

Mestrado Integrado em Medicina

Consulta de cefaleias: caracterização demográfica, abordagem terapêutica e impacto funcional na satisfação do doente

Sara Carvalho Geitoeira

M

2018



Consulta de cefaleias: caracterização demográfica, abordagem terapêutica e impacto funcional na satisfação do doente

Artigo de Investigação

ESTUDANTE

Sara Andreia Fidalgo de Carvalho Geitoeira
Mestrado Integrado em Medicina
Correio eletrónico: sarageitoeira@hotmail.com

ORIENTADOR

Carlos Eduardo da Costa Correia
Professor Auxiliar Convidado do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar –
Universidade do Porto

COORIENTADOR

Carlos Jorge da Silva Andrade
Assistente Hospitalar de Neurologia do Hospital de Santo António – Centro Hospitalar
do Porto

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

Maio 2018

Consulta de cefaleias: caracterização demográfica, abordagem terapêutica e impacto funcional na satisfação do doente

Artigo de Investigação

Assinatura do estudante

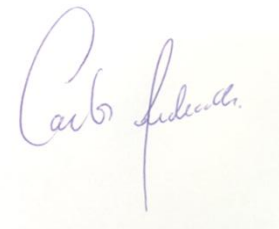


Sara Andréia Fidalgo de Carvalho Geiteira

Assinatura do orientador



Assinatura do coorientador



Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

Mai 2018

Agradecimentos

Ao Dr. Carlos Correia, por ter aceitado a orientação deste estudo e pela confiança investida.

Ao Dr. Carlos Andrade, pela constante disponibilidade e conhecimento transmitido que permitiram, não só a concretização do estudo, mas também o meu crescimento enquanto estudante de Medicina.

Ao Dr. Rui Magalhães, pela paciência demonstrada e pela minuciosidade que sempre caracteriza a sua orientação.

Resumo

Introdução: A cefaleia constitui um dos motivos mais frequentes de consulta em Neurologia e um dos sintomas que mais conduz à utilização dos cuidados de saúde primários. Em 2016, a enxaqueca foi classificada como a sexta patologia mais prevalente e considerada a segunda maior causa de incapacidade.

Objetivos: Pretende-se caracterizar a população de doentes que frequenta a consulta de cefaleias do Hospital de Santo António – Centro Hospitalar do Porto (HSA-CHP). Serão descritas as características sociodemográficas, a prevalência dos vários tipos de cefaleia e o acompanhamento de que os doentes têm sido alvo na consulta de cefaleias e previamente a esta. Pretende-se, ainda, obter uma estimativa da satisfação funcional do doente, relacionada com a potencial incapacidade decorrente da cefaleia.

Metodologia: O estudo foi conduzido no Serviço de Neurologia do HSA-CHP, entre março e abril de 2018. Os dados foram obtidos através da aplicação de dois questionários, imediatamente antes e após a consulta de cefaleias. O diagnóstico das várias cefaleias baseou-se na Classificação Internacional de Cefaleias - terceira edição. A cada doente correspondeu apenas o seu principal diagnóstico de cefaleia. Para averiguar o impacto funcional da cefaleia nos últimos três meses, foi aplicado o questionário *Migraine Disability Assessment Test*.

Resultados: Dos 85 doentes observados, 70 foram selecionados. A enxaqueca foi a cefaleia mais prevalente (60,0%), seguida da nevralgia do trigémio (20,0%). A maioria dos doentes era do sexo feminino e a idade média era de 51,2 anos. A Medicina Geral e Familiar, especialidade com consulta prévia mais frequente (78,6%) foi responsável pela referência de 45,7% dos doentes e o Serviço de Urgência por 24,3%. Os fármacos mais utilizados no tratamento agudo e profilático da enxaqueca são, respetivamente, os anti-inflamatórios não esteroides e antiepiléticos. Apenas 7,4% dos antiepiléticos referidos como profilaxia atual ou prévia foram prescritos pelo médico de família. Todos os doentes com neuropatias cranianas dolorosas encontravam-se sob tratamento, essencialmente com carbamazepina. Verificou-se abuso medicamentoso em 27,1% dos inquiridos, principalmente por triptanos e anti-inflamatórios não esteroides. Cerca de 50% dos doentes com enxaqueca apresentam uma incapacidade moderada a severa.

Conclusões: Este estudo confirma a enxaqueca como a cefaleia mais prevalente em consultas de cefaleias, cujos recursos podem vir a ser otimizados através de uma abordagem mais eficaz ao nível de Medicina Geral e Familiar. A caracterização da população de doentes da consulta e a avaliação da eficácia das medidas aplicadas

devem ser realizadas frequentemente, no sentido de obter o menor impacto possível da cefaleia na capacidade funcional do doente.

Palavras-chave: Cefaleia; Enxaqueca; Epidemiologia; Prevalência; Cuidados de saúde terciários; incapacidade

Abstract

Introduction: Headache is one of the most common disorder in Neurology and one of the main reasons for primary care consultations. In 2016 migraine was considered the sixth most prevalent disorder worldwide and the second cause of disability.

Objectives: This study aims to characterize patients in the headache consultations of Hospital de Santo António – Centro Hospitalar do Porto. Socialdemographic characteristics will be addressed as well as the prevalence of the different headaches and the therapeutic approach previously and in the headache consultation. This study further intends to assess the current patients' disability caused by the headache.

Methods: This study was conducted in the hospital's Neurology department between March and April 2018. Data was collected with two questionnaires, immediately before or after headache consultation. Headaches' diagnoses were based on the International Classification of Headaches Disorders, third edition. For each patient, only the main headache diagnosis was considered. Migraine Disability Assessment Test was applied to assess the functional impact of the disorder in the last three months.

Results: Of the 85 patients attended, 70 were selected. Migraine was the most prevalent headache (60,0%), followed by trigeminal neuralgia (20,0%). Most patients were women and the mean age was 51,2 years. The most frequent previous consultation was with a primary care physician (78,6%) and it was responsible for 45,7% patients' referral. Emergency Department referred 24,3% of patients. The most frequently used drugs for migraine's acute and prophylactic treatment were nonsteroidal anti-inflammatory drugs and antiepileptics, respectively. Only 7,4% of present or previous prophylactic antiepileptics were prescribed by primary care. All of the cranial neuralgia patients were treated, mainly with carbamazepine. Medication overuse was observed in 27,1% of the patients, mostly with nonsteroidal anti-inflammatory drugs and triptans. Around 50% of migraine patients had moderate to severe disability.

Conclusions: This study confirms migraine as the most prevalent headache in headache consultations and suggests a more targeted approach by primary care as the best way to optimize those consultations. It is recommended a regular patients' characterization and evaluation of therapy efficiency in order to accomplish the minimum headache disability.

Key words: Headache; Migraine Disorders; Epidemiology; Prevalence; Tertiary care centers; Disability.

Lista de abreviaturas

- ADT** – Antidepressivos tricíclicos
- AINE** – Anti-inflamatório não esteroide
- BCC** – Bloqueadores dos canais de cálcio
- CC** – Consulta de cefaleias
- CTT** – Cefaleia tipo tensão
- DALYs** – *Disability-adjusted life years* (anos de vida ajustados por incapacidade)
- DP** – Desvio padrão
- ECD** – Exames complementar de diagnóstico
- ECG** – Eletrocardiograma
- EEG** – Eletroencefalograma
- GBD** – Global Burden of Disease
- HSA-CHP** – Hospital de Santo António – Centro Hospitalar do Porto
- ICHD-III** – International Classification of Headache Disorders – third edition
- ISRS** – Inibidores seletivos da recaptção de serotonina
- ISRSN** – Inibidores seletivos da recaptção de serotonina e noradrenalina
- MGF** – Medicina Geral e Familiar
- MIDAS** – *Migraine Disability Assessment Test*
- NCD** – Neuropatias cranianas dolorosas
- NST** – Neuroestimulação supraorbitária transcutânea
- ORL** – Otorrinolaringologia
- RMN-CE** – Ressonância Magnética Crânio-Encefálica
- RX – cervical** – Radiografia da coluna cervical
- RX SPN** – Radiografia dos seios perinasais;
- SU** – Serviço de Urgência
- TC-CE** – Tomografia Computorizada Crânio-Encefálica
- YLDs** – *Years lived with disability* (anos vividos com incapacidade)
- YLLs** – *Years of life lost* (anos potenciais de vida perdidos)

Índice

Agradecimentos	i
Resumo.....	ii
Abstract	iv
Lista de abreviaturas	v
Índice	vi
Lista de tabelas.....	vii
Lista de figuras	viii
Lista de anexos	ix
Introdução.....	1
Metodologia.....	4
Resultados	7
Discussão.....	14
Conclusão	21
Anexos.....	22
Bibliografia	42

Lista de tabelas

Tabela I Prevalência de cefaleias

Tabela II Caracterização sociodemográfica

Tabela III Intervalos de tempo entre o início da cefaleia, primeira avaliação médica e início do seguimento na CC

Lista de figuras

Gráfico 1 Referenciação por especialidade à consulta de cefaleias

Lista de anexos

Anexo 1 Documento informativo para o participante e termo de consentimento informado

Anexo 2 Parecer favorável pelo Departamento de Ensino, Formação e Investigação, pela Comissão de Ética para a Saúde do CHP e pelo Presidente do Conselho de Administração

Anexo 3 Questionário 1

Anexo 4 Questionário 2

Anexo 5 Consultas prévias e referenciação

Anexo 6 ECD realizados previamente e na consulta de cefaleias

Anexo 7 Tratamento agudo atual

Anexo 8 Profilaxia atual

Anexo 9 Tratamento agudo prévio

Anexo 10 Profilaxia prévia

Anexo 11 Modo de prescrição dos fármacos usados no tratamento atual e prévio da enxaqueca

Anexo 12 Modo de prescrição dos fármacos usados na profilaxia atual e prévia da enxaqueca

Anexo 13 Dados obtidos no MIDAS

Anexo 14 Relação entre a frequência mensal de cefaleias e a classificação obtida no MIDAS

Introdução

A cefaleia corresponde a um sintoma subjetivo, podendo ser definida, conforme proposto pelo *Ad Hoc Committee on Classification of Headache*, em 1962, como uma “sensação de desconforto, dolorosa ou não, localizada na extremidade cefálica”. No mesmo ano, a presente definição que inclui, portanto, todas as algias cranianas, faciais e craniofaciais, terá sido adotada pela Federação Mundial de Neurologia.^{1,2}

O estabelecimento de um correto diagnóstico, essencial à abordagem eficaz dos doentes que sofrem de cefaleia, pode ser assegurado pela utilização da terceira edição da Classificação Internacional de Cefaleias (ICHD-III - *International Classification of Headache Disorders*). Esta inclui catorze grupos, divididos em três secções, sendo elas as cefaleias primárias, as cefaleias secundárias e as neuropatias cranianas dolorosas, outras dores faciais e outras cefaleias. Contém ainda um apêndice que se destina à investigação. O diagnóstico baseia-se no fenótipo da cefaleia que o doente apresenta no momento da avaliação clínica ou no que se tenha verificado no último ano.^{3,4}

Não obstante diferenças regionais verificadas, é evidente a elevada prevalência de cefaleia a nível mundial, afetando pessoas de todas as faixas etárias, raças, níveis socioeconómicos e localizações geográficas.⁵ Apesar de ser um sintoma bastante comum, a epidemiologia da cefaleia tem vindo a ser apenas parcialmente documentada, já que são múltiplos os estudos incidentes na enxaqueca, mas escassos os relativos à cefaleia tipo tensão (CTT), a mais frequente.^{6,5}

Quando considerado o tempo total de vida, a cefaleia apresenta uma prevalência de cerca de 90%⁷. Está descrita uma prevalência global de 47% para a cefaleia não especificada, 38% para a CTT, 10% para a enxaqueca e 3% para a cefaleia crónica, correspondendo estas percentagens à presença da cefaleia em questão, pelo menos uma vez, no período de um ano.⁶ Constata-se, ainda, a nível global, uma maior prevalência no sexo feminino.⁷ Em Portugal, é possível referir um estudo de base populacional sobre todos os tipos de cefaleias, realizado em 1995, o qual revelou uma prevalência anual de 60,6% para a CTT, 7,4% para a enxaqueca e 4,8% para outras variedades de cefaleias, com predomínio do sexo feminino nas cefaleias primárias.¹

Apesar da importante prevalência a nível mundial, a cefaleia não está associada a uma mortalidade significativa, o que justifica o reduzido reconhecimento que tem vindo a ser atribuído ao sintoma em causa.⁵ Desta forma, o verdadeiro impacto na saúde pública poderá ser determinado considerando simultaneamente as consequências da dor na qualidade de vida e os custos económicos associados.^{8,5} Assim, aliando a considerável percentagem de doentes que sofrem de cefaleia ao facto da mesma se verificar mais

prevalente na idade ativa (adolescência tardia até aos 50 anos), facilmente se compreende que o absentismo laboral e a produtividade reduzida sejam responsáveis pela sua importante repercussão económica.⁷ Entende-se, portanto, que, uma vez que não existe uma associação com mortalidade, o impacto das cefaleias na saúde pública deva ser ponderado tendo em conta a incapacidade por elas originada.⁸

