.7 | |
| PHYSICAL | 16 | 238 | 41 | 58 | 9 | 21 | 5 | 23 | 411 |
| ACTIVITY | 3.9 | 57.9 | 10.0 | 14.1 | 2.2 | 5.1 | 1.2 | 5.6 | 23.1 |
| | 20.5 | 24.9 | 18.5 | 24.0 | 31.0 | 17.5 | 18.5 | 21.5 | |
| WET | 17 | 199 | 45 | 78 | 15 | 15 | 6 | 20 | 395 |
| WEATHER | 4.3 | 50.4 | 11.4 | 19.7 | 3.8 | 3.8 | 1.5 | 5.1 | 22.2 |
| | 21.8 | 20.8 | 20.3 | 32.2 | 51.7 | 12.5 | 22.2 | 18.7 | |
| SLEEP | 15 | 165 | 43 | 62 | 11 | 28 | 3 | 19 | 346 |
| DISTURBANCES | 4.3 | 47.7 | 12.4 | 17.9 | 3.2 | 8.1 | .9 | 5.5 | 19.4 |
| | 19.2 | 17.3 | 19.4 | 25.6 | 37.9 | 23.3 | 11.1 | 17.8 | |
| MENSTRUATION | 14 | 108 | 11 | 60 | 11 | 18 | 2 | 2 | 232 |
| | 6.0 | 46.6 | 4.7 | 25.9 | 4.7 | 7.8 | .9 | .9 | 13.0 |
| | 17.9 | 11.3 | 7.7 | 24.8 | 37.9 | 15.0 | 7.4 | 1.9 | |
| HUNGER | 4 | 64 | 15 | 23 | 4 | 10 | 2 | 4 | 126 |
| | 3.2 | 50.8 | 11.9 | 18.3 | 3.2 | 7.9 | 1.6 | 3.2 | 7.1 |
| | 5.1 | 6.7 | 6.8 | 9.5 | 13.8 | 8.3 | 7.4 | 3.7 | |
| STRESS | 19 | 272 | 78 | 87 | 16 | 35 | 3 | 19 | 529 |
| | 3.6 | 51.4 | 14.8 | 16.4 | 3.0 | 6.6 | .6 | 3.6 | 29.7 |
| | 24.4 | 28.5 | 35.1 | 36.0 | 55.2 | 29.2 | 11.1 | 17.8 | |
| SPECIFIC | 3 | 49 | 12 | 36 | 4 | 8 | 1 | 6 | 119 |
| FOODS | 2.5 | 41.2 | 10.1 | 30.3 | 3.4 | 6.7 | .8 | 5.0 | 6.7 |
| | 3.8 | 5.1 | 11.4 | 14.9 | 13.8 | 6.7 | 3.7 | 5.6 | |
| ALCOHOLIC | 5 | 42 | 9 | 15 | 2 | 8 | 2 | 5 | 88 |
| DRINKS | 5.7 | 47.7 | 10.2 | 17.0 | 2.3 | 9.1 | 2.3 | 5.7 | 4.9 |
| | 6.4 | 4.4 | 4.1 | 6.2 | 6.9 | 6.7 | 7.4 | 4.7 | |
| OTHERS | 6 | 48 | 15 | 24 | 1 | 17 | 2 | 27 | 140 |
| | 4.3 | 34.3 | 10.7 | 17.1 | .7 | 12.1 | 1.4 | 19.3 | 7.9 |
| | 7.7 | 5.0 | 6.8 | 9.9 | 3.4 | 14.2 | 7.4 | 25.2 | |

*CHX-combined or mixed headaches; CTH-chronic tension headache; ETH-episodic tension headache; MHX-migraine not fulfilling all criteria; MOA-migraine without aura; MWA-migraine with aura; OTH-other headaches; THX-tension headache not fulfilling all criteria*

Quadro III.34 - **Cefaleias: factores de agravamento por subgrupos de diagnóstico**

EXACERBATING FACTORS by IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Count / Row % / Col % / EXAC. FACT. | CTH | ETH | THX | CHX | MWA | MOA | MHX | OTH | Row total |
| PHYSICAL ACT. | 18 | 217 | 31 | 78 | 13 | 35 | 8 | 21 | 421 |
| | 4.3 | 51.5 | 7.4 | 18.5 | 3.1 | 8.3 | 1.9 | 5.0 | 23.7 |
| | 23.1 | 22.7 | 14.0 | 32.2 | 44.8 | 29.2 | 29.6 | 19.6 | |
| WARMTH | 24 | 221 | 35 | 85 | 17 | 28 | 7 | 22 | 439 |
| | 5.5 | 50.3 | 8.0 | 19.4 | 3.9 | 6.4 | 1.6 | 5.0 | 24.7 |
| | 30.8 | 23.1 | 15.8 | 35.1 | 58.6 | 23.3 | 25.9 | 20.6 | |
| NOISE | 36 | 443 | 119 | 205 | 25 | 80 | 22 | 44 | 974 |
| | 3.7 | 45.5 | 12.2 | 21.0 | 2.6 | 8.2 | 2.3 | 4.5 | 54.7 |
| | 46.2 | 46.4 | 53.6 | 84.7 | 86.2 | 66.7 | 81.5 | 41.1 | |
| LIGHT | 9 | 121 | 54 | 188 | 21 | 71 | 19 | 27 | 510 |
| | 1.8 | 23.7 | 10.6 | 36.9 | 4.1 | 13.9 | 3.7 | 5.3 | 28.7 |
| | 11.5 | 12.7 | 24.3 | 77.7 | 72.4 | 59.2 | 70.4 | 25.2 | |
| OTHERS | 2 | 18 | 2 | 5 | 3 | 2 | 1 | 1 | 34 |
| | 5.9 | 52.9 | 5.9 | 14.7 | 8.8 | 5.9 | 2.9 | 2.9 | 1.9 |
| | 2.6 | 1.9 | .9 | 2.1 | 10.3 | 1.7 | 3.7 | .9 | |

*CHX-combined or mixed headaches; CTH-chronic tension headache; ETH-episodic tension headache; MHX-migraine not fulfilling all criteria; MOA-migraine without aura; MWA-migraine with aura; OTH-other headaches; THX-tension headache not fulfilling all criteria*

## Co-morbilidade

Entende-se por co-morbilidade a coexistência de diferentes estados mórbidos no mesmo indivíduo, incluindo não apenas as doenças associadas mas também outros estados, como por exemplo as lesões traumáticas e suas complicações. Nesta população foram identificadas diversas doenças associadas assim como complicações de traumatismos, particularmente crânio-cervicais.

### *Doenças associadas*

As doenças associadas mais frequentemente referidas por esta população foram as seguintes: doenças osteo-articulares, alergias, hipertensão arterial e depressão, entre outras de onde se destacam as doenças respiratórias, cardiovasculares, do aparelho digestivo, renais e do sistema nervoso, nestas com destaque para os traumatismos crânio-cervicais (19%), a epilepsia (0,6%) e as doenças cerebrovasculares (0,3%), sendo as lesões expansivas intracranianas raras (0,1%). Mas, na maior parte dos casos, foram assinaladas mais de uma doença prévia no mesmo indivíduo (28,5%) (quadro III.35).

Na enxaqueca predominam as doenças osteo-articulares, as alergias e as depressões. Nas cefaleias de tensão, as doenças associdas mais frequentemente referidas foram as doenças osteo-articulares inflamatórias, as doenças alérgicas, a hipertensão arterial e os síndromes depressivos que curiosamente têm menor expressão percentual do que na enxaqueca, o que pode ser explicado ou pelo facto desta população incluir uma elevada percentagem de casos leves de cefaleias de tensão episódica ou por estarem insuficientemente diagnosticados. Nas cefaleias combinadas estão largamente representados todos os principais tipos de doenças associadas, com predomínio das doenças inflamatórias ósteo-articulares e alérgicas, possivelmente traduzindo a soma das doenças associadas com cada um dos tipos de cefaleias que a constituem. Nas restantes cefaleias destacam-se as doenças alérgicas e diversas outras, nomeadamente, as causais da própria cefaleia sintomática quando existe (quadro III.35). Através deste inquérito, não foi possível salientar as complicações do abuso medicamentoso praticado, nomeadamente, com analgésicos e ergotamínicos.

### *Traumatismos*

Encontrou-se história prévia de traumatismo craniano ou cervical em 339, (19,0%) dos inquiridos, ocorrendo predominantemente em indivíduos com cefaleias do tipo da enxaqueca (26,1%), e com cefaleias sintomáticas (24,3%) das quais oito (7,5%) estavam claramente relacionadas com patologia cervical. No que respeita a este parâmetro, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes subgrupos nosológicos ($\chi^2$=37,08; GL=14; p<0,0008) (quadro III.36a).

Quadro III.35 - **Cefaleias: doenças associadas por subgrupos de diagnóstico**

ASSOCIATED DISEASES by IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Count<br>Row %<br>Col % | CTH | ETH | THX | CHX | MWA | MOA | MHX | OTH | Row total |
| ASSOCIATED D. | | | | | | | | | |
| ALLERGY | 15 | 279 | 39 | 86 | 11 | 32 | 4 | 30 | 496 |
| | 3.0 | 56.3 | 7.9 | 17.3 | 2.2 | 6.5 | .8 | 6.0 | 27.9 |
| | 19.2 | 29.2 | 17.6 | 35.5 | 37.9 | 26.7 | 14.8 | 28.0 | |
| HYPERTENSION | 26 | 205 | 38 | 70 | 7 | 24 | 5 | 21 | 396 |
| | 6.6 | 51.8 | 9.6 | 17.7 | 1.8 | 6.1 | 1.3 | 5.3 | 22.2 |
| | 33.3 | 21.5 | 17.1 | 28.9 | 24.1 | 20.0 | 18.5 | 19.6 | |
| OSTEO | 45 | 314 | 64 | 113 | 13 | 38 | 9 | 26 | 622 |
| ARTHRITIS | 7.2 | 50.5 | 10.3 | 18.2 | 2.1 | 6.1 | 1.4 | 4.2 | 34.9 |
| | 57.7 | 32.9 | 28.8 | 46.7 | 44.8 | 31.7 | 33.3 | 24.3 | |
| DEPRESSION | 22 | 134 | 31 | 70 | 12 | 21 | 7 | 15 | 312 |
| | 7.1 | 42.9 | 9.9 | 22.4 | 3.8 | 6.7 | 2.2 | 4.8 | 15.5 |
| | 28.2 | 14.0 | 14.0 | 28.9 | 41.4 | 17.5 | 25.9 | 14.0 | |
| OTHERS | 9 | 46 | 14 | 32 | 5 | 11 | 5 | 11 | 133 |
| | 6.8 | 34.6 | 10.5 | 24.1 | 3.8 | 8.3 | 3.8 | 8.3 | 7.5 |
| | 11.5 | 4.8 | 6.3 | 13.2 | 17.2 | 9.2 | 18.5 | 10.3 | |

*CHX-combined or mixed headaches; CTH-chronic tension headache; ETH-episodic tension headache; MHX-migraine not fulfilling all criteria; MOA-migraine without aura; MWA-migraine with aura; OTH-other headaches; THX-tension headache not fulfilling all criteria*

Apenas em 8,1% dos inquiridos o traumatismo foi suficientemente sério para acarretar perda de consciência. A principal causa dos traumatismos foi a queda acidental, logo seguida pelos acidentes de viação (quadro III.36b). A gravidade do traumatismo foi, como seria de esperar, maior nos acidentes de viação (62% com perda de consciência), do que nas quedas acidentais (35,4% com perda de consciência).

A relação do traumatismo severo com o tipo de cefaleia evidencia uma maior incidência nos portadores de enxaqueca (14,2%) e de cefaleias combinadas (10,7%) do que nas restantes formas, incluindo as sintomáticas. Também aqui o questionário se mostrou insuficiente para pôr em evidência eventuais formas de cefaleias cervicogénicas relacionadas com os traumatismos.

Quadro III.36a- **Cefaleias: traumatismo cranio-cervical por grupos de diagnóstico**

HEAD TRAUMA by IHS DIAGNOSTIC GROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC GROUPS | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Count / Row % / Col % | TH | CHX | MH | OTH | Row total |
| HEAD TRAUMA | | | | | |
| | 22 | 2 | 6 | 2 | 32 |
| | 68.8 | 6.3 | 18.8 | 6.3 | 1.8 |
| | 1.8 | .8 | 3.4 | 1.9 | |
| YES | 221 | 46 | 46 | 26 | 339 |
| | 65.2 | 13.6 | 13.6 | 7.7 | 19.0 |
| | 17.6 | 19.0 | 26.1 | 24.3 | |
| NO | 1012 | 194 | 124 | 79 | 1409 |
| | 71.8 | 13.8 | 8.8 | 5.6 | 79.2 |
| | 80.6 | 80.2 | 70.5 | 73.8 | |
| Column Total | 1255 | 242 | 176 | 107 | 1780 |
| | 70.5 | 13.6 | 9.9 | 6.0 | 100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*CHX-Combined headaches; MH-Migraine headache; OTH-Other headaches; TH-Tension-type headaches*

O tempo que mediou entre o traumatismo e a data do inquérito foi muito variável de caso para caso, desde alguns dias (0,2%) a vários anos (16,8%), sendo em média de 5,25 anos (quadro III.36c). O intervalo de tempo foi longo, de anos na maior parte dos casos, principalmente nas formas de enxaqueca (22,2%) e nas sintomáticas (20,6%), o que por si só pode significar uma ausência de relação entre estes dois eventos, neste conjunto de casos.

Mas, a ocorrência do traumatismo antes do início das cefaleias, em 67 (20,4%) dos indivíduos com história de traumatismo crânio-cervical, revelou um intervalo médio de tempo entre o traumatismo e o início das cefaleias de apenas 2,57 anos (quadro III.36d). Nestes indivíduos, o início das cefaleias ocorreu antes de um ano sobre a data do traumatismo cranio-cervical em 30 indivíduos (44,8%), antes dos três anos em 50 (74,6%) e antes dos cinco anos em 58 indivíduos (86,6%), o que sugere uma grande relevância do traumatismo craniano ou cervical como potencial causa de cefaleias paroxísticas neste grupo particular de indivíduos.

Quadro III.36b- **Cefaleias: traumatismo com perda consciência por subgrupos de diagnóstico**

HEAD TRAUMA WITH LOSS OF CONSCIENCE by IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Count / Row % / Col % | CTH | ETH | THX | CHX | MWA | MOA | MHX | OTH | Row total |
| H.TRAUMA WLC | | | | | | | | | |
| | 53 | 790 | 197 | 196 | 23 | 89 | 20 | 82 | 1450 |
| | 3.7 | 54.5 | 13.6 | 13.5 | 1.6 | 6.1 | 1.4 | 5.7 | 81.5 |
| | 67.9 | 82.7 | 88.7 | 81.0 | 79.3 | 74.2 | 74.1 | 76.6 | |
| YES | 11 | 62 | 11 | 26 | 3 | 17 | 5 | 9 | 144 |
| | 7.6 | 43.1 | 7.6 | 18.1 | 2.1 | 11.8 | 3.5 | 6.3 | 8.1 |
| | 14.1 | 6.5 | 5.0 | 10.7 | 10.3 | 14.2 | 18.5 | 8.4 | |
| NO | 14 | 103 | 14 | 20 | 3 | 14 | 2 | 16 | 186 |
| | 7.5 | 55.4 | 7.5 | 10.8 | 1.6 | 7.5 | 1.1 | 8.6 | 10.4 |
| | 17.9 | 10.8 | 6.3 | 8.3 | 10.3 | 11.7 | 7.4 | 15.0 | |
| Column Total | 78 | 955 | 222 | 242 | 29 | 120 | 27 | 107 | 1780 |
| | 4.4 | 53.7 | 12.5 | 13.6 | 1.6 | 6.7 | 1.5 | 6.0 | 100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*CHX-combined or mixed headaches; CTH-chronic tension headache; ETH-episodic tension headache; MHX-migraine not fulfilling all criteria; MOA-migraine without aura; MWA-migraine with aura; OTH-other headaches; THX-tension headache not fulfilling all criteria; WLC-With loss of conscience*

As causas do traumatismo foram variadas, desde a simples queda acidental ao acidente de viação, passando pelas agressões, entre outras. As quedas foram responsáveis por 11,4% dos traumatismos, ocorrendo preponderantemente em indivíduos com cefaleias sintomáticas (16,8%) e com enxaqueca (16,5%), mas estes valores não são muito diferentes do que se passa com a parcela da população com traumatismo por queda sem cefaleias (10,1%). Os acidentes de viação foram responsáveis por 4,0% dos traumatismos ocorrendo predominantemente em indivíduos com enxaqueca (5,7%) e com cefaleias sintomáticas (4,7%) e também não se verificaram diferenças significativas com o grupo dos indivíduos com o mesmo tipo de acidentes mas sem cefaleias (4,4%). As agressões foram as causas de traumatismo craniano ou cervical mais

Quadro III.36c- **Cefaleias: tempo desde o traumatismo por grupos de diagnóstico**

TIME FROM TRAUMA by IHS DIAGNOSTIC GROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC GROUPS | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Count / Row % / Col % | TH | CHX | MH | OTH | Row total |
| TIME FROM TRAUMA | | | | | |
| | 1038 | 196 | 136 | 82 | 1452 |
| | 71.5 | 13.5 | 9.4 | 5.6 | 81.6 |
| | 82.7 | 81.0 | 77.3 | 76.6 | |
| DAYS | 2 | | | 1 | 3 |
| | 66.7 | | | 33.3 | .2 |
| | .2 | | | .9 | |
| WEEKS | 1 | 2 | | | 3 |
| | 33.3 | 66.7 | | | .2 |
| | .1 | .8 | | | |
| MONTHS | 16 | 4 | 1 | 2 | 23 |
| | 69.6 | 17.4 | 4.3 | 8.7 | 1.3 |
| | 1.3 | 1.7 | .6 | 1.9 | |
| YEARS | 198 | 40 | 39 | 22 | 299 |
| | 66.2 | 13.4 | 13.0 | 7.4 | 16.8 |
| | 15.8 | 16.5 | 22.2 | 20.6 | |
| Column Total | 1255 | 242 | 176 | 107 | 1780 |
| | 70.5 | 13.6 | 9.9 | 6.0 | 100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*CHX-Combined headaches; MH-Migraine headache; OTH-Other headaches; TH-Tension-type headaches*

referidas por indivíduos com cefaleias sintomáticas (2,8%), mas também sem diferenças significativas relativamente ao correspondente grupo de indivíduos sem cefaleias (2,6%). Também não se verificou qualquer relação estatisticamente significativa entre o tipo de acidente e o tipo de cefaleia ($\chi^2$=24,29; GL=15; p= 0,06) (quadro III.36e).

Quadro III.36d -**Cefaleias: tempo de evolução desde o traumatismo (anos)**

*Headaches: time of evolution from the trauma (years)*

| *Value Label* | *Value* | *Frequency* | *Percent* | *Valid Percent* | *Cum Percent* |
|---|---|---|---|---|---|
| | > 05 Y | 9 | .5 | .5 | .5 |
| | 03-05 Y | 20 | 1.1 | 1.1 | 1.6 |
| | 01-02 Y | 38 | 2.1 | 2.1 | 3.7 |
| | < 01 Y | 26 | 14.7 | 14.7 | 18.4 |
| | | 1452 | 81.6 | 81.6 | Missing |
| | *Total* | *1780* | *100.0* | *100.0* | |
| Valid cases | 328 | | Missing cases | 1452 | |

Quadro III.36e -**Cefaleias: tipo de traumatismo por subgrupos de diagnóstico**

TYPE OF TRAUMA by IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS

| Count / Row % / Col % | IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | CTH | ETH | THX | CHX | MWA | MOA | MHX | OTH | Row total |
| TYPE OF TRAUMA | | | | | | | | | |
| FALL | 18 | 92 | 13 | 33 | 5 | 22 | 2 | 18 | 203 |
| | 8.9 | 45.3 | 6.4 | 16.3 | 2.5 | 10.8 | 1.0 | 8.9 | 11.4 |
| | 23.1 | 9.6 | 5.9 | 13.6 | 17.2 | 18.3 | 7.4 | 16.8 | |
| TRAFFIC ACCIDENT | 3 | 42 | 7 | 5 | 2 | 7 | 1 | 5 | 72 |
| | 4.2 | 58.3 | 9.7 | 6.9 | 2.8 | 9.7 | 1.4 | 6.9 | 4.0 |
| | 3.8 | 4.4 | 3.2 | 2.1 | 6.9 | 5.8 | 3.7 | 4.7 | |
| VIOLENCE | 1 | 17 | 2 | 5 | | 2 | 2 | 3 | 32 |
| | 3.1 | 53.1 | 6.3 | 15.6 | | 6.3 | 6.3 | 9.4 | 1.8 |
| | 1.3 | 1.8 | .9 | 2.1 | | 1.7 | 7.4 | 2.8 | |
| OTHER | | 7 | 1 | 2 | | 1 | | | 11 |
| | | 63.6 | 9.1 | 18.2 | | 9.1 | | | .6 |
| | | .7 | .5 | .8 | | .8 | | | |

*CHX-combined or mixed headaches; CTH-chronic tension headache; ETH-episodic tension headache; MHX-migraine not fulfilling all criteria; MOA-migraine without aura; MWA-migraine with aura; OTH-other headaches; THX-tension headache not fulfilling all criteria*

## História familiar

Mais de metade das pessoas com cefaleias referiu ter algum familiar do primeiro grau que também sofria de cefaleias, o que não surpreende se atendermos a que a prevalência de cefaleias é, em regra, elevada, sendo de 88,6% nesta amostra da população geral. Portanto, o valor encontrado é um valor baixo relativamente à média geral. Este deve ter origem em diversos factores como por exemplo a idade ou o desconhecimento da ocorrência desse sintoma nos familiares, por ser raro ou por ter ocorrido de forma esporádica, como se verifica frequentemente nas cefaleias de tensão episódicas e nas cefaleias sintomáticas agudas. Mas, o facto de os inquiridos terem respondido afirmativamente, em mais de 50% dos casos, à pergunta sobre se algum dos seus familiares sofria de cefaleias do mesmo tipo das suas, pode sugerir, pelo menos, uma agregação familiar para esse tipo particular de sintomatologia (quadro III.37a).

Quadro III.37a - **Cefaleias: história familiar por subgrupos de diagnóstico**

FAMILY HISTORY by IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Count / Row % / Col % | CTH | ETH | THX | CHX | MWA | MOA | MHX | OTH | Row total |
| FAMILY HISTORY | | | | | | | | | |
| UNKNOWN | 3 | 6 | 1 | 1 | | 1 | | 4 | 16 |
| | 18.8 | 37.5 | 6.3 | 6.3 | | 6.3 | | 25.0 | .9 |
| | 3.8 | .6 | .5 | .4 | | .8 | | 3.7 | |
| YES | 35 | 498 | 97 | 136 | 19 | 54 | 14 | 45 | 898 |
| | 3.9 | 55.5 | 10.8 | 15.1 | 2.1 | 6.0 | 1.6 | 5.0 | 50.4 |
| | 44.9 | 52.1 | 43.7 | 56.2 | 65.5 | 45.0 | 51.9 | 42.1 | |
| NO | 40 | 451 | 124 | 105 | 10 | 65 | 13 | 58 | 866 |
| | 4.6 | 52.1 | 14.3 | 12.1 | 1.2 | 7.5 | 1.5 | 6.7 | 48.7 |
| | 51.3 | 47.2 | 55.9 | 43.4 | 34.5 | 54.2 | 48.1 | 54.2 | |
| Column Total | 78 | 955 | 222 | 242 | 29 | 120 | 27 | 107 | 1780 |
| | 4.4 | 53.7 | 12.5 | 13.6 | 1.6 | 6.7 | 1.5 | 6.0 | 100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*CHX-combined or mixed headaches; CTH-chronic tension headache; ETH-episodic tension headache; MHX-migraine not fulfilling all criteria; MOA-migraine without aura; MWA-migraine with aura; OTH-other headaches; THX-tension headache not fulfilling all criteria*

A história familiar de cefaleias do mesmo tipo foi referida por 50,4% dos indivíduos, sendo mais frequente na mulher (53,6%) do que no homem (45,9%) e mais frequente no grupo das cefaleias idiopáticas do que nas sintomáticas. Dentro das cefaleias idiopáticas tornou-se mais notória, respectivamente, nas cefaleias combinadas (56,2%), nas cefaleias de tensão (50,2%) e na enxaqueca (49,4%) (quadro III.37a), sendo as diferenças encontradas entre os diferentes subgrupos nosológicos, relativamente à história familiar de cefaleias, estatisticamente significativas ($\chi^2$=34,57; GL=14; p<0,002). Estes valores são, no entanto, bastante surpreendentes, porque seria de esperar uma nítida preponderância da história familiar na enxaqueca, por um lado, e uma reduzida expressão nas restantes modalidades. Este método de abordagem é muito falível, porque os dados sobre as cefaleias dos familiares são obtidos através do propósito e não do próprio, permitindo assim uma grande margem de erro, quer no número de pessoas atingidas, quer sobretudo, no tipo de dor. Não obstante estas limitações, a análise destes números permite tirar as seguintes conclusões: 1) Atendendo à elevada prevalência de cefaleias nesta população não surpreende que a história familiar de cefaleias de tensão seja elevada nos indivíduos com cefaleias de tensão (50,2%) e também nos com cefaleias combinadas (56,2%); 2) o valor encontrado nos indivíduos com enxaqueca (49,4%) surpreende por ser um valor muito elevado (cerca de 5 vezes maior) relativamente à prevalência de enxaqueca nesta população. Se for realmente referente apenas a cefaleias do tipo da enxaqueca, como se pretendia no inquérito, tem grande relevância. Mas a elevada taxa de incidência familiar nas outras cefaleias, que inclui as sintomáticas, é difícil de explicar, a não ser pela mistura de dados de incidência familiar de diversas entidades clínicas com cefaleias de tensão o que, a confirmar-se, corresponde a um erro induzido pelo próprio questionário.

Na população estudada, a elevada incidência familiar de cefaleias, e particularmente de enxaqueca, como se salientou anteriormente, sugere fortemente uma agregação familiar que pode ser de causa genética, ambiental ou outra. Essa agregação familiar, seja qual fôr a sua modalidade, parece ser predominantemente resultante de transmissão por via materna (29,8%) embora de modo não exclusivo dado que também pode ser de transmissão paterna (5,2%) ou por ambas as vias (15,3%) de acordo com os dados constantes do quadro III.37b.

Por este método de estudo, não é possível tirar conclusões de epidemiologia genética.

Quadro III.37b - **Cefaleias: distribuição familiar por subgrupos de diagnóstico**

FAMILY BRANCH by IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Count / Row % / Col % | CTH | ETH | THX | CHX | MWA | MOA | MHX | OTH | Row total |
| FAMILY BRANCH | | | | | | | | | |
| | 43 | 461 | 125 | 105 | 10 | 66 | 13 | 63 | 886 |
| | 4.9 | 52.0 | 14.1 | 11.9 | 1.1 | 7.4 | 1.5 | 7.1 | 49.8 |
| | 55.1 | 48.3 | 56.3 | 43.4 | 34.5 | 55.0 | 48.1 | 58.9 | |
| MOTHER | 18 | 303 | 49 | 73 | 12 | 40 | 9 | 26 | 530 |
| | 3.4 | 57.2 | 9.2 | 13.8 | 2.3 | 7.5 | 1.7 | 4.9 | 29.8 |
| | 23.1 | 31.7 | 22.1 | 30.2 | 41.4 | 33.3 | 33.3 | 24.3 | |
| FATHER | 6 | 58 | 8 | 12 | 1 | 2 | 3 | 2 | 92 |
| | 6.5 | 63.0 | 8.7 | 13.0 | 1.1 | 2.2 | 3.3 | 2.2 | 5.2 |
| | 7.7 | 6.1 | 3.6 | 5.0 | 3.4 | 1.7 | 11.1 | 1.9 | |
| BOTH | 11 | 133 | 40 | 52 | 6 | 12 | 2 | 16 | 272 |
| | 4.0 | 48.9 | 14.7 | 19.1 | 2.2 | 4.4 | .7 | 5.9 | 15.3 |
| | 14.1 | 13.9 | 18.0 | 21.5 | 20.7 | 10.0 | 7.4 | 15.0 | |
| Column Total | 78 | 955 | 222 | 242 | 29 | 120 | 27 | 107 | 1780 |
| | 4.4 | 53.7 | 12.5 | 13.6 | 1.6 | 6.7 | 1.5 | 6.0 | 100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*CHX-combined or mixed headaches; CTH-chronic tension headache; ETH-episodic tension headache; MHX-migraine not fulfilling all criteria; MOA-migraine without aura; MWA-migraine with aura; OTH-other headaches; THX-tension headache not fulfilling all criteria*

## Cuidados assistenciais

### *Cuidados médicos*

Apenas 34% do total dos inquiridos sentiram necessidade de recorrer aos cuidados médicos para alívio da sua sintomatologia dolorosa, mas o motivo da consulta não é aparente dado que não apresenta relação com a severidade da dor ou dos sintomas acompanhantes, com a frequência das crises, nem com a classe social do indivíduo. Aos cuidados médicos recorreram mais indivíduos com cefaleias de tensão (379; 30,2%), mas proporcionalmente, foram as cefaleias combinadas (46,7%) e as enxaquecas (44,3%) que requereram mais cuidados,

Quadro III.38a- **Cefaleias: distribuição dos cuidados médicos por subgrupos de diagnóstico**

MEDICAL CARE by IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Count / Row % / Col % | CTH | ETH | THX | CHX | MWA | MOA | MHX | OTH | Row total |
| MEDICAL CARE | | | | | | | | | |
| MISSING | | 9 | 3 | 1 | | 7 | 1 | 2 | 23 |
| | | 39.1 | 13.0 | 4.3 | | 30.4 | 4.3 | 8.7 | 1.3 |
| | | .9 | 1.4 | .4 | | 5.8 | 3.7 | 1.9 | |
| YES | 37 | 285 | 57 | 113 | 21 | 48 | 9 | 35 | 605 |
| | 6.1 | 47.1 | 9.4 | 18.7 | 3.5 | 7.9 | 1.5 | 5.8 | 34.0 |
| | 47.4 | 29.8 | 25.7 | 46.7 | 72.4 | 40.0 | 33.3 | 32.7 | |
| NO | 41 | 661 | 162 | 128 | 8 | 65 | 17 | 70 | 1152 |
| | 3.6 | 57.4 | 14.1 | 11.1 | .7 | 5.6 | 1.5 | 6.1 | 64.7 |
| | 52.6 | 69.2 | 73.0 | 52.9 | 27.6 | 54.2 | 63.0 | 65.4 | |
| Column Total | 78 | 955 | 222 | 242 | 29 | 120 | 27 | 107 | 1780 |
| | 4.4 | 53.7 | 12.5 | 13.6 | 1.6 | 6.7 | 1.5 | 6.0 | 100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*CHX-combined or mixed headaches; CTH-chronic tension headache; ETH-episodic tension headache; MHX-migraine not fulfilling all criteria; MOA-migraine without aura; MWA-migraine with aura; OTH-other headaches; THX-tension headache not fulfilling all criteria*

mesmo relativamente às cefaleias sintomáticas (32,7%), o que é surpreendente (quadro III.38a). Relativamente a este parâmetro, as diferenças encontradas entre os diferentes grupos ($\chi^2$=53,16; GL=6; p<0,00001) e subgrupos nosológicos ($\chi^2$=83,89; GL=14; p<0,00001) são estatisticamente muito significativas.

A consulta médica ocorreu em intervalos de tempo muito variáveis, de caso para caso (quadro 38b), tendo o tempo que mediou entre o início das cefaleias e o recurso aos cuidados médicos variado desde um dia, em dez casos (0,5%), até vários anos, em 73 casos (3,6%), sendo em média cerca de 2 anos (24,04 meses; DP= 33,19 meses) (quadro III.38b).

