

**José Carlos Busto Galego**

**Cefaléia Crônica Diária: Classificação, Estresse e  
Impacto sobre a Qualidade de Vida**

**São José do Rio Preto**

**2006**

**José Carlos Busto Galego**

**Cefaléia Crônica Diária: Classificação, Estresse e  
Impacto sobre a Qualidade de Vida**

**Tese apresentada a Faculdade de  
Medicina de São José do Rio Preto  
para obtenção do Título de Doutor  
no Programa de Pós-Graduação em  
Ciências da Saúde, Eixo Temático:  
Medicina Interna.**

**Orientador: Prof. Dr. Waldir Antonio Tognola**

**São José do Rio Preto**

**2006**

Galego, José Carlos Busto

Cefaléia crônica diária: classificação, estresse e impacto sobre a qualidade de vida / José Carlos Busto Galego. São José do Rio Preto, 2006.

79 p.; 30 cm

Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.  
Eixo Temático: Medicina Interna

Orientador: Prof. Dr. Waldir Antonio Tognola

1. Transtornos da Cefaléia; 2. Estresse; 3. Qualidade de Vida

**SUMÁRIO**

	PÁGINAS
I- INTRODUÇÃO	1
II- CASUÍSTICA E MÉTODO	19
III- RESULTADOS	22
IV- DISCUSSÃO	33
V- CONCLUSÕES	52
VI- REFERÊNCIAS	53
VII- ANEXOS	68

# **DEDICATÓRIA**

*Dedico este trabalho:*

*À minha esposa Vânia: minha mulher, minha companheira, amor da minha vida, que sempre está ao meu lado em todos os momentos. Admiro seu bom senso e inteligência, seu amor sem fim por nossa família, sua generosidade e seu altruísmo. Seu incentivo diário na elaboração desta tese foi fundamental.*

*Às minhas filhas Andressa, Débora e Patrícia: luz dos meus olhos, três princesas que Deus colocou em minha vida, filhas dedicadas, amorosas e inteligentes. Sinto uma imensa satisfação por viver todos os momentos perto delas, vendo seus progressos e ajudando naquilo que posso. Peço a Deus que sempre as abençoe e as conserve assim, lindas e maravilhosas.*

**AGRADECIMENTOS**

## AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Prof. Dr. Waldir Antonio Tognola por sua colaboração na realização deste trabalho.

À Psicóloga Avelina Maria Moraes pelo empenho e dedicação na aplicação do Questionário SF-36 e do Inventário de Sintomas de Estresse de Lipp.

Ao Prof. Dr. José Antonio Cordeiro que sempre se mostrou solícito na elaboração das análises estatísticas.

À Professora Dra. Neide Micelli Domingos por sua colaboração em questões relacionadas ao Inventário de Sintomas de Estresse de Lipp.

À Professora Dra. Adília Maria Pires Sciarra e a Henrique Fernando de Mello pela valiosa ajuda na elaboração do Abstract.

À Professora Dra. Maysa Alahmar Bianchin por sua colaboração dirimindo dúvidas na interpretação do Questionário SF-36.

Aos professores do Curso de Pós-graduação da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto e, em particular, ao Prof. Dr. Reinaldo Azoubel por suas sugestões no item conclusões.

Aos funcionários da Pós-graduação, Fabiana Cristina Godoy e José Antonio Silistino que sempre demonstraram dedicação para o bom andamento das várias etapas do meu trabalho.

À bibliotecária Rosângela Maria Moreira Kavanami por sua ajuda na elaboração da ficha catalográfica e no esclarecimento sobre questões relacionadas às citações bibliográficas.

À secretária do Departamento de Ciências Neurológicas Carmen Silvia Siqueira Agreli, pelo seu trabalho na execução das tarefas solicitadas.

Aos meus pacientes que, voluntariamente, participaram deste estudo clínico, meus sinceros agradecimentos.

**EPÍGRAFE**

*“Não somos responsáveis apenas pelo que fazemos, mas também pelo que deixamos de fazer”*

*(Molière, dramaturgo francês)*

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** Idade na primeira consulta dividida em grupos etários. Página 22
- Figura 2.** Distribuição do estresse nas quatro fases. Página 27
- Figura 3.** Fase do estresse e pontuação do SF-36 na escala capacidade funcional. Página 29
- Figura 4.** Fase do estresse e pontuação do SF-36 na escala aspectos físicos. Página 29
- Figura 5.** Fase do estresse e pontuação do SF-36 na escala dor corporal. Página 30
- Figura 6.** Fase do estresse e pontuação do SF-36 na escala de estado geral de saúde. Página 30
- Figura 7.** Fase do estresse e pontuação do SF-36 na escala vitalidade. Página 31
- Figura 8.** Fase do estresse e pontuação do SF-36 na escala aspectos sociais. Página 31
- Figura 9.** Fase do estresse e pontuação do SF-36 na escala aspectos emocionais. Página 32
- Figura 10.** Fase do estresse e pontuação do SF-36 na escala saúde mental. Página 32
- Figura 11.** Comparação das pontuações no SF-36 entre os pacientes com CCD do presente estudo com os dados normativos das populações de outros países. CF: capacidade funcional; AF: aspectos físicos; DC: dor corporal; EGS: estado geral de saúde; V: vitalidade; AS: aspectos sociais; AE: aspectos emocionais e SM: saúde mental. Página 40
- Figura 12.** Comparação das pontuações no SF-36 entre os pacientes com CCD do presente estudo com os resultados de outros trabalhos. MT: migrânea transformada. CF: capacidade funcional; AF: aspectos físicos; DC: dor corporal; EGS: estado geral de saúde; V: vitalidade; AS: aspectos sociais; AE: aspectos emocionais e SM: saúde mental. Página 44

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1.** Tipos de diagnósticos na CCD. Página 23

**Tabela 2.** Pontuação no Questionário SF-36. Página 24

**Tabela 3.** Comparação entre os pacientes com CCD que apresentam migrânea com aqueles que não apresentam. Página 25

**Tabela 4.** Comparação entre os pacientes com CCD que apresentam provável cefaléia por uso excessivo de medicação com aqueles que não apresentam. Página 26

**Tabela 5.** Comparação entre os pacientes com CCD que apresentam e não apresentam estresse. Página 28

## LISTA DE ABREVIATURAS

**ANADEP:** Análise de dependência.

**CCD:** Cefaléia crônica diária.

**SCP:** Substância cinzenta peri-aquedutal

**CTTC:** Cefaléia do tipo tensional crônica.

**CTTE:** Cefaléia do tipo tensional episódica

**CPDI:** Cefaléia persistente e diária desde o início.

**HC:** Hemicrânia contínua.

**ISSL:** Inventário de sintomas de estresse para adultos de Lipp.

**MA:** Migrânea com aura

**MC:** Migrânea crônica.

**MT:** Migrânea transformada.

**NMDA:** N-metil-D-aspartato

**NO:** Óxido nítrico

**pCTTC:** Provável cefaléia do tipo tensional crônica

**pCUEM:** Provável cefaléia por uso excessivo de medicação

**PM:** Provável migrânea

**pMC:** Provável migrânea crônica

**SF-36:** Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey.

**SIC:** Sociedade Internacional de Cefaléia.

**SUNCT:** cefaléia de curta duração, unilateral, neuralgiforme com hiperemia conjuntival e lacrimejamento.

## RESUMO

**Introdução:** Cefaléia crônica diária (CCD) compreende um grupo heterogêneo de cefaléias que se manifestam em 15 ou mais dias por mês, durando mais de 4 horas, incluindo as cefaléias associadas com o uso excessivo de medicação. Os objetivos desse estudo foram: classificar a cefaléia crônica diária, avaliar a qualidade de vida e o nível de estresse dos pacientes com esse tipo de cefaléia.

**Casuística e Método:** Foram estudados de forma prospectiva 100 pacientes de ambos os sexos e idade mínima de 18 anos. O critério de inclusão foi presença de cefaléia primária, durando mais de 4 horas, com frequência de 15 ou mais dias por mês, nos últimos três meses. O diagnóstico foi em acordo com os critérios da segunda edição da Classificação Internacional de Cefaléias (CIC-II). Foram aplicados o Questionário SF-36 para verificar qualidade de vida, e o Inventário de Sintomas de Estresse de Lipp, para diagnosticar estresse. Não foram incluídos pacientes com doenças orgânicas crônicas.

**Resultados:** A média de idade dos pacientes foi 38,8 anos. A maioria do grupo (87%) foi constituída de mulheres. A duração média da CCD foi 4,0 anos. Aplicando os critérios da CIC-II, foram necessários 17 diferentes tipos de diagnósticos para classificar a CCD. Dentro desses tipos de diagnósticos, em 11 havia migrânea (80% dos pacientes). Os tipos com migrânea obtiveram no SF-36 pontuações menores em capacidade funcional ( $p=0,0015$ ) e aspectos sociais ( $p=0,033$ ). Em 46% dos pacientes havia uso excessivo de medicação e esses obtiveram pontuações menores em capacidade funcional ( $p=0,008$ ), dor corporal ( $p=0,037$ ) e aspectos emocionais ( $p=0,046$ ). Noventa pacientes apresentaram estresse, predominando os sintomas psicológicos em 94,5%. Entre os pacientes que apresentaram estresse, 2 estavam na fase de alerta, 33 em resistência, 46 em quase exaustão

e 9 em exaustão. Estresse diminuiu significativamente as pontuações no SF-36, exceto para capacidade funcional. Não houve associação entre estresse e uso excessivo de medicação. Comparando as fases do estresse com pontuações no SF-36, com exceção da escala dor corporal, a fase resistência apresenta pontuações significativamente maiores, que quase exaustão.

**Conclusões:** A CCD é o resultado da convergência de vários tipos de cefaléias que integram a segunda edição da Classificação Internacional das Cefaléias. A grande maioria dos pacientes apresentou estresse e a metade desses se encontravam na fase de quase exaustão. O estresse produziu redução significativa em todas as escalas do questionário SF-36, com exceção da capacidade funcional. Os pacientes com estresse na fase de quase exaustão, quando comparados aos da fase de resistência apresentaram pontuações significativamente menores em todas as escalas do questionário SF-36, menos em dor corporal.

**Palavras-chave:** cefaléia crônica diária, classificação, qualidade de vida, estresse

## ABSTRACT

Chronic daily headache (CDH) is a heterogeneous group of headaches that occurs 15 or more days per month, lasting more than four hours, including those associated with medication overuse. The objectives of this study were: to classify Chronic Daily Headache; to assess the quality of life and level of stress of the patients with this type of headache.

**Casuistic and Method:** A hundred patients, from both sexes, with minimum age of 18 years old were prospectively studied. The inclusion criterion was the presence of primary headache with more than 4-hour duration, a frequency of 15 days or more monthly, in the last three months. The diagnosis was according to the second edition of The International Classification of Headache Disorders (ICHD-II) criteria. The SF-36 questionnaire to observe quality of life and Lipp's Inventory of Stress Symptoms to diagnose stress were used. Patients with chronic organic disease were not included.

**Results:** The patients' mean age was 38.8 years. The majority (87%) was women. CDH mean duration was 4.0 years. Applying the ICHD-II criteria, 17 different types of diagnosis were necessary to classify CDH. Between these types of diagnosis, 11 presented migraine (80% of the patients). The types with migraine had lower scores according to SF-36 either in physical function ( $p=0.0015$ ) and social function ( $p=0.033$ ). A total of 46% of the patients overused medication. Their scores were lower in physical function ( $p=0.008$ ), bodily pain ( $p=0.037$ ) and role emotional ( $p=0.046$ ). Ninety patients presented stress, prevailing the psychological symptoms in 94.5%. Between the patients who presented stress, 2 were at the alert phase, 33 at resistance phase, 46 at almost exhaustion and 9 at exhaustion phase. Stress diminished significantly the scores at the SF-36, except on physical function. There was no association between stress and medication overuse.

Comparing the stress phases with SF-36 scores, except on bodily pain scale, the resistance phase showed significant higher scores than the almost exhaustion phase.

**Conclusions:** CDH is the result of a convergence of several types of headaches that integrates the second edition of The International Classification of Headache Disorders. Most patients presented stress and half of them were at the almost exhaustion phase. Stress produced significantly reduction in all scales from SF-36 questionnaire, except on physical function. The patients with stress at the almost exhaustion phase compared with those at the resistance phase showed significant lower scores in all scales of SF-36 questionnaire, except on bodily pain.

**Key-words:** chronic daily headache, classification, quality of life, stress

## INTRODUÇÃO

O termo cefaléia crônica diária (CCD) se refere a um padrão temporal de manifestação de cefaléias que recebem essa denominação de forma genérica, não encerrando em si nenhum diagnóstico específico. Compreende um grupo heterogêneo de cefaléias recorrentes de frequências diárias ou quase diárias que podem ser contínuas ou não.

Há um “consenso” para definir cefaléia crônica diária como um grupo de cefaléias, que se manifestam em 15 ou mais dias por mês, incluindo aquelas cefaléias associadas com o uso excessivo de medicação sintomática.

A prevalência da CCD na população geral varia de 3 a 5% e afeta mais as mulheres<sup>(1-3)</sup>. Em centros especializados, a CCD representa aproximadamente 40% de todas as consultas<sup>(4,5)</sup> e, a maioria dos pacientes (65 a 90%) também é mulher<sup>(4, 6-12)</sup>.

O grupo da CCD pode ser dividido nas formas primária e secundária<sup>(13)</sup>. A CCD secundária possui uma causa subjacente identificável como: trauma cefálico ou cervical, doença cérebro-vascular, hipertensão ou hipotensão liquórica, neoplasia intracraniana, uso excessivo de medicação e infecções intracranianas ou sistêmicas.

A CCD primária não está relacionada com lesão estrutural ou doença sistêmica, e pode ser subdividida em curta ou longa duração (episódio de cefaléia menor ou maior que 4 horas respectivamente). São classificadas como cefaléias de curta duração: a cefaléia em salvas, a hemicrania paroxística, a cefaléia primária em facada, a cefaléia hípica e a cefaléia de curta duração, unilateral, neuralgiforme com hiperemia conjuntival e lacrimejamento (SUNCT).

A CCD de longa duração compreende um grupo de cefaléias que, ao longo do tempo foi denominada por vários termos: cefaléia tensional crônica, síndrome da cefaléia mista, migrânea com cefaléia interparoxística, cefaléia tenso-vascular, migrânea evolutiva e migrânea transformada <sup>(14)</sup>.

A primeira edição da Classificação Internacional das Cefaléias de 1988 <sup>(15)</sup>, proporcionou um grande avanço na classificação de cefaléias, porém aquelas de ocorrência diária ou quase diária, com exceção da cefaléia do tipo tensional crônica, não foram adequadamente classificadas. Em consequência disso, desde a publicação da primeira edição, vários autores relataram dificuldades em classificar cefaléias diárias ou quase diárias, utilizando os critérios diagnósticos estabelecidos, e sugeriram o desenvolvimento de novos critérios para cefaléias diárias ou quase diárias <sup>(6-8, 16-20)</sup>.

Isto ocorria porque as cefaléias diárias ou quase diárias, muitas vezes se apresentam em associação com sintomas típicos de migrânea, o que torna impróprio classificá-las dentro do grupo da cefaléia do tipo tensional crônica. Argumentava-se também que a classificação da Sociedade Internacional de Cefaléias (SIC) considerava para o diagnóstico, apenas as características das crises isoladas de cefaléias, não incluindo a história natural das mesmas <sup>(21)</sup>.

Em 1994, Silberstein et al. <sup>(22)</sup> propuseram a revisão da classificação da SIC, sugerindo que a mesma não era suficientemente ampla para classificar uma grande série de pacientes, com cefaléia de manifestação diária ou quase diária.

Nessa classificação proposta, a CCD primária de longa duração foi subdividida em: migrânea transformada (MT), cefaléia do tipo tensional crônica (CTTC), cefaléia persistente e diária desde o início (CPDI) e hemicrania contínua (HC). Esses quatro tipos de

CCD poderiam ou não estar associadas com o uso excessivo de medicação sintomática. Em 1996, esses critérios de classificação propostos se tornaram mais abrangentes, facilitando o diagnóstico da MT<sup>(23)</sup>.

O termo migrânea transformada foi usado primeiramente em 1987 por Mathew et al.<sup>(4)</sup>, para descrever uma cefaléia diária ou quase diária que apresenta características que variam dentro de um espectro clínico, entre a migrânea e a cefaléia do tipo tensional, e com uma peculiar história natural.

Os pacientes com migrânea transformada geralmente iniciam com crises de migrânea com ou sem aura na adolescência ou início da idade adulta e, com o passar do tempo, as crises tornam-se mais freqüentes. Concomitantemente, os pacientes desenvolvem cefaléia tipo tensional interparoxística, que também se torna mais freqüente e por volta da idade de 35-40 anos, a cefaléia ocorre diária ou quase diariamente. Nessa fase a cefaléia tem características mistas de migrânea e cefaléia tensional<sup>(14)</sup>.

