

Márcia Maria Ferreira Lima

ANÁLISE CRÍTICA DOS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS
DA SOCIEDADE INTERNACIONAL DE CEFALÉIA,
(SIC - 1988 E SIC - 2004),
DAS CEFALÉIAS NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA

Márcia Maria Ferreira Lima

ANÁLISE CRÍTICA DOS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS
DA SOCIEDADE INTERNACIONAL DE CEFALÉIA,
(SIC -1988 E SIC - 2004),
DAS CEFALÉIAS NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação "Bases Gerais
da Cirurgia" da Faculdade de Medicina de
Botucatu.

ORIENTADOR: Prof. Dr. Marcos Augusto de Moraes Silva

BOTUCATU - UNESP
2003

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE AQUISIÇÃO E TRATAMENTO
DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: SELMA MARIA DE JESUS

Lima, Márcia Maria Ferreira.

Análise crítica dos critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de
Cefaléia (SIC-1988 e SIC-2003), das cefaléias na infância e na adolescência /
Márcia Maria Ferreira Lima. – 2003.

Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade
Estadual Paulista, 2003.

Orientador: Marcos Augusto de Moraes Silva

Assunto CAPES: 40101070

1. Neurologia pediátrica 2. Dor de cabeça - Classificação

CDD 618.928

Palavras-chave: Adolescência; Cefaléia; Classificação; Critérios diagnósticos;
Infância

Dedicatória



A Deus,

que me permitiu chegar até aqui,
glorifico-o pela renovação, a cada
dia, dos meus sonhos.

Ao meu esposo, Martins,

pela força, incentivo, paciência e por
simplesmente "ser" e existir.

À memória de minha mãe,

Ao meu pai,

Aos meus irmãos

e aos meus "filhinhos", meus
companheiros constantes com seus
latidos e miados.

Agradecimentos Especiais

Ao Prof. Dr **Marcos Augusto de Moraes Silva**,
pela paciência e orientação dessa dissertação de mestrado.

Ao Dr. **Marco Antônio Arruda**,
pelo desprendimento, pela confiança, incentivo e co-orientação
neste trabalho.

À Prof^a. Dr^a. **Niura Aparecida Ribeiro de Moura Padula**,
responsável pela minha formação profissional,
pelo companheirismo, harmonia e incentivo, sempre presentes.

À Prof^a. Dr^a. **Terezinha Di Crecci Braga Montelli**,
pela tranquilidade e rigor científicos que sempre soube me
passar ao longo de minha formação.

À Prof^a Dr^a. **Áurea Nogueira de Mello**,
por tudo de fundamental que transmitiu durante minha
aprendizagem como aluna e pessoa.

A todo aquele que se dedica a estudar cefaléia na infância e na
adolescência.

Agradecimentos

A todos que contribuíram para a realização deste trabalho e, particularmente:

- Aos meus pacientes, por confiarem na equipe e permitirem este trabalho.
- À médica **Lara Cristina Antunes dos Santos**, pela cooperação na rotina de trabalho, enquanto dedicava-me à tese.
- À médica **Nívea Macedo de Oliveira Morales**, sempre disponível e companheira, pelo longo início da revisão dos prontuários.
- À médica **Luziene Dalmaschio Biasutti de Oliveira**, pelo inestimável trabalho realizado, que me permitiu aumentar a casuística desta tese.
- Aos meus Residentes, pelo tempo em que não pude me dedicar à preceptoria.
- Ao Prof. Titular **Carlos Padovani**, pela orientação da análise estatística.
- Ao Prof. Livre Docente **Domingo Marcolino Braille**, pela ajuda da análise estatística.

- À **Marly Rodrigues Mendes Fernandes**,
pela correção gramatical.
- À **Ângela de Paula**,
pela orientação na tradução idiomática.
- À bibliotecária **Selma Maria de Jesus**, pela elaboração da
ficha catalográfica e à **Luciana Pizzani** pela correção das
referências bibliográficas.
- À **Joanna Jacirene Costa Teixeira**,
pela encadernação.
- Ao Prof. **Júnior César Vidotto**,
pelo ensino computacional e dedicação na realização
gráfica deste trabalho.
- À Prof^a. Dr^a. **Svetlana Agapejev**,
pelo incentivo e sugestões.
- Ao Prof.Dr. **César Augusto Raffin**,
pela válida opinião.
- Ao Prof. Dr. **Péricles Maranhão Filho**,
pela oportunidade de aprofundar-me na história das
cefaléias.
- Ao Prof. Dr. **José Dias Gherpelli**,
por suas sugestões.

A todos os meus professores, por tudo que aprendi com eles...

Epígrafe



"E sabemos que todas as coisas contribuem juntamente para o bem daqueles que amam a Deus, daqueles que são chamados segundo o seu propósito."

Romanos - 8.28

Lista de Abreviaturas

HC UNESP Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de São Paulo

SIC Sociedade Internacional de Cefaléia

a.C. antes de Cristo

d.C. depois de Cristo

SBCe Sociedade Brasileira de Cefaléia

HCFM Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina

DP Diagnóstico Padrão

SE Sensibilidade

E Especificidade

VPP Valor Preditivo Positivo

VPN Valor Preditivo Negativo

Lista de Figuras

Figura 1 - Distribuição conforme o sexo	45
Figura 2 - Distribuição conforme a Idade	46
Figura 3 - Distribuição conforme a duração da dor	46

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Conforme Diagnósticos: DP	47
Tabela 2 - Conforme Diagnósticos: DSIC - 1988	48
Tabela 3 - Conforme Diagnósticos: DSIC - 2003	49
Tabela 4 - Resultado do teste estatístico: SE/E/VPP/VPN	50

Resumo

ANÁLISE CRÍTICA DOS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DA SOCIEDADE INTERNACIONAL DE CEFALÉIA (SIC-1988 E SIC-2004), DAS CEFALÉIAS NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA

Autor: Lima MMF.

Instituição: Disciplina Neurologia Infantil do Departamento de Neurologia e Psiquiatria da Faculdade de Medicina -Unesp- Botucatu-SP-Brasil.

Objetivo: Analisar criticamente os critérios de diagnósticos das cefaléias da Sociedade Internacional de Cefaléia (SIC) 1988 e da SIC 2004.

Método: Foram analisados retrospectivamente 496 pacientes atendidos no ambulatório de Cefaléia na Infância e Adolescência do HC Unesp Botucatu no período de 1992 à 2002. Empregou-se critério diagnóstico clínico intuitivo (CDI) como padrão "gold standard". A comparação entre CDI, SIC 88 e Proposta SIC 2002 foi realizada utilizando-se as variáveis: Sensibilidade, Especificidade (E), Valor Preditivo Positivo (VPP), Valor Preditivo Negativo (VPN); segundo as fórmulas/critérios: CLAP - OPS/OMS, 1988 e de Rouquayrol, 1993.

Resultado: Observamos que a proposta SIC 2002 demonstrou maior sensibilidade com relação às migrêneas: a) sem aura, b) com aura, c) com aura típica, d) basilar. A proposta SIC 2002 apresenta alta especificidade. Não houve diferença significativa com as outras variáveis.

Conclusões: A proposta SIC 2002 mostrou maior sensibilidade para as migrêneas quando comparada com a SIC 88. Possivelmente o fator tempo de duração das crises de cefaléia, diferentes entre ambas poderiam justificar a relativa baixa sensibilidade quando comparadas ao "gold standard".

Abstract

CRITICAL ANALISYS OF THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF HEADACHE DISORDERS DIAGNOSTIC CRITERIA (ICHD I -1988 AND ICHD II- 2004), HEADACHES IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE

Author: Lima, MMF

Institution: Discipline of Infantile Neurology from Neurology and Psychiatry Department of Medical School, State University from São Paulo -Unesp- Botucatu , Brazil.

Objective: Critically analyse the diagnostic criteria of headaches from International Classification of Headache Disorders Diagnostic Criteria (ICHD) 1988 and from ICHD 2004.

Method: Four hundred ninety-six patients who were attended at the Headache Outpatient Ward for Children and Adolescence of the General Hospital, Medical School of the State University from São Paulo - Unesp- of the city Botucatu from 1992 to 2002 were analyzed. Individuals were classified according three diagnostics groups: Intuitive Clinic Diagnostic (ICD-"gold standard"), ICHD I-1988 and ICHD II-2004. They were statistically compared using the variables: Sensibility (S), Specificity (Sp), Positive Predictive Value (PPV), Negative Predictive Value (NPV), according to formulas/criteria: CLAP - PAHO/WHO (1988) and of Rouquayrol (1993).

Result: It was observed that the ICHD II-2004 presented higher sensibility than ICHD I-1988 concerning migraine with and without aura, there was no significant difference concerning other variables.

Conclusions: The ICHD II-2004 showed higher sensibility referring to migraine when compared with ICHD I 1988 without affecting specificity and although it improved migraine diagnosis in children and adolescents, the sensitivity remains poor.

Sumário

Apresentação.....	18
Introdução.....	20
Referências Bibliográficas.....	35
Análise crítica dos critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia (SIC-1988) e (SIC-2003) nas cefaléias na infância e na adolescência	41
Introdução	41
Casuística e Método.....	44
Resultados.....	45
Discussão	50
Conclusões.....	54
Referências Bibliográficas.....	56
Anexos.....	62
Anexo A	63
Anexo B.....	66
Anexo C.....	70
Anexo D	71
Anexo E.....	72
Anexo F.....	73
Anexo G.....	74



Quando nada parece ajudar, eu vou e olho o cortador de pedras martelando sua rocha, talvez cem vezes sem que nem uma só rachadura apareça. No entanto, na centésima primeira martelada, a pedra se abre em duas, e eu sei que não foi aquela a que conseguiu, mas todas as que vieram antes.

Jacobis Riis

Apresentação

Apresentação

De acordo com as novas orientações do Programa de Pós-Graduação "Bases Gerais da Cirurgia", este trabalho será apresentado sob a forma de dois artigos:

- Introdução: artigo de revisão, a ser publicado na Revista Migrâneas & Cefaléias.
- Análise crítica dos critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia (SIC-1988 e SIC-2003), das cefaléias na infância e na adolescência, a ser publicado na Revista Cephalalgia.

Da mesma forma, as Referências Bibliográficas seguem as normas das citadas revistas (Normas de Vancouver).



Voltar a origem é encontrar o significado; perseguir as aparências é afastar-se da origem.

Sengtsan (O terceiro Patriarca Zen)

Introdução

REVISÃO

ARTIGO DE REVISÃO

UMA VISÃO HISTÓRICA SOBRE AS CLASSIFICAÇÕES DAS CEFALÉIAS E SUAS IMPLICAÇÕES NA INFÂNCIA

Márcia Maria Ferreira Lima

Prof^a da Disciplina de Neuropediatria da Faculdade de Medicina de Botucatu UNESP e Responsável pelo Ambulatório de Cefaléias na Infância e da Adolescência do HCUNESP.

