

DOR DE CABEÇA EM IDADE PEDIÁTRICA: O QUE SE SABE?

Ívine Santos Soares¹, Débora Lohany Ribeiro Fonseca dos Reis¹, Mirian Dias Moreira e Silva², Anatórcia da Rélia Emídio Jamice Arrone¹, Elenilda Farias de Oliveira¹, Anselmo Cordeiro de Souza¹.

¹Faculdade Adventista da Bahia, Cachoeira, Brasil (anselmo.souza@adventista.edu.br).

²Centro Universitário Adventista de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Resumo: A cefaleia é hoje um importante problema de saúde pública global além de um desafio médico. E embora as dores de cabeça sejam comuns e afetem a qualidade de vida e o funcionamento diário, as evidências para o desenvolvimento de abordagens preventivas ainda são limitadas, bem como as consequências das cefaleias frequentes em crianças não estão completamente claras. Neste sentido, o presente trabalho objetivou discutir alguns importantes aspectos relacionados ao que se sabe sobre a dor de cabeça pediátrica. Trata-se de um ensaio teórico, que se limita a uma abordagem bibliográfica e narrativa. Enfatizamos que a compreensão das causas e correlações da perda de saúde entre crianças e adolescentes pode identificar áreas de sucesso, estagnação e ameaças emergentes e, assim, facilitar estratégias eficazes de melhoria. Diante das lacunas e desafios evidenciados neste trabalho, se tornam desejáveis estudos que contribuam para o acúmulo de evidências que deem conta dos agigantados desafios de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e caracterização da criança e do adolescente acometido por distúrbios da dor de cabeça.

Palavras-chave: Criança; Cefaleia; Transtornos da Cefaleia; Promoção da Saúde.

INTRODUÇÃO

Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), dor é “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tais lesões” (DELLAROZA et al., 2008). Esta experiência dolorosa é pessoal e a maneira como cada indivíduo reage em cada situação dolorosa influencia na resposta do organismo. Sendo de caráter subjetivo, surge de uma experiência particular e complexa.

A faixa etária, contexto cultural, experiências prévias bem como temores (por exemplo, o medo de ter contraído alguma doença grave, não saber quais as razões de determinada dor) são fatores que provocarão respostas ansiosas gerando um comportamento de luta ou fuga, por vezes como uma forma de expressar conflitos internos. Além de desconforto físico, psicológico, espiritual e social, pode manifestar-se como resposta do organismo diante situações de estresse (CROFFORD, 2015; QUINTERO, 2013; WILLIAMS; CRAIG, 2016).

Assim a temática dor tem se tornado um importante desafio para aqueles que procuram entender tanto sua

etiologia, quanto procedimentos que se destinam ao seu controle, uma vez que deve se atentar não somente as questões de alívio sintomáticos, mas também na alteração do comportamento envolvendo componentes cognitivos e afetivos, aliviando o sofrimento que envolve o sentir a dor (BARROS; DUARTE, LOPES, 2014; OLIVEIRA, PELÓGIA, 2011). A classificação mais utilizada no estudo da dor tem sido aquela que considera a duração da dor como um referencial e divide-se em dor aguda e dor crônica (DERRY et al., 2017; TREEDE et al., 2019).

A dor aguda está relacionada a afecções inflamatórias no organismo, infecciosas ou traumáticas, de caráter breve, com duração de minutos, horas, semanas, podendo chegar a seis meses. É considerada como benéfica e geralmente conhecida como um sintoma de alguma doença. Considerada fisiológica tem a função de informar, alertar para alguma disfunção no corpo, com prejuízo a homeostase do seu organismo. A dor aguda apresenta uma duração limitada, pois cessa com tratamento apropriado (SALLUM, GARCIA, SANCHES, 2012; TREEDE et al., 2015).

Os processos de transição da dor aguda para a dor crônica é assunto que tem despertado o interesse de estudiosos, uma vez que tem sido apresentada

inúmeras evidências de que esta transição é em parte resultado de comportamentos de “esquiva” (POZEK et al., 2016; VANDENBERGHE, 2005; VOSCOPOULOS; LEMA, 2010).

Definida como uma dor contínua e recorrente, caracteriza-se como aquela com duração maior que seis meses, levando um terço das pessoas que relatam dor crônica afirmarem passar por comprometimentos funcionais, sofrimentos, incapacidades progressivas e custos socioeconômicos demasiados (SALLUM, GARCIA, SANCHES, 2012). As estimativas para a prevalência de dor crônica variam amplamente, a depender do local, população, e caso, podem variar entre 13% e 70% (AGUIAR et al., 2021; MILLS, NILCOLSON, SMITH, 2019).

A dor crônica é desenvolvida por processos mórbidos permanentes nas estruturas somáticas ou viscerais ou ainda por distúrbios prolongados dos componentes do Sistema Nervoso Periférico (SNP) e Sistema Nervoso Central (SNC). Origina-se também de fatores ambientais ou psicopatológicos. Irritabilidade, insônia, depressão mental, preocupação, desinteresse por atividades da vida diária, bem como diversas alterações psicológicas são fatores que podem afetar as relações sociais cotidianas (BASTOS et al., 2007; SILVA JÚNIOR et al., 2012).

