

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA – EMESCAM

CÁSSIO BATISTA LACERDA
TARNARA VALERIANO CAMPOSTRINI MACHADO

**CORRELAÇÃO ENTRE ALODÍNIA CUTÂNEA, IMPACTO
FUNCIONAL, DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM PACIENTES COM
CEFALEIA ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO
DE VITÓRIA/ES**

VITÓRIA – ES
2012

CÁSSIO BATISTA LACERDA
TARNARA VALERIANO CAMPOSTRINI MACHADO

**CORRELAÇÃO ENTRE ALODÍNIA CUTÂNEA, IMPACTO
FUNCIONAL, DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM PACIENTES COM
CEFALEIA ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO
DE VITÓRIA/ES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de médico.

Orientador: Renan Barros Domingues.
Coorientadora: Jovana Gobbi Marchesi Ciríaco.

VITÓRIA – ES
2012

CÁSSIO BATISTA LACERDA
TARNARA VALERIANO CAMPOSTRINI MACHADO

**CORRELAÇÃO ENTRE ALODÍNIA CUTÂNEA, IMPACTO
FUNCIONAL, DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM PACIENTES COM
CEFALEIA ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO
DE VITÓRIA/ES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de médico.

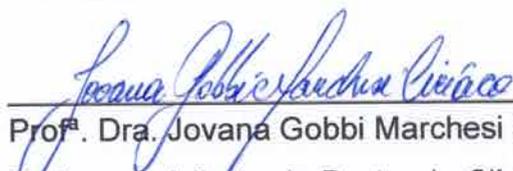
Aprovado em 21 de novembro de 2012.

COMISSÃO EXAMINADORA



Prof. Dr. Renan Barros Domingues

Professor Adjunto do Departamento de Patologia da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) – Médico Neurologista
Orientador



Prof.ª Dra. Jovana Gobbi Marchesi Ciríaco

Professora Adjunta do Depto. de Clínica Médica da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) – Médica Neurologista
Coorientadora



Prof. MS. Halina Duarte

Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Neurociências da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Fisioterapeuta

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Plácido e Iolanda, e ao meu irmão, Oscar, por estarem sempre presentes e acreditarem em meus objetivos.

Às minhas irmãs, Marieta e Mariany, pelo carinho e confiança.

À Tarnara, por sua cumplicidade nesses cinco longos anos.

Cássio Batista Lacerda

A meu pai, pela coragem;

A minha mãe, pela confiança;

A minha irmã, pela paciência;

E ao Cássio, por acreditar.

Tarnara Valeriano Campostrini Machado

AGRADECIMENTOS

AOS PACIENTES

“Tu és meu livro guia; em cada página do teu corpo, meus ensinamentos; em cada entranha da tua carne, minhas descobertas; na tua história, meu instrumento; na tua confiança, o meu suporte; nos teus segredos, a minha honra; na tua dor, a minha luta; na tua cura, a minha glória; na tua gratidão, a minha existência; a ti... A minha vida.”

(Hipócrates)

Àqueles que nos depositaram esperanças, com uma inigualável confiança, vibrando também de felicidade com os nossos acertos. Como foi bom ver brotar em seus olhos a flor da gratidão, num gesto de puro amor. Aprendemos com seu respeito, humildade e paciência, e fizeram-nos sentir vitoriosos e orgulhosos! Por sua causa, sobre nossos ombros serão lançadas responsabilidades enormes, seremos juizes da vida e da morte, compartilharemos de segredos que só a nossos ouvidos se abrirão, seremos partícipes da dor e do sofrimento, teremos mergulhado ao todo no terrível drama social de pacientes que, mais que doentes, são muitas vezes párias da sorte e da fortuna. Mas seguiremos velando pelo que de mais nobre existe. Velamos pelo mais alto valor da humanidade, a terra chama que ainda a aquece: a vida humana.

AOS ORIENTADORES E COLABORADORES

Ao Prof. Dr. Renan Barros Domingues e à Profa. Dra. Jovana Gobbi Marchesi Ciríaco, pelo incentivo e atenção de sempre, necessários a realização do presente estudo.

À Halina Duarte, aos funcionários e colegas do Serviço de Neurologia do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, pela colaboração.

*"A mente que se abre a uma nova ideia
jamais voltará ao seu tamanho original."*

(Albert Einstein)

RESUMO

Introdução: Alodínia Cutânea é uma sensação desconfortável ou dor evocada após estímulos inócuos. Pode ocorrer em pacientes com cefaleias primárias, principalmente no segmento cefálico, e decorre da sensibilização central do núcleo caudado do trigêmeo, mecanismo também relacionado à cronificação das cefaleias. Além da alodínia, comorbidades psiquiátricas, como depressão e ansiedade, podem ser encontradas nesses pacientes. **Objetivos:** Avaliar a prevalência da alodínia durante crises de cefaleia; correlacioná-la aos tipos de cefaleias e ao impacto funcional das mesmas, verificar se depressão, ansiedade e o padrão de consumo de bebidas alcoólicas interferem na alodínia. **Metodologia:** Estudo analítico transversal, incluindo 81 pacientes migranosos e 60 com cefaleia do tipo tensional atendidos no ambulatório de Cefaleias do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória/ES, no período de Jun. a Dez./2011. Após diagnóstico cefaliátrico, os pacientes responderam os questionários: *Checklist* de Sintomas da Alodínia Cutânea, Teste do Impacto da Dor de Cabeça, Inventários de Depressão e Ansiedade de Beck e Teste de Identificação de Desordens Relacionadas ao Uso do Álcool. A análise estatística de variáveis categóricas foi executada pelo teste do χ -quadrado, a comparação de variáveis contínuas pelo teste de Mann-Whitney e as correlações de diferentes variáveis pelo teste de Spearman. **Resultados:** A prevalência da alodínia cefálica na migrânea foi 60,5% e na cefaleia tensional 18,3%. A migrânea está mais associada à intensidade da alodínia ($p < 0,0001$) e à incapacidade funcional ($p < 0,0001$) que a cefaleia tensional. Os pacientes com migrânea obtiveram escores de depressão ($16,73 \pm 13,56$) ($p = 0,0014$) e ansiedade ($16,96 \pm 13,69$) ($p = 0,0003$) mais altos em relação aos pacientes com cefaleia do tipo tensional (depressão: $9,55 \pm 10,08$) (ansiedade: $8,28 \pm 6,20$). O padrão de consumo de bebidas alcoólicas foi inversamente associado à incapacidade funcional, tanto na migrânea quanto na cefaleia tensional; pacientes sem alodínia consomem mais álcool ($p = 0,0418$). **Conclusão:** A Alodínia Cutânea afetou 42,55% dos pacientes na amostra estudada, estando significativamente associada à migrânea, ao sexo feminino e à incapacidade funcional na migrânea, além de apresentar correlação direta com depressão, ansiedade, e inversa ao consumo de álcool.

Descritores: Dor; Hiperalgesia; Cefaleia; Migrânea; Cefaleia do Tipo Tensional.

ABSTRACT

Introduction: Cutaneous Allodynia is a perception of discomfort or pain elicited by non-noxious stimuli and can occur in patients with primary headache, mainly at cephalic segment, and it is originated by the sensitization of the nociceptive neurons in the trigeminal nucleus caudalis. This mechanism is also associated with the headache progression. In addition to allodynia, psychiatric disorders, like depression and anxiety, can be found in these patients. **Objectives:** Evaluate the prevalence of cutaneous allodynia during the headache attacks; correlate it to the headache types and the headache functional disability; check if depression, anxiety and alcohol consumption affect the allodynia. **Methodology:** Cross sectional study, including 81 migraineurs patients and 60 patients with tension-type headache attended at the Headache Clinic at the Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória/ES, from June 2011 to December 2011. After cephaliatric diagnostic, patients answered the following questionnaires: Allodynia Symptom Checklist, Headache Impact Test, Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory and Alcohol Use Disorders Identification Test. The categorical variables statistical analysis was made by Chi-square test, the comparison of continuous variables by Mann-Whitney test and the correlation of different variables by Spearman test. **Results:** The prevalence of cutaneous allodynia in migraine group was 60,5% and in tension-type headache group 18,3%. The migraine is more associated to the intensity of the allodynia ($p < 0,0001$) and the functional disability ($p < 0,0001$) than the tension-type headache. The migraineurs patients had higher depression ($16,73 \pm 13,56$) ($p = 0,0014$) and anxiety scores ($16,96 \pm 13,69$) ($p = 0,0003$) than patients with tension-type headache (depression score: $9,55 \pm 10,08$) (anxiety score: $8,28 \pm 6,20$). The alcohol consumption was inversely associated to the functional disability, either migraine or tension-type headache; non-allodynic patients consume more alcohol ($p = 0,0418$). **Conclusion:** Cutaneous Allodynia was found in 42,55% of the studied patients, and was significantly associated to migraine, female sex, and also to functional disability in migraine, beyond it was also considered associated with depression and anxiety, and lower consumption of alcohol.

Keywords: Pain; Hyperalgesia; Headache; Migraine; Tension-Type Headache.

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1 – Dados Sociodemográficos da Amostra Estudada	22
Tabela 2 – Dados Clínicos e Medidas Psicopatológicas: Migrânea vs. CTT	23
Tabela 3 – Dados Clínicos e Medidas Psicopatológicas: Migrânea Episódica vs. Crônica	24
Tabela 4 – Dados Clínicos e Medidas Psicopatológicas: CTT Episódica vs. Crônica	25
Tabela 5 – Prevalência e Intensidade da Alodínia Cutânea na Cefaleia	26
Tabela 6 – Dados Clínicos e Medidas Psicopatológicas: Com Alodínia vs. Sem Alodínia	28
Tabela 7 – Dados Clínicos e Medidas Psicopatológicas: Impacto Funcional	31
Tabela 8 – Distúrbios de Humor e Ansiedade Associados às Cefaleias e Incapacidade	32
Tabela 9 – Consumo de Bebidas Alcoólicas na Cefaleia	33
Tabela 10 – Dados Clínicos e Medidas Psicopatológicas: Abstêmios vs. Não Abstêmios	34
Figura 1 – Comparação das Médias de Intensidade da Alodínia na Migrânea e na CTT	27
Figura 2 – Comparação das Proporções das Classificações de Intensidade da Alodínia conforme apresentação de Aura na Migrânea	29
Figura 3 – Comparação das Médias do Escore AUDIT em Pacientes Com Alodínia vs. Sem Alodínia	29
Figura 4 – Relação entre o tempo de doença (em anos) e a intensidade da Alodínia Cutânea na Migrânea	30
Figura 5 – Relação entre o tempo de doença (em anos) e a intensidade da Alodínia Cutânea na CTT	30
Figura 6 – Correlação entre AUDIT e Alodínia na Migrânea e na CTT	33

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AC	Alodínia Cutânea
AMPP	Estudo American Migraine Prevalence and Prevention
AUDIT	Teste de Identificação de Desordens Relacionadas ao Uso do Álcool
BAI	Inventário de Ansiedade de Beck
BDI	Inventário de Depressão de Beck
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CGRP	Peptídeo Relacionado ao Gene da Calcitonina
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CSA	<i>Checklist</i> de Sintomas da Alodínia Cutânea
CTT	Cefaleia do Tipo Tensional
CTTC	Cefaleia do Tipo Tensional Crônica
CTTE	Cefaleia do Tipo Tensional Episódica
EMESCAM	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
FAPES	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Espírito Santo
HIT-6	Teste do Impacto da Cefaleia versão 6
HSCMV	Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória
ICHD-II	2ª edição da Classificação Internacional de Cefaleias (2004)
IMC	Índice de Massa Corporal
MC	Migrânea Crônica
MCA	Migrânea com Aura
ME	Migrânea Episódica
MSA	Migrânea sem Aura
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
SNC	Sistema Nervoso Central
SP	Substância P
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSQ	Teste Sensorial Quantitativo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 ALODÍNIA CUTÂNEA E CEFALEIA	13
1.2 IMPACTO FUNCIONAL DA CEFALEIA	14
1.3 DEPRESSÃO, ANSIEDADE E CONSUMO DE ÁLCOOL NA CEFALEIA	16
2 OBJETIVOS	18
2.1 OBJETIVO GERAL	18
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3 METODOLOGIA	19
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	19
3.2 SUJEITOS E INSTRUMENTOS	19
3.2.1 Instrumentos	20
3.2.1.1 <i>Checklist</i> de Sintomas da Alodínia Cutânea (CSA)	20
3.2.1.2 <i>Headache Impact Test</i> (HIT-6)	20
3.2.1.3 <i>Beck Depression Inventory</i> (BDI).....	20
3.2.1.4 <i>Beck Anxiety Inventory</i> (BAI)	21
3.2.1.5 <i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i> (AUDIT)	21
3.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA	21
3.4 ASPECTOS ÉTICOS, VIABILIDADE TÉCNICA E FINANCEIRA.....	22
4 RESULTADOS	23
5 DISCUSSÃO	36
6 CONCLUSÕES	43
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
APÊNDICES	48
APÊNDICE A	49
APÊNDICE B	50
APÊNDICE C	51
APÊNDICE D	56
APÊNDICE E	58
APÊNDICE F	60
APÊNDICE G	62

APÊNDICE H	66
ANEXOS	68
ANEXO A	69
ANEXO B	70
ANEXO C	71
ANEXO D	72
ANEXO E	76
ANEXO F	77

1 INTRODUÇÃO

Mais de 90% da população experimenta algum tipo de cefaleia pelo menos uma vez durante a vida¹. Ela pode estar associada a pequenos traumas, doenças febris e, até mesmo, doenças do Sistema Nervoso Central (SNC). Felizmente, a maioria dos pacientes com cefaleias recorrentes ou crônicas sofre de um distúrbio cefalálgico primário, ou seja, nenhuma fonte subjacente alarmante é detectada. Mesmo assim, o sofrimento desses pacientes não pode ser subestimado, principalmente porque podem apresentar, conseqüentemente à cefaleia, perda considerável da qualidade de vida².

De um modo geral, as cefaleias são causadas por mecanismos neurovasculares. Eventos neurofisiológicos promovem a liberação de substâncias nociceptivas (potássio, prótons, metabólitos araquidônicos, por exemplo) nos espaços piaais, levando a uma depressão da atividade elétrica cortical, denominada depressão alastrante cortical³. A passagem da depressão alastrante sensibiliza as fibras trigeminovasculares, que são um dos três tipos de fibras que inervam os vasos sanguíneos meníngeos ou cerebrais. Tais fibras possuem substâncias neurotransmissoras vasoativas que, após a passagem do estímulo nervoso, são liberadas e interagem com substâncias vasorreguladoras no endotélio, atuando no tono vascular. Alguns desses neurotransmissores são a Substância P (SP) e o Peptídeo Relacionado ao Gene da Calcitonina (CGRP), responsáveis pela vasodilatação e, conseqüentemente, a sensação dolorosa⁴.

De acordo com a *International Classification of Headache Disorders 2nd Edition* (ICHD-II), as cefaleias primárias são divididas em: Migrânea, Cefaleia do Tipo Tensional (CTT), Cefaleia em salvas ou outras cefaleias trigeminovasculares e Outras cefaleias primárias. Também podem ser divididas em Episódicas, com duração inferior a 15 dias por mês, e Crônicas, para aquelas com duração de 15 ou mais dias por mês, nos últimos três meses⁵. Migrânea e CTT são os tipos de cefaleia mais encontrados na população².

1.1 ALODÍNIA CUTÂNEA E CEFALÉIA

Muitos pacientes com cefaleia apresentam sintomas sensoriais associados, sendo estes caracterizados por uma sensação dolorosa ou desconfortável, principalmente no segmento cefálico, após estímulos inócuos (dor evocada) sobre a pele hígida. A percepção dolorosa de estímulos que não são normalmente dolorosos, ou seja, inócuos, é um tipo de hiperalgesia referida como Alodínia Cutânea (AC)⁶. Os mecanismos envolvidos no surgimento da AC envolvem a sensibilização central e o aumento da excitabilidade dos neurônios do corno posterior da medula. Tais mecanismos são provenientes de impulsos nervosos originados em vias nociceptivas (fibras do tipo C). A sensibilização central, principalmente de neurônios no gânglio trigeminal, resulta em sensibilização dos neurônios de segunda ordem no núcleo caudado do trigêmeo, culminando no aparecimento da alodínia cefálica, que é a localização mais comum da alodínia. Já o aumento da excitabilidade dos neurônios do corno posterior da medula é responsável pelo aparecimento de AC em regiões extraencefálicas⁶⁻⁸. Esses mecanismos também estão relacionados à cronificação das cefaleias⁹.

A alodínia pode estar presente durante as crises de cefaleia, sendo denominada alodínia aguda, ou fora das crises, quando é chamada de alodínia interictal. Um estudo realizado por Lovati et al. (2008) demonstrou a prevalência da alodínia aguda nos pacientes com cefaleia crônica (65,4%). Dentre os pacientes com migrânea episódica a porcentagem encontrada foi de 49,7%, e no grupo com cefaleia tensional episódica, 35,7%. Em relação à alodínia interictal a ordem de prevalência entre os diferentes tipos de cefaleia permanece a mesma, porém com menor acometimento, 32,7%, 23,2% e 17,8%, respectivamente¹⁰.

Bigal et al. (2008) mostraram que pacientes que sofrem de migrânea são mais susceptíveis a desenvolver AC em relação a pacientes com outros tipos de cefaleia, e que a AC grave está diretamente relacionada à frequência e à gravidade dos ataques migranosos, aos sintomas associados a esse tipo de cefaleia e a sua incapacidade funcional⁷. Neste mesmo estudo, também foi demonstrado que a AC

está associada ao sexo feminino, à obesidade e à depressão em pacientes com migrânea. Em outro estudo, realizado por Lipton et al. (2008), a AC foi referida por 63% dos pacientes com migrânea e foi, também, associada à frequência, à gravidade, à incapacidade e aos sintomas associados à migrânea. Também foi demonstrado que a AC grave é mais frequentemente associada à migrânea de caráter latejante e unilateral, de moderada à grave intensidade, e que piora com a realização de atividades físicas⁹.

Em estudo realizado por Lovati et al (2007) entre os pacientes migranosos, a alodínia foi observada principalmente nos grupos migrânea com aura (65%) e migrânea crônica (65,9%), sendo menos comum nos pacientes com migrânea sem aura (41,2%), independente do uso abusivo de drogas⁸. Esse estudo também demonstrou que a presença de aura e a maior frequência de crises de cefaleia estão relacionadas ao desenvolvimento de alodínia.

Além disso, a AC tem sido proposta como um fator de risco para a progressão da migrânea e como um preditor de má resposta desse tipo de cefaleia à classe terapêutica dos triptanos, sendo estes ineficazes em fornecer alívio completo da dor em até 85% dos pacientes migranosos que desenvolveram alodínia⁶.

No que diz respeito a outros tipos de cefaleia, Bigal et al. (2008) demonstraram que, nos quadros de cefaleia tensional episódica grave, a prevalência da AC foi maior naqueles pacientes cujas frequência e incapacidade funcional da cefaleia eram maiores. Em relação aos fatores biológicos, a AC prevaleceu em indivíduos do sexo feminino, para todos os tipos de cefaleia primária, e nos obesos, no grupo de pacientes migranosos. Quando relacionada à idade, observou-se que quanto mais velho o indivíduo, menor é a frequência da AC⁷.

1.2 IMPACTO FUNCIONAL DA CEFALÉIA

Em virtude do impacto individual e social gerado e de sua alta prevalência, a cefaleia tem sido apontada como um importante problema de saúde pública. O impacto

funcional causado por ela pode ser constatado de várias maneiras, como: grau de interferência no trabalho e outras atividades diárias, satisfação econômica, qualidade de vida e necessidade de tratamento profilático, bem como a resposta ao mesmo. Todos os tipos de cefaleia cursam com comprometimento da qualidade de vida, porém com diferentes intensidades¹¹.