"Quem vive no passado não aproveita o presente.

Quem não conhece o passado não aproveita o futuro..."

Autor desconhecido¹

Neste momento histórico em que a apresentação da nova classificação da Sociedade Internacional de Cefaléia (SIC) foi feita, é importante e essencial lembrar da evolução das classificações, que muitas vezes se mescla e funde com a própria história da medicina e da jornada do ser humano contra a dor.

Toda classificação surge da necessidade de organizar o conhecimento e deixar transparecer nas diferentes épocas, os sintomas e as etiologias das doenças, com o intuito de diferenciá-las e, conseqüentemente, tratá-las

especificamente, sendo esta a base para a prática de uma boa medicina.

É preciso ter em mente que até a época da revolução científica do século XVII, o conceito médico-religioso e humoral prevaleceram, quando, então, foram substituídos pela especulação e experimentação.

O primeiro relato de cefaléia unilateral foi observado no papiro de Ebers (cerca de 1500 a. C.). Na mitologia grega a cefaléia recebeu destaque e teve expressão maior em Zeus. Nos textos históricos dos assírios, mesopotâmicos e suméricos, a cefaléia era considerada como resultado de possessão demoníaca e poderia ser unicamente tratada por procedimentos mágicos, que incluíam desde trepanações dos crânios, para a retirada das entidades malignas, até encantamentos, invocações e poções.^{1, 2, 3}

Hipócrates (460-370 a.C.) tentou separar a medicina dos pensamentos filosófico-religiosos da época, porém, não obteve sucesso. Descreveu, no entanto, alguns aspectos da cefaléia e seu alívio pelo vômito. Cornelius Celsus (25-50 d.C.) também contribui citando alguns dos fatores precipitantes da dor e da sua localização holo ou hemicrania.

Mas, foi no século II da era cristã, com Aretaeus da Capadócia (120-180 d.C.), que foi elaborada a primeira classificação compreensiva das cefaléias, estabelecendo relação entre os fatores tempo, local e severidade da dor. Na classificação de Aretaeus já estava a essência de todas as classificações que vieram a ser aceitas posteriormente, inclusive a classificação da SIC; ele estabeleceu, pois, o padrão para todos os futuros livros de Neurologia. A escolha da ordem dos temas permaneceu a mesma desde Aretaeus até Thomas Willis (*De Anima butorum*) e John Cooke (*A treatise on Nervous diseases*, de 1820).⁴

Aretaeus foi o pioneiro em conceber o conceito de migrânea como entidade à parte de outras cefaléias primárias, semelhantemente ao que existe hoje, e a citar a fotofobia e fonofobia. Diferenciou três tipos de cefaléias: as

cefaléias leves (pouco frequentes e de duração limitada) - "cefalalgia"; cefaléias mais fortes (mais duradouras e difíceis de tratar) - "cefaléia"; cefaléias que acometem a metade do crânio (com escurecimento visual, sudorese, náuseas, colapso) - "heterocranias".

Galeno (131-201 d.C.) foi seguidor leal de Hipócrates, mas também seguiu o pensamento Aristotélico da necessidade do conhecimento técnico, no qual não importava somente localizar e diagnosticar a dor, mas também conhecer sua etiologia. Galeno cunhou e introduziu o termo hemicrania e explicou a cefaléia como uma consequência do desequilíbrio entre os humores (fisiologia grega). Sua maior contribuição para a classificação das cefaléias foi o conceito dos diferentes fatores que poderiam dar origem a dor: tensão, contração muscular e alterações vasomotoras.²

Após Galeno não houve proposta formal para uma nova classificação: descrições mais detalhadas sobre os tipos de dor de cabeça foram feitas por Alexander Trallianus (525-605 d.C.); Paulus Aeginetta (cerca de 625-690 d.C.) fez referência aos fatores precipitantes; Avicenna (980-1037 d.C.) usou o termo "soda" (provável derivação do Persa - sâr dad = cefaléia) para todas as cefaléias e citou o odor como possível fator precipitante de crises de dor de cabeça.¹

Com a influência da língua árabe na Península Ibérica, na época de Alfonso X, o "sábio" (cerca de 1272 d.C.), o vocábulo hemicrania foi traduzido por AX-xaqiqâ (meio da cabeça). A partir de então, a língua espanhola incorporou o termo como jaqueca e na língua portuguesa como enxaqueca. Este termo aparecia em várias situações, tornando-se popular e raramente se observava o emprego do termo hemicrania, anteriormente cunhado por Galeno. Deste termo também deriva o termo migrânea, anglo-francês, quase nunca usado naquela época; mas, nestes últimos vinte anos, talvez pelo mimetismo com o termo el migraine, passou a ser mais difundido no meio científico e leigo.²

Durante toda a Idade Média perdeu-se grande parte do pensamento clássico, elaborado pelos gregos, e renasceu a hipótese sobre a origem sobrenatural das doenças. Por muito tempo o conhecimento médico residiu nos mosteiros, havendo um confronto entre a medicina pagã, do culto a Asclépio, e a medicina cristã, do culto ao Deus cristão. A Europa cristã considerava que a dor não era um castigo divino, mas sim uma prova que esse Deus usava para medir o amor do cristão ao seu Deus (livro de Jó - Bíblia).

Com o início da Idade Moderna, o pensamento crítico passou novamente a predominar e houve um progresso das clínicas básicas; André Vesalius (1514-1564) especulava e experimentava e, assim, progressivamente, novos conceitos foram sendo adquiridos. Com William Harvey (1578-1657) a teoria humoral de Galeno foi substituída pela teoria mecanicista da circulação sanguínea. Nessa época, as classificações eram organizadas nos textos médicos de modo "topográfico seqüencial", ou seja, do segmento cefálico até os pés, portanto, as cefaléias ocupavam o mesmo espaço nas classificações das doenças de pele do segmento cefálico, por exemplo.^{2,4}

Em 1549, Jason Pratensi (1486-1558) propôs o primeiro livro sobre doenças cerebrais, que foram classificadas segundo sintomas complexos e relacionados com o órgão responsável pela desordem, não obedecendo à seqüência topográfica anteriormente usada: "De cerebris morbis...". Os primeiros nove capítulos faziam referências especificamente às cefaléias e um único capítulo para hemicrania. Vários outros livros foram escritos, mas nenhum apresentou uma classificação nova e consistente das cefaléias.⁵

Em torno de 1600, segundo Hansruedi Isler, Charles Le Pois descreveu a aura migranosa, bem como a migrânea hemiplégica, de forma mais completa e detalhada.⁴

Thomas Willis (1621-1675) relacionou migrânea com a distensão dos

vasos sanguíneos e defendia a idéia de que as cefaléias obedecem a um espectro contínuo, mais do que se fossem entidades nosológicas distintas. Criou o termo Neurologia (ensinamento, estudo, doutrina dos nervos).¹

Muitos outros se sobressaíram no estudo das cefaléias como Thomas Sydenham (1624-1689), Johann Jakob Wepfer (1620-1695), Bernardino Ramazzini (1633-1714), John Fothergill (1712-1780), mas sem modificar as classificações existentes.²

Samuel Auguste André David Tissot (1728-1797) reconheceu a hemianopsia como pródromo visual típico. Descreveu a periodicidade das crises migranosas e, entre outras dez variedades de cefaléias, denominou diferentes classes de hemicrania, relacionando-as com suas possíveis etiologias: hemicrania lunaria, hemicrania ab insectis, ou seja, induzidas pela lua e pelos insetos, respectivamente. Descreveu também que a migrânea poderia ter localização uni ou bilateral e relatou casos de cefaléia na infância.^{2,4}

Em 1787, Christian Ludwig Baur de Tübingen finalmente compilou uma nova classificação para as cefaléias, incluindo as chamadas idiopáticas (idiopathic) e as que acompanhavam outras doenças (sympathic). Estabeleceu 84 categorias e subcategorias, usando 53 novos termos, cunhados do grego e do latim, mas não deu a importância necessária para a migrânea com aura. A melhor descrição desta ainda permanecia com Le Pois e teve continuidade com Wepfer, que descreveu a migrânea basilar, localizando sua origem no tronco cerebral.^{2,4}

Romberg, em 1840, publicou em Berlim o primeiro tratado sistematizado em neurologia, dispensando os sintomas complexos e usando a abordagem anatômica e fisiológica das doenças neurológicas (*Lehrbuch der Nerven-Krankheiten des Menschen...*).⁵

Em relação à cefaléia na infância, Calmeil em 1846 e Liveing, em 1873, comentam sobre casos de cefaléia que se iniciam durante a infância, mas nesse

mesmo ano, um nome se destacou: Willian Henry Day. Em Londres, ele publica seu livro "Essays on diseases of children", que continha dois capítulos sobre cefaléias, abrangendo 50 páginas. Em 1877, publicou um novo livro, *Headaches*, novamente abordando, em 49 páginas, as cefaléias na infância. Fez ainda outras publicações: em 1881, *Diseases of children*, e em 1886, *On the irritable brain and the congestion of the brain of children*, ambos salientando a cefaléia na infância.⁶

Outras descrições, ensaios, livros sobre as cefaléias surgiram, mas em nenhum se mencionava uma nova proposta classificatória. Somente no século XX, em 1948, Harold G. Wolff, importante nome da pesquisa sobre cefaléias, lançou seu livro, um clássico americano: *Headache and other head pain*. Neste livro nada foi proposto formalmente para se criar uma nova classificação, mas ele persuadiu e abriu horizontes para que outros pesquisadores o fizessem. Até então, as classificações incluíam conceitos etiológicos e associavam um grande número de diferentes critérios de classificação. Não havia, ainda, uma base internacional para a classificação das cefaléias que fosse aceita e usada consistentemente no mundo todo.^{2,4}

Em 1960 foi criado um Comitê Ad Hoc, formado pelo Dr. Arnold Friedman (chairman), Knox H. Finley, John R. Graham, E. Charles Kunkle, M. Ostfeld e Harold G. Wolff, do National Intitute of Health (EUA); todos pesquisadores dos mecanismos das cefaléias e dois consultores em ensaios clínicos. Apresentaram duas páginas de critérios de classificação, que foram publicadas, em 1962, em vários periódicos científicos.⁷⁻¹⁰

Foi o primeiro passo, orientado por um consenso, para a unificação da terminologia e para o diagnóstico das cefaléias. Teve como mérito, a tentativa de proporcionar, primeiramente, uma uniformidade às definições das diferentes cefaléias, cuja base era a sua própria etiologia.

