

ELIANA MEIRE MELHADO

**CEFALÉIA: CUIDADO INICIAL E ATENDIMENTO
NA CIDADE DE CATANDUVA, SP**

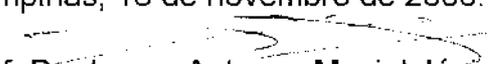
Campinas

2000

**UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE**

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas, Área Neurologia.

Campinas, 16 de novembro de 2000.


Prof. Dr. Jayme Antunes Maciel Júnior
Orientador

ELIANA MEIRE MELHADO

**CEFALÉIA: CUIDADO INICIAL E ATENDIMENTO
NA CIDADE DE CATANDUVA, SP**

*Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso
de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de Campinas,
para obtenção do título de Mestre em Ciências
Médicas, área de Neurologia.*

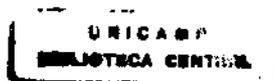
Orientador: Professor Dr. Jayme Antunes Maciel Jr.

Campinas

2000

**UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE**

iii



UNIDADE	30		
N.º CHAMADA:	7/30.0000		
	00 4240		
V.	Ex.		
TOMBO BC/	43517		
PROC.	16-392104		
C	<input type="checkbox"/>	D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00		
DATA	31/01/01		
N.º CPD			

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

CM-00153198-9

M484c Melhado, Eliana Meire
Cefaléia : cuidado inicial e atendimento na cidade de Catanduva, SP /
Eliana Meire Melhado. Campinas, SP : [s.n.], 2000.

Orientador : Jayme Antunes Maciel Júnior
Tese (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Ciências Médicas.

1. Diagnóstico. 2. Comportamento. 3. Enxaqueca. 4. Dor de
cabeça. I. Jayme Antunes Maciel Júnior. II. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Prof. Dr. Jayme Antunes Maciel Jr

Membros:

1. Prof. Dr. Elvira Zuheman - *Elvira Zuheman*

2. Profa. Dra. Elizabeth M^{sc} Cap. B. Guaglianone - *Elizabeth*

3. Prof. Dr. Jayme Antunes Maciel Jr - *Jayme*

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas, área Neurologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data:

16.11.00

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SECÃO CIRCULANTE

DEDICATÓRIA

*A meus pais, Neide e Renato,
com carinho.*

AGRADECIMENTOS

A todos os pacientes e a seus acompanhantes, pois sem eles não seria possível a realização desse trabalho.

Ao meu orientador, Dr. Jayme Antunes Maciel Jr., que me auxiliou no desenvolvimento do trabalho bem como no meu crescimento profissional e pessoal.

A todas às instituições que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a elaboração desse trabalho.

À Usina São Domingos de Açúcar e Álcool, uma empresa que apresenta cerca de 2000 funcionários e um ambulatório de atenção primária em saúde, por possibilitar a entrevista de, aproximadamente, 700 indivíduos.

Ao Pronto-Socorro do Hospital Padre Albino, por proporcionar a entrevista de quase 500 indivíduos.

Ao gerente de recursos humanos da Usina São Domingos, José Oswaldo Motta Zancaner, que me autorizou a realizar as entrevistas no ambulatório.

Ao Dr. José Augusto de Camargo Gabas, médico-cirurgião geral e diretor clínico do Hospital Padre Albino, pela autorização, juntamente à Fundação Padre Albino, para freqüentar o Pronto-Socorro do referido hospital, a fim de realizar este trabalho.

À Fundação Padre Albino, mantenedora do Hospital Padre Albino, pela autorização, referida acima, junto ao diretor clínico.

Aos funcionários do Hospital Padre Albino, que me auxiliaram, encaminhando pacientes e cedendo salas para a realização das entrevistas.

Às pessoas amigas, pelo apoio e força dignos de belas e sinceras amizades.

À Dra. Tânia Maria da Silva Maciel, companheira do Dr. Maciel, pela paciência e atenção a mim dispensadas.

Aos meus amigos: Dr. Hélio Prado, Dr. Sérgio Luís Tagliari e Vágner Luiz Spézio Pereira.

À Srta. Andréa Cristina Marion, pela dedicação dispensada, principalmente na organização dos meus horários do dia a dia.

Às funcionárias da Usina: Berenice Aparecida da Costa, pela amizade especial e Sônia Aparecida Marini.

Ao Departamento de Apoio Didático, Científico e Computacional da Unicamp.

Aos meus pais, Neide e Renato, pelo apoio constante.

Jamais desista de um objetivo.

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

SUMÁRIO

	PÁG.
RESUMO	<i>xxi</i>
1. INTRODUÇÃO	25
2. OBJETIVOS	31
2.1. Gerais.....	33
2.2. Específicos.....	33
3. REVISÃO DA LITERATURA	35
4. CASUÍSTICA E MÉTODO	43
4.1. Metodologia estatística.....	46
4.2. Considerações éticas.....	47
5. RESULTADOS	49
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	83
6.1. Casuística.....	85
6.2. Método.....	88
6.3. Prevalência das cefaléias.....	89
6.4. Comportamento do paciente.....	90
6.5. Número de médicos procurados.....	92
6.6. Atendimento médico.....	93
6.7. Automedicação.....	94
6.8. Duração do sintoma cefaléia.....	96

6.9. Intervalo de tempo levado para procurar o médico desde o início do sintoma cefaléia.....	97
6.10. Diagnóstico realizado pelo médico-assistente no cuidado inicial à cefaléia.....	98
6.11. Exames solicitados para o diagnóstico de cefaléia.....	101
6.12. Tratamento recomendado pelo médico-assistente.....	105
6.13. Classificação das cefaléias segundo os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia.....	109
7. CONCLUSÕES.....	113
8. SUMMARY.....	117
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	121
10. ANEXOS.....	131

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A	idade em anos
AAN	American Academy Neurology
AAS	ácido acetilsalicílico
ACO	anticoncepcional oral
AINH	antiinflamatório não hormonal
Ana	Analfabeto
ATM	articulação têmporo-mandibular
Cef	Cefaléia
Cr	Crânio
CT	tomografia computadorizada de crânio
DP	desvio-padrão
EEG	Eletrencefalograma
EUA	Estados Unidos da América
F	Feminino
H	Hospital
HAS	hipertensão arterial sistêmica
IVAS	infecção de vias aéreas superiores
K	Kappa
M	Masculino
N	Número
NS	não significativo
OMS	Organização Mundial de Saúde

Rx	raio X
RNM	ressonância nuclear magnética
S	Significativo
SIC	Sociedade Internacional de Cefaléia
SUS	Sistema Único de Saúde
T	Total
TCE	traumatismo crânio-encefálico
TPM	tensão pré-menstrual
1° C	primeiro grau completo
1° I	primeiro grau incompleto
2° C	segundo grau completo
2° I	segundo grau incompleto
3° C	terceiro grau completo
3° I	terceiro grau incompleto

LISTA DE TABELAS

	PÁG.
Tabela 1: Pacientes com cefaléia: número de médicos procurados.....	57
Tabela 2: Distribuição dos 1158 pacientes, segundo a procura de médico e a duração do sintoma cefaléia, no sexo feminino.....	68
Tabela 3: Distribuição dos 1158 pacientes, segundo a procura de médico e a duração do sintoma cefaléia, no sexo masculino.....	68
Tabela 4: Distribuição dos 1158 pacientes, segundo o tipo de cefaléia e a procura de médico.....	81

LISTA DE GRÁFICOS

	PÁG.
Gráfico 1: Distribuição dos pacientes entrevistados segundo o sexo.....	51
Gráfico2: Distribuição dos pacientes segundo a idade e sexo.....	52
Gráfico 3: Distribuição dos pacientes segundo o sexo e grau de escolaridade.....	53
Gráfico 4: Local de atendimento dos pacientes entrevistados.....	54
Gráfico 5: Prevalência de cefaléia na população estudada e segundo o sexo.	55
Gráfico 6: Comportamento dos pacientes com cefaléia, em relação à utilização dos cuidados de saúde.....	56
Gráfico 7: Comportamento dos pacientes com cefaléia, em relação à utilização dos cuidados de saúde, segundo o sexo.....	57
Gráfico 8: Pacientes com cefaléia: números de médicos procurados segundo o sexo.....	58
Gráfico 9: Pacientes com cefaléia: atendimento médico procurado previamente.....	60
Gráfico 10: Pacientes com cefaléia: atendimento médico procurado previamente, segundo o sexo.....	61
Gráfico 11: Pacientes com cefaléia: utilização de automedicação.....	62
Gráfico 12: Pacientes com cefaléia: utilização de automedicação segundo o sexo.....	62
Gráfico 13: Utilização de automedicação para aliviar cefaléia, em relação ao cuidado inicial.....	63
Gráfico 14: Utilização de automedicação para aliviar cefaléia, em relação ao cuidado inicial, segundo o sexo.....	64
Gráfico 15: Duração do sintoma cefaléia em 1158 pacientes.....	65
Gráfico 16: Intervalo de tempo para procurar médico, em relação ao início da cefaléia.....	66

Gráfico 17: Duração do sintoma cefaléia, comparando quem procurou cuidado médico para cefaléia e quem não procurou.....	67
Gráfico 18: Diagnóstico da cefaléia realizado pelo médico-assistente.....	69
Gráfico 19: Distribuição dos 501 pacientes com cefaléia, comparando o diagnóstico realizado pelo médico-assistente ao diagnóstico da Sociedade Internacional de Cefaléia.....	71
Gráfico 20: Solicitação de exames complementares para diagnóstico da cefaléia, para os 501 pacientes que procuraram atendimento médico.....	72
Gráfico 21: Exames solicitados para o diagnóstico de cefaléia pelo médico-assistente.....	73
Gráfico 22: Exames solicitados para o diagnóstico de cefaléia para os 239 pacientes.....	75
Gráfico 23: Recomendação de tratamento para cefaléia pelo médico-assistente e segundo o sexo.....	76
Gráfico 24: Tipo de tratamento para cefaléia recomendado pelo médico-assistente.....	77
Gráfico 25: Classificação das cefaléias segundo os critérios diagnósticos operacionais da Sociedade Internacional de Cefaléia, nos 501 pacientes que procuraram atendimento médico.....	79
Gráfico 26: Classificação das cefaléias segundo os critérios diagnósticos operacionais da Sociedade Internacional de Cefaléia, nos 657 pacientes que não procuraram atendimento médico.....	80

... ..

... ..

RESUMO

O objetivo do trabalho foi realizar estudo epidemiológico de cefaléia em serviço de atenção primária. Foram avaliados o comportamento do paciente quanto ao sintoma cefaléia, o comportamento do médico diante do distúrbio cefaléia, a apreciação da acurácia diagnóstica e a adequação do tratamento proposto.

Utilizou-se o método da entrevista face a face, orientada por questionário, realizada por um mesmo neurologista com treinamento em cefaléia. A amostra constou de pacientes atendidos em ambulatório geral de empresa privada, em pronto-socorro e em consultório privado.

Foram estudados 1234 pacientes [43,52% do sexo feminino e 56,48% do sexo masculino]. A maioria deles encontrava-se entre 16 e 45 anos de idade (78,12%).

A prevalência de cefaléia foi de 93,84%, predominando no sexo feminino (96,65%).

Em relação ao comportamento do paciente, a maioria (56,74%) não procurou atenção médica para cefaléia. A mulher procurou mais freqüentemente (57,09%) os serviços médicos.

A maioria dos pacientes consultou 01 (47,31%) e 02 (20,96%) médicos para cefaléia.

Os tipos de atendimentos médicos mais procurados foram o de clínica geral (44,52%) e o de neurologia ou de neurocirurgia (27,95%).

A auto-medicação para alívio da dor de cabeça foi utilizada por 83,72% dos pacientes, predominando no sexo feminino.

A média de duração do sintoma foi de 12,2 \pm 10,3 anos.

A média de tempo levado pelo paciente para procurar o médico foi de 4,8 \pm 6,9 anos.

Quanto ao comportamento do médico, observou-se que o diagnóstico mais realizado nas consultas iniciais para cefaléia foi o de sinusopatia (33,93%). A migrânea foi diagnosticada em 17,37%, predominando no sexo feminino (72,41%). A cefaléia não foi diagnosticada em 15,97% dos pacientes.

Os médicos não solicitaram investigação complementar para 52,30% dos pacientes. Quando o fizeram, o EEG (38,08%) seguido do Rx de crânio ou seios da face (22,59%) foram os mais freqüentes, em especial no sexo feminino.

O tratamento mais recomendado foi do tipo abortivo (34,81%) em comparação ao tratamento profilático (6,65%).

A classificação das cefaléias, segundo a SIC, mostra que, no grupo que procurou médico para cefaléia, predominou migrânea (53,89%), seguida da associação de migrânea e sinusopatia (16,77%); no grupo que não procurou médico, predominou migrânea (48,40%), seguida de outros tipos de cefaléias (29,98%).

Os resultados deste estudo epidemiológico prospectivo mostram que a maioria dos pacientes não procura assistência médica para cefaléia. Quando o fazem, a mulher procura o médico com mais freqüência.

O atendimento mais procurado é o de clínica geral.

O diagnóstico inicial mais constante é de sinusopatia como causa de cefaléia. A migrânea é subdiagnosticada.

A maioria dos médicos não solicita exame complementar para cefaléia.

A estratégia terapêutica, em geral, resume-se ao tratamento da crise aguda.

Quando revisados pelo neurologista, com treinamento em cefaléia, o diagnóstico de migrânea, segundo a SIC, é o mais freqüente em ambos os grupos de pacientes (que procuraram e que não procuraram atendimento médico para cefaléia).

1. INTRODUÇÃO

Embora a cefaléia seja um dos sintomas dolorosos mais comuns na prática clínica, apenas 30 a 40% dos indivíduos acometidos por esse problema procuram auxílio médico.

A cefaléia é um distúrbio incapacitante, com considerável impacto nas atividades pessoais, sociais e profissionais.

A migrânea, uma das formas mais comuns de cefaléia, em razão de sua grande prevalência, causa impacto em todos os setores da vida dos indivíduos, ou seja, nas relações pessoais, na vida familiar, nos compromissos sociais, no trabalho doméstico, no plano de carreira, na relação de produtividade e na utilização dos recursos de saúde.

Outra forma de cefaléia que também deve ser considerada é a do tipo tensional.

Cefaléia tipo tensional e migrânea são as mais prevalentes. Ambas são distúrbios primários, com fisiopatologia complexa, cujo diagnóstico é clínico e o tratamento deve ser individualizado.

Apesar dos grandes avanços ocorridos, após a edição da Classificação e Critérios Diagnósticos das Cefaléias, Nevralgias Cranianas e Dor Facial do Comitê de Classificação das Cefaléias da Sociedade Internacional de Cefaléia (1988), em que pese a incorreção no diagnóstico do tipo de cefaléia, a maioria dos médicos mantém atitude inadequada, desconhecendo novos tipos de tratamento, descrentes das possibilidades terapêuticas e pregando a incurabilidade da dor. Se tal não bastasse, a prescrição de analgésicos e derivados ergóticos, em demasia, propicia o aparecimento de complicações, tais como ergotismo e cefaléia crônica diária. Isso nos leva a afirmar que o diagnóstico acurado da cefaléia permanece precário na prática clínica.

Considerando o problema do ponto de vista dos pacientes, observa-se que eles mostram sentimentos de conformação com a dor de cabeça, pois muitos não procuram assistência médica, e nem por isso apresentam dores menos incapacitantes; outros perambulam por médicos e, às vezes, pelos balcões de farmácia e acabam utilizando grande quantidade de medicamentos.

A falta de diagnóstico correto e de um tratamento adequado são agravados pela forma como se apresenta o atendimento em serviço de atenção primária da rede pública no Brasil. Há, nos postos de saúde, um tempo curto de atendimento em consulta, que, às vezes, não atinge o tempo ideal de consulta clínica, isto é, de, no mínimo, 15 minutos por paciente.

Para suprir as falhas do sistema e a falta de conhecimento sobre cefaléia, são necessários programas de educação em cefaléia para médicos-assistentes, cursos de pós graduação para médicos e profissionais não médicos (psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeuta ocupacional, dentistas), e, principalmente, integrar dor e cefaléia na grade curricular da graduação médica.

Acrescente-se às medidas acima, o fato de a população também necessitar de programas de orientação sobre dor e cefaléia, e, inclusive, sobre a desmistificação da incurabilidade da dor.

O “Task Force” da Sociedade Internacional de Cefaléia preconiza estratégias ideais na educação em cefaléia. Dentre elas há que se destacar a divulgação nos diversos meios de comunicação, tais como:

a) Escolas: cefaléia deve ser parte do currículo no primário, secundário e terciário, como muitos outros assuntos relacionados à saúde. Incluindo educação de professores. O material educacional para os pacientes com cefaléia se encontrariam nas livrarias e congêneres e/ou centros de atenção primária.

b) Televisão e programas de rádio: transmissão de programas, em intervalos regulares, sobre cefaléia. Programas regulares de questões e respostas.

c) Linhas telefônicas: centros de cefaléia regionais com especialistas e/ou grupos de interesse regional de pacientes com cefaléia.

d) Serviços na Internet: mediante centros regionais, grupos de interesse ou de pacientes com cefaléia e/ou sociedades nacionais de cefaléia.

e) Revistas ou jornais: divulgação regular sobre cefaléia, através de colunas regulares de questões e respostas.

Diante do exposto, aliado à necessidade de pesquisas epidemiológicas no campo da cefaléia no Brasil, realizou-se o presente estudo epidemiológico prospectivo na cidade de Catanduva. Dessa forma, procedeu-se à análise do comportamento do paciente, quanto ao sintoma cefaléia e o do médico diante do distúrbio cefaléia.

A cidade de Catanduva (do tupi-guarani: mato cerrado) é um município com 293 km² de extensão territorial, localizado na região noroeste, distante 384 km da capital do Estado de São Paulo. Catanduva apresenta 100.945 habitantes, 50.996 mulheres e 49.946 homens. A população rural comporta 2000 pessoas. Destaca-se, ainda, a baixa taxa de mortalidade infantil (próxima a zero) e a baixa taxa de analfabetismo 14,42%.

A cidade tem sua atividade econômica na lavoura, indústria e comércio. No setor primário, o plantio de cana-de-açúcar é o mais importante, seguido da laranja. No setor secundário, predominam as indústrias de transformação e, em segundo lugar, a construção civil. No setor terciário, predominam a prestação de serviços e o comércio de mercadorias.

Na área de saúde, há 10 postos de saúde municipais e os hospitais: H. São Domingos (particular) e seus ambulatórios de especialidades, H. Universitário Emílio Carlos e seus ambulatórios de especialidades (como referência para o município e micro-região), H. Padre Albino e seu pronto-socorro, com cobertura para Catanduva e micro-região, e H. Psiquiátrico Espírita Mahatma Ghandi.

Na área de educação universitária, há várias escolas: Faculdade de Administração de Empresas, Escola Superior de Educação Física, Faculdade de Medicina, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Faculdade de Fisioterapia, Faculdade de Ciências da Computação, Faculdade de Direito, Faculdade de Ciências Contábeis e Faculdade de Enfermagem.

1. El primer objetivo es el de

2. El segundo objetivo es el de

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVOS GERAIS

Este trabalho tem como objetivo geral o estudo epidemiológico sobre o atendimento inicial da cefaléia em serviços de atenção primária.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Estudar o comportamento do paciente em relação ao sintoma cefaléia;
- b) Avaliar o comportamento do médico-assistente em relação ao distúrbio cefaléia;
- c) Avaliar a qualidade e a acurácia do diagnóstico feito pelo médico que atende a cefaléia, em primeira instância;
- d) Apreciar a adequação do tratamento realizado pelo médico-assistente.

3. REVISÃO DA LITERATURA

Até 1988, os estudos epidemiológicos em cefaléia apresentavam problemas metodológicos, pela definição precária de termos e de casos, pois não havia critérios uniformemente aceitos para classificá-las. Não era possível determinar todos os tipos de cefaléia no mesmo paciente. Em razão da não uniformidade dos critérios para as cefaléias (RASMUSSEN, 1993a), os estudos epidemiológicos não podiam ser comparados. A partir da elaboração, pelo Comitê da Sociedade Internacional de Cefaléia (HEADACHE CLASSIFICATION COMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY, 1988), do documento que contém os critérios diagnósticos operacionais, em 20 e 21 de fevereiro de 1988, em San Diego, EUA, foi possível classificar as cefaléias e realizar estudos epidemiológicos válidos e comparáveis. Os critérios foram publicados na revista Cephalalgia em 1988.

A prevalência geral de cefaléias varia de 35 a 100%. Num estudo, a prevalência de cefaléia foi de 78% em mulheres adultas e de 68% entre os homens. As razões para esta diferença são provavelmente metodológicas, mas pode haver diferenças reais quanto a fatores ambientais e constitucionais (RASMUSSEN, 1993a). Em outro estudo, a prevalência de cefaléia foi de 90,8% entre os homens e de 95,3% entre as mulheres (LINET, *et al.*, 1989).

RASMUSSEN *et al.*(1991b) examinaram a distribuição populacional de todas as cefaléias, usando avaliação clínica em amostra representativa da comunidade de Copenhague e os critérios diagnósticos operacionais da SIC (HEADACHE CLASSIFICATION COMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY, 1988). A prevalência de cefaléia mostrou a seguinte distribuição:

Primária

Cefaléia tipo tensional 78%

Migrânea 16%

Secundária

Jejum	19%
Doença nasal	15%
Trauma craniano	4%
Doença não vascular	0,5%

A prevalência de cefaléia é mais alta em mulheres do que em homens, tanto a migrânea como a do tipo tensional, sendo esta atribuída à possível influência dos hormônios femininos. Diminui com a idade, porque muitos indivíduos tornam-se livres da dor com o aumento da idade e os motivos discutidos para essa diminuição são: a falta de queixa no idoso, o aumento de incidência de cefaléia entre os mais jovens, o aumento de mortalidade entre os idosos, o padrão de consulta elevado entre os idosos, possibilitando um diagnóstico mais acurado e tratamento (RASMUSSEN, 1993a).

A associação entre cefaléia e nível educacional ou estado civil é estudada. No geral, não há correlação entre nível educacional e cefaléia. Pessoas casadas e viúvas têm menos cefaléia do que os solteiros, mas as pessoas solteiras geralmente são as mais jovens, idade de maior prevalência de cefaléia (RASMUSSEN, 1993a).

A cefaléia tensional apresenta prevalência que varia de 30 a 80%, sendo mais prevalente em mulheres do que em homens e parece declinar com a idade. É a cefaléia mais comum e sua epidemiologia tem recebido pouca atenção, porque é freqüentemente leve e tem um impacto quase insignificante nos atingidos. A maioria dos pacientes com cefaléia tipo tensional nunca consulta um médico. Num estudo da população dinamarquesa, foi divulgado que 41% dos indivíduos com cefaléia tipo tensional não tinham suas atividades inibidas por esse motivo (RASMUSSEN, 1993a).

É comum associação entre migrânea e cefaléia tipo tensional (RASMUSSEN *et al.*, 1991b; RASMUSSEN *et al.*, 1992c; RASMUSSEN, 1993a; SILBERSTEIN, LIPTON, GOADSBY, 1998f).

RASMUSSEN *et al.* (1992c); RASMUSSEN (1993a) descreveram que 83% dos pacientes migranosos apresentam também cefaléia tipo tensional. SILBERSTEIN *et al.* (1998f) relatam que 62% dos migranosos também apresentam cefaléia tipo tensional e, 25% dos pacientes com cefaléia tipo tensional, da mesma forma, apresentam migrânea.

Migrânea é a cefaléia mais comum da prática clínica de todos os lugares do mundo. A prevalência varia de 1 a 35% (RASMUSSEN & BRESLAU, 1993b; RASMUSSEN, 1994a), mais propriamente de 10 a 20% da população, salvo nos países asiáticos, onde a prevalência é menor. Em Jerusalém, encontrou-se uma prevalência de migrânea de 10%, sendo 5% em homens e 10% em mulheres. Ocorre preponderância feminina em todos os estudos com uma proporção homem : mulher 1: 2-3 (RASMUSSEN & BRESLAU, 1993b). As razões para a preponderância de cefaléia na mulher ainda não são bem entendidas (LIPTON & STEWART, 1993; RASMUSSEN, 1994a) mas suspeita-se de alguma relação com o hormônio feminino. A influência dos hormônios femininos pode ser mais importante em migrânea do que em cefaléia tipo tensional (RASMUSSEN, 1994a).