Quadro III.38b- **Cefaleias: distribuição dos tempos de evolução até à consulta**

| *NUMBER* | | | | | *FREQUENCY* | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | *A/M* | % | *D* | % | *W* | % | *M* | % | *Y* | % | *T* | % *(T)* |
| | 1206 | 67.75 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 1 | 0.06 | 1207 | 67.81 |
| 1 | 0 | 0.00 | 10 | 0.56 | 26 | 1.46 | 68 | 3.82 | 70 | 3.93 | 174 | 9.78 |
| 2 | 0 | 0.00 | 2 | 0.11 | 20 | 1.12 | 53 | 2.98 | 52 | 2.92 | 127 | 7.13 |
| 3 | 0 | 0.00 | 3 | 0.17 | 9 | 0.51 | 29 | 1.63 | 23 | 1.29 | 64 | 3.60 |
| 4 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 1 | 0.06 | 16 | 0.90 | 21 | 1.18 | 38 | 2.13 |
| 5 | 0 | 0.00 | 2 | 0.11 | 0 | 0.00 | 7 | 0.39 | 13 | 0.73 | 22 | 1.24 |
| 6 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 2 | 0.11 | 34 | 1.91 | 6 | 0.34 | 42 | 2.36 |
| 7 | 0 | 0.00 | 1 | 0.06 | 2 | 0.11 | 1 | 0.06 | 9 | 0.51 | 13 | 0.73 |
| 8 | 0 | 0.00 | 8 | 0.45 | 0 | 0.00 | 12 | 0.67 | 73 | 4.10 | 93 | 5.22 |
| TOTAL | 1206 | 67.75 | 26 | 1.46 | 60 | 3.37 | 220 | 12.36 | 268 | 15.06 | 1780 | 100.00 |

*A/M - Absent or missing cases; D-days;W-weeks;M-months;Y-years;T-total*

Os intervalos mais curtos (dias), corresponderam predominantemente às cefaleias sintomáticas (formas agudas), os médios (semanas) à enxaqueca, os médios (meses) às cefaleias combinadas e os longos (anos) predominantemente às formas combinadas mas também às cefaleias de tensão (especialmente as formas crónicas) e outras variedades, incluindo algumas formas de cefaleias sintomáticas (subagudas ou crónicas paroxísticas associadas a doenças degenerativas ou sistémicas crónicas) (quadro III.38c). No que respeita a este parâmetro, as diferenças entre os diferentes grupos ($\chi^2$=52,20; GL=12; p<0,00001) e subgrupos nosológicos ($\chi^2$=90,53; GL=28; p< 0,00001) são, naturalmente, altamente significativas.

Os cuidados médicos foram prestados a 605 indivíduos (34%) essencialmente por clínicos gerais (25,9%) e, em muito menor percentagem, por especialistas de neurologia (4,9%), psiquiatria (3,1%) ou de outras áreas (3,7%). Em alguns casos (2,8%), por mais de um médico de diferentes especialidades. Ao clínico geral recorreram todos os tipos de cefaleias, mas predominantemente as cefaleias combinadas. Os portadores de enxaqueca recorreram mais ao neurologista e ao psiquiatra, o que é de alguma forma curioso e até surpreendente, traduzindo uma selecção por parte dos pacientes que se apresenta aparentemente muito adequada. Os indivíduos com cefaleias sintomáticas recorreram ao clínico geral, maioritariamente, e a outras especialidades, mais adequadas a cada caso como é natural e correcto (quadro III.38d).

Quadro III.38c - **Cefaleias: demora da observação clínica por grupos de diagnóstico**

TIME FROM CLINICAL OBSERVATION by IHS DIAGNOSTIC GROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC GROUPS | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Count / Row % / Col % | TH | CHX | MH | OTH | Row total |
| TIME FROM OBSERV. | | | | | |
| | 900 | 129 | 100 | 77 | 1206 |
| | 74.6 | 10.7 | 8.3 | 6.4 | 67.8 |
| | 71.7 | 53.3 | 56.8 | 72.0 | |
| DAYS | 16 | 4 | 3 | 3 | 26 |
| | 61.5 | 15.4 | 11.5 | 11.5 | 1.5 |
| | 1.3 | 1.7 | 1.7 | 2.8 | |
| WEEKS | 41 | 8 | 10 | 1 | 60 |
| | 68.3 | 13.3 | 16.7 | 1.7 | 3.4 |
| | 3.3 | 3.3 | 5.7 | .9 | |
| MONTHS | 136 | 49 | 27 | 8 | 220 |
| | 61.8 | 22.3 | 12.3 | 3.6 | 12.4 |
| | 10.8 | 20.2 | 15.3 | 7.5 | |
| YEARS | 162 | 52 | 36 | 18 | 268 |
| | 60.4 | 19.4 | 13.4 | 6.7 | 15.1 |
| | 12.9 | 21.5 | 20.5 | 16.8 | |
| Column | 1255 | 242 | 176 | 107 | 1780 |
| Total | 70.5 | 13.6 | 9.9 | 6.0 | 100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*CHX-Combined headaches; MH-Migraine headache; OTH-Other headaches; TH-Tension-type headaches*

### *Meios auxiliares de diagnóstico*

Foram 239 (13,4% do total) os pacientes submetidos a exames paraclínicos para complemento de diagnóstico. Curiosamente foram os portadores de enxaqueca que proporcionalmente mais utilizaram os meios auxiliares de diagnóstico (22,2%) relativamente aos indivíduos com cefaleias de tensão (11,1%) e mesmo em relação aos indivíduos com cefaleias sintomáticas (9,3%) (quadro III.39a). O uso exagerado de meios auxiliares de diagnóstico comparativamente aos dados de outros estudos efectuados em países mais evoluídos traduz, na nossa opinião, uma grande insegurança no diagnóstico por parte dos nossos

Quadro III.38 d - **Cefaleias: especialidade médica por grupos de diagnóstico**

MEDICAL SPECIALTY by IHS DIAGNOSTIC GROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC GROUPS | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Count / Row % / Col % | TH | CHX | MH | OTH | Row total |
| MEDICAL SPECIALTY | | | | | |
| GENERAL PRACTITIONER | 301 | 84 | 56 | 20 | 461 |
| | 65.3 | 18.2 | 12.1 | 4.3 | 25.9 |
| | 24.0 | 34.7 | 31.8 | 18.7 | |
| NEUROLOGIST | 46 | 23 | 16 | 3 | 88 |
| | 52.3 | 26.1 | 18.2 | 3.4 | 4.9 |
| | 3.7 | 9.5 | 9.1 | 2.8 | |
| PSYCHIATRIST | 31 | 13 | 10 | 1 | 55 |
| | 56.4 | 23.6 | 18.2 | 1.8 | 3.1 |
| | 2.5 | 5.4 | 5.7 | .9 | |
| OTHERS | 24 | 18 | 12 | 11 | 65 |
| | 36.9 | 27.7 | 18.5 | 16.9 | 3.7 |
| | 1.9 | 7.4 | 6.8 | 10.3 | |

*CHX-Combined headaches; MH-Migraine headache; OTH-Other headaches; TH-Tension-type headaches*

clínicos que se revela por uma grande percentagem de investigação das cefaleias primárias a par de uma reduzida e porventura insuficiente investigação das formas sintomáticas de cefaleias.

Os meios auxiliares de diagnóstico mais utilizados foram os exames de imagem (Rx simples, TAC e RMN), seguidos de outros exames de que se salienta o electroencefalograma e, menos frequentemente, de exames bioquímicos de sangue e urina. Múltiplos exames foram utilizados por 1,7% dos indivíduos. Os meios auxiliares de diagnóstico mais frequentemente utilizados na enxaqueca foram os meios de imagem (14,2 %), entre outros de que se salienta o EEG (6,8%) e os de bioquímica (5,7%). Na cefaleia de tensão, os meios auxiliares de diagnóstico foram pouco utilizados (imagem - 8,4%; bioquímica - 2,4% e outros - 1,2%), mas, por outro lado, as formas combinadas já foram mais frequentemente investigadas (imagem - 16,1%; bioquímica - 2,4%; outros - 3,3%), o que não será de estranhar dada a sua expressão clínica frequentemente atípica. As

Quadro III.39a - **Cefaleias: meios auxiliares de diagnóstico por subgrupos de diagnóstico**

EXAMINATION TESTS by IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Count / Row % / Col % | CTH | ETH | THX | CHX | MWA | MOA | MHX | OTH | Row total |
| EXAM. TESTS | | | | | | | | | |
| | 1 | 21 | 2 | 9 | 1 | 7 | 1 | 5 | 47 |
| | 2.1 | 44.7 | 4.3 | 19.1 | 2.1 | 14.9 | 2.1 | 10.6 | 2.6 |
| | 1.3 | 2.2 | .9 | 3.7 | 3.4 | 5.8 | 3.7 | 4.7 | |
| YES | 15 | 105 | 19 | 51 | 10 | 26 | 3 | 10 | 239 |
| | 6.3 | 43.9 | 7.9 | 21.3 | 4.2 | 10.9 | 1.3 | 4.2 | 13.4 |
| | 19.2 | 11.0 | 8.6 | 21.1 | 34.5 | 21.7 | 11.1 | 9.3 | |
| NO | 62 | 829 | 201 | 182 | 18 | 87 | 23 | 92 | 1494 |
| | 4.1 | 55.5 | 13.5 | 12.2 | 1.2 | 5.8 | 1.5 | 6.2 | 83.9 |
| | 79.5 | 86.8 | 90.5 | 75.2 | 62.1 | 72.5 | 85.2 | 86.0 | |
| Column | 78 | 955 | 222 | 242 | 29 | 120 | 27 | 107 | 1780 |
| Total | 4.4 | 53.7 | 12.5 | 13.6 | 1.6 | 6.7 | 1.5 | 6.0 | 100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*CHX-combined or mixed headaches; CTH-chronic tension headache; ETH-episodic tension headache; MHX-migraine not fulfilling all criteria; MOA-migraine without aura; MWA-migraine with aura; OTH-other headaches; THX-tension headache not fulfilling all criteria*

restantes formas de cefaleias, incluindo as sintomáticas, foram muito pouco investigadas (imagem - 8,4%; outros - 1,9%,bioquímica - 0,9%), o que é também surpreendente (quadro III.39b).

A forma como as diferentes especialidades médicas utilizaram os meios auxiliares de diagnóstico está resumida no quadro III.39c. Os neurologistas recorreram em 86,4% dos casos a meios auxiliares de diagnóstico e usaram mais os meios de imagem entre outros como o EEG, potencias evocados ou a punção lombar, muitas vezes associados. Os psiquiatras utilizaram meios auxiliares de diagnóstico só em 58,2% dos casos, tendo sido os meios de análise bioquímica os mais usados. Os clínicos gerais usaram meios auxiliares de diagnóstico apenas em 35,1% dos casos, também com ligeiro predomínio dos meios bioquímicos sobre a imagem (quadro III.39c).

Quadro 3.39b - **Cefaleias: tipo de exame por grupos de diagnóstico**

TEST TYPE by IHS DIAGNOSTIC GROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC GROUPS | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Count<br>Row Pct<br>Col Pct | TH | CHX | MH | OTH | Row total |
| TEST TYPE | | | | | |
| BIOCHEMESTRY | 30 | 13 | 10 | 1 | 54 |
| | 55.6 | 24.1 | 18.5 | 1.9 | 3.0 |
| | 2.4 | 5.4 | 5.7 | .9 | |
| IMAGE | 105 | 39 | 25 | 9 | 178 |
| | 59.0 | 21.9 | 14.0 | 5.1 | 10.0 |
| | 8.4 | 16.1 | 14.2 | 8.4 | |
| OTHERS | 15 | 8 | 12 | 2 | 37 |
| | 40.5 | 21.6 | 32.4 | 5.4 | 2.1 |
| | 1.2 | 3.3 | 6.8 | 1.9 | |

*CHX-Combined headaches; MH-Migraine headache; OTH-Other headaches; TH-Tension-type headaches*

## Tratamento

Cerca de dois terços (66,7%) das pessoas com cefaleias usaram alguma vez fármacos para alívio das suas dores de cabeça (quadro III.40a). Dos 1187 indivíduos que utilizaram tratamento para alívio das cefaleias, fazem parte, em proporções semelhantes, os portadores de enxaqueca (79,5%), cefaleias combinadas (73,6%) e cefaleias de tensão (64,3%) e, curiosamente, menos frequentemente (57,9%) os indivíduos com outras formas de cefaleias, nomeadamente as sintomáticas (quadro III.40a), o que condiciona uma diferença estatisticamente muito significativa entre as diversas entidades clínicas não só entre os grupos nosológicos ($\chi^2$= 59,57; GL=6; p<0,00001) mas também entre os subgrupos nosológicos ($\chi^2$=83,17; GL=14; p<0,00001).

Mas, na maior parte dos casos, o tratamento foi feito por iniciativa própria (27,1%) ou por aconselhamento alheio, de amigos ou familiares (9,4%) ou de farmacêuticos (5,4%), isto é, sem prescrição médica que apenas foi responsável por 25,2% das medicações utilizadas (quadro III.40b). Esta foi, na maior parte

Quadro III.39c - **Cefaleias: tipo de exame por especialidade médica**

TEST TYPE by MEDICAL SPECIALTY

| | MEDICAL SPECIALTY | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Count / Row % / Col % | G.P. | NEUROL | PSYCH. | OTHERS | Row total |
| TEST TYPE | | | | | |
| BIOCHEMESTRY | 34 | 7 | 9 | 4 | 54 |
| | 63.0 | 13.0 | 16.6 | 7.4 | 8.1 |
| | 7.4 | 8.0 | 13.4 | 6.2 | |
| IMAGE | 100 | 35 | 14 | 15 | 164 |
| | 61.0 | 21.3 | 8.5 | 9.1 | 24.5 |
| | 21.7 | 39.8 | 25.5 | 23.1 | |
| OTHERS | 23 | 5 | 3 | 6 | 37 |
| | 62.2 | 13.5 | 8.1 | 16.2 | 5.5 |
| | 5.0 | 5.7 | 5.5 | 9.2 | |
| MULTIPLE | 5 | 29 | 6 | | 40 |
| | 12.5 | 7.3 | 15.0 | | 6.0 |
| | 1.1 | 33.0 | 10.9 | | |
| NONE | 299 | 12 | 23 | 40 | 374 |
| | 79.9 | 3.2 | 6.1 | 10.7 | 55.9 |
| | 64.9 | 13.6 | 41.8 | 61.5 | |
| Column | 461 | 88 | 55 | 65 | 669 |
| Total | 68.9 | 13.2 | 8.2 | 9.7 | 100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*G.P.-general practitioners*

dos casos, efectuada por clínicos gerais, médicos de família. Quem mais recorreu aos conselhos médicos foram as pessoas com cefaleias combinadas e com enxaqueca, mas também foram os indivíduos com enxaqueca os que mais recorreram à auto-medicação. Os portadores de cefaleias de tensão ou combinadas foram os que aceitaram mais os conselhos de amigos ou de farmacêuticos, o que poderá ter alguma fundamentação de natureza psicológica (quadro III.40b).

A adesão à terapêutica farmacológica por prescrição médica foi maior no grupo dos doentes observados pelos neurologistas, seguido do grupo dos observados pelos psiquiatras e outros especialistas, do que nos indivíduos observados pelos clínicos gerais (quadro III.40c).

Quadro III.40a - **Cefaleias: uso de fármacos por grupos de diagnóstico**

DRUGS ANYTIME by IHS DIAGNOSTIC GROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC GROUPS | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Count / Row % / Col % | TH | CHX | MH | OTH | Row total |
| DRUGS | | | | | |
| MISSING | 3 | 2 | | 5 | 10 |
| | 30.0 | 20.0 | | 50.0 | .6 |
| | .2 | .8 | | 4.7 | |
| YES | 807 | 178 | 140 | 62 | 1187 |
| | 68.0 | 15.0 | 11.8 | 5.2 | 66.7 |
| | 64.3 | 73.6 | 79.5 | 57.9 | |
| NO | 445 | 62 | 36 | 40 | 583 |
| | 76.3 | 10.6 | 6.2 | 6.9 | 32.8 |
| | 35.5 | 25.6 | 20.5 | 37.4 | |
| Column Total | 1255 | 242 | 176 | 107 | 1780 |
| | 70.5 | 13.6 | 9.9 | 6.0 | 100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*CHX-Combined headaches; MH-Migraine headache; OTH-Other headaches; TH-Tension-type headaches*

O tratamento das cefaleias pode revestir-se de duas formas: 1) sintomático, na fase aguda, particularmente indicado nas cefaleias idiopáticas durante a crise e nas cefaleias secundárias enquanto não se actua na sua causa ou, 2) preventivo da ocorrência de novas crises, indicado nas formas episódicas recorrentes com frequência elevada de crises, mas nestas estando frequentemente indicados os dois tipos de tratamento, simultaneamente. Na população estudada verificou-se que o objectivo do uso dos fármacos foi basicamente o de tratar a crise dolorosa (57%) e só numa reduzida percentagem de casos houve a pretensão de evitar a ocorrência das crises dolorosas (5,3%) e, ainda mais raramente, se verificaram os dois objectivos simultaneamente (2,9%) (quadro III.40d).

Quadro III.40b - **Cefaleias: modo de prescrição por grupos de diagnóstico**

PRESCRIPTION BY IHS DIAGNOSTIC GROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC GROUPS | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Count / Row % / Col % | TH | CHX | MH | OTH | Row total |
| PRESCRIPTION | | | | | |
| MISSING | 452 | 60 | 22 | 46 | 580 |
| | 77.9 | 10.3 | 3.8 | 7.9 | 32.6 |
| | 36.0 | 24.8 | 12.5 | 43.0 | |
| PHYSICIAN | 291 | 84 | 54 | 20 | 449 |
| | 64.8 | 18.7 | 12.0 | 4.5 | 25.2 |
| | 16.3 | 4.7 | 3.0 | 1.1 | |
| SELF-MEDICATION | 324 | 68 | 70 | 22 | 484 |
| | 66.9 | 14.0 | 14.5 | 4.5 | 27.1 |
| | 18.2 | 3.8 | 3.9 | 1.2 | |
| PHARMACIST | 72 | 6 | 15 | 4 | 97 |
| | 74.2 | 6.2 | 15.5 | 4.1 | 5.4 |
| | 4.0 | .3 | .8 | .2 | |
| FRIENDS OR FAMILY | 114 | 24 | 15 | 15 | 168 |
| | 67.9 | 14.3 | 8.9 | 8.9 | 9.4 |
| | 6.4 | 1.3 | .8 | .8 | |
| OTHERS | 2 | | | | 2 |
| | 100.0 | | | | .1 |
| | .1 | | | | |
| Column Total | 1255 | 242 | 176 | 107 | 1780 |
| | 70.5 | 13.6 | 9.9 | 6.0 | 100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*CHX-Combined headaches; MH-Migraine headache; OTH-Other headaches; TH-Tension-type headaches*

O tratamento mais utilizado foi o tratamento da fase aguda, em 53,1% do total dos inquiridos, o que corresponde a 59,9% do total dos indivíduos com cefaleias, quer nas formas sintomáticas quer nas idiopáticas, tendo sido nestas proporcionalmente mais usado na enxaqueca e nas cefaleias combinadas (quadro III.40e).

Os fármacos mais utilizados nesta forma de tratamento foram os analgésicos e os anti-inflamatórios não esteróides, com 52,6%, tendo os fármacos ergotamínicos (4,5%) uma reduzida expressão nesta população. Os ergotamínicos foram usados preferencialmente na enxaqueca, mas só em 8% dos casos e em 7% das cefaleias combinadas. Os analgésicos e anti-inflamatórios não esteróides foram também usados preferencialmente na enxaqueca (61,4%) e nas cefaleias

Quadro III.40c - **Cefaleias: distribuição da prescrição por especialidade médica**

PRESCRIPTION BY MEDICAL SPECIALTY

| | MEDICAL SPECIALTY | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Count / Row % / Col % | NONE | G.P. | NEUROL | PSYCH. | OTHERS | Row total |
| PRESCRIPTION | | | | | | |
| NO | 1070 | 192 | 24 | 16 | 29 | 1331 |
| | 80.4 | 14.4 | 1.8 | 1.2 | 2.2 | 74.8 |
| | 96.3 | 41.6 | 27.3 | 29.1 | 44.6 | |
| YES | 41 | 269 | 64 | 39 | 36 | 449 |
| | 9.1 | 59.9 | 14.3 | 8.7 | 8.0 | 25.2 |
| | 3.7 | 58.4 | 72.7 | 70.9 | 55.4 | |
| Column | 1111 | 461 | 88 | 55 | 65 | 1780 |
| Total | 4.4 | 53.7 | 12.5 | 13.6 | 1.6 | 100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*CHX-combined or mixed headaches; CTH-chronic tension headache; ETH-episodic tension headache; MHX-migraine not fulfilling all criteria; MOA-migraine without aura; MWA-migraine with aura; OTH-other headaches; THX-tension headache not fulfilling all criteria*

combinadas (57,0%), mas em muito maior percentagem que os fármacos ergotamínicos. Outros fármacos, como os anti-eméticos e os analgésicos opiáceos, foram usados muito raramente (1,7%), mais em formas combinadas de cefaleias, possivelmente as mais refractárias a outros tratamentos (quadro III.40f). Relativamente aos tratamentos efectuados, as diferenças são estatisticamente muito significativas ($p<0,0001$).

O tratamento preventivo foi utilizado apenas em 8,2% dos casos, sendo constituído, basicamente, por antidepressivos ou ansiolíticos e, mais raramente, por outros fármacos como a flunarizina, o propranolol ou o pizotifeno. Este tratamento foi utilizado sobretudo pelos portadores de enxaqueca (10,8%) e de cefaleias combinadas (12,0%) e menos frequentemente nos casos de cefaleias de tensão (7,3%) ou outras formas de cefaleias, nomeadamente as sintomáticas

Quadro III.40d - **Cefaleias: tratamento por subgrupos de diagnóstico**

TREATMENT by IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Count<br>Row %<br>Col % | CTH | ETH | THX | CHX | MWA | MOA | MHX | OTH | Row total |
| TREATMENT | | | | | | | | | |
| | 10 | 356 | 93 | 65 | 9 | 26 | 10 | 50 | 619 |
| | 1.6 | 57.5 | 15.0 | 10.5 | 1.5 | 4.2 | 1.6 | 8.1 | 34.8 |
| | 12.8 | 37.3 | 41.9 | 26.9 | 31.0 | 21.7 | 37.0 | 46.7 | |
| PREVENT | 6 | 51 | 7 | 16 | 6 | 3 | | 6 | 95 |
| | 6.3 | 53.7 | 7.4 | 16.8 | 6.3 | 3.2 | | 6.3 | 5.3 |
| | 7.7 | 5.3 | 3.2 | 6.6 | 20.7 | 2.5 | | 5.6 | |
| TREAT | 58 | 528 | 118 | 148 | 11 | 85 | 16 | 51 | 1015 |
| | 5.7 | 52.0 | 11.6 | 14.6 | 1.1 | 8.4 | 1.6 | 5.0 | 57.0 |
| | 74.4 | 55.3 | 53.2 | 61.2 | 37.9 | 70.8 | 59.3 | 47.7 | |
| TREAT/PREVENT | 4 | 20 | 4 | 13 | 3 | 6 | 1 | | 51 |
| | 7.8 | 39.2 | 7.8 | 25.5 | 5.9 | 11.8 | 2.0 | | 2.9 |
| | 5.1 | 2.1 | 1.8 | 5.4 | 10.3 | 5.0 | 3.7 | | |
| Column | 78 | 955 | 222 | 242 | 29 | 120 | 27 | 107 | 1780 |
| Total | 4.4 | 53.7 | 12.5 | 13.6 | 1.6 | 6.7 | 1.5 | 6.0 | 100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*CHX-combined or mixed headaches; CTH-chronic tension headache; ETH-episodic tension headache; MHX-migraine not fulfilling all criteria; MOA-migraine without aura; MWA-migraine with aura; OTH-other headaches; THX-tension headache not fulfilling all criteria*

(5,6%) (quadro III.40g). As diferenças entre os diferentes subgrupos nosológicos ($\chi^2$=32,50; GL=7; p= 0,00003) são estatisticamente muito significativas.

A utilização dos fármacos nem sempre correspondeu à forma mais adequada para o quadro clínico em questão, isto é, na profilaxia da enxaqueca os fármacos mais usados foram os antidepressivos (3,4%) entre outros com destaque para os ansiolíticos, ao passo que na profilaxia das cefaleias de tensão para além dos antidepressivos (2,4%) e dos ansiolíticos, obviamente, também foram indevidamente usados o propranolol (0,6%) e a flunarizina (0,4) (quadro III.40h). Esta atitude terapêutica deve-se, muito provavelmente, a erro de diagnóstico o que reflecte as dificuldades que os clínicos sentem no diagnóstico das cefaleias

Quadro III.40e - **Cefaleias: tratamento da fase aguda por subgrupos de diagnóstico**

ACUTE TREATMENT by IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Count / Row % / Col % | CTH | ETH | THX | CHX | MWA | MOA | MHX | OTH | Row total |
| ACUTE TREATMENT | | | | | | | | | |
| NO | 16 | 407 | 100 | 81 | 15 | 29 | 10 | 56 | 714 |
| | 2.2 | 57.0 | 14.0 | 11.3 | 2.1 | 4.1 | 1.4 | 7.8 | 40.1 |
| | 20.5 | 42.6 | 45.0 | 33.5 | 51.7 | 24.2 | 37.0 | 52.3 | |
| YES | 62 | 548 | 122 | 161 | 14 | 91 | 17 | 51 | 1066 |
| | 5.8 | 51.4 | 11.4 | 15.1 | 1.3 | 8.5 | 1.6 | 4.8 | 59.9 |
| | 79.5 | 57.4 | 55.0 | 66.5 | 48.3 | 75.8 | 63.0 | 47.7 | |
| Column | 78 | 955 | 222 | 242 | 29 | 120 | 27 | 107 | 1780 |
| Total | 4.4 | 53.7 | 12.5 | 13.6 | 1.6 | 6.7 | 1.5 | 6.0 | 100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*CHX-combined or mixed headaches; CTH-chronic tension headache; ETH-episodic tension headache; MHX-migraine not fulfilling all criteria; MOA-migraine without aura; MWA-migraine with aura; OTH-other headaches; THX-tension headache not fulfilling all criteria*

e, particularmente, no diagnóstico diferencial das cefaleias primárias. A insuficiente utilização de terapêutica profiláctica pode traduzir também a pouca importância que os clínicos atribuem a este tipo de patologia revelando uma comunidade ainda pouco evoluída e valorizando pouco a qualidade de vida.

Contudo, um número significativo de pessoas (8,4%) recorreu a tratamentos alternativos. A fisioterapia (4,8%) e a homeopatia (3,9%) foram as formas alternativas de tratamento mais utilizadas, seguidas da acupunctura (1,2%), todas usadas de uma forma mais ou menos indiscriminada para qualquer tipo de cefaleia (quadro III.40i). O recurso a outras formas de tratamento não farmacológico reflecte, na nossa opinião, uma certa insatisfação das pessoas para com os meios de tratamento usados pela medicina convencional. O uso destes tipos de tratamento traduz, também, no nosso entender, uma ineficácia da terapêutica farmacológica de base científica e que é um facto merecedor de

Quadro III.40f - **Cefaleias: tratamento da crise por subgrupos de diagnóstico**

ACUTE TRETMENT by IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Count / Row % / Col % | CTH | ETH | THX | CHX | MWA | MOA | MHX | OTH | Row total |
| ACUTE TREAT. | | | | | | | | | |
| ERGOTAMINE | 4 | 40 | 3 | 17 | | 14 | | 2 | 80 |
| | 5.0 | 50.0 | 3.8 | 21.3 | | 17.5 | | 2.5 | 4.5 |
| | 5.1 | 4.2 | 1.4 | 7.0 | | 11.7 | | 1.9 | |
| NSAID | 47 | 491 | 112 | 138 | 13 | 79 | 16 | 41 | 937 |
| | 5.0 | 52.4 | 12.0 | 14.7 | 1.4 | 8.4 | 1.7 | 4.4 | 52.6 |
| | 60.3 | 51.4 | 50.5 | 57.0 | 44.8 | 65.8 | 59.3 | 38.3 | |
| OTHERS | 5 | 8 | 7 | 9 | 1 | 2 | | 3 | 35 |
| | 14.3 | 22.9 | 20.0 | 25.7 | 2.9 | 5.7 | | 8.6 | 2.0 |
| | 6.4 | .8 | 3.2 | 3.7 | 3.4 | 1.7 | | 2.8 | |

*CHX-combined or mixed headaches; CTH-chronic tension headache; ETH-episodic tension headache; MHX-migraine not fulfilling all criteria; MOA-migraine without aura; MWA-migraine with aura; OTH-other headaches; THX-tension headache not fulfilling all criteria*

uma profunda reflexão dado que na sua origem estão frequentemente, como vimos atrás, ou erros de diagnóstico, ou tratamentos inadequados à situação clínica em causa ou ambas as situações.

## Incapacidade

A incapacidade resultante das afecções que se acompanham de cefaleias é variável conforme o tipo e etiologia da cefaleia. Assim, nas cefaleias sintomáticas a incapacidade é a correspondente à inerente a cada um dos múltiplos quadros clínicos que as constituem. Contudo, dada a grande prevalência das cefaleias idiopáticas, são estas que, em última análise, acabam por influenciar o grau de incapacidade temporária associada ao sintoma cefaleia. A quantificação dessa incapacidade é por vezes difícil de obter, quer porque os pacientes nem sempre

Quadro III.40g - **Cefaleias: tratamento preventivo por subgrupos de diagnóstico**

PREVENTION by IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Count / Row % / Col % | CTH | ETH | THX | CHX | MWA | MOA | MHX | OTH | Row total |
| PREVENTION | | | | | | | | | |
| NO | 68 | 884 | 211 | 213 | 20 | 111 | 26 | 101 | 1634 |
| | 4.2 | 54.1 | 12.9 | 13.0 | 1.2 | 6.8 | 1.6 | 6.2 | 91.8 |
| | 87.2 | 92.6 | 95.0 | 88.0 | 69.0 | 92.5 | 96.3 | 94.4 | |
| YES | 10 | 71 | 11 | 29 | 9 | 9 | 1 | 6 | 146 |
| | 6.8 | 48.6 | 7.5 | 19.9 | 6.2 | 6.2 | .7 | 4.1 | 8.2 |
| | 12.8 | 7.4 | 5.0 | 12.0 | 31.0 | 7.5 | 3.7 | 5.6 | |
| Column Total | 78 | 955 | 222 | 242 | 29 | 120 | 27 | 107 | 1780 |
| | 4.4 | 53.7 | 12.5 | 13.6 | 1.6 | 6.7 | 1.5 | 6.0 | 100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*CHX-combined or mixed headaches; CTH-chronic tension headache; ETH-episodic tension headache; MHX-migraine not fulfilling all criteria; MOA-migraine without aura; MWA-migraine with aura; OTH-other headaches; THX-tension headache not fulfilling all criteria*

interrompem as suas actividades, quer porque a interrupção não é quantificada por ser de curta duração ou por ser trabalho doméstico ou intelectual não remunerado. Acresce ainda que em muitas das situações embora não haja efectiva interrupção do trabalho há, no entanto, uma redução da capacidade de trabalho que pode ser muito acentuada e até muito duradoira. Apesar de não estar quantificada, não deixa de traduzir uma parcela não negligenciável da morbilidade inerente às cefaleias idiopáticas. A forma mais usual de quantificar a incapacidade associada ás cefaleias é através da avaliação do absentismo ao trabalho que embora seja um indice imperfeito é, no entanto, o mais acessível.

