

JULIANA STUGINSKI BARBOSA

**Dor crônica difusa, sintomas de depressão e qualidade de vida
relacionada à saúde em mulheres com migrânea**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto da Universidade
de São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Ciências.

Área de concentração: Neurociências

Orientador: Prof. Dr. José Geraldo Speciali

Ribeirão Preto
2010

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Barbosa, Juliana Stuginski

Dor crônica difusa, sintomas de depressão e qualidade de vida relacionada à saúde em mulheres com migrânea. Ribeirão Preto, 2010.

88 p. : il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Neurociências.

Orientador: Speciali, José Geraldo.

1. Cefaleia 2. Transtornos de enxaqueca 3. Dor 4. Depressão 5. Qualidade de vida

Nome: Barbosa, Juliana Stuginski

Título: Dor crônica difusa, sintomas de depressão e qualidade de vida relacionada à saúde em mulheres com migrânea.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Deusvenir de Souza Carvalho

Instituição: UNIFESP

Julgamento:

Assinatura:

Profa. Dra. Debora Bevilaqua Grossi

Instituição: USP

Julgamento:

Assinatura:

Prof. Dr. José Geraldo Speciali

Instituição: USP

Julgamento:

Assinatura:

Dedico este trabalho aos meus pais, João e Regina Célia, e à minha irmã, Mariana, pela compreensão e apoio incondicional em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. José Geraldo Speciali, meu orientador, exemplo de dedicação ao estudo e à pesquisa, pela atenção, amizade e apoio durante toda a minha formação nesta escola. Com certeza, seu papel foi essencial para o crescimento científico.

À Universidade de São Paulo, pela oportunidade da realização do curso de mestrado.

À Leonice Cristina Rufino e ao Edson Bagatini Simão, membros da equipe de enfermagem do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, pela ajuda essencial na execução deste trabalho.

À médica neurologista do Ambulatório de Cefaleia e Algias Craniofaciais do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP), Fabíola Dach pela ajuda com a metodologia e discussão dos resultados.

A todas as voluntárias que aceitaram participar deste trabalho.

Aos colegas de pós graduação e aos colegas do Ambulatório de Cefaleia e Algias Craniofaciais do HCFMRP-USP, pela amizade, ideias e conhecimentos compartilhados.

*“Sem a curiosidade que me move, que me inquieta,
que me insere na busca, não aprendo e nem ensino.”*

Paulo Freire

RESUMO

Barbosa JS. Dor crônica difusa, sintomas de depressão e qualidade de vida relacionada à saúde em mulheres com migrânea [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 2010. 88 f.

O objetivo deste estudo foi verificar a presença de dor crônica difusa relatada e provocada (presença de pontos sensíveis a palpação manual) e, de sintomas de depressão e o impacto destes na qualidade de vida relacionada à saúde em mulheres com Migrânea, comparadas com um grupo de mulheres sem cefaleia. Duzentas e oitenta e seis pacientes com cefaleia, atendidas em primeira consulta no Ambulatório de Cefaleia e Algias Craniofaciais do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto foram convocadas por carta a comparecerem em horário e data marcados com acompanhantes do sexo feminino. Destas, 143 (50%) pacientes e 93 acompanhantes compareceram. Aplicados critérios de inclusão e exclusão, compuseram a casuística 53 pacientes com migrânea episódica (ME), 37 com migrânea crônica (MC) e 89 mulheres sem histórico de cefaleia (grupo controle). Questões sobre dor crônica difusa e exame físico para detecção de pontos dolorosos à palpação (*tender points*) foram realizados baseados nos critérios de diagnóstico do Colégio Americano de Reumatologia (ACR). Para verificação dos sintomas de depressão foi aplicado o Inventário de Depressão de Beck (BDI) e para QVRS o questionário SF-36, analisado em escore total e nos oito domínios. Os resultados encontrados apontam que o relato de dor crônica difusa não foi diferente entre os grupos ME e MC, mas foi mais freqüente em pacientes com migrânea do que no grupo controle. O número médio de *tender points* e a média do escore do BDI encontrados não diferiu entre os grupos MC e ME, mas foi significativamente maior do que no grupo controle. Os grupos com migrânea apresentaram significativamente os menores escores em relação ao grupo controle, na média total da pontuação obtida no questionário SF-36. A presença de *tender points* não esteve correlacionada com o escore do BDI, ou com o escore do SF-36. Mas os escores do BDI estiveram correlacionados ao escore do SF-36 de forma significativa em todos os domínios do questionário nos grupos MC e controle. Por regressão quantílica verificou-se que a o escore do questionário SF-36 se manteve pior de forma significativa no grupo MC em relação ao grupo controle, sendo influenciado apenas pelo escore do BDI. Este estudo demonstrou que dor crônica difusa é relatada por um maior número de mulheres com migrânea, sobretudo com a forma crônica. Ainda, as mulheres com migrânea apresentaram maior número de *tender points*, sintomas de depressão e pior qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) quando comparadas à mulheres sem relato de cefaleia. A QVRS é significativamente pior no grupo MC em relação a indivíduos sem cefaleia, e esta relação é dependente da presença de sintomas de depressão.

Palavras-chave: Cefaleia, Transtornos de enxaqueca, Dor, Depressão, Qualidade de vida

ABSTRACT

Barbosa JS. Widespread chronic pain, symptoms of depression and health related quality of life in women with migraine [dissertation]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 2010. 88 f.

The aim of this study was to verify the presence of reported chronic widespread pain, tender points, depressive symptoms and their impact on health related quality of life (HRQoL) in women with Migraine, and compare these data with a group of women without headache. Two hundred and eighty six patients with headache, attending a first appointment in an headache outpatient clinic at Clinics Hospital of the Faculty of Medicine of Ribeirão Preto were invited by letter to appear on time and date marked with female companions. Of these, 143 (50%) patients and 93 companions attended. Applied criteria inclusion and exclusion, the sample comprised 53 patients with migraine episodic (ME), 37 with chronic migraine (MC) and 89 women with no history of headache (control group). Questions on chronic widespread pain and examination physical detection of tender points on palpation (tender points) were made based on diagnostic criteria of the American College of Rheumatology (ACR). For verification of the symptoms of depression was applied the Beck Depression Inventory (BDI) and the SF_36 for verification of HRQoL, analyzed for total score and the eight domains. The results showed that the reported of chronic widespread pain was not different between groups ME and MC, but was more frequent in patients with migraine than in the control group. The average number of tender points and the average score of the BDI found no difference between groups MC and ME, but was significantly higher than the control group. Groups with migraine had significantly lower scores compared to control group in total score of the SF-36. The presence of tender points was not correlated with the BDI scores, or the SF-36 scores. But the BDI scores were correlated to the SF-36 scores significantly in all domains of the questionnaire in MC and control groups. Influenced only by the BDI scores, it was seen by quantile regression that the score of the SF-36 remained significantly worse in the MC group compared to control group. Still, women with migraine had the highest number of tender points, depression symptoms and worse quality of life related to health (HRQOL) compared to women without headache. HRQoL is significantly worse in the MC group compared to control group, and this relationship is dependent on the presence of symptoms of depression.

Key-words: Headache, Migraine disorders, Pain, Depression, Quality of life

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Critérios de diagnóstico para dor crônica difusa e pontos dolorosos à palpação (<i>tender points</i>) segundo o Colégio Americano de Reumatologia (WOLFE et al., 1990).....	25
Tabela 2 -	Características dos grupos Migrânea Episódica, Migrânea Crônica e Controle com relação à idade e estado civil.....	30
Tabela 3 -	Cálculo das diferenças entre os grupos Migrânea Episódica, Migrânea Crônica e Controle para a variável idade, por regressão linear simples.....	31
Tabela 4 -	Cálculo das diferenças entre os grupos Migrânea Episódica, Migrânea Crônica e Controle, por regressão quantílica, para cada escala do questionário SF-36.....	37
Tabela 5 -	Coeficiente de correlação de Pearson (r) e nível de significância (p) entre número de pontos sensíveis à palpação (<i>tender points</i>) e os domínios do questionário SF-36 nos grupos Migrânea Episódica (ME), Migrânea Crônica (MC) e Controle.	40
Tabela 6 -	Coeficiente de correlação de Pearson (r) e nível de significância (p) entre o escore obtido pelo Inventário de Depressão de Beck (BDI) e os domínios do questionário SF-36 nos grupos Migrânea Episódica (ME), Migrânea Crônica (MC) e Controle.....	42
Tabela 7 -	Diferença entre os grupos Migrânea Episódica, Migrânea Crônica e Controle, por regressão quantílica, com as covariáveis idade, <i>tender points</i> e BDI.....	43

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Comparação entre os grupos Migrânea Episódica (ME), Migrânea Crônica (MC) e Controle com relação ao número de pontos sensíveis à palpação (tender points).....	32
Gráfico 2 -	Frequencia de pontos doloridos à palpação (tender points) por sítio específico nos grupos Migrânea Episódica, Migrânea Crônica e Controle.....	33
Gráfico 3 -	Comparação dos resultados do Inventário de Depressão de Beck entre os grupos Migrânea Episódica (ME), Migrânea Crônica (MC) e controle.....	34
Gráfico 4 -	Comparação entre os grupos Migrânea Episódica, Migrânea Crônica e Controle com relação à pontuação obtida nos resultados do SF-36.....	35
Gráfico 5 -	Pontuação obtida no instrumento de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde (SF-36) no valor total e em cada um dos domínios analisados para os grupos Migrânea Episódica, Migrânea Crônica e Controle.....	36
Gráfico 6 -	Distribuição do número de <i>tender points</i> pelo escore do Inventário de Depressão de Beck nos grupos Migrânea Episódica (ME), Migrânea Crônica (MC) e Controle.....	38
Gráfico 7 -	Distribuição do número de tender points pelo escore do questionário SF-36 nos grupos Migrânea Episódica (ME), Migrânea Crônica (MC) e Controle.....	40
Gráfico 8 -	Distribuição do escore do Inventário de Depressão de Beck (BDI) pelo escore do questionário SF-36 nos grupos Migrânea Episódica (ME), Migrânea Crônica (MC) e Controle.....	42

LISTA DE ABREVIATURAS

ACR	Colégio Americano de Reumatologia
AE	Aspectos emocionais
AF	Aspectos físicos
ANOVA	Análise de variância
AS	Aspectos sociais
BDI	Inventário de depressão de Beck
CCD	Cefaleia crônica diária
CEMEQ	Centro de Métodos Quantitativos
CF	Capacidade funcional
CIC	Classificação internacional das cefaleias
EGS	Estado geral da saúde
FMRP-USP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo
GC	Grupo controle
HCFMRP-USP	Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo
IASP	Associação Internacional de Estudo para Dor
IC	Intervalo de confiança
LI	Limite inferior
LS	Limite superior
MC	Grupo migrânea crônica
ME	Grupo migrânea episódica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	Odds Ratio
QVRS	Qualidade de vida relacionada à saúde
SF-36	<i>Short Form 36</i>
SM	Saúde mental
Vit	Vitalidade

SUMÁRIO

	p.
1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	18
3 CASUÍSTICA E MÉTODOS	19
3.1 CASUÍSTICA	19
3.2 MÉTODOS	24
3.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA	27
3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	28
4 RESULTADOS	30
4.1 CASUÍSTICA.....	30
4.2 DOR DIFUSA CRÔNICA E PONTOS SENSÍVEIS À PALPAÇÃO (TENDER POINTS).....	31
4.3 SINTOMAS DE DEPRESSÃO.....	34
4.4 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE	35
4.5 RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS	38
4.5.1 Correlação entre o número de tender points e o escore do Inventário de Depressão de Beck (BDI)	38
4.5.2 Correlação entre o número de tender points e o escore do questionário SF-36	39
4.5.3 Correlação entre o escore do Inventário de Depressão de Beck (BDI) e escore do questionário SF-36	41
4.5.4 Análise regressiva da qualidade de vida relacionada à saúde pelo escore do questionário SF-36	43
5 DISCUSSÃO	44
5.1 DOR DIFUSA CRÔNICA E PONTOS SENSÍVEIS À PALPAÇÃO (TENDER POINTS).....	45
5.2 SINTOMAS DE DEPRESSÃO.....	50
5.3 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE	52
5.4 RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS.....	55
5.5 LIMITAÇÕES.....	57
5.6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59

6 CONCLUSÕES	60
REFERÊNCIAS	61
APÊNDICES.....	73
ANEXOS	81

1 INTRODUÇÃO

Dor, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) é uma das razões mais comuns e o determinante pessoal que leva o indivíduo a procurar tratamento. Essa procura se dá, não só para alívio do sintoma, mas também porque a dor interfere nas atividades diárias do indivíduo, gerando restrições funcionais, sociais, familiares e emocionais. A dor persistente, independentemente de seu sítio anatômico, afeta a saúde psicológica, o desempenho de responsabilidades e, ainda, mina a confiança na própria saúde física.

Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor, dor é uma experiência emocional e sensorial desagradável, associada a um dano real ou potencial, ou descrita em termos deste dano (Merskey, Bogduk, 1994).

A cefaleia é um sintoma debilitante (Peres, 2003) e freqüente na população geral cuja prevalência ao longo da vida, chega a 93% nos homens e 99% nas mulheres e cerca de 40% das pessoas tem cefaleia com certa regularidade (Rasmussen, 1993). No Brasil, 68,47% de pessoas relataram apresentar pelo menos uma crise de cefaleia no último ano (Queiroz et al., 2009).

As cefaleias podem ser divididas em primárias ou secundárias. Cefaleia primária é definida como a dor que ocorre na cabeça sem relação temporal com outro transtorno que poderia ser reconhecido como causa de cefaleia. As cefaleias secundárias englobam aquelas atribuídas a uma causa subjacente e são descritas na segunda parte da Classificação Internacional das Cefaleias (IHS-II, 2004).

A Migrânea é uma cefaleia primária recorrente, que se manifesta por crises com duração de quatro a 72 horas, de localização unilateral, caráter pulsátil, com intensidade moderada ou forte, exacerbada por atividade física e associada com náusea e/ou vômitos ou foto e fonofobia. É dividida em dois subtipos principais: Migrânea com aura e Migrânea sem aura (IHS-II, 2004).

A Migrânea pode se iniciar na infância. Aproximadamente de 4 a 10% das crianças em idade escolar apresentam crises migranosas e um em cada cinco adultos com Migrânea relataram que suas crises se iniciaram na infância. Antes da puberdade a prevalência da Migrânea é maior em meninos do que em meninas. Quando chega a idade adulta, em torno dos 20 anos de idade, a frequência da

Migrânea chega a ser três vezes maior em mulheres do que em homens (Winner, 1997).

A maior frequência da Migrânea no gênero feminino ocorre na faixa etária de 25 a 55 anos, idade esta que corresponde ao período fértil. Além disso, aos 30 anos observa-se que as mulheres tendem a apresentar aumento na intensidade e frequência de suas crises (Lipton; Silberstein; Stewart, 1994).

Baseado em prontuários médicos de um hospital, a taxa média anual de incidência da Migrânea a cada 1000 pessoas foi de 4.8 entre mulheres e 1.9 entre os homens. Entre as mulheres, as taxas de incidência foram maiores entre as idades de 10 a 49 anos, com pico entre 20 e 29 anos de idade (Breslau et al., 1994).

No Brasil a prevalência anual da Migrânea na população foi de 15,2%, sendo 2,2 vezes mais prevalentes em mulheres do que em homens, maior em pessoas com maior nível educacional, com renda mais baixa e que não se exercitam com frequência (Queiroz et al., 2009).

A Migrânea, caracterizada por crises recorrentes de cefaleia pode progredir desta apresentação clínica para Migrânea Crônica caracterizada por cefaleia diária ou quase diária (cronificação da migrânea) que ocorrem em mais de 15 dias por mês.

A Migrânea progride de forma clínica, fisiopatológica e anatômica. A progressão clínica refere-se ao aumento de número de crises. A progressão fisiopatológica refere-se a mudanças no sistema nervoso central, manifestando-se com alterações no limiar nociceptivo (alodínia) e alterações na modulação da dor (sensibilização central) (Bigal; Lipton, 2008). Algumas anormalidades no cérebro já foram demonstradas com relação à duração e frequência das crises, como lesões em substância branca e depósito de ferro na substância cinzenta periaquedutal. (Lipton; Pan, 2004, Welch, 2009).

Não são todos os pacientes que apresentam progressão da Migrânea, o que levou Bigal e Lipton (2006) a concluírem que a Migrânea pode ser mais bem compreendida como uma disfunção crônica com crises episódicas cujas crises podem se tornar crônicas em alguns pacientes.

Este conceito de progressão enfatiza a importância da identificação de fatores de risco associado, e indica a necessidade de medidas preventivas (Bigal; Lipton, 2006).

Alguns destes fatores de risco identificados são não modificáveis, como idade, baixa classe sócio-econômica, trauma encefálico e estado civil, enquanto outros têm um componente comportamental importante que pode ser reconhecido e modificado através de estratégias, prevenindo a progressão.. O abuso do analgésico é provavelmente o fator de risco mais reconhecido, porém não o único. Presença de depressão, ansiedade, obesidade, ronco e/ou apnéia do sono, dor crônica em outra parte do corpo, trauma em pescoço, estresse e ingestão abusiva de cafeína são outros fatores de risco já identificados (Scher; Midgette; Lipton, 2008).

A relação de comorbidade entre cefaleia e outras dores crônicas pode indicar a existência de alguma forma de sensibilização central comum aos dois sintomas, com compartilhamento de eventos neuroquímicos (Edwards, 2005).

As síndromes dolorosas são caracterizadas pela diminuição do limiar de dor e pela diminuição da capacidade de atuação dos sistemas descendentes de modulação da dor. Estudos demonstraram que pacientes com cefaleias, comparados com indivíduos saudáveis, apresentaram baixos limiares de dor em áreas distantes da cabeça (Hagen et al., 2002; Nicolodi et al., 1994; Okifuji et al., 1999).

Dor crônica difusa pode se apresentar concomitantemente a Migrânea, sendo também uma queixa comum tanto em grupos de pacientes como na população. O termo “dor crônica difusa” é um sintoma que inclui uma variedade de condições dolorosas e localizações diversas. O diagnóstico etiológico deste sintoma requer histórico e anamnese, achados físicos pertinentes e característicos e investigações laboratoriais e radiológicas apropriadas (Yunus, 2007).

Com estas outras condições dolorosas crônicas, a Migrânea compartilha a presença de dor em outras partes do corpo, piora da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) (Bigal; Lipton, 2008) e presença de distúrbios psiquiátricos (Sheftell; Atlas, 2002).

A depressão é a condição psiquiátrica mais estudada em pacientes com cefaleia (Sheftell; Atlas, 2002; Low et al., 2003; Marazziti et al., 1995), e a intensidade e frequência das crises de cefaleia ao longo da vida podem predizer a presença de depressão (Wang et al., 1999). A associação da Migrânea com depressão indica que essas condições parecem ser comorbidades bidirecionais, ou seja, a presença de Migrânea aumenta o risco para depressão e vice-versa (Breslau; Davies, 1994; Breslau et al., 2000). A presença de sintomas de depressão em

pacientes com cefaleia pode afetar o prognóstico do doente. Já foi relatado que a presença de depressão tem um impacto negativo na qualidade de vida de pacientes com Migrânea (Lipton et al., 2000).

Qualidade de vida refere-se à avaliação do bem estar de um indivíduo percebido dentro de um contexto envolvendo sua cultura, sistema de valores, objetivos e preocupações. A qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) é um subconjunto da qualidade de vida global que abrange o estado de saúde do indivíduo, o *status* funcional, tanto físico como mental, bem como o bem estar global do indivíduo (Lipton et al., 2003). Sabe-se que a QVRS em pacientes com Migrânea é prejudicada tanto em pacientes atendidos em ambulatórios como na população em geral (Dahlöf, 1993; Lipton et al., 2000; Terwindt et al., 2000; Becker; Ware, 2000). Os pacientes com Migrânea apresentaram mais dor e restrição de suas atividades diárias do que pacientes com depressão, osteoartrite, diabetes, ou hipertensão, especialmente em se tratando de saúde mental e aspectos sociais (Osterhaus et al., 1994).