A estimativa da incapacidade provocada por diversas patologias consiste no principal objetivo do estudo *Global Burden of Disease* (GBD), realizado desde 1990 e considerado o estudo epidemiológico observacional internacional mais abrangente até hoje.⁸ Neste, a incapacidade é medida em anos vividos com incapacidade (YLDs) e anos potenciais de vida perdidos (YLLs), sendo os anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs) a combinação dos dois anteriores.⁸

No GBD publicado em 2016, onde terá sido considerado um total de 328 patologias a nível de 195 países, a CTT e a enxaqueca foram classificadas, respetivamente, como terceira e sexta patologias mais prevalentes. A CTT ocupou o sexto lugar no que concerne à incidência e a enxaqueca foi considerada a segunda maior causa de incapacidade, avaliada em YLDs, tendo ascendido a partir do sexto lugar registo no GBD2013.^{9,10} Já neste estudo anterior, as cefaleias terão sido responsáveis por mais DALYs do que todas as outras patologias neurológicas em conjunto, incluindo as demências.⁸

Apesar da sua ubiquidade e de causar, comprovadamente, níveis substanciais de incapacidade, a cefaleia continua a ser menosprezada, subdiagnosticada e a carecer de tratamento adequado.^{7,6} Mesmo apresentando um importante impacto na saúde pública, verifica-se uma distribuição provavelmente não proporcional dos recursos destinados à investigação e cuidados médicos.⁷ A desvalorização global referida poderá dever-se ao facto de ser considerada frequentemente um problema não médico, já que afeta a quase totalidade da população em algum momento da vida; não corresponder a uma incapacidade visível em público e não reduzir, geralmente, a esperança média de vida.⁷ Tal é sustentado por estudos epidemiológicos que demonstram que uma percentagem significativa destes doentes nunca chega a requerer ajuda médica. Não obstante, a mesma constitui o motivo mais frequente de consulta em Neurologia e um dos sintomas que mais conduz à utilização dos cuidados de saúde primários.³ De facto, estima-se que cerca de 50% das pessoas com cefaleia sejam unicamente automedicadas, o que poderá ser parcialmente justificado pelo desconhecimento da existência de tratamento específico eficaz.⁵

Ao nível dos cuidados de saúde primários, a vasta maioria dos casos de enxaqueca e de CTT deveria ser corretamente diagnosticada e tratada. O devido reconhecimento de outras cefaleias primárias frequentes e de determinadas cefaleias

secundárias, mas não o seu tratamento, deveria ser também da competência da Medicina Geral e Familiar (MGF).¹¹ Assim, a referência para uma consulta de especialidade está indicada quando se encontram obstáculos à classificação clara da cefaleia ou quando esta não responde à estratégia terapêutica recomendada.¹²

Dada a importante prevalência da cefaleia em Portugal e, em particular, nos doentes que frequentam a consulta de Neurologia do Hospital de Santo António – Centro Hospitalar do Porto (HSA-CHP), tornou-se necessário, há 35 anos, criar uma consulta cujo principal foco correspondesse à cefaleia, a qual acompanha, por ano, cerca de 250 doentes.

Mediante o exposto, considera-se pertinente a caracterização da população de doentes que frequenta a consulta de cefaleias (CC) do HSA-CHP e do acompanhamento de que têm sido alvo pelos serviços de saúde. Assim, os objetivos do presente estudo correspondem à realização da caracterização sociodemográfica dos doentes; determinação da prevalência dos diferentes diagnósticos de cefaleia; registo das especialidades mais consultadas previamente à CC e quais as responsáveis por maior taxa de referenciação para a mesma; definição dos exames complementares de diagnóstico (ECDs) mais frequentemente realizados, tendo sido requeridos na CC e previamente a esta e estabelecimento da prevalência das medidas farmacológicas utilizadas atual e previamente, como tratamento e profilaxia, relacionando-a com o seu modo de prescrição. Pretende-se, ainda, obter uma estimativa da satisfação funcional do doente, relacionada com a potencial incapacidade decorrente da cefaleia.

Metodologia

Este estudo, classificado como observacional transversal, foi conduzido no Serviço de Neurologia do HSA-CHP, entre março e abril de 2018.

Foram incluídos os doentes com idade igual ou superior a 18 anos, mediante assinatura de consentimento informado (Anexo 1), com seguimento na CC devido a cefaleia ou referenciados pelo sintoma referido, no caso de se tratar de uma primeira consulta.

Foram excluídos os doentes com outros motivos de referenciação ou nos quais se verificou que a cefaleia não se encontrava presente ou se tratava de um problema menor.

O presente estudo foi analisado pelo Gabinete Coordenador de Investigação/Departamento de Ensino, Formação e Investigação do CHP; pela Comissão de Ética para a Saúde do CHP e pelo Presidente do Conselho de Administração, tendo obtido o seu parecer favorável em janeiro, fevereiro e março de 2018, respetivamente. (Anexo 2)

Foi realizada uma pesquisa da literatura mais recente em bases de dados eletrónicas, nomeadamente o PubMed-MEDLINE, entre outros, cujos resultados de pesquisa se demonstraram relevantes. A pesquisa foi conduzida com base nos termos MeSH do Index Medicus anteriormente referidos e incluiu artigos escritos em português e inglês, limitando-se aos 15 anos que precederam a realização do presente estudo. Pontualmente, publicações anteriores foram também incluídas, dada a importância da informação nelas presente.

Obtenção de dados

Os dados apresentados foram obtidos através da aplicação de dois questionários.

O Questionário 1 (Anexo 3), elaborado pela estudante, inclui questões referentes à caracterização sociodemográfica (sexo, peso, altura, nível de escolaridade e profissão), ao diagnóstico estabelecido de cefaleia e à abordagem realizada antes e após a referenciação para a CC, em termos de consultas prévias, exames complementares de diagnóstico requeridos e terapêuticas aplicadas.

O diagnóstico das várias cefaleias baseou-se na ICHD-III, a qual é utilizada pelo médico na consulta em causa, tendo sido utilizada a informação obtida pelos doentes, uma vez que estes não foram questionados no sentido de confirmar o diagnóstico. A cada doente correspondeu apenas uma cefaleia, sendo considerada aquela que motivou, essencialmente, a consulta.

Os tratamentos agudos e profiláticos prévios referem-se às terapêuticas realizadas pelos doentes antes das aplicadas atualmente, independentemente de se referir a tratamento iniciado na CC ou previamente a ela.

O tratamento em combinação reflete a toma simultânea ou alternada dos fármacos em causa.

Os critérios utilizados para a definição de abuso medicamentoso pelos diferentes fármacos foram os presentes na secção 8.2 *Cefaleia por uso excessivo de medicamentos* da ICHD-III. Em suma, verifica-se abuso medicamentoso de triptanos, ergotamínicos e opioides aquando da ingestão regular de um ou mais fármacos em dez ou mais dias por mês, por mais de três meses; abuso medicamentoso de paracetamol, ácido acetilsalicílico e anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) com a ingestão regular de um ou mais fármacos em quinze ou mais dias por mês, por mais de três meses.

O Questionário 2 (Anexo 4) corresponde ao *Migraine Disability Assessment Test* (MIDAS)¹³ traduzido para português pela estudante. É constituído por cinco questões, relativas à incapacidade decorrente da cefaleia e duas adicionais referentes à frequência da mesma e intensidade da dor (escala de 0 a 10). A pontuação obtida nas cinco primeiras questões permite uma classificação segundo quatro grupos de severidade da incapacidade: mínima ou ausência de incapacidade (grau I, pontuação 0 -5), ligeira (grau II, pontuação 6-10), moderada (grau III, pontuação 11-20), severa (grau IV, pontuação > 20)^{14,13}. Apesar de criado, originalmente, para a aplicação em doentes com enxaqueca, o questionário foi utilizado em todos os doentes do estudo, independentemente do tipo de cefaleia diagnosticada, no intuito de averiguar o impacto funcional da mesma nos últimos três meses.

O preenchimento dos questionários foi realizado pelos doentes, mediante a presença da estudante e sua eventual orientação, com uma duração aproximada de dez minutos. Tanto o preenchimento como a entrega dos questionários se verificaram imediatamente antes ou após a CC. Sendo assim, não foram consideradas as atitudes terapêuticas tomadas na consulta do dia em que teve lugar o preenchimento dos questionários.

Em caso de incerteza, por parte dos doentes, relativamente a alguma informação solicitada, foram consultados os respetivos registos clínicos eletrónicos. Os elementos obtidos foram registados numa base de dados, tendo sido respeitado o anonimato dos participantes em todas as etapas do estudo.

Análise estatística

As variáveis contínuas foram apresentadas como média (desvio padrão - DP) e as variáveis categóricas expressas em frequências (percentagem). O teste qui-quadrado de Pearson foi utilizado para comparar proporções de variáveis categóricas e uma análise de variância para as contínuas. Para a análise estatística, foi utilizado o programa IBM® SPSS® *Statistics v25*, tendo sido considerado um nível de significância (valor de prova, p) de 0,05.

Resultados

Dos 85 doentes observados na CC, 70 (82,3%) foram selecionados, sendo os restantes excluídos por recusa na participação ($n=14$) ou por idade inferior a 18 anos ($n=1$).

As cefaleias primárias foram o grupo de cefaleias mais frequente ($n=51$; 72,9%) e, destas, a enxaqueca (Tabela I). Ainda neste grupo, foram observadas CTT ($n=4$), cefaleias trigémino-autonómicas (cefaleias em salvas) ($n=4$) e uma cefaleia primária da tosse. As neuropatias cranianas dolorosas (NCD) foram o segundo grupo mais prevalente ($n=15$) com um predomínio da nevralgia do trigémio.

Tabela I Prevalência de cefaleias

	Total ($n=70$)		Masculino ($n=15$)		Feminino ($n=55$)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Cefaleias Primárias	51	72,9	8	15,7	43	84,3
Enxaqueca	42	82,4	3	7,1	39	92,9
Cefaleia tipo tensão	4	7,8	1	25,0	3	75,0
Cefaleia trigémino-autonómicas	4	7,8	3	75,0	1	25,0
Outras cefaleias primárias	1	2,0	1	100	-	-
Neuropatias Cranianas ^(a)	15	21,4	5	33,3	10	66,7
Nevralgia do trigémio	14	93,3	4	28,6	10	71,4
Nevralgia do glossofaríngeo	1	6,7	1	100	-	-
Sem diagnóstico/em estudo	4	5,7	2	50,0	2	50,0

^(a)Neuropatias cranianas dolorosas, outras dores faciais e outras cefaleias

A maioria dos doentes era do sexo feminino ($n=55$; 78,6%) (Tabela II), verificando-se este predomínio na enxaqueca e nas NCD, na proporção de 92,9% e 66,7%, respetivamente ($p=0,001$). A idade média dos doentes era de 51,2 anos, sendo menor nos doentes com enxaqueca do que nos com NCD (45,9 vs. 60,8, $p=0,003$). O IMC médio era 25,9kg/m², não havendo diferenças entre os vários diagnósticos.

Verificou-se um nível de escolaridade igual ou superior ao 3º ciclo em 64,2% dos casos, contudo 53,3% dos doentes com NCD estudou até ao 1º ciclo. A maioria (61,4%) encontrava-se profissionalmente ativa. No entanto verificaram-se diferenças nos diversos grupos de diagnóstico, sendo que 46,7% dos doentes com NCD se encontravam reformados ($p=0,019$).

Tabela II Caracterização sociodemográfica

	Total (n=70)		Enxaqueca (n=42)		NCD ^(a) (n=15)		Outras (n=13)		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Feminino	55	78,6	39	92,9	10	66,7	6	46,2	0,001
Idade média, anos (DP)	51,2 (15,2)		45,9 (12,9)		60,8 (17,4)		57,2 (12,0)		0,001
20 - 49	34	48,6	25	59,5	5	33,3	4	30,8	0,003
50 - 69	27	38,6	16	38,1	4	26,7	7	53,8	
≥ 70	9	12,9	1	2,4	6	40	2	15,4	
Idade média ao início da cefaleia, anos (DP)	33,7 (20,6)		23,7 (15,7)		52,5 (16,2)		44,4 (19,2)		<0,001
Nível escolaridade									0,044
≤ 1º Ciclo	18	25,7	6	14,3	8	53,3	4	30,8	
2º Ciclo	7	10,0	3	7,1	1	6,7	3	23,1	
3º Ciclo	12	17,1	8	19,0	1	6,7	3	23,1	
12º Ano	15	21,4	13	31,0	1	6,7	1	7,7	
Superior	18	25,7	12	28,6	4	26,7	2	15,4	
Profissão									0,019
Empregado	43	61,4	29	69,0	6	40	8	61,5	
Desempregado	14	20,0	10	23,8	2	13,3	2	15,4	
Reformado	13	18,6	3	7,1	7	46,7	3	23,1	
IMC ^(b) médio, kg/m ² (DP)	25,9 (4,7)		24,9 (4,5)		28,2 (4,7)		26,7 (4,4)		0,051
< 25,00	35	50,0	26	61,9	5	33,3	4	30,8	0,192
25,00 – 29,99	22	31,4	10	23,8	6	40,0	6	46,2	
≥ 30,00	13	18,6	6	14,3	4	26,7	3	23,1	

^(a)Neuropatias cranianas dolorosas; ^(b) Índice de Massa Corporal

Verificou-se um intervalo inferior a um 1 ano entre o início da cefaleia e a procura, pela primeira vez, de ajuda médica em 80,0% dos doentes (Tabela III). O período entre a primeira avaliação médica e a referenciação para a CC foi igual ou inferior a 1 ano para 60,0% dos doentes com NCD, no entanto correspondeu a 10 anos ou mais em 59,5% na enxaqueca ($p=0,003$).