Alguns marcos importantes dessa incapacidade funcional estão refletidos nos prejuízos socioeconômicos, tendo em vista a maior prevalência da cefaleia na faixa etária de 22 a 55 anos, ou seja, faixa etária economicamente ativa, e os gastos com o sistema de saúde, já que é uma patologia de alta frequência e prevalência¹². Os prejuízos socioeconômicos, também chamados custos indiretos quando levam à diminuição da produtividade no trabalho, chegam a representar 76 a 86% do impacto provocado pela cefaleia, tendo sido observado maior grau de incapacidade entre as mulheres¹³.

Sabe-se que 74% dos pacientes com Cefaleia Crônica Diária apresentam alguma incapacidade funcional relacionada à cefaleia, sendo que, a maioria dessas incapacidades não é grave, permitindo a normal realização de suas atividades diárias, e os pacientes com Migrânea Crônica são os que mais perdem dias de trabalho, de escola, de atividades sociais e de lazer¹⁴. Um estudo realizado por Lipton, Silberstein e Stewart (1994) demonstrou que, entre os pacientes migranosos, 12% não apresentavam incapacidade, 51,3% incapacidade leve ou moderada e 35,5% incapacidade intensa¹⁵.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a migrânea encontra-se entre as quinze doenças que geram maior custo social e econômico entre as mulheres com idades entre 15 e 44 anos, sendo a migrânea crônica classificada em grau máximo de incapacidade, e comparada à psicose ativa, depressão severa, quadriplegia e câncer em estágio terminal¹⁶.

1.3 DEPRESSÃO, ANSIEDADE E CONSUMO DE ÁLCOOL NA CEFALEIA

A migrânea tem sido considerada um fator de risco para comorbidades como distúrbios do humor e transtornos de ansiedade, mas não para o consumo de álcool e o abuso de drogas ilícitas¹⁷.

Os pacientes com Cefaleia Crônica Diária apresentam um risco de 3 a 15 vezes maior de desenvolvimento de ansiedade e depressão¹⁴. Porém, de acordo com Merikangas e Stevens (1997), a ansiedade precede, em cerca de 80% dos casos, a migrânea e a depressão, apresentando-se já na infância e na adolescência. Seguindo-se a ela, aparece a migrânea. Em 75% dos casos a depressão é a última a ocorrer, e é caracterizada principalmente pela anergia. Quando se fala em transtornos de ansiedade, predominam as síndromes do pânico e as fobias¹⁸.

Os indivíduos com depressão apresentaram maior escore de alodínia do que os pacientes sem essa comorbidade, sendo o transtorno depressivo considerado um fator independente associado a um alto escore de alodínia em todos os tipos de cefaleia⁷.

O consumo de bebidas alcoólicas está relacionado aos transtornos de depressão e ansiedade, porém também tem sido proposto como um fator precipitante da migrânea¹⁹. Um estudo sobre os fatores desencadeantes da migrânea demonstrou que os fatores dietéticos são o principal gatilho desse tipo de cefaleia. Dentro desse grupo, o jejum foi o principal desencadeador, seguido pelo álcool, chocolate, vinho tinto e café²⁰. Já no estudo de Ierusalimschy e Moreira-Filho (2002) sobre os fatores desencadeantes da migrânea sem aura, o principal gatilho foi o estresse, seguido de fatores sensoriais (olfativos, visuais e auditivos, respectivamente), privação do sono e jejum. Nesse estudo o álcool ocupou o 9º lugar, sendo gatilho em 28% dos pacientes¹⁹.

Alguns estudos têm demonstrado que pacientes portadores de migrânea tendem a ter menor consumo de bebidas alcoólicas que pacientes sem essa enfermidade^{21,22}. Tal fato pode ser uma medida de precaução adotada pelos pacientes migranosos, já que o álcool é um fator desencadeante da cefaleia²³.

Um estudo realizado por Domingues e Domingues (2011) com 398 estudantes demonstrou a presença de séria indicação de problema com bebida alcoólica ou problema com bebida alcoólica em 20% das pessoas sem cefaleia, 8,6% dos indivíduos com cefaleia não migranosa e em 4% dos estudantes com migrânea, corroborando as afirmações dos estudos anteriores. Esse mesmo estudo não demonstrou associação entre o consumo de bebidas alcoólicas e o impacto funcional da cefaleia, seja ela migrânea ou não²².

Em relação aos pacientes com cefaleia do tipo tensional não está claro o padrão de consumo de bebidas alcoólicas⁵. No entanto, em relação à AC, ainda não há evidências que indicam se o padrão de consumo de álcool interfere na sua evolução.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a prevalência e o impacto da Alodínia Cutânea em pacientes com Cefaleia.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar a relação entre os tipos de cefaleia e a prevalência da Alodínia Cutânea;
2. Analisar o tempo de evolução e o impacto funcional da cefaleia e correlacioná-los ao grau de Alodínia;
3. Verificar se depressão, ansiedade e padrão de consumo de bebidas alcoólicas interferem no grau de Alodínia.

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Estudo analítico do tipo transversal realizado no ambulatório de Cefaleias do Projeto de Extensão em Cefaleias, Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV). A coleta de dados ocorreu durante o segundo semestre de 2011 e foram avaliados dados ambulatoriais de 141 pacientes atendidos com o diagnóstico de cefaleia primária, sendo 81 desses com Migrânea e 60 pacientes com Cefaleia do Tipo Tensional (CTT).

3.2 SUJEITOS E INSTRUMENTOS

Foram incluídos no estudo indivíduos de ambos os gêneros, maiores de 18 anos, com o diagnóstico cefaliátrico de migrânea ou CTT firmado por neurologista, baseando-se nos critérios estabelecidos pela *International Headache Society, International Classification of Headache Disorders 2nd Edition (ICHD-II)*⁵. Foram excluídos os pacientes com cefaleia secundária ou outra doença neurológica associada. Os pacientes que consentiram em participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) foram avaliados por meio de entrevista, onde se coletou dados sociodemográficos, bem como a caracterização e evolução do quadro álgico, uso de medicações durante as crises e a presença ou a ausência de tratamento medicamentoso profilático (APÊNDICE B). Após isso, foram aplicados o *Checklist* de Sintomas da Alodínia Cutânea (ANEXO B), o Teste de Impacto da Cefaleia (ANEXO C), os Inventários de Depressão (ANEXO D) e Ansiedade de Beck (ANEXO E) e o Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso do Álcool (ANEXO F).

3.2.1 Instrumentos

3.2.1.1 *Checklist* de Sintomas da Alodínia Cutânea (CSA)

Usado para identificar a presença e a intensidade da Alodínia; este questionário foi previamente publicado em língua inglesa, sendo desenvolvido e validado com 11 itens, testado em uma grande amostra populacional de pacientes com enxaqueca que participaram do Estudo American Migraine Prevalence and Prevention (AMPP). Vale ressaltar que o padrão-ouro para a avaliação da alodínia é o Teste Sensorial Quantitativo (TSQ), onde os limiares da dor para calor, frio, pressão e outros estímulos são mensurados com o auxílio de um computador. No entanto, o TSQ não é rotina na prática clínica e é inviável para estudos populacionais⁷.

Este questionário apresenta 11 questões que avaliam a Alodínia Cutânea (AC) cefálica (pentear o cabelo, fazer a barba, usar lentes de contato, tomar banho expondo o rosto à pressão, expor o rosto ao calor, usar óculos, usar brincos, descansar a cabeça ou rosto sobre o travesseiro, expor o rosto ao frio) e a extraencefálica (usar colar, usar roupa justa).

3.2.1.2 *Headache Impact Test* (HIT-6)

Avaliação do Comprometimento Funcional da Dor de Cabeça foi realizada pelo teste do impacto da dor de cabeça (ANEXO C). O HIT-6 é uma ferramenta usada para medir o impacto das dores de cabeça na capacidade do paciente de trabalhar, estudar, em casa e em situações sociais. A faixa de pontos varia entre 36-78, sendo que, quanto mais alto o total de pontos, maior o impacto da dor de cabeça na vida do paciente. Essa pontuação mostra o efeito das dores de cabeça na vida diária e na capacidade de atuação do paciente.

3.2.1.3 *Beck Depression Inventory* (BDI)

O Inventário de Depressão de Beck (ANEXO D) foi desenvolvido e validado por Beck et al. em 1961, tendo sido publicada uma versão revisada em 1979. Este é um questionário de múltipla escolha autoaplicável contendo 21 grupos de afirmativas sobre como o indivíduo se sentiu na última semana, sendo que em cada grupo há quatro afirmativas relacionadas a sintomas psíquicos (desesperança, irritabilidade, sensação de culpa, sentimentos de punição etc.) e físicos (perda de peso, fadiga, falta de interesse sexual etc).

3.2.1.4 *Beck Anxiety Inventory* (BAI)

O Inventário de Ansiedade de Beck (Beck et al, 1988) (ANEXO E) consiste de 21 questões sobre como o sujeito tem se sentido nos últimos sete dias, expressado em sintomas comuns da ansiedade (tais como dormência, suores frios e quentes, ou sentimento de medo). Cada questão tem um conjunto de quatro opções de resposta possíveis (absolutamente não, levemente, moderadamente e gravemente), que são organizadas em colunas e são respondidas pelo paciente marcando-se a lacuna apropriada.

3.2.1.5 *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT)

Esta escala de consumo de bebidas alcoólicas (ANEXO F) foi desenvolvida em 1992 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma maneira simples de triar e identificar pessoas que estão em risco de desenvolver problemas relacionados ao uso de bebidas alcoólicas, principalmente devido ao consumo excessivo ou dependência.

3.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram tabulados em planilhas do Microsoft Office Excel 2010.

Análise estatística de variáveis categóricas foi executada pelo teste de contingência χ -quadrado (ou pelo teste exato de Fischer, quando a frequência de células esperadas foi menor que 5), comparações de variáveis contínuas que não apresentaram uma distribuição normal no teste Kolmogorov-Smirnov foram realizadas pelo teste não paramétrico de Mann-Whitney e para correlações de diferentes variáveis (CSA, HIT-6, BDI, BAI e AUDIT) usou-se o teste não paramétrico de Spearman. Para um nível mínimo de significância estatística foi considerado o valor de $p < 0,05$. Na análise dos dados foi utilizado o *GraphPad Prism version 5.03 for Windows, GraphPad Software, San Diego California USA, www.graphpad.com*.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS, VIABILIDADE TÉCNICA E FINANCEIRA

O projeto de pesquisa foi inicialmente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) sob o protocolo nº 026/2011 (ANEXO A), tendo a pesquisa sido executada com apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Espírito Santo (FAPES) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), na forma de bolsas de Iniciação Científica oriundas do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC, EMESCAM).

4 RESULTADOS

Dos 141 pacientes entrevistados, 81 tiveram o diagnóstico cefaliátrico de Migrânea e 60 apresentaram Cefaleia do Tipo Tensional (CTT), sendo a média das idades semelhantes nos dois grupos ($p = 0,3116$, teste de Mann-Whitney). Porém houve uma diferença importante na distribuição por sexo, com a migrânea acometendo mais mulheres ($p = 0,0014$ vs. CTT, teste exato de Fisher) (Tabela 1). Não houve diferença estatística entre os grupos em relação à etnia ($p = 0,9378$, χ^2), porém o perfil dos pacientes entrevistados mostrou maior número de indivíduos em união estável no grupo de migranosos, com a CTT afetando mais indivíduos solteiros ($p = 0,0073$ vs. CTT, χ^2). Em relação à escolaridade, a amostra estudada revelou que metade dos pacientes atendidos com CTT estava cursando ou já cursou o ensino superior ($p = 0,0244$ vs. Migrânea, χ^2).

Tabela 1. Dados Sociodemográficos da Amostra Estudada

	Migrânea	CTT	p *
n (141)	81	60	--
Idade	40,57 ± 14,50	38,40 ± 18,63	0,3116
Sexo			
Feminino (%)	76 (93,83)	44 (73,3)	0,0014
Masculino (%)	5 (6,17)	16 (26,7)	
Etnia			
Branca (%)	34 (41,98)	27 (45,00)	0,9378
Parda (%)	37 (45,68)	26 (43,33)	
Negra (%)	10 (12,35)	7 (11,67)	
Estado civil			
Casado ou Amasiado (%)	38 (49,35)	17 (28,33)	0,0123
Solteiro (%)	28 (36,36)	32 (53,33)	
Divorciado (%)	8 (10,39)	3 (5,00)	
Viúvo	3 (3,90)	8 (13,33)	
Ignorado [†]	4	--	
Escolaridade			
Não alfabetizado (%)	5 (6,17)	2 (3,33)	0,0244
≤ 8 anos (%)	24 (29,63)	18 (30,00)	
De 8 até 11 anos (%)	29 (35,80)	10 (16,67)	
>11 anos (%)	23 (28,40)	30 (50,00)	

CTT: Cefaleia do Tipo Tensional.

Análise estatística realizada através de testes de contingência para variáveis categóricas e pelo teste de Mann-Whitney para variáveis contínuas. * Significância estatística quando $p < 0,05$. [†] Não considerado na análise.

As variáveis clínicas obtidas evidenciaram que os pacientes migranosos apresentavam crises de cefaleia há mais tempo ($19,44 \pm 13,47$) que aqueles com CTT ($15,04 \pm 12,90$) ($p = 0,0384$, teste de Mann-Whitney) (Tabela 2). A migrânea apresentou frequência mensal de crises superior quando comparada à CTT ($p < 0,0001$, teste de Mann-Whitney), tendo sido identificados mais casos de pacientes com cefaleia crônica no grupo de migranosos ($0,0167$ vs. CTT, teste exato de Fischer). Não houve diferença entre os grupos Migrânea vs. CTT no que concerne à medida antropométrica Índice de Massa Corporal (IMC) ($p = 0,5823$, teste exato de Fischer). Aura esteve presente em 14,81% dos casos de migrânea.

Tabela 2. Dados Clínicos e Medidas Psicopatológicas: Migrânea vs. CTT

n (141)	Migrânea n (81)	CTT n (60)	p *
Idade de início da cefaleia (anos)	21,07 ± 12,14	21,93 ± 14,06	0,9406
Tempo de doença (anos)	19,44 ± 13,47	15,04 ± 12,90	0,0384
Frequência de crises (dias/mês)	10,05 ± 7,19	5,54 ± 6,57	< 0,0001
Classificação			
Episódica vs. Crônica			
Episódica (%)	48 (60,76)	48 (80,00)	0,0167 [†]
Crônica (%)	31 (39,24)	12 (20,00)	
Não especificado	2	--	
Com aura (%)	12 (14,81)	--	--
Sem aura (%)	69 (85,19)	--	--
HIT-6	62,41 ± 8,80	51,37 ± 8,17	< 0,0001
BDI	16,73 ± 13,56	9,55 ± 10,08	0,0014
BAI	16,96 ± 13,69	8,28 ± 6,20	0,0003
Alodínia	4,16 ± 3,71	1,15 ± 2,04 *	< 0,0001
AUDIT	1,67 ± 3,48	2,40 ± 3,71 [†]	0,1434
IMC	24,53 ± 3,92	26,35 ± 6,00	0,1962
< 25 (kg/m ²) (%)	37 (56,06)	27 (50)	0,5823
≥ 25 (kg/m ²) (%)	29 (43,94)	27 (50)	
Não especificado [†]	15	6	

Valores apresentados como médias ± desvio-padrão.

CTT: Cefaleia do Tipo Tensional; HIT-6: Headache Impact Test-6; BDI: Inventário de Depressão de Beck; BAI: Inventário de Ansiedade de Beck; AUDIT: Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao uso do Alcool; IMC: Índice de Massa Corporal.

Análise estatística realizada através de testes de contingência para variáveis categóricas e pelo teste de Mann-Whitney para variáveis contínuas. * Significância estatística quando $p < 0,05$. [†] Não considerado na análise.

Os pacientes com Migrânea Episódica (ME) apresentaram idade de início da cefaleia menor que aqueles pacientes com Migrânea Crônica (MC) ($p = 0,0093$, teste de Mann-Whitney) e, por conseguinte, foram atendidos na época da pesquisa com idade inferior ($p = 0,0177$, teste de Mann-Whitney). Porém, em relação ao tempo de doença não houve diferença entre os grupos ($p = 0,9788$, teste de Mann-Whitney) (Tabela 3). Conforme esperado, a frequência de crises mensais foi maior nos indivíduos com MC ($p < 0,0001$ vs. ME, teste de Mann-Whitney).

Tabela 3. Dados Clínicos e Medidas Psicopatológicas: Migrânea Episódica vs. Crônica

n (81)	ME n (50)	MC n (31)	p *
Idade (anos)	37,68 ± 14,65	45,23 ± 13,17	0,0177
Sexo			
Feminino (%)	46 (93,83)	30 (73,3)	0,6437
Masculino (%)	4 (6,17)	1 (26,7)	
Idade de início da cefaleia (anos)	18,89 ± 10,94	25,95 ± 13,51	0,0093
Tempo de doença (anos)	19,13 ± 12,72	20,14 ± 15,35	0,9788
Frequência crises (dias/mês)	6,44 ± 3,89	17,43 ± 6,77	< 0,0001
Classificação			
Com aura (%)	6 (12,00)	6 (19,35)	0,5212
Sem aura (%)	44 (88,00)	25 (80,65)	
HIT-6	60,59 ± 8,28	65,29 ± 8,96	0,0186
BDI	12,52 ± 12,05	23,52 ± 13,28	0,0002
BAI	13,82 ± 13,22	22,03 ± 13,08	0,0031
Alodínia	4,12 ± 4,09	4,23 ± 3,05	0,4512
AUDIT	1,08 ± 1,61	2,61 ± 5,16	0,7700
IMC	24,05 ± 4,04	25,54 ± 3,50	0,1445
< 25 (kg/m ²) (%)	27 (60,00)	10 (47,62)	0,4278
≥ 25 (kg/m ²) (%)	18 (40,00)	11 (52,38)	
Não especificado [†]	5	10	

Valores apresentados como médias ± desvio-padrão.

ME: Migrânea Episódica; MC: Migrânea Crônica; HIT-6: Headache Impact Test-6; BDI: Inventário de Depressão de Beck; BAI: Inventário de Ansiedade de Beck; AUDIT: Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao uso do Alcool; IMC: Índice de Massa Corporal.

Análise estatística realizada através de testes de contingência para variáveis categóricas e pelo teste de Mann-Whitney para variáveis contínuas. * Significância estatística quando $p < 0,05$. [†] Não considerado na análise.

Em relação à apresentação de aura, pode ser verificado na Tabela 3 que houve seis pacientes com MC (Provável Migrânea, ou possível Cefaleia Crônica Diária) que

referiram aura, não tendo diferença estatística entre o grupo ME e o grupo MC ($p = 0,5212$, teste exato de Fischer). Os pacientes com MC mostraram grau de incapacidade maior ($p = 0,0186$ vs. ME, teste de Mann-Whitney) e escores de depressão e ansiedade mais elevados ($p = 0,0002$ e $0,0031$ vs. ME, respectivamente, teste de Mann-Whitney). Não houve alterações de IMC significantes estatisticamente na amostra estudada ($p = 0,4278$, teste exato de Fischer), porém, 52,38% dos pacientes com MC tinham sobrepeso ou obesidade.

Os pacientes com Cefaleia do Tipo Tensional também foram divididos em dois grupos, Cefaleia do Tipo Tensional Episódica (CTTE) e Cefaleia do Tipo Tensional Crônica (CTTC), e não exibiram diferenças estatisticamente significantes em relação à idade na época de início da cefaleia e ao tempo de doença, apesar dos pacientes com CTTC atendidos apresentarem-se mais idosos à época do atendimento ($p = 0,0121$ vs. CTTE, teste de Mann-Whitney) (Tabela 4).

