



**Centro Universitário de Brasília**

**Faculdade de Ciências da Saúde**

**ENXAQUECA**  
**UMA DOENÇA INCAPACITANTE**

**Jimena Rios Lencina**

Brasília – 1º/2003

Centro Universitário de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Licenciatura em Ciências Biológicas

**ENXAQUECA**  
**UMA DOENÇA INCAPACITANTE**

**Jimena Rios Lencina**

Monografia apresentada como requisito  
para a conclusão do curso de Biologia do  
Centro Universitário de Brasília

Orientação: Cláudio Henrique Cerri e Silva (FACS-UniCEUB)



## AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus, que me deu vida e que tem mantido minhas forças até aqui. Aos meus amigos, pelo apoio e paciência por me escutar falar inúmeras vezes em enxaqueca, por terem rido, chorado comigo, preocupando-se em me escutar, aconselhar e ajudar em tudo que era possível. Aos professores que, nos corredores, demonstravam curiosidade e interesse por esse tema e me encorajam a mantê-lo. À minha família, pelo apoio e solicitude em me ajudar a cumprir todos os prazos e objetivos determinados. E, especialmente, à minha mãe, por sua total entrega, prontidão e chego a dizer, devoção com que me auxiliou, ajudou, encorajou, consolou e apoiou desde as primeiras pesquisas até à conclusão desse trabalho. Obrigada mãe, por ter me levado a todos os lugares em que precisei ir, por ter me esperado, por ter perdido horas de sono e descanso em minha função, por ter feito a comida gostosa e o café que tantas vezes pedi, por ter deixado de viver a sua vida para me ajudar a dar mais um passo rumo à concretização dos meus sonhos, da minha vida. A todos vocês, o meu muito obrigada!

## Resumo

As cefaléias são dores na superfície da cabeça, que geralmente ocorrem em consequência da dilatação dos vasos sanguíneos, dilatação essa, acionada por estímulos internos ou externos; pode também, ocorrer em decorrência de vários distúrbios fisiológicos ou psicológicos. Um tipo especial de dor de cabeça – a enxaqueca – afeta milhões de pessoas ao redor do mundo e caracteriza-se por apresentar vários sintomas violentos, que ocorrem isolados ou associados em várias combinações, como dor de cabeça vascular, náuseas, vômitos, alterações visuais entre outros, denotando sua natureza composta. Não se pode determinar apenas uma única causa para sua ocorrência; ela apresenta-se em uma variedade de formas e ocorre em uma diversidade de circunstâncias, não sendo, portanto, apenas um processo fisiológico, mas sim, um conjunto de sintomas relacionados ao indivíduo portador, sendo ao mesmo tempo, um processo neurofisiológico, comportamental e psicológico. As pessoas que apresentam enxaqueca distinguem-se por uma predisposição natural, em maior ou menor grau, a fatores que desencadeiam uma crise. Há diversos tipos de enxaqueca: as situacionais, as periódicas, as paroxísmicas, as circunstanciais, devidas a fatores que irritam o organismo, como luz, barulho, clima, alimentação etc., sendo que, todas elas são classificadas de acordo com os sintomas que apresentam em: enxaquecas comuns, enxaquecas clássicas, enxaquecas com aura, nevralgias migranosas, enxaquecas hemiplégicas e oftalmoplégicas. É de importância fundamental ressaltar que as enxaquecas afetam muito mais as mulheres, na proporção de 3:1, devido a todos os ciclos hormonais pelos quais passam em sua vida. O diagnóstico e tratamento da doença não é de fácil execução devido, principalmente, ao fato de ela apresentar-se de forma única e particular em cada indivíduo, contudo, sendo possível a adoção de medidas preventivas, auxiliares, e psicoterapêuticas aliadas aos tratamentos medicamentosos ou não. Atualmente, seu impacto social é mensurado pela perda de dias de trabalho e de produtividade pessoal e profissional; a enxaqueca não afeta única e exclusivamente seu portador, mas também todas as pessoas que convivem com ele - colegas de trabalho, amigos,

filhos, cônjuges e familiares - que têm que aprender a lidar, apoiar e viver com uma doença incapacitante.

**Palavras chave:** enxaqueca, sintomas, dor de cabeça, distúrbios fisiológicos.

## Sumário

1. Introdução .....	1
2. Dores de Cabeça .....	3
2.1 Causas e Definição .....	3
2.2 Tipos .....	4
3. O que é enxaqueca? .....	7
3.1 Definição .....	7
3.2 Causas .....	7
3.3 Ocorrência – A predisposição à enxaqueca .....	8
3.4 Mecanismo fisiológico .....	10
3.5 Ocorrência .....	12
3.5.1 Enxaquecas periódicas e paroxísmicas .....	12
3.5.2 Enxaquecas circunstanciais .....	13
3.5.3 Enxaquecas situacionais .....	18
3.6 Tipos .....	19
3.6.1 Enxaqueca comum .....	19
3.6.2 Aura de enxaqueca .....	23
3.6.3 Enxaqueca clássica .....	25
3.6.4 Nevralgia migranosa .....	25
3.6.5 Enxaqueca hemiplégica e oftalmoplégica .....	26
4. A enxaqueca e a mulher .....	27
4.1 Menstruação .....	27
4.2 Pílula .....	29
4.3 Gravidez .....	29
4.4 Menopausa .....	31
5. Diagnóstico e Tratamento .....	32
5.1 Tratamentos medicamentosos .....	33
5.2 Tratamentos não medicamentosos .....	37
6. Impacto social e familiar .....	41
7. Conclusão .....	43
8. Referências Bibliográficas .....	45

## 1. Introdução

A enxaqueca afeta uma minoria da população, ocorre em todas as civilizações e tem sido examinada desde os primórdios da história escrita. Suas principais características – periodicidade, relação com caráter e circunstância, sintomas físicos e emocionais – já eram muito bem reconhecidas no segundo século de nossa era. Um brilhante homem e general de nossa História – César, assim como o grande descobridor e explorador da psique humana – Freud – sofria de enxaqueca. Se ela foi um tormento ou um incentivo à genialidade deles, não se sabe; porém, sabe-se que a enxaqueca é um fato comum na vida de milhões de enxaquecosos anônimos que íntima e silenciosamente sofrem em seus quartos, toda a gama de sintomas em sua imensa variedade e irregularidade. Areteus, filósofo grego, a descreveu da seguinte maneira:

“E em certos casos toda a cabeça dói, e a dor é às vezes à direita, outras vezes à esquerda, na testa ou na fontanela; e esses acessos mudam de lugar no decorrer do mesmo dia [...]. Isso é chamado heretocrania, uma doença nada clemente [...]. provoca sintomas inconvenientes e aflitivos [...] náusea, vômito de material bilioso, colapso do paciente [...] ocorre grande torpor, peso na cabeça, ansiedade, e a vida torna-se um fardo. Pois eles fogem da luz; a escuridão atenua seu mal; tampouco suportam prontamente ver ou ouvir qualquer coisa agradável [...]. Os pacientes ficam cansados da vida e anseiam por morrer.”

Após Areteus, repetidas observações confirmaram seus escritos enquanto reiteravam as teorias da Antiguidade quanto à natureza da enxaqueca. Os termos heterocrania, holocrania e hemicrania disputaram o primeiro lugar por muitos séculos. Por fim, heterocrania consolidou-se na língua inglesa como migraine ou megrin. Os termos cefaléia do enfermo, cefalgia biliosa e cefaléia cega foram usados por muito tempo. O termo hemicrania, sinônimo de enxaqueca, denota que a dor de cabeça seja o único sintoma da enxaqueca, ou, seja, uma característica definidora. Entretanto, a dor de cabeça nunca é o único sintoma de uma enxaqueca e na verdade, não é um componente essencial das crises; pois muitos delas

apresentam todas as características fisiológicas, clínicas, psicológicas e farmacológicas, mas não apresentam dor de cabeça.

As origens e os primórdios da enxaqueca podem ser reconhecidos entre os reflexos e táticas protetoras simples; as condições para compreendê-la são as que distinguem os seres humanos, pelo menos quantitativamente, de outros animais: a complexidade da estrutura mental e emocional.

A enxaqueca é um evento físico, que pode também ser, desde o início, ou vir a ser uma doença psicossomática, um evento emocional ou simbólico, pois ela expressa necessidades psicofisiológicas. Seu entendimento deve se basear, simultaneamente na Neurologia e na Psiquiatria. A idéia da enxaqueca não pode ser concebida como uma reação exclusivamente humana, e sim, considerada uma forma de reação biológica especificamente projetada para as necessidades e os sistemas nervosos humanos. Diversas síndromes são reconhecidas no complexo da enxaqueca e elas podem sobrepor-se, fundir-se e metamorfosear-se umas nas outras. A que ocorre com mais freqüência é a enxaqueca comum que apresenta o sintoma principal, dor de cabeça. Logo depois, ocorre a intensa e aguda enxaqueca com aura; esta pode acontecer isoladamente ou ser seguida de dor de cabeça, náusea e outros sintomas. Quando a síndrome apresenta-se em sua forma completa, ocorre a enxaqueca clássica; diferentemente das outras síndromes, ocorre a nevralgia migranosa. Muito raramente, uma enxaqueca comum ou clássica é seguida por déficits neurológicos prolongados como ocorre nas enxaquecas hemiplégicas ou oftalmoplégicas. Juntamente com essas manifestações raras, ocorrem as pseudo-enxaquecas – imitação de enxaquecas verdadeiras por lesões orgânicas.

## **2. Dores de Cabeça**

### **2.1 Causas e Definição**

O impulso da dor é transmitido pela medula espinhal até o tálamo, centro da dor, que o transmite ao córtex cerebral ou camada externa do cérebro, tudo isso ocorrendo em frações de segundo; quando o impulso atinge o córtex, tem-se consciência da dor.

As cefaléias são, na verdade, dores, referidas à superfície da cabeça, originadas nas estruturas profundas. Várias cefaléias resultam de estímulos originados no interior do crânio mas outras resultam de dor originada fora do crânio, como dos seios nasais. O cérebro é insensível à dor; mesmo um corte, ou a estimulação elétrica do córtex só raras vezes causam dor. Portanto, é provável que a maioria das causas da dor tipo cefaléia não seja por lesão do próprio cérebro. No entanto, todos os tecidos que o cobrem, os músculos e os tendões da cabeça, o couro cabeludo e as mucosas, são sensíveis à dor, pois são inervados pelos nervos sensoriais da região - nervos trigêmeo, occipitais, glossofaríngeo, hipoglosso e outros (Guyton 1991).

A dor é um importante elemento benéfico para a manutenção da saúde e integridade corporal, pois serve como alerta para o fato de que estruturas do corpo estão sendo lesadas (Feldman 1991). Acredita-se que a maioria das dores de cabeça violentas parece ser consequência da dilatação dos vasos sanguíneos do cérebro. Essa dilatação vascular (teoria vasomotora) que acompanha a enxaqueca e as outras dores de cabeça parece resultar de uma deficiência metabólica de serotonina, substância que atua de modo a restringir os vasos sanguíneos do cérebro. Entretanto, as dores de cabeça vasomotoras surgem também como fenômeno concomitante de muitas doenças, pois em se tratando do corpo humano, é impossível considerar a ocorrência de uma doença isolada. Nunca é apenas um órgão que está doente, mas todo o organismo. Portanto, é necessário o esclarecimento de como se produz a dor e para isso, todos os seus indícios devem ser pesquisados minuciosamente, como as informações sobre os hábitos de vida, a relação da dor com a alimentação, a hipersensibilidade e eventual uso abusivo de

remédios, em que época a doença surgiu, onde a dor está exatamente localizada, como ela pode ser provocada ou minorada, de que espécie e intensidade são as dores etc (Wander 1980).

No caso de se tratar de enxaqueca, a dor de cabeça pode ser considerada como a própria doença que se apresenta e não como um sintoma de qualquer outro mal detectável em diferentes exames (Feldman 1991).

A estimulação dos receptores de dor localizados na abóbada intracraniana produz impulsos no quinto nervo (cranial) e, portanto, causa cefaléia referida à metade frontal da cabeça. Por outro lado, os impulsos de dor originados abaixo do tentório entram no sistema nervoso central, em sua maior parte, pelo nervo cervical que também inerva o couro cabeludo, atrás da orelha (Guyton 1991).