Quadro III.40h - **Cefaleias: tipo de tratamento preventivo por subgrupos de diagnóstico**

PROPHYLACTIC TREATMENT by IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Count / Row % / Col % | CTH | ETH | THX | CHX | MWA | MOA | MHX | OTH | Row total |
| PROPHYL. TREAT. | | | | | | | | | |
| PIZOTIPHEN | | 3 | 1 | 1 | | | | | 5 |
| | | 60.0 | 20.0 | 20.0 | | | | | .3 |
| | | .3 | .5 | .4 | | | | | |
| PROPRANOLOL | | 6 | 1 | 2 | | | | | 9 |
| | | 66.7 | 11.1 | 22.2 | | | | | .5 |
| | | .6 | .5 | .8 | | | | | |
| FLUNARIZINE | 1 | 4 | | 2 | | 3 | | | 10 |
| | 10.0 | 40.0 | | 20.0 | | 30.0 | | | .6 |
| | 1.3 | .4 | | .8 | | 2.5 | | | |
| 5HTP | | 3 | 1 | | | | | | 4 |
| | | 75.0 | 25.0 | | | | | | .2 |
| | | .3 | .5 | | | | | | |
| ANTIDEPRESSANT | 4 | 23 | 3 | 8 | 3 | 2 | 1 | 2 | 46 |
| | 8.7 | 50.0 | 6.5 | 17.4 | 6.5 | 4.3 | 2.2 | 4.3 | 2.6 |
| | 5.1 | 2.4 | 1.4 | 3.3 | 10.3 | 1.7 | 3.7 | 1.9 | |
| OTHERS | 1 | 21 | 4 | 11 | 7 | 2 | | 2 | 48 |
| | 2.1 | 43.8 | 8.3 | 22.9 | 14.6 | 4.2 | | 4.2 | 2.7 |
| | 1.3 | 2.2 | 1.8 | 4.5 | 24.1 | 1.7 | | 1.9 | |

*CHX-combined or mixed headaches; CTH-chronic tension headache; ETH-episodic tension headache; MHX-migraine not fulfilling all criteria; MOA-migraine without aura; MWA-migraine with aura; OTH-other headaches; THX-tension headache not fulfilling all criteria*

Quadro III.40i - **Cefaleias: tratamentos alternativos por subgrupos de diagnóstico**

ALTERNATIVE TREATMENT by IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Count<br>Row %<br>Col % | CTH | ETH | THX | CHX | MWA | MOA | MHX | OTH | Row total |
| ALTERN. TREAT.— | | | | | | | | | |
| ACUPUNCTURE | 2 | 10 | 1 | 4 | 1 | | 1 | 2 | 21 |
| | 9.5 | 47.6 | 4.8 | 19.0 | 4.8 | | 4.8 | 9.5 | 1.2 |
| | 2.6 | 1.0 | .5 | 1.7 | 3.4 | | 3.7 | 1.9 | |
| PHYSIOTHERAPY | 1 | 53 | 5 | 17 | 2 | 2 | 2 | 4 | 86 |
| | 1.2 | 61.6 | 5.8 | 19.8 | 2.3 | 2.3 | 2.3 | 4.7 | 4.8 |
| | 1.3 | 5.5 | 2.3 | 7.0 | 6.9 | 1.7 | 7.4 | 3.7 | |
| HOMEOPATHY | 2 | 35 | 11 | 11 | 1 | 5 | 2 | 2 | 69 |
| | 2.9 | 50.7 | 15.9 | 15.9 | 1.4 | 7.2 | 2.9 | 2.9 | 3.9 |
| | 2.6 | 3.7 | 5.0 | 4.5 | 3.4 | 4.2 | 7.4 | 1.9 | |
| CHIROMANCY/ | | 1 | 2 | 2 | 2 | | | | 7 |
| PALMISTRY | | 14.3 | 28.6 | 28.6 | 28.6 | | | | .4 |
| | | .1 | .9 | .8 | 6.9 | | | | |
| OTHERS | | 2 | | 1 | | 1 | | | 4 |
| | | 50.0 | | 25.0 | | 25.0 | | | .2 |
| | | .2 | | .4 | | .8 | | | |

*CHX-combined or mixed headaches; CTH-chronic tension headache; ETH-episodic tension headache; MHX-migraine not fulfilling all criteria; MOA-migraine without aura; MWA-migraine with aura; OTH-other headaches; THX-tension headache not fulfilling all criteria*

### *Absentismo*

O absentismo profissional mostrou valores elevados nesta população 14,3% do total de inquiridos e 16,2% dos indivíduos com cefaleias referiram já ter faltado ao emprego por causa das suas dores de cabeça (quadro III.41a). O absentismo foi mais notório no grupo dos portadores de enxaqueca (23,3%), mas seguido de perto pelo grupo de indivíduos com cefaleias combinadas (19,8%) e com outras cefaleias (16,8%). Curiosamente, os sofredores de cefaleias de tensão foram os que menos faltaram ao trabalho (14,4%), mas por este método de estudo

Quadro III.41a - **Cefaleias: absentismo por subgrupos de diagnóstico**

ABSENTEEISM by IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS

| | IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Count / Row % / Col % | CTH | ETH | THX | CHX | MWA | MOA | MHX | OTH | Row total |
| ABSENTEEISM | | | | | | | | | |
| | 1 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | | 3 | 14 |
| | 7.1 | 21.4 | 14.3 | 14.3 | 14.3 | 7.1 | | 21.4 | .8 |
| | 1.3 | .3 | .9 | .8 | 6.9 | .8 | | 2.8 | |
| YES | 15 | 137 | 29 | 48 | 12 | 26 | 3 | 18 | 288 |
| | 5.2 | 47.6 | 10.1 | 16.7 | 4.2 | 9.0 | 1.0 | 6.3 | 16.2 |
| | 19.2 | 14.3 | 13.1 | 19.8 | 41.4 | 21.7 | 11.1 | 16.8 | |
| NO | 62 | 815 | 191 | 192 | 15 | 93 | 24 | 86 | 1478 |
| | 4.2 | 55.1 | 12.9 | 13.0 | 1.0 | 6.3 | 1.6 | 5.8 | 83.0 |
| | 79.5 | 85.3 | 86.0 | 79.3 | 51.7 | 77.5 | 88.9 | 80.4 | |
| Column | 78 | 955 | 222 | 242 | 29 | 120 | 27 | 107 | 1780 |
| Total | 4.4 | 53.7 | 12.5 | 13.6 | 1.6 | 6.7 | 1.5 | 6.0 | 100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*CHX-combined or mixed headaches; CTH-chronic tension headache; ETH-episodic tension headache; MHX-migraine not fulfilling all criteria; MOA-migraine without aura; MWA-migraine with aura; OTH-other headaches; THX-tension headache not fulfilling all criteria*

não se pode avaliar facilmente o grau de interferência com a capacidade de trabalho que é inerente a este tipo de cefaleias (quadro III.41a). No que respeita a este parâmetro, as diferenças entre os vários subgrupos nosológicos ($\chi^2$=47,78; GL= 14; p<0,00001) são estatisticamente significativas.

A perda de dias de trabalho por ano, ou melhor no último ano (referente a 1991), detectada nesta população, foi de 890 dias, o que corresponde a uma média de 0,5 dias de trabalho perdidos por pessoa e por ano por causa das cefaleias (quadro III.41b).

Na população estudada, 288 indivíduos declararam ter faltado ao trabalho por causa das cefaleias. Destes só 230 indivíduos é que faltaram ao trabalho no ano anterior ao inquérito, o que corresponde a uma média de 3,87 dias de faltas ao trabalho por ano por indivíduo com cefaleias incapacitantes.

Quadro III.41b - **Cefaleias: trabalho perdido (dias/ano) por subgrupos de diagnóstico**

LOST DAYS PER YEAR by IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS

| Count / Row % / Col % | IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS | | | | | | | | Row |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| LOST DAYS/Y. | CTH | ETH | THX | CHX | MWA | MOA | MHX | OTH | total |
| NONE | 63 | 821 | 193 | 196 | 17 | 94 | 24 | 89 | 1497 |
| | 4.2 | 54.8 | 12.9 | 13.1 | 1.1 | 6.3 | 1.6 | 5.9 | 84.1 |
| | 80.8 | 86.0 | 86.9 | 81.0 | 58.6 | 78.3 | 88.9 | 83.2 | |
| < 1 | | 21 | 8 | 13 | 2 | 2 | | 7 | 53 |
| | | 39.6 | 15.1 | 24.5 | 3.8 | 3.8 | | 13.2 | 3.0 |
| | | 2.2 | 3.6 | 5.4 | 6.9 | 1.7 | | 6.5 | |
| 1-3 | 10 | 80 | 15 | 26 | 6 | 21 | 2 | 8 | 168 |
| | 6.0 | 47.6 | 8.9 | 15.5 | 3.6 | 12.5 | .5 | 4.8 | 9.4 |
| | 12.8 | 8.4 | 6.8 | 10.8 | 20.6 | 17.4 | 7.4 | 7.4 | |
| 4-7 | 4 | 17 | 3 | 4 | 2 | 1 | 1 | 1 | 33 |
| | 12.1 | 51.5 | 9.1 | 12.1 | 6.1 | 3.0 | 3.0 | 3.0 | 1.9 |
| | 5.1 | 1.7 | 1.4 | 1.6 | 6.9 | .8 | 3.7 | .9 | |
| 8-14 | 1 | 10 | 1 | 1 | 1 | 2 | | 1 | 17 |
| | 5.9 | 58.8 | 5.9 | 5.9 | 5.9 | 11.8 | | 5.9 | 1.0 |
| | 1.3 | 1.0 | .5 | .4 | 3.4 | 1.6 | | .9 | |
| 15-30 | | 6 | 2 | 2 | 1 | | | | 11 |
| | | 54.5 | 18.2 | 18.2 | 9.1 | | | | .6 |
| | | .6 | .9 | .8 | 3.4 | | | | |
| > 30 | | | | | | | | 1 | 1 |
| | | | | | | | | 100.0 | .0 |
| Column Total | 78 | 955 | 222 | 242 | 29 | 120 | 27 | 107 | 1780 |
| | 4.4 | 53.7 | 12.5 | 13.6 | 1.6 | 6.7 | 1.5 | 6.0 | 100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*CHX-combined or mixed headaches; CTH-chronic tension headache; ETH-episodic tension headache; MHX-migraine not fulfilling all criteria; MOA-migraine without aura; MWA-migraine with aura; OTH-other headaches; THX-tension headache not fulfilling all criteria*

A perda de dias de trabalho calculada para esta população revelou que 11,3% perdeu de um a sete dias de trabalho por ano, que 1,0% perdeu de 8 a 14 dias de trabalho por ano, que 0,7% perdeu de 15 a 30 dias de trabalho por ano e que 3,0% referiram ter tido perda de dias de trabalho mas há mais de um ano.

Quem falta mais ao trabalho são os portadores de enxaqueca (23,3%) dos quais 20,3% perdem um ou mais dias de trabalho por ano, seguidos pelos portadores de cefaleias combinadas com 19%, de cefaleias sintomáticas com 16,8% e finalmente pelos portadores de cefaleias de tensão com 14,3% (quadro III.41b). Entre os diversos subgrupos nosológicas verificou-se que havia uma diferença estatisticamente significativa ($\chi^2$=154,73; GL=112; p< 0,005). O absentismo é proporcional ao grau de severidade das cefaleias mas este não é o único factor causal do absentismo dado que só referiram absentismo ao trabalho 37,7% das cefaleias severas, 21,9% das moderadas e 6,9% das leves (quadro III.41c).

Quadro III.41c - **Cefaleias: trabalho perdido (dias/ano) por severidade**

| *LOST* | | | *SEVERITY* | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *DAYS/* | *MISSING* | | *MILD* | | *MODERATE* | | *SEVERE* | | *VARIABLE* | | | |
| *YEAR* | *0* | *%* | *1* | *%* | *2* | *%* | *3* | *%* | *4* | *%* | *Total* | *% (C)* |
| | 36 | 76.60 | 895 | 93.13 | 361 | 78.14 | 137 | 62.27 | 68 | 75.56 | 1497 | 84.10 |
| 00 | 3 | 6.38 | 12 | 1.25 | 18 | 3.90 | 17 | 7.73 | 3 | 3.33 | 53 | 2.98 |
| 01 | 3 | 6.38 | 15 | 1.56 | 23 | 4.98 | 11 | 5.00 | 6 | 6.67 | 58 | 3.26 |
| 02 | 1 | 2.13 | 19 | 1.98 | 25 | 5.41 | 21 | 9.55 | 6 | 6.67 | 72 | 4.04 |
| 03 | 0 | 0.00 | 11 | 1.14 | 17 | 3.68 | 8 | 3.64 | 2 | 2.22 | 38 | 2.13 |
| 04 | 0 | 0.00 | 2 | 0.21 | 3 | 0.65 | 6 | 2.73 | 1 | 1.11 | 12 | 0.67 |
| 05 | 0 | 0.00 | 3 | 0.31 | 3 | 0.65 | 4 | 1.82 | 1 | 1.11 | 11 | 0.62 |
| 06 | 2 | 4.26 | 2 | 0.21 | 3 | 0.65 | 3 | 1.36 | 0 | 0.00 | 10 | 0.56 |
| 08 | 1 | 2.13 | 0 | 0.00 | 3 | 0.65 | 0 | 0.00 | 1 | 1.11 | 5 | 0.28 |
| 09 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 1 | 0.22 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 1 | 0.06 |
| 10 | 0 | 0.00 | 2 | 0.21 | 1 | 0.22 | 3 | 1.36 | 2 | 2.22 | 8 | 0.45 |
| 12 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 2 | 0.43 | 1 | 0.45 | 0 | 0.00 | 3 | 0.17 |
| 15 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 2 | 0.43 | 4 | 1.82 | 0 | 0.00 | 6 | 0.34 |
| 20 | 1 | 2.13 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 1 | 0.45 | 0 | 0.00 | 2 | 0.11 |
| 23 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 1 | 0.45 | 0 | 0.00 | 1 | 0.06 |
| 30 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 2 | 0.91 | 0 | 0.00 | 2 | 0.11 |
| 33 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 1 | 0.45 | 0 | 0.00 | 1 | 0.06 |
| T | 47 | 100.00 | 961 | 100.00 | 462 | 100.00 | 220 | 100.00 | 90 | 100.00 | 1780 | 100.00 |

## 2.2 DA OBSERVAÇÃO CLÍNICA

Seleccionou-se, aleatoriamente, uma amostra de 400 indivíduos inquiridos (cerca de 20% do total), tendo sido proposta uma observação clínica a todos os que tinham fornecido voluntariamente informação sobre o seu nome e telefone ou residência, num total de 386. Destes, a maior parte acedeu à marcação de uma entrevista, no hospital ou no domicílio, mas só foi possível concretizar 205 observações, o que corresponde a 10,2% do total de inquiridos e a mais de 50% da amostra seleccionada. Não obstante as dificuldades encontradas, conseguiu-se ultrapassar o objectivo que era examinar 10% da população inquirida para validação do questionário. Todos os indivíduos, seleccionados, foram observados por um único observador, o próprio autor deste estudo sem ter conhecimento prévio do resultado do inquérito. Para fins de diagnóstico e classificação das cefaleias foram usados os critérios de diagnóstico e classificação da IHS.

As características socio-demográficas da amostra aleatória da população inquirida, "amostra A", obtidas através do questionário, e as correspondentes características da mesma população após a observação clínica "amostra C" estão resumidas no quadro III.42a. As correspondentes características clínicas estão resumidas no quadro III.42b. Daqui se conclui que as duas amostras são rigorosamente iguais no que respeita à distribuição por sexos, idades e profissões. Apesar da observação clínica ter ocorrido uns meses após o inquérito, as idades foram facilmente referidas àquela data, pelo que não sofreram alterações. Apenas o grau de escolaridade foi alterado porque a progressão não foi uniforme, apesar de, entretanto, ter terminado o ano escolar. Este facto acarretou ligeiras modificações no grau de escolaridade, o que também condicionou pequenas alterações na classificação social.

Das características clínicas das amostras A e C estão resumidas no quadro III.42b apenas os diagnósticos, salientando-se o aumento substancial da percentagem de enxaquecas sem aura na amostra C, mas à custa de uma grande redução da percentagem de casos atípicos de enxaqueca e de cefaleias de tensão, isto é, sem a totalidade de critérios da classificação da IHS, traduzindo, provavelmente uma maior capacidade de definição dos sintomas através de inquéritos directos conduzidos por pessoas experientes (entrevista clínica).

Quadro III.42a - **Características sócio-demográficas das amostras A e C**
**Socio-demographic characteristics of the samples A e C**

| | *SAMPLE A* *(Random sample)* | | *SAMPLE C* *(clinical sample)* | |
|---|---|---|---|---|
| **SEX** | **N** | *%* | **N** | *%* |
| MALE | 72 | 35.12 | 72 | 35.12 |
| FEMALE | 133 | 64.88 | 133 | 64.88 |
| TOTAL | 250 | 100.00 | 250 | 100.00 |
| **AGE** | **N** | *%* | **N** | *%* |
| 00-04 | 20 | 9.76 | 20 | 9.76 |
| 05-09 | 4 | 1.95 | 4 | 1.95 |
| 10-14 | 12 | 5.85 | 12 | 5.85 |
| 15-19 | 28 | 13.66 | 28 | 13.66 |
| 20-29 | 13 | 6.34 | 13 | 6.34 |
| 30-39 | 33 | 16.10 | 33 | 16.10 |
| 40-49 | 16 | 7.80 | 16 | 7.80 |
| 50-59 | 20 | 9.76 | 20 | 9.76 |
| 60-69 | 26 | 12.68 | 26 | 12.68 |
| 70-79 | 25 | 12.20 | 25 | 12.20 |
| 80+ | 8 | 3.90 | 8 | 3.90 |
| **OCCUPATION** | **N** | *%* | **N** | *%* |
| 1 MANAGER/EXECUTIVE | 5 | 2.44 | 5 | 2.44 |
| 2 INTERMEDIATE ADM. | 12 | 5.85 | 12 | 5.85 |
| 3 ADM. SUPPORT | 18 | 8.78 | 18 | 8.78 |
| 4 TECNICIAN/SELLER | 17 | 8.29 | 17 | 8.29 |
| 5 HANDLER/HELPER | 17 | 8.29 | 17 | 8.29 |
| 6 HOUSEWIFE | 41 | 20.00 | 41 | 20.00 |
| 7 STUDENT | 61 | 29.76 | 61 | 29.76 |
| 8 UNEMPLOYED | 4 | 1.95 | 4 | 1.95 |
| 9 RETIRED | 30 | 14.63 | 30 | 14.63 |
| **EDUCATIONAL LEVEL** | **N** | *%* | **N** | *%* |
| 0 MISSING | 4 | 1.95 | 4 | 1.95 |
| 1 UNIVERSITY | 12 | 5.85 | 13 | 6.34 |
| 2 HIGH SCHOOL | 19 | 9.27 | 20 | 9.76 |
| 3 SECONDARY SCHOOL | 34 | 16.59 | 39 | 19.02 |
| 4 PRIMARY SCHOOL | 63 | 30.73 | 75 | 36.59 |
| 5 ABSENT/INCOMPLETE | 73 | 35.61 | 54 | 26.34 |
| **SOCIAL CLASS** | **N** | *%* | **N** | *%* |
| I | 2 | 0.98 | 2 | 0.98 |
| II | 26 | 12.68 | 27 | 13.17 |
| III | 71 | 34.63 | 70 | 34.15 |
| IV | 100 | 48.78 | 101 | 49.27 |
| V | 6 | 2.93 | 5 | 2.43 |

Quadro III.42b - **Amostras A e C - Diagnósticos segundo a classificação da IHS**
**Samples A and C - IHS Diagnosis**

| *IHS MAIN DIAGNOSIS* | *SAMPLE A* | | *SAMPLE C* | |
|---|---|---|---|---|
| | *N* | *%* | *N* | *%* |
| Without headaches | 38 | 18.54 | 38 | 18.54 |
| Migraine without aura | 7 | 3.41 | 28 | 13.66 |
| Migraine with aura | 2 | 0.98 | 2 | 0.98 |
| Migraine not fulfilling all criteria | 19 | 9.27 | 10 | 4.88 |
| Episodic tension headache | 86 | 41.95 | 78 | 38.05 |
| Chronic tension headache | 6 | 2.93 | 11 | 5.37 |
| Tension headache N.F.A. criteria | 31 | 15.12 | 21 | 10.24 |
| Cluster headache | 0 | 0.00 | 1 | 0.49 |
| Idiopathic stabbing headache | 1 | 0.49 | 1 | 0.49 |
| Benign exertional headache | 1 | 0.49 | 0 | 0.00 |
| H. assoc. w/ arterial hypertension | 1 | 0.49 | 0 | 0.00 |
| Ergotamine induced headache | 1 | 0.49 | 0 | 0.00 |
| H. assoc. w/ sistemic viral infection | 3 | 1.46 | 9 | 4.39 |
| H. assoc. with cranial bone | 0 | 0.00 | 1 | 0.49 |
| Headache not classifiable | 9 | 4.39 | 5 | 2.44 |

N.F.A.: Not fulfilling all criteria

Nesta amostra da população encontraram-se as seguintes doenças associadas: alérgicas (4); osteo-articulares (3); neoplásicas (3); depressivas (2); hipertensão arterial (2); acidentes vasculares cerebrais (1); epilepsia (1); traumatismos cranianos (1); hiperplasia da suprarenal (1).

O resultado da comparação, por tabulação cruzada, das características socio-demográficas e clínicas das amostras A e C apresenta-se no apêndice 6.

O questionário utilizado, embora baseado no questionário de cefaleias de Waters, já amplamente validado, sofreu, no entanto, numerosas modificações para o adaptar aos critérios de diagnóstico da IHS, pelo que se impunha, de novo, a sua validação e aferição para a população portuguesa.

Utilizou-se como padrão de diagnóstico para a validação a entrevista médica directa com exame clínico.

A validação do questionário por este método mostrou que para o diagnóstico de enxaqueca o questionário tem uma especificidade elevada (92,12) mas uma sensibilidade reduzida (41,30). A taxa de concordância de diagnóstico positivo e

negativo é elevada (A.R.=80,49), mas a taxa de concordância corrigida (Kappa=37,15) é muito baixa e insatisfatória (quadro III.43a).

Quadro III.43a - **Validação do questionário: enxaqueca (MH)**
**Clinical validation of questionnaire for migraine (MH)**

| ***migraine*** | | ***clinical evaluation*** | | |
|---|---|---|---|---|
| | | + | - | |
| questionnaire | + | 19 | 13 | 32 |
| | – | 27 | 146 | 173 |
| | | ***46*** | ***159*** | ***205*** |

| | | |
|---|---|---|
| S=41.30 | PV+=59.38 | |
| E=91.82 | PV-=84.39 | p= .0001 |
| A.R.=80.49 | Kappa=37.15 | |

*S=sensitivity;E=specificity; PV=predictive value; A.R.= Agreement Rate; Kappa=Chance-corrected agreement rate*

Para o diagnóstico de cefaleias de tensão, o questionário revelou uma alta especificidade (71,58) e simultaneamente uma elevada sensibilidade (88,18), com uma taxa de concordância elevada (A.R.=80,48), mesmo após correcção (Kappa=60,37) (quadro III.43b).

Quadro III.43b - **Validação do questionário: cefaleia de tensão (TH)**
**Clinical validation of questionnaire for tension-type headaches**

| ***Tension headaches*** | | *clinical evaluation* | | |
|---|---|---|---|---|
| | | + | - | |
| questionnaire | + | 97 | 27 | 124 |
| | - | 13 | 68 | 81 |
| | | ***110*** | ***95*** | ***205*** |

| | | |
|---|---|---|
| S=88.18 | PV+=78.23 | |
| E=71.58 | PV-=83.95 | p=0.0000 |
| A.R.=80.49 | Kappa=60.37 | |

*S=sensitivity; E=specificity; PV=predictive value; A.R.= Agreement Rate Kappa= Chance-corrected agreement rate*

Para o diagnóstico das cefaleias sintomáticas verificou-se que o questionário apresenta uma especificidade muito elevada (96,81) embora com menor sensibilidade (58,82), mas com uma elevada taxa de concordância (A.R.=93,65) mesmo após correcção (Kappa=57,16) (quadro III.43c).

Quadro III.43c - **Validação do questionário:cefaleias sintomáticas (OTH)**
**Clinical validation of questionnaire for secondary headaches (OTH)**

| ***Other headaches*** | | *clinical evaluation* | | |
|---|---|---|---|---|
| | | + | - | |
| questionnaire | + | 10 | 6 | 16 |
| | - | 7 | 182 | 189 |
| | | ***17*** | ***188*** | ***205*** |

| | | |
|---|---|---|
| S=58.82 | PV+=62.50 | |
| E=96.81 | PV-=96.30 | p=0.0000 |
| A.R.=93.66 | Kappa=57.16 | |

*S=sensitivity; E=specificity; PV=predictive value; A.R.= Agreement Rate; Kappa= Chance-corrected agreement rate*

Portanto, em resumo, o questionário utilizado mostrou-se muito válido para o diagnóstico de cefaleias de tensão e cefaleias sintomáticas, mas inadequado para o estudo da enxaqueca, o que tanto pode ser devido a defeitos do questionário como a deficiência dos critérios de diagnóstico da IHS. Contudo, o facto de terem sido obtidos resultados semelhantes com outros questionários sugere fortemente que a deficiência está nos critérios da IHS para o diagnóstico da enxaqueca, que são pouco sensíveis, pelo que necessitam de um aperfeiçoamento aquando da sua futura revisão.

## 3. DISCUSSÃO

O estudo da epidemiologia das cefaleias é uma tarefa árdua porque: consiste na análise de um sintoma subjectivo e não susceptível de quantificação exacta; se baseia, na maior parte das vezes, em dados anamnésticos com probabilidade de erro ou omissão; se acompanha de sintomas ou sinais múltiplos e por vezes variáveis de episódio para episódio, o que dificulta a sua correcta memorização; não há uma uniformidade de definições, de critérios de diagnóstico e de classificação das diferentes entidades clínicas; não há dados clínicos patognomónicos na maior parte das situações clínicas de cefaleias, nomeadamente das cefaleias idiopáticas e também não há marcadores biológicos para uma parte das entidades clínicas reconhecidas, as cefaleias idiopáticas.

Pelo que quando se pretende efectuar um estudo deste tipo tem de se definir previamente e com clareza o âmbito do estudo (a população-alvo e os seus limites), a definição e classificação das cefaleias, os critérios de diagnóstico e os métodos de estudo a utilizar.

### População

Neste trabalho, ao optarmos por estudar uma população urbana bem definida (uma freguesia), de ambos os sexos e sem limite de idades, definimos o âmbito do nosso estudo, isto é, a população-alvo. Apenas a inesperada redução do número de habitantes da freguesia impediu que atingissemos plenamente o nosso objectivo que era interrogar 3000 habitantes.

Ao escolhermos o local — uma freguesia da cidade do Porto — definimos

geograficamente os limites da área de estudo. O local escolhido (a freguesia de Miragaia) revelou-se muito adequado aos objectivos do trabalho, não só pela proximidade mas também pela boa relação da população com o Hospital Geral de Santo António que a serve. Estes factos facilitaram o acesso e a receptividade da população para este tipo de estudos que acaba sempre por causar alguma perturbação e incómodo. Também se adequaram aos objectivos deste estudo o tipo e a variedade de população que a freguesia engloba, a qual se aproxima dos valores médios da população da cidade do Porto e da população portuguesa no que respeita a algumas das características socio-demográficas, nomeadamente o sexo e a idade. Mas, outras características socio-demográficas, como a profissão e a classe social, não foram objecto de análise comparativa por falta de dados correspondentes no censo populacional[1]. O estado matrimonial não foi objecto de avaliação no nosso estudo dada a sua presumível irrelevância devido à grande variabilidade da situação matrimonial da população portuguesa nas duas últimas décadas.

## Métodos

### *Definição das cefaleias*

A definição de cefaleias e das suas modalidades primárias ou secundárias (entidades clínicas) também é muito variável nos diferentes estudos e muitos não chegam a fornecer qualquer informação sobre este importante aspecto. Neste estudo utilizamos a definição de cefaleias da *World Federation of Neurology* (WFN) [2].

### *Definição das entidades clínicas*

A definição das entidades clínicas (síndromes ou doenças) que são alvo de estudo tem variado muito ao longo dos tempos.

Antes de 1955 os critérios de diagnóstico utilizados ou não eram especificados ou eram diferentes de autor para autor. Entre 1955 e 1962, os critérios de Vahlquist para o diagnóstico de enxaqueca [3] foram sistematicamente usados, por vezes com pequenas variações. Surgiu depois a classificação de cefaleias da

Comissão *AD Hoc* dos *National Institutes of Health* (NIH) [4] que passou a ser a mais utilizada. Mas, a partir de 1970, a influência dos critérios de diagnóstico da enxaqueca utilizados por Waters [5] faz-se sentir nos estudos posteriores, principalmente na Europa, e são usados como modelo, com mais ou menos variações ou adaptações, até 1988 quando surge a classificação da IHS [4] atingindo-se o estado actual em que grande parte dos estudos se baseiam nos critérios de diagnóstico propostos por esta sociedade tal como o presente estudo [6-9]. No entanto, no nosso estudo a aplicação à mesma população, isto é, à base de dados da população estudada, dos critérios de diagnóstico de diferentes classificações, permitiu fazer uma análise comparativa das classificações mais representativas.

*Definição de objectivos*

Os objectivos também são muito variáveis nos diferentes estudos, uns só analisam as enxaquecas [9-12], outros só as cefaleias crónicas [13-14], outros só as cefaleias incapacitantes [9], mas alguns autores como D'Alessandro, Linet, Newland, Nikiforow, Post [15-19] também avaliaram todos os tipos de cefaleias como no presente estudo.

*Estudo de incidência*

Os estudos populacionais de cefaleias têm geralmente como objectivo um estudo de prevalência porque se baseiam em cortes transversais da população o que não permite avaliar com rigor a incidência, mas com esse objectivo apenas há a assinalar o trabalho de Stang e col., em 1992 [20]. Nosso estudo fez--se uma estimativa da incidência com base na ocorrência da última crise.

*Estudo de prevalência*

Nos estudos anteriores o período de tempo a que se refere o estudo de prevalência foi também geralmente limitado, sendo relativo a toda a vida[10,14,16], a um ano[15,17-19,21,22] ou a ambos, isto é, toda a vida e anual[23] e apenas num estudo[8] foi para além disso avaliada também a prevalência pontual como no

presente estudo, que é o mais amplo, tendo sido estudadas as prevalências pontual, semanal, mensal, anual e durante toda a vida.

*Entrevista*

Como método de estudo populacional, inicialmente foram consideradas várias opções, tais como: Inquérito postal (questionário de auto-preenchimento), entrevista telefónica, entrevista directa não estruturada, entrevista directa estruturada (questionário) e entrevista clínica[24].

A entrevista clínica é uma técnica inexequível em estudos populacionais de grandes dimensões pela sua morosidade, pelos elevados custos e pela fraca adesão da população, especialmente dos indivíduos sem sintomas, o que introduz factores de erro significativos num estudo deste tipo. No entanto, esta técnica foi usada como padrão (*gold standard*) na prova de validação dos dados obtidos pela entrevista com questionário específico de cefaleias.

Optámos pela entrevista directa estruturada por questionário específico por ser o método mais fiável entre os métodos mais acessíveis e exequíveis num estudo desta dimensão, não obstante o facto de não excluir a possibilidade de erros induzidos pelo questionário, pelos entrevistadores e pelos analistas. São, no entanto, em menor grau do que os que ocorrem nas modalidades de inquérito postal com questionário de auto-preenchimento e nas entrevistas telefónica e não estruturada.

A metodologia usada revelou-se bastante eficaz ao aproximar-se do objectivo proposto, inquirir 50% da população residente na modalidade de porta a porta e alterna, utilizando um questionário específico para estudo das cefaleias. Foram inquiridos 2008 indivíduos de um total de 4771, residentes, ou seja 42,1% da população. A percentagem em falta, 7,9%, ficou a dever-se à impossibilidade de inquirir alguns indivíduos da população-alvo por diversas razões, nomeadamente, crianças muito pequenas com dificuldade em responderem adequadamente às questões formuladas, alguns jovens por deficiência mental, alguns adultos por ausência prolongada ou por recusa (principalmente elementos do sexo masculino) e alguns idosos por deterioração mental ou ausência prolongada. É de salientar, contudo, que inquéritos deste tipo frequentemente apresentam valores muito mais elevados de não adesão[24].