Assim, em 80,0% dos casos com NCD, decorreram menos de 5 anos entre o início da cefaleia e o seguimento na CC. Contudo, em 40,5% dos doentes com enxaqueca, passaram 20 anos ou mais entre o início dos sintomas e a referenciação. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos nos intervalos de tempo mencionados.

Relativamente à cefaleia em salvas, os doentes demoraram, em média, 2 anos a procurar ajuda médica e decorreram, em média, 6,25 anos entre o início dos sintomas e a CC.

Tabela III Intervalos de tempo entre o início da cefaleia, primeira avaliação médica e início do seguimento na CC

	Total (n=70)		Enxaqueca (n=42)		NCD (n=15)		Outras (n=13)		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Início^(a) – 1º Med^(b)									
Média, anos	1,4		1,2		0,2		3,2		0,150
(DP)	(4,1)		(3,5)		(0,8)		(6,8)		
< 1 ano	56	80,0	34	81,0	14	93,3	8	61,5	0,270
1 – 4 anos	7	10,0	4	9,5	1	6,7	2	15,4	
≥ 5 anos	7	10,0	4	9,4	-	-	3	23,1	
1º Med – CC^(c)									
Média, anos	11,1		16,3		2,9		3,8		< 0,001
(DP)	(13,3)		(14,7)		(4,6)		(4,9)		
≤ 1 ano	23	32,9	8	19,0	9	60,0	6	46,2	0,003
2 – 9 anos	18	25,7	9	21,4	4	26,7	5	38,5	
≥ 10 anos	29	41,4	25	59,5	2	13,3	2	15,4	
Início - CC									
Média, anos	12,5		17,5		3,1		6,9		< 0,001
(DP)	(13,5)		(14,8)		(5,0)		(6,9)		
< 5 anos	29	41,4	11	26,2	12	80,0	6	46,2	0,001
5 – 19 anos	23	32,9	14	33,3	3	20,0	6	46,2	
≥ 20 anos	18	25,7	17	40,5	-	-	1	7,7	

^(a) Início da cefaleia; ^(b) Primeira avaliação médica; ^(c) Início do seguimento pela CC

A especialidade com consulta prévia mais frequente foi MGF (78,6%; $p=0,007$), (Anexo 5) tendo sido responsável pela referenciação à CC em apenas 45,7% da totalidade da amostra (Gráfico 1). Foram também realizadas consultas prévias de outras áreas, como Medicina Interna, Ginecologia, Consulta da Dor, Ortopedia, Cirurgia Maxilofacial, Neurocirurgia e Psicologia. Dos diagnosticados com NCD, 53,3% referiram consulta prévia de Medicina Dentária ($p=0,005$), contudo esta especialidade não referenciou qualquer doente. O Serviço de Urgência (SU) foi o local de referenciação de 24,3% dos casos, principalmente nos doentes com NCD (46,7%), sendo que a maioria tinha mencionado consulta prévia em MGF (70,6%), Neurologia (23,5%) ou Medicina Dentária (23,5%). O contacto direto com o neurologista da CC foi mencionado por 7,1% dos inquiridos como meio para iniciar o acompanhamento na consulta. A mesma percentagem de doentes afirmou que a referenciação surgiu no contexto de uma consulta de diferentes especialidades, como Pneumologia, Gastroenterologia, Endocrinologia, Cirurgia Maxilofacial, Otorrinolaringologia (ORL) e Oftalmologia, no decorrer das quais foi abordada a cefaleia, contudo esta não constituía o motivo da consulta. Verificou-se que quatro doentes dirigiram-se ao SU para uma primeira avaliação médica da cefaleia e foram imediatamente referenciados para a CC.

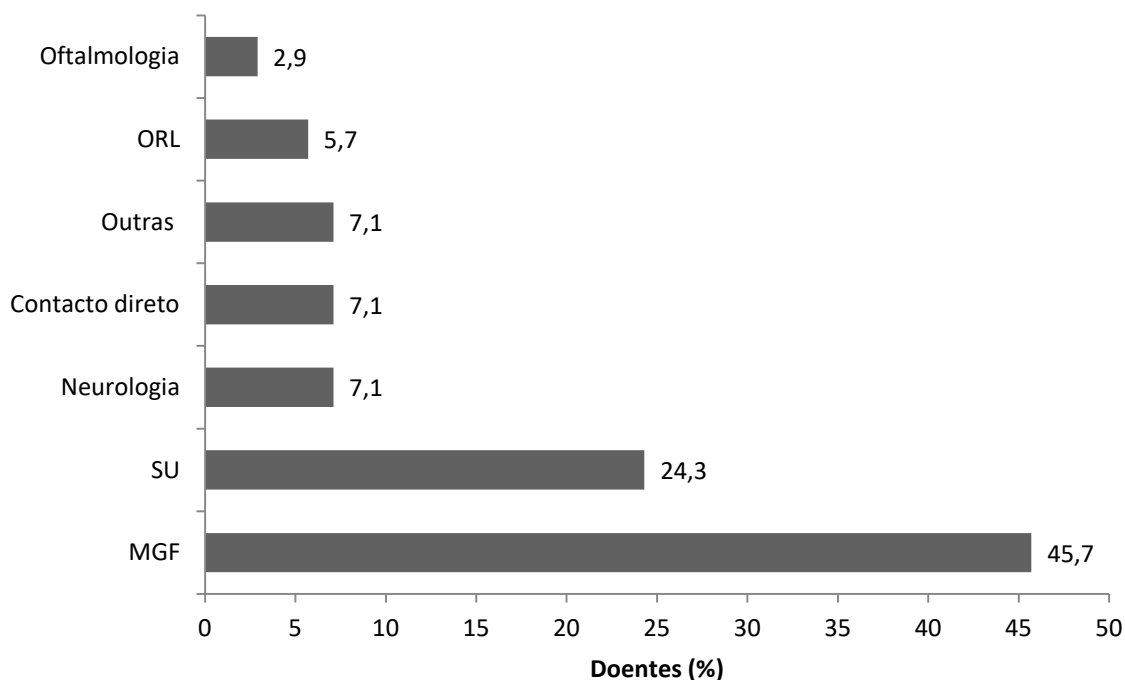


Gráfico 2 Referenciação por especialidade à consulta de cefaleias

O ECD mais frequentemente realizado previamente à CC foi a Tomografia Computorizada Crânio-Encefálica (TC-CE) (40,0%) e 17,1% dos inquiridos havia realizado uma Ressonância Magnética Crânio-Encefálica (RMN-CE) (Anexo 6). Um doente com cefaleia em salvas e um com enxaqueca mencionaram a realização de ortopantomografia e um exame por ORL (em contexto de estudo de vertigem, mas associada a cefaleia), respetivamente. Na CC, o exame mais frequentemente realizado foi a RMN-CE, principalmente nos doentes com NCD (86,7%; $p=0,001$). Os restantes haviam realizado este exame previamente à consulta. Dos doentes com enxaqueca, a TC-CE foi requisitada em 38,1% dos casos e a RMN-CE em 33,3%.

Um tratamento agudo, de crise, encontrava-se prescrito em 67,1% dos doentes, maioritariamente naqueles com enxaqueca ($p<0,001$). Por outro lado, 74,3% dos inquiridos encontravam-se sob terapêutica profilática.

Os AINEs eram utilizados para alívio das crises de enxaqueca por 50% dos doentes (Anexo 7). Foram prescritos na CC em 42,9% dos casos e 23,8% correspondiam a automedicação. Cerca de metade referiu a combinação com outro fármaco, sendo o triptano o mais comum (16,7%). Verificou-se que 21,4% dos doentes com enxaqueca já tomaram associações de fármacos no passado, maioritariamente (66,7%) prescritos por MGF. Dos triptanos referidos como tratamento atual (em 38,1% dos doentes) ou prévio das crises de enxaqueca, 19,2% terão sido prescritos pelo médico de família e 53,8% pela CC. (Anexo 11)

Como profilaxia, 35,7% dos doentes com enxaqueca estavam medicados com antiepiléticos, nomeadamente topiramato ou valproato, e 14,3% faziam combinação com um antidepressivo ou uma benzodiazepina (Anexo 8). Dos doentes que mencionaram profilaxia prévia com antiepiléticos, 25% mantiveram a classe terapêutica, trocando entre valproato e topiramato. Dos fármacos referidos como profilaxia atual ou prévia da enxaqueca, apenas 8,2% terão sido prescritos pelo médico de família (Anexo 12). Um doente com enxaqueca referiu a realização de sessões de acupuntura e a utilização de neuroestimulação supraorbitária transcutânea (NST) (Cefaly®)

Dos doentes com NCD, 93,3% encontravam-se medicados profilaticamente com antiepiléticos, sendo a carbamazepina e a pregabalina os mais comuns, e 40,0% faziam uma combinação com outro fármaco (Anexo 8). Os AINEs foram os únicos fármacos referidos como tendo sido previamente usados para tratamento agudo da NCD, em 13,3% dos casos. Do tratamento profilático atual e prévio, MGF foi responsável pela prescrição de apenas 3,0%. Três doentes com NCD já realizaram tratamento cirúrgico.

Relativamente às cefaleias não diagnosticadas como enxaqueca ou NCD, 69,2% e 61,5% dos doentes realizavam tratamento agudo e profilático, respetivamente. Os doentes com CTT tomavam AINEs, analgésicos ou opioides para alívio das crises e

realizavam profilaxia com antidepressivos ou antiepiléticos (Anexos 7 e 8). As cefaleias em salvas eram tratadas, essencialmente, com a combinação de triptano e oxigénio e prevenidas com bloqueadores dos canais de cálcio (BCC) associados, num doente, a melatonina. Um doente com cefaleia em salvas realizou bloqueio do grande nervo occipital. O doente com cefaleia primária da tosse realizava tratamento agudo com AINEs.

Cerca de 60,0% dos doentes registaram um MIDAS igual ou inferior a 10, indicando ausência de incapacidade ou incapacidade mínima ou ligeira (Anexo 13). Cerca de 50% dos doentes com enxaqueca apresentaram uma incapacidade moderada a severa, enquanto 73,3% dos doentes com NCD revelaram uma incapacidade mínima ($p=0,027$). Três dos quatro doentes com CTT e a mesma proporção dos doentes sem diagnóstico atribuído apresentaram uma incapacidade mínima. Por outro lado, dois doentes com cefaleia em salvas e o doente com cefaleia primária da tosse relataram incapacidade severa. Foi registada uma média da frequência mensal de cefaleias de 7,0, sendo que 40,0% dos doentes referiram 2 crises ou menos por mês e 37,1% mencionaram mais de 6. A média da severidade da dor, no global, foi 6,01. A menor média verificou-se nas NCD (3,60) e a maior na enxaqueca (6,74). Quando relacionada a classificação do MIDAS e a frequência de cefaleias por mês (Anexo 14), verificou-se que a maioria dos doentes com incapacidade mínima ou ligeira referiram cefaleia em 2 ou menos dias por mês, enquanto 63,6% dos inquiridos com incapacidade severa mencionaram cefaleia em mais de 6 dias por mês. Estava ainda presente uma relação positiva entre a intensidade da dor e o grau de incapacidade, na medida em que, quanto mais intensa a dor, maior a pontuação obtida no MIDAS. Constatou-se que 19,0% ($n=8$) dos indivíduos com 3 ou mais dias com cefaleia por mês não realizava tratamento profilático, assim como 23,3% dos doentes com incapacidade moderada a severa.

O número médio de fármacos usados no tratamento agudo da cefaleia por doente foi de 0,97 (variando entre 0 e 3) e 24,3% dos doentes referiram o uso de 2 ou mais fármacos. Verificou-se abuso medicamentoso em 27,1% dos inquiridos, sendo mais frequente o de triptanos ($n=10$) e de AINEs ($n=9$). Cerca de um terço dos doentes com enxaqueca apresentou abuso medicamentoso, essencialmente, pelos fármacos mencionados. Três doentes com cefaleia em salvas mencionaram uso excessivo de triptanos ($n=2$) e AINEs ($n=1$). Não se verificaram diferenças significativas relativamente à classificação do MIDAS ou intensidade da dor entre os doentes com e sem abuso medicamentoso.

Considerando a terapêutica sintomática realizada atual e previamente pelos doentes, constatou-se que 16,8% terá sido instituída por iniciativa própria. A

automedicação foi referida em maior proporção para os AINEs e analgésicos, correspondendo a 18,8% e 50%, respectivamente, dos fármacos tomados em cada classe.