Algumas sensações corporais em termos semânticos, antes tendo pouca importância, podem se tornar nocivas e perigosas (ZHUO, 2016). Desta forma, a parte motora é comprometida, uma vez que o indivíduo procura se esquivar dos eventos que lhe causaram dor, levando a um processo de perda da condição física. Nas interações comportamentais e ambientais, as cognições estão relacionadas ao surgimento da dor crônica (ZHUO, 2016).

Fatores cognitivos como autoeficácia, catastrofização, evitação e aceitação são exemplos que fazem parte das crenças que o indivíduo tem sobre a dor. Entre os fatores afetivos e de humor estão a ansiedade, depressão e estresse. Enquanto na interação comportamental e ambiental, estão associados a aprendizagem e reforço. Com uma relevante associação com as dores crônicas, se dão as incapacidades e sofrimentos mentais (SILVA JÚNIOR et al., 2012; VANDENBERGHE, 2005).

Diversos programas multidisciplinares têm objetivado o controle e redução da dor, reduzir os sintomas depressivos e trazer uma melhor qualidade de vida para o portador de dor crônica (SALVETTI et al., 2012).

Enfatiza-se que o próprio cérebro é insensível à dor, enquanto os intracranianos (dura-máter, grandes vasos sanguíneos e seios venosos) e extracranianos (periósteo, orofaringe, órbita, seios da face, orelha média, dentes, músculos faciais e do pescoço) são

estruturas sensíveis à dor responsáveis pela dor de cabeça. A dor referida a partir dessas estruturas devido à tração, inflamação, dilatação desses vasos ou contração sustentada dos músculos do pescoço ou do couro cabeludo é percebida como uma dor de cabeça (LAKSHMIKANTHA, NALLASAMY, 2018).

Quando a própria cefaleia não é atribuída a qualquer outro distúrbio é chamada de cefaleia primária, que estão entre as de maior recorrência entre crianças (DAO, QUBTY, 2018). Geralmente, cefaleias episódicas e crônicas não progressivas estão associadas a distúrbios de cefaleia primária, enquanto cefaleias progressivas agudas ou crônicas podem sugerir uma etiologia secundária (KELLY et al., 2018).

Destaca-se ainda que, as consequências das cefaleias frequentes em crianças não estão completamente claras, bem como embora as dores de cabeça sejam comuns e afetem a qualidade de vida e o funcionamento diário, as evidências para o desenvolvimento de abordagens preventivas ainda são limitadas. Neste sentido, o presente trabalho objetivou discutir alguns importantes aspectos relacionados ao que se sabe sobre a dor de cabeça pediátrica.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um ensaio teórico, que se limita a uma abordagem bibliográfica e narrativa (LARROSA, 2003; ALVES, 2000), metodologicamente operacionalizada como em outros trabalhos (SOUZA et al., 2016; SOUZA et al., 2018). As buscas das produções científicas foram realizadas livremente, no período de abril a outubro de 2022, no Scientific Electronic Library Online (SciELO); no buscador Google Scholar (GS), e na Pubmed; utilizando a combinação dos descritores em português e inglês criança (child); Cefaleia (Headache); Transtornos da Cefaleia (Headache Disorders); utilizando como critério de seleção os títulos de interesse, além de bibliografia extraída de referências dos artigos estudados, e trabalhos clássicos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As principais cefaleias primárias (de maior recorrência entre crianças) são: cefaleia tensional, cefaleia em salvas e enxaqueca. Neste sentido, este trabalho objetivou apresentar alguns aspectos e notas, ainda que introdutórias, a respeito do que se sabe sobre a dor de cabeça em idade pediátrica. Para melhor visualização os resultados e discussão do presente trabalho foi organizado em subseções, a saber: Definição, Epidemiologia, Cefaleia Tensional, Cefaleia em Salvas, e Enxaqueca.

Definição

A Dor de Cabeça (cefaleia) é um sintoma inespecífico que consiste em dor ou desconforto no crânio, face e estruturas faciais (LAKSHMIKANTHA, NALLASAMY, 2018), com dor localizada unilateral, bilateral, ou irradiada, categorizada como aguda, episódica, crônica progressiva ou crônica não progressiva (KELLY et al., 2018). Em relação a sua etiologia pode ser primária (tais como a cefaleia tensional, cefaleia em salvas, enxaqueca) ou secundária (quando adjacente a outras comorbidades) (KOKEN et al., 2020; BLUME, 2017).

