


DM
RIBEIRO/T. 1

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA
MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

**QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM CEFALÉIAS
CRÓNICAS**

TERESA PAULA RIBEIRO
LISBOA, 2001

 ISPA Instituto Superior de Psicologia Aplicada
Centro de
Documentação
Registo: 14511
Data: 17/11/03
Tel.: 21 881 17 50 • bibispa@ispa.pt

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação
do **Prof. Doutor José Luis Pais Ribeiro**,
apresentada no **Instituto Superior de Psicologia
Aplicada** para obtenção do grau de **Mestre** na
especialidade de **Psicologia da Saúde** conforme
Portaria nº 107/97 de 17 de Fevereiro, para dar
satisfação ao ponto “b” do nº 2 do Artº 5 do Decreto
Lei nº 216/92 de 13 de Outubro.

Agradecimentos

Ao chegar ao final deste mestrado, tenho plena consciência e alguma satisfação, em perceber que mais um objectivo, dos inúmeros que me proponho, foi alcançado.

No entanto, olhando para trás vejo que nem tudo foi fácil, e que felizmente pude contar com o apoio, amizade, compreensão e carinho de algumas pessoas que não devem ser esquecidas, e que aqui quero desde já deixar o meu **muito obrigado!**

Ao Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro, pelo seu apoio, disponibilidade, colaboração e empenho na realização desta tese.

À Professora Doutora Isabel Pavão Martins, pela sua receptividade, colaboração e simpatia na forma como sempre me recebeu e apoiou.

Aos meus pais, pelo carinho, apoio e formação que sempre me transmitiram ao longo da vida e especialmente em todo o meu trajecto académico.

Aos meus manos, por a credibilidade que sempre depositaram em mim, mesmo nas alturas mais difíceis.

Ao meu marido, por toda a paciência, apoio, dedicação, carinho, amizade e amor com que sempre me presenteou.

À minha amiga Margarida que mais uma vez demonstrou com o seu apoio e colaboração a enorme amizade que nos une.

E a todas as outras pessoas que me ajudaram a realizar esta tese... obrigado!

Abstract

Introduction: Chronic headache may affect the patients quality of life. However, this consequence depends of the interaction with others variables.

Goals: In this work we evaluated depressions, diagnostic and inability effects caused by headache in the patients quality of life with chronic headache.

Method: Evaluations on consecutive patients with chronic headache were made, followed by headache consultacion. After written approval, the patients were interviewed and three forms were performed: quality of life scale (MSQOL, Wagner et all., 1996), Zung's depression scale (Zung, 1965) and a last scale to evaluate the incapacity caused by migraines (MIDAS, Innovative medical research inc.,1997).The clinical and biographic data of each patient was taken at the interview.

Presently, 100 patients were evaluated, mostly females (82%), aged between 15 and 65 years old. Most of the patients suffered of migraines (50%) with or without aura, or cronic headache (39%). Most of the participants (73%) were employed and had more of five years of school frequency (45%).

Results: The final results on the patients with headache and cronic headache quality of life are significant. A thin relationship between quality of life and depression seems to exist, so as tendency to the scale punctuation be associated to the school frequency and patients age diagnosis. But, we can only assume that it happens due to interaction of others variables.

Resumo

Introdução: As cefaleias crônicas podem afectar a qualidade de vida dos pacientes. Contudo, este efeito depende da interacção de outras variáveis.

Objectivo: Neste estudo pretende-se avaliar o efeito da depressão, do diagnóstico e da incapacidade causada pelas cefaleias na qualidade de vida dos pacientes com cefaleias crônicas.

Método: Foram avaliados pacientes consecutivos com cefaleias crônicas, seguidos em consulta de cefaleias. Após consentimento escrito, os doentes eram entrevistados sendo preenchidos três questionários: escala de qualidade de vida (MSQOL, Wagner et al., 1996), escala de depressão de Zung (Zung, 1965) e a escala para avaliação da incapacidade causada pela enxaqueca (MIDAS, Innovative medical research inc., 1997). Os dados clínicos e biográficos de cada paciente foram recolhidos em consulta.

Foram avaliados 100 pacientes, a maioria (82%) do sexo feminino, de idades compreendidas entre os 15 e os 65 anos. A maioria dos pacientes sofriam ou de enxaqueca (50%) com ou sem aura, ou de cefaleia de tensão (39%). A maior parte dos participantes (73%) estavam empregados e tinham mais de 5 anos de escolaridade (45%).

Resultados: Os resultados na escala de qualidade de vida dos pacientes com enxaquecas e com cefaleias de tensão foram significativos. Existia uma relação estreita entre a depressão e a qualidade de vida, tal como uma tendência para a pontuação na escala se associar à escolaridade e idade do paciente. Mas, não se podem assumir resultados sem se contar com a interacção de todas as variáveis.

ÍNDICE

I – Introdução	2
II – Fundamentação Teórica:	
1 – Epidemiologia – estudos de prevalência	4
1.1 - Fisiopatologia	7
1.2 – Tratamento	13
2 – Classificação e tipo de cefaleias	
2.1 - Diagnóstico diferencial:	16
Enxaqueca	18
Cefaleias de tensão	21
Cefaleias em salvas	23
Abuso medicamentoso	25
3 - Comparação entre as Enxaquecas e as Cefaleias de Tensão	26
4 –Qualidade de Vida	33 ³²
5 – Objectivos do estudo	43
II – Método:	
Participantes	44
Material	45
Procedimento	48
III – Resultados	49
IV - Discussão	58
V – Referências	
VI – Anexos	

I – INTRODUÇÃO

A cefaleia tem vindo a acompanhar o Homem ao longo da sua existência, encontrando-se vestígios históricos da técnica para debelá-la desde a trepanação do crânio nos tempos neolíticos (praticada para este fim ainda no século XVII) às prescrições impressas em antigos papiros egípcios. O objectivo deste estudo é avaliar o impacto das cefaleias na vida dos seus sofredores.

Deste modo, emergem questões de investigação baseadas na qualidade de vida destes pacientes, que dependem da interacção de outras variáveis, tais como: a escolaridade, a ocupação, a frequência e intensidade das crises, o estado emocional (pode estar mais ou menos debilitado) e outras. Neste estudo pretende-se avaliar o efeito da depressão, do diagnóstico e da incapacidade causada pelas cefaleias na qualidade de vida dos pacientes com cefaleias crónicas.

A qualidade de vida pode ser definida como sendo uma percepção subjectiva, dependendo de inúmeros factores, tais como: crenças, valores, objectivos, expectativas, estabilidade emocional e física de cada paciente.

Devido ao facto de existirem vários tipos de cefaleias, torna-se importante analisar especificamente o impacto do diagnóstico na qualidade de vida destes doentes; visto esta relação não ser bem conhecida.

As cefaleias analisadas neste estudo, são as cefaleias primárias - visto não serem consequência de nenhuma outra doença. Podem sub-dividir-se em vários sub-tipos, sendo os mais importantes: enxaquecas (“migraine”), cefaleias de tensão e cefaleias em salvas. Devido à raridade dos outros tipos de cefaleias na população, este trabalho focou-se, essencialmente, nas cefaleias de tensão e na enxaqueca.

A população deste estudo é formada por 100 pacientes consecutivos, com cefaleias, provindos do Hospital de Santa Maria em Lisboa, mais especificamente da consulta da cefaleias do serviço de Neurologia, seguidos pela Professora Doutora Isabel Pavão

Martins. Após um consentimento informado e por escrito e a recolha de dados clínicos e biográficos necessários, os pacientes foram entrevistados tendo sido preenchidos três questionários: a escala de qualidade de vida (MSQOL, Wagner, et. Al 1996 – anexo nº 4) a escala de depressão (Zung, 1965 – anexo nº5) e a escala para avaliação da incapacidade causada pela enxaqueca (MIDAS, Innovative medical research inc., 1997 – anexo nº6).

Para a realização deste estudo, consultou-se uma abrangente e diversificada literatura onde se pôde verificar que existem inúmeros estudos realizados no âmbito das cefaleias mas com objectivos diferenciados.

A pertinência deste estudo recai sobre o facto da qualidade de vida ser afectada por vários factores nomeadamente as doenças crónicas; por as cefaleias afectarem a qualidade de vida tanto quanto uma incapacidade física; por não existirem estudos em Portugal nesta área, adaptados à especificidade da população portuguesa; e por se tentar avaliar e controlar variáveis que possam influenciar a qualidade de vida dos pacientes em questão.

Em resumo, este estudo propõe-se avaliar o impacto das cefaleias crónicas na qualidade de vida dos pacientes; ou seja, tentar-se-á verificar se as cefaleias crónicas influenciam a vida quotidiana dos pacientes.

II – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1 - EPIDEMIOLOGIA – Estudos de prevalência

A nível epidemiológico, o único estudo elaborado em Portugal sobre cefaleias foi em 1995, e foi realizado pelo Dr. José Maria Pereira Monteiro, segundo os critérios de diagnóstico e classificação da Commission Ad Hoc of National Institutes of Health (NIH), de 1962.

Neste estudo, para uma melhor análise estatística foram efectuados 5 grupos distintos: cefaleias de tensão, cefaleias combinadas ou mistas, enxaqueca, outras cefaleias, e, um grupo sem cefaleias. A distribuição na população portuguesa é muito idêntica a estudos similares noutras populações e aponta para um franco predomínio das cefaleias de tensão (62,5 %), sendo seguidas por as cefaleias combinadas (casos em que aparecem mais do que um tipo de cefaleia), que representam o segundo maior grupo (12,1 %), aparecendo só depois com um valor reduzido, as enxaquecas com (8,8 %), seguidas do grupo de outras formas de cefaleias (que incluem todas as cefaleias sintomáticas), e que representam 5,3%. De referir que o grupo sem cefaleias, ou seja, o grupo de sujeitos que nega a existência de qualquer tipo de cefaleias representa somente 11,4% da população inquirida.

Segundo Krymchantowski (1996), a cefaleia de tensão atinge aproximadamente 90% das mulheres e 67% dos homens durante toda a sua vida.

Solomon (1994) refere também estudos epidemiológicos recentes, que apontam para cerca de 11 milhões de americanos (8,7 milhões de mulheres e 2,6 milhões de homens), sofredores de cefaleias moderadas e/ou severas.

Silberstein (1998) afirma que a prevalência das cefaleias de tensão na população não está muito clara, no entanto Gilbar e Bazak (1998) realizaram um estudo a 26 homens e a 65 mulheres com cefaleias, para perceberem a diferença entre os sexos no que se refere às

cefaleias. Estes autores referem uma investigação onde se discutem as diferenças entre homens e mulheres com cefaleias, referentes ao seu comportamento, estilo de vida e saúde. Neste estudo, foram assim encontradas diferenças significativas nos sintomas psicossomáticos onde o sexo feminino demonstra níveis mais elevados que o sexo masculino.

Assim, Gilbar et al., apresentaram resultados coincidentes com o estudo referido: a nível estatístico, não surgem diferenças entre homens e mulheres na frequência das crises, tendo as mulheres sintomas psicológicos mais marcados do que os homens. Somente a nível da somatização e depressão, é que se podem denotar algumas diferenças nas estatísticas.

O que nos leva a pensar, que as mulheres sofredoras de cefaleias, experienciam mais depressões severas e mais síndromas somáticos, devido à sua diferente maneira de reagir às situações de "stress".

Lavabos e Tenham (1998) tentaram descrever a importância das cefaleias de tensão em Santiago, no Chile, analisando o predomínio de traços clínicos e o impacto por a idade, sexo e estatuto sócio-económico.

O estudo decorreu em 1993, e constavam de um questionário a 1540 adultos (com mais de 14 anos). As questões eram associadas à intensidade, frequência, localização, duração e outros sintomas das cefaleias e ainda, o impacto no trabalho e na vida social dos pacientes. De relembrar que o diagnóstico das cefaleias de tensão foi determinado de acordo com a International Headache Society de 1988. Os resultados apontam para a prevalência de 26,9% de prevalência, sendo 35,2% nas mulheres e 18,1% nos homens.

Pôde-se ainda verificar que não há variação significativa na prevalência com a idade ou estatuto sócio-económico, excepto na cefaleia de tensão crónica, que apresenta um ligeiro aumento com a idade.

Como conclusão, estes autores afirmam que a cefaleia de tensão é predominante nos adultos de Santiago, o que vem de acordo com estudos anteriores e metodologias similares.

Num estudo realizado por Schwartz et all. (1998) a 13345 sujeitos com cefaleias episódicas, com o objectivo de diferenciar as cefaleias de tensão episódicas e as cefaleias de tensão crónicas, centrou-se na amostra de modo a descrever as diferenças existentes num ano de prevalência, acerca do sexo, idade, educação e raça; e ainda, para descrever a frequência e a intensidade dolorosa das crises. Os resultados deste estudo revelaram que no ano anterior ao estudo, a prevalência de cefaleias de tensão episódicas, era de 38.3% e que a sua prevalência era superior nas mulheres do que nos homens, tendo em conta todas as variáveis acima indicadas.

Como conclusão, pode-se afirmar que as cefaleias de tensão episódicas têm impacto no trabalho, na escola e em casa, mas como atingem pessoas que não mudam a sua vida quotidiana (visto que as cefaleias já fazem parte dela), o impacto não é tão significativo como nas cefaleias de tensão crónicas. A questão é que nestas últimas, apesar da frequência ser menor, resultam num maior impacto, já que as pessoas têm que modificar toda a sua vida quotidiana.

De modo a perceber melhor a localização da dor nas cefaleias de tensão, Peterson et all. (1995) realizaram um estudo onde pretendem relacionar a localização da dor com os níveis de contração muscular registados no electromiograma (EMG) - aparelho que mede as contrações musculares - nos sujeitos com cefaleias de tensão. O estudo foi realizado em 73 sujeitos com cefaleias de tensão isoladas ou associadas a enxaquecas. Os critérios diagnósticos de cefaleias foram os utilizados pela a IHS (International Headache Society). Os resultados foram equivalentes com outros anteriormente elaborados, e apontam para a não existência de correlação entre os níveis de EMG e a tensão nos músculos. Um ponto interessante salientado por estes autores, é que o músculo temporal é onde se encontravam níveis mais altos de contrações musculares e também os mais altos níveis de dor.

Jensen et all. (1996), realizaram um estudo de modo a elucidar sobre a importância dos factores musculares nas cefaleias de tensão crónicas. Assim, tentou-se examinar a percepção da dor nos doentes com cefaleia de tensão, com ou sem perturbações

musculares. Foram examinados 28 pacientes com cefaleia de tensão episódica, 28 com cefaleia de tensão crónica e 30 no grupo de controle. A detecção da pressão e tolerância da dor, de localização cefálica e extra-cefálica, é registada com um aparelho de pressão eléctrico. Os resultados deste estudo, apontam para um baixo limiar de pressão na detecção da dor, em todas as localizações examinadas nos pacientes com cefaleia de tensão crónica com perturbações musculares, comparadas com os pacientes sem perturbações musculares.

Surgem algumas controvérsias acerca da ideia de que as cefaleias de tensão seriam a representação de um quadro de fibromialgia de estruturas pericranianas, visto apresentarem também disfunção motora, pontos ou áreas mais dolorosos e alívio com a infiltração de “pontos de gatilho”.

Vingen et all. (1998) apresentaram um estudo acerca do efeito da luz e do som nos pacientes com cefaleias. Os pacientes foram divididos em 3 grupos: 26 com cefaleias cervicogénicas, 40 com cefaleias de tensão e 100 sem dores de cabeça (grupo de controle). Nenhum dos grupos mostrou diferença significativa à fotofobia e fonofobia, mas os 2 grupos mostraram maior sensibilidade à luz e ao som que o de controle. Os pacientes com cefaleias de tensão, apresentam mais fotofobia e fonofobia, durante as crises.

1.1 – Fisiopatologia

Durante muito tempo, pensava-se que as cefaleias de tensão, eram causadas pela contracção muscular exagerada, anormal dos músculos do segmento cefálico.

Pensou-se que esta contracção poderia provocar isquemia de tecidos e levar a uma cefaleia vascular secundária. No entanto, actualmente sabe-se que os portadores de enxaqueca, podem ter maiores graus de contracção muscular do que os doentes com cefaleia de tensão, e que o grau desta contracção não está directamente relacionado com a presença da cefaleia.

Partindo desse pressuposto, as causas poderiam ser: má postura, uma anormal posição de cabeça ou pescoço por longos períodos de tempo, artrites (especialmente as cervicais), anomalias dos músculos do pescoço, problemas a nível visual, má regulação dos dentes ou maxilares, ruído e iluminação artificial.

Nas causas parecem também estar envolvidos aspectos relacionados com neurotransmissores e sensibilização neuronal de vias centrais e periféricas de condução dolorosa, assim como alterações da modulação e de controle de informações referentes à dor.

Mas, se os factores físicos têm importância, os emocionais como a ansiedade e a depressão, também têm, visto estes poderem apontar para dificuldades no trabalho e na vida pessoal.

Neste contexto, Gottesman e Reich (1993) referem que a ansiedade, o “stress”, a raiva e a frustração podem estar associados a episódios de cefaleias de tensão. O que não quer dizer, segundo os mesmos, que a causa fundamental das cefaleias de tensão seja uma patologia psicológica, mas sim que os factores psicológicos podem ser uma condição suficiente, mas não necessária para que a cefaleia se manifeste.

Se as cefaleias estão associadas à ansiedade, podem surgir episódios de insónia inicial, ou seja, dificuldade em adormecer; se estão associadas à depressão, relacionam-se predominantemente à insónia terminal, que consiste em acordar frequentemente durante a noite ou acordar antes de se querer de manhã, ou ainda, dormir excessivamente.

Muitas pessoas que sofrem de cefaleia de tensão crónica, associada à depressão, descrevem outros sintomas:

- sentimento de culpa
- desespero
- medo de uma doença física / mental, ou da morte
- concentração fraca, pouca ambição, desinteresse na vida, indecisão e fraca memória

No que respeita à depressão, existem diferentes tipos, sendo o mais típico e usual, a depressão reactiva. Deste modo, o mal estar pode estar associado a sentimentos

psicológicos, que podem afectar a vida profissional quotidiana , conduzindo à depressão. No caso de se perder alguém (fim de uma relação ou morte), surge uma grande tristeza, mágoa e ansiedade, que por si podem ser as causas da cefaleia de tensão crónica. Neste caso, a cefaleia vai somente alertar para um problema, que merece atenção.

No entanto, Silberstein (1993), afirma que a depressão pode ser o resultado e não a causa da dor crónica, mas refere ainda, que existem autores certos de que as cefaleias de tensão crónicas podem ocultar a depressão, ou outras sérias desordens emocionais. Em estudos referidos por os mesmos, refere-se que 84 % de pacientes depressivos queixam-se de cefaleias; mas a fonte desta população, na opinião dos autores, não é muito clara.

Clark e outros, referidos por Gobel (1995), realizaram um estudo para verificar a relação entre cefaleias de tensão, "stress", músculos temporais e actividade física, durante um período de 6 dias. A actividade física e os músculos temporais não aparecem correlacionados com a cefaleia, mas surge uma significativa correlação positiva entre a cefaleia e o "stress". Assim, pode-se talvez, deduzir que o "stress" pode ter um certo efeito no decurso das crises nas cefaleias. Deste modo, pode-se afirmar que a redução do "stress" por aplicação de técnicas de relaxamento e regulação da rotina diária, é um passo importante para o tratamento não médico das cefaleias.