Discussão

Apesar da CTT ser a mais prevalente na população geral, a cefaleia mais frequente nos centros terciários é, geralmente, a enxaqueca, com prevalências entre 37,98% e 79,8%.¹⁵⁻²⁰ No presente estudo, esta cefaleia é responsável por 60,0% dos diagnósticos. A tendência para a diminuição da frequência da CTT entre os estudos populacionais e centros mais especializados poderá ser justificada pelo facto de a cefaleia ter um reduzido impacto nesses doentes, conduzindo a uma menor procura de serviços médicos.^{3,21,22} É ainda possível que se verifique uma menor taxa de referenciação para a CC, dada uma abordagem eficaz ao nível da consulta geral de Neurologia¹⁶ ou dos cuidados de saúde primários. Todavia registou-se uma menor prevalência de CTT (5,7%) do que noutros estudos em contextos clínicos semelhantes (16,0% - 32,5%).^{15,16,19,20}

A nevralgia do trigémio consiste na NCD mais comum, com prevalências, na população geral, entre 0,01% e 1,6%²³⁻²⁵ e de 1,2% a 5,9% em diversos centros terciários.^{3,15,16,19,20,26} Não obstante, este grupo foi responsável por 21,4% dos diagnósticos da CC, sendo o segundo mais comum. A necessidade de tratamento específico, demonstrada pela sua baixa prescrição nos cuidados primários (3%), bem como a severidade da dor (e conseqüente observação no SU, responsável por quase metade das referenciações desta patologia à CC), poderão justificar as diferenças encontradas

As cefaleias em salvas são as cefaleias trigémio-autonómicas mais frequentes, com uma prevalência na população mundial de 0,1%.²⁷ A proporção observada na nossa população é relativamente semelhante àquela observada em estudos semelhantes (0,7%-3,9%)^{16,20,26}

A predominância do sexo feminino na CC está de acordo com estudos semelhantes.^{3,16,18,19} Contudo, a idade média (51,2 anos) é cerca de dez anos superior.^{16,18,19} Esta diferença deve-se à elevada prevalência, neste estudo, de NCD, já que 40,0% destes apresentam uma idade igual ou superior a 70 anos. De facto, a nevralgia do trigémio instala-se após os 40 anos de idade em 90% dos casos e a incidência aumenta progressivamente com o avanço da idade.²⁸ A idade média ao diagnóstico dos doentes com enxaqueca (23,7 anos) é sobreponível àquela mais frequentemente relatada, entre a segunda e quinta décadas de vida.^{22,29,30} A idade superior verificada no momento do questionário (45,9 anos) pode refletir um longo seguimento na CC ou encontrar-se relacionada com o atraso na referenciação a esta, o que será explorado de seguida.

Num estudo epidemiológico português, em 1995, a distribuição dos doentes pelo grau de escolaridade evidenciou o predomínio de níveis de escolaridade bastante díspares.¹ De facto, a mesma percentagem (25,7%) representa os doentes que frequentaram o ensino superior e os que estudaram até ao primeiro ciclo. A enxaqueca encontra-se mais representada nos grupos do ensino secundário e superior. Estudos relativos à associação entre enxaqueca e o nível de escolaridade são contraditórios, sendo que alguns revelam uma associação inversa entre si^{20,22,31}, enquanto outros negam uma relação significativa.³² Foi proposto que um baixo nível de escolaridade se tratasse de uma consequência da enxaqueca, ao invés de um fator de risco, em virtude da incapacidade e impacto cognitivo por ela originados.³¹ Por outro lado, verificou-se que a maioria dos doentes com NCD estudou até ao primeiro ciclo, o que é explicado pelo facto da maioria destes ($n=9$) apresentar uma idade superior a 65 anos, sendo que, em Portugal, 51,2% das pessoas dessa faixa etária possuem esta escolaridade.³³ Tal permite ainda fundamentar a elevada proporção de doentes reformados com NCD.

Não se constatarem diferenças ao nível do IMC médio entre os grupos de diagnóstico. A maioria dos doentes com enxaqueca apresenta um IMC inferior a 25 kg/m². Por um lado, é de considerar a possibilidade da dor severa associada a náuseas e outros sintomas poder condicionar uma nutrição inadequada. Simultaneamente, é essencial prevenir o excesso de peso, já que se encontra associado ao aumento da frequência das crises e pode ser um fator de risco para a progressão da cefaleia.^{34,31}

Verificou-se uma média de 1,4 anos entre o início da cefaleia e o recurso a cuidados médicos, semelhante à reportada no estudo português supracitado (2anos).¹ O tempo de referenciação à CC, contudo, varia substancialmente. Os doentes com enxaqueca são referenciados para a CC após um período bastante mais longo comparativamente àqueles com NCD (média de 17,5 vs 3,1 anos). O atraso na referenciação poderá refletir uma abordagem eficaz ao nível dos cuidados de saúde primários ou ainda na consulta de Neurologia geral, antes de requerer tratamentos mais específicos. Por outro lado, a severidade da enxaqueca tende a aumentar ao longo do tempo³⁴, pelo que não se justificaria o seu envio precoce. Salienta-se que o incorreto diagnóstico dos doentes com enxaqueca é comum. Num estudo, 84% dos doentes com o diagnóstico *self reported* de CTT cumpriram critérios de enxaqueca.³⁵ e, num outro³⁶, a maioria dos participantes com possível enxaqueca não tinham um diagnóstico estabelecido ou tinham sido erradamente diagnosticados com CTT.

A elevada severidade da dor e consequente incapacidade originada pela NCD, desde o início da sua instalação, podem condicionar uma referenciação mais célere.

Relativamente à cefaleia em salvas, apesar da elevada intensidade da dor e da relativa especificidade do quadro clínico, verificou-se, num estudo, que até 42% dos

doentes esperaram mais de 5 anos até serem corretamente diagnosticados.²⁷ Neste estudo, decorreram, em média, 6,25 anos entre o início do sintoma e a CC, o que poderá ser encarado como o tempo médio até ao diagnóstico, dada a especificidade do último.

MGF referenciou 45,7% dos doentes na CC, valor semelhante a outros estudos.^{3,19} O SU foi o segundo modo de referência mais frequente. A maioria destes doentes mencionou seguimento prévio noutra especialidade, o que poderá sugerir uma ausência de abordagem eficaz desta patologia. Cerca de metade dos doentes com NCD referiu consulta prévia de Medicina Dentária, cuja ausência de referência para a CC poder-se-á dever à sua tipologia (medicina privada). O encaminhamento do doente pode ter sido efetuado por MGF. É de salientar que a maioria dos doentes com nevralgia do trigémio recebe um diagnóstico errado ou é alvo de intervenções ineficazes, nomeadamente dentárias, antes de ser corretamente diagnosticada.³⁷

A TC-CE foi realizada numa elevada percentagem de doentes com enxaqueca ao nível da CC e previamente a esta, o que não está atualmente recomendado pela *European Headache Federation*.³⁸ O mesmo se aplica à TC-CE efetuada em dois doentes com cefaleia em salvas, um com CTT e um sem diagnóstico. Seria conveniente ter questionado a localização temporal da requisição do exame, uma vez que um pedido prévio ao estabelecimento do diagnóstico poderia destinar-se à exclusão de uma cefaleia secundária. De facto, esta poderá responder a analgésicos comuns e mimetizar uma cefaleia primária.³⁸ Uma RMN-CE foi realizada em 33,3% dos doentes com enxaqueca na CC. Este ECD está recomendado na enxaqueca episódica sem aura para a qual as três primeiras linhas de tratamento profilático foram ineficazes, podendo, mesmo assim, ser dispensado perante um exame neurológico normal.³⁸ Pode ainda ser considerado na presença de alterações das características da cefaleia ou do exame neurológico ou perante a ocorrência de sintomas adicionais.^{39,40} A totalidade dos doentes com NCD realizou uma RMN-CE na CC ou previamente. Tanto na nevralgia do trigémio como do glossofaríngeo, o exame destina-se à pesquisa de compressão neurovascular, mesmo na presença de um diagnóstico claro, e à exclusão de etiologia secundária.^{39,40}

A utilização frequente de exames imagiológicos foi já demonstrada em estudos anteriores.^{17,41} Foi previsto que 39% dos doentes com uma enxaqueca de novo e mais de metade dos doentes com enxaqueca crónica iriam realizar um exame de imagem cranioencefálico ao longo de um período de cinco anos, evidenciando que a prática comum é a realização regular dos mesmos.⁴¹ O uso excessivo de ECD pode dever-se ao receio, por parte dos médicos, de diagnosticar erradamente a cefaleia. Por outro lado, doentes insatisfeitos com o seu tratamento ou com receio de patologia maligna podem solicitar a realização do exame, cujo principal intuito será a sua tranquilidade.^{17,41}

O tratamento agudo ineficaz de crises individuais de enxaqueca constitui um dos fatores de risco para o desenvolvimento de enxaqueca crônica, daí ser essencial impedir uma elevada frequência de crises.⁴² Constatou-se que 85,7% dos doentes com enxaqueca realizam tratamento agudo, sendo que, da totalidade da amostra, 50% e 38,1% estão medicados com AINEs e triptanos, respetivamente. Atualmente, encontra-se recomendada uma terapêutica combinada desde o início, nomeadamente com um triptano e um AINE ou triptano e paracetamol⁴³, considerando as preferências do doente (incluindo o custo dos fármacos), comorbilidades e risco de efeitos adversos.⁴⁴ Estas combinações são apenas realizadas em 16,7% dos doentes com enxaqueca que recebem tratamento agudo, enquanto 47,2% tomam AINEs ou triptano isoladamente. O último esquema terapêutico poderá ter-se mantido dada a sua eficácia ou relutância do doente em aumentar o consumo de fármacos. A proporção de triptanos prescritos na CC e pelo médico de família encontra-se em conformidade com os resultados obtidos por um estudo realizado em dez países europeus relativo à utilização de terapêutica específica para a enxaqueca.⁴⁵ Neste, a prescrição de triptanos era maior por especialistas (51,3%) do que por MGF (35,9%), concluindo que a enxaqueca é alvo de um tratamento inadequado na Europa. Apesar de contraindicado em certas recomendações internacionais⁴⁴, outros estudos defendem que os ergotamínicos possuem ainda um papel no tratamento agudo da enxaqueca. O seu uso, incluído nas associações de fármacos, foi referido por 21,4% dos doentes com enxaqueca e 7,1% mantêm-no atualmente. Foram prescritos, na sua maioria, por MGF.

O tratamento profilático encontrava-se aplicado a 69% dos doentes com enxaqueca, no intuito de reduzir a frequência e intensidade das crises e também limitar a necessidade de tratamento agudo⁴³. Os mais utilizados eram os antiepiléticos, nomeadamente o topiramato e valproato, globalmente recomendados como primeira linha^{46,47}, sendo essencial uma elevada precaução relativamente aos efeitos adversos comuns.⁴⁸ Mesmo sendo considerada a classe terapêutica mais usada na profilaxia da enxaqueca⁴⁸, os betabloqueadores estavam prescritos a apenas quatro doentes. Apesar de permanecer incerto o mecanismo pelo qual os antidepressivos se verificam eficazes na profilaxia da enxaqueca, sabe-se que não está relacionado com a presença de estados depressivos latentes ou não diagnosticados.⁴⁸ A amitriptilina é a mais frequentemente prescrita, seguida de fármacos da classe dos Inibidores seletivos da recaptação de serotonina e noradrenalina (ISRSN) e Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS). Ainda que frequentemente recomendada⁴⁶⁻⁴⁸, diversos estudos admitiram a ausência de diferenças significativas entre a eficácia da amitriptilina e os ISRSN/ISRS na profilaxia da enxaqueca.⁴⁹ A reduzida taxa de prescrição de fármacos profiláticos (8,2%) por MGF está em concordância com outro estudo que refere ser muito

mais provável os doentes com clara indicação para profilaxia receberem-na numa consulta de especialista do que de MGF.⁴⁵

Na população estudada, um doente medicado com valproato refere a realização de sessões de acupuntura. Esta é reconhecida por diversos estudos como sendo, no mínimo, igualmente eficaz às terapêuticas profiláticas convencionais para a enxaqueca⁵⁰, já que é segura e capaz de reduzir a frequência das crises, tanto a curto como a longo prazo.⁵¹ Assim, pode ser considerada como tratamento adjuvante à profilaxia da enxaqueca, mesmo nos doentes com abuso medicamentoso.^{51,52}

Apenas um doente com enxaqueca mencionou a realização de NST. Já foi demonstrado ser capaz de reduzir a frequência das crises de enxaqueca, com raros efeitos laterais, completamente reversíveis. Apresenta uma melhor relação entre a eficácia e a segurança do que o topiramato, uma vez que, apesar do último ser mais eficaz na redução dos dias com enxaqueca, é frequente os seus efeitos adversos condicionarem o abandono da terapêutica.^{53,54} Deste modo, seria de considerar a recomendação de NST na CC aos doentes com enxaqueca que preferirem tratamentos não farmacológicos ou que possuam contra-indicação aos mesmos.