Tabela 4. Dados Clínicos e Medidas Psicopatológicas: CTT Episódica vs. Crônica

n (60)	CTTE n (48)	CTTC n (12)	p *
Idade (anos)	34,92 ± 16,66	52,33 ± 20,29	0,0121
Sexo	n (50)	n (31)	
Feminino (%)	36 (93,83)	8 (73,3)	0,7163
Masculino (%)	12 (6,17)	4 (26,7)	
Idade de início da cefaleia (anos)	21,10 ± 13,30	26,33 ± 17,88	0,3133
Tempo de doença (anos)	13,81 ± 11,74	21,56 ± 17,31	0,2877
Frequência crises (dias/mês)	3,32 ± 2,66	20,43 ± 5,44	< 0,0001
HIT-6	50,67 ± 7,25	54,17 ± 11,07	0,3543
BDI	6,79 ± 4,57	20,58 ± 17,01	0,0160
BAI	6,98 ± 4,40	13,50 ± 9,30	0,0248
Alodínia	0,90 ± 1,63	2,17 ± 3,10	0,1573
AUDIT	2,27 ± 3,15	2,92 ± 5,55	0,2809
IMC	24,05 ± 4,04	25,54 ± 3,50	0,1445
< 25 (kg/m ²) (%)	23 (48,94)	4 (57,14)	1,0000
≥ 25 (kg/m ²) (%)	24 (51,06)	3 (42,86)	
Não especificado †	1	5	

Valores apresentados como médias ± desvio-padrão.

ME: Migrânea Episódica; MC: Migrânea Crônica; HIT-6: Headache Impact Test-6; BDI: Inventário de Depressão de Beck; BAI: Inventário de Ansiedade de Beck; AUDIT: Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao uso do Alcool; IMC: Índice de Massa Corporal.

Análise estatística realizada através de testes de contingência para variáveis categóricas e pelo teste de Mann-Whitney para variáveis contínuas. * Significância estatística quando $p < 0,05$. † Não considerado na análise.

O impacto funcional da cefaleia não mostrou diferença significativa entre os grupos CTTE e CTTC ($p = 0,3543$ CTTE vs. CTTC, teste de Mann-Whitney), porém os escores do HIT-6 foram ligeiramente mais altos na CTTC. As escalas de depressão e ansiedade para os pacientes com CTTE evidenciaram baixa prevalência de tais distúrbios do humor e ansiedade nesse grupo, estando as médias dos escores dentro dos parâmetros de normalidade (sem depressão quando < 15 e leve ansiedade se < 9 ; BDI $\approx 6,79 \pm 4,57$, BAI $\approx 6,98 \pm 4,40$), embora alguns poucos pacientes com CTTE tenham apresentado alterações que possam sugerir comorbidade isolada sem associação com a cefaleia (**Tabela 4**).

Na avaliação do estado de hiperalgesia associado à crise de cefaleia, 42,55% dos pacientes estudados referiram alodínia cutânea em alguma intensidade, sendo que 81,67% destes apresentavam migrânea, e apenas 18,33%, CTT ($p < 0,0001$, teste exato de Fischer) (**Tabela 5**). A alodínia afetou 60,49% dos pacientes com migrânea e 18,33% dos pacientes com CTT. A intensidade da alodínia foi significativamente superior na migrânea ($p < 0,0001$ vs. CTT, teste de Mann-Whitney) (**Figura 1**).

Tabela 5. Prevalência e Intensidade da Alodínia Cutânea na Cefaleia

n (141)	Migrânea n (81)	CTT n (60)	p *
Alodínia	4,16 \pm 3,71	1,15 \pm 2,04	< 0,0001
Classificação da Alodínia (42,55%)			
Sem (%)	32 (39,51)	49 (81,67)	
Leve (%)	24 (29,63)	9 (15,00)	< 0,0001 +
Moderada (%)	12 (14,81)	1 (1,67)	
Severa (%)	13 (16,05)	1 (1,67)	

CTT: Cefaleia do Tipo Tensional.

Análise estatística realizada através de testes de contingência para variáveis categóricas e pelo teste de Mann-Whitney para variáveis contínuas. * Significância estatística quando $p < 0,05$.

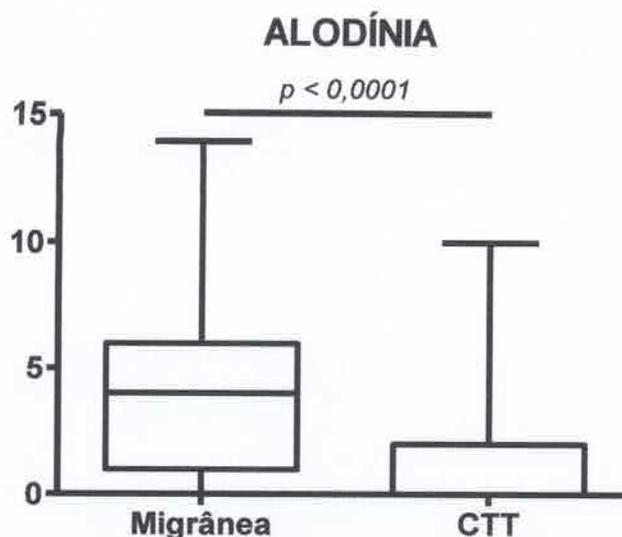


Figura 1. Comparação das Médias de Intensidade da Alodínia na Migrânea e na CTT

A **Tabela 6** mostra que, quando os pacientes foram divididos em dois grupos (Sem Alodínia vs. Com Alodínia), a idade de início da cefaleia foi maior nos pacientes com alodínia ($p = 0,0266$, teste de Mann-Whitney), além da frequência mensal de crises também ter sido superior nesses pacientes ($p = 0,0013$, teste de Mann-Whitney). A proporção de pacientes do sexo feminino, entre aqueles com Alodínia, é estatisticamente maior que entre aqueles sem Alodínia ($p = 0,0007$, χ^2). Aqueles com CTTE poucas vezes referiram Alodínia, no entanto, não houve diferença entre as proporções de CTTE e CTTC com e sem Alodínia ($p = 0,2057$, teste exato de Fischer), embora 1/3 dos pacientes com CTTC tenham referido alodínia. Também não foi evidenciada diferença estatística entre as proporções de ME e MC ($p = 0,1071$, teste exato de Fischer). Aqueles com Migrânea Com Aura (MCA) geralmente referem Alodínia Cutânea durante as crises de cefaleia, sendo que a proporção de pacientes com aura entre aqueles que apresentaram Alodínia é estatisticamente maior que entre aqueles sem Alodínia ($p = 0,0230$, teste exato de Fischer). No entanto, quando a presença de Alodínia foi graduada conforme o *Checklist* de Sintomas da Alodínia Cutânea (CSA), não houve diferença estatisticamente entre as proporções de pacientes sem Alodínia e as classificações da intensidade da Alodínia ($p = 0,1195$, χ^2), muito embora a tendência acima tenha se mantido (**Figura 2**).

Tabela 6. Dados Clínicos e Medidas Psicopatológicas: Com Alodínia vs. Sem Alodínia

n (141)	Sem Alodínia n (81)	Com Alodínia n (60)	p *
Idade (anos)	37,09 ± 16,61	43,10 ± 15,48	0,0266
Sexo			
Feminino (%)	62 (76,54)	58 (96,67)	0,0007
Masculino (%)	19 (23,46)	2 (3,33)	
Idade de início da cefaleia (anos)	21,24 ± 12,84	21,80 ± 13,38	0,4798
Tempo de doença (anos)	15,81 ± 13,07	19,86 ± 13,53	0,0664
Frequência crises (dias/mês)	6,39 ± 6,43	10,38 ± 7,80	0,0013
Classificação			
CTT	49	11	
CTT episódica (%)	41 (83,67)	7 (63,64)	0,2057
CTT crônica (%)	8 (16,33)	4 (36,36)	
Migrânea	32	49	
Migrânea com aura (%)	1 (3,13)	11 (22,45)	0,0230
Migrânea sem aura (%)	31 (96,88)	38 (77,55)	
Migrânea Episódica (%)	23 (71,87)	25 (53,19)	0,1071
Migrânea Crônica (%)	9 (28,13)	22 (46,81)	
HIT-6	54,14 ± 9,26	62,54 ± 9,25	< 0,0001
BDI	9,235 ± 9,27	19,67 ± 14,18	< 0,0001
BAI	8,62 ± 8,20	19,55 ± 13,25	< 0,0001
Alodínia	0,49 ± 0,76	6,10 ± 2,99	< 0,0001
AUDIT	2,33 ± 3,62	1,50 ± 3,52	0,0418
IMC	24,05 ± 4,04	25,54 ± 3,50	0,1445
< 25 (kg/m ²) (%)	37 (52,11)	27 (55,10)	0,8527
≥ 25 (kg/m ²) (%)	34 (47,89)	22 (44,90)	
Não especificado [†]	10	11	

Valores apresentados como médias ± desvio-padrão.

ME: Migrânea Episódica; MC: Migrânea Crônica; HIT-6: Headache Impact Test-6; BDI: Inventário de Depressão de Beck; BAI: Inventário de Ansiedade de Beck; AUDIT: Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao uso do Álcool; IMC: Índice de Massa Corporal.

O grupo Com Alodínia compõe-se de pacientes com pontuação ≥ 3 pontos no *Checklist* de Sintomas da Alodínia Cutânea (CSA).

Análise estatística realizada através de testes de contingência para variáveis categóricas e pelo teste de Mann-Whitney para variáveis contínuas. * Significância estatística quando $p < 0,05$. [†] Não considerado na análise.

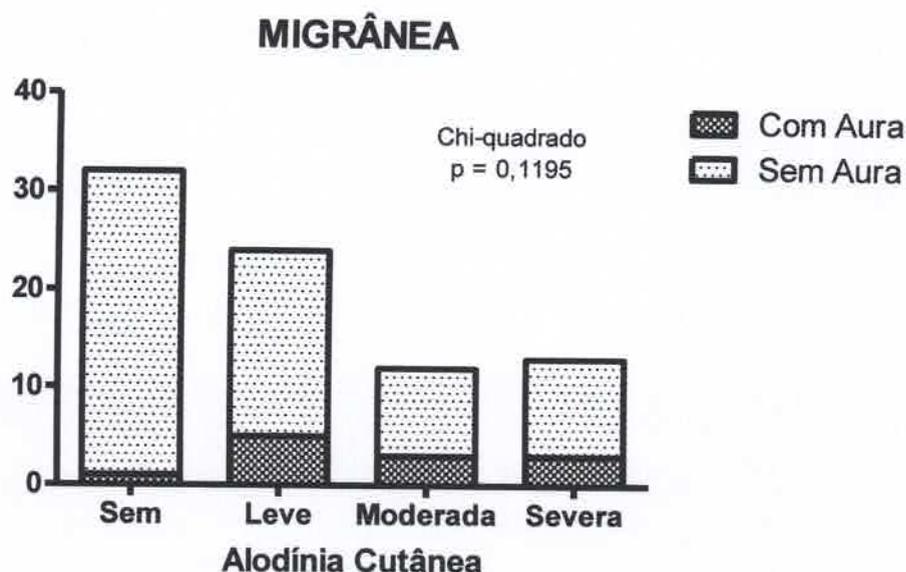


Figura 2. Comparação das Proporções das Classificações de Intensidade da Alodínia conforme apresentação de Aura na Migrânea

Ainda na **Tabela 6**, pode ser visto que os pacientes com alodínia, independentemente se Migrânea ou CTT, tiveram comprometimento funcional (HIT-6) semelhante ao grupo de pacientes migranosos (na migrânea, o HIT-6 foi $62,41 \pm 8,80$; e nos pacientes com alodínia, $62,54 \pm 9,25$, $p = 0,9507$, teste de Mann-Whitney). Comparando as **Tabelas 2 e 6**, pode-se verificar que os pacientes com alodínia são mais depressivos e ansiosos que aqueles sem alodínia ($p = < 0,0001$, em ambas as situações, teste de Mann-Whitney), e também apresentam uma tendência maior de depressão e ansiedade que os pacientes com migrânea, embora não tenha havido significância estatística nessa comparação (BDI: $p = 0,1784$; e BAI: $p = 0,1738$, teste de Mann-Whitney).

Como se pode observar na **Figura 3**, os pacientes sem alodínia consumiam, em média, mais álcool que o restante dos pacientes com alodínia ($p = 0,0418$, teste de Mann-Whitney).

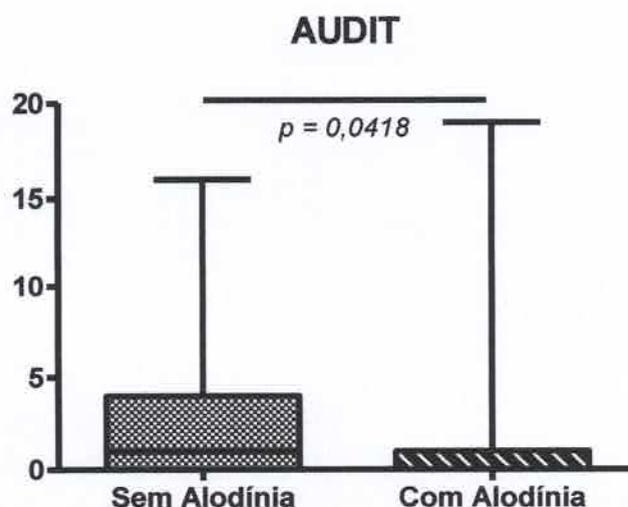


Figura 3. Comparação das Médias do Escore AUDIT em Pacientes Com Alodínia vs. Sem Alodínia

O tempo de evolução da migrânea correlacionou-se com a alodínia de forma que, quanto mais tempo (em anos) teve o início do quadro de cefaleia, mais alta foi a intensidade da alodínia ($p = 0,0145$, teste de Spearman) (**Figura 4**). De maneira diferente, a duração da CTT não mostrou correlação significativa com a intensidade da alodínia, embora houvesse uma tendência de correlação inversa desses pontos ($p = 0,2709$, teste de Spearman) (**Figura 5**).

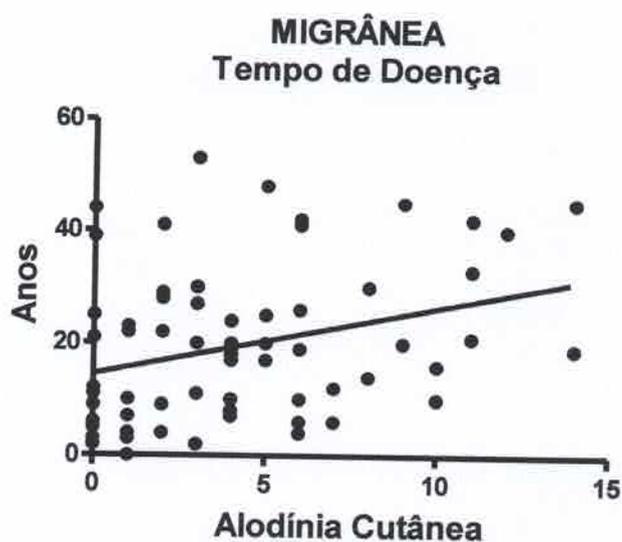


Figura 4. Relação entre o tempo de doença (em anos) e a intensidade da Alodínia Cutânea na Migrânea
* $p = 0,0145$, teste de Spearman

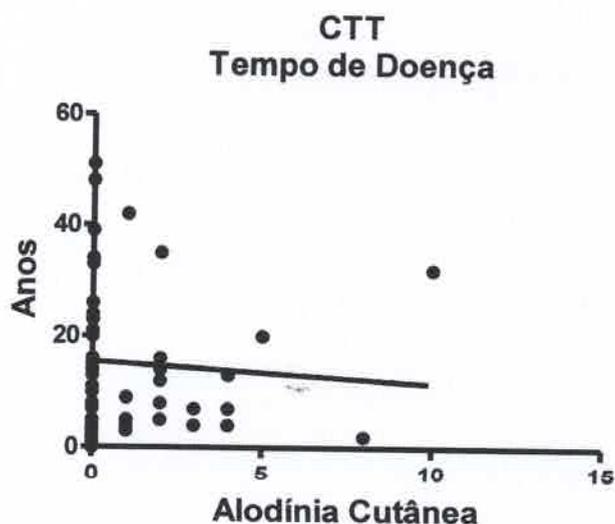


Figura 5. Relação entre o tempo de doença (em anos) e a intensidade da Alodínia Cutânea na CTT
* $p = 0,2709$, teste de Spearman

A **Tabela 7** mostra as comparações entre os dados de pacientes com HIT-6 leve vs. HIT-6 moderado, substancial e intenso, podendo ser visualizado que o escore médio da alodínia entre aqueles com maior impacto funcional é estatisticamente maior que o escore médio da alodínia entre aqueles com impacto funcional leve ($p = 0,0006$, teste de Mann-Whitney).

Tabela 7. Dados Clínicos e Medidas Psicopatológicas: Impacto Funcional

n (141)	HIT-6 leve n (32)	HIT-6 moderado-intenso n (109)	p *
Idade (anos)	42,72 ± 17,06	38,74 ± 16,11	0,2314
Sexo			
Feminino (%)	23 (71,88)	97 (88,99)	0,0242
Masculino (%)	9 (28,12)	12 (11,01)	
Idade de início da cefaleia (anos)	27,55 ± 16,45	19,46 ± 11,04	0,0283
Tempo de doença (anos)	15,23 ± 13,20	18,16 ± 13,39	0,1797
Frequência crises (dias/mês)	6,00 ± 7,83	8,57 ± 7,00	0,0030
Classificação			
CTT	26	34	
CTT episódica (%)	21 (80,77)	27 (79,41)	1,0000
CTT crônica (%)	5 (19,23)	7 (20,59)	
Migrânea	6	75	
Migrânea com aura (%)	0	12 (16,00)	0,5845
Migrânea sem aura (%)	6 (100,00)	63 (84,00)	
Migrânea Episódica (%)	4 (66,67)	44 (60,27)	1,0000
Migrânea Crônica (%)	2 (33,33)	29 (39,73)	
HIT-6	43,81 ± 3,86	61,79 ± 7,36	< 0,0001
BDI	9,69 ± 8,25	14,84 ± 13,51	0,1762
BAI	7,34 ± 5,99	15,01 ± 12,65	0,0016
Alodínia	1,13 ± 2,03	3,39 ± 3,61	0,0006
AUDIT	2,09 ± 3,64	1,95 ± 3,59	0,8344
IMC	24,05 ± 4,04	25,54 ± 3,50	0,1445
< 25 (kg/m ²) (%)	12 (42,86)	52 (56,52)	0,2795
≥ 25 (kg/m ²) (%)	16 (57,42)	40 (43,48)	
Não especificado [†]	4	17	

Valores apresentados como médias ± desvio-padrão.

ME: Migrânea Episódica; MC: Migrânea Crônica; HIT-6: Headache Impact Test-6; BDI: Inventário de Depressão de Beck; BAI: Inventário de Ansiedade de Beck; AUDIT: Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao uso do Alcool; IMC: Índice de Massa Corporal.

Análise estatística realizada através de testes de contingência para variáveis categóricas e pelo teste de Mann-Whitney para variáveis contínuas. * Significância estatística quando $p < 0,05$. [†] Não considerado na análise.

Nos pacientes migranosos, transtorno depressivo moderado a grave ocorreu em 33,33% da amostra e ansiedade moderada a grave foi evidenciada em 44,44%, enquanto nos pacientes com CTT, transtornos do humor e ansiedade ocorreram em 8,75% e 8,33%, respectivamente. Como demonstrado anteriormente na **Tabela 2**, os pacientes com migrânea obtiveram escores de depressão ($16,73 \pm 13,56$) ($p = 0,0014$, teste de Mann-Whitney) e ansiedade ($16,96 \pm 13,69$) ($p = 0,0003$, teste de Mann-Whitney) mais altos quando comparados aos pacientes com CTT (BDI: $9,55 \pm 10,08$) (BAI: $8,28 \pm 6,20$). Esses valores permaneceram com elevada significância estatística quando estratificados conforme a classificação das escalas de depressão e ansiedade (respectivamente $p = 0,0009$ e $p < 0,0001$; χ^2) (**Tabela 8**). As dores de cabeça nos pacientes migranosos geraram maior incapacidade funcional ($p < 0,0001$ vs. CTT, teste de Mann-Whitney) e, notadamente, 68,75% dos pacientes com migrânea apresentaram impacto funcional da cefaleia intenso, enquanto na CTT, 70% mostraram impacto funcional leve ou moderado.