Pode também ser devida à utilização mais freqüente dos cuidados de saúde pelas mulheres (LINET *et al.*, 1989; LIPTON *et al.*, 1992b). A prevalência da cefaléia nas mulheres aumenta durante o período fértil, reduzindo-se após a menopausa. A prevalência aumentada de migrânea na mulher não pode ser exclusivamente relacionada ao período fértil, pois as diferenças entre os sexos persistem na terceira idade (LIPTON & STEWART, 1993).

A prevalência de migrânea sem aura é maior do que a com aura. A prevalência total de migrânea varia entre 10 a 15%, e a migrânea com aura é estimada em 4% e, portanto, a sem aura em aproximadamente 10% (RASMUSSEN *et al.*, 1992c; RASMUSSEN & BRESLAU, 1993b).

Em relação à idade, até os 11 anos não se observa diferença de prevalência de migrânea entre os sexos; acima disso, a preponderância entre os sexos aparece, razão ainda inexplicada. A idade mais comum de início da migrânea é entre a 2^o/3^o década de vida, e o início da migrânea é infreqüente depois da meia idade (RASMUSSEN & BRESLAU, 1993b).

Estudos mostram que é mais comum os migranosos terem menos do que uma crise de migrânea por mês. Nos EUA, gastam-se, com o migranoso, que apresenta 1 crise/24horas/mês, até 30 bilhões de dólares anuais, pois a migrânea acomete o indivíduo na sua fase mais produtiva.

Na literatura, é conhecido o fato de que a maioria dos pacientes com cefaléia não procura atendimento médico (cerca de 60%) [POEST & GUBBELS, 1986; LIPTON *et al.*, 1992b; EDMEADS *et al.*, 1993; LIPTON & STEWART, 1993; VINCENT & FREITAS DE CARVALHO, 1999]. Portanto, no universo dos pacientes com cefaléia, são conhecidos apenas aqueles que buscam atendimento médico. É preciso conhecer o universo daqueles que não procuram atendimento médico, o que constitui a maioria dos indivíduos.

Do universo que procura atendimento médico, as mulheres procuram mais do que os homens (LINET *et al.*, 1989; LIPTON *et al.*, 1992b). Isto é válido para migrânea e cefaléia tipo tensional.

Quando procuram atendimento médico para cefaléia, a maioria dos pacientes procura, em primeira instância, o clínico geral (LIPTON & STEWART, 1993; GUSEO & GICZI, 1994; VINCENT & FREITAS DE CARVALHO, 1999). Muitos pacientes saem sem o diagnóstico da cefaléia, sobretudo da migrânea (LIPTON *et al.*, 1992b), e acabam recebendo tratamento inadequado, à base de analgésicos, cujo abuso constitui-se num fator determinante da cefaléia rebote e enxaqueca transformada (um subtipo da cefaléia crônica diária) (MATHEW, REUVENI, PEREZ, 1987). O tratamento inadequado determina, portanto, parte do impacto sócio-econômico.

O tratamento da cefaléia é difícil, porque a sua qualidade está em relação direta com o diagnóstico.

O diagnóstico acurado de cefaléia baseia-se nos critérios diagnósticos da SIC (HEADACHE CLASSIFICATION COMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY, 1988), e também na diferenciação entre cefaléia primária e cefaléia secundária (Anexo 2), levando em conta a individualidade do paciente, em função de todos os aspectos de sua vida.

Para o sucesso da consulta médica em cefaléia, é necessário identificar a sua importância, fazer o seu diagnóstico acurado, conhecer o seu impacto na vida pessoal, familiar e social do indivíduo e então planejar individualmente a terapêutica, introduzindo, de acordo com cada caso, o tratamento farmacológico e não farmacológico. O sucesso vai depender da ampliação do conhecimento do universo cefaléia para a classe médica que a atende nos serviços de atenção primária.

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

4. CASUÍSTICA E MÉTODOS

O trabalho foi desenvolvido mediante a aplicação de entrevista semi-estruturada [Questionário: Levantamento do cuidado e atendimento inicial às cefaléias no Brasil, da Sociedade Brasileira de Cefaléia e do Grupo de Trabalho de Cefaléia e Dor da Academia Brasileira de Neurologia modificado] (Anexo 1), realizado pelo mesmo profissional médico-neurologista com treinamento em cefaléia.

A amostra aleatória de indivíduos, masculinos e femininos, foi estudada nos seguintes locais:

- A) Ambulatório de atenção primária, em usina de cana-de-açúcar e álcool (Usina São Domingos S/A).
- B) Pronto-Socorro do Hospital Padre Albino
- C) Consultório privado

Todos os indivíduos foram convidados a participar de entrevista sobre 'dor de cabeça', quando então, os motivos e objetivos da pesquisa foram explicados.

Crítérios de inclusão:

- a) Ser paciente ou acompanhante que procurou o serviço médico no dia da entrevista;
- b) Apresentar ou não cefaléia;
- c) Ter procurado serviço médico por qualquer queixa clínica;
- d) A queixa do dia da entrevista pode ter sido cefaléia;
- e) Ter ou não qualquer afecção sistêmica;
- f) Ter ou não afecção neurológica.

Critérios de exclusão:

- a) Informações duvidosas;
- b) Crianças sem a presença dos pais.

A entrevista foi realizada independentemente da queixa do indivíduo entrevistado. Se a queixa do dia fosse cefaléia, a mesma era conduzida pelo médico-assistente. A conduta e o diagnóstico da cefaléia relatada no dia da entrevista não foram considerados no trabalho. Neste caso, somente as visitas anteriores motivadas pela cefaléia foram englobadas no trabalho.

Se o entrevistado afirmasse não apresentar cefaléia, a pesquisa era encerrada.

Por outro lado, caso afirmasse apresentar cefaléia, mas nunca ter procurado cuidado médico, a pesquisa também era encerrada, mas a cefaléia era classificada segundo os critérios diagnósticos operacionais da Sociedade Internacional de Cefaléia (HEADACHE CLASSIFICATION COMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY, 1988).

Os dados foram colocados no programa EPI INFO, seguindo a padronização da ficha de estudo. Os dados foram cruzados e submetidos à análise estatística.

4.1. METODOLOGIA ESTATÍSTICA

Para comparação de proporções ou para verificar associações entre as variáveis, utilizou-se o teste do Qui-Quadrado. A diferença será significativa entre as proporções, ou existe diferença entre as variáveis, quando o p-valor do teste for $\leq 0,05$.

Para verificar a concordância entre os diagnósticos descritos, calculou-se o coeficiente de kappa (k). Este coeficiente pode assumir valores de -1 a +1. Valores próximos de +1 indicam total concordância entre os diagnósticos, enquanto que valores próximos de -1 indicam total discordância. Valores maiores que 0,75 representam ótima concordância e valores de kappa abaixo de 0,40 indicam fraca concordância. Os valores de kappa, nesse intervalo (de 0,40 a 0,75), representam concordância intermediária.

4.2. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

De acordo com a Resolução nº. 01/88 do Conselho Nacional de Saúde, Cap.II, Art. 7º.: “Pesquisa sem risco são estudos que empregam técnicas e métodos retrospectivos de pesquisa e aqueles em que não se realiza nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas, psicológicas e sociais dos indivíduos que participam no estudo, entre os quais se consideram: questionários, entrevistas, revisão de prontuários clínicos e outros, nos quais não se identifiquem nem seja invasivo à intimidade do indivíduo”.

Portanto, esta pesquisa pode ser considerada sem risco.

5. RESULTADOS

Foram entrevistados 1234 pacientes entre janeiro de 1998 a junho de 1999.

A distribuição por sexo mostra 537 (43,52%) pacientes do sexo feminino e 697 (56,48%) do sexo masculino (Gráfico 1).

Em razão do maior número de pacientes do sexo masculino, houve correção da amostragem, por meio dos testes estatísticos aplicados.

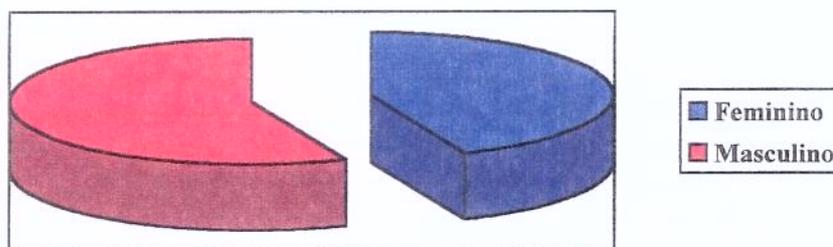


Gráfico 1: Distribuição dos pacientes entrevistados segundo o sexo

Quanto à distribuição por faixa etária: os pacientes apresentam-se entre a idade mínima de 3 anos [4pacientes (3 do sexo feminino e 1 do sexo masculino)] e a idade máxima de 88 anos [1paciente do sexo feminino]. Há 89 (7,21%) pacientes entre 3 e 15 anos de idade [43F (48,31%) e 46M (51,69%)]; 525 (42,54%) entre 16 e 30 anos de idade [213F (40,57%) e 312M (59,43%)]; 439 (35,58%) entre 31 e 45 anos de idade [199F (45,33%) e 240M (54,67%)]; 142 (11,51%) entre 46 e 60 anos de idade [62F (43,66%) e 80M (56,34%)]; e 39 (3,16%) acima de 61 anos de idade [20F (51,28%) e 19M (48,72%)] (Gráfico 2).

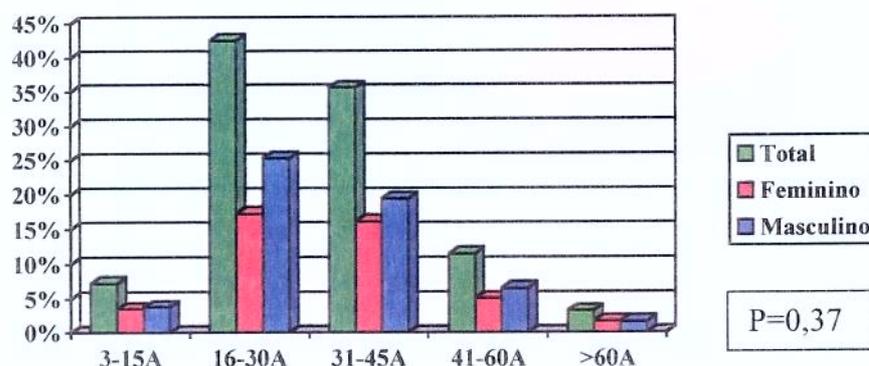


Gráfico 2: Distribuição dos pacientes segundo a idade e sexo

Quanto ao nível de escolaridade dos pacientes, de acordo com a classificação da OMS (Anexo 3): 76 (6,16%) pacientes [36F (47,37%) e 40M (52,63%)] eram analfabetos, 715 (57,94%) pacientes [300F (41,96%) e 415M (58,04%)] apresentaram o primeiro grau incompleto, 87 (7,05%) pacientes [35F (40,23%) e 52M (59,77%)] apresentaram o primeiro grau completo, 85 (6,89%) pacientes [35F (41,18%) e 50M (58,82%)], o segundo grau incompleto, 89 (7,21%) pacientes [50F (56,18%) e 39M (43,82%)], o segundo grau completo, 106 (8,59%) pacientes [47F (44,34%) e 59M (55,66%)] apresentaram o terceiro grau incompleto, e 76 (6,16%) pacientes [34F (44,74%) e 42M (55,26%)] apresentaram o terceiro grau completo (Gráfico 3).

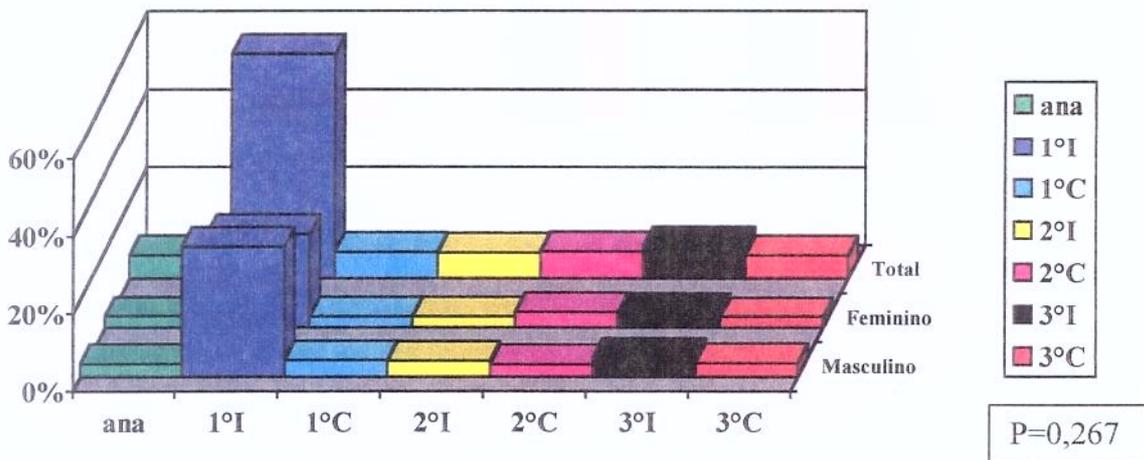


Gráfico 3: Distribuição dos pacientes segundo o sexo e grau de escolaridade

Quanto ao local de atendimento: a maioria dos pacientes foi entrevistada no ambulatório de atenção primária de saúde de usina de açúcar e álcool (Usina São Domingos S/A). Nesse local foram entrevistados 701/1234 (56,81%) pacientes [216F (30,81%) e 485M (69,19%)]. Em locais de atendimento do SUS, foram entrevistados 466/1234 (37,76%) pacientes [279F (59,87%) e 187M (40,13%)]. Foram entrevistados 67/1234 (5,43%) pacientes [42F (62,68%) e 25M (37,32%)] em consultório privado (Gráfico 4).

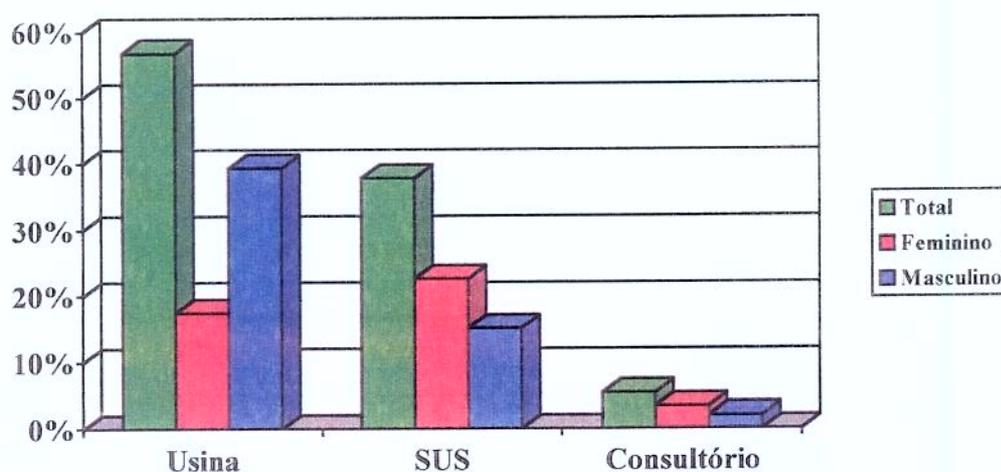


Gráfico 4: Local de atendimento dos pacientes entrevistados

Quanto à prevalência de cefaléia na população estudada: apenas 76/1234 (6,16%) pacientes não apresentaram cefaléia em nenhum momento de suas vidas. Desse total, 18 (23,68%) eram do sexo feminino e 58 (76,32%) eram do sexo masculino.

Dos 1234 entrevistados, 1158 (93,84%) apresentaram algum tipo de cefaléia. Desse total de 1158, 519 (44,82%) eram do sexo feminino e 639 (55,18%) pacientes eram do sexo masculino. Prevalência geral (93,84%).

Em relação ao sexo, a prevalência de cefaléia é maior na mulher: 96,65% (519/537) das mulheres e 91,68% (639/697) dos homens sofrem algum tipo de cefaléia (Gráfico 5).

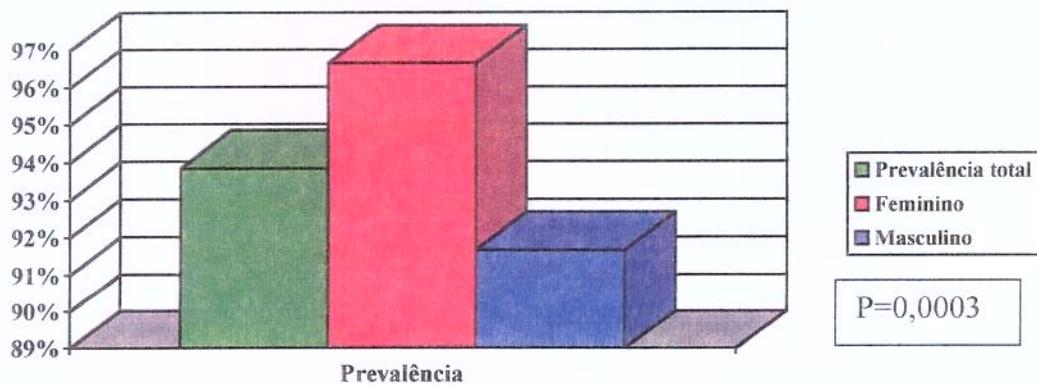


Gráfico 5: Prevalência de cefaléia na população estudada e segundo o sexo

Quinhentos e um de 1158 (43,26%) pacientes procuraram atendimento médico para cefaléia alguma vez e 657/1158 (56,74%) nunca procuraram atendimento médico para cefaléia.

Dos pacientes que procuraram atendimento médico para cefaléia, 286/501 (57,09%) eram do sexo feminino e 215/501 (42,91%) eram do sexo masculino.

Dos 657 pacientes que não procuraram atendimento médico, 233/657 (35,46%) eram do sexo feminino e 424/657 (64,54%) eram do sexo masculino (Gráficos 6 e 7).

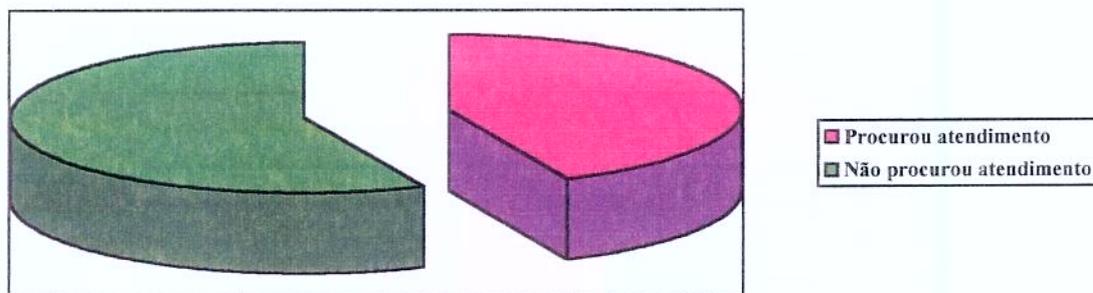


Gráfico 6: Comportamento dos pacientes com cefaléia, em relação à utilização dos cuidados de saúde

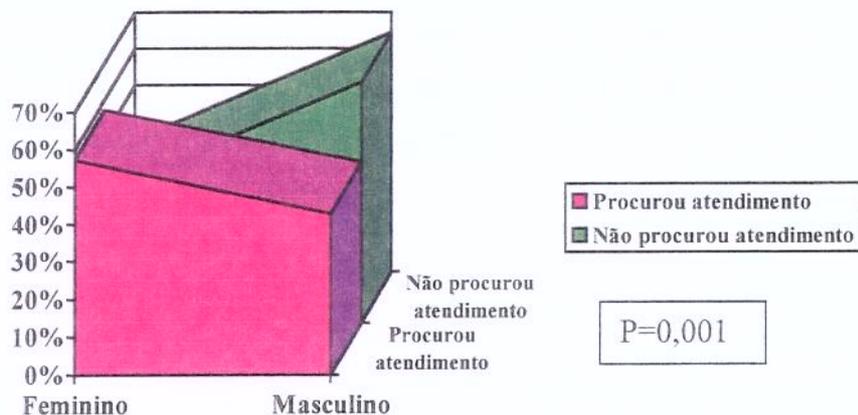


Gráfico 7: Comportamento dos pacientes com cefaléia, em relação à utilização dos cuidados de saúde, segundo o sexo

Quanto ao número de médicos procurados pelos pacientes com cefaléia:

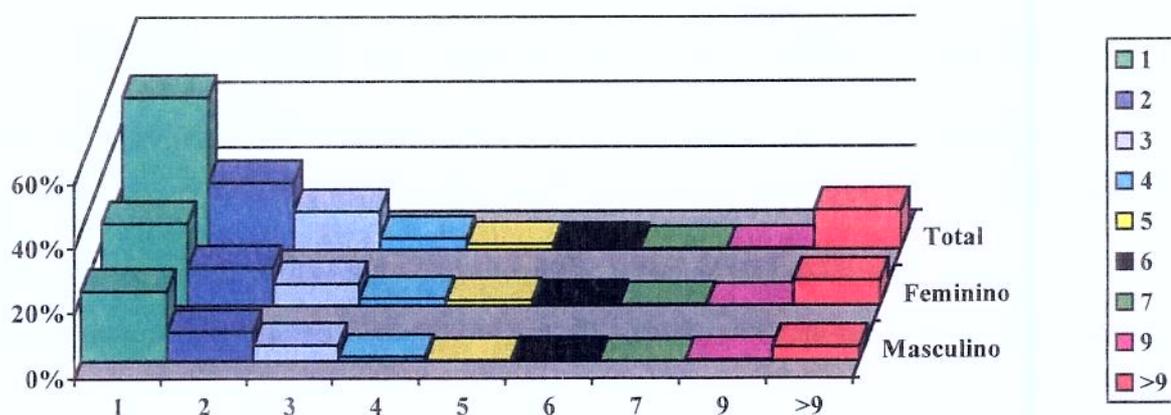
Duzentos e trinta e sete de 501 (47,31%) pacientes [128 (54,01%) do sexo feminino e 109 (45,99%) do sexo masculino] procuraram apenas 1 médico para cefaléia.

Duzentos e sessenta e quatro de 501 (52,69%) pacientes [158 (59,85%) do sexo feminino e 106 (40,15%) do sexo masculino] procuraram mais de um médico para cefaléia (Tabela 1).

Tabela 1: Pacientes com cefaléia: número de médicos procurados

	Total	Feminino	Masculino
Procurou 1 médico	237 (47,31%)	128 (54,01%)	109 (45,99%)
Procurou mais de 1 médico	264 (52,69%)	158 (59,85%)	106 (40,15%)
			p=0,187

Dos 501 pacientes que procuraram atendimento médico devido à cefaléia, a maioria procurou 1 médico, 237/501 (47,31%) pacientes [128 (54,01%) do sexo feminino e 109 (45,99%) do sexo masculino]. Cento e cinco de 501 (20,96%) pacientes [59 (56,19%) do sexo feminino e 46 (43,81%) do sexo masculino] procuraram 2 médicos. Cinquenta e nove de 501 (11,78%) [34 (57,63%) do sexo feminino e 25 (42,37%) do sexo masculino] procuraram 3 médicos. Dezoito de 501 (3,59%) [11 (61,11%) do sexo feminino e 7 (38,89%) do sexo masculino] procuraram 4 médicos. Nove de 501 (1,80%) [8 (88,89%) do sexo feminino e 1 (11,11%) do sexo masculino] procuraram 5 médicos. Oito de 501 (1,60%) [05 (62,50%) do sexo feminino e 3 (37,50%) do sexo masculino] procuraram 6 médicos. Dois de 501 (0,40%) [2 (100,00%) do sexo feminino] procuraram 7 médicos. Dois de 501 (0,40%) [2 (100,00%) do sexo masculino] procuraram 9 médicos. Sessenta e um de 501 (12,18%) [39 (63,93%) do sexo feminino e 22 (36,07%) do sexo masculino] procuraram mais 9 médicos (Gráfico 8).