Gottesman e Reich (1993) referem que os clínicos desde há muito tempo, se dedicam ao estudo da alta incidência do "stress" e da depressão nas cefaleias de tensão, pelo menos, desde o tempo de Sigmund Freud que postulou que o conflito inconsciente era evidente nas cefaleias. Friedman referido por este autor, analisou 100 casos de sofredores de cefaleias de tensão, e concluiu que os factores emocionais estão sempre presentes.

Ficek et all. (1995), afirmam que o "stress" é frequentemente identificado como um factor recorrente nas cefaleias de tensão. A maioria dos estudos realizados neste campo, têm em atenção as respostas psicofisiológicas dadas, perante um factor de "stress" presente em laboratório (tarefas vigiadas, situações imaginadas, etc).

Mas, os resultados não são consistentes: alguns apontam para as diferenças de "stress" e outras não; mas a evidência aponta para poucas ou nenhuma diferenças entre os sujeitos

com cefaleias e os sujeitos do grupo de controle, em experiências de laboratório. O que leva este autor a admitir diferenças entre estudos realizados dentro e fora do laboratório...

No que concerne à enxaqueca, esta é considerada por alguns autores, como cefaleia "vascular", na qual os vasos sanguíneos cerebrais, se dilatam e estimulam as terminações nervosas adjacentes; a sua causa é provavelmente genética e desencadeia a libertação de substâncias químicas.

Actualmente, já se aceita o facto de as enxaquecas, poderem ser doenças ou distúrbios cerebrais (possivelmente até herdados geneticamente através do cromossoma 19), que se manifestariam de forma intermitente, quando algum (ou alguns) factores, actuassem ou interferissem na normalidade do córtex cerebral, do hipotálamo, ou de ambos.

Silberstein (1993), refere um estudo em Zurique, onde se concluiu que não havia evidência de associação da ansiedade e da depressão, contrastando com a associação da ansiedade e depressão nos pacientes com enxaqueca, e de distúrbios psicológicos nos pacientes com cefaleia crónica diária.

Ficek (1995), refere autores que investigaram a relação entre a vida com "stress" e as cefaleias, avaliando-os com o "Daily Hassles", que consiste numa avaliação retrospectiva sobre o modo como os sujeitos avaliam o impacto de acontecimentos menores como: ficar preso no trânsito ou chegar atrasado a um compromisso.

Os resultados deste estudo, indicam que os sofredores de cefaleias relatam que as situações por eles experienciadas, causam um significativo aumento de "stress" quando comparadas com os sujeitos do grupo de controle.

Neste contexto, Fickey (1995), realizou estudos dentro e fora do laboratório, com pacientes sofredores de cefaleias de tensão. Dentro do laboratório, não foram encontradas diferenças nos níveis de EMG e nos valores cardíacos; e os pacientes com cefaleias não foram mais reactivos. Fora do laboratório, os resultados apontam para que os sofredores de cefaleias, apresentem uma maior frequência de ocorrências de acontecimentos de "stress" e estes eventos causam-lhes mais "stress" do que aos sujeitos do grupo de controle.

Em resumo, os resultados deste estudo estão de acordo com estudos anteriores quer fora, quer dentro do laboratório: existe uma evidência de que os sujeitos com cefaleias de tensão e os sujeitos do grupo de controle, respondem de maneira diferente a situações de "stress" em laboratório, mas as diferenças mais fortes e evidentes, correspondem a situações fora do laboratório.

Assim, as fases de "stress" e/ou excesso de actividades podem desencadear episódios de cefaleia de tensão, mas, não existem cefaleias de evolução frequente e intensa que possa advir apenas destes factores. É como que uma associação destes factores com outros já existentes.

Os mecanismos de dor nas cefaleias de tensão, são explicados segundo diferentes correntes teóricas que em seguida vão ser sumariamente apresentadas.

Teoria Periférica - Esta teoria assenta no facto da dor ter uma origem muscular pericraniana, essencialmente devido à contracção / compressão dos músculos.

A apoiar esta teoria, surgem estudos tentando fundamentar uma relação entre a dor e a contracção muscular (atrás referidos); e experiências de pressão directa do couro cabeludo (com a ajuda de um algómetro de pressão).

Teoria de Dor Psicogénea - Esta teoria defende a co-existência de factores físicos e psicológicos como causas possíveis da dor. Assim, surgem estudos que defendem uma co-morbilidade entre as cefaleias de tensão e a ansiedade / depressão, estudos que tentam provar um aumento da dor em situações de "stress", e outros que acentam em psicopatologia.

Partindo deste pressuposto, Raskin (1998), afirma que a depressão, a ansiedade e as cefaleias crónicas, podem acentar numa condição de co-morbilidade com o factor biológico.

Silberstein (1998), afirma que a contracção dos músculos frontais, atinge um elevado grau nos doentes ansiosos, o que reforça - segundo este autor - a hipótese plausível de que

as situações de distúrbios emocionais suficientemente prolongadas, podem resultar na contracção dos músculos , originando a dor. Se a contracção é sustentada, a dor tornar-se-á evidente, provavelmente devido a uma compreensão intra-muscular.

Teoria de Dor Central - Esta teoria centra-se numa tentativa de analisar o limiar de dor nos doentes e a desregulação dos mecanismos anti-nocioptivos endógenos (β -endorfinas); visto que as pessoas com cefaleias de tensão, suportam menos a dor ; ou seja, têm uma menor limiar de sensibilidade à dor. Baseados neste teoria, foram realizados alguns estudos

em que se colocavam as mãos e/ou os pés dos pacientes em água fria, para registar quando era sentida a sensação de dor; e foi concluído que os doentes com cefaleia de tensão tinham uma menor tolerância à dor, independentemente da sua localização.

Teoria Integrada – Segundo esta teoria, para surgirem as cefaleias de tensão, deve-se analisar a contracção muscular, o SNC, (sistema regulador da dor), e os factores psicológicos, como a depressão e a ansiedade. Somente a união de todos estes factores , nos poderá fornecer algum tipo de informação útil para um diagnóstico correcto.

1.2. Tratamento

Existem dois objectivos no tratamento de qualquer tipo de cefaleia: prevenir futuros ataques e findar a corrente dor. A prevenção inclui tomar medicamentos prescritos, minimizar as causas, aprender a avaliar o seu estado e recorrer a técnicas de biofeedback ou de relaxamento.

Silberstein (1993), defende que o tratamento das cefaleias de tensão episódicas é relativamente fácil, utilizando a psicofisiologia e a farmacoterapia; sendo o tratamento profiláctico designado para reduzir a frequência e a severidade das crises.

As intervenções behavioristas emergem neste contexto e permitem o uso de terapias menos agressivas que as terapias medicamentosas. O treino de relaxamento, que é uma destas terapias, pretende capacitar os sujeitos de modo a exercerem controle nas suas respostas, onde a prática deste relaxamento acenta numa breve interrupção do "stress" quotidiano, complementada numa tentativa de auto-controle das suas cefaleias. O biofeedback é outra destas intervenções behavioristas, e consiste em apresentar num monitor respostas a situações e alguma informação sobre as mesmas. Esta informação (ou feedback), pelos pacientes de modo a aprenderem a se auto-regularem as respostas. O electromiográfico (EMG) e o feedback através da actividade eléctrica provinda dos músculos e do pescoço, é usualmente utilizada no tratamento das cefaleias de tensão.

Se o médico sugerir medicamentos, estes devem ser seguidos pelo menos durante algumas semanas, até se tornarem eficientes e poderem-se observar os efeitos. Mas, os pacientes devem ter paciência e colaborar, porque primeira medicação nem sempre é a mais indicada, e deve-se em conjunto com o médico, tentar encontrar o tratamento indicado.

D'Amico et all. (1998), apresentaram um artigo sobre o papel farmacológico e outras técnicas usadas no tratamento das cefaleias de tensão e tentaram examinar aspectos da classificação e patogenia, comuns a esta doença.

Um diagnóstico exacto é essencial antes do tratamento prescrito, assim como uma história clínica completa, uma examinação neurológica e a avaliação de possíveis factores associados, visto o tratamento destes factores pode ser mais importante que o tratamento da própria cefaleia.

Couch (1993) afirma que a terapia das cefaleias de tensão é muito complicada, e deverá ser baseada na boa relação do médico com o paciente, e seguida de uma análise de factores como o “stress”, a depressão, a ansiedade, ou outra qualquer doença orgânica, que influencie o desenvolvimento da cefaleia. Este autor afirma ainda que, para os pacientes com cefaleias de tensão simples, somente analgésicos serão adequados; contudo, para os pacientes com cefaleias mais complexas ou mistas (dois tipos de cefaleia coexistentes), a medicação preventiva e profilática será decerto necessária.

Os mais frequentes medicamentos no tratamento das cefaleias de tensão são os anti-inflamatórios (NSAIDs); e a amitriptilina (que é um anti-depressivo tricíclico), é a primeira escolha para as profilaxias.

Cerbo et all. (1998), defendem que a amitriptilina é eficaz no tratamento de cefaleias de tensão crónicas e para outros síndromas de dor crónica, mas não é tão eficiente nas cefaleias de tensão episódicas. No entanto, como a sua eficácia nas cefaleias de tensão episódicas ainda não foi bem clarificado, estes autores realizaram um estudo em 82 pacientes com cefaleias de tensão crónicas e episódicas. O que se pôde constatar deste estudo, foi que a amitriptilina reduz significamente a frequência e duração das cefaleias, tão bem como um analgésico, nas cefaleias crónicas, mas não nas cefaleias episódicas.

Outros anti-depressivos e relaxantes musculares também podem ser usados, assim como simples analgésicos (paracetamol e ibuprofeno), sós ou combinados com cafeína, ansiolíticos e anti-inflamatório.

Segundo Krymchntowski (1998), apesar de a depressão também estar relacionada com as disfunções serotoninérgicas centrais, os efeitos dos anti-depressivos tricíclicos no humor e na depressão, parecem não ter relação com os efeitos de prevenção das cefaleias.

Sendo até as doses diferenciadas: para a depressão são habitualmente maiores do que as utilizadas para os referidos efeitos nas cefaleias.

As cefaleias de tensão episódicas, podem ser relativamente atenuadas, com analgésicos e/ou relaxantes musculares de acção periférica (carisoprodol e orfenadrina).

Se as crises durarem mais ou menos uma semana, com duração de três a quatro horas, prejudicando as funções quotidianas, deve proceder-se a um tratamento preventivo, evitando assim, o uso frequente e excessivo de analgésicos, que pode também provocar a cefaleia induzida por drogas (um dos tipos secundários de cefaleia crónica diária). No entanto, este tipo de pacientes, costuma negar o uso de um particular medicamento, e só mudam a sua atitude, se precisarem de uma receita e/ou no caso de uma crise.

Deste modo, inicia-se o tratamento, com um anti-depressivo (que não tem necessariamente nada a ver com a depressão), e que pode ser a amitriptilina.

Como os pacientes com cefaleias de tensão crónicas têm frequentemente associado a si, uma baixa tolerância aos tratamentos, dependência física e psicológica dos analgésicos, perturbações do sono e depressão, é um tratamento difícil de executar. Assim, deve-se associar um anti-depressivo, um relaxante muscular de acção central como a tizanidina e analgésicos não-esteróide em doses decrescentes por um período de 5 a 8 dias.

A nível não farmacológico, pode-se abolir os analgésicos, tentar eliminar patologias dentárias, “pontos de gatilho”, miofasciais e até malformações da junção occipital.

Existem também terapias alternativas, como o calor local, exercícios de alongamento e relaxamento da cabeça e pescoço, massagens, bio-feedback e psicoterapia.

2 – CLASSIFICAÇÃO E TIPO DE CEFALÉIAS

O diagnóstico das cefaleias depende essencialmente das queixas do paciente (história clínica), uma vez que os exames complementares do diagnóstico não as permite diferenciar, sendo normais na grande maioria dos pacientes.

Para tentar uniformizar os critérios do diagnóstico usados entre os vários investigadores, foi elaborada uma lista de critérios operacionalizados do diagnóstico pela IHS

2.1. Diagnóstico Diferencial

Os critérios de diagnóstico dos diferentes tipos de cefaleias estão hoje rigorosamente definidos numa classificação elaborada pela (já mencionada), International Headache Society (IHS) em 1988. A adopção destes princípios permitiu uma maior coerência dos estudos epidemiológicos mais recentes.

As cefaleias podem dividir-se em dois tipos: as cefaleias primárias e as cefaleias secundárias.

As cefaleias primárias são provavelmente devidas a alterações funcionais, cerebrais ou de neuro-transmissores, sendo aquelas que não são relacionadas a outra patologia estrutural de base e o seu diagnóstico é puramente clínico.

As cefaleias secundárias são sintomas de alguma doença associada, nomeadamente alterações estruturais, do SNC ou doenças sistémicas, necessitando de exames complementares para o seu diagnóstico.

Existem dois objectivos no tratamento de qualquer tipo de cefaleia: prevenir futuros ataques (terapêutica preventiva) e findar a crise de dor (terapêutica de crises). A

prevenção inclui tomar medicamentos prescritos, minimizar as causas, aprender a avaliar o seu estado e recorrer a técnicas de intervenção comportamental, de biofeedback ou de relaxamento.

Segundo a IHS (International Headache Society), as cefaleias são classificadas da seguinte forma:

Cefaleias primárias :

- “ Migraine” (o que se designa habitualmente de enxaqueca)
- Cefaleia de tensão ou tipo tensão
- Cefaleia em Salvas

Cefaleias secundárias :

- Cefaleia associada a um tumor
- Cefaleia por perturbações vasculares
- Cefaleia por distúrbios intracranianos não vasculares
- Cefaleia traumática
- Cefaleia associada ao abuso de substâncias ou à sua retirada
- Cefaleia por infecção não cefálica
- Cefaleia por distúrbios metabólicos

No entanto, somente se vão descrever as cefaleias primárias, visto que nas cefaleias secundárias, a cefaleia não é mais do que um sintoma da própria doença ou distúrbio.

Enxaqueca ou “Migraine”

Krymchantowski (1996), refere que desde Galeno por volta de 100 D. C., existiam descrições de cefaleias predominantemente unilaterais, incapacitantes, que ocorrem intermitentemente, podendo comprometer a vida dos seus sofredores.

Em 1987, a IHS (International Headache Society) lançou a classificação que actualmente, uniformiza critérios diagnósticos.

De referir; que existe uma prevalência da enxaqueca na população portuguesa, referenciada no já referenciado estudo apresentado por Monteiro (1995).

Assim, as enxaquecas são divididas em:

- Enxaqueca com aura
- Enxaqueca sem aura
- Enxaqueca oftalmoplégica
- Enxaqueca retiniana
- Possíveis precursores da enxaqueca
- Enxaqueca associada com lesão intra-craniana
- Complicações de enxaqueca
- Disfunção não classificável do tipo enxaqueca

As enxaquecas são aquelas em que mais se procura auxílio médico, visto prejudicarem imenso a vida quotidiana dos pacientes

Esta cefaleia pode ser (ou não) precedida por uma aura visual (que é um sintoma ou sinal, que em regra anuncia a dor), de início progressiva.

A antigamente, denominada enxaqueca comum, sem apresentar prodromos definidos, actualmente passou a designar-se de enxaqueca sem aura. A crise associada a náuseas e/ou vómitos e a fobias à claridade (fotofobia), ruído (fonofobia) e odores mais fortes.

A dor é definida como pulsátil ou tipo peso, recorrente, de intensidade moderada a severa ou severa, manifestando-se por crises de 4 a 72 horas sendo necessárias pelo menos 10 crises para o seu diagnóstico. Apresenta ainda, como características típicas, a localização unilateral da dor (frontotemporal, uni e/ou bilateral), qualidade pulsátil, intolerância à luz ou barulho, e agravamento por actividade física rotineira. Associa-se também, pelo menos a um dos seguintes sintomas: náuseas, vômitos, foto e fonofobia.

Neste contexto, Fickey (1995) realizou estudos dentro e fora do laboratório. Dentro do laboratório, não foram encontradas diferenças nos níveis de EMG e nos valores cardíacos; e os pacientes com cefaleias não foram mais reactivos. Fora do laboratório, os resultados apontam para que os sofredores de cefaleias, apresentem uma maior frequência de ocorrências de acontecimentos de "stress" e estes eventos causam-lhes mais "stress" do que aos sujeitos do grupo de controle.

Em resumo, os resultados deste estudo estão de acordo com estudos anteriores quer fora, quer dentro do laboratório: existe uma evidência de que os sujeitos com enxaquecas e os sujeitos do grupo de controle, respondem de maneira diferente a situações de "stress" em laboratório, mas as diferenças mais fortes e evidentes, correspondem a situações fora do laboratório.

O primordial para que o tratamento das enxaquecas seja bem sucedido, é que seja elaborado o diagnóstico correcto e fundamentalmente, que se explique ao paciente as razões e motivos pelos quais a dor ocorre, como será e para que será feito o tratamento.

Deve-se também orientar os pacientes da existência de factores variados que podem iniciar a crise e que devem, na medida do possível, ser evitados.

O tratamento medicamentoso preventivo, deve ser usado quando o paciente apresentar mais de duas crises incapacitantes por mês; quando apesar da frequência, as crises são significativamente duradouras e não respondem às medicações ou quando estas são contra-indicadas ou não toleradas.

A abordagem mais eficiente consiste no uso de fármacos como betabloqueadores e anti-depressivos tricíclicos, que devem ser tomados em carácter diário e regular, com o

objectivo de prevenir as crises e obter uma diminuição da frequência, intensidade e duração da dor, reduzindo assim, o sofrimento destes pacientes.

As terapias alternativas como a eliminação de factores patogénicos e a terapia comportamental, são terapias acessórias ao tratamento medicamentoso, e não são eficazes quando utilizadas de modo isolado.

A eliminação de factores patogénicos, deve ser o primeiro passo de qualquer médico que queira tratar eficazmente as enxaquecas. Engloba orientações claras para que o paciente perceba o papel de actividades e comportamentos, considerados como normais, mas que em linhas gerais, levam a uma sobrecarga da capacidade física, emocional e química do paciente. Essa sobrecarga pode estar ligada a hábitos quotidianos domésticos, escolares, alimentação e hábitos de beber que podem ser inadequados para o paciente em questão.

Há diversos factores deflagradores, como o "stress", o período da menstruação, variações bruscas de temperatura, oscilações no número de horas de sono, odores fortes e intensos estímulos visuais que devem ser combatidos ou evitados. A ingestão de substâncias como a tiramina, feiletilamina, álcool, cafeína e outros, também devem ser evitados, pelo menos nos dois primeiros meses de tratamento.

A psicoterapia pode também ser uma terapia acessória, visto que a ansiedade extrema pelo receio de uma patologia grave subjacente, depressão pelo sentimento e incapacitação induzidos pelas crises de dor, dependência psíquica de remédios e hábitos adquiridos na tentativa de fugir da dor (ou das suas consequências), podem sem dúvida, melhorar com o auxílio da psicoterapia. Também pode ser importante, a consciencialização do paciente de que muitas vezes, as suas atitudes e formas de encarar a vida, resultam em sobrecarga das suas limitações.

Cefaleia de Tensão

Solomon (1994) afirma que a cefaleia de tensão é a mais comum de todas as cefaleias, sendo um fenómeno que quase toda a gente já experienciou numa altura da sua vida.