## 2.2 Tipos

As cefaléias intracranianas classificam-se em oito espécies, sendo:

- **Cefaléia da Meningite:** umas das mais intensas, resultante da meningite, que causa inflamação em todas as meninges. Essa lesão intensa pode causar cefaléia extrema, referida a toda a cabeça, com alta sensibilidade à luz e aos ruídos, febre relativamente alta, vômitos e dureza na nuca.
- **Cefaléia causada por baixa pressão do líquido cefalorraquidiano:** a remoção de apenas 20 ml de líquido do canal medular causa, muitas vezes, intensa cefaléia intracraniana, pois essa remoção elimina a flutuação do cérebro, que é normalmente proporcionada pelo líquido cefalorraquidiano. O peso do cérebro distende e distorce as várias superfícies durais, causando a cefaléia.
- **Cefaléia alcoólica:** surge após o consumo excessivo de álcool, pois sendo este tóxico para os tecidos, irrita diretamente as meninges, causando dor intracraniana.
- **Cefaléia causada por constipação:** a constipação causa cefaléias em várias pessoas, devido possivelmente à absorção de produtos tóxicos ou de alterações do sistema circulatório, resultantes da perda de líquido para o intestino.
- **Cefaléia resultante de espasmo muscular:** a tensão emocional causa muitas vezes o espasmo de vários músculos da cabeça, incluindo principalmente os músculos fixados ao couro cabeludo e os músculos do pescoço; acredita-se que

essa seja uma das causas mais comuns de cefaléia. A dor dos espamos dos músculos da cabeça é supostamente referida às áreas sobrejacentes da cabeça e produz o mesmo tipo de cefaléia que as lesões intracranianas.

- **Cefaléia causada por irritação das estruturas nasais e acessórias nasais:** As mucosas do nariz e de todos os seios nasais são sensíveis à dor, mas não de forma intensa. Todavia, a infecção ou outros processos irritativos em áreas difusas das estruturas nasais, causam em geral cefaléia que é referida para trás dos olhos ou nas superfícies frontais da fronte e do couro cabeludo e face (Guyton 1991).

A infecção ou inflamação dos seios (do latim, *sinus*) frontais, ou maxilares da face é responsável por uma dor bem característica, a sinusite, cujo tratamento requer que a infecção seja eliminada (com antibióticos como a penicilina, anti-histamínicos ou descongestionantes ministrados por via oral), restabelecendo a drenagem normal dos seios (Wander 1980).

- **Cefaléia causada por distúrbios oculares:** A dificuldade de se conseguir uma perfeita focalização ocular pode causar a contração excessiva dos músculos ciliares, na tentativa de obter visão nítida. Embora esses músculos sejam extremamente pequenos, sua contração pode ser a causa de cefaléia retroorbital. Também as tentativas excessivas de focalização ocular podem resultar em espasmo reflexo de vários músculos faciais e extra-oculares, o que também é uma causa possível de cefaléia. Um segundo tipo de cefaléia originada nos olhos ocorre quando estes são expostos à irradiação excessiva por raios luminosos, principalmente a luz ultravioleta. O olhar direto para o sol ou para a descarga de uma voltagem por apenas poucos segundos pode resultar em cefaléia com 24 a 48 horas de duração. A cefaléia, algumas vezes, resulta da irritação das conjuntivas, e a dor é irradiada para a superfície da cabeça, ou para a região retroorbital (Guyton 1991)

- **Cefaléia por tensão mental ou tensão física:** o estresse é uma das causas desse tipo de dor, devido aos contatos permanentes com outras pessoas, aos negócios, às obrigações de todos os dias, enfim, à rotina. Em sua grande maioria, ocorre por causa da modificação da pressão sanguínea no interior da cabeça, o que implica dizer que essas dores ocorrem também por tensão física; podem ocorrer em pessoas de todas as idades e atingem seu auge entre 2 e 4 horas da tarde. Sua

intensidade é bem menor do que em outros tipos de cefaléias e atinge a parte posterior da cabeça, as têmporas ou toda a testa, acompanhada de contração muscular no pescoço e na face (Wander 1980). É normal para as pessoas que não têm dor de cabeça mas que convivem com quem as tem, estranharem ao ouvir que “ficar nervoso dá dor de cabeça”. Entretanto, a tensão emocional, assim como a ansiedade e a preocupação podem causar enxaqueca. A emoção o estresse são fenômenos universais – todas as pessoas os sentem mas nos portadores de enxaqueca, os mecanismos internos de proteção contra a dor estão desregulados, o que faz com que apresentem crises de dor de cabeça ao passarem por nervosismo ou preocupação (Feldman 1991).

- **Cefaléia por envenenamento e intoxicação:** essas dores não são sentidas como pressões duradouras na cabeça, mas, em geral, como um ruído surdo e difícil de localizar; essa é a manifestação de um verdadeiro envenenamento. Através do efeito tóxico central, chega-se à situação de irritação anormal do cérebro e dessa maneira, deflagram-se os espasmos dos vasos (Wander 1980).

### **3. O que é enxaqueca?**

#### **3.1 Definição**

A palavra enxaqueca vem do árabe antigo “saqiqa”, que significa “rachado” ou “cortado ao meio”. Esse termo, que persiste até hoje, era utilizado na Antiguidade, com o intuito de descrever um tipo de dor que afetava apenas a metade da cabeça (Feldman 1991).

A enxaqueca é um tipo especial de cefaléia que parece resultar de fenômenos vasculares anormais, embora seja desconhecido seu mecanismo exato. Sua dor de cabeça é descrita como uma dor violenta e latejante em uma têmpora. Todavia, apresenta desconcertante variedade e heterogeneidade, com muitos sintomas e alterações fisiológicas ocorrendo simultaneamente: em todos os momentos a estrutura da enxaqueca é composta. Assim, uma enxaqueca comum é produzida por muitos componentes. Porém, não se pode especificar um local ou uma intensidade constante; pode-se afirmar que na maioria das vezes é unilateral no início, embora tenda a tornar-se difusa com o prosseguimento do acesso. A dor de cabeça nunca é o único sintoma da enxaqueca, podendo ocorrer acessos com todas as características clínicas e fisiológicas, mas que não apresentam o componente da dor de cabeça (Guyton 1991).

#### **3.2 Causas**

É difícil definir ou encontrar uma causa única para a enxaqueca. Desde o século XVIII, médicos conceituados como Liveing, Gowers e Hughlings Jackson procuram encontrar sua causa, seja ela química, fisiológica ou psicológica. Até hoje resta uma expectativa de que a “causa” da enxaqueca esteja para ser detectada a qualquer momento graças a um achado médico fenomenal.

A busca de um fator causador - o fator X – pode ser bem sucedida se o evento (a enxaqueca) tiver uma forma fixa e definida. Contudo, a enxaqueca é uma doença que se apresenta em uma variedade de formas e ocorre em uma diversidade de circunstâncias. Por isso, embora um tipo de enxaqueca possa ser

associado ao fator “X” e outro ao fator “Y”, é impossível que todas as crises tenham a mesma etiologia. Outro problema é o fato de que a enxaqueca não pode ser considerada um simples evento no sistema nervoso, que ocorre espontaneamente e sem razão, pois a crise não pode ser separada de suas causas e efeitos. Um relato fisiológico não pode esclarecer as causas da enxaqueca ou sua importância como uma reação característica de comportamento. Assim, a pergunta “Qual é a causa da enxaqueca?” não é fácil de ser respondida, pois todas as enxaquecas - mesmo as que ocorrem periodicamente e não são relacionadas a fatores externos - devem ser interpretadas em relação a algum evento interno ou ciclo do corpo. Além disso, a enxaqueca não é simplesmente um processo fisiológico; e sim um conjunto de sintomas, no que diz respeito ao paciente. Esses conjuntos podem ser definidos em três termos, sendo: um conjunto neurofisiológico (eventos ocorrendo no sistema nervoso), um outro conjunto comportamental (eventos reflexológicos, ocorrendo como uma reação) e mais um conjunto psicológico ou existencial, o qual interfere no mundo das experiências vividas com a enxaqueca. É impossível afirmar corretamente qual a natureza da enxaqueca sem considerá-la, simultaneamente, um processo, uma reação e uma experiência (Osborn *et al* 1991).

### **3.3 Ocorrência - A Predisposição à Enxaqueca**

Muitas pessoas julgam que suas enxaquecas ocorrem “espontaneamente” e sem causa. Todavia, é sabido que todas as crises têm determinantes reais e propensas a serem descobertas; por mais difícil e impossível que possa parecer, os fatores que determinam a enxaqueca são inúmeros e podem apresentar-se em muitas combinações diferentes (Cottrell *et al* 2002)

Podemos simplificar a discussão a respeito deles, como fez Willis três séculos atrás. Ele distinguiu causas predisponentes, excitatórias e acessórias da enxaqueca, entre as quais reconheceu os seguintes determinantes:

*Uma constituição ruim ou fraca das partes [...] às vezes inata e hereditária [...] uma irritação em algum membro ou víscera distante [...]*

*mudanças de estação, condições atmosféricas, os grandes aspectos do Sol e da Lua, arrebatamentos violentos, erros na alimentação [...] (Sacks 2001).*

Nunca se pode prever com certeza a ocorrência de uma enxaqueca, devido à limitações do nosso conhecimento, mas é certo que, se as condições *a, b, c, d ...* estiverem presentes, uma enxaqueca inevitavelmente ocorrerá. Se dissermos que alguém é epilético, estaremos fazendo duas afirmações: que ele tem ataques e que ele tem uma propensão a ataques. Esse mesmo exemplo serve para entender a predisposição à enxaqueca, cuja idéia fundamenta-se principalmente em estudos sobre a incidência familiar da mesma e sobre fatores ou características subjacentes às populações enxaquecosas e pré-enxaquecosas. Há muito tempo se afirma que a enxaqueca tem uma acentuada incidência acometer os membros das mesmas famílias. O fato da incidência familiar é indiscutível mas ela, não necessariamente implica herança, pois uma família não é apenas uma fonte de genes, mas uma circunstância ambiental com imenso poder e variabilidade. Contudo é inegável que as reações enxaquecosas são adotadas, aprendidas e imitadas no ambiente familiar. A verdadeira experiência clínica com pacientes enxaquecosos mostra que eles compõem um grupo muito heterogêneo: alguns têm enxaquecas clássicas, outros, enxaquecas comuns; alguns apresentam histórias familiares marcadas pela enxaqueca, outros não têm nenhum caso na família; alguns são alérgicos, outros não; alguns reagem a determinados medicamentos, outros não; alguns são sensíveis ao álcool, outros não; alguns deixam de ter acessos quando jovens, outros têm os primeiros acessos em idade avançada; alguns têm sintomas físicos predominantes, outros, sintomas emocionais; alguns são hiperativos, outros letárgicos; alguns são obsessivos, outros desleixados; alguns são brilhantes, outros simplórios... Enfim, os enxaquecosos destacam-se por sua diversidade, tanto quanto qualquer outro segmento da população. É evidente que muitos pacientes enxaquecosos distinguem-se por alguma coisa que está presente em grau maior que o normal. A composição dessa “alguma coisa” é muito variada e permite um número infinito de graduações, de modo que a população enxaquecosa, longe de ser claramente definida e destacada, confunde-se com a população em geral em todos os aspectos. Sem dúvida, existe alguma coisa em um paciente enxaquecoso que o faz mais propenso a seus acessos, mas a definição dessa “alguma coisa”,

dessa predisposição, exige uma exploração minuciosa da história clínica do mesmo e da importância das circunstâncias de sua vida na determinação e configuração de seus sintomas (Gallagher *et al* 2002).

### **3.4 Mecanismo fisiológico: padrão básico de uma enxaqueca**

Quanto mais se conhece sobre a enxaqueca, mais difícil se torna obter uma definição precisa. Mesmo conhecendo-se a variedade e heterogeneidade da mesma, é preciso formular algumas afirmações gerais e delinear o padrão básico ou estrutura da doença. Sabe-se que todas elas compõem-se de muitos sintomas ocorrendo simultaneamente, por isso, em todos os momentos, a estrutura da enxaqueca é composta. Por trás dos vários sintomas, isolados ou associados em várias combinações, podemos reconhecer algumas características relativamente estáveis ou essenciais, como a alteração do nível de consciência, do tônus muscular, da vigilância sensorial, que, juntas formam os distúrbios do excitação. Em crises severas, o grau de excitação pode chegar ao frenesi, enquanto os estágios seguintes são marcados pela letargia e torpor. Em crises mais brandas, esses distúrbios podem ser “amenizados” pela presença da dor ou de outros sintomas mais desenvolvidos. Os distúrbios de excitação, em crises severas ou brandas, são características invariáveis de todas as enxaquecas, que são marcadas pela simultaneidade de sintomas em diferentes níveis funcionais, principalmente, os físicos e emocionais, que são seus sintomas mais primitivos. A náusea, por exemplo, é uma sensação e um “estado de espírito”, pois ocorre na região em que a separação de sensações e emoções ainda não foi estabelecida. Sintomas mais complexos foram dicotomizados, para que se possa reconhecer, ao longo do acesso paralelismo se sintomas físicos e emocionais. É possível descrever a seqüência de uma enxaqueca típica segundo cinco estágios, sendo:

- **O excitação:** na fase de excitação inicial (causada internamente por um aura ou externamente por um estímulo provocativo), os aspectos emocionais podem ser sentidos como exaltação e/ou raiva e os aspectos fisiológicos como hiperacusia sensorial, escotomas cintilantes, parestesia etc.