P=0,187

Gráfico 8: Pacientes com cefaléia: número de médicos procurados segundo o sexo

O número de buscas médicas para cefaléia, pelos 501 pacientes, até a data da entrevista foi 694.

Quanto ao atendimento médico mais procurado, previamente para cefaléia, desde o primeiro atendimento até a data da entrevista, observou-se que 309/694 pacientes (44,52%) [171F (55,34%) e 138M (44,66%)] foram ao clínico geral; 194/694 (27,95%) [(118F (60,82%) e 76M (39,18%)] foram ao neurologista/neurocirurgião; 80/694 (11,53%) [51F (63,75%) e 29M (36,25%)] foram ao oftalmologista; 12/694 (1,73%) [10F (83,33%) e 2M (16,67%)] foram ao psiquiatra; 39/694 (5,62%) [24F (61,54%) e 15M (38,46%)] foram ao otorrinolaringologista; 3/694 (0,43%) [3F (100,00%) e 0M (0%)] foram ao homeopata; 17/694 (2,45%) [17F (100,00%) e 0M (0%)] foram ao ginecologista/obstetra; 15/694 (2,16%) [5F (33,33%) e 10M (66,67%)] foram ao pediatra; 4/694 (0,58%) [4F (100,00%) e 0M (0%)] foram ao cardiologista; 6/694 (0,86%) [4F (66,67%) e 2M (33,33%)] foram ao cirurgião geral; 3/694 (0,43%) [0F (0%) e 3M (100,00%)] foram ao médico do trabalho; 2/694 (0,30%) [1F (50,00%) e 1M (50,00%)] foram ao ortopedista; 6/694 (0,86%) [2F (33,33%) e 4M (66,67%)] foram ao pneumologista; 1/694 (0,15%) [0F (0%) e 1M (100,00%)] foi ao urologista; e 3/694 (0,43%) [2F (66,67%) e 1M (33,33%)] foram ao dentista (Gráficos 9 e 10).

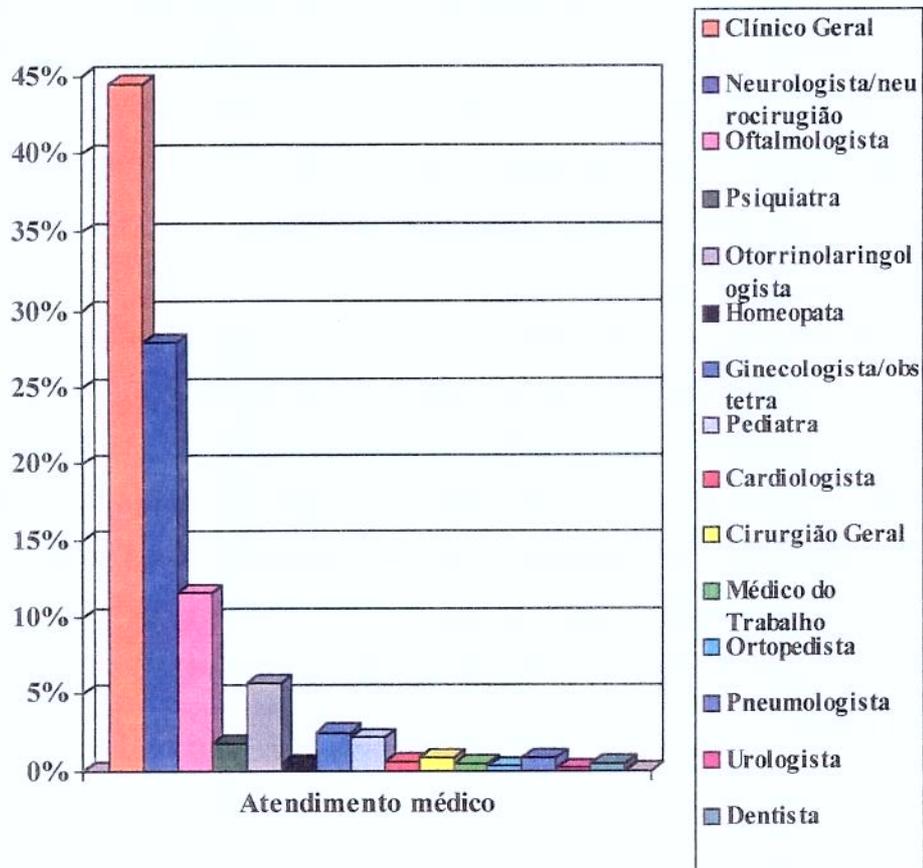


Gráfico 9: Pacientes com cefaléia: atendimento médico procurado previamente

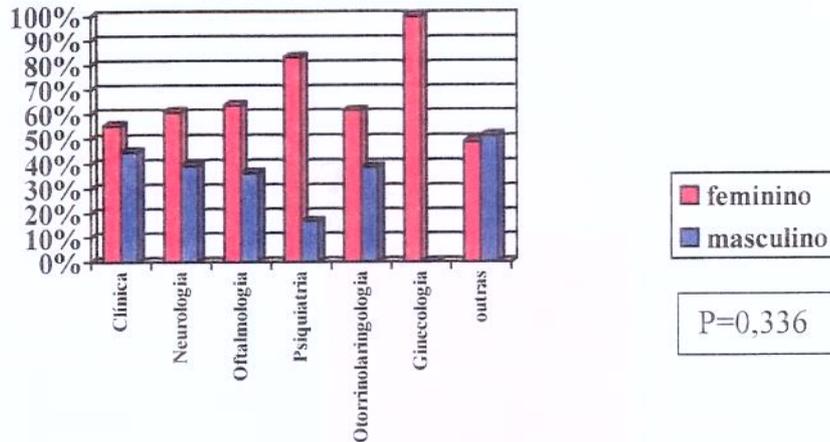


Gráfico 10: Pacientes com cefaléia: atendimento médico procurado previamente, segundo o sexo

Quanto aos pacientes com cefaléia que procuraram somente um médico, vide anexo 4.1.

Quanto aos atendimentos médicos em conjunto, procurados pelos pacientes com cefaléia, vide anexo 4.2.

A 860 pacientes foi questionada a utilização de automedicação para alívio da cefaléia, sendo 414 (48,14%) do sexo feminino e 446 (51,86%) do sexo masculino.

Observou-se que 720/860 (83,72%) pacientes [376 (52,22%) do sexo feminino e 344 (47,78%) do sexo masculino] utilizaram automedicação para alívio da cefaléia e que 140/860 (16,28%) pacientes [38 (27,14%) do sexo feminino e 102 (72,86%) do sexo masculino] não utilizaram (Gráficos 11 e 12).

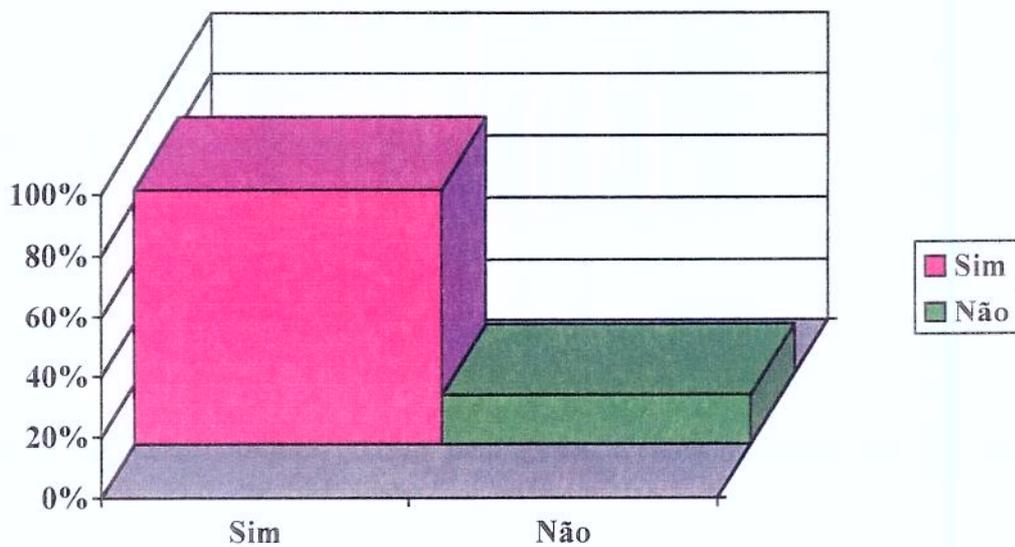


Gráfico 11: Pacientes com cefaléia: utilização de automedicação

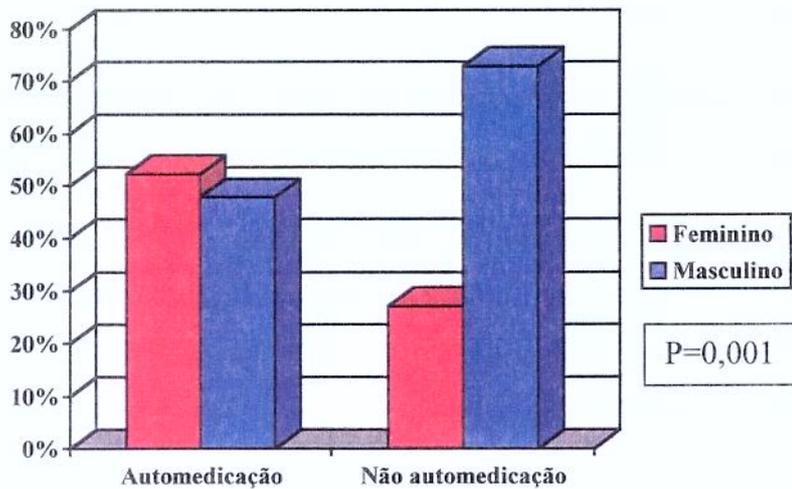


Gráfico 12: Pacientes com cefaléia: utilização de automedicação segundo o sexo

Quanto à procura por atendimento médico e uso de automedicação para aliviar cefaléia, observou-se que: de 342/501 pacientes que procuraram atendimento médico, 37/342 (10,82%) [14F (37,84%) e 23M (62,16%)] não usavam nenhum tipo de automedicação e 305/342 (89,18%) [204F (66,89%) e 101M (33,11%)] usavam.

Do total de 518/657 pacientes que não procuraram atendimento médico para cefaléia, 103/518 (19,88%) [24F (23,30%) e 79M (76,70%)] não usavam automedicação e 415/518 (80,12%) [172F (41,45%) e 243M (58,55%)] usavam. Os pacientes que não procuram atendimento para cefaléia são os que menos utilizam automedicação para tratar cefaléia (Gráficos 13 e 14).

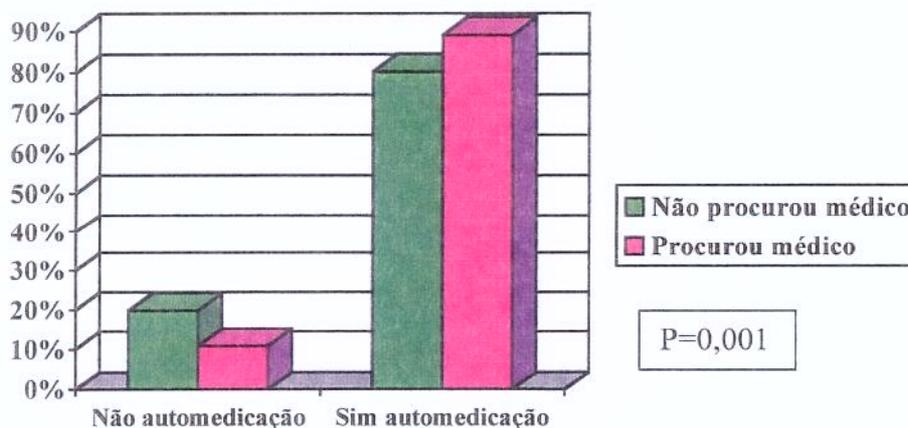
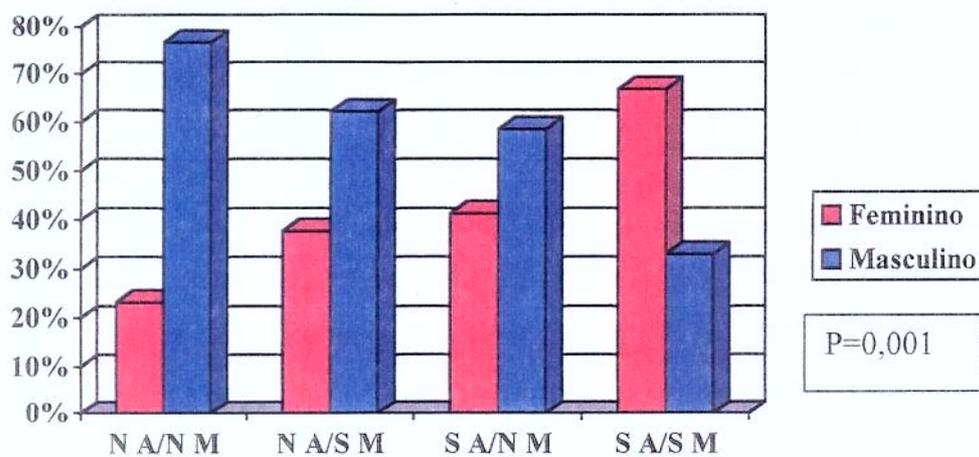


Gráfico 13: Utilização de automedicação para aliviar cefaléia, em relação ao cuidado inicial



N=não; S=sim; A=automedicação; M=médico

Gráfico 14: Utilização de automedicação para aliviar cefaléia, em relação ao cuidado inicial, segundo o sexo

Quanto às automedicações utilizadas para aliviar cefaléia pelos pacientes que procuraram cuidado médico e pelos que não procuraram cuidado médico, vide anexo 4.7.

Em relação à duração do sintoma cefaléia entre os 1158 pacientes estudados, a distribuição em anos mostra o seguinte:

Não sabem a duração do sintoma cefaléia: 215/1158 (18,57%) [46F (21,40%) e 169M (78,60%)]

0-1ano: 97/1158 (8,38%) [44F (45,36%) e 53M (54,64%)]

>1-5anos: 197/1158 (17,01%) [77F (39,09%) e 120M (60,91%)]

>5-10anos: 215/1198 (18,57%) [109F (50,70%) e 106M (49,30%)]

>10-20anos: 260/1158 (22,45%) [134F (51,54%) e 126M (48,46%)]

>20-30anos: 117/1158 (10,10%) [75F (64,10%) e 42M (35,90%)]

>30 anos: 57/1158 (4,92%) [34F (59,65%) e 23M (40,35%)] (Gráfico 15).

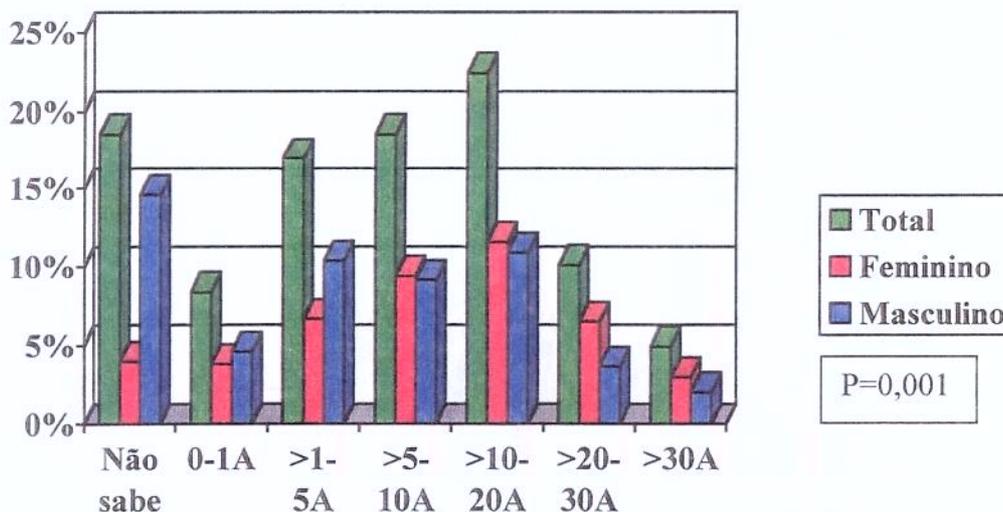


Gráfico 15: Duração do sintoma cefaléia em 1158 pacientes

Quanto ao tempo decorrido para o paciente procurar o médico pela primeira vez, em relação ao tempo de início da cefaléia, a distribuição em anos mostra:

Procurou de imediato: 168/501 (33,53%) [84 F (50,00%) e 84M (50,00%)]

Não sabe referir quando procurou pela primeira vez: 35/501 (6,99%) [17F (48,57%) e 18M (51,43%)]

>0-1ano: 45/501(8,98%) [25F (55,56%) e 20M (44,44%)]

>1-5anos: 106/501(21,16%) [64F (60,38%) e 42M (39,62%)]

>5-10anos: 70/501(13,97%) [42F (60,00%) e 28M (40,00%)]

>10-20anos: 60/501(11,98%) [39F (65,00%) e 21M (35,00%)]

>20 anos: 17/501(3,39%) [15F (88,24%) e 2M (11,76%)] (Gráfico 16).

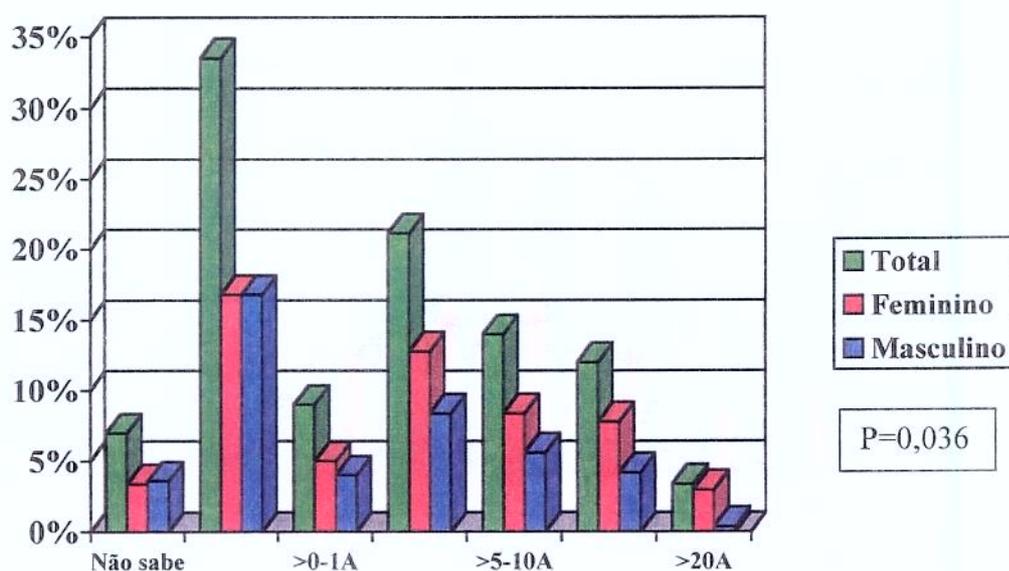


Gráfico 16: Intervalo de tempo para procurar médico, em relação ao início da cefaléia

Os resultados comparativos, em relação à duração do sintoma cefaléia, dos pacientes que não procuraram médico e dos que procuraram, mostram:

	Não procura	Procura	Total
0-1ano	68 (70,10%)	29 (29,90%)	97 (8,38%)
>1-5anos	114 (57,87%)	83 (42,13%)	197 (17,01%)
>5-10anos	120 (55,81%)	95 (44,19%)	215 (18,57%)
>10-20anos	110 (42,31%)	150 (57,69%)	260 (22,45%)
>20-30anos	40 (34,19%)	77 (65,81%)	117 (10,10%)
>30anos	22 (38,60%)	35 (61,40%)	57 (4,92%)
Não sabe	183 (85,12%)	32 (14,88%)	215 (18,57%)

P=0,001

(Gráfico 17).

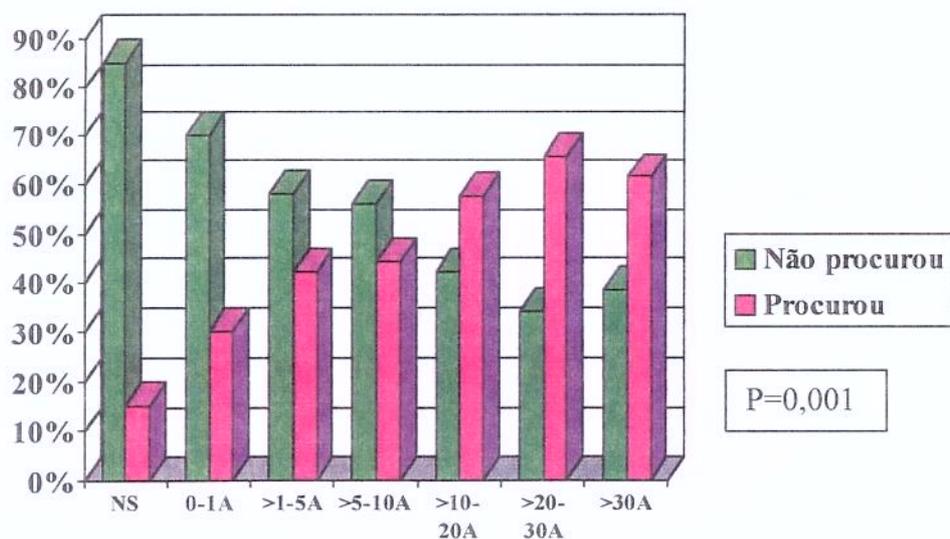


Gráfico 17: Duração do sintoma cefaléia, comparando quem procurou cuidado médico para cefaléia e quem não procurou

A distribuição dos 1158 pacientes com cefaléia, segundo a procura de médico, a duração do sintoma cefaléia e o sexo, está demonstrada nas tabelas 2 (para o sexo feminino) e 3 (para o sexo masculino).

Tabela 2: Distribuição dos 1158 pacientes, segundo a procura de médico e a duração do sintoma cefaléia, no sexo feminino

Feminino	Não procurou	Procurou	Total
0-1ano	30 (68,18%)	14 (31,82%)	44 (8,48%)
>1-5 ^a nos	40 (51,95%)	37 (48,05%)	77 (14,84%)
>5-10 ^a nos	51 (46,79%)	58 (53,21%)	109 (21,00%)
>10-20anos	47 (35,07%)	87 (64,93%)	134 (25,82%)
>20-30anos	23 (30,67%)	52 (69,33%)	75 (14,45%)
>30anos	11 (32,35%)	23 (67,65%)	34 (6,55%)
Não sabe	31 (67,39%)	15 (32,61%)	46 (8,86%)
	233	286	519
			P=0,001

Tabela 3: Distribuição dos 1158 pacientes, segundo a procura de médico e a duração do sintoma cefaléia, no sexo masculino

Masculino	Não procurou	Procurou	Total
0-1ano	38 (71,70%)	15 (28,30%)	53 (8,29%)
>1-5anos	74 (61,67%)	46 (38,33%)	120 (18,78%)
>5-10 ^a nos	69 (65,09%)	37 (34,91%)	106 (16,59%)
>10-20anos	63 (50,00%)	63 (50,00%)	126 (19,72%)
>20-30anos	17 (40,48%)	25 (59,52%)	42 (6,57%)
>30anos	11 (47,83%)	12 (52,17%)	23 (3,60%)
Não sabe	152 (89,94%)	17 (10,06%)	169 (26,45%)
	424	215	639
			P=0,001

Quanto ao comportamento do médico:

O diagnóstico da cefaléia realizado pelo médico-assistente nos 501 pacientes que procuraram atendimento médico mostra: diagnóstico de 'sinusopatia' associado ou não a outras cefaléias, em 170/501 (33,93%) pacientes [74F (43,53%) e 96M (56,47%)]; diagnóstico de 'migrânea' associado ou não a outras cefaléias, em 87/501 (17,37%) [63F (72,41%) e 24M (27,59%)]; diagnóstico de 'migrânea e sinusopatia', em 21/501 (4,19%) [17F (80,95%) e 4M (19,05%)]; 'não foi dado o diagnóstico' para 80/501 (15,97%) [41F (51,25%) e 39M (48,75%)] (entram palavras referidas pelos pacientes como mencionadas pelo médico: nada, dor de cabeça, cefaléia, não visual); 'outros diagnósticos', em 143/501 (28,54%) [91F (63,64%) e 52M (36,36%)] [estes incluem: tela de computador, foco, menopausa, menstrual, TPM, má circulação, HAS, solitária, cisticercose, hidrocefalia, calcificação, raqui, ATM, crise, oromandibular, sol, jejum, cervicogênica, cefaléia idiopática, cefaléia secundária, tontura, gastrite, contusão, congestão nasal, muscular, coluna, IVAS, diagnóstico de alterações visuais ou labirintopáticas, alterações psiquiátricas (nervoso, ansiedade, estresse, emocional, depressão, tensão)] (Gráfico 18).