Todos os doentes com NCD realizam tratamento profilático. A maioria dos doentes com nevralgia do trigémio está medicada com carbamazepina, a qual corresponde ao tratamento de primeira linha, reduzindo a frequência e intensidade das crises.^{39,55} O segundo fármaco mais usado é a pregabalina, cuja eficácia está também comprovada.^{39,56,57} As opções cirúrgicas devem ser consideradas em doentes com dor severa e incapacitante refratária ao tratamento médico.⁵⁵

As crises de cefaleias em salvas encontram-se medicadas com a combinação de triptanos e oxigénio. O uso de uma via de administração do triptano parentérica ou intranasal é habitualmente preconizada para um alívio mais célere da dor.^{27,46} O oxigénio é, de igual modo, um tratamento de primeira linha, com a vantagem de não possuir um limite máximo de utilização diária. O verapamil, utilizado em todos os doentes do estudo com cefaleia em salvas, é o fármaco de eleição para o tratamento profilático, sendo necessária vigilância com eletrocardiograma (ECG) devido a possíveis efeitos laterais cardíacos. A melatonina era utilizada num doente, visto que, mesmo com poucas evidências da sua eficácia, os estudos admitem a utilização após a falha terapêutica de outros fármacos.^{43,46,58}

Relativamente ao tratamento agudo da CTT, é de salientar que os opioides não estão recomendados para tal efeito^{44,59} dada a habitual dor de baixa intensidade, a reduzida incapacidade resultante e o elevado risco para o desenvolvimento de cefaleia por uso excessivo de medicamentos.⁶⁰

O questionário MIDAS foi concebido para avaliar a incapacidade decorrente da cefaleia em três principais domínios: atividade laboral, tarefas domésticas e outras atividades, nomeadamente de lazer. O questionário permite contabilizar os dias com completa incapacidade de desempenhar a atividade em causa, assim como os dias com produtividade substancialmente reduzida. A classificação obtida no MIDAS (graus III a IV) em metade dos doentes com enxaqueca e cefaleia em salvas encontra-se em conformidade com a elevada incapacidade globalmente reconhecida como associada às referidas cefaleias.^{61,62} Este impacto deve-se, não só à dor presente nas crises, mas também, em grande parte, pela incapacidade residual entre estas, uma vez que muitos doentes apresentam um constante e significativo receio de nova crise.⁶³ Neste contexto, surge a importância da utilização de terapêuticas profiláticas, contudo estas não se verificam numa considerável proporção de doentes com cefaleia em três ou mais dias de cefaleia por mês ou com incapacidade moderada a severa. Sendo assim, seria fundamental a análise caso a caso destes doentes, no sentido de justificar este achado e encontrar a melhor forma para reduzir a incapacidade relatada. A média da frequência mensal de cefaleias (7,0) é superior à relatada num estudo belga (4,0), cuja amostra era constituída por utentes que se dirigiam a uma farmácia para adquirir analgésicos para cefaleia não sujeitos a prescrição.³⁶ A diferença pode ser justificada pelo facto da CC acompanhar doentes com cefaleia mais severa, não controlável apenas com fármacos de venda livre.

Os fármacos mais frequentemente associados a abuso medicamentoso diferem entre estudos. Por vezes são referidos os fármacos que não necessitam de prescrição médica, como AINEs e paracetamol.^{64,65} Outros mencionam a maior utilização de combinação de analgésicos contendo codeína e cafeína, triptanos, ergotamínicos e opioides.³⁶ No presente estudo, verificou-se uma utilização excessiva, não só de AINEs, mas também de triptanos. Uma vez que os últimos exigem receita médica, o seu abuso medicamentoso poderá ser contrariado através de uma prescrição mais limitada, juntamente com o reforço do aconselhamento sobre a toma correta do fármaco. Relativamente aos AINEs, seria vantajoso o envolvimento dos farmacêuticos, tal como sugerido num estudo belga.³⁶ Poderiam auxiliar na identificação de utentes que adquirem AINEs para controlo de cefaleias, sem terem ainda uma avaliação médica e diagnóstico estabelecido, aconselhando uma consulta de MGF, ou reforçar a educação sobre a toma correta dos fármacos e riscos do uso excessivo nestes doentes e nos já diagnosticados.

A automedicação, responsável por 16,8% da terapêutica sintomática atual e prévia dos doentes pode estar relacionada com o atraso no diagnóstico de que bastantes foram alvo, podendo este induzir uma toma de fármacos inadequados para a cefaleia em causa.³⁶ Num estudo português, 41,9% da população com cefaleias referiu realizar

tratamento por iniciativa própria, aconselhamento de amigos ou familiares ou ainda de farmacêuticos.¹

Limitações do estudo

Uma das principais limitações do presente estudo corresponde à pequena dimensão da amostra, já que foram apenas abordados cerca de 30% dos doentes acompanhados pela CC ao longo do ano. Considerando que a maioria dos doentes frequenta a consulta duas vezes por ano, o período aconselhável para a aplicação dos questionários seria de seis meses. Relativamente ao estabelecimento do diagnóstico da cefaleia, teria sido importante questionar sobre o ano e a consulta prévia em que poderá ter ocorrido, assim como possíveis diagnósticos incorretos definidos no passado. Uma vez que não foram consideradas as alterações no tratamento farmacológico efetuadas na consulta que teve lugar no dia da aplicação dos questionários, o estudo contém uma proporção de doentes que, tendo sido essa a sua primeira consulta, não possuem qualquer medicação prescrita ou essa se verifica incorreta. Esta limitação poderia ser ultrapassada pela aplicação de todos os questionários após a CC, sendo esta assim considerada. Apesar de terem sido efetuadas questões relativas aos efeitos laterais e motivos para terminar as terapêuticas prévias, a reduzida dimensão da amostra aliada à ampla heterogeneidade de resultados não permitiu uma análise estruturada dos mesmos, pelo que estes dados não se encontram disponíveis no estudo. Através da aplicação do questionário MIDAS, foi possível constatar o grau de incapacidade decorrente da cefaleia nos últimos três meses, contudo não foi exequível a avaliação do impacto das medidas terapêuticas aplicadas na consulta. Sendo assim, seria recomendável o preenchimento do referido questionário trimestralmente, na tentativa de objetivar a eficácia das estratégias adotadas pela CC.

Conclusão

Este estudo concluiu que a enxaqueca e a nevralgia do trigémio são as cefaleias mais prevalentes na CC e os doentes são principalmente referenciados pelo médico de família, sendo diversas as especialidades consultadas previamente. A reduzida prescrição de tratamento agudo específico e profilático da enxaqueca por MGF deverá alertar esta especialidade para a necessidade de melhorar a capacidade de reconhecimento, diagnóstico e tratamento da cefaleia em causa, contribuindo também para a otimização dos recursos hospitalares, nomeadamente da CC. Ao nível desta consulta, verifica-se um nível de tratamento bastante diferenciado e específico, no entanto pode vir ainda a tornar mais frequente a recomendação de terapêuticas não farmacológicas comprovadamente eficazes, como a acupunctura e a NST. A caracterização da população de doentes e da sua abordagem, assim como a avaliação da resposta da incapacidade às medidas terapêuticas aplicadas, são bastante úteis para uma melhor compreensão da população e deteção de elementos a melhorar, focalizando sempre no menor impacto possível da cefaleia na qualidade de vida do doente.

Anexos

Anexo 1 Documento informativo para o participante e termo de consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Título do Estudo:

“Consulta de Cefaleias: caracterização demográfica, abordagem terapêutica e impacto funcional na satisfação do doente.”

Centro envolvido:

Centro Hospitalar do Porto, EPE.

Universidade/Faculdade: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Curso: Mestrado Integrado em Medicina

Aluno: Sara Andreia Fidalgo de Carvalho Geitoeira

Parte I

1. CARACTERÍSTICAS E OBJETIVO DO ESTUDO

A cefaleia corresponde a uma sensação de desconforto, dolorosa ou não, referida à extremidade cefálica, sendo um dos motivos mais frequentes para a utilização dos serviços de saúde.

Este trabalho de investigação destina-se à caracterização de uma população que frequenta a consulta de cefaleias do HGSA-CHP, visando-se o estudo epidemiológico de determinadas características dos doentes e do acompanhamento de que têm sido alvo, pelos serviços de saúde. Pretende-se, ainda, delinear algumas conclusões relativas à abordagem que tem vindo a ser realizada na consulta e quanto à sua influência na qualidade de vida dos doentes, uma vez que a melhoria da dor e, por conseguinte, o menor impacto no quotidiano, correspondem ao primordial objetivo da mencionada consulta.

Para cumprir o objetivo citado, são solicitados o preenchimento e a entrega de um questionário durante a consulta de cefaleias do HGSA-CHP. Poderá também ser necessária a consulta do seu processo clínico (em suporte físico ou informático), de forma a complementar a informação clínica.

Este texto é um documento de informação destinado ao esclarecimento sobre o estudo para o qual é convidado a participar, no sentido de obter a sua concordância. A este tipo de documentos dá-se o nome de consentimento informado ou esclarecido. Contém informações detalhadas sobre os objetivos do projeto de investigação e uma declaração de autorização que deverá assinar se decidir participar.

2. EXPLICAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

A. PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

No sentido de obter as informações necessárias para a caracterização da população de doentes que frequenta a consulta de cefaleias, ser-lhes-ão distribuídos

questionários que se destinam ao seu preenchimento escrito e entrega no decorrer da mesma.

Em caso de incerteza, por parte dos doentes, relativamente a alguma informação, esta poderá ser esclarecida recorrendo à consulta dos processos clínicos hospitalares.

B. DURAÇÃO ESTIMADA DO ESTUDO E NÚMERO PREVISTO DE PARTICIPANTES

Neste estudo, serão incluídos cerca de 100 doentes com diagnóstico de cefaleia que frequentam a consulta de cefaleias do HGSA-CHP. O tempo previsto para o preenchimento de cada questionário é de 10 minutos. Estima-se que o período de recolha de informação será de 3 meses.

3. POSSÍVEIS BENEFÍCIOS DA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

A sua participação neste estudo é totalmente voluntária. Não receberá qualquer compensação monetária por participar no estudo.

4. COMPENSAÇÃO DO INVESTIGADOR

Nem os investigadores nem o Centro envolvidos receberão qualquer compensação financeira por desenvolverem este estudo clínico.

5. DIREITO DE ABANDONAR O ESTUDO

A participação neste estudo é voluntária. Se decidir participar, pode abandonar o estudo em qualquer altura, sem qualquer prejuízo para a continuação do seu seguimento/tratamento. Não é obrigado a justificar a sua decisão de abandonar, podendo, contudo, fazê-lo junto ao investigador.

6. CONFIDENCIALIDADE

Com a sua autorização, o seu Neurologista assistente será informado da sua participação neste estudo.

Os registos pessoais obtidos durante a sua participação neste estudo, assim como os respetivos dados de saúde, permanecerão confidenciais. Ao assinar este consentimento informado, autoriza o acesso à informação obtida no âmbito desta investigação. No entanto, o centro tomará as devidas providências para proteger os seus dados pessoais, não incluindo o seu nome em formulários que serão fornecidos a entidades externas, relatórios, publicações ou futuras descobertas. Se abandonar o estudo, não continuarão a ser recolhidas informações pessoais, mas pode ser necessário continuar a utilizar a informação até aí obtida.

7. RESPOSTA A QUESTÕES SOBRE ESTE ESTUDO

Antes de assinar este consentimento, deve colocar as questões ou dúvidas que pretender. A equipa do estudo está apta a responder a questões antes, durante e após o estudo.

Se tiver questões sobre este estudo deve contactar:

Aluna: Sara Geitoeira

8. CONSENTIMENTO

- Leu (ou foi-lhe lido) este Consentimento Informado, que descreve o objetivo e a natureza deste estudo.
- Teve tempo para analisar esta informação e teve a oportunidade de colocar questões.
- Obteve resposta satisfatória a todas as questões colocadas.
- Se não participar no estudo ou posteriormente o abandonar não perde os seus direitos como doente.
- A sua participação neste estudo é voluntária.

Irá receber uma cópia assinada deste Consentimento Informado. Concorda em participar neste estudo. É sua responsabilidade informar o seu médico sobre quaisquer alterações em termos de saúde física ou mental ocorridas durante o estudo.

Parte II

CONSENTIMENTO INFORMADO

Confirmo que li e compreendi o folheto informativo datado de _____ de 2018 sobre o estudo acima mencionado e tive oportunidade de colocar questões.

Compreendo que a minha participação é voluntária e que posso abandonar o estudo em qualquer altura, sem explicar o motivo e sem que os meus cuidados médicos ou direitos legais sejam afetados.

Concedo aos investigadores deste estudo a autorização para consultar os meus registos médicos no que respeita a este estudo, mesmo se abandonar o estudo.

Autorizo a recolha, processamento, relato e transferência dos meus dados pessoais para fins de investigação médica.

Confirmo a autorização da utilização dos dados presentes no questionário por mim preenchido e entregue.

Concordo em participar no estudo acima mencionado.