Na literatura, poucos são os trabalhos que avaliaram a relação dor crônica difusa com Migrânea, especialmente os realizados num ambulatório terciário de atendimento. Assim, este estudo foi feito com o objetivo de verificar a presença de dor crônica difusa relatada e provocada (presença de pontos sensíveis a palpação manual), de sintomas de depressão e, ainda o impacto da presença destes achados na qualidade de vida relacionada à saúde em mulheres com Migrânea.

2 OBJETIVOS

Esta pesquisa tem os seguintes objetivos:

- Determinar a frequência de dor crônica difusa e presença de pontos dolorosos (*tender points*), através dos critérios do Colégio Americano de Reumatologia, em pacientes do gênero feminino com Migrânea atendidas no Ambulatório de Cefaleia e Algias Craniofaciais do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto – USP e em mulheres sem histórico de cefaleia recorrente há pelo menos três meses, acompanhantes de pacientes (grupo controle);
- Comparar a presença de sintomas de depressão através do Inventário de Depressão de Beck e a qualidade de vida relacionada à saúde através do questionário SF-36 em migranosas e no grupo controle;
- Verificar as correlações entre o número de *tender points*, sintomas de depressão e qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes migranosas e no grupo controle;

3 CASUÍSTICA E MÉTODOS

3.1 CASUÍSTICA

Foram selecionados pacientes do gênero feminino, com cefaleia, atendidos em primeira consulta no Ambulatório de Cefaleia e Algias Craniofaciais do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), durante o período de setembro de 2006 a setembro de 2008. O atendimento médico neste ambulatório é realizado por residentes em Neurologia e o diagnóstico de cefaleia dado é referendado pelo docente responsável pelo setor, baseado nos critérios de diagnóstico da Classificação Internacional das Cefaleias da Sociedade Internacional de Cefaleia (Headache Classification Subcommittee Of The International Headache Society, 2004). Com relação ao diagnóstico de Migrânea Crônica foram utilizados os critérios revisados da segunda edição da Classificação Internacional das Cefaleias (Headache Classification Subcommittee Of The International Headache Society, 2004). A partir destes critérios a Migrânea Crônica ficou definida como uma cefaleia que ocorre em 15 ou mais dias por mês, há mais de três meses, onde em pelo menos 8 ou mais dias apresentem quadro compatível como o diagnóstico de Migrânea (Headache Classification Committee, 2006).

Para o grupo controle (GC) foram selecionados acompanhantes dos pacientes, do gênero feminino, sem história de cefaleia recorrente, há pelo menos três meses.

Após a primeira consulta realizada no Ambulatório de Cefaleia e Algias Craniofaciais do HCFMRP-USP, o hospital enviou uma carta aos pacientes solicitando seu comparecimento neste mesmo ambulatório em dia e hora marcados, acompanhadas por outra pessoa também do gênero feminino e idade entre 18 e 65 anos (Apêndice A). A data do agendamento não foi além de um mês após a primeira consulta no ambulatório.

A seleção da casuística foi então sequencial para os pacientes com cefaleia. Todos os pacientes atendidos em primeira consulta no período de realização da pesquisa foram incluídos.

Duzentas e oitenta e seis cartas foram enviadas. Cento e quarenta e três (50%) pacientes e 93 acompanhantes compareceram no dia e horário marcados.

Ao chegar ao ambulatório, a paciente e sua acompanhante eram recebidas pela equipe de enfermagem que foi instruída a encaminhar as mulheres para avaliação com a pesquisadora (JSB). As participantes foram orientadas a não revelarem sua condição, ou seja, se eram pacientes ou acompanhantes. A pesquisadora recebia uma lista com os nomes das participantes e acompanhantes a serem examinadas. A pesquisadora era uma profissional formada em Odontologia e com especialização em Dor Orofacial e foi supervisionada por médico neurologista, docente da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.

Em um primeiro contato com a pesquisadora, as participantes foram informadas sobre o teor da pesquisa. Um termo de consentimento livre e esclarecido foi explanado e assinado pelas participantes (Apêndice B). As participantes que não queriam participar ou não compreenderam o que lhe era explicado foram excluídas do estudo.

Todas as participantes foram submetidas a anamnese e exame físico pela pesquisadora (Anexo A). Salienta-se que a pesquisadora não tinha conhecimento do grupo ao qual pertencia a participante no momento de sua avaliação.

Como critérios de inclusão, os indivíduos deveriam ter idade de 18 a 65 anos e serem capazes de entender as perguntas realizadas durante a entrevista, completando os questionários que foram aplicados.

Como critérios de exclusão, os indivíduos não deveriam estar sob tratamento para moléstias crônicas que, segundo a literatura mundial, causassem prejuízo importante na qualidade de vida relacionada à saúde, tais como: dor lombar crônica, quadros psicóticos, asma grave, artrite reumatóide ou insuficiência cardíaca grave. As informações referentes ao estado de saúde foram obtidas durante a entrevista pessoal ou análise do prontuário médico do HCFMRP-USP, ao final da avaliação.

Dez pacientes e 3 acompanhantes foram excluídas do estudo por não serem capazes de preencher os questionários que seriam aplicados.

Em seguida, as participantes responderam questões sobre idade e estado civil.

Duas pacientes e 1 acompanhante foram excluídas do estudo por preencherem os critérios de exclusão, sendo que uma paciente apresentava lúpus eritematoso e outra displasia fibrosa em fêmur e a acompanhante apresentava deficiência física.

Os pacientes com cefaleia continuaram com o tratamento no Ambulatório de Cefaleia e Algias Craniofaciais do HCFMRP-USP.

Os resultados da pesquisa foram anotados nos prontuários clínicos das pacientes. As acompanhantes tiveram conhecimento dos resultados da pesquisa e foram orientadas a buscar tratamento adequado, quando necessário.

O diagnóstico da cefaleia só foi conhecido pela pesquisadora quando das consultas aos prontuários no arquivo do hospital. A frequência das crises de cefaleia foi anotada.

Formaram-se então dois grupos examinados:

1. Pacientes com cefaleia (Grupo de Estudo) (n=131)
2. Acompanhantes das pacientes sem histórico de cefaleia há pelo menos três meses (Grupo Controle) (n=89)

Dentre o grupo de pacientes com cefaleia, foram selecionados os dados das pacientes que preencheram os critérios de diagnóstico para migrânea sem aura, migrânea com aura (Headache Classification Subcommittee of The International Headache Society, 2004) e migrânea crônica (Headache Classification Committee, 2006).

Quarenta e uma pacientes foram excluídas:

- Vinte e uma por terem outra cefaléias: cefaleia do tipo tensional episódica (n=3), cefaleia do tipo tensional crônica (n=3), cefaleia em salvas (n=2), hemicrania paroxística (n=1), cefaleia primária em facada (n=2), cefaleia pós-craniotomia (n=2), cefaleia atribuída a hipertensão intracraniana idiopática (n=1), cefaleia cervicogênica (n=3), neuralgia do intermédio (n=1), neuralgia do occipital (n=1), dor facial idiopática persistente (n=1) e cefaleia numular (n=1).
- Doze pacientes por uso excessivo de medicação.
- Oito pacientes por estarem sem hipótese diagnóstica definida.

O grupo de estudo era composto então por 90 pacientes com Migrânea.

Através do prontuário médico foi obtida a frequência das crises de cefaleia das pacientes com Migrânea e pode-se então dividir o Grupo de Estudo em dois subgrupos:

1. Migrânea Episódica* (frequência de crises entre 2 a 14 dias por mês) – ME (n=53)
2. Migrânea Crônica (frequência de crises maior ou igual a 15 dias por mês) - MC (n=37)
3. Grupo Controle (n=89)

Entre as pacientes do grupo ME, sete apresentavam Migrânea com Aura, sendo duas Migrânea do tipo Basilar.

O termo “Migrânea Episódica” será utilizado neste estudo como sinônimo de Migrânea.

A Figura 1 resume os passos para obtenção da casuística.

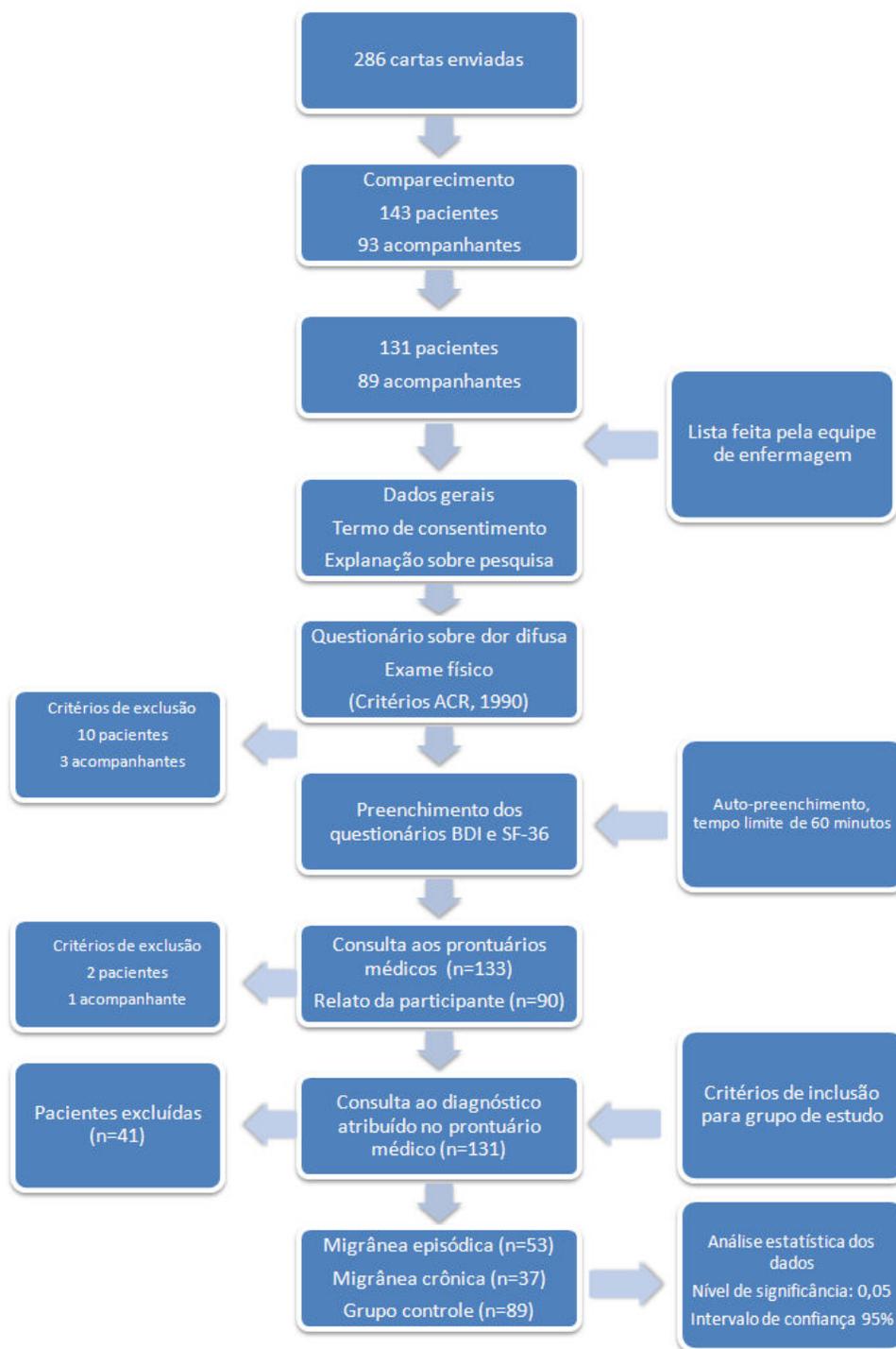


Figura 1- Procedimentos realizados para obtenção da casuística.

3.2 MÉTODOS

Para anamnese da queixa e exame físico de dor corporal foi utilizado protocolo recomendado pelo Colégio Americano de Reumatologia (ACR) (Wolfe et al., 1990), onde foram questionadas sobre a presença de dor crônica difusa e localização da dor (Anexo A). Ao questionar a presença de dor crônica difusa, solicitava-se que a paciente excluísse a cabeça como local de dor para não revelar sua condição (paciente ou acompanhante).

O exame físico consistia em palpação em digito pressão com o dedo polegar direito, exercendo pressão aproximada de 4 kg/cm^2 , realizada em 18 sítios pelo corpo (nove divididos em lado direito e esquerdo), estabelecidos através dos critérios do ACR (WOLFE et al., 1990) (Tabela 1).

Tabela 1 – Critérios de diagnóstico para dor crônica difusa e pontos dolorosos à palpação (*tender points*) segundo o Colégio Americano de Reumatologia (WOLFE et al., 1990)

História Clínica - a dor é considerada difusa quando todos os seguintes parâmetros estão presentes:

- Dor no lado esquerdo do corpo
- Dor no lado direito do corpo
- Dor acima da linha de cintura
- Dor abaixo da linha da cintura
- Dor no esqueleto axial (coluna cervical ou torácica anterior ou coluna dorsal ou coluna lombar).

Dor no ombro ou na nádega é considerada como dor para cada lado envolvido. “Dor lombar” é considerada como dor no segmento inferior.

Exame Clínico - a palpação digital deve ser realizada com uma força aproximadamente de 4 kg/cm². Para que um “tender point” seja considerado “positivo”, o indivíduo deve declarar que a palpação foi dolorosa. Deverá existir dor em pelo menos 11 dos 18 pontos dolorosos (“tender points”) durante a palpação digital.

Os pontos são, bilateralmente:

- Inserção dos músculos occipitais na nuca
 - Ligamentos dos processos transversos da quinta à sétima vértebra cervical
 - Bordo rostral do trapézio
 - Músculo supra-espinhoso
 - Junção do músculo peitoral com a articulação costo-condral da segunda costela
 - Dois centímetros abaixo do epicôndilo lateral do cotovelo
 - Quadrante látero-superior da região glútea, abaixo da espinha ilíaca
 - Inserções musculares no trocânter femoral
 - Dois centímetros rostralmente à linha articular do côndilo medial do fêmur.
-

A pesquisadora passou por treinamento específico com auxílio de um aparelho de algometria para calibração da força empregada.

Os sítios foram examinados em ordem numérica conforme preconizado por Okifuji et al. (1997). O paciente deveria apresentar “dor” e não apenas

“sensibilidade” para que o ponto fosse considerado doloroso, o que poderia ser manifestado de forma verbal ou pela expressão facial.

A anamnese e exame físico foram realizados num tempo médio de 30 minutos.

Após o exame físico, as participantes foram instruídas a preencher dois questionários. O preenchimento foi individual, realizado em sala de espera. Foi arbitrado limite de uma hora para preenchimento dos questionários.

Foram utilizados questionários padronizados na literatura para verificação dos sintomas de depressão (Inventário de Depressão de Beck - BDI) (Gorestein; Andrade, 1996) e da qualidade de vida relacionada à saúde (SF-36) (Ciconelli et al., 1999) (Anexos B e C).

O Inventário de Depressão de Beck (BDI) consiste em 21 grupos de afirmações associadas a escores que vão de zero a três. As 21 categorias de sintomas e atitudes são: humor, pessimismo, sentimentos de fracasso, insatisfação, sentimentos de culpa, sentimentos de punição, autodepreciação, auto-acusação, desejo de autopunição, crises de choro, irritabilidade, isolamento social, indecisão, inibição no trabalho, distúrbios do sono, fadigabilidade, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e perda de libido.

Em cada grupo, a participante escolheu e circulou o escore correspondente à afirmação que mais se aproximava de seu caso. Os escores foram atribuídos de tal forma que, quanto mais altos os valores, mais graves eram os sintomas indicativos para depressão. Nesta pesquisa, trabalhamos com a pontuação média obtida em cada um dos grupos. O escore do BDI igual ou superior a 22 foi arbitrado para classificar os sintomas de depressão como moderados a graves (Poole et al., 2009).

O questionário SF-36 consta de múltiplos itens, podendo ser aplicado a partir dos 14 anos de idade. Possui 36 itens, englobados em oito escalas ou componentes, mensurando o estado da qualidade de vida relacionado à saúde: capacidade funcional, aspectos físicos, dor e estado geral da saúde, saúde mental, aspectos emocionais e sociais, e vitalidade (Ciconelli et al., 1999).

Na capacidade funcional, avalia-se a presença e extensão das limitações relacionadas à capacidade física em três níveis de resposta (muita, pouca e sem limitação). Os aspectos físicos são avaliados pelas limitações físicas na realização do trabalho e nas atividades diárias. A dor é avaliada em intensidade, extensão e/ou

interferência nas atividades diárias. O estado geral de saúde é avaliado pela auto-percepção.

A vitalidade é avaliada pelo nível de energia e/ou fadiga na realização das atividades rotineiras. Os aspectos sociais são avaliados pela integração do indivíduo nas atividades sociais. Verifica-se também se aspectos emocionais limitam o trabalho e as atividades rotineiras. Presença de ansiedade, depressão, alterações de comportamento, descontrole emocional e bem-estar psicológico também são avaliadas.

Cada escala gera um escore de 0 a 100, onde um escore mais alto indica uma qualidade de vida melhor. Nesta pesquisa, trabalhamos com a pontuação média obtida em cada um dos grupos.

3.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística foi realizada pelo Centro de Métodos Quantitativos (CEMEQ) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FMRP-USP).

Para analisar os grupos (ME, MC e Controle) com relação à variável idade e escore do questionário BDI foi proposta a análise de variância (ANOVA) (Montgomery, 2000). Esta metodologia baseia-se em particionar a variância total de uma determinada resposta (variável dependente) em duas partes: a primeira devida ao modelo de regressão (no caso, entre grupos) e a segunda devida aos resíduos (erros) (dentro dos grupos). Quanto maior for a primeira em relação à segunda, maior é a evidência da diferença entre as médias dos grupos. Esse modelo tem como pressuposto que seus resíduos tenham distribuição normal com média 0 e variância constante. Nas situações em que tal pressuposto não foi observado, transformações na variável resposta foram utilizadas. Os resultados foram obtidos com o auxílio do *software* SAS® 9 (Cary, NC, USA), através da *PROC GLM*.

Para verificar possíveis associações entre as variáveis da presença da dor difusa e os grupos, foi utilizado o teste Qui-Quadrado, e para verificar a razão entre os grupos foi calculado o *Odds Ratio*, tendo como referência o grupo controle. Para

tais análises, foi utilizado o *software* SAS® 9 (Cary, NC, USA), através da *PROC FREQ* e da *PROC LOGISTIC*.

Para analisar a relação entre os grupos do *tender points*, foi proposto um modelo linear generalizado com distribuição Poisson com função de ligação logarítmica. A classe de modelos lineares generalizados é uma extensão do modelo linear tradicional, o qual permite que a média populacional seja dependente de um preditor linear através de uma função de ligação não linear e permite que a distribuição de probabilidade da variável resposta seja qualquer membro da família exponencial (Distribuição Normal, Binomial, Poisson e Gama). (McCullagh, 1989). O modelo foi implementado no *software* SAS® 9 (Cary, NC, USA) através da *PROC GENMOD*.

A média da presença de *tender point* foi calculada para cada sítio em cada grupo e as proporções comparadas pelo teste Qui-Quadrado.

Para analisar os grupos com relação aos domínios do SF36 (Capacidade Física, Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral da Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental) foi utilizada a regressão quantílica, método que compara k medianas, neste trabalho k=3 (Koenker, 1978).