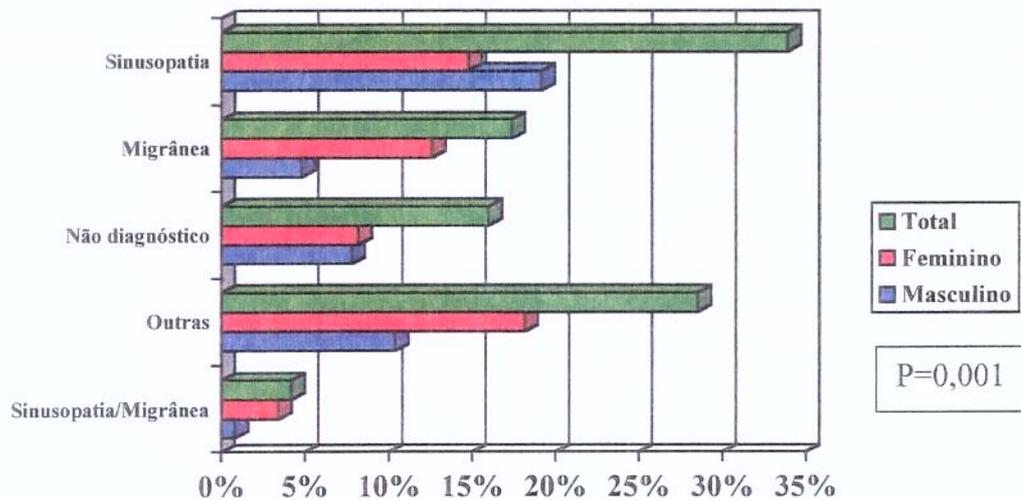


Gráfico 18: Diagnóstico da cefaléia realizado pelo médico-assistente

Quanto ao diagnóstico da cefaléia realizado pelo médico-assistente, comparado ao diagnóstico segundo a classificação da Sociedade Internacional de Cefaléia, observou-se que: de 80 pacientes que receberam o não diagnóstico, 1 (1,25%) apresentou diagnóstico de sinusopatia, 23 (28,75%) apresentaram outros tipos de cefaléia, 50 (62,50%) apresentaram migrânea, e 6 (7,50%) apresentaram migrânea e sinusopatia associadas ou não a outro tipo de cefaléia. De 170 pacientes com diagnóstico de sinusopatia, associado ou não a outra cefaléia, 39 (22,94%) apresentaram diagnóstico de sinusopatia associado ou não a outro tipo de cefaléia, 26 (15,29%) apresentaram outros tipos de cefaléia, 49 (28,82%) apresentaram migrânea e 56 (32,94%) apresentaram migrânea e sinusopatia associadas ou não a outro tipo de cefaléia. De 143 pacientes com outros diagnósticos, 2 (1,40%) apresentaram diagnóstico de sinusopatia, 50 (34,97%) apresentaram outros tipos de cefaléia, 83 (58,04%) apresentaram migrânea associada ou não a outra cefaléia, e 8 (5,59%) apresentaram migrânea e sinusopatia associadas ou não a outro tipo de cefaléia. De 87 pacientes com diagnóstico de migrânea, nenhum apresentou diagnóstico de sinusopatia, 7 (8,05%) apresentaram outros tipos de cefaléia, 73 (83,91%) apresentaram migrânea associada ou não a outras cefaléias, e 7 (8,05%) apresentaram migrânea e sinusopatia associadas ou não a outro tipo de cefaléia. De 21 pacientes com diagnóstico de sinusopatia e migrânea, nenhum apresentou diagnóstico de sinusopatia, 1 (4,76%) apresentou outro tipo de cefaléia, 13 (61,90%) apresentaram migrânea, e 7 (33,33%) apresentaram migrânea e sinusopatia associadas ou não a outras cefaléias (Gráfico 19).

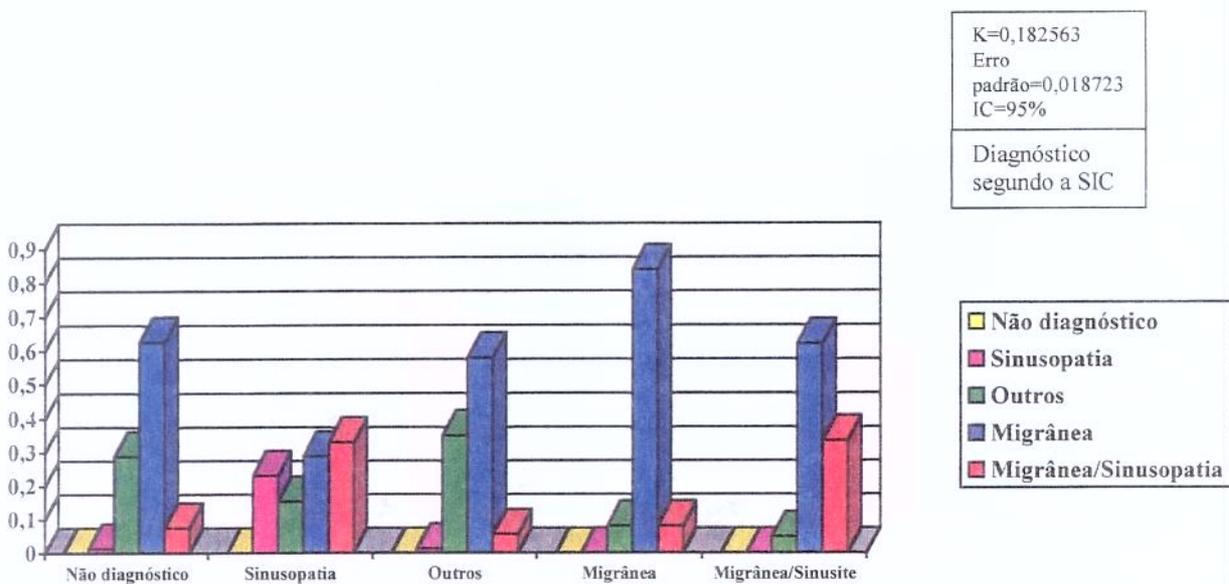


Gráfico 19: Distribuição dos 501 pacientes com cefaléia, comparando o diagnóstico realizado pelo médico-assistente ao diagnóstico da Sociedade Internacional de Cefaléia

Há uma fraca concordância entre os diagnósticos anterior e o da SIC (coeficiente de Kappa abaixo de 0,40). O diagnóstico mais concordante foi o de migrânea: 83,91% dos pacientes com migrânea haviam recebido tal diagnóstico. O diagnóstico que mais discorda é o não diagnóstico, ou seja, 62,50% de pacientes com migrânea receberam o diagnóstico de não diagnóstico.

Quanto aos exames solicitados para diagnóstico da cefaléia, observou-se que não foi solicitado nenhum exame para 262/501(52,30%) pacientes [133F (50,76%) e 129M (49,24%)] e foram solicitados exames para 239/501 (47,70%) pacientes [153F (64,02%) e 86M (35,98%)] (Gráfico 20).

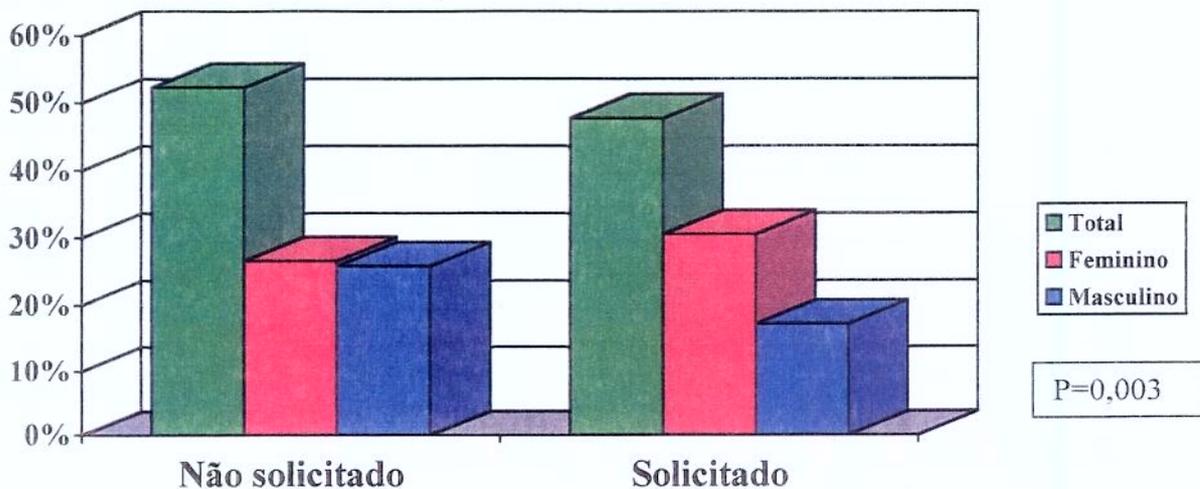


Gráfico 20: Solicitação de exames complementares para diagnóstico da cefaléia, para os 501 pacientes que procuraram atendimento médico

Houve 321 solicitações de exames complementares para diagnóstico de cefaléia dentre os 239 pacientes, observando-se que:

EEG foi solicitado para 148/321 (46,11%) [95 (64,19%) do sexo feminino e 53 (35,81%) do sexo masculino]; foi solicitado CT de crânio para 57/321 (17,76%) pacientes [42 (73,68%) do sexo feminino e 15 (26,32%) do sexo masculino]; foi solicitado Rx de seios da face e/ou crânio para 90/321 (28,04%) pacientes [53 (58,89%) do sexo feminino e 37 (41,11%) do sexo masculino]; foi solicitado líquido para 22/321 (6,85%) pacientes [10 (45,45%) do sexo feminino e 12 (54,55%) do sexo masculino]; foram solicitados outros exames para 4/321 (1,24%) pacientes, assim distribuídos: angiografia para 1/321 (0,31%) pacientes [1 (100,00%) do sexo feminino]; mapeamento cerebral para 2/321 (0,62%) pacientes [2 (100,00%) do sexo feminino]; e o caso que não se lembra do exame solicitado, 1 (0,31%) paciente [1 (100,00%) do sexo masculino] (Gráfico 21).

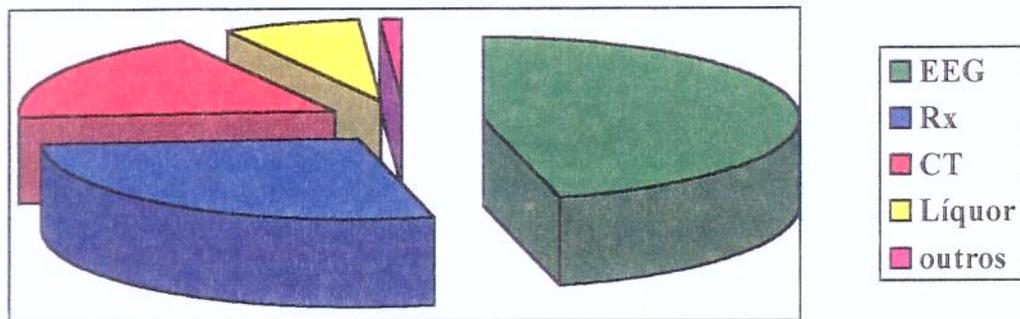


Gráfico 21: Exames solicitados para o diagnóstico de cefaléia pelo médico-assistente

Quanto aos tipos de exames complementares solicitados para diagnóstico de cefaléia pelo médico-assistente, em 239 pacientes que procuraram atendimento médico, encontrou-se:

- a) Eletrencefalograma para 91/239 (38,08%) pacientes [60F (65,93%) e 31M (34,07%)].
- b) Rx de crânio ou seios da face para 54/239 (22,59%) pacientes [30F (55,56%) e 24M (44,44%)].
- c) CT de crânio para 18/239 (7,53%) pacientes [16F (88,89%) e 2M (11,11%)].
- d) Líquor para 8/239 (3,35%) pacientes [3F (37,50%) e 5M (62,50%)].
- e) EEG e Rx para 23/239 (9,62%) pacientes [15F (65,22%) e 8M (34,78%)].
- f) EEG e CT de crânio para 18/239 (7,53%) pacientes [14F (77,78%) e 4M (22,22%)].
- g) Rx e líquido para 2/501 (0,84%) pacientes [2F (100,00%) e 0M (0%)].

- h) CT e angiografia para 1/239 (0,42%) pacientes [1F (100,00%)].
- i) CT e Rx para 3/239 (1,26%) pacientes [3F (100,00%)].
- j) CT, Rx, e líquido para 1/239 (0,42%) pacientes [1F (100,00%)].
- l) EEG, CT, e mapeamento cerebral para 1/239 (0,42%) pacientes [1F (100,00%)].
- m) EEG, CT, RX, e líquido para 1/239 (0,42%) pacientes [1M (100,00%)].
- n) EEG,e mapeamento cerebral para 1/239 (0,42%) pacientes [1F (100,00%)].
- o) CT e líquido para 3/239 (1,26%) pacientes [2F (66,67%) e 1M (33,33%)].
- p) EEG e líquido para 2/239 (0,84%) pacientes [2M (100,00%)].
- q) EEG , CT ,e Rx para 6/239 (2,51%) pacientes [2F (33,33%) e 4M (66,67%)].
- r) EEG , CT e líquido para 5/239 (2,09%) pacientes [2F (40,00%) e 3M (60,00%)].
- s) Não se lembra o exame solicitado 1/239 (0,42%) pacientes [1M (100,00%)].
(Gráfico 22).

Observação: da letra g até a letra s, os exames foram somados como 'outros' para efeito de gráfico.

Outros: 27 (11,30%) pacientes [15F (55,56%) e 12M (44,44%)]

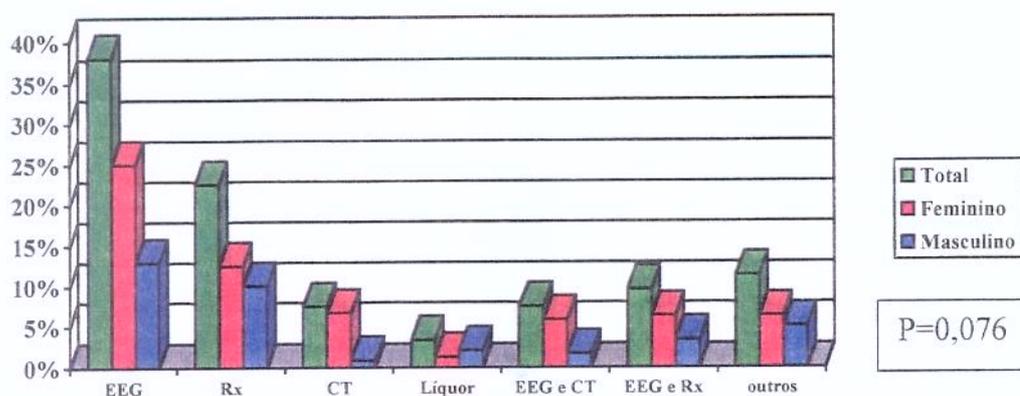


Gráfico 22: Exames solicitados para o diagnóstico de cefaléia para os 239 pacientes

Quanto ao tratamento de cefaléia, relatado pelo paciente como ministrado pelo médico-assistente no cuidado inicial, observou-se:

- a) Para 41/501 (8,18%) pacientes não foi prescrito tratamento [22F (53,66%) e 19M (46,34%)]
- b) Não se lembraram do tratamento recomendado, 144/501 (28,74%) pacientes [74F (51,39%) e 70M (48,61%)]
- c) Para 316/501 (63,08%) pacientes [190F (60,13%) e 126M (39,87%)] recomendou-se alguma forma de tratamento.

Observação: O tratamento recomendado e a não lembrança do tratamento somam 460 (91,82%) pacientes [264F (57,39%) e 196M (42,61%)] (Gráfico 23).

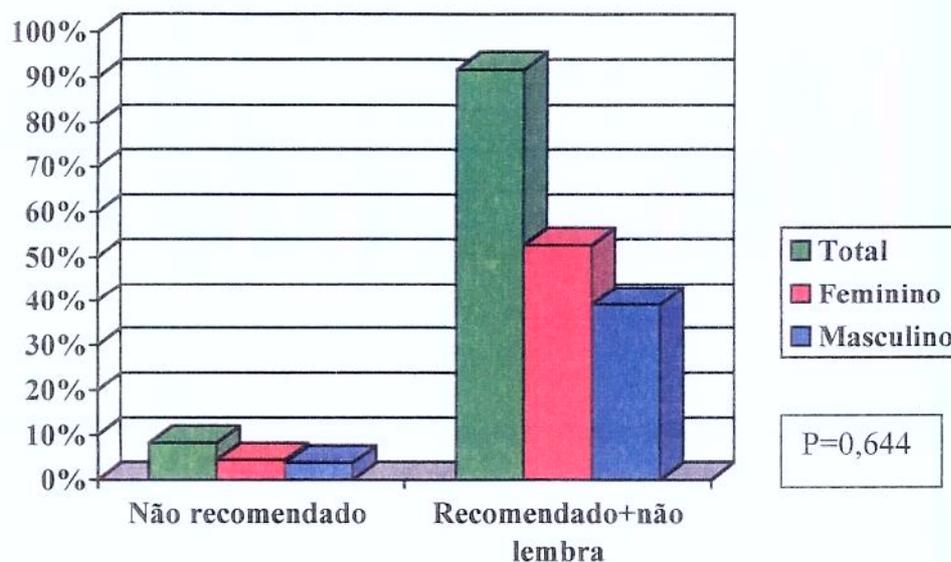


Gráfico 23: Recomendação de tratamento para cefaléia pelo médico-assistente e segundo o sexo

As formas de tratamento para cefaléia foram:

- a) Tratamento abortivo (analgésico e/ou AINH): 110/316 (34,81%) pacientes [76F (69,09%) e 34M (30,91%)].
- b) Tratamento profilático (antidepressivos, anticonvulsivantes, benzodiazepínicos): 21/316 (6,65%) pacientes [12F (57,14%) e 9M (42,86%)].
- c) Outra forma de tratamento: 67/316 (21,20%) pacientes [35F (52,24%) e 32M (47,76%)].
- d) Tratamento abortivo e profilático: 27/316 (8,54%) pacientes [17F (62,96%) e 10M (37,04%)].
- e) Tratamento abortivo e outra forma de tratamento: 71/316 (22,47%) pacientes [32F (45,07%) e 39M (54,93%)].

f) Tratamento profilático e outra forma de tratamento: 8/316 (2,53%) pacientes [7F (87,50%) e 1M (12,50%)].

g) Tratamento abortivo, profilático e outra forma de tratamento: 12/316 (3,80%) pacientes [11F (91,67%) e 1M (8,33%)] (Gráfico 24).

Observação: associações de tratamento englobam as formas abortivo e profilático; abortivo e outro; profilático e outro; abortivo, profilático e outro.

Associações	118 (37,34%)	67 (56,78%)	51 (43,22%)
-------------	--------------	-------------	-------------

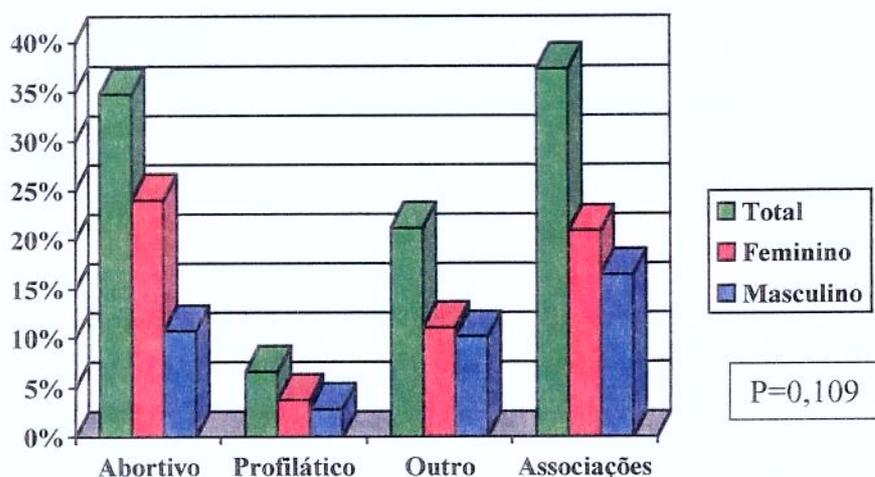


Gráfico 24: Tipo de tratamento para cefaléia recomendado pelo médico-assistente

Quanto à lista de medicamentos abortivos e profiláticos prescritos para tratar cefaléia pelo médico-assistente no cuidado inicial (baseado na lembrança e relato dos pacientes), vide anexos 4.5 e 4.6 respectivamente.