Epidemiologia

Incluída no “Global Burden of Disease Study” apenas na versão do ano 2000, a cefaleia é hoje um importante problema de saúde pública global além de um desafio médico (GOADSBY, 2021, 2019; STOVNER et al., 2018). Segundo o “Global Burden of Disease Study 2017”, os distúrbios de dor de cabeça ocupam o segundo lugar de maior prevalência (se mantendo mesmo quando padronizado por idade e sexo), e anos vividos com deficiência (cerca de 35 milhões) (JAMES et al., 2018). Os transtornos de cefaleia mais comuns em todo o mundo são enxaqueca, cefaleia do tipo tensional e cefaleia por uso excessivo de medicamentos (OLIVEIRA et al., 2020; SAYLOR, STINER, 2018; QUEIROZ, SILVA-JUNIOR, 2015). Estima-se que quase três bilhões de indivíduos tinham enxaqueca ou cefaleia do tipo tensional em 2016 (STOVNER et al., 2018).

As investigações do “Lifting The Burden” demonstraram uma alta prevalência de distúrbios de cefaleia e suas associações com qualidade de vida prejudicada, perda substancial de produtividade e altos custos econômicos em todos os países pesquisados, bem como ainda um desafio o tratamento de cefaleia eficiente e equitativo, especialmente em países de baixa renda (SAYLOR, STEINER, 2018). Nesse sentido as dores de cabeça não são apenas responsáveis por restrições na vida cotidiana dos adultos, levando também à redução da qualidade de vida e a limitações na esfera social, na educação escolar e na carreira profissional de crianças e adolescentes que apresentam cefaleias regulares (NIESWAND, RICHTER, GOSSRAU, 2020). As apresentações da cefaleia pediátrica frequentemente diferem das dos adultos, e as crianças podem ter dificuldade em descrever seus sintomas (KELLY et al., 2018).

A cefaleia é o problema neurológico mais comum na população pediátrica, afetando até 88% das crianças e adolescentes (DAO, QUBTY, 2018). A prevalência

da cefaleia aumenta durante a infância, ocorrendo aos 3 anos em 3–8%, aos 5 anos em 19,5% e aos 7 anos em 37–51,5% das crianças. Em 7–15 anos de idade, a prevalência de cefaleia varia de 26 a 82% (KELLY et al., 2018). Em meninos com menos de 7 anos de idade, as dores de cabeça prevalecem um pouco mais do que nas meninas, ao passo que, após a puberdade, a proporção muda com a preponderância feminina (LAKSHMIKANTHA, NALLASAMY, 2018). Destaca-se que a alta prevalência e o forte predomínio feminino da cefaleia na adolescência e muitas vezes com comorbidades, merecem o reconhecimento dos profissionais de serviços de saúde bem como das escolas (WIJGA et al., 2020).

Sublinha-se relato de que os distúrbios de dor de cabeça mais comuns são a enxaqueca e cefaleia tensional, parecendo por vezes se sobrepor, e fatores biopsicossociais desempenham um papel decisivo nos dois tipos de dor de cabeça (GENIZI et al., 2016; KELLY et al., 2018). A prevalência da enxaqueca aumenta de 3% nos anos pré-escolares para 4–11% nos anos do ensino fundamental, e até 8–23% durante os anos do ensino médio. Já a prevalência de cefaleia tensional é de 9,8–18% (GENIZI et al., 2016). Dores de cabeça secundárias devido a uma alteração cerebral inflamatória ou estrutural são raras (DAO, QUBTY, 2018).

O impacto dos transtornos de cefaleia primários não está diminuindo e apesar de avanços notáveis na medicina em relação a cefaleia (classificação, fisiopatologia e genética), particularmente na compreensão da enxaqueca e da cefaleia em salvas, pouco tempo tem se dedicado ao assunto no currículo médico, além de pouco investimento em pesquisa (GAODSBY, 2021, 2019). Apesar de onze dos 18 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e 19 dos 53 indicadores ODS associados à saúde estarem diretamente relacionados a saúde da criança e do adolescente (SILVA et al., 2021), em comparação com estudos em adultos, o número de estudos epidemiológicos sobre cefaleia em crianças e adolescentes é menor e inclui menos países em todo o mundo (NIESWAND, RICHTER, GOSSRAU, 2020).

Cefaleia Tensional

A cefaleia do tipo tensional (CTT), é uma das mais frequentes na população em geral e na população pediátrica, podendo ser subdividida em episódica e crônica, gerando um maior comprometimento na qualidade de vida, em especial neste último caso. Nas duas situações (episódica e crônica) a fisiopatologia ainda não está completamente esclarecida e aparentemente os mecanismos são iguais. Outras vias de condução da dor podem ser ativadas pela dor

localizada nos tecidos miofasciais, uma vez que esta sensibiliza e desestabiliza centros da dor (SILVA JUNIOR et al., 2012; XAVIER et al., 2015).

A CTT é uma síndrome conceituada como uma dor que não tem ligação com qualquer outro tipo de transtorno que pode ser considerado como sua origem. Entende-se que fatores genéticos, hábitos alimentares, estresse físico e psicológico, acabam gerando uma disfunção cerebral que, por conseguinte, causam alterações transitórias na atividade neuronal, levando ao surgimento da dor (SILVA JUNIOR et al., 2012).