_____ Nome do doente (em maiúsculas)	_____ Assinatura do doente	_____ Data P.f. datar quando assinar.
--	-------------------------------	---

_____ Nome da aluna (maiúsculas)	_____ Assinatura da aluna	_____ Data
--	------------------------------	---------------

Anexo 2 Parecer favorável pelo Departamento de Ensino, Formação e Investigação, pela Comissão de Ética para a Saúde do CHP e pelo Presidente do Conselho de Administração



CONSULTA DE CEFALÉIAS: CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA, ABORDAGEM TERAPÊUTICA E IMPACTO FUNCIONAL NA SATISFAÇÃO DO DOENTE

232-17 (201-DEFI/ 193-CES) Trabalho Académico de Investigação no âmbito da disciplina de Dissertação/Projeto/Relatório de estágio do Mestrado Integrado em Medicina (MIM) do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS)

Data de Receção no Gabinete Coordenador da Investigação (GCI): 09-01-2018

Investigador Principal:

Sara Andreia Fidalgo de Carvalho Geitoeira – Aluna do 6º ano do MIM do ICBAS

Supervisor no Centro Hospitalar do Porto (CHP) e Orientador do trabalho:

Carlos Andrade – Médico, Serviço de Neurologia do CHP

Regente da Disciplina:

José Fernando da Rocha Barros – Médico, Professor Auxiliar Convocado do ICBAS, Regente da disciplina Dissertação/Projeto/Relatório do MIM do ICBAS/UP

Resumo do Estudo:

- **Local:** Serviço de Neurologia do CHP.
- **Desenho do estudo:** institucional, observacional, transversal.
- **Objetivo do estudo:** 1) Caracterização demográfica de uma população de doentes que frequenta a consulta de cefaleias do CHP; 2) Descrição da abordagem realizada antes e após a referência para a consulta, em termos de exames complementares e diagnósticos prescritos e terapêuticas aplicadas; 3) Influência da consulta em questão de qualidade de vida dos doentes.
- **Participantes:** Utentes seguidos na consulta de cefaleias do CHP.
- **Tamanho da amostra:** 100 participantes.
- **Duração do estudo:** Início: após aprovação institucional Conclusão: 31/03/2018
- **Período de inclusão:** 3 meses
- **Metodologia:**
 - A aluna/investigadora propõe-se aplicar m inquérito por questionário aos pacientes da consulta de cefaleias, que tenham consulta agendada durante o período de inclusão
 - O questionário será aplicado no decorrer da consulta e a informação poderá ser complementada através da consulta do processo clínico, sob a supervisão do supervisor no CHP, Dr. Carlos Andrade.
 - Foi anexado o questionário a aplicar e especificadas as variáveis a recolher que se justificam pelos objetivos enumerados.
 - Será pedido consentimento informado ao participante.
 - São garantidas a proteção da identidade do participante e a confidencialidade dos dados recolhidos.

Requisitos Preenchidos:

- Pedidos de autorização: Conselho de Administração e Conselhos de Gestão de Departamento e de Serviços envolvidos
- Termo de responsabilidade da Aluna/Investigadora (Sara Geitoeira)
- Termo de responsabilidade do orientador e Supervisor no CHP (Dr. Carlos Andrade)
- Termo de responsabilidade do Regente da Disciplina (Prof. Doutor José Barros)

- Autorização do Diretor do Departamento de Neurociências (Prof. Doutor José Barros)
- Autorização do Diretor do Serviço Neurologia (Prof. Doutor Manuel Correia)
- Lista de variáveis a colher
- Questionário
- Termo de consentimento informado e documento informativo para o participante

APRECIÇÃO e PARECER FINAL do GABINETE COORDENADOR DE INVESTIGAÇÃO do CHP:

A proposta de investigação "*Consulta de Cefaleias: caracterização demográfica, abordagem terapêutica e impacto funcional na satisfação do doente*" foi avaliada pelo Gabinete Coordenador de Investigação, que não tem dúvidas ou questões a clarificar pelo aluno/investigador, suscitando a seguinte observação:

- O "Questionário de Avaliação da Incapacidade por Enxaqueca" apresentado não permite avaliar a qualidade de vida. Sendo a investigação proposta um estudo transversal sem avaliação da qualidade de vida em nenhum momento do estudo, a consecução do terceiro objetivo (influência da consulta de cefaleias na qualidade de vida dos doentes) não é exequível.

Com a ressalva acima descrita relativamente ao objetivo 3 e estritamente no que se refere à componente científica do projeto de investigação, **PARECER FAVORÁVEL pelo Gabinete Coordenador da Investigação.**

O Gabinete Coordenador de Investigação dá por concluída a análise do processo, sendo enviado ao aluno/investigador e orientador (investigador responsável no CHP) o Parecer elaborado para conhecimento.

O processo é enviado para a Comissão de Ética para avaliação dos aspetos éticos, incluindo o consentimento informado e documento informativo para o participante.

Deverá ser aguardada a comunicação da autorização institucional para o início do estudo.

Centro Hospitalar do Porto, 17 de janeiro de 2018

José Manuel Pereira, Gabinete Coordenador da Investigação

Isabel Fonseca, Responsável pela área dos Estudos de Investigação
DEFI/ Gabinete Coordenador da Investigação

Anexo 3 Questionário 1

Código:

Data de nascimento: ___ / ___ / _____

Data de preenchimento do questionário: ___ / ___ / _____

QUESTIONÁRIO

A cefaleia corresponde a uma sensação de desconforto, dolorosa ou não, referida à extremidade cefálica, sendo um dos motivos mais frequentes para a utilização dos serviços de saúde.

Este trabalho de investigação destina-se à caracterização de uma população que frequenta a consulta de cefaleias do HGSA-CHP, visando-se o estudo epidemiológico de determinadas características dos doentes e do acompanhamento de que têm sido alvo, pelos serviços de saúde. Pretende-se, ainda, delinear algumas conclusões relativas à abordagem que tem vindo a ser realizada na consulta e quanto à sua influência na qualidade de vida dos doentes, uma vez que a melhoria da dor e, por conseguinte, o menor impacto no quotidiano, correspondem ao primordial objetivo da mencionada consulta.

Para cumprir o objetivo citado, são solicitados o preenchimento e a entrega do presente questionário durante a consulta de cefaleias do HGSA-CHP.

1. Sexo

- () Masculino
- () Feminino

2. Peso (Kg)

3. Altura (m)

4. Nível de escolaridade

- () Não frequentei a escola
- () Não completei o 1º ciclo
- () Completei o 1º ciclo (até ao 4º ano)
- () Completei o 2º ciclo (até ao 6º ano)
- () Completei o 3º ciclo (até ao 9º ano)
- () Completei o ensino secundário (até ao 12º ano)
- () Completei o ensino superior

5. Profissão

- Empregado
- Desempregado
- Reformado

6. Cefaleia Diagnosticada

7. Início da cefaleia (ano)

8. Procurei ajuda médica, por causa da cefaleia, pela primeira vez (ano)

9. Consultas prévias

Recorreu a algumas das especialidades seguintes por causa da sua cefaleia, antes de começar a ser acompanhado na consulta de cefaleias?

- Medicina Geral e Familiar
- Consulta geral de Neurologia
 - Otorrinolaringologia
- Oftalmologia
- Medicina Dentária
- Psiquiatria
- Medicina Interna
- Consulta da dor
- Outra especialidade: _____
- Outro: _____

10. Comecei a ser acompanhado na consulta de cefaleias (ano)

11. Envio a consulta de Cefaleias

Fui encaminhado para a consulta de cefaleias por:

- Medicina Geral e Familiar – Centro de Saúde: _____
- Consulta geral de Neurologia
- Otorrinolaringologia
- Oftalmologia
- Medicina Dentária
- Psiquiatria
- Medicina Interna
- Consulta da dor
- Outra especialidade: _____
- Outro: _____

12. Exames complementares de diagnóstico requeridos na consulta de cefaleias:

- () Tomografia Axial Computorizada (TAC) cerebral
- () Ressonância Magnética (RMN) cerebral
- () RMN cervical
- () Eletroencefalograma (EEG)
- () Estudo analítico
- () Outro: _____

13. Exames complementares de diagnóstico realizados para avaliação da cefaleia, ANTES de ter iniciado a consulta de cefaleias. Indique o número de vezes que efetuou cada exame.

- () Tomografia Axial Computorizada (TAC) - _____
- () Ressonância Magnética (RMN) - _____
- () Eletroencefalograma (EEG) - _____
- () Raio-X dos seios perinasais - _____
- () Raio-X cervical - _____
- () Outro: _____ - _____

14. Medicação atual: indique toda a medicação (prescrita ou não pelo médico) que está a tomar, atualmente, para TRATAR¹ a cefaleia, incluindo analgésicos:

Nome da medicação e dose	Média do nº de comprimidos tomados por dia e o máximo	Toma em quantos dias por mês	Efeitos laterais
	/		
	/		
	/		
	/		

Outro tipo de tratamentos	
---------------------------	--

14.1. A medicação enunciada na questão 14. foi prescrita por:

- () Cuidados de Saúde Primários
- () Consulta de Cefaleias

15. Medicação atual: indique toda a medicação (prescrita ou não pelo médico) que está a tomar, atualmente, para PREVENIR² a cefaleia:

Nome da medicação	Dose	Efeitos laterais

Outro tipo de tratamentos	
---------------------------	--

15.1. A medicação enunciada na questão 15. foi prescrita por:

- () Cuidados de Saúde Primários
 () Consulta de Cefaleias

16. Medicação prévia: indique toda a medicação de que se consiga recordar (prescrita ou não pelo médico) que já tomou para TRATAR a cefaleia, mas que deixou de tomar:

Nome da medicação	Dose	Motivo para parar

Outro tipo de tratamentos	
---------------------------	--

16.1. A medicação enunciada na questão 16. foi prescrita por:

- () Cuidados de Saúde Primários
 () Consulta de Cefaleias

17. Medicação prévia: indique toda a medicação de que se consiga recordar (prescrita ou não pelo médico) que já tomou para PREVENIR a cefaleia, mas que deixou de tomar:

Nome da medicação	Dose	Motivo para parar

Outro tipo de tratamentos	
---------------------------	--

17.1. A medicação enunciada na questão 17. foi prescrita por:

- () Cuidados de Saúde Primários
- () Consulta de Cefaleias

¹Tratamento sintomático: medicação tomada no momento de uma crise de cefaleia

²Tratamento preventivo: medicação tomada no sentido de prevenir as crises de cefaleia

Anexo 4 Questionário 2

Questionário de Avaliação da Incapacidade por Enxaqueca

Este questionário foi criado para avaliar o impacto das cefaleias na sua qualidade de vida.

Instruções:

Por favor responda às seguintes questões tendo em conta TODAS as cefaleias ocorridas nos **últimos três meses**.

Escreva a sua resposta no espaço em branco ao lado de cada questão.

Escreva “zero” se não realizou a atividade em causa durante os **últimos três meses**.

1. ____ Nos últimos 3 meses, a quantos dias de trabalho ou de escola teve de faltar devido a cefaleias?
 2. ____ Nos últimos 3 meses, em quantos dias sentiu que o seu rendimento no trabalho ou na escola se encontrava reduzido a metade ou mais devido a cefaleias? (não considere os dias que incluiu na questão 1, nos quais teve de faltar).
 3. ____ Nos últimos 3 meses, em quantos dias não foi capaz de realizar tarefas domésticas (como limpeza ou manutenção da casa, compras, cuidar de filhos ou familiares) devido a cefaleias?
 4. ____ Nos últimos 3 meses, em quantos dias sentiu que o seu rendimento nas tarefas domésticas se encontrava reduzido a metade ou mais devido a cefaleias? (não considere os dias que incluiu na questão 3, nos quais não realizou as tarefas referidas).
 5. ____ Nos últimos 3 meses, quantos dias faltou a atividades familiares, sociais ou de lazer devido a cefaleias?
-
- A. ____ Nos últimos 3 meses, em quantos dias teve cefaleia? (se a cefaleia durar mais do que 1 dia, conte cada dia)
 - B. Numa escala de 0 a 10, em média, qual a intensidade dessas cefaleias? (0=sem dor; 10= máxima dor possível)

Anexo 5 Consultas prévias e referenciação

	Total		Enxaqueca		NCD ^(a)		Outras		<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Consultas prévias									
MGF ^(b)	55	78,6	38	90,5	8	53,3	9	69,2	0,007
Neurologia	24	34,3	13	31,0	5	33,3	6	46,2	0,599
Medicina Dentária	16	22,9	5	11,9	8	53,3	3	23,1	0,005
Oftalmologia	13	18,6	8	19,0	3	20,0	2	15,4	0,945
ORL ^(c)	11	15,7	5	11,9	2	13,3	4	30,8	0,253
Outras	10	14,3	5	11,9	2	13,3	3	23,1	0,599
Referenciação									
MGF	32	45,7	24	57,1	4	26,7	4	30,8	0,062
SU ^(d)	17	24,3	8	19,0	7	46,7	2	15,4	0,072
Neurologia	5	7,1	1	2,4	2	13,3	2	15,4	0,163
ORL	4	5,7	3	7,1	-	-	1	7,7	0,559
Oftalmologia	2	2,9	-	-	1	6,7	1	7,7	0,211
Contacto direto	5	7,1	2	4,8	-	-	3	23,1	0,039
Outras	5	7,1	4	9,5	1	6,7	-	-	0,506

^(a) Neuropatias cranianas dolorosas; ^(b) Medicina Geral e Familiar; ^(c) Otorrinolaringologia; ^(d) Serviço de Urgência