A entrevista decorreu com normalidade, mas o tempo previsto para a recolha de dados foi largamente ultrapassado, devido ao tamanho do inquérito e à consequente morosidade do seu correcto preenchimento e ainda às dificuldades em inquirir, de uma só vez, todos os residentes em cada habitação, um requisito imposto pela metodologia adoptada (inquérito universal porta-a-porta, alterno). Estes factos motivaram a necessidade de alargamento do número inicial de inquiridores e do tempo de colheita de dados. Os inquiridores, todos estudantes universitários, e com experiência prévia das técnicas de inquérito, foram especialmente alertados sobre as particularidades do tema em estudo e para as informações adicionais que poderiam fornecer para facilitar a compreensão das perguntas, sem influenciar as respostas.

*Questionário*

O questionário utilizado, baseado nos usados por Waters [5] em estudos populacionais e adaptado para a classificação da IHS foi previamente testado num inquérito da população estudantil do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar em 1989 [25] e posteriormente submetido a um ensaio piloto efectuado por parte dos inquiridores envolvidos no presente estudo. Mostrou-se também bastante eficaz na concretização dos objectivos do estudo. Contudo, há alguns aspectos que merecem uma correcção para futuros trabalhos, nomeadamente:

1. É demasiado longo, sendo demorada a sua aplicação.
2. Contém algumas perguntas cuja análise forneceu muito pouca informação útil, tais como: "as crises são sempre do mesmo tipo?"; "teve várias crises idênticas no mesmo dia?"; "Qual a duração da dor sob tratamento?" e que requerem nova formulação para futuras aplicações.
3. Contém ainda e apesar de todo o cuidado na sua elaboração, algumas perguntas susceptíveis de interpretação subjectiva ou duvidosa, nomeadamente as perguntas sobre o carácter, localização, frequência e duração da dor e sobre os tratamentos alternativos.
4. Tem pequenas falhas na cobertura total dos sintomas associados a algumas formas de cefaleias, particularmente, em algumas cefaleias sintomáticas como as cefaleias cervicogénicas e as cefaleias por uso ou privação de substâncias farmacológicas, entre outras mais raras, como

as cefaleias em salva o que dificultou um pouco a sua posterior classificação.

5. Tem uma insuficiente análise das doenças associadas, pelo que não permite avaliar as possíveis complicações dos tratamentos e do abuso terapêutico.
6. Tem uma insuficiente caracterização da distribuição familar, pelo que não permitiu tirar grandes conclusões sobre este tema o que requer uma abordagem com uma metodologia diferente.

*Validação do questionário*

Os resultados da validação revelaram que o questionário utilizado tem uma elevada especificidade para as cefaleias de tensão, enxaqueca e cefaleias sintomáticas e tem valores preditivos positivos e negativos elevados, isto é, demonstrou ter uma boa capacidade para identificar correctamente os casos positivos e excluir bem os casos negativos. Tem, no entanto, uma sensibilidade reduzida para a enxaqueca, ou seja, identifica poucos casos deste tipo de enxaqueca. Daqui se conclui que este questionário, à semelhança de outros semelhantes adaptados para a classificação da IHS e utilizados por outros investigadores [15-21], não é o método ideal para a avaliação da taxa de prevalência de enxaqueca na população geral ou, então, os critérios de diagnóstico de enxaqueca propostos pela IHS necessitam de ser reavaliados, em conformidade com a opinião de Sjaastad e col. [26-27]. O facto de estes investigadores terem encontrado uma reduzida especifidade para a enxaqueca põe também em causa o valor destes critérios de diagnóstico, apontando para a necessidade da sua oportuna revisão.

No entanto, deve ser salientado que os principais problemas de diagnóstico das cefaleias através de questionário parecem resultar mais da coexistência de vários tipos de cefaleias numa grande percentagem de pessoas (cerca de 12% no presente estudo). Este facto condiciona uma expressão clínica atípica de cada uma das suas componentes, o que associado à sua variabilidade clínica, motiva uma deficiente memorização de grande parte dos pormenores da dor ou dos sintomas associados e a descrição defeituosa de uma parte das cefaleias, especialmente dos episódios mais distantes no tempo.

*Classificação*

As cefaleias foram classificadas em síndromes clínicos de acordo com os critérios de diagnóstico e de classificação da *International Headache Society* (IHS)[28] por serem os mais recentes, de formato uniforme, abrangerem um maior número de situações clínicas e carecerem de uma análise qualitativa. Contudo, a sua utilização em estudos epidemiológicos de base populacional levanta diversos problemas, pela impraticabilidade do exame clínico e pela ausência de uniformidade de opiniões em relação à sua adequação (sensibilidade e especificidade)[26,27,29,30], particularmente, no que respeita ao diagnóstico de enxaquecas e de cefaleias cervicogénicas, entre outras modalidades de cefaleias[26,27,31-34]. Os dados assim obtidos foram comparados com os correspondentes resultantes da utilização de critérios de outras classificações como a dos *National Institutes of Health* (NIH)[4], a de Vahlquist para a enxaqueca[3] ou a de Sjaastad[35] para as cefaleias cervicogénicas. Ainda se estudou uma classificação baseada numa pontuação (*score*) obtida pelo método de regressão múltipla a partir dos dados do inquérito populacional[36].

*Base de dados*

Com os dados obtidos através do inquérito populacional elaborou-se uma extensa base de dados. Esses dados foram submetidos a uma validação directa e cruzada e confirmados pessoalmente, no que respeita aos indivíduos observados clinicamente, ou através de contactos telefónicos noutros casos, sempre que tal foi relevante e possível.

## Análise dos dados

Na análise dos dados optou-se pela metodologia seguinte:

1. Avaliação global das características socio-demográficas da população estudada e sua comparação com a população geral da freguesia.
2. Avaliação da incidência, prevalência, frequência e periodicidade do sintoma cefaleias.
3. Avaliação do tipo e da frequência das manifestações associadas.

4. Classificação das cefaleias em síndromes de acordo com os critérios de diagnóstico da IHS, NIH, Vahlquist e Sjaastad e col., entre outros[3,4,26,29,37].
5. Avaliação da prevalência dos diversos síndromes clínicos.
6. Análise cruzada dos síndromes clínicos com os diferentes parâmetros socio-demográficos da população e com os diferentes elementos semiológicos das cefaleias.
7. Avaliação da importância das doenças associadas.
8. Avaliação da frequência da agregação familiar.
9. Avaliação dos meios de diagnóstico e tratamento.
10. Avaliação do grau de incapacidade resultante das cefaleias e dos sintomas acompanhantes.
11. Análise cruzada dos dados do inquérito populacional com os dados da observação clínica da amostra aleatória para avaliação da sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e negativo e da taxa de concordância para cada grupo de diagnóstico.

O motivo da opção por uma análise por sintoma e por síndrome ou diagnóstico resulta do facto de se pretender conhecer a importância do sintoma cefaleias e manifestações associadas na população geral e as suas consequências socio-económicas independentemente da sua integração em sindromes clínicos que até podem não estar correctamente classificados porque: 1. nenhuma classificação é perfeita; 2. faltam elementos patognomónicos ou marcadores biológicos para a correcta identificação das entidades nosológicas idiopáticas, largamente maioritárias; 3. porque nem todos foram submetidos a exame clínico, considerado como padrão de diagnóstico, embora também falível pelas mesmas razões.

## Resultados

### *Apresentação dos resultados*

A forma de apresentação dos resultados decorre, naturalmente, das opções da análise e reflecte a preocupação em separar o sintoma cefaleia dos sintomas

associados para permitir uma análise mais objectiva, não influenciada pela definição dos diversos síndromes, que variam com a classificação utilizada. Este tipo de amostra foi também efectuado por outros autores[26,38].A documentação através de inúmeras tabelas, em detrimento de figuras, tem por objectivo a demonstração do rigor da análise e a clara identificação de eventuais omissões, incorrecções ou incongruências absolutamente inevitáveis em estudos populacionais de grandes dimensões.

## Comparação dos estudos

Procedeu-se à comparação dos dados do nosso estudo com os anteriores no que respeita ao âmbito, objectivos e resultados dos estudos.

*População geral*

Este estudo, o primeiro baseado na população geral a ser efectuado em Portugal, é comparável a estudos publicados anteriormente por Rasmussen e col, D'Alessandro e col., Water, Crisp e col, Hollnagel e Norrelund, Leyton, Nikiforow e Hokkanen, Newland e col., Stang e Osterhaus[8,10,15,17,18,21,39,40,41] também efectuados na população geral.

*Área urbana*

A maior parte dos estudos anteriormente efectuados envolvem populações específicas como os estudos efectuados por [Ogden, 1952; Childs e Sweetnam, 1961; Barolin, 1974; Green, 1977; Salamon e col., 1980 [42-46]] em operários, por [Balyeat e Rinkel, 1933; Vahlquist, 1955; Logan e Cushion, 1958; Dalsgaard-Nielsen e Ulrich, 1973 [3,11,47,48]] em pessoal hospitalar (enfermagem, médico ou administrativo), por [Dalsgaard-Nielsen, 1962; Bain e Spalding, 1967 [49,50]] em pacientes das consultas externas de hospitais, por [Logan e Cushion 1958, Walker 1959, Brewis, 1966; Fry, 1966; Froom e col., 1974; Clarke e Waters, 1974 [48,51-55]] em Centros de Saúde públicos, por [Grimes, 1931; Balyeat e Rinkel, 1933; Fitz-Hugh, 1940 [47,56,57]] em Centros de Saúde privados, por [Balyeat e Rinkel, 1933; Lennox, 1941; Vahlquist, 1955; Sparks, 1978; Pereira Monteiro,

Eduarda Matos e José Calheiros, 1994 [3,25,47,58,59]] em estudantes, ou ainda por [Ekbom, 1978 [60]] em jovens recrutas das forças militares. Alguns estudos incluem populações urbanas [Markush, 1975; Pereira Monteiro, Eduarda Matos e José Calheiros, 1994 [22,25]] mas estudos na população geral de uma cidade há vários [Brewis e col., 1966; Waters e O'Connor, 1970; Markush e col., 1975; Newland e col., 1978; Hollnagel e Norrelund, 1980; Abramson e col., 1980; Levy, 1983; Ogunyemi, 1984 [17,22,39,53,61-64]] mas com características distintas do presente estudo.

*Número de indivíduos*

Quanto ao número de indivíduos estudados da população geral só os estudos de Waters e O'Connor, 1971 (n=2933), Newland e col., 1978 (n=2066), Nikiforow e Hokkanen, 1978 (n=3067), Post e Gubbels, 1986 (n=2252) e Linet e col. 1989 (n=10169) [16-19,65] foram mais extensos mas, poucos utilizaram como método a entrevista directa.

*Limite de idades*

Quanto à idade, o nosso estudo abrange indivíduos de todas as idades apenas com a limitação determinada pela capacidade de compreensão das perguntas (às crianças com menos de sete anos era permitida alguma ajuda por parte dos familiares para os pormenores de relação temporal da dor), ao passo que outros estudos são mais restritivos envolvendo apenas adolescentes ou adultos jovens [18,22,25,40], outros só avaliam os adultos [8,10,12,17,21,65] e apenas os estudos de Grimes e de Brewis e col. [53,56], se assemelham a este estudo e o de D'Alessandro e col. [15], se aproxima deste pela inclusão dos indivíduos a partir dos sete anos.

***Comparação dos resultados***

*Diagnóstico*

O diagnóstico deveria ser, de preferência, baseado na entrevista e exame

clínico por ser considerado ainda o modelo padrão, o que se torna muito difícil de atingir em estudos populacionais de grandes dimensões, pelo que, na maior parte dos casos se utiliza o diagnóstico baseado no preenchimento de critérios de diagnóstico operacionais, isto é, simplificados e exequíveis em estudos desta natureza. São poucos os estudos que utilizaram o exame clínico como meio de diagnóstico[8,10,56,62,66-69]. Nesses estudos a população estudada é geralmente mais reduzida, como no estudo de Rasmussen e col.[8] em que só se observaram 690 de um grupo inicial de 1000 indivíduos, mas mesmo esse estudo foi precedido de um inquérito postal de auto-preenchimento que serviu de base à selecção dos indivíduos a examinar o que, por si só, já deforma a amostra.

No presente estudo utilizou-se como método de diagnóstico a aplicação dos critérios da classificação da IHS aos dados resultantes do inquérito populacional. Diversos estudos anteriores utilizaram também a entrevista directa estruturada[11-13,21-23,62,64,65,68,69] embora utilizando critérios de diagnóstico diferentes e sendo geralmente omissos sobre a forma de aplicação dos critérios usados.

No nosso estudo verificou-se que a classificação do NIH identificou 4,7% dos casos como enxaqueca pura ao passo que a classificação da IHS identificou 8,8% mas a taxa de concordância incluindo positivos e negativos foi bastante alta (Kapp=59,77).

A classificação do NIH identificou 57,4% dos indivíduos como podendo corresponder a cefaleias de tensão ao passo que a classificação da IHS identificou 62,5% sendo a taxa de concordância elevada (Kappa=70,42). A classificação do NIH identificou 3% dos indivíduos como tendo cefaleias em salva (*cluster headache*) e que inclui os casos identificados pela IHS (1%). A classificação do NIH identificou como formas combinadas ou mistas de cefaleias 25,2% dos indivíduos inquiridos ao passo que a classificação da IHS identificou apenas 12,1% com formas mistas sendo a taxa de concordância alta (Kappa=57,83). Daqui se conclui que a classificação do NIH é mais restritiva do que a classificação da IHS para as cefaleias primárias, nomeadamente, a enxaqueca e as cefaleias de tensão, mas à custa de um aumento considerável da percentagem de formas mistas, o que pode traduzir uma menor capacidade para distinguir as formas atípicas de enxaqueca ou de cefaleias de tensão.

Outras variedades de cefaleias, incluindo as sintomáticas, foram identificadas em 5,3% dos indivíduos e apenas segundo os critérios da classifi-

cação da IHS, por não estarem definidos na classificação do NIH os critérios correspondentes.

As formas particulares de cefaleias, como por exemplo as cefaleias cervicogénicas, foram analisadas com base nos critérios de Sjaastad, dado não ser ainda conhecida quando foi elaborada a classificação do NIH e não ser ainda reconhecida como entidade clínica quando foi elaborada a classificação da IHS. Este estudo deverá, portanto, ser considerado como inconclusivo no que respeita à prevalência de cefaleias cervicogénicas nesta população.

*Grupos de diagnóstico*

A distribuição das cefaleias por grupos e subgrupos de diagnóstico, segundo os critérios da classificação da IHS, permitiu fazer a análise cruzada dos dados e a sua avaliação em função do diagnóstico mais (subgrupos) ou menos (grupos) pormenorizado.

A ocorrência de formas combinadas ou mistas de cefaleias constitui um problema de difícil análise que motivou a criação de um grupo englobando todos os indivíduos com esta associação de cefaleias, permitindo assim a sua análise global.

As cefaleias sintomáticas, pelo seu reduzido número e variedade clínica, foram sempre analisadas em conjunto e com outras formas de cefaleias. Esta opção, se por um lado permitiu ter noções sobre as suas características sociodemográficas e semiológicas, por outro lado não permitiu uma avaliação muito rigorosa devido à diversidade de manifestações clínicas, por vezes antagónicas. Não foi possível desta forma a definição de subgrupos de entidades clínicas. Perdeu-se, assim, uma oportunidade de conhecer alguns aspectos epidemiológicos relativos a determinadas formas de cefaleias, com destaque para as cefaleias relacionadas com a patologia vascular cerebral. Estas não puderam ser analisadas com o detalhe que mereciam pelo seu reduzido número que não permitiu tirar conclusões sobre a sua importância em termos epidemiológicos, como se poderá inferir da extensa bibliografia existente sobre o assunto[70-81], embora baseada em dados predominantemente de origem clínica. Também não puderam ser devidamente analisadas as cefaleias associadas com o uso ou privação de substâncias de diversa natureza, incluindo os fármacos, e que têm sido

destacadas na literatura por diversos autores[82-85] embora com base em dados essencialmente clínicos. Não obstante o facto de terem sido identificados alguns casos o seu reduzido número tornou difícil a sua análise isolada. De igual modo, foram escassos os casos de cefaleias associadas com neoplasias intracranianas o que impediu uma análise apropriada desta modalidade de cefaleias na população estudada. Esta organização dos dados, em grande parte motivada pela análise estatística informatizada, contém alguma originalidade e também é lógica porque analisa grupos de doentes e não apenas grupos de patologias mais ou menos homogéneas. Não obstante este facto, os resultados são comparáveis a diversos outros trabalhos usando esquemas, mais tradicionais, de estudo isolado de cada um dos principais síndromes clínicos[8,10,23,39,86].

*Incidência e prevalência*

As taxas de incidência não podem ser devidamente avaliadas em cortes transversais mas sim em estudos longitudinais das populações e só indirectamente se podem estimar através da análise da data de ocorrência da primeira crise (raramente memorizada) ou, em alternativa, a da última crise. Este dado corresponde também à prevalência do síndrome na população no referido período de tempo.

A prevalência de cefaleias durante a vida, nesta população, foi de 88,6%, sendo de 82,8% no homem e 92,5% na mulher.

Estes valores, embora elevados, correspondem aos de outros estudos. Waters e O'Connor[65] encontraram valores de 74-89% no homem e 92-97% na mulher, em cinco agregados populacionais britânicos; Philips[13] encontrou valores de 74% no homem e 89% na mulher, Ziegler e col.[14] detectaram uma prevalência durante a vida de 83% nos homens e 84% nas mulheres de uma congregação religiosa dos EUA, Newland e col.[17] encontraram um valor de 88% também numa população britânica, Turner e Stone [87] verificaram uma prevalência de 73% noutra população britânica, Linet e col.[16] encontraram 91% no homem e 95% na mulher, nos EUA, e Rasmussen e col., na Dinamarca, detectaram uma prevalência de cefaleias durante a vida de 93% no homem e 99% na mulher.

A prevalência anual de cefaleias, estimada com base na última crise, foi de

85,7% na nossa população, sendo de 79,2% no homem e 89,9% na mulher. Nikiforow[23] referiu 77% de prevalência anual de cefaleias (69% nos homens e 83% nas mulheres), numa população finlandesa. Post e Gubbels[19], na Holanda, encontraram 64% no homem e 84% na mulher e Waters[21,88] tinha detectado 64% nos homens e 78% nas mulheres de diversos agregados populacionais britânicos. A prevalência pontual de cefaleias neste estudo foi de 23,8%, sendo de 15,1% no homem e 28,6% na mulher enquanto que Rasmussen e col.[8], na Dinamarca, encontraram 16% sendo 11% no homem e 22% na mulher.

Na população com enxaqueca encontrou-se uma prevalência ao longo da vida de 8,8% (7,0% no homem e de 9,9% na mulher; M:F=1:1,4) sendo 6% sem aura, 1,4% com aura e 1,4% atípicas, mas este valor não inclui as enxaquecas associadas com outras formas de cefaleias. Dalsgaard-Nielsen e Ulrich[11], na Dinamarca, encontraram numa comunidade médica, 14% no sexo masculino e 22% no sexo feminino, Crisp e col. [10], no Reino Unido, encontraram 10% nos homens e 26% nas mulheres duma população geral, Rasmussen e col.[8] obtiveram os seguintes valores na população geral —8% no homem e 25% na mulher — e Breslau e col.[89] nos EUA detectaram 7% nos homens e 16% nas mulheres numa população de apoio sanitário.

A prevalência anual de enxaqueca foi de 7,4% sendo de 6,8% no sexo masculino e 9,6% no sexo feminino mas Waters[21] tinha encontrado valores na população geral de 15% no homem e 23% na mulher, Nikiforow[66] encontrou 11% no homem e 35% na mulher, Rasmussen e col.1991 [8] detectaram 6% no homem e 15% na mulher.

Nesta população avaliaram-se também as seguintes prevalências: mensal de 6,2%, a semanal de 5,5% e a pontual de 2,3% e verificamos que havia sempre um nítido predomínio no sexo feminino. Linet e col. em 1989 [16] encontraram uma prevalência mensal de 3% nos homens e 7% nas mulheres de ums população geral americana.

A prevalência de cefaleias de tipo tensão durante a vida nesta população foi de 62,5% (61,6% no homem e 63,1% na mulher; M:F=1/1,02) e Ziegler e col. em 1977 [14] nos EUA detectaram 42% nos homens e 34% nas mulheres de uma congregação religiosa, Crisp e col. em 1977 [10] no Reino Unido encontraram cefaleias de tensão em 29% dos homens e 35% das mulheres de uma comunidade inglesa mas Rasmussen e col. em 1991 [8] na Dinamarca encontraram valores

mais elevados (78%) na população geral que estudaram, sendo de 69% no homem e 88% na mulher.

Na população com cefaleias de tensão a prevalência anual encontrada foi de 60,0% sendo de 59,2% no homem e de 61,6% na mulher. Waters em 1974[21] encontrou uma prevalência anual de 40% numa comunidade inglesa sendo 42% nos homens e 61% nas mulheres, Nikiforow em 1981[66] encontrou 37% nos homens e 42% nas mulheres de uma comunidade finlandesa e Rasmussen e col. em 1991 encontraram uma prevalência anual de cefaleias de tensão de 63% dos homens e 86% das mulheres duma população dinamarquesa. Também foram avaliadas as seguintes prevalências: mensal com 49,6% (M=43,7%:F=53,4%), semanal com 36,2% (M=29,7%;F=40,4%) e diária ou pontual com 15,9% (M=11,7%;F=18,8%) todas com nítido predomínio feminino. Rasmussen e col. 1991[8] encontraram na população dinamarquesa uma prevalência pontual de cefaleias de tensão de 12%, sendo de 9% nos homens e de 16% nas mulheres.

Na nossa população a prevalência durante a vida das cefaleias combinadas foi de 12,1% (7,0% no homem e 15,3% na mulher) sendo de 11,8% a anual, de 10,6% a mensal, de 8,4% a semanal e de 4,3% a pontual sempre com um nítido predomínio feminino 15,3% (M/F=1/2.2).

A prevalência de outras formas de cefaleias incluindo as sintomáticas foi de 5,3% (7,2 no homem e 4,1% na mulher) sendo de 4,8% a anual, de 2,9% a mensal, de 1,8% a semanal e de 0,7% a pontual, com predomínio masculino (M/F=1,8/1).

Os restantes 11,4% da população estudada nunca sofreram de cefaleias, sendo 17,4% homens e 7,6% mulheres. Estes valores são próximos dos referidos por diversos investigadores: Waters 1974, Philips 1977, Newland e col. 1978, Nikiforow 1981, Linet e col. 1989, Rasmussen e col. 1991, Stewart e col. 1992, Rasmussen 1992, Henry e col. 1992, Edmeads e col. 1993[7-9,13,16,17,21,66,86,90].

Como se verifica os valores obtidos nos diversos estudos são muito mais aproximados, sendo as diferenças que ainda existem mais determinadas pela composição da mostra (idade e sexo) e o tipo de estudo das cefaleias (global ou parcial).

*Sexo e idade*

A distribuição por sexo revelou que a ocorrência de cefaleias é maior no sexo feminino (63.3%) do que no masculino (36.7%) tal como se verificou em diversos estudos anteriores[7-10,15-17,21,23,39]. A distribuição por idade revelou um predomínio nos grupos etários mais baixos (53,0% com menos de 40 anos) sendo a média de idades de 39,94 anos, identica à de diversos estudos anteriores [8,13,14,17,18,21]. Na enxaqueca há um predomínio ainda mais nítido no sexo feminino (68,8%) e um aumento da prevalência com a idade até aos 30 anos, seguido de um declínio progressivo mais acentuado na sexta década, tal como se verificou noutros estudos anteriores[8,15,16,91]. Nas cefaleias tipo tensão não há um predomínio tão nítido do sexo feminino (61,3%) e a prevalência é relativamente estável em todos os grupos étários com excepção das idades extremas. Nas cefaleias combinadas há um forte predomínio do sexo feminino (77,3%) e uma distribuição etária idêntica à das cefaleias de tensão. Nas restantes formas de cefaleias há um predomínio do sexo masculino (53,3%) e nas idades mais jovens, isto é, antes dos 30 anos. Os dados referentes à distribuição por sexo e por idade nas diversas formas clínicas são equivalentes aos de muitos outros estudos populacionais anteriores [7-10,15-17,21,23,39].

*Escolaridade, profissão e classe social*

Os dados obtidos na nossa população, não obstante mostrarem um leve predomínio de enxaqueca nos indivíduos com escolaridade mais elevada, não confirmam a maior ocorrência de cefaleias nas populações de maior nível educacional conforme sugerem alguns autores [92-94], mas estão de acordo com os dados de outros estudos populacionais que negam essa distribuição pre-ferencial pelas populações mais instruidas [15,23,41,62,86,89,95-100].

Na população estudada não há preponderância de cefaleias por grupos profissionais, à semelhança de diversos estudos, nomeadamente os de Nikiforow e Hokkanen 1978, Newland e col. 1978, Duckro e col. 1989, Rasmussen[12,17,18,86].

Não se confirmou o conceito defendido por alguns autores [92-95] de um predomínio de cefaleias e particularmente de certas variedades clínicas,como por exemplo a enxaqueca, nas classes mais elevadas. Os resultados do presente

estudo estão mais de acordo com outros estudos populacionais mais recentes que negam qualquer distribuição preferencial de qualquer forma de cefaleias por determinadas classes sociais [41,86,101].

*Idade de início e da última crise*

Verificou-se que 67,7% dos indivíduos inicia as dores antes dos 30 anos sendo a média de idades de início de 17,73 anos, mais baixa no sexo masculino (14,97) do que no sexo feminino (19,51). A última crise ocorreu em intervalos de dias em 37,3% e de semanas em 21,9% dos indivíduos. Verificou-se também que a idade de início é mais precoce nas cefaleias sintomáticas, seguidas das enxaquecas, das cefaleias combinadas e finalmente pelas cefaleias tipo tensão sendo nestas também mais precoce no sexo masculino (18,1 anos) do que no feminino (21,1).

O último episódio doloroso ocorreu em intervalos de dias ou semanas em 59,2% dos casos, sendo o intervalo de dias nas cefaleias de tensão e formas combinadas, de semanas nas enxaquecas e de meses ou anos nas restantes cefaleias, nomeadamente, nas formas sintomáticas.

Estes dados estão em concordância com os trabalhos de Selby e Lance 1960, Lance e Anthony 1966, Olesen 1978, Salamon e col. 1980, Davies e col. 1991, Rasmussen 1992 [46,102-106].

*Periodicidade e frequência*

A maior parte (81,5%) das cefaleias são periódicas, sem diferença significativa entre os sexos (M=80,6% e F=82,5%) (quadro III.24b) nem entre os grupos etários (figuras 12a e 12b), com múltiplos episódios semelhantes em 92,6% das cefaleias, sendo de 94,6% nas cefaleias primárias. A frequência das crises foi elevada verificando-se que 34,7% dos indivíduos tiveram crises na semana anterior ao inquérito e 62,8% tiveram crises no último mês e que a frequência é mais elevada no sexo feminino 64,9%, nas cefaleias de tensão crónica e nas formas combinadas. A frequência aumenta com a idade.

Estes dados são semelhantes aos de Selby e Lance 1960, Lance e Anthony 1966, Graham 1968, Davies e col.1991, Henry e col. 1992 e Pereira Monteiro 1993 [7, 102,103,105,107,108].

*Qualidade da dor*

A qualidade da dor é sempre a mesma em 92,1% dos inquiridos e é de tipo peso, moedeira ou aperto em 46,3% ocorrendo sobretudo nas cefaleias de tensão e sendo de tipo pulsátil em 24,9% das pessoas, maioritáriamente na enxaqueca. Estes dados estão em conformidade com os de Lance e Anthony 1966, Mortimer e col. 1992 [103,109].

*Localização da dor*

O local da dor nesta população revelou um franco predominio frontal ou temporal (77,2%) no conjunto dos diferentes tipos de cefaleias mas não necessáriamente em todas as variedades clínicas.

A lateralização da dor ocorreu em apenas 23,7% dos casos, sem nítido predomínio de lado ocorrendo maioritáriamente na enxaqueca (58,9%). A alternância da dor unilateral só surgiu em 7,2% dos indivíduos com cefaleias, predominantemente nos indivíduos com enxaqueca e cefaleias combinadas, como é natural.

Dados semelhantes foram obtidos por Lance e Anthony 1966 e Mortimer e col. 1992 [103,109].

*Severidade da dor*

No que respeita à severidade, verificou-se o predomínio da dor leve em 54,0% dos casos sendo maioritária, como é lógico, nas cefaleias de tensão e principalmente na forma episódica.

A ocorrência nesta amostra da população de uma elevada percentagem de formas leves de cefaleias explica, em grande parte, alguns dos resultados encontrados, que podem à primeira vista parecer estranhos por pouco habituais na população que recorre às consultas especializadas dos hospitais, como seja, a reduzida frequência de sintomas acompanhantes e o comportamento agitado, entre outros, numa percentagem elevada de casos de enxaqueca. Contudo, estes dados estão em concordância com os obtidos por outros investigadores, também em estudos populacionais [7,102]. Obviamente, só as formas mais severas é que têm im-

pacto social e económico mas é importante ter a noção do seu valor real na população em geral para se saber qual é a verdadeira dimensão das formas severas.

*Duração da dor*

A duração da dor, sem tratamento, foi longa, de horas em 41,7%, em média 11,5 horas, correspondendo a enxaquecas na maior parte dos casos. Os valores encontrados são sobreponíveis aos de Selby e Lance 1960, Graham 1968, Davies e col. 1991, Henry e col. 1992 [7,102,105,107].

*Comportamento na dor*

O comportamento na dor foi de repouso em 57,6% dos casos, sem predomínio nítido de qualquer tipo de cefaleias ou de grupos etários, mas com nítido predomínio do sexo masculino (64,0%) sobre o feminino (53,9%). Estes valores sugerem uma relativa benignidade das cefaleias em geral e em particular das enxaquecas nesta população pelo menos em relação ás características da população que ocorre às consultas, principalmente da especialidade de Neurologia. No entanto, idênticos valores foram apontados por Prensky em 1976 e Blau em 1982 [110,111].

*Sintomas associados*

Os sintomas associados foram divididos em premonitórios ou prodrómicos e acompanhantes.

Os sintomas prodrómicos ocorreram em 66,0%, na esmagadora maioria dos casos na população com enxaqueca, donde se destacam os sintomas visuais, excitatórios (cintilações) ou inibitórios (escotomas) e sendo o mal estar geral (37,9%) e a irritabilidade (28,9%) os mais frequentes e predominantes nas cefaleias de tensão. Estes dados estão em conformidade com os de Waelkens 1985, Blau 1986, Isler 1986 [112-114] e em desacordo com Rasmussen 1992 [106].

Os sintomas acompanhantes ocorreram em 18,9% sendo predominantes a fonofobia (14,6%) e a fotofobia (11,9%), ambos ocorrendo maioritariamente na enxaqueca que revelou a seguinte distribuição de sintomas acompanhantes:

nausea 54,0%, vómitos 10,2%, fotofobia 48,9% e fonofobia 43,2%. Os nossos dados são idênticos aos de Prensky e Sommer 1979 e de Davies e col. 1991 [105,115] e são inferiores aos de Selby e Lance 1960, Lance e Anthony 1966, Salamon e col. 1980, Rasmussen 1992 [102,103,106].