Tabela 8. Distúrbios de Humor e Ansiedade Associados às Cefaleias e Incapacidade

	Migrânea	CTT	p *
n (144)	81	60	--
BDI	$16,73 \pm 13,56$	$9,55 \pm 10,08$	0,0014
Sem depressão (%)	43 (53,09)	51 (85,00)	
Depressão leve (%)	11 (13,58)	2 (3,33)	0,0009
Depressão moderada (%)	13 (16,05)	2 (3,33)	
Depressão grave (%)	14 (17,28)	5 (8,33)	
BAI	$16,96 \pm 13,69$	$8,28 \pm 6,20$	0,0003
Sem ansiedade (%)	33 (40,74)	41 (68,33)	
Ansiedade leve (%)	12 (14,81)	14 (23,33)	< 0,0001
Ansiedade moderada (%)	21 (25,93)	5 (8,33)	
Ansiedade grave (%)	15 (18,52)	---	
HIT-6	$62,41 \pm 8,80$	$51,37 \pm 8,17$	< 0,0001
Leve (%)	6 (7,50)	26 (43,33)	
Moderado (%)	13 (16,25)	16 (26,67)	< 0,0001
Substancial (%)	6 (7,50)	12 (20,00)	
Intenso (%)	55 (68,75)	6 (10,00)	

CTT: Cefaleia do Tipo Tensional; BDI: Inventário de Depressão de Beck; BAI: Inventário de Ansiedade de Beck; HIT-6: Headache Impact Test-6.

Análise estatística realizada através de testes de contingência para variáveis categóricas e pelo teste de Mann-Whitney para variáveis contínuas. * Significância estatística quando $p < 0,05$.

A média de consumo de bebidas alcoólicas mostrou-se levemente superior na CTT quando comparada à migrânea, embora não houve, na amostra estudada, diferença entre os tipos de cefaleia em relação ao uso do álcool ($p = 0,1434$, teste de Mann-Whitney) (Tabela 9). Em relação à alodínia, observou-se uma tendência ao menor consumo de álcool entre aqueles pacientes com maior intensidade da alodínia, todavia não houve correlação apresentando significância estatística, nem na migrânea e nem na CTT (respectivamente, $p = 0,1252$ e $0,2796$, teste de Spearman) (Figura 6).

Tabela 9. Consumo de Bebidas Alcoólicas na Cefaleia

n (141)	Migrânea n (81)	CTT n (60)	p *
AUDIT	1,67 ± 3,48	2,40 ± 3,71	0,1434
Classificação			
Abstêmio (%)	49 (60,49)	31 (51,67)	
Uso de Baixo Risco (%)	28 (34,57)	22 (36,67)	0,2842
Uso de Risco ou Nocivo (%)	4 (4,94)	7 (11,67)	

CTT: Cefaleia do Tipo Tensional; AUDIT: Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao uso do Álcool. Análise estatística realizada através de testes de contingência para variáveis categóricas e pelo teste de Mann-Whitney para variáveis contínuas. * Significância estatística quando $p < 0,05$.

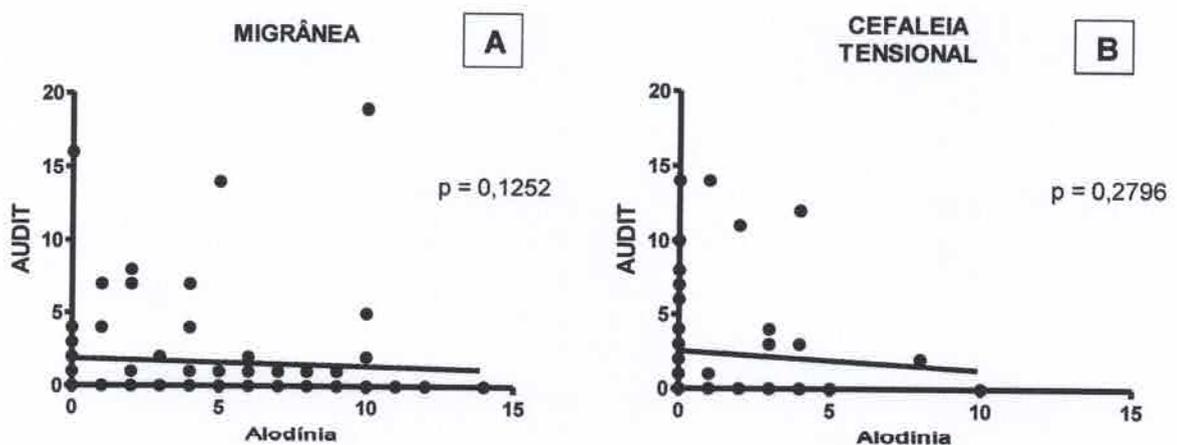


Figura 6. Correlação entre AUDIT e Alodínia na Migrânea (A) e na CTT (B)

Tabela 10. Dados Clínicos e Medidas Psicopatológicas: Abstêmios vs. Não Abstêmios

n (141)	Abstêmios n (79)	Não Abstêmios n (62)	p *
Idade (anos)	42,72 ± 17,06	38,74 ± 16,11	0,2314
Sexo			
Feminino (%)	8 (71,88)	13 (88,99)	
Masculino (%)	71 (28,12)	49 (11,01)	0,0956
Idade de início da cefaleia (anos)	23,58 ± 14,39	19,02 ± 10,81	0,1456
Tempo de doença (anos)	22,13 ± 14,29	12,00 ± 9,75	< 0,0001
Frequência crises (dias/mês)	8,57 ± 7,52	7,35 ± 6,94	0,3630
Classificação			
CTT	30	30	
CTT episódica (%)	21 (70,00)	27 (90,00)	
CTT crônica (%)	9 (30,00)	3 (10,00)	0,1042
Migrânea	49	32	
Migrânea com aura (%)	9 (18,37)	3 (9,37)	
Migrânea sem aura (%)	40 (81,63)	29 (90,63)	0,3469
Migrânea Episódica (%)	26 (66,67)	22 (68,75)	
Migrânea Crônica (%)	21 (33,33)	10 (31,25)	0,2511
AUDIT	0	4,50 ± 4,24	< 0,0001
HIT-6	59,17 ± 10,66	55,81 ± 9,14	0,0466
BDI	16,00 ± 13,81	10,71 ± 10,44	0,0220
BAI	15,73 ± 12,30	10,13 ± 9,21	0,0084
Alodínia	3,41 ± 3,67	2,21 ± 3,03	0,0204
IMC			
≤ 25 kg/m ² (%)	30 (48,39)	34 (58,62)	
> 25 kg/m ² (%)	32 (51,61)	24 (41,38)	0,2780
Não especificado [†]	17	4	

Valores apresentados como médias ± desvio-padrão.

CTT: Cefaleia do Tipo Tensional; AUDIT: Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao uso do Álcool; HIT-6: Headache Impact Test-6; BDI: Inventário de Depressão de Beck; BAI: Inventário de Ansiedade de Beck; IMC: Índice de Massa Corporal.

Análise estatística realizada através de testes de contingência para variáveis categóricas e pelo teste de Mann-Whitney para variáveis contínuas. * Significância estatística quando $p < 0,05$. [†] Não considerado na análise.

5 DISCUSSÃO

Segundo revisão de Mathew e Garza, (2011), a cefaleia tensional é o tipo mais comum de cefaleia primária apresentando prevalência de 88% em mulheres e 68% em homens. Já a migrânea, que também prevalece no sexo feminino, é o tipo de cefaleia primária que mais leva o indivíduo a procurar atendimento médico e tratamento²⁴. Em nosso estudo, com pacientes provenientes do ambulatório de cefaleia, observa-se maior prevalência da migrânea sobre a cefaleia tensional, corroborando o fato de que os indivíduos migranosos são os que mais procuram atendimento médico. Além disso, conforme o esperado, a migrânea e a cefaleia tensional predominam no sexo feminino. Ainda, a análise categórica dos sexos mostra que, entre o sexo feminino, a migrânea sobressai em relação à cefaleia tensional. O contrário pode ser observado entre os pacientes do sexo masculino.

Bigal e Speciali, (2004) apresentaram estudo de revisão em que a prevalência de migrânea varia conforme a população estudada, podendo ou não ser mais prevalente que a cefaleia tensional¹⁴. Como supracitado, na nossa amostra de pacientes, há um predomínio de casos de migrânea sobre os de cefaleia tensional. Segundo Silberstein (2004), após a puberdade a prevalência da migrânea aumenta nas mulheres em relação aos homens, e permanece assim até cerca de 40 anos, quando começa a declinar²⁵. Neste nosso estudo não foram incluídos pacientes menores de 18 anos, e a média das idades foi 32,5 anos, sendo essa uma das justificativas do predomínio da migrânea no sexo feminino.

Conforme Silberstein (2004), a prevalência de migrânea é baixa em asiáticos-americanos, intermediária em afroamericanos e alta em brancos²⁵. Os resultados encontrados no estudo atual revelam alta prevalência da migrânea em pardos, sendo relativamente menor entre a população negra. Esses dados podem ser parcialmente explicados pela grande miscigenação da população brasileira.

Neste nosso estudo de pacientes ambulatoriais, a migrânea prevalece entre indivíduos casados, enquanto a CTT ocorre duas vezes mais em solteiros. É importante observar que a diferença de idade entre os dois grupos de cefaleia não é grande o suficiente para explicar tal achado. Ainda assim, não há dados na literatura que confirmem ser o estado civil casado um fator de risco para migrânea.

Um estudo epidemiológico realizado por Waters et al. (1971) evidenciou que pessoas mais inteligentes e com melhores condições econômicas tendem a procurar mais atendimento médico do que o restante da população²⁶. Assim, de acordo com Rasmussen e Olesen, (1996), isso poderia justificar o fato de a migrânea prevalecer nesse segmento populacional, uma vez que, devido a maior procura por atendimento médico, o diagnóstico torna-se mais fácil²⁷. Já em relação à cefaleia tensional, estudos não mostraram sua associação com estado civil, classe social e nível educacional. A justificativa é o fato de poucos indivíduos com cefaleia tensional procurarem atendimento médico¹. Porém, estudos realizados por Breslau et al. (2001), Stewart et al. (1996) e Schwartz et al. (1998) revelaram que o menor nível educacional e o menor nível econômico são fatores de risco para a migrânea e a cefaleia tensional crônica²⁸⁻³⁰. Em nosso estudo, a migrânea e a CTT prevaleceram nas pessoas com maior grau de instrução, mais de oito anos de estudo, achado que está de acordo com as referências acima se considerarmos a maior facilidade diagnóstica e, conseqüentemente, o maior número de casos dentro desse grupo.

Em nosso estudo, evidenciamos que pacientes migranosos apresentaram maior tempo de doença do que pacientes com cefaleia tensional. Isso pode ser justificado pelo fato de a migrânea apresentar início precoce, ainda na infância, aumentado até a 4ª década, quando começa então a cair. Já a cefaleia tensional, apresenta um pico entre 30-39 anos, declinando logo depois³¹. No entanto, a idade de início da cefaleia foi semelhante em ambos os grupos.

Já em relação à frequência das crises, nosso estudo encontrou maior número de crises mensais e maior cronificação da cefaleia no grupo de pacientes com migrânea quando comparados aos pacientes com cefaleia tensional. Em estudos populacionais é incomum a presença de mais de uma crise de cefaleia por mês dentre os pacientes com migrânea, e ocorre em apenas 20% da população. Já em estudos clínicos, a frequência é maior. Uma das explicações é o fato de a maior frequência culminar na maior procura por atendimento médico. Em relação à cefaleia tensional, estudos populacionais concordam que a maioria dos pacientes está enquadrada no grupo com menos de uma crise por mês, 59%, e no grupo de cefaleia tensional episódica com mais de uma crise por mês, 37%; enquanto apenas 3% da população apresenta cefaleia tensional crônica, com pelo menos 180 dias de crise por ano¹. Os dados encontrados por nosso estudo podem ser explicados pelo

fato de ser um estudo com pacientes ambulatoriais, ou seja, maior tendência a atender pacientes com cefaleias crônicas. Outro estudo, realizado por Queiroz et al. (2008), revelou que dentro do grupo das cefaleias crônicas, 72% corresponde à migrânea e 26% à cefaleia do tipo tensional. Além disso, esse estudo também mostrou a prevalência da cefaleia crônica entre os indivíduos que vivem com renda familiar maior ou igual a 10 salários mínimos, quando comparados a indivíduos que vivem com menos de cinco salários. Mas, quando comparada apenas à presença ou ausência de emprego, houve maior prevalência entre os indivíduos desempregados³².

Em relação à idade de início da migrânea episódica ser inferior a da crônica não foram achados dados na literatura que justifiquem tal fato, apesar de haver sido encontrada uma diferença significativa estatisticamente entre os dois grupos.

Já em relação à presença de aura, um estudo realizado por Lipton (2009) revelou ser a aura um fator de risco para a transformação de migrânea episódica em crônica³³. Nosso estudo demonstrou que 50% dos pacientes com aura fazem parte do grupo de pacientes com migrânea crônica. Isso pode ser justificado se considerarmos que esses pacientes estavam, na verdade, na fase de transição da migrânea episódica para a crônica, e não na fase crônica, como considerado.

Em relação às comorbidades associadas à migrânea, nosso estudo revelou que pacientes com migrânea crônica apresentam maior incapacidade funcional e são mais depressivos e ansiosos que indivíduos com migrânea episódica. Vários estudos demonstraram importante comprometimento da qualidade de vida, com perda da produtividade do trabalho, perda de atividades sociais e maior risco de ansiedade e depressão em pacientes migranosos quando comparados a outras doenças crônicas e à população geral^{11,34,35}. Assim, é de se esperar que a migrânea crônica, com cefaleia em mais de quinze dias por mês, apresente maior impacto individual e social que a migrânea episódica. A análise dos dados sugere que a evolução temporal da migrânea está associada com o aumento das comorbidades e, diferente da migrânea, na CTT as comorbidades não evoluem drasticamente com a cronificação da cefaleia.

No que se refere à cefaleia tensional, nosso estudo não mostra diferença estatisticamente significativa em relação ao impacto funcional entre os grupos cefaleia tensional episódica e crônica, porém o HIT-6 dos pacientes com cefaleia

tensional crônica é ligeiramente maior que o de pacientes com episódica. Já os escores de depressão e ansiedade são normais no grupo com cefaleia tensional episódica, e o grupo com cefaleia tensional crônica apresenta maior pontuação nesses escores. Um estudo realizado por Rollnik et al. (2001) demonstrou que pacientes com cefaleia tensional episódica tendem a ter maior controle sobre a dor, assim não apresentam diferença significativa no impacto funcional em comparação com a população em geral. Porém, os pacientes com cefaleia tensional crônica tendem a apresentar estados persistentes de depressão e ansiedade e, conseqüentemente, um sentimento de desamparo. Assim, acabam por lançar mão de estratégias ineficazes de enfrentamento da dor. Isso pode levar a um estado prolongado de dor e redução da qualidade de vida³⁶. Tais fatos corroboram os achados de nosso estudo.

Quando se estuda o estado de hiperalgesia dos pacientes que referiram alodínia cutânea em nosso estudo, 60,49% apresentavam migrânea, enquanto apenas 18,33% apresentavam cefaleia tensional. Além disso, a intensidade da alodínia foi significativamente maior nos pacientes migranosos, com 30,86% deles apresentando alodínia moderada à grave. Segundo Bigal et al. (2008), pacientes migranosos são mais suscetíveis à desenvolver alodínia cutânea do que pacientes com outros tipos de cefaleia⁷. Isso ocorre devido ao menor limiar de dor que esses pacientes apresentam⁸. De um modo geral, a alodínia parece estar menos associada à CTT, independente se episódica ou crônica, e o aparecimento de alodínia cutânea em pacientes com CTT poderia estar relacionado a características clínicas semelhantes à migrânea, embora, talvez, os critérios para essa classificação de cefaleia não tenha sido preenchidos ainda, conforme os critérios estabelecidos pela ICHD-II.

A alodínia foi mais encontrada entre os pacientes com migrânea com aura do que naqueles sem aura. Além disso, os pacientes com aura geralmente referem alodínia durante a crise de cefaleia. Segundo Lovati et al., (2007), aproximadamente dois terços dos pacientes migranosos apresentam alodínia, principalmente na área periorbital, durante a crise de cefaleia. Em seu estudo ele observou que a prevalência da alodínia era comum em todas as formas de migrânea, porém mais acentuada nos grupos com aura e com migrânea crônica. Este estudo também demonstrou que a aura e a maior frequência de crises estão relacionadas ao

desenvolvimento de alodínia⁸. Um estudo realizado por Aguggia (2012) mostrou que a alodínia foi encontrada, durante a crise de cefaleia, em uma parcela significativa de indivíduos com migrânea episódica sem tratamento, adotando um aspecto mais importante em pessoas com migrânea crônica³⁷. Tais fatos sugerem que a alodínia pode ser um marcador de risco de progressão da migrânea³³.

Pacientes com alodínia apresentaram maior idade de início da cefaleia e maior frequência mensal de crises. Além disso, foi observado que quanto mais cedo teve início o quadro de cefaleia, maior foi a intensidade da alodínia. De acordo com Lovati et al. (2007), pacientes com alodínia tendem a apresentar maior tempo de doença do que pacientes sem esse achado⁸. Em um estudo realizado por Tietjen et al. (2009), pacientes com alodínia apresentaram início da cefaleia em idade mais precoce e maior tempo de duração da cefaleia do que pacientes migranosos sem alodínia. Porém, deve-se levar em conta que fatores ambientais e genéticos podem estar envolvidos na patogenia da cefaleia, tendo relação com o início precoce da mesma³⁸.

Poucos pacientes com cefaleia tensional referiram alodínia, e não houve diferença estatisticamente significativa em relação à presença de alodínia entre os pacientes com cefaleia tensional episódica e crônica. Porém, não foram encontrados dados na literatura que apresentassem justificativas para esses achados.

Os pacientes com alodínia, independente do tipo de cefaleia, apresentam comprometimento funcional semelhante aos pacientes migranosos. Porém, são mais depressivos e ansiosos que os pacientes sem alodínia e apresentam maior tendência à depressão e à ansiedade do que os pacientes com migrânea. No estudo de Tietjen et al. (2009), pacientes com alodínia apresentaram maior escore no HIT-6 do que pacientes sem esse sintoma. Além disso, a frequência da depressão e da ansiedade foi significativamente maior nesse grupo quando comparado aos indivíduos sem alodínia. Este estudo também demonstrou que a gravidade da alodínia estava associada ao sexo feminino, à migrânea com aura, à gravidade do impacto da cefaleia e ao maior grau de depressão e ansiedade³⁸. No estudo realizado por Lipton et al. (2008), a AC afetou 63% dos pacientes com migrânea na população estudada e foi associada com a frequência, a gravidade, a incapacidade e os sintomas associados da migrânea. Nesse mesmo estudo, 61% dos pacientes

que relataram alodínia cutânea grave, relataram também impacto funcional moderado a grave⁹.

Em nosso estudo, os pacientes com migrânea apresentaram escores de depressão e ansiedade mais altos quando comparados aos pacientes com cefaleia tensional. Em estudo realizado por Goadsby e Boes (2002) foi demonstrado que a migrânea crônica apresentava elevada comorbidade com depressão e transtornos da ansiedade³⁹. Segundo Domingues et al. (2008) a depressão é uma comorbidade associada à migrânea, porém em seu estudo não houve evidência de que a migrânea crônica apresenta maior risco de desenvolvimento de depressão do que a migrânea episódica⁴⁰. De acordo com Guillem, Pelissolo e Lepine, (1999), após estudo populacional, pacientes com migrânea, independente do tipo, apresentam mais comorbidades psiquiátricas, como a ansiedade, do que pessoas sem esse tipo de cefaleia. Eles também demonstraram que essas comorbidades são ainda mais importantes na migrânea com aura¹⁷. Já o estudo de Merikangas, Merikangas e Angst, (1993) demonstrou que pessoas com cefaleia tensional não apresentaram diferença em relação à incidência de transtornos de ansiedade quando comparadas às pessoas sem cefaleia⁴¹. Apesar de algumas divergências todos os estudos, assim como o nosso, apontam para a associação entre migrânea e ansiedade e depressão. O mesmo não ocorre para a cefaleia tensional.