Anexo 6 ECD ^(a) realizados previamente e na consulta de cefaleias

	Total		Enxaqueca		NCD ^(b)		Outras		<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
ECD prévios									
TC-CE ^(c)	28	40,0	15	35,7	5	33,3	8	61,5	0,211
RMN-CE ^(d)	12	17,1	5	11,9	5	33,3	2	15,4	0,165
EEG ^(e)	10	14,3	9	21,4	-	-	1	7,7	0,095
RX SPN ^(f)	3	4,3	1	2,4	1	6,7	1	7,7	0,623
RX cervical ^(g)	2	2,9	2	4,8	-	-	-	-	0,503
Outro	2	2,9	1	2,4	-	-	1	7,7	0,456
ECD na CC ^(h)									
TC-CE	22	31,4	16	38,1	2	13,3	4	30,8	0,207
RMN-CE	31	44,3	14	33,3	13	86,7	4	30,8	0,001
EEG	4	5,7	1	2,4	1	6,7	2	15,4	0,207
ECG ⁽ⁱ⁾	1	1,4	-	-	-	-	1	7,7	0,060
Punção lombar	1	1,4	-	-	-	-	1	7,7	0,060

^(a) Exames Complementares de Diagnóstico; ^(b) Neuropatias cranianas dolorosas; ^(c) Tomografia Computorizada Crânio-Encefálica; ^(d) Ressonância Magnética Crânio-Encefálica; ^(e) Eletroencefalograma; ^(f) Radiografia dos seios perinasais; ^(g) Radiografia da coluna cervical; ^(h) Consulta de cefaleias; ⁽ⁱ⁾ Eletrocardiograma

Anexo 7 Tratamento agudo atual ^(a)

	Total		Enxaqueca		NCD ^(b)		Outras	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
AINE ^(c) isolado	13	18,6	10	23,8	-	-	3	23,1
AINE combinação	12	17,1	11	26,2	-	-	1	7,7
Triptano isolado	7	10,0	7	16,7	-	-	-	-
Triptano combinação	12	17,1	9	21,4	1	6,7	2	15,4
Analgésico ^(d)	5	7,1	4	9,5	-	-	1	7,7
Opioide	3	4,3	1	2,4	-	-	2	15,4
Associação fármacos ^(e)	7	10,0	5	11,9	1	6,7	1	7,7
Antiespasmódico	1	1,4	1	2,4	-	-	-	-
Oxigênio	3	4,3	-	-	1	6,7	2	15,4
Bloqueio do grande nervo occipital	1	1,4	-	-	-	-	1	7,7

^(a) Inclui terapêutica obtida por prescrição na CC, em MGF, por automedicação, entre outros; ^(b) Neuropatias cranianas dolorosas; ^(c) Anti-inflamatório não esteroide; ^(d) Paracetamol; ^(e) Inclui: Migretil® (paracetamol 400mg; cafeína 100mg; tartarato de ergotamina 1mg; alcaloides da beladona 0,1mg); Migralve® (paracetamol 500mg; fosfato de codeína 8mg; cloridrato de buclizina 6,25mg); Cefalium® (paracetamol 450mg; cafeína 75mg; cloridrato de metoclopramida 10mg; mesilato de dihidroergocornina 1mg); Dol-u-ron® (paracetamol 500mg; fosfato hemi-hidrato de codeína 30mg)

Anexo 8 Profilaxia atual

	Global		Enxaqueca		NCD ^(a)		Outras	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
AE ^(b) isolado	17	24,3	9	21,4	8	53,3	-	-
AE combinação	13	18,6	6	14,3	6	40,0	1	7,7
Betabloqueador	4	5,7	4	9,5	-	-	-	-
BCC ^(c)	4	5,7	-	-	-	-	4	30,8
ADT ^(d) isolado	11	15,7	4	9,5			2	15,4
ADT combinação	4	5,7	4	9,5	1	6,7	-	-
ISRSN ^(e) isolado	9	12,9	5	11,9	-	-	2	15,4
ISRSN combinação	1	1,4	1	2,4	1	6,7	-	-
ISRS ^(f) isolado	4	5,7	1	2,4	-	-	1	7,7
ISRS combinação	2	2,9	2	4,8	-	-	-	-
Benzodiazepina	3	4,3	1	2,4	2	13,3	-	-
Relaxante muscular	1	1,4	-	-	1	6,7	-	-
Melatonina	1	1,4	-	-	-	-	1	7,7
Acupunctura	1	1,4	1	2,4	-	-	-	-
NST ^(g)	1	1,4	1	2,4	-	-	-	-

^(a)Neuropatias cranianas dolorosas; ^(b)Antiepiléticos ; ^(c)Bloqueadores dos Canais de Cálcio; ^(d)Antidepressivos Tricíclicos; ^(e)Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina e Noradrenalina; ^(f)Inibidores Seletivos de recaptação de Serotonina; ^(g)Neuroestimulação Supraorbitária Transcutânea;

Anexo 9 Tratamento agudo prévio

	Total		Enxaqueca		NCD ^(a)		Outras	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
AINE ^(b)	19	27,1	15	35,7	3	20,0	1	7,7
Triptanos	10	14,3	10	23,8	-	-	-	-
Associação fármacos ^(c)	10	14,3	9	21,4	-	-	1	7,7
Analgésico ^(c)	8	11,4	6	14,3	-	-	2	15,4
Corticoide	2	2,9	-	-	-	-	2	15,4
Melatonina	1	1,4	-	-	-	-	1	7,7
Oxigénio	1	1,4	-	-	-	-	1	7,7

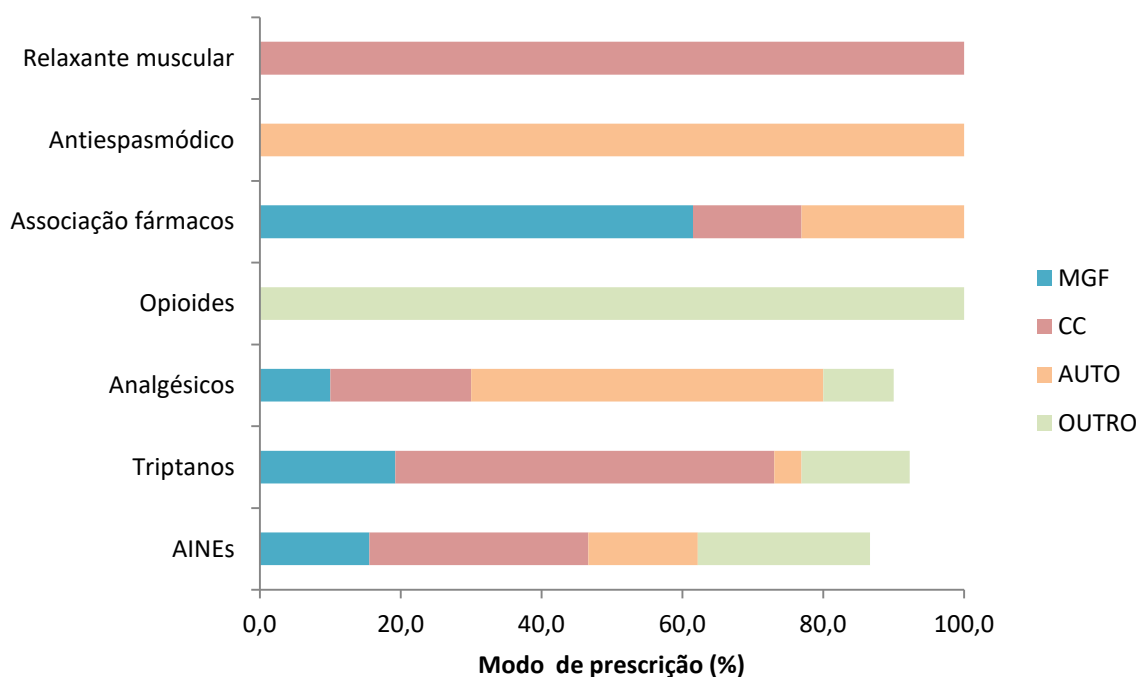
^(a)Neuropatias cranianas dolorosas; ^(b) Anti-inflamatório não esteroide; ^(c) Inclui: Migretil® (paracetamol 400mg; cafeína 100mg; tartarato de ergotamina 1mg; alcaloides da beladona 0,1mg); Migralve® (paracetamol 500mg; fosfato de codeína 8mg; cloridrato de buclizina 6,25mg); Cefalium® (paracetamol 450mg; cafeína 75mg; cloridrato de metoclopramida 10mg; mesilato de dihidroergocorina 1mg); ^(c) Paracetamol;

Anexo 10 Profilaxia prévia

	Total		Enxaqueca		NCD ^(a)		Outras	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Antiepilético	19	27,1	12	28,6	5	33,3	2	15,4
Betabloqueador	5	7,1	5	11,9	-	-	-	-
ADT ^(b)	6	8,6	4	9,5	2	13,3	-	-
ISRSN ^(c)	2	2,9	1	2,4	-	-	1	7,7
ISRS ^(d)	4	5,7	2	4,8	1	6,7	1	7,7
Relaxante muscular	1	1,4	-	-	1	6,7	-	-

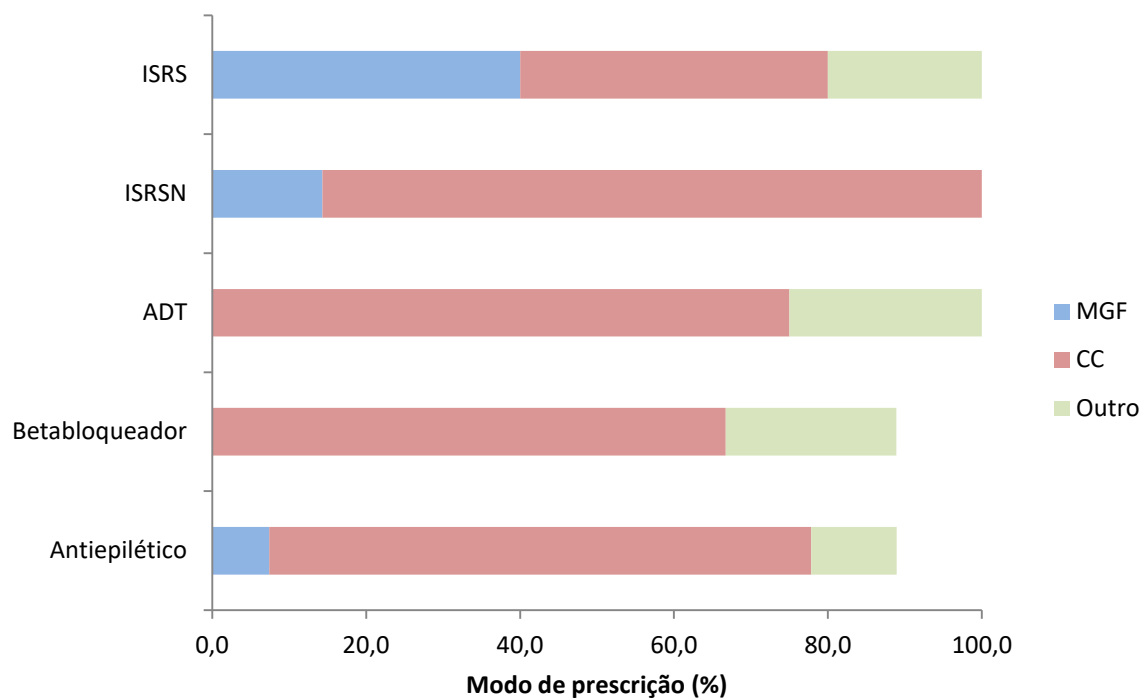
^(a) Neuropatias cranianas dolorosas; ^(b) Antidepressivos Tricíclicos; ^(c) Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina e Noradrenalina; ^(d) Inibidores Seletivos de recaptação de Serotonina

Anexo 11 Modo de prescrição dos fármacos usados no tratamento atual e prévio da enxaqueca



Associação fármacos: Inclui Migretil® (paracetamol 400mg; cafeína 100mg; tartarato de ergotamina 1mg; alcaloides da beladona 0,1mg); Migralve® (paracetamol 500mg; fosfato de codeína 8mg; cloridrato de buclizina 6,25mg); Cefalium® (paracetamol 450mg; cafeína 75mg; cloridrato de metoclopramida 10mg; mesilato de dihidroergocornina 1mg); Dol-u-ron® (paracetamol 500mg; fosfato hemi-hidrato de codeína 30mg); AINEs – Anti-inflamatórios não esteroides; MGF – Medicina Geral e Familiar; CC – Consulta de cefaleias; Auto – Automedicação

Anexo 12 Modo de prescrição dos fármacos usados na profilaxia atual e prévia da enxaqueca



ISRS – Inibidores Seletivos de recaptção de Serotonina; ISRSN – Inibidores Seletivos de Recaptção de Serotonina e Noradrenalina; ADT – Antidepressivos Tricíclicos; MGF – Medicina Geral e Familiar; CC – Consulta de cefaleias; Auto – Automedicação

Anexo 13 Dados obtidos no MIDAS ^(a)

	Total (n=70)		Enxaqueca (n=42)		NCD ^(b) (n=15)		Outras (n=13)		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
MIDAS - incapacidade									0,027
I. Ausência/ Mínima (0-5)	32	45,7	13	31,0	11	73,3	8	61,5	
II. Ligeira (6-10)	8	11,4	7	16,7	1	6,7	-	-	
III. Moderada (11-20)	8	11,4	8	19,0	-	-	-	-	
IV. Severa (>20)	22	31,4	14	33,3	3	20,0	5	38,5	
Frequência cefaleias/mês									
Média (DP)	7,0 (8,5)		6,1 (7,0)		8,2 (11,2)		8,6 (9,8)		0,754
≤ 2	28	40,0	16	38,1	8	53,3	4	30,8	0,634
> 2 - 4	9	12,9	7	16,7	-	-	2	15,4	
> 4 – 6	7	10,0	5	11,9	1	6,7	1	7,7	
> 6	26	37,1	14	33,3	6	40,0	6	46,2	
Intensidade da dor									
Média (DP)	6,0 (3,4)		6,7 (3,0)		3,6 (4,1)		6,5 (2,9)		0,007
0-2	13	18,6	4	9,5	8	53,3	1	7,7	0,012
3-4	6	8,6	3	7,1	2	13,3	1	7,7	
5-6	15	21,4	10	23,8	-	-	5	38,5	
7-8	17	24,3	12	28,6	2	13,3	3	23,1	
9-10	19	27,1	13	31	3	20,0	3	23,1	