Não obstante, o facto de os nossos dados serem idênticos aos obtidos por diversos estudos epidemiológicos de base populacional efectuados anteriormente, fica-nos a convicção de que a falta de colheita específica de alguns sintomas acompanhantes, a par da ausência da observação clínica, poderá ter contribuído para a ocorrência de erros de diagnóstico que, no entanto, pensamos serem pouco numerosos e estatisticamente pouco significativos. Será no diagnóstico diferencial da enxaqueca sem aura com a cefaleia em salva ou a cefaleia cervicogénica que este problema se poderá pôr com maior acuidade.

*Factores associados*

Consideraram-se como factores associados os seguintes: predisponentes, adjuvantes, precipitantes e agravantes.

Foram considerados como factores predisponentes os factores comuns a todos os indivíduos, mas inerentes ao próprio indivíduo, isto é, constitucionais mas cujas características podem favorecer a ocorrência de crises como o sexo, a idade e a hereditariedade. Nesta população os factores predisponentes mais importantes foram: o sexo feminino com 63,3%; a idade (menos de 40) com 53,0% e a hereditariedade com 50,4%. Estes factores foram também reconhecidos por diversos autores como Lennox e Lennox 1960, Childs e Sweetnan 1961, Bille 1962, Lance e Anthony 1966, Barolin 1970, Dalsgaard-Nielsen e Ulrich 1973, Waters 1974, Nikiforow 1981, Linet e Stewart 1984, Rasmussen 1992. [11,21,43,44,66,99,103,106,116,117]. O factor hereditariedade revelou-se inconclusivo neste estudo mas em conformidade com os dados obtidos noutros estudos com a mesma metodologia [118-123].

Os factores adjuvantes são, na nossa opinião, factores periódicos (ciclicos) endógenos ou exógenos, mas inevitáveis, que influenciam todos os indivíduos e que podem favorecer a ocorrência de crises em certos indivíduos (susceptíveis ou predispostos) tais como o ciclo menstrual, o ritmo circadiano, o ritmo sazonal, o ciclo climático e o ritmo de trabalho. Nesta população os factores adjuvantes

mais importantes foram: o clima húmido com 24,6% e as estações do ano com 14,6%. Na enxaqueca, particularmente na forma com aura, todos os factores adjuvantes são importantes mas os principais são as estações do ano seguidas das alterações climáticas e certas fases do ciclo menstrual. Nas cefaleias de tensão, nas formas combinadas e até nas cefaleias sintomáticas predominam os factores climáticos, o que sugere que estes influenciam a dor em geral. A importância destes factores foi também reconhecida por diversos investigadores como Bille 1962, Green 1976, Epstein e Hockaday 1975 e Massey 1977 [45,99,124,125].

Consideramos como factores precipitantes os factores endógenos ou exógenos, que de forma isolada ou associada (múltiplos factores) desencadeiam um ataque de cefaleias. Estes factores precedem sempre o ataque de um intervalo de tempo variável, mas geralmente curto. A extensa literatura sobre este assunto sugere que só alguns subgrupos de pacientes com cefaleias é que sofrem ataques provocados por factores endógenos como as hormonas ou exógenos como certos alimentos, productos quimicos ou outros como a ansiedade. No entanto, deve-se salientar que mesmo indivíduos sensíveis a um determinado factor não sofrem necessáriamente um crise sempre que são expostos a esse factor. Isto sugere duas hipóteses:1) que o precipitante em causa é necessário mas não suficiente, se a iniciação da crise é multifactorial requer a presença de vários factores para ocorrer num intervalo de tempo definido ou 2) que há uma quantidade mínima do factor causal necessária para despertar uma crise. São múltiplos os factores precipitantes invocados para os diversos tipos de cefaleias. Nesta população os factores precipitantes mais importantes foram: a ansiedade com 29,7%, a actividade física intensa com 23,1% e o clima com 22,2%. São todos claramente predominantes nos portadores de enxaqueca, principalmente na forma com aura e nas cefaleias combinadas. Estes dados estão de acordo com os de Moffet e col. 1974 e Blau 1985 [126,127] e são inferiores aos de Davies e col. 1991, Rasmussen 1992 e Arantes Gonçalves e col. 1994 [105,106,128] mas estes baseiam-se em dados clínicos. A constatação da concordância destes dados não invalida a nossa convicção de que a análise destes factores através de questionário é insuficiente para um correcto diagnóstico em certas situações como nas cefaleias cervicogénicas em que a pressão sobre os ramos de C1 e C2 (grande e pequeno nervos occipitais) ou o seu bloqueio anestésico pode ser determinante para o diagnóstico. Mas, por outro lado não se pode ignorar que

este é um estudo populacional com validação clínica e não um estudo clínico.

Foram considerados factores de agravamento os que pioram os sintomas pre-existentes sendo geralmente factores exógenos como a luz, o ruído, os cheiros, etc. Nesta população os factores de agravamento mais importantes foram o ruído com 54,7% e a luz com 28,7% dos indivíduos afectados. Estes factores são todos muito importantes particularmente na enxaqueca com aura e nas cefaleias combinadas.

Os valores que obtivemos são globalmente inferiores a outros estudos populacionais mais recentes como os de Davies e col. 1991, Rasmussen 1992 e Mortimer e col. 1992[105,106,109] e isso pode estar relacionado com a severidade dos casos dado o grande número de formas leves da nossa população, embora não tenhamos encontrado estes sintomas com maior frequência nas formas mais severas, ao contrário de outros autores Bakal e Kaganow 1979, Kaganov e col. 1981, Celentano e col. 1990, Philips 1977 e Waters 1974[13,21,91,128,129].

*Incidência familiar*

A presença de cefaleias em familiares do primeira grau foi assinalada por 50,4% dos indivíduos com cefaleias havendo um predomínio na enxaqueca com aura (65,5%) e nas formas combinadas ou mistas (56,2%), o que é sugestivo de um papel da hereditariedade na ocorrência das manifestações clínicas. Estes valores são idênticos aos obtidos por outros investigadores: Liveing 1873; Bassoe 1933; Lennox 1941; Heyck 1958; Selby e Lance 1960[58,102,130-132] usando metodologias semelhantes, isto é, por inquérito indirecto dos familares através do propósito. Quando se utiliza o inquérito directo dos familiares como nos estudos de Bille 1962, Waters 1971, Russell e col. 1993, obtêm-se valores mais elevados, particularmente na enxaqueca[65,99,100,133]. Contudo, estes dados não permitem afirmar ou infirmar a existência de um factor genético associado a certas formas de cefaleias idiopáticas, nomeadamente, na enxaqueca como questionam alguns autores como Friedman e Merrit 1959 e Froom 1985[134,135]. Para uns a enxaqueca é uma doença hereditária como defende Refsum 1968[136], em que ainda não foi possível desenvolver o modo de transmissão. Tem sido admitido por alguns autores tratar-se de uma afecção poligénica (multifactorial), mas outros admitem tratar-se de uma afecção geneticamente heterogénea

(diferentes genes actuam em diferentes famílias) e em certas familias pode nem sequer haver qualquer influência genética (ser puramente ocasional). Foram, provavelmente, as dúvidas relativas ao papel da hereditariedade na enxaqueca que motivaram a sua não inclusão como critério de diagnóstico da enxaqueca da Sociedade Internacional de Cefaleias. A despeito de opiniões em contrário, penso que este facto não invalida nem impede, que os casos com hereditariedade definida possam ser considerados, desde que obedeçam aos restantes critérios de diagnóstico e, apenas difere para mais tarde a análise deste problema. Apesar de sermos simpatizantes da existência de um terreno genética na enxaqueca, não dispomos dos argumentos suficientes que nos permitam defendê-la mais intensamente. Esperamos poder vir a contribuir, no futuro, para a sua confirmação através de estudos especificamente desenhados para esse fim.

*Co-morbilidade*

Como condições associadas encontramos diversos estados patológicos e traumatismos prévios:

1. Os estados patológicos associados mais frequentes foram: doenças osteo-articulares em 34,9%; doenças alérgicas em 27,9%; hipertensão arterial em 22,2%; depressão em 17,5%; por sinal também as mais frequentes na população geral, mas sem diferenças nítidas entre os diversos grupos de diagnóstico. Isto sugere uma ausência de correlação específica entre qualquer destas afecções e os diversos tipos de cefaleias. Estes dados estão de acordo com os obtidos por Waters 1974, Schele e col. 1978, Linet e col. 1984, Davies e col. 1991 e Rasmussen 1992 [21,105,106,117,137] embora, as percentagens dos diversas doenças acompanhantes sejam maiores no estudo de Rasmussen 1992 [106].

2. Os traumatismos mais frequentemente associados foram os crânio-cervicais que ocorreram em 19% dos indivíduos com cefaleias tendo uma maior expressão no grupo diagnosticado de enxaqueca pela classificação da IHS (26,5%) e nas cefaleias sintomáticas (24,3%) do que, nas cefaleias de tensão ou mistas. Contudo, as diferenças não são relevantes nem mesmo em relação aos indivíduos sem cefaleias e não são estatisticamente significativas. Não há dados publicados de outros estudos populacionais para comparação mas, existem os dados de estudos de base clínica de Sjaastad e Bovim 1991, Michler, Bovim e

Sjaastad 1991, Bovim e col. 1992a, Bovim e Sand 1992b, Sjaastad, Bovim e Stovner 1992 [32-34,138-140] que atribuem aos traumatismos crânio-cervicais, nomeadamente aos dinâmicos tipo *whiplash*, um papel etiopatogénico relevante.

*Cuidados assistênciais*

A assistência médica foi utilizada por 34% dos indivíduos com cefaleias, em média, dois anos após o início das queixas. Intervalos muito mais curtos, ocorrem apenas num pequeno grupo das cefaleias sintomáticas, de enxaqueca e de formas combinadas. Estes valores são ligeiramente superiores aos obtidos por outros investigadores, nomeadamente Linet e col. 1989, Stewart e col. 1992, Lipton e Stewart 1993 [9,16,141] podendo traduzir uma menor facilidade (ou menor preocupação) da nossa população no recurso aos cuidados médicos. Estes foram prestados maioritáriamente (25,9%) por clínicos gerais.

Meios auxiliares de diagnóstico foram utilizados em 13,4% dos indivíduos, com predomínio da imagem em 10,0%.

Os tratamentos farmacológicos foram utilizados por 66,7% dos sofredores de cefaleias na maior parte dos casos por automedicação (27,2%). O tratamento foi sintomático em 59,9% (57% como única forma de tratamento), preventivo em 8,2% (5,3% como única forma de tratamento) e misto em 2,9%. Outras formas de tratamento não farmacológico foram usadas, em alternativa, por 8,4% dos indivíduos. Os tratamentos farmacológicos usados preferencialmente foram: como sintomático os NSAID em 52,6% e como preventivo os anti-depressivos em 2,6%, entre muitos outros em 2,7% e que incluem as benzodiazepinas. Não foi possível através deste inquérito avaliar a importância do abuso medicamentoso nesta população nem as suas repercussões nos indivíduos e na sociedade conforme tem sido salientado por diversos investigadores nomeadamente por Nikiforow 1980, Saper 1983, Mathew e col. 1987, Elkind 1991, Pfaffenrath e Niederberger 1988, Micieli e col. 1988, Pereira Monteiro 1992 e Gonçalves A e col. [84,142-148].

Dos tratamentos não farmacológicos alternativos destaca-se a fisioterapia em 4,8% sendo outras practicas bastante raras. Não se conhecem dados correspondentes de outros estudos epidemiológicos.

*Morbilidade*

A avaliação da morbilidade associada às cefaleias está limitada pela dificuldade em obter dados objectivos e fiáveis da incapacidade real resultante das cefaleias ou dos sintomas associados. Pode ser calculada indirectamente através do absentismo ao trabalho que, embora bastante inferior à real, é contudo, susceptível de ser quantificada e eventualmente confirmada. Nesta população detectou-se um absentismo laboral por cefaleias de 16,2%, sendo de 23,3% na enxaqueca, 19,8% nas cefaleias combinadas e 14,4% nas cefaleias de tensão. Estes valores são aproximados aos obtidos por Linet e col. 1989[16] (11,6%: 27,5% na enxaqueca; 10,5% nas cefaleias de tensão), superiores aos obtidos por Benassi e col. 1986[149] (7,5%) e inferiores aos obtidos por Nikiforow 1980[142] (24%), Rasmussen e col. 1991[8] (43% na enxaqueca e 12% de cefaleias de tensão), Pryse-Philips e col. 1992[96] (50% na enxaqueca e 18% nas cefaleias de tensão) e Stewart e col. 1992[9] (45% na enxaqueca). As diferenças não são, contudo, muito grandes.

O número médio de dias de trabalho perdidos por ano pelos doentes com cefaleias incapacitantes foi de 3,09 dias, também um valor elevado, mas dentro dos limites de outros estudos (1 a 7 dias) mais recentes como os de Osterhaus e col. 1992, Rasmussen 1992, Stang e Osterhaus 1993, Edmeads e col. 1993, Stewart e col. 1994[41,90,106,149-151].

*Consequências económicas e sociais*

As consequências sociais resultantes da ocorrência de cefaleias incluem: perturbação do relacionamento social e familiar, perturbação da capacidade funcional para as actividades da vida diária, quer o trabalho (físico ou intelectual) quer o repouso (lazer, descanso, sono).

As consequências económicas do aparecimento de cefaleias resultam quer dos custos directos devidos ao consumo de recursos assitênciais (médicos,meios de diagnóstico e de terapêutica) quer dos custos indirectos resultantes da perda de capacidade de trabalho productivo, parcialmente traduzido no absentismo laboral quer ainda dos custos intangíveis resultantes da diminuição da qualidade de vida segundo Bruyn 1983, Lipton e Stewart 1993, De Lissovoy e Lazarus 1994[141,152,153].

Na população estudada foram quantificados os recursos assistencias utilizados assim como a perda de trabalho resultantes da ocorrência de cefaleias o que permitirá calcular os custos directos das cefaleias na população de Miragaia e por extrapolação estimar os custos a nível nacional com base nos custos médios de cada parcela em Portugal. Mas, os custos intangíveis se bem que importantes não são fáceis de quantificar e não podem ser avaliados com os dados disponíveis.

Os custos médicos estão calculados em cerca de 5% dos custos sociais mas não inclui os custos intangíveis. Os custos socio-económicos resultantes das cefaleias na população estudada podem ser avaliados pela seguinte fórmula, de Bruyn [154]: (prevalência %) x (população nº) x (população activa %) x (média de dias de trabalho perdidos/ano) x (média de horas de trabalho/dia) x (média do rendimento/hora per capita) + (custos médicos). A aplicação desta fórmula à população estudada permitirá afirmar que os custos sociais das cefaleias desta população são de 10.000.000$00/ano ou seja cerca de 5000$00/ano/pessoa o que extrapolado para todo o país dará cerca de 50 milhões de contos/ano de perda de recursos por causa das cefaleias, o que é um valor considerável e digno da maior atenção por parte dos responsáveis pela saúde.

## BIBLIOGRAFIA

1. Censos 91. Boletim do Instituto Nacional de Estatística 1994.
2. World Federation of Neurology: Definition of Migraine. In: Background to Migraine: Third Migraine Symposium. Edited by Cochrane AL. London: Heineman 1970: 181-182.
3. Vahlquist B. Migraine. Int Arch Allergy Appl Immunol 1955; 7: 348-355.
4. Ad Hoc Committee on Classification of Headache. Classification of Headache. JAMA 1962, 179: 717-718.
5. Waters WE. The Epidemiology of Migraine. Braknell-Boehringer Ingelheim. 1974.
6. Messinger HB, Spierings ELH, Vincent AJP. Overlap of Migraine and tension-type headache in the International Headache Society classification. Cephalalgia 1991; 11: 233-237.
7. Henry P, Michel P, Brochet B, Dartigues Jr, Tison S, Salamon R and the GRIM. A Nationwyde Survey of Migraine in France: Prevalence and Clinical Features in Adults. Cephalalgia 1992, 12: 229-237.
8. Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M, Olesen J. Epidemiology of Headache in a General Population: a Prevalence Study. J Clin Epidemiology 1991, 44: 1147-1157.
9. Stewart WF, Lipton R, Celentano DD, Reed ML. Prevalence of Migraine Headache in the United States. JAMA 1992. 267: 64-69.
10. Crisp AH, Halucy RS, McGuinness B, Ralph PC, Harris G. Some clinical, social and psychological characteristics of migraine subjects in the general population. Postgrad Med 1977; 53: 691- 697.

11. Dalsgaard-Nielsen T, Ulrich J. Prevalence and Heredity of migraine and migrainoid headaches among 461 Danish Doctors. Headache 1973; 12: 168-172.
12. Duckro PN, Tait RC, Margolis RB. Prevalence of very severe headache in a large US metropolitan area. Cephalalgia 1989; 9: 199-205.
13. Philips C. Headache in General Practice. Headache 1977; 16: 322- 329.
14. Ziegler DK, Hassanein RS, Couch JR. Characteristics of life headache histories in a nonclinic population. Neurology 1977; 27: 265-269.
15. D'Alessandro R, Benassi G, Lenzi PL, Ganberini G, Sacquegna T, De Carolis P, Lugaresi E. Epidemiology of Headache in the Republic of San Marino. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1988, 51: 21-27.
16. Linet MS, Stewart WF, Celentano DD, Ziegler D, Sprecher M. An epidemiologic study of headache among adolescents and young adults. JAMA 1989; 26: 2211-2216.
17. Newland CA, Illis LS, Robinson PK, Batchelor BG, Waters WE. A survey of headache in an English city. Res Clin Stud Headache 1978; 5: 1-20.
18. Nikiforow R, Hokkanen E. An epidemiological study of headache in an urban and a rural population in northern Finland. Headache 1978; 18: 137-145.
19. Post D, Gubbels JW. Headache: an epidemiological survey in a Dutch rural general practice. Headache 1986; 26: 122-125.
20. Stang PE, Yanagihara T, Swanson JW, Beard CM, O'Fallon WM, Guess HA Melton III LJ. Incidence of migraine headache: A population-based study in Olmsted Country, Minnesota. Neurology 1992; 42: 1657-1662.
21. Waters WE. The Pontypridd Headache Survey. Headache 1974; 14: 81-90.
22. Markush RE, Herbert RK, Heyman A, O'Fallon WM. Epidemiologic study of migraine symptoms in young woman. Neurology 1975; 25: 430-435.
23. Nikiforow R. Headache in a Ramdom Sample of 200 Persons: a Clinical Study of a Population in Northern Finland. Cephalalgia 1981, 1: 99-107.
24. Abramson JH. Interviews and self-administered questionnaires. In: Surveys Methods in Community Medicine, edited by Churchill Livingstone, Edinburg 1990; 4th edition: 165-176.
25. Pereira Monteiro JM, Matos E, Calheiros JM. Headaches in Medical School Students. Neuroepidemiology 1994; 13: 103-107.
26. Sjaastad O, Stovner LJ. The IHS Classification for Common Migraine. Is it ideal? Headache 1993; 33, 7: 372-375.
27. Sjaastad O, Shen JM.Common Migraine: are the diagnostic criteria specific? In: Juvenile Headache. Etiopathogenesis, Clinical Diagnosis and Therapy. Edited by Virgilio Gallai and Vincenzo Guidetti. Amsterdam: Elsevier Science Publishers 1991: 15-18.
28. Headache Classification Committee of the International Headache Society: Classification and Diagnostic Criteria for Headache Disorders, Cranial Neuralgias and Facial Pain. Cephalalgia 1988, 8 (suppl 7).
29. Rasmussen BK, Jensen R, Olesen J. Questionnaire versus Clinical Interview in the Diagnosis of Headache. Headache 1991; 31: 290-295.
30. Pereira Monteiro JM, Maio RJAR, Calheiros JM. Comparison of questionnaire with clinical interview.In: Headache Classification and Epidemiology, Jes Olesen Editor. Frontieres in Headache Research, vol 4. Raven Press. New York 1994: 217- 220.
31. Sjaastad O, Bovim G, Stovner LJ. Laterality of pain and other migraine criteria in common migraine. A comparison with cervicogenic headache. Funct Neurol 1992; 7: 289-294.
32. Bovim G and Sand T. Cervicogenic Headache, Migraine without aura and tension-type headache. Diagnostic blockade of greater occipital and supra-orbital nerves. Pain 1992b; 51: 43-48.

33. Michler RP, Bovim G, Sjaastad O. Disorders in the Lower Cervical Spine. A cause of unilateral headache? A case report. Headache 1991; 31,8: 550-551.
34. Sjaastad O, Bovim G, Stovner LJ. Common migraine ("migraine without aura"): location of the initial pain of attack. Funct Neurol 1993; 8: 27-32.
35. Sjaastad O, Saunte C, Hovdal H, Brevik H, Gronbak E. Cervicogenic headache. An hipothesis. Cephalalgia 1983; 3: 249- 256.
36. Cook TD, Campbell DT. Quasi-experiments: design and analysis issues for field settings. Chicago: Rand McNally.1979.
37. Pereira Monteiro JM and Maio R. Migraine and tension-type headaches: a classification score. J Neurology (suppl 1) 1994; 241: S 76.
38. Iversen HK, Langemark M, Andersson PG, Hansen PE, Olesen J. Clinical characteristics of Migraine and Episodic Tension- type Headache in Relation to Old and New Diagnostic Criteria. Headache 1990; 30: 514-519.
39. Hollnagel H, Norrelund N. Headache among 40 year-olds in Glostrup. Ugskr Laeger 1980; 142: 3071-3077.
40. Leyton N. Migraine and periodic headache. Heineman, London 1955.
41. Stang PE, Osterhaus JT. Impact of Migraine in the United States: Data from the Nation Health Interview Survey. Headache 1993, 33: 29-35.
42. Ogden H. Headache studies: statistical data.J Allergy 1952; 23: 11-15.
43. Childs AJ, Sweetnam MT. A study of 104 cases of migraine. Br J Int Med 1961; 18: 234-236.
44. Barolin GS. Migraine families and their EEGs. In: Background to migraine. 3rd Migraine Symposium, C.G. Cochrane editor. Heinemann, London 1970: 28-36.
45. Green JE. A survey of migraine in England, 1975-1976. In Migraine News, The Migraine Trust, London 1977.
46. Salamon 1980, Henry P, Dartigues JF et al.Prévalence de la migraine dans une population active en Aquitaine. Methode d'etude et resultats. Rev Epidemiol Santé Publ 1980; 28: 395-411.
47. Balyeat RM, Rinkel HH. Further studies in allergic migraine. Ann Intern Med 1931, 5, 713-728.
48. Logan WPD, Cushion AA. Morbidity statistics from General Practice, vol 1 Diseases in General Practice. Studies on Medical and Population Subjects, No 14. HSMO, London 1958.
49. Dalsgaard-Nielsen T. Migraine and heredity. Acta Neurol Scand 1962; 41: 287-300.
50. Bain ST, Spaulding WB Can Med Assoc J 1967; 97: 953-959.
51. Walker CH. Migraine and its relationship to hypertension. Br Med J 1959; 2: 1430-1433.
52. Froom J, Treat DF, Farley ESJr, Henck SH. N. Y. State J Med 1974; 74: 1551-1553.
53. Brewis M, Poskanzer DC, Rolland C, Miller H. Neurological disease in an English city. Acta Neurol Scand 1966; 42 (suppl 24): 64-67.
54. Fry J. Profiles of disease. Edinburg; Livingstone, 1966.
55. Clarke GJR, Waters WE. Headache and Migraine in a London general practice. In: The Epidemiology of Migraine, W. E. Waters editor. Boehringer Ingelheim. Bracknell, Berks 1974: 14-22.
56. Grimes E. The migraine instability. Med J Rec 1931; 134: 417-422.
57. Fitz-Hugh T. Pré-cordial migraine: an important form of angina pectoris. New Int Clinics 1940; 1: 143-147.
58. Lennox WG. Science and seizures: new light on epilepsy and migraine. Harper and Bros. New York 1941.
59. Sparks JP. The incidence of migraine in school children: a survey by the medical officers of school association. Practitioner 1978; 221: 407-411.

60. Ekbon K, Ahlborg B, Schele R. Prevalence of migraine and cluster headache in Swedish men of 18. Headache 1978,18,9-19.
61. Waters WE, O'Connor PJ: The clinical validation of a headache questionnaire. In: Cochrane AL, ed. Background to Migraine: Thirth Migraine Symposium, Heinemann. London, 1970; 1-8.
62. Abramson JH, Hopp C, Epstein LM. Migraine and Non-Migrainous Headaches: a Community Survey in Jerusalem. J Epidemiol Community Health 1980, 34: 188-193.
63. Levy LM. An epidemiological study of headache in an urban population in Zimbabwe. Headache 1983; 23: 2-9.
64. Ogunyemi AO. Prevalence of headache among Nigerian university students. Headache 1984; 24: 127-130.
65. Waters WE, O'Connor PJ. Epidemiology of Headache and Migraine in Women. J Neurol Neurosurg Psychiat 1971; 34: 148-153.
66. Nikiforow R. Features of migraine-Comparison of a questionnaire study and a neurologist-examined random sample. Cephalalgia 1981; 1: 157-166.
67. Dalsgaard-Nielsen T, Engberg-Pedersen H, Holm HE. Clinical and statistical investigation of the epidemiology of migraine. Dan Med Bull 1970; 17: 137-148.
68. Sillampaa M. Prevalence of migraine and other headache in Finnish children starting school. Headache 1976; 15: 288- 290.
69. Ekbom K, Ahlborg B, Schele R. Prevalence of migraine and cluster headache in Swedish men of 18. Headache 1978; 18: 9-19.
70. Deubner DC. An epidemiological study of migraine and headache in 10-20 years olds. Headache 1977; 17: 188-193.
71. Fisher CM. Headache in acute cerebrovascular disease. In: Vinken PJ, Bruyn GW, eds. Handbook of Clinical neurology, Headaches and Cranial Neuralgias. Vol 5 New York: John Wiley and Sons, 1968: 124-156.
72. Gorelick PB, Hier DB, Caplan LR, Langenberg P. Headache in acute cerebro-vascular disease. Neurology 1986; 36: 1445-1450.
73. Kawamura J, Meyer JS. Headaches due to cerebrovascular disease. Med Clin North Am 1991; 75: 617-630.
74. Gorelick PB. Ischemic Stroke and Intracranial Hematoma. In: The Headaches, J. Olesen, P. Telf-Hansen and K.M.A. Welch editors. Raven Press, New York 1993; Ch. 95: 639-645.
75. Ostergaard JR. Unruptured Vascular Malformation and Subarachnoid Hemorrahage. In: The Headaches, J. Olesen, P. Telf-Hansen and K.M.A. Welch editors. Raven Press, New York 1993; Ch.96: 647-652.
76. Wall M, Corbett JJ. Arteritis. In: The Headaches, J. Olesen, P. Telf-Hansen and K.M.A. Welch editors. Raven Press, New York 1993; Ch 97: 653-662.
77. Biousse V, Tehindrazanarivelo, Bousser MG. Carotid or Vertebral Artery Pain. In: The Headaches, J. Olesen, P. Telf-Hansen and K.M.A. Welch editors. Raven Press, New York 1993; Ch. 98: 663- 669.
78. Ameri A, Bousser MG. Cerebral Venous Thrombosis. In: The Headaches, J. Olesen, P. Telf-Hansen and K.M.A. Welch editors. Raven Press, New York 1993; Ch. 99: 671-673.
79. Strandgaard S, Henry P. Arterial Hypertension. In: The Headaches, J. Olesen, P. Telf-Hansen and K.M.A. Welch editors. Raven Press, New York 1993; Ch.100: 675-678.
80. Pereira Monteiro, Leite Carneiro, Bastos Lima, Castro Lopes. Migraine and Cerebral infarction; Tree case studies. Headache 1985; 25: 429-433.
81. Pereira Monteiro JM, Rosas MJ, Correia AP, Vaz AR. Migraine and Intracranial Vascular Malformations. Headache 1993; 33,10: 563- 565.

82. Askmark H., Lundberg PO, Olsson S. Drug Related Headache. Headache 1989; 29: 441.
83. Mathew NT, Kurman R, Perez F. Drug induced refractory headache: clinical features and management. Headache 1990; 30: 634-638.
84. Pereira Monteiro JM. Drug Abuse in Headache: Epidemiology. Funct Neurol n.6, 1992; 7: 7-10.
85. Pereira Monteiro JM. Headache associated with single use of substances. In: The Headaches, J. Olesen, P. Telf-Hansen and K.M.A. Welch editors. Raven Press, New York 1993; Ch.105: 715- 720.
86. Rasmussen BK. Migraine and Tension-type Headache in a General Population: Psychosocial Factors. Int J Epidemiol 1992, 21: 1138-1143.
87. Turner DB, Stone AJ. Headache and its treatment: a random sample survey. Headache 1979; 19: 74-77.
88. Taylor PJ, Pocock SJ, Hall SA, Waters WE: Headaches and migraine in colour retouchers. BR J Int Med,1970; 27: 364-367.
89. Breslau N, Davis GC, Andreski P: Migraine, Psychiatric Disorders and Suicide Attempts: An Epidemiologic Study of Young Adults. Psychiatry Res 1991, 37: 11-23.
9'0. Edmeads J, Findlay H, Tugwell P, Pryse-Philips W, Nelson RF, Muray TJ: Impact of Migraine and Tension-type Headache on Life-Style. Consulting Behaviour and Medication Use: A Canadian Population Survey. Can J Neurol Sci 1993, 20: 131-137.
91. Celentano DD, Stewart WF, Linet MS. The relationship of headache symptoms with severity and duration of attacks. J Clin Epidemiol 1990; 43: 983-994.
92. Alvarez WC. The Migrainous Personality and Constitution. Am J Med Sci 1947, 213: 1-8.
93. Friedman AP, Merritt HH. Headache: Diagnosis and Treatment. Philadelphia: FA Davis, 1959.
94. Wolff HG. Personality Features and Reactions od Subjects With Migraine. Arch Neurol Psychiatry 1937, 37: 895-921.
95. Stewart WF, Celentano DD, Linet MS. Disability, Physician Consultation, and Use of Prescription Medications in a Population-Based Study of Headache. Biomed Pharmacother 1989, 43: 711-718.
96. Pryse-Philips W, Findlay H, Tugwell P, Edmeads J, Murray TJ, Nelson RF. A Canadian Population Survey on the Clinical Epidemiologic and Societal Impact of Migraine and Tension-type Headache. Can J Neurol Sci 1992, 19: 333-339.
97. Kohler T, Buck-Emden E, Dulz K. Frequency of Migraine Amoung an Unselected Group of Employees and Variation of Prevalence According to Different Diagnostic Criteria. Headache 1992, 32: 79-83.
98. Merikangas KR, Angest J, Isler H. Migraine and Psychopathology. Arch Gen Psychiatry 1990, 47: 849-853.
99. Bille B. Migraine in School Children. Acta Paediatrica 1962, 51 (suppl 136).
100. Waters WE. Migraine: Intelligence, Social Class, and Familial Prevalence. BMJ 1971, 2: 77-81.
101. Lipton RB, Stewart WF, Celentano DD, Reed ML. Undiagnosed Migraine Headaches: A Comparison of Symptom-Based and Reported Physician Diagnosis. Arch Intern Med 1992, 152: 1273-1278.
102. Selby G, Lance WJ. Observations on 500 cases of migraine and allied vascular headache. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1960; 23: 23-32.
103. Lance JW, Anthony M. Some clinical aspects of migraine. Arch Neurol 1966; 15: 356-372.
104. Olesen J. The clinical features of the acute migraine attack: an analysis of 750 patients. Headache 1978; 18: 268-270.