Ressalte-se que uma certa cefaléia poderia ocorrer em diversas entidades mórbidas, sendo caracterizada por um breve glossário de definições. Como inconveniente, exigiam uma interpretação subjetiva dos termos, tornando-os imprecisos, resultando em uma classificação muito controversa, mas que se manteve por 25 anos. Nessa classificação não havia comentários específicos para cefaléias na infância.^{10,11}

Mesmo antes da classificação do Comitê Ad Hoc, de 1962, Vahlquist¹² propôs critérios específicos para as migrêneas na infância. A seguir, Bo Bille¹³, em 1955-1962, estudou 8993 crianças em idade escolar, observando que a prevalência da cefaléia na infância aumenta com a idade e, aos 7 anos, 39% já havia apresentado cefaléia.

Nos anos seguintes houve várias propostas de critérios específicos para cefaléia na infância, mediante estudos de Prensky,¹⁴ Deubner,¹⁵ Congdon & Forsythe,¹⁶ Kurtz.¹⁷ Esses critérios incluíam a presença de episódios recorrentes de cefaléia, com intervalos assintomáticos entre as crises e algumas características da dor, e ainda sintomas associados. Esses critérios, entretanto, não foram uniformemente utilizados, além de que a duração da dor não foi incluída como critério de classificação.

Em 1982, a SIC foi fundada e, com a persistente dificuldade de classificar as cefaléias de forma homogênea e consistente - que claramente tornava-se evidente nas pesquisas em razão da subjetividade dos termos utilizados na classificação de 1962 - estabelecia-se um clima favorável para a formação de uma nova classificação.

Então, em 1985, foi criado um novo comitê, com doze renomados pesquisadores e seus respectivos sub-comitês, sob a orientação do Prof. Jes Olesen,¹⁸ em Copenhague. Em 1988, após extenso trabalho, foi finalizada a nova classificação sistemática da SIC para as cefaléias e algias faciais¹⁹, com 96

páginas e a descrição de 165 diferentes diagnósticos. Foi aceita e endossada por todas as sociedades de cefaléia filiadas à SIC do mundo - como a nossa Sociedade Brasileira de Cefaléia (SBCe) - e pela Federação Mundial de Neurologia, recebendo mais de 20 traduções, inclusive para a Língua Portuguesa. A tradução para o português foi feita pelos Profs. Drs. Edgard Raffaelli Jr., Wilson Faria da Silva e Orlando J. Martins, com o apoio da SBC, tendo sua primeira edição em 1997.²⁰⁻²³

A classificação da SIC-1988 baseou-se em critérios operacionais (característica padrão), livres de ambigüidade, que podem ser:

- de inclusão, indicando quando uma manifestação em particular é usada para diagnóstico e
- de exclusão, que indicam quais manifestações não devem estar presentes em determinada doença.¹¹

Através desses critérios operacionais, foram identificadas doze categorias de cefaléias que podem ser divididas em dois grandes grupos: cefaléias primárias (grupos 1 a 4) e cefaléias secundárias (grupos 5 a 12). Em relação às cefaléias primárias, os critérios permitiam um sistema descritivo, classificando-as de acordo com o perfil dos sintomas.

É importante lembrar que grande parte da classificação foi proposta baseada em opiniões subjetivas e no consenso de especialistas no tema, o que poderia causar certa polêmica. Por esta razão, foi planejada uma nova edição em 1993, mas, como a classificação mostrou-se mais eficiente em relação à anterior, de 1962, decidiu-se não publicar uma nova edição antes de 1998.¹⁰⁻¹⁷

Mesmo com sua especificidade, a classificação pode se mostrar insuficiente, sendo importante, nessa situação, lembrar de empregar o diário da dor, para o melhor registro das crises de cefaléia e sua caracterização.^{11,18}

Este sistema de classificação também permite que não sejam solicitados exames complementares desnecessários, pois as cefaléias, quando classificadas como primárias, na sua grande maioria, não exigem a realização de exames de neuroimagem, eletroencefalograma, ou outro exame complementar. Esta opinião é compartilhada por diversos autores e pela Academia Americana de Neurologia.^{11, 24-29}

Vincent¹¹ cita que "... a classificação não deve ser usada como um questionário (...) o diagnóstico final depende da habilidade do médico atento e cuidadoso, os critérios são apenas ferramentas auxiliares para a anamnese" (p.62).

Nesta classificação, as únicas referências à cefaléia na infância restringiram-se a duração das crises migranosas, observadas no item Comentários do Grupo 1: "... para as crianças e adolescentes abaixo dos 15 anos, as crises deveriam durar 2 horas a 48 horas". Foi também incluso o grupo 1.5, denominado síndromes periódicas da infância, que engloba a vertigem paroxística benigna da infância e a hemiplegia alternante da infância.¹⁹

No que concerne à pesquisa mundial sobre cefaléia infantil, existem diversos estudos na literatura: alguns de caráter epidemiológico (Mortimer et al.,³⁰ Metsähonkala & Sillanpää,³¹ Raieli et al.)³². Outros estudos comparam os critérios de classificação já propostos: Mortimer et al.³⁰ compararam os critérios da SIC-1988, Comitê Ad Hoc-1962 e os critérios de Vahlquist. Concluíram que, independentemente do critério utilizado, a incidência de migrânea com aura era a mesma, e em relação à migrânea sem aura havia uma maior sensibilidade dos critérios Ad Hoc, quando comparados com a SIC, possivelmente pela necessidade de haver cinco crises e duração mínima de 2 horas nos critérios da SIC-1988.

Metsähonkala & Sillanpää,³¹ em um estudo populacional de 3580

crianças entre 8 e 9 anos de idade, observaram que o critério mais sensível foi o proposto por Prenskey e o menos sensível o de Congdon & Forsythe.

Wöber-Bingol et al.³³ estudaram 437 pacientes, utilizando os critérios da SIC-1988, e notaram que apresentavam sensibilidade de 63% para o diagnóstico de migrânea.

Winner et al.³⁴ propuseram uma redução na duração mínima da cefaléia, de duas horas para uma hora, o que resultaria num aumento da sensibilidade, observando também predomínio da dor de localização bilateral nas migrâneas.

Gherpelli et al.³⁵ também sugeriram uma mudança em relação ao critério tempo; nesse caso, retirando o item B da classificação da SIC-1988, o que resultaria em um aumento da sensibilidade do critério diagnóstico, possibilitando a inclusão de pacientes que antes não tinham sua cefaléia classificada. Concluíram, ainda, que a especificidade não se alteraria, o que significa a exclusão de pacientes com outros tipos de cefaléia que não a migrânea.

Alguns estudos comparam os critérios da SIC-1988 ao diagnóstico clínico intuitivo: Gladstein et al.³⁶ estudaram 88 crianças, comparando-as com os critérios de Prenskey, Vahlquist e SIC-1988. Concluíram que havia concordância entre o critério clínico usado e os da SIC-1988 em 47% dos casos; 53% em relação aos de Prenskey e 49% em relação aos de Vahlquist. A concordância entre os critérios da IHS e os outros foi de 70% (Gladstein), 71% (Prenskey), e 73% (Vahlquist).

Seshia et al.³⁷ (1994) observaram sensibilidade de 62% para o diagnóstico de migrânea sem aura quando compararam seus diagnósticos clínicos aos critérios da SIC-1988. Sugeriram a diminuição da duração das crises migranosas.

Arruda et al.³⁸ testaram a positividade de vários critérios, incluindo os

da SIC-1988, e observaram que as crianças que não preenchiam os critérios diagnósticos para migrêneas, apresentavam médias de idade e de tempo de evolução da dor inferiores aos das crianças que preenchiam todos os critérios testados. Concluíram que quanto mais nova a criança e menor seu tempo de evolução da cefaléia, maiores eram as dificuldades para o diagnóstico das migrêneas.

Maytal et al.³⁹ também observaram, num estudo de 167 crianças, sensibilidade baixa e especificidade alta em relação à enxaqueca sem aura, para os critérios da SIC. Concluíram que se fosse diminuída a duração mínima das crises migranosas para uma hora, a sensibilidade aumentaria para 71%.

Arruda,⁴⁰ em 1999, em um estudo comparativo entre o diagnóstico clínico longitudinal e os critérios da SIC-1988, observou que o diagnóstico através dos critérios da SIC-1988 apresentava elevada especificidade e valor preditivo positivo, mas baixa sensibilidade, mesmo considerando uma duração das crises de cefaléia entre 1 e 48 horas. Propôs a exclusão do critério referente à duração das crises de migrânea, entendendo que isso não prejudicaria o diagnóstico diferencial com as outras cefaléias.

De modo geral, entre as propostas de modificação dos critérios da SIC-1988 para a migrânea sem aura na infância, a mais citada pelos autores foi a redução do critério de duração da dor para o mínimo de 1 hora, havendo até quem houvesse proposto desconsiderá-lo.³⁰⁻⁴⁰

No estudo de Metsähonkala et al.⁴¹ observou-se uma frequência maior das síndromes periódicas da infância, quando comparadas aos adultos, nas crianças com migrêneas, e que o padrão da dor mudava na adolescência, tornando menos marcante os fenômenos gastrointestinais como náusea, vômitos, embora aumentasse a duração da dor.

Recentemente, Cano et al.⁴² propuseram que os critérios da SIC

fossem modificados para as migrêneas em dois aspectos: redução do critério da duração da dor para 1 hora e dor uni ou bilateral. Concluíram que assim haveria um aumento da sensibilidade sem a redução da especificidade.

Esta "tendência" de modificações dos critérios da SIC-1988 para as cefaléias na infância ocorreu em todo o mundo, sempre balizada pela experiência clínica daqueles que estudam as cefaléias infantis.^{43,44}

Aqui no Brasil, Arruda,³⁸ Gherpelli et al,³⁵ entre outros propuseram modificações para os critérios de migrânea na infância, como já mencionado; em maio de 1999, na cidade de Salvador (BA), realizou-se o I Consenso Brasileiro sobre a Classificação das Cefaléias⁴⁵, no qual 47 membros da SBCe participaram elaborando sugestões e críticas à classificação da SIC-1988.

Em relação às cefaléias na infância, em particular para as migrêneas, foram sugeridas as seguintes propostas, dos seguintes autores:

- M. A. Arruda, M. S. Mariano, C. A. Bordini, M. C. Ciciarelli, J. G. Speciali, propuseram mudanças em relação ao critério de duração das crises, que durariam até 72 horas.
- M. M. F. Lima propôs como consenso de duração das crises o tempo de 30 minutos a 72 horas, podendo a dor ser bilateral, incluindo a osmofobia como critério.
- E houve ainda a proposta inovadora da inclusão de um novo grupo para a classificação SIC-1988 - Migrânea Infantil - por A. V. Krymchantowski, pela qual as crises durariam até 72 horas, com localização uni ou bilateral e caráter de pressão ou pulsátil.

Finalmente, o trabalho de revisão para a segunda edição da classificação da SIC iniciou-se em dezembro de 1999. O comitê responsável por esse trabalho foi novamente presidido pelo Prof. Jes Olesen e composto por 14

estudiosos em cefaléia.