^(a) *Migraine Disability Assessment Test*; ^(b) Neuropatias cranianas dolorosas

Anexo 14 Relação entre a frequência mensal de cefaleias e a classificação obtida no MIDAS^(a)

	MIDAS								<i>p</i>
	I. Mínima		II. Ligeira		III. Moderada		IV. Severa		
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Frequência de cefaleias / mês									0,005
≤ 2	20	62,5	5	62,5	2	25,0	1	4,5	
> 2 - 4	3	9,4	1	12,5	2	25,0	3	13,6	
> 4 – 6	1	3,1	1	12,5	1	12,5	4	18,2	
> 6	8	25,0	1	12,5	3	37,5	14	63,6	

^(a) *Migraine Disability Assessment Test*

Bibliografia

1. Monteiro J. Cefaleias: Estudo Epidemiológico e Clínico de uma População Urbana. [Tese de doutoramento]. Porto: ICBAS. 1995.
2. Monteiro J. Cefaleias primárias: causas e consequências. *Rev Port Clin Geral*. 2006; 22:455-459.
3. Pedraza M, Mulero P, Ruíz M, de la Cruz C, Herrero S, Guerrero A. Characteristics of the first 2000 patients registered in a specialist headache clinic. *Neurología*. 2015; 30(4):208-213.
4. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*. 2018;38(1):1-211.
5. World Health Organization. Atlas of headache disorders and resources in the world 2011. Disponível em http://www.who.int/mental_health/management/atlas_headache_disorders/en/. Consultado pela última vez a 2018/03/21
6. Stovner L, Hagen K, Jensen R, et al. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia*. 2007;27(3):193-210.
7. Stovner L, Zwart J, Hagen K, Terwindt G, Pascual J. Epidemiology of headache in Europe. *Eur J Neurol*. 2006;13(4):333-345.
8. Steiner T, Stovner L, Vos T. GBD 2015: migraine is the third cause of disability in under 50s. *J Headache Pain*. 2016;17(1):104.
9. Vos T, Abajobir A, Abbafati C, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017;390(10100):1211-1259.
10. Feigin V, Abajobir A, Abate K, et al. Global, regional, and national burden of neurological disorders during 1990–2015: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet Neurol*. 2017;16(11):877-897.
11. Steiner T, Antonaci F, Jensen R, Lainez M, Lanteri-Minet M, Valade D. Recommendations for headache service organisation and delivery in Europe. *J Headache Pain*. 2011;12(4):419-426.
12. MacGregor E. Migraine. *Ann Intern Med*. 2017;166(7):ITC49-ITC64.
13. Lipton R, Stewart W, Sawyer J, Edmeads J. Clinical utility of an instrument assessing migraine disability: The migraine disability assessment (MIDAS) questionnaire. *Headache*. 2001;41(9):854-861.
14. Brown J, Neumann P, Papadopoulos G, Ruoff G, Diamond M, Menzin J. Migraine Frequency and Health Utilities: Findings from a Multisite Survey. *Value Health*. 2008. 11(2):315-321
15. Felício A, Bichuetti D, Santos W, Junior C, Marin L, Carvalho D. Epidemiology of primary and secondary headaches in a Brazilian tertiary-care center. *Arq Neuropsiquiatr*. 2006;64(1):41-44.
16. Dong Z, Di H, Dai W, et al. Application of ICHD-II Criteria in a Headache Clinic of China. *PLoS One*. 2012;7(12).
17. Zebenholzer K, Andree C, Lechner A, et al. Prevalence, management and burden of episodic and chronic headaches—a cross-sectional multicentre study in eight

- Austrian headache centres. *J Headache Pain*. 2015;16(1):1-9.
18. Gantenbein A, Kozak S, Agosti F, Agosti R, Isler H. Headache patients in primary care and a tertiary care unit in Zurich, Switzerland. *Cephalalgia*. 2006;26(12):1451-1457.
 19. Guerrero Á, Rojo E, Herrero S, et al. Characteristics of the first 1000 headaches in an outpatient headache clinic registry. *Headache*. 2011;51(2):226-231.
 20. Junior A, Tavares R, Lara R, Faleiros B, Gomez R, Teixeira A. Frequency of types of headache in the tertiary care center of the Hospital das Clínicas of the Universidade Federal de Minas Gerais, MG, Brazil. *Rev Assoc Med Bras*. 2012;58(6):709-713.
 21. Manzoni G, Stovner L. Epidemiology of Headache. *Handb Clin Neurol*. 2011. 97, 3-22.
 22. Fernández-De-Las-peñas C, Hernández-Barrera V, Carrasco-Garrido P, et al. Population-based study of migraine in Spanish adults: Relation to socio-demographic factors, lifestyle and co-morbidity with other conditions. *J Headache Pain*. 2010;11(2):97-104.
 23. Manzoni G, Torelli P. Epidemiology of typical and atypical craniofacial neuralgias. *Neurol Sci*. 2005;26(SUPPL. 2):65-67.
 24. Mueller D, Obermann M, Yoon MS, et al. Prevalence of trigeminal neuralgia and persistent idiopathic facial pain: A population-based study. *Cephalalgia*. 2011;31(15):1542-1548.
 25. Schwaiger J, Kiechl S, Seppi K, et al. Prevalence of primary headaches and cranial neuralgias in men and women aged 55-94 years (Bruneck Study). *Cephalalgia*. 2009;29(2):179-187.
 26. Bahrami P, Zebardast H, Zibaei M, Mohammadzadeh M, Zabandan N. Prevalence and characteristics of headache in Khoramabad, Iran. *Pain Physician*. 2012;15(4):327-332.
 27. Newman L. Trigeminal autonomic cephalalgias. *Continuum (Minneapolis)*. 2015;21(4):1041-1057.
 28. Garza I, Schwedt T, Robertson C, Smith J. Headache and Other Craniofacial pain. In: Jankovic J, Mazziotta J, Pomeroy S, Daroff R. *Bradley's Neurology in Clinical Practice*. 7ª edição. Volume 1. Elsevier; 2016.
 29. Jensen R, Stovner L. Epidemiology and comorbidity of headache. *Lancet Neurol*. 2008;7(4):354-361.
 30. Burch R, Rizzoli P, Loder E. The Prevalence and Impact of Migraine and Severe Headache in the United States: Figures and Trends From Government Health Studies. *Headache*. 2018;58(4):496-505.
 31. Le H, Tfelt-Hansen P, Skytthe A, Kyvik K, Olesen J. Association between migraine, lifestyle and socioeconomic factors: A population-based cross-sectional study. *J Headache Pain*. 2011;12(2):157-172.
 32. Steiner T, Scher A, Stewart W, Kolodner K, Liberman J, Lipton R. The prevalence and disability burden of adult migraine in England and their relationships to age, gender and ethnicity. *Cephalalgia*. 2003;23(4):519-527.
 33. Pordata. Lisboa. Disponível em:
<https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela/5742047>
Consultado pela última vez a 2018/05/24
 34. Schwedt T. Chronic migraine. *BMJ*. 2014;348:g1416.
 35. Kaniecki R, Ruoff G, Smith T, et al. Prevalence of migraine and response to

- sumatriptan in patients self-reporting tension/stress headache. *Curr Med Res Opin.* 2006;22(8):1535-1544.
36. Mehuys E, Paemeleire K, Hees T, et al. Self-medication of regular headache: A community pharmacy-based survey. *Eur J Neurol.* 2012;19(8):1093-1099.
 37. Allsop M, Twiddy M, Grant H, et al. Diagnosis, medication, and surgical management for patients with trigeminal neuralgia: a qualitative study. *Acta Neurochir (Wien).* 2015;157(11):1925-1933.
 38. Mitsikostas D, Ashina M, Craven A, et al. European headache federation consensus on technical investigation for primary headache disorders. *J Headache Pain.* 2015;17(1):1-8.
 39. Donnet A, Demarquay G, Ducros A, et al. French guidelines for diagnosis and treatment of cluster headache (French Headache Society). *Rev Neurol (Paris).* 2014;170(11).
 40. O'Neill F, Nurmikko T, Sommer C. Other facial neuralgias. *Cephalalgia.* 2017;37(7):658-669.
 41. Callaghan B, Kerber K, Pace R, Skolarus L, Cooper W, Burke J. Headache neuroimaging: Routine testing when guidelines recommend against them. *Cephalalgia.* 2015;35(13):1144-1152.
 42. Nater B, Dozier C. Acute migraine treatment. *Rev Med Suisse.* 2015;1(18):1209-1210.
 43. Sinclair A, Sturrock A, Davies B, Matharu M. Headache management: Pharmacological approaches. *Pract Neurol.* 2015;15(6):411-423.
 44. Guideline N. Headaches in o over 12s: diagnosis and management. *Natl Inst Heal Care Excell.* 2012.
 45. Katsarava Z, Mania M, Lampl C, Herberhold J, Steiner T. Poor medical care for people with migraine in Europe – evidence from the Eurolight study. *J Headache Pain.* 2018;19(1):1-9.
 46. MacGregor E, Steiner T, Davies P. Guidelines for All Healthcare Professionals in the Diagnosis and Management of Migraine, Tension-Type, Cluster and Medication-Overuse Headache. *Br Assoc Study Headache.* 2010:1-53.
 47. Canadian Headache Society Guideline for Migraine Prophylaxis. *Can J Neurol Sci.* 2012;39(2):i-63.
 48. Silberstein S. Preventive migraine treatment. *Continuum (Minneap Minn).* 2015;21(4):973-989.
 49. Xu X, Liu Y, Dong M, Zou D, Wei Y. Tricyclic antidepressants for preventing migraine in adults. *Medicine (Baltimore).* 2017;96(22).
 50. Silva A. Acupuncture for migraine prevention. *Headache.* 2015;55(3):470-473.
 51. Press D. Acupuncture in migraine prophylaxis in Czech patients: an open-label randomized controlled trial. 2018:1221-1228.
 52. Yang C, Chang M, Liu P, et al. Acupuncture versus topiramate in chronic migraine prophylaxis: A randomized clinical trial. *Cephalalgia.* 2011;31(15):1510-1521.
 53. Riederer F, Penning S, Schoenen J. Transcutaneous Supraorbital Nerve Stimulation (t-SNS) with the Cefaly® Device for Migraine Prevention: A Review of the Available Data. *Pain Ther.* 2015;4(2):135-147.
 54. Przeklasa-Muszyńska A, Skrzypiec K, Kocot-Kępska M, Dobrogowski J, Wiatr M, Mika J. Non-invasive transcutaneous Supraorbital Neurostimulation (tSNS) using Cefaly® device in prevention of primary headaches. *Neurol Neurochir Pol.* 2017;51(2):127-134

55. Cheshire W. Cranial Neuralgias. *Continuum (Minneap Minn)*. 2015;1072-1085.
56. Obermann M, Yoon M, Sensen K, Maschke M, Diener H, Katsarava Z. Efficacy of pregabalin in the treatment of trigeminal neuralgia. *Cephalalgia*. 2008;28(2):174-181.
57. Pérez C, Navarro A, Saldaña M, Martínez S, Rejas J. Patient-reported outcomes in subjects with painful trigeminal neuralgia receiving pregabalin: Evidence from medical practice in primary care settings. *Cephalalgia*. 2009;29(7):781-790.
58. Wei D, Jensen R. Therapeutic Approaches for the Management of Trigeminal Autonomic Cephalalgias. *Neurotherapeutics*. 2018:1-15.
59. Bendtsen L. Drug and nondrug treatment in tension-type headache. *Ther Adv Neurol Disord*. 2009;2(3):155-161.
60. Kaniecki R. Tension-Type Headache. *Continuum (Minneap Minn)*. 2012;18(4):823-834.
61. Agosti R. Supplement Article: Migraine Burden of Disease: From the Patient's Experience to a Socio-Economic View. *Headache*. 2018; 58:17-32.
62. Rozen T, Fishman R. Cluster Headache in the United States of America: Demographics, Clinical Characteristics, Triggers, Suicidality, and Personal Burden. *Headache*. 2012;52(1):99-113.
63. Stovner L, André C. Impact of headache in Europe : a review for the Eurolight project. *J Headache Pain*. 2008; 9:139-146.
64. Kristoffersen E, Grande R, Aaseth K, Lundqvist C, Russell M. Management of primary chronic headache in the general population: the Akershus study of chronic headache. *J Headache Pain*. 2012;13(2):113-120.
65. Karbowniczek A, Domitrz I. Frequency and clinical characteristics of chronic daily headache in an outpatient clinic setting. *Neurol Neurochir Pol*. 2011;45(1):11-17.