Diferenciar esses tipos de cefaléia pode às vezes ser difícil. Uma cefaléia com característica tipo tensional pode progredir para uma migrânea em poucos dias, e a migrânea pode gradualmente diminuir, tornando-se uma inoportuna cefaléia de baixo grau de intensidade por poucos dias e, novamente ser seguida por um ataque mais severo com características migranosas com náuseas e vômitos<sup>(14)</sup>.

Na maioria das mulheres com MT ocorre piora da cefaléia durante a menstruação. Porém, o estresse emocional é citado com o principal fator desencadeante e de piora<sup>(9, 24, 25)</sup>.

Outro tipo de cefaléia de longa duração proposta foi a CTTC, cujos critérios diagnósticos definidos na primeira edição de classificação da SIC<sup>(15)</sup> foram mantidos:

presença da cefaléia na freqüência mínima de quinze dias por mês durante seis meses, localização bilateral, caráter em pressão ou aperto, intensidade fraca ou moderada, não piorando com atividade física de rotina. Pode ocorrer náusea leve, fotofobia ou fonofobia.

Silberstein et al.<sup>(22)</sup> incluíram na classificação um terceiro tipo de CCD, denominada de “new daily persistent headache” (cefaléia persistente e diária desde o início) descrita originalmente por Vanast, em 1986 <sup>(26)</sup>. Essa cefaléia é de início agudo, desenvolvendo-se em menos de três dias, tornando-se diária e sem remissão. Não há história prévia de cefaléia do tipo tensional ou migrânea que estivesse aumentando na freqüência e diminuindo em intensidade. As características clínicas se assemelham à cefaléia do tipo tensional crônica. Mudanças imunes induzidas pelo vírus Epstein-Barr parecem estar relacionadas como fator etiológico <sup>(27)</sup>.

O quarto tipo de CCD, denominado de hemicrânia contínua foi descrito pela primeira vez por Sjaastad e Spierings em 1984 <sup>(28)</sup> como uma cefaléia unilateral, contínua, que raramente alterna de lado, variando de moderada a forte no grau de intensidade. A piora da cefaléia está freqüentemente associada com distúrbios autonômicos como hiperemia conjuntival, lacrimejamento, ptose palpebral e miose. A resposta terapêutica a indometacina é considerada fundamental para o diagnóstico <sup>(28-30)</sup>. De acordo com os critérios propostos, a hemicrania contínua é classificada como CCD após um mês do seu aparecimento.

Estudos utilizando os critérios de Silberstein et al.<sup>(22)</sup> demonstram que a migrânea transformada é o tipo mais comum de CCD, seguida pela cefaléia do tipo tensional crônica (9, 11).

A CCD está frequentemente associada com o uso diário de drogas sem prescrição médica e de baixa eficácia terapêutica <sup>(31-41)</sup>. Em 1982, Kudrow <sup>(31)</sup> estudando 200 pacientes com cefaléia crônica diária cujo uso de analgésicos era excessivo, relatou que os melhores resultados no tratamento desses pacientes foram obtidos com a retirada de analgésicos e a administração de amitriptilina. Sua conclusão foi que o uso freqüente de analgésicos poderia de forma paradoxal manter a dor crônica.

Os mesmos autores sugeriram que o uso excessivo de medicação sintomática, poderia suprimir o mecanismo de controle endógeno da dor. Além disso, a maioria dos medicamentos usados no tratamento profilático da cefaléia crônica diária, atua pela modulação da neurotransmissão serotoninérgica. Um distúrbio nesse sistema de neurotransmissão, poderia ter um papel importante no fenômeno de evolução para cefaléia diária .

Originalmente pensava-se que cefaléia induzida por medicação era causada por compostos de ergotamina para aliviar a dor e, por isso, foi inicialmente chamada de cefaléia ergotamínica <sup>(42, 43)</sup>. No entanto, os estudos mostraram que uma forma similar de cefaléia era causada pelo uso crônico de analgésicos sem componentes de ergotamina <sup>(35)</sup>.

O uso freqüente e excessivo de analgésicos comuns, em pacientes com cefaléia crônica pode piorar e perpetuar a dor, e não aliviá-la. Pequenas doses de analgésicos que inicialmente aliviavam uma cefaléia tensional, poderiam em alguns indivíduos com dores de cabeça freqüentes, levar a uma menor resposta terapêutica, iniciando um ciclo de aumento das doses utilizadas para alcançar um alívio similar. Num determinado ponto, o aumento do consumo não reduz a dor, mas ao contrário intensifica a cefaléia. Este efeito paradoxal dos analgésicos foi chamado de cefaléia rebote <sup>(34)</sup>.

Outra questão era se o uso freqüente de analgésicos, poderia piorar a cefaléia ou induzi-la em indivíduos que não apresentam cefaléia. Em 1988, Lance e al.<sup>(41)</sup> verificaram em pacientes com artrite e que não sofriam de cefaléia que, o uso excessivo de analgésicos para alívio da artrite não causava o aparecimento de cefaléia.

Os estudos mostram que a maior parte dos indivíduos com cefaléia crônica abusa de analgésicos e, em alguns casos, claramente são responsáveis pela cefaléia de rebote, que ocorre quando os efeitos agudos da droga diminuem ou quando os analgésicos são descontinuados. Entretanto em alguns pacientes, o grau de contribuição do uso excessivo de analgésicos para o desenvolvimento da cefaléia crônica diária, pode ser difícil de determinar<sup>(38)</sup>.

Transtornos de ordem psicológica, também podem causar e ou resultar no abuso de analgésicos. Em 1996, Rapoport<sup>(38)</sup> levantou os dados fornecidos por 174 médicos sobre seus pacientes que faziam uso abusivo de analgésicos. Oitenta por cento dos médicos relataram que a depressão foi comumente observada nesses pacientes. A ansiedade é um outro fator que poderia levar ao aumento do consumo de analgésicos. Pacientes com um perfil ansioso-fóbico poderiam apresentar um padrão comportamental de uso abusivo de analgésicos<sup>(44)</sup>.

As características clínicas da cefaléia induzida por droga são uniformes e independem do tipo inicial da cefaléia e do tipo de droga analgésica abusada. É descrita como diária, de fraca a moderada intensidade com constante pressão na região occipital, espalhando-se ao longo das regiões parietais. As crises de cefaléia podem ser acompanhadas de astenia, náusea, irritabilidade, problemas de memória e distúrbios do sono<sup>(36)</sup>.

A segunda edição da Classificação Internacional das Cefaléias de 2004 <sup>(45)</sup> fornece critérios para o diagnóstico da cefaléia por uso excessivo de medicação, anteriormente conhecida pelos termos cefaléia rebote ou cefaléia induzida por medicação.

Na classificação são feitas algumas considerações sobre essa cefaléia. “Quando uma nova cefaléia ocorre pela primeira vez em estreita relação temporal com a exposição a uma substância, ela é codificada como uma cefaléia secundária ao uso dessa substância. Isso também é verdadeiro se a cefaléia tem características de migrânea, cefaléia do tipo tensional ou cefaléia em salvas”.

“Quando uma cefaléia primária preexistente piora em relação temporal estreita com a exposição a uma substância, existe duas possibilidades e é necessário discernimento. O paciente pode receber o diagnóstico da cefaléia primária preexistente ou pode receber esse diagnóstico juntamente ao da cefaléia secundária a essa substância. Os fatores que apóiam o acréscimo do último diagnóstico são: uma relação temporal muito estreita com a exposição à substância, acentuada piora da cefaléia preexistente, evidência clara de que a exposição à substância pode agravar a cefaléia primária e, finalmente, a melhora ou a resolução da cefaléia após o término do efeito da substância”.

A segunda edição de classificação da SIC <sup>(45)</sup> fornece critérios diagnósticos para quatro tipos de CCD primária de longa duração: migrânea crônica (MC), CTTC, CPDI e HC. A primeira edição da SIC <sup>(15)</sup> oferecia critérios diagnósticos somente para a CTTC e, para classificar a MT e a CPDI era necessária uma combinação de diagnósticos.

Antes da publicação da segunda edição de classificação da SIC, artigos de revista <sup>(46, 47)</sup> e capítulos de livros <sup>(48)</sup> a respeito da CCD, empregavam o termo migrânea crônica (MC) como sinonímia de MT e com mesma definição clínica. Entretanto, a nova edição

utiliza o termo MC para classificar uma complicação da migrânea e não oferece critérios diagnósticos explícitos para MT. Para o diagnóstico de MC é necessária a manifestação da cefaléia da migrânea em 15 ou mais dias por mês, por mais de três meses, na ausência de uso excessivo de medicação.

Na definição da MT descrita por Mathew et al.<sup>(5)</sup>, esta “entidade clínica” se manifesta com um padrão de cefaléia diária ou quase diária que oscila entre características clínicas da migrânea e da cefaléia do tipo tensional. Em consequência disso, para classificar a cefaléia da MT, em acordo com os critérios da segunda edição de classificação da SIC, há necessidade de múltiplos diagnósticos.

A nova classificação também faz uma ressalva a respeito da cronicidade da migrânea. “A maioria dos casos de migrânea crônica inicia-se com migrânea sem aura. À medida que a cronicidade se desenvolve, a cefaléia tende a perder sua apresentação episódica, embora não tenha sido claramente demonstrado que seja sempre assim”.

Quanto ao uso de medicação sintomática em pacientes com MC são feitos os seguintes comentários: “Quando há uso excessivo de medicação, esta é a causa mais provável dos sintomas crônicos. Assim a regra é codificar os pacientes, de acordo com o subtipo de migrânea precedente (geralmente migrânea sem aura) mais provável migrânea crônica mais provável cefaléia por uso excessivo de medicação. Quando estes critérios permanecem preenchidos dois meses após ter cessado o uso excessivo de medicamento, deve-se diagnosticar a migrânea crônica mais o subtipo de migrânea precedente, e excluir a provável cefaléia por uso excessivo de medicação. Se, em qualquer momento, esses critérios não forem mais preenchidos, por ter ocorrido uma melhora do quadro, codificar como cefaléia por uso excessivo de medicação mais o subtipo de migrânea precedente e

excluir a provável migrânea crônica. Os critérios acima descritos requerem estudos adicionais”.

Bigal et al.<sup>(49)</sup> revisaram os registros clínicos e diários de cefaléia de 638 pacientes provenientes de um centro especializado no tratamento de cefaléias, vistos entre 1980 e 2001. Todos os pacientes tinham CCD primária, de acordo com os critérios de Silberstein et al.<sup>(22, 23)</sup>. Nesses pacientes foram aplicados os novos critérios de classificação da SIC de 2004<sup>(45)</sup>. Em trabalho anterior<sup>(50)</sup>, os autores já haviam feito esse tipo de comparação, porém utilizando a classificação da SIC de 1988.

As conclusões do último trabalho<sup>(49)</sup> foram que: grande parte dos pacientes com MT com ou sem uso excessivo de medicação não se encontraram dentro do critério para MC, ou provável MC com uso excessivo de medicação, previsto na classificação da SIC de 2004; a maioria dos pacientes com CPDI sem uso excessivo de medicação conforme os critérios de Silberstein et al.<sup>(22, 23)</sup> foram classificados e que, os pacientes com HC foram facilmente classificados por meio da nova versão da SIC.

Os autores também consideraram que, o diagnóstico MC com ou sem uso excessivo de medicação sintomática pode ser aplicado somente num pequeno número de pacientes e, em consequência disso, a condução de ensaios clínicos com esta entidade clínica seria muito difícil.

Usando o novo sistema da SIC, a grande maioria dos pacientes anteriormente classificados como MT precisou de múltiplos diagnósticos. Os autores sugerem que na próxima revisão de classificação das cefaléias, os critérios para o diagnóstico de MC poderiam ser mais abrangentes, permitindo 15 dias de migrânea ou provável migrânea

(preenche todos menos um dos critérios para migrânea), do que exclusivamente 15 dias de migrânea.

No trabalho anterior <sup>(50)</sup>, usando a classificação de 1988 da SIC <sup>(15)</sup>, não foi possível diagnosticar os pacientes com CPDI sob um único diagnóstico, indicando que houve uma significativa melhora na classificação dessa cefaléia pelos novos critérios da SIC. Por outro lado, os mesmos problemas encontrados para classificar CPDI com uso excessivo de medicação pelos critérios de 1988, permaneceram com o sistema de 2004 da SIC e assim, sugerem que o diagnóstico de CPDI seja revisado, não excluindo características migranasas do quadro clínico.

A respeito da CPDI a nova classificação faz o seguinte comentário: “Embora a CPDI tenha muitas características em comum com a cefaléia do tipo tensional, a CPDI é única pelo fato da cefaléia ser diária e sem remissão desde o início do surgimento ou quase desde esse momento, tipicamente em pessoas sem uma história anterior de cefaléia. A clara recordação deste início é necessária para o diagnóstico”.

Conforme ressaltam Bigal et al. <sup>(49)</sup>, nos novos critérios diagnósticos da CPDI não há referência sobre sintomas sugestivos de migrânea. Porém, continuando o comentário da nova classificação é mencionado que: “A cefaléia da CPDI pode ter características associadas sugestivas tanto de migrânea quanto de cefaléia do tipo tensional”. Nesse sentido, são estimulados estudos adicionais comparativos entre CPDI e CTTC.

Os critérios de classificação da SIC de 2004 são explícitos para o diagnóstico das cefaléias e, em consequência disso, torna-se possível um diagnóstico único ou então, decompor a síndrome da cefaléia crônica diária, nos vários tipos de cefaléias presentes.

Em alguns pacientes pode ser necessário um diário de cefaléias para uma maior precisão diagnóstica e, considerando-se essa possibilidade, o tratamento profilático não seria instituído de forma rápida.

Assim como na primeira, a segunda edição da SIC, também classifica os episódios de cefaléia de forma individual, não considerando o caráter evolutivo que eventualmente possa existir. Em consequência disso, na maioria das vezes os pacientes com CCD recebem o diagnóstico de dois ou mais tipos de cefaléia, podendo no decorrer dos dias apresentar ora um determinado tipo de cefaléia, ora outro.

As razões para o desenvolvimento de cefaléias crônicas são ainda pouco conhecidas. O uso excessivo de medicação sintomática; situações de estresse na família e no trabalho; eventos de vida traumáticos; hipertensão arterial; uso de anticoncepcionais; perfil anormal de personalidade e co-morbidade com distúrbios, tais como, ansiedade e depressão são os prováveis fatores que influenciam a transformação gradual das cefaléias episódicas para a forma crônica diária <sup>(51)</sup>.

Diferentes mecanismos fisiopatológicos estão relacionados no desenvolvimento da CCD. Estudos neurofisiológicos sugerem que, estímulos nociceptivos crônicos produzem os fenômenos de sensibilização periférica e central que, estão associados à patogênese da CCD. Na cefaléia do tipo tensional, os mecanismos periféricos incluem aumento da contração dos músculos pericranianos, causando ativação e sensibilização química dos mecanorreceptores miofaciais e suas fibras aferentes, as quais se projetam e estimulam os neurônios do núcleo do trigeminal <sup>(52)</sup>. Na CTTC ocorre sensibilização central provocada por impulsos periféricos nociceptivos prolongados, provenientes dos tecidos miofaciais. O

óxido nítrico (NO) está envolvido nessa sensibilização central. Tanto que, inibidores da NO sintetase têm efeito analgésico nos pacientes com CTTC <sup>(53)</sup>.

A respeito da “migrânea crônica”, várias hipóteses têm sido mencionadas: regulação para cima (up-regulation) dos receptores serotoninérgicos decorrente da diminuição do nível de serotonina nas fendas sinápticas; hiperexcitabilidade das vias do SNC relacionadas ao controle da dor, por disfunção dos receptores N-metil-D-Aspartato (NMDA) e níveis baixos das beta-endorfinas <sup>(54)</sup>. Estudos de ressonância magnética encefálica mostraram aumento da deposição de ferro na substância cinzenta peri-aquedutal (SCP) nos pacientes com “migrânea crônica” com e sem aura ou uso abusivo de analgésicos. A deposição de ferro na SCP poderia causar ou então representar um marcador de dano neuronal, diretamente relacionado ao desenvolvimento da CCD <sup>(55)</sup>.

As características da personalidade e o funcionamento psicológico dos pacientes com cefaléia crônica têm sido uma área de interesse na literatura médica psicossomática <sup>(5, 56-75)</sup>. Os estudos que examinaram personalidade e cefaléia crônica, demonstraram diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes tipos de cefaléias <sup>(59, 72)</sup>.

A maior limitação da metodologia dos testes psicológicos aplicados em pesquisas é a dificuldade em determinar, se a personalidade neurótica é precursora, ou uma conseqüência da experiência de viver com cefaléia crônica <sup>(62, 64)</sup>. A dor crônica poderia causar aumento da ansiedade, estresse e depressão e uma conseqüente elevação na pontuação das escalas clínicas dos testes psicológicos <sup>(66)</sup>.

São várias as hipóteses a respeito da relação etiológica entre fatores psicológicos e a cefaléia. Uma personalidade obsessiva levaria a excessiva tensão, perfeccionismo, excesso de trabalho e fadiga causando a cefaléia. Tarefas desagradáveis, situações de tensão social

ou confrontação inoportuna com conseqüente estresse, desencadeariam ou aumentariam a frequência das crises de cefaléia. Em algumas situações, a cefaléia poderia ser um sintoma psicogênico, desordem de conversão, manifestação hipocondríaca ou poderia mascarar um quadro depressivo <sup>(65)</sup>.