- **Pródromo (ingurgitamento) ou estágios iniciais:** caracterizado por dilatação vascular, distensão visceral e estase, retenção hídrica, tensão muscular e simultaneamente, tensão emocional, ansiedade, inquietação, irritabilidade etc.
- **Prostração:** medicamente denominado “ataque propriamente dito”, marcado pela apatia, depressão e retraimento enquanto os sintomas físicos são náusea, mal-estar, sonolência, debilidade, fraqueza, frouxidão muscular, dor de cabeça vascular etc.
- **Recuperação:** também chamado de estado de resolução, que pode ocorrer abruptamente (crise) ou gradualmente (lise). Na crise, pode ocorrer uma violenta ejaculação visceral, como vômito ou espirros ou um repentino excesso de emoção, ou ambas as coisas. Na lise, ocorrem diversas atividades secretórias como diurese e choro involuntário, acompanhadas de dissipação dos sintomas emocionais existentes.
- **Rebote:** ocorre se o acesso foi breve e compacto, caracterizado por grande bem-estar físico, maior tono muscular e vivacidade, além de euforia e energia renovada (Hui 2001).

É provável que a simultaneidade dos sintomas físicos e emocionais, que não pode ser explicada em termos de causalidade direta (os sintomas físicos causando os emocionais, ou vice-versa), tenha sua origem identificada em uma causa antecedente comum ou em uma ligação simbiótica não existem outras possibilidades. Reconhecemos uma enxaqueca como sendo constituída por certos sintomas de certa duração em seqüência. A estrutura de uma enxaqueca é imensamente variável, mas apenas de três modos: primeiro, o acesso é variável em duração: a crise pode ser longa, levando até 4 dias ou condensada, de apenas alguns minutos ou horas. Segundo, o acesso pode manifestar-se em diversos níveis do sistema nervoso – do nível das alucinações ao dos distúrbios periféricos; terceiro, os sintomas em cada nível podem apresentar-se em muitas combinações e permutações diferentes. Portanto, deve-se pensar na enxaqueca não como um evento muito específico e estereotipado, e sim como uma ampla rede de supermercados com grande variedade.

A seqüência de uma enxaqueca tem essencialmente dois estágios: o de excitação e um prolongado estágio de inibição ou “desexcitamento”. É de

fundamental importância lembrar que a enxaqueca não é uma suspensão de todas as atividades físicas e mentais, assim como não o é o sono. Ao contrário, ela é cheia de atividades íntimas e/ou internas. (Evans 1998).

### **3.5 Ocorrência**

#### **3.5.1 Enxaquecas Periódicas e Paroxísmicas**

Todos os organismos têm que alcançar o equilíbrio biológico que é mantido por pequenos e constantes ajustamentos. Em outras situações, o equilíbrio depende de alterações do sistema corporal que ocorrem em intervalos regulados (cíclicos) ou não (esporádicos); alguns desses ciclos são universais, como a alternância entre dormir e acordar, enquanto outros manifestam-se apenas em uma parte da população, como o ciclo da enxaqueca. Nos dois casos, a tendência à repetição cíclica é inerente ao sistema nervoso, embora a periodicidade possa ser suscetível a influências externas. Desse modo, têm-se as “enxaquecas periódicas”, onde as crises ocorrem em intervalos razoavelmente regulares, independentemente do estilo de vida, e as “enxaquecas paroxísmicas”, nas quais as crises ocorrem de modo aparentemente espontâneo, em intervalos irregulares ou muito separados. A periodicidade pode definir o padrão de qualquer forma de enxaqueca. O tempo que decorre entre as crises sucessivas, é em geral, de duas a dez semanas. Muitas vezes, parece haver tendência a uma relação entre a frequência e a intensidade dessas crises, com os mais espaçados correspondendo aos mais severos

#### **- Imunidade entre acessos**

Existe, caracteristicamente, um período de absoluta imunidade a outro acesso, depois de uma crise severa de enxaqueca. Contudo, à medida que a imunidade diminui gradualmente, a probabilidade do próximo acesso aumenta. À medida que a imunidade relativa diminui, estímulos cada vez mais fracos podem

causar um ataque; por fim, quando “chega a hora” (ou passa um pouco da hora) do acesso, ele ocorre explosivamente, haja ou não uma provocação.

#### **- Aproximação de um acesso**

As enxaquecas periódicas, muito mais do que as outras, tendem a apresentar sintomas bem definidos - principalmente quando são severas - dentre os quais, inquietação, irritabilidade, constipação, retenção hídrica, e também, ardor ou desconforto local antes dos acessos. Algumas pessoas sentem uma espécie de premonição fisiológica, ao verem pontos luminosos passando rapidamente em seu campo visual de dois a três dias antes dos ataques. Várias periodicidades esquisitas, segundo Willis “[...] os grandes aspectos do Sol e da Lua” ocorrem, como em pessoas que têm enxaquecas lunares; não se sabe dizer, todavia, se a Lua causa a enxaqueca e esta, por sua vez causa a obsessão, ou se é a obsessão que causa a enxaqueca. Há também casos de “enxaquecas de aniversário” e de datas pessoais – Natal, aniversário de casamento, desastres, traumas etc.

As enxaquecas periódicas e paroxísmicas podem ser definidas por súbitas explosões detonadas em um sistema nervoso carregado e à espera. São difíceis de evitar e de ser abortadas, mas em troca, prometem uma imunidade posterior de considerável duração (Gupta *et al* 2002)

#### **3.5.2 Enxaquecas circunstanciais**

As circunstâncias que ativam, incomodam, excitam e irritam o organismo provocando acessos de enxaqueca são inúmeras e dentre elas, as mais comuns e perceptíveis são:

- **Luz e Barulho:** de acordo com a intensidade e duração, a luz e o barulho tornam-se insuportáveis, fazendo com que os sofredores de enxaqueca procurem um lugar calmo, silencioso e pouco iluminado, além, de sempre usarem óculos escuros, chapéus, bonés (até mesmo à noite) e qualquer acessório que os proteja

da exposição direta e intensa à luz. Aqui, o termo “fotofobia” é largamente usado, conhecido e expressado.

- **Odores:** a acentuação e a distorção dos odores ocorre quando alguns enxaquecosos desenvolvem alta sensibilidade aos mesmos, que podem ser extremamente variáveis (cheiros de frutas, comida, leite, flores, perfumes, chocolate, terra, gasolina, álcool, querosene, amoníaco, água sanitária, cigarro, ceras etc). Cheiros muito adocicados e/ou muito fortes são precipitantes poderosos para um acesso. Em alguns casos, a pessoa já nasce com uma sensibilidade específica a determinados odores e ao senti-los, a crise se desencadeia (Sacks, 2001). Não se trata, portanto, de “implicância” dos enxaquecosos, uma vez que estudos em pessoas que tinham esse tipo de sensibilidade até sofrerem qualquer acidente com conseqüente perda de olfato mostraram que as mesmas deixaram de ter dores de cabeça ao sentir os cheiros que, anteriormente, não podiam suportar; o produto químico, mesmo aspirado pelos pulmões, não provoca enxaqueca nas pessoas incapazes de sentir seu cheiro (Feldman 1991).

- **Clima rigoroso:** em pessoas predispostas, qualquer extremo climático pode ocasionar um acesso, como tempestades, ventos, clima muito úmido, muito calor ou muito frio. Alguns enxaquecosos garantem que podem prever a aproximação de ventos baseados em seus conhecidos sintomas precedentes a uma crise.

- **Exercício, Excitação, Emoção:** exercícios violentos, que excitam tanto fisiologicamente quanto psicologicamente, podem causar enxaqueca de forma característica, pois ela sempre acontece após o exercício e não quando o mesmo está sendo praticado. Entretanto, as emoções violentas superam todas as outras situações na capacidade de provocar um ataque, pois não importa a natureza da emoção, contanto que ela seja intensamente sentida. A raiva, o medo, momentos de inesperada alegria são os precipitadores mais comuns. Essas reações tendem a apoderar-se completamente da pessoa em plena excitação ou logo após o auge do excitação, sendo classificadas como cinéticas, pois excitam o organismo e levam-no à ação (fuga, pulos de alegria, risadas, choro, pavor etc.). Em contrapartida, as reações classificadas como estáticas (horror, pena, pasmo etc.) raramente desencadeiam uma enxaqueca, pois se expressam em quietude e silêncio e extinguem-se lentamente.

- **Jejum:** após algumas horas desde a última refeição, a reação normal de uma pessoa é ficar inquieta pensando quando chegará a hora de comer; ou seja, estado de excitação no qual muitas pessoas são propensas a reações de enxaqueca nessas circunstâncias.

- **Movimento passivo:** normalmente, os movimentos passivos são tranquilizadores, como quando um bebê é embalado até dormir. Mas, em pessoas predispostas, o movimento passivo é intolerável, provocando náuseas, vômitos, palidez, suores; quando a dor de cabeça vascular estiver associada a alguns desses sintomas, pode ocorrer uma enxaqueca de movimento; essas reações exageradas (cinesias) são as mais comuns e incapacitantes de muitos enxaquecosos, pois os afastam de prazeres simples, como o balanço na infância, a montanha-russa, as viagens de ônibus, trem e navio e até mesmo de avião.

- **Exaustão:** um dia de muito trabalho, traz um cansaço suportável, mas pode, em pessoas predispostas, determinar uma variação patológica, ou seja, a exaustão, o colapso incipiente e, conseqüentemente, uma enxaqueca. O mesmo se aplica quando horas de sono são perdidas ou quando não se dorme bem, com um sono inquieto, acordando-se várias vezes durante o mesmo: essa perda de algum tempo de sono é perfeitamente suportada por pessoas normais mas para os enxaquecosos, é terrível, intolerável, irritante e certamente esse déficit de sono desencadeia um acesso grave.

- **Reações a drogas:** qualquer pessoa tende a sentir-se sonolenta ou indisposta após algumas doses de bebida, mas a náusea intensa ou uma enxaqueca comum são reações excessivas, assim como as ressacas, que quando totalmente desenvolvidas, representam uma reatividade patológica e são o primeiro sinal de um futuro candidato (a) a enxaquecoso (a). Além do álcool, existe grande número de drogas, das quais a mais conhecida de todas seja a *reserpina*, usada em medicamentos para o controle da hipertensão, que pode provocar a enxaqueca. Do mesmo modo, o uso e também o abuso das anfetaminas, que causam uma poderosa excitação da atividade nervosa central e periférica, pode promover um acesso, pois provocam o duplo excitação – extenuação quando ingeridas.

- **Situações de afrouxamento:** as enxaquecas tendem a ocorrer “depois do evento”; em pessoas predispostas, o término ou afrouxamento da situação de

concentração/preocupação/tensão com algum evento, desencadeia crises, como por exemplo, o nascimento de um filho, a conclusão de um negócio importante, a execução de uma prova na escola, um feriado etc. Aqui, se enquadram as enxaquecas de fim de semana.

- **Enxaqueca noturna:** a associação entre a enxaqueca e o sono é totalmente provável; os acessos podem acontecer quando se está no sono profundo, ou no raiar do dia, ou misturando-se aos sonhos e ainda, associadas a pesadelos, terrores noturnos e sonambulismo. Contudo, é difícil afirmar se é o sonho ou o pesadelo que causa a enxaqueca, se ambos são causados por uma enxaqueca ou simplesmente se os sonhos e pesadelos têm uma similaridade clínica e fisiológica com a experiência da enxaqueca.

- **Alergias:** geralmente, os enxaquecosos têm incidência elevada de reações alérgicas. Quando as enxaquecas ocorrem em pacientes com muitas alergias, elas próprias devem ser consideradas reações alérgicas. Porém, nada mais ocorre do que, novamente, a simultaneidade. Mesmo sendo bastante divulgada a teoria de que a enxaqueca tem base alérgica, nenhuma correlação estatística a comprova. Em busca de alívio para seu sofrimento, muitos enxaquecosos, depois de passar pelas mãos de vários médicos, colocam-se sob os cuidados de um alergista, que exigirá vários testes de sensibilidade e colocará uma série de regras e proibições, como evitar poeira e pólen, mudar a roupa de cama constantemente, eliminar os animais de estimação, retirar todo tipo de delícias da dieta etc. Segundo Wolff (1963) essa base alérgica da enxaqueca é improvável, uma vez que menos de 1% de todos os acessos de enxaqueca são explicáveis em termos de sensibilidades ou mecanismos alérgicos. As enxaquecas e as reações alérgicas são biologicamente análogas, porém, com naturezas fundamentalmente diferentes: as alergias representam sensibilidades celulares e a enxaqueca, uma complexa resposta cerebral.