105. Davies PTG, Peatfield RC, Steiner TJ, Bond RA, Rose FC. Some clinical comparisons between common and classical migraine: a questionnaire-based study. Cephalalgia 1991; 11: 223-227.
106. Rasmussen BK, Olesen J. Migraine with aura and migraine without aura: an epidemiological study. Cephalalgia 1992; 12: 221-228.
107. Graham JR. Migraine: clinical aspects. In: Handbook of Clinical Neurology. PJ Vinken and GW Bruyn eds, vol 5. Headache and cranial neuralgias. North Holland Publishing Co, Amsterdam 1968: 45-58.
108. Pereira Monteiro JM. Headache in Portugal. In: Headache in Europe, Wolf Dieter Gerber and Volker Pfaffenrath editors. Arcis Verl, Munchen 1993: 67-73.
109. Mortimer MJ, Kay J, Jaron A. Childhood migraine in general practice: clinical features and characteristics. Cephalalgia 1992; 12: 238-243.
110. Prensky AL. Migraine and migrainous variants in pediatric patients. Paediatr Clin N Am 1976; 23: 461-471.
111. Blau JN. Resolution of migraine attacks: sleep and the recovery phase. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1982; 45: 223-226.
112. Waelkens J. Warning symptoms in migraine: characteristics and therapeutic implications. Cephalalgia 1985; 5: 223-228.
113. Blau JN. Clinical characteristics of premonitory symptoms in migraine. In: The Prelude to Migraine, W.K. Amery and A. Wauquier eds. Bailliõre Tindall, London 1986: 39-43.
114. Isler H. Frequency and time course of premonitory phenomena. In: The Prelude to Migraine W.K. Amery and A. Wauquier eds. Bailliõre Tindall, London 1986: 44-53.
115. Prensky AL, Sommer D. Diagnosis and treatment of migraine in children. Neurology 1979; 29: 506-510.
116. Lennox WG, Lennox MA. Epilepsy and related disorders. Vol 1. Little, Brown and Co, Boston 1960.
117. Linet MS, Stewart WF. Migraine headache: Epidemiologic prespectives. In Epidemiologic Reviews, N. Nathanson, L. Gordis, M.Gregg and M. Szklo eds. Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health. Baltimore 1984; vol 6: 107-129.
118. Schnarch DM, Hunter JE. Migraine incidence in clinical vs non- clinical populations. Psychosomatics 1980; 21: 314-325.
119. Waters WE.Headache and Migraine in General Practitioners, the migraine headache and Dixarit. Proceedings of a Symposium held at Churchill College. Cambridge. Braknell, Boehringer Ingelheim, 1972.
120. Andersson PG. Migraine in patients with cluster headache. Cephalalgia 1985; 5: 11-16.
121. Baier WK, Doose H. Migraine and petit mal absence: familial prevalence of migraine and seizures. In: F. Andermann and E. Lugaresi eds. Migraine and Epilepsy. Boston: Butterworths 1987.
122. Del Bene E. Multiple aspects of headache risk in children. Adv Neurol 1982; 33: 187-198.
123. Turkat ID, Kuczmierzyk AR, Adams HE. An investigation of the aetiology of chronic headache: the role of headache models. Br J Psychiatry 1984; 145: 665-666.
124. Epstein MT, Hockaday TD. Migraine and reprodutive hormones throughout the menstrual cycle. Lancet 1975; i: 534-548.
125. Massey EW. Migraine during pregnancy. Obstet Gynecol Surv 1977; 32: 693-696.
126. Moffet A, Swash M, Scott DF. Effect of chocolate in migraine: a double blind study. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1974; 37: 496-499.
127. Blau JN, Diamond S. Dietary factors in migraine precipitation: the physician view. Headache 1985; 25: 184-187.

128. Bakal DA, Kaganov JA. Symptom characteristics of chronic and non-chronic headache sufferers. Headache 1979; 19: 285-289.
129. Kaganov JA, Bakal DA, Dunn BE. The differential contribution of muscle contraction and migraine symptoms to problem headache in the general population. Headache 1981; 21: 157-163.
130. Liveing E. On Megrim, sick-headache and some allied disorders. London: Churchil, 1873.
131. Bassoe P. Migraine. J Am Med Assoc 1933; 101: 599-605.
132. Heyck H. Der Kopfschmerz. Differentialdiagnostik und therapie fur die praxis. Stuttgart: Georg Thieme, 1958.
133. Russel MB, Hilden J, Sorensen SA, Olesen J. Familial occurrence of migraine without aura and migraine with aura. Neurology 1994.
134. Friedman AP, von Storrich TJC, Merrit HH. Migraine and tension headaches. A clinical study: 2000 cases. Neurology 1964; 4: 773.
135. Froom J. Headache: the effect of household configuration. Aust Family Phys 1985; 14: 956-959.
136. Refsum S. Genetic aspects of migraine. In: Vinken PJ, Bruyn GW eds. Handbook of clinical neurology, vol 5.Amsterdam: Elsevier, 1968; 258-269.
137. Schele R, Ahlborg B, Ekbon K. Physical characteristics and allergic history in young men with migraine and other headaches. Headache; 18: 80-86.
138. Sjaastad O, Fredriksen TA, Pfaffenrath V. Cervicogenic Headache: Diagnostic criteria. Headache 1990; 30: 725-726.
139. Sjaastad O, Bovim G. Cervicogenic headache. The differentiation from common migraine. An overview. Funct Neurol 1991; 6: 93-100.
140. Bovim G, Fredriksen TA, Stolt-Nielsen A, Sjaastad O. Neurolysis of the Greater Occipital Nerve in Cervicogenic Headache. A follow-up study. Headache 1992; 32: 175-179.
141. Lipton RB, Stewart WF. Migraine in the United States: a review of epidemiology and health care use. Neurology 1993; 43 (suppl3): S6-S10.
142. Nikiforow R. Headache medication habits in northern Finland. Headache 1980; 20: 274-278.
143. Saper JR. Drug overuse among patients with headache. Neurologic Clinics 1983; 1: 465-477.
144. Mathew NT, Reuveni U, Prez F. Transformed or evolutive migraine. Headache 1987; 27: 102-106.
145. Elkind AH. Drug abuse and headache. The Medical Clinics of North America 1991; 75: 717-732.
146. Pfaffenrath V, Niederberger U. What kind of drugs are taken by patients with primary headaches? In: Diener HC, Wilkinson M eds. Drug Induced Headache. Berlin, Heidelberg: Springer- Verlag 1988: 44-62.
147. Micieli G, Manzoni GC, Granella F, Martignoni E, Malferrari G, Nappi G. Clinical and epidemiological observations on drug abuse in headche patients. In: Diener HC, Wilkinson M eds. Drug Induced Headache. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag 1988: 20-28.
148. Arantes Gonçalves J, Magalhães F, Pereira Monteiro JM. Psychiatric analysis of patients with Migraine-type Headache. In: Headache Classification and Epidemiology, Frontieres in Headache Research 1994; vol 4, ch 48: 315-320.
149. Benassi G, D'Alessandro R, Lenzi PL, Manzaroli D, Baldarati A, Lugaresi E. The economic burden of headache: an epidemiological study in the Republic of San Marino. Headache 1986; 26: 457-459.
150. Osterhaus JT, Gutterman DG, Plachetka JR. Health care resource and lost labor costs of migraine headache in the United States: data from the National Health Interview Survey. Headache 1993; 33: 29-35.

151. Stewart WF, Schecter A, Lipton RB. Migraine heterogeneity: disability, pain intensity and attack frequency and duration. Neurology 1994; 44 (Suppl 4): 24-39.
152. Bruyn GW. Epidemiology of Migraine."A personal view". Headache 1983; 23: 127-133.
153. De Lissovoy G, Lazarus SS. The economic cost of migraine: the present state of knowledge. Neurology 1994; 44 (Suppl 4): 56-62.
154. Bruyn GW. Epidemiology of Migraine "A personal View". Headache 1983; 23: 127-133.

## 4. SÍNTESE

Os resultados obtidos são equiparáveis aos de vários estudos epidemiológicos antigos[1-9] e sobretudo aos mais recentes[10-16], que utilizaram metodologias semelhantes e se basearam em critérios de diagnóstico ou critérios operacionais semelhantes [17-22].

Os dados obtidos sintetizados e ordenados por sintomas nos quadros III.44a a III.44h e por síndromes nos quadros III.45a a III.45g, podem ser comparados com os correspondentes dados de estudos epidemiológicos efectuados na Europa e no resto do Mundo e que estão resumidos nos quadros II.6 e II.7.

### Por sintomas

Na avaliação do sintoma cefaleia destaca-se a sua ocorrência em idades precoces, o franco predomínio do sexo feminino e a elevada prevalência quer ao longo da vida, quer anual quer pontual (quadro III.44a).

Das características da cefaleia salienta-se a severidade leve, sendo a dor tipo aperto frontal bilateral a predominante, surgindo por acessos com duração inferior a 24 horas, na maior parte dos casos (quadro II.44b).

Os sintomas associados mais frequentes são os que ocorrem antes da dor (premonitórios), particularmente os sintomas vagos como o mal-estar geral e a irritabilidade (quadro III.44c).

Os factores associados mais relevantes são os predisponentes como o sexo feminino, a idade jovem e a história familiar de cefaleias (quadro II.44d).

| Quadro III.44a - **Cefaleias/Headaches** | T (%) | M | F |
|---|---|---|---|
| ***General population*** | | | |
| Headaches/age (<40y) | 86.1 | | |
| Headaches/age/ sex (<40y) | | 82.5 | 89.5 |
| Headaches (life time prevalence) | 88.6 | | |
| Headaches/sex | | 82.8 | 92.5 |
| Headaches (annual prevalence) | 85.7 | | |
| Headaches/sex | | 82.8 | 92.4 |
| Headaches (monthly prevalence) | 70.2 | | |
| Headaches/sex | | 46.1 | 67.4 |
| Headaches (weekly prevalence) | 51.8 | | |
| Headaches/sex | | 39.2 | 60.1 |
| Headaches (point prevalence) | 23.3 | | |
| Headaches/sex | | 15.1 | 28.6 |
| ***Headache population*** | | | |
| Headaches last attack (≤1w) | 58.5 | | |
| Headaches last attack/sex | | 47.3 | 64.9 |
| Headaches by frequency (≤1m) | 54.2 | | |
| Headaches by frequency/sex | | 46.1 | 58.8 |
| Headaches by periodicity (epis) | 81.5 | | |
| Headaches by periodicity/sex (epis) | | 80.6 | 82.1 |

*T-Total; M-Male; F-Female; w-week; m- month; y-year*

| Quadro III.44b - **Características das cefaleias**<br>**Headache characteristics** | | **% Total** |
|---|---|---|
| age of onset | < 30 y | 67.7 |
| | < 40 y | 85.0 |
| age (actual) | 40 y | 62.4 |
| mean age: | | |
| Miragaia population | 38.09 y | |
| Inquired population | 38.87 y | |
| Headache population | 39.94 y | |
| type | (same) | 92.1 |
| quality | (thight) | 46.3 |
| attack number | (> 5/lifetime) | 92.9 |
| attack frequency | (≤ 1/day) | 82.2 |
| local | (frontal) | 50.9 |
| side | (bilat.) | 72.9 |
| severity | (mild) | 54.0 |
| duration | (<1 day) | 59.9 |

| Quadro III.44c - **Sintomas associados - associated symptoms** | *% T* | *% P* |
|---|---|---|
| premonitory: | 66.0 | |
| malaise | | 37.9 |
| irritability | | 28.9 |
| acompanying: | 18.9 | |
| phonophobia | | 14.6 |

*T - Total ; P - Partial*

| Quadro III.44d - **Factores associados - associated factors** | *% T* | *% P* |
|---|---|---|
| predisposing: | | |
| gender (female) | | 63.3 |
| age (< 40 y) | | 53.0 |
| heredity | | 50.4 |
| adjuvant: | 54.9 | |
| wet weather | | 24.6 |
| precipitant: | 69.9 | |
| stress | | 29.7 |
| exacerbating: | 73.6 | |
| noise | | 54.7 |

As doenças mais frequentemente associadas são as mais prevalentes na população em geral (quadro III.44e), embora haja uma correlação positiva das cefaleias com a hipertensão arterial, a doença vascular cerebral, a epilepsia e os traumatismos cranianos.

| Quadro III.44e - **Antecedentes pessoais - *Medical history*** | *% T* | *% P* |
|---|---|---|
| previous illness: | | |
| osteo-arthritis | 63.7 | 34.9 |
| allergy | | 27.9 |
| arterial hypertension | | 22.2 |
| head trauma: | 19.0 | |
| with loss of conscience | | 8.1 |
| type (fall) | | 11.4 |
| family history: | 50.4 | |
| family distribution (mother) | | 45.1 |

*T - Total ; P - Partial*

Os cuidados de saúde foram prestados só a 1/3 da população, em média 2 anos após o início das cefaleias, mas foi proporcionalmente elevada a percentagem de casos investigados (quadro III.44f), cerca de 40% dos obsercados clinicamente.

Quadro III.44f - **Cuidados de Saúde - Health care**

| | % *T* | % *P* |
|---|---|---|
| medical care: | 34.0 | |
| medical specialty (G.P.) | | 25.9 |
| first appointment interval (> 1 year) | | 15.1 |
| laboratory tests: | 13.4 | |
| type (imaging) | | 10.0 |
| drug treatment: | 66.7 | |
| self-medication | | 27.1 |
| medical prescription | | 25.2 |
| pharmacist/friend prescription | | 14.4 |

*T - Total ; P - Partial*

Grande parte (2/3) usaram tratamento farmacológico, mas só 1/4 com prescrição médica (quadro III.44g).

Quadro III.44g - **Tratamentos - Treatments**

| | % *T* | % *P* |
|---|---|---|
| attack treatment: | 59.9 | |
| analgesics/NSAIDs | | 52.6 |
| prophylactic treatment: | 8.2 | |
| antidepressants | | 2.6 |
| alternative treatment: | 8.4 | |
| physiotherapy | | 4.8 |

*T - Total ; P - Partial*

Verificou-se uma percentagem elevada de faltas ao trabalho e por tempo prolongado, em média cerca de três dias, o que acarreta importantes consequências económicas e sociais para a população afectada (quadro III.44h).

Quadro III.44h - **Absentismo - Absenteeism**

| | % *T* | % *P* |
|---|---|---|
| Absenteeism (global) | 16.2 | |
| (≤ 3 days/last year) | | 12.4 |

*T - Total ; P - Partial*

## Por síndromes

Entre as cefaleias identificadas e classificadas de acordo com os critérios da IHS salientam-se pela sua frequência, como era de esperar, as formas idiopáticas, enxaqueca e cefaleias tipo tensão. A enxaqueca que corresponde a 8,8% do total dos casos inquiridos (176/2008) e a cefaleia de tensão que corresponde a 62,5% do total de inquiridos (1255/2008), estão ainda frequentemente associadas entre si constituindo, sempre, pelo menos um dos componentes das chamadas cefaleias combinadas as quais correspondem a 12,1% do total de indivíduos inquiridos (242/2008). Estas formas de cefaleias primárias ou idiopáticas apresentam como características dominantes as resumidas nos quadros III.45a a III.45g.

Não há diferenças significativas entre estes síndromes idiopáticos no que se refere às características socio-demográficas (quadro III.45a).

Quadro III.45a - **Cefaleias primárias: síntese das características**
**Primary headaches: summary of characteristics**

| ***Characteristics:*** | ***Migraine*** | | ***Tension-type H*** | | ***Combined H*** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| *Socio-demographics* | ***n*** | *%* | ***n*** | *%* | ***n*** | *%* |
| sex: | | | | | | |
| Male | 55 | 31.3 | 486 | 38.7 | 55 | 22.7 |
| Female | 121 | 68.8 | 769 | 61.3 | 187 | 77.3 |
| main age group | 20-29 | | 10-19 | | 50-59 | |
| mean age | 34.38 | | 40.53 | | 43.36 | |
| education level: | | | | | | |
| without education | 64 | 37.0 | 52 | 41.5 | 103 | 42.6 |
| primary school | 39 | 22.5 | 358 | 28.6 | 64 | 26.4 |
| secondary school | 35 | 20.2 | 197 | 15.7 | 30 | 12.4 |
| occupation: | | | | | | |
| student | 45 | 26.2 | 272 | 21.7 | 39 | 16.1 |
| housewife | 34 | 19.8 | 247 | 19.7 | 55 | 22.7 |
| technician | 28 | 16.3 | 175 | 14.0 | 38 | 15.7 |
| social class: | | | | | | |
| IV | 83 | 47.2 | 676 | 53.9 | 120 | 49.6 |
| III | 54 | 30.7 | 396 | 31.6 | 82 | 33.9 |

As características semiológicas que permitem a distinção estas entidades são a qualidade, localização e sensibilidade da dor, juntamente aqueles que fazem parte dos critérios de diagnóstico da IHS (quadro III.45b).

Quadro III.45b - **Cefaleias primárias: síntese das características - Primary headaches: summary of characteristics**

| ***Characteristics:*** *Semiological* | ***Migraine*** | | ***Tension-type H*** | | ***Combined H*** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ***n*** | *%* | ***n*** | *%* | ***n*** | *%* |
| Miragaia pop. | 176 | 8.8 | 1255 | 62.5 | 242 | 12.1 |
| headache pop. | 176 | 9.9 | 1255 | 70.5 | 242 | 13.6 |
| frequency | | | | | | |
| weeks | 55 | 31.3 | 362 | 29.1 | 83 | 34.7 |
| months | 81 | 46.0 | 460 | 37.0 | 102 | 42.7 |
| years | 40 | 22.7 | 350 | 28.1 | 37 | 15.5 |
| periodicity | | | | | | |
| episodic | 171 | 97.2 | 1011 | 80.6 | 203 | 83.9 |
| sporadic | 3 | 1.7 | 145 | 11.6 | 14 | 5.8 |
| chronic | 2 | 1.1 | 99 | 7.9 | 25 | 10.3 |
| quality | | | | | | |
| throbbing | 143 | 81.3 | 220 | 17.5 | 51 | 21.1 |
| pressing | 12 | 6.8 | 685 | 54.6 | 87 | 36.0 |
| others | 12 | 6.8 | 328 | 26.1 | 92 | 38.0 |
| local | | | | | | |
| frontal | 81 | 46.0 | 647 | 51.6 | 124 | 51.7 |
| temporal | 57 | 32.4 | 320 | 25.6 | 71 | 29.3 |
| occipital | 19 | 10.8 | 251 | 20.0 | 68 | 28.1 |
| orbital | 49 | 27.8 | 206 | 16.4 | 50 | 20.7 |
| side | | | | | | |
| unilat | 103 | 58.5 | 234 | 18.7 | 52 | 21.5 |
| bilat. | 72 | 40.9 | 1000 | 79.7 | 154 | 63.6 |
| severity | | | | | | |
| mild | 45 | 25.6 | 765 | 61.0 | 88 | 36.4 |
| moderate | 70 | 39.8 | 312 | 24.9 | 63 | 26.0 |
| severe | 45 | 25.6 | 118 | 9.4 | 38 | 15.7 |
| duration(w.out/treat.) | | | | | | |
| minutes | 15 | 8.5 | 239 | 19.0 | 30 | 12.4 |
| hours | 92 | 52.3 | 53 | 42.2 | 89 | 36.8 |
| days | 53 | 30.1 | 278 | 22.2 | 64 | 26.4 |

Dos sintomas associados, só os sintomas acompanhantes como a fotofobia, fonofobia e náuseas, permitem distiguir estes síndromes, aliás, de acordo com os critérios de diagnóstico da IHS (quadro III.45c).

Quadro III.45c - **Cefaleias primárias: síntese das características - Primary headaches: summary of characteristics**

| ***Characteristics:*** *Associated symptoms* | ***Migraine*** | | ***Tension-type H*** | | ***Combined H*** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ***n*** | *%* | ***n*** | *%* | ***n*** | *%* |
| premonitory: | | | | | | |
| malaise | 63 | 35.8 | 477 | 38.0 | 108 | 44.6 |
| irritab. | 52 | 29.5 | 347 | 27.6 | 97 | 40.1 |
| sleepiness | 27 | 15.3 | 167 | 13.3 | 61 | 25.2 |
| prodromic: | | | | | | |
| diziness | 33 | 18.8 | 143 | 11.4 | 50 | 20.7 |
| weakness | 25 | 14.2 | 150 | 12.0 | 56 | 23.1 |
| parestesia: | 20 | 11.4 | 113 | 9.0 | 46 | 19.0 |
| blurred vision | 35 | 19.9 | 172 | 13.7 | 67 | 27.7 |
| accompanying: | | | | | | |
| phonophobia | 76 | 43.2 | 108 | 8.6 | 60 | 24.8 |
| photophobia | 86 | 48.9 | 47 | 3.7 | 63 | 26.0 |
| nausea | 95 | 54.0 | 10 | .8 | 16 | 6.6 |

Dos factores associados, só os factores de agravamento como a luz, o ruido e os esforços físicos contribuem de alguma forma para a distinção destas entidades idiopáticas (quadro III.45d).

Não há qualquer relação preferencial destes síndromes com qualquer das doenças associadas (quadro III.45e). Apenas a enxaqueca revela alguma correlação positiva com traumatismos cranianos, doença vascular cerebral, hipertensão arterial e epilepsia.

Os cuidados médicos, o uso de meios auxiliares de diagnóstico e a prescrição médica,revelaram-se com maior frequência nas formas de enxaqueca e formas combinadas (quadro III.45f), estando possivelmente relacionados com a maior severidade da dor e dos sintomas acompanhantes nestas variedades de cefaleias.

Quadro III.45d - **Cefaleias primárias: síntese das características - Primary headaches: summary of characteristics**

| ***Characteristics:*** *Associated factors* | ***Migraine*** | | ***Tension-type H*** | | ***Combined H*** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ***n*** | *%* | ***n*** | *%* | ***n*** | *%* |
| predisposing: | | | | | | |
| sex F | 121 | 68.8 | 769 | 61.3 | 187 | 77.3 |
| mean age | 34.38 | | 40.53 | | 43.36 | |
| family history | 87 | 49.4 | 630¡ | 50.2 | 136 | 56.2 |
| adjuvant: | | | | | | |
| weather ch | 32 | 18.2 | 317 | 25.3 | 57 | 23.6 |
| seasons | 33 | 18.8 | 169 | 13.5 | 45 | 18.6 |
| menstrual cycle | 31 | 17.6 | 149 | 11.9 | 45 | 18.6 |
| precipitant: | | | | | | |
| m. stress | 54 | 30.7 | 369 | 29.4 | 87 | 36.0 |
| physical activity | 35 | 19.9 | 295 | 23.5 | 58 | 24.0 |
| wet weather | 36 | 20.5 | 261 | 20.8 | 78 | 32.2 |
| sleep disorders | 42 | 23.9 | 223 | 17.8 | 62 | 25.6 |
| exacerbating: | | | | | | |
| noise | 127 | 72.2 | 598 | 47.6 | 205 | 84.7 |
| light | 111 | 63.1 | 184 | 14.7 | 188 | 77.7 |
| warmth52 | 29.5 | 280 | 22.3 | 85 | 35.1 | |
| ph.effort | 56 | 31.8 | 266 | 21.2 | 78 | 32.2 |

Quadro III.45e - **Cefaleias primárias: síntese das características - Primary headaches: summary of characteristics**

| ***Characteristics:*** *Medical history* | ***Migraine*** | | ***Tension-type H*** | | ***Combined H*** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ***n*** | *%* | ***n*** | *%* | ***n*** | *%* |
| associated illness: | | | | | | |
| osteo-art. | 60 | 34.1 | 423 | 33.7 | 113 | 46.7 |
| allergy | 47 | 26.7 | 333 | 26.5 | 86 | 35.5 |
| hypertension | 36 | 20.5 | 269 | 21.4 | 70 | 28.9 |
| trauma | 46 | 26.1 | 221 | 17.6 | 46 | 19.0 |
| headache family history: | 87 | 49.4 | 630 | 50.2 | 136 | 56.2 |
| mother | 61 | 34.7 | 370 | 29.5 | 73 | 30.2 |
| father | 6 | 3.4 | 72 | 5.7 | 12 | 5.0 |
| both | 20 | 11.4 | 184 | 14.7 | 52 | 21.5 |

Quadro III.45f - **Cefaleias primárias: síntese das características - Primary headaches: summary of characteristics**

| ***Characteristics:*** *Health care* | ***Migraine*** *n* | *%* | ***Tension-type H*** *n* | *%* | ***Combined H*** *n* | *%* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| medical care: | 78 | 44.3 | 379 | 30.2 | 113 | 46.7 |
| g. p. | 56 | 31.8 | 301 | 24.0 | 84 | 34.7 |
| neurol. | 16 | 9.1 | 46 | 3.7 | 23 | 9.5 |
| diag. tests: | 39 | 22.2 | 139 | 11.1 | 51 | 21.1 |
| imaging | 25 | 14.2 | 105 | 8.4 | 39 | 16.1 |
| laborat. | 10 | 5.7 | 30 | 2.4 | 13 | 5.4 |
| others | 12 | 6.8 | 15 | 1.2 | 8 | 3.3 |
| pharm. treat. | 140 | 79.5 | 807 | 64.3 | 178 | 73.6 |
| prescription: | | | | | | |
| doctor | 54 | 30.7 | 291 | 23.2 | 84 | 34.7 |
| self | 70 | 39.8 | 324 | 25.8 | 68 | 28.1 |
| attack: | 122 | 69.3 | 732 | 58.3 | 161 | 66.6 |
| · NSAID | 108 | 61.4 | 650 | 51.8 | 138 | 57.0 |
| · ergotam. | 14 | 8.0 | 47 | 3.7 | 17 | 7.0 |
| prevent: | 19 | 10.8 | 92 | 7.3 | 29 | 12.0 |
| · antidep. | 6 | 3.4 | 30 | 2.4 | 8 | 3.3 |
| · flunar. | 3 | 1.7 | 5 | .4 | 2 | .8 |
| · propan. | 0 | .0 | 7 | .6 | 2 | .8 |
| · others | 9 | 5.1 | 26 | 2.1 | 11 | 4.5 |
| non-pharm. treatment | | | | | | |
| · physio | 6 | 3.4 | 59 | 4.7 | 17 | 7.0 |
| · homeop. | 8 | 4.5 | 48 | 3.8 | 11 | 4.5 |
| · acupunt. | 2 | 1.1 | 13 | 1.0 | 4 | 1.7 |

A incapacidade resultante das cefaleias desta população é bastante elevada (quadro III.45g), quer isoladamente quer comparativamente a outros estudos semelhantes, não obstante, o facto da severidade global ter-se revelado relativamente leve. Este facto salienta ainda mais a importância do absentismo laboral por cefaleias na nossa população.

Quadro III.45g - **Cefaleias primárias: síntese das características Primary headaches: summary of characteristics**

| ***Characteristics:*** *Disability* | ***Migraine*** *n* | *%* | ***Tension-type H*** *n* | *%* | ***Combined H*** *n* | *%* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| absenteeism | 41 | 23.3 | 181 | 14.4 | 48 | 19.8 |
| duration | 1d | | 3d | | 2d | |

Pela análise destes dados conclui-se que as diferenças entre as diversas formas de cefaleias idiopáticas são bastante ténues pelo que é necessário, no futuro, proceder a uma revisão cuidadosa dos critérios de diagnóstico para tentar melhorar, se possível, a capacidade de diagnóstico clínico destas afecções que parecem ter fisiopatologias distintas.

Pelos resultados obtidos verificamos que os objectivos deste estudo, referidos na introdução (pág. 103), foram plenamente atingidos o que permitem responder às seguintes questões inicialmente formuladas:

*1. Qual a incidência ou prevalência das cefaleias na população portuguesa?*

Os dados obtidos na população estudada foram de 88,6% para a prevalência ao longo da vida, de 85,7% para a prevalência anual, 70,2% para a prevalência mensal, 51,8% para a prevalência semanal e 23,3 % para a prevalência diária ou pontual, isto é, no momento do inquérito.

*2. Quais são as idades de início e os grupos etários mais atingidos?*

A idade de início das cefaleias foi inferiore aos trinta anos em 67,7% dos indivíduos e inferior aos quarenta anos em 85% dos casos. Os grupos etários mais atingidos são os dos adultos jovens com maior incidência no grupo dos vinte aos vinte e nove anos. Mais de metade dos indivíduos com cefaleias (53,0%) têm menos de 40 anos de idade, sendo a média de idades da população com cefaleias de 39,9 anos.

*3. Há preponderância de sexo, profissão, escolaridade ou classe social?*

Há um nítido predomínio de cefaleias nos indivíduos do sexo feminino em todos os grupos etários excepto na primeira década. As diferenças entre os dois sexos instalam-se depois da puberdade, isto é, depois dos 14 anos e mantem-se durante as restantes décadas, embora ligeiramente atenuada após a menopausa. Não há predomínio significativo de cefaleias em qualquer dos grupos profissionais, níveis de educação ou classe social.

*4. Quais são as formas de apresentação clínica mais frequentes?*

As apresentações clínicas mais frequentes são as cefaleias episódicas, idiopáticas, de tipo tensão e enxaqueca ou mistas

*5. Qual é a prevalência relativa das diferentes formas clínicas?*

As cefaleias mais prevalentes são as cefaleias de tensão (62,5%), seguidas pela enxaqueca (8,8%), mas o segundo maior grupo é o das formas combinadas ou mistas (12,1%) constituidas maioritariamente por cefaleias primárias (enxaqueca e cefaleias de tensão) associadas também a algumas formas de cefaleias sintomáticas, mas dentro dos valores esperados.

A percentagem de formas atípicas é, no entanto, bastante elevada, o que pode ser o resultado de uma classificação pouco discriminante.

*6. Quais são os seus factores predisponentes, adjuvantes e desencadeantes?*

O factores predisponentes mais significativos são a idade (jovem) e o sexo, sendo o sexo feminino de grande relevância na ocorrência, frequência e severidade das cefaleias.

Como factores adjuvantes salientam-se as perturbações dos ritmos biológicos (ciclo menstrual), circadianos e sazonais.

O principal factor desencadeante referido foi o stress (26,8%), logo seguido da actividade física intensa (20,0%), dos factores climáticos (22,2%) e das perturbações do sono (19,4%).

*7. Quais são as doenças prévias e acompanhantes ou associadas?*

As doenças prévias mais frequentemente referidas foram as doenças osteoarticulares (34,9%), alérgicas (27,9%) e depressivas (15,5%) que são também as mais prevalentes na população geral e portanto, sem relação preferencial com as cefaleias.

Os traumatismos cranio-cervicais foram referidos por 19,0% dos indivíduos, o que representa um valor relativamente alto, traduzindo um elevado grau de sinistralidade, particularmente do tipo rodoviário, na nossa população, o que é um facto lamentável mas sobejamente conhecido.

*8. Qual é a importância dos factores hereditários?*

Os factores hereditários parecem estar envolvidos nas cefaleias primárias mas a sua importância é difícil de avaliar por este método de estudo. O questionário não foi especificamente elaborado para esse fim e os familiares do propósito não foram directamente inquiridos. Os dados obtidos apontam para uma expressão familiar em quase metade dos casos (50,4%) sendo, contudo, essa proporção mais elevada em certos sindromes clínicos, nomeadamente na enxaqueca com aura. A via de transmissão do factor genético ou a sua expressão clínica é preponderantemente feminina.

*9. Qual é a gravidade dos sintomas?*

Em cerca de metade dos casos (49,4%) a severidade da dor apresenta-se como leve, só em 12,4% é que a dor é severa e motivou tratamento específico e/ou interrupção da actividade.

*10. Como são investigados os casos de cefaleias?*

A investigação clínica foi efectuada em 14% dos casos, na sua maior parte através de estudos de neuro-imagem (10%), principalmente através da TAC ou da RMN.

*11. Como são tratadas estas situações clínicas?*

O tratamento só ocorre numa percentagem limitada de casos (59,1%) e é predominantemente sintomático (50,5%) geralmente com analgésicos (44,9%). Também são usados ergotaminicos, geralmente, de forma inadequada relativamente ao sindrome clínico. São pouco frequentes os tratamentos preventivos

(7,2%) e geralmente desajustados à situação clínica. Estes factos podem explicar a elevada taxa de insucesso terapêutico e certo descrédito sobre as capacidades de terapêutica eficaz das cefaleias. Também podem explicar o exagerado recurso a meios não farmacológicos e não convencionais de tratamento e a taxa de absentismo laboral elevada que observamos.