Ainda existem muitas incertezas a respeito dos mecanismos pelos quais os fatores psicológicos operam, porém o distúrbio psiquiátrico mais comumente associado à cefaléia é a depressão <sup>(60, 67-76)</sup>.

A cefaléia é uma queixa subjetiva que na sua forma primária não é detectada por exames específicos e também não aumenta a mortalidade. Acreditava-se que as limitações associadas à cefaléia seriam menos significativas àquelas atribuídas as doenças crônicas sistêmicas. Porém, pacientes com cefaléias crônicas se queixam de significantes limitações funcionais, com conseqüente prejuízo na qualidade de vida <sup>(77)</sup>.

A qualidade de vida pode ser verificada por meio de instrumentos genéricos e específicos, desenvolvidos para avaliar o impacto da doença no bem estar e no estado funcional dos pacientes. Os instrumentos genéricos permitem a comparação da qualidade de vida entre diferentes doenças, enquanto que os específicos proporcionam uma mensuração direcionada à determinada doença e detectam com maior precisão, alterações ocorridas depois de determinado tipo de intervenção terapêutica <sup>(78)</sup>.

O questionário SF-36 <sup>(79, 80)</sup> é um instrumento genérico e multidimensional traduzido e validado para a língua portuguesa <sup>(81)</sup>. Foi desenvolvido para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde, sendo utilizado em muitos estudos clínicos.

É formado por oito escalas: capacidade funcional, aspectos físicos, dor corporal, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental.

Capacidade funcional avalia as limitações impostas pelo estado de saúde em relação à realização de atividades físicas, variando entre as vigorosas que exigem muito esforço (correr, levantar objetos pesados); as moderadas (tarefas domésticas, jogar bola, andar) e autocuidados (tomar banho ou vestir-se). Aspectos físicos verificam as limitações em relação às atividades diárias como trabalhos domésticos, profissionais e acadêmicos.

Dor corporal avalia a gravidade da dor sentida pelo paciente limitando seu funcionamento habitual em casa e no trabalho; estado geral de saúde, como se encontra a própria saúde; vitalidade, o vigor ou cansaço para a realização de atividades; aspectos sociais, as limitações nas atividades sociais habituais decorrentes da saúde física ou emocional; aspectos emocionais, as limitações da atividade de vida diária decorrentes do estado emocional e saúde mental, sentimentos de depressão, ansiedade ou afeto positivo.

Existem poucos trabalhos publicados a respeito da qualidade de vida na CCD <sup>(82-86)</sup>. A maioria dos estudos avaliando os efeitos das cefaléias na qualidade de vida, tem se limitado a migrânea <sup>(87-112)</sup>. Isso provavelmente se deva, ao significativo impacto negativo que a migrânea provoca na vida social e individual dos pacientes, como também aos prejuízos econômicos gerados por dias de trabalho perdidos.

Além de conhecer a qualidade de vida, avaliar a presença, o tipo e o nível de estresse dos pacientes, é uma outra forma de entender os mecanismos fisiopatológicos geradores e perpetuadores da CCD.

A palavra estresse deriva da língua inglesa “stress” e representa a sensação de tensão, angústia e desconforto que um indivíduo pode experimentar. Essas sensações seriam consequência de eventos emocionais importantes e ou doenças físicas e mentais.

Hans Selye identificou um conjunto de reações não específicas frente a situações de perigo que foi denominada de “síndrome geral de adaptação”. Alguns anos depois, essa síndrome ficou conhecida por estresse <sup>(113)</sup>. Cannon criou o termo homeostase, para descrever os vários ajustes fisiológicos, que servem para restaurar o estado normal de equilíbrio interno do organismo <sup>(114)</sup> e de acordo com Selye, o estresse seria a quebra dessa condição <sup>(113)</sup>.

Estresse envolve tanto os estímulos que alteram a homeostase do organismo, como a resposta comportamental de sobrevivência e, se desenvolve de forma gradativa e progressiva frente às ameaças de perigo psicológicas ou físicas.

O desenvolvimento do estresse depende basicamente, da interpretação do fator que o desencadeia. As características da personalidade também podem determinar a resposta do indivíduo ao estresse. <sup>(115)</sup> Situações que poderiam ser altamente estressantes para alguns indivíduos, para outros seriam interpretadas como eventos rotineiros e, sem maiores conseqüências.

Em 1956, Selye propôs que o estresse se desenvolve em três fases: Alerta, Resistência e Exaustão. Na fase de alerta, o organismo prepara-se para a reação de fuga ou luta que é essencial para a preservação da vida. Caso o estresse continue por um tempo maior, desenvolve-se a fase de resistência, que é uma fase de adaptação para restabelecer a homeostase interna.

Na fase de resistência os sintomas predominantes são uma sensação de desgaste e cansaço. Se o estressor continua atuando e a pessoa não tem estratégias para lidar com o estresse, a reserva de energia adaptativa se exaure e a fase de exaustão se manifesta, predispondo o indivíduo a doenças <sup>(113)</sup>.

Pelo fato da fase de resistência proposta por Selye ser muito extensa com respeito à quantidade e intensidade dos sintomas, Lipp et al.<sup>(113)</sup>, propuseram uma quarta fase de desenvolvimento do estresse.

Na padronização do Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp (ISSL)<sup>(116)</sup>, validado em 1994<sup>(117)</sup> a quarta fase do estresse foi identificada, tanto clínica como estatisticamente, recebendo a denominação de quase exaustão por se encontrar entre a fase de resistência e exaustão. Nessa fase embora apresentando desgaste e outros sintomas, a pessoa ainda conseguiria trabalhar e atuar na sociedade, porém de forma limitada.

No modelo quadrifásico de Lipp o estresse evoluiria da seguinte forma: fase de alerta, resistência, quase exaustão e exaustão<sup>(113)</sup>.

Na fase de alerta do estresse a pessoa precisa mais energia para superar o desafio ou ameaça percebida. Nessa fase ocorrem mudanças dos níveis hormonais que contribuem para aumentar a motivação e energia e, quando não excessivo, gera maior produtividade no ser humano.

A Fase de resistência caracteriza-se por um aumento na capacidade de resistência acima do normal. Nesta fase ocorre um reequilíbrio, às custas de uma grande utilização de energia, o que gera uma sensação de desgaste global.

Quando o organismo consegue proceder a uma adaptação completa e resistir ao estressor adequadamente, o processo do estresse se interrompe sem seqüelas. Caso as defesas do organismo comecem ceder, se desenvolve a fase de quase exaustão e algumas doenças começam a surgir, demonstrando que a resistência já não está tão eficaz. Na fase

de exaustão há uma quebra total da resistência, com exaustões psicológicas, físicas e manifestação de doenças.

Os sinais e sintomas de estresse físico caracterizam-se por: aumento da sudorese, tensão muscular, taquicardia, hipertensão arterial, aperto da mandíbula, ranger de dentes, hiperatividade, náuseas, mãos e pés frios.

No estresse psicológico são comuns: a ansiedade, tensão, angústia, insônia, dificuldades interpessoais, dúvidas quanto a si próprio, preocupação excessiva, dificuldade de concentrar-se em outros assuntos que não o relacionado ao estressor, dificuldade de relaxar e hipersensibilidade emotiva.

Os eventos provocadores do estresse podem agir de forma distinta na precipitação e manutenção das cefaléias. Uma crise de migrânea poderia ser precedida por um evento estressante importante, como a perda de um emprego ou uma separação conjugal, que levaria a um impacto negativo na vida. Entretanto, eventos estressantes menos intensos como aborrecimentos quotidianos, podem contribuir para a persistência da migrânea. O impacto desses aborrecimentos dependeria não somente de sua recorrência, mas também como são interpretados pelo paciente. Existiria uma tendência de avaliar quaisquer aborrecimentos diários, cognitivos e emocionalmente de forma ameaçadora. Essa vulnerabilidade psicológica pré-existente induzida pelo estresse, associado às crises de cefaléia, manteria os pacientes com migrânea em constantes esforços adaptativos<sup>(118)</sup>.

Várias doenças estão relacionadas ao estresse que, não é a causa da doença em si, mas sim um fator desencadeante. Cefaléias crônicas primárias como a migrânea<sup>(119-127)</sup> e a cefaléia do tipo tensional episódica<sup>(128-130)</sup>, estão freqüentemente associadas ao estresse psicológico. O estresse é considerado tanto um fator precipitante como de piora da cefaléia

e, possivelmente, também poderia agir no desenvolvimento e na perpetuação da CCD (20, 25, 51, 131-133)

Na síndrome da CCD, a constante manifestação da cefaléia é um transtorno para aqueles que dela padecem e um desafio ao médico assistente, que na maioria das vezes contará para o diagnóstico, somente com a história clínica e o exame físico do paciente.

Normalmente os pacientes com esse padrão de cefaléia, peregrinam por vários consultórios médicos em busca de uma causa específica e um tratamento eficaz. Muitos deles já foram investigados com exames subsidiários de imagem como a tomografia do crânio e ressonância magnética encefálica, sem que a causa da cefaléia fosse revelada.

Geralmente se mostram ansiosos em conhecer a origem de sua cefaléia e também, apreensivos pelas conseqüências que a dor ocasiona em suas vidas.

Em conseqüência disso, frente a pacientes com cefaléias primárias de longa duração, é imperativo o diagnóstico clínico do tipo ou tipos de cefaléia que os afligem, para a indicação de um tratamento eficaz.

**OBJETIVOS:** Classificar a cefaléia crônica diária, avaliar a qualidade de vida e o nível de estresse dos pacientes com esse tipo de cefaléia.

## CASUÍSTICA E MÉTODO

Foram estudados em forma prospectiva, 100 pacientes de ambos os sexos e idade mínima de 18 anos, atendidos no ambulatório de cefaléias do Hospital de Base de São José do Rio Preto, SP. O critério de inclusão adotado foi presença de cefaléia primária, durando mais de 4 horas por dia e frequência de 15 ou mais dias por mês, ocorrendo nos últimos três meses, conhecida pelo termo Cefaléia Crônica Diária.

Os pacientes foram admitidos no estudo em forma consecutiva, após a informação dos objetivos da pesquisa por meio do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 1) e do seu consentimento formal, em acordo com as regras do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - SP.

Foi aplicado em todos os pacientes do estudo, sempre pelo mesmo médico neurologista, um roteiro de abordagem clínica (Anexo 2), para o diagnóstico do tipo ou tipos de cefaléias presentes. O diagnóstico foi feito em acordo com os critérios da segunda edição da Classificação Internacional das Cefaléias de 2004 <sup>(45)</sup>.

Após a consulta com o médico neurologista, os pacientes selecionados seguiam para outra sala do ambulatório, onde era aplicado sempre pela mesma psicóloga, o Questionário SF-36 de Pesquisa em Saúde, para avaliação da qualidade de vida <sup>(79)</sup> (Anexo 3) e o Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp <sup>(116)</sup> (Anexo 4), para verificação da presença e o nível de estresse.

O SF-36 <sup>(79)</sup> (Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey) é um questionário genérico desenvolvido para a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde, de fácil administração e compreensão. É um questionário multidimensional formado por 36 itens, que englobam 8 escalas: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4

itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens), saúde mental (5 itens) e ainda, uma questão comparando as condições de saúde atual e há um ano atrás. Cada escala do SF-36 apresenta uma pontuação final que pode variar entre 0 e 100. A pontuação zero indica a pior qualidade de vida relacionada à saúde e 100 a melhor. O questionário SF-36 encontra-se traduzido e validado para a língua portuguesa <sup>(81)</sup>.

O Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp (ISSL) <sup>(116)</sup> é um instrumento de pesquisa que avalia se o paciente tem estresse, em qual fase se encontra (alerta, resistência, quase exaustão ou exaustão) e se os sintomas indicam estresse na área física ou psicológica. Foi validado em 1994 por Lipp e Guevara <sup>(117)</sup>.

O ISSL é composto de três quadros que contém sintomas físicos e psicológicos de cada fase do estresse. No quadro 1 encontram-se sintomas referentes à primeira fase do estresse, no quadro 2, sintomas da segunda e terceira fase e no quadro 3, sintomas da quarta fase do estresse.

Não foram incluídos no estudo pacientes com doenças orgânicas crônicas como: hipertensão arterial, diabetes, cardiopatia, nefropatia, endocrinopatia, doenças ortopédicas, neoplasias malignas, moléstias infecciosas, psicopatias e alcoolismo.

A análise estatística foi efetuada por vários métodos: comparações de duas médias foram efetuadas pelo teste t; medianas foram comparadas pelo teste de Mood para medianas; associações entre variáveis qualitativas foram analisadas pelo teste qui-quadrado de Pearson ou análise de dependência <sup>(134)</sup>, quando recomendada. Comparações de um percentual com 50% foram efetuadas pelo teste exato para uma proporção. Foi adotado o nível de significância  $\alpha=0,05$ .

Esse projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto pelo Parecer nº 273/2004.

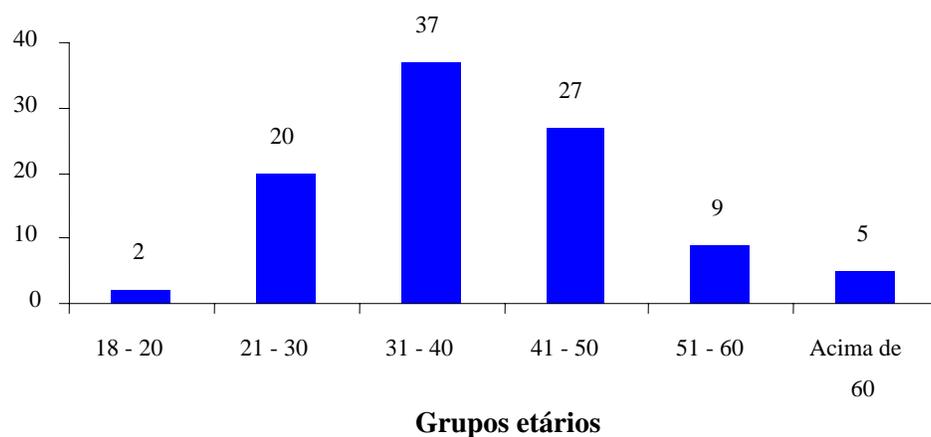
## RESULTADOS

Foram estudados em forma consecutiva 100 pacientes de ambos os sexos, com cefaléia primária durando mais de 4 horas por dia e freqüência de 15 ou mais dias por mês, ocorrendo nos últimos 3 meses.

### Dados clínicos e demográficos

A média de idade dos pacientes na primeira consulta foi 38,8 anos com um desvio padrão de 11,7 anos, variando entre 18 e 73 anos. A figura 1 mostra a distribuição por grupos etários dos pacientes com Cefaléia Crônica Diária (CCD). A maioria do grupo (87%) foi constituída de mulheres. A duração média de história de CCD foi 4,0 anos com desvio padrão de 5,6 anos, variando entre três meses e 30 anos de duração.

Nº de pacientes



**Fig. 1 Idade na primeira consulta dividida em grupos etários.**

### Análise da Classificação Internacional

Aplicando os critérios da 2ª edição da Classificação Internacional das Cefaléias, foram necessários 17 diferentes tipos de diagnósticos para classificar todos os 100 pacientes com CCD. A tabela 1 mostra a distribuição dos tipos de diagnósticos obtidos.

**Tabela 1. Tipos de diagnósticos na CCD.**

Diagnósticos	Número de pacientes
M + CTTC	25
M + CTTC + pCUEM	21
M + pMC + pCUEM	9
M + MA + CTTC	6
PM + CTTC	6
M + MA + CTTC + pCUEM	6
MA + CTTC	5
pCTTC + pCUEM	5
CTTC	4
M + MC	3
CPDI	2
PM + CTTC + pCUEM	2
M + MA + pMC + pCUEM	2
M + MA + CTTE	1
HC	1
M + MA + MC	1
MA + CTTC + pCUEM	1

**M: migrânea; MA: migrânea com aura; MC: migrânea crônica; pMC: provável migrânea crônica; PM: provável migrânea; pCTTC: provável cefaléia do tipo tensional crônica; pCUEM: provável cefaléia por uso excessivo de medicação; CTTC: cefaléia do tipo tensional crônica; CTTE: cefaléia do tipo tensional episódica; CPDI: cefaléia persistente e diária desde o início; HC: hemicrania contínua.**

Dentro dos 17 tipos de diagnósticos, em 11 havia migrânea (80% dos pacientes). Quando se considera migrânea e também provável migrânea, o número de tipos sobe para 13 (88% dos pacientes).

### **Análise da qualidade de vida pelo questionário SF-36**

Na tabela 2 são vistas as pontuações obtidas nas oito escalas do questionário SF-36 pesquisa em saúde dos pacientes com CCD.