Foram considerados nível de significância de 5% e intervalo de confiança de 95%.

Para correlacionar as variáveis *tender points*, escore do BDI e escore do SF-36 foi calculado o coeficiente de correlação de Pearson (r) (Snedecor; Cochran, 1972). Para o cálculo foi utilizado o software R (version 2.8.0., The R Foundation for Statistical Computing). O coeficiente de correlação de Pearson mede a força de associação entre duas variáveis, onde $-1 < \rho < 1$. Se r está mais perto de zero ou é zero então não há correlação entre as variáveis. Se r está mais próximo de 1 as variáveis se correlacionam positivamente. Se r está mais próximo de -1 as variáveis se correlacionam negativamente.

3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi elaborada e realizada de acordo com os padrões éticos atuais (Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos –

Res. CNS 196/96) e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto com o Processo HCRP 10119/2006 (Anexo D).

4 RESULTADOS

4.1 CASUÍSTICA

A tabela 2 apresenta as características dos grupos com relação à idade e estado civil. Os três grupos foram comparados com relação à média de idade (regressão linear simples) e não houve diferença significativa entre eles. As participantes do grupo controle compareceram ao hospital como acompanhantes das pacientes, sendo, portanto da mesma classe socioeconômica.

Tabela 2- Características dos grupos Migrânea Episódica, Migrânea Crônica e Controle com relação à idade e estado civil.

	Migrânea Episódica	Migrânea Crônica	Controle
<i>Idade</i>			
Média	36,98	38,59	40,81
Desvio padrão	13,22	10,64	13,77
Mediana	35,00	39,00	41,00
Mínimo	19,00	18,00	18,00
Máximo	65,00	63,00	65,00
<i>Estado Civil</i>			
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Casada	31 (58,49%)	20 (54,05%)	46 (51,69%)
Solteira	14 (26,42%)	12 (32,43%)	27 (30,34%)
Divorciada	5 (9,43%)	3 (8,11%)	9 (10,11%)
Viúva	3 (5,66%)	2 (5,41%)	7 (7,87%)

4.2 DOR CRÔNICA DIFUSA E PONTOS SENSÍVEIS À PALPAÇÃO (*TENDER POINTS*)

Dezenove (36%) indivíduos do grupo ME, 16 (43%) do grupo MC e 15 (17%) do grupo controle relataram apresentar dor crônica difusa com diferença significativa entre os grupos ($p < 0,01$). Em relação ao grupo controle, as pacientes dos grupos ME e MC apresentaram chance de relatarem dor corporal difusa de forma mais freqüente com *Odds Ratio* de 2.76 e 3.76 respectivamente (Tabela 3).

Tabela 3- Resultado do teste Qui-Quadrado para verificar a associação entre os grupos, Migrânea Episódica (ME), Migrânea Crônica (MC) e Controle para dor crônica difusa, e cálculo do *Odds Ratio* (OR) equivalente.

Grupo	Dor crônica difusa			p	Efeito	OR	IC (95%)	
	Com dor	Sem dor	Total				LI	LS
	ME	19 36%	34 64%				53 100%	<0,01
MC	16 43%	21 57%	37 100%	MC vs controle	3,76	1,60	8,84	
Controle	15 17%	74 83%	89 100%					
Total	50	129	179					

Legenda: MC - migrânea crônica; ME - migrânea episódica; OR – *odds ratio*; IC – intervalo de confiança; LI - limite inferior; LS - limite superior.

As médias do número de *tender points* apresentados foram: 5,85 (Desvio padrão – DP 3,82) o grupo ME, 5,35 (DP 4,50) no grupo MC e 3,80 (DP 3,67) no grupo controle. Não houve diferença na média de *tender points* comparando os grupos com Migrânea. Entretanto, comparando ao grupo controle, as pacientes do grupo ME e MC apresentaram em média maior número de *tender points* (Gráfico 1).

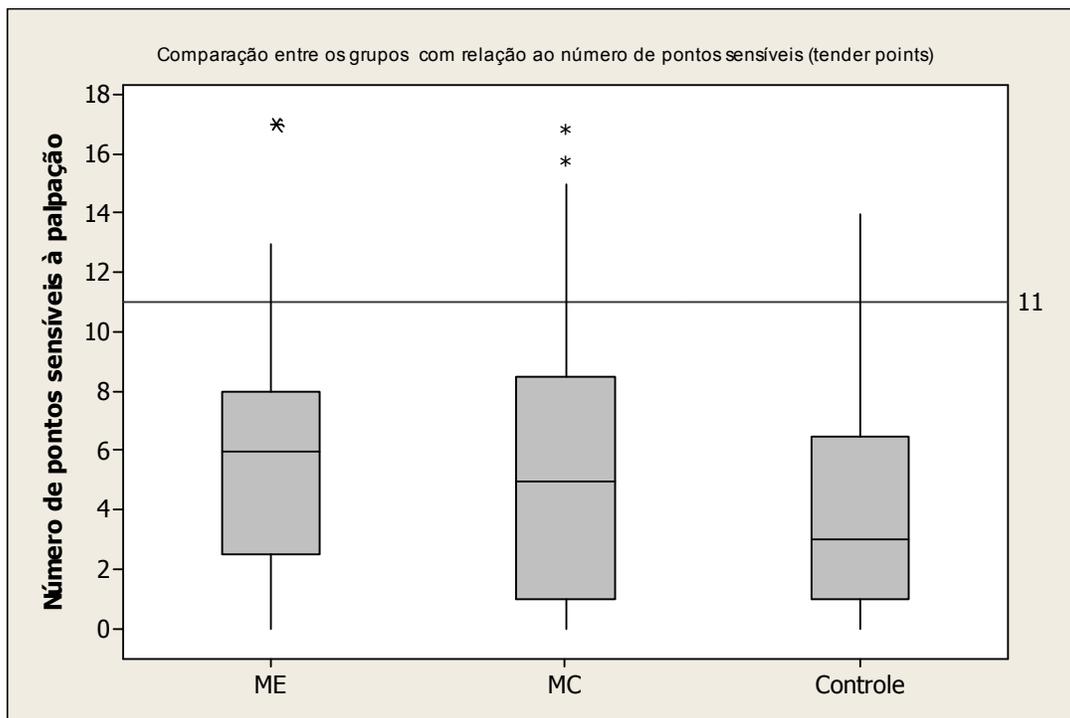


Gráfico 1- Comparação entre os grupos Migrânea Episódica (ME), Migrânea Crônica (MC) e Controle com relação ao número de pontos sensíveis à palpação (*tender points*). Legenda: * diferença significativa na comparação entre grupos ME e Controle ($p < 0,001$); ** diferença significativa na comparação entre grupos MC e Controle ($p = 0,05$), por regressão linear com distribuição Poisson.

A frequência de *tender points* por cada grupo, de acordo com o sítio específico e lado examinado é apresentada no Apêndice C. Não há diferença significativa entre os lados, no mesmo grupo.

O Gráfico 2 apresenta a frequência de *tender points* por sítio em cada um dos grupos. A frequência por porcentagem e respectivo intervalo de confiança foram então calculados para cada região específica examinada, em cada um dos três grupos. Os resultados estão apresentados no Apêndice D.

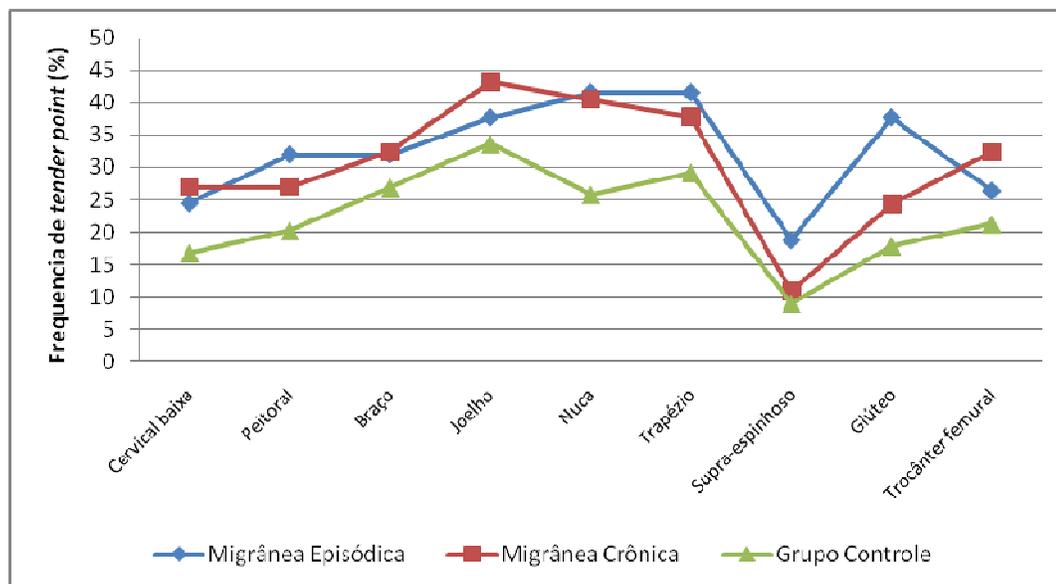


Gráfico 2- Frequência de pontos doloridos à palpação (*tender points*) por sítio específico nos grupos Migrânea Episódica, Migrânea Crônica e Controle.

Na comparação intergrupos, não houve diferença significativa com relação à presença de *tender points* em cada sítio examinado.

Na comparação intragrupos pode-se observar que no grupo ME, os sítios localizados na nuca e trapézio apresentaram média maior de *tender points* (n=22; 41,5%), sendo a proporção diferente de forma significativa ($p < 0,01$) apenas com relação ao sítio do músculo supra-espinhoso (n=10; 18,8%).

No grupo MC, em relação ao sítio supra-espinhoso (n=4, 10,8%), apresentaram uma diferença significativa na média de *tender points* os sítios localizados no joelho [n=16, 43,2% ($p < 0,001$)]; nuca [n=15, 40,5% ($p < 0,01$)]; trapézio [n=14, 37,8% ($p = 0,01$)] e trocânter femural [n=12, 32,4% ($p < 0,05$)].

No grupo controle, em relação ao sítio supra-espinhoso, apresentaram uma diferença significativa na média de *tender points* os sítios do joelho [n=30, 33,7% ($p < 0,0001$)]; trapézio [n=26, 29,2% ($p < 0,001$)]; nuca [n=23, 25,8% ($p < 0,01$)] e trocânter femural [n=19, 21,3% ($p < 0,05$)]. Ainda no grupo controle, houve diferença significativa entre os sítios do joelho (n=30, 33,7%) e aspecto anterior da cervical baixa [n=15, 16,8% ($p = 0,01$)].

4.3 SINTOMAS DE DEPRESSÃO

As médias do escore resultante do questionário BDI foram: 18,74 (DP 11,33) para ME, 21,16 (DP 11,09) para MC e 15,10 (DP 12,45) para o grupo controle. O escore médio apresentado por todos os pacientes com Migrânea foi de 19,73 (DP 11,23).

Na comparação entre os grupos, não houve diferença significativa entre os grupos ME e MC com relação à média do escore obtido no questionário do BDI. Em relação ao grupo controle, as pacientes dos grupos ME e MC apresentaram maior média do escore obtido (Gráfico 3).

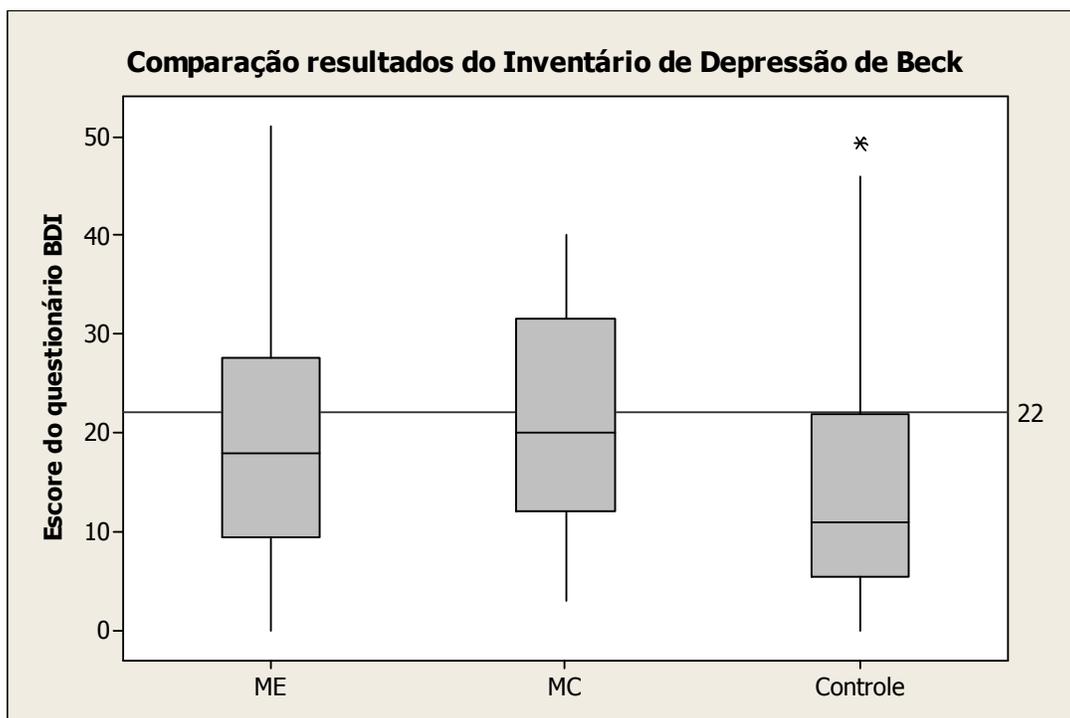


Gráfico 3 - Comparação dos resultados do Inventário de Depressão de Beck (BDI) entre os grupos Migrânea Episódica (ME), Migrânea Crônica (MC) e controle.

Legenda: * Diferença significativa entre os grupos ME e Controle ($p=0,04$) e MC e Controle ($p<0,01$) por regressão linear simples.

Vinte e um (39,62%) participantes do grupo ME, 17 (45,95%) do grupo MC e 24 (26,97%) do grupo controle apresentaram escore do BDI igual ou superior a 22, o que é considerado presença de sintomas de depressão moderados a graves.

Comparando com o grupo controle, somente os pacientes do grupo MC apresentam chance maior de apresentarem sintomas depressivos moderados a severos (OR=2.43; IC 95% 1.09-5.43).

4.4 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

As médias do escore do questionário SF-36 foram: 53,65 (DP 23,47) para grupo ME, 44,24 (DP 18,50) para o grupo MC e 61,81 (DP 21,53) para o grupo controle.

Através de regressão quantílica observou-se que não houve diferença entre os escores apresentados pelos grupos ME e MC. Em relação ao grupo controle, as pacientes dos grupos ME e MC apresentaram menor pontuação no resultado do SF-36 (Gráfico 4).

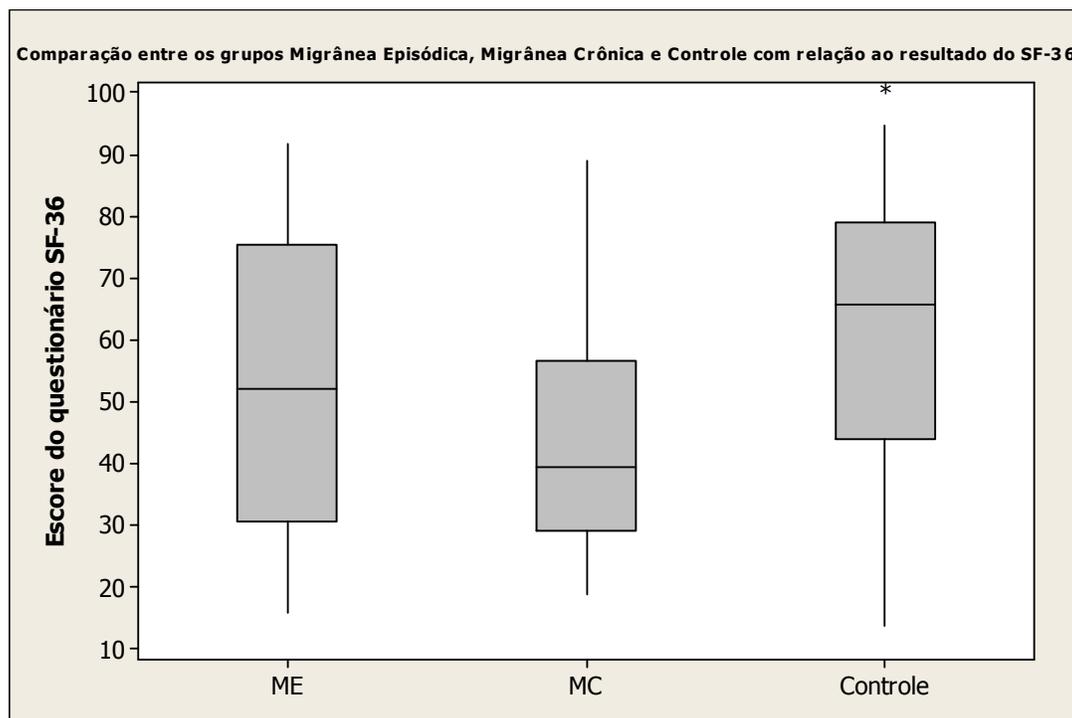


Gráfico 4 – Comparação entre os grupos Migrânea Episódica (ME), Migrânea Crônica (MC) e Controle com relação à pontuação obtida nos resultados do SF-36.

Legenda: * Diferença significativa entre os grupos ME e Controle ($p=0,02$); e MC e Controle ($p<0,01$) por regressão quantílica.

O Gráfico 5 apresenta a pontuação média obtida em cada domínio do questionário SF-36 nos três grupos analisados.

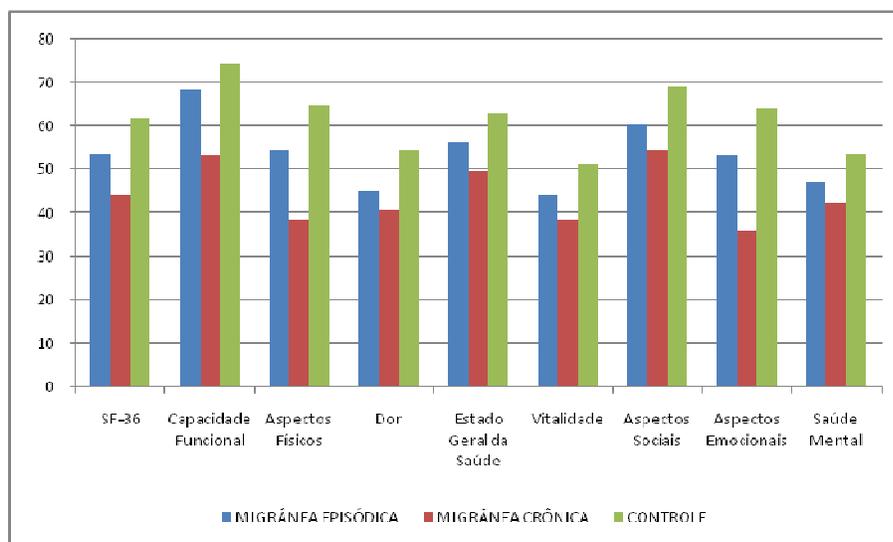


Gráfico 5 - Pontuação obtida no instrumento de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde (SF-36) no valor total e em cada um dos domínios analisados para os grupos Migrânea Episódica, Migrânea Crônica e Controle.