Quando ocorreu a apresentação da nova proposta de classificação da SIC no site <<http://www.i-h-s.org>>, acessado em 29/06/2002, observou-se que a os novos critérios para diagnóstico deveriam levar em consideração a duração das crises de cefaléia entre 1 e 72 horas para a infância e que a localização poderia ser uni ou bilateral.⁴⁶

Piovesan e Kowacs⁴⁷ comentaram as possíveis mudanças que ocorreriam então na proposta da nova classificação da SIC, observando que em relação à infância haveria a alteração do item Síndromes Periódicas da Infância, da posição 1.5 para a 1.3, e que este receberia dois subtipos adicionais: (vômito cíclico - 1.3.1 e migrânea abdominal - 1.3.2), além da persistência do item Vertigem Paroxística da Infância, agora como item 1.3.3, e a exclusão do item Hemiplegia Alternante da Infância, das classificações das cefaléias.

Após 15 anos da primeira edição, em 1988, foi apresentada durante o Congresso Internacional da SIC, em Roma, no ano de 2003, a nova classificação da SIC e publicada em janeiro de 2004.^{48,49}

Esta nova classificação foi a somatória da experiência conquistada ao longo desses 15 anos. De fato, acredita-se que para a cefaléia na infância, a classificação SIC-2004 representou um ganho importante. O empenho de todos que se dedicam à cefaléia na infância foi recompensado e, como já ocorreu com a classificação anterior, permitirá o emprego de uma terapia moderna, efetiva, além de fomentar a pesquisa continuada. É definitivamente um marco na história da Medicina, da Neurologia, das Classificações das Cefaléias.



Referências Bibliográficas

Referências Bibliográficas¹

1. Maranhão Filho P. História das cefaléias. In: Speciali JG, Silva WF, editors. São Paulo: Lemos Editorial; 2002. p.15-33.
2. Ristol EGA. Historia de la jaqueca. Espanha: Masson; 1998.
3. Rapaport A, Edmeads J. Migraine: The evolution of our Knowledge. Arch. Neurol. 2000;57(8):1121-31.
4. Isler H. Headache classification prior to the Ad Hoc criteria. Cephalalgia 1993; 13(Suppl 12):7-10.
5. Gomes MM. Classificações e critérios diagnósticos em neurologia. Rio de Janeiro, Editora da Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1999.
6. Bille B. Migraine in school children. Acta Paediatr Scand 1962;51:1-151.
7. Ad Hoc Committee on classification of headache. Classification of headache. J Am Med Assoc 1962;179(9):717-8.
8. Ad Hoc Committee on classification of headache. Classification of headache. Neurology 1962;12:378-80.
9. Ad Hoc Committee on classification of headache. Classification of headache. Arch Neurol 1962;6:173-6.
10. Ad Hoc Committee on classification of headache. Classification of headache. Headache 1962;2:113-4.
11. Vincent M. Reflexões sobre a classificação das cefaléias. Migrêneas Cefaléias 1999;2(2):53-66.

¹ Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas. Requisitos uniformes para originais submetidos a revistas biomédicas. J Pediatr 1997; 73:213-24.

12. Göbel H. Classification of Headaches. *Cephalalgia* 2001;21:770-3.
13. Vahlquist B. Migraine in children. *Int Arch Allergy* 1955;7:348-55.
14. Prensky AL. Migraine and migrainous variants in pediatric patients. *Pediatr Clin North Am* 1976;23:461-71.
15. Deubner DC An epidemiologic study of migraine and headache in 10-20 years old. *Headache* 1977;17:173-80.
16. Congdon PJ, Forsythe WI. Migraine in childhood: a study of 300 children. *Dev Med Child Neurol* 1979;21:209-16.
17. Kurtz MJ, Dilling D, Blau JN, Peckham C. Migraine in children: findings from the National child Development Study. In: Rose FC. *Progress in migraine research*. London, Pitman Books,1984. cap 2, p. 9-17.
18. IHS International Headache Society. Headache Classification Committee - Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgia and facial pain. *Cephalalgia* 1988;8 (suppl 7): 1-96.
19. Olesen J. Migraine classification and diagnosis - IHS criteria. *Neurology* 1994;44(suppl 4):S6-10.
20. Blau JN. Diagnosing migraine: are the criteria valid or invalid? *Cephalalgia* 1993; 13(Suppl 12): 17-24.
21. Lipton RB, Stewart WF, Merikangas KR. Reliability in headaches diagnosis. *Cephalalgia* 1993;13(Suppl 12): 29-33.
22. Raffaelli JRE, Fariasda Silva W, Martins OJ. Classificação e critérios diagnósticos das cefaléias, Neuralgias Cranianas e dor facial. Tradução da classificação Internacional das cefaléias. São Paulo: Lemos Editorial; 1997: p.1-108.

23. Russel MB, Rasmussen BK, Brennum J, Iversen HK, Jensen R, Olesen J.
Presentation of a new instrument: the diagnostic headache diary. *Cephalalgia* 1992; 12: 369-74.
24. Bauherz G. Utilité de la classification des céphalées pour décider d'investigations radiologiques. *Rev Méd Brux* 1996;17: 293-9.
25. Frishberg BM. The utility of neuro-imaging in the evaluation of headache in patients with normal neurologic examination. *Neurology* 1994;44:1191-7.
26. Evans RW. Diagnostic testing for the evaluation of headaches. *Neurol Clin* 1996;14: 1-26.
27. Report of the Quality Standards subcommittee of the American Academy of Neurology. Practice parameter: the utility of neuroimaging in the evaluation of headache in patients with normal neurologic examination (Summary Statement) *Neurology* 1994;44:1354-5.
28. Pearce JMS. Are the International Headache Society criteria for headache useful? *Cephalalgia* 1996;16: 289-93.
29. Mortimer MJ, Kay J, Jaron A. Epidemiology of headache and childhood migraine in a urban general practice using Ad Hoc, Vahlquist and IHS criteria. *Dev Med Child Neurol* 1992;34: 1095-101.
30. Metsänhonkala L, Sillanpää M. Migraine in children: an evaluation of the IHS criteria. *Cephalalgia* 1994;14: 285-90.
31. Raieli MD, Raimondo D, Gangitano M, D'Amélio M, Cmmalleri R, Camarda R.
The IHS classification criteria for migraine headaches in adolescents need minor modifications *Headache* 1996;36: 362-6.
32. Wöber-Bingol C, Wöber C, Karwautz A, Vesely C, Wagner-Ennsgraber C,

- Amminger GP, et al. Diagnosis of headache in childhood and adolescence: a study in 437 patients. *Cephalalgia* 1995;15: 13-21.
33. Winner DO, Martinez W, Mate L, Bello L. Classification of pediatric migraine proposed revisions to IHS criteria. *Headache* 1995;35: 407-10.
34. Gherpelli JLD, Nagae Poetscher LM, Souza AMMH, Bosse EMB, Rabello GD, Diamant A, Scaff M. Migraine in childhood and adolescence. A critical study of the diagnostic criteria and the influence of age in clinical findings. *Cephalalgia* 1998;18: 333-41.
35. Gladstein J, Holden EW, Peralta L, Raven M. Diagnoses and symptom patterns in children presenting to a pediatric headache clinic. *Headache* 1993;33: 497-500.
36. Seshia SS, Wolstein JR, Adams C, Booth FA, Reggin JD. International Headache Society criteria and childhood headache. *Dev Med Child Neurol* 1994;36: 419-28.
37. Arruda MA, Speciali JG, Ciciarelli MC, Bordini CA. Childhood migraine: diagnostic problems. *Cephalalgia* 1995;15(Suppl 16):47
38. Maytal J, Young M, Schechter A, Lipton RB. Pediatric migraine and the IHS criteria. *Neurology* 1997;48:602-7.
39. Arruda MA. Cefaléia crônica na infância: estudo retrospectivo em um ambulatório terciário. [tese] Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo;1999.
40. Metsähonkala L. Migraine and nonmigrainous headache - how to distinguish them. *Cephalalgia* 1999;19(Suppl25): 53-5.
41. Cano A, Palomeras E, Alfonso S, Ortega D, Sanz P, Fossas P. Migraine without

- aura and migrainous disorder in children; International Headache Society (IHS) and revised IHS criteria. *Cephalgia* 2000;20(7):617-8.
42. Wöber-Bingol C, Wöber C, Wagner-Ennsgraber C, Karwautz A, Vesely C, Zebenholzer K, et al. IHS criteria for migraine and tension-type headache in children and adolescents. *Headache* 1996;36: 231-8.
43. Lewis D. Pediatric headache classification update: 2001. *Cephalgia* 2001;21(4):254.
44. I Consenso Brasileiro sobre a Classificação Internacional das Cefaléias. XII Congresso Internacional da Sociedade Brasileira de Cefaléia- Salvador, Bahia, 13 de maio de 1999. *Migrêneas & Cefaléias* 2000;3:53-65.
45. Olesen J. Revision of the international headache classification: invitation for comments. *Cephalgia* 2000;20(2):73.
46. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Proposal Review. [cited 2002 jun 29]. Available from: <http://www.i-h-s.org>.
47. Piovesan EJ, Kowacs PA. International Headache Society criteria (IHS-2003). What will be change in the primary headaches classification? *Migrêneas Cefaléias* 2003;6(2): 38-44.
48. International Headache Society- IHS. Headache Classification Subcommittee - Classification of Headaches disorders. *Cephalgia* 2004;24(Suppl 1): 1-152.
49. International Headache Society-IHS. Headache Classification Subcommittee. Classification of Headaches disorders. [serial online],[cited 2003 ago 26]. Available from: <http://www.i-h-s.org>.



Vendo certas coisas em retrospecto, na época em que aconteceram me pareciam verdadeiros desastres, mas suas conseqüências se transformaram em elementos estruturadores de um aspecto realmente notável da minha vida e da minha carreira.

Joseph Campbell

Análise crítica dos critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia (SIC-1988 e SIC-2004), das cefaléias da infância e adolescência

Análise crítica dos critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia (SIC-1988 e SIC-2004), das cefaléias da infância e adolescência

Márcia Maria Ferreira Lima

Departamento de Neurologia e Psiquiatria da Faculdade de Medicina - UNESP-
Botucatu-SP -Brasil

INTRODUÇÃO

A dor aflige a humanidade desde os primórdios da vida. Ela é, em suma, uma determinante do sofrimento humano, apresentando um conceito escorregadio, quer seja definida de forma poética, filosófica, religiosa, psicológica ou médica. Definição às vezes infrutífera, mas não se encontrou até agora quem a interpretasse de modo radical ou lhe relatasse em termos definitivos. Um dos melhores esforços em defini-la foi dado pelo Subcomitê de Taxonomia, da Associação Internacional da Dor: dor é uma experiência desagradável, sensorial e emocional, associada à lesão verdadeira ou potencial; ou a descreve assim tal lesão (1).