**Tabela 2. Pontuação no Questionário SF-36.**

Escala	Média	Mediana	Desvio padrão
Capacidade funcional	59,2	57,5	25,0
Aspectos físicos	23,7	0,0	30,4
Dor corporal	32,9	31,5	19,3
Estado geral de saúde	53,6	58,5	26,5
Vitalidade	39,6	40,0	25,7
Aspectos sociais	41,9	37,5	26,2
Aspectos emocionais	43,6	33,3	40,9
Saúde mental	39,8	36,0	24,6

A tabela 3 compara as pontuações no questionário SF-36 entre os 80 pacientes que apresentam migrânea nos tipos de diagnósticos, com aqueles que não apresentam. Os pacientes que têm migrânea obtiveram pontuações menores (teste t para duas amostras) nas escalas capacidade funcional ( $p=0,0015$ ) e aspectos sociais ( $p=0,033$ ).

**Tabela 3. Comparação entre os pacientes com CCD que apresentam migrânea com aqueles que não apresentam.**

Escala	Apresentam migrânea		Não apresentam migrânea		Valor p
	Média	DP	Média	DP	
Capacidade funcional	55,6	24,7	73,5	21,5	0,0015 *
Aspectos físicos	21,3	29,8	33,8	31,7	0,12
Dor corporal	32,1	19,6	36,2	18,1	0,39
Estado geral de saúde	52,3	25,7	58,9	29,7	0,37
Vitalidade	37,4	24,9	48,3	28,0	0,13
Aspectos sociais	39,7	26,8	50,6	22,0	0,033 *
Aspectos emocionais	41,6	40,9	51,7	41,1	0,34
Saúde mental	38,6	24,1	44,4	27,0	0,39

\* Diferenças estatisticamente diferentes entre os grupos

Foi verificado uso excessivo de medicação sintomática em 46 % dos pacientes com CCD. Não há evidência do percentual ser diferente de 50% ( $p=0,48$  pelo teste exato para uma proporção).

A tabela 4 compara as pontuações no questionário SF-36 entre os 46 pacientes com CCD que apresentam provável cefaléia por uso excessivo de medicação dentro dos tipos de diagnósticos, com aqueles 34 que não apresentam. Os pacientes que usam medicação sintomática de forma excessiva obtiveram pontuações menores (teste t para duas amostras) nas escalas capacidade funcional ( $p=0,008$ ), dor corporal ( $p=0,037$ ) e aspectos emocionais ( $p=0,046$ ).

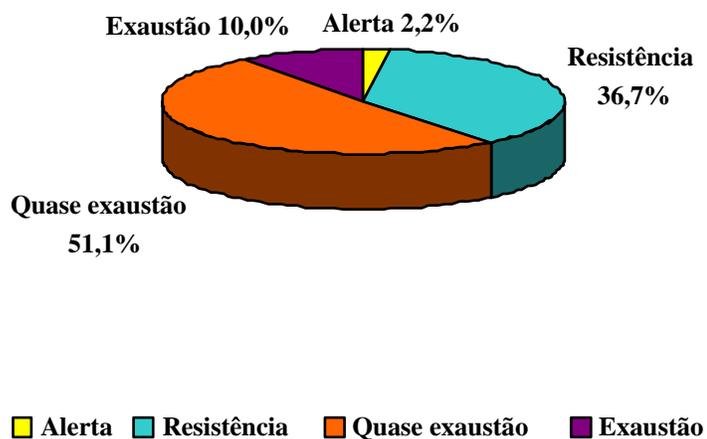
**Tabela 4. Comparação entre os pacientes com CCD que apresentam provável cefaléia por uso excessivo de medicação com aqueles que não apresentam.**

Escala	Apresentam		Não apresentam		Valor p
	Média	DP	Média	DP	
Capacidade funcional	52,7	21,5	64,6	26,7	0,008 *
Aspectos físicos	20,1	26,7	26,9	33,2	0,26
Dor corporal	29,2	18,8	36,1	19,3	0,037 *
Estado geral de saúde	51,3	26,5	55,6	26,6	0,42
Vitalidade	38,7	24,9	40,4	26,6	0,75
Aspectos sociais	39,7	25,6	43,8	26,8	0,44
Aspectos emocionais	36,2	37,7	50,0	42,8	0,046 *
Saúde mental	37,1	22,4	42,0	26,4	0,32

\* Diferenças estatisticamente diferentes entre os grupos

#### **Análise do estresse pelo Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp (ISSL)**

Foram verificados nos pacientes a presença de estresse, a fase do estresse e o tipo do sintoma predominante (psicológico ou físico), por meio ISSL. Noventa por cento apresentaram estresse. Na figura 2 é visto a distribuição das fases do estresse encontradas nos 90 pacientes. Entre aqueles que apresentaram estresse, em 94,5% houve predomínio de sintomas de ordem psicológica; em 3,3% ordem física e, em 2,2% sintomas combinados.



**Fig. 2** Distribuição do estresse dos 90 pacientes nas quatro fases.

### **Análise comparativa entre estresse e qualidade de vida**

Na tabela 5 é vista a comparação das pontuações no questionário SF-36 entre os pacientes com CCD que apresentam e não apresentam estresse. Os pacientes com estresse apresentaram pontuações menores e com diferenças significantes em todas as escalas (teste t para duas amostras), com exceção da escala capacidade funcional ( $p=0,24$ ).

**Tabela 5. Comparação entre os pacientes com CCD que apresentam e não apresentam estresse.**

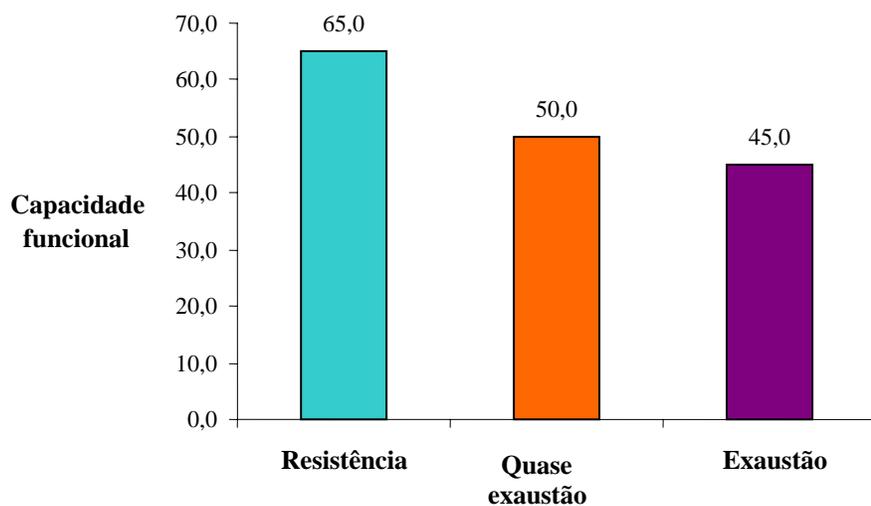
Escala	Apresentam estresse		Não apresentam estresse		Valor p
	Média	DP	Média	DP	
Capacidade funcional	58,3	25,6	66,5	19,2	0,24
Aspectos físicos	20,3	27,8	55,0	36,9	0,008 *
Dor corporal	31,6	18,9	44,7	20,0	0,038 *
Estado geral de saúde	51,2	26,6	75,8	11,4	0,0005 *
Vitalidade	36,8	24,8	64,5	20,5	0,001 *
Aspectos sociais	39,4	24,9	63,8	28,5	0,014 *
Aspectos emocionais	40,0	40,0	76,6	35,3	0,006 *
Saúde mental	37,2	23,8	63,2	20,0	0,001 *

\* Diferenças estatisticamente diferentes entre os grupos

Foi feita comparação entre os pacientes que apresentam como um dos diagnósticos provável cefaléia por uso excessivo de medicação sintomática, com o estresse. Não há evidência de associação entre estresse e uso excessivo de medicação sintomática ( $p=0,76$  pelo teste qui-quadrado). Da mesma forma, não houve evidência de associação entre cefaléia por uso excessivo de medicação com alguma das quatro fases do estresse ( $p=0,96$  pela análise de dependência).

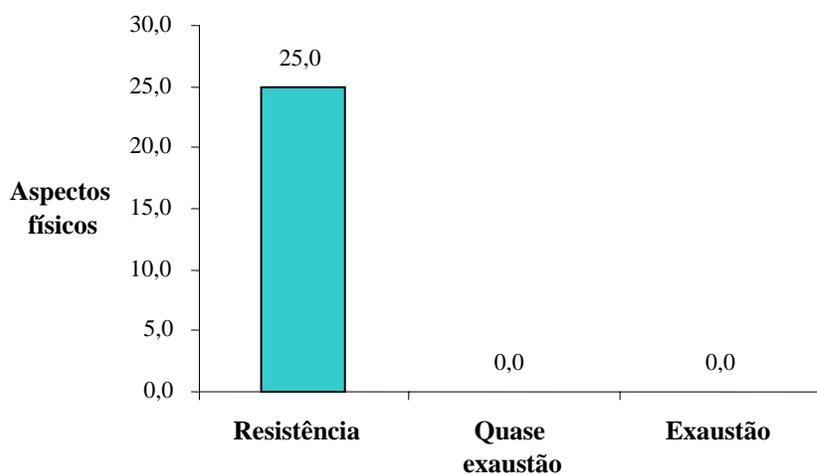
#### **Análise comparativa entre fases do estresse e qualidade de vida**

Foram comparadas as fases do estresse dos pacientes com CCD com a pontuação obtida pelos mesmos em cada uma das oito escalas do questionário SF-36. Devido ao fato de somente 2 pacientes encontrarem-se na fase de alerta do estresse, a comparação foi feita com as fases de resistência, quase exaustão e exaustão.



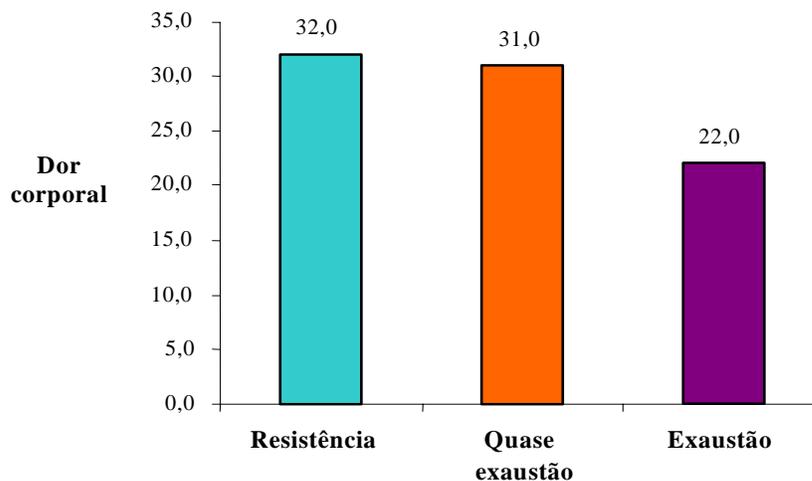
**Fig. 3 Fase do estresse e pontuação do SF-36 na escala capacidade funcional.**

A figura 3 mostra a fase do estresse e a respectiva pontuação na escala capacidade funcional. Há evidência da fase resistência ter mediana na escala capacidade funcional, maior que a fase quase exaustão ( $p = 0,040$  pelo teste de Mood para medianas).



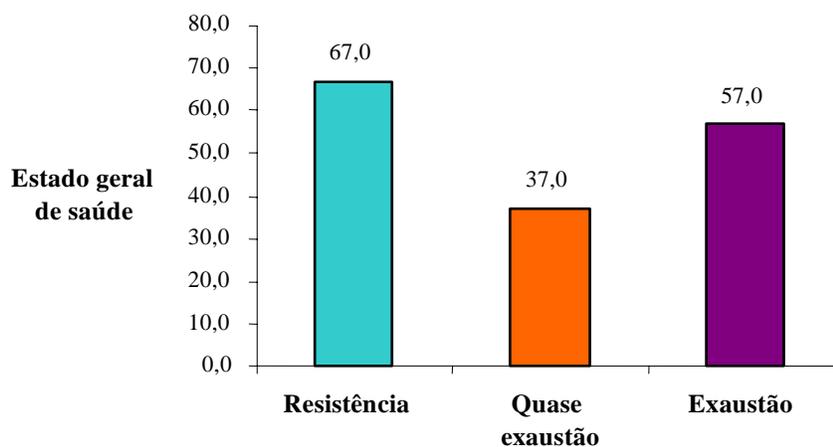
**Fig. 4 Fase do estresse e pontuação do SF-36 na escala aspectos físicos.**

A figura 4 mostra que há evidência da fase resistência ter mediana na escala aspectos físicos, maior que as fases quase exaustão e exaustão ( $p < 0,0005$  pelo teste de Mood para medianas).



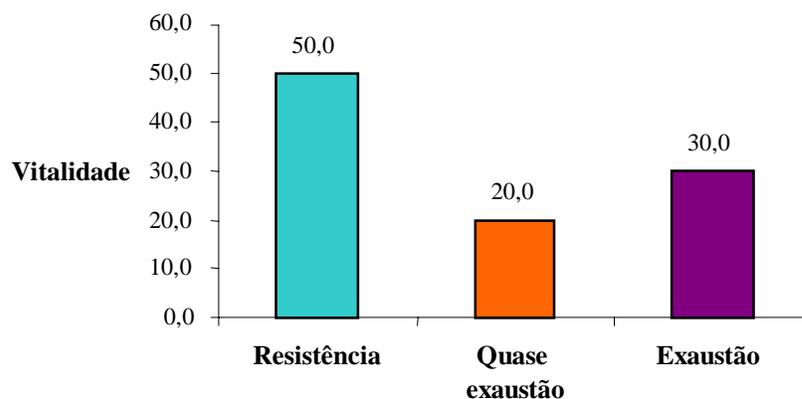
**Fig. 5 Fase do estresse e pontuação do SF-36 na escala dor corporal.**

Não há evidência de diferença entre as medianas na escala de dor corporal e a fase do estresse ( $p = 0,437$  pelo teste de Mood para medianas).



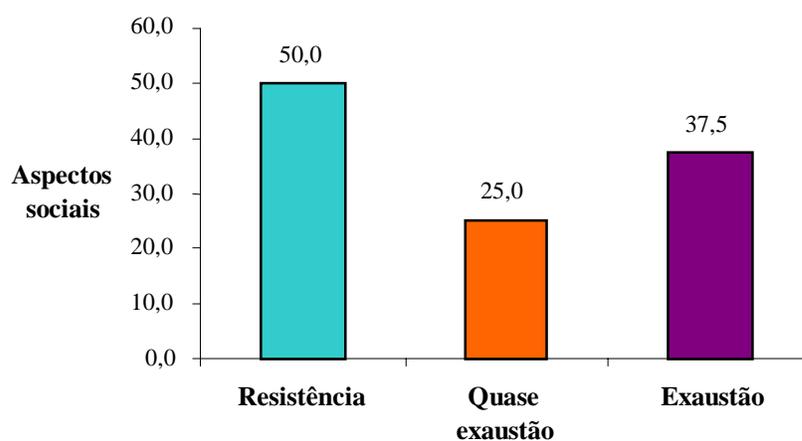
**Fig. 6 Fase do estresse e pontuação do SF-36 na escala de estado geral de saúde.**

Há evidência da fase resistência ter mediana na escala de estado geral de saúde, maior que a fase quase exaustão ( $p=0,005$  pelo teste de Mood para medianas).



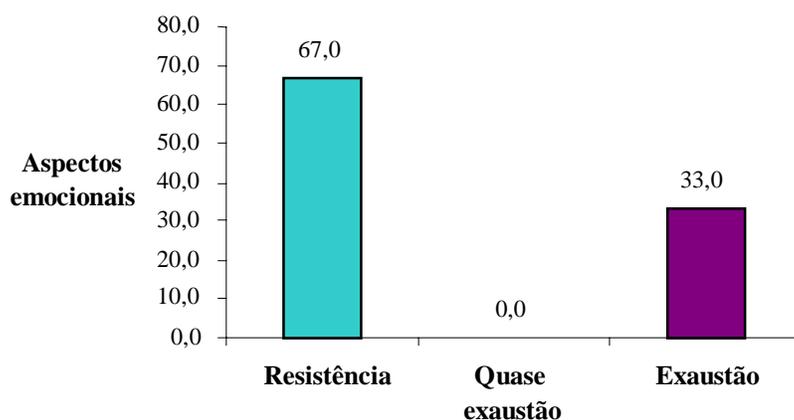
**Fig. 7 Fase do estresse e pontuação do SF-36 na escala vitalidade.**

Há evidência da fase resistência ter mediana na escala vitalidade, maior que a fase quase exaustão ( $p<0,0005$  pelo teste de Mood para medianas).



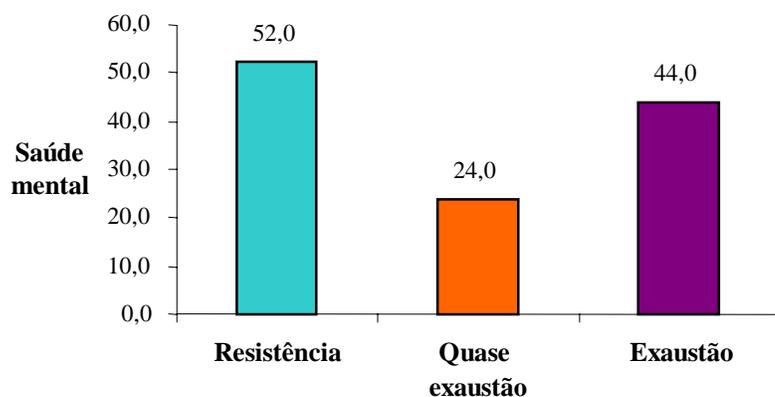
**Fig. 8 Fase do estresse e pontuação do SF-36 na escala aspectos sociais.**

Há evidência da fase resistência ter mediana na escala aspectos sociais, maior que a fase quase exaustão ( $p < 0,0005$  pelo teste de Mood para medianas).