- **Alimentos:** grande número de indivíduos atribui todas as suas crises a algum alimento ingerido; o fato de algum distúrbio gástrico poder estar associado à enxaqueca não indica que necessariamente, ele seja a causa da dor. Pode haver reações a alimentos específicos e elas podem ter um mecanismo químico bem definido. Alguns enxaquecosos podem descobrir que existem determinados

alimentos aos quais têm uma sensibilidade especial, sendo os mais citados, os queijos fortes. O fator patogênico nesses casos são os vários tipos de aminas, principalmente a *tiramina*, que pode ativar outras substâncias químicas (ou ser por estas ativada) e produzir distúrbios mais fortes no sistema de controle químico do cérebro. Outros alimentos muito citados são o leite e seus derivados, chocolate, frutas ácidas, comidas gordurosas e frituras, cebola, massas, carne de porco, café, comidas apimentadas etc, que podem causar a dor em função de substâncias encontradas na sua própria composição (Feldman 1991). De fato, na década de 50, acreditava-se que o queijo era perigoso para pessoas que tomavam antidepressivos do tipo inibidor da monoaminoxidase (MAO), pois nesses indivíduos, o queijo podia provocar uma súbita e perigosa elevação da pressão sanguínea, e também, outros efeitos autônomos. Devido a isso, esses medicamentos foram substituídos pelos “tricíclicos” que são mais seguros, mas de modo geral, menos potentes. Embora os enxaquecosos não estejam correndo um grande risco quanto os usuários de medicamentos com inibidores da MAO, tendem a ter menos liberdade para ingerir alimentos do que os não enxaquecosos. É importante salientar que não são todos os enxaquecosos que têm intolerância relacionada a determinados alimentos mas somente alguns e, às vezes, nem todo o tempo (Sacks 2001).

história torna-se conhecida. O conhecimento das circunstâncias da vida e do cotidiano de um enxaquecoso é imprescindível quando a enxaqueca ocorre em acessos repetidos e irremitentes sem nenhuma razão conhecida ou manifesta. Esses indivíduos são enxaquecosos habituais, que sofrem até cinco ataques semanais, durante muitos anos, sendo os mais incapacitados pela doença. Certamente, existe uma situação ou fator crônico que impulsiona os acessos; algum incitamento fisiológico ou patológico, intrínseco ou extrínseco, uma vez que seus ataques não são iniciados por estímulos externos ou sensibilidades fisiológicas e sim, por alguma espécie de “armadilha” emocional que promove os acessos; nesse caso, é possível que a enxaqueca seja uma doença psicossomática e seu diagnóstico deve ser feito primeiro, com base na investigação das características da personalidade e situação de vida do indivíduo e segundo, por um estudo psicanalítico (Weber *et al* 2002).

### 3.5.3 Enxaquecas Situacionais

O padrão dos acessos de um indivíduo vem à tona à medida que sua história torna-se conhecida. O conhecimento das circunstâncias da vida e do cotidiano de um enxaquecoso é imprescindível quando a enxaqueca ocorre em acessos repetidos e irremitentes sem nenhuma razão conhecida ou manifesta. Esses indivíduos são enxaquecosos habituais, que sofrem até cinco ataques semanais, durante muitos anos, sendo os mais incapacitados pela doença. Certamente, existe uma situação ou fator crônico que impulsiona os acessos; algum incitamento fisiológico ou patológico, intrínseco ou extrínseco, uma vez que seus ataques não são iniciados por estímulos externos ou sensibilidades fisiológicas e sim, por alguma espécie de “armadilha” emocional que promove os acessos; nesse caso, é possível que a enxaqueca seja uma doença psicossomática e seu diagnóstico deve ser feito primeiro, com base na investigação das características da personalidade e situação de vida do indivíduo e segundo, por um estudo psicanalítico.

É possível que as enxaquecas ocorram para atender a uma interminável série de necessidades emocionais. Assim como as enxaquecas podem assumir uma diversidade de formas, também podem ter uma carga muito variada de implicações emocionais. Estados crônicos de ansiedade ligados à doenças, negações históricas da realidade e repressão de todos os sentimentos ruins - sentimentos de auto-punição e auto-acusação, raiva profunda, dinamismo intenso, bem como acompanhar uma doença terminal, trabalhar em um local ou com algo de que não se gosta, trabalhar excessivamente, o luto - tudo isso pode causar enxaqueca. A maioria dos indivíduos com ataques muito frequentes, severos e irremitentes, para os quais não se pode determinar circunstâncias óbvias, estão reagindo a situações de vida cronicamente difíceis, intoleráveis e até mesmo atemorizantes. Essas enormes tensões e necessidade emocionais detonam os ataques. Essa forma de enxaqueca alterna-se com acidentes repetidos ou até mesmo é substituída por repetidas doenças brandas (resfriados, infecções das vias aéreas superiores etc) e manifestações alérgicas. Para essa espécie de enxaqueca, pode-se empregar o termo “doença psicossomática” (Sacks 2001).

## 3.6 Tipos

### 3.6.1 Enxaqueca Comum

Os principais sintomas da enxaqueca comum são dor de cabeça e náusea, podendo haver muitos outros complementares; nunca ocorrem isoladamente e dão a sensação de “generalizada desordem”, sentida física ou emocionalmente. Esses sintomas são ligados uns aos outros de várias maneiras, formando redes características ou apresentando-se em uma ordem definida e com frequência marcante, sendo possível reconhecer uma seqüência básica dos acessos. Entre os principais sintomas, destacam-se:

- **Dor de cabeça:** descrita como violenta e latejante em uma têmpora, não se podendo especificar um local, uma qualidade ou uma intensidade constante, pois existe grande variedade de dores de cabeça no contexto da enxaqueca. É possível afirmar, que no início, a dor de cabeça da enxaqueca é unilateral (hemicrania) embora tenda a tornar-se difusa (holocrania) com o prosseguimento do acesso. Em geral, um dos lados é acometido preferencialmente, acontecendo no lado direito ou o esquerdo durante toda a vida. A qualidade da cefaléia na enxaqueca é também, variável, ocorrendo o latejo apenas no início, e neste, caracterizando a dor de cabeça apenas nos primeiros momentos, dando lugar a uma dor constante. O latejo é sincronizado com a pulsação arterial, podendo ser acompanhado de pulsação visível das artérias extracranianas e sua intensidade é proporcional à amplitude dessas pulsações. O latejo contínuo durante a crise é incomum e apresenta-se nas pessoas, que apesar da enxaqueca, se forçam a uma atividade física ininterrupta.

A dor pode ser interrompida pressionando-se a artéria afetada ou, às vezes, o globo ocular do lado onde a dor é sentida; imediatamente após cessar a pressão, essa oclusão é seguida de violento reaparecimento da pulsação e da dor de cabeça. Quase todas as dores de cabeça vasculares são agravadas pelo movimento passivo ou ativo da cabeça ou pela tosse, espirro e vômito. Portanto, a dor é minimizada pelo repouso ou pelo apoio da cabeça em uma posição e por contrapressão, ao pressionar a têmpora afetada, segurando o lado atingido com a mão. A duração da

dor de cabeça na enxaqueca é muito variável: em acessos agudos, (neuralgia migranosa), pode durar apenas alguns minutos; em uma enxaqueca comum, até três horas, sendo mais comuns os acessos de 8 a 24 horas e também, ocasionalmente, o de vários dias até uma semana. A intensidade da dor de cabeça na enxaqueca também varia, podendo ser de uma violência incapacitadora ou tão branda que só é percebida após um solavanco na cabeça; essa intensidade não permanece constante ao longo de todo o acesso, aumentando ou diminuindo lentamente no espaço de alguns minutos (Sacks 2001).

- **Náusea:** é invariável no transcorrer de um acesso, podendo ser insignificante ou intermitente; mesmo na ausência de uma náusea patente, os enxaquecosos evitam comer durante as crises, sabendo que o ato de comer, a visão, o cheiro ou até a própria idéia de comida pode acarretar dores mais fortes ainda. Quando ela ocorre, provoca várias ejaculações viscerais como soluço, arroto, ânsia de vômito e vômito, que pode fazer cessar não só a náusea como também todo o acesso da enxaqueca.

- **Sintomas oculares:** quase sempre é possível detectar alterações na aparência dos olhos antes ou no decorrer de uma crise; em geral, ocorre rompimento de pequenos vasos no globo e em ataques severos, os olhos podem tornar-se bastante inchados e também parecer úmidos, devido ao aumento da lacrimação. Essas alterações no globo ocular, quando ocorrem, podem estar associadas a uma sensibilidade à luz muito dolorosa e à visão anuviada, que pode ser grave a ponto de incapacitar o enxaquecoso (enxaqueca cega).

- **Letargia e sonolência:** desânimo e vontade de repousar caracterizam todas as enxaquecas, embora muitas pessoas insistam em cumprir todas as suas atividades a despeito das crises. Uma dor de cabeça intensamente sensível a movimentos da cabeça pode, por si só, obrigar à inatividade. Quando em associação aos outros sintomas, muitos enxaquecosos sentem-se fracos, com diminuição do tono muscular, ou sonolentos, necessitando repousar. O sono associa-se com a enxaqueca de três formas: a ocorrência de forte sonolência antes ou durante um acesso, o ocasional abortamento dos acessos por um sono breve mas profundo e o típico sono prolongado que encerra naturalmente muitos acessos (Durham *et al* 1997).

- **Irritabilidade orgânica:** A irritabilidade e a fotofobia são muito comuns nos acessos de enxaqueca e são adotadas como características que contribuem para o diagnóstico. Dois tipos de irritabilidade estão presentes: o primeiro é a alteração de humor e reclusão defensiva que são observados no comportamento dos enxaquecosos; o segundo é uma difusa excitação e excitabilidade sensorial que torna intoleráveis todos os estímulos sensoriais. Os portadores de enxaqueca têm problemas com claridade, um incômodo intenso, local e geral, pois está presente em todos os lugares, seja a iluminação natural ou artificial; a tentativa de fugir à luminosidade é a característica externa mais óbvia de todo o acesso; o componente primordial da fotofobia é uma irritabilidade central e excitação sensorial que pode ser acompanhada por pós-imagens muito vívidas e turbulenta visualização de imagens mentais.

A intolerância a sons e ruídos constitui a fonofobia e, igualmente, é uma característica marcante das crises. Sons distantes, altos ou baixos, como gotas pingando de uma torneira, o abrir ou fechar de portas podem parecer e são intoleráveis aos enxaquecosos sempre os levando à fúria. Do mesmo modo, ocorre a perversão do olfato: perfumes, shampoos, sabonetes e cremes delicados e até mesmo o cheiro da comida predileta tornam-se insuportáveis, parecendo cheirar mal e provocando latejos e náuseas. Essa excitabilidade sensorial geralmente ocorre nas primeiras fases da crise e é seguida de um estado de inibição ou indiferença sensorial durante o restante da mesma.

- **Alterações de humor:** o relacionamento da enxaqueca com as emoções é íntimo e complexo, pois em se tratando dela, é difícil definir causa e efeito. Entretanto, é fato que as alterações de humor e os estados de espírito influenciam na precipitação do acesso e são uma parte integrante da síndrome da enxaqueca. Profundas alterações no humor ocorrem durante os acessos – perturbações até mesmo espantosas em pessoas de temperamento normalmente regular. Contudo, elas não constituem apenas reações à dor, mas são, elas próprias, sintomas que ocorrem conjuntamente com muitos outros da crise, podendo ocorrer também antes e depois da parte principal do acesso. As mudanças emocionais mais importantes durante a fase clinicamente reconhecida de uma enxaqueca comum são estados de hiperatividade, ansiedade e irritação nas fases iniciais e apatia e

depressão na parte principal dele. No quadro de irritabilidade ansiosa, a pessoa fica confinada à cama tentando encontrar uma posição confortável e não tolera intrusão sensorial ou social. Os sentimentos de depressão vêm associados aos de raiva e ressentimento, e nas enxaquecas mais severas pode existir desespero, fúria e ódio de tudo e de todos, inclusive de si mesmo (Sacks 2001).

- **Seqüência de uma enxaqueca comum:** esta é descrita como um conjunto de sintomas ou como um único sintoma. Mas afinal, o que constitui o acesso propriamente dito, e onde ele começa e termina? Na concepção e definição mais aceitas, uma enxaqueca comum compõe-se de dor de cabeça vascular, náusea, vômitos, salivação, lacrimação, fraqueza muscular, sonolência e depressão. A enxaqueca não começa nem termina com esses sintomas, mas é precedida e seguida por sintomas que fisiologicamente são o inverso daqueles. Existem os sintomas premonitórios ou *prodrômicos*, que avançam pelas fases iniciais do acesso, podendo ser locais ou sistêmicos, físicos ou emocionais, dentro os quais destacam-se hipertensão e tensão muscular (físicos) e estados de fome, hiperatividade e insônia (emocionais). Alguns portadores dizem sentir-se “perigosamente bem” antes de um acesso. Os estados de excitação pré-enxaqueca são desagradáveis, irritantes e agitados.