As cefaleias de tensão são usualmente bilaterais, envolvendo as regiões frontais, temporais, occipitais ou parietais, só ou combinadas, e pode mudar a localização durante a crise.

Na cefaleia de tensão é referida uma sensação de aperto, contínuo, incomodativo, mas não latejante. Pode-se sentir tensão, e alguns pacientes tendem nitidamente a ter nódulos localizados nos músculos pericranianos e cervicais.

É importante referir que não deverão estar presentes náuseas ou vômitos, nem fotofobia ou fonofobia; talvez uma das quatro, mas nunca associadas entre si.

Solomon (1997) afirma que alguns autores defendem que as cefaleias de tensão, ocorrem com mais incidência no final do dia, com a ajuda do “stress” diário, mas clarifica que nada foi ainda validado cientificamente.

A International Headache Society (IHS) divide as cefaleias de tensão, em episódicas e crónicas fazendo a distinção, baseada no número de dias com dor por mês e na presença (ou não), de actividade electromiográfica aumentada dos músculos pericranianos, e em cefaleias com ou sem, alterações nos músculos pericranianos. (anexo nº1).

Couch (1993) define a cefaleia de tensão como, não associada a uma desordem neurológica definida, não associada a uma progressiva deteriorização neurológica, e que não apresenta aspectos que a possam classificar de cefaleia em salvas ou de enxaqueca.

Os pacientes com **cefaleias de tensão episódicas** apresentam um estado dorido, uma sensação de pressão na cabeça, uma dor de localização bilateral, de intensidade fraca ou moderada e uma contracção dos músculos da cabeça e do pescoço (embora podendo haver algum episódio de dor unilateral, e até pulsátil), não estando presentes náuseas ou vômitos, nem um agravamento com a actividade física, podem sim surgir episódios de fotofobia ou fonofobia (mas nunca em simultâneo).

No entanto, devem apresentar pelo menos 10 episódios anteriores com cefaleias, ocorrência mínima de 15 dias por mês, durando entre 30 minutos e 7 dias, e são caracterizadas por ocorrerem ocasionalmente, sendo o possível resultado de "stress" temporário, ansiedade, fadiga ou irritação.

Segundo Solomon (1997), o diagnóstico das cefaleias de tensão episódicas é realizado através de características negativas: se não é uma enxaqueca, se não é uma cefaleia em salvas, ou outra cefaleia primária, e se não é exactamente uma doença orgânica, é usualmente categorizada de cefaleia de tensão episódica.

Alguns médicos referem-se a estas cefaleias como cefaleias de "contração muscular". A dor das cefaleias de tensão episódicas é recorrente, e raramente leva o doente ao médico, pois pode combater a sua dor com analgésicos comuns, sem receita médica, nem qualquer indicação.

Como conclusão de alguns estudos, pode-se afirmar que as cefaleias de tensão episódicas, têm um maior impacto na vida quotidiana, porque como são ocasionais as pessoas não mudam o seu quotidiano, logo, quando as cefaleias surgem, têm que interromper a sua rotina e faltar aos seus empregos.

Segundo Silberstein (1993), historicamente, o termo "**cefaleias de tensão crónicas**", foi caracterizado por ser uma cefaleia diária ou quase diária, sem características de enxaqueca.

Apesar de por vezes ser confundida com outras cefaleias crónicas diárias, que manifestam tipos de dor diferentes, os critérios das cefaleias de tensão crónicas, apontam para uma dor de frequência maior ou igual a 15 dias por mês, de duração mínima de 6 meses. E devem apresentar pelo menos dois dos seguintes aspectos: pressão, intensidade leve ou moderada, localização bilateral, não existência de agravamento por actividade física diária, não existência de vômitos, mas sim de náuseas, fotofobia ou fonofobia. Por vezes, estes pacientes são portadores de distúrbios de comportamento e utilizam analgésicos em excesso, mas provavelmente, não encontrarão grandes soluções para a sua dor, que é tão constante e implacável.

Deste modo, as cefaleias de tensão crônicas, segundo Schwartz et al. (1998) têm a prevalência de 2,2% , sendo estes valores mais elevados nas mulheres de baixo nível educacional. Nas cefaleias de tensão episódicas, 8,3% dos sujeitos revelaram que já perderam dias de trabalho e 43,6% afirmam terem tido um declínio no trabalho, escola e casa.

Solomon (1997) refere que existem muitas pessoas em tratamento, que sofrem de sintomas de cefaleias de tensão crônicas, todos os dias durante meses ou mesmo anos.

De referir que, estas cefaleias crônicas diárias são sentidas como uma dor constante, contínua, em que se implantam crises dolorosas de maior intensidade. Têm um tratamento adequado, que passa por limitar o consumo de analgésicos, progressivamente ineficazes para o seu controlo; já que estes pacientes frequentemente apresentam abuso medicamentoso e por vezes, passam a diagnóstico de cefaleia de tensão episódica, quando este abuso é eliminado. No entanto, a redução de medicamentos conduz muitas vezes ao aparecimento da depressão.

Silberstein (1993) afirma que os critérios segundo a IHS (Internacional Headache Society), das cefaleias de tensão episódicas e as cefaleias de tensão crônicas são idênticos, mas nas segundas não deveriam surgir vômitos.

Por sua vez, Zagami (1995), afirma que estes dois tipos de cefaleias, por vezes, se distinguem de acordo com a presença (ou não), de uma disfunção nos músculos pericranianos.

De tudo o que foi lido, talvez se possa concluir que as principais diferenças entre estes dois tipos de cefaleias de tensão, são a frequência e a severidade dos sintomas.

Cefaleia em Salvas / “Cluster Headache”

Conhecida desde 1840, quando Romberg a denominou neuralgia ciliar, a cefaleia em salvas também já foi chamada cefaleia histamínica, cefaleia de Horton, enxaqueca vermelha, eritroprosopalgia, neuralgia vidiana e outras. Com uma prevalência que varia na literatura de 0,1 % a 0,8 % da população, afecta mais homens do que mulheres. Apresenta-se em sua classificação actual, ao lado de outro tipo de cefaleia também raro: hemicrânea paroxística.

O tipo mais frequente de cefaleia em salvas é o episódico, que se manifesta por períodos de dias a semanas, com remissões espontâneas superiores a 14 dias. Durante essas crises aparecem de 1 a 4 vezes ao dia, em dias seguidos ou alternados, algumas vezes manifestando-se nos mesmos horários e frequentemente acordando o paciente a meio da noite. As crises de dor, apresentam-se com intensidade grave, persistente, sendo conhecida como a mais intolerável e violenta das crises de cefaleias, carácter lancinante ou excruciante, de localização unilateral orbitária e/ou periorbitária e/ou temporal, ou podendo mesmo atingir (mais raramente), o hemicrânio e o pescoço.

Dura de 15 a 180 minutos (quando não tratada ou tratada de forma ineficaz), e é associada a hiperemia conjuntival, lacrimejo, congestão nasal e/ou nimorreia, suor frontal e/ou facial, miose e edema palpebral, não havendo necessidade para confirmação diagnóstica, quando todos estes factores estejam presentes simultaneamente.

Embora não sejam universalmente aceites, factores como o calor, mudanças de temperatura e perda de refeições, foram responsabilizados como deflagradores de alguns episódios de dor.

Abuso medicamentoso

O abuso medicamentoso pode ser referido como um tipo de cefaleia (um dos tipos secundários de cefaleia crónica diária), visto haver pacientes que se auto-mediram excessivamente e acabam por provocar através desse comportamento a denominada cefaleia induzida por drogas.

Estes pacientes por vezes, procedem a um tratamento preventivo, usando frequentemente analgésicos (de fácil acesso), mas costumam negar frequentemente este consumo, e só mudam a sua atitude, se precisarem de uma receita e/ou no caso de uma crise muito forte e fora do seu controlo.

3 – COMPARAÇÃO ENTRE AS ENXAQUECAS E AS CEFALEIAS DE TENSÃO

Estas duas variedades de cefaleias primárias, ocorrem predominantemente na idade média da vida adulta - com um pico máximo aos 40 anos - considerando-se um problema de saúde pública com enorme impacto no plano individual e na sociedade.

A qualidade de vida destes doentes no domínio social e familiar, está em muitos casos gravemente afectada, e a sua repercussão no mundo do trabalho tem sido também avaliada nalguns estudos.

Deste modo, estas cefaleias apresentam muitos sintomas em comum: dor frequente, náuseas (por vezes) e intolerância à luz e ao ruído; sendo por vezes, até confundidas por alguns autores.

Krymchantowski (1996), refere que existem autores que defendem não haver distinção entre estas duas cefaleias, tratando-se apenas de fases ou momentos diferentes da mesma dor.

Solomon (1993), refere que existem autores que defendem que as cefaleias de tensão e as enxaquecas, apresentam mecanismos do sistema nervoso central muito similares com variações consideráveis em manifestações clínicas.

Jay (1993), afirma que existem dois conceitos distintos acerca desta problemática. O primeiro assenta num modelo quantitativo de cefaleias, e que defende que a diferença entre a enxaqueca e a cefaleia de tensão, é mais quantitativa do que qualitativa, e que a cefaleia de tensão é na realidade uma suave enxaqueca. O segundo conceito aborda o facto das duas cefaleias serem dois aspectos de uma cefaleia comum; um simples episódio de enxaqueca, pode transformar-se em crises diárias ou numa cefaleia de tensão. Esta hipótese é baseada nas características comuns entre as duas cefaleias.

A cefaleia de tensão, como já foi referido, era denominada de cefaleia de contracção muscular, sendo este tipo de dor causado por contracção dos músculos pericranianos. Não

estava ainda claro, que a tensão psicológica era apenas a mola "pulsionadora" para quem já possuía um substrato de cefaleia.

A maioria dos pacientes descreve a cefaleia de acordo com os aspectos dolorosos das enxaquecas, assim como relatam um tipo de dor em peso ou pressão com comprometimento da musculatura do segmento cefálico. Tal facto leva a uma frequente associação entre a enxaqueca e a cefaleia de tensão.

Roh et all. (1998), escreveram um artigo relativo às características das enxaquecas e das cefaleias de tensão na Coreia, sendo o diagnóstico e classificação de cefaleias de acordo com os critérios da IHS(International Headache Society). Neste artigo, os autores referem que existem características de cefaleias na Coreia e que a prevalência da enxaqueca – 20,2% nos homens e de 24,3% nas mulheres - não era tão baixa como nos países de oeste.

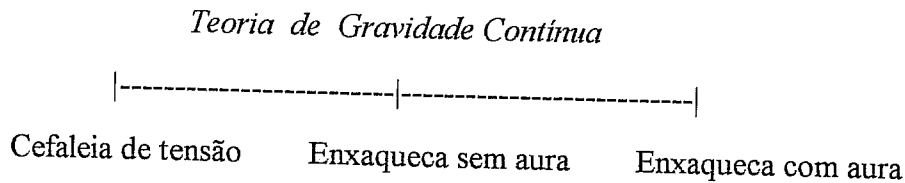
Iversen et all (1990), confirmam no seu estudo, que a cefaleia de tensão apresenta uma duração mais variável que as enxaquecas, mas a dor é específica em ambas. O agravamento da dor devido à actividade física diária, é descrito por os critérios da IHS (International Headache Society) para a enxaqueca, o que já não acontece nas cefaleias de tensão; e é considerado por estes autores, como o melhor critério para a distinção entre ambas, mesmo comparando com o tipo e localização da dor.

Silberstein (1998) refere que as estatísticas das cefaleias de tensão demonstram que existe uma predominância das mesmas no sexo feminino (cerca de 75 %), existindo uma presença recorrente de cefaleias no seio dos membros da família e sendo esta, não muito distinta dos pacientes com enxaqueca.

Segundo Rasmussen (1996), a frequente coexistência destas cefaleias apresenta-se muito problemático quer para a clínica, como para a epidemiologia. Os métodos inadequados em alguns estudos, podem conduzir à ideia de que a enxaqueca e a cefaleia de tensão, constituem diferentes pontos de um modelo denominado de modelo de severidade contínua.

Assim, esta teoria assenta na base de que as cefaleias de tensão apresentariam uma crescente severidade até se "transformarem", na enxaqueca sem aura e finalmente, na enxaqueca com aura; como o seguinte esquema pretende elucidar:

Figura 1 - Esquema da teoria da gravidade contínua



Adaptado de Rasmussen,(1996).Migraine and tension type headache are separate disorders. *Cephalalgia* .16: 217-23.

Este autor acha que esta discussão pode ser comparada metaforicamente, com uma discussão entre maçãs e pêras, afirmando que ambas são frutos: uma é mais redonda que a outra, mas ambas têm caroço, e mudam a sua cor quando ficam maduras! Assim, apesar de apresentarem aspectos similares, advêm de árvores diferentes. Analogamente com as enxaquecas e as cefaleias de tensão, o processo é idêntico: são ambas desordens cefálicas, têm características comuns, mas importantes diferenças.

Apesar de muitos aspectos ainda serem desconhecidos, a questão que se coloca é a seguinte. derivarão estas cefaleias da mesma "árvore", ou de "árvores" diferentes?

Segundo Solomon (1993), a cefaleia de tensão episódica ocorre muitas vezes em pacientes com enxaqueca, podendo ocorrer entre as crises ou coexistir com as mesmas (cefaleias mistas). Deste modo, o autor refere que alguns pacientes com enxaqueca sofrem um aumento da frequência das crises e começam a perder características usualmente associadas a esta cefaleia; por exemplo, a náusea e a fotofobia podem ter tendência a diminuir a sua frequência. As enxaquecas poderão deste modo, começar a assemelhar-se às cefaleias de tensão; sendo esta evolução, segundo o autor, uma evidência adicional de que a enxaqueca e a cefaleia de tensão apresentam um mecanismo idêntico.

A nível epidemiológico, Rasmussen (1996), refere ainda, que estudos recentes evidenciam-se contra a teoria da severidade contínua, visto terem demonstrado diferenças nas características epidemiológicas destas desordens: a distribuição consoante a idade e o sexo, factores de risco e outras características. Segundo o autor, o definitivo suporte, para reforçar a existência separada destas duas desordens cefálicas, é encontrado na diferente distribuição a nível sexual de ambas.

A dor da enxaqueca com aura é menos intensa e de duração inferior à enxaqueca sem aura, o que invalida de imediato, a teoria da severidade contínua. O desenvolvimento da aura pode ser visto como uma medida de severidade.

Passchier et all. (1996), afirmam que os pacientes com cefaleias de tensão apresentam uma maior frequência de crises, do que os pacientes com enxaquecas ; e estes apresentam uma maior intensidade de dor do que os pacientes com cefaleias de tensão. No que concerne aos factores psicológicos, os pacientes com cefaleias de tensão e enxaquecas, apresentam maior pressão e frustração do que pacientes só com cefaleias de tensão.

A classificação da IHS (International Headache Society) é um importante avanço nos critérios diagnósticos, mas não elimina completamente a ambiguidade dos conceitos. Leston (1996), comenta a "leveza" desta classificação, citando o facto de outras classificações, tais como as cefaleias cervicogênicas ou cefaleias de tensão, podem ser também incluídas. O autor propõe que a severidade de alguns sintomas, como o desconforto à luz e ao som, náuseas e vômitos, pudesse ser graduado.

Afirma ainda que, anormalidades na existência do metabolismo da serotonina (um neurotransmissor), foi detectado nas duas cefaleias, mas existe muita polémica acerca deste assunto.

Neste contexto, surgem em alguns sofredores de enxaqueca, cefaleias de tensão (previamente denominadas de "cefaleias intervalar"), que não apresentam diferenças significativas das cefaleias em sujeitos sem enxaqueca, excepto que as crises surgem com mais frequência e severidade.

Estas diferenças mínimas, suportam a coexistência de duas formas distintas de cefaleias, e o que anteriormente era denominado de "cefaleia intervalar", é de facto, uma suave enxaqueca.

Em pessoas com enxaqueca e cefaleia de tensão, a severidade (mas não a frequência), das duas desordens, pode estar correlacionada. No entanto, segundo Rasmussen (1996), 13% dos sujeitos com enxaquecas, nunca sofreram de cefaleias de tensão. Os sujeitos com frequentes e moderadas a severas cefaleias de tensão que não apresentam enxaqueca, e os outros com cefaleias de tensão menos frequentes e severas que também apresentam enxaqueca, não podem ser explicados pelo modelo da severidade contínua.

De modo a salientar as diferenças e os aspectos comuns entre as cefaleias de tensão e as enxaquecas, Silberstein (1998) apresenta-nos um quadro elucidativo:

Quadro 1- Características das enxaquecas e das cefaleias de tensão

		Enxaqueca	Cefaleia de tensão
Idade:	< 20 anos	55%	30%
	> 20 anos	45%	70%
Frequência dos sintomas:	diário	3%	50%
	< semana	60%	15%
Duração:	constante	0%	20%
	1-3 dias	35%	10%
Localização da dor	unilateral	80%	10%
Vómitos		50%	10%
História de família com cefaleia		65%	40%

Adaptado de Silberstein D. S., Lipton B. R., Goadaby J. P. (1998): Tension Type in Headache in Clinical Practice . 215-227.

Neste quadro pode-se verificar que alguns itens diferem imenso entre estas duas cefaleias. A frequência é um deles: enquanto que nas cefaleias de tensão a frequência é maioritariamente diária, nas enxaquecas, a frequência localiza-se sempre em tempos superiores; a localização surge também como ponto divergente, visto nas cefaleias de tensão ser maioritariamente bilateral, e nas enxaquecas ser maioritariamente unilateral; o facto das crises poderem ser acompanhadas de vómitos, também pode ser um item de divergência apresentado neste quadro, visto apresentar uma percentagem de 50% nas enxaquecas e 10% nas cefaleias de tensão.

Deste modo, o autor alerta-nos para o facto de existirem aspectos sobrepostos entre as cefaleias de tensão e as enxaquecas, mas também pontos que as distinguem, sugerindo que estas são como dois fins de uma continuidade.

Ainda neste contexto, estudos fisiológicos mostram a presença de substâncias diferentes entre as cefaleias primárias, incluindo o envolvimento cérebro-vascular na enxaqueca e não na cefaleia de tensão. As terapias da enxaqueca e da cefaleia de tensão, são distintas e específicas, havendo diferentes respostas terapêuticas para justificar que estas cefaleias são diferentes síndromas clínicos.

Pode-se ainda acrescentar que num recente estudo referido por Passchier et all. (1996), os sofredores de cefaleias de tensão apresentam um nível mais baixo no âmbito social do que os pacientes com enxaquecas.

Relativamente ao tratamento, em ambas as cefaleias, é útil utilizar medicamentos como: aspirina, anti - depressivos tricíclicos e ergotamina.

Como conclusão, pode-se afirmar que são ainda necessários estudos mais profundos e elaborados, acerca desta problemática, mas pode-se talvez, pelo que foi aqui apresentado, opinar que as enxaquecas e as cefaleias de tensão são dois tipos de cefaleias diferenciados, mas que esta questão ainda se encontra em aberto.

4 – QUALIDADE DE VIDA

O conceito de qualidade de vida tem vindo ao longo dos anos, a tomar lugar na área da investigação, visto terem-se começado a definir conceitos, o que facilita a sua análise.

Segundo Ribeiro (1998), a noção de qualidade de vida tem estado ligada desde o início à promoção da saúde, já que o interesse por esta área recebeu validação institucional em 1960 com a publicação do relatório da Commission on National Goals, da responsabilidade do ex-presidente Eisenhower. Este relatório, surgido mais de uma década após o fim da segunda guerra mundial, reflectia a preocupação com o desenvolvimento da qualidade de vida e bem-estar da população.