**Fig. 9 Fase do estresse e pontuação do SF-36 na escala aspectos emocionais.**

Há evidência da fase resistência ter mediana na escala aspectos sociais, maior que a fase quase exaustão ( $p < 0,0005$  pelo teste de Mood para medianas).



**Fig. 10 Fase do estresse e pontuação do SF-36 na escala saúde mental.**

Há evidência da fase resistência ter mediana na escala de saúde mental, maior que a fase quase exaustão ( $p < 0,0005$  pelo teste de Mood para medianas).

## DISCUSSÃO

O termo cefaléia crônica diária (CCD) compreende um grupo de cefaléias primárias, incluindo aquelas atribuídas ao uso excessivo de medicação, ocorrendo em mais de 15 dias por mês e durando mais de 4 horas quando não tratadas.

### Aspectos demográficos e clínicos

Vários trabalhos têm demonstrado um nítido predomínio da CCD no gênero feminino. Mathew et al.<sup>(4)</sup> estudando 630 pacientes com diagnóstico de CCD relataram que 74,8% eram do gênero feminino; Solomon et al.<sup>(6)</sup> em 100 pacientes encontraram, 68%; Sandrini et al.<sup>(7)</sup> em 90, 85,5%; Manzoni et al.<sup>(8)</sup> em 146, 81,5%; Jevoux et al.<sup>(9)</sup> em 52, 92,3%; Spierings et al.<sup>(10)</sup> em 258, 81%; Krymchantowski<sup>(11)</sup> em 651, 83% e Bigal et al.<sup>(12)</sup> em 638, 65%. Nosso trabalho em acordo com a literatura, também mostrou que a grande maioria dos pacientes (87%) é do gênero feminino.

Quanto à idade dos pacientes com CCD, por ocasião da primeira avaliação, Mathew et al.<sup>(4)</sup> relataram em 630 pacientes, somente a idade dos 487 pacientes com MT que foi  $41 \pm 12$  anos; Solomon et al.<sup>(6)</sup> não relataram a média de idade por ocasião da primeira consulta, porém mencionam que a idade variou entre 11 e 82 anos com um pico entre 21 e 30 anos; Sandrini e col.<sup>(7)</sup>  $42,5 \pm 11,8$  anos; Manzoni et al.<sup>(8)</sup>  $44,2 \pm 12,2$  anos; Jevoux et al.<sup>(9)</sup>  $34,3 \pm 11,6$  anos nos pacientes com MT e  $42,9 \pm 13,2$  anos naqueles com CTTC. Spierings et al.<sup>(10)</sup>  $42,1 \pm 13,6$  anos; Krymchantowski<sup>(11)</sup>, 46 anos e Bigal et al.<sup>(12)</sup>, a média de 39,8 anos.

Em nosso estudo a média de idade dos pacientes na primeira consulta foi 38,8 anos com um desvio padrão de 11,7 anos, variando entre 18 e 73 anos.

A respeito da duração da CCD, Mathew et al.<sup>(4)</sup> mencionaram somente a duração da CCD do grupo com MT que foi de  $6 \pm 5$  anos; Solomon et al.<sup>(6)</sup> relataram que a duração da CCD variou de 6 meses (duração mínima para inclusão) até 51 anos, mas a grande maioria apresentava a duração entre 2 e 5 anos; Sandrini et al.<sup>(7)</sup>  $6,4 \pm 6,3$  anos; Manzoni et al.<sup>(8)</sup>  $7,4 \pm 8,7$  anos; Jevoux et al.<sup>(9)</sup> relataram somente a duração da CCD dos grupos MT com  $3,96 \pm 3,95$  anos e, CTTC com  $2,6 \pm 1,4$  anos e Bigal et al.<sup>(12)</sup> a média de  $16,1 \pm 13,1$  anos.

A duração média da história de CCD dos pacientes do nosso estudo foi 4,0 anos com desvio padrão de 5,6 anos, variando entre três meses a 30 anos de duração.

### **Classificação da cefaléia crônica diária**

Após a publicação da primeira edição da Classificação Internacional das Cefaléias em 1988<sup>(15)</sup>, vários estudos relataram dificuldades na classificação das cefaléias diárias ou quase diárias, o que gerou intensos debates e sugeriram mudanças nos critérios propostos originalmente.

Em 1994, Silberstein et al.<sup>(22)</sup> propuseram uma nova classificação para a cefaléia crônica diária primária de longa duração que foi subdividida em: migrânea transformada (MT), cefaléia do tipo tensional crônica (CTTC), cefaléia persistente e diária desde o início (CPDI) e hemicrania contínua (HC). Esses quatro tipos de CCD poderiam ou não estar associadas com o uso excessivo de medicação sintomática.

Com exceção da MT a segunda edição de classificação da SIC de 2004<sup>(45)</sup>, apresenta critérios diagnósticos para quatro tipos de CCD de longa duração: CTTC, MC, CPDI e HC, como também para a cefaléia por uso excessivo de medicação. Deve-se ressaltar porém, que MC não tem a mesmo significado clínico da MT.

Aplicando os critérios da segunda edição da Classificação Internacional das Cefaléias, foram necessários 17 diferentes tipos de diagnósticos para classificar todos os 100 pacientes com CCD do nosso estudo. Dentro dos 17 tipos de diagnósticos, em 11 havia migrânea (80% dos pacientes). Quando se considera a presença da migrânea e também provável migrânea, o número de tipos sobe para 13 (88% dos pacientes).

Esses resultados mostram que, utilizando os critérios da segunda edição de classificação da SIC, migrânea é a cefaléia mais freqüentemente observada nos pacientes com CCD.

Quase a totalidade dos trabalhos de classificação da CCD que adotaram os critérios diagnósticos de Silberstein et al.<sup>(22)</sup>, mostraram que MT foi o diagnóstico mais freqüente.<sup>(50)</sup> Por definição MT é uma forma evolutiva da migrânea que, ao atingir o estágio de cefaléia diária ou quase diária, continua na grande maioria das vezes, com as características da migrânea. Isto sugere que, independentemente do critério de classificação utilizado, a entidade mais comum na maior parte dos pacientes com CCD é a migrânea.

A distribuição de diagnósticos mais comuns dentro dos grupos foi: migrânea sem aura e CTTC com 25 pacientes; migrânea sem aura, CTTC e provável cefaléia por uso excessivo de analgésicos com 21 pacientes e, provável MC mais provável cefaléia por uso excessivo de analgésicos, com 9 pacientes.

Os critérios da classificação de 2004 são explícitos para diagnosticar diferentes tipos de cefaléias que o paciente apresenta. Isso possibilita na maioria das vezes, decompor a síndrome da cefaléia crônica diária em vários tipos de cefaléias.

Em conseqüência disso, nosso estudo mostrou múltiplo diagnóstico dentro da síndrome da CCD. Em 42 pacientes foram necessários dois diagnósticos; em 42, três

diagnósticos e em 6, quatro diagnósticos. Somente 10 pacientes puderam ser classificados com um único diagnóstico: CTTC em 4 pacientes, MC em 3, CPDI em 2 e HC em um paciente.

Apenas três pacientes do nosso estudo preencheram de imediato o critério para migrânea crônica os outros nove pacientes receberam o diagnóstico de provável MC mais provável cefaléia por uso excessivo de medicação. Esses dados confirmam a dificuldade de diagnosticar migrânea crônica na primeira avaliação.

A nova classificação tenta solucionar esta questão com a suspensão da medicação usada de forma excessiva e observação por um período de até dois meses. Caso continuem quinze ou mais crises de migrânea por mês, o diagnóstico migrânea crônica é confirmado, caso contrário, o correto é diagnosticar cefaléia por uso excessivo de medicação.

O uso desse critério para a obtenção da precisão diagnóstica e início de eventual terapêutica profilática poderá ser inviável. A suspensão abrupta da medicação sintomática, sem iniciar com uma medicação profilática, poderia piorar acentuadamente a cefaléia e o paciente não encontraria alternativa outra que, reiniciar com a medicação sintomática.

Bigal et al.<sup>(49)</sup> compararam de forma retrospectiva 638 pacientes com CCD, utilizando os sistemas de classificação de 1988, os critérios propostos por Silberstein et al.<sup>(22)</sup> e a nova edição de 2004<sup>(45)</sup>. Com os critérios de Silberstein et al.<sup>(22)</sup>, encontraram oito tipos de diagnósticos, usando a classificação de 1988 foram necessários 14 diferentes tipos de diagnósticos e com a classificação de 2004, 16 tipos.

Muito poucos pacientes com MT puderam ser classificados com um único diagnóstico utilizando os critérios da classificação de 2004. Uma de suas conclusões foi

que, para os indivíduos com MT os novos critérios da segunda edição são de uso complexo e exigem múltiplos diagnósticos.

Da mesma forma que no trabalho retrospectivo de Bigal et al.<sup>(49)</sup>, em nosso estudo prospectivo, foram necessários diversos tipos de diagnósticos para classificar a síndrome da CCD (17 tipos diferentes).

Os critérios de classificação para CCD propostos por Silberstein et al.<sup>(22)</sup>, são mais flexíveis. A utilização desses critérios permite classificar qualquer dos tipos de CCD com apenas um diagnóstico, pelo fato de considerar a história natural das cefaléias e, as possíveis modificações na manifestação dessas durante meses ou anos.

Portanto, dentro de um tipo de diagnóstico é possível incluir um espectro de cefaléias que mimetizam tanto a fenomenologia migranosa, como também as características da cefaléia tensional. Exemplo disso é o diagnóstico da MT com ou sem uso de medicação excessiva.

O contrário ocorre quando os critérios de classificação da SIC de 2004 são utilizados. Com esses critérios são possíveis conforme o trabalho de Bigal et al.<sup>(49)</sup>, a possibilidade de até seis diferentes tipos de diagnósticos dentro da MT.

As recomendações formais do comitê da nova classificação, para que os periódicos aceitem somente trabalhos com os novos critérios, significa na prática, o abandono do termo migrânea transformada. Em consequência disso, caso os critérios de Silberstein et al.<sup>(22)</sup> para o diagnóstico da MT sejam descartados, haverá a necessidade de múltiplos diagnósticos para grande parte dos pacientes até então englobados dentro dessa entidade.

Como resultado, isso será um avanço ou retrocesso no conhecimento do caráter evolutivo que a migrânea possa apresentar?

Talvez a resposta para esta questão, se encontre nos resultados de trabalhos longitudinais comparando os critérios de Silberstein et al. <sup>(22)</sup> para MT, com os critérios da nova classificação. Considerando que o conceito de CCD tem como principal vertente o critério de temporalidade, é natural que para uma perfeita compreensão dessa síndrome seja necessário, além da multiplicidade de diagnósticos, conhecer também a história natural da cefaléia.

Quando múltiplos diagnósticos são feitos de forma simultânea, possivelmente a precisão de cada um deles diminuiria, e como consequência, aumenta a possibilidade de erro. Isto ocorreria porque há a necessidade do paciente lembrar-se dos sintomas de todas as cefaléias que apresenta, assim como da frequência dessas.

O diário de cefaléias <sup>(135)</sup> é um instrumento que pode aumentar a precisão diagnóstica naqueles pacientes que durante a consulta médica, não se recordam exatamente de cada episódio de suas cefaléias. Pereira e Carvalho <sup>(136)</sup> em recente estudo, mostraram que usando o diário de cefaléias em crianças e adolescentes com CCD, as informações fornecidas sobre as características clínicas da cefaléia são mais objetivas, proporcionando dados mais confiáveis do que a anamnese na primeira consulta.

### **Uso de medicação sintomática na cefaléia crônica diária**

O uso excessivo de medicação sintomática é um outro fator complicador do diagnóstico da CCD. Usa-se muito analgésico porque a cefaléia está progredindo e o efeito anteriormente obtido, não é mais alcançado ou os pacientes numa estratégia de prevenir novas crises de cefaléia, muitas vezes incapacitantes, utilizam a medicação sintomática de forma preventiva?

Bigal et al.<sup>(49)</sup> estudando 638 pacientes com diagnóstico de CCD encontraram 68,4% fazendo uso excessivo de medicação sintomática. Desses, 62,5% apresentavam MT, 5,6% CPDI e 0,3% CTTC. Solomon et al.<sup>(6)</sup> em 100 pacientes relataram que 47% usavam analgésicos diariamente; Sandrini et al.<sup>(7)</sup> em 90, 45,6%; Manzoni et al.<sup>(8)</sup> em 146, 58,9%; e Jevoux et al.<sup>(9)</sup> em 52 pacientes, 65,4%.

Em nosso estudo foi verificado uso excessivo de medicação sintomática em 46% dos pacientes. Não há evidência do percentual ser diferente de 50% ( $p=0,48$  pelo teste exato para uma proporção). O valor que encontramos (46%) é muito semelhante aos valores de Sandrini et al.<sup>(7)</sup> (45,6%) e Solomon et al.<sup>(6)</sup> (47%) em estudos de pacientes com CCD.

### **Qualidade de vida na cefaléia crônica diária**

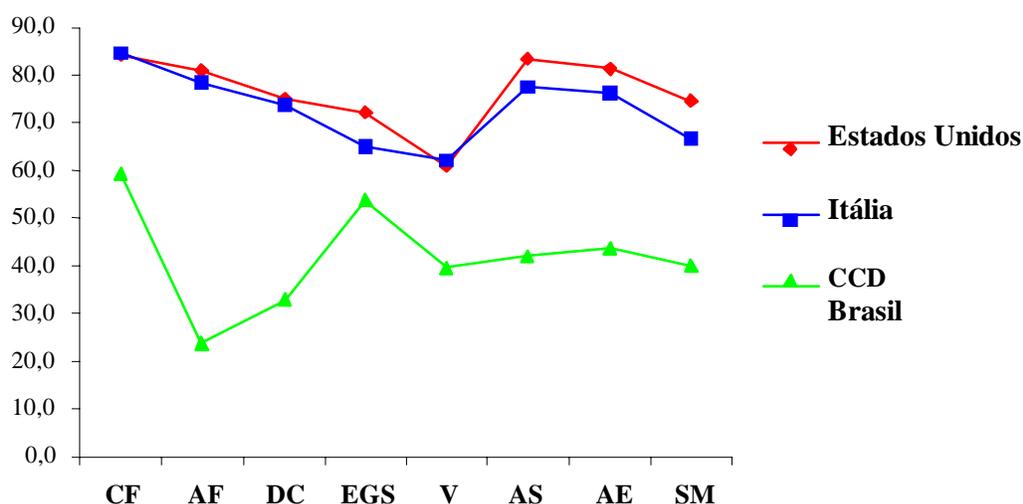
Pacientes com cefaléias crônicas se queixam de significativas limitações funcionais na vida diária. Vários trabalhos utilizando o questionário SF-36, assim como outras escalas de avaliação, têm demonstrado perda na qualidade de vida desses pacientes. Porém, a maioria desses estudos se limita à forma episódica da migrânea<sup>(87-112)</sup> ou da cefaléia do tipo tensional episódica<sup>(109, 138)</sup>.

Estudos sobre o impacto da CCD mensurados por instrumentos específicos ou genéricos, ainda são poucos<sup>(82-86)</sup>. Portanto conhecer os efeitos que a CCD produz na qualidade de vida dos pacientes se tornou um importante complemento na avaliação dessas cefaléias.

Utilizamos o questionário SF-36 em nosso estudo devido a sua validação e confiabilidade, já comprovada em inúmeros trabalhos com doenças crônicas, incluindo

aqueles direcionados ao estudo da qualidade de vida em pacientes com cefaléias crônicas (82- 86).

Devido ao fato de até o presente momento não dispormos de dados normativos do questionário SF-36 na população brasileira, foi necessário uma comparação somente a título ilustrativo dos resultados do SF-36 dos pacientes com CCD do presente estudo, com os resultados normativos das populações de outros países (Estados Unidos da América<sup>(80)</sup> e Itália<sup>(139)</sup>).



**Fig. 11** Comparação das pontuações no SF-36 entre os pacientes com CCD do presente estudo com os dados normativos das populações de outros países. CF: capacidade funcional; AF: aspectos físicos; DC: dor corporal; EGS: estado geral de saúde; V: vitalidade; AS: aspectos sociais; AE: aspectos emocionais e SM: saúde mental.

Nossos resultados mostraram valores inferiores em todas as escalas do SF-36 quando comparados aos dados normativos das populações dos Estados Unidos e Itália (figura 11). Isto sugere que pacientes com CCD enfrentam dificuldades importantes nos

trabalhos profissionais, acadêmicos, domésticos, atividades da vida diária e também outras limitações impostas pelo estado de saúde física e emocional.