A resolução de uma enxaqueca comum pode ocorrer de dois modos: no primeiro, ele pode ocorrer de modo natural, esgotando-se e terminando no sono, que é longo, profundo e revigorante após uma crise, ou resolver-se em uma “lise” (quebra), diminuindo gradualmente, geralmente acompanhado de atividade secretória.. O segundo modo de resolução é a crise propriamente dita – um súbito acesso de atividade física ou mental que leva o ataque ao fim. Os exercícios físicos violentos podem evitar o acesso ou levá-lo ao término, com o aumento de adrenalina. Os arrotos e soluços repetidos podem, resolver rapidamente um ataque. Seja qual for o método utilizado – físico, emocional ou visceral, o fator comum é o despertar; pode-se dizer que a pessoa é acordada da enxaqueca como de um sono; esse “acordar” é evidenciado por uma sensação de extremo revigoramento e quase de renascimento que se segue a uma crise grave. Esse estado de revigoramento e euforia é um “rebote”, pois leva novamente ao estado de excitação depois da prostração da enxaqueca (Mather 1997).

### 3.6.2 Aura de Enxaqueca

A aura de enxaqueca é uma barreira estranha e incompreensível, mas muito mais comum do que qualquer coisa na enxaqueca. O termo aura tem sido usado há mais de duzentos anos para demonstrar alucinações sensoriais que precedem os ataques de enxaqueca clássica ou que, às vezes, podem constituir a única manifestação de uma crise de enxaqueca; essas manifestações são muito variadas, incluindo alucinações sensoriais simples e complexas e também, estados afetivos intensos, deficiências e distúrbios na fala e na concepção das idéias, além de diferentes estados de sonho, delírio e transe. Uma série de sintomas, agrupados em várias categorias podem ocorrer; categorias essas que não são mutuamente exclusivas, pois a aura de enxaqueca, da mesma forma que a enxaqueca comum, é formada por uma variedade de componentes, sendo uma estrutura complexa com muitos fenômenos ocorrendo simultaneamente

#### **Alucinações sensoriais específicas**

- **Alucinações visuais:** uma gama de alucinações visuais pode ocorrer durante uma aura de enxaqueca e as mais simples têm a forma de uma dança de pontos ou estrelas brilhantes, lampejos e centelhas que atravessam o campo visual. Os fosfenos desse tipo são geralmente brancos, mas às vezes, podem ter cores brilhantes; chegam a muitas centenas ou um fosfeno isolado pode destacar-se dos outros no campo visual; às vezes, também, pode haver um único fosfeno bastante complexo, movendo-se de um lado para outro em rota determinada e desaparecendo subitamente, deixando um rastro ofuscante ou cegante por onde passou. Há relatos de pacientes com aura que diziam ver um objeto estrelado que movia-se lentamente para a esquerda e para cima, passando pelo ponto de fixação e retornando ao ponto de partida, refazendo essa trajetória várias vezes, para então, desaparecer subitamente. Embora esses fosfenos possam ficar apenas em uma metade ou um quadrante do campo visual, não é raro cruzarem a linha média, movendo-se bilateralmente; eles são uma espécie de aquecimento para a parte principal da aura na qual ocorre uma alucinação mais complexa e duradoura no

campo visual: o *escotoma* de enxaqueca; a palavra escotoma significa escuridão ou sombra. A maioria desses escotomas apresenta uma luminosidade brilhante e próxima ao ponto de fixação; dali, gradualmente se desloca lentamente para a extremidade do campo, assumindo a forma de uma enorme ferradura ou um gigantesco crescente; os que se expandem podem aparecer alternada ou simultaneamente na duas metades do campo e sua contínua alternância pode originar um estado de aura que dura horas. No caso de escotoma bilateral e central que faz desaparecer o meio do campo visual, o mundo e os rostos têm o centro “arrancado”. Quando um escotoma bilateral completo ocorre, com perda total dos campos visuais, pode sobrevir uma sensação apavorante de exterminação. Seu brilho é cegante, comparado ao de uma superfície branca à luz do sol de meio-dia e sua velocidade é rápida demais para permitir contagem: sua frequência foi estimada em oito a dez cintilações por minuto. Pode ocorrer o aparecimento de um segundo foco cintilante que surge alguns minutos depois do escotoma original (Sacks 2001).

- **Pseudo-objetividade das alucinações de enxaqueca:** o termo alucinação é empregado para definir experiências sensoriais que podem ocorrer durante uma aura de enxaqueca, e o uso desse termo que muitas vezes é pejorativo, deve ser justificado. A experiência alucinatória caracteriza-se por confundir-se com a realidade e por provocar uma reação perceptiva. Portanto, os sonhos são verdadeiras alucinações porque são sentidos como realidade e estão associados a um reflexo de mira dos olhos (o movimento rápido dos olhos quando se movimentam para localizar as alucinações projetadas). As sensações anormais da aura de enxaqueca, ao contrário dos sonhos, podem ser experimentadas quando a pessoa está acordada e consciente, aprendendo a não confundi-las com a realidade (Ilacqua 1994).

### **3.6.3 Enxaqueca Clássica**

Os sintomas da enxaqueca clássica são os mesmos da comum: dor de cabeça vascular em um lado da cabeça, náusea, perturbações da visão, tonteira, nervosismo, perda de apetite e finalmente, prostração (Wander 1980). O término do acesso pode ser seguido pelo retorno repentino à função normal ou rebote pós-enxaqueca. O desenvolvimento prolongado de algumas enxaquecas comuns, com o indivíduo passando dias em estado penoso de mal-estar, não é visto como um acesso clássico.

A dor de cabeça de uma enxaqueca clássica caracteristicamente aparece quando a aura se encerra, atingindo rápido o clímax de intensidade. Pode afetar um, ou os dois lados da cabeça, e sua localização não tem relação definida com a lateralização da aura (Sacks 2001).

### **3.6.4 Nevralgia Migranosa (enxaqueca em salvas)**

Entre os sinônimos da nevralgia migranosa, encontram-se “nevralgia ciliar”, “nevralgia esfenopalatina”, “cefaléia de Horton”, “cefalalgia histamínica” “dor de cabeça em feixe” e “cefaléia em salvas”. Em geral, ocorre uma crise aguda de dor na têmpora e no olho de um dos lados; a intensidade da dor é esmagadora e deixa a pessoa desvairada, andando freneticamente de um lado para outro, apertando o olho afetado e gemendo, podendo sofrer ataques de amnésia, cair em prantos. Alguns indivíduos chegam ao ponto de bater suas cabeças na parede durante um acesso. Essa dor vem acompanhada e é até mesmo precedida por muitos sintomas: o olho afetado fica inchado e lacrimejante e o nariz do mesmo lado fica entupido. A duração dessas crises pode ser de apenas dois minutos, raramente chegando a duas horas, e em sua maioria, ocorrem à noite, acordando o indivíduo do sono profundo. Contudo, alguns ocorrem poucos minutos depois de a pessoa acordar de manhã; as crises diurnas tendem a aparecer em momentos de descanso, exaustão ou abatimento, sendo muito raro acontecer quando o indivíduo está plenamente alerta. O principal desencadeador é o álcool,

pois durante os períodos de suscetibilidade, a sensibilidade ao álcool é muito constante (Feldman 1991).

A enxaqueca em salvas tem duas peculiaridades: é dez vezes mais comum em homens do que em mulheres e raramente é uma doença de família. O fato de um agrupamento de acessos ocorrerem muito próximos uns dos outros ao longo de várias semanas (podem ocorrer até dez crises por dia), justifica o nome de enxaqueca em salvas. Logo após os acessos, segue-se uma remissão dos sintomas que dura meses ou até mesmo anos. Às vezes, as salvas das crises têm início abrupto, mas é mais comum irem ganhando intensidade até atingir um clímax depois de alguns dias. Ocorre um período prodrômico em que se pode perceber um vago ardor ou desconforto em um lado, não chegando a ser uma dor e o aumento da sensibilidade ao álcool. Seu término é geralmente abrupto mas pode acontecer de terminar pouco a pouco.

### **3.6.5 Enxaqueca hemiplégica e oftalmoplégica**

O termo “enxaqueca hemiplégica” (“metade da cabeça”) denota acessos raríssimos de enxaqueca clássica nos quais ocorre uma hemiplegia motora com a duração de horas ou dias, provocada por acentuada mas transitória disfunção cerebral, em geral limitada a um hemisfério. A enxaqueca oftalmoplégica é também extremamente rara (dois casos em uma população de cinco mil enxaquecosos) e atinge o terceiro, o quarto e o sexto nervo craniano, acarretando oftalmoplegia total. Esses déficits neurológicos geralmente só desaparecem depois de várias semanas e é sempre unilateral em acessos repetidos. Os indivíduos, em geral, apresentam ptose total e diplopia por algumas semanas, deixando o olho completamente parado. Mesmo após dez semanas do ataque, os indivíduos podem apresentar pupila dilatada, do lado afetado mas sem ptose ou paralisia externa (Carrera *et al* 2001).

## **4. A enxaqueca e a mulher**

Nas mulheres, as oscilações hormonais dos períodos menstruais, gravidez, amamentação e menopausa estão associados à gravidade e à frequência das enxaquecas. O uso de estrogênios, bem como pílulas anticoncepcionais e terapia de reposição hormonal também influenciam as crises de enxaqueca. Durante cada uma dessas fases do ciclo de vida feminino, as enxaquecas são um sofrimento contínuo que afeta a mulher, seu trabalho, seu companheiro, seus filhos e sua qualidade de vida. Na infância, o número de garotos e garotas que sofrem de enxaqueca é similar. Contudo, durante o período de adolescência, o número de garotas enxaquecosas aumenta consideravelmente até a maturidade, cuja proporção é de 3:1, sendo que é grande a prevalência nas mulheres durante seus anos produtivos. Durante a menopausa, essa proporção declina para 2:1, o que sugere que os hormônios femininos (como o estrogênio) têm uma importante influência cuja natureza não é clara, na enxaqueca (Bourgault et al 2002).

### **4.1 Menstruação**

As enxaquecas menstruais parecem “passar em revista” um acúmulo de tensões e conflitos emocionais, condensando todas as tensões, preocupações e problemas do mês em alguns dias de “enfermidade” concentrada. Este assunto é ainda hoje bastante complexo, pois as mudanças na função reprodutiva feminina acontecem em vários níveis: existem alterações localizadas no útero e todo o aparelho reprodutor, alterações hormonais específicas, alterações fisiológicas muito gerais (na puberdade, na menstruação e na menopausa), e também, importantes mudanças psicológicas que ocorrem simultaneamente em todas essas alterações. Todavia, qual dessas tem o maior peso na determinação dos padrões de enxaqueca ao longo da vida da mulher? Todas as mulheres sofrem com alterações hormonais e distúrbios do tono emocional no período pré-menstrual, umas mais, outras menos. É possível afirmar que o ciclo menstrual é sempre associado a certo grau de distúrbio fisiológico que tende a ser na direção da excitação psicofisiológica antes da menstruação, e abatimento seguido de rebote depois da

menstruação. O período de excitação caracteriza-se por tensão, ansiedade, hiperatividade, insônia, retenção hídrica, sede, constipação, distensão abdominal etc., enquanto que o período de abatimento ou “desexcitação” manifesta-se por depressão, dor de cabeça vascular, hiperatividade visceral, palidez, suor etc. Praticamente todos os sintomas da enxaqueca podem ser condensados no tumulto biológico que cerca a menstruação. Na vida de uma mulher, ocorre freqüentemente uma alternância de diferentes formas de síndrome menstrual, destacando-se a dor de cabeça vascular em determinada época, a cólica intestinal em outra etc (Aukerman 2002).

As observações de ocorrência de enxaqueca em diferentes períodos da vida das mulheres vêm desde a Antiguidade e indica que a enxaqueca afeta de 10% a 20% de todas as mulheres no período reprodutivo. Os acessos não são apenas pré-menstruais; algumas mulheres têm crises durante e após a menstruação, mas que podem continuar ocorrendo mesmo depois da menopausa. Pode-se afirmar que as necessidades e expectativas das mulheres têm um papel importante na ocorrência ou desaparecimento de enxaquecas menstruais. De fato, muitas mulheres portadoras de enxaqueca menstrual reagem de modo excelente à psicoterapia, isoladamente, indicando que as influências hormonais são, no máximo, um co-determinante desses padrões de enxaqueca, ou seja, muito disso tudo depende de seu estado de espírito e de suas atitudes quanto a qualquer alteração do equilíbrio hormonal. Embora a menstruação possa ter efeito considerável sobre a enxaqueca, seu mecanismo é incerto devido às múltiplas causas concomitantes existentes

Cerca de 60% das mulheres com enxaqueca notam um aumento de suas crises durante o período menstrual. O termo “enxaqueca menstrual” é freqüentemente usado para descrever esse tipo de enxaqueca, mas alguns médicos insistem que ele deva ser restringido às enxaquecas que apresentam 90% de suas crises entre o dois dias anteriores e o último dia de sua menstruação (Gagnier 2001).

Em mulheres que sofrem de enxaqueca comum durante o ciclo menstrual, elas são, independente do tipo, incidentes no período pré-menstrual, quando comparadas aos outros períodos do ciclo em que as crises são mais dolorosas durante os dois primeiros dias da menstruação (Lay *et al* 2001).