Na verdade a "dor" pode ser simplificada em uma opinião e, como tal, está impregnada de elementos subjetivos, emoções e vivências, etnias. Toda dor deseja ser contemplada ou, então, não seria sentida. Todos aqueles que pretendem desafiar esse sintoma, têm como tarefa dedicar-se a buscar a verdade do ser humano como paciente e apoderar-se de sua dor (2).

O mesmo ocorre para os pacientes com dor de cabeça (cefaléia). Blau (3), em 1986, advertiu a olhar o paciente como um todo e citou: "...We investigate a patient with a headache - headaches do not occur in vacuo ..." (p. 51).

Com essa compreensão, por fim, será possível tentar aliviar a dor, tratar os pacientes. A história da medicina revela que as classificações começaram a surgir com a finalidade de melhorar o diagnóstico e, por consequência, o tratamento.

Na infância e na adolescência, a dor de cabeça ou cefaléia é um sintoma de alta prevalência, Bille (4), em 1962, no seu estudo clássico, observou a ocorrência de ao menos um episódio de cefaléia em 40% das crianças aos 7 anos e 75% aos 15 anos. Diversos outros estudos populacionais foram realizados e demonstraram uma prevalência de migrânea variável de 2,7% a 22% (5-13).

No Brasil ainda não se têm estudos de prevalência de âmbito nacional. Em Porto Alegre (RS), Barea et al. (14), em 1996, avaliaram 538 estudantes com idades de 10 a 18 anos, utilizando critérios da Sociedade Internacional de Cefaléia (SIC)-1988 (15), e encontraram taxas de prevalência de cefaléia de 82,9%. O diagnóstico de cefaléia do tipo tensional foi dado a 72,8% e de migrânea a 9,9% dos estudantes que apresentavam cefaléia. Predominaram as cefaléias primárias, ou seja, aquelas em que o sintoma "cefaléia" era o principal na doença ou síndrome (no caso das secundárias, a doença ou síndrome é outra, em que uma das manifestações é o sintoma "cefaléia").

Na infância/adolescência, a cefaléia do tipo tensional e a migrânea são os protótipos das cefaléias primárias (14, 16-18). Nos estudos populacionais há o predomínio da cefaléia do tipo tensional (10,12,14,19) e das migrêneas nos estudos dos serviços terciários (21-24). As manifestações migranosas podem ocorrer desde os seis primeiros meses de vida (20,25-27).

O diagnóstico das cefaléias é eminentemente clínico, por meio de uma acurada anamnese, sendo particularmente difícil na infância, principalmente nas crianças de baixa idade (28-30).

Têm sido empregados diversos critérios diagnósticos ao longo da história das classificações (4,5,10,31-41). Em 1988, a classificação da SIC, baseada em critérios operacionais, permitiu a realização de inúmeros trabalhos e pesquisas, nos quais diversos autores comprovaram que estes critérios apresentam alta especificidade, mas baixa sensibilidade (19,21,24,35-41).

Entre as diversas sugestões e propostas de modificação dos critérios da SIC-1988 para a migrânea sem aura na infância, a mais citada foi a redução da duração mínima das crises para uma hora, o que aumentaria a sensibilidade sem prejuízo da especificidade (19,21,24,35-43).

Em 1999, com o Comitê da SIC, iniciaram-se as reuniões para a criação da nova edição da classificação e critérios diagnósticos das cefaléias. Os trabalhos foram concluídos com a apresentação da segunda edição das classificações, em setembro de 2003, durante o Congresso da SIC em Roma (44-46).

Não foi encontrado na literatura nenhum trabalho que tenha empregado os critérios de classificação da SIC -2004. Sendo assim, torna-se necessária a realização de trabalhos científicos que utilizem esses novos critérios para uma análise de sua especificidade e sensibilidade.

O objetivo deste trabalho, portanto, foi analisar criticamente os critérios diagnósticos das cefaléias para infância e adolescência da SIC-1988 e da SIC-2004.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Foram analisados retrospectivamente, 508 prontuários de pacientes atendidos e acompanhados no Ambulatório de Cefaléia da Infância e da Adolescência do HCFM-UNESP-Botucatu, no período de 1992 a 2002, após no mínimo um ano de seguimento clínico ambulatorial.

Na revisão dos prontuários foram excluídos doze pacientes, devido ao preenchimento inadequado do protocolo padronizado para os casos novos (Anexo A) e para os retornos (Anexo B). Foi usado também, como rotina, o Calendário da Dor, para o acompanhamento desses casos (Anexo C). A casuística final foi de 496 indivíduos, com idades até os 15 anos. Não foram incluídos os casos referentes às síndromes periódicas da infância (item 1.5 -SIC-1988 e 1.3-SIC-2004).

Os indivíduos foram caracterizados quanto ao gênero, idade, tempo de duração da dor e o tipo de cefaléia, por três critérios diagnósticos, de acordo com:

- critério diagnóstico padrão (Gold Standard) (DP), mediante diagnóstico clínico intuitivo, onde não é seguido critérios operacionais hierárquicos, e sim a experiência clínica do examinador, a evolução clínica do paciente, seus antecedentes, resposta ao tratamento, diário da dor, etc., não se considerando a duração mínima da dor;
- critérios diagnósticos SIC-1988 (Anexo D);
- critérios diagnósticos da SIC-2003 (Anexo E).

Os três grupos (DP, SIC-1988, SIC-2004) foram comparados por meio de análise estatística, utilizando-se as variáveis Sensibilidade (S), Especificidade (E), Valor Preditivo Positivo (VPP) e Valor Preditivo Negativo (VPN); e segundo as fórmulas/critérios: CLAP - OPS/OMS (47) e de Rouquayrol (48) (Anexo F).

Procedimento ético

Esta pesquisa pode ser considerada sem risco por ter empregado técnica (revisão de prontuários) e método retrospectivos e por não ter realizado nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas, psicológicas e sociais do indivíduo. Foi submetida ao comitê de ética médica do HCFCM - Botucatu - UNESP, recebendo parecer favorável para a sua realização (Anexo G).

RESULTADOS

Dos 496 indivíduos estudados, 261 (52,62%) eram do gênero masculino e 235 (47,38%) do gênero feminino (Figura 1), com idades variando de 2 a 15 anos, com média e respectivo desvio padrão de $9,32 \pm 6,63$ (Figura 2).

Os pacientes foram distribuídos segundo a duração da dor: 27% abaixo de 30 minutos, 20% entre 30 minutos e 1 hora, 32% entre 1 e 2 horas, e acima de 2 horas até 72 horas, como mostra a Figura 3.

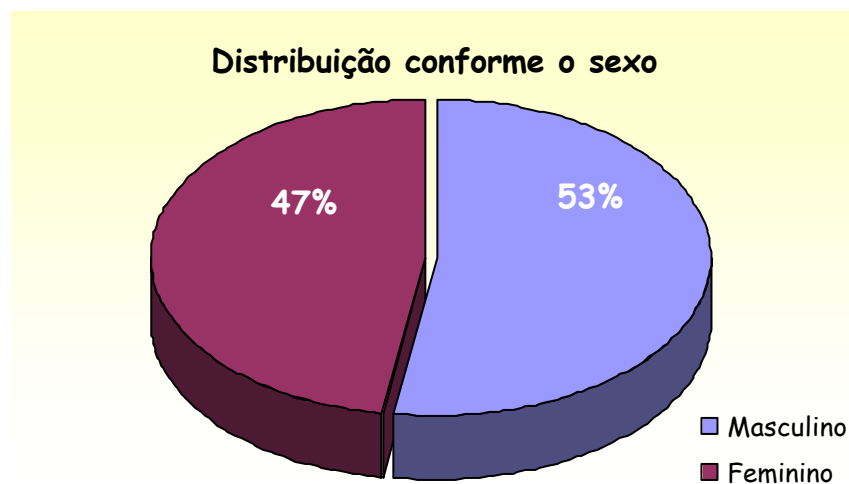


Figura 1 - Distribuição conforme o sexo

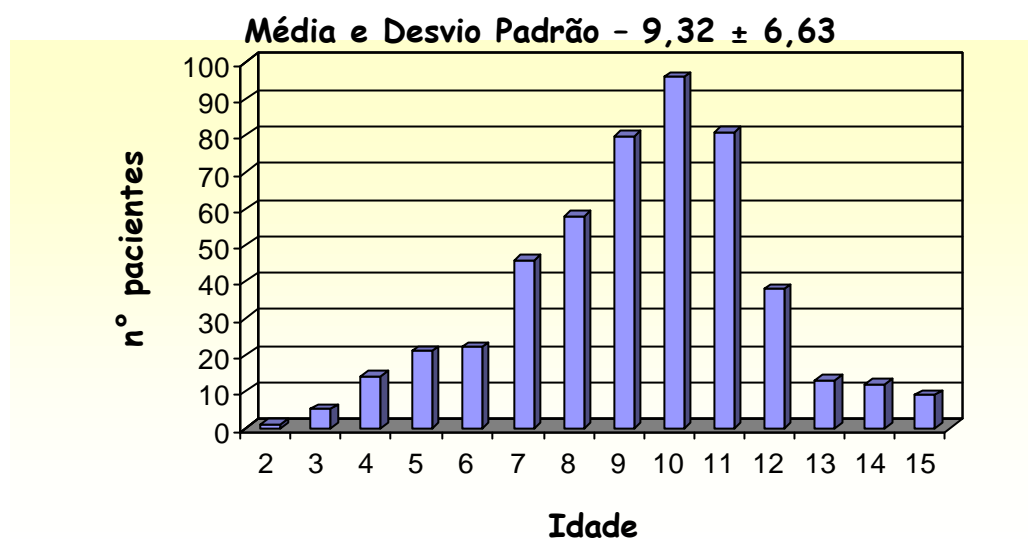


Figura 2 - Distribuição Conforme a idade

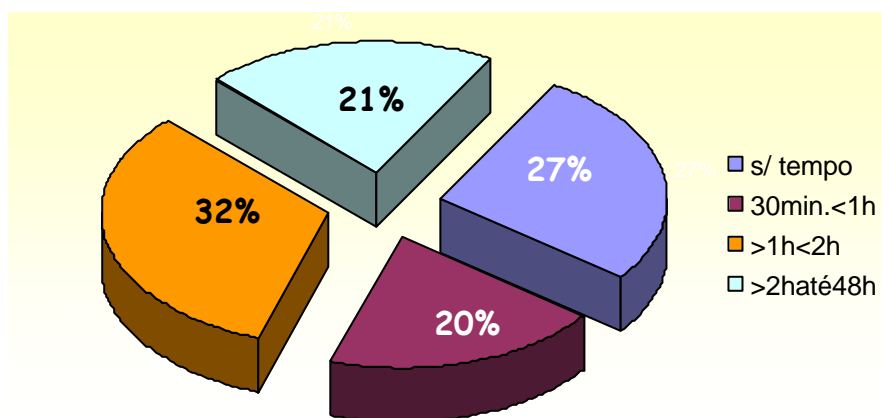


Figura 3 - Distribuição Conforme a duração da dor

Encontrou-se cerca de 93,4% de cefaléias primárias, 4,6% de cefaléias secundárias e 2% de cefaléias não classificáveis.