A falta de dados normativos do SF-36 na população brasileira impede uma melhor avaliação do impacto da CCD em nosso meio. Também se deve considerar que o nosso estudo foi realizado em um centro referenciado no tratamento de cefaléias e, em consequência disso, os resultados não podem ser extrapolados para a população geral.

Comparamos também nossos resultados do questionário SF-36, sempre em caráter ilustrativo, com os trabalhos de Monzón e Láinez<sup>(84)</sup> e Meletiche et al.<sup>(85)</sup>, que avaliaram a qualidade de vida de pacientes com CCD em centros especializados.

Monzón e Láinez<sup>(84)</sup> analisaram a qualidade de vida de 62 pacientes com migrânea e 53 com CCD. O questionário SF-36 foi administrado por ocasião da primeira consulta. A média de idade dos pacientes com migrânea foi 34,5 anos com desvio padrão de 12,2 anos. Nos pacientes com CCD a média foi 44,4 anos com desvio padrão de 14,6 anos. A média de idade do grupo CCD foi maior ( $p < 0,0001$ ), mas a proporção entre homens e mulheres foi semelhante nos dois grupos.

Utilizando os critérios diagnósticos de Silberstein et al.<sup>(22)</sup> no grupo CCD, 45 pacientes foram diagnosticados como MT, 7 pacientes como CTTC e um paciente como CPDI. Cinquenta e um por cento dos pacientes com CCD usavam medicação sintomática de forma excessiva e, não houve diferença significativa nos resultados do SF-36 entre os que usavam ou não medicação excessiva.

Em nosso estudo foi verificado o uso excessivo de medicação sintomática em 46% dos pacientes com CCD e, aqueles que usam medicação sintomática de forma excessiva

obtiveram pontuações significativamente menores nas escalas capacidade funcional, dor corporal e aspectos emocionais.

No estudo de Monzón e Láinez <sup>(84)</sup>, os pacientes com CCD, comparados aos pacientes com migrânea apresentaram pontuações significativamente inferiores nas escalas: capacidade funcional, aspectos físicos, dor corporal, estado geral de saúde e saúde mental. Quando a comparação foi feita entre os pacientes com migrânea e CCD com um grupo controle (indivíduos saudáveis), os pacientes com migrânea apresentam prejuízo nas escalas aspectos físicos, dor corporal e vitalidade; enquanto que os pacientes com CCD têm um prejuízo generalizado.

Os autores sugerem que as diferenças encontradas possam refletir mais a frequência das crises de cefaléia que a intensidade dessas e concluem que o questionário SF-36 é capaz de determinar diferenças funcionais entre pacientes com migrânea e CCD e também que, ao contrário do que se pensava, CCD causa significativamente maior morbidade e prejuízo funcional.

Meletiche et al. <sup>(85)</sup> estudaram as diferenças na qualidade de vida entre 44 pacientes com migrânea e 46 com MT utilizando os questionários MIDAS e SF-36. A média de idade dos pacientes com migrânea foi 39,3 anos com desvio padrão de 10,6 anos. Nos pacientes com MT a média de idade foi 41,3 anos com desvio padrão de 13,2 anos. Não houve diferença significante ( $p < 0,05$ ) na média de idade e, entre o número de pacientes do gênero masculino e feminino dos grupos. Os pacientes com migrânea e MT tiveram pontuações inferiores no questionário SF-36, quando comparados aos resultados normativos da população dos Estados Unidos. Segundo os autores, isso sugere que ambos os grupos tem

significantes problemas no trabalho e outras atividades diárias, como resultado de seus estados de saúde.

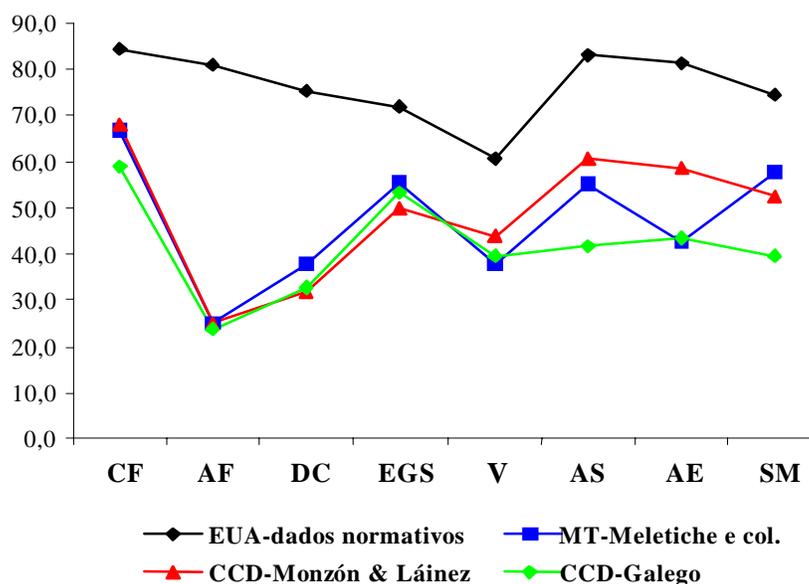
No mesmo estudo, em comparação aos pacientes com migrânea, os pacientes com MT, com exceção de aspectos físicos, tiveram pontuações significativamente inferiores em todas as escalas do SF-36. Os autores destacaram que, o principal resultado disso seria um significativo prejuízo, no estado funcional dos pacientes com MT comparados àqueles com migrânea e também que, a evolução da migrânea para a MT levaria a um decréscimo na qualidade de vida dos pacientes, em função da cronicidade da migrânea. Tornando-se mais freqüente as crises de cefaléia, a habilidade dos pacientes para o desempenho de funções ficaria significativamente afetada.

Conforme ilustrado na figura 12, quando comparamos os resultados do questionário SF-36 de nosso estudo com os resultados de Monzón e Láinez<sup>(84)</sup> e de Meletiche et al.<sup>(85)</sup>, verificam-se valores próximos nas escalas do questionário, exceto em aspectos sociais e saúde mental, onde nossos pacientes mostram valores inferiores.

Apesar do caráter ilustrativo desta comparação, isto poderia sugerir que nossos pacientes apresentam limitações nas atividades sociais habituais e sentimentos de depressão e ansiedade mais pronunciados.

No grupo de pacientes com CCD estudados por Monzón e Láinez<sup>(84)</sup>, 45 pacientes (85%) receberam o diagnóstico de MT. Em nosso estudo, dentro dos grupos de diagnósticos, a presença da migrânea ocorre em 80% dos pacientes e quando se considera migrânea e também provável migrânea o percentual sobe para 88%. Assim como ocorreu no estudo de Monzón e Láinez, nossos resultados mostram que a migrânea está presente na grande maioria dos pacientes com CCD.

No estudo de Meletiche et al.<sup>(85)</sup>, a totalidade dos pacientes apresenta migrânea transformada. Desta forma, a semelhança dos valores nas escalas do SF-36 dos três estudos, conforme se verifica na figura 12, possivelmente refletiriam os efeitos da alta frequência da migrânea sobre a qualidade de vida, visto que nos três grupos de pacientes com CCD, a migrânea é a cefaléia de maior prevalência.



**Fig. 12** Comparação das pontuações no SF-36 entre os pacientes com CCD do presente estudo com os resultados de outros trabalhos. MT: migrânea transformada. CF: capacidade funcional; AF: aspectos físicos; DC: dor corporal; EGS: estado geral de saúde; V: vitalidade; AS: aspectos sociais; AE: aspectos emocionais e SM: saúde mental.

Guitera et al.<sup>(86)</sup> analisaram a qualidade de vida com o questionário SF-36, de 89 indivíduos provenientes de um estudo epidemiológico na população geral, que preencheram os critérios para CCD definidos por Silberstein et al.<sup>(22)</sup> MT foi diagnosticada em 37

pacientes (4 homens e 33 mulheres com média de idade de 45,4 anos e desvio padrão de 12,7 anos); CTTC foi diagnosticada em 50 indivíduos (5 homens e 45 mulheres com média de idade de 52,6 anos e desvio padrão de 18,0 anos) e dois pacientes receberam o diagnóstico de CPDI. O uso excessivo de medicação foi verificado em 22 pacientes com CCD (24,7%).

Neste estudo, os pacientes com CCD foram comparados com 89 indivíduos saudáveis (grupo controle). Um grupo adicional de 89 pacientes com migrânea episódica foi admitido como grupo controle, para aqueles pacientes com MT. Comparados aos indivíduos saudáveis, os pacientes com CCD apresentaram um significativo decréscimo em todas as escalas do SF-36. As maiores diferenças encontradas foram em aspectos físicos, dor corporal, vitalidade e aspectos sociais. Nesse mesmo estudo, os pacientes com MT apresentaram pontuações significativamente inferiores aos pacientes com migrânea nas escalas estado geral de saúde, vitalidade e saúde mental.

Trabalhos comparativos entre CCD e migrânea, utilizando o instrumento SF-36 têm demonstrado piores resultados nos pacientes com CCD <sup>(82-86)</sup>. Guitera e al.<sup>(86)</sup> também sugerem que, o motivo da CCD produzir um maior impacto sobre a qualidade de vida, esteja mais relacionado com a frequência do que a intensidade da cefaléia. Os autores concluem que seus resultados estão em acordo com os trabalhos de Monzón e Láinez <sup>(84)</sup> que foram conduzidos em centros especializados em cefaléias.

Comparamos a pontuação de qualidade de vida entre os pacientes com CCD que apresentam migrânea dentro dos grupos diagnósticos, com aqueles que não apresentam. Os pacientes que têm migrânea obtiveram pontuações menores (teste t para duas amostras) nas escalas capacidade funcional ( $p=0,0015$ ) e aspectos sociais ( $p=0,033$ ).

Esses resultados mostram que a presença da migrânea dentro da síndrome da cefaléia crônica diária interfere mais nas escalas capacidade funcional e aspectos sociais. A escala capacidade funcional é constituída de itens relacionados ao desempenho físico e social de forma global e aspectos sociais com a interferência nas atividades que envolvem a atividade social como um todo.

Wang et al.<sup>(139)</sup> utilizando o questionário SF-36 analisaram a qualidade de vida de 901 pacientes com diferentes tipos de cefaléias. Quinhentos e noventa e três pacientes (66%) apresentavam CCD de acordo com os critérios de Silberstein et al.<sup>(22)</sup> Nos pacientes com CCD, MT foi diagnosticada em 310 pacientes (34%) e CTTC em 231 (26%). Nos pacientes que não apresentavam CCD, 193 pacientes (21%) tinham migrânea episódica; 54 (6%) CTTE; 24 (3%) a cefaléia em salvas e 37 (4%) outras cefaléias.

Os autores encontraram uma significativa redução na qualidade de vida dos pacientes com MT quando comparados com pacientes com CTTC. Em nosso estudo quando comparamos grupos diagnósticos que apresentam migrânea com aqueles que não apresentam, a qualidade de vida encontra-se mais afetada nos grupos com migrânea.

Da mesma forma que no trabalho de Wang e al.<sup>(139)</sup>, os pacientes do nosso estudo que apresentam migrânea , apresentam qualidade de vida inferior.

### **Qualidade de vida e uso excessivo de medicação**

Em nosso trabalho, na comparação das pontuações no SF-36 entre os pacientes com CCD que apresentam provável cefaléia por uso excessivo de medicação com aqueles que não apresentam, os pacientes que usam medicação sintomática de forma excessiva obtiveram pontuações menores (teste t para duas amostras) nas escalas capacidade

funcional ( $p=0,008$ ), dor corporal ( $p=0,037$ ) e aspectos emocionais ( $p=0,046$ ), em comparação com aqueles que não usam.

Monzón e Lainez<sup>(84)</sup> não encontraram diferença significativa entre os pacientes com CCD que usavam ou não medicação sintomática de forma excessiva. Nossos resultados ao contrário, apontam que ocorre redução significativa nas escalas capacidade funcional, dor corporal e aspectos emocionais nos pacientes que abusam de medicação sintomática.

Guitera et al.<sup>(86)</sup> relataram que os pacientes com CCD que usam medicação sintomática de forma excessiva, comparados aos que não usam, apresentaram pontuação no questionário SF-36, significativamente inferior nas escalas capacidade funcional e dor corporal, em concordância com os nossos resultados.

Em consequência dessa pior qualidade de vida verificada em quem abusa de medicação, poderia ser formulada novamente a seguinte questão: esses pacientes usam medicação sintomática de forma excessiva porque sofrem mais com suas cefaléias ou o abuso da medicação piora a cefaléia primária, levando a uma pior qualidade de vida?

Em nosso estudo, a presença de uso excessivo de medicação, além de prejuízos nas escalas capacidade funcional e dor corporal, também apresentaram pontuação significativamente inferior na escala aspectos emocionais. Esse resultado adicional, reforça a tese que problemas psicológicos também poderiam levar ao uso abusivo de analgésicos  
(44, 64).

### **Estresse na cefaléia crônica diária**

Vários trabalhos têm demonstrado que o estresse emocional é um dos principais fatores desencadeantes da migrânea como também está relacionado com a duração e piora

das crises <sup>(119-127)</sup>. O início da cefaléia da migrânea pode ser precipitado por eventos estressantes de maior magnitude, mas também por pequenos aborrecimentos diários <sup>(118)</sup>.

O estresse também está relacionado com a manifestação e manutenção da cefaléia do tipo tensional <sup>(128-133)</sup>. Nos pacientes com CCD o estresse também é visto como um fator de piora e manutenção da cefaléia. Galego et al. <sup>(25)</sup> encontraram o estresse emocional como o principal fator desencadeante (75%) da cefaléia da migrânea transformada.

Foram verificados nos pacientes com CCD a presença de estresse, a fase do estresse e o tipo do sintoma predominante (psicológico ou físico), por meio do Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp (ISSL) <sup>(116)</sup>.

Nossos resultados mostraram que 90% dos pacientes apresentaram estresse. Entre esses, 2 pacientes (2,2%) estavam na fase de alerta, 33 (36,7%) na fase de resistência, 46 (51,1%) em quase exaustão e 9 (10%) em exaustão. Dos pacientes com estresse, em 94,5 houve predomínio de sintomas psicológicos; 3,3% sintomas físicos e em 2,2% sintomas de estresse físico e psicológico.

Entre os pacientes com estresse, na grande maioria (94,5%) predominaram os sintomas de estresse psicológico. Isto sugere que pacientes com CCD apresentam com frequência sintomas de ansiedade, tensão, angústia, insônia, dificuldades com a memória, preocupação excessiva, dificuldade de relaxar e labilidade emocional.

Aproximadamente metade (51,1%) dos pacientes que apresentaram estresse encontrava-se na fase de quase exaustão. Nessa fase embora apresentando desgaste e outros sintomas, a pessoa ainda consegue trabalhar e atuar na sociedade, porém de forma limitada. As limitações impostas pelo estresse associado à presença da CCD, conseqüentemente afetam a qualidade de vida desses pacientes.

### **Comparação entre o estresse e qualidade de vida**

Nossos resultados mostram que o estresse está associado de forma importante na qualidade de vida dos pacientes com CCD. Com exceção da escala capacidade funcional, os pacientes com estresse apresentaram pontuações menores e com diferenças significantes em todas as escalas do questionário SF-36. Portanto, pacientes com CCD possivelmente se beneficiariam de uma abordagem psicoterápica, visando introduzir técnicas de controle do estresse.

### **Comparação entre as fases do estresse e qualidade de vida**

No presente estudo foram comparadas as fases do estresse dos pacientes com CCD com a pontuação obtida pelos mesmos em cada uma das oito escalas do questionário SF-36.

Na análise dos dados, devido ao fato de somente dois pacientes encontrarem-se na fase de alerta do estresse, a comparação foi feita com as fases de resistência, quase exaustão e exaustão.

Nas escalas capacidade funcional, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental os pacientes que se encontram na fase de resistência do estresse apresentaram pontuações significativamente maiores que aqueles da fase de quase exaustão. Porém nessas escalas, não houve diferença significativa entre as fases de resistência e exaustão e também, entre quase exaustão e exaustão.

Na escala aspectos físicos, os pacientes na fase de resistência obtiveram pontuação maior do que aqueles das fases de quase exaustão e exaustão. Em dor corporal não houve diferença das pontuações entre as fases do estresse.

Com exceção da escala dor corporal, os pacientes que se encontram na fase de resistência do estresse apresentam pontuações significativamente maiores nas escalas do SF-36, que os pacientes da fase quase exaustão. Porém os pacientes na fase de exaustão, com exceção da escala aspectos físicos, não apresentam nas demais escalas diferenças significantes dos pacientes na fase de resistência e de quase exaustão. No entanto, comparados à fase de resistência, pacientes na fase de quase exaustão deveriam apresentar uma qualidade de vida superior aos pacientes na fase de exaustão, pelo menos é o que se espera.

Uma possível explicação para uma pior qualidade de vida de pacientes na fase de quase exaustão e a ausência de diferença significativa entre as fases resistência e exaustão, seria que na fase de exaustão a capacidade de reagir a estímulos estressores internos e externos se exauriu de tal forma, que o indivíduo perderia a capacidade de mensurar exatamente o impacto que a cefaléia crônica diária causa em sua vida.