A classificação das cefaléias, segundo os critérios diagnósticos operacionais da Sociedade Internacional de Cefaléia, nos 501 pacientes que procuraram atendimento médico, mostra (Gráfico 25):

- a) Cefaléia tensional episódica, associada ou não a outra cefaléia: 10F (2,00%) e 10M (2,00%)=20 (3,99%)
- b) Cefaléia tensional episódica e sinusopatia, associadas ou não a outra cefaléia: 12F (2,40%) e 10M (2,00%) =22 (4,39%)
- c) Cefaléia tensional episódica e migrânea, associadas ou não a outra cefaléia: 8F (1,60%) e 7M (1,40%) =15 (2,99%)
- d) Migrânea, associada ou não a outra cefaléia: 174F (34,73%) e 94M (18,76%)=268 (53,49%)
- e) Migrânea e sinusopatia: 49F (9,78%) e 35M (6,99%)=84 (16,77%)
- f) Sinusopatia, associada ou não a outra cefaléia: 8F (1,60%) e 34 (6,79%)=42 (8,38%)
- g) Outras cefaléias: 25 F(4,99%) e 25 M(4,99%)=50 (9,98%)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE NEUROLOGIA

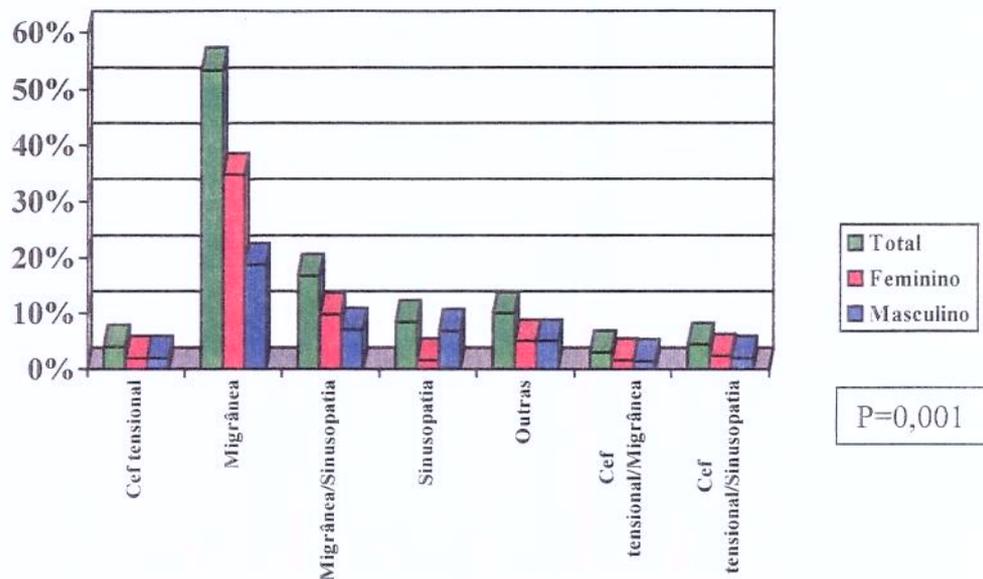


Gráfico 25: Classificação das cefaléias segundo os critérios diagnósticos operacionais da Sociedade Internacional de Cefaléia, nos 501 pacientes que procuraram atendimento médico

A classificação das cefaléias, segundo os critérios diagnósticos operacionais da Sociedade Internacional de Cefaléia, nos 657 pacientes que não procuraram atendimento médico, mostra (Gráfico 26):

- a) Cefaléia tensional episódica, associada ou não a outra cefaléia: 26F (3,96%) e 70M (10,65%) =96 (14,61%)
- b) Migrânea, associada ou não a outra cefaléia: 143F (21,77%) e 175M (26,64%) =318 (48,40%)
- c) Migrânea e sinusopatia, associadas ou não a outra cefaléia: 9F (1,37%) e 11M (1,67%)=20 (3,04%)
- d) Sinusopatia, associada ou não a outra cefaléia: 7F (1,07%) e 8M (1,22%)=15 (2,28%)
- e) Cefaléia tensional e migrânea, associadas ou não a outra cefaléia: 7F (1,07%) e 4 (0,61%)M=11 (1,67%)
- f) Outras cefaléias: 41F (6,24%) e 156M (23,74%)=197 (29,98%)

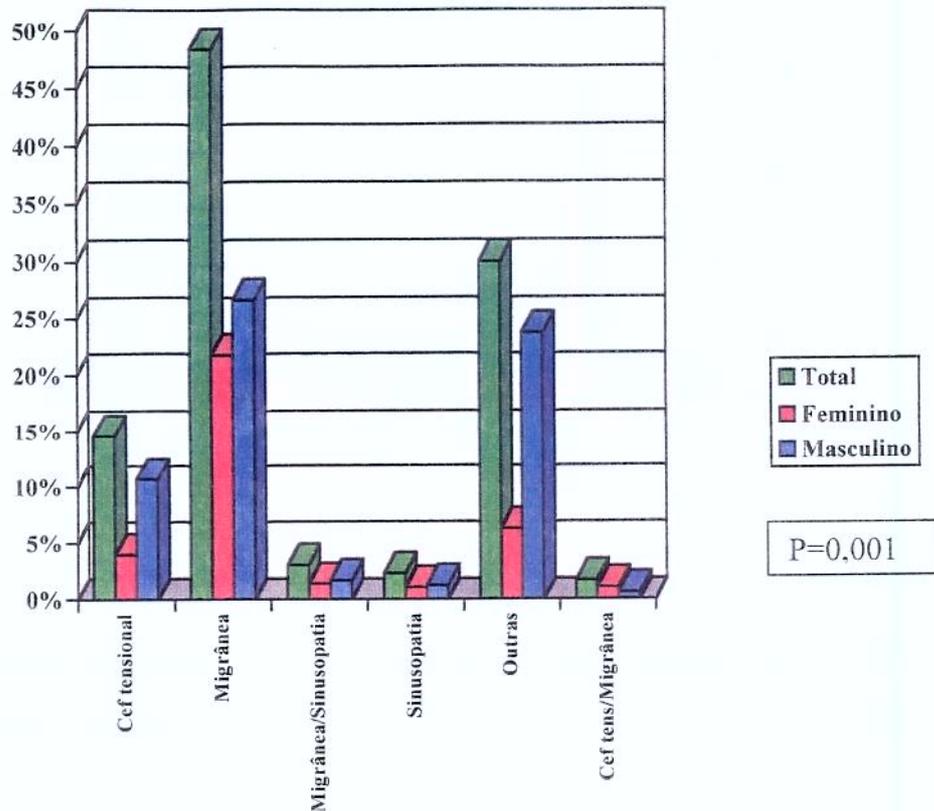


Gráfico 26: Classificação das cefaléias segundo os critérios diagnósticos operacionais da Sociedade Internacional de Cefaléia, nos 657 pacientes que não procuraram atendimento médico

Para a classificação das cefaléias, com seus subtipos, segundo os critérios diagnósticos operacionais da Sociedade Internacional de Cefaléia, nos 501 pacientes que procuraram atendimento médico e nos 657 pacientes que não procuraram, vide anexos 4.3 e 4.4 respectivamente.

A tabela 4 distribui os 1158 pacientes com cefaléia que procuraram médico e os que não procuraram, segundo a classificação da Sociedade Internacional de Cefaléia.

Tabela 4: Distribuição dos 1158 pacientes, segundo o tipo de cefaléia e a procura de médico

	Não procurou	Procurou	Total
Cef tensional ou/e	96 (14,61%)	20 (3,99%)	116
Migrânea ou/e	318 (48,40%)	268 (53,49%)	586
Migrânea+sinusopatia	20 (3,04%)	84 (16,77%)	104
Sinusopatia ou/e	15 (2,28%)	42 (8,38%)	57
Outras	197 (29,98%)	50 (9,98%)	247
Cef tensional+migrânea ou/e	11 (1,67%)	15 (2,99%)	26
Cef tensional+sinusopatia	0	22 (4,39%)	22
Total	657	501	1158
		P=0,001	

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6.1. CASUÍSTICA

Este estudo epidemiológico prospectivo, realizado em serviço de atenção primária, analisou pacientes distribuídos, aleatoriamente, em ambulatório de usina de açúcar e álcool, no pronto-socorro de hospital com atendimento pelo SUS e em clínica privada.

Em relação ao ambulatório da usina de açúcar e álcool, local da maioria dos entrevistados da pesquisa (56,81%), assinala-se que houve predomínio do sexo masculino, uma vez que, nesse local, há um percentual maior de funcionários do sexo masculino comparado ao feminino, em decorrência do tipo de serviço desempenhado: lavoura e indústria.

Diferentemente, nas entrevistas realizadas no pronto-socorro e clínica privada, registrou-se predomínio de pacientes do sexo feminino. Esse fato corrobora os achados da literatura de que pacientes do sexo feminino freqüentam mais do que os do sexo masculino serviços médicos para cefaléia ou por outros problemas de saúde (LIPTON *et al.*, 1992b). É preciso enfatizar que se entrevistou pacientes e acompanhantes ao acaso, que procuraram o atendimento médico nos locais citados, por queixas diversas ou sem queixa e não apenas cefaléia.

Como a amostra apresentasse um percentual numérico de entrevistados do sexo masculino superior ao do feminino, do ponto de vista estatístico, houve uma correção da amostragem por meio dos testes aplicados, a fim de possibilitar a comparação dos resultados obtidos com os achados da literatura.

Os estudos da literatura referem-se, em geral, a populações com cefaléia ou estudam pessoas com a queixa cefaléia. Entretanto, no presente estudo, procuraram-se indivíduos com cefaléia no meio de queixas diversas ou sem queixa no dia da entrevista.

Ainda em relação ao local de atendimento, optou-se por estudar também alguns casos da clínica privada e constatou-se não haver diferença no comportamento de pacientes conveniados e provenientes do SUS, considerando-se o atendimento médico. Como aconteceu com pacientes do SUS, no consultório, as mulheres procuraram mais o serviço

médico do que os homens. A clínica privada era de neurologia e, nesse caso, as queixas diversas eram da esfera neurológica. Ressalte-se ainda que acompanhantes de pacientes (portanto sem queixa) também foram entrevistados nesse local.

A maioria dos pacientes entrevistados, nos locais citados, procedem da zona urbana, destacando-se que alguns funcionários da usina de açúcar moram como colonos na própria usina e em alguns sítios das redondezas. Os funcionários da lavoura de cana-de-açúcar moram em pequenas cidades ao redor das próprias lavouras. Não foram analisadas, nesse trabalho, diferenças de prevalência de cefaléia e procedência, fato evidenciado na literatura. GÖBEL, PETERSEN-BRAUN, SOYKA (1994) assinalaram que a cefaléia migranosa foi, significativamente, mais freqüente em pequenas cidades, com uma população entre 20001 a 50000, que em cidades com 100001 a 500000 habitantes. Entretanto, os autores acima citados, observaram que não houve diferença na proporção de prevalência entre as áreas residenciais urbanas e rurais.

RASMUSSEN (1992a) não encontrou associação, considerando as proporções de prevalência de migrânea e cefaléia tipo tensional, entre indivíduos que viviam nas áreas urbanas ou rurais.

NIKIFOROW & HOKKANEN (1979) mostraram que, apesar da intensidade da cefaléia ser semelhante nas áreas urbanas e rurais, os habitantes da área rural ficavam mais incapacitados do que os da área urbana.

Quanto ao grau de instrução, a grande maioria dos pacientes entrevistados apresentou o primeiro grau incompleto, não havendo diferença estatisticamente significativa quanto ao nível de escolaridade entre os sexos ($p=0,267$). Não é possível estimar a proporção de prevalência de cefaléia em relação à escolaridade, neste estudo, diferentemente do que já ocorreu num estudo alemão, realizado por GÖBEL *et al.* (1994), em que se examinou dois grupos educacionais: educação básica e educação secundária, e concluiu-se que a proporção de prevalência para os tipos de cefaléia estudada não exibiu diferença significativa.

Não é possível afirmar, no presente trabalho, que os pacientes com primeiro grau incompleto sejam os que apresentam maior prevalência de cefaléia, pois a entrevista foi realizada em locais de predomínio de indivíduos de classes sociais menos favorecidas (SUS e Usina) e, portanto, com menor nível de escolaridade. Ressalte-se também que se trata de classes sociais que recebem, em média, um salário mínimo por mês.

Ainda em relação à escolaridade notou-se que ocorria uma dificuldade da pessoa menos instruída em entender o que se perguntava. Tal fato poderia alterar a adequação e o corretismo das respostas. As diferenças culturais entre médicos e pacientes de baixa renda podem inibir a comunicação efetiva (LIPTON *et al.*, 1992b), dificultando, portanto, o diagnóstico correto e tratamento adequado da cefaléia, culminando na duração mais longa da doença. Aliado a esse dado, acrescenta-se que uma dificuldade nesse estudo foi conseguir transmitir aos participantes as razões da entrevista para motivá-los.

Em relação à idade, registrou-se que a grande maioria dos pacientes entrevistados encontrava-se entre 16 e 45 anos de idade. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos, por faixa etária. A média de idade foi de 32,4 anos, com médias segundo o sexo muito semelhantes (32,6 anos para o sexo feminino e 32,2 anos para o sexo masculino). Houve, portanto, o predomínio de indivíduos na faixa etária jovem, idade de maior prevalência da cefaléia, como indicam os estudos de GUSEO & GICZI (1994) e de RASMUSSEN (1994a). No entanto, uma vez que a amostra desta pesquisa foi aleatória, esse predomínio mostra não a faixa de prevalência de cefaléia, mas as proporções de determinadas faixas etárias freqüentando um certo tipo de serviço. Na usina, por exemplo, é a faixa etária mais jovem e produtiva que trabalha na indústria e lavoura. No SUS e consultório, as faixas etárias variam bastante, mas com grandes proporções da faixa etária entre 16 e 60 anos de idade, freqüentando tais locais.

São conhecidos na literatura estudos de cefaléia na infância que englobam crianças de 2/3 até 12/13/18 anos, conforme trabalhos de SANCHEZ-PRECIOSO *et al.* (1995); TOPCZEWSKI (1997); ARRUDA (1999). Em nosso trabalho foram incluídas crianças de 3 a 12 anos de idade. As crianças foram entrevistadas com auxílio de seus pais e utilizaram-se recursos indiretos para obtenção da anamnese, fato relatado na literatura (ARRUDA, 1999). Como o objetivo deste estudo era avaliar o comportamento do paciente

e do médico, indiretamente foi possível avaliar o comportamento dos pais, além da criança com cefaléia. Para minimizar o problema da falta de verbalização da criança mais nova, algumas cefaléias foram classificadas com apenas um dígito.

6.2. MÉTODO

Neste estudo, utilizou-se como método a entrevista, realizada por um neurologista com experiência em cefaléia, direcionada por questionário semi-estruturado. O uso de questionário, neste caso, serviu para que não houvesse dispersão dos objetivos do estudo, mantendo o entrevistador norteado e enfatizando os pontos importantes da anamnese realizada. Os estudos de validação de questionários existentes na literatura (GALIANO *et al.*, 1994; LAINEZ *et al.*, 1994) baseiam-se em entrevista e exames físicos e neurológicos por um neurologista, constituindo-se no padrão ouro para a validação do questionário, auto-aplicado ou aplicado por pessoal treinado, portanto, este trabalho foi realizado em bases válidas. Poucos estudos têm incluído entrevista clínica e exame por um médico e, em geral, são feitos com grupos populacionais facilmente pesquisáveis (prática geral, hospitais, clínicas e escolas) [RASMUSSEN, 1993a].

As entrevistas por médicos podem prever alguns vícios do mesmo entrevistador, como influenciar os pacientes a responderem a padrões correspondentes à sua idéia de classificação de cefaléia (RASMUSSEN, JENSEN, OLESEN, 1991a). No presente estudo, evitou-se esse problema mediante questões sobre as características da dor, baseadas nos critérios diagnósticos operacionais da SIC (HEADACHE CLASSIFICATION COMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY, 1988).

Neste estudo não foi realizado o exame neurológico. Desde que pequena proporção de indivíduos na comunidade, com cefaléia recorrente, apresente doença orgânica significativa, a ausência de exame físico acarreta poucos erros (LIPTON *et al.*, 1992b).

Os principais problemas no diagnóstico da cefaléia por meio de questionário (principalmente auto-administrado ou por pessoal treinado) são a freqüente coexistência de diferentes formas de cefaléia no mesmo indivíduo, comumente migrânea e cefaléia tipo tensional (RASMUSSEN, *et al.* 1991a; LIPTON, STEWART, SOLOMON, 1992a; RASMUSSEN, 1993a; PEREIRA-MONTEIRO, MAIO, CALHEIROS, 1994; RASMUSSEN 1994a). Outros problemas referem-se à variabilidade de sintomas de um ataque a outro, à semelhança das características clínicas (PEREIRA-MONTEIRO *et al.*, 1994) e à natureza episódica da cefaléia [de forma que os indivíduos podem relatar os sintomas baseados em suas crises mais recentes e intensas (RASMUSSEN *et al.*, 1991a; LIPTON *et al.*, 1992a; RASMUSSEN *et al.*, 1994c), havendo pobre memorização dos sintomas pelos pacientes (PEREIRA-MONTEIRO, *et al.*, 1994)]. Para RASMUSSEN *et al.* (1991a); RASMUSSEN (1993a), é necessário, além disso, distinguir entre informações relevantes e não relevantes para o diagnóstico final do tipo de cefaléia.

6.3. PREVALÊNCIA DAS CEFALÉIAS

Este trabalho mostra a prevalência de cefaléia, estimada para a população geral em 93,84%. A prevalência entre as mulheres foi de 96,65% e entre os homens foi de 91,68%, caracterizando-se estatisticamente significativa a maior prevalência de cefaléia entre as mulheres. Os dados observados de prevalência são comparáveis àqueles observáveis em outros estudos da literatura. Na Dinamarca, RASMUSSEN *et al.* (1991b) encontrou uma prevalência de cefaléia (incluindo migrânea, cefaléia tipo tensional e todos os outros tipos) de 96%, significativamente mais alta entre mulheres (99%) do que entre homens (93%). LINET *et al.* (1989) encontraram resultados semelhantes.

Explicação parcial para a prevalência de cefaléia mais alta nas mulheres pode ser a alta preponderância de migrânea na mulher. Cefaléia tipo tensional e vários outros tipos de cefaléia são, entretanto, também mais comuns nas mulheres. O predomínio de cefaléias nas mulheres é atribuído a uma possível influência dos hormônios femininos (RASMUSSEN, 1993a).

6.4. COMPORTAMENTO DO PACIENTE

Os dados do presente estudo mostram que a maioria dos pacientes com cefaléia não procura atendimento médico por esse motivo (56,74%). Tal fato é bem conhecido na literatura (POEST & GUBBELS, 1986; LIPTON *et al.*, 1992b; RASMUSSEN, JENSEN, OLESEN, 1992b; EDMEDS *et al.*, 1993; LIPTON & STEWART, 1993; VINCENT & FREITAS DE CARVALHO, 1999).

Estima-se que somente 16% dos pacientes com cefaléia tipo tensional e 56% dos migranosos visitam um médico, e um especialista é consultado por respectivamente 4% e 16% (RASMUSSEN *et al.*, 1992b).

POEST & GUBBELS (1986) observaram que o percentual de pessoas que consultou um médico por causa da cefaléia variou entre 12 a 23%.

LINET *et al.* (1989) descrevem que 85% dos pacientes do sexo masculino e 72% dos pacientes do sexo feminino com cefaléia nunca consultaram um médico.

EDMEADS *et al.* (1993) concluíram que 54% dos pacientes migranosos e 45% dos indivíduos com cefaléia tipo tensional procuram um médico, e somente 32% retornam para seguimento.

SANVITO *et al.* (1996) verificaram que somente 7,1% de estudantes de medicina procuraram assistência médica para a migrânea.

Os motivos para pacientes com cefaléia não procurarem médico podem ser:

- a) encaminhamento tardio dos pacientes em relação à duração da dor;
- b) não valorização adequada da queixa cefaléia;
- c) falta de oportunidade de receber atendimento especializado em alguns grupos populacionais;
- d) impossibilidade de agendar consultas;

- e) impossibilidade de realizar exames complementares (TOPCZEWSKI, 1997);
- f) padrão de consulta médica em postos do SUS;
- g) grau de cultura geral como razão de procura de um balcão de farmácia antes;
- h) crença entre essa população de baixa renda de que sua dor de cabeça é sinusopatia;
- i) crença geral de médicos e pacientes de que dor de cabeça não tem cura.

LIPTON *et al.* (1992b) descrevem motivos para o migranoso não procurar um médico: serem os migranosos inconscientes de seu diagnóstico, e não imaginarem que migrânea seja um distúrbio tratável.

Indivíduos com sintomas mais severos provavelmente procuram com maior frequência um médico (LIPTON *et al.*, 1992b).

É interessante citar um estudo a respeito da queixa dor (não apenas cefaléia), em que apenas metade (53,2%) dos pacientes entrevistados consulta um médico algumas vezes, quando sentem algum tipo de dor; 21,8% consultam raramente; 20,5% consultam sempre e 4,5% nunca consultam um médico; ressaltando-se que as dores que levam mais freqüentemente um paciente a procurar assistência médica são lombalgias e cefaléias (TEIXEIRA *et al.*, 1995).

Já que muitas pessoas com migrânea e outros tipos de cefaléia não consultam médico, é recomendável que se façam estudos de campo, baseados na comunidade, para obter um quadro completo da doença, pois observações baseadas apenas em clínica podem não ser suficientes para se fazer generalizações sobre tais pacientes (LIPTON & STEWART, 1993). Este fato é diferente do presente estudo, que, apesar de ter sido feito em serviços médicos, e não na comunidade, analisou parte desse universo de pacientes que não consulta médico para cefaléia, pois analisou serviços de atendimento geral, e não apenas atendimento a cefaléia.

O restante (43,26%) dos pacientes deste estudo procurou médico alguma vez para cefaléia. Pacientes do sexo feminino procuraram médico mais freqüentemente para cefaléia do que os do sexo masculino, fato estatisticamente significativo, além de corroborar a literatura que mostra que as mulheres utilizam mais do que os homens os recursos de saúde para cefaléia e para várias outras condições médicas, segundo CELENTANO, LINET, STEWART, (1990); LIPTON *et al.* (1992b).

POEST & GUBBELS (1986) definiram percentual de procura médica para cefaléia pelas mulheres de 18% e para os homens de 13%.

Por que as mulheres utilizam mais os recursos de saúde do que os homens?

CELENTANO *et al.* (1990) referem que, desde 1940, numerosos estudos mostram que as mulheres relatam maiores proporções de sintomas, doenças, incapacidade e utilização de recursos de saúde do que os homens.

O fato de as mulheres consultarem mais médicos permite que elas recebam mais o diagnóstico de migrânea (LIPTON & STEWART, 1993; STEWART & LIPTON, 1994).

6.5. NÚMERO DE MÉDICOS PROCURADOS

A maioria dos pacientes consultou 1 e 2 médicos para cefaléia, não havendo diferença estatisticamente significativa na quantidade de médicos procurados entre os sexos.

Na literatura, VINCENT & FREITAS DE CARVALHO (1999) mostram uma média de 2,9 provedores de saúde por paciente. No presente trabalho, houve 694 buscas médicas totais entre os 501 pacientes.

6.6. ATENDIMENTO MÉDICO

O atendimento mais procurado até a data da entrevista, foi, em primeiro lugar, o do clínico geral (44,52%), seguido do neurologista, em terceiro lugar, do oftalmologista e, em 4º lugar, do otorrinolaringologista.

Em relação ao sexo, não houve diferença estatisticamente significativa, quanto às diferentes especialidades médicas procuradas pelos pacientes com cefaléia.

O fato de o clínico ser o médico mais procurado no cuidado inicial em cefaléia é consenso na literatura. VINCENT & FREITAS DE CARVALHO (1999) afirmam que os médicos mais consultados antes da entrevista com o especialista foram: clínico geral em 403 pacientes, neurologista em 205, oftalmologista em 117 e otorrinolaringologista em 70 pacientes.

No estudo americano de LIPTON & STEWART (1993), a maioria consultou médico (clínico) de família, seguido pelos internistas ou pediatras, oftalmologistas e, finalmente, neurologistas. Em seguida, aparecem o otorrinolaringologista, o obstetra/ginecologista e o médico quiroprático. Nesse mesmo estudo, os migranosos consultam mais o neurologista do que os que apresentam outros tipos de cefaléia.

GUSEO & GICZI (1994) verificaram que o médico mais procurado foi o clínico geral (52% na cidade e 60% na aldeia) e, em seguida, foi o neurologista (25% na cidade e 18% na aldeia).

Esses dados demonstram a grande importância do clínico como receptor do fluxo de atendimento inicial às cefaléias e a sua responsabilidade em diagnosticá-las e tratá-las e, principalmente, saber encaminhá-las ao especialista. Muitos médicos perdem a confiança em diagnosticar cefaléia primária, porque não foram treinados para isso. Segundo LIPTON (1998), os médicos de atenção primária podem não estar motivados a diagnosticar cefaléia primária por não reconhecerem a incapacidade relacionada às cefaléias como um fenômeno espalhado. O desenvolvimento de estratégias para otimizar a terapia pode aumentar a motivação focalizada nas cefaléias incapacitantes. Enfatiza-se, aqui, a necessidade de o clínico receber a educação necessária quanto ao conhecimento dos

critérios diagnósticos operacionais das cefaléias e algias craniofaciais (HEADACHE CLASSIFICATION COMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY, 1988).

6.7. AUTOMEDICAÇÃO

A maioria dos pacientes utilizava automedicação para alívio da cefaléia. É estatisticamente significativa a diferença entre os sexos: a mulher utilizou mais automedicação do que o homem. LINET *et al.* (1989) destacam o maior uso de medicação não prescrita pelas mulheres. É uma prática muito comum tanto nos pacientes que procuraram médico para cefaléia, como naqueles que não procuraram. Os pacientes que não procuraram médico para cefaléia também são os que menos utilizaram automedicação.

Não foi discriminado, no presente estudo, se a automedicação foi medicação anteriormente prescrita pelo médico.

Quanto à procura pelo médico, uso de automedicação e distribuição por sexo, verificou-se que as mulheres são as que mais procuraram o médico e utilizaram automedicação.

A literatura mostra que cerca de 95% dos migranosos graves tomam alguma medicação para sua cefaléia, indicando que estão procurando auxílio para seus sintomas. A maioria toma, entretanto, medicação de balcão, em vez de drogas prescritas por médicos (LIPTON & STEWART, 1993). Acrescente-se ainda que muitos desses pacientes, com migrânea, não foram diagnosticados por médico.

LIPTON & STEWART (1993) demonstraram que 43% dos homens e 34% das mulheres, com 3 ou mais cefaléias intensas por mês, não tomavam medicações prescritas, nem 61% dos homens e 47% das mulheres com cefaléia moderada ou intensa relacionada à incapacidade.

CELENTANO *et al.* (1992) descreveram que, das mulheres que relataram cefaléia intensa, 62,6% usavam automedicação e 34,5% usavam medicação prescrita para tratar a cefaléia. Dos homens que relataram cefaléia intensa, 74,6% usavam automedicação e 21,3% usavam medicação prescrita, diferença estatisticamente significativa em relação ao sexo, no uso de medicação prescrita. Foram raros os pacientes com cefaléia intensa que não usaram alguma forma de medicação.