A distribuição dos pacientes segundo os diagnósticos DP, SIC-1988, SIC-2004, são mostradas nas Tabelas 1, 2 e 3, respectivamente.

Tabela 1 - Distribuição Conforme Diagnóstico Padrão

Diagnósticos-padrão	Número de Casos	
	Absoluto	Relativo
Migrânea sem Aura	260	52,0%
Migrânea com aura	74	15,0%
Migrânea Basilar	9	2,0%
Migrânea com aura Típica	16	3,2%
Cefaléia do Tipo Tensional Crônica	3	0,6%
Cefaléia Tipo Tensional Episódica	90	18,0%
Cefaléia da HIC benigna	1	0,2%
Cefaléia Pós TCE Crônica	5	1,0%
Cefaléia Pós TCE Aguda sem Alterações	15	3,0%
Cefaléia Pós TCE Aguda com Alterações	1	0,2%
Cefaléia por Estímulo Frio	1	0,2%
Cefaléia Idiopática em Facadas	1	0,2%
Cefaléia com Aura e sem Aura	10	2,0%
Cefaléia induzida por Drogas	1	0,2%
Migrânea sem Aura + Cefaléia Tensional	1	0,2%
Cefaléia não classificável	8	2,0%

Tabela 2 - Distribuição conforme Diagnóstico SIC 1988

Diagnósticos	Número de Casos	
	Absoluto	Relativo
Migrânea sem Aura	56	11,0%
Migrânea com aura	21	4,0%
Migrânea Basilar	2	0,4%
Migrânea com aura Típica	4	0,8%
Distúrbio Migranoso que não preenche Critérios	283	57,0%
Cefaléia do Tipo Tensional que não preenche critérios	37	7,5%
Cefaléia do Tipo Tensional Crônica	3	0,6%
Cefaléia Tipo Tensional Episódica	53	10,5%
Cefaléia da HIC benigna	1	0,2%
Cefaléia Pós TCE Crônica	5	1,0%
Cefaléia Pós TCE Aguda sem Alterações	15	3,0%
Cefaléia Pós TCE Aguda com Alterações	1	0,2%
Cefaléia por Estímulo Frio	1	0,2%
Cefaléia Idiopática em Facadas	1	0,2%
Cefaléia com Aura e sem Aura	3	0,5%
Cefaléia induzida por Drogas	1	0,2%
Migrânea sem Aura + Cefaléia Tensional	1	0,2%
Distúrbio Migranoso que não preenche Critérios + Cefaléia tipo Tensional	1	0,2%
Cefaléia não classificável	8	2,0%

Tabela 3 - Distribuição conforme Diagnóstico SIC 2004

Diagnósticos	Número de Casos	
	Absoluto	Relativo
Migrânea sem Aura	139	28,0%
Migrânea com aura	57	12,0%
Migrânea Basilar	5	1,0%
Migrânea com aura Típica	9	2,0%
Distúrbio Migranoso que não preenche Critérios	148	30,0%
Cefaléia do Tipo Tensional que não preenche critérios	37	8,0%
Cefaléia do Tipo Tensional Crônica	3	1,0%
Cefaléia Tipo Tensional Episódica	53	11,0%
Cefaléia da HIC benigna	1	0,2%
Cefaléia Pós TCE Crônica	5	1,0%
Cefaléia Pós TCE Aguda sem Alterações	15	3,0%
Cefaléia Pós TCE Aguda com Alterações	1	0,2%
Cefaléia por Estímulo Frio	1	0,2%
Cefaléia Idiopática em Facadas	1	0,2%
Cefaléia com Aura e sem Aura	5	1,0%
Cefaléia induzida por Drogas	1	0,2%
Migrânea sem Aura + Cefaléia Tensional	1	0,2%
Provável Migrânea com aura e sem aura	5	1,0%
Provável Migrânea sem aura + Cefaléia Tensional freqüente	1	0,2%
Cefaléia não classificável	8	2,0%

A Sensibilidade, Especificidade, Valor Preditivo Positivo e Negativo estão demonstradas na Tabela 4

Tabela 4 - Resultado do Teste Estatístico

	SIC 1988 (%)				SIC 2003 (%)			
	S	E	VPP	VPN	S	E	VPP	VPN
Migrânea sem Aura	21	100	100	53	53	100	100	66
Migrânea com Aura	28	100	100	88	77	100	100	96
Migrânea Basilar	22	100	100	98	55	100	100	99
Mig c/ aura Típica	25	100	100	97	50	99	88	98

S=Sensibilidade E=Especificidade VPP=Valor Preditivo Positivo VPN= Valor PreditivoNegativo

Observou-se que o diagnóstico da SIC-2004 demonstrou alta especificidade e maior sensibilidade com relação às migrêneas, quando comparado ao diagnóstico SIC-1988; embora mantenha uma especificidade baixa quando analisada isoladamente. Não houve diferença significativa entre os demais diagnósticos (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Historicamente, em relação à cefaléia na infância e na adolescência, a classificação realizada pelo Comitê Ad Hoc (49) em 1962, não fazia menção específica a este grupo etário; a classificação SIC-1988 já o incluía, fazendo referência a ele nos comentários, mas somente no que dizia respeito à duração mínima dos episódios da migrânea sem aura, reduzindo o tempo de duração das crises que era de 4 horas (duração nos adultos) para 2 horas.

Vários estudos, mesmo antes da publicação dos critérios da SIC-1988, observaram que a duração das crises na infância era mais breve, e que aumentava simultaneamente com a adolescência (4,7,34). O que também se confirmou durante a validação desses critérios por diversos autores (17,19,21-24,35-41).

Alguns autores têm demonstrado que os critérios da SIC são altamente específicos, mas pouco sensíveis (21-25,35-41). Com isso, alguns consideram que o diagnóstico clínico intuitivo, dado por um especialista, deva ser o diagnóstico padrão (Gold Standard) (17,19,22,32,35). Esta sugestão é aberta a críticas, visto que não haveria um critério padrão homogêneo para a realização do diagnóstico, mas seria considerada válida e empregada em inúmeros trabalhos. Outros autores preferem o emprego dos critérios da SIC-1988 modificados em um ou outro ponto específico (36,39,42).

Na casuística deste trabalho, cerca de 11 a 36% das crianças apresentavam uma duração menor que 2 horas, 27% das crianças tiveram duração das crises de dor abaixo de 30 minutos, 19% duração entre 30 minutos e 1 hora, e 32% duração entre 1 a 2 horas.

Em decorrência disso, muitos dos diagnósticos de migrânea foram classificados como sendo um distúrbio migranoso (pacientes que preenchem todos os critérios da SIC-1988, exceto um) ou como sendo cefaléia não classificável.

Em comparação ao diagnóstico padrão, quando foram usados os critérios da SIC-1988, verificou-se que 57% dos casos (283) receberam o diagnóstico de distúrbio migranoso; e, quando usados os critérios da SIC-2004, 30% (148 casos). Em relação à cefaléia não classificável, notou-se somente 8 casos, sendo este um fato interessante, pois estes indivíduos apresentaram em algum momento da sua história clínica o diagnóstico de neurocisticercose, mas a sua

cefaléia no momento da avaliação clínica não era devido a esta infecção.

Sem dúvida, a grande maioria dos casos classificados como distúrbio migranoso foram relocados para as migrêneas, provavelmente devido ao fato de o critério de duração no diagnóstico padrão ser altamente flexível (duração até abaixo de 30 minutos). Considerou-se que possivelmente as crianças, especialmente as menores, demorem em expressar a dor às mães e quando estas percebem a cefaléia, a dor provavelmente estaria presente a algum tempo, "encurtando" a sua duração total. Em parte, este fato pode justificar os resultados relativamente baixos da Sensibilidade da SIC-1988 da amostra (migrânea sem aura = 21%; migrânea com aura= 28%; migrânea basilar= 22%; migrânea com aura típica= 22%), em comparação a outros autores (35,36), pois esse número fica em torno de 60% para os critérios de classificação da SIC-1988, provavelmente por terem optado por critérios de duração mais restritos que o adotado neste trabalho como padrão. Entretanto, também foram encontrados estudos com Sensibilidade tão baixa quanto 27% (24) resultados semelhantes aos deste trabalho.

Em relação ao diagnóstico de migrânea com aura, a SIC-1988 descreve as características gerais da cefaléia, mas não as relaciona nos critérios diagnósticos, o que também não é citado para a migrânea com aura típica e basilar (15), proporcionando uma livre interpretação para as características da dor de cabeça que ocorreria na migrânea com aura, de modo geral. Alguns autores interpretam que as características distintivas da aura, independente do tipo da cefaléia e do critério utilizado para o diagnóstico, permitiriam que o diagnóstico de migrânea com aura, aura típica e basilar seja feito; outros autores, entretanto, pensam que a cefaléia deveria apresentar características migranosas (24,34,35,41).

Neste estudo verificou-se que os casos de migrânea com aura apresentavam cefaléia do tipo migranosa, pois não se encontrou dor de cabeça com outras características.

Na atual classificação da SIC-2004, observou-se que a duração das crises de cefaléia passaria a ter de 1 a 72 horas para a infância e que a localização poderia ser uni ou bilateral (44-46).

Piovesan e Kowacs (50) comentaram as possíveis mudanças que ocorreriam então na proposta da nova classificação da SIC, observando que em relação à infância haveria a alteração do item síndromes periódicas da infância da posição 1.5 para a 1.3 e que este receberia dois subtipos adicionais: Vômito Cíclico - 1.3.1 e Migrânea Abdominal - 1.3.2, além da persistência do item Vertigem Paroxística da Infância, agora como item 1.3.3 e a exclusão do item Hemiplegia Alternante da Infância, das classificações das cefaléias (44-46).

Foi também definido o item *Aura Típica com Cefaléia Migranosa e*, contemplando outras características algicas, foram definidas e distinguidas outras duas subformas: *Aura Típica com Cefaléia Não Migranosa e Aura Típica Sem Cefaléia*. Além da melhor especificação da *Migrânea Hemiplégica Familiar* e da *Migrânea Hemiplégica Esporádica*, o artigo observa que na vigência de aura com déficit motor, deve-se codificar a migrânea no item da *Migrânea Hemiplégica*; diferentemente da classificação da SIC-1988, que locava este tipo de aura para a *Migrânea com Aura Típica* e não apresentava o item *Migrânea Hemiplégica Esporádica*.

Como alguns autores, neste trabalho não se entende que a migrânea com aura apresente dificuldade diagnóstica (24,41), exceto na descrição do tempo de duração da aura, especialmente no caso de crianças com menor idade, pois muitas

vezes fica indefinida a sua duração, porém, sem deixar dúvidas quanto a sua caracterização.