Na tabela 4 são apresentados os resultados das diferenças dos escores obtidos pelos grupos ME, MC e Controle com relação à cada escala do questionário SF-36 por regressão quantílica. Houve diferença significativa entre o grupo ME e o grupo MC para a escala Capacidade Funcional [Regressão quantílica; $p=0,01$; IC 95% (4,52-35,48)]. Comparando ao grupo controle, o grupo ME apresentou escore menor para a escala Vitalidade [Regressão quantílica; $p=0,02$; IC 95% (-27,45 - -2,55)] e o grupo MC para as escalas Capacidade Funcional [Regressão quantílica; $p<0,01$; IC 95% (39,04 - 10,96)], Estado Geral da Saúde [Regressão quantílica; $p=0,04$; IC 95% (29,02-0,98)] e Vitalidade [Regressão quantílica; $p<0,01$; IC 95% (33,70 - 6,30)].

Tabela 4 – Cálculo das diferenças entre os grupos Migrânea Episódica, Migrânea Crônica e Controle, por regressão quantílica, para cada escala do questionário SF-36.

parâmetros	estimativas	erro padrão	p-valor	IC (95%)	
				LI	LS
<i>Capacidade Funcional</i>					
ME – MC	20,00	7,84	0,01	4,52	35,48
ME – controle	-5,00	6,29	0,43	-17,42	7,42
MC – controle	-25,00	7,11	<0,01	-39,04	-10,96
<i>Aspectos Físicos</i>					
ME – MC	25,00	38,07	0,51	-50,14	100,14
ME – controle	-25,00	29,77	0,40	-83,76	33,76
MC – controle	-50,00	34,63	0,15	-18,34	18,34
<i>Dor</i>					
ME – MC	0,00	7,75	1,00	-15,29	15,29
ME – controle	-11,00	6,34	0,08	-23,51	1,51
MC – controle	-11,00	7,12	0,12	-25,05	3,05
<i>Estado de saúde geral</i>					
ME – MC	5,00	7,75	0,52	-10,29	20,29
ME – controle	-10,00	6,32	0,12	-22,48	2,48
MC – controle	-15,00	7,10	0,04	-29,02	-0,98
<i>Vitalidade</i>					
ME – MC	5,00	7,61	0,51	-10,02	20,02
ME – controle	-15,00	6,31	0,02	-27,45	-2,55
MC – controle	-20,00	6,94	<0,01	-33,70	-6,30
<i>Aspectos Sociais</i>					
ME – MC	12,50	9,13	0,17	-5,51	30,51
ME – controle	-0,50	7,67	0,95	-15,63	14,63
MC – controle	-13,00	8,52	0,13	-29,82	3,82
<i>Aspectos Emocionais</i>					
ME – MC	0,00	47,22	1,00	-93,19	93,19
ME – controle	-33,30	38,73	0,39	-09,74	43,14
MC – controle	-33,30	44,02	0,45	-20,17	53,57
<i>Saúde Mental</i>					
ME – MC	0,00	7,68	1,00	-15,15	15,15
ME – controle	-8,00	6,33	0,21	-20,50	4,50
MC – controle	-8,00	6,89	0,25	-21,60	5,60

Legenda: MC – migrânea crônica; ME – migrânea episódica; IC – intervalo de confiança; LI – limite inferior; LS – limite superior.

4.5 RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS

4.5.1 Correlação entre o número de *tender points* e o escore do Inventário de Depressão de Beck (BDI)

Analisando todos os participantes desta amostra, a correlação entre o número de *tender points* e o escore do BDI foi fraca [correlação de Pearson; $r=0,33$; IC 95% (0,19-0,46)].

Não houve correlação entre o número de *tender points* e o resultado do questionário BDI nos grupos ME [correlação de Pearson; $r=0,21$; IC 95% (-0,06 – 0,46)]. e MC [correlação de Pearson; $r=0,19$; IC 95% (-0,14 – 0,49)]. . No grupo Controle a correlação foi fraca [correlação de Pearson; $r=0,41$; IC 95% (0,22 – 0,57)]. (Gráfico 6).

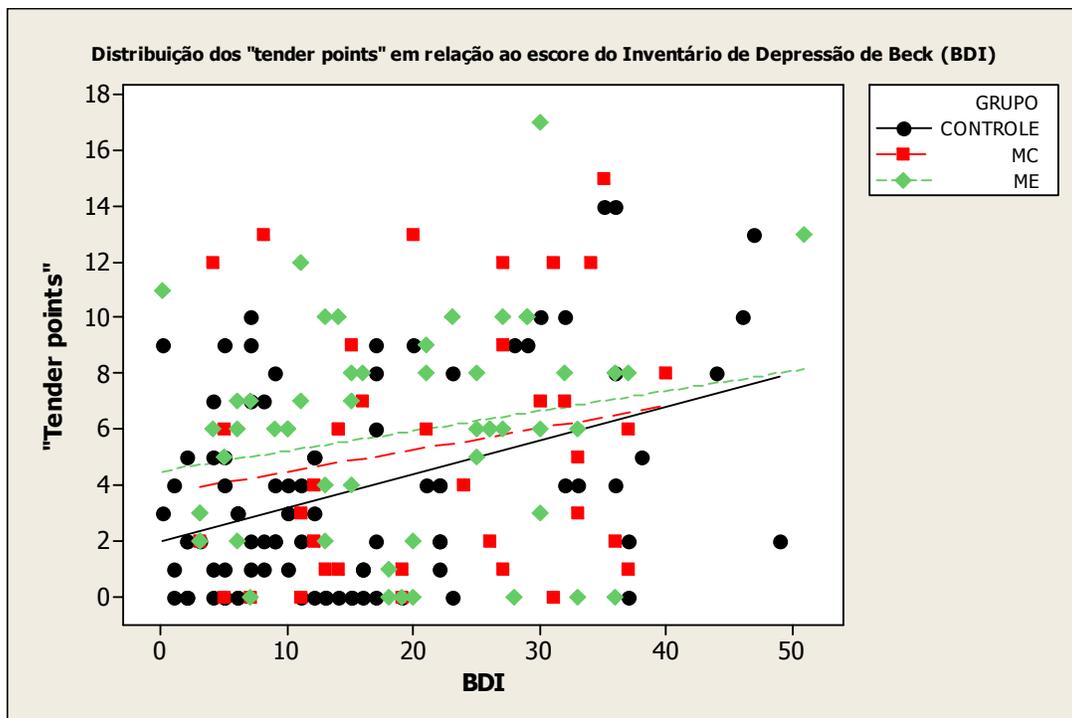


Gráfico 6 - Distribuição do número de *tender points* pelo escore do Inventário de Depressão de Beck nos grupos Migrânea Episódica (ME), Migrânea Crônica (MC) e Controle.

4.5.2 Correlação entre número de *tender points* e escore do questionário SF-36

Analisando todos os participantes desta amostra, a correlação entre o número de *tender points* e o escore do questionário SF-36 foi fraca e negativa [correlação de Pearson; $r = -0,35$; IC 95% (-0,47 a -0,21)].

No grupo ME, houve correlação fraca e negativa entre o número de *tender points* e o resultado do questionário SF-36 [correlação de Pearson; $r = -0,35$; $p = 0,01$; IC 95% (-0,56 a -0,08)]. Analisando por domínios do questionário SF-36, no grupo ME as correlações entre o número de *tender points* e os escores obtidos pelos domínios variam de nenhuma correlação a correlação fraca e negativa. A correlação mais significativa foi entre o domínio Dor e o número de *tender points* (Correlação de Pearson; $r = -0,457$; $p = 0,001$).

No grupo MC não houve correlação entre o número de *tender points* tanto no resultado total do questionário SF-36 [correlação de Pearson; $r = -0,07$; $p = 0,68$; IC 95% (-0,38 a 0,26)], quanto nos domínios do questionário SF-36.

No grupo Controle, houve correlação fraca entre o número de *tender points* e o resultado total do questionário SF-36 [correlação de Pearson; $r = -0,41$; $p < 0,001$; IC 95% (-0,57 a -0,22)]. Esta correlação esteve presente entre o número de *tender points* e todos os domínios do questionário SF-36, exceto para Aspectos Físicos. As correlações foram fracas e negativas, sendo mais significativas nos domínios Capacidade Funcional e Dor.

Os dados referentes à correlação podem ser verificados no Gráfico 7 e na Tabela 5.

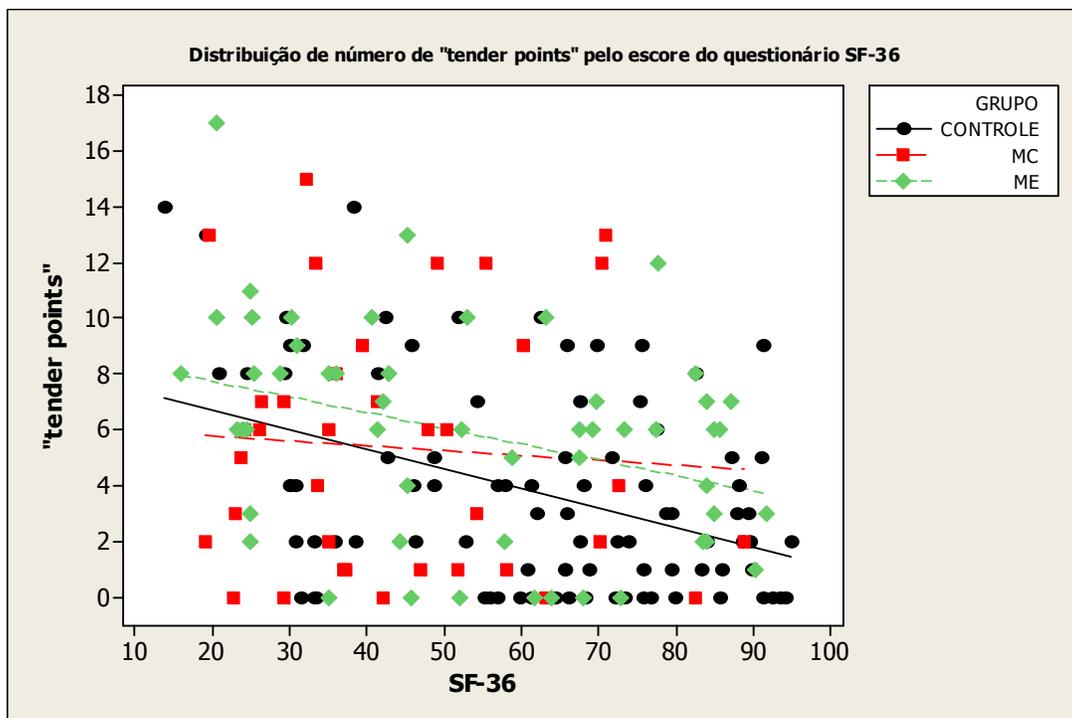


Gráfico 7 - Distribuição do número de *tender points* pelo escore do questionário SF-36 nos grupos Migrânea Episódica (ME), Migrânea Crônica (MC) e Controle.

Tabela 5- Coeficiente de correlação de Pearson (r) e nível de significância (p) entre número de pontos sensíveis à palpação (*tender points*) e os domínios do questionário SF-36 nos grupos Migrânea Episódica (ME), Migrânea Crônica (MC) e Controle.

Domínio	ME		MC		Controle	
	r	p	r	p	r	p
Capacidade Funcional	-0,250	0,071	0,063	0,713	-0,484	<0,001
Aspectos Físicos	-0,302	0,028	-0,066	0,698	-0,182	0,087
Dor	-0,457	0,001	-0,057	0,737	-0,497	<0,001
Estado Geral da Saúde	-0,219	0,115	-0,049	0,774	-0,345	0,001
Vitalidade	-0,256	0,064	-0,057	0,738	-0,400	<0,001
Aspectos Sociais	-0,222	0,110	0,020	0,906	-0,224	0,034
Aspectos Emocionais	-0,263	0,057	-0,006	0,974	-0,218	0,040
Saúde Mental	-0,213	0,126	-0,299	0,072	-0,311	0,003

4.5.3 Correlação entre o escore do Inventário de Depressão de Beck (BDI) e escore do questionário SF-36

Analisando todos os participantes desta amostra, a correlação entre o escore do BDI e o escore do questionário SF-36 foi moderada e negativa [correlação de Pearson; $r = -0,62$; IC 95% (-0,71 a -0,53)].

No grupo ME, houve correlação fraca e negativa entre o escore do BDI e o resultado do questionário SF-36 [correlação de Pearson; $r = -0,32$; $p = 0,02$; IC 95% (-0,54 a -0,05)]. Analisando por domínios do questionário SF-36, no grupo ME as correlações entre o resultado do BDI e os escores obtidos pelos domínios variam de nenhuma correlação a correlação fraca e negativa. A correlação mais significativa foi entre o domínio Aspectos Físicos e o escore do BDI (Correlação de Pearson; $r = -0,349$; $p = 0,01$).

No grupo MC a correlação entre o escore do BDI e o resultado total do questionário SF-36 foi moderada e negativa [correlação de Pearson; $r = -0,69$; $p < 0,001$; IC 95% (-0,83 a -0,47)]. As correlações entre o resultado do BDI e os escores obtidos pelos domínios do questionário SF 36 variam de correlação fraca a moderada, sendo negativas, exceto para o domínio Dor onde a correlação não foi significativa.

No grupo Controle, houve correlação forte e negativa entre os resultados do BDI e o total do questionário SF-36 [correlação de Pearson; $r = -0,75$; $p < 0,001$; IC 95% (-0,83 a -0,64)]. Esta correlação esteve presente em todos os domínios do questionário SF-36.

Os dados referentes à correlação podem ser verificados no Gráfico 8 e na Tabela 6.

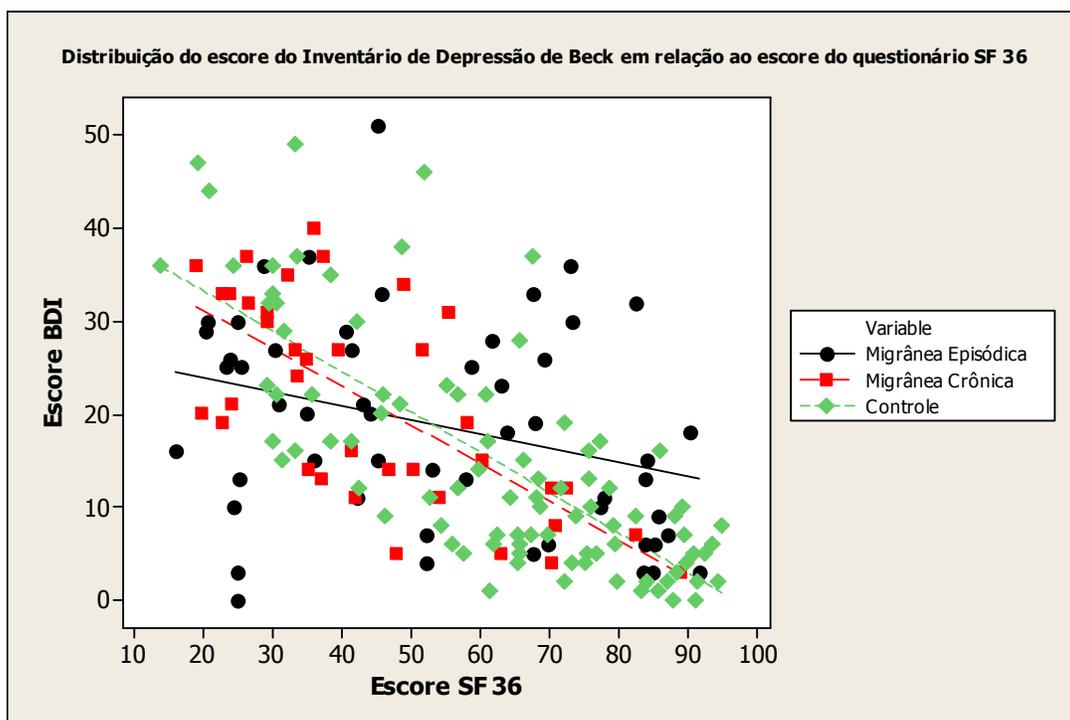


Gráfico 8 - Distribuição do escore do Inventário de Depressão de Beck (BDI) pelo escore do questionário SF-36 nos grupos Migrânea Episódica (ME), Migrânea Crônica (MC) e Controle.

Tabela 6- Coeficiente de correlação de Pearson (r) e nível de significância (p) entre o escore obtido pelo Inventário de Depressão de Beck (BDI) e os domínios do questionário SF-36 nos grupos Migrânea Episódica (ME), Migrânea Crônica (MC) e Controle.

Domínio	ME		MC		Controle	
	r	p	r	p	r	p
Capacidade Funcional	-0,140	0,316	-0,560	<0,001	-0,489	<0,001
Aspectos Físicos	-0,349	0,01	-0,405	0,013	-0,560	<0,001
Dor	-0,175	0,210	-0,309	0,063	-0,573	<0,001
Estado Geral da Saúde	-0,262	0,058	-0,470	0,003	-0,684	<0,001
Vitalidade	-0,277	0,045	-0,540	0,001	-0,611	<0,001
Aspectos Sociais	-0,233	0,093	-0,565	<0,001	-0,536	<0,001
Aspectos Emocionais	-0,222	0,109	-0,444	0,006	-0,442	<0,001
Saúde Mental	-0,311	0,023	-0,532	0,001	-0,761	<0,001

4.5.4 Análise regressiva da qualidade de vida relacionada à saúde pelo escore do questionário SF-36

Os escores do questionário SF-36 dos grupos avaliados neste estudo foram analisados por regressão quantílica utilizando como covariáveis Idade, o escore do BDI e o número de *tender points* de cada grupo.

O resultado mostra que as diferenças sofreram influência significativa do escore do BDI ($p < 0,01$) e observou-se que não houve diferença entre os escores apresentados pelos grupos ME e MC e, ME e Controle. Em relação ao grupo controle, somente as pacientes do grupo MC apresentaram menor pontuação no resultado do SF-36, ou seja, pior qualidade de vida relacionada à saúde (Tabela 7).

Tabela 7 - Diferença entre os grupos Migrânea Episódica, Migrânea Crônica e Controle, por regressão quantílica, com as covariáveis idade, *tender points* e BDI.

SF36 - mediana					
Parâmetros	Estimativas	Erro padrão	p-valor	IC (95%)	
				LI	LS
MC - controle	-10,05	4,29	0,02	-18,52	-1,58
ME - controle	-0,23	3,85	0,95	-7,83	7,36
ME - MC	9,82	4,62	0,04	0,69	18,95
idade	-0,23	0,12	0,07	-0,47	0,02
tender	-0,78	0,43	0,08	-1,64	0,08
BDI	-1,27	0,14	<0,01	-1,55	-0,99

5 DISCUSSÃO

Este estudo demonstrou que dor crônica difusa é relatada por um maior número de mulheres com Migrânea, sobretudo com a forma crônica. Ainda, as mulheres com Migrânea apresentaram maior número de pontos doloridos à palpação (*tender points*), sintomas de depressão e pior qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) quando comparadas à mulheres de um grupo controle, sem relato de cefaleia. A presença de pontos doloridos à palpação não está correlacionada com presença dos sintomas de depressão, ou com pior QVRS. Os sintomas de depressão estão correlacionados à pior QVRS em pacientes com Migrânea Crônica e Controle. A QVRS é significativamente pior no grupo MC em relação a indivíduos sem cefaleia, e esta relação é dependente da presença de sintomas de depressão.

Neste estudo, optou-se pela escolha do gênero feminino para a composição da amostra por alguns motivos. Primeiro, a Migrânea é mais prevalente nas mulheres do que nos homens como relatado em estudos epidemiológicos tanto na população em geral (Stovner et al., 2007; Queiroz et al., 2009) como em amostras compostas por pacientes (Felício et al., 2006). Segundo, como regra geral, as mulheres tendem a procurar por atendimento médico mais frequentemente sendo que estudos mostram que em ambulatórios terciários de atendimento especializado em cefaleia, inclusive no Brasil, 80% dos pacientes que procuraram atendimento eram mulheres (Felício et al., 2006; Téllez-Zenteno et al., 2005). Terceiro, sabe-se que as mulheres apresentam dor crônica difusa 1.5 vezes mais do que os homens e cerca de 11 vezes mais *tender points* (Clauw; Crofford, 2003; Gerdle et al., 2008; Gran, 2003). Então, o fato da amostra deste estudo ser exclusivamente feminina eliminou o viés de seleção determinado pelo gênero, o qual inclusive influencia a *performance* do questionário SF-36 (Wang et al., 2001).

A faixa etária escolhida na metodologia deste estudo se assemelhou a encontrada no estudo populacional realizado no Brasil onde a Migrânea, nas mulheres, apresentou prevalência maior na idade adulta, com pico entre 30 e 40 anos e foi de baixa prevalência após os 65 anos (Queiroz et al., 2009). Mulheres com cerca de 30 anos tendem a apresentar um aumento na intensidade e frequência das crises migranosas (Lipton; Silberstein; Stewart, 1994). A Migrânea é uma das

poucas condições médicas em que o envelhecimento tende a diminuir sua expressividade ou a frequência e a intensidade das crises (Queiroz et al., 2009).

5.1 DOR CRÔNICA DIFUSA E PONTOS SENSÍVEIS À PALPAÇÃO EM CORPO (*TENDER POINTS*)

O intuito deste trabalho não foi discriminar as condições clínicas associadas à dor crônica difusa, e sim avaliar se a presença deste sintoma difere entre mulheres com e sem migrânea e se ainda, há variação conforme os tipos de Migrânea apresentados (episódica ou crônica).

Até onde se sabe, este é o primeiro estudo a verificar o relato de presença de dor crônica difusa, pelos critérios do Colégio Americano de Reumatologia (ACR) (Wolfe et al., 1990), em uma amostra composta de mulheres com Migrânea, atendidas em ambulatório terciário, comparando a um grupo controle composto por mulheres sem cefaleia. Os resultados encontrados apontam que o relato de dor crônica difusa foi mais freqüente em pacientes com Migrânea (36% para ME e 43% para MC) do que nas mulheres do grupo controle (17%).

Em estudos realizados com amostras populacionais, resultados semelhantes foram encontrados, onde pacientes com cefaleia apresentaram quase duas vezes mais dor crônica musculoesquelética do que indivíduos sem cefaleia (Hagen et al., 2002; Terwindt et al., 2000).

Neste estudo, pode-se também observar que a presença e frequência de cefaleia, neste caso a migranosa, estiveram associadas ao relato de dor crônica difusa em mulheres, uma vez que pertencer ao grupo ME mostrou associação significativa com relato de dor difusa [OR = 2.76 (1.25-6.07)]. No grupo MC, esta associação foi ainda maior [OR = 3.76 (1.60-8.84)]. Hagen et al. (2002) demonstraram, assim como neste estudo, que a frequência da cefaleia era um fator associado a maior presença de sintomas de dor musculoesquelética.

Kato et al. (2006) realizaram um estudo em que observaram na população da Suécia a presença de dor crônica difusa, pelos mesmos critérios abordados neste estudo, o que resultou em uma associação significativa entre a presença de dor

crônica difusa e Migrânea semelhante a que foi demonstrada neste estudo [OR=3.04 (IC 95% 2.68-3.45)].

Relatos de dor crônica difusa são consistentes entre as populações com taxas de prevalência em 6,5% na Suécia (Gerdle et al., 2008), 10% na França (Branco et al., 2009), 10,6% nos Estados Unidos (Wolfe et al., 1995), 11,2% na Grã-Bretanha (Croft et al., 1993), 13,5% na Alemanha (Schochat; Raspe, 2003) e 23% na Espanha (Branco et al., 2009). Estes valores se assemelham àqueles apresentados pelo grupo controle deste estudo (17%), mas são menores do que aqueles encontrados entre a população de uma cidade do Brasil (29,4%) (Assumpção et al., 2009).

O relato de dor crônica difusa e a presença de *tender points* estão presentes nos critérios de diagnóstico de Fibromialgia segundo o Colégio Americano de Reumatologia (ACR) (Wolfe et al., 1990). Relatos mostram que aproximadamente 20% dos indivíduos que apresentam dor crônica difusa preenchem os critérios diagnósticos do ACR para fibromialgia (Gran, 2003; Clauw; Crofford, 2003).

Neste estudo realizou-se a avaliação física por palpação manual digital de sítios específicos pré determinados pelos critérios ACR (Wolfe et al., 1990) em busca de pontos dolorosos (*tender points*). Os sítios poderiam ser palpados através de algômetro que teria a vantagem de indicar exatamente o quanto de pressão que estaria sendo aplicada na área. Entretanto a confiabilidade da palpação manual é considerada aceitável (Jacobs et al., 1995; Wilson et al., 2009). Neste estudo, assim como em outros, foi considerado um *tender point* aquele onde o paciente manifestasse a presença de dor, seja na forma verbal como em expressão facial (Okifuji et al., 1997; Ifergane et al, 2006). Segundo os critérios do ACR (Wolfe et al., 1990) um *tender point* é aquele que apresenta dor e não apenas sensibilidade à digito pressão de aproximadamente 4 kg/cm² (Okifuji et al., 1997).

O número médio de *tender points* encontrados neste estudo não diferiu entre os grupos de pacientes com Migrânea (ME=5,85 e MC=5,35), mas foi significativamente maior do que no grupo controle (3,80) neste estudo. Apesar de vários estudos já terem aplicado os critérios do ACR (Wolfe et al., 1990) em pesquisas com o intuito de verificar a presença de fibromialgia em pacientes com cefaleia, inclusive Migrânea (Peres et al., 2001; Ifergane et al., 2006), em nenhum deles há o relato da média e localização dos *tender points* encontrados nestes pacientes, bem como comparação com um grupo controle composto por pessoas sem cefaleia.

Sabe-se que a presença de *tender points* nem sempre está correlacionado à queixa de dor. Em um estudo populacional, aproximadamente 75% da amostra sem queixa de dor tinham ao menos um *tender point* e ainda, 25% apresentavam mais de 5 *tender points* (Croft et al., 1994). Okifuji et al. (1999) observaram que entre 70 pacientes com cefaleia primária (Migrânea e Cefaleia do Tipo Tensional) avaliados, 28 apresentaram hiperalgesia difusa à digito-pressão muscular, mesmo não se queixando deste sintoma.

A presença de *tender points* representa um limiar de dor à pressão abaixo de um nível arbitrado em um sítio anatômico específico (Wolfe et al., 1990). A contagem de *tender points* pode informar o quanto difuso é o baixo limiar a dor (Gupta et al., 2007). Sabe-se que indivíduos com dor crônica difusa apresentam maior número de *tender points* (Croft et al., 1994; Wolfe et al., 1995a) e baixo limiar a dor do que aqueles com dor localizada ou sem dor (Wolfe et al., 1995b). Pode-se observar pela amostra deste estudo que os grupos com Migrânea, que apresentaram significativamente mais participantes com relato de dor crônica difusa, também foram os que apresentaram maior número de *tender points*.

Não houve diferença com relação ao lado onde foram detectados *tender points*, o que é semelhante a estudo que usou os mesmos critérios (Okifuji et al., 1997). Também a distribuição dos *tender points* em pacientes com Migrânea não foi significativamente mais freqüente na região de nuca e trapézio quando comparado com o grupo controle. Apesar deste dado, dentro de cada grupo a presença de *tender points* na região de nuca e trapézio foi mais freqüente, sendo que estas regiões configuraram entre as três regiões com maior número de *tender points*. A região do pescoço/nuca parece ser a mais comprometida em pacientes com queixa de dor musculoesquelética (Assumpção, 2006; Gerdle et al., 2008). Segundo Assumpção (2006), *tender points* localizados na parte superior do corpo são os que apresentam menor limiar de dor à pressão.

Indivíduos que relatam dor em pescoço apresentam mais quadros de cefaleia do que indivíduos com dores em outras partes do corpo (Hagen et al., 2002). Pontos gatilhos miofasciais, por exemplo, também são comuns em regiões cervicais e pericraniais de pacientes com Migrânea (Marcus et al., 1999), muitas vezes em regiões ipsilaterais a dor (Fernandez-De-Las-Penas et al., 2006) e podendo até mesmo contribuir para o desencadeamento ou perpetuação de uma crise de cefaleia (Calandre et al., 2005; Giamberardino et al., 2006; Mellick; Mellick, 2003).

Tanto no grupo MC como no grupo controle, sítios distantes da cabeça como joelho e trocânter femural também apresentaram frequência significativa de *tender points*. Marcus et al. (2005), avaliando pacientes com fibromialgia com e sem cefaleia, observaram que a distribuição de *tender points* não foi somente localizada nas áreas de cabeça e pescoço e também não foi diferente entre os grupos avaliados, o que levou os autores a concluir que provavelmente este achado suportaria a hipótese de uma desregulação do processamento doloroso, levando a dor difusa, em pacientes com cefaleia crônica.

O sítio anatômico com menor frequência de *tender points* foi o sítio localizado no músculo supraespinhoso, com diferença significativa em relação ao localizado no músculo trapézio em todos os grupos. A frequência baixa de *tender points* no sítio supraespinhoso também foi observado por Assumpção (2006). Pela proximidade anatômica entre os dois sítios, poder-se-ia supor que a frequência de *tender points* nestes locais seria semelhante. Alguns fatores podem ter influenciado este resultado. A palpação foi realizada em forma sequencial em todas as participantes de acordo com a numeração atribuída aos sítios pelos critérios do ACR (Wolfe et al., 1990) e reafirmada por Okifuji et al. (1997). Assim, a participante que sentiu dor à palpação em região de trapézio, pode ter uma tendência a não relatar dor no sítio próximo e imediatamente após examinado, o músculo supraespinhoso. Talvez se o exame fosse realizado de forma aleatória, os resultados poderiam ser diferentes (Clauw; Crofford, 2003).

Como neste estudo não foram descartadas outras patologias reumáticas, endócrinas e neurológicas (Aaron et al., 2000; Arnold et al., 2006; Hwang; Barkhuizen, 2006) optou-se por referir-se a presença do relato de dor crônica difusa e pontos dolorosos à palpação (*tender points*) à concluir pelo diagnóstico de fibromialgia (Wolfe et al., 1990). Diferentemente dos cuidados que se teve neste estudo quanto a se evitar o diagnóstico de fibromialgia, vários trabalhos publicados referem presença de fibromialgia sem descartar causas clínicas de dor muscular.

Na literatura encontra-se que a presença de Fibromialgia em pacientes com Migrânea, foi de 35,4% em pacientes com Migrânea Transformada (Peres et al., 2001) e 17,6% em pacientes com Migrânea Episódica (Ifergane et al., 2006).

Em revisão da literatura recente pode-se observar que a Fibromialgia foi muito mais prevalente em pacientes com cefaleia primária do que na população em geral. A análise dos dados apresentados permitiu supor que a Migrânea e a Fibromialgia

sejam condições comórbidas do tipo unidirecional, ou seja, o fato de uma mulher receber o diagnóstico de Fibromialgia não aumenta a probabilidade de ela apresentar Migrânea, mas se ela tiver Migrânea, terá maior probabilidade de receber o diagnóstico de Fibromialgia. Esta relação pode indicar a existência de alguma forma de sensibilização central comum às duas condições, com compartilhamento de eventos neuroquímicos (Stuginski-Barbosa et al., 2007).

A forte associação entre o relato de dor crônica difusa e a Migrânea, especialmente a crônica, encontrada em vários estudos ainda não está bem compreendida. Este achado pode indicar que, assim como já relatado com relação a condição Fibromialgia, os sintomas de dor crônica difusa e a cronificação da Migrânea podem compartilhar de passos fisiopatológicos comuns como a sensibilização central (Hagen et al., 2002). Burstein et al. (2000) mostraram que a ativação do sistema aferente de dor, representado pela presença de alodínia cutânea, em migranosos é localizada tanto na área pericranial como em áreas distantes, como as extremidades. Este dado suporta a hipótese de que a Migrânea pode representar uma desregulação do sistema nociceptivo de forma mais difusa.

Mesmo que os mecanismos pelos quais a Migrânea episódica se transforma em crônica sejam ainda incertos, os achados deste estudo bem como os de estudos epidemiológicos sugerem que provavelmente haja uma ligação comum entre a cronificação das cefaleias e outras condições dolorosas crônicas (Scher; Midgette; Lipton, 2008; Stuginski-Barbosa et al., 2010).

Baseado na combinação de dor clínica (relato de dor crônica difusa) e provocada (*tender points*) presente de forma significativa em mulheres com Migrânea, pode-se supor que estas pacientes apresentem um espectro de doença onde algum distúrbio central está presente, o que poderia ser identificado por exames de imagem funcional ou dosagens de substância P ou glutamato no líquido cefalorraquidiano. Mas algumas questões ainda necessitam de maiores esclarecimentos. Qual seria o papel da genética e da interação ambiental nestas condições dolorosas? Quais os mecanismos que atuam na manutenção desta sintomatologia? Estudos longitudinais e neurobiológicos com grupo controle e metodologia apropriada devem ser realizados com a finalidade de esclarecer estes pontos (Clauw; Crofford, 2003).

5.2 SINTOMAS DE DEPRESSÃO

Este estudo procurou observar a presença de sintomas de depressão através do Inventário de Depressão de Beck (BDI). Este questionário foi desenvolvido originalmente por Beck e colaboradores em 1961. Trata-se de uma escala de auto-relato, composta por 21 itens e estimativas de fidedignidade (Beck; Steer, 1993). Esta ferramenta foi desenvolvida a partir de participantes com moléstias psiquiátricas, onde sua utilização é particularmente adequada. Porém, o BDI tem sido amplamente utilizado na clínica e em pesquisa com pacientes não psiquiátricos e população em geral (Cunha, 2001; Poole et al., 2009), tendo sido traduzido e validado em diversos países, inclusive no Brasil (Gorestein; Andrade, 1996).

O BDI não foi desenvolvido para o diagnóstico de depressão, mas é um instrumento para quantificação e qualificação dos sintomas de depressão presentes no momento da avaliação (Beck; Steer, 1993). Suas propriedades psicométricas têm sido largamente utilizadas em estudos que lidam com dor crônica (Dworkin et al., 2005) sendo recomendada por um consenso de especialistas (Dworkin et al., 2010).

As médias dos escores obtidos pelos grupos MC (21,16) e ME (18,74) não foram diferentes de forma significativa, entretanto, o grupo MC apresentou escore maior do que o grupo ME e ambos foram superiores de forma significativa em relação ao grupo controle (15,10), assim como apresentado no estudo de Galego et al. (2004).

Os resultados para pacientes com migrânea se assemelham àqueles encontrados em estudos realizados em centros terciários de atendimento para cefaleia no Brasil, onde os escores médios para pacientes com migrânea episódica foi de 16,09 e 17,05 (Domingues et al., 2008; Galego et al., 2004) e para migrânea crônica foi de aproximadamente 21 (Galego et al., 2004; Mercante et al., 2005). Estudos realizados em outros países como Irlanda (Cassidy et al., 2003), Turquia (Boz et al., 2004), Itália (Abbate-Daga et al., 2007) e Canadá (Magnusson; Becker, 2002; Jelinski et al., 2007) apresentaram escores do questionário BDI inferiores aos encontrados neste estudo (Apêndice E)

Considerando os resultados apresentados por esta amostra e pelos demais estudos realizados no Brasil e em outros países, pode-se supor que os sintomas de depressão sofram influência dos dados demográficos. Entretanto, supõe-se que esta

influência seja dependente do gênero uma vez que os estudos realizados no Brasil, cujos escores mais se aproximaram daqueles obtidos neste estudo, apresentaram a grande maioria de participantes da amostra do gênero feminino (Domingues et al., 2008; Galego et al., 2004; Mercante et al., 2005).

O resultado apresentado pelo grupo controle (15.1) é semelhante ao apresentado pelo estudo de Gorenstein et al. (2005), realizado no Brasil, onde o escore foi 15 para uma amostra de não pacientes, mas é superior ao valor encontrado no estudo de Galego et al. (2004), onde o escore foi 6.9. A comparação dos grupos controles é dificultada por uma amostra ser composta por adolescentes (Gorestein et al., 2005) e pela outra ser composta por pacientes em atendimento em outras clínicas de um mesmo hospital (Galego et al., 2004).

Há várias propostas de pontos de corte para distinguir os níveis de depressão utilizando o BDI. De acordo com Beck et al. (1988), a escolha do ponto de corte adequado depende da natureza da amostra e dos objetivos do estudo. Kendall et al. (1987), por exemplo, recomendou que, para amostras sem diagnóstico de problemas psiquiátricos, o termo “depressão” deveria ser apenas utilizado para indivíduos com escores acima de 20 e preferencialmente com diagnóstico clínico concomitante.

Uma conclusão comum a estudos que utilizaram o BDI em amostras de pacientes com dor crônica é que provavelmente o escore apresentado por estes pode sobreestimar a presença de sintomas de depressão nestes pacientes, uma vez que o BDI inclui questões envolvendo aspectos somáticos da depressão que também são aspectos comumente presentes em pacientes com dor crônica, como, por exemplo, questões sobre a dificuldade para dormir. Portanto a nota de corte para sintomas de depressão moderados a graves em pacientes com dor deveria ser mais alta (Morley et al., 2002; Poole et al., 2009). Geiser et al. (1997) relatou que para pacientes com dor crônica, o escore maior ou igual a 21 seria ideal para verificar a presença de depressão.

Então, considerando que o BDI não é um instrumento projetado para fins de diagnóstico e que neste estudo foi utilizado sem uma avaliação clínica, por parte do médico psiquiatra ou psicólogo, da participante concomitantemente, optou-se então por um escore mais restritivo para avaliar a presença de sintomas de depressão moderados a graves. Baseados no estudo de Poole et al (2009). Optou-se por um ponto de corte com escore igual a 22 pois apresenta 0.90 de especificidade e 0.89 de sensibilidade para a presença de sintomas de depressão moderados a graves.

Os pacientes com MC apresentaram sintomas de depressão de forma mais grave de acordo com a análise qualitativa do escore do questionário BDI tanto neste estudo como nos demais apresentados na literatura (Cassidy et al., 2003; Galego et al., 2004; Jelinski et al., 2007; Magnusson; Becker, 2002; Rossi et al., 2005). A presença da Migrânea Crônica aumentou em cerca de 2 vezes a chance da paciente apresentar sintomas de depressão mais graves em relação ao grupo controle (OR=2.43; IC 95% 1.09-5.43).

Estes resultados reforçam a associação entre migrânea e depressão, sobretudo nos pacientes com maior frequência de crises da cefaleia. Diante deste fato pode-se supor que a depressão poderia ter um papel na perpetuação ou ser provocada pela Migrânea ou mesmo compartilhem fatores patofisiológicos (Galego et al., 2004; Jelinski et al., 2007; Magnusson; Becker, 2002). A natureza paroxística das crises migranosas e dos episódios de depressão, a similaridade na evolução e a resposta ao tratamento com agentes antidepressivos de ação serotoninérgica suportariam a hipótese de que estas condições compartilhem mecanismos patológicos comuns (Lake et al., 2005).

Entretanto, pela metodologia adotada neste estudo não se pôde verificar qual seria a natureza desta comorbidade. O uso do BDI para verificar a presença de sintomas depressivos não pode ser considerado um substituto de uma entrevista individual completa e não fornece informações sobre a duração e recorrência dos sintomas (Rossi et al., 2005). Além disso, este é um estudo de desenho transversal. Breslau e Davies (1994), em estudo longitudinal prospectivo realizado em uma população de adultos, reafirmaram a comorbidade entre Migrânea e Depressão e detectaram que esta seria bidirecional, ou seja, a Migrânea aumenta o risco do paciente apresentar Depressão e vice-versa.

5.3 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

A relação entre presença de Migrânea e a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) das pacientes vem sendo estudada ao longo do tempo utilizando-se tanto ferramentas genéricas como escalas específicas para esta condição. A ferramenta genérica mais utilizada é derivada do estudo de resultados médicos

(*Medical Outcomes Study*) que incluem as formas reduzidas - *Short Form* (SF): SF-12, SF-20 e SF-36 (McHorney; Ware; Raczek, 1993). Este estudo utilizou o SF-36 como ferramenta para avaliação da QVRS na sua versão em português. O SF-36 foi traduzido e validado por Ciconelli et al. (1999). O SF-36 tem conceitos não específicos para uma determinada idade, doença ou grupo de tratamento, e assim permite comparações entre diferentes patologias e tratamentos. O uso de instrumentos para aferição da QVRS permite uma análise estatística mais detalhada e melhor reprodutibilidade dos resultados (Ciconelli et al., 1999).

O SF-36 foi elaborado para ser um instrumento auto-administrável, como foi utilizado neste estudo. Por ser um instrumento que avalia a saúde geral do indivíduo, este pode ser aplicado e avaliado por qualquer profissional da área da saúde (McHorney; WARE; RACZEK, 1993). Segundo Weinberger et al. (1996), ao se comparar as várias formas de aplicação do SF-36, ou seja, por meio de telefonemas, entrevistas ou pela forma auto-administrável, os resultados encontrados foram semelhantes.

Alguns estudos verificaram com o questionário SF-36 a QVRS em pacientes com Migrânea Episódica ou Crônica em pacientes de centros terciários (Mónzon; Láinez, 1998; Wang et al., 2001; Meletiche et al., 2001; Silva Júnior, 2004; Coeytaux; Spierings, 2006), em amostras para verificar eficácia de tratamentos (Bordini et al., 2005; D'Amico et al., 2006; Brandes et al., 2006; Silberstein et al., 2006; Dahlöf et al., 2007; Garcia-Monco et al., 2007) e em migranosos nas populações dos Países Baixos (Terwindt et al., 2000) Inglaterra (Lipton et al., 2003) e Canadá (Brna; Gordon; Dooley, 2007). Para fins de comparação de resultados apenas os estudos que verificaram a QVRS em centros terciários especializados em cefaleia foram escolhidos por apresentarem amostras semelhantes a deste estudo (Apêndice F e G).

Os resultados deste estudo confirmam o que já foi apresentado em estudos populacionais de que a presença de Migrânea parece interferir na QVRS de forma negativa (Terwindt et al., 2000; Lipton et al., 2003; Brna; Gordon; Dooley, 2007), uma vez que os grupos com Migrânea apresentaram significativamente menores escores em relação ao grupo controle, sem cefaleia, na média total da pontuação obtida no questionário SF-36.

O grupo MC apresentou significativamente os menores escores em todos os domínios do SF-36. Um estudo populacional, quando provavelmente alguns

pacientes apresentam frequência de crises de cefaleia menores do que as desta amostra, já havia demonstrado resultado semelhante onde a correlação foi encontrada entre a frequência da Migrânea e a QVRS, sendo que esta é deteriorada conforme se aumentam as crises da cefaleia (Terwindt et al., 2000).

Entre os grupos ME e MC houve diferença significativa somente entre os escores do domínio Capacidade Funcional, resultado semelhante encontrado em outros estudos (Mónzon; Láinez, 1998; Meletiche et al., 2001). Porém, o fato de apresentar diferença entre estes grupos em apenas um domínio é diferente daquele encontrado em outros estudos onde há diferença entre os grupos ME e MC em pelo menos 5 domínios (Meletiche et al., 2001; Wang et al., 2001; Silva Jr., 2004). Diferenças culturais podem ter influenciado neste resultado, pois, exceto pelo estudo de Silva Jr. (2004), os demais foram realizados em outros países.

Os escores obtidos pelas pacientes dos grupos ME e MC acompanharam os resultados apresentados na literatura (Apêndices F e G). O único domínio em que há uma diferença importante é Capacidade Funcional. A interferência das crises de cefaleia na capacidade da paciente em realizar suas atividades diárias não causa estranheza e a frequência das crises parece ser um fator fundamental neste contexto (Mónzon; Láinez, 1998; Silva Jr., 2004). No estudo de Silva Jr. (2004) realizado no mesmo ambulatório em que foi realizado este estudo, e em pacientes também com migrânea episódica e crônica, os escores médios para este domínio foram 83,5 e 65 para grupos ME e MC respectivamente. No estudo atual os escores médios foram 68,49 e 53,38. Uma hipótese para explicar essas diferenças entre estes escores é a condição da paciente avaliada. Enquanto Silva Jr. (2004) avaliou mulheres que já estavam sendo acompanhadas no ambulatório de cefaleia, este estudo avaliou pacientes após sua primeira consulta no ambulatório, onde provavelmente, a condição clínica estava mais prejudicada por estarem em início de tratamento, o que pode também influenciar na ausência de diferenças em mais domínios do SF-36 entre os grupos ME e MC.

Nenhum dos estudos publicados anteriormente que avaliaram a QVRS em pacientes de centros terciários apresentou em sua metodologia um grupo controle compatível com a amostra (Mónzon; Láinez, 1998; Wang et al., 2001; Meletiche et al., 2001; Silva Jr., 2004; Coeytaux; Spierings, 2006). No Brasil não há um grande estudo populacional que objetivasse estudar a QVRS em indivíduos saudáveis, o

que impede a comparação dos dados obtidos no grupo controle com dados populacionais.

As pacientes do grupo ME e MC apresentaram menores escores em todos os domínios do questionário SF-36 em relação ao grupo controle, entretanto, nem todos com diferenças significativas.

Os escores obtidos no domínio Vitalidade foram os que apresentaram diferenças significativas com relação ao grupo controle, tanto no grupo ME como no grupo MC. A análise deste aspecto se baseia na quantidade de tempo nas quatro semanas prévias durante o qual o indivíduo se sentiu cheio de vigor, em contraste com períodos de cansaço e esgotamento.

No grupo MC houve diferença significativa com o grupo controle também nos domínios Capacidade Funcional e Estado Geral da Saúde. Mais uma vez a frequência das crises da cefaleia parece interferir no resultado final, na medida em que a migrânea se cronifica, a habilidade do paciente para funções físicas é significativamente mais afetada (Mónzon; Láinez, 1998; Meletiche et al., 2001).

Sabe-se que o domínio Estado Geral da Saúde visa observar a percepção da paciente com relação a sua condição. O que se observa é que a presença de Migrânea não parece influenciar esta percepção (Osterhaus et al., 1994; Terwindt et al., 2000) até que ocorra um aumento das crises de cefaleia (Móizon; Láinez, 1998). O fato de a dor crônica difusa ser mais relatada em pacientes do grupo MC concordam com este resultado.

Como a progressão da migrânea para uma forma crônica parece afetar ainda mais a QVRS, adotar um tratamento efetivo e preventivo torna-se extremamente importante (Meletiche et al., 2001).

5.4 RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS

Neste estudo as variáveis *tender points*, escore do BDI e escore do SF-36 foram submetidas a testes estatísticos na tentativa de se verificar se estas estariam correlacionadas separadamente nos grupos ME, MC e controle e na amostra total.

A variável *tender points* apresentou correlação fraca ou nenhuma com os escores do BDI e SF-36 tanto na amostra total como nos grupos. Com relação aos

domínios do questionário SF-36 foi observado que o domínio Dor e o número de *tender points* presentes estiveram correlacionados nos grupos ME e controle de forma fraca, porém significativa, o que não aconteceu no grupo MC. Provavelmente, com um aumento da frequência das crises de cefaleia, a paciente passa a valorizar muito mais a cefaleia do que a presença de dor em outros locais do corpo.

Pouco se sabe do impacto dos transtornos psiquiátricos na qualidade de vida de pacientes migranosos. Neste estudo a correlação entre os escores do BDI e SF-36 na amostra total e no grupo MC foi moderada, sendo fraca no grupo ME e forte somente no grupo controle. Ao contrário do que relatado anteriormente para os *tender points*, aqui os sintomas depressivos estão correlacionados a baixa QVRS de forma significativa em todos os domínios do questionário SF-36 nos grupos MC e controle.

A presença dos sintomas de depressão podem por si só ocasionar baixos escores no questionário SF-36 (McHorney et al., 1993) e assim, confundir as comparações entre os três grupos, o que pode ser verificado pela forte correlação entre depressão e QVRS presente no grupo controle. Então, os fatores idade, escore do BDI e número de *tender points* foram analisados por regressão quantílica para verificar se as diferenças entre o escore SF-36 entre os grupos se manteriam significativas depois destes fatores serem controlados. Observou-se que somente a diferença entre o grupo MC e controle se mantinha significativa e que havia influência do escore apresentado pelo questionário BDI, ou seja, da presença de sintomas depressivos.

A observação de que a presença dos sintomas depressivos, considerada um fator de risco modificável para cronificação da migrânea, eram os únicos correlacionados à QVRS nas pacientes do grupo MC indica uma importante implicação clínica. De fato os sintomas de depressão são conhecidos por sua associação ao gênero feminino e à maior frequência de crises de cefaleia (Mitsikostas; Thomas, 1999), por sua influência no limiar a dor, no aumento da necessidade de ingestão de analgésicos, na pior QVRS e no aumento da incapacidade (Lipton et al., 2000). Pacientes com cefaleia e comorbidade psiquiátrica apresentaram piores resultados com relação à qualidade de vida. Os pacientes com depressão foram aqueles que apresentaram resultados ainda piores (Jette et al., 2008).

Ao contrário dos resultados aqui apresentados, Lipton et al. (2000) avaliaram duas amostras da população dos Estados Unidos e Reino Unido com o objetivo de estudar a influência da migrânea e depressão associada à QVRS (aferida pelo SF-12). Migrânea e depressão estavam associadas, entretanto, a migrânea reduziu a QVRS de forma independente da depressão, resultado também publicado no artigo de Brna, Gordon e Dooley (2007) realizado no Canadá. Os resultados apresentados por estes dois estudos, entretanto, utilizaram diagnósticos de transtornos psiquiátricos, ao contrário deste que se valeu de uma análise quantitativa da presença dos sintomas de depressão.

Concluindo, os sintomas de depressão não alteraram significativamente a QVRS em pacientes do grupo ME em relação ao grupo controle, mas QVRS sofre um impacto significativo dos sintomas de depressão no grupo MC.

5.5 LIMITAÇÕES

Algumas limitações foram observadas neste estudo. A primeira refere-se à escolha das pacientes que compuseram a amostra, selecionadas do Ambulatório de Cefaleia do HCFMRP-USP. Pacientes que buscam atendimento com especialistas correspondem a menos de 5% do total de migranosos (Lipton et al., 1998). Pacientes referidos a ambulatórios terciários geralmente apresentam um perfil diferente dos encontrados na população em geral no que diz respeito à sua doença. Frequentemente, esses pacientes apresentam uma doença com maior intensidade, maior presença de transtornos psiquiátricos e psicológicos, e de maior impacto na qualidade de vida; além do mais, complicações, refratariedade a tratamentos instituídos ou mesmo uso excessivo de medicamentos são habitualmente relatados (Clauw; Crofford, 2003). Os dados obtidos nesta pesquisa não podem ser extrapolados para a população geral, caracterizando um problema de validade externa.

O fato de utilizarmos acompanhantes de pacientes de hospital terciário para compor o grupo controle pode ter influenciado nos resultados deste estudo, uma vez que, mesmo sem relato de histórico de cefaleia, sem presença de condições dolorosas e cientes de que se tratava de uma pesquisa, o fato de serem atendidas

no hospital pode levá-las a acreditar que um possível tratamento, mesmo de rotina, seria facilitado.

A taxa de comparecimento dos pacientes ao ambulatório foi baixa (50%). Por se tratar de um hospital de referência que realiza atendimentos públicos, pode-se supor que os pacientes muitas vezes não dispõem de recursos suficientes para o deslocamento até o ambulatório do hospital. Outro viés foi a maneira de solicitar a presença dos pacientes e acompanhantes: por carta e informando que o motivo era a participação em uma pesquisa. Estudo com metodologia semelhante realizado na Alemanha apresentou taxa de comparecimento de 64% (Schochat; Raspe, 2003).

Foram excluídas desta amostra pacientes que não eram capazes de entender e completar os questionários aplicados. Estas pacientes, se de outra maneira, fossem incluídas poderiam modificar os resultados desta pesquisa.

Em uma pesquisa baseada em sintomas, incluindo dor, os desafios são inerentes à metodologia aplicada. Tais fatores incluem diferenças na complacência e subjetividade apresentada pelos indivíduos ao relatar dor. Os indivíduos podem relatar mais uma condição dolorosa (por exemplo a cefaleia) do que uma segunda condição (por exemplo, a dor crônica difusa pelo corpo), e vice-versa (McFate; Scher, 2009).

Como foi comentado nos métodos neste estudo o diagnóstico da cefaleia e de outras doenças associadas foram obtidos por consultas a prontuários médicos ou na entrevista. A utilização de um diário poderia dar maior precisão na avaliação dos dados com relação à frequência e intensidade da cefaleia do que os anotados nos prontuários.

Outro viés a ser considerado é que as pacientes com MC possivelmente estivessem com cefaleia no momento da coleta dos dados nesse estudo o que poderia não estar ocorrendo nas pacientes do grupo ME. O fato da paciente no momento da anamnese, avaliação física e preenchimento dos questionários estar sob crise migranosa poderia influenciar na presença de hiperalgesia (Okifuji et al., 1999).

A natureza transversal deste estudo também compõe uma limitação. Podemos detectar alguns fatores associados a Migrânea, mas não podemos saber a direção destes, ou seja, o que ocorreu primeiro.

5.6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo das diferenças entre os gêneros é uma área importante na pesquisa relacionada à dor em geral e à Migrânea. Há a necessidade de mais estudos para determinar quais seriam os fatores influenciados pelo gênero com relação à presença ou intensidade de dor crônica difusa, *tender points*, sintomas depressivos e, sobretudo, quais os que afetariam a QVRS nos dois gêneros.

Os resultados aqui apresentados demonstraram que verificar a presença de dor crônica difusa, qualidade de vida e a presença de sintomas de depressão em pacientes com Migrânea é uma abordagem complementar importante, e deveria modificar o atendimento médico. O médico tem que mudar seu foco no atendimento: da doença para a pessoa; conceito esse há muito enfatizado mais ainda não aplicado.

6 CONCLUSÕES

A análise dos resultados deste estudo permite as seguintes conclusões:

- No grupo de mulheres avaliadas, dor crônica difusa foi relatada de forma mais freqüente por mulheres com migrânea. Mulheres com Migrânea Episódica apresentaram duas vezes e com Migrânea Crônica três vezes mais chance de relatar dor crônica difusa do que mulheres sem cefaleia.
- Quando comparadas a mulheres sem cefaleia, mulheres com migrânea apresentaram maior número de pontos doloridos à palpação (*tender points*), sintomas de depressão e pior qualidade de vida relacionada à saúde.
- Não houve correlação entre a presença de *tender points* e sintomas de depressão ou pior qualidade de vida relacionada à saúde. Quanto mais presentes os sintomas de depressão, pior a qualidade de vida relacionada à saúde nas pacientes com Migrânea Crônica e no grupo controle.
- A qualidade de vida relacionada à saúde é significativamente pior em mulheres com Migrânea Crônica do que em mulheres sem cefaleia, e esta relação é dependente da presença de sintomas de depressão.

REFERÊNCIAS¹

Aaron LA, Burke MM, Buchwald D. Overlapping conditions among patients with chronic fatigue syndrome, fibromyalgia, and temporomandibular disorder. *Arch Intern Med.* 2000 Jan;160(2):221-7.

Abbate-Daga G, Fassino S, Lo Giudice R, et al. Anger, depression and personality dimensions in patients with migraine without aura. *Psychother Psychosom.* 2007;76(2):122-8.

Arnold LM, Hudson JI, Keck PE, Auchenbach MB, Javaras KN, Hess EV. Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders. *J Clin Psychiatry.* 2006 Aug;67(8):1219-25.

Assumpção A. Prevalência de fibromialgia e avaliação de sintomas associados, capacidade funcional e qualidade de vida, na população do município de Embu, São Paulo [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2006.

Assumpção A, Cavalcante AB, Capela CE, et al. Prevalence of fibromyalgia in a low socioeconomic status population. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2009;10:64-70.

Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review* 1988;8:77-100.

Beck AT, Steer RA. Beck Depression Inventory. Manual. San Antonio: Psychology Corporation, 1993.

Beck AT, Ward CH, Mendelson M et al. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1966;4:561-71.

¹ De acordo com Estilo Vancouver

Becker WJ, Ware JE. What does it mean to have migraine? *Neurology* 2000;55:610-1.

Bigal ME, Lipton RB. Modifiable risk factors for migraine progression. *Headache*. 2006;46(9):1334-43.

Bigal ME, Lipton RB. The prognosis of migraine. *Curr Opin Neurol* 2008;21:301-8.

Bigal ME, Tepper SJ, SheftellFD, Rapoport AM, Lipton RB. Chronic daily headache: correlation between the 2004 and the 1988 International Headache Society diagnostic criteria. *Headache* 2004;44:684-91.

Bordini CA, Mariano da Silva H, Garbelini RP, Teixeira SO, Speciali JG. Effect of preventive treatment on health-related quality of life in episodic migraine. *J Headache Pain*. 2005 Oct;6(5):387-91.

Boz C, Velioglu S, Ozmenoglu M, et al. Temperament and character profiles of patients with tension-type headache and migraine. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2004 Oct;58(5):536-43.

Branco JC, Bannwarth B, Failde I, et al. Prevalence of Fibromyalgia: A Survey in Five European Countries. *Semin Arthritis Rheum*. 2010 Jun;39(6):448-53.

Brandes JL, Kudrow DB, Rothrock JF, Rupnow MF, Fairclough DL, Greenberg SJ. Assessing the ability of topiramate to improve the daily activities of patients with migraine. *Mayo Clin Proc*. 2006 Oct;81(10):1311-9.

Breslau N, Davis CC. Migraine, major depression and panic disorder. A prospective epidemiologic study of young adults. *Headache* 1994;34(7):387-93.

Breslau N, Davis GC, Schultz LR, Peterson EL. Joint 1994 Wolff Award Presentation. Migraine and major depression: a longitudinal study. *Headache*. 1994 Jul-Aug;34(7):387-93.

Breslau N, Schultz LR, Stewart WF, Lipton RB, Lucia VC, Welch KMA. Headache and major depression: is the association specific to migraine? *Neurology* 2000;54:308-12.

Brna P, Gordon K, Dooley J. Health-related quality of life among Canadians with migraine. *J Headache Pain*. 2007 Feb;8(1):43-8.

Burstein R, Yarnitsky D, goor-Aryeh I, Ransil BJ, Bajwa ZH. An association between migraine and cutaneous allodynia. *Ann Neurol* 2000;47:614-24.

Calandre EP, Hidalgo J, Garcia-Leiva JM, Rico-Villademoros F: Trigger point evaluation in migraine patients: An indication of peripheral sensitization linked to migraine predisposition? *Eur J Neurol* 2005; 12:1-6.

Cassidy EM, Tomkins E, Hardiman O, O'Keane V. Factors associated with burden of primary headache in a specialty clinic. *Headache*. 2003 Jun;43(6):638-44.

Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos WS, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a lingual portuguesa e validação do questionário generic de avaliação da qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol* 1999;39(3):143-50.

Clauw DJ, Crofford Lj. Chronic widespread pain and fibromyalgia: what we know and what we need to know. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2003;17:685-701.

Clauw DJ. Fibromyalgia: an overview. *Am J Med*. 2009 Dec;122(12 Suppl):S3-S13.

Coeytaux RR, Spierings EL. Prognostic factors, disability, and functional status among patients in a headache specialty practice. *Cephalalgia*. 2006 Jan;26(1):7-13.

Croft PR, Rigby AS, Boswell R et al. The prevalence of chronic widespread pain in the general population. *J Rheumatol* 1993;20(4):710-3.

Croft P, Schollum J, Silman A. Population study of tender points counts and pain as evidence of fibromyalgia. *BMJ* 1994;309:696-99.

Cunha JA. Manual da versão em português das escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

Dahlöf CGH. Assessment of health-related quality of life in migraine. *Cephalalgia* 1993;13:233-7.

D'Amico D, Solari A, Usai S, Santoro P, Bernardoni P, Frediani F, De Marco R, Massetto N, Bussone G; Progetto Cefalee Lombardia Group. Improvement in quality of life and activity limitations in migraine patients after prophylaxis. A prospective longitudinal multicentre study. *Cephalalgia*. 2006 Jun;26(6):691-6.

Domingues RB, Costa EAC, Silva Jr. A, Domingues SA, Leal JC, Gomez RS, et al. Correlation between migraine subtypes and depression. *Arq Neuropsiquiatr* 2008;66(3-A):485-7.

Dworkin RH, Turk DC, Farrar JT, et al. Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain*. 2005 Jan;113(1-2):9-19.

Dworkin RH, Turk DC, Peirce-Sandner S, et al. Research design considerations for confirmatory chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain*. 2010;149(2):177-93.

Edwards RR. Individual differences in endogenous pain modulation as a risk factor for chronic pain. *Neurology* 2005;65:437-43.

Felício AC, Bichuetti DB, Santos WAC, Godeiro Jr CO, Marin LF, Carvalho DS. Epidemiology of primary and secondary headaches in a Brazilian tertiary-care center. *Arq Neuropsiquiatr* 2006;64(1):41-4.

Fernandez-de-Las-Penas C, Cuadrado ML, Pareja JA: Myofascial trigger points, neck mobility and forward head posture in unilateral migraine. *Cephalalgia* 2006; 26:1061-70.

Galego JC, Cipullo JP, Cordeiro JA, Tognola WA. Depression and migraine. *Arq Neuropsiquiatr*. 2004 Sep;62(3B):774-7.

Garcia-Monco JC, Foncea N, Bilbao A, Ruiz de Velasco I, Gomez-Beldarrain M. Impact of preventive therapy with nadolol and topiramate on the quality of life of migraine patients. *Cephalalgia*. 2007 Aug;27(8):920-8.

Geiser ME, Roth RS, Robinson ME. Assessing depression among persons with chronic pain using the Center for Epidemiological Studies-Depression Scale and Beck Depression Inventory: a comparative analysis. *Clin J Pain* 1997;13:163-70.

Gerdle B, Björk J, Cöster L, Henriksson KG, Henriksson C, Bengtsson A. Prevalence of widespread pain and associations with work status: a population study. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2008;9:102-12.

Giamberardino MA, Di Ianni L, Fabrizio A, Savini A, Tafuri E, Sidonio G, Affaitati G, Lerza R, Mezzetti A: Contribution of myofascial trigger points to migraine symptoms. *J Headache Pain* 2006;7:324.

Goldenberg DL. Diagnosis and differential diagnosis of fibromyalgia. *Am J Med*. 2009 Dec;122(12 Suppl):S14-21.

Gorestein C, Andrade L, Zanolio E, Artes R. Expression of depressive symptoms in a nonclinical Brazilian adolescent sample. *Can J Psychiatry* 2005;50:129-36.

Gorestein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Braz Journal of Medical and Biological Research* 1996;29:453-7.

Gran JT. The epidemiology of chronic generalized pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2003;17:547-61.

Gupta A, McBeth J, Macfarlane GJ, Morris R, Dickens C, Ray D, et al. Pressure pain thresholds and tender point counts as predictors of new chronic widespread pain in somatising subjects. *Ann Rheum Dis* 2007;66:517-21.

Gur A, Cevik R, Nas K, Colpan L, Sarac S. Cortisol and hypothalamic–pituitary–gonadal axis hormones in follicular-phase women with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome and effect of depressive symptoms on these hormones. *Arthritis Res Ther* 2004;6:R232-R238.

Hagen K, Einarsen C, Zwart JA, Svebak S, Bovim G. The co-occurrence of headache and musculoskeletal symptoms amongst 51 050 adults in Norway. *Eur J Neurol*. 2002 Sep;9(5):527-33.

Headache Classification Committee. New appendix criteria open for a broader concept of chronic migraine. *Cephalalgia* 2006;26:742–6.

Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. *Cephalalgia*. 2004;24(Suppl. 1):1-160.

Hwang E, Barkhuizen A. Update on rheumatologic mimics of fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep*. 2006 Oct;10(5):327-32.

Ifergane G, Buskila D, Simiseshvely N, Zeev K, Cohen H. Prevalence of fibromyalgia syndrome in migraine patients. *Cephalalgia* 2006;26(4):451-6.

Jacobs JW, Geenen R, van-der-Heide A, Rsaker JJ, Bijlsma JW. Are tender point scores assessed by manual palpation in fibromyalgia reliable? An investigation into the variance of tender point scores. *Scand J Rheumatol* 1995;24:243-47.

Jelinski SE, Magnusson JE, Becker WJ; CHORD Study Group. Factors associated with depression in patients referred to headache specialists. *Neurology*. 2007 Feb 13;68(7):489-95.

Jette N, Patten S, Williams J, Becker W, Wiebe S. Comorbidity of migraine and psychiatric disorders – A national population-based study. *Headache* 2008;48:501-16.

Kato K, Sullivan PF, Evengard B, Pedersen N. Chronic widespread pain and its comorbidities. *Arch Inter Med* 2006;166:1649-54.

Kendall PC, Hollon SD, Beck AT, Hammen CI, Ingram RE. Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory. *Cognitive Therapy and Research* 1987;11:89-299.

Koenker R, Bassett G. Regression quantiles. *Econometrica* 1978; 46:33-50.

Lake AE, Rains JC, Penzien DB, Lipchik GL. Headache and psychiatric comorbidity: historical context, clinical implications, and research relevance. *Headache*. 2005 May;45(5):493-506.

Lipton RB, Hamelsky SW, Kolodner KB, Steiner TJ, Stewart WF. Migraine, quality of life, and depression: a population-based case-control study. *Neurology* 2000;55:629-35.

Lipton RB, Hamelsky SW, Kolodner KB, Steiner TJ, Stewart WF. Medical consultation for migraine. Results from the American Migraine Study. *Headache* 1998;38:87-96.

Lipton RB, Liberman JN, Kolodner KB, Bigal ME, Dowson A, Stewart WF. Migraine headache disability and health-related quality-of-life: a population-based case-control study from England. *Cephalalgia*. 2003 Jul;23(6):441-50.

Lipton RB, Pan J. Is migraine a progressive brain disease? *JAMA*. 2004;291(4):493-4.

Lipton RB, Silberstein SD, Stewart WF. An update on the epidemiology of migraine. *Headache* 1994;34(6):319-28.

Low NCP, du Fort GG, Cervantes P. Prevalence, clinical correlates, and treatment of migraine in bipolar disorder. *Headache* 2003;43:940-9.

Macfarlane TV, Blinkhorn A, Worthington HV, Davies RM, Macfarlane GJ. Sex hormonal factors and chronic widespread pain: a population study among women. *Rheumatology* 2002;41:454-7.

Magnusson JE, Becker WJ. A comparison of disability and psychological factors in migraine and transformed migraine. *Cephalalgia* 2002;22:172-8.

Marazziti D, Toni C, Pedri S, Bonuccelli U, Pavese N, Nuti A, et al. Headache, panic disorder and depression: comorbidity or a spectrum? *Neuropsychobiology* 1995;31:125-9.

Marcus D, Scharff L, Mercer S, Turk D. Musculoskeletal abnormalities in chronic headache: a controlled comparison of headache diagnostic groups. *Headache* 1999;36:17-24.

Marcus DA, Bernstein C, Rudy TE. Fibromyalgia and headache: an epidemiological study supporting migraine as part of the fibromyalgia syndrome. *Clin Rheumatol* 2005;24:595-601.

McCullagh P, Nelder JA. *Generalized Linear Models*. London: Chapman and Hall, 1989.

McFate T, Scher AI. Chronic pain disorders and headache chronification. *Curr Pain Headache Reports* 2009;13:308-13.

McHorney CA, Ware JE Jr, Raczek AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care*. 1993 Mar;31(3):247-63.

Meletiche DM, Lofland JH, Young WB. Quality-of-life differences between patients with episodic and transformed migraine. *Headache*. 2001 Jun;41(6):573-8.

Mellick GA, Mellick LB: Regional head and face pain relief following lower cervical intramuscular anesthetic injection. *Headache* 2003; 43:1109-11.

Mercante JPP, Peres MFP, Guendler V, Zukerman E, Bernik MA. Depression in chronic migraine. *Arq Neuropsiquiatr* 2005;63(2-A):217-20.

Merskey H, Bogduk N (eds). *Classification of chronic pain*. Seattle: IASP Press, 1994. p. 59-76.

Mitsikostas DD, Thomas AM. Comorbidity of headache and depressive disorders. *Cephalalgia* 1999;19:211-7.

Montgomery DC. *Design and Analysis of Experiments*. New York: John Wiley & Sons Inc., 2000.

Monzón MJ, Láinez MJ. Quality of life in migraine and chronic daily headache patients. *Cephalalgia*. 1998 Nov;18(9):638-43.

Morley S, Williams AC, Black S. A confirmatory factor analysis of the Beck Depression Inventory in chronic pain. *Pain* 2002;99:289-98.

Nicolodi M, Sicuteri R, Coppola G, Greco E, Pietrini U, Sicuteri F. Visceral pain threshold in deeply lowered far from the head in migraine. *Headache* 1994;34:12-19.

Okifuji A, Turk DC, Marcus DA. Comparison of generalized and localized hyperalgesia in patients with recurrent headache and fibromyalgia. *Psychosom Med* 1999;771-80.

Okifuji A, Turk DC, Starz TW, Marcus DA. A standardized manual tender point survey. I. Development and determination of a threshold point for the identification of positive tender points in fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol* 1997;24:377-83.

Osterhaus JT, Townsend RJ, Gandek B, Ware JE. Measuring the functional status and well-being of patients with migraine headache. *Headache* 1994;34:337-43.

Peres MFP, Young WB, Kaup AO, Zukerman E, Silberstein SD. Fibromyalgia is common in patients with transformed migraine. *Neurology* 2001;57:1326-28.

Peres MFP. Fibromyalgia, fatigue and headache disorders. *Curr Neurol Neurosc Rep* 2003;3:97-103.

Poole H, White S, Blake C, Murphy P, Bramwell R. Depression in chronic pain patients: prevalence and measurement. *Pain Pract.* 2009;9(3):173-80.

Queiroz LP, Peres MF, Piovesan EJ, Kowacs F, Ciciarelli MC, Souza JA, Zukerman E. A nationwide population-based study of migraine in Brazil. *Cephalalgia.* 2009 Jun;29(6):642-9.

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.

Rossi P, Di Lorenzo G, Malpezzi MG et al. Depressive symptoms and insecure attachment as predictors of disability in a clinical population of patients with episodic and chronic migraine. *Headache* 2005;45:561-70.

Scher AI, Midgett LA, Lipton RB. Risk factors for headache chronification. *Headache.* 2008 Jan;48(1):16-25.

Schochat T, Raspe H. Elements of fibromyalgia in an open population. *Rheumatology (Oxford).* 2003 Jul;42(7):829-35.

Sheftell FD, Atlas SJ. Migraine and psychiatric comorbidity: from theory and hypotheses to clinical application. *Headache.* 2002 Oct;42(9):934-44.

Silberstein SD, Loder E, Forde G, Papadopoulos G, Fairclough D, Greenberg S. The impact of migraine on daily activities: effect of topiramate compared with placebo. *Curr Med Res Opin.* 2006 Jun;22(6):1021-9.

Silva Jr. HM. Comparação da qualidade de vida relacionada à saúde entre pacientes com epilepsia focal, migrânea episódica e migrânea crônica num ambulatório terciário. Tese [Doutorado] Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP. 2004.

Snedecor, GW, Cochran WG. Statistical Methods. Iowa: The Iowa State University Press, 1972.

Stovner L, Hagen K, Jensen R, Katsarava Z, Lipton RB, Scher AI, et al. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia* 2007;27:193-210.

Stuginski-Barbosa J, Dach F, Speciali JG. Relação entre cefaleia primária e fibromialgia: revisão de literatura. *Rev Bras Reumatol* 2007;47(2):114-20.

Stuginski-Barbosa J, Macedo HR, Bigal M, Speciali JG. Signs of temporomandibular disorders in migraine patients: a prospective, controlled study. *Clin J Pain* 2010 Jun;26(5):418-21.

Téllez-Zenteno JF, García-Ramos G, Zermeño-Pöhls F, Velazquez A. Demographic, clinical and comorbidity data in a large sample of 1,147 patients with migraine in Mexico City. *J Headache Pain*. 2005 Jun;6(3):128-34.

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 Sep 12;55(5):624-9.

Wang SJ, Fuh JL, Lu SR, Juang KD. Quality of life differs among headache diagnoses: analysis of SF-36 survey in 901 headache patients. *Pain*. 2001 Jan;89(2-3):285-92.

Wang SJ, Liu HC, Fuh JL, Liu CY, Wang PN, Lu SR. Comorbidity of headaches and depression in the elderly. *Pain* 1999;82:239-43.

Weinberger M, Oddone EZ, Samsa GP, Landsman PB. Are health-related quality-of-life measures affected by the mode of administration? *J Clin Epidemiol*. 1996 Feb;49(2):135-40.

Welch KM. Iron in the migraine brain; a resilient hypothesis. *Cephalalgia*. 2009 Mar;29(3):283-5.

Wilson HD, Starz TW, Robinson JP, Turk DC. Heterogeneity within the fibromyalgia population: theoretical implications of variable tender point severity ratings. *J Rheumatol* 2009;36:2795-801.

Winner PK. Headaches in children. When is a complete diagnostic workup indicated? *Postgrad Med* 1997;101(5):81-90.

Wolfe F, Ross K, Anderson J, et al. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis and Rheumatism* 1995a;38(1):19-28.

Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell U. Aspects of fibromyalgia in the general population: sex, pain threshold and fibromyalgia symptoms. *J Rheumatol* 1995b;22:151-6.

Wolfe F, Ross K, Anderson J. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum* 1995;38:19-28.

Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: report of the multicenter criteria committee. *Arthritis Rheum* 1990;33:160-72.

Yunus MB. Role of central sensitization in symptoms beyond muscle pain, and the evaluation of a patient with widespread pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2007;21(3):481-97.

APÊNDICES

Apêndice A – Carta de solicitação de comparecimento enviada às pacientes do Ambulatório de Cefaleia e Algias Craniofaciais do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

SOLICITAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 200_.

Prezada Sra. _____

Solicito que V. Sa. compareça no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto dia _____ às _____ horas para uma avaliação. Na ocasião procurar pelo Ambulatório de Cefaleia junto ao Balcão 03 (amarelo) e trazer esta carta.

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa clínica com a finalidade de verificar a presença de dor no corpo de pacientes com dor de cabeça e o quanto a sua dor afeta sua qualidade de vida. Neste dia você será examinada por Juliana S Barbosa. Pedimos que você venha com uma ou duas acompanhantes do sexo feminino, com idade entre 18 e 65 anos e que não tenha (m) apresentado dor de cabeça nos últimos três meses.. A(s) acompanhante(s) também será (ão) examinada(s). Durante o exame será realizada palpação manual e preenchimento de questionários, sem risco algum à sua saúde.

ATENÇÃO: ESTE AGENDAMENTO NÃO SUBSTITUE AS CONSULTAS JÁ AGENDADAS JUNTO AO AMBULATÓRIO DE CEFALEIA. OBSERVE ATENTAMENTE O DIA E HORÁRIO MARCADOS EM SEU CARTÃO.

Apêndice B – Termo de consentimento livre e esclarecido.

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

Nome do paciente: _____
 Documento de identidade: _____ Gênero: () F () M
 Data de nascimento: __/__/_____
 Endereço: _____ No. _____ Apto _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____
 CEP: _____ Telefone: DDD() _____

II – REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE SOBRE A PESQUISA:

Meu nome é Juliana Stuginski Barbosa, sou estagiária e assistente de pesquisa do Ambulatório de Cefaleia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP).

Esta pesquisa deseja estudar a presença de dor difusa pelo corpo, diagnosticando presença de pontos de dor à palpação, bem como o quanto essa doença compromete a qualidade de vida e estado emocional das pessoas.

Este estudo será realizado através de uma avaliação em 150 pacientes, atendidos em primeira consulta no Ambulatório de Cefaleia do HCFMRP-USP, e em 150 acompanhantes destes pacientes. Todos os indivíduos da pesquisa devem ser do gênero feminino e com idade entre 18 e 65 anos.

Será realizado um exame físico, onde observaremos se existe dor em pontos pré-determinados do corpo, quando se faz pressão com um dedo nesses pontos.

Também serão aplicados dois questionários sobre qualidade de vida e aspectos emocionais.

Caso aceite participar deste estudo, você precisa saber que:

1. O meu exame será realizado agora e caso você seja paciente, será seguido normalmente pelos médicos do setor de dor de cabeça do Ambulatório.
2. O meu exame demorará cerca de 20 minutos.
3. As informações obtidas serão usadas somente para este estudo.
4. Você NÃO é obrigado a participar do estudo caso não queira e, caso seja paciente, será atendido normalmente pelos médicos desse ambulatório.
5. Não há nenhum risco em participar deste estudo.
6. Caso você aceite participar, sua colaboração será muito importante porque irá nos mostrar quantas pessoas com dor de cabeça e quantos indivíduos saudáveis apresentam quadro compatível com fibromialgia e qual o estado emocional e influência na qualidade de vida destas pessoas.
7. Declaro que os indivíduos participantes dessa pesquisa não terão riscos que comprometam a sua saúde e se for constatada qualquer necessidade de

outro tipo de atendimento, o mesmo será encaminhado aos serviços adequados.

8. Esclareço que está assegurada a liberdade do indivíduo recusar-se a participação, ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem penalização alguma e sem prejuízo à continuidade de seu tratamento no Ambulatório.
9. A garantia do sigilo em assegurar privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.
10. Os pacientes serão avaliados após a primeira consulta no Ambulatório de Cefaleia, em dia e hora marcados.
11. Os sujeitos referentes ao grupo controle serão recrutados quando estiverem acompanhando os pacientes em dia e hora marcados até que se complete a quantidade de sujeitos necessários.
12. Informo que os resultados da pesquisa serão tornados públicos sejam eles favoráveis ou não.

Enquanto sujeito da pesquisa, declaro que todas as minhas dúvidas foram bem esclarecidas e compreendi bem o que será realizado e a importância dessa pesquisa para o tratamento das dores de cabeça.

Declaro ainda, ter pleno conhecimento dos direitos e condições que me foram assegurados a seguir relacionados:

- A garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou dúvida a respeito das perguntas da entrevista.
- A liberdade de não participar da pesquisa, caso não queira, sem dano algum.
- A segurança de que não serei identificado e que será mantido sigilo quanto ao meu nome.

Estando ciente de tudo isso, concordo inteiramente com as condições que me foram apresentadas e que manifesto a minha vontade de participar do referido estudo.

Ribeirão Preto, _____.

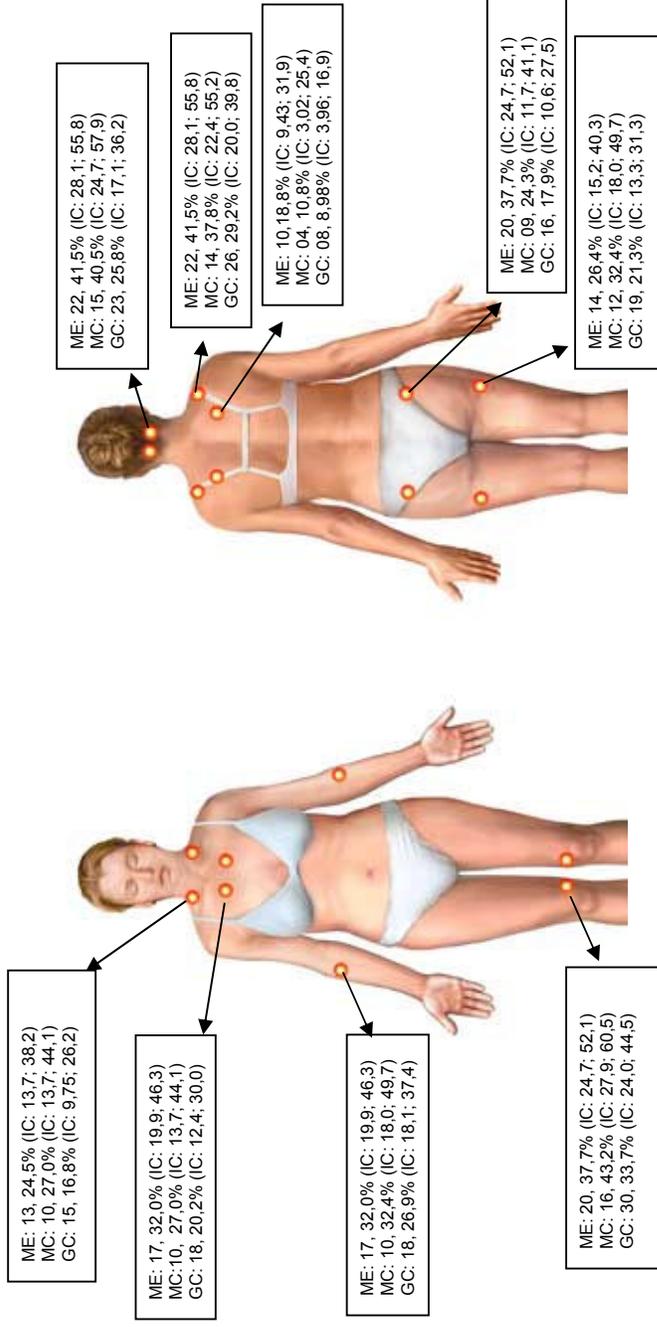
Assinatura do entrevistado

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: JULIANA STUGINSKI BARBOSA
Telefones para contato: (16) 3720-2090 / (16) 9157-3030
ORIENTADOR: PROF. DR. JOSÉ GERALDO SPECIALI
Telefone para contato: (16) 9993-5928

Apêndice C- Frequência de pontos sensíveis à palpação (*tender points*) por sítio específico e lado examinado nos grupos Migrânea Episódica (ME), Migrânea Crônica (MC) e Controle (GC).

Tender Points	Lado	ME (%)	MC (%)	GC (%)
Aspecto anterior cervical baixa C5, C7 (cervical baixa)	D	22,6%	24,3%	12,4%
	E	24,5%	29,7%	20,2%
Junção do músculo peitoral com a articulação costro-condral da segunda costela (peitoral)	D	28,3%	21,6%	15,7%
	E	34,0%	29,7%	23,6%
Dois cm abaixo do epicôndilo lateral do cotovelo (cotovelo)	D	32,0%	24,3%	23,6%
	E	32,0%	37,8%	29,2%
Aspecto médio dos joelhos, no coxim gorduroso próximo à linha articular (joelho)	D	39,6%	43,2%	32,5%
	E	35,8%	40,5%	33,7%
Inserção dos músculos suboccipitais da nuca (nuca)	D	39,6%	40,5%	20,2%
	E	41,5%	40,5%	30,3%
Bordo rostral do músculo trapézio (trapézio)	D	41,5%	37,8%	22,4%
	E	41,5%	37,8%	35,9%
Músculo supra-espinhoso (supra-espinhoso)	D	13,2%	16,2%	5,61%
	E	22,6%	5,4%	12,4%
Quadrante látero-superior da região glútea, abaixo da espinha ilíaca (glúteo)	D	41,5%	21,6%	15,7%
	E	32,0%	27,0%	20,2%
Inserções musculares no trocânter femural (trocânter femural)	D	20,7%	29,7%	21,3%
	E	30,2%	32,4%	20,2%

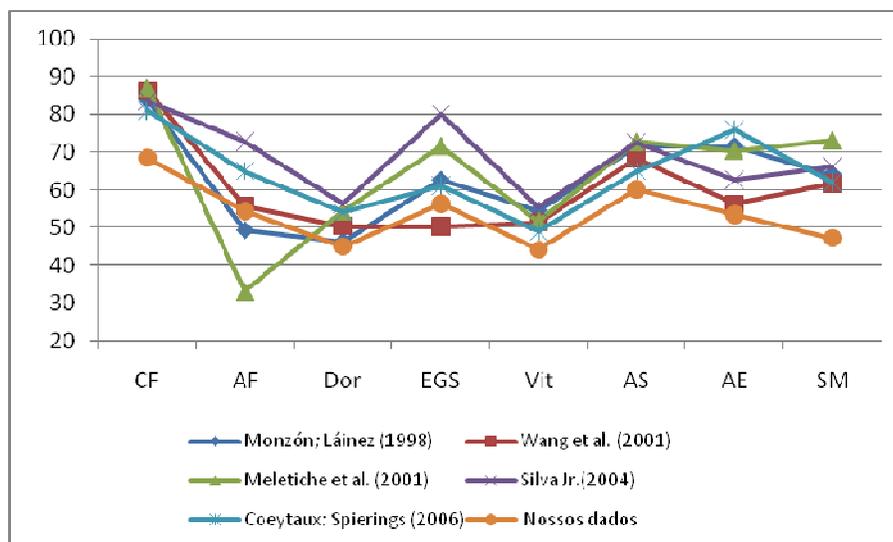
Apêndice D - Frequência por porcentagem e respectivo intervalo de confiança de *tender points* para cada região específica examinada nos grupos Migrânea Episódica (ME), Migrânea Crônica (MC) e Controle (GC).



Apêndice E- Resultados para escore do Inventário de Depressão de Beck (BDI) em amostras de participantes com Migrânea atendidas em centros especializados em cefaleia.

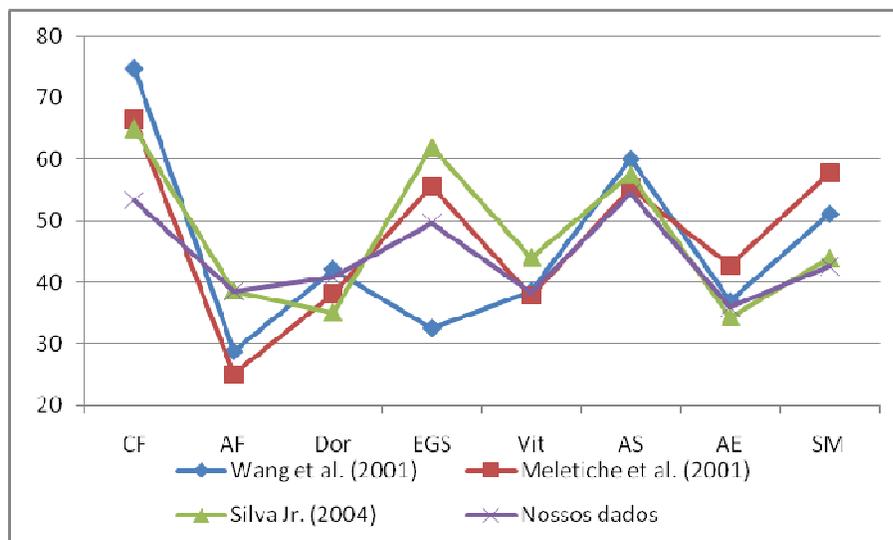
Autor (es) (Ano)	País	Amostra (n)	Sexo feminino (%)	Escore BDI	Nota de corte para sintomas moderados a graves	% pacientes com sintomas moderados a graves
Magnusson; Becker (2002)	Canadá	ME (n=50) MT (n=37)	ME (80%) MT (86,5%)	ME (8.82) MT (10.65)	16	ME (18%) MT (29,7%)
Cassidy et al. (2003)	Irlanda	ME (n=107) MC (n=33)	Total (81,1%)	ME (9.3) MC (17.6)	N/A	N/A
Boz et al. (2004)	Turquia	Migrânea (n=51) Controle (n=82)	Migrânea (66,7%) Controle (65,9%)	Migrânea (11.9) Controle (7.46)	N/A	N/A
Galego et al. (2004)	Brasil	ME (n=40) MC (n=40) GC (n=40)	ME (82,5%) MC (95%) GC (92,5%)	ME (17.5) MC (21.3) GC (6.9)	17	ME (47,5%) MC (65%) GC (7,5%)
Mercante et al. (2005)	Brasil	MC (n=70)	MC (90%)	MC (21)	17	MC (58,7)
Rossi et al. (2005)	Itália	ME (n=121) MC (n=79)	ME (68,6%) MC (79,7%)	ME (8.57) MC (11.72)	N/A	N/A
Jelinski et al. (2007)	Canadá	ME (n=310) MT (n=191)	ME (84,5%) MT (81,2%)	ME (10)* MT (14)*	20	ME (17,5%) MT (36,1%)
Abbate-Daga et al. (2007)	Itália	Migrânea (n=105) Controle (n=79)	Migrânea (76,2%) Controle (78,5%)	Migrânea (9.83) Controle (5.98)	N/A	N/A
Domingues et al. (2008)	Brasil	ME (n=98)	ME (93,87%)	ME (16.1)	20	ME (32,65%)
Este estudo	Brasil	ME (n=53) MC (n=37) GC (n=89)	Total (100%)	ME (18.7) MC (21.1) GC (15.1)	22	ME (40%) MC (46%) GC (27%)

Legenda: ME – Migrânea Episódica; MC – Migrânea Crônica; N/A – não se aplica; MT – Migrânea Transformada segundo critérios de Silberstein et al. (1994); * - mediana



Apêndice F– Comparação das médias dos escores dos domínios do questionário SF-36 de estudos com amostras de pacientes com migrânea episódica atendidos em centros de atendimento terciários.

Legenda: CF – capacidade funcional; AF – aspectos físicos; EGS – estado geral da saúde; Vit – vitalidade; AS – aspectos sociais; AE – aspectos emocionais; SM – saúde mental.

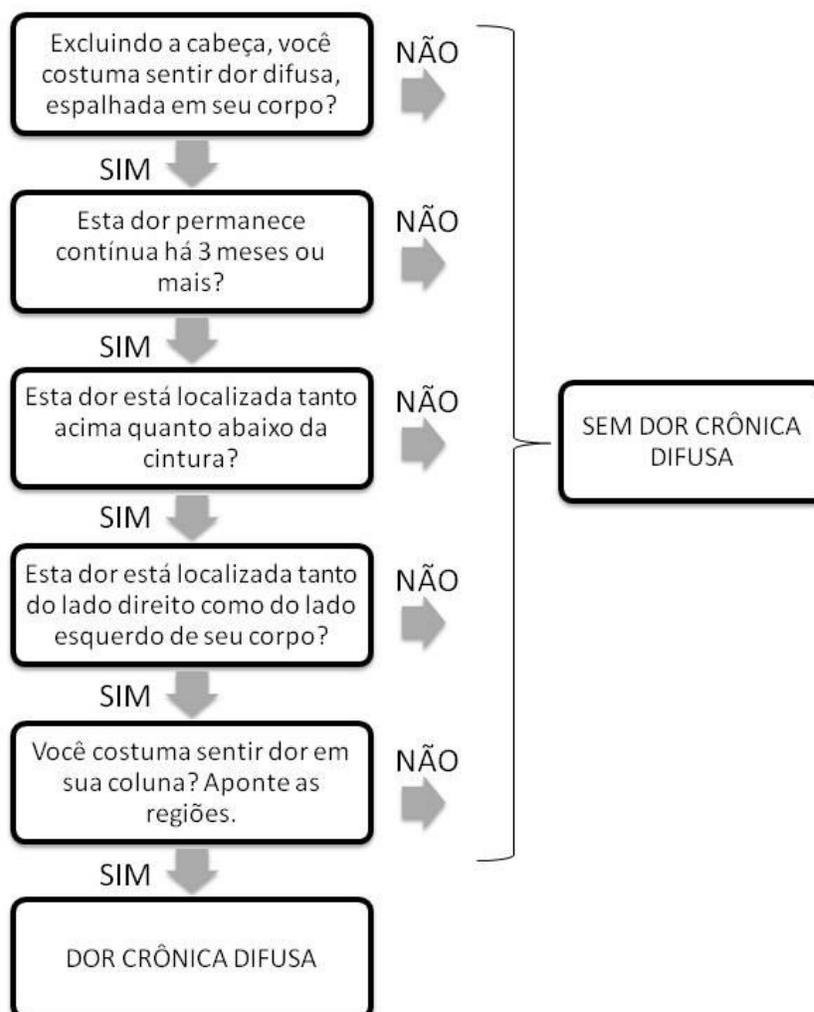


Apêndice G- Comparação das médias dos escores dos domínios do questionário SF-36 de estudos com amostras de pacientes com migrânea crônica atendidos em centros de atendimento terciários.

Legenda: CF – capacidade funcional; AF – aspectos físicos; EGS – estado geral da saúde; Vit – vitalidade; AS – aspectos sociais; AE – aspectos emocionais; SM – saúde mental.

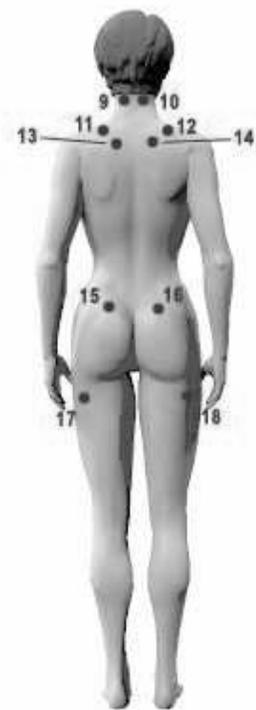
ANEXOS

Anexo A – Ficha para avaliação de dor crônica difusa e presença de pontos dolorosos à palpação.



PALPAÇÃO DE TENDER POINTS

1		2	
3		4	
5		6	
7		8	
9		10	
11		12	
13		14	
15		16	
17		18	
Total		Total	



Anexo B – Inventário de Depressão de Beck.

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Por favor, leia cada uma delas e faça um círculo em volta do número da afirmação que melhor descreve como você se sentiu na última semana, incluindo hoje. Certifique-se de ter lido todas as afirmativas antes de fazer sua escolha.

0 Não me sinto triste 1 Sinto-me triste 2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo sair disso 3 Estou tão triste e infeliz que não posso agüentar	0 Não perdi o interesse nas outras pessoas 1 Interesse-me menos que eu costumava 2 Perdi a maior parte de meu interesse nas outras pessoas 3 Perdi todo o interesse nas outras pessoas
0 Não estou particularmente desencorajado quanto ao futuro 1 Sinto-me desencorajado quanto ao futuro 2 Sinto que não tenho nada pelo que esperar 3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar	0 Tomo decisões quase tão bem como em outra época 1 Adio minhas decisões mais do que costumava 2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões 3 Não consigo mais tomar decisões
0 Não me sinto fracassado 1 Sinto que falhei mais que o indivíduo médio 2 Quando olho para trás em minha vida tudo o que vejo é uma série de fracassos 3 Sinto que sou um fracasso completo em pessoa	0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser 1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos 2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência 3 Considero-me feio
0 Tenho tanta satisfação quanto costumava a ter. 1 Não consigo gostar das coisas da maneira como costumava gostar 2 Não consigo sentir satisfação com coisa alguma 3 Estou insatisfeito ou entediado com tudo	0 Consigo trabalhar tão bem quanto antes 1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa 2 Tenho que me esforçar muito até começar a fazer qualquer coisa 3 Não consigo fazer nenhum trabalho
0 Não me sinto particularmente culpado 1 Sinto-me culpado boa parte do tempo 2 Sinto-me culpado a maior parte do tempo 3 Sinto-me culpado o tempo todo	0 Durmo tão bem quanto de hábito 1 Não durmo tão bem quanto costumava 2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir
0 Não sinto que esteja sendo punido 1 Sinto que posso estar sendo punido 2 Espero ser punido 3 Sinto estar sendo punido	0 Não fico mais cansado do que de hábito 1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava 2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa
0 Não me sinto desapontado comigo mesmo 1 Sinto-me desapontado comigo mesmo 2 Sinto-me aborrecido comigo mesmo 3 Eu me odeio	0 Meu apetite não está pior do que de hábito 1 Meu apetite não está tão bom quanto costumava ser 2 Meu apetite está muito pior agora 3 Não tenho mais nenhum apetite
0 Não sinto que seja pior que qualquer pessoa 1 Critico minhas fraquezas ou erros 2 Culpo-me o tempo todo por minhas falhas 3 Culpo-me por todas as coisas ruins que acontecem	0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente 1 Perdi mais de 2,5 kg 2 Perdi mais de 5 kg 3 Perdi mais de 7,5 kg

<p>0 Não penso em suicídio 1 Tenho pensamentos de me matar mas não os levaria adiante 2 Gostaria de me matar 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade</p>	<p>Estou deliberadamente tentando perder peso comendo menos. () SIM () NÃO</p>
<p>0 Não costumo chorar mais que o habitual 1 Choro mais agora do que costumava fazer 2 Atualmente choro o tempo todo 3 Eu costumava conseguir chorar, mas não consigo, mesmo que queira</p>	<p>0 Não me preocupo mais do que o de hábito com minha saúde 1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outras coisas 3 Estive tão preocupado com meus problemas físicos que não consegui pensar em outra coisa</p>
<p>0 Não me irrita mais agora que em qualquer outra época 1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava 2 Atualmente sinto-me irritado o tempo todo</p>	<p>0 Não tenho observado mudança recente em meu interesse sexual 1 Estou menos interessado por sexo do que costumava 2 Estou bem menos interessado por sexo que costumava 3 Perdi completamente o interesse por sexo</p>

Anexo C – Questionário SF-36 sobre qualidade de vida.

Questionário SF-36

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão você é capaz de fazer suas atividades de sua vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

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

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	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 regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de 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 seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2

c) Não realizou ou 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 interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

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

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

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

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	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 de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo 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 sentindo cheio de vigor, de vontade, 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 anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	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 ou 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 de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

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

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

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer 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 D– Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

 HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
www.hcrp.fmrp.usp.br  50
ANOS
USP - RIBEIRÃO
PRETO

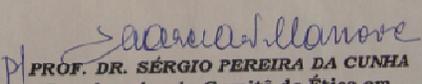
Ribeirão Preto, 20 de dezembro de 2006

Ofício nº 3690/2006
CEP/SPC

Prezada Senhora,

O trabalho intitulado **"PRESENÇA DE FIBROMIALGIA EM PACIENTES COM CEFALÉIA"**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 239ª Reunião Ordinária realizada em 18/12/2006, e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 10119/2006.

Atenciosamente.


PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA
Coordenador do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
JULIANA STUGINSKI BARBOSA
PROF. DR. JOSÉ GERALDO SPECIALI (Orientador)
Ambulatório de Cefaléia

Comitê de Ética em Pesquisa HC e FMRP-USP - Campus Universitário
FWA - 0000 2733; IRB - 0000 2186
Fone (16) 3602-2228 - E-mail: cep@hcrp.fmrp.usp.br
Monte Alegre 14048-900 Ribeirão Preto SP

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)