A cefaleia é uma doença que traz preocupações tanto para o médico, quanto para a família, por ser um agravamento que pode ser indicador de complicações mais graves da saúde, uma vez que ela está relacionada a infecções do sistema nervoso central (SNC), hemorragias intracranianas, tumores do encéfalo, hidrocefalia etc. (GHERPELLI, 2002).

A SBCE afirma que pacientes que procuram atendimento médico devido ao agravamento da cefaleia apresentam “alterações emocionais, estresse psicossocial, tensão, ansiedade e depressão”. Conceituada clinicamente como uma dor bilateral, constritiva e, geralmente não muito intensa, tendo uma frequência de até 15 dias por mês para as cefaleias do tipo tensional episódica, ou 15 dias ou mais para as cefaleias do tipo tensional crônica. Nos dois casos a prevalência é maior em pessoas do sexo feminino. No entanto, enquanto a do tipo episódica é mais frequente em pessoas com níveis educacionais baixos, a cefaleia do tipo tensional crônica é mais comum em indivíduos com níveis educacionais mais elevados. Ressalta-se que a maioria das procuras por atendimento médico são as do tipo crônico, uma vez que os pacientes sentem um incômodo persistente que gera consequências negativas durante dias enquanto procuram lidar com a dor (SILVA JUNIOR et al., 2012; FLORES; COSTA JUNIOR, 2004).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cefaleia, o dia 19 de maio é o dia em que se comemora o Dia Nacional de Combate a Cefaleia, fazendo neste dia uma divulgação e conscientização de um tema que é tão importante e presente na população. Estima-se de que mais de 140 milhões de brasileiros venham a sofrer de algum tipo de dor de cabeça. Ou seja, a cada 10 pessoas, quatro sofrem de cefaleia do tipo tensional, e mesmo na forma crônica, por vezes não há procura médica por parte dos afetados, sugerindo que os dados disponíveis são subestimados. Clinicamente, consideram-se atualmente as formas de cefaleias do tipo tensional episódica e cefaleia do tipo tensional crônica. Por vezes a cefaleia episódica evoluindo para a forma crônica, em outras, o quadro clínico permanece o mesmo desde o início.

Segundo a Classificação Internacional de Cefaleias (KOWACS, MACEDO, SILVA-NETO, 2018), “a cefaleia do tipo tensão é muito comum, com uma prevalência ao longo da vida na população em geral entre 30% a 78% nos diferentes estudos, com um alto impacto socioeconômico”. Embora a princípio ela tenha sido considerada psicogênica, apareceram vários outros estudos após a publicação da ICHD-I, propondo uma forte base neurobiológica, para os subtipos mais graves de cefaleias do tipo tensão.

Em razão da maioria das pessoas que sofrem de cefaleia tensional apresentar também enxaquecas de intensidade ligeira sem aura, o profissional se depara com uma possível sobreposição dos sintomas entre uma e outra patologia ao procurar desenvolver o diagnóstico nas cefaleias primárias (KOWACS, MACEDO, SILVA-NETO, 2018). Para a Sociedade Brasileira de Cefaleia (SBCE), pode ser difícil fazer um diagnóstico diferencial entre enxaqueca e a cefaleia do tipo tensional, pois enquanto nesta prevalece às dores unilaterais, localizadas mais frequentemente nas regiões frontal ou lobo frontal ou apresentando distribuição em um lado da cabeça, na cefaleia tensional há uma predominância absoluta de dores localizadas ou difusas. Essencialmente, a diferença entre a cefaleia do tipo tensional e enxaqueca segundo a SBCE, “são a ausência de uma história prévia de migrânea episódica e a ausência de exacerbações bem definidas com características migranósas como unilateralidade predominante, qualidade pulsátil da dor, náusea intensa e vômitos” (SBCE, 2014).

Cefaleia em Salvas

“Imagine, seu olho é empurrado para fora da órbita e sua pálpebra direita está começando a se fechar. Você começa a apertar os olhos e começa a lacrimejar, você fica convencido de que havia sangue escorrendo. Uma faca em brasa é esmagada em sua cabeça, uma dor excruciante, horrível, horrível. Sua única graça salvadora é andar de cômodo em cômodo, chorando, jogando-se no chão, até que a dor seja drenada de você. Esperar que o próximo ataque aconteça é uma sensação terrível e assustadora. Às vezes penso que vou enlouquecer. Estou exausto, mas o próximo chega.” Tradução livre de relato de paciente com cefaleia em salvas (MAY, 2005).

A cefaleia em salvas (CS) é uma cefaleia primária autonômica trigeminal caracterizada por ataques de dor, extremamente dolorosos, estritamente unilaterais, acompanhados por sintomas autonômicos ipsilaterais ou sensação de inquietação e agitação, ou ambos, com episódios breves (15-180 minutos), em comparação a cefaleia do tipo tensional, e que

ocorrem até oito vezes, subdiagnosticada e mal administrada na atenção primária (D'ANDRÉA et al., 2019; HOFFMANN, MAY, 2018; MAY, 2005). Devido à alta frequência de crises, a síndrome tem um impacto substancial na qualidade de vida do paciente e, em alguns casos, pode levar à ideação suicida (HOFFMANN, MAY, 2018).