Neste contexto, surgem variados estudos com o objectivo de clarificar o conceito de qualidade de vida e a sua relação com a saúde. Um dos estudos mais importantes, é o estudo realizado por Campbel et all (1976) referido por Ribeiro(1998) e que tem por objectivo definir conceitos e medir as variáveis subjectivas. Segundo estes autores, o indivíduo avalia uma situação e/ou um estado, consoante a sua percepção, por comparação com os padrões pessoais.

A vida com “stress”, os factores da personalidade e as reacções individuais dos pacientes à dor influenciam todos os sofredores de cefaleias.

Com o desenvolvimento das investigações, as áreas da qualidade de vida e saúde começam assim a aproximar-se, havendo uma relação estreita e quase simbiótica entre elas.

Campbel et all. (1976) referidos por Ribeiro(1998) afirmam que a saúde era a variável que melhor explicava a qualidade de vida; estes conceitos por vezes são confundidos e até considerados como sinónimos, por alguns autores.

Segundo Solomon (2000) a Organização Mundial de Saúde define a qualidade de vida, como uma percepção individual, segundo um contexto cultural e um sistema de valores, estando ainda relacionada com objectivos, expectativas, crenças, modelos e preocupações de cada sujeito. Esta dinâmica multidimensional, baseia-se num domínio físico e psicológico.

Deste modo, parece ser pertinente analisar a qualidade de vida em pacientes com cefaleias, visto que a situação de cefaleias vulgarmente, pode afectar a qualidade de vida dos sujeitos, pois interfere com a vida social, familiar e profissional, visto que a instabilidade relatada nas cefaleias, pode ter sérias funções disruptivas. As relações interpessoais podem ser afectadas, e os sujeitos com cefaleias podem ser assaltados por sentimentos de culpa devido à sua ausência na família, o que pode ser originado por um isolamento social, característico destes pacientes.

Solomon (1997) afirma que os factores psicológicos são um aspecto invariável na dor crónica em geral e na cefaleia de tensão crónica em particular, e refere um estudo que elaborou numa população canadiana, onde constatou que metade dos sofredores de enxaquecas, deixam as suas actividades quotidianas normais durante as crises. Em mais de 70% destes sujeitos, as suas relações interpessoais são depreciadas e a actividade regular é apresentada como limitada durante 78% das crises.

Patrick et all.(2001) afirma que muitos pacientes sofredores de cefaleias se preocupam que esta condição interfira no seu trabalho, actividades sociais, relações pessoais e familiares. A qualidade de vida dos pacientes pode ser afectada pela frequência das crises,

pela sua intensidade e/ou duração; ou pelo receio que o paciente cria acerca de uma próxima crise, o que poderá levar a isolar-se sentindo-se deste modo mais seguro.

No trabalho, os pacientes com cefaleias, apresentam um declínio notório na sua produtividade, o que conduz a que cientistas clínicos e economistas aumentem o seu interesse em perceber e avaliar o impacto desta doença na produção do trabalho.

Lerner (1999), estima que cada ano nos E. U. perde-se 1,4 bilhões de dólares de produção no trabalho. Segundo o mesmo autor, existe uma grande percentagem de pacientes com cefaleias que trabalha durante as crises, o que além de reduzir a sua qualidade de vida, é sinónimo de uma gradual baixa da qualidade do seu trabalho.

Michel et all. (1996), apresentam dados de recentes estimativas que indicam que os custos relacionados com a baixa produtividade em pacientes com cefaleias é de 200 milhões de dólares por ano na Sociedade Britânica. Estes autores concluem também que a ansiedade atinge níveis elevados nos pacientes com cefaleias e que as mesmas têm um impacto grandioso na sua vida, especialmente na habilidade no trabalho.

Estes detrimientos, reflectem não só o impacto da dor, mas a falta de produtividade, falta de controlo das crises e medo da próxima.

Solomon et all. (2000) também sugerem que a combinação do impacto da cefaleia e o medo associado, podem provocar nos pacientes uma mudança de comportamentos, ou seja, estes podem apresentar posturas não habituais: como um comportamento depressivo, de evitamento ou irritável.

Actividades familiares, sociais e até recreativas, podem ser prejudicadas e até aniquiladas, sob domínio das recorrentes cefaleias. Segundo Gallant et all. (1997), aproximadamente 19% de sofredores de enxaquecas faltam aos seus empregos, 50% abandonam as suas actividades quotidianas e 31% sofrem uma ruptura a nível familiar.

Smith (1996) referenciado por Solomon et all. (2000) refere que as cefaleias afectam também os outros membros da família, essencialmente a relação do casal e filhos menores.

A qualidade de vida destes pacientes, é sem dúvida, relativamente baixa, já que a sua vida pode ser muito limitada ; ou seja, faltam aos seus empregos e/ou podem estar sujeitos a uma depreciação/ limitação da sua vida social.

Uma nota importante é a discrepância entre o “geral” e o “individual”, ou seja, o impacto das cefaleias na sociedade nem sempre é valorizado e avaliado, visto que estes pacientes “ sofrem calados”, e acabam por trabalhar mesmo durante as crises; o que não alerta drasticamente a sociedade, mas altera a vida do paciente.

Segundo Passchier et all. (1996), os aspectos perceptuais da dor nas cefaleias, tais como a intensidade, a duração e a frequência, serão determinantes menos importantes do que os aspectos emocionais, a ansiedade, a frustração e os sentimentos depressivos.

Para se poder avaliar o impacto das cefaleias nos sujeitos e na própria sociedade, surgem as escalas da qualidade de vida, que servem para medir como a cefaleia afecta o funcionamento físico e emocional, assim como os sentimentos associados à doença. Surgem dois tipos de escalas: a genérica e a de doenças específicas.

As escalas genéricas avaliam a qualidade de vida com respeito a um número de domínios como: actividades físicas, sociais, psicológicas e comportamentais quotidianas; sendo geralmente escolhidos para comparações entre diferentes populações e doenças.

As escalas de doenças específicas reflectem limitações particulares ou restrições associadas com estados de doenças específicas.

Ambas os tipos de escalas são designadas para serem mais sensíveis em determinar os efeitos do tratamento no uso longitudinal das doenças.

SF-20 foi uma das primeiras escalas a ser usada para avaliar sujeitos com cefaleias, e permite que os sujeitos elaborem a sua própria classificação em 20 itens, tendo como medida 6 conceitos de saúde: funcionamento físico, social, mental, de trabalho e percepções de saúde e dor. Patrick et al. (2001) afirma que os itens do SF-20 sugerem que a cefaleia tem um maior impacto nos aspectos relativos ao trabalho.

Solomon (1997) refere que num estudo que realizou com SF-20, pôde verificar que a cefaleia em salvas, que foi associada à maior dor conhecida, apresenta pouca desvalorização no funcionamento físico, enquanto que os resultados das cefaleias de tensão crónicas, apontam para uma marcada depreciação da saúde mental e uma depreciação generalizada no funcionamento.

No entanto, a escala mais usada é o SF-36 "Short Form", que consiste numa versão mais extensa, tendo 36 itens e é uma escala criada pela Rand Corporation, que foi cuidadosamente testada, validada e usada extensivamente em sujeitos com doenças crónicas e com cefaleias crónicas. A maior vantagem de se utilizar o SF-36 na evolução das cefaleias é a acumulação de dados referidos na própria escala.

Segundo Solomon (1997), muitos estudos sobre cefaleias usam os dois tipos de escalas para obter um mais completo acesso aos efeitos directos desta condição no paciente.

Lerner et al. (1999) apresentam um estudo de modo a desenvolver uma outra escala de qualidade de vida relativa a sofredores de cefaleias. Deste modo, estes autores apresentam 2 amostras distintas, ambas com sofredores de cefaleias: uma, que participou numa discussão de grupo estruturada acerca do impacto das cefaleias na sua vida e outra, que participou através de entrevistas telefónicas.

Os participantes da discussão de grupo indicaram que as crises de cefaleias diminuíram substancialmente a sua performance no trabalho. Surgiram factores como a fotofobia, a

fonofobia e a fadiga, são percebidos como perturbadores de tarefas da rotina diária, essencialmente no trabalho.

Assim, surge o “Migraine Work and Productivity Loss Questionnaire” - MWPLQ - que tem como objectivo analisar e avaliar o impacto das cefaleias no trabalho e o seu desempenho. Este questionário é constituído por algumas questões acerca dos dias que os pacientes faltam ao trabalho por causa das cefaleias, e a qualidade do mesmo.

Wagner et all. (1996) apresentam outro questionário de qualidade de vida - Migraine-Specific Quality-of-life measure (MSQOL) - utilizado neste estudo, que mede como as cefaleias afectam o funcionamento físico e emocional, a qualidade de vida e os sentimentos associados às mesmas.

Para a construção e validação deste questionário, estes autores observaram 155 pacientes com uma alta frequência de crises de cefaleias e um alto número de sintomas que estavam directamente relacionados a uma pior qualidade de vida.

O instrumento MSQOL apresenta 25 itens, de grande informação acerca da qualidade de vida dos pacientes com cefaleias. Segundo Patrick et all. (2001), é uma escala útil no que concerne a tratamento a longo prazo. Este autor constata ainda, que a realização dos itens do MSQOL derivam directamente de entrevistas individuais de um grupo de pacientes sofredores de cefaleias nos E.U.A., em conjunto com uma específica revisão de literatura.

Solomon (1997), refere um estudo em que descobriram que entre as crises de enxaquecas, os pacientes têm mais sintomas e mágoas emocionais e que a qualidade de vida dos mesmos, é baixa mesmo entre as crises.

O mesmo autor afirma que os pacientes com enxaqueca, no funcionamento físico e nos níveis de percepção da saúde, são similares com os pacientes sofredores de artrites,

depressão ou diabetes; no que concerne ao nível social, da dor, e em níveis de saúde mental, estão mais baixos do que noutros pacientes com condições crónicas diversas.

Ziegler e Paolo (1996), realizaram um estudo com relatos de doentes com cefaleias, tendo como objectivo comparar as incapacidades inerentes, aos doentes que procuram assistência médica e aos que não a procuram; e ainda, determinar possíveis relações entre a percepção da incapacidade e os factores psicológicos. Todos os sujeitos com cefaleias pelo menos há 2 anos (de ambos os grupos: com e sem assistência médica), realizaram uma entrevista estruturada, e ainda realizaram um teste MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Revised), que define o perfil da personalidade dos sujeitos. Assim, estes autores concluíram que os pacientes não apresentavam diferenças significativas, na ordem das actividades diárias afectadas pelas cefaleias. Os efeitos de uma intervenção terapêutica são medidos tradicionalmente segundo dois objectivos: frequência das crises e a sua duração e severidade. Deste modo é difícil, mas possível, alterar o impacto das cefaleias na qualidade de vida, como tratamento preventivo.

Estudos recentes comparam a acção de medicamentos com intervenções educativas, que leva a que as desordens crónicas sejam identificadas, e apresentam estratégias para as combater diariamente. Este facto pode conduzir a uma redução de produção, ansiedade e dor, e um aumento da qualidade de vida.

É importante referir neste contexto, o facto de alguns pacientes tomarem anti-depressivos, os quais podem ser vistos como uma possível variável no impacto das cefaleias na vida dos seus sofredores. Deste modo, os anti-depressivos podem alterar o estado do paciente, quer a nível do seu humor, motivação e a própria reacção às cefaleias.

Soyka (1997), refere que a enxaqueca é a desordem das funções cerebrais vasculares, activados por múltiplos e muitas vezes desconhecidos factores. Não existe evidência

psicogénica e específica no modelo de personalidade, mas interacções psicossomáticas podem influenciar o curso da enxaqueca e travar a própria crise.

Silberstein (1994), afirma que a cefaleia de tensão é frequentemente uma expressão física de um estado de ansiedade crónica. Silberstein (1998), refere ainda vários estudos que demonstram a importância dos factores psicológicos nas cefaleias de tensão, e num desses estudos realizado com 100 pacientes encontrou um estado de tensão emocional em 74% e um estado de depressão em 35%. Noutro estudo referido pelo autor, administrou-se o MMPI (já definido), a 25 pacientes com cefaleias de tensão e concluiu-se que a maioria apresentou respostas características de hipocondríacos, depressivos e histéricos.

Raskin (1998), opina que a relação entre as cefaleias e a depressão é muito complicada, referindo que 84% dos pacientes depressivos sofrem de cefaleias, o que o leva a defender que esta relação não está clara: não está claro se as cefaleias precedem a depressão, se são a sua consequência, ou ainda, se existe uma condição de co-morbilidade entre ambas. Mas, segundo Solomon (1993), não interessa o que vem primeiro nesta relação, o que interessa é o paciente perceber que a dor e a resposta psicológica à mesma, não podem estar separadas.

Desta forma, ainda segundo o mesmo autor, a depressão pode não ser óbvia para o paciente, família e amigos, esta pode manifestar-se por uma mudança no sono, ou no apetite, uma simples constipação, perda de interesse na família, nos amigos, nas ocupações habituais, e a nível sexual.

Lipton et al. (2000) também estudaram o efeito de depressão e da enxaqueca na qualidade de vida. Após 389 entrevista telefónicas de pacientes com enxaqueca, estes autores concluíram que a enxaqueca e a depressão apresentam uma correlação positiva.

Os eventos de "stress" e as características de personalidade, sugerem que a activação do sistema neurovascular é secundária ao complexo de eventos que têm lugar no sistema nervoso central.

Segundo um estudo apresentado por Martins et al. (2000), a resposta dos pacientes à dor e incapacidade nas cefaleias de tensão e enxaquecas são diferenciadas. Este estudo foi realizado com 55 pacientes consecutivos sofredores de cefaleias, e pretende avaliar o tipo de comportamento reactivo à dor no momento da crise e a sua relação com a severidade e duração da mesma. Os resultados sugerem que estes pacientes elejam como comportamento que mais os alivia contra a dor, o deitar-se de barriga para baixo, seguido de outros como: o isolamento, o pressionar a zona da dor, o dormir, a mudança na alimentação, etc. Ainda se pôde daqui concluir, que aparentemente o comportamento é independente da intensidade e duração da crise.

Martins et al. (2000) referem um outro estudo seu, onde se comparam também os comportamentos reactivos à dor, mas com diferentes diagnósticos de cefaleias. Os resultados apontam para o facto de que os comportamentos diferem consoante os diagnósticos: os sofredores de cefaleias em salvas ("clusters"), apresentam uma maior violência e agitação; os sofredores de enxaquecas apresentam mais sintomas associados (náuseas, vómitos, etc) e os sofredores de cefaleias de tensão recorrem mais a estratégias de relaxamento, massagens ou banhos quentes. Não surgindo assim, uma diferença qualitativa entre as enxaquecas e as cefaleias de tensão, mas sim destas duas, com as cefaleias em salvas.

Unruh (1996), afirma que o seu artigo é uma análise crítica aos diferentes géneros de dor experienciada em clínica. Após a sua investigação, afirma que as mulheres são mais aptas que os homens à experiência recorrente da dor. Assim, as mulheres tem dores

moderadas ao longo da sua vida: período menstrual, gravidez e parto; e talvez por estes motivos, apresentam níveis mais elevados, mais frequentes de dor e mais duradouros que os homens. As mulheres conseqüentemente demonstram uma maior "aptidão" para a dor, relatada como incapacidade, mas também reagem de um modo mais agressivo às actividades relatadas.

Esta situação emerge no facto de que as mesmas situações de "stress", podem desembocar numa enxaqueca para uma pessoa, numa cefaleia de tensão para outra, e uma despercebida dor para outra, dependendo de várias variáveis: tolerância à dor, personalidade, estabilidade emocional e outras.

No entanto, o que resulta deste aspecto é que, não é tão importante saber a "predisposição" (ou não) de certas pessoas para as cefaleias, mas sim, o que se pode fazer a nível psicológico para apaziguar, reduzir e controlar as reacções ao "stress", que foram tratadas ao longo deste estudo.

5 – OBJECTIVOS DO ESTUDO

Neste estudo tem-se como objectivo primordial avaliar o impacto das cefaleias crónicas na vida quotidiana dos seus sofredores. Para tal, tiveram-se em conta muitos dos factores que podem influenciar este impacto.

Pretende-se avaliar o efeito da depressão, do diagnóstico e da incapacidade causada pelas cefaleias na qualidade de vida dos seus sofredores. Para tal, compararam-se pacientes com diferentes diagnósticos e apresentam-se escalas de depressão e de avaliação de qualidade de vida.

II – MÉTODO

Participantes

Os participantes deste estudo, previamente diagnosticados com diferentes tipos de cefaleias (N =100), constituem uma amostra de conveniência. São pacientes consecutivos das consultas de cefaleias do Serviço de Neurologia do Hospital de Santa Maria, seguidos sob a orientação da Professora Doutora Isabel Pavão Martins, a qual acompanhou e auxiliou a elaboração desta recolha. O protocolo do estudo foi aprovado pela comissão de ética do Hospital de Santa Maria.

As condições de inclusão destes pacientes foram as seguintes.

- Diagnóstico de cefaleias crónicas (há mais de 6 meses)
- Idades compreendidas entre os 15 e os 65 anos
- Aceitar participar no estudo

Dos 100 pacientes avaliados a maioria (78.8%) era do sexo feminino e a média de idades era de $M = 39,8$ ($P = 13,7$); 45,5% apresentava um diagnóstico de enxaqueca com ou sem aura, e cerca 45,5% apresentava um diagnóstico de cefaleias de tensão, embora aparecessem outros casos de cefaleias (9,1%): como o abuso medicamentoso e a cefaleia em salvas (“cluster”). Uma grande parte destes pacientes (74,2%) encontrava-se empregada e tinha mais de 5 anos de escolaridade (37,9 %).

Material

Neste estudo o material utilizado limitou-se às 3 escalas apresentadas aos pacientes :

- Escala de qualidade de vida (Migraine-specific quality of life measure - MSQOL; Wagner et al. 1996) – anexo nº 4
- Escala de depressão de Zung (Zung, 1965) – anexo nº 5
- Escala para avaliação da incapacidade causada pela enxaqueca (MIDAS ; Innovative medical research, 1997) – anexo nº 6

A **escala de qualidade de vida (MSQOL)** que é apresentada por Wagner et all. (1996) é constituída por 25 itens acerca da qualidade de vida dos pacientes com cefaleias e 4 hipóteses de resposta de “Likert”, sendo o 1 correspondente a “quase sempre” e o 4 a “raramente”. Esta escala fornece uma grande informação acerca de como encaram e reagem à doença os pacientes em questão, sendo um útil adjuvante no que concerne a tratamentos e/ou estudos a longo prazo.

De modo a que esta escala fosse de fácil reprodutibilidade e percepção, os seus autores, segundo Wagner et all. (1996), realizaram alguns processos de selecção de itens – eliminaram 10 itens que não apresentavam correlação com os restante - visto que inicialmente a escala era constituída por 35 itens.

Patrick et all. (2001) afirma que, de modo a facilitar a percepção e a adaptação cultural desta escala, os itens foram traduzidos para uma linguagem conceptual equivalente à

linguagem europeia e, que a consistência interna nesta escala era de 0,93, o que é sinónimo de um alto nível.