Pela própria definição, na fase de exaustão há uma quebra total da resistência, com exaustão psicológica em forma de depressão e exaustão física e em consequência disto, doenças começam a surgir. Nessa situação o indivíduo se tornaria anérgico, ou seja, deixaria de responder aos estímulos ambientais negativos ou positivos de forma satisfatória.

Isto sugeriria que na fase de exaustão do estresse, o questionário SF-36 poderia ser menos sensível na mensuração da qualidade de vida, deixando de produzir resultados confiáveis.

A síndrome da CCD apresenta-se como um desafio ao médico assistente. Isto se explica pela diversidade de alternativas diagnósticas encontradas nos pacientes com queixa de cefaléia diária ou quase diária. A abordagem da CCD, não deve se restringir apenas à

exatidão do diagnóstico, mas também à procura de co-morbidades que favoreçam o desenvolvimento e a perpetuação da cefaléia.

O estresse é um fator estreitamente relacionado a CCD, mesmo não sendo uma entidade nosológica, pode atuar tanto no desenvolvimento como na manutenção do estágio de cefaléia crônica. Identificar a presença e o nível do estresse por meio de instrumentos específicos, produz uma quantidade maior de informações, que são de grande importância na decisão terapêutica.

O impacto da CCD na qualidade de vida dos pacientes é outro aspecto que deve ser considerado. Conhecer o prejuízo funcional que a CCD produz na vida dos pacientes se torna necessário, tanto em termos do tratamento inicial, como também no seguimento e quantificação dos resultados obtidos com a terapêutica instituída.

Portanto no tratamento dos pacientes com CCD, a abordagem multidisciplinar diagnosticando: o tipo ou tipos de cefaléias, co-morbidades, presença e nível do estresse, como também o impacto sobre a qualidade de vida, levaria a uma visão mais ampla da síndrome da CCD, e como consequência, melhores resultados terapêuticos.

## CONCLUSÕES

- 1- Cefaléia crônica diária é o resultado da convergência de vários tipos de cefaléias que integram a segunda edição da Classificação Internacional das Cefaléias.
- 2- A grande maioria dos pacientes apresentou estresse e a metade desses se encontravam na fase de quase exaustão.
- 3- O estresse produziu redução significativa em todas as escalas do questionário SF-36, com exceção da capacidade funcional.
- 4- Os pacientes com estresse na fase de quase exaustão comparados aos da fase de resistência apresentaram pontuações significativamente menores em todas as escalas do questionário SF-36, menos em dor corporal.

## REFERÊNCIAS

1. Scher AI, Stewart WF, Liberman J, Lipton RB. Prevalence of frequent headache in a population sample. *Headache* 1998;38:497-506.
2. Castillo J, Muñoz P, Guitera V, Pascual J. Epidemiology of chronic daily headache in the general population. *Headache* 1999;39:190-196.
3. Lanteri-Minet M, Auray JP, El Hasnaoui A, Dartigues JF, Duru G, Henry P et al. Prevalence and description of chronic daily headache in the general population in France. *Pain* 2003;102:143-149.
4. Mathew NT, Reuveni U, Perez F. Transformed or evolutive migraine. *Headache* 1987;27:102-106.
5. Mathew NT. Transformed migraine. *Cephalalgia* 1993;13(Supl 12):78-83.
6. Solomon S, Lipton RB, Newman LC. Clinical features of chronic daily headache. *Headache* 1992;32:325-329.
7. Sandrini G, Manzoni GC, Zanferrari C, Nappi G. An epidemiological approach to the nosography of chronic daily headache. *Cephalalgia* 1993;13(supl 12):72-77.
8. Manzoni GC, Granella F, Sandrini G, Cavallini A, Zanferrari C, Nappi G. Classification of chronic daily headache by International Headache Society criteria: limits and new proposals. *Cephalalgia* 1995;15:37-43.
9. Jevoux CC, Filho PF, Souza JA. Cefaléia Crônica Diária. A propósito de 52 casos. *Arq Neuropsiquiatr* 1998;56:69-77.
10. Spierings EL, Ranke AH, Schroevers M, Honkoop PC. Chronic daily headache: A time perspective. *Headache* 2000;40:306-310.

11. Krymchantowski AV. Primary headache diagnosis among chronic daily headache patients. *Arq Neuropsiquiatr* 2003;61:364-367.
12. Bigal ME, Lipton RB, Tepper SJ, Rapoport AM, Lipton RB, Sheftell FD. Primary chronic daily headache and its subtypes in adolescents and adults. *Neurology* 2004;63:843-847.
13. Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ. Chronic daily headache: diagnosis and treatment. In: Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ. *Headache in clinical practice*. Oxford: Isis Medical Media; 1998. p. 101-114.
14. Mathew NT. Chronic refractory headache. *Neurology* 1993;43(Supl 3):26-33.
15. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgia and facial pain. *Cephalalgia* 1988;8(supl 1 7):1-96.
16. Messinger HB, Spierings LH, Vincent AJP. Overlap of migraine and tension-type headache in the International Headache Society classification. *Cephalalgia* 1991;11:233-237.
17. Pfaffenrath V, Isler H. Evaluation of the nosology of chronic tension-type headache. *Cephalalgia* 1993;13(supl 12):60-62.
18. Sanin LC, Mathew NT, Bellmeyer LR, Ali S. The International Headache Society (IHS) headache classification as applied to a headache clinic population. *Cephalalgia* 1994;14:443-446.
19. Srikiatkachorn A, Phanthumchinda K. Prevalence and clinical features of chronic daily headache in a headache clinic. *Headache* 1997;37:277-280.

20. Manzoni GC, Sandrini G, Zanferrari C, Verri AP, Franco Granella F, Giuseppe Nappi G. Clinical features of daily chronic headache and its different subtypes. *Cephalalgia* 1991;11(supl 11):292-293.
21. Mathew NT. Transformed migraine, analgesic rebound, and other chronic daily headaches. *Neurol Clin* 1997;15:167-186.
22. Silberstein SD, Lipton RB, Solomon S, Mathew NT. Classification of daily and near-daily headaches: Proposed revisions to the IHS criteria. *Headache* 1994;34:1-7.
23. Silberstein SD, Lipton RB, Sliwinski M. Classification of daily and near daily headaches: field trial of revised IHS criteria. *Neurology* 1996;47:871-875.
24. Krymchantowski AV, Barbosa JS, Lorenzatto W, Chein C, Adriano M. Características clínicas da migrânea transformada. *Arq Neuropsiquiatr* 1999;57:990-993.
25. Galego JC, Cipullo JP, Cordeiro JA, Tognola WA. Clinical features of episodic migraine and transformed migraine: a comparative study. *Arq Neuropsiquiatr* 2002;60:912-916.
26. Vanast WJ. New daily persistent headaches: definition of a benign syndrome. *Headache* 1986;26:317.
27. Vanast WJ, Diaz-Mitoma F, Tyrrell DL. Hypothesis: chronic benign daily headache is an immune disorder with a viral trigger. *Headache* 1987;27:138-142.
28. Sjaastad O, Spierings EL. "Hemicrania continua": another headache absolutely responsive to indomethacin. *Cephalalgia* 1984;4:65-70.
29. Bordini C, Antonaci F, Stovner L J, Schrader H, Sjaastad O. Hemicrania continua: A clinical review. *Headache* 1991;31:20-26.

30. Newman LC, Lipton RB, Russell M, Solomon S. Hemicrania continua: attacks may alternate sides. *Headache* 1992;32:237-238.
31. Kudrow L. Paradoxical effects of frequent analgesic use. *Adv Neurol* 1982;33:335-341.
32. Rapoport A, Weeks R, Sheftel F. Analgesic rebound headache: Theoretical and practical implications. *Cephalalgia* 1985;5(supl 3):448-449.
33. Granella F, Farina S, Malferrari G, Manzoni GC. Drug abuse in chronic headache: a clinico-epidemiologic study. *Cephalalgia* 1987;7:15-19.
34. Rapoport A. Analgesic rebound headache. *Headache* 1988;28:662-665.
35. Baumgartner C, Wessely P, Bingol C, Maly J, Holzner F. Long-term prognosis of analgesic withdrawal in patients with drug-induced headaches. *Headache* 1989;29:510-514.
36. Mathew NT, Kurman R, Perez F. Drug induced refractory headache: clinical features and management. *Headache* 1990;30:634-638.
37. Elkind AH. Drug abuse and headache. *Med Clin North Am* 1991;75:717-732.
38. Rapoport A, Stang P, Gutterman DL, Cady R, Markley H, Weeks R, et al. Analgesic rebound headache in clinical practice: data from a physician survey. *Headache* 1996;36:14-19.
39. Schnider P, Aull S, Baumgartner C, Marterer A, Wöber C, Zeiler K, Wessely P. Long-term outcome of patients with headache and drug abuse after in patient withdrawal: five-year follow-up. *Cephalalgia* 1996;16:481-485.
40. Pini LG, Bigarelli M, Vitale G, Sternieri E. Headaches associated with chronic use of analgesics: A therapeutic approach. *Headache* 1996;36:433-439.

41. Lance F, Parkes C, Wilkinson MA. Does analgesic abuse cause headaches de novo? *Headache* 1988;28:61-62.
42. Rowsell AR, Neylan C, Wilkinson M. Ergotamine induced headaches in migrainous patients. *Headache* 1973;13:65-67
43. Andersson PG. Ergotamine headache. *Headache* 1975;15:118-121.
44. Guendler VZ; Corchs F, DS Vieira, Masruha M, Mercante JP, BerniK MA et al. Perfil psíquico e uso de analgésicos em pacientes com enxaqueca crônica. *Migrâneas & Cefaléias* 2005;8:77.
45. Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgia and facial pain. Second Edition. *Cephalalgia* 2004;(supl 1):1-160.
46. Silberstein SD and Lipton RB. Chronic daily headache. *Curr Opin Neurol* 2000,13:277-283.
47. Bigal ME, Sheftel FD, Rapoport AM, Tepper SJ, Lipton RB. Chronic daily headache: identification of factors associated with induction and transformation. *Headache* 2002;42:575-581
48. Krymchantowski AV, Bordini CA, Bigal ME. Cefaléia crônica diária, migrânea crônica e uso excessivo de medicações sintomáticas. In: Krymchantowski AV, Bordini CA, Bigal ME. *As cefaléias na prática médica. Abordagem para o clínico e para o não especialista*. São Paulo: Lemos Editorial; 2004: 95-107.
49. Bigal ME, Sheftell FD, Tepper SJ, Rapoport AM, Lipton RB. Chronic daily headache: correlations between the 2004 and the 1988 International Headache Society diagnostic criteria. *Headache* 2004;44:684-691.

50. Bigal ME, Rapoport AM, Lipton RB, Tepper SJ, Sheftel RB. Chronic daily headache in a tertiary care population. Correlation between the International Headache Society diagnostic criteria and proposed revisions criteria for chronic daily headache. *Cephalalgia* 2002;22:432-438.
51. Mathew NT, Stubits E, Nigam MR: Transformation of episodic migraine into daily headache: analysis of factors. *Headache* 1982;22:66-68.
52. Jensen R, Olesen J. Initiating mechanisms of experimentally induced tension type headache. *Cephalalgia* 1996;16:175-182.
53. Ashina M, Bendtsen L, Jensen R, Lassen LH, Sakai F, Olesen J. Possible mechanisms of action of nitric oxide synthase inhibitors in chronic tension-type headache. *Brain* 1999;122:1629-1635.
54. Welch KM, Goadsby PJ. Chronic daily headache: nosology and pathophysiology. *Curr Opin Neurol* 2002;15:287-295.
55. Welch KM, Nagesh V, Aurora S, Gelman N. Periaqueductal gray matter dysfunction in migraine: cause or the burden of illness? *Headache* 2001;41:629-637.
56. Couch JR, M., Ziegler DK and Hassanein RS. Evaluation of the relationship between migraine headache and depression. *Headache* 1975;15:41-50.
57. Harrison R: Psychological testing in headache: a review. *Headache* 1975;15:177-185.
58. Roger AD, Wetzel RD, Kashiwagi T, McClure JN. Personality, depression and headache type. *Headache* 1976;16:246-251.
59. Sternbach RA, Dalessio DJ, Kunzel M, Bowman GE: MMPI patterns in common headache disorders. *Headache* 1980;20:311-315.

60. Cox D, Thomas D: Relationship between headaches and depression. *Headache* 1981; 21:261-263.
61. Garvey MJ, Tollefson GD, Schaffer CB. Migraine headaches and depression. *Am J Psychiatry* 1984;141:986-988.
62. Arena JG, Andrasik F, Blanchard EB. The role of personality in the etiology of chronic headache. *Headache* 1985;25:296-301.
63. Saper JR. Ergotamine dependence: a review. *Headache* 1987;27:435-8.
64. Blanchard EB, Kirsch CA, Appelbaum KA, Jaccard J. The role of psychopathology in chronic headache: cause or effect? *Headache* 1989;29:295-301.
65. Shulman BH. Psychiatric aspects of headache. *Med Clin North Am* 1991;75(3):707-715.
66. Lake AE, Joel R. Saper JR. Comprehensive inpatient treatment for intractable migraine: A prospective long-term outcome study. *Headache* 1993;33:55-62.
67. Merikangas KR, Merikangas JR, Angst J. Headache's syndromes and psychiatric disorders: Association and familial transmission. *J Psychiatr Res* 1993;27:197-210.
68. Breslau N, Davis GC, Schultz LR, Peterson EL. Migraine and major depression: A longitudinal study. *Headache* 1994;34:387-393.
69. Holm JE, Penzien DB, Holroyd KA, Brown TA. Headache and depression: Confounding effects of transdiagnostic symptoms. *Headache* 1994;34:418-423.
70. Breslau N. Andreski MA. Migraine, personality, and psychiatric comorbidity. *Headache* 1995;35:382-86.
71. Sandrini G, Verri AP, Barbieri E, Granella F, Manzoni GC, Nappi G. Psychiatric comorbidity in chronic daily headache. *Cephalalgia* 1995;15(Supl 14):163.

72. Kudrow L, Sutkus B J: MMPI pattern specificity in primary headache disorders. *Headache* 1979;19:18-24.
73. Breslau N, Merikangas K, Bowden CL. Comorbidity of migraine and major affective disorder. *Neurology* 1994;44 (supl. 7):17-22.
74. Merikangas KR, Stevens DE, Angst J. Psychopathology and headache syndromes in the community. *Headache* 1994;34:17-26.
75. Breslau N. Psychiatry comorbidity in migraine. *Cephalalgia* 1998;18(supl 22):56-61.
76. Galego JC, Cipullo JP, Cordeiro JA, Tognola WA. Depression and migraine. *Arq Neuropsiquiatr* 2004;62:774-777.
77. Solomon GD, Skobieranda FG, Gragg LA. Quality of life and well-being of headache patients: measurement by the medical outcomes study instrument. *Headache* 1993;33:351-358.
78. Alonso BA, Albuquerque M. Qualidade de vida nas epilepsias refratárias. *Rev Neurociências* 2002;10:105-119.
79. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short-Form Health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30:473-483.
80. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 health survey: manual and interpretation guide. Boston, Mass: The Health Institute, New England Medical Center; 1993.
81. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário SF-36. *Rev Bras Reumatol* 1999;39:143-150

82. Solomon GD, Skobieranda FG, Gragg LA. Does quality of life differ among headache diagnoses? Analysis using the medical outcome study instrument. *Headache* 1994;34:143-147.
83. Cavallini A, Micieli G, Bussone G, Rossi F, Nappi G. Headache and quality of life. *Headache* 1995;35:29-35.
84. Monzon MJ, Lainez MJ. Quality of life in migraine and chronic daily headache. *Cephalalgia* 1998;18:638-643.
85. Meletiche DM, Lofland JH, Young WB. Quality of life: differences between patients with episodic and transformed migraine. *Headache* 2001;41:573-578.
86. Guitera V, Muñoz P, Castillo J, Pascual J. Quality of life in chronic daily headache: a study in general population. *Neurology* 2002;58:1062-1065.
87. Osterhaus JT, Townsend RJ. The quality of life of migraineurs: a cross sectional profile. *Cephalalgia* 1991;11(supl 11):103-104.
88. Stang PE, Osterhaus JT. Impact of migraine in the United States: data from the National Health Interview Survey. *Headache* 1993;33:29-35.
89. Osterhaus JT, Townsend RJ, Gandek B, Ware JE Jr. Measuring the functional status and well-being of patients with migraine headache. *Headache* 1994;34:337-343.
90. Dahlof C, Dimenas E. Migraine patients experience poorer subjective well-being/quality of life even between attacks. *Cephalalgia* 1995;15:31-36.
91. Essink-Bot ML, van Royen L, Krabbe P, Bonsel GJ, Rutten FF. The impact of migraine on health status. *Headache* 1995;35:200-206.
92. Solomon GD, Skobieranda FG, Genzen JR. Quality of life assessment among migraine patients treated with sumatriptan. *Headache* 1995;35:449-454.