Nosso estudo também evidencia que pacientes com migrânea apresentam maior impacto funcional que os pacientes com cefaleia tensional. Um estudo realizado por Lipton, Stewart e Diamond (2001) com pacientes migranosos revelou que 31% dos indivíduos perderam pelo menos um dia de trabalho ou escola, 52% tiveram suas atividades em escola ou trabalho reduzidas em pelo menos 50%, 76% revelaram não fazer nenhuma atividade em casa em pelo menos um dia e 67% disseram ter diminuição de pelo menos 50% da produtividade de trabalhos domésticos nos últimos três meses. De acordo com esse estudo, as atividades domésticas, familiares e sociais foram as mais afetadas pela migrânea⁴². Como dito anteriormente, segundo um estudo de Rollnik et al. (2001), pacientes com cefaleia tensional episódica não apresentam impacto funcional diferente da população em geral; já os pacientes com cefaleia tensional crônica podem apresentar alguma redução da qualidade de vida, devido ao estado prolongado de dor³⁶. Tais fatos são

concordantes com os achados de nosso estudo, pois revelam que a migrânea realmente apresenta maior impacto funcional do que a cefaleia tensional.

O consumo de bebidas alcoólicas foi levemente superior nos pacientes com migrânea quando comparados aos pacientes com cefaleia tensional. Segundo Fukui et al. (2008) a ingestão alcoólica é um dos fatores desencadeantes da migrânea. Em seu estudo as mulheres foram mais afetadas pela migrânea após a ingestão de vinho tinto do que os homens. Diversos estudos revelaram que o álcool é um fator desencadeante de ataques de cefaleia tanto em pacientes migranosos quanto em pacientes com cefaleia tensional⁴³⁻⁴⁵. Segundo a *International Headache Society* (2004) não está claro se pacientes com cefaleia tensional apresentam menor padrão de consumo de bebidas alcoólicas do que pessoas sem cefaleia⁵. Para Panconesi (2008) o álcool é um fator desencadeante de crises de cefaleia tanto em pacientes migranosos como em pacientes com cefaleia tensional²³. Assim, indivíduos desses dois grupos poderiam apresentar menor padrão de consumo de bebidas alcoólicas após uma primeira experiência ruim, com tal bebida desencadeando uma crise de cefaleia. No estudo de Domingues e Domingues (2011) indivíduos migranosos tiveram menor consumo de álcool do que indivíduos com outros tipos de cefaleia e indivíduos sem cefaleia. Esse ainda é um tema polêmico entre os estudiosos.

Já em relação à alodínia, houve menor consumo de álcool entre os pacientes que apresentaram esse sintoma. Em nosso estudo, conforme apresentado anteriormente, quanto maior o grau de alodínia maior foi a incapacidade funcional da cefaleia. Tal fato justifica o achado do estudo de Domingues et. al (2008), que mostrou um baixo consumo de álcool entre portadores de cefaleia com maior incapacidade funcional. Porém, em seu estudo, foi aplicada a escala *Migraine Disability Assessment Score* (MIDAS) para a avaliação do comprometimento funcional⁴⁰.

6 CONCLUSÕES

A alodínia afetou 42,55% dos pacientes estudados, e ocorreu mais no sexo feminino, sendo que 81,67% desses pacientes tiveram o diagnóstico de migrânea, e apenas 18,33% CTT. Durante as crises de cefaleia, 60,49% dos pacientes no grupo migrânea referiram alodínia. Com relação à intensidade, o grau de alodínia foi superior na migrânea. Embora a AC possa ser referida durante crises de qualquer tipo de cefaleia primária, esteve mais associada à migrânea e raramente apareceu na CTT episódica. Além disso, o tempo de doença na migrânea correlacionou-se com a alodínia de forma que, quanto maior o tempo de doença, maior a intensidade da alodínia. A idade de início da cefaleia foi maior nos pacientes com alodínia e a frequência mensal de crises também foi superior nesses pacientes. A incapacidade funcional nos pacientes com cefaleia foi maior quando estes apresentavam alodínia. Pacientes com alodínia consumiam menos álcool que o restante dos pacientes. Migranosos com aura foram mais susceptíveis ao desenvolvimento de alodínia. Alguns pacientes com quadro algico crônico de migrânea continuaram referindo sintomas de aura durante suas crises de cefaleia. A migrânea possui uma gama de comorbidades que ocorrem com alta frequência, e os distúrbios de depressão e ansiedade estiveram fortemente associados ao sintoma de alodínia neste estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. RASMUSSEN, B. et al. Epidemiology of headache in a general population: a prevalence study. **J Clin Epidemiol**, v. 44, n. 11, p. 1147-1157, 1991.
2. DIGRE, K. B. Headaches and Other Head Pain. *In*: GOLDMAN, L.; SCHAFER, A. I. (Eds.). **Goldman's Cecil Medicine**. 24. ed. Philadelphia: Saunders, 2012. p. 2246-2252.
3. D'ANDREA, G. et al. Pathogenesis of migraine: role of neuromodulators. **Headache**, v. 52, n. 7, p. 1155-63, 2012.
4. VINCENT, M. Fisiopatologia da enxaqueca (ou migrânea). **Revista do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto**, v. 30, p. 428-436, 1997.
5. ICHD-II. The International Classification of Headache Disorders. **Cephalalgia**, v. 24, n. Supplement 1, p. 1-160, maio. 2004.
6. BURSTEIN, R.; COLLINS, B.; JAKUBOWSKI, M. Defeating migraine pain with triptans: a race against the development of cutaneous allodynia. **Annals of neurology**, v. 55, n. 1, p. 19-26, 2004.
7. BIGAL, M. et al. Prevalence and characteristics of allodynia in headache sufferers A population study. **Neurology**, p. 1525-1533, 2008.
8. LOVATI, C. et al. Allodynia in different forms of migraine. **Neurol Sci**, v. 28, p. S220-1, maio. 2007.
9. LIPTON, R. B. et al. Cutaneous Allodynia in the Migraine Population. **Ann Neurol**, v. 63, n. 2, p. 148-158, 2008.
10. LOVATI, C. et al. Acute and interictal allodynia in patients with different headache forms: an Italian pilot study. **Headache**, v. 48, n. 2, p. 272-7, fev. 2008.
11. ZUKERMAN, E. et al. Cefaleia e qualidade de vida. **Einstein**, v. 2, n. Supl 1, p. 73-75, 2004.
12. ANDRADE, T.; LIRA, J.; MACEDO, A. DE. Aspectos Clínicos e Epidemiológicos da Enxaqueca na População Adulta de Maceió, Alagoas. **Neurobiologia**, v. 72, n. 3, p. 101-108, 2009.
13. OLIVEIRA, D. A. et al. O impacto da migrânea nas atividades de vida diária é mais incapacitante nas mulheres. **Migrêneas cefaleias**, v. 11, n. n.4, p. 253-255, 2008.

14. BIGAL, M. E.; SPECIALI, J. G. Classificação, epidemiologia e impacto das cefaleias crônicas diárias. **Einstein**, v. 2, n. Supl 1, p. 1-4, 2004.
15. LIPTON, R. B.; SILBERSTEIN, S. D.; STEWART, W. F. An update on the epidemiology of migraine. **Headache**, v. 34, n. 6, p. 319-28, 1994.
16. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Global Burden of Disease 2004 Update**. Switzerland: WHO Library, 2008.
17. GUILLEM, E.; PELISSOLO, A.; LEPINE, J. P. Mental Disorders and Migraine: epidemiologic studies. **Encephale**, v. 25, p. 436-42, 1999.
18. MERIKANGAS, K. R.; STEVENS, D. E. Comorbidity of migraine and psychiatric disorders. **Neurologic clinics**, v. 15, n. 1, p. 115-23, fev. 1997.
19. IERUSALIMSCHY, R.; MOREIRA-FILHO, F. P. Fatores Desencadeantes de Crises de Migrânea em Pacientes com Migrânea sem Aura. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 60, n. 3-A, p. 609-613, 2002.
20. FUKUI, P. T. et al. Trigger Factors in Migraine Patients. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 66, n. 3-A, p. 494-499, 26 out. 2008.
21. PANCONESI, A.; CAPODARCA, C. Migraine and alcohol: how many consumers? **Journal Head Pain**, v. 8 (Suppl), p. S32-33, 2007.
22. DOMINGUES, R. B.; DOMINGUES, S. A. Headache is associated with lower alcohol consumption among medical students. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 69, n. 4, p. 620-3, ago. 2011.
23. PANCONESI, A. Alcohol and migraine: trigger factor, consumption, mechanisms. **J Headache pain**, v. 9, n. 1, p. 19-27, fev. 2008.
24. MATHEW, P. G.; GARZA, I. Headache. **Seminars in neurology**, v. 31, n. 1, p. 5-17, fev. 2011.
25. SILBERSTEIN, S. D. Migraine pathophysiology and its clinical implications. **Cephalalgia**, v. 24 Suppl 2, p. 2-7, jan. 2004.
26. WATERS, W. E. Migraine: intelligence, social class, and familial prevalence. **British medical journal**, v. 2, n. 5753, p. 77-81, 10 abr. 1971.
27. RASMUSSEN, B.; OLESEN, J. Epidemiology of Headache. **International Association for the Study of Pain**, n. March/April, 1996.
28. BRESLAU, N.; DAVIS, G.; ANDRESKI, P. Migraine, Psychiatric Disorders, and Suicide Attempts: an epidemiologic study of young adults. **Psychiatry Res**, v. 37, p. 11-23, 1991.
29. STEWART, W.; LIPTON, R.; LIBERMAN, J. Variation in migraine prevalence by race. **Neurology**, v. 47, p. 52-9, 1996.

30. SCHWARTZ, B. et al. Epidemiology of tension-type headache. **JAMA**, v. 279, p. 381-3, 1998.
31. RASMUSSEN, B. K. Epidemiology of headache. **Cephalalgia**, v. 21, p. 774-7, set. 2001.
32. QUEIROZ, L. P. et al. Chronic daily headache in Brazil: a nationwide population-based study. **Cephalalgia**, v. 28, n. 12, p. 1264-9, dez. 2008.
33. LIPTON, R. B. Tracing transformation. **Neurology**, v. 72, n. 5 Suppl 1, p. S3-7, 2009.
34. BURTON, W.; CONTI, D. The economic burden of lost productivity due to migraine headache: a specific worksite analysis. **J Occup Environ Med**, v. 44, n. 6, p. 523-9, jun. 2002.
35. LIPTON, R. B. et al. Migraine, quality of life, and depression: a population-based case-control study. **Neurology**, v. 55, n. 5, p. 629-35, 12 set. 2000.
36. ROLLNIK, J. et al. Coping Strategies in Episodic and Chronic Tension-type Headache. **Headache**, v. 41, p. 297-302, 2001.
37. AGUGGIA, M. Allodynia and migraine. **Neurological sciences**, v. 33 Suppl 1, p. S9-11, maio. 2012.
38. TIETJEN, G. E. et al. Allodynia in migraine: association with comorbid pain conditions. **Headache**, v. 49, p. 1333-44, out. 2009.
39. GOADSBY, P.; BOES, C. Chronic daily headache. **J Neurol Neurosurg Psychiatry**, v. 72, n. Suppl 2, p. ii2-ii9, 2002.
40. DOMINGUES, R. B. et al. Correlation between migraine subtypes and depression. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 66, n. 3-A, p. 485-7, set. 2008.
41. MERIKANGAS, K.; MERIKANGAS, J.; ANGST, J. Headache syndromes and psychiatric disorders: association and familial transmission. **J. Psychiatr Res**, v. 27, p. 197-210, 1993.
42. LIPTON, R.; STEWART, W.; DIAMOND, S. Prevalence and burden of migraine in the United States: data from the American Migraine Study II. **Headache**, v. 41, p. 646-657, 2001.
43. SCHARFF, L.; TURK, D.; MARCUS, D. Triggers of headache episodes and coping responses of headache diagnostic groups. **Headache**, v. 35, p. 397-403, 1995.
44. SPIERINGS, E.; RANKE, A.; HONKOOP, P. Precipitating and aggravating factors of migraine versus tension-type headache. **Headache**, v. 41, p. 554-558, 2001.

45. KUSTER, G. et al. Frequency and features of delayed alcohol-induced headache among university students. **Headache**, v. 46, p. 688-691, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Resolução nº 196, de 10 de Outubro de 1996, sendo o Conselho Nacional de Saúde)

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM)

“Correlação entre Alodínea Cutânea, Impacto Funcional, Depressão e Ansiedade em Pacientes com Cefaleia atendidos em um Ambulatório Especializado de Vitória”

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Renan Barros Domingues

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa científica sobre Alodínea Cutânea e o seu impacto funcional em pacientes com Cefaleia (dor de cabeça). A alodínea é uma sensação de dor na pele após estímulos que normalmente não causam dor (como pentear o cabelo e lavar o rosto) e, de acordo com estudos recentes, pacientes que sofrem de cefaleias crônicas – particularmente as enxaquecas – são mais suscetíveis a desenvolver essa manifestação. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, não necessitando apresentar nenhuma justificativa, bastando informar sua decisão aos pesquisadores. Sua recusa em participar não lhe trará nenhum prejuízo.

A sua participação nesta pesquisa consiste em responder questionários para avaliação dos sintomas da alodínea, do impacto funcional da cefaleia, de depressão e ansiedade e de consumo de bebidas alcoólicas. Estes questionários serão aplicados por estudantes da EMESCAM, tomando cerca de 20 minutos. Além disso, serão coletados os seguintes dados do seu prontuário: idade, sexo, etnia, caracterização do tipo de cefaleia e tratamento medicamentoso realizado na primeira consulta.

Não há riscos relacionados com sua participação na pesquisa. Os benefícios relacionados com a sua participação são conhecer a prevalência da alodínea em pacientes com cefaleia e seu impacto funcional em nosso meio, possibilitando uma melhor proposta terapêutica conforme as características clínicas.

Os seus dados serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação da mesma. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente. O seu anonimato será preservado por questões éticas. É garantido a todos os pacientes o compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Se durante o estudo você tiver problemas ou quiser esclarecer alguma dúvida, você poderá entrar em contato com o Professor Dr. Renan Barros Domingues através do telefone (27) 3345-7056. O voluntário poderá entrar em contato também com o Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM pelo telefone (27) 3334-3586 ou endereço: Av. Nossa Senhora da Penha, 2190, Vitória/ES, 29045-402.

Eu, _____, portador da carteira de identidade _____, em pleno gozo de minhas faculdades mentais, estou de acordo com a participação na pesquisa descrita acima. Eu fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa e aos seus métodos. Os pesquisadores me garantiram disponibilizar qualquer esclarecimento adicional que eu venha solicitar durante o decorrer da pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que a minha desistência implique em qualquer prejuízo à minha pessoa ou à minha família, sendo garantido anonimato e o sigilo dos dados referentes a minha identificação, bem como de que a minha participação neste estudo não me trará nenhum benefício econômico. Ciente, assino este acordo em duas vias de igual teor, mantendo uma delas em minha posse.

Assinatura do Paciente

Assinatura do Pesquisador

Vitória, ____/____/_____.