A avaliação desta escala realiza-se somando todos os itens, de modo a calcular o nível total que será transformado numa escala de 0 a 100, sendo a pontuação máxima representativa de uma melhor qualidade de vida. Wagner et al. (1996) comparou esta escala com o SF-36 e verificou que a correlação entre eles era de 0,32 ou seja, uma modesta, no que se refere às sub-escalas.

Estas correlações segundo Wagner et al. (1996) sugerem que o MSQOL mede algo fora da avaliação funcional, algo que é mais objectivo, como o impacto subjectivo das cefaleias na vida dos pacientes.

No entanto, não se pode afirmar que esta escala se possa generalizar a todas as pessoas com cefaleias, mas prevê-se que os pacientes observados com uma alta frequência de crises e um grande número de sintomas, tenham uma pior qualidade de vida.

Esta escala foi utilizada e analisada por outros autores, dos quais se salienta a investigação de Patrick et al. (2001) que se propunha a analisar a consistência, eficácia e a performance longitudinal da escala MSQOL. Após terem passado a escala a 1383 pacientes, estes autores concluíram que existia uma relação entre a alta frequência das crises e os baixos níveis da escala.

A **escala de depressão de Zung** surgiu - assim como outros métodos sistemáticos - como uma tentativa de resposta à dificuldade de classificação do termo “depressão”, tentando desembocar num diagnóstico mais fidedigno.

Diegas et al. (1993) aferiram esta escala em Portugal e tiveram em especial atenção a sua validação, promovendo a aplicação da escala em casos clínicos procurando determinar e estabelecer valores normativos básicos. De modo a conferir esta validade, utilizaram

vários estudos comprovando que esta escala permite distinguir pacientes com perturbações depressivas, de outras categorias de diagnóstico.

Estes autores fizeram a tradução e adaptação para o português da escala, comprovando a correlação significativa com outras escalas similares (com a escala de Beck, por exemplo, apresenta um coeficiente de 0,76, o que traduz um grau elevado de correlação) e, a não existência de qualquer correlação entre os seus resultados e o nível económico, a idade, o nível educacional e os níveis de inteligência dos pacientes estudados.

A escala de depressão de Zung é constituída por 20 itens; 10 conotados de forma sintomática positiva e 10 de forma sintomática negativa. Na sua aplicação pede-se ao paciente para avaliar ele próprio cada um dos itens lidos em relação à maneira como se aplicam a si próprio na altura do teste, segundo as seguintes hipóteses de resposta: raramente, por vezes, muitas vezes e quase sempre.

A terceira escala é a **escala para avaliação da incapacidade causada pela enxaqueca (MIDAS)** que é constituída por 5 questões acerca dos dias que o paciente não trabalha nos últimos 3 meses anteriores à passagem da escala. Estas questões circundam o contexto de trabalho, familiar e de lazer; mas a avaliação é o somatório das 5 questões, sendo o total de dias contabilizado e transformado num número final convergente dos 3 contextos. Foram também com esta escala, apresentados alguns estudos, em que salientamos – devido à inerência da semelhança com o presente estudo – o apresentado por Lipton et al. (2001), onde os autores analisaram a qualidade de vida em pacientes com cefaleias e depressão simultâneas, utilizando como método o MIDAS. Os resultados demonstram que

os pacientes com estas duas variâncias em conjunto, tendem a apresentar um baixo nível de qualidade de vida.

Procedimento

As entrevistas para a elaboração dos questionários foram realizadas na consulta acima mencionada, todas as 2ª feiras de manhã, após a consulta de cefaleias com a Professora Dr.ª Isabel Pavão Martins.

Os pacientes após terem lido e assinado uma folha de esclarecimento e consentimento onde é explicado quem são os profissionais, o que estão a fazer e o que representa o estudo (anexo nº 2), responderam a algumas questões directas relacionadas com os seus dados clínicos e biográficos (anexo nº 3).

De seguida, foram apresentadas as 3 escalas utilizadas neste estudo. Nesta apresentação individual, o entrevistador (psicóloga Drª Teresa Ribeiro) lê as questões – visíveis para o paciente, de modo que este as possa também ler – e pede-se que responda de acordo com o tipo de resposta que lhe foi apresentada anteriormente.

Durante esta entrevista, foi permitido a todos os pacientes conversar com a psicóloga (Drª Teresa Ribeiro) sobre alguns assuntos que os preocupassem, podendo estar (ou não) relacionados com as cefaleias. No final, foi agradecida a colaboração dos participantes e findada a recolha.

III – RESULTADOS

Este estudo como já foi referido, inclui 100 pacientes consecutivos diagnosticados com diferentes tipos de cefaleias e com algumas características que se apresenta no seguinte quadro:

Quadro 2

Quadro referente à população estudada

	N	%
Sexo: Feminino	82	82%
Masculino	18	18%
Idade: < 20 anos	5	5%
21 – 40 anos	42	42%
41 – 65 anos	53	53%
Nível de escolaridade:		
1- < 4ª classe	23	23,2%
2- 5º -9º ano	31	31,3%
3- > 9º ano	45	45,5%

 Nível Sócio-económico (s.e.s.):

1- Trabalhadores indiferenciados	23,5	23,5%
2-Operário especializado, pequeno comerciante	30,9	30,9%
3- Trabalhos administrativos e médio comerciante	33,3	33,3%
4- Profissões liberais	12,3	12,3%

Diagnóstico A:

1 – Cefaleia crónica diária	39	39%
2 – Enxaqueca	50	50%

Diagnóstico B:

	3	3%
1– Cefaleia de tensão episódica	24	24%
2– Cefaleia de tensão crónica	10	10%
3 – Cefaleia crónica diária	19	19%
4 – Enxaqueca com aura	31	31%
5 – Enxaqueca sem aura	8	8%
6 – Outros	5	5%
7 – Abuso		

Ocupação:

1 Estudante	9	9%
2 Doméstica	5	5%
3 Desempregado	3	3%

4	Empregado	73	73%
5	Reformado	10	10%
Anti-depressivos:	Sim – 0	57	57%
	Não –1	32	32%
Abuso:	1 – Sim	6	6%
	2 – Não	93	93%

Assim, a maioria destes pacientes é do sexo feminino (82%), encontrava-se na altura da passagem das escalas, empregado (73%), apresentava uma escolaridade superior ou igual ao 9º ano (45%), não apresentava abuso medicamentoso (93%), nem medicação anti-depressiva (57%) e encontrava-se na faixa etária dos 41 aos 65 anos (53%) .

No que se refere ao diagnóstico A, a maioria dos pacientes é sofredor de enxaquecas (50%) e somente 39% sofre de cefaleias crónicas diárias.

Para uma melhor percepção da relação das variáveis do estudo, optou-se realizar em primeiro lugar uma análise de correlação entre as mesmas.

Variável qualidade de vida

Através da avaliação do quadro seguinte (quadro 3), pôde-se concluir que existem algumas correlações estatisticamente significativas entre a qualidade de vida e outras variáveis.

Quadro 3

Quadro de correlação entre a variável qualidade de vida e outras variáveis

	Escala de Zung (total)	Idade	Escolaridade	S.E.S
Qualidade de Vida	- 0,34 **	- 0,24*	0,36***	0,36***
* < 0,05	*** < 0,001			
** < 0,01	**** < 0,0001			

Pode-se verificar uma correlação negativa entre a qualidade de vida e a depressão, ou seja, quanto maior for o nível de depressão, menor será a qualidade de vida.

Uma correlação negativa surge também com a variável idade, de onde se pode supor que quanto mais idosos são os pacientes, menor a sua qualidade de vida.

A variável escolaridade apresenta uma correlação positiva com a qualidade de vida, o que aponta para o facto de, quanto maior for o nível de escolaridade dos pacientes, maior o nível de qualidade de vida.

A variável nível sócio- económico, também apresenta uma correlação positiva com a qualidade de vida, podendo-se afirmar que quanto maior o nível sócio-económico dos pacientes, melhor a sua qualidade de vida.

Analysaram-se ainda as correlações entre outras variáveis apresentadas neste estudo.

Variável frequência

Assim, a variável frequência (das crises), apresenta uma correlação positiva com o MIDAS 2 (dias que os pacientes faltam a actividades de lazer e/ou sociais), sendo $r(100) = 0,23$, $p < 0,05$, e com o MIDAS (total), onde $r(100) = 0,27$, $p < 0,05$, o que pode significar que quanto maior a frequência das crises, mais são os dias que os pacientes faltam aos seus empregos e deixam de fazer as suas actividades domésticas e/ou de lazer.

Variável Diagnóstico A

No que se refere à variável diagnóstico A, surgem algumas diferenças significativas:

Quadro 4

Quadro das médias das variáveis relacionadas com o diagnóstico A

Diagnóstico A	Média	T
<u>Qualidade de Vida</u>		2,1
Cefaleia crónica	64,4	
Enxaqueca	70,7	
<u>Zung (total)</u>		3,7****
Cefaleia crónica	49,5	

Enxaqueca	44,3
<u>Midas (total)</u>	3,2**
Cefaleia crónica	18,5
Enxaqueca	9,1
* < 0,05	*** < 0,001
** < 0,01	**** < 0,0001

Como se pode verificar no quadro 4, face à variável qualidade de vida (total), o valor mais baixo é de 64,4 na cefaleia crónica diária e de 70,7 na enxaqueca, ou seja, existe uma maior qualidade de vida nos pacientes com enxaqueca do que nos com cefaleias crónicas diárias.

No que se refere à escala de Zung (total), os pacientes com cefaleias crónicas diárias apresentam uma média mais alta (49,5), ou seja, apresentam mais hipóteses de depressão do que os pacientes com enxaquecas (44,3).

No Midas (total) surgem valores que apontam para que os pacientes com cefaleias crónicas diárias, apresentam uma média mais elevada (18,5), ou seja, faltam mais aos empregos, e/ou aos trabalhos domésticos e/ou de lazer.

Variável Abuso

Segundo o t-test, existem diferenças na variável abuso face aos seus dois grupos, no que se refere à variável Zung (total): a média no primeiro grupo é de $M = 53,2$ e no segundo grupo é de $M = 46,3$, onde $t(98) = (2,2)$, $p < 0,05$; que significa que os pacientes que não apresentam abuso, apresentam menores valores de depressão.

Variável Ocupação

A variável ocupação diferencia-se estatisticamente com as seguintes variáveis:

Quadro 5

Quadro das variáveis estatisticamente diferenciadas com a variável ocupação:

Ocupação	M	F
Qualidade de Vida (total)	1 80,6 2 62,8 3 67,6 4 67,4 5 65,9	2,4*
Zung (total)	1 42,0 2 47,0 3 49,3 4 46,4 5 51,5	2,5*
MIDAS 5	1 0,6 2 0,0 3 0,0 4 1,0 5 6,0	2,5**

Idade	1	20,5	18,1****
	2	51,4	
	3	39,6	
	4	39,8	
	5	59,0	

* < 0,05

*** < 0,001

** < 0,01

**** < 0,0001

Como se pode verificar no quadro 5, a variável qualidade de vida (total) apresenta diferenças significativas entre os vários grupos, o que pode ser interpretado como: neste estudo, os estudantes apresentam uma maior qualidade de vida e as domésticas uma menor qualidade de vida.

Face à escala de Zung (total), esta apresenta valores exactamente contrários no que se refere a estes dois grupos: valores mais altos para os pacientes reformados e mais baixos para os estudantes.

No MIDAS 5 pode-se observar valores elevados para o grupo 5 (reformados) e valores baixos para os grupos 2 (domésticas) e 3 (desempregados); o que implica que os pacientes reformados faltam (ou não têm...) actividades de lazer e/ou sociais, enquanto as domésticas e os desempregados apresentam - **neste estudo** - indicadores do contrário.

De modo, a verificar alguns valores estatísticos nas variáveis relativas às 3 escalas passadas aos pacientes deste estudo, realizou-se o seguinte quadro:

Quadro 6

Quadro sumária de estatística das 3 escalas apresentadas

Variáveis	M	DP	Min.	Med.	Max.
Zung(total)	12,3	12,9	0	9	55
Q.V. (total)	46,6	6,8	30	46	59
Midas (total)	68,2	13,3	38	69	98

IV- DISCUSSÃO

Após a apresentação e análise estatística dos resultados deste estudo, vai-se tentar perceber o porquê de algumas das relações que surgiram neste estudo e chegar a algumas conclusões.

Assim, a variável qualidade de vida surge (como se esperava), correlacionada negativamente com a variável Zung, que como já foi referido, é uma escala de depressão.

Se a depressão for a causa, o paciente estando deprimido ou com um nível de depressão acentuado, apresentará uma menor qualidade de vida, já que poderá isolar-se das outras pessoas – por desmotivação e/ ou tristeza inerente e renunciar a actividades e/ou situações que lhe proporcionavam anteriormente satisfação. Esta depressão no entanto, pode não ser assim tão evidente e manifestar-se em pequenas coisas da vida quotidiana: mudança dos hábitos de sono e/ou apetite, perda de interesse na família, nos amigos, etc...

No entanto, pode ser a cefaleia a causa da depressão, já que um paciente que tem crises de cefaleias (diárias ou não), com dores quase insuportáveis, tendo que faltar ao emprego e até privar-se da sua vida social, terá uma grande probabilidade de se deprimir.

A variável qualidade de vida apresenta ainda uma correlação negativa, com as variáveis idade e nível sócio-económico (S.E.S.); ou seja, quanto maior o nível destas duas variáveis, menor a qualidade de vida.

Referente à variável idade, esta correlação pode ser entendida pelo facto de, talvez devido ao relativo baixo nível sócio-económico, a população mais idosa tende a apresentar uma menor qualidade de vida; não tendo talvez meios económicos para usufruir duma

altura mais calma da sua vida, ao invés tem por vezes, dificuldades até em cuidados básicos de saúde e bem-estar.

Assim, surge a variável nível sócio económico, que está inversamente relacionada com a variável qualidade de vida; quanto menos diferenciado for o paciente, menor qualidade de vida apresenta; isto é, um paciente que esteja desempregado ou tenha um emprego onde ganhe muito pouco, dificilmente terá um nível elevado de qualidade de vida.

Por sua vez, a variável escolaridade apresenta uma correlação positiva com a variável qualidade de vida, quanto mais elevada a escolaridade dos pacientes, maior a sua qualidade de vida; esta relação pode ser interpretada como: talvez os pacientes que apresentem uma maior escolaridade poderão ter uma maior informação (e formação), o que lhes permite uma diferente percepção da cefaleia e conseqüentemente do tratamento e/ou medicação; não se questionando tanto, o que lhes retira muita ansiedade e preocupação, deixando espaço para uma melhor qualidade de vida.

A variável frequência apresenta uma relação com a variável MIDAS (total) e MIDAS 2, o que nos remete para o facto - que seria relativamente esperado - de que quanto maior o número de crises num paciente, mais vezes ele falta aos seus compromissos, especialmente a nível social.

A variável abuso apresenta diferenças significativas face à variável Zung o que demonstra que os pacientes que apresentam abuso medicamentoso, apresentam um maior nível na escala de depressão. Talvez os pacientes quando se encontram deprimidos tomem medicamentos excessivamente na tentativa de vencer a depressão; ou ainda, o facto do abuso medicamentoso ser a causa de depressão: tomar tantos medicamentos e não conseguir vencer a dor, pode dar início a uma depressão.

A variável ocupação também apresenta diferenças significativas com algumas variáveis: escala de qualidade de vida, escala de Zung, MIDAS e idade. Referentemente às variáveis qualidade de vida, escala de Zung e idade pode-se verificar – como talvez já se esperava – que os pacientes reformados (geralmente mais velhos), apresentam uma menor qualidade de vida e valores elevados na escala de depressão; enquanto que os estudantes apresentam resultados contrários. O que pode ser interpretado como uma maior motivação e disponibilidade para a vida por parte dos jovens, o que conduz a que apresentem menos depressões do que os idosos, que talvez se coloquem numa posição mais passiva perante a vida, devido a inúmeros factores, inclusive o financeiro.

Face ao MIDAS (total), os valores indicam que os pacientes reformados e as domésticas, faltam muito a actividades sociais e de lazer ou talvez nem as tenham. No grupo dos pacientes desempregados, também surgem valores elevados, que talvez seja de fácil percepção visto que estes têm mais disponibilidade para a sua vida social.

Em relação à variável diagnóstico A, a variável Zung apresenta uma relação, onde se distinguem os níveis de depressão face aos diferentes diagnósticos. Os pacientes com cefaleias crónicas diárias apresentam um nível mais elevado na escala de Zung, o que remete para o facto de como estes doentes têm uma dor diária e persistente, é talvez de esperar que apresentem com maior facilidade níveis de depressão.

Surge também uma relação da variável diagnóstico A, com a variável Midas (total). Os pacientes com cefaleias crónicas diárias, apresentam um maior nível na variável Midas do que os pacientes com enxaquecas, ou seja, os primeiros faltam mais aos seus compromissos do que os segundos, talvez pela mesma explicação acima apresentada: uma dor forte e diária.

Tendo por base ainda a mesma explicação, a variável qualidade de vida apresenta valores mais baixos para estes pacientes, que com este tipo de dor, não conseguem ter um bom nível de qualidade de vida.

Assim sendo, os pacientes com cefaleias crônicas diárias apresentam um maior nível de depressão, um maior nível na escala de MIDAS e um baixo nível de qualidade de vida, resultado directo da dor intensa e diária já referida, característica fundamental deste tipo de diagnóstico.

As limitações deste estudo centram-se essencialmente na dificuldade de “recolha” dos participantes, visto que todos têm que ser anteriormente diagnosticados e a passagem das escalas tem que ser numa entrevista individual; o que leva a que demore muito tempo “recolher” poucos participantes!

A título de conclusão, pode-se dizer que de acordo com o que se apresentou no início desta exposição, as cefaleias influenciam deveras a qualidade de vida dos seus sofredores, mas este efeito depende também de outras variáveis. O efeito da depressão e os diferentes diagnósticos nestes pacientes, são muito relevantes.

A depressão surge neste estudo, associada às cefaleias (essencialmente nos pacientes com cefaleias crônicas diárias), já que estes tendem a deprimir, talvez por a sua vida ficar tão alterada com a presença das cefaleias e/ou devido ao isolamento que surge muitas vezes nestes casos.

Estes resultados vêm reforçar a ideia defendida por inúmeros autores e apresentada na fundamentação teórica, de que a depressão –sendo causa ou consequência- se encontra associada às cefaleias.

Assim, os pacientes com diagnóstico de cefaleias crônicas diárias são aqueles em que a doença têm um impacto mais elevado na sua qualidade de vida, já que o seu tipo de dor

(por ser diária e forte), acaba por prejudicar mais o seu quotidiano, impedindo-os de continuar com as suas actividades rotineiras.

V - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Catalano M.E.(1987).The Chronic pain control workbook.New Harbinger Publications, Inc.United States of America.(Capther 10).
 - Cerbo R.; Barbanti P.; Fabbrini G.; Pascali M.P.; Catarci T.(1998). Amitriptyline is effective in chronic but not in episodic tension-type headache: pathogenetic implications.Headache.38 (6): 453-457.
 - Couch J.R.(1993). Medical Management of recurrent tension-type headache. In C. David Tollison & Robert S. Kunkel (Eds.), Headache Diagnosis and Treatment.(18): 151-162.
 - D'Amico D., Grazzi L., Leone M., Moschiano F., & Bussone G. (1998). A review of the treatment of primary headaches. Part II: Tension-type headache(Review). Italian Journal of Neurological Sciences, 19 (1) :2-9.
 - Dawn A.M.(2000).Identification of Patients With Headache at Risk of Psychological Distress. Headache. 40(5): 373-376
-

- Diegas M. T.; Cardoso R.M. (1986). Escalas de auto-avaliação da depressão (Beck e Zung). Estudos de correlação. Psiquiatria Clínica 7 (2), pp.141-145.
 - Fickey S.K. ; Wittrock D.A.(1995). Subjective stress and coping in recurrent tension-type headache.Headache 35(8): 455-460.
 - Gallant J. S.; Keita P.G. ; Schaler R.R. (1997). Health care for women- psychological social and behavioral influences. American Psychological Association Washington, DC.(Part IV).
 - Gilbar O. ;Bazak Y.(1998).Gender, Primary Headache, and Psychological Distress.Headache. 38: 31-34.
 - Gobel H. (1995). Stress and tension-type headache.Cephalalgia.15.451.
 - Gottesman M.(1993). Biofeedback and psychotherapy in treatment of muscle contraction/ tension type headache. In C. David Tollison & Robert S. Kunkel (Eds.), Headache Diagnosis and Treatment.(20). pp.167-176.
 - Headache Classification Committee of the International Headache Society(1998). Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Cephalalgia 8 (suppl 7): 1-96.
-

- Iversen, H.K., et all (1990). Clinical characteristics of migraine and episodic tension-type headache in relation to old and new diagnostic criteria. Headache,30: 514-519.
 - Jay W.G.(1993). Pathophysiology of tension-type headache. In C. David Tollison & Robert S. Kunkel (Eds.), Headache Diagnosis and Treatment.(16): 129-141.
 - Jensen R. (1996). Mechanisms of spontaneous tension-type headaches – na analysis of tenderness, pain thresholds and EMG. Pain.64 (2):251-256.
 - Krymchantowski A. (1996). Cefaleias Tensionais- artigo de revisão. ARS CURANDI. 47-55.
 - Krymchantowski A. (1996). Tratamento das Migrêneas ou Enxaquecas. Medicus. 8-10.
 - Krymchantowski A.(1998).Tratamento das cefaleias em salvas ou cluster headache.ARS CVRANDI. 35-38.
 - Krymchantowski A.(1998).Tratamento Preventivo das Migrêneas ou Enxaquecas. Brittish Journal of Medicine.74(5):15-28.
 - Lavabos P.M. & Tenhamm E.(1998).Edidemiology of tension-type headache in Santiago, Chile: a prevalence study. Cephhlalalgia. 18 (8): 552-558.
-

- Lerner D. J.; Amick III B. C.; Malspeis S.; Rogers W. H.; Santanello N. C.; Gerth W.C.(1999).The migraine work and productivity loss questionnaire: Concepts and design. Quality of Life Research. 8: 699-710.
 - Leston J. A. (1996).Migraine and tension-type headache are not separate disorders.Cephalalgia,1: 220-222.
 - Lipton R. B.; Hamlsky; Kolodnen K.B.; Steiner T. J.; Stewart W. F. (2000). Migraine, quality of life and depression. Neurology 55.(5):629-635.
 - Lisa K. Mannix; Rohit S. Chandurkar; Lisa A.Rybicki; Diane L.;Glen D. Solomon(1999). Effect of Guided Imagery on Quality of Life for Patients With Chronic Tension-Type Headache.Headache.39(5):326-334.
 - Martins I. P.; Parreira E. (2000). Tricks to relieve migraine attacks. Headache.11: 113-117.
 - Michel P.; J. F. Dartigues; A. Lindoulsi; P. Henry(1997).Loss of Productivity and Quality of Life in Migraine Sufferers Among French Workers: Results From the GAZEL Cohort. Headache. 37: 71-78.
 - Monteiro, J. M. P. (1995). Cefaleias - Estudo Epidemiológico e Clínico de uma População Urbana. Faculdade de Medicina do Porto. Porto
-

- Passchier J.; M. de Boo; H. Z. A. Quaak; J. A. Brienen(1996).Health-Related Quality of Life of Chronic Headache Patients Is Predicted by the Emotional Component of Their Pain. Headache. 36(9); 556-560
 - Patck, D.L.; Bryan C. Hurst., Mphil; Janette Hujhes,(2001). Further Development and Testing of the Migraine – Specific Quality of life (MSQOL) Measure. Headache 40:550-560.
 - Peterson A. L.; Talcott W. G.; Kelleher J.W., Haddock K.C. (1995).Site Specificity of pain and tension in tension-type headaches.Headache 35:9-92.
 - Raskin, N. M. (1998). Tension - type headache: Headache dignosis and treatment. New York. Churchill Livingstone.
 - Rasmussen B. K.(1996). Migraine and tension-type headache are separate disorders.Cephalalgia, 16: 217-223.
 - Ribeiro, J. L. P.(1998). Psicologia e saúde. Lisboa. ISPA
 - Roh J.K., Kim J.S. & Ahn Y.O.,(1998). Epidemiologic and cilinical characteristics of migraine and tension-type headache Korea. Headache, 38 (5): 356-365.
 - Russel ,(1987). Wolf's Headache and other head pain. New York. Oxford University Press.
-

- Schwartz B.S.; Stewart W.F.; Simon D.; Lipton R. B.(1998). Epidemiology of tension-type headache.The Journal of the American Medical Association. 279(5): 381-383.
 - Silberstein, S. D.(1993). Tension-type and chronic daily headache.Neurology. 43: 1644-1649.
 - Silberstein, S. D.; Lipton B. R.; Goadaby J.P.(1998).Tension-type in headache in clinical practice. pp 215-227.
 - Silberstein, S.D.(1994). Tension-type headaches.Headache, 34: 52-57.
 - Solomon D.G.; Richard B. Newman.(1993). Clinical Symptomatology and differential diagnosis of tension-type headaches. Baltimore. Williams & Wilkins.
 - Solomon D.G.(1997). Evolution of the measurement of quality of life in migraine. Neurology. 48:10-15.
 - Solomon D. G.; Dahhof C.(2000). Impact of headache on the individual sufferer.Headache 4:25-31.
 - Soyka D. (1997). Psychosomatic aspects of idiopathic headache disorders-review. Nerverheilkunde. 16 (5):250-256.
-

- Uhrh A. M. (1996). Gender variations in clinical pain experience-review. Pain.65 (2-3): 123-167.
 - Vingen V. J.; Stouner L.J. (1998).Photophobia and phonophobia in tension-type and cervicogenic headache. Cephalalgia.18:313-318.
 - Wagner T. H.; Patrick D.L.;Galer B. S.; Berzon R. A.(1996). A New Instrument to Assess the Long-term Quality of Life Effects From Migraine: Development and Psychometric Testing of the MSQOL. Headache. 36 (8):484-492.
 - Zagami ^a S. (1995). Chronic tension-type headache- rational drugs treatment options. CNS Drugs 4 (2):90-97.
 - Ziegler D.K. ;Paolo A. M. (1996). Self-reported disability due to headache- a comparison of clinic patients and controls. Headache. 36 (8):476-480.
-

ANEXOS

ANEXO Nº1

Definição das cefaleias de tensão segundo International Headache Society (IHS) - 1988

1 Migraine

1.1 Migraine without aura

Diagnostic criteria:

- A** At least 5 attacks fulfilling B-D.
 - B** Headache attacks lasting 4-72 hours
 - C** Headache has at least two of the following characteristics:
 - 1. Unilateral location
 - 2. Pulsating quality
 - 3. Moderate or severe intensity
 - 4. Aggravation by walking stairs or similar routine physical activity
 - D** During headache at least one of the following:
 - 1. Nausea and/or vomiting
 - 2. Photophobia and phonophobia
 - E** At least one of the following:
 - 1. History, physical and neurological examinations do not suggest such disorder listed in groups 5-11
 - 2. History and/or physical and/or neurological examinations do suggest such disorder, but it is ruled out by appropriate investigations
 - 3. Such disorder is present, but migraine attacks do not occur for the first time in close temporal relation to the disorder.
-

1.2 Migraine with aura

- A. At least 2 attacks fulfilling B.
- B. At least 3 of the following 4 characteristics:
1. One or more fully reversible aura symptoms indicating focal cerebral cortical – and/or brain stem dysfunction.
 2. At least one aura symptom develops gradually over more than 4 minutes or, 2 or more symptoms occur in succession.
 3. No aura symptom lasts more than 60 minutes. If more than one aura symptom is present, accepted duration is proportionally increased.
 4. Headache follows aura with a free interval of less than 60 minutes. (It may also begin before or simultaneously with the aura).
- C. At least one of the following:
1. History, physical and neurological examinations do not suggest one of the disorders listed in groups 5-11
 2. History and/or physical and/or neurological examinations do suggest such disorder, but it is ruled out by appropriate investigations
 3. Such disorder is present, but migraine attacks do not occur for the first time in close temporal relation to the disorder.

Tension type headache

2.1 Episodic tension-type headache

Diagnostic criteria:

A At least 10 previous headache episodes fulfilling criteria (B-D) listed below.

Number of days with such headache < 180/year (< 15/month).

B Headache lasting from 30 minutes to 7 days.

- C** At least two of the following pain characteristics:
- 1 Pressing/ tightening (non-pulsating) quality.
 - 2 Mild or moderate intensity (may inhibit, but does not prohibit activities).
 - 3 Bilateral location.
 - 4 No aggravation by walking stairs or similar routine physical activity.
- D** Both of the following:
- 1 No nausea or vomiting (anorexia may occur).
 - 2 Photophobia and phonophobia are absent, or one but not the other is present.

2.2 Chronic tension-type headache

Diagnostic criteria:

- A** Average headache frequency > 15 days/month
(180 days/year) for > 6 months fulfilling criteria (B-D).
- B** At least two of the following pain characteristics:
- 1 Pressing/tightening quality.
 - 2 Mild or moderate severity (may inhibit but does not prohibit activities).
 - 3 Bilateral location.
 - 4 No aggravation by walking stairs or similar routine physical activity.
- C** Both of the following:
- 1 No vomiting.
 - 2 No more than one of the following : nausea, photophobia or phonophobia.

Retirado de Headache Classification Committee of the International Headache Society.

Cephalalgia 1988; 8 (suppl 7): 1-96.

ANEXO N ° 2

Folha de consentimento para participação no trabalho “ Qualidade de vida de doentes com cefaleias”

Eu, abaixo assinada/o, aceito participar numa entrevista com a Sr^a Dr^a Teresa Paula Ribeiro, com o objectivo de fornecer dados para um trabalho de investigação na área da Psicologia.

Esta colaboração foi-me solicitada pela minha médica assistente, Dr.^a Isabel Pavão Martins.

Concordo em responder aos questionários apresentados, tendo sido informado do objectivo do estudo e esclarecido que não terá implicação no meu tratamento.

Todas as minhas dúvidas acerca do estudo foram esclarecidas, e sei que todos os dados que fornecer serão inteiramente confidenciais, não devendo deles constar quaisquer elementos que permitam a minha identificação.

Data: ___/___/___

O/ A doente _____

O médico _____

A psicóloga _____

ANEXO Nº 3

Nº ___

Nome: _____ Nº de consulta: _____

Idade: _____ Sexo: F. M.

Escolaridade:

Analfabetos
< 4º classe
5º - 9º ano
> 9º ano

Ocupação:

Estudante
Reformado
Desempregado
Doméstica
Emprego _____

Diagnóstico:

Cefaleia de tensão:

Cefaleia de tensão episódica
Cefaleia de tensão crónica
Cefaleia crónica diária

Enxaqueca:

Enxaqueca com aura
Enxaqueca sem aura

Abuso medicamentoso:

Cefaleia de base: cefaleia de tensão
Cefaleia de base: desconhecida

Intensidade média:

ligeira moderada severa

Data de início da cefaleia: < 15 anos > 16 anos

Frequência actual das crises: <1/m 1 - 4/m mais/m

ANEXO Nº 4

Nº _____

Questionário de Qualidade de Vida específico para pacientes com cefaleias

As dores de cabeça afectam a vida das pessoas de diferentes maneiras. Por favor, circunde o número da opção que melhor descreva como se sente entre as crises de dores de cabeça.

- 4- Raramente**
3 - Por vezes
2 – Muitas vezes
1– Quase sempre

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 – Não faço grandes mudanças na minha vida por causa das minhas dores de cabeça | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 – Tento não me cansar para evitar as minhas dores de cabeça | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6 – Tento não sair do meio habitual por causa das minhas dores de cabeça | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7 – Sinto-me desamparado quando as minhas dores de cabeça começam | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8 – Preocupo-me que as minhas dores de cabeça possam interferir na vida de outras pessoas | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6 – A minha vida gira em torno das minhas dores de cabeça | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7 – Por causa das minhas dores de cabeça é importante comer com regularidade | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8 – Por causa das minhas dores de cabeça, tenho medo | 1 | 2 | 3 | 4 |
-

de não dar a atenção devida aos que me rodeiam

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 9 – Entristece-me perder tanto tempo com as minhas dores de cabeça. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10 – Não gosto de falar a outras pessoas das minhas dores de cabeça. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11 – Tenho dificuldades em fazer planos por causa das minhas dores de cabeça. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12 – Evito demasiada actividade por receio de poder originar uma crise de dores de cabeça | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13 – Preocupo-me com a possibilidade de ter uma crise de dores de cabeça se for viajar | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14 – As dores de cabeça interferem nas minhas relações mais próximas | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15 – Tento evitar lugares que possam originar crises de dores de cabeça (sítios com luz, barulhentos ou com fumo) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16 – Preocupo-me com o futuro por causa das minhas dores de cabeça | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17 – Tento evitar exigir demasiado de mim por causa das minhas dores de cabeça | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18 – Fico nervoso se penso que vou ter uma crise de dores de cabeça | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19 – Sinto-me deprimido quando tenho dores de cabeça | 1 | 2 | 3 | 4 |
-

- 20 – Tenho medo de desiludir as pessoas
por causa das minhas dores de cabeça 1 2 3 4
- 21 – Duvido da minha capacidade para fazer
um bom trabalho devido às dores de cabeça 1 2 3 4
- 22 – É importante para mim manter a minha rotina
por causa das dores de cabeça 1 2 3 4
- 23 – Acho as minhas dores de cabeça assustadoras 1 2 3 4
- 24 – Sinto-me revoltada por não haver nada
que controle as minhas dores de cabeça 1 2 3 4
- 25 – Tenho receio que as pessoas pensem que eu uso
as minhas dores de cabeça como desculpa 1 2 3 4
-

ANEXO Nº 5

ESCALA DE AUTO-AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO DE ZUNG

Por favor, leia com atenção todas as frases seguidamente expostas. Em relação a cada uma delas escolha a alternativa (1,2,3,4) que constitua a descrição mais aproximada da maneira como se sente.

- 1 – Raramente
- 2 – Por vezes
- 3 – Muitas vezes
- 4 – Quase sempre

1 – Sinto-me abatido e sem coragem	1	2	3	4
2 – É de manhã que me sinto melhor	1	2	3	4
3 – Tenho crises de choro ou momentos em que me sinto a ponto de chorar	1	2	3	4
4 – Tenho insónia	1	2	3	4
5 – Vou comendo como de costume	1	2	3	4
6 – Mantenho relações sexuais satisfatórias	1	2	3	4
7- Noto que estou a emagrecer	1	2	3	4
8 – Sofro de prisão de ventre	1	2	3	4
9 – Sinto o coração bater mais depressa que o habitual	1	2	3	4
10 – Canso-me com qualquer coisa	1	2	3	4
11 – Sinto a mente lúcida como de costume	1	2	3	4
12 – Não encontro dificuldade em fazer o que costumava fazer	1	2	3	4
13 – Ando irrequieto e não consigo estar parado	1	2	3	4
14 – Tenho confiança no futuro	1	2	3	4
15 – Estou mais irritável que o habitual	1	2	3	4
16 – Não me parece difícil tomar decisões	1	2	3	4
17 – Sinto que sou útil e necessário	1	2	3	4
18 – A minha vida é razoavelmente plena				
19 – Sinto que os outros estariam bem melhor se eu moresse	1	2	3	4
20 – Ainda sinto prazer com as coisas que costumava fazer	1	2	3	4

Obrigado pela sua colaboração

QUESTIONÁRIO MIDAS

Escala para avaliação da incapacidade causada pela enxaqueca.

Instruções:
Por favor, responda às seguintes perguntas sobre TODAS as cefaleias que teve nos últimos 3 meses.
Escreva a sua resposta a seguir a cada pergunta. Escreva 0 (zero) se não efectuou a actividade referida nos últimos 3 meses. (Se necessário, recorra a um calendário).

Nome do doente _____

Data ____/____/____

1. Em quantos dias nos últimos 3 meses teve de faltar à escola ou ao emprego devido às cefaleias?

2. Quando ainda conseguiu ir à escola ou trabalhar, em quantos dias nos últimos 3 meses a sua produtividade esteve reduzida a metade ou mais, devido às cefaleias? (sem contar com os dias que considerou na pergunta 1)

3. Em quantos dias, nos últimos 3 meses, teve de deixar de fazer os seus trabalhos domésticos por causa das cefaleias?

4. Quando ainda foi capaz de fazer os seus trabalhos domésticos, em quantos dias, nos últimos 3 meses, esteve a sua produtividade reduzida a metade ou mais devido à enxaqueca? (sem contar com os dias que considerou na pergunta 3)

5. Em quantos dias, nos últimos 3 meses, teve de faltar a actividades com a sua família, actividades sociais ou de tempos livres por causa das cefaleias?

Para ser preenchido pelo seu médico:

Por favor, some o total das pontuações das respostas às perguntas 1 a 5.

Pontuação MIDAS

Não - 0
Sim - 1

9 - Diagnóstico:

DIAG A:

- Cefaleia crónica diária 1
- Enxaqueca 2

10 - Diagnóstico:

DIAG B :

- Cefaleia de tensão: episódica 1
- crónica 2
- diária 3
- Enxaqueca: com aura 4
- sem aura 5
- Outro: 6
- Abuso: 7

11 - Frequência:

- < 1/m 1
- 1 - 4 m 2
- mais 4/m 3

12 - Intensidade:

- ligeira 1
- média 2
- elevada 3

13 - Qualidade de Vida

14 - Escala de Auto-avaliação de Depressão

15 - MIDAS



.EGAS.MONIZ
5 LISBOA
7805000

Exm^a Senhora
Prof^a Doutora Isabel Pavão Martins
Serviço de Neurologia

Lisboa, 16 de Abril de 2001

Assunto: Trabalho sobre qualidade de vida em doentes com cefaleias

Pela presente, informamos V^a Ex.^a. que o trabalho supra referenciado, obteve em reunião realizada em 5 de Abril de 2001, parecer favorável desta Comissão de Ética.

Mais se informa que o referido trabalho foi enviado ao Sr. Presidente do Conselho de Administração a fim de obter a autorização necessária.

Com os melhores cumprimentos.