93. Stewart WF, Lipton RB, Simon D. Work-related disability: results from the American Migraine study. *Cephalalgia* 1996;16:231-238.
94. Mushet GR, Miller D, Clements B, Pait G, Gutterman DL. Impact of sumatriptan on workplace productivity, nonwork activities, and health-related quality of life among hospital employees with migraine. *Headache* 1996;36:137-143.
95. Wagner TH, Patrick DL, Galer BS, Berson RA. A new instrument to assess the long-term quality of life effects from migraine. *Headache* 1996;36:484-492.
96. Solomon GD. Evolution of the measurement of quality of life in migraine. *Neurology* 1997;48:10-15.
97. Santanello NC, Polis AB, Hartmaier SL, Kramer MS, Block GA, Silberstein SD. Improvement in migraine-specific quality of life in a clinical trial of rizatriptan. *Cephalalgia* 1997;17:867-872.
98. Michel P, Dartigues JF, Lindoulsi A, Henry P. Loss of productivity and quality of life in migraine sufferers among French workers: results from the GAZEL cohort. *Headache* 1997;37:71-78.
99. Lipton RB, Stewart WF, von Korff. Burden of migraine: societal costs and therapeutic opportunities. *Neurology* 1997;48(supl 3):4-9.
100. Smith RC. Impact of migraine on the family. *Headache* 1998;38:423-426.
101. Mannix LK, Solomon GD. Quality of life in migraine. *Clin Neurosci* 1998;5:38-42.
102. Stewart WF, Lipton RB, Kolodner K, Liberman J, Sawyer J. Reliability of the migraine disability assessment scores in a population-based sample of headache sufferers. *Cephalalgia* 1999;19:107-114.

103. Stewart WF, Lipton RB, Whyte J. An International study to assess reliability of the migraine disability assessment (MIDAS) score. *Neurology* 1999;53:988-994.
104. Lipton RB, Hamelsky SW, Kolodner KB, Steiner TJ, Stewart WF. Migraine, quality of life and depression. A population-based case-control study. *Neurology* 2000;55:629-635.
105. Terwindt GM, Ferrari MD, Tijhuis M, Groenen SM, Picavet HS, Launer LJ. The impact of migraine on quality of life in the general population. The GEM study. *Neurology* 2000;55:624-629.
106. Patrick DL, Hurst BC, Hughes J. Further development and testing of the migraine-specific quality of life (MSQOL) measure. *Headache* 2000;40:550-560.
107. Breslau N, Rasmussen BK. The impact of migraine. *Epidemiology, risk factors and co-morbidities. Neurology* 2001;56(supl 1):4-12.
108. Stewart WF, Lipton RB, Dowson AJ, Sawyer J. Development and testing of the migraine disability assessment (MIDAS) questionnaire to assess headache-related disability. *Neurology* 2001;56:20-28.
109. Bigal ME, Bigal JM, Betti M, Bordini CA, Speciali JG. Evaluation of the impact of migraine and episodic tension-type headache on the quality of life and performance of a university student population. *Headache* 2001;41:710-719.
110. Lipton RB, Stewart WF, Sawyer MB, Edmeads JG. Clinical utility of an instrument assessing migraine disability: the migraine disability assessment (MIDAS) questionnaire. *Headache* 2001;41:854-861.

111. Passchier J, Mourik JC, McKenna SP, van den Berg M, Erdman RA. Evaluation of the Dutch version of the migraine quality of life instrument (MSQOL) and its application in headache coping. *Cephalalgia* 2001;21:823-829.
112. Lipton RB, Bigal ME, Kolodner K, Stewart WF, Liberman JN, Steiner TJ. The family impact of migraine: population-based studies in the USA and UK. *Cephalalgia* 2003;23:429-440.
113. Lipp MN. O modelo quadrifásico do stress. In: Lipp MN (org). *Mecanismos neuropsicofisiológicos do Stress: teoria e aplicações clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003. p. 17-21.
114. Ganong W. As bases gerais e celulares da fisiologia médica. In: Ganong W. *Fisiologia médica*. 5ª ed. São Paulo: Atheneu; 1989. p. 1-35.
115. Stronks DL, Tulen JH, Peppinkhuizen L, Verheij R, Mantel GW, Spinhoven J, Passchier J. Personality traits and psychological reactions to mental stress of female migraine patients. *Cephalalgia* 1999;19:566-574.
116. Lipp MN. *Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL)*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.
117. Lipp MN, Guevara AJ. Validação empírica do inventário de sintomas de stress. *Estudos de Psicologia* 1994;11:42-49.
118. Benedittis G, Lorrenzetti A. The role of stressful life events in the persistence of primary headache: major events versus daily hassles. *Pain* 1992;51:35-42.
119. Drummond PD. Predisposing, precipitating and relieving factors in different categories of headache. *Headache* 1985;25:16-22.

120. Amery WK, Vandenberg V. What can precipitating factors teach us about the pathogenesis of migraine? *Headache* 1987;27:146-150.
121. Benedittis G, Lorenzetti A, Pieri A. The role of stressful life events in the onset of chronic primary headache. *Pain* 1990;40:65-75.
122. Rasmussen BK. Migraine and tension-type headache in a general population: precipitating factors, female hormones, sleep pattern and relation to lifestyle. *Pain* 1993;53:65-72.
123. Robbins L. Precipitating factors in migraine: a retrospective review of 494 patients. *Headache* 1994;34:214-216.
124. Spierings LH, Sorbi M, Maasen GH, Honkoop PC. Psychophysical precedents of migraine in relation to the time of onset of the headache: the migraine time life. *Headache* 1997;37:217-220.
125. Holm JE, Lokken C, Cook MT. Migraine and stress; a daily examination of temporal relationships in women migraineurs. *Headache* 1997;37:553-558.
126. Holm JE, Lamberty K, McSherry WC, Davis PA. The stress response in headache sufferers: physiological and psychological reactivity. *Headache* 1997;37:221-227.
127. Wacogne C, Lacoste JP, Guillibert E, Hugues FC, Le Jeune C. Stress, anxiety, depression and migraine. *Cephalalgia* 2003;23:451-455.
128. Holm JE, Holroyd KA, Hursey KG, Penzien DB. The role of stress in recurrent tension headache. *Headache* 1986;26:160-167.
129. Nattero G, de Lorenzo C, Biale L, Torrie E, Ancona M. Idiopathic headaches: relationship to life events. *Headache* 1986;26:503-508.

130. Ficek SK, Wittrock DA. Subjective stress and coping in recurrent tension-type headache. *Headache* 1995;35:455-460.
131. Holroyd KA, Stensland M, Lipchik GL, et al. Psychosocial correlates and impact of chronic tension-type headaches. *Headache* 2000;40:3-16.
132. Stewart WF, Scher AI, Lipton RB. Stressful life events and risk of chronic daily headache: results from the frequent headache epidemiology study. *Cephalalgia* 2001;21:279.
133. Manzoni GC, Miceli G, Granella F, Martignoni E, Manferrari G, Nappi G. Daily chronic headache: Classification and clinical features, observation on 250 patients. *Cephalalgia* 1987;7(supl 6):169-170.
134. Cordeiro JA. Análise de dependência. [Tese de Livre Docência]. São José do Rio Preto: UNESP; 1990.
135. Russel MB, Rasmussen BK, Brennum J, Iversen HK, Jensen R, Olesen J. Presentation of a new instrument: the diagnostic headache diary. *Cephalalgia* 1992;12:369-374.
136. Pereira MM, Carvalho DS. Cefaléia crônica diária (CCD) em crianças e adolescentes: frequência de crises e intensidade da dor na primeira consulta e após o diário de cefaléia. *Migrâneas & Cefaléias* 2005;8:75.
137. Silva Jr HM, Garbelini RP, Teixeira SO, Bordini CA, Speciali JG. Effect of episodic tension-type headache on the health-related quality of life in employees of a brazilian public hospital. *Arq Neuropsiquiatr* 2004;62:769-773.
138. Apolone G, Mosconi P. The Italian Sf-36 health survey: translation, validation and norming. *J Clin Epidemiol* 1998;51:1025-1036.

139. Wang SJ, Fuh JL, LU SR, Juang KD. Quality of life among headache diagnoses: analysis of SF-36 survey in 901 headache patients. *Pain* 2001;89:285-292.

**ANEXO 1**  
**FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - FAMERP**  
**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS NEUROLOÓGICAS**

**Termo de consentimento livre e esclarecido**

**Projeto de Pesquisa**

**Cefaléia crônica diária: classificação, estresse e impacto sobre a qualidade de vida.**

Estamos estudando pacientes que sofrem de dor de cabeça de aparecimento diário ou quase diário. É importante conhecermos os tipos de dor de cabeça que os pacientes apresentam, com a finalidade de melhorar o tratamento oferecido.

Precisamos também saber, até que ponto a dor de cabeça diária interfere com a vida dos pacientes e os sintomas de estresse que podem aparecer.

Após a consulta médica e o diagnóstico, solicitamos que você responda a dois questionários que serão aplicados por uma psicóloga. Esses questionários foram previamente elaborados e padronizados. As perguntas formuladas nesses questionários, estão relacionadas ao quanto a dor de cabeça interfere na sua vida diária e quais sintomas relacionados com o estresse (tensão emocional), você vem apresentando durante o último mês.

Este estudo não oferecerá qualquer desconforto ou riscos, visto que se trata de coleta de dados a respeito de sintomas relacionados a dor de cabeça que você apresenta.

Suas respostas serão utilizadas para uma pesquisa médica e o seu nome não será revelado na apresentação dos resultados.

Em caso de dúvida, é seu direito ter acesso a qualquer tipo de esclarecimento a respeito dos objetivos, métodos e conclusões da pesquisa. Caso você não se sinta confortável ou se recuse a participar da pesquisa, terá o direito e total liberdade de abandoná-la em qualquer etapa do seu andamento. Ressaltamos também que a

concordância em participar deste estudo, não implica necessariamente em qualquer modificação no tratamento vigente.

Eu \_\_\_\_\_, fui informado dos objetivos da pesquisa acima relatada de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito dos procedimentos e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modifica minha decisão se assim desejar. O Dr. José Carlos Busto Galego certificou-me que todos os dados referentes a minha pessoa serão confidenciais, bem como seu tratamento não será modificado em razão desta pesquisa e terei a liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa, em face dessas informações.

Caso tenha questões sobre esse acordo ou alguma dúvida que não tenha sido esclarecida, poderei entrar em contato com o Dr. José Carlos Busto Galego pelo telefone (17) 3201-5742, Departamento de Ciências Neurológicas da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto ou também com o Comitê de Ética em Pesquisa da mesma Faculdade pelo telefone 3201-5700, ramal 5813.

---

Assinatura do paciente

## ANEXO 2

### ROTEIRO DE ABORDAGEM CLÍNICA DOS PACIENTES DO AMBULATÓRIO DE CEFALÉIAS

- 1. Identificação:** nome, sexo, idade, estado civil, profissão, procedência e número do prontuário.
- 2. Dados de anamnese:** Os pacientes são questionados sobre a duração (tempo de história da cefaléia), caráter da dor, localização, intensidade, duração das crises de cefaléia, frequência, sinais e sintomas associados, fatores desencadeantes, fatores de melhora e piora, presença de aura, e uso de medicação.
- 3. Antecedentes familiares** (história de cefaléia semelhante em parentes de primeiro grau)
- 4. Doenças associadas e antecedentes mórbidos**
- 5. Exame físico geral**
- 6. Exame neurológico**
- 7. Diagnóstico**
- 8. Exames subsidiários de imagem ou líquido quando necessários**

## ANEXO 3

SF- 36 PESQUISA EM SAÚDE

ESCORE

INSTRUÇÕES: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer atividades da vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado:

1- Em geral, você diria que sua saúde é:

- (circule uma)
- |                 |   |
|-----------------|---|
| Excelente.....  | 1 |
| Muito boa.....  | 2 |
| Boa.....        | 3 |
| Ruim.....       | 4 |
| Muito ruim..... | 5 |

2- Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora ?

- (circule uma)
- |   |   |
|---|---|
| Muito melhor agora do que há um ano atrás.....    | 1 |
| Um pouco melhor agora do que há um ano atrás..... | 2 |
| Quase a mesma coisa do que há um ano atrás.....   | 3 |
| Um pouco pior agora do que há um ano atrás.....   | 4 |
| Muito pior agora do que há um ano atrás.....      | 5 |

- 3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você tem dificuldades para fazer essas atividades? Neste caso, quanto? (circule um número em cada linha)

Atividades	Sim . Dificulta muito	Sim. Dificulta pouco	Não. Não dificulta de modo algum
A) Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar de esportes árduos	1	2	3
B) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer casa	1	2	3
C) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
D) Subir vários lances de escadas	1	2	3
E) Subir um lance de escadas	1	2	3
F) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
G) Andar mais de 1 km	1	2	3
H) Andar vários quarteirões	1	2	3
I) Andar um quarteirão	1	2	3
J) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

- 4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física? (circule um número em cada linha)

	Sim	Não
A) Você diminui a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
B) Realizou menos tarefa do que gostaria?	1	2
C) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
D) Teve dificuldade para fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex: necessitou de um esforço extra)?	1	2

- 5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)? (circule um número em cada linha)

A) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao trabalho ou a outras atividades?	1	2
B) Realizou menos tarefa do que gostaria?	1	2
C) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

- 6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferem nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(circule uma)

De forma nenhuma.....	1
Ligeiramente.....	2
Moderadamente.....	3
Bastante.....	4
Extremamente.....	5

- 7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

(circule uma)

Nenhuma.....	1
Muito leve.....	2
Leve.....	3
Moderada.....	4
Grave.....	5
Muito grave.....	6

- 8- Durante as últimas 4 semanas, quanta dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo tanto trabalho fora ou dentro de casa)?

(circule uma)

De maneira alguma.....	1
Um pouco.....	2
Moderadamente.....	3
Bastante.....	4
Extremamente.....	5

- 9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. (circule um número em cada linha)

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
A) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
B) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
C) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
D) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
E) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
F) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
G) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
H) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
I) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

(circule uma)

Todo o tempo..... 1  
 A maior parte do tempo..... 2  
 Alguma parte do tempo..... 3  
 Uma pequena parte do tempo..... 4  
 Nenhuma parte do tempo ..... 5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

(circule uma)

	Definitivamente verdadeiro	A maioria da vezes	Não sei	A maioria das vezes	Definitivamente falsa
A) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
B) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
C) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
D) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

**ANEXO 4****INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE ESTRESSE PARA ADULTOS DE LIPP****Quadro 1a**

Marque com um F1 os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas.

- ( ) 1. Mãos e pés frios
- ( ) 2. Boca seca
- ( ) 3. Nó no estômago
- ( ) 4. Aumento de sudorese
- ( ) 5. Tensão muscular
- ( ) 6. Aperto da mandíbula/ ranger os dentes
- ( ) 7. Diarréia passageira
- ( ) 8. Insônia
- ( ) 9. Taquicardia
- ( ) 10. Hiperventilação
- ( ) 11. Hipertensão arterial súbita e passageira
- ( ) 12. Mudança de apetite

**Quadro 1b**

Marque com um P1 os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas.

- ( ) 13. Aumento súbito de motivação
- ( ) 14. Entusiasmo súbito
- ( ) 15. Vontade súbita de iniciar novos projetos

**Quadro 2 a**

Marque com um F2 os sintomas que tem experimentado na última semana.

- 1. Problemas com a memória
- 2. Mal-estar generalizado sem causa específica
- 3. Formigamento das extremidades
- 4. Sensação de desgaste físico constante
- 5. Mudança de apetite
- 6. Aparecimento de problemas dermatológicos
- 7. Hipertensão arterial
- 8. Cansaço constante
- 9. Aparecimento de úlcera
- 10. Tontura/sensação de estar flutuando

**Quadro 2 b**

Marque com um P2 os sintomas que tem experimentado na última semana.

- 11. Sensibilidade emotiva excessiva
- 12. Dúvida quanto a si próprio
- 13. Pensar constantemente em um só assunto
- 14. Irritabilidade excessiva
- 15. Diminuição da libido

**Quadro 3 a**

Marque com um F3 os sintomas que tem experimentado no último mês.

- 1. Diarréia freqüente
- 2. Dificuldades sexuais
- 3. Insônia
- 4. Náusea
- 5. Tiques
- 6. Hipertensão arterial continuada

- ( ) 7. Problemas dermatológicos prolongados
- ( ) 8. Mudança extrema de apetite
- ( ) 9. Excesso de gases
- ( ) 10. Tontura freqüente
- ( ) 11. Úlcera
- ( ) 12. Enfarte

### **Quadro 3 b**

Marque com um P3 os sintomas que tem experimentado no último mês.

- ( ) 13. Impossibilidade de trabalhar
- ( ) 14. Pesadelos
- ( ) 15. Sensação de incompetência em todas as áreas
- ( ) 16. Vontade de fugir de tudo
- ( ) 17. Apatia, depressão ou raiva prolongada
- ( ) 18. Cansaço excessivo
- ( ) 19. Pensar/falar constantemente em um só assunto
- ( ) 20. Irritabilidade sem causa aparente
- ( ) 21. Angústia/ansiedade diária
- ( ) 22. Hipersensibilidade emotiva
- ( ) 23. Perda do senso de humor