A síndrome é caracterizada pela ritmicidade circadiana das crises de curta duração e pela recorrência regular das crises de cefaleia, intercaladas por períodos de remissão completa na maioria dos indivíduos – as dores de cabeça geralmente começam cerca de 1–2 h após adormecer ou de manhã cedo e mostram variações sazonais – destacando-se como uma síndrome de dor severa em que as pacientes do sexo feminino descrevem cada ataque como sendo pior do que o parto (MAY, 2005).

Em sua forma episódica a CS as crises dolorosas estão presentes, com frequência variável, todos os dias ou semanas – o período ou ciclo ativo pode durar semanas ou meses – quando desaparecem por um período de tempo (geralmente meses ou anos). Na CS em sua forma crônica, ao contrário da forma episódica, os surtos ocorrem, sem períodos de remissão, continuamente por pelo menos 1 ano. Salienta-se que a forma crônica se desenvolve em pacientes com a forma episódica, nos quais o período de remissão se torna mais curto, seguido pelo desaparecimento completo (D'ANDRÉA et al., 2019).

O CS é uma cefaleia com prevalência estimada em 0,5-1,0 / 1000 indivíduos na população geral, e ainda que presente desde a infância sua prevalência aumenta gradativamente até 40 anos de idade (prevalência que diminui após essa idade) com indicação de especial importância dos fatores genéticos, dado que o risco de parentes de primeiro grau de pacientes com CS desenvolverem CS é de cinco a quinze vezes maior do que a população em geral (VOLLESEN et al., 2018).

Embora a síndrome seja bem definida do ponto de vista clínico e seja reconhecida há mais de dois séculos, sua fisiopatologia ainda é pouco compreendida (MAY, 2005). Várias estruturas dentro do sistema nervoso periférico e do sistema nervoso central estão envolvidas na geração de ataques de cefaleia em salvas. No entanto, como essas estruturas interagem entre si, como se iniciam os ataques e, principalmente, de onde se origina a sensação de dor, ainda não foram elucidados. Atualmente, acredita-se que a cefaleia em salvas envolve uma atividade anormal sincronizada no hipotálamo, no sistema trigemino vascular e no sistema nervoso autônomo. O hipotálamo parece desempenhar um papel fundamental na geração de um estado permissivo que permite o início de um episódio, ao passo que os

ataques provavelmente requerem o envolvimento do sistema nervoso periférico (HOFFMANN, MAY, 2018; VOLLESEN et al., 2018).

Embora clinicamente distinguíveis, enxaqueca e cefaleia em salvas compartilham características proeminentes, como dor unilateral, desencadeadores farmacológicos comuns, como trinitrato de glicerila, histamina, peptídeo relacionado ao gene da calcitonina (CGRP), resposta a triptanos e neuromodulação. Dados recentes também sugerem eficácia dos anticorpos monoclonais anti CGRP tanto na enxaqueca quanto na cefaleia em salvas – enquanto os mecanismos exatos por trás de ambos os distúrbios ainda precisam ser totalmente compreendidos (VOLLESEN et al., 2018).

Enxaqueca

A enxaqueca é definida como uma cefaleia latejante unilateral intensa acompanhada de osmofobia, fotofobia ou fonofobia, por náusea (anorexia, vômito, diarreia) e sensibilidade ao movimento, por vezes exacerbada pela atividade física de rotina (DOLATI et al., 2020), atualmente considerada um distúrbio poligênico (vários genes predisponentes contribuem, cada um com um pequeno tamanho de efeito, para o risco subjacente) (VOLLESEN et al., 2018). Em sua face metabólica, a enxaqueca pode ser considerada uma resposta adaptativa conservada que ocorre em indivíduos geneticamente predispostos com uma incompatibilidade entre a reserva de energia do cérebro e a carga de trabalho (GROSS et al., 2019). Quatro fases potenciais da enxaqueca foram identificadas, incluindo a fase premonitória, aura, cefaleia e pós dromo, e essas não são necessariamente lineares na ocorrência (QUBY, PATNIYOY, 2020).

A enxaqueca é uma doença altamente prevalente, afetando pelo menos 12% da população em geral, com prevalência ao longo da vida de até 25% entre as mulheres. Os parentes de primeiro grau dos pacientes têm um aumento de três vezes na enxaqueca, em comparação com a população em geral, e o risco aumenta na enxaqueca com aura típica, apoiando a ideia de que fatores genéticos distintos podem regular a herança de formas específicas de enxaqueca (VOLLESEN et al., 2018).