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde

Dr. Frederico Silveira Machado

	n	grupid	idade	sex	escol	ocup	ses
1	1	3	57	1	2	4	3
2	2	2	28	1	3	4	3
3	3	3	53	2	3	4	4
4	4	2	20	2	3	4	3
5	5	3	53	1	1	5	1
6	6	2	21	1	3	4	3
7	7	1	15	1	2	1	.
8	8	3	47	1	2	4	3
9	9	3	49	1	1	4	2
10	10	3	42	1	1	4	1
11	11	3	60	2	1	5	.
12	12	2	23	1	3	4	3
13	13	2	29	1	3	4	4
14	14	2	23	1	3	4	2
15	15	2	31	1	1	3	2
16	16	3	55	1	3	4	4
17	17	2	36	1	2	4	1
18	18	2	22	1	3	1	.
19	19	3	65	1	1	5	.
20	20	2	27	1	3	4	4
21	21	3	46	2	1	4	2
22	22	2	23	1	3	4	3
23	23	2	24	1	1	1	.
24	24	2	35	2	1	4	1
25	25	1	19	1	3	4	.
26	26	3	53	1	1	4	.
27	27	2	28	1	3	4	4
28	28	3	50	1	2	4	3
29	29	3	53	1	3	4	2
30	30	3	61	2	1	5	.
31	31	3	50	1	1	4	2
32	32	3	45	1	1	4	1
33	33	3	48	1	2	3	.
34	34	3	61	1	1	5	.
35	35	3	53	1	1	2	.
36	36	2	32	1	3	4	4
37	37	2	50	1	1	4	1
38	38	2	40	1	1	3	2
39	39	3	43	2	2	4	2

	abuso	primeira	antidep	diaga	diagb	freq	int
1	0	2	0	.	6	2	3
2	0	2	0	2	4	2	2
3	0	2	0	.	6	2	3
4	0	2	0	2	5	2	3
5	0	2	0	2	5	2	3
6	0	1	0	1	2	3	1
7	0	2	0	2	4	2	3
8	0	2	1	2	5	2	3
9	0	2	1	1	2	3	3
10	0	2	1	.	6	2	3
11	0	2	1	1	2	2	3
12	0	1	0	.	1	3	2
13	0	1	0	2	5	1	2
14	0	2	1	1	3	3	3
15	0	1	0	2	4	2	3
16	0	1	0	2	5	1	2
17	0	2	0	2	5	2	3
18	0	2	0	2	4	2	2
19	0	2	1	2	5	2	2
20	0	1	0	2	5	3	2
21	0	1	0	2	5	2	3
22	0	2	1	2	5	3	3
23	0	2	0	2	4	3	3
24	0	2	0	1	2	3	2
25	0	1	0	1	3	3	2
26	0	2	0	1	3	2	2
27	0	2	0	2	5	2	3
28	0	2	0	2	4	3	3
29	0	1	0	1	2	2	3
30	0	1	0	1	2	2	3
31	0	2	0	2	5	1	3
32	0	2	1	1	2	3	3
33	1	1	1	1	7	3	2
34	0	2	1	1	2	3	2
35	0	2	1	1	3	3	3
36	0	2	0	2	5	1	3
37	0	2	1	1	2	1	3
38	0	2	0	2	4	2	3
39	0	2	0	.	6	1	3

	qv1	qv2	qv3	qv4	qv5	qv6	qv7
1	4	4	4	2	1	4	4
2	4	1	1	2	2	4	4
3	2	4	4	2	2	4	4
4	1	1	4	1	1	4	3
5	3	2	4	1	1	2	4
6	4	4	4	4	4	2	4
7	4	1	4	4	4	4	4
8	4	2	4	1	1	2	4
9	4	1	4	1	3	3	1
10	1	3	4	1	4	2	4
11	2	4	4	4	2	4	2
12	1	4	4	4	2	4	4
13	2	4	4	2	2	4	2
14	4	2	4	2	3	4	4
15	2	2	4	2	3	4	4
16	4	4	4	1	1	4	4
17	4	4	4	4	1	2	4
18	4	2	4	2	2	1	4
19	2	2	2	4	2	4	2
20	1	4	2	2	2	4	1
21	2	4	4	1	2	2	4
22	3	4	4	2	4	4	4
23	4	4	4	2	2	4	1
24	1	1	1	1	2	3	2
25	2	4	4	2	4	4	4
26	2	4	2	4	4	3	3
27	1	4	4	4	1	4	4
28	4	4	4	4	4	4	4
29	4	4	4	1	2	4	4
30	4	4	3	4	1	4	4
31	2	4	3	1	1	2	4
32	4	2	1	1	1	3	4
33	2	4	4	4	4	4	4
34	2	2	1	1	3	4	1
35	2	3	2	2	3	2	2
36	4	4	4	4	4	4	4
37	3	3	3	1	2	2	2
38	4	4	4	1	4	4	3
39	1	2	2	2	4	4	4

	qv8	qv9	qv10	qv11	qv12	qv13	qv14
1	2	1	2	4	4	2	4
2	2	2	4	1	4	4	2
3	4	4	1	2	4	4	4
4	1	3	1	4	1	2	4
5	3	1	4	1	4	1	3
6	4	2	1	4	4	4	2
7	2	3	4	4	4	2	4
8	2	1	2	4	4	1	2
9	1	1	1	1	2	1	1
10	2	1	1	4	1	3	4
11	4	2	2	4	4	2	2
12	2	4	1	2	4	2	4
13	2	3	4	4	4	4	2
14	2	2	3	4	2	4	4
15	2	1	2	4	4	2	4
16	4	1	4	4	4	4	4
17	4	2	1	4	2	2	2
18	2	3	1	4	4	2	4
19	3	2	2	4	2	2	2
20	2	1	4	4	4	1	2
21	2	1	4	4	4	1	2
22	2	3	4	4	4	2	4
23	2	4	4	4	4	2	2
24	2	3	2	2	2	3	2
25	4	3	1	4	4	4	4
26	4	1	4	2	4	1	4
27	4	1	2	4	4	2	1
28	4	4	4	4	4	4	4
29	2	2	4	2	4	4	2
30	2	1	1	3	4	1	2
31	1	1	1	2	2	1	1
32	2	1	1	1	2	1	1
33	2	4	1	4	4	3	2
34	2	2	2	2	4	4	2
35	4	2	1	4	1	4	4
36	2	4	4	4	4	2	2
37	3	3	4	2	2	1	2
38	2	1	4	2	4	2	4
39	2	2	4	2	4	2	4

	qv15	qv16	qv17	qv18	qv19	qv20	qv21
1	2	1	4	1	1	4	2
2	1	4	4	4	2	4	2
3	4	1	4	1	1	4	2
4	2	3	3	4	1	2	4
5	4	1	4	1	1	4	1
6	4	4	4	2	2	4	4
7	3	2	4	4	4	4	2
8	2	2	2	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1	1
10	4	1	4	1	1	2	4
11	1	2	4	3	1	4	4
12	4	4	4	3	4	4	2
13	4	4	4	3	3	2	2
14	4	4	2	2	2	4	4
15	1	4	2	2	2	1	2
16	4	4	4	2	3	4	4
17	1	2	4	1	1	4	4
18	3	2	4	1	2	4	4
19	2	3	4	4	1	4	2
20	1	2	4	4	3	2	1
21	1	4	2	1	1	4	4
22	4	4	4	4	4	4	2
23	2	4	4	4	2	4	4
24	1	2	2	1	1	3	2
25	2	2	2	4	2	4	3
26	2	4	4	2	1	4	4
27	4	4	4	2	4	2	4
28	4	4	4	4	4	4	4
29	1	1	4	4	2	2	3
30	1	1	3	1	1	4	4
31	1	1	3	1	1	2	2
32	1	1	2	1	1	2	2
33	1	4	2	4	1	4	1
34	1	2	2	4	2	2	2
35	1	4	1	2	2	4	3
36	4	4	4	4	4	4	4
37	2	1	2	1	1	3	2
38	1	1	4	1	1	4	1
39	4	4	4	1	1	4	4

	qv22	qv23	qv24	qv25	qvtot	z1	z2
1	4	1	2	4	68	3	4
2	4	1	2	4	69	1	3
3	4	2	4	4	76	1	3
4	1	2	1	2	56	1	1
5	4	1	1	4	60	4	4
6	4	2	4	4	85	1	1
7	4	2	4	4	85	1	3
8	2	1	2	1	50	4	4
9	1	1	3	1	38	2	1
10	1	3	1	4	61	3	1
11	4	1	3	2	71	3	3
12	4	4	4	4	83	1	4
13	1	2	2	3	73	2	4
14	4	2	2	4	78	1	4
15	3	2	3	3	65	1	4
16	1	1	1	4	79	2	4
17	2	2	4	4	69	3	4
18	2	2	4	3	70	1	4
19	2	4	2	3	66	2	4
20	2	3	3	2	61	2	1
21	1	4	4	4	67	4	3
22	4	2	3	4	87	2	1
23	1	2	1	4	75	2	1
24	3	1	2	2	47	4	3
25	4	1	2	4	78	3	3
26	2	2	1	4	72	4	4
27	4	1	2	4	75	4	2
28	4	2	4	4	98	1	3
29	4	2	4	4	74	2	4
30	1	1	1	4	60	4	4
31	1	1	1	2	42	4	1
32	3	1	1	2	42	2	1
33	2	2	2	4	73	4	1
34	4	4	4	4	63	3	2
35	2	2	2	4	63	2	4
36	4	2	2	4	90	1	4
37	2	1	1	2	51	3	4
38	2	1	2	4	65	4	4
39	4	1	1	4	71	4	3

	z3	z4	z5	z6	z7	z8	z9
1	1	1	3	2	1	2	1
2	1	3	4	3	4	1	3
3	2	4	1	4	1	1	2
4	4	1	4	4	1	1	4
5	2	2	2	3	2	4	3
6	1	2	1	1	1	1	3
7	1	2	4	3	1	1	1
8	1	1	1	4	1	2	4
9	4	4	1	1	2	1	2
10	2	3	4	4	1	4	1
11	1	4	3	3	1	2	3
12	1	1	1	1	1	4	1
13	4	3	3	4	1	1	2
14	2	3	1	1	1	1	3
15	1	2	3	3	1	1	1
16	1	1	3	1	1	4	1
17	1	2	1	1	1	1	3
18	4	1	4	4	1	1	2
19	4	4	3	4	1	2	2
20	3	1	1	1	4	4	2
21	1	2	1	1	1	2	1
22	1	2	1	2	1	2	1
23	1	1	3	1	1	1	4
24	2	3	1	3	4	2	2
25	1	1	4	1	1	3	1
26	1	2	1	1	1	2	3
27	3	3	4	4	1	1	4
28	2	3	4	1	1	2	3
29	2	2	3	4	1	4	4
30	1	4	1	3	1	2	2
31	4	1	1	2	1	1	3
32	4	4	3	3	4	4	2
33	4	4	1	3	1	4	1
34	4	1	3	4	2	4	2
35	1	4	3	3	1	4	2
36	2	2	1	3	2	3	1
37	4	2	1	3	1	4	4
38	4	2	1	1	1	1	4
39	1	4	1	1	1	1	4

	z10	z11	z12	z13	z14	z15	z16
1	3	1	4	2	2	4	4
2	2	4	1	4	1	2	2
3	3	3	2	1	4	1	2
4	1	1	3	1	1	4	3
5	4	2	3	2	4	4	4
6	4	3	3	1	1	3	4
7	2	4	4	1	1	2	3
8	3	4	4	1	1	4	4
9	2	1	1	4	1	2	1
10	4	3	4	3	1	2	3
11	1	3	3	2	2	1	3
12	2	4	4	4	1	2	3
13	2	3	3	2	3	3	2
14	4	1	3	2	1	4	4
15	1	4	4	1	4	1	3
16	2	4	4	2	4	2	3
17	1	4	4	1	1	4	1
18	4	3	1	4	1	4	3
19	4	3	2	2	4	2	2
20	1	1	4	1	2	1	4
21	2	2	4	4	1	4	4
22	2	4	4	1	2	2	1
23	1	4	4	4	1	1	4
24	1	1	4	2	3	3	1
25	3	3	2	3	4	2	2
26	2	2	1	4	1	4	1
27	1	4	4	3	1	4	3
28	4	3	4	1	1	2	1
29	3	4	2	2	3	3	4
30	2	3	4	4	1	4	1
31	1	4	1	2	2	4	4
32	4	1	2	4	2	4	3
33	4	2	4	2	4	4	3
34	4	4	3	2	4	2	3
35	4	1	2	2	2	2	3
36	1	2	2	2	2	3	3
37	4	1	3	2	3	4	3
38	4	2	4	4	1	4	3
39	1	4	3	1	1	1	4

	z17	z18	z19	z20	zungtot	mida1	mida2
1	1	4	1	1	45	2	0
2	1	3	1	1	45	5	0
3	1	4	1	1	42	1	5
4	2	1	1	1	40	0	0
5	3	3	1	3	59	3	0
6	1	1	1	1	35	0	0
7	3	3	1	1	42	0	5
8	1	1	1	1	47	4	6
9	3	1	2	1	37	6	15
10	1	2	2	4	52	0	0
11	3	1	1	1	44	.	.
12	1	2	1	1	40	0	0
13	3	3	2	2	52	0	2
14	1	3	1	1	42	0	13
15	3	1	1	1	41	0	2
16	1	3	1	1	45	0	0
17	1	1	1	1	37	0	10
18	3	3	1	1	50	2	1
19	2	3	2	3	55	.	.
20	1	1	1	1	37	0	10
21	1	2	1	1	42	0	1
22	3	2	1	1	36	0	3
23	1	1	1	1	38	7	5
24	3	3	2	3	50	20	10
25	3	3	2	4	49	0	30
26	1	1	1	1	38	0	3
27	1	2	1	1	51	0	0
28	1	4	1	1	43	0	1
29	1	3	1	1	53	0	4
30	1	2	1	1	46	0	10
31	2	1	1	3	43	3	0
32	3	3	1	2	56	5	20
33	1	1	4	4	56	20	10
34	3	3	2	4	59	.	.
35	2	1	1	2	46	0	0
36	2	2	1	2	41	0	0
37	1	3	3	2	55	4	1
38	1	1	4	1	51	.	.
39	1	1	1	1	39	2	0

	mida3	mida4	mida5	midatot
1	0	0	2	4
2	3	3	10	21
3	6	2	1	15
4	0	0	0	0
5	3	2	3	11
6	0	0	0	0
7	1	0	0	6
8	4	5	2	21
9	3	2	4	30
10	10	0	0	10
11	.	.	.	.
12	0	0	0	0
13	2	2	0	6
14	10	0	8	31
15	2	0	0	4
16	3	0	0	3
17	0	6	0	16
18	4	1	1	9
19	.	.	.	.
20	2	0	0	12
21	1	0	1	3
22	5	2	1	11
23	3	4	0	19
24	0	0	10	40
25	15	10	0	55
26	0	3	0	6
27	0	0	0	0
28	0	0	0	1
29	0	0	0	4
30	0	0	10	20
31	3	0	0	6
32	5	0	0	30
33	10	0	0	40
34	.	.	.	.
35	0	0	0	0
36	0	0	3	3
37	3	2	0	10
38	.	.	.	.
39	5	0	2	9

	n	grupid	idade	sex	escol	ocup	ses
40	40	3	65	2	1	5	1
41	41	3	47	1	1	4	1
42	42	3	50	2	3	4	2
43	43	2	22	1	3	1	3
44	44	3	41	1	2	4	3
45	45	3	45	1	2	4	2
46	46	2	26	1	1	4	1
47	47	2	29	1	1	4	2
48	48	2	36	1	2	4	1
49	49	2	22	1	3	1	.
50	50	3	44	2	2	4	3
51	51	3	44	1	3	4	2
52	52	1	18	2	2	4	2
53	53	3	54	1	1	4	1
54	54	3	58	1	2	5	3
55	55	2	33	2	2	4	2
56	56	2	35	1	3	4	4
57	57	3	47	1	3	4	1
58	58	2	29	1	3	4	3
59	59	2	34	1	2	4	1
60	60	2	40	1	3	4	3
61	61	3	51	2	2	5	1
62	62	3	51	1	3	4	3
63	63	3	41	2	2	4	2
64	64	3	44	1	2	4	1
65	65	2	35	1	3	4	3
66	66	3	58	1	2	4	2
67	67	2	35	2	3	4	2
68	68	3	61	2	2	2	.
69	69	3	47	1	1	4	2
70	70	2	29	1	2	4	3
71	71	3	42	1	3	4	3
72	72	2	22	1	3	4	2
73	73	3	50	1	3	4	3
74	74	2	35	1	3	4	3
75	75	2	25	2	2	4	2
76	76	3	55	1	3	4	4
77	77	3	46	1	2	4	2
78	78	3	65	1	2	5	2

	abuso	primeira	antidep	diaga	diagb	freq	int
40	0	1	0	1	2	2	3
41	0	1	0	1	3	3	2
42	0	2	1	1	2	2	2
43	0	1	0	2	4	3	3
44	0	2	0	2	5	2	3
45	0	2	1	2	5	2	3
46	0	1	0	1	2	2	3
47	0	2	0	.	1	1	2
48	1	1	0	1	7	2	3
49	0	2	0	2	4	2	2
50	0	2	0	2	4	1	3
51	0	2	0	2	5	3	3
52	1	2	1	1	7	3	2
53	0	2	1	1	2	2	2
54	0	2	1	2	5	3	2
55	0	1	0	1	2	3	2
56	0	1	0	2	5	2	2
57	1	2	1	1	7	2	2
58	0	1	0	.	6	3	2
59	0	2	0	1	3	2	3
60	0	1	0	2	5	2	3
61	0	2	0	.	6	2	3
62	0	1	0	2	5	2	3
63	0	2	1	1	2	3	3
64	0	1	0	2	5	2	3
65	0	1	0	1	3	3	3
66	0	2	0	2	4	2	3
67	0	1	0	.	6	3	3
68	0	1	1	2	4	1	2
69	0	2	1	2	5	2	3
70	0	1	0	1	2	2	3
71	0	2	1	2	4	2	3
72	0	1	0	1	2	3	3
73	0	1	0	2	4	1	2
74	0	2	0	1	2	3	3
75	0	2	0	2	4	1	3
76	0	1	0	2	4	1	3
77	0	1	0	2	4	3	3
78	0	2	1	1	2	2	3

	qv1	qv2	qv3	qv4	qv5	qv6	qv7
40	4	4	4	1	2	4	4
41	4	4	2	2	4	4	4
42	2	3	2	2	1	1	4
43	4	1	1	4	4	4	4
44	2	2	1	1	1	2	4
45	4	4	4	2	2	4	4
46	2	2	3	2	1	1	4
47	2	4	4	2	2	4	4
48	2	2	4	2	3	2	4
49	4	4	4	4	4	4	4
50	4	1	4	1	3	4	4
51	4	4	2	1	1	2	2
52	4	4	1	1	2	2	2
53	4	2	2	2	3	4	1
54	4	4	4	4	4	4	4
55	4	2	2	1	1	3	4
56	4	2	2	1	1	3	4
57	4	1	4	1	1	4	4
58	4	4	4	2	2	4	1
59	4	2	2	1	2	2	2
60	2	4	4	1	1	4	1
61	4	4	4	1	1	2	4
62	2	4	1	2	3	3	4
63	4	4	2	1	1	3	2
64	4	4	2	1	1	4	4
65	4	2	3	1	2	4	1
66	4	4	4	1	4	4	4
67	4	4	4	3	1	2	4
68	4	3	3	1	3	3	4
69	3	4	3	4	3	3	3
70	4	2	2	3	2	2	4
71	4	4	3	1	4	4	4
72	1	2	4	2	1	4	1
73	4	2	2	2	2	4	4
74	4	4	1	2	4	2	3
75	3	4	4	3	2	4	4
76	1	4	4	4	4	4	4
77	4	4	1	1	3	3	3
78	3	3	3	1	2	2	3