*12. Em que medida interferem com a capacidade para o trabalho?*

A incapacidade para o trabalho resultante das cefaleias nesta população revelou-se bastante elevada para os padrões internacionais pelo que constituem, por si só, um importante problema de saúde pública pelos custos económicos e sociais que envolve. Este elevado grau de absentismo é também um reflexo da insuficiência e/ou inadequação dos cuidados médicos prestados a estes doentes. Estes factos devem merecer a maior atênção das entidades responsáveis quer pela saúde quer pela formação médica.

Considerando também as hipóteses de trabalho inicialmente formuladas relativamente à população portuguesa, nomeadamente na população em estudo da freguesia de Miragaia (pág. 104), verificamos que foram confirmadas as hipóteses 1, 2 e 3, relativas à prevalência, distribuição etária e por sexos da população com cefaleias, e as hipóteses 7, 8 e 9 relativas ao predomínio de formas idiopáticas, aos tratamentos diversos a que são submetidas e à incapacidade resultante das cefaleias. Mas não foram confirmadas as hipóteses 4 e 6 e foi inconclusivo o estudo da hipótese 5 (ver discussão dos resultados), isto é:

Não se encontrou uma maior prevalência de cefaleias em nenhum grupo profissional (hipótese 4) embora certas formas de cefaleias predominem em certas profissões mas não propriamente nas que são consideradas de maior exigência ou competição. Assim as enxaquecas predominam nas profissões de maior exigência intelectual (gestores e estudantes) e as cefaleias de tensão nas profissões de maior rotina (administrativos, operários e domésticas).

Não se encontrou qualquer relação, estatisticamente significativa entre a severidade das cefaleias e os seus factores desencadeantes (hipótese 6).

A avaliação dos potenciais factores hereditários envolvidos nas cefaleias (hipótese 5) mostrou-se insuficiente, requerendo uma abordagem diferente e

individualizada, isto é, com um protocolo específico e um inquérito directo do probando e dos familiares directos.

A análise da interferência das cefaleias na capacidade no trabalho ficou bem demonstrada (hipótese 9). Mas a análise do seu impacto económico e social ficou aquém do desejado, por dificuldade em obter dados mais concretos sobre o consumo efectivo de fármacos e sobre o custo real do elevado absentismo detectado. Não obstante essas limitações, tentou-se fazer um cálculo o mais aproximado possível do impacto económico com base em regras geralmente usadas. O cálculo efectuado com base na fórmula proposta por Bruyn (ver discussão) aponta para custos muito elevados (50 milhões de contos /ano) para a população portuguesa, com um custo médio por pessoa, por ano, de 5 mil escudos, a merecer a maior atenção das entidades responsáveis pela saúde.

## BIBLIOGRAFIA


1. Waters WE, O'Connor PJ. Epidemiology of Headache and Migraine in Women. J. Neurol Neurosurg Psychiat 1971; 34: 148-153.
2. Waters WE. The Pontypridd Headache Survey. Headache 1974; 14: 81-90.
3. Crisp AH, Halucy RS, McGuinness B, Ralph PC, Harris G. Some clinical, social and psychological characteristics of migraine subjects in the general population. Postgrad Med 1977; 53: 691- 697.
4. Markush RE, Herbert RK, Heyman A, O'Fallon WM. Epidemiologic study of migraine symptoms in young woman. Neurology 1975; 25: 430-435.
5. Waters WE. The Epidemiology of Migraine. Braknell-Boehringer Ingelheim. 1974.
6. Nikiforow R, Hokkanen E. An epidemiological study of headache in an urban and a rural population in northern Finland. Headache 1978; 18: 137-145.
7. Dalsgaard-Nielsen T, Ulrich J. Prevalence and Heredity of migraine and migrainoid headaches among 461 Danish Doctors. Headache 1973; 12: 168-172.
8. Philips C. Headache in General Practice. Headache 1977; 16: 322- 329.
9. Ziegler DK, Hassanein RS, Couch JR. Characteristics of life headache histories in a nonclinic population. Neurology 1977; 27: 265-269.
10. Edmeads J, Findlay H, Tugwell P, Pryse-Philips W, Nelson RF, Muray TJ: Impact of Migraine and Tension-type Headache on Life-Style. Consulting Behaviour and Medication Use: A Canadian Population Survey. Can J Neurol Sci 1993, 20: 131-137.
11. Stewart WF, Schecter A, Lipton RB. Migraine heterogeneity: disability, pain intensity and attack frequency and duration. Neurology 1994; 44 (Suppl 4): 24-39.
12. Linet MS, Stewart WF, Celentano DD, Ziegler D, Sprecher M. An epidemiologic study of headache among adolescents and young adults. JAMA 1989; 26: 2211-2216.
13. Hollnagel H, Norrelund N. Headache among 40 year-olds in Glostrup. Ugskr Laeger 1980; 142: 3071-3077.
14. Nikiforow R. Headache in a Ramdom Sample of 200 Persons: a Clinical Study of a Population in Northern Finland. Cephalalgia 1981, 1: 99-107.
15. Duckro PN, Tait RC, Margolis RB. Prevalence of very severe headache in a large US metropolitan area. Cephalalgia 1989; 9: 199-205.
16. Nikiforow R. Headache medication habits in northern Finland. Headache 1980; 20: 274-278.
17. Henry P, Michel P, Brochet B, Dartigues Jr, Tison S, Salamon R and the GRIM. A Nationwyde Survey of Migraine in France: Prevalence and Clinical Features in Adults. Cephalalgia 1992, 12: 229-237.
18. Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M, Olesen J. Epidemiology of Headache in a General Population: a Prevalence Study. J Clin Epidemiology 1991, 44: 1147-1157.
19. D'Alessandro R, Benassi G, Lenzi PL, Ganberini G, Sacquegna T, De Carolis P, Lugaresi E. Epidemiology of Headache in the Republic of San Marino. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1988, 51: 21-27.
20. Pryse-Philips W, Findlay H, Tugwell P, Edmeads J, Murray TJ, Nelson RF. A Canadian Population Survey on the Clinical Epidemiologic and Societal Impact of Migraine and Tension-type Headache. Can J Neurol Sci 1992, 19: 333-339.
21. Stewart WF, Celentano DD, Linet MS. Disability, Physician Consultation, and Use of Prescription Medications in a Population-Based Study of Headache. Biomed Pharmacother 1989, 43: 711-718.
22. Stewart WF, Lipton R, Celentano DD, Reed ML. Prevalence of Migraine Headache in the United States. JAMA 1992. 267: 64-69.

## 5. CONCLUSÕES

Este estudo permitiu verificar que é possível realizar estudos deste tipo em Portugal, apesar da falta de estruturas e de apoios financeiros das entidades oficiais, da saúde ou da educação.

A população estudada representa apenas uma parcela duma população urbana e uma pequena fracção da população portuguesa. Não constitui uma amostra representativa da população portuguesa, apesar das suas características sócio-demográficas não serem muito diferentes das médias nacionais, pelo que os resultados obtidos não poderão ser directamente extrapolados para a totalidade da nossa população.Eles permitem, contudo, calcular por estimativa os valores aproximados das características das cefaleias na população geral portuguesa.

Esta amostra da população portuguesa não difere significativamente das populações de outros países mais desenvolvidos no que respeita à prevalência das cefaleias, à sua relação com os factores socio-demográficos e a algumas das suas características semiológicas. Contudo, a severidade, o comportamento na dor e a percentagem de sintomas associados e factores associados à dor é relativamente baixa comparativamente a outros estudos, revelando uma maior benignidade das cefaleias nesta população. Também não difere em relação às patologias que condicionam a ocorrência de cefaleias, mas há uma percentagem significativa de cefaleias paroxísticas que têm uma origem traumática. A percentagem da população que recorre a cuidados médicos diferenciados é superior à de outros centros mais evoluídos. Há um consumo exagerado de meios auxiliares de diagnóstico na investigação etiológica das cefaleias. É baixo o consumo de medicamentos específicos e estes, na sua maior parte, são usados

como tratamento sintomático e por auto-medicação, favorecedores do abuso medicamentoso. A prescrição médica é frequentemente inadequada relativamente à situação clinica a que se destina, o que justificar um certo descrédito na eficácia terapêutica e na capacidade dos médicos para solucionarem estes problemas. O elevado recurso a tratamentos não farmacológicos e por vezes não convencionais traduz esse mesmo descrédito e ineficácia, e o elevado grau de absentismo traduz também a inexistência de tratamento ou ineficácia dos tratamentos utilizados, com os consequentes custos financeiros e sociais com nefastas repercursões sobre o rendimento familiar, a qualidade de vida e a realização pessoal.

Pelo exposto se conclui da enorme necessidade de fomentar:

1. A educação médica pré-graduada, especificamente em cefaleias, para evitar que estas sejam sempre encaradas apenas pela sua vertente sintomática (o que condiciona o recurso exagerado a meios auxiliares de diagnóstico para exclusão de patologia orgânica) e uma vez esta excluída, evitar o abandono do doente à sua sorte sem uma terapêutica e um aconselhamento adequados.

2. A educação médica pós-graduada, através de: cursos de formação pós-graduada em cefaleias; publicação de artigos sobre o diagnóstico e tratamento das diversas formas de cefaleias com particular relevo para as cefaleias idiopáticas, visando a actualização de conhecimentos, particularmente ao nível da clínica geral.

3. A educação do doente com cefaleias através de: publicação folhetos informativos para os doentes; campanhas de divulgação de conhecimentos sobre prevenção e tratamento das variedades de cefaleias mais prevalentes, através dos meios audio-visuais; incremento do associativismo entre doentes com cefaleias idiopáticas para fins culturais e de promoção da investigação científica sobre cefaleias, como a melhor forma de reduzir os custos e melhorar a qualidade de vida da população.

## 6. RECOMENDAÇÕES

Recomenda-se às entidades sanitárias o apoio às iniciativas que permitam promover os seguintes aspectos: Educação médica; Pesquisa cientifica e Diagnóstico.

### Educação médica

Para a promoção da educação médica sugere-se que sejam adoptadas medidas de caracter formativo a nível do ensino pré e pós-graduado, como forma mais segura, mais económica e mais rentável de promover a saúde para todos, a todos os níveis, mas particularmente no que diz respeito a este importante capítulo da Neurologia.

A formação deverá incidir particularmente nos seguintes aspectos da prevenção, do diagnóstico e da assistência medico-social:

Na prevenção, recomenda-se o reforço da análise e controlo dos factores predisponentes, adjuvantes, desencadeantes e de agravamento;

No diagnóstico, recomenda-se a divulgação dos critérios de diagnóstico, o ensino do uso racional dos meios de diagnóstico e a pesquisa e detecção precoce dos sinais de alarme das cefaleias;

Na assistência, aconselha-se a promoção do recurso precoce aos cuidados médicos, o uso criterioso e justificado dos meios auxiliares de diagnóstico e o uso adequado dos meios terapêuticos, farmacológicos ou não, mais eficazes em cada caso e o não menos importante apoio social, nos casos em que se torne necessário, ou mesmo indispensável, a solução do problema.

Esta formação é absolutamente necessária para todos os clínicos mas com

particular relevo para os clínicos gerais por serem os principais intervenientes na prestação de cuidados médicos a estes pacientes.

## Pesquisa científica

- Para promover a pesquisa científica sugere-se o reforço da investigação básica e clínica para melhorar os conhecimentos sobre a fisiopatologia das cefaleias, nomeadamente, das cefaleias idiopáticas e impulsionar a pesquisa de marcadores biológicos e de novos e mais eficazes agentes terapêuticos, como forma de reduzir os elevados custos económicos e sociais desta patologia.

## Diagnóstico

Promoção do diagnóstico através da melhoria dos critérios de diagnóstico e classificação das cefaleias pelo que se irá propor à Comissão de Classificação de Cefaleias da Sociedade Internacional de Cefaleias que introduza as seguintes alterações aos critérios de diagnóstico e classificação da IHS:

### *Na enxaqueca sem aura*

Revisão do critério 1.1 B sobre duração das crises de quatro a 72 horas para duas a 72 horas, dada a possibilidade de ocorrerem crises de duração inferior a quatro horas não apenas na criança mas também no adolescente e no adulto.

Revisão do critério 1.1 C sobre as características da dor propondo a sua subdivisão em dois subcritérios (C1-C2), obrigando ao seu cumprimento individual.

1.1 C 1 As seguintes características:

1. localização unilateral
2. qualidade pulsátil

1.1 C 2 pelo menos duas das seguintes características:

1. alternância de lado (dor principal)
2. intensidade moderada a severa
3. agravamento com a actividade física de rotina

Revisão do critério 1.1 D sobre sintomas acompanhantes (com inclusão de

níveis de severidade):

· naúseas e/ou vómitos (moderados ou severos em > 50% dos crises)

· foto e fonofobia (moderadas ou severas em > 50% das crises)

Inclusão de um critério adicional obrigatório

1.1 E História familiar positiva

Só a resposta a todos os critérios seria confirmativa do diagnóstico de enxaqueca, sendo provável o diagnóstico em caso de faltar um dos critérios e possível se não obedecesse a dois dos critérios acima enunciados.

A utilização destes critérios diminuiria a prevalência da enxaqueca nesta população, mas os casos assim classificados seriam muito mais homogéneos e muito mais congruentes com o conceito clássico de enxaqueca.

***Nas cefaleias de tensão episódicas***

Propõe-se a subdivisão do critério 2.1.C nos dois critérios seguintes:

2.1.C1. As seguintes características:

· Dor bilateral

· Qualidade não pulsátil (Pressão/Aperto)

2.1.C2. Pelo menos uma das seguintes características:

· Intensidade leve ou moderada

· Não agravamento com a actividade física

Revisão do critério 2.1.D sobre sintomas acompanhantes, com introdução de graus de severidade e de frequência:

· Naúseas (leves ocorrendo em < 50% das crises)

· Foto ou fonofobia (leves ocorrendo em < 50% das crises).

Desta forma as cefaleias de tensão episódica ficavam claramente distintas da enxaqueca sem aura, evitando a sobreposição dos dois quadros e reduzindo as formas atípicas e mistas.

***Nas cefaleias associadas ao uso crónico de substâncias***

Sugere-se a utilização dos seguintes critérios:

Pelo menos dois dos seguintes critérios:

| | |
|---|---|
| a) uso frequente de: | (> de 50% das crises) |
| b) uso prolongado de: | (> de 1/2 do tempo)(mês/ano) |
| c) uso excessivo de: | |
| analgésicos | (> 1000 mg/dia) (> 10 sem) |
| ergotamina | (> 2 mg/dia) (> 1 sem) |
| cafeina | (> 200 mg/dia) |
| barbituricos | (> 500 mg/dia) |
| sedativos | * |
| hipnoticos | * |
| outros | * |

* havendo uma dose mínima necessária para cada substância destes grupos.

Com o uso destes critérios tornar-se-á mais fácil a detecção de caos de cefaleias associadas ao uso crónico de substâncias, especialmente das farmacológicas, muito utilizadas pelos doentes com cefaleias frequentes.

***Nas cefaleias associadas a desordens do pescoço***

Sugere-se a revisão da nomenclatura do item 11.2.1 de cefaleias associadas a desordens da coluna cervical para cefaleia cervicogénica, dado que este tipo de dor pode ter, e tem frequentemente, origem noutras estruturas cervicais distintas da coluna cervical tais como ligamentos, aponevroses, fascias, vasos, nervos ou músculos.

E também se sugere a revisão dos critérios deste tipo de cefaleias para a qual se indicam as seguintes alterações:

A. Dor localizada ao pescoço e região occipital. Pode projectar-se para para a região frontal, orbital, temporal, vertex ou ouvidos.

B. A dor tem pelo menos duas das seguintes características:

· unilateral

· não pulsátil

· moderada

C. A dor é precipitada ou agravada por, pelo menos, duas das seguintes manobras:

· movimentos especiais do pescoço;

· postura sustentada do pescoço;

· pressão sobre C1 ou C2 e seus ramos (GNO e PNO).

D. Ao exame fisico apresenta pelo menos um dos seguintes aspectos:

· resistência ou limitação dos movimentos passivos do pescoço;

· alterações no contorno, textura, tono ou resposta à distensão e contracção activa e passiva dos músculos do pescoço.

· Sensibilidade anormal à palpação profunda dos músculos do pescoço;

· Sensibilidade superficial anormal no território de C1-C2;

· Sensibilidade anormal (dor ou disestesia) no ombro e braço homolateral.

E. Pelo menos um dos seguintes aspectos:

· história de traumatismo da cabeça ou do pescoço

· Bloqueio anestésico positivo de C1/C2 e seus ramos

F. O exame radiológico revela pelo menos um dos seguintes aspectos:

· anomalia dos movimentos na flexão ou extensão

· postura anormal

· fracturas, anomalias congénitas, tumores osseos, artrite reumatóide ou outras patologias distintas (não espondilose ou osteocondrose).

Com o uso destes critérios será possível diagnosticar como cefaleias cervicogénicas algumas das situações que se encontravam diagnosticadas pela classificação da IHS como formas atípicas de enxaqueca, de tensão ou mistas.

# IV. RESUMOS

## RESUMO

Efectuou-se um estudo epidemiológico de cefaleias numa população urbana da freguesia de Miragaia, da cidade do Porto com 4771 habitantes residentes. Os dados populacionais foram obtidos por um grupo de inquiridores (estudantes de medicina e de outras escolas superiores) através de uma entrevista estruturada por um questionário específico de cefaleias, previamente testado num estudo de prevalência de cefaleias numa população estudante do ICBAS. O método utilizado foi o inquérito directo, porta a porta, e alterno para abranger metade da população residente. Efectuou-se o registo dos dados numa base informatizada e procedeu-se à sua análise uni e multivariada. Os dados do questionário foram validados pela observação clínica de uma amostra aleatória de 205 indivíduos inquiridos (10,2% do total) e classificados em diversos grupos nosológicos de acordo com os critérios de diagnóstico da Sociedade Internacional de Cefaleias.

Foram inquiridos 2008 indivíduos, 789 do sexo masculino e 1219 do sexo feminino, distribuídos por todos os grupos etários. Detectou-se uma prevalência de cefaleias ao longo da vida de 88,6% sendo maior no sexo feminino (F=92,5%) e na terceira década. Com base no último episódio calculou-se a prevalência anual (85,7%) e pontual (23,3%) de cefaleias nesta população. As cefaleias severas representam apenas 12,4% do total.

A análise da distribuição por grupos de diagnóstico revelou um predomínio de cefaleias tipo tensão 62,5% e das cefaleias combinadas (enxaqueca e/ou cefaleias de tensão e outra) 12,1%, sobre as enxaquecas 8,8% e outras cefaleias incluindo as sintomáticas 5,3%. Em cada grupo nosológico estudou-se a distribuição das características das cefaleias e dos sintomas associados e a sua correlação com os factores socio-demográficos, predisponentes e desencadeantes,

doenças associadas, recursos médicos utilizados, tratamentos efectuados, incapacidade e absentismo resultantes. Detectaram-se elevados índices de automedicação, consumo médico e de meios auxiliares de diagnóstico a par de uma terapêutica frequentemente inadequada face à situação clínica do paciente reveladores de uma deficiente formação médica sobre este tipo de patologia. A subsequente descrença dos doentes sobre as possibilidades de tratamento eficaz destas situações clínicas favorece elevados índices de absentismo laboral (16,2%) que têm nefastas repercussões sobre o rendimento familiar, a qualidade de vida e a realização pessoal. Com base nestes dados estimaram-se os elevados custos sociais das cefaleias nesta população e recomenda-se o incremento da educação médica, pré e pós-graduada, sobre cefaleias a par de campanhas de educação do doente como forma de reduzir os custos e melhorar a qualidade de vida da população.

## RESUMÉ

Nous avons développé une étude épidémiologique sur des céphalées chez une population urbaine du département de Miragaia, à Porto, avec 4771 habitants résidents. Les données sur cette population ont été obtenues par un groupe d' étudiants de médecine et d'autres facultés. Des entrevues à partir des questionnaires spécifiques sur céphalées ont été le moyen utilisé et déjà mis en preuve auparavant à travers d'une étude de prévalence de céphalées dans une population d'étudiants de l'Institut des Sciences Biomédicales Abel Salazar (ICBAS). L'enquête a été direct, par maison, (porte à porte) en alternant à fin de couvrir la moyenne de la population résidente. Les données ont été computerisées et on a fait leur analyse uni- et multivariée.

Les données du questionnaire ont été validées par observation clinique d'un échantillon aléatoire de 205 sujets questionnés (10,2% du total) et classifiés par groupe nosologique d'après les critères de diagnostic de la Société Internationale de Céphalées.

Le numéro de sujets interrogés a été 2008, 789 du sexe masculin et 1219 du sexe féminin, répartis par tous les rangs d'âge. Nous avons détecté une prévalence au cours de la vie de 88,6 % avec une incidence majeure chez le sexe féminin (F=92,5%) et pendant la troisième décade. D'après le dernier événement nous avons estimé la prévalence annuelle (85,7%) et ponctuelle (23,3%) de céphalées dans cette population. Les céphalées sévères représentent seulement 12,4% du total.

L'analyse de distribution par groupe de diagnostic a révéler une prédominance de céphalées type tension 62,5% et des céphalées combinées (migraine et / ou céphalées de tension et d'autres) 12,1%, sur des migraines 8,8%

et d'autres céphalées, les symptomatiques y inclus (5,3%). Dans chaque groupe nosologique nous avons étudié la distribution des caractéristiques du mal de tête et des symptômes associés et leur corrélation avec les facteurs socio-démographiques existantes, maladies associées, les ressources médicaux utilisés, traitement, incapacité et absentia y résultants. Nous avons détecté des valeurs élevées d'automédication, consommation médicale et de moyens auxiliaires de diagnostic aussi que une thérapeutique souvent inadéquate à la situation clinique du malade, ce qui pouvait traduire une mauvaise formation médicale sur ce type de pathologie. Une manque de conviction des malades sur la possibilité d'un traitement efficace des situations cliniques va favoriser les hauts indicateurs d'absence au travail (16,2%) avec toutes les conséquences néfastes sur le revenu familier, qualité de vie et de réalisation personnelle. A partir des données obtenues nous avons estimé les couts sociaux des céphalées dans cette population, et nous avons exhorté le développement d'une formation médicale spécifique et actualisée sur les céphalées aussi que des campagnes d'éducation du malade (de tous ceux qui souffrent de ce mal chronique) à fin de réduire des couts si élevés et améliorer une qualité de vie.

## SUMMARY

An epidemiological survey on headaches was conducted in the urban area of the district of Miragaia, in Oporto, which has 4771 resident inhabitants. The population data were collected by a group of interviewers (students from a medical school and a few other university schools) using a structured interview following a specific headache questionnaire. The questionnaire has been tested before, during a headache epidemiological survey conducted in the medical school students of ICBAS in 1991. The methodology adopted was an alternate, door-to-door, direct interview to half of the resident population. The data were collected in a data base and uni or multivariate analyses were performed.

Questionnaire data were validated by the clinical examination of a random sample of 205 (10.2%) of the inquired population and classified in diagnostic groups according to the International Headache Society diagnostic criteria.

2008 people were inquired, 789 males and 1219 females. All age groups were represented. A 88.6% life-time prevalence of headaches was detected in this population with a female (92.5%) and a third decade preponderance. Based on the last attack, a 87.5% annual and a 23.3% point prevalence were calculated. Severe headaches represent just 12.4% of the total.

Headache diagnostic groups analysis showed a tension-type headache (62.5%) and combined headaches (migraine, tension or other) (12.1%) predominance over migraine (8.8%) and other headaches including symptomatic headaches (5.3%). In every nosologic group we studied the headache and associated symptoms characteristics and their correlation with socio-demographic, predisposing and precipitating factors, associated disorders, medical care, treatments, incapacity and absenteeism. High figures of self-

medication, doctor visits and diagnostic tests as well as a frequently inadequate medical prescription face to the medical condition reveal a deficient medical training on headaches.

As a consequence, the fact that patients do not believe in the efficacy of the treatment of headaches favours a high score of absenteeism (16.2%). This has deleterious effects on the family income, quality of life and personal well-being. Based on the data, high economic costs and social impact were estimated in this population and we suggest the improvement of under and post-graduate medical education on headaches as well as patient education programmes to reduce the burden of headache and to improve the quality of life of our population.

# V. APÊNDICE

# *Apêndice 1* - Questionário

**QUESTIONARIO PARA REGISTO DE CEFALEIAS** Nº.....

NOME (opcional)..... SEXO M F |__|

IDADE |__|__| PROFISSAO..... |__|__|

NATURALIDADE ..... |__|__|__|__|__|

ESCOLARIDADE ..... (anos) |__|__|

CLASSE SOCIAL: PROF... INSTRº... RENDIMº... CASA... BAIRRO... CL... |__|

1 - **Já alguma vez teve dores de cabeça?** **N**ão?(*) **S**im? |__|
(*) passe para a pergunta nº 18

2 - **Com que idade começou a ter dores de cabeça?** (anos) |__|__|

3 - **Quando teve dores de cabeça pela última vez?** nº |__|__|
de: **D**ias ; **S**emanas ; **M**eses ; **A**nos |__|

4.1 - **Como são as dores?**
constantes, isto é, estão sempre presentes? |__|
periódicas, isto é, surgem por crises,acessos ou ataques? |__|
esporádicas, isto é, surgem só raramente? |__|

4.2 - **Qual a frequência média das crises de dolorosas?** nº |__|__|
por: **D**ia ; **S**emana ; **M**ês ; **A**no |__|

4.3 - **As crises são habitualmente do mesmo tipo?** **N**ão? **S**im? |__|

4.4 - **Nas crises as dores de que tipo são?**
Descreva cada tipo de dor separadamente começando pela que **incomoda mais**:

| | 1ª | 2ª |
|---|---|---|
| Latejante ou pulsátil | \|__\| | \|__\| |
| Peso ou moedeira | \|__\| | \|__\| |
| Espetada, picada ou guinada | \|__\| | \|__\| |
| Queimor ou ardor | \|__\| | \|__\| |
| Outro | \|__\| | \|__\| |

4.5 - **Já teve mais de 5 episódios do mesmo tipo?** **N**ão? **S**im? |__|

4.6 - **Já teve várias crises idênticas no mesmo dia?** **N**ão? **S**im ? |__|

5.1 - **Onde se localiza a dor?**
Local: **Ó**rbita? Fronte? **N**uca? **V**ertex? **T**êmpora? **O**utros? |__|

5.2 - **De que lado?** **D**ireito? **E**squerdo? **B**ilateral? |__|

5.3 - **A dor muda de lado nas diferentes crises? N**ão ? **S**im? |__|

6 - **A intensidade da dor é suficiente para:**
incomodar mas sem impedir a actividade? (L) |__|
perturbar e/ou interromper tempor./te a actividade? (M) |__|
impedir a actividade e/ou obrigar a acamar? (S) |__|
muito variável de crise para crise? (V) |__|

7.1 - **Quanto tempo dura habitualmente a dor?** (s/ tratº) **nº** |__||__|
em: **S**egundos; **M**inutos; **H**oras; **D**ias |__|

7.2 - **Quanto tempo dura habitualmente a dor?** (c/ tratº) **nº** |__||__|
em: **S**egundos; **M**inutos; **H**oras; **D**ias |__|

8 - **Quando tem dores de cabeça fica: S**ossegado? **A**gitado? |__|

9.1 - **Pressente quando vai ter a dor de cabeça? N**ão? **S**im? |__|

9.2 - **Antes da dor, nota algum dos seguintes sintomas?**
mal estar geral? |__|
irritabilidade? |__|
sede ou apetite exagerado? |__|
bocejo ou sonolência? |__|
visão enevoada? |__|
cintilações, linhas em paliçada, manchas escuras? |__|
formigueiros (lábios, língua ou mãos)? |__|
fraqueza nos membros? |__|
dificuldade em nomear objectos? |__|
zumbidos,vertigens? |__|
visão dupla? |__|
outros? (quais)..... |__|

9.3 - **Com a dor nota algum dos seguintes sintomas?**
náuseas? (enjoos?) |__|
vómitos? |__|
fotofobia? (intolerância à luz?) |__|
fonofobia? (intolerância ao ruido?) |__|
osmofobia? (intolerância aos cheiros?) |__|
outros? (quais)..... |__|

10 - **As dores de cabeça são provocadas por?**

certas posições da cabeça? |__|
actividade fisica intensa? |__|
variações climáticas? |__|
variações do sono? |__|
menstruação? |__|
fome? |__|
stress? |__|
certos alimentos? (quais)..... |__|
bebidas alcoólicas? (quais)..... |__|
outros? (quais)..... |__|

11 - **A dor agrava-se com algum dos seguintes factores?**

exercicio fisico? |__|
calor intenso? |__|
ruido intenso? |__|
luz intensa? |__|
outros? (quais)..... |__|

12 - **As dores de cabeça aparecem mais vezes durante:**

o fim de semana? |__|
o período menstrual? |__|
a primavera e o outono? |__|
o tempo húmido? |__|
outros? (quais)..... |__|

13 - **Já recorreu ao médico por causa da dor de cabeça?** Não?Sim? |__|

há quanto tempo? **nº** |__|__|
de: **D**ias; **S**emanas; **M**eses; **A**nos |__|

13.1 - **Que tipo de médico consultou?** (ordene):

clinico geral? |__|
neurologista? |__|
psiquiatra? |__|
outro? (p.ex: SU ) (qual)..... |__|

14 - **Já fez algum exame por causa das dores de cabeça?**Não?Sim? |__|

laboratorial? |__|
radiológico? |__|
outro? (qual)..... |__|

15.1 - **Já usou medicamentos para tratar dores de cabeça?**

**N**ão? **S**im? |__|
receitados pelo médico? |__|
por iniciativa própria? |__|
por conselho de amigos/familiares? |__|
por conselho de farmaceutico? |__|
por outros motivos? (quais)..... |__|

15.2 - **Tomou os medicamentos para:** Tratar? ou Evitar as crises? |__|
- para tratar a crise que medicamentos usou:
  - ergotamina (cafergot, avamigran, migretil, ergosanol)? |__|
  - analgésicos n/esteróides (aspirina, optalidon, panadol)? |__|
  - outros? (quais)..... |__|
- para evitar as crises que medicamentos usou:
  - pizotifeno (sandomigraine)? |__|
  - propanolol (inderal)? |__|
  - flunarizina (sibelium)? |__|
  - 5-HTP (cincofarm)? |__|
  - antidepressivos(anafranil, tryptizol, ludiomil, tolvon)? |__|
  - outros? (quais)..... |__|

16 - **Já usou alguns dos tratamentos seguintes?**
- acupunctura? (agulhas) |__|
- fisioterapia? (massagens) |__|
- homeopatia? (medicamentos naturais) |__|
- quiromancia? (bruxaria) |__|
- outros? (quais)..... |__|

17 - **Já faltou ao trabalho por causa da dor de cabeça?**Não? Sim? |__|
com que frequência? nº de vezes no último ano |__|__|

18.1 - **Já sofreu algum traumatismo da cabeça ou pescoço?**
**N**ão? **S**im? |__|

18.2 - **Com perda do conhecimento?** **N**ão? **S**im? |__|

18.3 - **Há quanto tempo? nº** |__|__|
de: **D**ias; **S**emanas; **M**eses; **A**nos |__|

18.4 - **E foi motivado por: Q**ueda? **A**cidente de viação? **A**gressão? |__|
Outro? (qual?)..... |__|

19 - **Já teve alguma das seguintes doenças?** Não? Sim? |__|
- alergias? |__|
- tensão arterial elevada? |__|
- reumatismo? |__|
- depressão? |__|
- outras? (quais)..... |__|

20 - **Alguém na sua familia sofre de dores semelhantes?** Não?Sim? |__|
- do lado da mãe? |__|
- do lado do pai? |__|
- ambos os lados? |__|

Observador: a)..... |__|__|__|__|__| Data ___ /___ /___

# *Apêndice 2* - Classificação social de Graffar

## PROFISSÃO

1 - Directores de bancos, directores tecnicos de empresas, licenciados, engenheiros, profissionais com titulos universitários ou de escolas especiais e militares de alta patente.
2 - Chefes de secções administrativas ou de negócios de grandes empresas, subdirectores de bancos, peritos, técnicos e comerciantes.
3 - Ajudantes tecnicos, desenhadores, caixeiros, contra-mestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes e mestres-de-obras.
4 - Ensino primário completo. Motoristas, policias, cozinheiros, etc. (operários especializados).
5 - Jornaleiros, mandaretes, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza, etc. (trabalhadores manuais ou operários não especializados).