Destaca-se que a fase premonitória envolve sintomas incômodos experimentados horas ou dias antes da dor da enxaqueca. As mudanças comportamentais e os estudos de neuroimagem funcional apontam para o envolvimento hipotalâmico durante as fases premonitória e outras fases da enxaqueca. A aura de enxaqueca é um fenômeno neurológico disruptivo e reversível que afeta até um terço de todos os pacientes com enxaqueca e pode se

sobrepor à fase de cefaleia. A fase de cefaleia envolve a ativação do complexo trigemino cervical. Os neuropeptídeos estão implicados na ativação do trigêmeo, e o peptídeo relacionado ao gene da calcitonina, em particular, tornou-se um alvo promissor de intervenção terapêutica para enxaqueca. A fase final pós dromo, se refere ao período desde a resolução dos sintomas de dor de cabeça até o retorno à linha de base após uma enxaqueca. As pessoas frequentemente relatam sintomas neuropsiquiátricos, sensoriais, gastrointestinais e gerais durante esse período, o que pode limitar a atividade (QUBY, PATNIYOY, 2020; DOLATI et al., 2020).

Os fenótipos das cefaleias primárias em crianças frequentemente diferem da dos adultos e pode estar relacionada a alterações na maturação do cérebro, incluindo mielinização, plasticidade, formação sináptica e reorganização (KELLY et al., 2018), com relato de que a investigação das diferenças entre crianças, adolescentes e adultos em algumas das fases da enxaqueca podem contribuir para a compreensão da neurobiologia da enxaqueca (CUVELLIER, 2019).

Destaca-se que embora distintas há relatos de características comuns ou mesmo sobreposição entre enxaqueca sem aura e cefaleia tensional episódica (dores de cabeça mistas) em crianças, sugerindo fazer parte de um continuum, o que pode explicar a alta incidência de sua co-ocorrência em oposição à enxaqueca com aura. (GENIZI et al., 2016). Assim, diferenciar cefaleia de tipo tensional de enxaqueca pode ser desafiador, e até 30% das crianças podem ter dificuldade em descrever sua dor; nota-se que as características mais específicas indicativas de enxaqueca incluem melhora da cefaleia após o sono, presença de sintomas gastrointestinais, piora com a atividade física e fofobia, fonofobia ou osmofobia (KELLY et al., 2018).

Sublinha-se, que muitos sintomas de dor de cabeça em crianças podem ser identificados por observações comportamentais em vez de relatórios diretos (a fofobia pode ser inferida quando se deseja estarem um quarto escuro ou com pouca iluminação) (KELLY et al., 2018; DAO, QUBTY, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Enfatizamos que a compreensão das causas e correlações da perda de saúde entre crianças e adolescentes pode identificar áreas de sucesso, estagnação e ameaças emergentes e, assim, facilitar estratégias eficazes de melhoria. Porém até hoje, as consequências das cefaleias frequentes em crianças são mal caracterizadas e a detecção e tratamento precoces de pacientes jovens com cefaleia é muito raro, bem como as estruturas de atendimento para crianças e adolescentes com cefaleias regulares não

estão adaptadas às necessidades (NIESWAND, RICHTER, GOSSRAU, 2020).

Práticas de autocuidado, aconselhamento sobre gestão do estilo de vida (sono, exercício, hidratação, nutrição), evitar pular refeições e um tratamento preventivo tem sido relatado ser de alguma maneira eficaz (BARMHERZIG et al., 2020; KELLY et al., 2018; LAKSHMIKANTHA, NALLASAMY, 2018). Explicita-se, porém, que embora as dores de cabeça sejam comuns e afetem a qualidade de vida e o funcionamento diário, as evidências necessárias para desenvolver um aconselhamento eficaz e abordagens preventivas ainda são limitadas (WIJGA et al., 2020). E ainda que as intervenções de autocuidado tenham um lugar estabelecido no manejo de uma ampla gama de condições crônicas, são escassas abordagens padronizadas para isso na cefaleia pediátrica (BARMHERZIG et al., 2020).

Diante essas lacunas e desafios, se tornam desejáveis estudos que contribuam para o acúmulo de evidências que deem conta dos agiantados desafios de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e caracterização da criança e do adolescente acometido por distúrbios da dor de cabeça.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, D. P.; SOUZA, C. P. D. Q.; BARBOSA, W. J. M.; SANTOS-JÚNIOR, F. F. U.; OLIVEIRA, A. S. D. Prevalência de dor crônica no Brasil: revisão sistemática. *BrJP*, v. 4, p. 257-267, 2021.
- ALVES, I. M. A. Ensaística e o trabalho científico. *Logos*, v. 7, n. 2, p. 14-17, 2000.
- BASTOS, D. F. et al. Dor. *Revista da SBPH*, v. 10, n. 1, p. 85-96, 2007.
- BARMHERZIG, R. et al. Headache hygiene in pediatrics: brushing up on the basics. *Pediatric Neurology*, v. 103, p. 3-7, 2020.
- BARROS, J. R. F.; DUARTE, M. G. O.; LOPES, A. P. A terapia cognitivo-comportamental no tratamento de pacientes com dor crônica. *Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-ALAGOAS*, v. 2, n. 2, p. 77-90, 2014.
- BLUME, H. K. Childhood headache: a brief review. *Pediatric annals*, v. 46, n. 4, p. e155-e165, 2017.
- CROFFORD, L. J. Psychological aspects of chronic musculoskeletal pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, v. 29, n. 1, p. 147-155, 2015.
- CUVELLIER, J. C. Pediatric vs. adult prodrome and postdrome: a window on migraine pathophysiology?. *Frontiers in neurology*, v. 10, p. 199, 2019.