## 4.2 Pílula

As pílulas anticoncepcionais contêm hormônios, geralmente uma pequena quantidade de estrogênio e progesterona, que regulam a glândula pituitária. Esta controla a liberação de óvulos nos ovários durante a ovulação. Quando não há ovulação, não há gravidez. Usadas corretamente, as pílulas são 99% eficientes na prevenção da gravidez. As mulheres que experimentam enxaquecas associadas ao uso das pílulas (variando doses e proporções de progesterona e estrogênio sintéticos) tendem a ter ataques durante a semana em que o nível de estrogênio cai. Contudo, o modo como as pílulas anticoncepcionais realmente influenciam a enxaqueca é ainda desconhecido (Clarke 1996).

Atualmente ainda é preocupante a existência dos efeitos variados de diferentes preparações de hormônios, principalmente os contraceptivos orais, sobre a intensidade e a frequência das crises de enxaqueca. Entre essas preparações, as que são purificadas, como os androgênios, estrogênios, progestogênios e gonadotrofinas têm sido bastante estudados: especulou-se que as enxaquecas ovulatórias e pré-menstruais seriam precipitadas pela elevação dos níveis de estrogênio e pelas relativamente súbitas diminuições de progesterona em circulação. Experimentos com os atuais contraceptivos não negam nem refutam essa suposição; alguns deles parecem agravar a enxaqueca, outros parecem reduzi-la e há os que não têm efeito algum sobre os padrões da enxaqueca. Não há evidências convincentes, no momento, de que qualquer preparação hormonal existente tenha efeitos específicos sobre a ocorrência da enxaqueca (Macgregor *et al* 2000). Muitas mulheres que optam pela pílula anticoncepcional têm uma melhora acentuada na enxaqueca que eventualmente vinham sofrendo.

## 4.3 Gravidez

Muitas mulheres se preocupam com o que acontecerá com suas enxaquecas quando ficarem grávidas. Atualmente, o período periconcepcional – quando a mulher está tentando engravidar mas não tem certeza se conseguiu ou não – pode ser um período de mudanças. A maioria das mulheres não sabe que

estão grávidas até terem a primeira falha menstrual. Entretanto, todas as gestantes sabem que remédios tomados durante os primeiros estágios de desenvolvimento podem ser prejudiciais ao feto. Muitos remédios comumente usados para dor de cabeça podem afetar a gravidez nesse início perigoso. Muitos médicos alertam mulheres que têm enxaquecas a planejar suas gestações. Sugerem que elas larguem suas medicações preventivas e diárias quando estão planejando engravidar. Muitas mulheres com enxaquecas severas não conseguem largar sua medicação e neste caso, devem discutir com os médicos os riscos potenciais desses remédios antes de engravidarem. Muitas anomalias e defeitos fetais ocorrem nos primeiros três meses, quando os órgãos estão sendo formados. Portanto, esperar a confirmação da concepção para tomar decisões acerca dos medicamentos tomados para enxaqueca não é recomendável (Aubé 1999).

A enxaqueca pode apresentar um marcante período de remissão durante a gravidez, principalmente, durante a segunda metade do último trimestre; 8% a 9% de todas as mulheres com enxaqueca comum tendem a passar por essa remissão na primeira gravidez, e uma porcentagem menor fica isenta da enxaqueca em gestações posteriores; essa remissão é menos comum nos casos de enxaqueca clássica. As gestantes que se livram da enxaqueca nessa fase final da gravidez, geralmente sofrem uma crise excepcionalmente grave no pós-parto, uma ou duas semanas após o nascimento do bebê.

A enxaqueca em si, não aumenta o risco de complicações na gravidez como a incidência de anomalias e natimortos. Alguns estudos mostram tendência em haver uma melhora com a gravidez. Contudo, um pequeno número de casos começam com a gravidez, freqüentemente no primeiro trimestre, os quais envolvem uma alta incidência de enxaqueca com aura. Considerando o risco de tratamento farmacológico das enxaquecas durante a gravidez, a codeína pode ser usada seguramente, pois ao mesmo tempo em que reduz as dores de cabeça, também restabelece várias funções, habilitando a mulher a retornar ao trabalho, convivência familiar e compromissos pessoais (Scharff *et al* 1997).

#### 4.4 Menopausa

A menopausa nada mais é do que a cessação da menstruação e um conseqüente desequilíbrio hormonal; período em que as mulheres sentem, em geral, ondas de calor, insônia, falta de energia, cansaço fácil, nervosismo, problemas de relacionamento, depressão, e é claro, enxaqueca! Em algumas mulheres, há melhora significativa durante a menopausa e quando ambas estão associadas, é necessário um acompanhamento médico detalhado (Feldman 1991).

Nas mulheres que têm suas enxaquecas ligadas ao período menstrual, a menopausa pode resultar em uma efetiva melhora das dores de cabeça; contudo é muito raro que elas desapareçam completamente. Em muitas mulheres, a náusea, os vômitos e as dores de cabeça são bem menos severas quanto mais o tempo passa. Portanto, pode não ser apenas a menopausa, mas também o envelhecimento que provoca essa melhora do estado de enxaqueca. Contudo, o agravamento das enxaquecas durante esse período pode estar associado à reposição terapêutica do estrogênio (reposição hormonal) que freqüentemente é prescrita na menopausa, devido à flutuação hormonal. À medida que a menopausa progride, o nível de esteróides no sangue declina e as crises de enxaqueca aumentam. Na população em geral, com idade entre 55 e 60 anos, a incidência nas mulheres ainda é maior do que nos homens (2:1). Isso sugere que outros fatores, e não apenas os hormônios sexuais, contribuem para a predominância dos acessos nas mulheres, e as razões para que isso aconteça ainda não são compreendidas (Lokken *et al* 1997).

## 5. Diagnóstico e Tratamento

Aproximadamente um décimo da população sofre de enxaquecas comuns, um quinquagésimo tem enxaquecas clássicas e uma proporção muito pequena apresenta nevralgia migranosa e enxaqueca hemiplégica. Mesmo sendo a dor de cabeça a queixa mais comum levada ao consultório, apenas uma pequena fração da população enxaquecosa, que sofre ataques severos e freqüentes, procura auxílio. O fato dos acessos poderem ser provocados por emoções súbitas, estarem relacionados ao tipo de vida, às tensões ou à personalidade e de também serem classificados como psicossomáticas, não pode deixar de levar em conta a especificidade do fenômeno e dos mecanismos. A função primordial do médico deve ser a de diagnosticar; depois, a de curar ou aconselhar, sendo que sua tarefa de diagnose é: identificar a queixa que lhe é apresentada, elucidando as causas da mesma. Duas medidas auxiliares podem ser úteis para esclarecer os padrões e os determinantes de enxaquecas repetidas: um calendário da enxaqueca junto com um diário geral dos eventos do cotidiano, que pode revelar circunstâncias ignoradas como provocadoras de acessos, além da entrevista de parentes próximos. Nos casos de enxaqueca, o médico se torna uma espécie de terapeuta, diga o que disser, faça o que fizer, pois pode atender o indivíduo uma, duas ou várias vezes, analisando, acompanhando, apoiando. Sua autoridade, solidariedade e os incontáveis laços inconscientes que se formam em uma relação médico-paciente é fundamental no tratamento dos enxaquecosos e de todos os pacientes com doença funcional. Além dessa relação, os medicamentos são indicados como medidas auxiliares e provisórias, a serem empregadas enquanto se procura um entendimento mais completo da situação do paciente e de suas enxaquecas. As medidas terapêuticas gerais mais úteis nos casos de enxaqueca têm caráter triplo: evitar as circunstâncias que sabidamente provocam um acesso, procurar manter uma boa saúde geral e, finalmente, medidas sociais e psicoterapêuticas (Cady *et al* 2002).

Como os enxaquecosos possuem alta sensibilidade a inúmeros agentes, como luz, mais de uma dose de bebida, perda de horas de sono etc, o médico sente-se em terreno mais firme quando pode aconselhar os pacientes e fazê-los

entender que estão diante de uma escolha: evitar a circunstância provocativa ou se arriscar a ter enxaqueca. No caso de a raiva ou outras emoções violentas precipitarem um ataque, essa escolha é impossível, pois um homem pode decidir não beber ou não sair de sua poltrona, mas não pode resolver nunca mais se zangar.

- **Medidas auxiliares e psicoterapêuticas:** o método preciso no tratamento de pacientes enxaquecosos, em última análise, depende dos recursos e da experiência pessoal do médico. Várias abordagens produzem resultados aceitáveis. É essencial que o próprio médico esteja a par das vantagens e deficiências do método que emprega como agente terapêutico. Os métodos efetivos que o médico pode escolher, ou os que terá que usar para tratar seus pacientes são infinitamente variados, tanto quanto os próprios pacientes. Existe apenas uma regra fundamental: sempre ouvir o paciente. Isso porque os enxaquecosos têm uma queixa em comum: a de que os médicos não os escutam. A entrevista terapêutica é estritamente ligada aos assuntos das enxaquecas do indivíduo; mas em segundo plano, passará a abranger outros aspectos de sua vida, sobretudo as tensões, fadigas, raivas e frustrações que podem estar sendo geradas em casa e no trabalho. À medida que ouve, o médico esclarece e pode drenar um pouco da força represada das tensões acumuladas, e quem sabe, consiga indicar como essas tensões podem se evitadas ou minoradas.

- **Medidas específicas durante e entre os acessos:** muitos pacientes e médicos estão sempre à espera de um remédio maravilhoso definitivo para o tratamento específico da enxaqueca e muitas drogas lançadas no mercado são acolhidas com entusiasmo e são promovidas em detrimento de todos os outros existentes. Jamais existiram e jamais existirão tais remédios, uma vez que a enxaqueca não é uma doença de natureza simples para que apenas um único remédio possa resolvê-la (Sulak *et al* 1997).

## 5.1 Tratamentos medicamentosos

- **Melatonina:** tem sido sugerido que a melatonina pode ter um papel importante no tratamento de enxaquecas e outros tipos de cefaléia; principalmente na normalização do ciclo circadiano, além de participar da manutenção dos ritmos biológicos no estilo de vida do indivíduo e conseqüentemente, aliviar as crises de enxaqueca (Gagnier 2001).

- **Ergot (tartarato de ergotamina):** essa é a melhor droga disponível para o tratamento de enxaquecas severas; não é necessário nem aconselhável seu uso nos acessos mais brandos; pode ser tomada por via oral, absorção sublingual, supositório, administração em aerossol ou injeção, conforme a rapidez de ação desejada e a tolerância do indivíduo. Deve ser tomada durante a primeira hora do ataque. Se ela ainda não houver sido administrada ao indivíduo, com certeza proporcionará um tratamento bem-sucedido. Existem algumas contra-indicações importantes: a ergotamina nunca deve ser administrada durante a gravidez; jamais deve ser usada em pessoas que sofrem da doença de Raynaud e a doença de Buerger ou outros problemas que comprometem a circulação periférica. Seus efeitos colaterais são muito pronunciados em alguns pacientes e insignificantes em outros, sendo os mais comuns as náuseas e o vômito, tontura e sonolência capaz de impedir uma atividade, mas de modo algum intolerável. A maioria das pessoas não sente efeitos adversos ao tomar a droga (Robbins 1996).

- **Outras drogas específicas:** a cafeína é um estimulante constritor das artérias cranianas; além de ser diurética, é simples, não tóxica e agradável ao paladar e não deve ser esquecida no caso das enxaquecas que permitem medicação via oral. Xícaras de café ou chá podem ser recomendadas como válidas nos primeiros momentos de um acesso.

- **Drogas sintomáticas:** sendo a dor de cabeça o principal sintoma da enxaqueca (náusea em segundo lugar), analgésicos podem ser suficientes para tratar acessos brandos de enxaqueca, como a aspirina, que vem sendo usada no tratamento de enxaqueca há 50 anos. O uso de analgésicos narcóticos ressalta-se no caso de crises graves, mas em contrapartida, o problema do vício acaba sendo um mal adicional às próprias crises. Seus efeitos colaterais são a náusea e o vômito e,

sendo estes muito fortes a ponto de impedirem qualquer medicação via oral, o melhor procedimento pode ser o da absorção retal (supositórios).

- **Drogas complementares:** as enxaquecas severas são incompatíveis com exercícios físicos, exigindo inatividade e principalmente, descanso. Assim, todos os sedativos são importantes como auxiliares no tratamento de enxaqueca. Os mais úteis são os barbituratos com duração e ação média, juntamente com os tranqüilizantes, no caso da ocorrência de grande irritabilidade, ansiedade ou depressão (Dodick et al 2002).