Por motivos comparacionais, convencionou-se para o teste estatístico neste estudo, manter o nome migrânea com aura típica para a classificação SIC-2004, (que realmente seria a migrânea hemiplégica esporádica). Não foi encontrado nenhum caso da migrânea hemiplégica familiar.

CONCLUSÕES

- Os resultados foram claros em demonstrar que o diagnóstico da SIC-2004 demonstrou alta especificidade e maior sensibilidade com relação as migrêneas, quando comparada ao diagnóstico SIC-1988; embora permaneça com especificidade baixa quando analisada individualmente
- Não houve diferença significativa entre os demais diagnósticos;
- Verificou-se que, ao longo desses 15 anos que separaram a classificação SIC-1988 e SIC-2004, houve um acréscimo no que concerne à cefaléia na infância, além de uma melhor definição das migrêneas com aura e das cefaléias que a acompanham ou não, como também foi dado mais espaço para as síndromes periódicas da infância.



Referências Bibliográficas

Referências Bibliográficas²

1. Hoffert MJ. The neurophysiology of pain. In: Portenoy RK, editor. Neurologic clinics: pain: mechanisms and syndromes. Philadelphia: Saunders; 1989. v. 7, n. 2, p183.
2. Sanvito WL. A dor. In: O colecionador de idéias. São Paulo: Atheneu; 1998. cap. 13, p. 73-76.
3. Blau JN. Headache history, examination, differential diagnosis and especial investigations. In: Handbook of clinical neurology. Amsterdam: Elsevier; 1986. v. 4, p. 43-58.
4. Bille B. Migraine in school children. Acta Paediatr Scand 1962; 51:1-151.
5. Vahlquist B. Migraine in children. Int Arch Allergy 1955; 7:348-55.
6. Dalsgaard-Nielsen T, Engberg-Pedersen H, Holm HE. Clinical and statistical investigation of the epidemiology of migraine. Dan Med Bull 1970; 17:138-48.
7. Deubner DC. An epidemiologic study of migraine and headache in 10-20 years old. Headache 1977; 17:173-80.
8. Waters WE. Community studies of the prevalence of headache. Headache 1974; 9:178-86.
9. Sparks JP. The incidence of migraine in school children Practitioner 1978; 221:407-11.

² Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas. Requisitos uniformes para originais submetidos a revistas biomédicas. National Library Of Medicine. List of journals indexed in Index Medicus, Washington, 2001. 248p.

10. Sillanpää M. Changes in the prevalence of migraine and other headache during the first seven school years. *Headache* 1983; 23: 15-9.
11. Collin C, Hockaday JM, Waters WE. Headache and school absence. *Arch Dis Child* 1985; 60: 245-7.
12. Sillanpää M, Piekkala P, Kero P. Prevalence of headache at preschool age in an unselected population. *Cephalalgia* 1991; 11: 239-42.
13. Lipton RB, Silberstein SD, Stewart WF. An update on the epidemiology of migraine. *Headache* 1994; 34: 319-28.
14. Barea LM, Tanhhouser M, Rota NT. An epidemiologic study of headache among children and adolescents of southern Brazil. *Cephalalgia* 1995; 16: 545-9.
15. Raffaelli JRE, Fariasda Silva W, Martins OJ. Classificação e critérios diagnósticos das cefaléias, neuralgias cranianas e dor facial. São Paulo: Lemos Editorial; 1997. p. 1-108.
16. Barlow CF. Headaches and migraines in childhood. Philadelphia, Spastics International Medical; 1984. 288p. (Clinics in Developmental Medicine n^o, 91).
17. Hockaday JM, Barlow CF. Headache in children. In: Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA, editors. *The headaches*. New York: Raven Press; 1993. p. 795-808.
18. Aromaa M, Sillanpää M, Rautava P, Helenius H. Childhood headache at school entry: a controlled clinical study. *Neurology* 1998; 50:1729-36.
19. Mortimer MJ, Kay J, Jaron A. Epidemiology of headache and childhood

-
- migraine in an urban general practice using Ad Hoc, Vahlquist and IHS criteria. *Dev Med Child Neurol* 1992;34: 1095-101.
20. Chu M, Shinnar S. Headaches in children less than 7 years of age. *Arch Neurol* 1992; 49: 79-82.
21. Wöber-Bingol C, Wöber C, Karwautz A, Vesely C, Wagner-Ennsgraber C, Amminger GP, et al. Diagnosis of headache in childhood and adolescence: a study in 437 patients. *Cephalalgia* 1995; 15: 13-21.
22. Hämäläinen ML, Hoppu K, Santavouri PR. Effect of age on the fulfillment of the HIS criteria for migraine in children at a headache clinic. *Cephalalgia* 1995; 15: 404-9.
23. Gallai V, Sarchelli P, Carbonni F, Benedetti P, Mastropollo C, Puca F. Applicability of the 1988 HIS criteria to headaches patients under the age of 18 years attending 21 Italian clinics. *Headache* 1995; 35: 146-53.
24. Maytal J, Young M, Schechter A, Lipton RB. Pediatric migraine and the IHS criteria. *Neurology* 1997; 48:602-7.
25. Guidetti V, Marioni P, Ottaviano S, Paguarini M, Seri S. Headache risk symptoms in first six months of life. In: Abstracts of the 1st International Headache Congress; Munich; 1983. p 98.
26. Russel JW. Case of migraine with ophthalmoplegia. *BMJ* 1903; 1: 1020.
27. Vahlquist B, Hackzell G. Migraine of early onset: a study of thirty-one cases in which the disease first appeared between one and four years of age. *Acta Paediatr* 1949; 38: 622-36.

28. Raffaelli Júnior E. Cefaléias crônicas e enxaqueca. *Ars Cvrandi* 1979;p.5-46.
29. Silva WF, Valença MOS, Van der Linden AM. Análise crítica dos critérios diagnósticos de enxaqueca. *Neurobiol* 1979; 42: 211-8.
30. Arruda MA, Speciali JG, Ciciarelli MC, Bordini CA. Childhood migraine: diagnostic problems. *Cephalalgia* 1995; 15(Suppl 16):47.
31. Prensky AL. Migraine and migrainous variants in pediatric patients. *Pediatr Clin North Am* 1976; 23:461-71.
32. Prensky AL, Sommer D. Diagnosis and treatment of migraine in children. *Neurology* 1979; 29:509-10.
33. Jay GW, Tomasi LG. Pediatrics headaches: a one year retrospective analysis. *Headache* 1981; 21: 5-9.
34. Congdon PJ, Forsythe WI. Migraine in childhood: a study of 300 children *Dev Med Child Neurol* 1979; 21: 209-16.
35. Arruda MA. Cefaléia crônica na infância: estudo retrospectivo em um ambulatório terciário.[tese]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1999.
36. Cano A, Palomeras E, Alfonso S, Ortega D, Sanz P, Fossas P. Migraine without aura and migrainous disorder in children; International Headache Society (IHS) and revised IHS criteria. *Cephalalgia* 2000; 20(7):617-18.
37. Gladstein J, Holden EW, Peralta L, Raven M. Diagnoses and symptom patterns in children presenting to a pediatric headache clinic. *Headache* 1993; 33: 497-500.

-
38. Seshia SS, Wolstein JR, Adams C, Booth FA, Reggin JD. International Headache Society criteria and childhood headache. *Dev Med Child Neurol* 1994; 36: 419-28.
 39. Metsänhonkala L, Sillanpää M. Migraine in children: an evaluation of the IHS criteria. *Cephalalgia* 1994; 14: 285-90.
 40. Winner DO, Martinez W, Mate L, Bello L. Classification of pediatric migraine proposed revisions to IHS criteria. *Headache* 1995; 35: 407-10.
 41. Gherpelli JLD, Nagae Poetscher LM, Souza AMMH, Bosse EMB, Rabello GD, Diament A, Scaff M. Migraine in childhood and adolescence. A critical study of the diagnostic criteria and the influence of age in clinical findings. *Cephalalgia* 1998; 18: 333-41.
 42. Wöber C, Wöber-Bingöl Ç. Pediatric migraine and the International Headache Society criteria. *Neurology* 1998; 50: 831-2.
 43. Wöber-Bingöl Ç, Wöber C, Wagner-Ennsgraber C, Karwautz A, Vesely C, Zebenholzer K, et al. HIS criteria for migraine and tension-type headache in children and adolescents. *Headache* 1996; 36: 231-8.
 44. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Proposal Review. [serial online]. [cited 2002 jun 29]. Available from: <http://www.i-h-s.org>.
 45. International Headache Society-IHS. Headache Classification Subcommittee - Classification of Headaches disorders. *Cephalalgia* 2004;24(Suppl 1): 1-152.

46. International Headache Society- HIS. Headache Classification Subcommittee - Classification of Headaches disorders.[serial online].[cited 2003 ago 26]. Available from: <http://www.i-h-s.org> .
47. Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano (CLAP). Saúde perinatal. Montevideo : CLAP, OPAS, OMS, 1988.
48. Rouquayrol MZ. Epidemiologia & saúde. 4ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1993.
49. Ad Hoc Committee on classification of headache. Classification of headache. J Am Med Assoc 1962; 179(9):717-8.
50. Piovesan EJ, Kowacs PA. International Headache Society criteria (IHS-2003) what will be change in the primary headaches classification? Migrêneas & Cefaléias 2003; 6(2): 38-44.



Anexos

Anexo A

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU –UNESP CASO NOVO AMBULATÓRIO DE CEFALÉIA

ESCOLARIDADE

Não Frequenta ? Creche ? Pré- escola ? 5º a 8º série ? 1º a 4 série ? Colegial ?

Outros cursos: Línguas ? Computação ? Música ?

Período escolar:

Manhã ?

Tarde ?

Noite ?

Desempenho escolar:

Bom ?

Regular ?

Ruim ?

Nota média

A ? B ? C ?

D ? E ?

Reprovações: Sim ? Não ? Nº _____ Série _____

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Cefaléia: Sim ? Não ? Alergia (Rinite) Sim ? Não ?

Pai ? Quem? _____

Mãe ?

Irmãos ? AVC Sim ? Não ?

Outros ? Quem? _____

ANTECEDENTES PESSOAIS

Gestação: Normal ? Anormal ? _____ Termo ? Pré termo ? _____ Parto Normal ?

Apgar: cesárea ?

Fórceps ?

Complicações: Circular cordão ? infec. Congênita ?

Placenta prévia ? cianose ?

Eclampsia ? Icterícia neonatal ?

Aumento do abdome ?

HISTÓRIA CLÍNICA:

Início da cefaléia: em idades/anos _____ Tempo da duração: _____ minutos

Frequência:

Diária ?	Semanal ?	Mensal ?	Irregular ?	continua ?
+ 1x /semana ?	+ 1x /mês ?	esporádica ?	salvas ?	
< 1 hora ?	1 a 2 h ?	> 2h até 4 h ?	> 4 h até 24 h ?	> 24 horas ?