- DAO, J. M.; QUBTY, W. Headache diagnosis in children and adolescents. *Current pain and headache reports*, v. 22, p. 1-6, 2018.
- D'ANDREA, G.; GUCCIARDI, A.; PERINI, F.; LEON, A. Pathogenesis of cluster headache: from episodic to chronic form, the role of neurotransmitters and neuromodulators. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, v. 59, n. 9, p. 1665-1670, 2019.
- DELLAROZA, M. S. G.; FURUYA, R. K.; CABRERA, M. A. S.; MATSUO, T.; TRELHA, C.; YAMADA, K. N.; PACOLA, L. Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 54, p. 36-41, 2008.
- DERRY, S. et al. Topical analgesics for acute and chronic pain in adults - an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 5, 12 maio 2017.
- DOLATI, S.; RIKHTEGAR, R.; MEHDIZADEH, A.; YOUSEFI, M. The role of magnesium in pathophysiology and migraine treatment. *Biological trace element research*, v. 196, p. 375-383, 2020.
- FLORES, A. M. N.; COSTA JUNIOR, A. L. O manejo psicológico da dor de cabeça tensional. *Psicologia: ciência e profissão*, v. 24, p. 24-33, 2004.
- GENIZI, J.; MATAR, A. K.; SCHERTZ, M. et al. Pediatric mixed headache -The relationship between migraine, tension-type headache and learning disabilities - in a clinic-based sample. *J Headache Pain*, v. 17, n. 42, 2016.
- GHERPELLI, J. L. D. Tratamento das cefaléias. *Jornal de Pediatria*, v. 78, p. S3-S8, 2002.
- GOADSBY, Peter J. Headache research in 2020: disrupting and improving practice. *The Lancet Neurology*, v. 20, n. 1, p. 7-8, 2021.
- GOADSBY, Peter J. Primary headache disorders: five new things. *Neurology: Clinical Practice*, v. 9, n. 3, p. 233-240, 2019.
- GROSS, E. C.; LISICKI, M.; FISCHER, D.; SÁNDOR, P. S.; SCHOENEN, J. The metabolic face of migraine—from pathophysiology to treatment. *Nature Reviews Neurology*, v. 15, n. 11, p. 627-643, 2019.
- HOFFMANN, J.; MAY, A. Diagnosis, pathophysiology, and management of cluster headache. *Lancet Neurol*, v. 17, n. 1, p. 75-83, 2018.
- JAMES, Spencer L. et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, v. 392, n. 10159, p. 1789-1858, 2018.
- KELLY, M.; STRELZIK, J.; LANGDON, R.; DISABELLA, M. Pediatric headache: overview. *Current opinion in Pediatrics*, v. 30, n. 6, p. 748-754, 2018.
- KÖKEN, Ö. Y.; DANIŞ, A.; YÜKSEL, D.; AKSOY, A.; ÖZTOPRAK, Ü.; AKSOY, E. Pediatric headache: Are the red flags misleading or prognostic?. *Brain and Development*, v. 43, n. 3, p. 372-379, 2021.
- KOWACS, F.; MACEDO, D. D. P.; SILVA-NETO, R. P. *Classificação Internacional das Cefaleias*, 3ª edição. São Paulo: OmniFarma, 2018.
- LAKSHMIKANTHA, K. M.; NALLASAMY, K. Child with headache. *The Indian Journal of Pediatrics*, v. 85, p. 66-70, 2018.
- LARROSA, J. O ensaio e a escrita acadêmica. *Educação & realidade*, v. 28, n. 2, 2003.
- MAY, A. Cluster headache: pathogenesis, diagnosis, and management. *Lancet*, v. 366, n. 9488, p. 843–55, 2005.
- MILLS, S. E. E.; NICOLSON, K. P.; SMITH, B. H. Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *British journal of anaesthesia*, v. 123, n. 2, p. e273-e283, 2019.
- NIESWAND, V.; RICHTER, M.; GOSSRAU, G. Epidemiology of headache in children and adolescents—another type of pandemic. *Current Pain and Headache Reports*, v. 24, p. 1-10, 2020.
- OLIVEIRA, A. L. M.; PELÓGIA, N. C. C. Headache as main self medication among health care professionals. *Revista Dor*, v. abr-jun, n. 12(2), p. 99–103, 2011.
- OLIVEIRA, A. B.; QUEIROZ, L. P.; ROCHA-FILHO, P. S.; SARMENTO, E. M.; PERES, M. F. Annual indirect costs secondary to headache disability in Brazil. *Cephalalgia*, v. 40, n. 6, p. 597-605, 2020.
- POZEK, J.-P. J. et al. The Acute to Chronic Pain Transition: Can Chronic Pain Be Prevented? *Medical Clinics*, v. 100, n. 1, p. 17–30, 1 jan. 2016.
- QUBTY, W.; PATNIYOT, I. Migraine pathophysiology. *Pediatric neurology*, v. 107, p. 1-6, 2020.

- QUEIROZ, L. P.; SILVA-JUNIOR, A. A. The Prevalence and Impact of Headache in Brazil. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, v. 55, p. 32-38, 2015.
- SALLUM, A. M. C.; GARCIA, D. M.; SANCHES, M. Dor aguda e crônica: revisão narrativa da literatura. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 25, n. 1, p. 150–154, 2012.
- SALVETTI, M. D. G.; PIMENTA, C. A. D. M.; BRAGA, P. E.; CORRÊA, C. F. Incapacidade relacionada à dor lombar crônica: prevalência e fatores associados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 46, p. 16-23, 2012.
- SAYLOR, D.; STEINER, T. J. The global burden of headache. In: *Seminars in neurology*. Thieme Medical Publishers, 2018. p. 182-190.
- SBCE. Sociedade Brasileira de Cefaleia. Tipos de dor de cabeça (Site). Publicado em 25/08/2014. Disponível em: <https://sbcecefaleia.com.br/noticias.php?id=192>. Acesso em 12 de julho de 2022.
- SILVA, A. B.; SANTOS, C. M.; DIAS, F. P.; SOUZA, A. C. M.; SILVA, L. S.; MOREIRA, M. D.; PORTO, E. F.; ZUKOWSKY-TAVARES, C. Educação sexual para prevenção da gravidez na adolescência no contexto da saúde escolar: análise integrativa. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 3, p. e28210312967-e28210312967, 2021.
- SILVA JUNIOR, A. A. et al. Frequência dos tipos de cefaleia no centro de atendimento terciário do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 58, n. 6, p. 709–713, 2012.
- SOUZA, A. C.; MORAES, M. C. L.; MARTINS, L. T.; FRÓES, M. B. C.; SALZANO, E. S.; MOURA, M. R. J. Trânsito como temática interdisciplinar em promoção da saúde. *Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde*, v. 7, n. 1, p. 187-203, 2018.
- SOUZA, A. C.; OLIVEIRA, I. M.; MARTINS, L. T. Promoção da saúde: espaço interdisciplinar para o estudo do estilo de vida. *Lecturas Educación Física y Deportes*, v. 218, n. 7, p. 1-4, 2016.
- STOVNER, L. J. et al. Global, regional, and national burden of migraine and tension-type headache, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Neurology*, v. 17, n. 11, p. 954-976, 2018.
- VANDENBERGHE, L. Abordagens comportamentais para a dor crônica. *Psicologia: reflexão e Crítica*, v. 18, n. 1, p. 47–54, 2005.
- VOSCOPOULOS, C.; LEMA, M. When does acute pain become chronic?. *British journal of anaesthesia*, v. 105, n. suppl_1, p. i69-i85, 2010.
- QUINTERO, G. C. Advances in cortical modulation of pain. *Journal of pain research*, v. 6, p. 713–725, 19 set. 2013.
- TREEDE, R.-D. et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*, v. 160, n. 1, 2019.
- TREEDE, R.-D. et al. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*, v. 156, n. 6, p. 1003–1007, jun. 2015.
- VOLLESEN, A. L.; BENEMEL, S.; CORTESE, F.; LABASTIDA-RAMÍREZ, A.; MARCHESE, F.; PELLESI, L.; ROMOLI, M.; ASHINA, M.; LAMPL, C.; et al. Migraine and cluster headache - the common link. *J Headache Pain*, v. 19, n. 1, p. 89, 2018.
- WIJGA, Alet H. et al. Headache in girls and boys growing up from age 11 to 20 years: the Prevention and Incidence of Asthma and Mite Allergy birth cohort study. *Pain*, v. 162, n. 5, p. 1449, 2021.
- WILLIAMS, A. C. DE C.; CRAIG, K. D. Updating the definition of pain. *Pain*, v. 157, n. 11, 2016.
- XAVIER, M. K. A.; PITANGUI, A. C. R.; SILVA, G. R. R.; OLIVEIRA, V. M. A. D.; BELTRÃO, N. B.; ARAÚJO, R. C. D. Prevalência de cefaleia em adolescentes e associação com uso de computador e jogos eletrônicos. *Ciência & saúde coletiva*, v. 20, p. 3477-3486, 2015.
- ZHUO, M. Neural Mechanisms Underlying Anxiety–Chronic Pain Interactions. *Trends in Neurosciences*, v. 39, n. 3, p. 136–145, 1 mar. 2016.