- **Medidas gerais para o acesso agudo:** as enxaquecas brandas e compatíveis com atividades físicas permitem ao indivíduo continuar com seus afazeres normais; a tendência de todas as enxaquecas é ser acompanhada por certo grau de letargia, redução do tono muscular e sonolência, enquanto que as severas podem ser prolongadas pela atividade continuada. Entretanto, alguns enxaquecosos descobrem que podem manter suas atividades e livrar-se do acesso. As medidas gerais que podem ser tomadas durante os ataques são: sentar-se ou deitar-se, abrigando-se contra a luz, o barulho e as atenções intrusas; tomar sopas ralas, com a adição de um pouco de sal para manter o equilíbrio hídrico (não é recomendável dar alimentos sólidos, uma vez que um dia sem comer não prejudicará o indivíduo e a náusea é minimizada com o estômago vazio); tomar bastante água, pois a pessoa tende a sentir muita sede e fica desidratada em função da transpiração excessiva, dos vômitos e, porventura, da diarreia.

- **Tratamento do “estado enxaquecoso”:** o verdadeiro estado enxaquecoso deve ser tratado como uma emergência médica; a pessoa provavelmente sofreu dores de cabeça terríveis por vários dias sem parar, está prostrada, desidratada ou em colapso devido aos vômitos. Esse estado enxaquecoso pode ser sentido como uma doença fatal, deixando a pessoa deprimida, cansada, apreensiva. As primeiras ações do médico devem tranqüilizar e proteger o indivíduo, pois mesmo a movimentação e a boa vontade dos parentes que tentam ajudar, torna-se irritante e pode perpetuar o estado. Nos casos mais graves, deve –se internar o indivíduo, que necessitará de medicação em grande escala: barbituratos via parenteral, codeína ou morfina e, certamente, tranqüilizantes como clorpromazina. A

ergotamina não é indicada nesses casos, pois tende a agravar os sintomas. O uso de esteróides deve ser levado em conta nesse estado (Sacks 2001).

- **Prevenção dos acessos de enxaqueca:** as drogas empregadas no tratamento da enxaqueca são separadas em duas classes: a primeira é constituída por drogas que são consideradas modificadoras dos mecanismos e da reatividade específica da enxaqueca; a segunda classe diminui a reatividade emocional quando esta é um fator determinante de enxaquecas constantes. O tratamento profilático é indicado para pacientes que sofrem enxaquecas freqüentes, severas e irremitentes, para os que têm enxaqueca em salvas (até dez por dia) durante o período de duas a oito semanas, e para as mulheres que sofrem enxaquecas menstruais. As drogas mais potentes com poder profilático específico contra os ataques são a ergometrina e a metisergida (Sansert nos EUA, Deseril no Reino Unido). A metisergida (butanolamida do ácido lisérgico) possui notáveis efeitos anti-serotonina; no entanto, ela também possui propriedades antiinflamatórias, anti-histamínicas dentre outras propriedades farmacológicas; essa variedade de propriedades deixa dúvidas se sua eficácia terapêutica é devida a seu efeito anti-serotonina. A metisergida é apresentada em comprimidos de 2mg e sua dose máxima adequada é de 8mg por dia. Seus efeitos colaterais simples são a náusea, sonolência ou um estado de alerta anormal, que tende a ser transitório e tolerável, e os efeitos mais graves incluem problemas vasomotores e insuficiência vascular. Seus efeitos vasomotores e vasoconstritores podem ser responsáveis pela elevação da pressão sanguínea e por comprometer o suprimento de sangue nas extremidades ou nos órgãos internos. O comprometimento da circulação nos braços e pernas pode ser sentido como um adormecimento, frio ou formigamento nos dedos das mãos e os pés. O maior perigo no uso da metisergida é a negligência por parte do indivíduo ou do médico; essa droga nunca deve ser usada com descuido e é aconselhável uma pausa de um a seis meses em seu uso, para reduzir a probabilidade de efeitos colaterais. O uso de esteróides por tempo prolongado na prevenção de enxaqueca não se justifica, exceto no caso de enxaqueca em salvas (Sanjay *et al* 2002).

- **Tratamento medicamentoso não específico:** alguns pacientes podem ser tratados com medicações brandas como o fenobarbital ou meprobamato; outros, com compostos do tipo clordiazepóxio (*p.ex.*, Valium) e os que têm distúrbios

mais graves, com tranquilizantes de fenotiazina ou antidepressivos (*p.ex.*, Tofranil). Nos casos de acessos realmente graves, indica-se desde uma simples terapia de apoio a atenção médica regular até a psicoterapia intensiva.

- **Dessensibilização alérgica:** possui uma teoria errônea mas é útil para alguns pacientes, especialmente os que negam a possibilidade de algum impulso emocional em suas enxaquecas e acreditam na origem alérgica de seus ataques. Essas injeções aliadas ao contato emocional terapêutico de que o paciente precisa, podem alcançar bons resultados.

- **Procedimentos cirúrgicos:** enxaquecosos desesperados têm sido um eterno alvo de procedimentos cirúrgicos bem intencionados que, na verdade podem ser inúteis ou trazer remissão transitória dos sintomas, ou, na pior das hipóteses, ser muito fraudulentos e mutilantes como a ligadura ou deservação de uma artéria temporal em casos de enxaqueca severa e unilateral são executados. O problema assustador está nos procedimentos gerais que podem ser realizados com vistas ao tratamento a enxaqueca, que variam de simples remoção de todos os dentes ou das amígdalas até quase a evisceração do paciente: vesícula biliar, útero e ovários são os mais comuns dentre os órgãos retirados. Uma vítima usual é a mulher enxaquecosa de meia-idade, que é submetida à histerectomia na esperança de eliminar a enxaqueca. Caracteristicamente, muitas dessas operações são seguidas por um período de remissão da enxaqueca, mas os acessos sempre voltam no mesmo padrão ou em outro diferente (Cady *et al* 2002).

## 5.2 Tratamentos não medicamentosos

Existe uma série de tratamentos alternativos para a enxaqueca, devido, principalmente aos efeitos colaterais indesejáveis e ao vício nas drogas usadas para o alívio dos sintomas. Muitas medidas de iniciativa pessoal podem ser tomadas, como eliminar os fatores psicológicos que ocasionam a dor, evitar o excesso de trabalho, de tensão emocional e de problemas, quando possível; manter horários regulares e disponíveis, principalmente quanto ao sono, evitar bebidas alcoólicas, fumo e lugares com muitos fumantes. O uso de

anticoncepcionais, o cansaço dos olhos, seja por trabalho, por luz deficiente ou por excesso de luz, tranqüilizantes, estimulantes.

Tirar pequenas férias ou momentos de descanso com freqüência, desabafar quando for necessário, ter em mente que não se pode agradar a todos ao mesmo tempo, evitar sentimentos de culpa, além de pequenas mudanças, até mesmo em coisas insignificantes, como uma mudança de atividade, uma caminhada, um banho quente ou uma massagem no couro cabeludo podem desativar o mecanismo inicial de uma enxaqueca, bem como reduzir a freqüência de seus ataques (Gallagher et al 2002).

- **Terapia cognitivo-comportamental:** especificamente nas enxaquecas, é relevante a análise dos fatores antecedentes e consequentes a uma crise de dor, pois ela permite que o indivíduo identifique fatores ambientais, emocionais, comportamentais ou cognitivos, e a interligação que existe entre eles. A revisão dos pensamentos distorcidos e sua ligação com carga emocional negativa que acompanha a vivência da dor, é a base dessa terapia. Em um primeiro momento, essa abordagem tem como objetivo prover o doente de instrumentais que facilitem a convivência com a dor crônica. Portanto, deve-se esclarecer ao enxaquecoso o que é cefaléia, por que ela é um tipo de dor crônica; que a dor é uma percepção que envolve aspectos cognitivos, afetivos e comportamentais; que ela demanda tratamento médico e não-medicamentoso a médio e longo prazo; que ela pode incapacitar, quando não tratada adequadamente, as implicações familiares, profissionais e sociais que ela acarreta. Em um segundo momento, o indivíduo é levado a analisar a ligação entre pensamento, emoção, comportamento e fatores ambientais, que contribuem tanto para o surgimento quanto para a perpetuação dos sintomas. Nessa etapa é aconselhável criar e manter a aderência ao tratamento; diminuir a ingestão de medicamentos analgésicos; substituir comportamentos que possam desencadear crises (alimentos, variações de temperatura ou situações de confronto com outras pessoas, excesso de compromissos, hábitos de sono e de alimentação irregulares, pensamentos catastróficos, negativos e auto-críticos) por aqueles que possam preveni-las e diminuir a percepção da dor; controlar os desencadeantes e consequentes ambientais, alimentares e emocionais; envolver a família no tratamento e tratar a

depressão e a ansiedade ligadas à dor. Os fatores conseqüentes também envolvem comportamento, emoção e pensamento: tensão muscular em resposta à dor, perda de dias de aula e trabalho, derrotismo diante da intensidade da dor etc. Na identificação e mudança dessas cognições e emoções relacionadas à enxaqueca, explica-se ao indivíduo que crises severas e recorrentes desencadeiam emoções geralmente intensas, como raiva, sentimentos de culpa, desespero, frustração, que podem ser identificados através de pensamentos distorcidos e automáticos, tais como: “Por que eu?”, “Ninguém me entende”, “Eu não sirvo para nada mesmo”, “Com essa dor sou imprestável”. Essa díade pensamentos/emoções faz com que a dor piore. Técnicas que possibilitem ao indivíduo a reformulação desses pensamentos certamente podem alterar a vivência da dor, fazendo com que ela se torne suportável. Informação, estabelecimento de objetivos a curto, médio e longo prazo, e contratos comportamentais são muito úteis. A inclusão de exercícios, relaxamento e a possibilidade de massagens específicas possibilitam ao indivíduo um maior contato com o próprio corpo passando a identificá-lo como fonte de prazer, e não só de dor e sofrimento (Fernandes 2001).

- **Acupuntura:** mesmo desempenhando um papel tradicional na medicina chinesa há mais de 2000 anos, não está provado, por meio de um estudo rigorosamente controlado, que a acupuntura pode acabar com a enxaqueca. Há evidências de que ela possa ter efeitos fisiológicos, principalmente nos sistemas opiáceos endógenos do corpo, mas não há certeza do seu papel benéfico no tratamento da enxaqueca.

- **Acupuntura eletrônica:** conhecido como neuroestimulação elétrica, apresenta bons resultados quando usado para evitar dores terríveis, como as dores de câncer, degeneração da coluna e enxaqueca. Por meio de um dispositivo acionado à pilha e preso a eletrodos fixados à pele, os estímulos elétricos deixam fatigadas as fibras nervosas periféricas, que transportam o sinal de dor para o cérebro (Rapoport 1998).

- **Visualização dirigida:** utilizado há pouco tempo no tratamento de enxaquecas, consiste em um exercício mental de 15 minutos, no qual visualiza-se a dor se afastando. A simples força da visualização desencadeia, pelo cérebro, a liberação de endorfina, o anestésico do organismo. Entretanto, é necessário acreditar que se pode aliviar as dores empregando os poderes da imaginação, criando uma imagem

mental da dor, mas desde que seja o melhor meio de descrever essas dores e logo após, imaginando que essa imagem está se afastando ou saindo do corpo

- **Exercícios:** os exercícios, como um método de manejo da enxaqueca, têm sido discutidos e testados empiricamente. O consenso é que eles podem ajudar na redução da frequência, intensidade e duração dos ataques. Um programa de exercícios regulares e vigorosos reduz a tensão e faz com que o corpo fique mais relaxado

- **Homeopatia:** a homeopatia estimula o organismo em busca do equilíbrio com o meio ambiente, protegendo-o de agressões de toda ordem e tornando-o apto para enfrentá-las. Os mais indicados são o Belladona C3 e Spigelia C1 para enxaqueca do lado esquerdo; Belladona C3, Sanguinária D3 e Cedron C1 para enxaqueca do lado direito (Feldman 1991).

- **Biofeedback:** essa técnica tem sido usada para acabar ou ao menos, aliviar as enxaquecas provocadas por tensão e consiste na ligação de eletrodos no paciente, nos ramos frontais das artérias temporais superficiais, para registro da contração do músculo do couro cabeludo, temperatura das mãos e temperatura dos pés (Feldman 1991). A essência do biofeedback é transformar algum parâmetro fisiológico normalmente invisível em algo visível e presente na consciência, de modo que a vontade possa mudá-lo. Usando aparelhos para feedback (pulsômetros, termômetros, eletromiógrafo), o indivíduo concentra-se no que está sendo mostrado e tenta mudá-lo pela força de vontade. Assim, uma pessoa pode aprender a diminuir a pulsação de suas artérias temporais – isso pode notavelmente reduzir a dor de cabeça de enxaqueca e com essa redução, atenuar outros sintomas que dependem da intensidade da dor. Pode-se aprender a elevar a temperatura das mãos voluntariamente e, com isso, por um reflexo, conseguir a restauração do tono das artérias dilatadas pela enxaqueca. Hoje em dia está provado que uma pessoa pode aprender a interferir dessa forma e modificar as respostas erradas de seu corpo. Contudo, é preciso evidenciar o que, de fato, está acontecendo: se a pessoa está inteiramente concentrada em um parâmetro específico (como a temperatura da pele) ou se está alcançando, auxiliada por um recurso de biofeedback, um relaxamento geral com a redução de todas as excitações somáticas e psíquicas específicas (Stewart *et al* 2000).