APÊNDICE B – Ficha de Coleta de Dados Iniciais

COLETA DE DADOS

1. GERAIS

Prontuário: _____

Data: ____/____/____

Nome (iniciais): _____

1.1. Idade: ____/____/____

1.2. Sexo: () F () M

1.3. Etnia: () Branco () Negro () Pardo () Outros: _____

1.4. Escolaridade: () Não alfabetizado

() ≤ 8 anos

() De 8 até 11 anos

() >11 anos

1.5. Estado civil: () Casado ou Amasiado

() Solteiro

() Divorciado

() Viúvo

1.6. Ocupação atual: _____

2. CARACTERIZAÇÃO DA CEFALeia E TRATAMENTO

Tipo de cefaleia

() Migrânea sem aura

() Migrânea com aura

() Cefaleia do Tipo Tensional

() Cefaleia em salvas e outras cefaleias trigeminoautonômicas

() Outras cefaleias primárias

Cefaleia crônica? () Sim () Não

Idade de início da cefaleia (anos): _____

Frequência de crises mensais: _____

A. Medicação profilática:

1. _____ Dose: _____

2. _____ Dose: _____

B. Medicação nas crises:

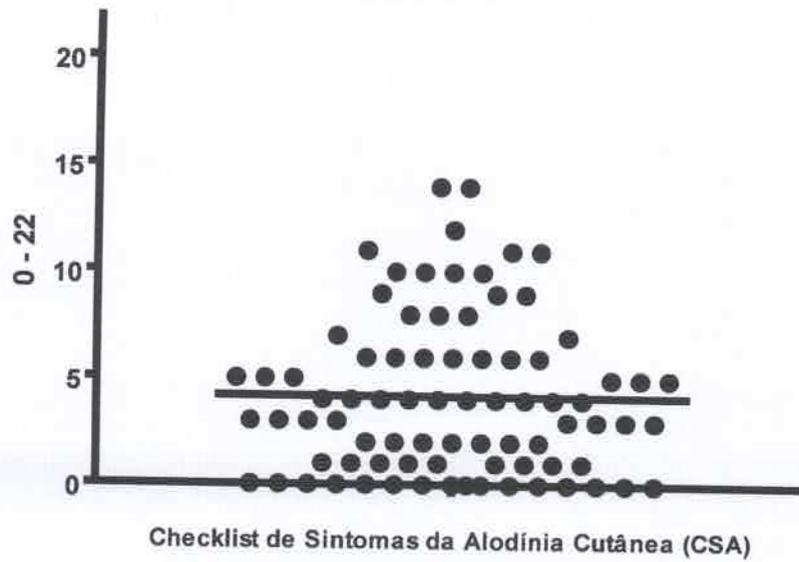
1. _____ Dose: _____

2. _____ Dose: _____

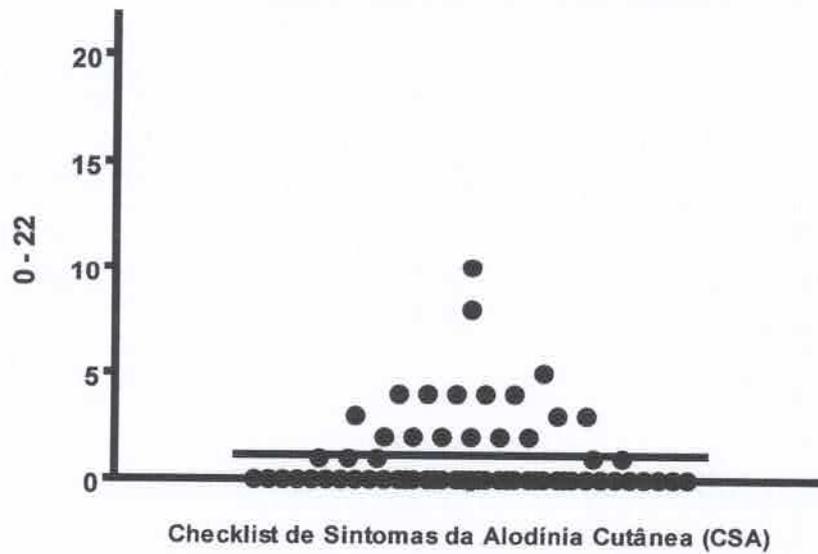
3. _____ Dose: _____

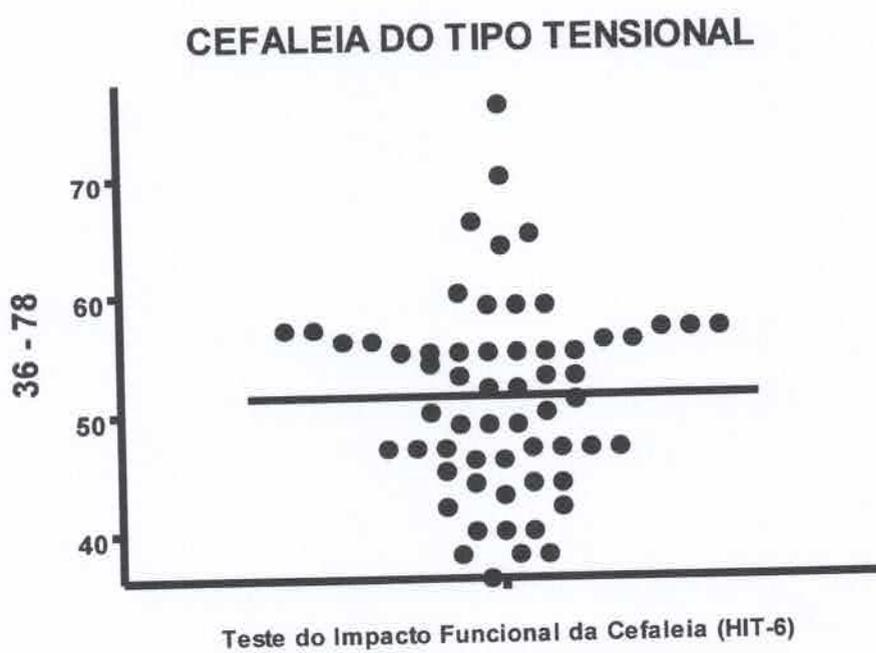
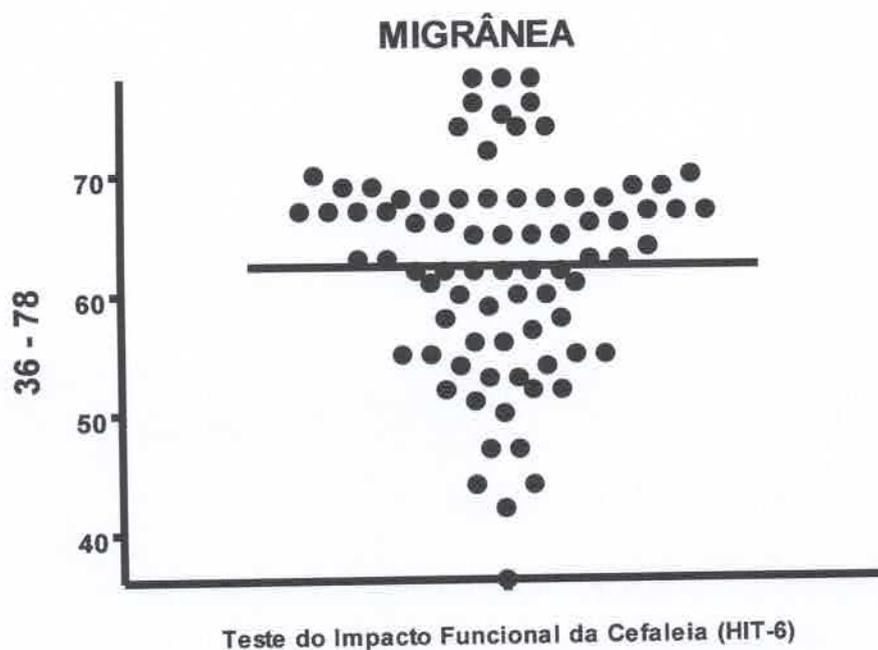
APÊNDICE C – Representação Gráfica dos Resultados Obtidos nas Escalas

MIGRÂNEA

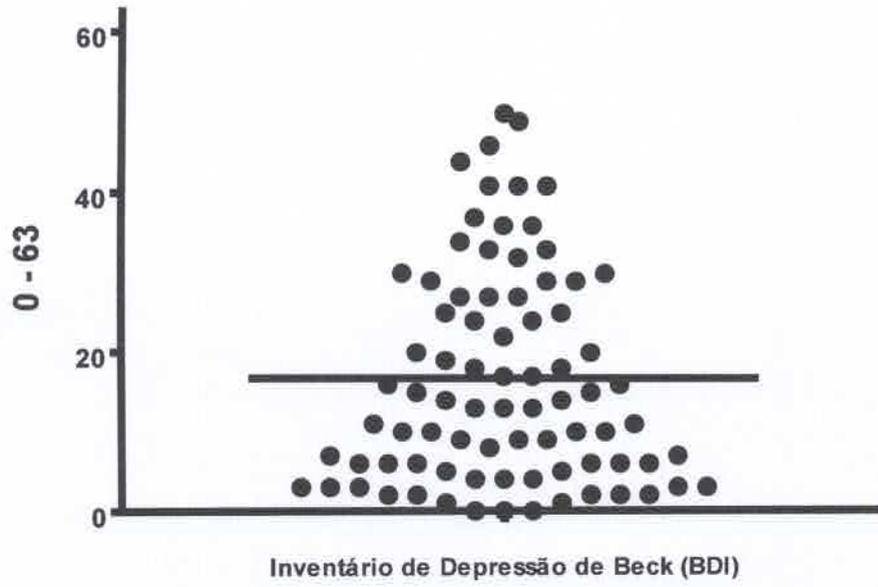


CEFALEIA DO TIPO TENSIONAL

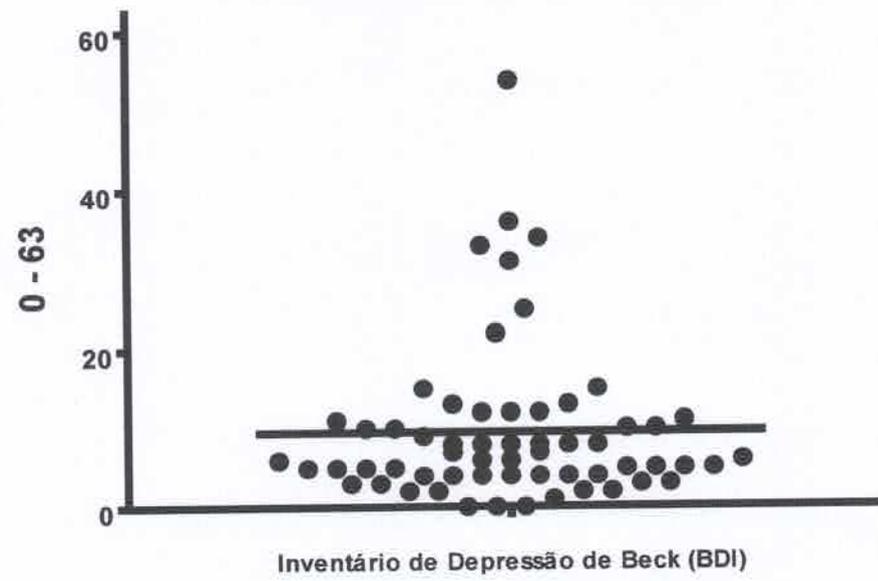




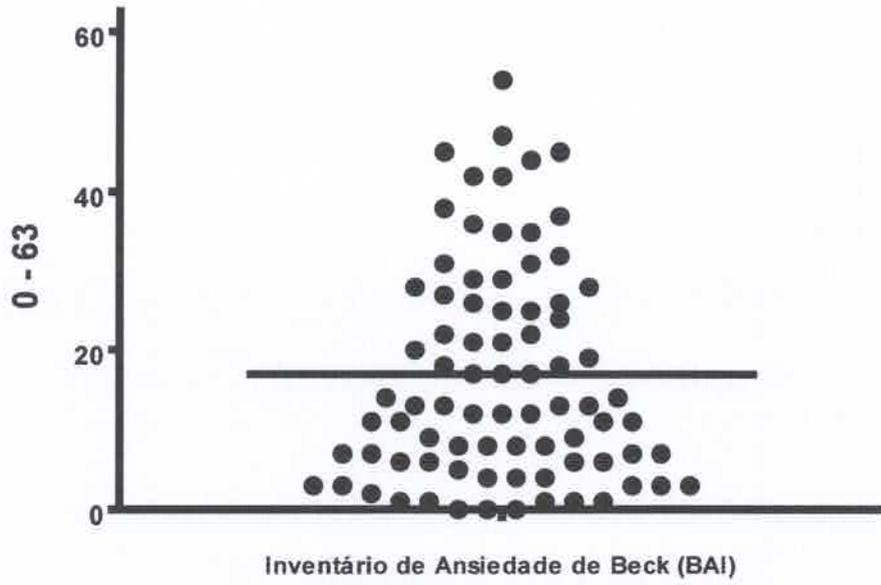
MIGRÂNEA



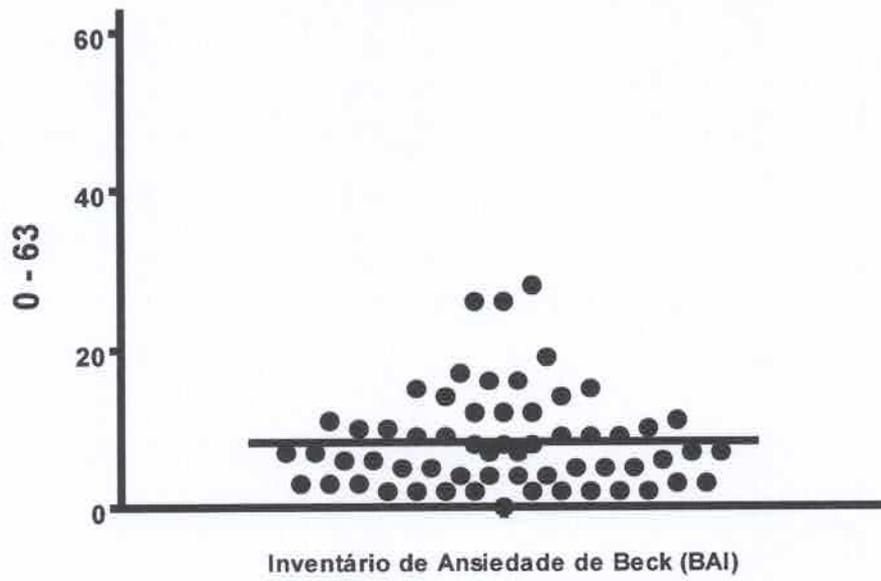
CEFALEIA DO TIPO TENSIONAL



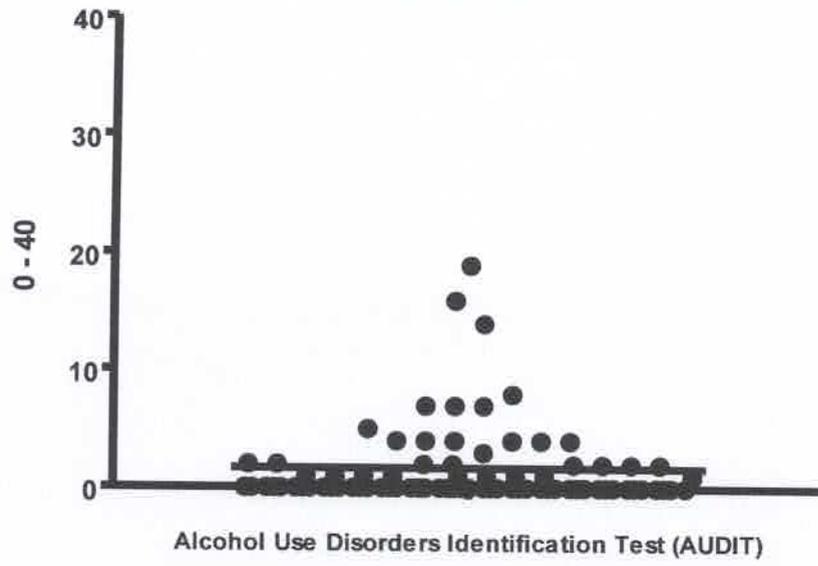
MIGRÂNEA



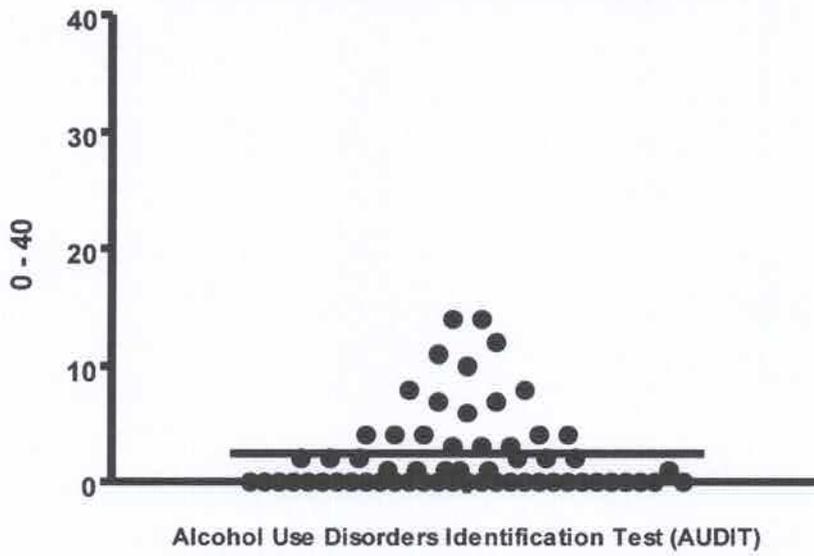
CEFALEIA DO TIPO TENSIONAL



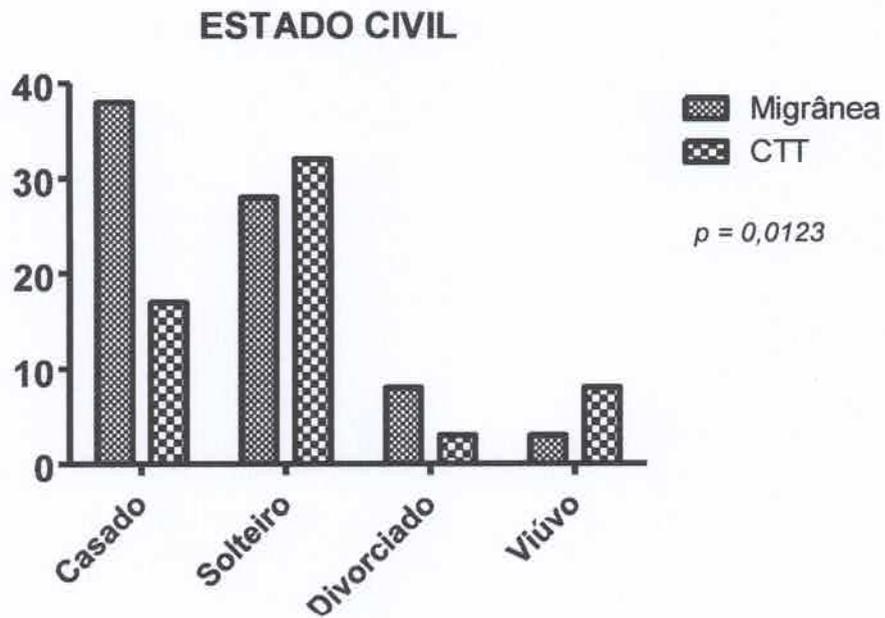
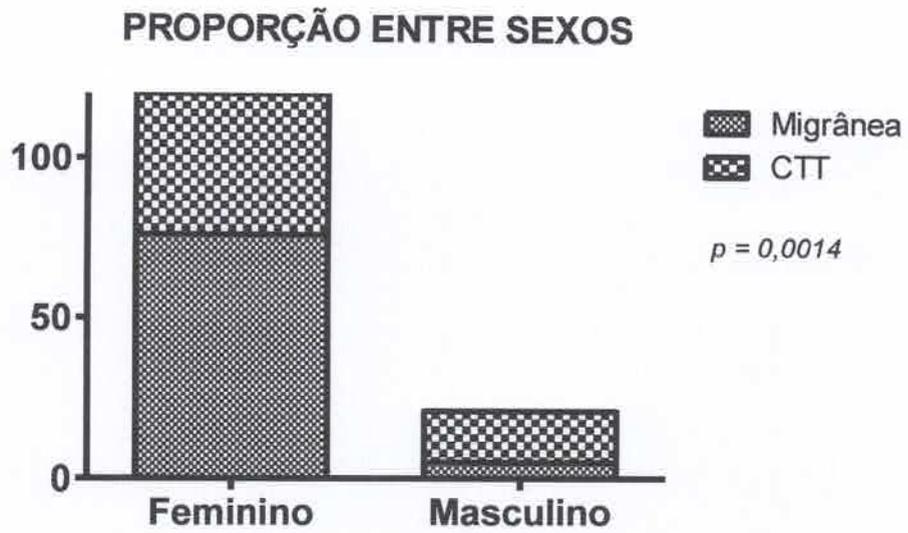
MIGRÂNEA



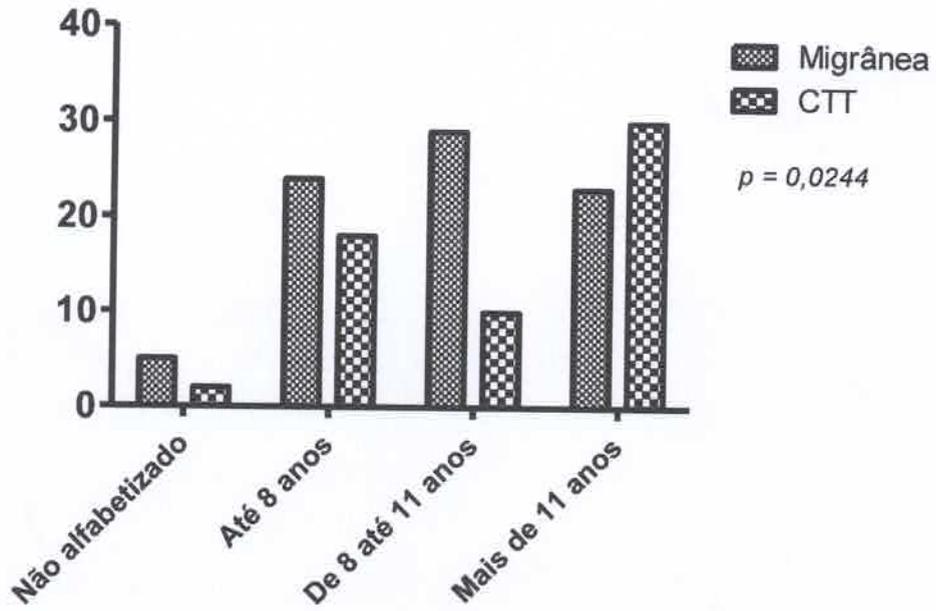
CEFALEIA DO TIPO TENSIONAL



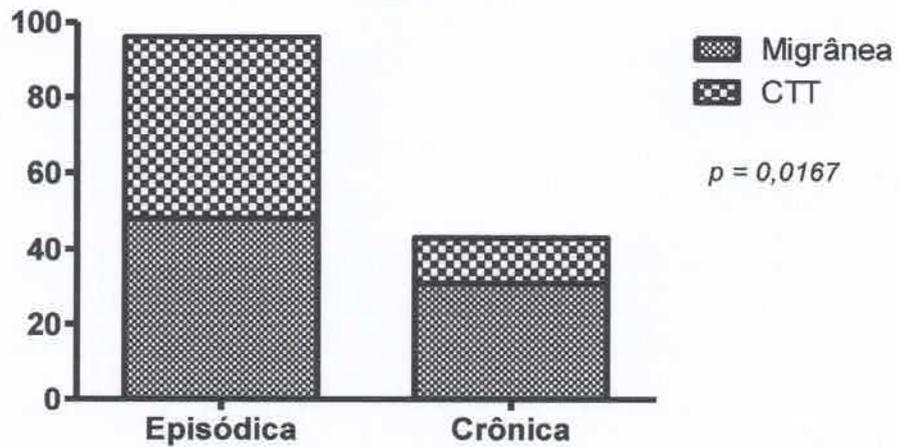
APÊNDICE D – Proporções com Significância Estatística considerando-se Migrânea vs. CTT



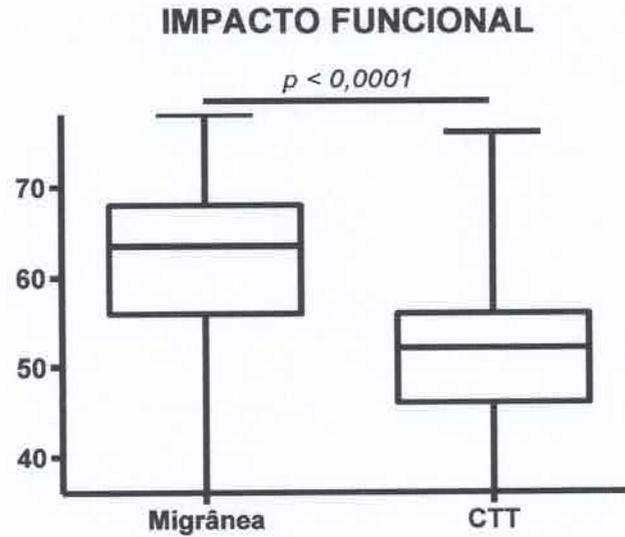
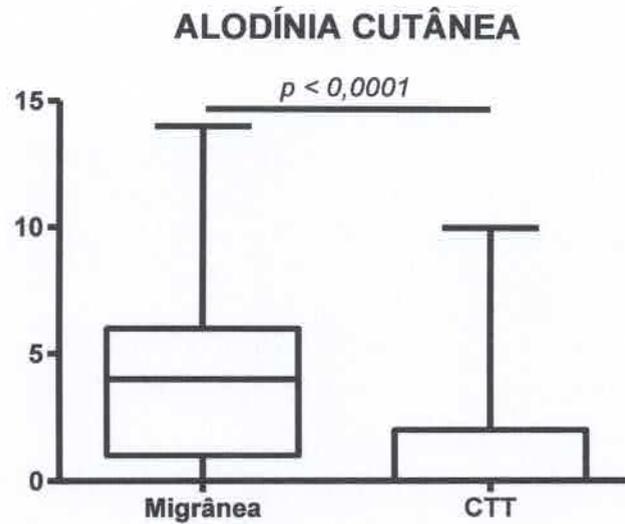
ESCOLARIDADE

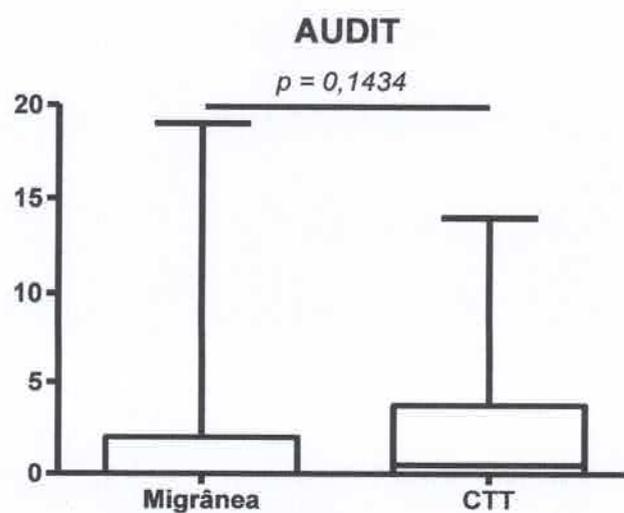
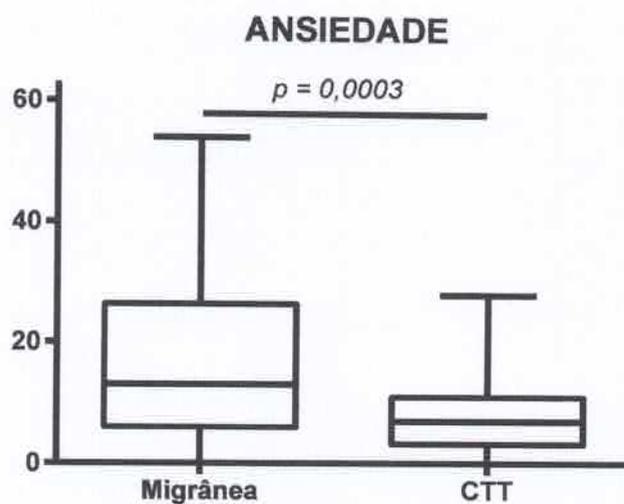
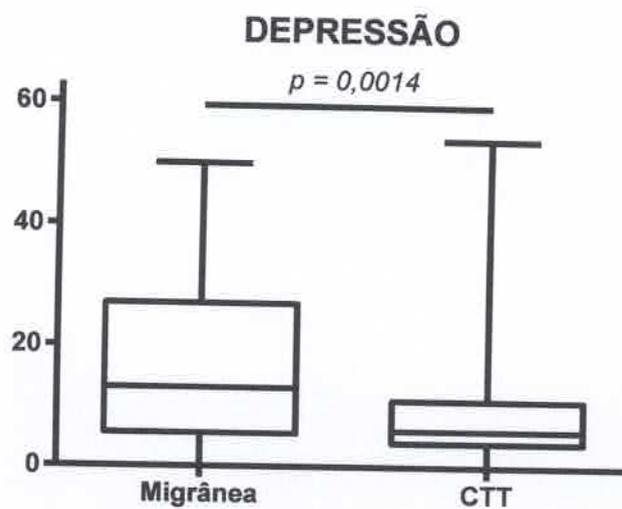


CEFALEIA Episódica vs. Crônica



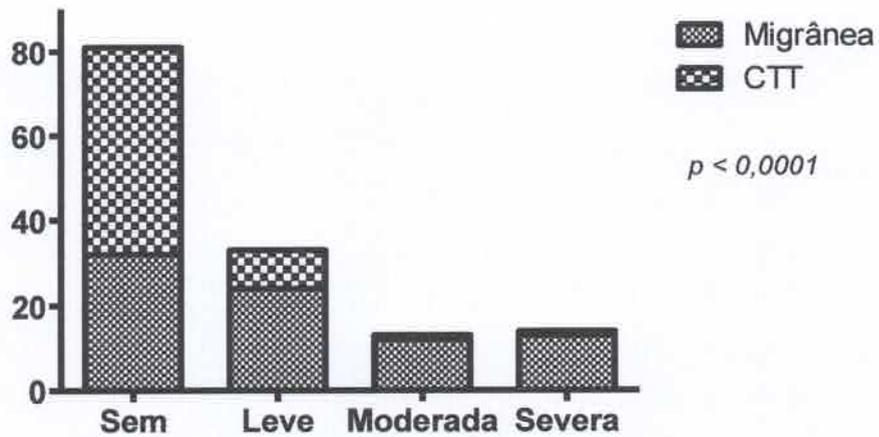
APÊNDICE E – Comparações entre Variáveis Contínuas referentes aos Resultados Obtidos nas Escalas considerando-se Migrânea vs. CTT



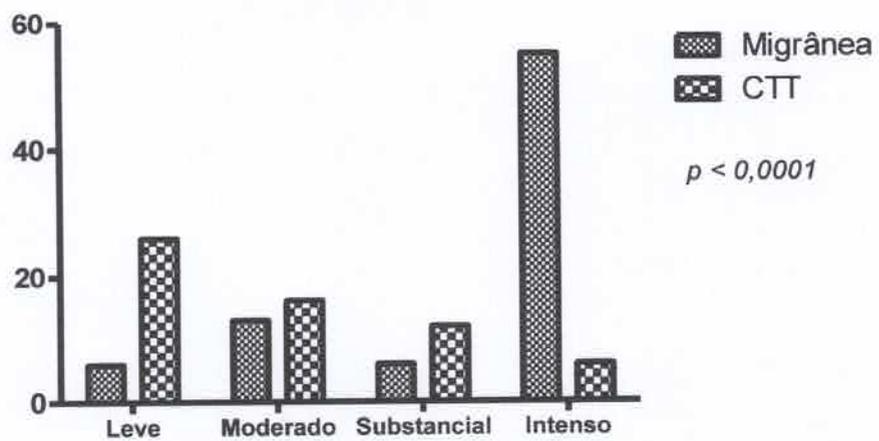


APÊNDICE F – Comparações das Médias das Proporções dos Resultados Obtidos nas Escalas considerando Migrânea vs. CTT

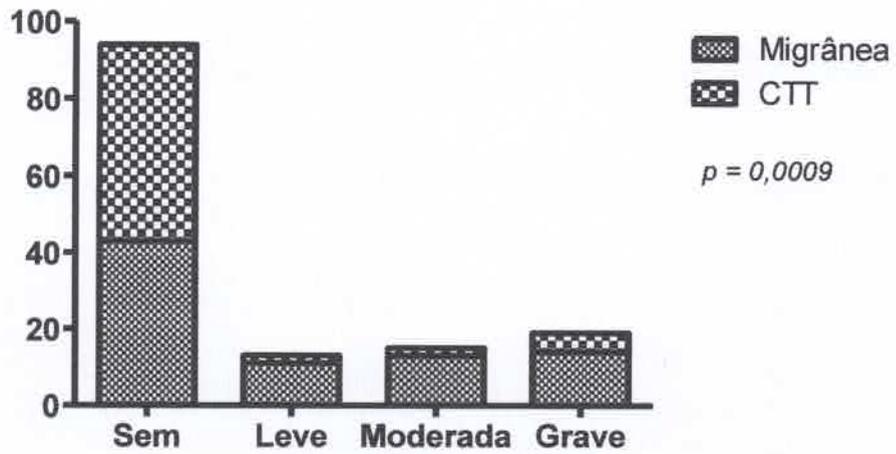
ALODÍNIA CUTÂNEA



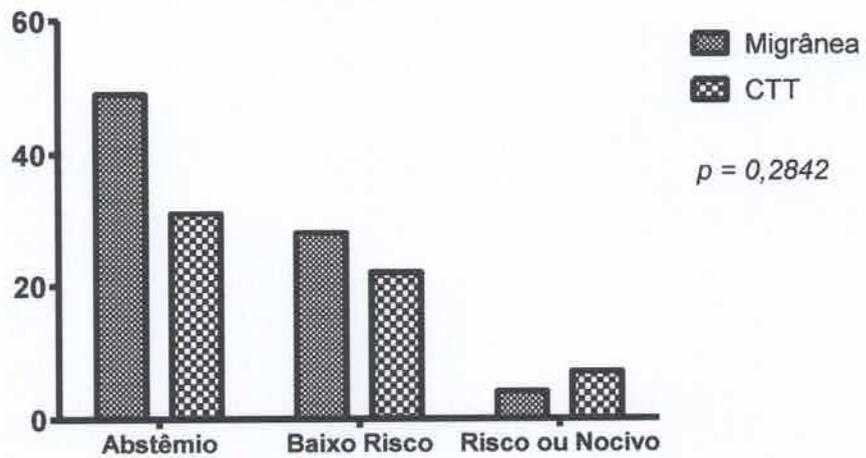
IMPACTO FUNCIONAL



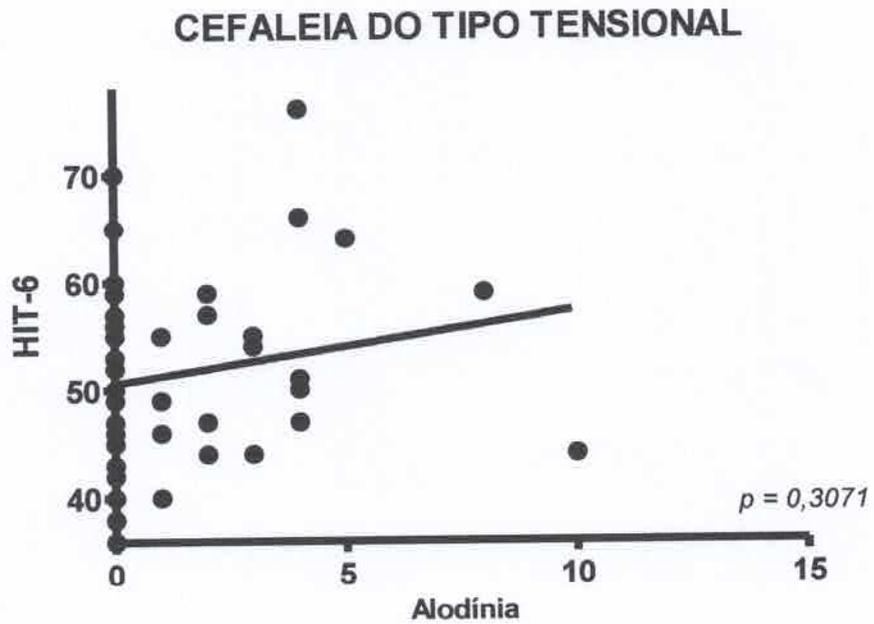
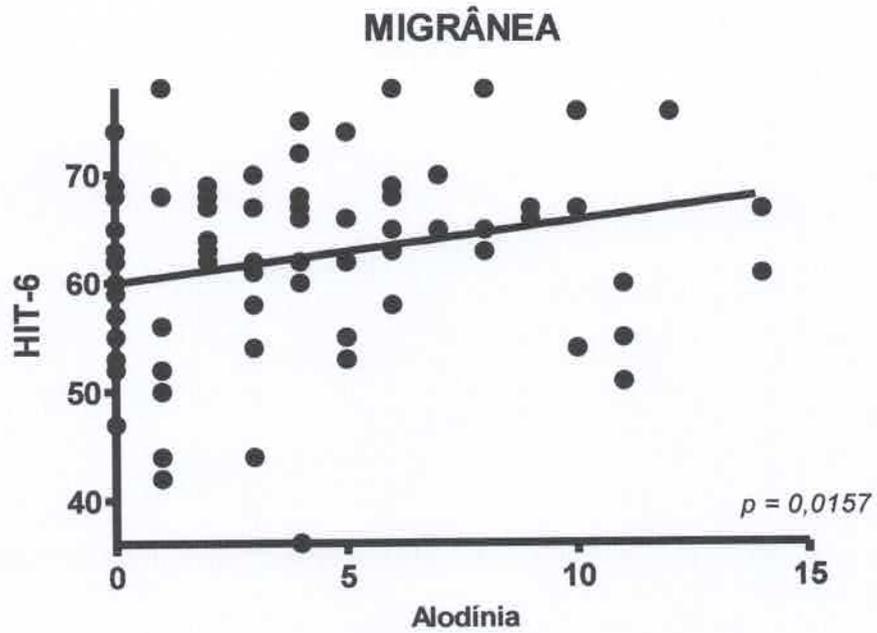
DEPRESSÃO



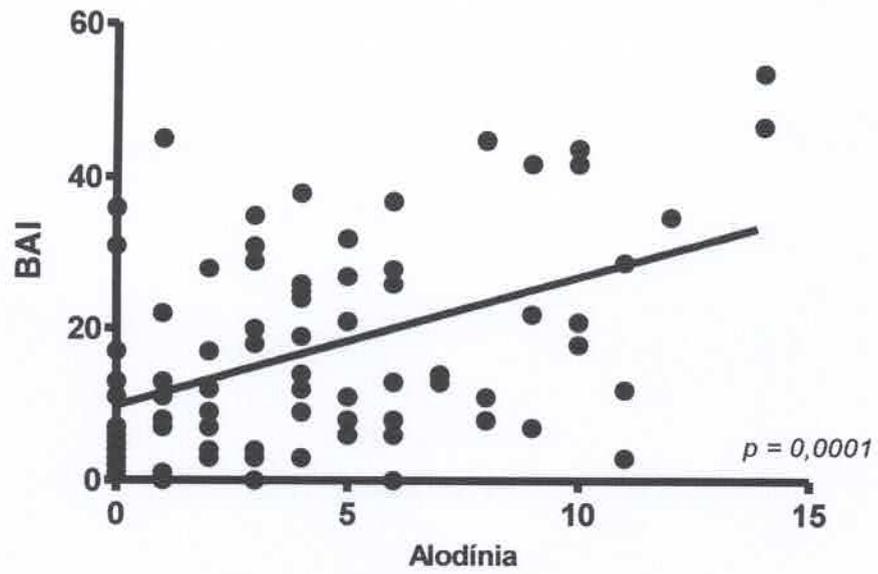
AUDIT



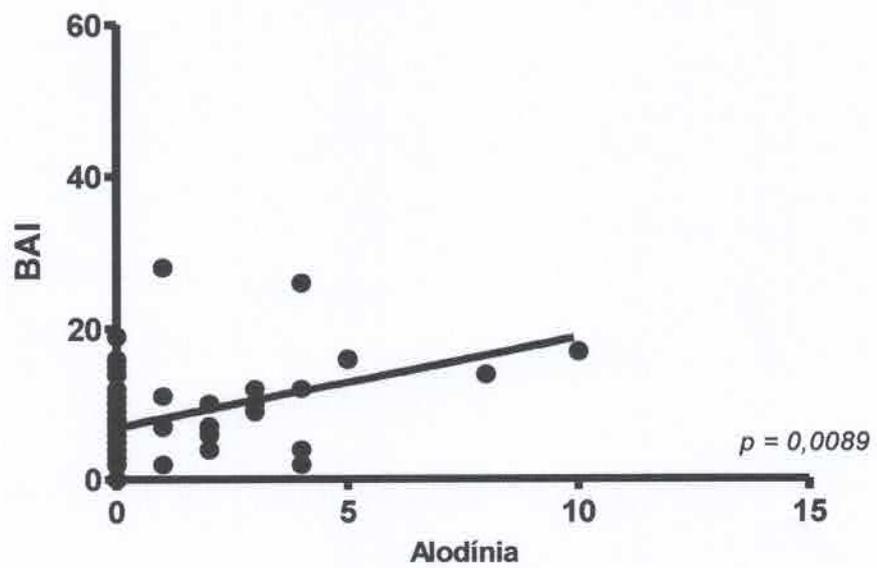
APÊNDICE G – Correlações de Escores de Incapacidade Funcional, Depressão, Ansiedade e Consumo de Bebidas Alcoólicas com a Intensidade da Alodínia