## NÍVEL DE INSTRUÇÃO

1 - Ensino universitário ou equivalente (≥ de 12 anos de estudos).
2 - Ensino médio ou técnico superior (10 a 11 anos de estudos)
3 - Ensino médio ou técnico inferior (8 a 9 anos de estudos).
4 - Ensino primário completo (6 a 7 anos de estudos).
5 - Ensino primário incompleto ou nulo

## RENDIMENTO FAMILIAR

1 - A fonte principal é fortuna herdada ou adquirida
2 - Os rendimentos consistem em lucros de empresas, altos honorários, lugares bem remunerados, etc.
3 - Os rendimentos correspondem a um vencimento mensal fixo, tipo funcionário.
4 - Os rendimentos resultam de salários, ou seja, remuneração por semana, por jorna, por horas ou à tarefa.
5 - O individuo ou família são sustentados pela benemerência pública ou privada. Não se inclui neste grupo as pensões de desemprego ou de incapacidade temporária para o trabalho.

## CONFORTO DO ALOJAMENTO

1 - Casas ou andares luxuosos e muito grandes, oferecendo aos seus moradores o máximo conforto.
2 - Categoria intermédia: casas ou andares que, sem serem tão luxuosos como os da

categoria precedente, são, não obstante, espaçosas e confortáveis.
3 - Casas ou andares modestos, bem construidos e em bom estado de conservação, bem iluminados e arejados.
4 - Categoria intermédia entre 3 e 5.
5 - Alojamentos impróprios para uma vida decente, choças, barracas ou andares desprovidos de todo o conforto, ventilação, iluminação ou também aquelas onde moram demasiadas pessoas em promiscuidade.

## ASPECTOS DO BAIRRO

1 - Bairro residencial elegante, onde o valor do terreno ou os alugueres são elevados.
2 - Bairro residencial bom, ruas largas com casas confortáveis e bem conservadas.
3 - Ruas comerciais ou estreitas e antigas, com casas de aspecto geral menos confortável.
4 - Bairro operário, populoso, mal arejado ou bairro em que o valor dos terrenos estão diminuidos em consequência de proximidade de oficinas, fábricas, estações de caminho de ferro, etc.
5 - Bairros de lata.

CLASSE I - Famílias cuja soma de pontos vai de 5 a 9
CLASSE II - Famílias cuja soma de pontos vai de 10 a 13
CLASSE III - Famílias cuja soma de pontos vai de 14 a 17
CLASSE IV - Famílias cuja soma de pontos vai de 18 a 21
CLASSE V - Famílias cuja soma de pontos vai de 22 a 25

# *Apêndice 3* - Distribuição dos diagnósticos

QUADRO - DISTRIBUIÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS PRINCIPAL E SECUNDÁRIO

DIAGGNOSTIC 1 by DIAGNOSTIC 2

| DIAG. 1 / Count | DIAGNOSTIC 2 | | | | | | | Row total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 011 | 012 | 017 | 021 | 022 | 023 | |
| 000 | 228 | | | | | | | 228<br>11.4 |
| 011 | 120 | | | | 9 | 1 | 5 | 138<br>6.9 |
| 012 | 29 | | | | 2 | | 2 | 34<br>1.7 |
| 017 | 27 | | | | 6 | | 129 | 162<br>8.1 |
| 021 | 955 | 4 | 1 | 5 | | | 11 | 976<br>48.7 |
| 022 | 78 | | | 1 | | | | 82<br>4.1 |
| 023 | 222 | 1 | | 51 | 1 | | | 276<br>13.7 |
| 031 | 1 | | | | | | | 1<br>.0 |
| 033 | 1 | | | | | | | 1<br>.0 |
| 041 | 5 | | | | | | | 5<br>.2 |
| 045 | 4 | | | | | | | 4<br>.2 |
| 046 | 1 | | | | | | | 1<br>.0 |

QUADRO - DISTRIBUIÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS PRINCIPAL E SECUNDÁRIO (cont.)

DIAGGNOSTIC 1 by DIAGNOSTIC 2

| DIAG. 1 / Count | DIAGNOSTIC 2 | | | | | | | Row total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 011 | 012 | 017 | 021 | 022 | 023 | |
| 051 | 1 | | | | | | | 1<br>.0 |
| 068 | 6 | | | | | | | 6<br>.3 |
| 077 | 2 | | | | | | | 2<br>.1 |
| 081 | 6 | | | | | | | 6<br>.3 |
| 082 | | | | 1 | | | | 1<br>.0 |
| 084 | 1 | | | | | | | 1<br>.0 |
| 091 | 16 | | | | | | | 16<br>.8 |
| 100 | 1 | | | | | | | 1<br>.0 |
| 104 | 1 | | | | | | | 1<br>.0 |
| 112 | 6 | | | | 1 | | 1 | 8<br>.4 |
| 113 | 4 | | | | | | | 4<br>.2 |
| 115 | 4 | | | | | | | 4<br>.2 |
| 116 | 1 | | | | | | | 1<br>.0 |
| 122 | 1 | | | | | | | 1<br>.0 |
| 130 | 45 | | | | | | | 45<br>2.2 |
| Column Total | 1766<br>87.9 | 5<br>.2 | 1<br>.0 | 58<br>2.9 | 19<br>.9 | 1<br>.0 | 148<br>7.4 | 2008<br>100.0 |

QUADRO - DISTRIBUIÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS PRINCIPAL E SECUNDÁRIO (cont.)

DIAGGNOSTIC 1 by DIAGNOSTIC 2

| DIAG. 1 / Count | DIAGNOSTIC 2 | | | | | Row total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 091 | 100 | 112 | 116 | 130 | |
| 000 | | | | | | 228<br>11.4 |
| 011 | | 1 | 1 | | 1 | 138<br>6.9 |
| 012 | 1 | | | | | 34<br>1.7 |
| 017 | | | | | | 162<br>8.1 |
| 021 | | | 1 | | 1 | 976<br>48.7 |
| 022 | | | 2 | | 1 | 82<br>4.1 |
| 023 | | | | 1 | | 276<br>13.7 |
| 031 | | | | | | 1<br>.0 |
| 033 | | | | | | 1<br>.0 |
| 041 | | | | | | 5<br>.2 |
| 045 | | | | | | 4<br>.2 |
| 046 | | | | | | 1<br>.0 |
| 051 | | | | | | 1<br>.0 |
| 068 | | | | | | 6<br>.3 |
| 077 | | | | | | 2<br>.1 |

QUADRO - DISTRIBUIÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS PRINCIPAL E SECUNDÁRIO (cont.)

DIAGGNOSTIC 1 by DIAGNOSTIC 2

| DIAG. 1 / Count | DIAGNOSTIC 2 | | | | | Row total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 091 | 100 | 112 | 116 | 130 | |
| 081 | | | | | | 6<br>.3 |
| 082 | | | | | | 1<br>.0 |
| 084 | | | | | | 1<br>.0 |
| 091 | | | | | | 16<br>.8 |
| 100 | | | | | | 1<br>.0 |
| 104 | | | | | | 1<br>.0 |
| 112 | | | | | | 8<br>.4 |
| 113 | | | | | | 4<br>.2 |
| 115 | | | | | | 4<br>.2 |
| 116 | | | | | | 1<br>.0 |
| 122 | | | | | | 1<br>.0 |
| 130 | | | | | | 45<br>2.2 |
| Column Total | 1<br>.0 | 1<br>.0 | 4<br>.2 | 1<br>.0 | 3<br>.1 | 2008<br>100.0 |

Number of Missing Observations: 0

# *Apêndice 3* - Análise dos diagnósticos por grupos

**QUADRO - ANÁLISE DOS DIAGNÓSTICOS POR GRUPOS DE DIAGNÓSTICO**

DIAGGNOSTIC 1 by IHS DIAGNOSTIC GROUPS

| DIAG. 1 | Count / Row % / Col % | IHS DIAGNOSTIC GROUPS TH | CHX | MH | OTH | Row total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0110 | | | 18<br>13.0<br>7.4 | 120<br>87.0<br>68.2 | | 138<br>7.8 |
| 0120 | | | 5<br>15.6<br>2.1 | 27<br>84.4<br>15.3 | | 32<br>1.8 |
| 0124 | | | | 2<br>100.0<br>1.1 | | 2<br>.1 |
| 0170 | | | 135<br>83.3<br>55.8 | 27<br>16.7<br>15.3 | | 162<br>9.1 |
| 0210 | | 955<br>97.6<br>76.1 | 23<br>2.4<br>9.5 | | | 978<br>54.9 |
| 0220 | | 78<br>95.1<br>6.2 | 4<br>4.9<br>1.7 | | | 82<br>4.6 |
| 0230 | | 222<br>80.4<br>17.7 | 54<br>19.6<br>22.3 | | | 276<br>15.5 |
| 0310 | | | | | 1<br>100.0<br>.9 | 1<br>.1 |
| 0330 | | | | | 1<br>100.0<br>.9 | 1<br>.1 |
| 0410 | | | | | 5<br>100.0<br>4.7 | 5<br>.3 |

**QUADRO - ANÁLISE DOS DIAGNÓSTICOS POR GRUPOS DE DIAGNÓSTICO (cont.)**

DIAGGNOSTIC 1 by IHS DIAGNOSTIC GROUPS

| DIAG. 1 | Count / Row % / Col % | IHS DIAGNOSTIC GROUPS TH | CHX | MH | OTH | Row total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0450 | | | | | 4<br>100.0<br>3.7 | 4<br>.2 |
| 0461 | | | | | 1<br>100.0<br>.9 | 1<br>.1 |
| 0512 | | | | | 1<br>100.0<br>.9 | 1<br>.1 |
| 0683 | | | | | 6<br>100.0<br>5.6 | 6<br>.3 |
| 0770 | | | | | 2<br>100.0<br>1.9 | 2<br>.1 |
| 0814 | | | | | 6<br>100.0<br>5.6 | 6<br>.3 |
| 0821 | | | 1<br>100.0<br>.4 | | | 1<br>.1 |
| 0843 | | | | | 1<br>100.0<br>.9 | 1<br>.1 |
| 0910 | | | | | 1<br>100.0<br>.9 | 1<br>.1 |
| 0912 | | | | | 15<br>100.0<br>14.0 | 15<br>.8 |
| 1000 | | | | | 1<br>100.0<br>.9 | 1<br>.1 |

**QUADRO - ANÁLISE DOS DIAGNÓSTICOS POR GRUPOS DE DIAGNÓSTICO (cont.)**

DIAGGNOSTIC 1 by IHS DIAGNOSTIC GROUPS

| DIAG. 1 | Count / Row % / Col % | IHS DIAGNOSTIC GROUPS TH | CHX | MH | OTH | Row total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1040 | | | | | 1<br>100.0<br>.9 | 1<br>.1 |
| 1121 | | | 2<br>25.0<br>.8 | | 6<br>75.0<br>5.6 | 8<br>.4 |
| 1132 | | | | | 4<br>100.0<br>3.7 | 4<br>.2 |
| 1152 | | | | | 4<br>100.0<br>3.7 | 4<br>.2 |
| 1160 | | | | | 1<br>100.0<br>.9 | 1<br>.1 |
| 1220 | | | | | 1<br>100.0<br>.9 | 1<br>.1 |
| 1300 | | | | | 45<br>100.0<br>42.1 | 45<br>2.5 |
| Column Total | | 1255<br>70.5 | 242<br>13.6 | 176<br>9.9 | 107<br>6.0 | 1780<br>100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*CHX-Combined headaches; MH-Migraine headache; TH-Tension-type headaches; OTH-Other headaches*

**QUADRO - GRUPOS DE DIAGNÓSTICO: ANÁLISE DOS DIAGNÓSTICOS (cont.)**

DIAGNOSTIC 1 by IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS

| Count / Row % / Col % | IHS DIAGNOSTIC GROUPS CTH | ETH | THX | CHX | MWA | MCA | MHX | OTH | Row Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 78<br>5.1<br>100.0 | 955<br>62.1<br>100.0 | 222<br>14.4<br>100.0 | | 29<br>1.9<br>100.0 | 120<br>7.8<br>100.0 | 27<br>1.8<br>100.0 | 107<br>7.0<br>100.0 | 1538<br>86.4 |
| 0110 | | | | 18<br>13.0<br>7.4 | | 120<br>87.0<br>100.0 | | | 138<br>7.8 |
| 0120 | | | | 5<br>15.6<br>2.1 | 27<br>84.4<br>93.1 | | | | 32<br>1.8 |
| 0124 | | | | | 2<br>100.0<br>6.9 | | | | 2<br>.1 |
| 0170 | | | | 135<br>83.3<br>55.8 | | | 27<br>16.7<br>100.0 | | 162<br>9.1 |
| 0210 | | 955<br>97.6<br>100.0 | | 23<br>2.4<br>9.5 | | | | | 978<br>54.9 |
| 0220 | 78<br>95.1<br>100.0 | | | 4<br>4.9<br>1.7 | | | | | 82<br>4.6 |
| 0230 | | | 222<br>80.4<br>100.0 | 54<br>19.6<br>22.3 | | | | | 276<br>15.5 |
| 0310 | | | | | | | | 1<br>100.0<br>.9 | 1<br>.1 |
| 0330 | | | | | | | | 1<br>100.0<br>.9 | 1<br>.1 |

**QUADRO - GRUPOS DE DIAGNÓSTICO: ANÁLISE DOS DIAGNÓSTICOS (cont.)**

DIAGNOSTIC 1 by IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS

| Count / Row % / Col % | IHS DIAGNOSTIC GROUPS: CTH | ETH | THX | CHX | MWA | MOA | MHX | OTH | Row Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0410 | | | | | | | | 5<br>100.0<br>4.7 | 5<br>.3 |
| 0450 | | | | | | | | 4<br>100.0<br>3.7 | 4<br>.2 |
| 0461 | | | | | | | | 1<br>100.0<br>.9 | 1<br>.1 |
| 0512 | | | | | | | | 1<br>100.0<br>.9 | 1<br>.1 |
| 0683 | | | | | | | | 6<br>100.0<br>5.6 | 6<br>.3 |
| 0770 | | | | | | | | 2<br>100.0<br>1.9 | 2<br>.1 |
| 0814 | | | | | | | | 6<br>100.0<br>5.6 | 6<br>.3 |
| 0821 | | | | 1<br>100.0<br>.4 | | | | | 1<br>.1 |
| 0843 | | | | | | | | 1<br>100.0<br>.9 | 1<br>.1 |
| 0910 | | | | | | | | 1<br>100.0<br>.9 | 1<br>.1 |

**QUADRO - GRUPOS DE DIAGNÓSTICO: ANÁLISE DOS DIAGNÓSTICOS (cont.)**

DIAGNOSTIC 1 by IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS

| Count / Row % / Col % | IHS DIAGNOSTIC GROUPS: CTH | ETH | THX | CHX | MWA | MOA | MHX | OTH | Row Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0912 | | | | | | | | 15<br>100.0<br>14.0 | 15<br>.8 |
| 1000 | | | | | | | | 1<br>100.0<br>.9 | 1<br>.1 |
| 1040 | | | | | | | | 1<br>100.0<br>.9 | 1<br>.1 |
| 1121 | | | | 2<br>25.0<br>.8 | | | | 6<br>75.0<br>5.6 | 8<br>.4 |
| 1132 | | | | | | | | 4<br>100.0<br>3.7 | 4<br>.2 |
| 1152 | | | | | | | | 4<br>100.0<br>3.7 | 4<br>.2 |
| 1160 | | | | | | | | 1<br>100.0<br>.9 | 1<br>.1 |
| 1220 | | | | | | | | 1<br>100.0<br>.9 | 1<br>.1 |
| 1300 | | | | | | | | 45<br>100.0<br>42.1 | 45<br>2.5 |
| Column Total | 78<br>4.4 | 955<br>53.7 | 222<br>12.5 | 242<br>13.6 | 29<br>1.6 | 120<br>6.7 | 27<br>1.5 | 107<br>6.0 | 1780<br>100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*CHX-combined or mixed headaches; CTH-chronic tension headache; ETH-episodic tension headache; MHX-migraine not fulfilling all criteria; MOA-migraine without aura; MWA-migraine with aura; OTH-other headaches; THX-tension headache not fulfilling all criteria.*

**QUADRO - GRUPOS DE DIAGNÓSTICO: ANÁLISE DOS DIAGNÓSTICOS (cont.)**

DIAGGNOSTIC 2 by IHS DIAGNOSTIC GROUPS

| DIAG. 2 / Count / Row % / Col % | IHS DIAGNOSTIC GROUPS: TH | CHX | MH | OTH | Row total |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1255<br>81.6<br>100.0 | | 176<br>11.4<br>100.0 | 107<br>7.0<br>100.0 | 1538<br>86.4 |
| 0110 | | 5<br>100.0<br>2.1 | | | 5<br>.3 |
| 0120 | | 1<br>100.0<br>.4 | | | 1<br>.1 |
| 0170 | | 58<br>100.0<br>24.0 | | | 58<br>3.3 |
| 0210 | | 19<br>100.0<br>7.9 | | | 19<br>1.1 |
| 0220 | | 1<br>100.0<br>.4 | | | 1<br>.1 |
| 0230 | | 148<br>100.0<br>61.2 | | | 148<br>8.3 |
| 0912 | | 1<br>100.0<br>.4 | | | 1<br>.1 |
| 1004 | | 1<br>100.0<br>.4 | | | 1<br>.1 |
| 1121 | | 4<br>100.0<br>1.7 | | | 4<br>.2 |
| 1160 | | 1<br>100.0<br>.4 | | | 1<br>.1 |
| 1300 | | 3<br>100.0<br>1.2 | | | 3<br>.2 |
| Column Total | 1255<br>70.5 | 242<br>13.6 | 176<br>9.9 | 107<br>6.0 | 1780<br>100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*CHX-Combined hoadaches; MH-Migraine headache; TH-Tension-type headaches; OTH-Other headaches*

**QUADRO - GRUPOS DE DIAGNÓSTICO: ANÁLISE DOS DIAGNÓSTICOS (cont.)**

DIAGNOSTIC 2 by IHS DIAGNOSTIC SUBGROUPS

| Count / Row % / Col % | IHS DIAGNOSTIC GROUPS: CTH | ETH | THX | CHX | MWA | MOA | MHX | OTH | Row Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 78<br>5.1<br>100.0 | 955<br>62.1<br>100.0 | 222<br>14.4<br>100.0 | | 29<br>1.9<br>100.0 | 120<br>7.8<br>100.0 | 27<br>1.8<br>100.0 | 107<br>7.0<br>100.0 | 1538<br>86.4 |
| 0110 | | | | 5<br>100.0<br>2.1 | | | | | 5<br>.3 |
| 0120 | | | | 1<br>100.0<br>.4 | | | | | 1<br>.1 |
| 0170 | | | | 58<br>100.0<br>24.0 | | | | | 58<br>3.3 |
| 0210 | | | | 19<br>100.0<br>7.9 | | | | | 19<br>1.1 |
| 0220 | | | | 1<br>100.0<br>.4 | | | | | 1<br>.1 |
| 0230 | | | | 148<br>100.0<br>61.2 | | | | | 148<br>8.3 |
| 0912 | | | | 1<br>100.0<br>.4 | | | | | 1<br>.1 |
| 1004 | | | | 1<br>100.0<br>.4 | | | | | 1<br>.1 |
| 1121 | | | | 4<br>100.0<br>1.7 | | | | | 4<br>.2 |
| 1160 | | | | 1<br>100.0<br>.4 | | | | | 1<br>.1 |
| 1300 | | | | 3<br>100.0<br>1.2 | | | | | 3<br>.2 |
| Column Total | 78<br>4.4 | 955<br>53.7 | 222<br>12.5 | 242<br>13.6 | 29<br>1.6 | 120<br>6.7 | 27<br>1.5 | 107<br>6.0 | 1780<br>100.0 |

Number of Missing Observations: 0

*CHX-combined or mixed headaches; CTH-chronic tension headache; ETH-episodic tension headache; MHX-migraine not fulfilling all criteria; MOA-migraine without aura; MWA-migraine with aura; OTH-other headaches; THX-tension headache not fulfilling all criteria.*

# *Apêndice 5* - Cefaleias
## Síntese dos Estudos Epidemiológicos

Quadro - **Cefaleias: lateralização da dor por diagnóstico principal**

| *DIAGNOSIS* | | | *PAIN SIDE* | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *D1/D2* | | | *MISSING* | | *VARIABLE* | | *RIGHT* | | *LEFT* | | | *BILATERAL* | |
| IHS | CODE | | % | 0 | % | 1 | % | 2 | % | 3 | % | TOTAL | % (T) |
| 011 | MOA | 1 | 0.06 | 0 | 0.00 | 35 | 1.97 | 42 | 2.36 | 42 | 2.36 | 120 | 6.74 |
| 012 | MWA | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 7 | 0.39 | 8 | 0.45 | 14 | 0.79 | 29 | 1.63 |
| 017 | MHX | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 5 | 0.28 | 6 | 0.34 | 16 | 0.90 | 27 | 1.52 |
| 021 | ETH | 1 | 0.06 | 15 | 0.84 | 82 | 4.61 | 94 | 5.28 | 763 | 42.87 | 955 | 53.65 |
| 022 | CTH | 0 | 0.00 | 2 | 0.11 | 3 | 0.17 | 11 | 0.62 | 62 | 3.48 | 78 | 4.38 |
| 023 | THX | 1 | 0.06 | 2 | 0.11 | 24 | 1.35 | 20 | 1.12 | 175 | 9.83 | 222 | 12.47 |
| 031 | CH | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 1 | 0.06 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 1 | 0.06 |
| 033 | CHN | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 1 | 0.06 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 1 | 0.06 |
| 041 | ISH | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 1 | 0.06 | 1 | 0.06 | 3 | 0.17 | 5 | 0.28 |
| 045 | BEH | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 1 | 0.06 | 1 | 0.06 | 2 | 0.11 | 4 | 0.22 |
| 046 | HAS | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 1 | 0.06 | 1 | 0.06 |
| 051 | APT | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 1 | 0.06 | 1 | 0.06 |
| 068 | AHH | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 1 | 0.06 | 0 | 0.00 | 5 | 0.28 | 6 | 0.34 |
| 077 | HID | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 1 | 0.06 | 0 | 0.00 | 1 | 0.06 | 2 | 0.11 |
| 081 | ASU | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 2 | 0.11 | 4 | 0.22 | 6 | 0.34 |
| 084 | CSW | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 1 | 0.06 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 1 | 0.06 |
| 091 | HVI | 1 | 0.06 | 0 | 0.00 | 2 | 0.11 | 1 | 0.06 | 12 | 0.67 | 16 | 0.90 |
| 100 | AMD | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 1 | 0.06 | 1 | 0.06 |
| 104 | HAH | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 1 | 0.06 | 0 | 0.00 | 1 | 0.06 |
| 112 | HNS | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 2 | 0.11 | 1 | 0.06 | 3 | 0.17 | 6 | 0.34 |
| 113 | HAE | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 4 | 0.22 | 4 | 0.22 |
| 115 | HAN | 1 | 0.06 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 1 | 0.06 | 2 | 0.11 | 4 | 0.22 |
| 116 | HTJ | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 1 | 0.06 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 1 | 0.06 |
| 122 | ITN | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 1 | 0.06 | 0 | 0.00 | 1 | 0.06 |
| 130 | HNC | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 5 | 0.28 | 7 | 0.39 | 33 | 1.85 | 45 | 2.53 |
| 222 | CMH | 2 | 0.11 | 34 | 1.91 | 30 | 1.69 | 22 | 1.24 | 154 | 8.65 | 242 | 13.60 |
| *TOTAL* | *7* | *0.39* | | *53* | *2.98* | *203* | *11.40* | *219* | *12.30* | *1298* | *72.92* | *1780* | *100.00* |

*AHH-headache associated with arterial hypertension; AMD-headache associated with metabolic diseases; APT-acute post-traumatic headache; ASU-headache associated with acute substance use; BEH-benign exertional headache; CH-cluster headache; CHN-cluster headache not fulfilling all criteria; CMH-combined or mixed headaches; CSW-headache from chronic use substance withdrawal; CTH-chronic tension headache; ETH-episodic tension headache; HAE-headache associated with eyes; HAH-headache associated with hypoglycemia; HAN-headache associated with neck; HAS-headache associated with sexual activity; HID-headache associated with intracranial disorder; HNC-headache not classifiable; HNS-headache associated with nose and sinus; HTJ-headache associated with teeth and jaw; HVI-headache associated with viral infection-systemic; ISH-idiopathic stabbing headache; ITN-idiopathic trigeminal neuralgia;MHX-migraine not fulfilling all criteria; MOA-migraine without aura; MWA-migraine with aura; THX-tension-type headache not fulfilling all criteria*

# *Apêndice 6* - Validação do questionário

Quadro **AMOSTRAS A e C : COMPARAÇÃO POR SEXO**

SAMPLES A AND C : COMPARISON BY SEX

| | | | SAMPLE C | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| *SAMPLE A* | M | % | F | % | T | % [ T ] |
| MALE | 72 | 35.12 | 0 | 0.00 | 72 | 35.12 |
| FEMALE | 0 | 0.00 | 133 | 64.88 | 133 | 64.88 |
| *TOTAL* | *72* | *35.12* | *133* | *64.88* | *205* | *100.00* |

Quadro 44d - **AMOSTRAS A e C : COMPARAÇÃO POR ESCOLARIDADE**

SAMPLES A AND C : COMPARISON BY EDUCATION LEVEL

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | SAMPLE C | | | | | | | | | |
| A | | % | 1 | % | 2 | % | 3 | % | 4 | % | 5 | % | T | % [ R ] |
| | 4 | 100.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 4 | 100.00 |
| 1 | 0 | 0.00 | 11 | 91.67 | 1 | 8.33 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 12 | 100.00 |
| 2 | 0 | 0.00 | 1 | 5.26 | 15 | 78.95 | 1 | 5.26 | 2 | 10.53 | 0 | 0.00 | 19 | 100.00 |
| 3 | 0 | 0.00 | 1 | 2.94 | 2 | 5.88 | 30 | 88.24 | 1 | 2.94 | 0 | 0.00 | 34 | 100.00 |
| 4 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 1 | 1.59 | 7 | 11.11 | 55 | 87.30 | 0 | 0.00 | 63 | 100.00 |
| 5 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 1 | 1.37 | 1 | 1.37 | 17 | 23.29 | 54 | 73.97 | 73 | 100.00 |
| *T* | *4* | *1.95* | *13* | *6.34* | *20* | *9.76* | *39* | *19.02* | *75* | *36.59* | *54* | *26.34* | *205* | *100.00e* |

Quadro 44e - **AMOSTRAS: COMPARAÇÃO POR CLASSE SOCIAL**

SAMPLES A AND C : COMPARISON BY SOCIAL CLASS

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | SAMPLE C | | | | | |
| A | 1 | % | 2 | % | 3 | % | 4 | % | 5 | % | T | %[R] |
| 1 | 2 | 100.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 2 | 100.00 |
| 2 | 0 | 0.00 | 26 | 96.30 | 0 | 0.00 | 1 | 3.70 | 0 | 0.00 | 27 | 100.00 |
| 3 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 70 | 100.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 70 | 100.00 |
| 4 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 1 | 0.99 | 99 | 98.02 | 1 | 0.99 | 101 | 100.00 |
| 5 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 5 | 100.00 | 5 | 100.00 |
| T | 2 | 0.98 | 26 | 12.68 | 71 | 34.63 | 100 | 48.78 | 6 | 2.93 | 205 | 100.00 |

**QUADRO AMOSTRAS A E C : COMPARAÇÃO POR DIAGNÓSTICO**

SAMPLES A AND C :COMPARISON BY DIAGNOSIS

CLINICAL DIAGNOSIS by QUESTIONNAIRE DIAGNOSIS

QUESTIONNAIRE DIAGNOSIS 1

| Count / CLIN. DIAGNOSIS 1 | 0000 | 0110 | 0120 | 0170 | 0210 | 0220 | 0230 | Row total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0000 | 38 | | | | | | | 38<br>18.5 |
| 0110 | | 6 | | 4 | 12 | | 5 | 28<br>13.7 |
| 0120 | | | 1 | | 1 | | | 2<br>1.0 |
| 0170 | | | | 3 | 4 | | 1 | 10<br>4.9 |
| 0210 | | | 1 | 7 | 54 | 2 | 12 | 78<br>38.0 |
| 0220 | | | | 1 | 4 | 4 | 2 | 11<br>5.4 |
| 0230 | | | | 1 | 9 | | 10 | 21<br>10.2 |
| 0310 | | | | 1 | | | | 1<br>.5 |
| 0410 | | | | | | | | 1<br>.5 |
| 0912 | | | | 1 | 2 | | 1 | 9<br>4.4 |
| 1110 | | | | 1 | | | | 1<br>.5 |
| 1300 | | | | | | | 1 | 5<br>2.4 |
| Column | 38 | 7 | 1 | 19 | 86 | 6 | 32 | 205 |
| (Continued) Total | 18.5 | 3.4 | .5 | 9.3 | 42.0 | 2.9 | 15.6 | 100.0 |

CLINICAL DIAGNOSIS by QUESTIONNAIRE DIAGNOSIS

QUESTIONNAIRE DIAGNOSIS 1

| Count / CLIN. DIAGNOSIS 1 | 0410 | 0450 | 0683 | 0821 | 0912 | 1300 | Row total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0000 | | | | | | | 38<br>18.5 |
| 0110 | | | | | | 1 | 28<br>13.7 |
| 0120 | | | | | | | 2<br>1.0 |
| 0170 | | | | 1 | | 1 | 10<br>4.9 |
| 0210 | | | 1 | | | 1 | 78<br>38.0 |
| 0220 | | | | | | | 11<br>5.4 |
| 0230 | | | | | | 1 | 21<br>10.2 |
| 0310 | | | | | | | 1<br>.5 |
| 0410 | 1 | | | | | | 1<br>.5 |
| 0912 | | 1 | | | 3 | 1 | 9<br>4.4 |
| 1110 | | | | | | | 1<br>.5 |
| 1300 | | | | | | 4 | 5<br>2.4 |
| Column | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 9 | 205 |
| Total | .5 | .5 | .5 | .5 | 1.5 | 4.4 | 100.0 |

CLINICAL DIAGNOSIS 2 by QUESTIONNAIRE DIAGNOSIS 2

QUESTIONNAIRE DIAGNOSIS 2

| Count / CLIN DIAGNOSIS 2 | 0120 | 0170 | 0230 | 1004 | 1121 | 1300 | Row total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 154 | 1 | 1 | 8 | 1 | | | 165<br>80.5 |
| 0120 | | | 1 | | | | 1<br>.5 |
| 0170 | 5 | | | | | | 5<br>2.4 |
| 0210 | 4 | | 1 | 1 | | | 6<br>2.9 |
| 0220 | | | 1 | 1 | | | 2<br>1.0 |
| 0230 | 4 | | 1 | | | 1 | 6<br>2.9 |
| 0683 | 2 | | | | | | 2<br>1.0 |
| 0821 | | | 1 | | | | 1<br>.5 |
| 0912 | 7 | | 1 | | | | 8<br>3.9 |
| 1110 | | | | | | 1 | 1<br>.5 |
| 1121 | 3 | | | | 1 | | 4<br>2.0 |
| 1140 | 1 | | | | | | 1<br>.5 |
| 1160 | 2 | | | | | | 2<br>1.0 |
| 1300 | 1 | | | | | | 1<br>.5 |
| Column | 183 | 1 | 4 | 13 | 1 | 1 | 2 | 205 |
| Total | 89.3 | .5 | 2.0 | 6.3 | .5 | .5 | 1.0 | 100.0 |