## 6. Impacto social e familiar

O impacto financeiro da enxaqueca tem custos diretos com assistência médica e indiretos, causados pelas faltas no trabalho e pela queda de produtividade (Ferrari 1998).

A enxaqueca não afeta somente o enxaquecoso, mas também carrega o cônjuge para o sofrimento associado aos ataques de seu parceiro, uma vez que ele (a) tem que cuidar dos filhos, buscar remédios, levar o (a) parceiro (a) ao médico, cancelar compromissos sociais etc. Os filhos de indivíduos com enxaqueca sentem seu impacto, pois toda sua rotina diária é mudada; para algumas crianças, isso leva a desapontamento, desencorajamento, raiva ou sentimentos de que estão sendo negligenciados, uma vez que as atividades esportivas e escolares não são acompanhadas e atividades rotineiras são canceladas. Os amigos também são sobrecarregados, pois ajudarão a cumprir as atividades e compromissos que o enxaquecoso não pode manter, como por exemplo, levar os filhos à escola, entretê-los e cuidar deles quando o (a) cônjuge está no trabalho ou até mesmo, fazer algumas tarefas domésticas, como por exemplo, cozinhar. Quando o ataque começa, freqüentemente o indivíduo não consegue ir ao trabalho, ou não consegue permanecer no trabalho ou perde sua produtividade no momento da crise. Mas mesmo assim, muitos permanecem no local de trabalho, pois receiam ficar estigmatizados como “aqueles que deixam o serviço por causa de uma dor de cabeça”; por causa disso, suas tarefas não são executadas eficientemente e em tempohábil, causando custos ao empregador, pois prazos são perdidos e a qualidade do serviço não é a exigida ou a esperada. Alguns empregadores têm planos de saúde que oferecem programas médicos e educacionais para os indivíduos que sofrem de enxaqueca e suas famílias (Clarke *et al* 1996).

Os médicos que diagnosticam e tratam enxaquecas concentram seus esforços em aliviar o sofrimento individual do paciente. Mesmo esse paciente sendo o único a sentir a dor de cabeça, ele (a) não é o único afetado pela enxaqueca, uma vez que ela atrapalha a vida familiar. Um estudo recente, conduzido pela Opinion Research Corporation com 4.000 pessoas, indicou que 269 mulheres e 81 homens sofriam de enxaqueca. Quando perguntados acerca do

impacto da doença na família, mais de 60% disseram que 50 horas por mês são perdidas e, como resultado, atividades sociais canceladas. Planos para se divertir com a família, amigos ou colegas de trabalho são os mais comumente afetados (39%), seguidos de festas de aniversário (31%), viagens de fim de semana (22%) e feriados (21%). Como os familiares reagem à situação? Os enxaquecosos escolheram diferentes palavras para caracterizar as atitudes da família: 64% descreveram sua família como incompreensiva, 47%, como simpatizante, 45% como “resignados” e menos de 24% disse que a família era frustrada com a situação. Cerca de um em dez (12%) disse que a família era ressentida (Begal *et al* 2002).

Para os sofredores de enxaqueca, a idéia de que “nós não somos os únicos a passar por isso” pode ajudar na mudança de atitude dos membros da família que sentem-se frustrados e ressentidos. A pessoa que sofre com enxaqueca tem que perceber que seus familiares estão sofrendo também e todos têm que tomar todas as providências possíveis para encontrar um tratamento eficaz e reduzir o stress da situação; é de conhecimento geral que o estresse é um dos deflagradores das enxaquecas, portanto, famílias em que as crises ocorrem frequentemente têm um ciclo crescente de tensão que precisa ser quebrado. Cônjuges e filhos devem ser educados no sentido de saber quão graves, dolorosos e severos os sintomas da enxaqueca podem ser. Se o cônjuge é encorajador e compreensivo, o impacto nos filhos pode ser diminuído. Mas se, por outro lado, o cônjuge se ressentido de ter que assumir muito mais responsabilidades do que as suas habituais, então o potencial de tensão da família é claramente muito maior. Mesmo no caso do cônjuge ser companheiro e compreensivo pode ser muito interessante e proveitoso levá-lo à próxima consulta, para que o médico explique que a enxaqueca é muito mais do que uma simples dor de cabeça; participar de um grupo de apoio pode ser igualmente útil para que a família aprenda a lidar com os problemas e desapontamentos. Se todos entenderem que a enxaqueca é realmente uma condição médica, e que outras famílias têm experiências semelhantes, o impacto negativo da enxaqueca pode ser grandemente reduzido (Mackell *et al* 2002).

## 7. Conclusão

O processo da enxaqueca é um ciclo de excitação e inibição de origem centrencefálica, sujeito a amplas variações no padrão neural e na base temporal. A enxaqueca, em sua condição de reação, é prontamente receptiva ao condicionamento, podendo tornar-se secundariamente ligada a uma enorme variedade de circunstâncias da vida do indivíduo, o que explica as reações de circunstância e resposta que desafiam todo sentido fisiológico possível.

Ela é comumente mal interpretada por seus portadores e por seus médicos. Entretanto, existe uma só regra: sempre se deve ouvir o portador; antes de qualquer abordagem fisiológica e científica, no tratamento da enxaqueca tem que haver uma abordagem geral e o estabelecimento de uma relação entre o portador de enxaqueca e o médico. A história dos tratamentos para esta doença é repleta de exageros e a primeira coisa que deve ser compreendida, quando e se chegar a hora de procurar auxílio médico, é que deve haver uma discussão minuciosa que leve em conta o conhecimento especializado e a habilidade do médico mas também a história de vida do paciente, com suas alegrias e frustrações e toda a sua história psicológica e emocional.

A grande maioria dos acessos de enxaqueca, devido ao fato de progredirem rumo à resolução depois de seguir seu curso durante um número determinado de horas, não requer nada além das medidas mais simples para tornar essas horas suportáveis: chá ou café forte, repouso, escuridão e silêncio; um analgésico simples atenuará a dor na maioria dos acessos e com a diminuição da dor, a náusea e outros sintomas, quando presentes, tendem a diminuir. A medicina demonstra tendências diferentes em épocas e lugares diferentes e é essa variedade e estardalhaço sobre essas diferenças que faz a enxaqueca piorar, e de modo paradoxal, a própria intensidade e ininterruptão do tratamento pode servir para agravar, e não aliviar, o mal que se propõe a curar. A relação da enxaqueca com o ambiente deve ser traduzida pelos termos reflexo, impulso e adaptação. A reação de enxaqueca é caracterizada pela passividade, quietude e imobilidade; o intercâmbio com o mundo exterior é mínimo e as atividades internas são máximas, o que denota a função adaptativa primária de uma enxaqueca, como um

reflexo protetor que afasta o corpo inteiro da ação de um estímulo externo nocivo ou perigoso. Para a vasta maioria dos portadores e dos acessos, a resposta não está em drogas cada vez mais poderosas e em medicações ousadas, mas na percepção de que a enxaqueca deve ser vista como uma função protetora, um alerta para evitar determinadas situações e comportamentos que não podem ser tolerados pelo organismo.

Não se pode dizer que a enxaqueca tem uma tática; apesar de todo o sofrimento que causa, a enxaqueca é essencialmente uma doença benigna e reversível, possuidora de mecanismos que podem ser compreendidos e consideravelmente modificados.

## 8. Referências Bibliográficas

AUBÉ M. *Migraine in Pregnancy*. Neurology, v. 53, n. 4 (Suppl 1), p. 26-28, 1999.

AUKERMAN, G., KNUTSON, D., MISER, W.F. *Management of the acute migraine headache*. Am Fam Phisician, v. 66, n. 11, p. 2123-2130. 2002.

BEGAL, M.E., BORDINI, C.A., SPECIALI, J.G. *Eficácia de três drogas sobre a aura migranosa: um estudo randomizado controlado*. Arq. Neuropsiquiátrico, v. 60, n. 2-B, p. 406-409, 2002.

BOURGAULT P., GRATTON F. *help-seeking behavior of women with migraines*. Rech Soins Infirm. V. 65, p. 83-92, 2001.

CADY R., DODICK DW. *Diagnosis and treatment of migraine*. Mayo Clin Proc, v. 77, n. 3, p. 255-261, 2002.

CARRERA P., STENIRRI S., FERRARI M., BATTISTINI S. *Familial hemiplegic migraine: a ion channel disorder*. Brain Res Bull, v. 56, n. 3-4, p. 234-241, 2001.

CLARKE, C.E., MACMILLAN, L., SONDHI, S., WELLS, N.E. *Econoomic and impact of migraine*. QJM, v. 89, n. 1, p. 77-84, 1996.

COTTRELL CK., DREW JB., WALLER SE., HOLROYD KA., BROSE JA., O'DONNELL FJ. *Perceptions and needs of patients with migraine: a focus group study*. J Farm Pract, v. 51, n. 2, p. 142-147, 2002.

DURHAM PL. SHARMA RV., RUSSO AF. *Migraines and tannis any relationship?*. J Neuroci, v. 17, n.24, p. 9545-9553, 1997.

EDMAEADS J., MACKELL JÁ. *The economic impact of migraine: an analysis of direct and indirect costs*. Headache, v. 42, n.6, p. 501-509, 2002.

EVANS RW. *Crying Headache*. Headache, v. 38, n. 10, p. 799-800, 1998.

FELDMAN, A.S. *Dor de cabeça: esse labirinto tem saída*. 1ª ed, São Paulo: Paulinas, 1991.

FERNANDES, A. *Terapia cognitivo-comportamental e cefaléias*. Revista de Psiquiatria Clínica, v. 28, n. 6, p. 309-312, 2001.

FERRARI, M.D. *The economic burden of migraine to society*. Pharmacoeconomics, v. 13, n. 6, p. 667-676, 1998.

GAGNIER, J.J. *The therapeutic potential of melatoni in migraines and other headache*. Altern Med Rev, v. 6, n. 4, p. 383-389, 2001.

GALLAGHER RM., CUTRER FM. *Migraine: diagnosis, management, and new treatment options*. Am J Manag Care. V. 8, n.3, p. 58-73, 2002.

GUPTA, SANSAY, FALCO, MIRIAN C.. *How to prevent a migraine*. Women's Health Weekly, v.160, n. 1, p. 69, 2002.

GUYTON, A. C. *Neurociência Básica, Anatomia e Fisiologia*. 2ª ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993, 3-4, 38-40, 92-94, 115-123.

HUI JS. *Migraines*. Clin neuropharmacol, v. 24, n. 6, p. 307-312, 2001.

ILACQUA GE. *Migraine headaches: coping efficacy of guided imagery training*. Headache, v. 34, n. 2, p. 99-102, 1994.

LAY CL., MASCELLINO AM. *Menstrual migraine: diagnosis and treatment*. Curr Pain Headache Rep, v. 5, n. 2, p. 195-199, 2001.

LOKKEN, C., HOLM, J.E., MYERS, T.C. *The menstrual cycle and migraine: a time-series analysis of 20 women migraineurs*. Headache, v. 37, n. 4, p. 235-239, 1997.

MACGREGOR, E.A. & MASSIOU, H. *Evolution and treatment of migraine with oral contraceptives*. Blackwell Science Cephalalgia, v. 20, p. 170-174, 2000.

OSBORN RE., ALDER DC., MITCHELL CS. MR imaging of the brain inpatients with migraine headaches. AJNR Am J Neuroradiol, v. 12, n. 3, p. 521-524, 1991.

RAPOPORT, A.M. *Pharmacological prevention of migraine*. Clinic Neurociencia, v. 5, n. 1, p. 55-59, 1998.

ROBBINS, L. *Menstrual migraine with features of cluster headache. A report of 10 cases*. Headache, v. 36, n. 3, p. 166-167, 1996.

SACKS, O. *Enxaqueca*. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

SCHARFF, L., MARCUS, D.A., TURK, D.C. *Headache during pregnancy and in the postpartum: a prospective study*. Headache, v. 37, n. 4, p. 203-210, 1997.

STEWART WF., LIPTON RB., CHEE E., SAWYER J., SILBERSTEIN SD. *Menstrual cycle and headache in a population sample of migraine*. Neurology, v. 55, n. 10, p. 1517-1523, 2000.

SULAK, P.J., CRESSMAN, B.E., WALDROP, E., HOLLEMAN, S. KUEHL, T.J., *Extending the duration of active oral contraceptive pills to manage hormone withdrawal symptoms*. Obst et Gynecol, vol. 89, n. 2, p. 179-183, 1997.

WANDER, W. S. *Como acabar com a dor de cabeça*. Rio de Janeiro: Tecnoprint Ltda, 1980, 15-17, 35-44, 49-53, 57-61, 66-91.

WEBER M., DAURÈS JP., FABRE N., DRUAIS PL., DARDENNE J., SLAMA A. *Influence of general practitioner's personal knowledge on migraine in many attitudes towards their patients suffering from migraine*. Rev. Neurol., v. 158, n.4, p. 439-445, 2002.