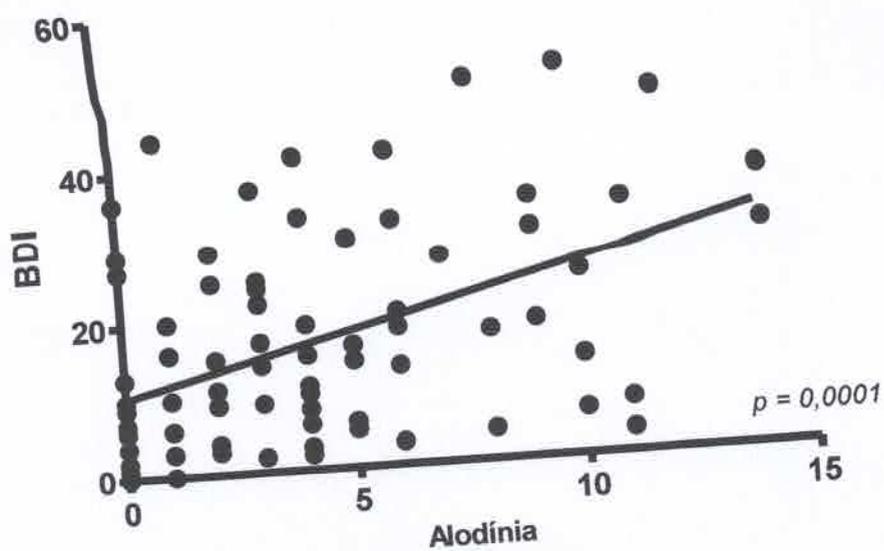
MIGRÂNEA



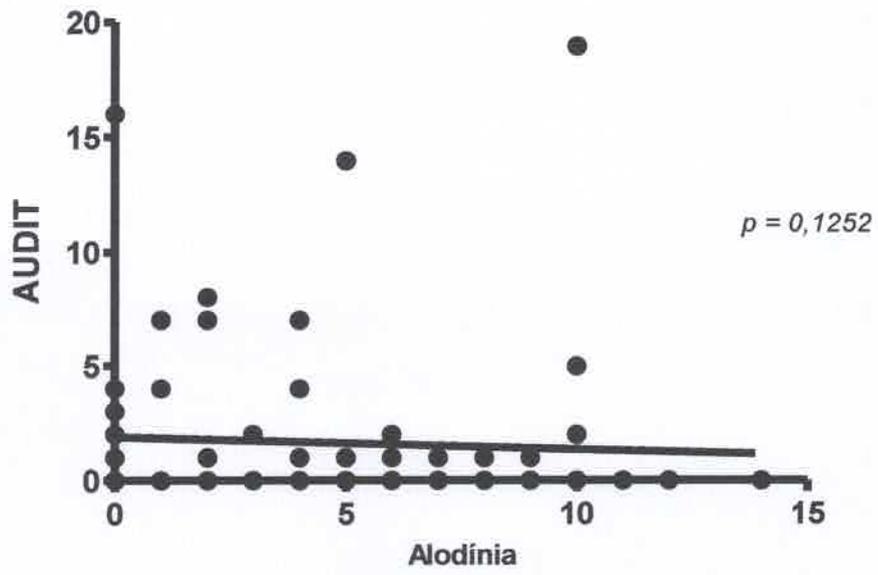
CEFALEIA DO TIPO TENSIONAL



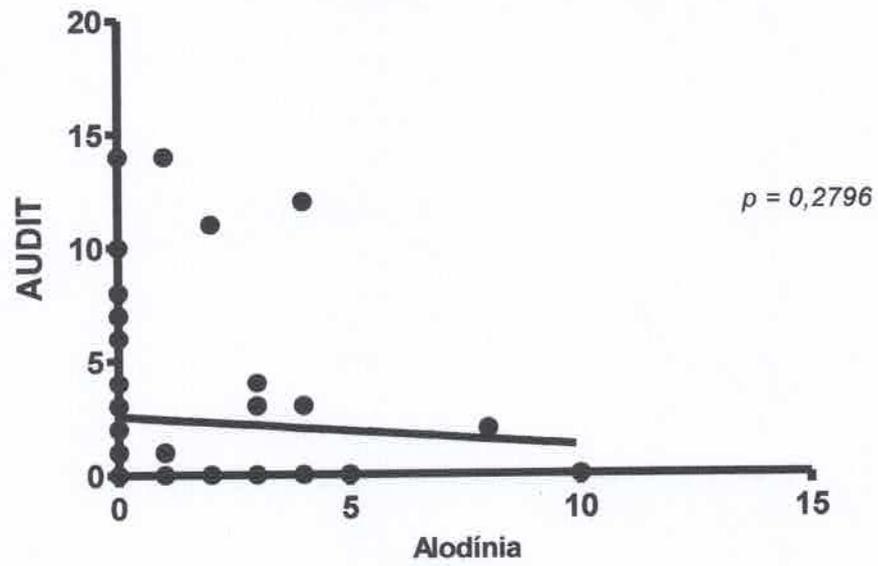
MIGRÂNEA



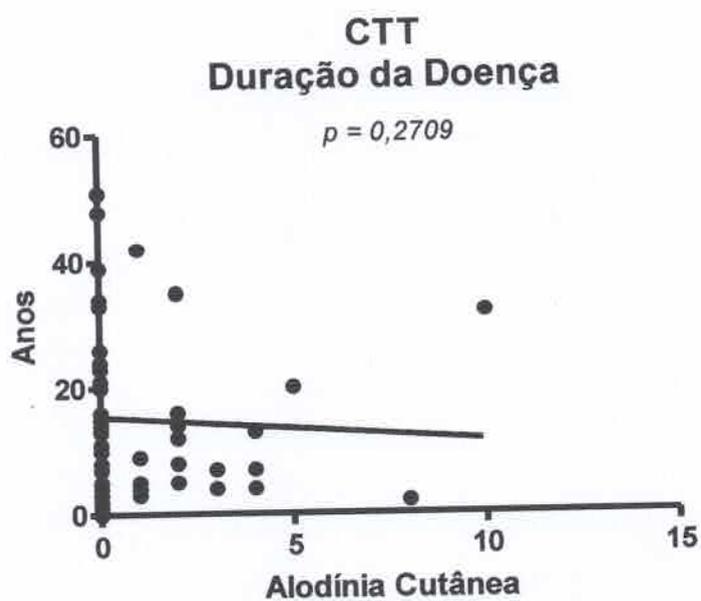
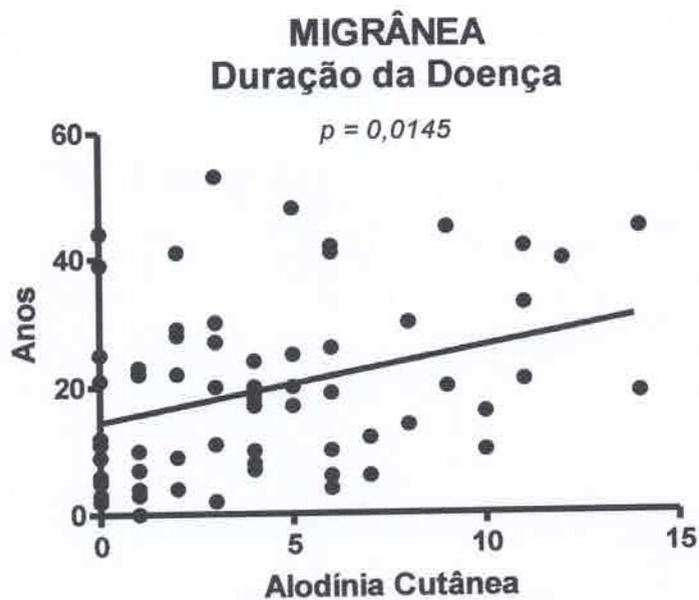
MIGRÂNEA



CEFALEIA DO TIPO TENSIONAL

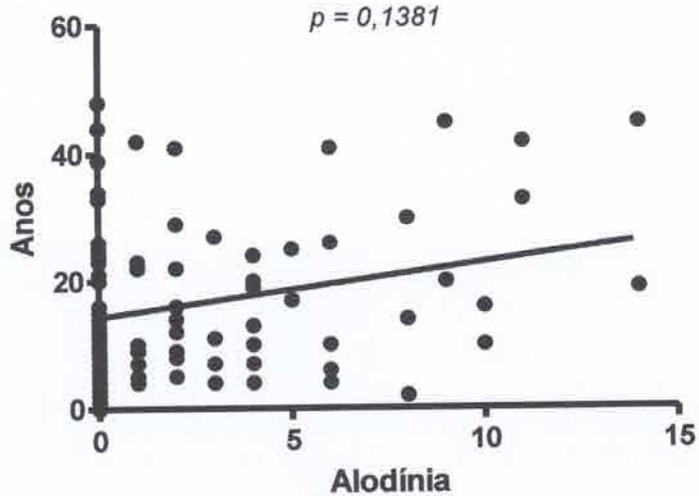


APÊNDICE H – Correlações entre Alodínia Cutânea e Tempo de Evolução da Doença na Cefaleia



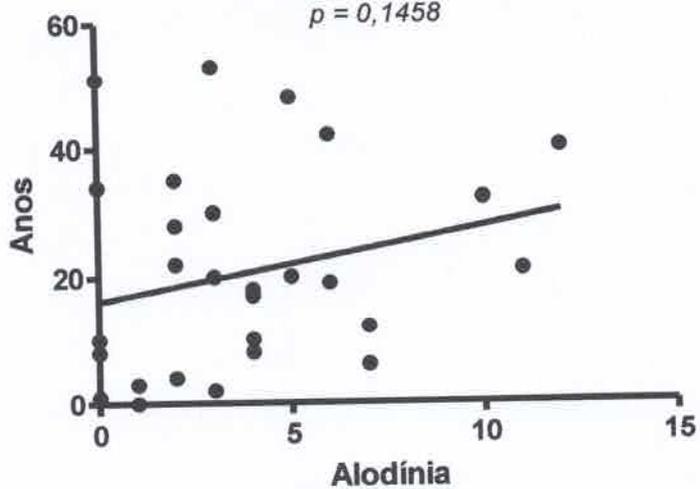
Cefaleia Episódica Duração da Doença

$p = 0,1381$



Cefaleia Crônica Duração da Doença

$p = 0,1458$



ANEXOS

ANEXO A – Declaração de Aprovação de Projeto de Pesquisa



DECLARAÇÃO

O projeto de pesquisa “**Correlação entre Alodínea Cutânea, Impacto Funcional, Depressão e Ansiedade em Pacientes com Cefaléia Atendidos em um Ambulatório Especializado de Vitória**”, cadastrado com o No **026/2011**, do pesquisador responsável “**Renan Barros Domingues**”, foi analisado e julgado pelo Colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) desta Instituição.

Declaramos que o referido projeto cumpre plenamente as exigências da resolução 196/96 e resoluções posteriores da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde e, portanto, foi **APROVADO**, pelo Colegiado do CEP na reunião ordinária de 31/05/2011.

Este projeto de pesquisa não poderá sofrer interrupção ou modificação na forma original apresentada sem o prévio conhecimento e consentimento deste CEP. Cabe esclarecer que o pesquisador responsável tem a obrigação de apresentar relatório dos resultados da pesquisa deste projeto ao CEP na data máxima de **31/05/2012**, sendo que o não cumprimento deste prazo resultará no impedimento do pesquisador responsável submeter novos projetos de pesquisa para análise neste CEP.

Vitória, 01 de junho de 2011


Paulo Augusto Sessa
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa
EMESCAM

Av. N. S. da Penha, 2190
Santa Luiza - Vitória
ES - Brasil - CEP 29045-402

EMESCAM
Escola Superior de Ciências da Santa Casa
de Misericórdia de Vitória

Tel.: +55 27 3334 3500
info@emescam.br
www.emescam.br

ANEXO B – Questionário de Sintomas da Alodínia Cutânea

CHECK LIST SINTOMAS DA ALODÍNIA CUTÂNEA

Mês: _____ Ano: _____

Nome do Paciente: _____

Medicação Preventiva: _____ Dose: _____

_____ Dose: _____

Medicação na Crise: _____ Dose: _____

_____ Dose: _____

Com que frequência você apresenta um aumento da dor ou uma sensação desagradável na pele (durante sua enxaqueca mais severa) ao realizar as seguintes atividades:	Não se aplica	Nunca	Raramente	Menos de metade das vezes	Metade das vezes ou mais
	Pontuação: 0	Pontuação: 0	Pontuação: 0	Pontuação: 1	Pontuação: 2
Penteando o cabelo					
Fazendo a barba					
Usando lentes de contato					
Usando colar					
Tomando banho (quando a água do chuveiro atinge o seu rosto)					
Durante exposição ao calor (cozinhando, lavando o rosto com água quente)					
Usando óculos					
Usando brincos					
Usando roupa justa					
Descansando sua cabeça ou rosto sobre o travesseiro					
Durante exposição ao frio (usando bolsa de gelo, lavando o rosto com água fria)					
Total de pontuação:					

Soma total de pontuação:

Alodínia	Pontuação C.S.A.
SEM	0 a 2
LEVE	3 a 5
MODERADA	6 a 8
SEVERA	9 ou mais

ANEXO C – Headache Impact Test-6 (HIT-6)



Este questionário foi elaborado para lhe ajudar a descrever e informar a maneira como você se sente e o que não pode fazer por causa de suas dores de cabeça.

Para cada pergunta, por favor, faça um "X" no quadrado que corresponde à sua resposta.

1

Quando você tem dor de cabeça, com que frequência a dor é forte?

Nunca Raramente Às vezes Com muita frequência Sempre

2

Com que frequência as dores de cabeça limitam sua capacidade de realizar suas atividades diárias habituais, incluindo cuidar da casa, trabalho, estudos, ou atividades sociais?

Nunca Raramente Às vezes Com muita frequência Sempre

3

Quando você tem dor de cabeça, com que frequência você gostaria de poder se deitar para descansar?

Nunca Raramente Às vezes Com muita frequência Sempre

4

Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você se sentiu cansado(a) demais para trabalhar ou para realizar suas atividades diárias, por causa de suas dores de cabeça?

Nunca Raramente Às vezes Com muita frequência Sempre

5

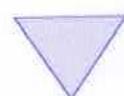
Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu que não estava mais agüentando ou se sentiu irritado(a) por causa de suas dores de cabeça?

Nunca Raramente Às vezes Com muita frequência Sempre

6

Durante as últimas 4 semanas, com que frequência suas dores de cabeça limitaram sua capacidade de se concentrar em seu trabalho ou em suas atividades diárias?

Nunca Raramente Às vezes Com muita frequência Sempre



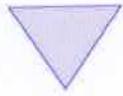
COLUNA 1
(6 pontos cada)

+



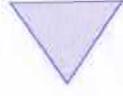
COLUNA 2
(8 pontos cada)

+



COLUNA 3
(10 pontos cada)

+



COLUNA 4
(11 pontos cada)

+



COLUNA 5
(13 pontos cada)

Para calcular o seu resultado, some por colunas os pontos das respostas.

Por favor, mostre ao seu médico os resultados do seu teste (HIT-6).

Total de Pontos

Quanto mais alto o total de pontos maior é o impacto da dor de cabeça em sua vida.

A faixa de pontos varia entre 36-78.

ANEXO D – Inventário de Depressão de Beck

DATA:

NOME:

RESIDÊNCIA:

Beck Depression Inventory – BDI (Beck et al., 1961) – versão revisada (Beck et al., 1979)

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2, ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que melhor descreve a maneira com você tem se sentido nesta semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.

1 Eu me sinto triste.

2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.

3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.

1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro

2 Acho que nada tenho a esperar.

3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

3. 0 Não me sinto um fracasso.

1 Acho que fracassei mais que uma pessoa comum.

2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.

3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

4. 0 Não tenho prazer em tudo como antes.
 - 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
 - 2 Não encontro um prazer real em mais nada.
 - 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

5. 0 Não me sinto especialmente culpado.
 - 1 Eu me sinto culpado às vezes.
 - 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
 - 3 Eu me sinto sempre culpado.

6. 0 Não acho que esteja sendo punido.
 - 1 Acho que posso ser punido.
 - 2 Creio que vou ser punido.
 - 3 Acho que estou sendo punido.

7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
 - 1 Estou decepcionado comigo mesmo.
 - 2 Estou enojado de mim.
 - 3 Eu me odeio.

8. 0 Não me sinto de qualquer modo pior do que os outros.
 - 1 Sou crítico em relação a mim devido às minhas fraquezas ou meus erros.
 - 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
 - 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

9. 0 Não tenho quaisquer ideias de me matar.
 - 1 Tenho ideias de me matar, mas não as executaria.
 - 2 Gostaria de me matar.
 - 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.

10. 0 Não choro mais que o habitual.
 - 1 Choro mais agora do que costumava.
 - 2 Agora, choro o tempo todo.
 - 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.

11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
- 1 Fico irritado ou molestado mais facilmente do que costumava.
 - 2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
 - 3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumava irritar-me.
12. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
- 1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
 - 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
 - 3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
13. 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outras épocas.
- 1 Adio minhas decisões mais do que costumava.
 - 2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
 - 3 Não consigo mais tomar decisões.
14. 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.
- 1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.
 - 2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
 - 3 Considero-me feio.
15. 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.
- 1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
 - 2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.
 - 3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
16. 0 Durmo tão bem quanto de hábito.
- 1 Não durmo tão bem quanto costumava.
 - 2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.
 - 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.
17. 0 Não fico mais cansado do que de hábito.
- 1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
 - 2 Sinto-me cansado ao fazer qualquer coisa.
 - 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

18. 0 Meu apetite não está pior do que de hábito.

- 1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
- 2 Meu apetite está muito pior agora.
- 3 Não tenho mais nenhum apetite.

19. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.

- 1 Perdi mais de 2,5 Kg.
- 2 Perdi mais de 5,0 Kg.
- 3 Perdi mais de 7,5 kg.

Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM () NÃO ()

20. 0 Não me preocupo mais do que o de hábito com minha saúde.

- 1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.
- 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não seja isso.
- 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.

21. 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.

- 1 Estou menos interessado em sexo do que costumava.
- 2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.
- 3 Perdi completamente o interesse por sexo.

Escores: <15 = sem depressão; 15-20 = disforia; 20-30 = depressão moderada a grave; 30-63 = depressão grave.

ANEXO E – Inventário de Ansiedade de Beck

	Absolutamente Não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável, mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensação de calor				
3. Tremores nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo que aconteça o pior				
6. Atordoado ou tonto				
7. Palpitação ou aceleração do coração				
8. Sem equilíbrio				
9. Aterrorizado				
10. Nervoso				
11. Sensação de sufocação				
12. Tremores nas mãos				
13. Trêmulo				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen				
19. Sensação de desmaio				
20. Rosto afogueado				
21. Suor (nao devido ao calor)				

Escores: 0 a 9 – mínimo; 10 a 16 – leve; 17 a 29 – moderado; e 30 a 63 – grave.

ANEXO F – Escala de Consumo de Bebidas Alcoólicas

AUDIT Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao uso de Álcool (Versão Auto- Aplicável)

O uso de álcool pode afetar sua saúde e pode interferir com algumas medicações e tratamentos. Por isso é importante que você responda sobre o seu uso de álcool. Suas respostas permanecerão confidenciais. Por favor, responda com toda a sinceridade. Coloque um X no quadro que melhor descreve sua resposta a cada questão.

1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?	Nunca <input type="checkbox"/> 0	Uma vez por mês ou menos <input type="checkbox"/> 1	2-4 vezes por mês <input type="checkbox"/> 2	2-3 vezes por semana <input type="checkbox"/> 3	4 ou mais vezes por semana <input type="checkbox"/> 4
2. Quantas doses de álcool você consome num dia normal?	0 ou 1 <input type="checkbox"/> 0	2 ou 3 <input type="checkbox"/> 1	4 ou 5 <input type="checkbox"/> 2	6 ou 7 <input type="checkbox"/> 3	8 ou mais <input type="checkbox"/> 4
3. Com que frequência você consome cinco ou mais doses em uma única ocasião?	Nunca <input type="checkbox"/> 0	Menos que uma vez por mês <input type="checkbox"/> 1	Uma vez por mês <input type="checkbox"/> 2	Uma vez por semana <input type="checkbox"/> 3	Quase todos os dias <input type="checkbox"/> 4
4. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?	Nunca <input type="checkbox"/> 0	Menos que uma vez por mês <input type="checkbox"/> 1	Uma vez por mês <input type="checkbox"/> 2	Uma vez por semana <input type="checkbox"/> 3	Quase todos os dias <input type="checkbox"/> 4
5. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você não conseguiu fazer o que era esperado de você por causa do álcool?	Nunca <input type="checkbox"/> 0	Menos que uma vez por mês <input type="checkbox"/> 1	Uma vez por mês <input type="checkbox"/> 2	Uma vez por semana <input type="checkbox"/> 3	Quase todos os dias <input type="checkbox"/> 4
6. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?	Nunca <input type="checkbox"/> 0	Menos que uma vez por mês <input type="checkbox"/> 1	Uma vez por mês <input type="checkbox"/> 2	Uma vez por semana <input type="checkbox"/> 3	Quase todos os dias <input type="checkbox"/> 4
7. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você se sentiu culpado ou com remorso após ter bebido?	Nunca <input type="checkbox"/> 0	Menos que uma vez por mês <input type="checkbox"/> 1	Uma vez por mês <input type="checkbox"/> 2	Uma vez por semana <input type="checkbox"/> 3	Quase todos os dias <input type="checkbox"/> 4
8. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?	Nunca <input type="checkbox"/> 0	Menos que uma vez por mês <input type="checkbox"/> 1	Uma vez por mês <input type="checkbox"/> 2	Uma vez por semana <input type="checkbox"/> 3	Quase todos os dias <input type="checkbox"/> 4
9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?	Não <input type="checkbox"/> 0		Sim, mas não no último ano <input type="checkbox"/> 2		Sim, durante o último ano <input type="checkbox"/> 4
10. Alguém ou algum parente, amigo ou médico, já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?	Não <input type="checkbox"/> 0		Sim, mas não no último ano <input type="checkbox"/> 2		Sim, durante o último ano <input type="checkbox"/> 4