No trabalho de TEIXEIRA *et al.* (1995), automedicação para dor foi considerada freqüente ou muito freqüente por todos os entrevistados médicos.

O uso indiscriminado de analgésicos é bem estabelecido no presente trabalho, havendo uma lista de inúmeras medicações que os pacientes têm em seu domicílio. A prática da automedicação constitui-se no determinismo epidemiológico da cefaléia crônica diária. Essa prática é piorada pelo balconista de farmácia que sugere vários medicamentos à base de analgésicos e antiinflamatórios não hormonais e, muitas vezes, hormonais, culminando em efeitos colaterais para os pacientes, inclusive efeitos do abuso de analgésicos, levando à cronificação da cefaléia (MATHEW *et al.*, 1987; ANTONACI, 1998; RAFAELLI, 1998). O uso excessivo de medicamentos de balcão para cefaléia pode prolongar a duração da doença através do mecanismo de medicação rebote (LIPTON & STEWART, 1993; STEWART & LIPTON, 1994). Além disso, pelo fato de, no Brasil, os medicamentos não serem vendidos a granel, os indivíduos acumulam medicamentos em casa, constituindo, portanto, um convite a automedicar-se.

No presente trabalho, a automedicação mais usada foi a dipirona, em suas diversas modalidades comerciais, em 40,69% dos pacientes. Dipirona e cafeína em 6,16%. Paracetamol em 7,91%. Ácido acetilsalicílico e cafeína em 3,02%. Ergóticos em 1,63% (com ou sem cafeína, com ou sem paracetamol associados). Diclofenaco potássico ou sódico em 1,28%.

MATHEW, STUBITS, NIGAM, 1982 encontraram o uso excessivo de certas medicações tais como cafeína contendo analgésicos, analgésicos narcóticos e ergotamina em 52,4% dos indivíduos com cefaléia diária, quando comparados a 6% no grupo de cefaléia episódica.

6.8. DURAÇÃO DO SINTOMA CEFALÉIA

Neste trabalho, a maioria dos pacientes apresenta duração do sintoma entre 1 e 20 anos. Entre os homens, aqueles que não sabem referir ou então aqueles com 0 a 5 anos de duração do sintoma cefaléia são predominantes. Por outro lado, a mulher apresenta uma duração maior do sintoma, de 20 até mais de 30 anos de duração da dor. Os homens tendem a apresentar duração menor do sintoma cefaléia.

A média de duração da cefaléia (início da doença até a data da entrevista), no presente trabalho, foi de 12,2 ($\pm 10,3$) anos. A média entre as mulheres foi de 13,5 ($\pm 10,7$); e entre os homens foi de 10,9 ($\pm 9,7$) anos, estatisticamente demonstrando que os homens têm uma duração da cefaléia menor que as mulheres. No trabalho de VINCENT & FREITAS DE CARVALHO (1999), a cefaléia iniciou-se 10,8 \pm 10,4 anos antes do exame por especialista. Esse dado é comparável com o presente estudo.

TOPCZEWSKI (1997) descreveu que 26,39% dos pacientes apresentavam 06 meses de tempo de cefaléia, 50% apresentavam 1 ano e 34,72%, mais de 2 anos de dor. Esse trabalho foi realizado em crianças e, provavelmente, esse é o motivo do tempo menor de cefaléia em relação ao presente trabalho.

É possível comparar, no presente estudo, a duração do sintoma cefaléia e o comportamento entre o grupo de indivíduos que procurou atendimento médico e o que não procurou. No grupo que não procurou médico para cefaléia, encontram-se aqueles que não sabem referir a data do início do sintoma ou então aqueles cuja cefaléia teve início mais precoce (até 1 ano). Esse comportamento modifica-se nos pacientes que procuraram o atendimento para cefaléia, mostrando que, indivíduos com mais de 10 anos de duração da dor, procuraram em maior proporção o atendimento, em relação aos pacientes que não procuraram. Em relação ao sexo, as mulheres procuraram mais o médico, principalmente, entre mais de 10 anos até mais de 30 anos de duração da cefaléia. Os homens foram os que menos procuraram médico, principalmente até 10 anos de duração de cefaléia. Portanto, as mulheres procuraram o médico mais tardiamente. Não encontramos dados na literatura a respeito desses aspectos supracitados.

6.9. INTERVALO DE TEMPO LEVADO PARA PROCURAR O MÉDICO DESDE O INÍCIO DO SINTOMA CEFALÉIA

No presente trabalho, pacientes que procuraram atendimento médico para cefaléia levaram em média 4,8 ($\pm 6,9$) anos para procurar médico pela primeira vez. A maioria dos pacientes levou de 0 a 5 anos do início da cefaléia para procurar o médico. Os dados estão de acordo com o trabalho de VINCENT & FREITAS DE CARVALHO (1999), no qual a diferença entre o tempo de início da cefaléia e o primeiro exame foi de $4,6 \pm 7,7$ anos.

Houve casos, no presente levantamento, que demoraram 20 ou 30 anos para procurar atendimento médico para cefaléia e isso ocorreu por alguma razão. Geralmente essa procura tardia não ocorreu pela cefaléia primária habitual, mas sim por uma cefaléia diferente, secundária. É o tipo de paciente que não procuraria o médico pela cefaléia recorrente.

Houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos, ou seja, a mulher leva mais tempo para procurar o médico para cefaléia do que o homem. Os homens levaram em média 3,6 ($\pm 5,2$) anos para procurar médico pela primeira vez, a partir do início da dor, e as mulheres levaram 5,7 ($\pm 7,8$) anos para tal. Elas apresentam tempo de duração da doença mais longo e esse fato provavelmente explica por que acabam levando mais tempo para procurar médico.

LINET *et al.* (1989) mostram que a proporção de mulheres que procuraram cuidado médico para cefaléia aumentou com a idade. Esse fato pode indicar um tempo mais longo de duração de cefaléia ou início mais tardio da doença.

As mulheres procuram mais os recursos de saúde para cefaléia do que os homens - por que então demoram mais do que os homens para procurar o médico? Elas sofrem formas mais severas de cefaléia? CELENTANO *et al.* (1990) observaram que a duração da crise de cefaléia, sintomas pouco específicos e cefaléia relacionada à incapacidade foram mais importantes nas mulheres do que nos homens. LINET *et al.* (1989) verificaram a predominância entre as mulheres de uma freqüência mais alta de cefaléia e de cefaléias incapacitantes.

Provavelmente, quando as mulheres começam a freqüentar os serviços médicos, a situação já é crítica, e então perambulam em busca de alívio que, por conseguinte demora, pelo atendimento inicial precário à cefaléia.

Sabemos que as mulheres apresentam maior probabilidade diagnóstica de migrânea (LIPTON & STEWART, 1993), quando comparadas aos homens, pela crença de que é uma doença de mulher. Apesar da maior probabilidade diagnóstica de migrânea entre as mulheres e de elas freqüentarem mais os serviços médicos pela cefaléia, elas demoram para procurar serviços médicos, de acordo com o presente estudo.

6.10. DIAGNÓSTICO REALIZADO PELO MÉDICO-ASSISTENTE NO CUIDADO INICIAL À CEFALÉIA

Neste estudo, a maioria dos pacientes recebeu o diagnóstico de sinusopatia, sendo de domínio masculino, seguido pelo diagnóstico 'outros', com domínio feminino. Migrânea e não diagnóstico apresentam proporções semelhantes entre si e o diagnóstico de migrânea predomina no sexo feminino.

Chama a atenção o não diagnóstico da cefaléia. Pode demonstrar a falta de conhecimento pelo médico-assistente do diagnóstico da cefaléia. E, provavelmente, a falta de comunicação entre médicos e pacientes. O tempo de consulta médica em serviço público não oferece a possibilidade adequada de um bom relacionamento médico-paciente. É discutida, na literatura, a motivação dos médicos de atenção primária em reconhecer cefaléias primárias e a necessidade de encontrarem tempo para refletir sobre as cefaléias primárias, além de descartar as secundárias (LIPTON, 1998; MATHEW, 1998).

A falta de lembrança pelo paciente do diagnóstico dado pelo médico, mesmo quando a cefaléia foi diagnosticada (LIPTON *et al.*, 1992b), pode constituir-se em parte do percentual de pacientes sem diagnóstico no presente trabalho, uma vez que as informações nesse questionário foram obtidas, baseadas nos relatos de pacientes.

Sinusopatia foi o diagnóstico mais realizado. Os motivos também podem ser a falta de conhecimento do universo cefaléia pelo médico-assistente, e o fato de as cefaléias primárias poderem cursar com sinusopatia. Há indícios de que o diagnóstico de sinusite é supervalorizado, em detrimento do diagnóstico de migrânea, que acaba ficando subvalorizado. Este fato é relatado na literatura, ao afirmar que infecção sinusal é frequentemente supradiagnosticada, sendo que a mídia leva a acreditar que a maioria das cefaléias seja devida à doença sinusal (SILBERSTEIN *et al.*, 1998e). Porém, doença sinusal também tende a ser subdiagnosticada, quando não se pensa na infecção do seio esfenoidal (SILBERSTEIN *et al.*, 1998e). No trabalho brasileiro (VINCENT & FREITAS DE CARVALHO, 1999), sinusite foi reconhecida nos pacientes juntamente com cefaléia primária, pelos médicos-assistentes, mesmo sem a sugestão de um quadro clínico.

Dor episódica, recorrente em áreas de seios nasais, é provavelmente de natureza migranosa, com alterações secundárias nos seios, produzindo sintomas locais; cefaléia tensional também tem localização semelhante à cefaléia sinusal (SILBERSTEIN *et al.*, 1998e). Num estudo dinamarquês, as cefaléias atribuídas a doenças do nariz ou seios foram superestimadas entre migranosos e mulheres, podendo ser devidas a uma tendência diagnóstica, porque os migranosos (ambos os sexos) e as mulheres, em geral, consultam mais comumente médicos gerais (RASMUSSEN & OLESEN, 1994b).

Comparando o diagnóstico realizado pelo médico-assistente com aquele feito por meio dos critérios diagnósticos operacionais da SIC (HEADACHE CLASSIFICATION COMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY, 1988), visualizou-se que a migrânea é subdiagnosticada.

O diagnóstico anterior que mais discorda do atual é não diagnóstico, ou seja, 62,50% dos pacientes com não diagnóstico da cefaléia receberam diagnóstico de migrânea associada ou não a outros tipos de cefaléia, quando submetidos aos critérios da SIC. Dos pacientes com diagnóstico de sinusopatia feito anteriormente, apenas 22,94% apresentavam esse diagnóstico, de acordo com os critérios da SIC, e quase 30% apresentavam migrânea (sem critérios para sinusopatia). Quase 60% dos pacientes com diagnóstico anterior de 'outros' apresentavam migrânea, de acordo com os critérios da SIC. 'Outros' diagnósticos incluem condições como labirintopatias, problemas emocionais, alterações visuais, alterações vasculares, hipertensão arterial.

Quando os pacientes receberam o diagnóstico anterior de migrânea ou enxaqueca pelo médico-assistente, 83,91% realmente foram classificados como migrânea, segundo os critérios da SIC. A migrânea constitui-se num diagnóstico de acerto, quando diagnosticada pelo médico-assistente, como já citado na literatura (LIPTON *et al.*, 1992b).

Na literatura, o subdiagnóstico de migrânea é conhecido: no “American Migraine Study”, de 2479 migranosos severos, 38% relatam ter sido diagnosticados por um médico e 62% não diagnosticados. Um total de 41% de mulheres e 29% de homens com migrânea relatam ter sido diagnosticados por um médico. (LIPTON & STEWART, 1993).

VINCENT & FREITAS DE CARVALHO (1999) mostram que o diagnóstico correto foi feito somente por não especialistas em 44,9%; 6,7% e 26,7% de migrânea, cefaléia tipo tensional e cefaléia em salva, respectivamente, sendo que um número substancial recebeu cefaléia como diagnóstico, ou foi informado não ter doença presente ou teve o diagnóstico de várias doenças emocionais.

O fato de pacientes não relatarem os sintomas a seus médicos e dificultarem o diagnóstico correto da condição, como foi citado por LIPTON *et al.* (1992b), é particularmente interessante, visto que, no presente estudo, muitos pacientes nunca pensaram em queixar-se da cefaléia para seus médicos e, mesmo quando chegaram a se queixar, o sintoma foi pouco valorizado, já que o motivo da consulta era outro.

A migrânea não diagnosticada não é uma condição trivial, sendo associada a pelo menos alguma cefaléia incapacitante. Quando relacionada à intensa incapacidade, muitos não recebem os benefícios do diagnóstico médico e tratamento (LIPTON & STEWART, 1993).

Quanto aos padrões de consulta médica, é reconhecido na literatura que:

- a) as mulheres recebem mais diagnóstico médico e leigo de migrânea (LIPTON *et al.*, 1992b; LIPTON & STEWART, 1993);
- b) as mulheres consultam um médico por vários problemas (LIPTON *et al.*, 1992b; STEWART & LIPTON, 1994);

- c) as mulheres utilizam mais os cuidados de saúde por cefaléia (LIPTON *et al.*, 1992b);
- d) os médicos podem provavelmente diagnosticar mais migrânea em mulheres do que em homens (LIPTON *et al.*, 1992b; STEWART & LIPTON, 1994), pela crença de que é uma doença de mulher. Ser indivíduo do sexo masculino constitui uma barreira ao diagnóstico de migrânea (LIPTON *et al.*, 1992b).

No presente levantamento, o diagnóstico anterior de migrânea predominou no sexo feminino.

Portanto, a maioria dos migranosos não consultam freqüentemente um médico para suas cefaléias (LIPTON, STEWART, VON KORFF, 1994). Quando consultam, repetidamente foram diagnosticados de forma errada por outros médicos (RAFFAELLI, 1998); e, muitas vezes, recebem um tratamento abaixo das expectativas (LIPTON, *et al.*, 1994).

6.11. EXAMES SOLICITADOS PARA O DIAGNÓSTICO DE CEFALÉIA

No presente trabalho, verificou-se que a maioria dos pacientes (52,30%) não realizou exame complementar. Nos 47,70% de pacientes em que foi solicitado exame complementar, houve predomínio no sexo feminino. Isso pode ser explicado pelo fato da mulher procurar mais cuidado de saúde para cefaléia (LINET *et al.*, 1989; LIPTON *et al.*, 1992b), e se submeter mais à investigação diagnóstica.

O exame mais solicitado para cefaléia foi o eletrencefalograma, seguido do Rx de seios da face e/ou crânio, mais raramente a tomografia computadorizada de crânio. A associação de exame complementar mais solicitada foi EEG e Rx em 9,62% dos casos. Na literatura, VINCENT & FREITAS DE CARVALHO (1999) apresentaram dados muito semelhantes ao presente trabalho. Seus pacientes submeteram-se a 501 procedimentos de investigação motivados por cefaléia, com média de 1,21 exames por paciente, sendo o EEG

o mais freqüente (222), seguido de CT (114) e Rx em terceiro lugar. No presente trabalho, os 239 pacientes submeteram-se a 321 procedimentos de investigação diagnóstica para cefaléia.

A discussão a respeito de quando e como investigar cefaléias é extensa. Grande parte das cefaléias primárias não necessitam de investigação complementar, desde que preencham os critérios da SIC e não deixem dúvidas a respeito das suas características como cefaléias primárias. Os critérios da SIC requerem exclusão de causas orgânicas secundárias de cefaléia. Não se sabe, por exemplo, se o diagnóstico de migrânea é sempre válido, se ele satisfaz os critérios estabelecidos pela SIC, nem se sabe quantos mimetismos de migrânea são falsamente diagnosticados (SILBERSTEIN *et al.*, 1998b). Os testes diagnósticos servem para excluir causas orgânicas de cefaléia, descartar causas comórbidas que poderiam complicar a cefaléia e seu tratamento, estabelecer uma linha de base, e excluir contra-indicações de tratamento com drogas (SILBERSTEIN *et al.*, 1998b). Poucas diretrizes existem para investigação de cefaléia. No presente trabalho, o predomínio da não solicitação de exames complementares para cefaléia por parte do médico-assistente pode indicar um acerto quanto à benignidade das cefaléias (MATHEW, 1998), pois se sabe que a maioria das cefaléias é constituída por migrânea (10-15/20%) [STEWART *et al.*, 1992; LIPTON & STEWART, 1993; RASMUSSEN & BRESLAU, 1993b] e cefaléia tipo tensional (65-80%) [RASMUSSEN & OLESEN, 1992d; SILBERSTEIN *et al.*, 1998f]. Porém há um desconhecimento do universo cefaléia por parte do médico-assistente e, portanto, a falta de solicitação de exames complementares não é baseada nos critérios da SIC.

O EEG foi o exame mais solicitado no presente trabalho. É um exame não invasivo e de baixo custo, mas com baixa sensibilidade e especificidade para cefaléia; serve para revelar diferentes proporções de anormalidades em subtipos de cefaléia (SILBERSTEIN *et al.*, 1998b). Pode ser usado para estudar a comorbidade entre cefaléia e epilepsia (SILBERSTEIN *et al.*, 1998b). As anormalidades de EEG em cefaléia não são específicas nem freqüentes e, além disso, a solicitação de EEG pode representar um custo direto no atendimento às cefaléias (VINCENT & FREITAS DE CARVALHO, 1999), onerando o sistema sem resolução diagnóstica.

Ao se suspeitar de uma cefaléia secundária, deveria ser solicitada, pelo menos, uma tomografia computadorizada de crânio. A AAN revisou o papel da neuroimagem, na avaliação de paciente cujo exame neurológico é normal e concluiu que CT e RNM não trazem benefício substancial. Seu uso de rotina não é autorizado em pacientes cuja cefaléia encerra uma definição ampla de migrânea recorrente sem alteração recente na forma da cefaléia, nem história de crises e nem déficit neurológico focal. Por outro lado, quando se fizer necessária, a RNM pode ser superior à CT na avaliação de cefaléia (SILBERSTEIN *et al.*, 1998b).

As indicações para CT ou RNM são:

- a) a primeira ou pior cefaléia da vida do paciente, particularmente se é de início rápido;
- b) mudança na freqüência, intensidade ou características clínicas da crise de cefaléia;
- c) um exame neurológico anormal;
- d) cefaléia progressiva ou nova diária persistente;
- e) sintomas neurológicos que não preencham os critérios de migrânea com aura típica ou sintomas que indiquem investigação;
- f) déficit neurológico persistente;
- g) evidência definida no EEG de uma lesão cerebral focal;
- h) hemicrânia que não muda de lado, associada com sintomas neurológicos contralaterais;
- i) a terapia de rotina não levou à melhora pretendida (SILBERSTEIN *et al.*, 1998b).

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SECÃO CIRCULANTE

O Rx de crânio para cefaléia é pouco específico e sensível. A observação de que o Rx de seios faciais é um exame bastante solicitado é corroborada por VINCENT & FREITAS DE CARVALHO (1999). Trata-se de exame que acaba levando à sobrevalorização do diagnóstico de sinusopatia, pois os Rx são, em geral, de má qualidade e podem ser interpretados erroneamente. É, portanto, um exame inadequado para a avaliação clínica de sinusite (SILBERSTEIN *et al.*, 1998b). Evidências radiográficas de doença sinusal são muito comuns e não estabelecem a etiologia da cefaléia (SILBERSTEIN *et al.*, 1998b). Além disso, muitos pacientes poderiam ter o diagnóstico sem o Rx de seios da face (VINCENT & FREITAS DE CARVALHO, 1999), mas para o preenchimento dos critérios da SIC (HEADACHE CLASSIFICATION COMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY, 1988), é necessário o achado patológico em um ou mais dos seguintes testes: Rx, CT ou transiluminação.

A respeito de outros exames: há pouca razão para realizar angiografia em paciente com exame neurológico normal, RNM ou CT normal e história consistente com o diagnóstico de cefaléia primária benigna (SILBERSTEIN *et al.*, 1998b), a menos que se suspeite de aneurisma, vasculite ou malformação arteriovenosa. Angiografia por ressonância magnética tem algumas limitações, mas é uma ferramenta segura (SILBERSTEIN *et al.*, 1998b), pouco invasiva e frequentemente suficiente (LANCE, 1998, SILBERSTEIN *et al.*, 1998b). Ela é particularmente útil na rotina diagnóstica de suspeita de aneurisma ou malformações arteriovenosas em pacientes sem história de hemorragia subaracnóidea (SILBERSTEIN *et al.*, 1998b).

A punção lombar deve ser indicada em apenas quatro situações clínicas distintas: primeira ou pior cefaléia da vida; início rápido de cefaléia recorrente; cefaléia progressiva; e cefaléia crônica atípica intratável (SILBERSTEIN *et al.*, 1998b).

6.12. TRATAMENTO RECOMENDADO PELO MÉDICO-ASSISTENTE

A maioria dos pacientes recebeu algum tipo de tratamento para cefaléia, sem diferença estatisticamente significativa entre os sexos.

A estratégia de tratamento mais recomendada foi abortiva, (à base de analgésicos e antiinflamatórios não hormonais). O tratamento profilático foi a forma de tratamento menos recomendada.

Na literatura, VINCENT & FREITAS DE CARVALHO (1999) também encontraram baixo percentual de tratamento profilático, 0,6 (+/-1,2), de forma que nenhum tratamento profilático foi recomendado a 51,1%; 49,0%; e 33,3% dos pacientes com, respectivamente, migrânea, cefaléia tipo tensional e cefaléia em salva.

A profilaxia, atitude mais importante na prática de cefaléia, não foi recomendada pela maioria dos provedores de saúde.

RASMUSSEN *et al.* (1992b) observaram que o tratamento profilático foi ministrado em 7% dos migranosos.

No presente trabalho, o alto índice de tratamento abortivo culmina com o uso abusivo dessas medicações pelos pacientes, sendo um fator potencial para o determinismo de cefaléia crônica diária, como descrito na literatura (ANTONACI, 1998; SILBERSTEIN *et al.*, 1998a). O abuso de analgésicos simples e ergóticos induzem cefaléia rebote e cefaléia crônica diária, acompanhada de sintomas de dependência, engendrando cefaléias refratárias à medicação profilática (SILBERSTEIN *et al.*, 1998a). A necessidade de informação e educação dos médicos em relação a esses perigos é enfatizada.

Neste trabalho, observa-se grande falta de memória dos pacientes a respeito de quais medicamentos utilizaram ou estão utilizando. São pacientes que, no mesmo dia, consultam mais de um médico e, quando chegam ao próximo, já utilizaram vários medicamentos e, caso não sejam inquiridos, não relatam os medicamentos para o médico, que acaba prescrevendo novos medicamentos. Problema semelhante ocorre nos EUA, onde os analgésicos de venda livre estão realmente disponíveis e os pacientes freqüentemente consultam múltiplos médicos que podem não estar conscientes dos analgésicos que os pacientes estão tomando (SILBERSTEIN *et al.*, 1998a).

O grande problema a ser solucionado quanto ao diagnóstico incorreto da cefaléia (incluindo o subdiagnóstico da migrânea) e ao tratamento inadequado (incluindo abuso de medicamentos) é o cuidado inicial em cefaléia. No atendimento inicial, há que se destacar o médico de atenção inicial.

Há extensa discussão na literatura (LIPTON, 1998; MATHEW, 1998; RAFFAELLI, 1998; SHAPERO, 1999) a respeito do treinamento do médico de atenção inicial, que deve diagnosticar adequadamente a cefaléia, baseado nos critérios diagnósticos operacionais da SIC, e tratá-la, baseado nas características individuais e ambientais dos pacientes, distinguindo condições comórbidas. Por isso, os médicos de atenção inicial devem encaminhar os casos difíceis ao neurologista, que encaminham casos de maior grau de dificuldade ao cefaliatra (JENSEN *et al.*, 1998/99).

No entanto, depara-se com o fato de que os médicos de atenção inicial não são motivados para diagnosticar cefaléia primária. Grande parte deles não conhece os critérios da SIC no Brasil e em outros países, e o tempo de atendimento em consulta clínica (MATHEW, 1998) é curto para se indicar o tratamento estratificado.

As Sociedades de Cefaléias de cada país, vinculadas à Sociedade Internacional de Cefaléia, devem unir forças para ultrapassar e vencer essas dificuldades.

O primeiro passo é modificar o comportamento do paciente que, no Brasil e no mundo, é semelhante: a maioria dos indivíduos com cefaléia não procura médico. Deve-se então orientar a população para:

- a) procurar médico, pois dor de cabeça tem tratamento;
- b) não utilizar medicação sem orientação médica;
- c) não procurar balcão de farmácia para tratamento de cefaléia;
- d) procurar o balcão de farmácia para aviar prescrição médica.

O passo seguinte é colocar os médicos de atenção inicial em contato com os critérios da SIC, de forma generalizada. O médico de atenção inicial, que não conhece cefaléia, deve encaminhar ao neurologista os casos de cefaléia, mesmo os simples. É aconselhável que o médico de atenção inicial seja consciente da importância do seu papel na assistência adequada ao paciente.

O próximo passo, pelo menos no Brasil, é sensibilizar os neurologistas interessados em cefaléia para que conheçam os critérios da SIC (HEADACHE CLASSIFICATION COMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY, 1988).

Sabe-se que não é fácil, mesmo sendo especialista em neurologia e com experiência em cefaléia, atender, diagnosticar e orientar, adequadamente, o paciente em poucos minutos. Como exigir tudo isso do médico de atenção inicial, que tem outra formação médica e outros interesses? O médico de atenção inicial deveria ter assistência próxima e acessível dos especialistas em neurologia.

No presente trabalho, as medicações abortivas mais prescritas foram dipirona em 28,50%; ergóticos com ou sem cafeína e/ou analgésico à base de dipirona ou paracetamol e/ou metoclopramida em 22,89%; diclofenaco em 14,85%; descongestionantes em 11,25%; corticóides em 5,62%; e paracetamol em 4,42%. De acordo com a literatura (VINCENT & FREITAS DE CARVALHO, 1999), as drogas mais prescritas foram cafeína e dipirona. A prescrição de descongestionantes é muito comum, juntamente com a prescrição de antibióticos, justificada pelo alto número de diagnóstico de sinusopatia.

RASMUSSEN *et al.* (1992b) assinalaram que 49% dos indivíduos com migrânea e 87% dos indivíduos com cefaléia tipo tensional tinham usado medicação no ano anterior. O AAS foi usado por 31% dos migranosos e 59% daqueles com cefaléia tipo tensional. Paracetamol foi usado por 14% dos migranosos e por 42% dos indivíduos com cefaléia tipo tensional. Ergotamina foi usada por 17% dos migranosos.

As drogas mais prescritas pelos médicos para cefaléia, no estudo de LINET *et al.*(1989) foram paracetamol com codeína e AAS + cafeína + ergotamina com ou sem codeína.

FORTINI *et al.* (2000) observaram que os medicamentos sintomáticos mais utilizados foram a dipirona, o ácido acetilsalicílico e os ergotamínicos. O mesmo estudo englobou medicações prescritas e não prescritas. O uso de medicações profiláticas foi baixo no mesmo estudo.

No presente estudo, as medicações com objetivo de profilaxia foram fenobarbital (14,89%), amitriptilina (11,70%), diazepam (9,58%), flunarizina (7,44%), carbamazepina, bromazepam (6,38% cada) e cinarizina (4,26%). O fato de pacientes com cefaléia fazerem uso crônico de fenobarbital e diazepam, sem uma explicação satisfatória para tal fato, foi bastante observado no presente estudo. Geralmente são mulheres apresentando comorbidades (ansiedade e depressão), que consultam vários médicos sem solução de seus problemas e suas cefaléias. Os motivos relatados pelos pacientes para uso crônico de medicamentos controlados foram:

- a) insônia, no caso de parar abruptamente a medicação (em geral benzodiazepínicos);
- b) 'foco' detectado no EEG (sem história clínica de crise epiléptica).

Esse fato novamente alerta para a necessidade da orientação de médicos e pacientes a respeito do diagnóstico das cefaléias, de seu tratamento, e do uso abusivo de medicamentos.

VINCENT & FREITAS DE CARVALHO (1999) descreveram medicamentos tais como benzodiazepínicos e amitriptilina como os mais freqüentes profiláticos utilizados.

RASMUSSEN *et al.* (1992b) retrospectivamente encontraram o uso profilático de beta bloqueadores e clonidina em 4% e 3% dos indivíduos com migrânea no ano anterior.

6.13. CLASSIFICAÇÃO DAS CEFALÉIAS SEGUNDO OS CRITÉRIOS DA SOCIEDADE INTERNACIONAL DE CEFALÉIA

Neste trabalho, é necessário diferenciar dois grupos de pacientes quanto à classificação das cefaléias segundo os critérios diagnósticos operacionais da SIC: o grupo de 501 pacientes que procurou atendimento para cefaléia, e o grupo de 657 pacientes que não procurou atendimento. É interessante enfatizar que grande parte dos trabalhos da literatura não abrange pacientes que não procuram atendimento médico para cefaléia, sendo essa uma oportunidade de se conhecer a prevalência de cefaléias nesse tipo de população.

A cefaléia mais prevalente em ambos os grupos de pacientes foi a migrânea, com 48,40% nos pacientes que não procuraram atendimento médico para cefaléia e 53,49% nos pacientes que procuraram atendimento. Houve predomínio de migrânea sem aura, como descrito na literatura (RASMUSSEN, 1994a). No grupo de pacientes que procurou atendimento médico para cefaléia, houve predomínio da migrânea no sexo feminino como relatado na literatura (RASMUSSEN, 1994a). É interessante descrever que no grupo que não procurou atendimento médico para cefaléia houve tendência de predomínio masculino da migrânea. Há alta prevalência de migrânea, no presente estudo, quando comparada à literatura, na qual a prevalência varia de 1% ou 2% até 35% (RASMUSSEN & BRESLAU, 1993b; RASMUSSEN, 1994a).

STEWART *et al.*, 1992; LIPTON & STEWART, 1993 descrevem prevalência de migrânea em 17,6% das mulheres e 6% dos homens. O “American Migraine Study” (LIPTON & STEWART, 1993) conclui que as estimativas de prevalência de migrânea são nitidamente estáveis, quando avaliaram 24 estudos submetidos a meta-análise.

SANVITO *et al.* (1996) realizaram estudo em universitários de medicina e encontraram prevalência de migrânea em 54,4% das mulheres e 28,3% dos homens, prevalência alta e comparável ao presente trabalho, cuja diferença é a classe social menos favorecida dos pacientes.

Os motivos para a alta prevalência de migrânea do presente estudo podem ser:

- a) a população estudada apresenta realmente alta prevalência de migrânea;
- b) o neurologista que realizou as entrevistas valorizou muito as queixas dos pacientes e superestimou o diagnóstico de migrânea [como ocorre na literatura, o neurologista é específico para diagnosticar migrânea (LAÍNEZ *et al.*, 1994)];
- c) a prevalência de migrânea no grupo que procurou atendimento médico foi mais alta do que no grupo que não procurou atendimento médico; o predomínio da migrânea no primeiro grupo pode ser porque os pacientes migranosos, provavelmente mais graves, procuram amiúde o médico, quando comparados a pacientes de outras cefaléias.

No presente levantamento, cefaléia tipo tensional episódica ocorreu em 3,99% dos pacientes que procuraram atendimento médico. No outro grupo, cefaléia tipo tensional ocorreu em 14,61%. Houve baixa prevalência de cefaléia tensional em ambos os grupos, quando comparada à literatura: na Dinamarca a prevalência foi de 69% nos homens e 88% nas mulheres (SILBERSTEIN *et al.*, 1998f).

RASMUSSEN & OLESEN (1992d) detectaram prevalência de 78% de cefaléia tensional.

Para explicar as diferenças da prevalência de cefaléia tensional entre a literatura e o presente trabalho, temos a revisão epidemiológica de RASMUSSEN (1999). O autor detectou, em algumas populações, 20 a 30% de cefaléia tipo tensional. Essas discrepâncias ocorrem em razão da ampla variedade de frequência, duração e intensidade da cefaléia tensional.

Neste levantamento epidemiológico, a intensidade da cefaléia tensional pode ser considerada leve, fato que contribuiu para a pequena importância dada a essa queixa pelos próprios pacientes. Tomou-se cuidado para que todas as cefaléias dos pacientes fossem classificadas, mas pode ter ocorrido subestimação da cefaléia tensional,

principalmente quando associada à migrânea. Na literatura, a maioria dos migranosos (62%) apresenta também cefaléia tipo tensional e 25% dos pacientes com cefaléia tipo tensional têm também migrânea (SILBERSTEIN *et al.*, 1998f).

RASMUSSEN *et al.* (1991b); RASMUSSEN (1992a); RASMUSSEN *et al.* (1992c) descrevem cefaléia tipo tensional em 83% dos pacientes migranosos.

No presente trabalho, houve predomínio de migrânea no sexo feminino, no grupo que procurou atendimento médico para cefaléia. No outro grupo, que não procurou médico para cefaléia, houve predomínio masculino de migrânea. Em relação à cefaléia tipo tensional, houve franco predomínio masculino no grupo que não procurou atendimento médico para cefaléia. É conhecida na literatura a maior prevalência de migrânea (RASMUSSEN, 1992a; GÖBEL *et al.*, 1994; RASMUSSEN, 1994a; GUSEO & GICZI, 1994) e cefaléia tensional na mulher (RASMUSSEN *et al.*, 1991b; SILBERSTEIN *et al.*, 1998f; JENSEN, 1999). O predomínio de migrânea na mulher, no grupo que procurou cuidado médico para cefaléia, apresenta respaldo da literatura ao salientar que as mulheres relatam mais o diagnóstico médico de cefaléia do que os homens, referem cefaléias mais intensas e de duração maior do que os homens, muito provavelmente, utilizam os cuidados de saúde para cefaléia e também se lembram mais do diagnóstico do que os homens (CELENTANO *et al.*, 1990; LIPTON *et al.*, 1992b).

Argumentos para explicar o predomínio masculino global das cefaléias, principalmente a cefaléia tipo tensional no grupo de pacientes que não procurou atendimento médico para cefaléia, pode ser o fato de esses pacientes serem justamente aqueles que não vão ao médico e, provavelmente, apresentam formas leves de cefaléia tensional ou de migrânea. Ressalte-se que homens procuram menos os serviços de saúde, e, por isso, apresentam comportamentos menos conhecidos na literatura.

Segundo os critérios da SIC, sinusopatia ocorreu em 8,38% no grupo de pacientes que procurou médico para cefaléia, e 2,28% naquele que não procurou médico para cefaléia. Houve predomínio masculino em ambos os grupos, nitidamente maior no grupo que procurou atendimento médico. No grupo que procurou cuidado médico para cefaléia, a associação de cefaléia secundária à sinusopatia e migrânea mostra predomínio

no sexo feminino (prevalência de 16,77%); migrânea e cefaléia secundária à sinusopatia apresentam proporções equilibradas entre os sexos, no grupo que não procurou cuidado médico para cefaléia (prevalência de 3,04%). A prevalência de cefaléia associada com doença do nariz ou seios da face na literatura é de, aproximadamente 15%, com relação masculino: feminino de 1:2, sendo mais prevalentes associadas à migrânea. Não é encontrada associação entre doenças do nariz ou seios e cefaléia tipo tensional (RASMUSSEN & OLESEN, 1994b).

‘Outras cefaléias’ tiveram predomínio masculino no grupo de pacientes que não procurou atendimento médico e proporções equilibradas entre os sexos no grupo que buscou atendimento médico. ‘Outras cefaléias’ incluem as miscelâneas, as cefaléias secundárias diversas e a cefaléia de ressaca. É interessante destacar que a prevalência de outras cefaléias é maior no grupo de pacientes que não procurou atendimento médico (29,98%). A cefaléia de ressaca constitui razoável percentagem do número de outras cefaléias neste grupo. A ressaca é uma causa de cefaléia que geralmente não faz o paciente procurar o médico e que predomina no sexo masculino (RASMUSSEN & OLESEN, 1994b).

7. CONCLUSÕES

Os dados apresentados no presente estudo mostram:

- a) A maioria dos pacientes não procura cuidado médico para cefaléia;
- b) Pacientes do sexo feminino procuram atendimento médico mais freqüentemente;
- c) O atendimento mais procurado, em primeira instância, para cefaléia é o da clínica geral;
- d) Sinusopatia é o diagnóstico mais realizado pelo médico-assistente;
- e) A cefaléia é freqüentemente não diagnosticada;
- f) A migrânea é subdiagnosticada;
- g) A maioria dos médicos que atende a cefaléia, em cuidado inicial, não solicita exames complementares;
- h) Quando solicitado exame complementar para diagnóstico da cefaléia, o EEG, seguido do Rx de crânio ou seios da face, são os mais solicitados;
- i) O tratamento mais realizado pelo médico-assistente é à base de analgésicos e antiinflamatórios não hormonais, cujo abuso pode levar à cefaléia rebote e à crônica diária;
- j) A migrânea é a cefaléia mais prevalente na amostra estudada, tanto em pacientes que procuraram atenção médica como nos pacientes que não procuraram atendimento médico para cefaléia. Este diagnóstico foi realizado por meio da Classificação das Cefaléias e Algas Craniofaciais de 1988, da SIC.

8. SUMMARY

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SECÃO CIRCULANTE

The objective of this paper was to conduct an epidemiological study in primary care service and evaluate the patient's behavior as regards the cephalalgia symptom, the doctor's behavior in face of the disorder, assessment of the diagnosis accuracy and the adequacy of the proposed treatment.

The method used was an interview with the patients guided by a questionnaire, applied by the same neurologist with headache management training. The sample was composed of patients assisted at the general clinic of a private company, emergency room and a doctor's office.

A thousand two hundred and thirty four patients were studied [43,52% female and 56,48% male]. Most of them were between 16 and 45 years old (78,12%).

Headache prevalence was 93,84%, with greater female prevalence (96,65%).

As regards patient behavior, most of them (56,74%) did not seek medical care for headaches. Women sought medical services for headache more frequently (57,09%).

Most patients sought 1 (47,31%) and 2 (20,96%) doctors for headache.

The types of medical care more frequently looked for were the general clinic (44,52%) and neurology or neurosurgery (27,95%).

Over-the-counter headache-relief drugs were used by 83,72% of the patients, with predominance of the female sex.

The average of the headache symptom duration was 12.2+/-10.3 years.

The average time for the patient to look for a doctor and headache treatment was 4.8+/-6.9 years.

As regards the doctor's behavior, the more frequent initial diagnosis was sinus headache (33.93%). Migraine was diagnosed in 17.37%, with predominance of the female sex (72.41%). The headache was not diagnosed in 15.97% of the patients.

The doctors didn't request supplementary headache investigation in 52.30% of the patients. The more frequent supplementary headache investigation was EEG (38.08%) and cranium or facial x-rays (22.59%), especially in the female sex.

The abortive treatment was more frequently recommended for headache (34.81%) than the prophylactic treatment (6.65%).

The cephalalgia classification according to SIC shows that in the group that sought medical care migraine prevailed (53.89%), followed by an association of migraine and sinus headache (16.77%); in the group that didn't seek a doctor migraine prevailed (48.40%), followed by other types of headaches (29.98%).

The results of this study show that most patients don't seek medical care for headaches and that when they do, women seek the doctor more frequently.

The general clinic is the type of medical care more frequently looked for.

Sinus headache is the kind of headache more frequently diagnosed by the doctors. Migraine is many times sub-diagnosed.

Most of the doctors don't request supplementary headache investigation.

The therapeutic strategy is usually only the headache crisis treatment.

When revised by the neurologist with headache training, the migraine diagnosis, according to SIC, is the most frequent in both groups (those who sought and those who did not seek medical care for headache).

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANTONACI, F. - Drug abuse headache: recognition and management. **Cephalalgia**, 18(suppl.22): 47-55, 1998.
- ARRUDA, M.A. - **Cefaléia crônica na infância: estudo retrospectivo em um ambulatório terciário**. Ribeirão Preto, 1999. (Tese de doutorado - Universidade de São Paulo).
- CELENTANO, D.D.; LINET, M.S.; STEWART, W.F. - Gender differences in the experience of headache. **Soc Sci Med**; 30(12):1289-95, 1990.
- CELENTANO, D.D.; STEWART, W.F.; LIPTON, R.B.; REED, M.L. - Medication use and disability among migraineurs: a national probability sample survey. **Headache**, 32:223-8, 1992.
- EDMEADS, J.; FINDLAY, H.; TUGWELL P.; PRYSE-PHILLIPS, W.; NELSON, R.F.; MURRAY, T.J. - Impact of migraine and tension-type headache on life-style, consulting behavior, and medication use: a canadian population survey. **Can J Neurol Sci**, 20:131-7,1993.
- FORTINI, I.; RABELLO, G.D.; GALVÃO, A.C.R.; CARRCINI, D.; CALDERATO, M.; CABOCLO, L.O.S. - Medicamentos utilizados por pacientes com cefaléia que procuram atendimento especializado em hospital terciário pela primeira vez. In: CONGRESSO LATINOAMERICANO DE CEFALÉIA, 2; CONGRESSO INTERNACIONA DE CEFALÉIA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA, 14, São Paulo, 2000. **Anais**. Ribeirão Preto, [In press].
- GALIANO, L.; MONTIAL, I.H.; MELCHOR, A.; FALIP, R.; ASENSIO, M.; MATIAS-GUIU, J. - Validation of a spanish questionnaire to perform a population: based study of the prevalence of headache. In:OLESEN, J., ed. - **Frontiers in headache research: headache classification and epidemilogy**. New York, Raven Press, 1994. v.4, p.213-5.

- GÖBEL, H.; PETERSEN-BRAUN, M.; SOYKA, D. - Headache in Germany: a nationwide survey of a representative sample on the basis of the headache classification of the International Headache Society. In:OLESEN, J., ed. - **Frontiers in headache research: headache classification and epidemiology**. New York, Raven Press, 1994. v.4, p.255-61.
- GUSEO, A. & GICZI, J. - Epidemiology of migraine in urban and rural communities in Central Transdanubia, Hungary. In:OLESEN, J., ed. - **Frontiers in headache research: headache classification and epidemiology**. New York, Raven Press, 1994. v.4, p.263-5.
- HEADACHE CLASSIFICATION COMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY - Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. **Cephalalgia**, 8 (suppl.7):1-96, 1988.
- JENSEN, K.; CAMPBELL, K.; DIENER, H-C; KURDI, A.A.L.; MATHEW, N.; SAKAI, F.; VINCENT, M.; VEIN, A.M. - Organization and delivery of services to headache patients. In: THE IHS MEMBERS' HANDBOOK 1998/99. - **Members' Handbook 1998/99**. Oslo, Scandinavian University Press, 1999. p.220-35.
- JENSEN, R. - Pathophysiological mechanisms of tension-type headache: a review of epidemiological and experimental studies. **Cephalalgia**, 19(6):602-21, 1999.
- LAÍNEZ, M.J.A.; VIOQUE, J.; HERNÁNDEZ-AGUADO, I.; TITUS, F. - Prevalence of migraine in Spain: an assessment of the questionnaire's validity by clinical interview. In:OLESEN, J., ed. - **Frontiers in headache research: headache classification and epidemiology**. New York, Raven Press, 1994. v.4, p.221-5.
- LANCE, J.W. & GOADSBY, P.J. - Migraine: clinical aspects. In: LANCE, J.W. & GOADSBY, P.J. - **Mechanism and management of headache**. 6.ed. Oxford, Butterworth Heinemann, 1998. p.56-78.

- LINET, M.S.; STEWART, W.F.; CELENTANO, D.D.; ZIEGLER, D.; SPRECHER, M. - An epidemiologic study of headache among adolescents and young adults. **Jama**, **261**(15):2211-6, 1989.
- LIPTON, R.B. - Disability assessment as a basis for stratified care. **Cephalalgia**, **18**(suppl.22): 40-6, 1998.
- LIPTON, R.B. & STEWART, W.F. - Migraine in the United States: a review of epidemiology and health care use. **Neurology**, **43**(suppl.3): S6-S10, 1993.
- LIPTON, R.B.; STEWART, W.F.; CELENTANO, D.D.; REED, M.L. - Undiagnosed migraine headaches: a comparison of symptom-based and reported physician diagnosis. **Arch Intern Med**, **152**:1273-8, 1992b.
- LIPTON, R.B.; STEWART, W.C.; SOLOMON, S. - Questionnaire versus clinical interview in the diagnosis of headache. **Headache**, **32**(1):55-6, 1992a. [Letter]
- LIPTON, R.B.; STEWART, W.F.; VON KORFF, M.R. - Individual and societal impact of migraine. In:OLESEN, J., ed. - **Frontiers in headache research: headache classification and epidemiology**. New York, Raven Press, 1994. v.4, p.327-33.
- MATHEW, N. - Differential diagnosis in headache: identifying migraine in primary care. **Cephalalgia**, **18**(suppl.22): 32-9, 1998.
- MATHEW, N.T.; REUVENI, U.; PEREZ, F. - Transformed or evolutive migraine. **Headache**, **27**:102-6, 1987.
- MATHEW, N.T.; STUBITS, E.; NIGAM, M.P. - Transformation of episodic migraine into daily headache: analysis of factors. **Headache**, **22**(2):66-8, 1982.
- NIKIFOROW, R. & HOKKANEN, E. - Effects of headache on working ability: a survey of an urban and rural population in northern Finland. **Headache**, **19**:214-18, 1979.
- PEREIRA-MONTEIRO, J.M.; MAIO, R.J.A R.; CALHEIROS, J.M. - Headache diagnosis-comparison of questionnaire with clinical interview. In:OLESEN, J., ed. - **Frontiers in headache research: headache classification and epidemiology**. New York, Raven Press, 1994. v.4, p.217-20.

- POEST, D. & GUBBELS, J.W. - Headache: an epidemiological survey in a dutch rural general practice. **Headache**, 26:122-5, 1986.
- RAFFAELLI, E. - Migraine awareness, treatment, and, education in Brasil. **Cephalalgia**, 18(suppl.22): 67-8, 1998.
- RASMUSSEN, B.K. - Epidemiology. **In**: OLESEN, J.; TFELT-HANSEN, P.; WELCH, K.M.A., ed. - **The headaches**. New York, Raven Press, 1993a. p.15-9, 439-43.
- RASMUSSEN, B.K. - Epidemiology and socio-economic impact of headache. **Cephalalgia**, 19(suppl.25): 20-3, 1999.
- RASMUSSEN, B.K. - Epidemiology of headache in Europe. **In**:OLESEN, J., ed. - **Frontiers in headache research: headache classification and epidemiology**. New York, Raven Press, 1994a. v.4, p.231-7.
- RASMUSSEN, B.K. - Migraine and tension-type headache in a general population: psychosocial factors. **Int J Epidemiol**, 21:1138-43, 1992a.
- RASMUSSEN, B.K. & BRESLAU, N. - Epidemiology. **In**: OLESEN, J.; TFELT-HANSEN, P.; WELCH, K.M.A., ed. - **The headaches**. New York, Raven Press, 1993b. p.169-73.
- RASMUSSEN, B.K.; JENSEN, R.; OLESEN, J. - Impact of headache on sickness absence and utilization of medical services: a danish population study. **J Epidemiol Community Health**, 46:443-6, 1992b.
- RASMUSSEN, B.K.; JENSEN, R.; OLESEN, J. - A population-based analysis of the International Headache Society classification. **In**:OLESEN, J., ed. - **Frontiers in headache research: headache classification and epidemiology**. New York, Raven Press, 1994c. v.4, p.69-76.
- RASMUSSEN, B.K.; JENSEN, R.; OLESEN, J. - Questionnaire versus clinical interview in the diagnosis of headache. **Headache**, 31:290-5, 1991a.

- RASMUSSEN, B.K.; JENSEN, R.; SCHROLL, M.; OLESEN, J. - Epidemiology of headache in a general population: a prevalence study. *J Clin Epidemiol*, **44**(11):1147-57, 1991b.
- RASMUSSEN, B.K.; JENSEN, R.; SCHROLL, M.; OLESEN, J. - Interrelations between migraine and tension type headache in the general population. *Arch Neurol*, **49**(9):914-8, 1992c.
- RASMUSSEN, B.K. & OLESEN, J. - Secondary headaches and their interrelations with primary headaches in a general population. In:OLESEN, J., ed. - **Frontiers in headache research: headache classification and epidemiology**. New York, Raven Press, 1994b. v.4, p.149-53.
- RASMUSSEN, B.K. & OLESEN, J. - Symptomatic and nonsymptomatic headaches in a general population. *Neurology*, **42**:1225-31, 1992d.
- SANCHEZ-PRECIOSO, S.; GARCIA-CANTO, E.; VILLAESCUSA, O.; BARBERO, P.; MORENO J.A.; MULAS, F. - Cefalea en la infancia: un estudio retrospectivo. *Rev Neurol*, **23**(122):764-8, 1995.
- SANVITO, W.L.; MONZILLO, P.H.; PRIETO PERES, M.F.; MARTINELLI, M.O.; FERA, M.P.; GOUVEIA, D.A.C.; MURACHOVSKY, J.; SALOMÃO, W.R.S.; LEME, R.J.A. - The epidemiology of migraine in medical students. *Headache*, **36**:316-9, 1996.
- SHAPER, G. - The difficulties of making treatment choices in migraine for the primary care physician. *Cephalalgia*, **19**(suppl.24): 7-12, 1999.
- SILBERSTEIN, S.D.; LIPTON, R.B.; GOADSBY, P.J. - Chronic daily headache: diagnosis and treatment. In:_____, ed. - **Headache in Clinical Practice**. Oxford, Isis Medical Media, 1998a. p.101-14.
- SILBERSTEIN, S.D.; LIPTON, R.B.; GOADSBY, P.J. - Diagnostic testing and ominous causes of headache. In:_____, ed. - **Headache in Clinical Practice**. Oxford, Isis Medical Media, 1998b. p.31-40.

- SILBERSTEIN, S.D.; LIPTON, R.B.; GOADSBY, P.J. - Epidemiology and impact of headache disorders. In: _____, ed. - **Headache in Clinical Practice**. Oxford, Isis Medical Media, 1998c. p.19-30.
- SILBERSTEIN, S.D.; LIPTON, R.B.; GOADSBY P.J. - Historical introduction. In: _____, ed. - **Headache in Clinical Practice**. Oxford, Isis Medical Media, 1998d. p.1-8.
- SILBERSTEIN, S.D.; LIPTON, R.B.; GOADSBY, P.J. - Sinus headache. In: _____, ed. - **Headache in Clinical Practice**. Oxford, Isis Medical Media, 1998e. p.177-82.
- SILBERSTEIN, S.D.; LIPTON, R.B.; GOADSBY, P.J. - Tension-type headache: diagnosis and treatment. In: _____, ed. - **Headache in Clinical Practice**. Oxford, Isis Medical Media, 1998f. p.91-100.
- STEWART, W.F. & LIPTON, R.B. - Migraine epidemiology in the United States. In: OLESEN, J., ed. - **Frontiers in headache research: headache classification and epidemiology**. New York, Raven Press, 1994. v.4, p.239-46.
- STEWART, W.F.; LIPTON, R.B.; CELENTANO, D.D.; REED, M.L. - Prevalence of migraine headache in the United States. **Jama**, 267(1):64-9, 1992.
- TEIXEIRA, M.J.; SHIBATA, M.K.; PIMENTA, C.A.M.; CORRÊA, C.F., ed - **Dor no Brasil: estado atual e perspectivas**. São Paulo, Limay, 1995. 196p.
- TOPCZEWSKI A. - **Cefaléia na Infância e Adolescência: aspectos clínicos e laboratoriais**. Campinas, 1997. (Tese de doutorado - Universidade Estadual de Campinas).
- VINCENT, M.B. & FREITAS DE CARVALHO, J.J. - Primary headache care delivery by nonspecialists in Brazil. **Cephalalgia**, 19(5):520-4, 1999.

OBRAS CONSULTADAS

**HERANI, M.L.G. - Normas para a apresentação de Dissertações e Teses. – BIREME-
Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. São
Paulo, 1990. 32 p.**

10. ANEXOS

Protocolo: “Levantamento do cuidado e atendimento inicial às cefaléias no Brasil” da Sociedade Brasileira de Cefaléia e Grupo de Trabalho de Cefaléia e Dor da Academia Brasileira de Neurologia, modificado

1. Investigador: _____

2. Paciente(iniciais): _____

a) Nível de escolaridade: _____

3. Idade: 4. Sexo: 5. Local do atendimento:

_____ M F Consultório sus outro: _____

Apresenta cefaléia ou apresentou? SIM() NÃO(). Se sim, continua.

6. Há quanto tempo o(a) paciente 7. Já procurou atendimento médico anteriormente por cefaléia?

apresenta cefaléia? SIM NÃO Se não procurou, fazer apenas b e 9

b) Usa auto-medicação? SIM() NÃO() Quais? _____.

8. Há quanto tempo procurou médico pela primeira vez por causa das cefaléias?

c) Quantos médicos procurou? _____

9. Diagnóstico(s) da(s) cefaléia(s) segundo os critérios da Sociedade Internacional de Cefaléia.

a) _____

b) _____

c) _____

d) _____

d) Breve descrição das cefaléias do paciente: duração / localização / caráter / intensidade / agrava ao subir degrau ou atividade / náusea e/ou vômito / fotofobia e/ou fonofobia / aura.

10. Quantos médicos procurou antes e quais eram suas especialidades?

QUANT ESPECIALIDADE QUANT ESPECIALIDADE

11. Quais foram os diagnósticos considerados previamente para a cefaléia?

a) _____

b) _____

c) _____

d) _____

12. Quais foram os exames complementares solicitados devido a cefaléia?

QUANT	EXAME	QUANT	EXAME
	ELETREENCEFALOGRAMA		MAPEAMENTO CEREBRAL
	TC DE CRÂNIO		RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO CRÂNIO
	ANGIOGRAFIA CEREBRAL		POTENCIAIS EVOCADOS

13. Quais foram os tratamentos recomendados anteriormente pelos médicos já procurados, incluindo doses de cada medicamento, além de outras eventuais medidas terapêuticas?

PROFILÁTICOS:

ABORTIVOS:

Observações: _____

Quando investigar cefaléia

- A primeira ou a pior cefaléia da vida do paciente;
- Mudança da frequência, intensidade ou características clínicas da crise de cefaléia;
- Exame neurológico anormal;
- Cefaléia progressiva ou nova diária persistente;
- Sintomas neurológicos que não preenchem os critérios de migrânea com aura típica ou sintomas que indiquem investigação;
- Déficit neurológico persistente;
- Evidência definida no EEG de lesão cerebral focal;
- Hemicrânia que não muda de lado, associada com sintomas neurológicos contralaterais;
- A terapêutica de rotina não leva à melhora pretendida.

**UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE**

Classificação do grau de escolaridade

0 = analfabeto

1 = primeiro grau incompleto

2 = primeiro grau completo

3 = segundo grau incompleto

4 = segundo grau completo

5 = terceiro grau incompleto

6 = terceiro grau completo

Dos resultados

4.1. Os 237 pacientes, que procuraram somente 1 médico para cefaléia, apresentaram a seguinte subdivisão por tipo de atendimento

1 clínico: 108/237 pacientes (45,57%) [54F (50,00%) e 54M (50,00%)]
1 neurologista ou neurocirurgião: 66/237 (27,85%) [32F (48,49%) e 34M (51,51%)]
1 oftalmologista: 25/237 (10,55%) [17F (68,00%) e 8M (32,00%)]
1 otorrinolaringologista: 17/237 (7,18%) [10F (58,82%) e 7M (41,18%)]
1 ginecologista: 7/237 (2,95%) [7F (100,00%) e 0M (0%)]
1 pediatra: 5/237 (2,11%) [1F (20,00%) e 4M (80,00%)]
1 pneumologista: 3/237 (1,27%) [2F (66,67%) e 1M (33,33%)]
1 psiquiatra: 2 (0,84%) [0F (0%) e 2M (100,00%)]
1 ortopedista: 1 (0,42%) [1F (100,00%) e 0M (0%)]
1 cirurgião: 1 (0,42%) [1F (100,00%) e 0M (0%)]
1 cardiologista: 1 (0,42%) [1F (0,42%) e 0M (0%)]
1 homeopata: 1 (0,42%) [1F (100,00%) e 0M (0%)]

4.2. Em relação aos grupamentos médicos: quando os pacientes procuraram mais de um tipo de médico para cefaléia até a entrevista, as associações mais comuns mostram-se distribuídas abaixo

Clínico geral e neurologista: 63 (12,57%) [42F (66,67%) e 21M (33,33%)]
Clínico geral e oftalmologista: 14 (2,79%) [8F (57,14%) e 6M (42,86%)]
Clínico geral/neurologista/oftalmologista: 11 (2,19%) [9F (81,81%) e 2M (18,19%)]
Neurologista/oftalmologista: 9 (1,79%) [3F (33,33%) e 6M(66,67%)]
Clínico geral/otorrinolaringologista: 8 (1,59%) [5F (62,50%) e 3M (37,50%)]
Neurologista/pediatra: 4 (0,79%) [1F (25,00%) e 3M (75,00%)]
Clínico geral/neurologista/otorrinolaringologista: 4 (0,79%) [1F (25,00%) e 3M (75,00%)]
Clínico geral/psiquiatra:3 (0,59%) [3F (100,00%)]
Oftalmologista/pediatra: 3 (0,59%) [1F (33,33%) e 2M (66,67%)]
Neurologista/otorrinolaringologista: 3 (0,59%) [2F (66,67%) e 1M (33,33%)]

142 apresentam outras associações

4.3. Classificação das cefaléias com os subtipos de cefaléias, segundo os critérios da Sociedade Internacional de Cefaléia, nos 501 pacientes que procuraram atendimento médico

Cefaléia tensional episódica e/ou outra: 10F (2,00%) e 10M (2,00%)=20 (3,99%)
Cefaléia tensional episódica e sinusopatia e/ou: 12F (2,40%) e 10M (2,00%)=22 (4,39%)
Cefaléia tensional episódica e migrânea e/ou: 8F (1,60%) e 7M (1,40%) =15 (2,99%)
Migrânea sem aura e/ou: 48F (9,58%) e 27M (5,39%) =75 (14,97%)
Migrânea e/ou: 12F (2,39%) e 10M (2,00%) =22 (4,39%)
Migrânea e primária e/ou miscelânea: 29F (5,79%) e 14M (2,79%) =43 (8,58%)
Migrânea/secundária/primária 3F (0,60%) e 1M (0,20%) =4 (0,80%)
Migrânea e cefaléia secundária: 29F (5,79%) e 17M (3,39%) =46 (9,18%)
Migrânea com aura e/ou: 27F (5,39%) e 15M (2,99%) =42 (8,38%)
Migrânea com e sem aura e/ou: 12F (2,39%) e 2M (0,40%) =14 (2,79%)
Migrânea que não preenche critério e/ou: 9F (1,80%) e 7M (1,39%) =16 (3,19%)
Migrânea sem aura e migrânea que não preenche critério: 1M (0,20%) =1 (0,20%)
Migrânea com aura e migrânea sem aura: 2F (0,40%) =2 (0,40%)
Migrânea e sinusite e/ou outras: 49F (9,78%) e 35M (6,99%) =84 (16,77%)
Status migranoso: 3F (0,59%) =3 (0,59%)
Sinusite e/ou outras: 8F (1,60%) e 34M (6,79%) =42 (8,38%)
Migrânea/tensional episódica/sinusopatia e/ou outras: 3F (0,59%)=3 (0,59%)
Cefaléia por ACO: 1F (0,20%) =1 (0,20%)
Cefaléia secundária: 8F (1,60%) e 7M (1,40%) =15 (3,00%)
Cefaléia em salva e meningite: 1F (0,20%) =1 (0,20%)
Cefaléia cervicogênica: 3F (0,60%) e 1M (0,20%) =4 (0,80%)
Cefaléia por estímulo frio e/ou: 1F (0,20%) =1 (0,20%)
Cefaléia não classificada e/ou: 4F (0,80%) e 11M (2,20%)=15 (3,00%)
Cefaléia não classificada e sinusopatia: 1M (0,20%) =1 (0,20%)
Cefaléia não classificada e refração: 1F (0,20%) =1 (0,20%)
Cefaléia secundária a meningite: 1M (0,20%) =1 (0,20%)
Cefaléia secundária IVAS: 1F (0,20%) e 1M (0,20%) =2 (0,40%)
Cefaléia secundária a IVAS e jejum: 1F (0,20%) e 1M (0,20%) =2 (0,40%)
Cefaléia secundária a erro de refração: 1F (0,20%) e 2M (0,39%) =3 (0,59%)

4.4. Classificação das cefaléias com os subtipos de cefaléias, segundo os critérios da Sociedade Internacional de Cefaléia, nos 657 pacientes que não procuraram atendimento médico

Cefaléia tensional episódica e/ou: 23F (3,50%) e 64M (9,74%) =87 (13,24%)
Cefaléia tensional episódica e pontada e/ou outra: 2F (0,30%) e 3M (0,46%) =5 (0,76%)
Cefaléia tensional episódica e cefaléia em salva: 1M (0,15%) =1 (0,15%)
Cefaléia tensional episódica e sinusopatia: 1F (0,15%) =1 (0,15%)
Cefaléia tensional que não preenche critério: 2M (0,30%) =2 (0,30%)
Migrânea e/ou outra: 15F (2,28%) e 27M (4,11%) =42 (6,39%)
Migrânea sem aura e/ou: 53F (8,07%) e 62M (9,43%) =115 (17,50%)
Migrânea que não preenche critério e/ou: 29F (4,41%) e 48M (7,32%) =77 (11,73%)
Migrânea com e sem aura e/ou: 5F (0,77%) e 3M (0,45%) =8 (1,22%)
Migrânea com aura: 8F (1,22%) e 11M (1,68%) =19 (2,90%)
Migrânea sem aura e aura sem migrânea: 1F (0,15%) e 1M (0,15%) =2 (0,30%)
Migrânea e cefaléia tensional e/ou: 6F (0,92%) e 3M (0,45%) = 9 (1,37%)
Migrânea que não preenche critério e cefaléia tensional: 1F (0,15%) e 1M (0,15%) =2 (0,30%)
Migrânea e outra secundária: 17F (2,59%) e 13M (1,99%) =30 (4,58%)
Migrânea e outra primária ou miscelânea: 11F (1,69%) e 6M (0,91%) =17 (2,60%)
Migrânea/secundária/primária: 3F (0,45%) e 2M (0,31%) =5 (0,76%)
Migrânea/cervicogênica/pontada: 1F (0,15%) =1 (0,15%)
Migrânea/sinusopatia/tensional e outra: 2M (0,30%) =2 (0,30%)
Sinusopatia: 7F (1,07%) e 3M (0,45%) =10 (1,52%)
Migrânea e sinusopatia e/ou: 9F (1,37%) e 11M (1,67%) =20 (3,04%)
Sinusopatia e/ou: 5M (0,76%) =5 (0,76%)
Cefaléia não classificada: 11F (1,67%) e 15M (2,30%) =26 (3,97%)
Cefaléia não classificada e pontada: 1M (0,15%) =1 (0,15%)
Cefaléia não classificada e/ou pontada e/ou sinusopatia: 1F (0,15%) e 2M (0,30%) =3 (0,45%)
Cefaléia secundária a IVAS: 8F (1,22%) e 42M (6,40%) =50 (7,62%)
Cefaléia secundária a IVAS e ressaca: 3M (0,45%) =3 (0,45%)
Cefaléia secundária a IVAS e jejum: 1M (0,15%) =1 (0,15%)
Cefaléia secundária: 9F (1,37%) e 20M (3,04%) =29 (4,41%)
Cefaléia secundária a alteração de coluna: 5M (0,76%) =5 (0,76%)
Cefaléia secundária a alteração dentária: 1F (0,15%) e 2M (0,30%) =3 (0,45%)
Cefaléia secundária a jejum e ressaca: 1F (0,15%) e 1M (0,15%) =2 (0,30%)
Cefaléia de ressaca: 2F (0,30%) e 40M (6,09%) =42 (6,39%)
Cefaléia em pontada idiopática e/ou: 1F (0,15%) e 7M (1,07%) =8 (1,22%)
Cefaléia por estímulo frio e/ou compressão externa: 1F (0,15%) e 11M (1,68%) =12 (1,83%)
Cefaléia cervicogênica: 3F (0,455%) e 3M (0,455%) =6 (0,91%)
Cefaléia induzida por álcool: 1F (0,15%) =1 (0,15%)
Cefaléia secundária a erro de refração e/ou: 2F (0,30%) =2 (0,30%)
Cefaléia de ressaca e erro de refração: 1M (0,15%) =1 (0,15%)
“Thunderclapp headache”: 1M (0,15%) =1 (0,15%)
Cefaléia secundária a IVAS/ressaca/infecção secundária: 1M (0,15%) =1 (0,15%)

4.5. Nomes dos medicamentos abortivos, prescritos pelo médico-assistente no cuidado inicial em cefaléia (baseados na lembrança e relato dos pacientes)

Observação: um paciente pode ter relatado 1, 2 ou mais medicamentos, e esse fato não foi discriminado.

Nome comercial

Analgésico/ AINH/ descongestionante: 6 (2,42%) pacientes (4F e 2M)
Anador: 21(8,43%) pacientes (13F e 8M)
Buscopan: 3 pacientes (1,20%)(3F)
Cataflam: 32 (12,85%)(15F e 17M)
Cefalium: 3 (1,20%)(3F)
Cefaliv: 7 (2,81%)(7F)
Cibalena: 1 (0,41%)(1M)
Conmel: 2 (0,80%)(2M)
Corticosteróide (prednisona, celestone, etc...): 14 (5,62%)(9F e 5M)
Diclofenaco: 3 (1,20%)(2F e 1M)
Dipirona: 33 (13,25%) (22F e 11M)
Dolamin: 1 (0,41%)(1F)
Lisador: 4 (1,60%)(3F e 1M)
Magnopyrol: 9 (3,61%)(4F e 5M)
Melhoral: 3 (1,20%)(1F e 2M)
Migrane: 5 (2,01%)(5F)
Movatec: 1 (0,41%)(1F)
Naldecon: 6 (2,41%)(2F e 4M)
Naprosyn: 2 (0,80%)(1F e 1M)
Novalgina: 6 (2,41%)(3F e 3M)
Ormigrein: 17 (6,83%)(11F e 6M)
Parcel: 8 (3,21%)(8F)
Ponstan: 3 (1,20%)(3F)
Profenid: 2 (0,80%)(2F)
Sinustrat: 1 (0,41%)(1F)
Sinutab: 21 (8,43%)(15F e 6M)
Sumax: 2 (0,80%)(2F)
Tandrilax: 2 (0,80%)(2F)
Tonopan: 17 (6,83%)(11F e 6M)
Tylenol: 11 (4,42%)(6F e 5M)
Tylex: 1 (0,41%)(1F)
Voltaren: 2 (0,80%)(2F)

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

Nome do princípio ativo

Acido acetilsalicílico	1,20%
Acido acetilsalicílico+paracetamol	0,41%
Acido acetilsalicílico+paracetamol+cafeína	0,41%
Acido mefenâmico	1,20%
Butilescopolamina	1,20%
Cetoprofeno	0,80%
Corticóides	5,62%
Descongestionante	11,25%
Diclofenaco	14,85%
Dipirona	28,50%
Dipirona+prometazina+adifenina	1,60%
Ergóticos	22,89%
Meloxicam	0,41%
Paracetamol	4,42%
Paracetamol+carisoprodol+diclofenaco	0,80%
Narcóticos c/ou s/ paracetamol	0,82%
Naproxeno	0,80%
Sumatriptano	0,80%

4.6. Nomes dos medicamentos benzodiazepínicos, antidepressivos, anticonvulsivantes, classificados como profiláticos, e dos neurolépticos, prescritos pelo médico-assistente no cuidado inicial em cefaléia, baseados na lembrança e relato dos pacientes (ordem alfabética)

Nome comercial

Amitriptilina: 1 (1,06%) (1M)
Ampectil: 1 (1,06%) (1F)
Anafranil: 2 pacientes (2,13%) (2F)
Comital: 1 (1,06%) (1M)
Depakene: 1 (1,06%) (1M)
Diazepam: 6 (6,38%) (4F e 2M)
Flunarizina: 1 (1,06%) (1F)
Frontal: 1 (1,06%) (1F)
Gardenal: 14 (14,89%) (5F e 9M)
Haldol: 1 (1,06%) (1F)
Hidantal: 3 (3,20%) (2F e 1M)
Lexotan: 5 (5,32%) (5F)
Limbitrol: 3 (3,20%) (3F)
Olcadil: 1 (1,06%) (1F)
Profilático sem lembrança do nome: 3 (3,20%) (3F)
Pamelor: 2 (2,13%) (1F e 1M)
Propranolol: 2 (2,13%) (2F)
Rivotril: 2 (2,13%) (1F e 1M)
Sandomigran: 6 (6,38%) (4F e 2M)
Sibelium: 1 (1,06%) (1F)
Sociam: 1 (1,06%) (1M)
Somalium: 1 (1,06%) (1F)
Stugeron: 3 (3,20%) (2F e 1M)
Sulfato de magnésio: 2 (2,13%) (2M)
Sulpirida: 1 (1,06%) (1M)
Tegretol: 6 (6,38%) (4F e 2M)
Tryptanol: 10 (10,64%) (7F e 3M)
Tofranil: 2 (2,13%) (2F)
Urbanil: 1 (1,06%) (1M)
Valium: 3 (3,20%) (2F e 1M)
Valpakine: 1 (1,06%) (1M)
Vertex: 5 (5,32%) (3F e 2M)
Vessel: 1 (1,06%) (1M)

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

Nome do princípio ativo

Ácido valpróico	2,12%
Alprazolam	1,06%
Amisulprida	1,06%
Amitriptilina	11,70%
Amitriptilina/clordiazepóxido	3,20%
Bromazepam	6,38%
Carbamazepina	6,38%
Cinarizina	4,26%
Clobazam	1,06%
Clomipramina	2,13%
Clonazepam	2,13%
Clorpromazina	1,06%
Clozazolam	1,06%
Diazepam	9,58%
Fenitoína	4,26%
Fenobarbital	14,89%
Flunarizina	7,44%
Haloperidol	1,06%
Imipramina	2,13%
Nortriptilina	2,13%
Pizotifeno	6,38%
Propranolol	2,13%
Sulfato de Magnésio	2,13%
Sem nome	3,20%
Sulpirida	1,06%

4.7. Automedicações usadas para alívio das cefaléias, pelos pacientes que procuraram cuidado médico e pelos que não procuraram

NOME	procurou cuidado			não procurou cuidado		
	F	M	T	F	M	T
AAS/aspirina	3	2	5	4	8	12
Anador	42	31	73	44	78	122
Anador/magnopyrol/ Novalgina/dipirona	19	6	25	9	10	19
Associações	41	16	57	27	27	54
Benegripe	0	0	0	0	1	1
Buscopan	1	0	1	0	0	0
Cataflam	2	2	4	4	2	6
Chá/coquetel/repouso/caseira	0	3	3	3	4	7
Cefalium	2	1	3	2	0	2
Cefaliv	2	0	2	1	0	1
Cibalena	1	1	2	1	0	1
Dipirona	22	7	29	20	23	43
Dorflex	3	1	4	2	2	4
Doril	4	3	7	4	15	19
Dramin	0	0	0	1	0	1
Eparema	0	0	0	2	0	2
Estomazil	0	0	0	1	0	1
Lisador	1	1	2	2	0	2
Magnopyrol	5	2	7	7	7	14
Melhoral	1	1	2	2	1	3
Metiocolin	0	0	0	0	1	1
Neosaldina	24	2	26	11	16	27
Novalgina	2	0	2	5	8	13
Ormigrein	2	1	3	2	1	3
Outros(s/nome)	5	4	9	2	9	11
Ergotrate/inalação/rulid/lexotan						
Paracetamol/tylenol	5	6	11	5	10	15
Ponstan e/ou	2	0	2	1	3	4
Sinutab	1	1	2	1	0	1
Sumax	1	0	1	0	0	0
Tonopan	3	0	3	0	1	1
Tylenol	9	9	18	8	16	24
Tylenol/dórico	0	0	0	1	0	1
Tylex	1	0	1	0	0	0
Voltaren	0	1	1	0	0	0
Total	204	101	305	172	243	415