	qv8	qv9	qv10	qv11	qv12	qv13	qv14
40	1	2	1	4	2	4	2
41	4	2	2	4	4	4	2
42	1	1	3	1	2	1	3
43	4	1	2	1	4	4	4
44	1	1	4	4	2	1	2
45	2	2	2	3	4	2	2
46	3	3	1	2	2	2	1
47	2	1	2	2	4	4	3
48	3	2	2	4	2	1	2
49	4	4	4	4	4	2	4
50	4	4	1	4	2	4	2
51	1	1	4	1	4	1	1
52	2	2	4	4	2	3	2
53	2	1	2	2	2	3	3
54	4	1	2	4	4	4	4
55	2	4	4	4	4	4	4
56	2	1	2	3	2	1	3
57	1	1	1	2	1	4	1
58	4	1	2	4	3	3	2
59	3	1	3	3	2	2	2
60	3	1	2	4	4	1	2
61	1	1	2	2	4	2	4
62	1	1	3	4	2	1	4
63	1	1	1	2	4	2	1
64	2	4	2	4	4	1	2
65	3	1	2	4	4	1	1
66	2	4	2	4	2	4	4
67	1	1	1	1	2	4	1
68	3	3	3	3	3	2	2
69	4	3	2	3	3	4	2
70	2	1	4	4	3	3	3
71	3	1	3	4	4	2	2
72	4	1	2	2	4	1	2
73	3	3	3	3	3	1	2
74	2	2	2	4	2	4	2
75	3	2	1	4	4	3	4
76	4	4	1	4	4	3	4
77	3	3	3	4	3	1	3
78	3	1	4	2	1	2	2

	qv15	qv16	qv17	qv18	qv19	qv20	qv21
40	1	1	4	1	1	1	1
41	1	2	2	4	2	4	2
42	1	1	2	1	1	3	1
43	2	2	4	4	2	4	4
44	2	4	1	2	1	1	4
45	1	3	2	2	2	4	2
46	1	2	2	1	1	1	3
47	1	2	3	2	2	1	2
48	1	2	2	2	3	2	4
49	2	4	4	4	4	4	2
50	1	4	2	4	2	4	4
51	1	4	4	1	1	1	4
52	1	3	2	2	2	2	3
53	4	3	2	2	2	2	4
54	4	4	2	4	2	4	2
55	4	4	4	4	4	4	3
56	2	1	4	1	1	1	3
57	1	1	1	3	1	1	1
58	2	2	4	2	1	4	2
59	1	1	2	1	1	2	3
60	1	1	2	2	1	1	1
61	4	1	4	1	1	2	1
62	1	4	2	1	1	4	1
63	1	1	2	1	1	1	2
64	4	2	2	4	1	4	1
65	3	4	4	4	1	4	2
66	1	4	4	4	1	4	1
67	3	3	4	4	1	3	4
68	2	2	2	2	2	2	3
69	3	1	2	3	1	3	3
70	2	2	3	3	4	3	4
71	4	4	4	1	1	4	1
72	4	2	4	2	1	1	2
73	4	3	3	1	3	3	2
74	4	2	2	1	4	4	4
75	3	3	3	3	3	4	3
76	1	3	4	4	4	4	4
77	3	4	3	1	1	2	1
78	1	2	2	1	1	3	2

	qv22	qv23	qv24	qv25	qvtot	z1	z2
40	1	1	1	1	53	4	3
41	2	2	4	4	75	4	1
42	2	3	1	2	45	4	3
43	3	2	4	4	77	3	1
44	1	1	1	2	48	4	3
45	2	3	4	2	68	2	3
46	1	1	1	1	44	1	4
47	2	3	2	4	64	2	3
48	4	3	2	4	64	2	3
49	4	4	4	4	94	1	3
50	4	1	4	4	76	1	3
51	2	1	1	1	50	4	4
52	2	2	3	2	59	4	3
53	2	1	2	2	59	2	4
54	4	4	4	4	89	4	4
55	4	4	4	4	86	4	4
56	2	1	1	2	50	1	1
57	2	1	2	1	45	4	3
58	2	1	1	4	65	4	1
59	2	1	1	2	48	2	3
60	4	1	3	2	53	2	3
61	4	1	1	4	60	4	4
62	1	1	1	1	53	4	3
63	2	1	1	4	46	3	4
64	4	2	2	4	69	4	3
65	4	2	1	4	66	1	3
66	4	2	4	4	80	1	3
67	4	1	1	4	65	4	1
68	3	3	3	4	68	1	2
69	2	3	3	1	69	3	3
70	1	4	2	4	71	2	4
71	4	1	4	4	75	2	4
72	4	4	2	4	61	4	1
73	2	2	2	2	61	1	3
74	2	4	4	2	71	1	3
75	4	1	1	4	77	1	3
76	4	3	3	4	87	1	4
77	4	4	2	3	67	2	3
78	3	1	1	1	50	1	4

	z3	z4	z5	z6	z7	z8	z9
40	3	4	1	3	1	2	2
41	4	1	1	1	2	4	1
42	4	1	1	3	1	2	4
43	2	1	1	4	1	1	1
44	4	2	1	1	1	1	4
45	1	1	3	3	1	4	2
46	1	4	3	3	1	1	2
47	1	4	3	4	1	1	2
48	2	2	3	3	1	1	2
49	2	1	4	1	1	1	1
50	1	2	4	1	1	1	1
51	4	4	1	1	1	4	4
52	4	2	1	3	4	2	4
53	2	2	3	4	1	2	2
54	1	1	1	3	2	1	1
55	4	3	1	4	1	1	3
56	1	1	3	4	1	1	1
57	4	3	2	4	1	1	4
58	1	2	3	3	1	4	4
59	4	2	1	3	1	2	3
60	4	2	3	4	1	2	4
61	4	2	3	3	1	4	1
62	4	4	3	3	1	1	2
63	4	2	1	4	2	2	4
64	4	2	1	3	1	1	1
65	1	4	1	2	1	2	4
66	1	1	1	3	1	1	3
67	3	2	3	3	1	1	3
68	2	2	2	3	3	1	2
69	3	3	2	3	1	4	2
70	2	4	4	4	2	4	4
71	1	2	4	1	1	4	4
72	4	4	1	3	1	1	4
73	1	4	4	1	1	1	4
74	1	2	4	1	1	4	1
75	1	1	4	2	1	1	1
76	1	1	4	2	1	1	1
77	1	1	4	3	3	4	2
78	2	4	3	3	2	4	4

	z10	z11	z12	z13	z14	z15	z16
40	2	1	2	4	2	4	3
41	4	3	4	1	3	1	3
42	4	3	4	4	1	4	2
43	4	2	3	1	1	2	3
44	3	2	3	1	3	4	3
45	3	2	3	3	2	2	3
46	2	2	3	2	2	4	3
47	1	3	3	3	3	2	3
48	4	1	1	2	2	2	3
49	2	4	4	1	1	4	3
50	1	4	4	1	2	3	3
51	4	2	1	1	2	4	4
52	1	4	4	1	3	4	3
53	2	3	4	1	2	3	2
54	1	3	4	1	4	4	4
55	4	2	4	1	3	4	1
56	1	4	4	1	3	1	1
57	4	3	3	4	2	4	3
58	1	4	4	1	3	1	3
59	2	3	2	2	2	2	3
60	2	3	1	1	1	4	3
61	4	1	4	4	4	4	1
62	2	3	3	1	3	4	3
63	4	3	1	2	3	4	3
64	4	1	3	2	1	4	3
65	4	4	3	1	1	4	4
66	4	2	3	2	3	4	4
67	4	3	3	2	4	4	4
68	2	2	3	1	2	3	3
69	4	3	1	2	4	2	3
70	3	3	2	4	1	4	3
71	4	4	4	1	1	4	4
72	4	3	3	2	1	4	1
73	2	3	3	1	1	1	4
74	1	4	4	1	3	2	3
75	2	4	4	1	3	4	3
76	2	3	2	1	3	2	3
77	4	1	3	4	3	3	3
78	3	3	3	2	3	4	3

	z17	z18	z19	z20	zungtot	mida1	mida2
40	2	1	4	1	49	.	.
41	1	1	1	1	42	3	0
42	1	1	1	1	49	.	.
43	1	4	1	1	38	0	10
44	1	1	1	1	44	0	3
45	2	3	1	2	46	3	3
46	4	3	4	4	53	7	3
47	2	3	1	3	48	3	0
48	1	3	1	3	42	3	0
49	1	1	1	1	38	0	0
50	2	2	1	4	42	0	0
51	1	4	1	1	52	0	0
52	3	3	2	4	59	15	5
53	4	3	2	3	51	10	3
54	1	3	1	1	45	.	.
55	3	3	2	2	54	0	0
56	1	1	1	1	33	6	2
57	3	2	2	3	59	0	0
58	3	4	1	1	49	0	0
59	3	2	1	3	46	0	0
60	1	3	1	1	46	0	0
61	1	3	1	1	54	.	.
62	2	3	2	3	54	3	3
63	1	2	1	2	52	0	0
64	3	1	1	2	45	0	0
65	1	2	1	1	45	0	0
66	3	1	1	2	44	0	0
67	3	1	1	1	51	0	0
68	3	2	1	3	43	.	.
69	3	3	1	3	53	3	20
70	1	4	1	3	59	25	1
71	1	3	1	1	51	3	10
72	3	4	2	1	51	3	30
73	1	3	1	1	41	0	0
74	2	4	1	4	47	0	0
75	1	1	1	4	43	0	0
76	1	1	1	3	38	2	1
77	2	4	1	3	54	0	0
78	2	4	2	3	59	.	.

	mida3	mida4	mida5	midatot
40	.	.	.	.
41	2	0	0	5
42	.	.	.	.
43	0	0	0	10
44	6	6	0	15
45	3	0	0	9
46	4	5	0	19
47	0	0	0	3
48	4	0	4	11
49	0	0	0	0
50	0	0	0	0
51	1	1	2	4
52	0	0	0	20
53	5	0	0	18
54	.	.	.	.
55	0	0	0	0
56	1	2	2	13
57	10	10	0	20
58	0	0	0	0
59	0	0	0	0
60	3	1	1	5
61	.	.	.	.
62	3	0	0	9
63	0	0	0	0
64	6	0	0	6
65	12	20	6	38
66	3	0	0	3
67	0	0	0	0
68	.	.	.	.
69	4	0	0	27
70	15	0	0	41
71	10	0	0	23
72	20	0	0	53
73	0	0	0	0
74	0	0	0	0
75	0	0	0	0
76	2	0	1	6
77	8	0	0	8
78	.	.	.	.

	n	grupid	idade	sex	escol	ocup	ses
79	79	2	30	1	3	4	3
80	80	3	30	1	3	4	4
81	81	2	39	1	2	4	1
82	82	3	51	1	2	5	1
83	83	3	55	1	3	4	2
84	84	3	53	1	2	4	3
85	85	3	49	1	3	4	3
86	86	3	54	1	2	2	.
87	87	3	53	1	3	4	3
88	88	2	24	1	3	1	.
89	89	3	56	1	2	4	3
90	90	3	61	1	2	4	1
91	91	2	36	1	3	4	3
92	92	2	39	1	3	4	2
93	94	2	39	1	3	2	3
94	95	1	16	2	3	1	.
95	96	3	46	1	2	4	1
96	96	2	27	1	3	4	4
97	97	3	50	1	2	2	.
98	98	2	21	1	3	1	.
99	99	2	31	1	3	4	2
100	100	1	19	1	3	1	.

	abuso	primeira	antidep	diaga	diagb	freq	int
79	0	2	0	2	5	1	3
80	0	2	1	2	5	2	3
81	0	1	0	1	2	3	3
82	0	1	1	.	6	3	3
83	0	2	1	2	5	2	3
84	0	2	0	2	5	2	3
85	1	2	1	1	7	2	3
86	0	1	1	2	5	2	3
87	0	2	1	2	5	2	3
88	0	1	0	1	2	3	3
89	0	2	1	1	2	2	3
90	0	1	1	1	2	3	3
91	0	1	0	2	5	2	2
92	0	2	0	.	1	1	3
93	0	1	0	2	4	2	3
94	0	2	0	2	4	1	2
95	0	2	1	1	2	1	2
96	0	2	0	2	5	2	3
97	0	1	0	1	3	2	3
98	0	1	0	1	3	3	3
99	0	1	0	2	5	2	3
100	0	1	0	1	3	1	2

	qv1	qv2	qv3	qv4	qv5	qv6	qv7
79	4	3	4	1	1	4	4
80	4	3	3	1	2	4	4
81	3	3	1	3	2	3	4
82	3	4	3	4	4	4	4
83	3	4	4	4	3	4	3
84	4	4	4	4	3	4	4
85	4	4	3	4	3	4	2
86	3	2	1	2	2	2	3
87	4	3	3	4	2	4	3
88	4	4	4	3	4	4	4
89	2	4	3	3	3	4	4
90	4	4	3	3	2	4	4
91	4	4	1	3	1	4	4
92	4	4	4	1	4	3	1
93	4	4	4	3	2	4	4
94	4	4	4	2	2	4	4
95	1	4	4	4	3	4	4
96	4	4	4	4	4	4	4
97	2	3	2	1	2	2	4
98	4	4	4	4	3	4	4
99	4	4	4	4	3	3	4
100	4	4	4	3	2	3	4

	qv8	qv9	qv10	qv11	qv12	qv13	qv14
79	4	1	1	4	3	3	3
80	3	2	4	4	4	2	3
81	3	3	3	3	3	2	3
82	4	3	3	4	4	4	4
83	3	1	2	4	3	2	3
84	3	2	4	3	3	1	2
85	4	2	2	4	3	4	3
86	2	1	3	1	3	1	3
87	4	1	1	4	2	1	3
88	4	3	2	4	3	2	4
89	2	1	1	3	4	4	3
90	2	3	3	4	3	4	4
91	3	4	4	4	4	1	3
92	4	1	4	4	3	4	3
93	2	3	1	4	4	1	3
94	4	4	3	3	3	3	3
95	4	3	2	4	3	4	4
96	4	3	4	4	4	2	3
97	3	1	2	2	2	1	2
98	3	2	3	3	4	3	4
99	4	3	3	4	4	1	3
100	3	1	4	4	4	1	3

	qv15	qv16	qv17	qv18	qv19	qv20	qv21
79	4	4	3	1	1	4	1
80	4	4	4	3	1	4	4
81	2	1	3	3	4	3	1
82	4	3	4	3	3	3	2
83	2	2	3	2	1	4	4
84	1	3	3	2	1	2	1
85	2	2	4	3	1	3	3
86	1	2	3	1	2	2	1
87	4	4	3	2	3	4	1
88	4	3	3	2	3	4	3
89	4	1	3	2	1	3	2
90	3	3	3	4	4	3	4
91	4	3	3	4	4	4	2
92	4	2	3	1	1	3	3
93	1	4	4	4	3	3	4
94	1	3	3	3	4	3	3
95	1	4	4	4	3	1	1
96	4	3	3	3	4	4	3
97	3	2	3	1	1	2	3
98	3	3	4	2	4	4	1
99	4	3	3	1	3	3	3
100	4	3	3	4	4	2	1

	qv22	qv23	qv24	qv25	qvtot	z1	z2
79	4	3	3	4	72	1	4
80	4	3	3	3	80	2	3
81	3	1	3	1	64	1	3
82	4	3	4	2	87	4	2
83	2	3	4	4	74	3	1
84	3	1	3	2	67	2	3
85	4	3	3	4	78	3	1
86	2	1	1	2	47	3	4
87	4	3	3	3	73	3	4
88	4	3	3	4	85	4	4
89	3	3	4	1	68	4	4
90	4	4	4	4	87	2	3
91	4	3	4	4	83	1	4
92	3	2	4	4	74	4	2
93	4	4	4	4	82	2	3
94	4	3	3	4	81	1	1
95	3	4	4	2	79	2	4
96	4	4	1	4	89	1	3
97	2	3	2	3	54	2	3
98	4	1	3	4	82	4	3
99	1	1	1	4	75	1	2
100	4	3	1	4	77	1	1

	z3	z4	z5	z6	z7	z8	z9
79	4	1	1	1	1	1	4
80	2	1	4	4	1	1	2
81	3	4	3	3	3	4	2
82	3	1	2	2	4	1	1
83	1	4	2	2	4	4	3
84	4	1	1	3	1	3	2
85	2	1	2	1	3	3	3
86	4	2	3	3	1	3	2
87	2	4	3	3	1	1	2
88	4	4	3	3	3	2	1
89	4	4	2	3	1	1	2
90	2	2	2	4	3	2	2
91	1	1	3	2	1	4	1
92	4	1	4	3	1	1	4
93	1	2	3	2	1	1	2
94	1	1	4	3	1	1	1
95	2	2	2	4	1	2	4
96	1	1	4	1	1	1	1
97	3	3	2	3	4	4	3
98	4	3	2	1	4	4	2
99	1	1	4	1	1	2	1
100	2	1	1	3	1	1	1

	z10	z11	z12	z13	z14	z15	z16
79	3	2	4	1	1	2	1
80	1	3	3	1	1	4	3
81	1	1	3	1	4	2	3
82	1	2	3	3	1	1	2
83	3	4	1	4	2	2	2
84	3	4	3	2	3	1	2
85	3	2	2	3	2	4	2
86	3	2	3	4	2	3	3
87	1	1	4	2	3	3	3
88	3	4	3	1	1	4	3
89	4	2	3	4	4	4	1
90	3	3	3	3	2	3	2
91	1	4	4	1	1	1	3
92	4	1	4	2	3	2	3
93	3	2	3	1	1	4	4
94	1	1	1	4	1	1	3
95	2	3	3	3	4	3	3
96	1	4	4	1	1	1	3
97	3	2	2	3	2	3	2
98	4	1	3	4	2	4	2
99	1	1	3	4	1	1	4
100	1	4	4	3	1	1	3

	z17	z18	z19	z20	zungtot	mida1	mida2
79	1	4	4	3	44	0	7
80	1	4	1	4	46	0	0
81	1	2	1	3	48	10	0
82	2	4	4	2	45	.	.
83	4	2	4	3	55	1	0
84	3	2	4	2	49	17	3
85	3	3	4	3	50	0	6
86	1	2	1	3	52	.	.
87	1	3	1	1	46	4	7
88	1	3	1	1	53	7	2
89	2	3	1	3	56	2	8
90	3	2	1	3	50	0	0
91	1	3	1	1	39	0	0
92	3	3	1	2	52	0	6
93	1	3	1	1	41	0	0
94	1	1	1	1	30	0	0
95	2	3	1	2	52	0	0
96	1	1	1	1	33	3	3
97	2	2	3	2	53	0	0
98	3	2	1	2	55	9	0
99	4	3	1	1	38	3	7
100	1	2	1	1	34	0	12

	mida3	mida4	mida5	midatot
79	2	0	3	12
80	2	0	0	2
81	20	0	1	31
82	.	.	.	.
83	2	2	0	5
84	19	3	0	42
85	4	0	0	10
86	.	.	.	.
87	8	4	0	21
88	10	0	4	23
89	5	2	0	17
90	0	0	0	0
91	0	0	0	0
92	0	0	0	6
93	0	0	0	0
94	0	0	0	0
95	12	0	0	12
96	10	0	6	22
97	0	0	0	0
98	9	0	1	19
99	4	0	4	18
100	15	0	0	27