Localização preferencial:

Unilateral ?	parietal ?	frontal ?
Bilateral ?	occipital ?	vertex ?
Temporal ?	cervical ?	Holocraniana ?

Horário preferencial:

Manhã ?	Sem horário sem preferencial ?
Tarde ?	Madrugada ? Antes do almoço ?
Noite ?	Ao levantar ? Após o almoço ?

Como se inicia: aura: sim ?

não ?

tipo aura: diplopia ? fosfenas ?
 ataxia ? amaurose ?
 embaçamento visual ?
 escotomas ? disartrias ?
 hemianopsia ? parestesia ? face ? membros?
 hemiparesia direita ? completa ?
 esquerda ? incompleta ?
 predomínio braquial ?
 crural ?
 mudança de humor ? _____
 bocejos ? sonolência ?

Outro tipo de cefaléia: sim ?

não ?

Intensidade da dor: fraca ?
 moderada ?
 forte ?
 muito forte ?

Tipo (caráter) da dor: pulsátil (latejante) ?
 compressiva ?
 peso ?
 pontada ?
 indefinido ?

Sintomas/sinais associados

hiperemia conjuntival	?	tremores das mãos	?
lacrimejamento	?	sonolência	?
fotofobia	?	fraqueza	?
escotomas	?	rinorréia	?
escurecimento visual	?	congestão nasal	?
diplopia	?	dor abdominal	?
embaçamento visual	?	dor membros	?

Anexo B

náuseas	?	alt. sensitiva	?
gastrite	?	alt. motoras	?
vômitos	?	irritabilidade	?
edema facial/palpebral	?	dificuldade concentração	?
mãos frias	?	desmaios	?
mãos suadas	?	tremores das mãos	?
hiperemia conjuntival	?	dist. psíquicos	?
		dores pernas	?

Fenômenos pós-cefaléia:	sonolência	?
	astenia	?
	excitação	?
	diarréia	?
	obstipação	?
	poliúria	?
	olidipsia	?
	outros	? _____

Fatores de melhora:

	repouso	?	vômito	?
sim ?	escuro	?	analgésico	?
não ?	sono	?	posição da cabeça	?
	compressão local	?	fim de semana	?
	frio local	?	anticoncepcional	?
	calor local	?	gestação	?
	silêncio	?	outro	? _____

Fatores de piora:	luz	?	odores	?
	ruído	?	evacuação	?
	atividade física	?	álcool	?

Anexo B

atividade mental	?	tosse	?
mov. da cabeça	?	outros	? _____

Fatores precipitantes:

	exposição ao sol	?	fome	?
sim ?	barulho	?	frio	?
não ?	exercício	?	sorvete	?
	privação sono	?	andar em veículos	?
	alimentos	? _____		

Relação com a menstruação: pré ?
intra ?
pós ?
per. ovulatório ?

Interferência nas atividades: escolares ?
lúdicas ?
alimentação/apetite ?

Alterações do sono: acorda com dor ? _____
sono agitado ? _____
bruxismo ? _____
terror noturno ? _____
enurese ? _____
nenhuma ? _____
sonambulismo ? _____
sonilóquio ? _____
início ? _____
freq. _____

TRATAMENTO ANTERIOR

		Dosagem
Fase sintomática:	derivados do ergot	? _____ Tempo uso _____ meses:
	AAS	? _____ Tempo uso _____ meses:
	acetaminofen	? _____ Tempo uso _____ meses:
	anti-espasmódicos	? _____ Tempo uso _____ meses:
	dipiroma	? _____ Tempo uso _____ meses:
	metoclopramida	? _____ Tempo uso _____ meses:
	domperidona	? _____ Tempo uso _____ meses:
	outros	? _____ Tempo uso _____ meses:

		Dosagem
Fase profilática:	propranolol	? _____ Tempo uso _____ meses:
	pizotifeno	? _____ Tempo uso _____ meses:
	anti-histamínicos	? _____ Tempo uso _____ meses:
	anti-inflamatórios	? _____ Tempo uso _____ meses:
	corticosteróides	? _____ Tempo uso _____ meses:
	antidepressivos	? _____ Tempo uso _____ meses:
	bloq. de canais de cálcio	? _____ Tempo uso _____ meses:
	drogas anti-epilépticos	? _____ Tempo uso _____ meses:
	ciproheptadina	? _____ Tempo uso _____ meses:

outras medidas terapêuticas e orientações: _____

Resposta terapêutica: excelente (>75% crises)	?
boa (redução 50-75%)	?
regular (redução 25-50%)	?
ruim (redução <25% piora ou sem resposta)	?

Força muscular:

normal ?

alterado ? _____

reflexos profundos: descreva

coordenação motora: descreva

sensibilidade: descreva

anotar as síndromes neurológicas encontradas:

diagnóstico (inicial):

Principal:

diagnóstico secundário:

Exames subsidiários:

Laboratório:

Hemograma	?
Parasitológico fezes	?
Urina	?
Liquor	?
Uréia	?
Glicemia	?
f. hepática	?

Neuro Imagem:

RX crânio	?
T.C. crânio-encéfalo	?
Angiografia cerebral	?
RX suor face	?
RX coluna	?
SPECT	?

Neurofisiológico:

EEG

potencial evocado _____

Interconsulta: OFL ? ORL ? Psicol ? outras ? _____

TRATAMENTO:

Tratamento de cefaléia na fase aguda:

Sintomáticos → derivados do Ergot ? dose _____
 AAS ? _____
 acetaminofen ? _____
 dipirona ? _____
 combinados ? _____

Tratamento Profilático:

pizotifeno ? dose _____ por _____ meses
 propranolol ? _____ por _____ meses
 anti-histamínicos ? _____ por _____ meses
 anti-inflamatórios ? _____ por _____ meses
 corti costeróides ? _____ por _____ meses
 bloq. de canais de cálcio ? _____ por _____ meses
 drogas antiepilépticas ? _____ por _____ meses
 antidepressivos ? _____ por _____ meses
 acetazolamida ? _____ por _____ meses
 ciproheptadina ? _____ por _____ meses

Outras medidas terapêuticas: sim ? _____
 não ? _____

Calendário da dor: sim ? **Retorno:** _____
 não ?

Anexo B

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU –UNESP RETORNO AMBULATÓRIO DE CEFALÉIA

IDENTIFICAÇÃO

Nome: RG: Idade: Data:

/ /

Informante:

História da cefaléia atualmente

dose

tempo de uso

Tratamento Sintomático: Sim ? _____

Não ?

Tratamento Profilático: Sim ? _____

Não ?

Resposta Terapêutica

Excelente (Redução > 75% das crises) ?

Boa (Redução entre 50 75%) ?

Regular (Redução entre 25 e 50%) ?

Ruim (Abaixo de 25%, sem resposta, piora) ?

Nível cognitiva: bom ? médio ? limítrofe ? D.M. ?

Exame Neurológico:

Alterado ? especificar: _____
 Normal ? F.O
 Anormal ?

Exames subsidiários:

	NI	anl	descreva as alterações
Laboratório: Hemograma	?	?	
Parasitológico fezes	?	?	
Urina	?	?	
Liquor	?	?	
Uréia	?	?	
Glicemia	?	?	
f. hepática	?	?	

Neuro Imagem:	nl	anl
RX crânio	?	?
T.C. crânio-encéfalo	?	?
Angiografia cerebral	?	?
RX suor face	?	?
RX coluna	?	?
SPECT	?	?

Neurofisiológico:

EEG _____

potencial evocado _____

Interconsulta: OFL ? ORL ? Psicol ? outras ? _____

Tempo de segmento: _____ meses

Número de consultas até o momento: _____

Observações adicionais _____

Diagnóstico principal: _____

Diagnóstico secundário: _____

Conduta: Retorno ? ? em _____ meses
Alta ? ?

Terapêutica sintomática:

Sim ?
Não ?
Suspender ?

Descreva:

Nova ? _____
Mantida ? _____

Terapêutica profilática:

Sim ?
Não ?
Suspender ?

Descreva:

Nova ? _____
Mantida ? _____

Exames subsidiários

Laboratoriais sim ? não ?
Neuroimagem sim ? não ?
Neurofisiologia sim ? não ?
Interconsulta sim ? não ?

Descreva

Outras orientações: _____

Anexo C

CALENDÁRIO DA DOR – CEFALÉIA

NOME: _____ IDADE: _____

RG.HC _____

MÊS:

	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	SOMA
Madrugada (-6h)																																
Manhã (6-12h)																																
Tarde (12-18h)																																
Noite (18-24h)																																
Menstruação																																
Intensidade da dor	Muito forte																															
	Forte																															
	Media																															
	Fraca																															
Medicação																																
Fator desencadeante																																
Outro sintoma																																
Medicação usada no dia																																
Medicamento																																
Indicar qual fator desencadeante e o dia																																
Comida ? Chocolate ? Ovo ? Perfume ? Barulho ? Luz ? Estresse ? Sono ?																																
Outro ?																																
Outros Sintomas:																																

Anexo D e E

consultar o site: www.i-h-s.org ou o arquivo
na contracapa

Anexo F

Teste	Doença		Resultado do Teste (total)
	Presente	Ausente	
Positivo	a (Correto Positivo)	c (Falso Positivo)	a+c (Teste Positivo)
Negativo	b (Falso Negativo)	d (Correto Negativo)	b+d (Teste Negativo)
Resultado Total	a+b (Doente)	c+d (Não-doente)	N

Sensibilidade =

$$\frac{a}{a+b}$$

Probabilidade do teste ser positivo quando o paciente é sabidamente doente

Especificidade =

$$\frac{d}{c+d}$$

Probabilidade do teste ser negativo quando o paciente tem ausência de dor

Preditividade Positiva =

$$\frac{a}{a+c}$$

Probabilidade do teste ser correto quando ele é positivo

Preditividade Negativa =

$$\frac{d}{b+d}$$

Probabilidade do teste ser correto quando ele é negativo

Anexo G



Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 6802-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
e-mail Presidência: mibvianna@uol.com.br



Registrado no Ministério da Saúde em 30 de
abril de 1997

Botucatu, 07 de abril de 2.003

OF.120/2003-CEP
MJBV/asc

Ilustríssimo Senhor
Prof. Dr. Marcos Augusto Moraes Silva
Departamento de Cirurgia e Ortopedia da
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezado Dr. Marcos,

De ordem da Senhora Coordenadora deste CEP, informo que o Projeto de Pesquisa "**Análise crítica dos critérios diagnósticos da cefaléia na infância e da adolescência**", de autoria de Márcia Maria Ferreira Lima, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer **favorável**, aprovado em reunião de 07/04/2003

Sendo só para o momento, aproveito o ensejo para renovar os protestos de elevada estima e distinta consideração.

Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP