

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO  
DIVISÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE E EDUCAÇÃO

ANA LÚCIA TOSTES

PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO  
DE NEUROLOGIA DO NÚCLEO DE GESTÃO  
ASSISTENCIAL-59 DE RIBEIRÃO PRETO: EXPLORANDO OS  
MIGRANOSOS

Ribeirão Preto  
2015

Ficha catalográfica preparada pelo Centro de Processamento Técnico  
da Biblioteca Central da UNAERP

- Universidade de Ribeirão Preto -

T716p Tostes, Ana Lucia, 1959-  
Perfil dos pacientes atendidos no ambulatório de neurologia  
do núcleo de gestão assistencial-59 de ribeirão: explorando os  
migranosos / Ana Lucia Tostes. - - Ribeirão Preto, 2015.  
105 f.: il. color.

Orientador: Prof. Dr. Edilson Carlos Caritá.

**Dissertação (mestrado) – Universidade de Ribeirão Preto,  
UNAERP, Saúde e Educação. Ribeirão Preto, 2015.**

1. Epidemiologia. 2. Cefaleia. 3. Migrânea. I. Título.

CDD 610

ANA LÚCIA TOSTES

PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO  
DE NEUROLOGIA DO NÚCLEO DE GESTÃO  
ASSISTENCIAL-59 DE RIBEIRÃO: EXPLORANDO OS  
MIGRANOSOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde e Educação.

Área de concentração: Ensino.

Orientador: Prof. Dr. Edilson Carlos Caritá

Ribeirão Preto  
2015

ANA LUCIA TOSTES

**PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE NEUROLOGIA  
DO NÚCLEO DE GESTÃO ASSISTENCIAL – 59 DE RIBEIRÃO PRETO COM  
ÊNFASE NOS MIGRANOSOS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em Saúde e  
Educação da Universidade de Ribeirão  
Preto para obtenção do título de Mestre  
em Saúde e Educação

Área de Concentração: Ensino de Ciências da Saúde

Data da defesa: 29 de maio de 2015

Resultado: Aprovada

BANCA EXAMINADORA

  
Prof. Dr. Edilson Carlos Caritá  
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto

  
Profa. Dra. Heidi Haueisen Sander  
USP – Universidade São Paulo

  
Profa. Dra. Sílvia Sidnéia da Silva  
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto

Ribeirão Preto - SP  
2015

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho ao meu querido pai que me ensinou a ter coragem e sabedoria para enfrentar as dificuldades da vida, tenho certeza que onde estiver, estará muito orgulhoso. Saudades...

## AGRADECIMENTOS

A Deus, ele é o dono de tudo, devo a ele a oportunidade de chegar onde cheguei. Acho que fui escolhida por ele, por esta oportunidade e eu não podia desperdiçá-la.

A minha mãe que sempre incentivou meu conhecimento profissional e intelectual.

A minha família pelo apoio e pela compreensão das ausências necessárias para que fosse possível o desenvolvimento desta dissertação.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Edilson Carlos Caritá, pela dedicação na orientação e desenvolvimento desta pesquisa. Por oportunizar por meio de seu conhecimento científico, o desenvolvimento técnico do meu saber.

A minha coorientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Silvia Sidnéia da Silva, pelo carinho, colaboração, apoio e dedicação à realização desta pesquisa.

Aos meus colegas do NGA: Luciana Rigotto Parada Redígolo, Susana Dutra de Oliveira e Carlos Eduardo de Oliveira, por todo o acolhimento, suporte, alegrias, companheirismo e a grande ajuda em vários aspectos para a realização desta pesquisa. Sou-lhes muito grata.

Aos neurologistas do NGA, em especial Dr. Roberto Satlin Cetrin e a Dr<sup>a</sup> Leila Azevedo, por toda a colaboração, orientação, ajuda e incentivo nas discussões para a elaboração dessa pesquisa, foram muito válidos.

A Dr<sup>a</sup> Karen Santos Ferreira, por sua colaboração e grande ajuda que dispensou para com meu projeto. Sempre serei muito grata.

A Dr<sup>a</sup> Heidi, por sua disponibilidade, sugestões para melhoria do meu estudo.

A minha grande amiga Carmem Lúcia Graminha Issa por sua força e atenção nos momentos mais difíceis; agradeço todo seu carinho.

Aos auxiliares de enfermagem da neurologia do NGA-59, pelo interesse sobre a minha pesquisa, questionamentos sobre os pacientes e até sugestões. Foi muito gratificante.

A todos, que direta ou indiretamente, contribuíram para a realização da minha pesquisa.

*O medo faz parte da vida da gente, algumas pessoas não sabem como enfrentá-lo; outras, acho que eu estou entre elas - aprendem a conviver com ele e o encaram não como uma coisa negativa, mas como um sentimento de auto preservação.*  
Ayrton Senna

## RESUMO

TOSTES, A. L. Perfil dos Pacientes Atendidos no Ambulatório de Neurologia do Núcleo de Gestão Assistencial - 59 de Ribeirão Preto: explorando os migranosos. 105p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Educação), Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto-SP, 2015.

A migrânea é uma cefaleia primária de etiologia multifatorial que acomete aproximadamente 15% da população. Afeta mais as mulheres do que os homens e gera um impacto significativo na vida das pessoas. O estudo foi realizado com pacientes referenciados das Unidades de Saúde para o serviço de neurologia do Núcleo de Gestão Assistencial (NGA-59), que é uma unidade especializada do sistema público municipal, geograficamente, localizada no Distrito Central, da cidade de Ribeirão Preto/SP. Trata-se de um estudo retrospectivo, documental com abordagem quantitativa cujo objetivo foi identificar o perfil dos pacientes atendidos no Ambulatório de Neurologia do Núcleo de Gestão Assistencial-59 de Ribeirão Preto explorando os migranosos. O estudo compreendeu três momentos: inicialmente foram selecionados os prontuários dos pacientes referenciados ao Ambulatório de Neurologia; no segundo momento, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (parecer nº 641.512) procedeu-se a coleta de dados referente ao período de janeiro a dezembro de 2013, e os dados armazenados no gerenciador de dados Microsoft Access 2012; e no terceiro momento os dados foram analisados usando-se métricas de estatística descritiva, sendo os resultados apresentados em tabelas e gráficos. Constatou-se que dos 443 pacientes encaminhados, as unidades básicas com maior número foram UBS Ribeirão Verde e Vila Mariana, com 9,26% e o Distrito Norte com 58,47%, prevalecendo a cefaleia (45,82%). Deste total, 308 pacientes foram diagnosticados com migrânea, sendo do sexo feminino 85,39%, a faixa etária prevalente de 20 a 30 anos com 28,90%, a história familiar presente em 36,69%, o sintoma prevalente foi a tontura (22,73%), presença de aura (44,81%), a localização da dor bilateral (33,12%). A dor forte predominou com 70,13%, e a pulsátil com 72,87%. A fotofobia, fonofobia e vômitos com 22,47%, 21,07% e 13,27% respectivamente. Nas comorbidades, os distúrbios do sono com 38,76% e a hipertensão arterial 34,11%. Na classe medicamentosa, os anti-inflamatórios (abortivos) foram prevalentes (31,42%), seguidos de nortriptilina (preventivos) com 19,27%. A frequência das crises semanais foi de 1 a 3 (22,73%) e mensais de 1 a 4 (9,09%). Conclui-se que os resultados mostraram que a migrânea foi prevalente no diagnóstico das cefaleias, merecendo um olhar diferenciado aos pacientes. Assim, um programa de prevenção poderá contribuir para minimizar os sintomas, orientar sobre os fatores desencadeantes, o uso excessivo de medicações e atitudes que podem melhorar o cotidiano dos pacientes.

**Palavras chave:** Migrânea. Cefaleia. Prevalência. Epidemiologia.



## ABSTRACT

TOSTES, A. L. Perfil dos Pacientes Atendidos no Ambulatório de Neurologia do Núcleo de Gestão Assistencial - 59 de Ribeirão Preto: explorando os migranosos. 105p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Educação), Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto-SP, 2015.

Migraine is a primary headache of multifactorial etiology that affects approximately 15% of the population. It affects more women than men and generates a significant impact on people's lives. The study was conducted with patients referred from health units to the core of the neurology service Assistance Management (NGA-59), which is a specialized unit of the municipal system, geographically located in Central District, the city of Ribeirão Preto / SP. This is a retrospective study, document and quantitative approach aimed to identify the profile of patients treated at the Ribeirão Preto Assistance-59 Management Unit of the Neurology Clinic with emphasis on migraine. The study comprised three stages: initially selected were the medical records of patients referred to the Neurology Clinic; the second time after the approval of the Research Ethics Committee (report number 641 512) proceeded to collect data for the period January to December 2013, and the data stored in Microsoft Access 2012 data manager; and the third time the data were analyzed using descriptive statistical metrics, and results presented in tables and graphs. It was found that of 443 patients referred, the basic units with the highest number were UBS Ribeirão Verde and Vila Mariana, with 9.26% and the Northern District with 58.47%, whichever is headache (45.82%). Of this total, 308 patients were diagnosed with migraine, being female 85.39%, the prevalent age group 20-30 years, with 28.90%, this family history in 36.69%, the prevalent symptom was dizziness (22.73%), presence of aura (44.81%), the location of the bilateral pain (33.12%). The sharp pain predominated with 70.13%, and the pulsating with 72.87%. The photophobia, phonophobia and vomiting with 22.47%, 21.07% and 13.27% respectively. In comorbidities, sleep disorders with 38.76% and 34.11% high blood pressure. In drug class, anti-inflammatory (abortive) were prevalent (31.42%), followed by nortriptyline (preventive) with 19.27%. The frequency of seizures per week was 1 to 3 (22.73%) and monthly 1 to 4 (9.09%). In conclusion, the results showed that migraine was prevalent in the diagnosis of headache, deserving a different look to patients. Thus, a prevention program can help to minimize the symptoms, advise on the triggers, excessive use of medications and attitudes that can improve the daily lives of patients.

**Keywords** :Migraine. Headache. Prevalence. Epidemiology

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mecanismos fisiopatológicos na migrânea.....	36
Figura 2 – Fisiopatologia da migrânea .....	37
Figura 3 – Interface da Coleta de Dados.....	57
Figura 4 – Interface da Coleta de Dados.....	57

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das Unidades Básicas de Saúde X Encaminhamentos, Ribeirão Preto, 2015. ....	61
Tabela 2 – Distribuição da População Estimada por Distritos de Saúde – Ribeirão Preto/SP, Ribeirão Preto, 2015. ....	62
Tabela 3 – Distribuição do Número de Pacientes Atendidos por Distritos de Saúde, Ribeirão Preto, 2015. ....	62
Tabela 4 – Distribuição da População Diagnosticada com Migrânea por Gênero, Ribeirão Preto, 2015. ....	65
Tabela 5 – Distribuição da População Diagnosticada com Migrânea por Faixa Etária, Ribeirão Preto, 2015. ....	66
Tabela 6 – Distribuição da População Diagnosticada com Migrânea relação Sexo e Faixa Etária, Ribeirão Preto, 2015. ....	67
Tabela 7 – Distribuição dos Diagnósticos Gerais das Cefaleias, Ribeirão Preto, 2015. ....	68
Tabela 8 – Distribuição dos Diagnósticos de Migrânea, Ribeirão Preto, 2015. ....	69
Tabela 9 – Distribuição da População Diagnosticada com Migrânea - História Familiar de Migrânea, Ribeirão Preto, 2015. ....	69
Tabela 10 – Distribuição da quantidade de Sintomas que precedem a Migrânea, Ribeirão Preto, 2015. ....	72
Tabela 11 – Distribuição da Intensidade da Dor na Migrânea. Ribeirão Preto, 2015. ....	74
Tabela 12 – Distribuição das Características da Dor, Ribeirão Preto, 2015. ....	75
Tabela 13 – Distribuição dos Sintomas Associados à Migrânea, Ribeirão Preto, 2015. ....	76
Tabela 14 – Distribuição da Quantidade de Sintomas Associados à Migrânea, Ribeirão Preto, 2015. ....	77
Tabela 15 – Distribuição das Comorbidades Associadas à Migrânea, Ribeirão Preto, 2015. ....	77
Tabela 16 – Distribuição da Quantidade de Comorbidades Associadas à Migrânea, Ribeirão Preto, 2015. ....	79
Tabela 17 – Distribuição do uso de Medicamentos por classes medicamentosas, Ribeirão Preto, 2015. ....	79
Tabela 18 – Distribuição da Quantidade de Medicamentos utilizados, Ribeirão Preto, 2015. ....	80
Tabela 19 – Distribuição da Medicação Prescrita, Ribeirão Preto, 2015. ....	81
Tabela 20 – Distribuição da Quantidade de Medicação Prescrita, Ribeirão Preto, 2015. ....	81
Tabela 21 – Distribuição da Frequência Semanal das Crises, Ribeirão Preto, 2015. ....	82
Tabela 22 – Distribuição da Frequência Mensal das Crises, Ribeirão Preto, 2015. ....	82

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos Resultados dos Diagnósticos de Encaminhamentos, Ribeirão Preto, 2015 .....	64
Gráfico 2 – Distribuição das circunstâncias que precede a migrânea, Ribeirão Preto, 2105. ....	71
Gráfico 3 - Presença de Aura na Migrânea, Ribeirão Preto, 2015 .....	73
Gráfico 4 – Distribuição da Localização da Dor na Migrânea, Ribeirão Preto, 2015. ....	74

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- AINE** – Anti-inflamatório Não Esteroide
- AINHS** – Anti-inflamatório Não Hormonal
- ACh**- Acetilcolina
- AVC** - Acidente Vascular Cerebral
- AVE** – Acidente Vascular Encefálico
- Botox A** – Toxina Botulínica
- B2** – Riboflavina
- CSE** – Centro de Saúde Escola
- CNV** – *Contingent Negative Variation* (em português, Variação de Contingente Negativo)
- 5-HT** – Hidroxitriptamina (Serotonina)
- CGRP** – *Calcitonin Gene-related Peptide* (tradução Peptídeo Relacionado ao Gene Calcitonina)
- DA** – Depressão Alastrante
- DAC** – Depressão Alastrante Cortical
- EUA** – Estados Unidos da América
- FSCR** – Fluxo Sanguíneo Cerebral Regional
- HAS** – Hipertensão Arterial Sistêmica
- IAM** – Infarto Agudo do Miocárdio
- ICHD** – *International Classification of Headache Disorders – 1rd*
- ICHDII** – *International Classification of Headache Disorders – 2rd*
- ICHD-3 Beta** - *International Classification of Headache Disorders – 3rd edition/beta version*
- IBGE**– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IHS** – *International Headache Society*
- IV** – Intravenoso
- MG++** – Magnésio
- MIDAS** – *Migraine Disability Assessment Sc*
- NA** – Noradrenalina
- NGA-59** – Núcleo Gestão Assistencial - 59
- NO** – *Nitric Oxide*, em português Óxido Nítrico
- NPY** – Neuropeptídeo Y

**OMS** – Organização Mundial de Saúde  
**PAM** – Pronto Atendimento Médico  
**Pi** – Fósforo Inorgânico  
**P** – Peptídeos  
**SMS** – Secretaria Municipal da Saúde  
**SNC** – Sistema Nervoso Central  
**STV** – Sistema Trigeminovascular  
**SP** – Substância P  
**UBDS** – Unidade Básica Distrital de Saúde  
**UBS** – Unidade Básica de Saúde  
**UEME** – Uso Excessivo de Medicamentos para Enxaqueca  
**UNAERP** – Universidade de Ribeirão Preto  
**UPA** – Unidade de Pronto Atendimento  
**USF** – Unidade de Saúde da Família  
**VB2** – Vitamina B2  
**VIP** – *Vasoactive Intestinal Polypeptide*

# SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	17
1.1 JUSTIFICATIVA.....	20
1.2 HIPÓTESE.....	20
1.3 OBJETIVO GERAL.....	20
1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
2 REVISÃO DA LITERATURA .....	22
2.1 HISTÓRICO DA MIGRÂNEA.....	22
2.2 CLASSIFICAÇÃO DAS CEFALÉIAS .....	23
2.3 MIGRÂNEA.....	26
2.3.1 Características da Migrânea .....	28
2.3.2 Algumas Considerações Sobre Outros Tipos de Migrânea.....	30
2.3.3 Complicações da Migrânea.....	30
2.3.4 Fisiopatologia da Migrânea .....	31
2.3.5 Diagnóstico Diferencial.....	37
2.3.6 Migrânea e Comorbidades .....	39
2.4 TRATAMENTO .....	41
2.4.1 Medicamentos utilizados para a prevenção da dor migrânea .....	43
2.4.2 Tratamento agudo na migrânea .....	44
2.4.3 Tratamento preventivo na migrânea.....	45
2.4.4 Anti-inflamatórios Não Hormonais (AINHS) .....	46
2.4.5 Manejo não farmacológico e terapias complementares na migrânea .....	47
3 CASUÍSTICA E MÉTODO.....	49
3.1 NATUREZA DO ESTUDO .....	49
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	50
3.3 POPULAÇÃO .....	52
3.4 COLETA DE DADOS.....	53
3.4.1 Instrumento de Coleta de Dados.....	53
3.4.2 Procedimentos de Coleta de Dados.....	58
3.5 ANÁLISE DE DADOS.....	58
3.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	58
3.7 CRITÉRIOS PARA SUSPENSÃO OU ENCERRAMENTO DA PESQUISA .....	59
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	60
4.1 ENCAMINHAMENTOS PARA O AMBULATÓRIO DE NEUROLOGIA DO NGA-59.....	60
4.2 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS PACIENTES MIGRANOSOS .....	65
4.2.1 Gênero .....	65
4.2.2 Idade .....	65
4.2.3 Diagnósticos Gerais das Cefaleias.....	67
4.2.4 História Familiar da Migrânea .....	69
4.2.5 Circunstâncias que Precedem a Migrânea.....	70
4.2.6 Presença de Aura na Migrânea.....	72
4.2.7 Localização da Dor na Migrânea.....	73
4.2.8 Intensidade da Dor na Migrânea .....	74
4.2.9 Características da Dor na Migrânea.....	75
4.2.10 Sintomas Associados à Migrânea .....	76
4.2.11 Comorbidades Associadas a Migrânea.....	77

4.2.12 Classes Medicamentosas Utilizadas pelos Pacientes antes da Primeira Consulta .....	79
4.2.13 Classes Medicamentosas Prescritas para os Pacientes após a Primeira Consulta .....	80
4.2.14 Número de Crises Ocorridas .....	82
5 CONCLUSÃO .....	84
REFERÊNCIAS .....	86
APÊNDICE I .....	91
APÊNDICE II .....	94
APÊNDICE III .....	95
APÊNDICE IV .....	96
APÊNDICE V .....	97
ANEXO A .....	98
ANEXO B .....	99
ANEXO C .....	100



## APRESENTAÇÃO

Desde o início da civilização existem relatos sobre o sofrimento físico do ser humano, causado por determinadas doenças. A história das cefaleias é tão longa quanto a história da humanidade.

Os aspectos relacionados à dor nas diversas populações precisam ser analisados em conjunto com o momento histórico, suas tradições e significantes. Assim, se por um lado algumas sociedades explicavam a dor como punição divina ou feitiçaria, acreditando que o homem se dividia em corpo, alma e mente; por outro, com o passar dos anos e a evolução dos estudos na medicina e outras áreas, a visão do homem passou a ser entendida como um ser biopsicossocial, distanciando da dicotomia entre mente e corpo.

O conhecimento evoluiu vagarosamente à custa, principalmente, do estudo dos sintomas das doenças, mas do final do século XIX até os dias atuais, a medicina caminhou a passos largos, com uma explosão de pesquisas científicas.

Minha formação como enfermeira ocorreu em 1981, e desde então tive várias experiências na saúde, em diferentes áreas, tanto hospitalar quanto na saúde pública. Cursei várias especializações, inclusive na saúde pública, onde pude perceber a grande quantidade de queixas de dor de cabeça pela população, por diversos motivos.

Esse tema despertou o meu interesse também pela minha experiência pessoal quanto a sofrer com fortes dores de cabeça no passado e saber o quanto é prejudicial ao dia a dia.

Atualmente, realizo minhas atividades no ambulatório de Neurologia do Núcleo de Gestão Assistencial – 59 (NGA), de Ribeirão Preto SP. Com esta experiência os horizontes se abriram em relação a esta especialidade, com a vinda de dois profissionais neurologistas para atuarem no NGA. Inicialmente as agendas desses profissionais eram de uma demanda reduzida, o que possibilitava as trocas de experiências referentes aos atendimentos diários realizados.

Essas conversas ocorriam com frequência na sala de pós-consultas onde sempre estava presente a equipe de enfermagem.

O assunto nessas discussões era o aumento da demanda de casos de pacientes com diagnóstico de migrânea e quais fatores estavam levando a essa incidência. Concomitante à ampliação do ambulatório de neurologia, e a

necessidade de definição de um tema para o Mestrado Profissional surgiu a proposta de estudo sobre o tema migrânea. O despertar sobre o assunto já era observado na minha vivência e prática profissional, com a grande quantidade de pacientes que referiam dores de cabeça.

Com isso, passei a discutir com os neurologistas sobre os atendimentos dos pacientes migranosos. Com a aprovação no processo seletivo para o mestrado em Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP) pude ter a oportunidade de concretizar a proposta de pesquisa sobre o perfil dos pacientes referenciados ao Ambulatório de Neurologia do NGA – 59.

## 1 INTRODUÇÃO

A migrânea, também conhecida popularmente como enxaqueca, é uma disfunção cerebral com reconhecido componente genético. Indivíduos que têm familiares com migrânea possuem mais chance de apresentá-la. As crises de migrânea afetam aproximadamente 20% das mulheres, sendo três vezes menos comuns em homens. A dor de cabeça costuma ser forte, unilateral, de caráter pulsátil, com piora durante o esforço físico, frequentemente, associada às náuseas, intolerância à luz, som e odores, geralmente com localização em região frontotemporal e de intensidade moderada a grave. As crises habitualmente duram de 4 horas a 72 horas (TEIXEIRA, 2009). As principais cefaleias primárias são a do tipo tensional e a migrânea. Pode haver cinco fases detectáveis numa crise típica de migrânea: pródomo ou sintomas premonitórios, aura, cefaleia, sintomas associados (náuseas, fotofobia e fofobia) e pósdomo (fadiga e exaustão)(SPECIALI, 2006; MARTINS et al., 2010).

A prevalência da migrânea entre as mulheres pode estar relacionada às condições culturais que as limitam e lhes impõem frustrações (CHEUNG, 2000; COUTURIER, 2003). Neste contexto, a migrânea deve ser avaliada diante da qualidade de vida, considerando o número de atividades realizadas pelo indivíduo, além dos aspectos físicos, psicológicos e comportamentais (PAHIM; MENEZES; LIMA, 2006).

Em relação à migrânea estima-se que pelo menos 3% a 6% dos homens e 13% a 18% das mulheres a apresentam. O pico de prevalência se situa em torno de 30 a 50 anos e o predomínio é no sexo feminino, em proporção de 2,2:1. A qualidade de vida dos indivíduos acometidos fica comprometida por vários motivos: as pessoas têm maior incidência de dores no corpo, limitação física e mais sintomas depressivos e ansiosos.

A migrânea prejudica mais a qualidade de vida do que a osteoartrite, diabetes, hipertensão e lombalgia, e é tão incapacitante quanto à depressão; há comprometimento de suas vidas profissionais devido ao maior número de faltas e a menor atividade laborativa, secundária à dor ou aos sintomas associados. O nível de ganho monetário dos migranosos é menor que da população geral; a vida social, familiar e escolar dos pacientes é comprometida. Esses fatores representam impacto

físico, mental e social para os migranosos, bem como implicam em altos custos para a sociedade (LIPTON; SILBERSTEIN; STEWART, 1994).

A migrânea está fortemente associada à ansiedade e aos distúrbios do humor, alergias, outros tipos de dor e epilepsia (SOCIEDADE BRASILEIRA PARA ESTUDO DA DOR, 2011).

Segundo a Organização Mundial da Saúde OMS (2011), esta é a 19ª moléstia que mais incapacita o ser humano e sugere-se que a prevalência no Brasil seja de aproximadamente 15%, e represente 35% das consultas ao neurologista em todo mundo.

Segundo Teixeira (2009), o sistema de percepção da dor na migrânea é realizado pelo nervo trigêmeo em conjunto com os vasos sanguíneos cerebrais que são capazes de disparar o fenômeno de dor para nos proteger de situações indesejáveis. Essa é uma maneira de entender a migrânea como uma forma de proteção do cérebro, avisando-nos que algo não está bem.

O cérebro de uma pessoa com migrânea excita-se com mais facilidade que o normal diante de estímulos externos (luminosidade) ou internos (privação do sono). Essa superexcitação cerebral predispõe o indivíduo com migrânea à liberação de componentes neuroquímicos que podem provocar a onda de depressão elétrica, redução do fluxo sanguíneo cerebral e ativação do trigêmeo, independente da presença da aura (TEIXEIRA, 2009).

Ainda conforme Teixeira (2009), com a ativação dos centros de dor no tronco encefálico, associa-se uma cascata de eventos inflamatórios, especialmente ao redor dos vasos da superfície cerebral, provocando dilatação dos mesmos e ativação das terminações nervosas, informações que o trigêmeo leva de volta aos centros mais profundos do cérebro que traduzem o fenômeno como dor.

O cérebro excitável ao se deparar com estímulos/gatilhos deflagradores da dor como hormônios, certos tipos de alimentos consumidos, comorbidades presentes, privação do sono e outros, ativa centros de dor na formação reticular do tronco encefálico (núcleos dorsal e magno de rafe e rafe ceruleus) resultando na cascata inflamatória. Logo após esse quadro o nervo trigêmeo interpreta a vasodilatação/inflamação como dor e carrega esse estímulo (GOADSBY; LIPTON; FERRARI, 2002).

Essa morbidade pode ser dividida em dois subtipos principais: migrânea com aura - caracterizada pelos sintomas neurológicos focais que normalmente precedem

a cefaleia, e a migrânea sem aura - o tipo mais comum, caracterizada por cefaleia com características específicas e maior associação com a menstruação (NICODEMO et al., 2012).

O conceito de aura é o de um aviso, um sinal de que uma crise de migrânea está por começar, mas também pode ocorrer já na fase da dor de cabeça. Entre 15% a 30% das pessoas que sofrem de migrânea podem experimentar o fenômeno, habitualmente como sintomas visuais (pontos luminosos, *flashes* em zigue-zague, falhas no campo visual) que duram de cinco minutos até uma hora (TEIXEIRA, 2009).

A aura pode se apresentar como sintomas sensitivos (formigamento de um lado do corpo), disfasia (dificuldade para falar) e raramente com hemiparesia (perda de força de um lado do corpo). Algumas pessoas experimentam a aura sem apresentar dor de cabeça. Durante a aura o cérebro é acometido por uma breve onda de excitação, seguida de uma onda de depressão de sua atividade elétrica. Esse componente elétrico é acompanhado de breve dilatação dos vasos seguido de uma constrição e, conseqüentemente, redução de fluxo sanguíneo. Esse fenômeno também é demonstrado em pessoas com migrânea que não experimentam sintomas de aura. A dor inicia-se já na fase de redução de fluxo sanguíneo, o que sugere que o fenômeno da dor não é resultado de uma simples dilatação do vaso (TEIXEIRA, 2009).

Considerando as definições da *International Classification of Headache Disorders - ICHD-3 BETA* (2013), as cefaleias, segundo sua etiologia, podem ser classificadas em primárias e secundárias.

As cefaleias primárias são aquelas que ocorrem sem etiologia demonstrável pelos exames clínicos ou laboratoriais (SPECIALI, 2011).

As cefaleias secundárias são provocadas por doenças, e neste caso, a dor seria consequência de uma doença clínica ou neurológica, como as cefaleias associadas às infecções sistêmicas, disfunções endócrinas, meningites, encefalites, hemorragia cerebral e tumores (SANTOS, 2012). Pela ICHD-3 BETA (2013), a cefaleia secundária é quando esta ocorre associada à outra perturbação.

Frente ao exposto, esta pesquisa visa identificar o perfil dos pacientes referenciados ao Ambulatório de Neurologia do Núcleo de Gestão Assistencial-59 de Ribeirão Preto com ênfase nos migranosos no período de janeiro a dezembro de 2013.

## 1.1 JUSTIFICATIVA

A justificativa para a realização deste estudo emergiu do incômodo cotidiano nas conversas dos profissionais neurologistas com a equipe de enfermagem (enfermeiras e auxiliares de enfermagem) em relação ao número elevado de pacientes referenciados ao Ambulatório de Neurologia do NGA-59 que eram diagnosticados com migrânea.

Em princípio, a ideia era pesquisar apenas pacientes do sexo feminino, por apresentarem uma prevalência maior para as queixas de sintomatologia neurológicas (SPECIALI; SBORGIA, 2013), mas com a aproximação da temática, houve o fomento para pesquisar, inclusive, paciente do sexo masculino, pois eles também procuram a especialidade devido às queixas neurológicas.

As conversas multiprofissionais de roda foram ocorrendo e cresceram os questionamentos sobre os motivos que estavam ocasionando esse aumento. Tal observação nos despertou o interesse para esta investigação, que acreditamos, trará maior conhecimento e aproximação sobre o tema, bem como das pessoas portadoras da doença em questão.

## 1.2 HIPÓTESE

O estudo em questão proporcionará ao município o conhecimento dos dados referentes ao perfil dos pacientes com queixa de cefaleia atendidos em uma unidade especializada de neurologia, favorecendo a elaboração de um protocolo de atendimento para a referida unidade.

## 1.3 OBJETIVO GERAL

O objetivo geral deste trabalho é identificar o perfil dos pacientes atendidos no Ambulatório de Neurologia do Núcleo de Gestão Assistencial - 59 da cidade de Ribeirão Preto, estado de São Paulo, com ênfase nos migranosos.

## 1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos são:

- Levantar os encaminhamentos das instituições de saúde quanto ao diagnóstico inicial, considerando os distritos de saúde dos pacientes atendidos no Ambulatório de Neurologia do Núcleo de Gestão Assistencial-59 da cidade de Ribeirão Preto;
- Analisar os dados de identificação pessoal (gênero e faixa etária) nos migranosos;
- Levantar dados clínicos registrados em prontuários, história familiar, hipótese diagnóstica, sintomatologia, diagnóstico, comorbidades, número de crises, classe medicamentosa utilizada e tratamento nos migranosos.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

Na revisão da literatura apresentam-se os principais aspectos sobre migrânea, contemplando o histórico da doença, a definição de cefaleia e migrânea, a classificação das cefaleias, a epidemiologia, a fisiopatologia, o impacto da cefaleia na qualidade de vida, a prevalência e o tratamento.

### 2.1 HISTÓRICO DA MIGRÂNEA

Migrânea é um termo que vem do árabe e significa “rachar ao meio”. Em inglês o termo utilizado é *Migraine*. A Sociedade Brasileira de Cefaleia recomenda que os médicos utilizem o termo migrânea, sinônimo de enxaqueca (SPECIALI, 2003).

A dor de cabeça existe desde que Deus expulsou Adão e Eva do paraíso, considerando o olhar dos pintores famosos. Masaccio, no século XV, na pintura “A expulsão de Adão e Eva do jardim do Éden, retrata Adão comprimindo sua cabeça com ambas as mãos e sua expressão é de dor ou de tristeza”. Na capela Sistina, Michelangelo ao retratar Adão, quando o casal está sendo expulso do paraíso, pintou um anjo que está tocando com a ponta de sua espada a nuca de Adão, e sua expressão não deixa dúvida que é de dor (SPECIALI, 2003).

Em achados arqueológicos de civilizações neolíticas, com data de aproximadamente 7.000 anos a.C., já sugeriam que os povos tinham intensas crises de dor de cabeça, interpretadas com a presença de maus espíritos dentro do crânio. O tratamento empregado era a trepanação, e consistia na abertura de orifícios no crânio, para a saída de maus espíritos que causavam a dor de cabeça (SANVITO; MONZILLO, 1997).

Os antigos egípcios gravaram num de seus papiros, uma cena de tratamento de cefaleia, descrita da seguinte forma: “O médico deve amarrar à cabeça do paciente um crocodilo feito de barro, com olhos de louça e trigo na boca usando uma faixa de puro linho sobre o qual devem estar escritos os nomes dos Deuses”, chamado papiro de Ebers 1200 a.C., que acreditavam que este tratamento aliviava as dores de cabeça (SPECIALI; SILVA, 2002).



Celsius, que viveu entre 215 a 300 d.C., observou que vinho, frio, calor e a exposição ao sol poderiam provocar crises de dor de cabeça. Hipócrates em 400 a.C., foi o primeiro a retratar os sintomas visuais da migrânea, (SPECIALI, 2003).

Ainda segundo Speciali (2003), a partir de suas próprias crises, descreveu uma luz brilhante geralmente localizada no olho direito seguida por violenta dor que começava nas têmporas e alcançava a cabeça e o pescoço.

A descrição pormenorizada de migrânea surgiu com Areteu da Capadócia (atual Turquia), quase no fim do primeiro século de nossa era (81 dC.), o que serviu de base para as classificações modernas de cefaleia (SANVITO; MONZILLO, 1997).

O grande nome da cefaleia no início do século XX foi Harold Wolff, que observou ser a dor de cabeça consequente de uma dilatação dos vasos externos da cabeça (vascularização). Ele estava ciente de que a migrânea, apesar da intensidade de suas crises ser benigna, tinha aspectos hereditários e sofria influências do meio ambiente (estações do ano, pressão atmosférica e dieta (SPECIALI, 2003).

Em 1968, Willis descreve a presença de fibras nervosas nas paredes dos vasos cerebrais. Seu ponto de vista era que os sintomas da migrânea estavam relacionados à vasoespasmos (SPECIALI; SILVA, 2002).

Embora os primeiros relatos sobre a migrânea sejam da era Sumeriana, o desenvolvimento de seu estudo integrado e com bases científicas começa com Wolff e sua escola na década de 30, nos Estados Unidos.

No Brasil, o estudo das cefaleias teve início com Edgard Raffaelli, considerado o guru da cefaleia e principal professor onde juntamente com outros amigos fundou em 1978, a Sociedade Brasileira de Cefaleia numa reunião histórica realizada em Salvador (SPECIALI, 2003).

Nas últimas décadas houve avanços significativos no estudo das cefaleias, principalmente, no que tange a sua sistematização, aos mecanismos fisiopatológicos e a abordagem terapêutica.

## 2.2 CLASSIFICAÇÃO DAS CEFALIAS

Até o final dos anos oitenta não havia uma regulamentação dos critérios para a definição diagnóstica dos diferentes tipos de cefaleias.

A partir de 1988, um novo sistema de classificação foi desenvolvido pela Sociedade Internacional das Cefaleias - *International Headache Society (IHS)* e pôde-se obter critérios para se identificar as cefaleias (ICHD1,1988).

Esta classificação foi composta de 14 grupos, sendo que os grupos de 1 a 4 se referem às cefaleias primárias; de 5 a 12 descrevem as cefaleias secundárias e 13 e 14, as dores neuropáticas da cabeça e pescoço. Em 2004 aconteceu a 2ª edição da Classificação Internacional das Cefaleias, onde todos os tipos de cefaleia foram classificados em grupos e cada um desses grupos foi subdividido em uma, duas ou três vezes em tipos, subtipos de cefaleia (ICHDII, 2004).

Logo após o Congresso Internacional de Cefaleias, ocorrido em junho de 2013 em Boston, foi lançada a terceira Classificação Internacional das Cefaleias *Beta Version* (ICHD-3 BETA). Uma das principais diferenças em relação à classificação anterior (segunda edição) foi a incorporação de migrânea crônica (definida como dor característica de migrânea por pelo menos 15 dias no mês, por pelo menos 3 meses), assim como já acontece com a cefaleia tensional que pode ser tensional ou crônica (ICHD-3 BETA, 2013).

Para a ICHD-3 Beta (2013), as cefaleias são classificadas em Primárias, Secundárias e Neuropatias cranianas dolorosas, outras dores faciais e outras cefaleias.

- **Cefaleias Primárias**

1. Migrânea.
2. Cefaleia Tensional.
3. Cefaleias trigémino-autonômicas.
4. Outras Cefaleias Primárias.

- **Cefaleias Secundárias**

5. Cefaleia atribuída à lesão ou traumatismo crânio-encefálico e cervical.
6. Cefaleia atribuída à perturbação vascular craniana ou cervical.
7. Cefaleia atribuída à perturbação intracraniana não vascular.
8. Cefaleia atribuída a uma substância ou sua privação.
9. Cefaleia atribuída à infecção.
10. Cefaleia atribuída a uma perturbação da homeostasia.

11. Cefaleia ou dor facial atribuída a uma perturbação do crânio, pescoço, olhos, ouvidos, nariz, seios perinasais, dentes, boca ou outra estrutura do crânio ou da face.
12. Cefaleia atribuída a uma perturbação psiquiátrica.

- **Neuropatias cranianas dolorosas, outras dores faciais e outras cefaleias**

13. Neuropatias cranianas dolorosas e outras dores faciais.
14. Outras cefaleias.

### 2.2.1 Cefaleias Primárias

Conforme ICHD-3 Beta (2013), nas cefaleias primárias, a migrânea pode ser sem aura que é uma migrânea comum com sintomas associados às crises que duram de 04 a 72 horas, onde as características típicas da cefaleia são de localização unilateral, caráter pulsátil, intensidade moderada ou forte, exacerbada por exercícios físicos e associação com náuseas, fotofobia e fonofobia. A migrânea pode ser com aura que são sintomas neurológicos, tais como alterações visuais, sensitivas, da fala e de força e cada sintoma individual pode durar de 5 a 60 minutos.

A cefaleia tensional também chamada de cefaleia de tensão, estresse, cefaleia comum, idiopática ou contração muscular, é o tipo mais comum de cefaleia e pode ser episódica ou crônica. A cefaleia tensional episódica dura de minutos a dias, bilateral, com caráter em pressão ou aperto, de intensidade média, não piora com atividade física, não há náuseas, mas fonofobia ou fotofobia pode estar associada. Na cefaleia tipo tensional crônica, o número de dias de cefaleia é maior que 15 episódios ao mês e pode durar horas e ser contínua (MARTINS et al., 2013).

A cefaleia em salvas é a que acarreta maior sofrimento aos pacientes, a localização da dor é unilateral, fronto-orbitária, com hiperemia conjuntival e lacrimejante e rinorreia. As crises da dor podem variar em dias alternados (a cada 2 dias) de até oito crises ao dia. A idade de início compreende entre os 20 a 40 anos. Por razões desconhecidas os homens são atingidos três vezes mais que as mulheres (ICHD-3 BETA, 2013).

De acordo com ICHD-3 Beta (2013), outras Cefaleias Primárias são:

- Cefaleia primária da tosse.
- Cefaleia primária do exercício.
- Cefaleia primária associada à atividade sexual.
- Cefaleia explosiva primária.
- Cefaleia por compressão externa.
- Cefaleia por estímulos frios.
- Cefaleia primária em guinada ( facada)
- Cefaleia hipópnica.
- Cefaleia numular.
- Cefaleia diária persistente desde o início.

### 2.2.2 Cefaleias Secundárias

De acordo com a ICHD-3 Beta (2013), Silva (2006) e Martins et al. (2013), a cefaleia secundária é aquela em que a dor é atribuída a alguma alteração, ou seja, de uma condição que a justifique. A abordagem e conduta são extremamente diferentes da cefaleia primária. Uma cefaleia ocorrendo concomitante a outro transtorno reconhecidamente capaz de causá-la é sempre diagnosticada como secundária. As cefaleias secundárias são classificadas conforme com suas etiologias (ex: atribuída a um tumor ou a uma anormalidade vascular).

Segundo a ICHD-3 Beta (2013), quando um paciente tem uma cefaleia pela primeira vez ou um novo tipo de cefaleia e ao mesmo tempo desenvolve um tumor cerebral é natural concluir que a cefaleia é secundária ao tumor, a esse paciente deverá ser dado o diagnóstico de cefaleia atribuída a neoplasia intracraniana. Pela ICHDII (2004) permitiam um ou dois diagnósticos baseados na decisão clínica. Essas regras foram modificadas na ICHD 3 Beta para que seja menos aberta à interpretação.

### 2.3 MIGRÂNEA

A cefaleia é um grande problema de saúde pública com alta prevalência na população. As principais são do tipo tensional e migrânea. Globalmente o percentual da população adulta com transtorno de dor de cabeça é 47% cefaleia em geral, 10%

para migrânea, e 38% para cefaleia tipo tensional. A forma mais comum de dor de cabeça é a cefaleia tensional, que é muitas vezes considerada uma dor de cabeça normal em contraste com os ataques debilitantes da migrânea (JENSEN; STOVNER, 2008).

Dos vários tipos clínicos das dores de cabeça, a migrânea é uma das mais incapacitantes (SILVA, 2003). Trata-se de uma forma de cefaleia primária comum. Para o indivíduo, a migrânea não se restringe somente a crise da dor de cabeça, pois pode afetar sua qualidade de vida comparando com outros indivíduos que têm outros tipos de cefaleia (KRYNCHANTOWSKI, 2008).

Estudos epidemiológicos mostram que a migrânea figura no *ranking* da OMS como a terceira doença mais prevalente e a sétima doença, maior causadora de incapacidade, caracterizada por crises recorrentes de cefaleia com frequência, duração e intensidade variáveis que pode ser hemicraniana, holocraniana, bifrontal ou bilateral (ICHD-3 BETA, 2013).

Segundo a OMS (2011), a migrânea tem sido a cefaleia mais estudada e a mais frequente nos consultórios médicos, incluindo a migrânea entre as vinte doenças mais incapacitantes. Essa modalidade de cefaleia apresenta prevalência anual de 3% a 24,6% da população mundial, e um trabalho recente refere que a prevalência pode chegar a 27,5 %.

Na América Latina, o sexo masculino é afetado em uma faixa de 2,9% a 7,8% e o sexo feminino, entre 10,1% a 17,4% (GIACOMOZZI et al., 2012). De acordo com a OMS (2011), a prevalência anual da cefaleia crônica diária é de 1,7% a 4% da população adulta, representando a migrânea crônica aproximadamente a metade dos casos. Em revisões sistemáticas de estudos populacionais mundiais, a prevalência crônica oscila entre 0,9% a 5,1%.

Na América Latina os estudos epidemiológicos realizados sobre a migrânea crônica revelaram as seguintes prevalências: 5,12% (Brasil), 6,9% (Cuba) e 7,76% (Colômbia).

De acordo com estudos realizados nos Estados Unidos, a prevalência da migrânea crônica em adolescentes oscila entre 0,76% e 1,48%. Para a América Latina não existem dados para esse grupo populacional. Aproximadamente 50% das pessoas com cefaleia se automedicam e um problema frequente é o uso excessivo de medicamentos. Os trabalhos publicados informam prevalência aproximada de 1,4% de cefaleia por uso excessivo de medicamentos na população, em geral, e em

centros especializados essa porcentagem aumenta para 30% a 50% (NATOLI et al., 2010). No Brasil, apesar da ausência de estudos populacionais abrangentes, a migrânea parece ser tão prevalente como nos Estados Unidos da América (KRYMCHANTOWSKI; JEUVOUX, 2006).

A migrânea pode estar associada aos distúrbios sensitivos, motores, gastrointestinais (náuseas, vômitos e anorexia), irritabilidade e também ser desencadeada por alimentos, traumas, exercícios físicos, ruídos, bebidas alcoólicas, claridade, redução de sono, estresse e ansiedade (BOSCO, 2006).

A migrânea é uma cefaleia primária altamente prevalente caracterizada por crises intermitentes com sintomas associados e características peculiares. Em relação à prevalência, definida como a proporção de indivíduos de uma determinada população acometidos por migrânea, tem sido bastante pesquisada, onde é mais comum em mulheres e que o pico se dá entre a terceira e a quarta década de vida.

Ao contrário do que se supunha anteriormente, a migrânea parece ser mais prevalente nas classes sociais menos privilegiadas. Acredita-se que isto se deva a fatores nutricionais, estresse e também menor acesso a serviços de saúde (COMPARIN, 2013). No Brasil, em um estudo transversal de base populacional, a migrânea foi 1,6 vezes mais prevalente em indivíduos com renda familiar de menos de 5 salários mínimos, quando comparados àqueles com renda familiar igual ou acima de 10 salários mínimos (QUEIROZ et al., 2008).

### 2.3.1 Características da Migrânea

Para Speciali (2003), a migrânea ocorre com predominância no sexo feminino e 75% dos pacientes têm idade de início antes dos 20 anos, com pico na adolescência. Assinala ainda que possuem os sinais prodrômicos, que são aqueles sinais premonitórios, onde os pacientes percebem que desenvolverão a dor de cabeça. Nesta fase o paciente fica mais irritadiço, com raciocínio e memorização mais lentos, têm fome de doces e sono agitado.

Vale também comentar que existem os fatores precipitantes, que incluem os fatores que desencadeiam a dor e variam de paciente para paciente, e até mesmo de crise para crise em um mesmo paciente. Pode-se citar os seguintes sintomas: jejum, falta de sono, ansiedade, depressão, alterações hormonais nas mulheres,

bebidas (caféina, achocolatado, alcoólicos, alimentos como queijos, frutas ácidas e temperos) (SPECIALI, 2003).

Sabe-se que um mesmo paciente pode tomar várias cervejas e não ter dor de cabeça e em outra ocasião pode tomar um copo e desenvolver a dor. Acredita-se que os distúrbios do humor tenham influência nesses casos (COMPARIM, 2013).

Ainda segundo Comparim (2013), a migrânea pode se apresentar sem e com aura.

A aura é definida como um sintoma provocado no encéfalo ou no tronco cerebral que antecede a crise da migrânea. A migrânea sem aura é a mais frequente, chamada de migrânea simples. O paciente possui apenas o quadro doloroso, sem manifestações precedentes, sendo que a localização da dor é unilateral; a dor é intensa, pulsátil e latejante; agrava com atividades; náuseas ou vômitos, fotofobia ou fonofobia podem estar associados (KRYNCHANTOWSKI, 2008). As crises duram de 4 a 72 horas e para critérios diagnósticos é necessário que o paciente preencha cinco desses sintomas para que seja caracterizada enxaqueca sem aura e geralmente é mais incapacitante do que a migrânea com aura (ICHD 3 BETA, 2013).

Ainda para Comparim (2013), a migrânea com aura é conhecida como migrânea clássica. A aura é o conjunto de manifestações neurológicas de origem no Sistema Nervoso Central (SNC) que podem ou não estar relacionadas a cefaleia, e surgem antes ou durante a crise dolorosa ou mesmo em sua ausência, e podem durar de 5 a 20 minutos e no, máximo, 60 minutos.

Apresentam-se como sintomas visuais: fosfenos (pontos de luminosidade), escotomas (pontos cegos), teicopsias (imagens de fortificação), micropsias e macropsias (diminuição e aumento do tamanho dos objetos), diplopia (visão dupla). Podem ocorrer distúrbios da fala, dormência nas mãos, tinitus (sensação auditiva de zumbido ou barulho na cabeça) (SPECIALI, 2002). Os sintomas premonitórios e de resolução incluem hiperatividade, hipoatividade, depressão, desejos por certos alimentos, bocejos repetitivos fadiga e dor na nuca. Para caracterizar a migrânea com aura, é necessário que o paciente preencha pelo menos duas características citadas anteriormente (ICHD 3 BETA, 2013).

### 2.3.2 Algumas Considerações Sobre Outros Tipos de Migrânea

Para Speciali e Silva (2002) existem outros tipos de migrânea que precisam ser considerados:

- Migrânea Hemiplégica: é um tipo de migrânea com aura que inclui hemiparesia (diminuição da força de um lado do corpo) ou hemiplegia (total ausência de força muscular que impossibilita a movimentação) com, pelo menos, um parente de primeiro grau com crises idênticas (é rara);
- Migrânea Basilar: é um tipo de migrânea cujos sintomas de aura classicamente se originam no tronco cerebral ou em ambos os lobos occipitais. A pessoa pode apresentar vertigens, perda da força em membros inferiores, diplopia e alterações auditivas.
- Migrânea Oftalmoplégica: a cefaleia se associa a paresia de um ou mais nervos oculares cranianos (III, IV e VI). É fundamental a realização de exames complementares para exclusão de lesões estruturais subjacentes;
- Migrânea Retiniana: na migrânea retiniana há alterações em nível de retina. Há crises recorrentes de escotomas ou cegueira monocular com duração menor que uma hora e associadas à cefaleia. É importante para o diagnóstico afastar a possibilidade de lesões oculares.

As síndromes periódicas na infância são muito comuns e provavelmente essas crianças serão migranosas no futuro. Caracterizam-se por crises rápidas de vertigem em crianças saudáveis (vertigem paroxística benigna) ou por episódios de hemiplegia alternante de cada lado e associados a outros fenômenos e a comprometimento mental (SPECIALI; SILVA, 2002).

### 2.3.3 Complicações da Migrânea

De acordo com a Segunda Versão da Classificação Internacional das Cefaleias ICHDII (2004), as complicações da migrânea incluem:

- Migrânea crônica – é definida quando o paciente apresenta por 15 dias consecutivos dores de cabeça por mais de três meses e que tem características de enxaqueca, pelo menos 8 dias por mês.



- Estado migranoso – é definido pela ocorrência da crise de dor de cabeça que dura mais que 72 horas, exceto com intervalos livres de dor menores que 4 horas ou o alívio oferecido pelo sono. Normalmente requer internação.
- Infarto migranoso – ocorre um quadro de isquemia em território apropriado, demonstrado por exame de neuroimagem.
- Crise epilética – uma crise epilética desencadeada por uma aura de migrânea.

Exceto a migrânea crônica, as demais condições e fisiopatologias ocorrem esporadicamente.

Vale salientar que pela Terceira Versão da Classificação Internacional das Cefaleias Beta (ICHD-3 BETA, 2013), uma das principais diferenças em relação à classificação anterior (ICHD II, 2004) foi a incorporação do diagnóstico da migrânea crônica, que exclui o diagnóstico de cefaleia tipo tensão ou os seus subtipos, porque as cefaleias idênticas à cefaleia de tipo tensão enquadram-se nos critérios diagnósticos da enxaqueca crônica. A migrânea crônica é definida como cefaleia ocorrendo em 15 ou mais dias por mês, durante mais de três meses, com características de cefaleia de enxaqueca, em pelo menos 8 dias por mês.

De acordo com a Terceira Versão da Classificação Internacional das Cefaleias ICHD-3 Beta (2013), as complicações da migrânea contemplam: estado de mal de enxaqueca, aura persistente sem enfarte, enfarte devido à enxaqueca e crise epilética precipitada por enxaqueca com aura.

#### 2.3.4 Fisiopatologia da Migrânea

A migrânea é uma doença primária do cérebro, grave, que se caracteriza por uma disfunção do sistema neurovascular. Um distúrbio no qual os acontecimentos neurais resultam na dilatação dos vasos sanguíneos, o que, por sua vez, resulta em dor e ativação do nervo trigêmeo. As crises de enxaqueca são episódicas e podem variar de paciente para paciente. Essa variabilidade é explicada considerando o problema biológico básico ser a disfunção de um canal iônico dos núcleos aminérgicos do tronco cerebral que normalmente modula a entrada sensorial e exerce influências neurais nos vasos cranianos.

Em alguns pacientes a migrânea está precedida por uma aura. Em pacientes com migrânea hemiplégica familiar, mutações da subunidade e dos canais P-Q (canais de cálcio) foram identificadas. É possível que outras mutações dos canais de íons contribuam para a migrânea hemiplégica familiar sem aura, uma vez que são principalmente casos de migrânea com aura que tem sido associado ao lócus da migrânea hemiplégica familiar. Com genes de susceptibilidade para a aura, determinam a dor e as características associadas da própria migrânea (GOADSBY; LIPTON; FERRARI, 2002).

A dor, em geral, ocorre quando nociceptores periféricos são estimulados em resposta à lesão tecidual, distensão visceral ou outros fatores. Percepção da dor é uma resposta fisiológica normal mediada pelo sistema nervoso sadio. A dor também pode ocorrer quando as vias de produção da dor do sistema nervoso periférico ou do central são lesionadas ou excessivamente ativadas. A cefaleia pode originar-se de um ou ambos os mecanismos. Relativamente, poucas estruturas cranianas geram dor, elas incluem o couro cabeludo a artéria meníngea média, os seios durais e os segmentos próximos das grandes artérias da pia-mater (HARRISON et al., 2009).

O paciente suscetível herda uma predisposição que torna o seu cérebro diferente. Quando esse paciente encontra-se sob ação de condições variadas, como determinados agentes deflagradores ambientais, este cérebro pode desencadear e processar uma crise migranosa.

De acordo com Krymchantowski e Jevoux (2006) há na fisiopatologia da migrânea, inúmeros aspectos que precisam ser conhecidos e considerados. Alguns mais importantes incluem:

- a) Aspectos genéticos: alta incidência em parentes de primeiro grau e alta incidência em gêmeos;
- b) Predisposição ambiental: a partir da puberdade a migrânea é mais comum no sexo feminino devido aos hormônios femininos. Pode ocorrer por estresse psicossocial e alimentos, álcool e fatores miogênicos.

O cérebro do migranoso possui algumas peculiaridades que os tornariam hiperexcitável e sob circunstâncias determinadas, passível de reagir com uma crise migranosa (KRYMCHANTOWSKI; JEVOUX, 2006).

Segundo Martins (2009), entre os achados deste grupo, destacam-se:

- a) Aumento de aminoácidos excitatórios cerebrais (glutamato e aspartato);

- b) Diminuição de fosfocreatinina e aumento de fósforo inorgânico (PI), durante as crises;
- c) O magnésio (MG++) intracelular está diminuído entre as crises;
- d) O cérebro do migranoso possui algumas características, tais como a assimetria do fluxo sanguíneo cerebral entre as crises e a variação de contingente negativo (*Contingent Negative Variation* - CNV) está aumentada, o que significa que o cérebro está hipersensível. Logo, no cérebro de quem tem migrânea existe uma instabilidade do metabolismo energético, tanto durante como fora das crises, o que leva o migranoso a apresentar limiar diminuído a estímulos;
- e) A serotonina (5-hidroxitriptamina ou 5-HT), desde os anos 60 é conhecida como um dos protagonistas no mecanismo da migrânea, com base nas seguintes evidências dos migranosos:
- O 5-HT está aumentado na urina (sugere aumento do catabolismo de serotonina durante a crise migranosa);
  - Os níveis de 5-HT estão diminuídos na veia jugular. O 5-HT atuaria como inibitório nas crises de migrânea. Na última década, demonstrase a existência de receptores serotoninérgicos em várias estruturas relacionadas à migrânea;
  - Vasos meníngeos quando provocados preveniriam uma vasodilatação;
  - A estimulação dos neurônios trigeminais teria a capacidade de bloquear a inflamação neurogênica, fundamental na fisiopatologia da migrânea;
  - Em receptores nos neurônios do núcleo caudal do trigêmeo, estaria relacionado à diminuição da passagem do influxo nociceptivo;
  - A Depressão Alastrante Cortical - DAC corresponde ao fenômeno clínico da aura da migrânea, associada ao mecanismo de hiperexcitabilidade cortical, depressão de atividade elétrica que propaga pelo córtex em todas as direções e responsável pela aura visual e relacionada a fisiopatologia da migrânea, essa passagem da depressão alastrante provoca a ativação do núcleo do trigêmeo.

Quanto ao funcionamento dos vasos sanguíneos cerebrais e hemodinâmica, nos estudos do Fluxo Sanguíneo Cerebral Regional (FSCR), com equipamentos de alta resolução, na fase precoce da aura de episódios induzidos de migrânea evidencia-se diminuição focal do FSCR, geralmente na região posterior do cérebro. Esta diminuição progride envolvendo as regiões temporo-parieto-occipital e, às vezes, todo o hemisfério (HARRISON et al., 2009).

Na fase da dor a hipoperfusão é substituída pela hiperperfusão. A reatividade vascular (falar, ler, ouvir e realizar movimentos) provoca aumento do FSCR. Essas observações sugerem que há inicialmente uma diminuição do FSCR, em várias áreas cerebrais, precedente a aura. Ao se iniciar a fase da cefaleia, o FSCR permanece diminuído e durante a fase da dor ocorre o hiperfluxo sem que a dor se altere (SPECIALI; SILVA, 2002).

Ainda conforme Speciali e Silva (2002), considerando o Sistema Trigeminovascular na Migrânea (STV), existem evidências de que a dor na migrânea é mediada por meio das terminações do nervo trigêmeo e que pode ser devido a uma forma de inflamação neurogênica estéril, ou seja, quando ocorre uma lesão tissular com a ativação de fibras nociceptoras que agem com a liberação de substâncias (Peptídeos Vasoativos), Peptídeo (P), Peptídeo Relacionado ao Gene Calcitonina (CGRP) e o Polipeptídeo Intestinal Vasoativo (VIP) e Neurocinina A. Tanto a substância P como o CGRP e a Neurocinina A produzem somente hipotensão arterial pela vasodilatação e, conseqüentemente, aumento da permeabilidade vascular, não causando dor. Portanto, tem efeito apenas mantenedor da crise de migrânea (não desencadeiam a crise dolorosa, apenas a mantêm, uma vez iniciada).

O óxido nítrico é considerado como um mediador da vasodilatação do endotélio e produção de hiperalgia. O exemplo dos peptídeos é apenas mantenedor da crise pelo efeito vasodilatador e seus derivados são substâncias com um efeito nociceptivo importante, sendo formado pelo NO ligado aos radicais de enxofre do organismo (SPECIALI; SILVA, 2002; KRYMCHANTOWSKI; JEUVOUX, 2006).

#### 2.3.4.1 Mecanismos da Fisiopatologia na Migrânea

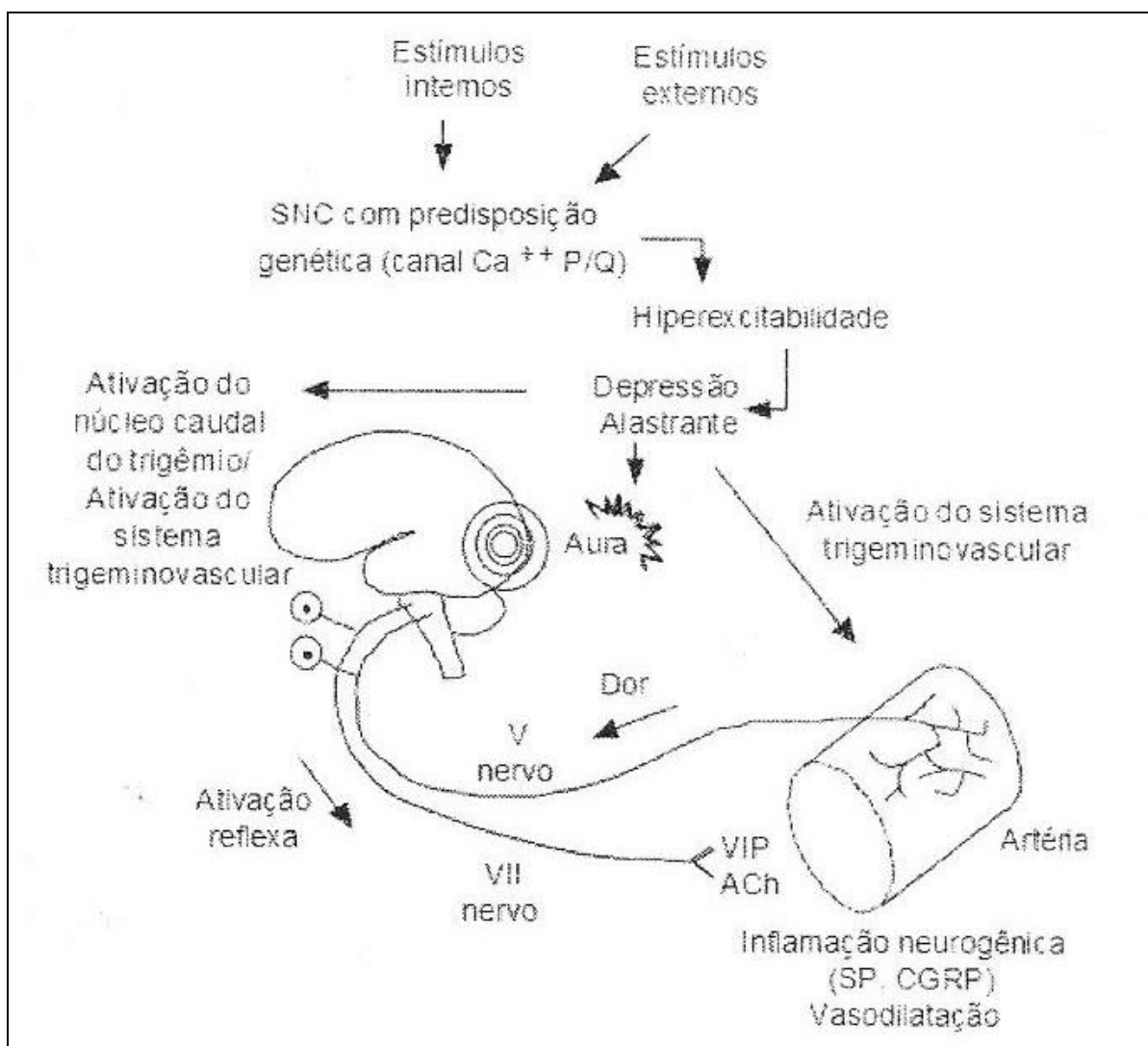
De acordo com Vincent (1997), os fatores envolvidos no mecanismo da fisiopatologia da migrânea compreendem:

- Depressão Alastrante (DA) - que corresponde ao fenômeno da aura da migrânea, que quando induzido propaga-se pelo córtex em todas as direções, onde ocorre uma depressão da atividade elétrica. A passagem da DA ativa o sistema trigeminovascular. A DA é a possibilidade mais atraente para explicar a aura migranosa;
- Sistema Trigeminovascular - três tipos de fibras nervosas existem na parede dos vasos cranianos, sobretudo, entre a adventícia e a média e na adventícia. Essas fibras contêm no seu interior substâncias neurotransmissoras vasoativas que são liberadas quando estimuladas. Esses neurotransmissores interagem com substâncias vasoreguladoras presentes no sangue e contribuem para regulação do tônus muscular, essas fibras podem conter noradrenalina (NA), neuropeptídeo Y (NPY), com ação vasoconstritora ou contém acetilcolina (ACh) e peptídeo intestinal vasoativo (VIP) com ação vasodilatadora. Outras fibras sensitivas trigeminais como a substância P (SP), o peptídeo relacionado ao gene da calcitonina (CGRP), agem como neuromoduladores e potentes vasodilatadores. O chamado sistema trigeminovascular constitui o substrato anatomofuncional sobre o qual a crise migranosa se desenvolve;
- Inflamação Neurogênica - com o estímulo trigeminal ocorre uma vasodilatação e extravasamento de plasma com liberação de neurotransmissão, conforme já mencionado anteriormente;
- Óxido Nítrico - neurotransmissor presente nas fibras nervosas e responsável pelos fenômenos dolorosos presentes nas crises de migrânea;
- Serotonina (5-Hidroxitriptamina-5HT) - é uma substância que possui diversos receptores diferentes numerados de 1-7 e constituídos por 5 subtipos: A, B, C, D, E e F. Os receptores 5-HT<sub>1D</sub> e 5-HT<sub>1B</sub> parecem ter relação direta com crises migranosas. Algumas medicações agem como agonistas destes receptores, agindo como ação protetora da migrânea no processo da origem da migrânea;
- Genética - existe uma doença cerebral denominada Cadasil, que é ligada ao cromossomo 19p12, o que significa que pacientes com esta doença

são mais acometidos com crises de migrânea do que a população geral (HANNA et al., 2006).

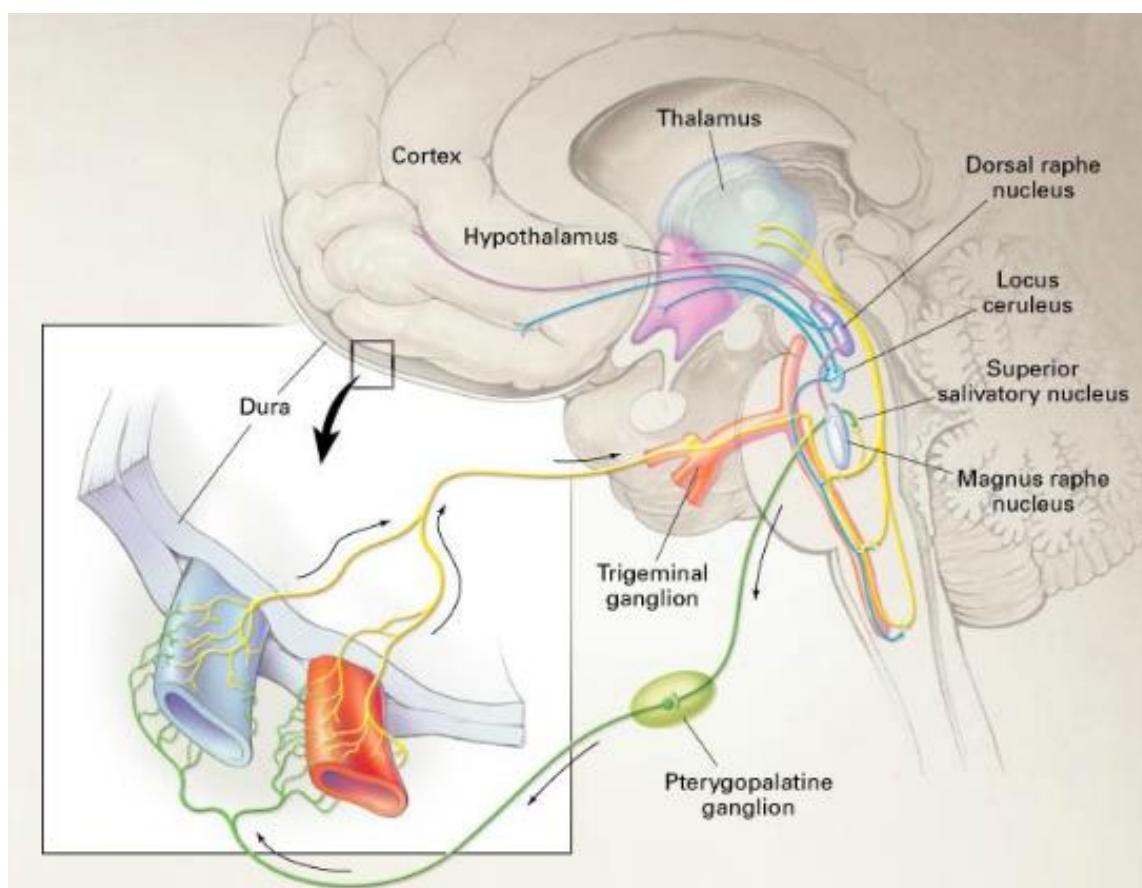
Nas imagens apresentadas nas Figuras 1 e 2, de acordo com Vincent (1997) e Goadsby, Lipton e Ferrari (2002) são representados graficamente os mecanismos da fisiopatologia da migrânea.

**Figura 1** - Mecanismos fisiopatológicos na migrânea



Fonte: VINCENT (1997, p. 432)

**Figura 2** – Fisiopatologia da migrânea



Fonte: GOADSBY; LIPTON; FERRARI (2002, p. 259)

### 2.3.5 Diagnóstico Diferencial

Como o sistema de classificação e diagnóstico da Sociedade Internacional das Cefaleias requer o diagnóstico, a partir da existência de pelo menos cinco crises anteriores, o diagnóstico da migrânea é de inclusão e de exclusão e podem ocorrer dúvidas na realização do diagnóstico somente na avaliação clínica. A consulta deve ser criteriosa, demorada e ouvir com calma o paciente.

A realização de um exame físico completo permite, na maioria dos casos, afastar outras causas de cefaleia. Cabe ao médico evidenciar se houve história progressiva de cefaleia mesmo se as crises anteriores não se assemelham em intensidade ou duração (KRYMCHANTOWSKI; JEVOUX, 2006).

As doenças que podem simular uma crise de migrânea típica são a ruptura de aneurisma intracraniano, as sinusites agudas, processos infecciosos das meninges, patologias da coluna cervical, cefaleia cervicogênica, tumores intracranianos, herpes - zoster ocular ou facial (KRYMCHANTOWSKI; JEVOUX, 2006).

Ainda conforme Krymchantowski e Jevoux (2006) a cefaleia rinogênica, causada por um quadro de sinusopatia aguda é frequentemente confundida com migrânea e muitos pacientes dirigem-se primeiro ao otorrinolaringologista na tentativa de diagnosticar e tratar. Muitas vezes os processos sinusais crônicos são evidenciados durante investigações rotineiras, mal interpretadas. Tratamentos desnecessários e até procedimentos cirúrgicos para drenagem de seios paranasais são realizados em pacientes com cefaleias crônicas primárias. O resultado é a permanência da cefaleia.

A sinusite aguda pode provocar cefaleia intensa frontotemporal, pulsátil que se agrava com esforços físicos e com abaixar da cabeça. Sempre estar atenta presença de febre, secreção vias aéreas superiores, exames radiológicos confirmam o diagnóstico. Também são comuns os pacientes com migrânea diagnosticados incorretamente como portadores de patologias da coluna vertebral, procuram ortopedista e utilizam medicações analgésicas em excesso e vários efeitos adversos podem acontecer. Patologias podem provocar cefaleia, mas esta não será intermitente e não tem característica da migrânea.

Portanto, a avaliação clínica apurada do paciente permite na maioria das vezes, a realização do diagnóstico adequado sem a requisição de exames complementares desnecessários.

O questionário *Migraine Disability Assessment Score* (MIDAS) é um questionário de frequência, intensidade e repercussão na qualidade de vida na Migrânea, não serve para diagnóstico e deve-se responder a algumas perguntas pertinentes à investigação da cefaleia:

- a) Quantos dias nas últimas três semanas perdeu o trabalho ou a escola?
- b) Quanto sua produtividade foi reduzida nos últimos três meses?
- c) Quanto perdeu de suas atividades familiares, sociais, ou lazer devido à cefaleia nos últimos três meses?
- d) Quantos dias nos últimos três meses teve cefaleia?
- e) Em uma escala de 0 a 10 qual a intensidade da dor, sendo: 0 - sem dor nenhuma e 10 - pior dor possível.

Este documento é utilizado para avaliar a extensão da doença do paciente ao diagnóstico e sua incapacidade, é um instrumento de fácil uso e bem validado.



### 2.3.6 Migrânea e Comorbidades

Conforme Guidetti e Galli (2012), a comorbidade (também conhecida com a designação de duplo diagnóstico) corresponde à associação de pelo menos duas patologias, num mesmo paciente.

“O termo comorbidade é formado pelo prefixo “CUM” que significa contiguidade, correlação, companhia, e pela palavra ‘MORBUS”, que significa estado patológico ou doença. Assim, deve ser utilizado apenas para descrever a coexistência de doenças, e não de sintomas. Enfim, trata-se da “coexistência” de doenças outras, além da doença que está sendo estudada no indivíduo (PETRIBÚ, 2001).

Foi Feinstein, em 1970, que introduziu pela primeira vez, o termo inglês “comorbidity” para definir a coexistência de doenças numa mesma pessoa (FEINSTEIN, 1970). As comorbidades são comuns e devem ser consideradas. O seu desconhecimento pode induzir ao erro de identificar como característica de uma doença, as peculiaridades de outra, coexistente, mas ignorada.

A presença de comorbidades, frequentemente, dificulta o diagnóstico e altera o tratamento e o prognóstico das doenças (CARVALHO, 2004).

Pacientes com migrânea têm aproximadamente cinco vezes mais chance de ter diagnóstico de uma comorbidade do que os controles. Diversas condições já foram descritas como comorbidades da migrânea (Quadro 1). Fazem parte da crescente lista, outras doenças neurológicas, doenças sistêmicas e psiquiátricas (LOW; MERIKANGAS, 2003).

Segundo Peres (2013), as principais doenças relacionadas com a migrânea são as cardiovasculares e as psiquiátricas. Observou-se uma relação da migrânea com o Acidente Vascular Cerebral (AVC). Especialmente a mulher, portadora de migrânea com aura e dores frequentes têm mais riscos de ter AVC, além de infarto. O mesmo acontece com as doenças psiquiátricas como ansiedade, pânico, depressão e, principalmente, depressão bipolar.

Considerando Peres (2006), em um estudo realizado observou-se a presença de sintomas ansiosos significativos em 75% dos pacientes com migrânea crônica, algum grau de depressão presente em 85,8%, e depressão grave em 25%; aspectos particulares da depressão também foram avaliados, mostrando que 40% dos pacientes apresentaram algum grau de pensamento suicida. Estudos comparando

casos de migrânea com controles mostraram 4 vezes mais depressão, 6 vezes mais pânico e 3 vezes mais ansiedade.

**Quadro 1** - Comorbidades da Migrânea

<b>Código</b>	<b>Comorbidades</b>
1	Pânico
2	Epilepsia
3	Ansiedade
4	Doença cérebro-vascular
5	Tremor
6	Fibromialgia
7	Fenômeno de Raynaud
8	Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)
9	Distúrbio do Sono
10	Úlceras
11	Depressão
12	Osteoartrites
14	Asma

Fonte: CARVALHO (2004, p. 1).

Depressão e ansiedade foram, com frequência, diagnosticadas juntamente, com início da ansiedade precedendo o da migrânea, que era seguida de depressão.

A Depressão Alastrante Cortical, que corresponde ao fenômeno clínico da aura da migrânea, está relacionada ao mecanismo de hiperexcitabilidade cortical (que explica a fotofobia, fonofobia e a osmofobia) presentes na migrânea, podem elucidar as causas da inter-relação da migrânea com comorbidades psiquiátricas. Clinicamente observa-se que, na crise de migrânea, ocorre além da hipersensibilidade a luz, barulho e cheiros uma irritabilidade do humor, fato compartilhado pelo espectro de sintomas da depressão (principalmente bipolar) e da ansiedade. Esta irritabilidade seria resultado de uma hiperexcitabilidade cortical (córtex occipital) (PERES, 2006).

Outra comorbidade bidirecional ocorre entre a epilepsia e a migrânea. A presença de uma, aumenta as chances do aparecimento da outra. A eficácia de medicamentos antiepiléticos na profilaxia da migrânea sugere um estado de hiperexcitabilidade e estudos genéticos apontam a hipótese de uma susceptibilidade para migrânea e epilepsia, o que justifica a comorbidade entre elas (CARVALHO, 2004).

## 2.4 TRATAMENTO

O tratamento da crise de migrânea inicia-se com medidas para evitar sempre que possível, fatores referidos pelos pacientes como desencadeantes de suas crises, tratar doenças concomitantes, particularmente, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e depressão, aconselhar atividades físicas moderadas e regular o padrão de sono.

O tratamento da migrânea crônica deve sempre ser precedido por cuidadosa revisão do diagnóstico, detecção de possíveis fatores de agravamento, estratificação da gravidade e intratabilidade. Investigações diagnósticas complementares deverão ser realizadas, conforme a revisão da anamnese e dos exames prévios, levando em consideração diagnósticos comórbidos ou associados (LIPTON et al., 2012). A abordagem do paciente deve ser feita de forma compreensiva e individualizada levando em consideração que existe variabilidade de paciente para paciente. É importante dar ênfase na educação e orientação do paciente e dos familiares.

Cada pessoa deve reconhecer os fatores desencadeantes de crise. Para isso, um diário pessoal onde são anotados todos os diferentes alimentos ingeridos, as principais ocorrências, as fases de maior estresse, odores, sons, entre outros, poderá ajudar o migranoso.

Cada pessoa tem desencadeantes que lhes são próprios. O que desencadeia migrânea no filho pode não ser o que desencadeia em outro familiar. Com a análise minuciosa do diário da dor, o médico deve ajudar o paciente no reconhecimento dos fatores desencadeantes. Além disso, existem medicações bastante eficazes na prevenção (tratamento profilático) de migrânea, capazes de diminuir o número e/ou intensidade das crises.

O ideal é sempre procurar um médico especialista e nunca se automedicar ou fazer o que os leigos indicam ou sugerem para a dor. O diagnóstico da migrânea não exige exames laboratoriais e nem mesmo de imagem (radiografias, tomografias ou ressonâncias). É através do relato minucioso das crises que se faz o diagnóstico. É indicado levar ao médico algumas folhas escritas com todos os sintomas da crise, que ajudará no tratamento.

Depois de diagnosticado o médico decidirá o tratamento da crise, profilático ou ambos. Algumas vezes ele poderá indicar a intervenção conjunta de psicólogos,

fisioterapeutas, dentistas, acupunturistas ou outros profissionais da área da saúde (SPECIALI; SBORGIA, 2013).

É importante sempre evitar alimentos, medicamentos e fatores ambientais desencadeantes. Ficar atento aos gatilhos psicológicos, como estresse e ansiedade. Durante uma crise de migrânea o paciente não suporta ambientes barulhentos e com muita luz, o ideal é se sentar ou deitar em um ambiente escuro e silencioso, evitando ao máximo, atividades que as tirem do repouso. As refeições devem ser leves e ter muita hidratação com água ou soluções hidratantes. Em casos de vômitos, o melhor é não ingerir alimentos sólidos e em casos mais graves deverá ter ajuda médica para medicações injetáveis (SALA, 2013).

O objetivo do tratamento é reduzir a frequência e intensidade das crises e melhorar sua resposta ao tratamento agudo, diminuindo seu impacto na qualidade de vida do paciente (STUGINSKI-BARBOSA et al., 2012).

Tratamentos não farmacológicos, como acupuntura, técnicas de relaxamento, psicoterapia e também têm sido considerados.

No tratamento farmacológico a ser utilizado, devem ser considerados a eficácia e os efeitos adversos à terapêutica prévia e as contra indicações, assim como a intensidade e frequência das crises, a presença de sinais e sintomas e o tempo necessário que o medicamento atinja sua eficácia (SOCIEADE BRASILEIRA DE CEFALeia - SBCE, 2011).

Nos últimos anos houve um progresso enorme na compreensão da migrânea. Até 20 ou 25 anos atrás não havia aulas sobre dor de cabeça nas faculdades de medicina, e os pacientes não sabiam qual especialidade procurar.

Hoje se sabe que a migrânea é uma doença neurológica e hereditária a maioria dos neurologistas conhece bem o problema. Pois, trata-se de uma doença muito comum, a Sociedade Brasileira de Cefaleia está tornando acessíveis os conhecimentos sobre a doença para todos os médicos com cursos para clínicos, pediatras e médicos envolvidos com o atendimento.

O tratamento da migrânea teve grandes avanços nos últimos anos como relatado anteriormente. Tornou-se mais eficiente, mais realizável e as medicações utilizadas têm menos efeitos colaterais. O sistema nervoso do enxaquecoso não é igual ao das outras pessoas que não têm esta doença. A principal alteração acontece nas moléculas dos neurotransmissores produzidas em determinadas

regiões do cérebro. A migrânea surge quando acontece alteração dos neurotransmissores (SPECIALI; SBORGIA, 2013).

Para um tratamento adequado é necessário educar o paciente sobre seu problema. A simples prescrição de drogas sem explicar o porquê das crises de migrânea é um caminho para a não aderência ao tratamento (KRYMCHANTOWSKI; JEVOUX, 2006).

Segundo Peres (2011), o tratamento da migrânea é dividido em três grupos:

- Tratamento agudo, abortivo ou da crise ou sintomático, sendo que o objetivo é aliviar a dor de cabeça, usa-se quando as crises são esporádicas;
- Tratamento de transição, que engloba medidas de duração limitada;
- Tratamento preventivo ou profilático, para evitar o aparecimento das cefaleias.

#### 2.4.1 Medicamentos utilizados para a prevenção da dor migrânea

Considerando Giacomozzi et al. (2012), o tratamento farmacológico da migrânea deve levar em consideração a medicação em uso excessivo, o cenário (intra ou extra hospitalar), a formulação do fármaco (oral ou parenteral), a eficácia, a dependência, história prévia a intolerância e respostas ao tratamento. O tratamento de transição é aquele que envolve medidas de duração limitada (menor que 30 dias), precedentes ou concomitantes ao início do tratamento preventivo.

Como medidas, de acordo com Giacomozzi et al. (2012), podem ser apontadas: a) descontinuação de fármaco de uso excessivo, se presente, b) tratamento sintomático da cefaleia rebote com analgésicos/antimigranosos e c) tratamento de sintomas de abstinência.

Os autores Obermann e Katsarava (2007) citam:

- a) A descontinuação do fármaco em uso excessivo, também chamada de desintoxicação deve ser feita, se possível, de forma abrupta, a menos quando associada a benzodiazepínicos, barbitúricos, opióides que deve ser gradual;
- b) Para tratar as crises de cefaleia devem ser estimuladas medidas não farmacológicas. Quando utilizadas as medicações sintomáticas deverão

ser diferentes daquelas das quais se vinha fazendo uso excessivo e numa frequência de dois dias por semana;

- c) Os sintomas de abstinência podem ser tratados com antieméticos e corticosteróides, mas sua eficiência é contraditória.

Segundo Pascual (2012), poucos medicamentos foram testados para o tratamento preventivo da migrânea crônica. A duração do tratamento preventivo na migrânea crônica não está estabelecida, porém, há dados demonstrando um substancial índice de recidiva em pacientes tratados por um ano ou menos com a suspensão precoce do tratamento (inferior a um ano).

#### 2.4.2 Tratamento agudo na migrânea

De acordo com Speciali (2011), Peres (2009) e Martins et al. (2013), o objetivo agudo para tratamento da crise da migrânea é promover o alívio da dor. Pode-se optar apenas pelo tratamento da crise quando elas forem esporádicas, mas quando as crises forem frequentes (três ou mais por mês), incapacitantes ou prolongadas (dois a três dias de duração), o tratamento recomendado é o profilático (para evitar o aparecimento das cefaleias).

No tratamento agudo segundo os mesmos autores, podem ser utilizados os seguintes medicamentos:

- Analgésicos comuns – são medicamentos que geralmente não precisam de receita médica e que são encontrados facilmente para compra.
- Anti-inflamatórios não esteroides (AINE) – são medicações usadas para dor em geral e nas crises leves da enxaqueca, agem em uma substância chamada prostaglandina, diminuindo a inflamação.
- Antieméticos – Quando a migrânea se manifesta com vômitos, seu uso pode aliviar esse desconforto. A administração IV deve ser lenta, pois pode desencadear reações extrapiramidais agudas.
- Ergotaminas – são medicações antigas para enxaqueca, um pouco criticadas devido a seus efeitos adversos, vômitos e a indução de efeito rebote.
- Triptanos – são medicações criadas especificamente para o tratamento das enxaquecas. Elas agem nos receptores de serotonina 5-HT do sistema trigeminovascular, envolvidos na fisiopatogênese dessa doença,

melhorando a crise da enxaqueca mais rapidamente e com menos efeitos colaterais que as ergotaminas.

### 2.4.3 Tratamento preventivo na migrânea

Segundo Peres (2009), o tratamento preventivo, também conhecido como tratamento profilático, visa evitar as crises, torná-las menos intensas, menos frequentes e mais responsivas ao tratamento agudo. No tratamento preventivo a redução das crises pode chegar a 50% na maioria dos casos.

Ainda de acordo com Peres (2011), os medicamentos utilizados para prevenção da dor incluem:

- 1) Neuromoduladores – também conhecidos como anticonvulsivantes, medicações usadas para epilepsia, mas que são ótimos preventivos para enxaqueca – são substâncias que produzem efeitos mais prolongados sobre a excitabilidade da membrana neuronal.
- 2) Antidepressivos – atuam como inibidores da recaptção de serotonina e noradrenalina) – são drogas que aumentam o tônus psíquico, normatizam o fluxo de neurotransmissores e ajudam na ansiedade e depressão.
- 3) Betabloqueadores – grupo de fármacos que antagonizam os receptores beta – são protetores cardíacos, antiarrítmicos também usados no tratamento da hipertensão arterial e usados como preventivos na migrânea.
- 4) Bloqueadores de canal de cálcio – uma das teorias para as causas da enxaqueca é a de que ocorre um distúrbio dos canais de cálcio (célula nervosa). Os bloqueadores de cálcio atuam bloqueando este sistema, exemplo Flunarizina;
- 5) Antagonistas da dopamina – usados como terapia adjuvante na enxaqueca, reduzem náuseas, vômitos e restauram a motilidade gástrica.
- 6) Outras categorias como – vitaminas, riboflavina (B2) e magnésio ajudam na redução da frequência das crises e número de dias da enxaqueca). A melatonina também pode ser muito eficaz na enxaqueca quando há tipos específicos de distúrbios do sono envolvidos e na maioria de pacientes com cefaleia em salvas, exemplo. No último Congresso Internacional de Cefaleias, em junho de 2013, outras novidades na forma de tratamento da

migrânea como o botox A (toxina botulínica) foi apresentado como um fármaco eficaz no tratamento da migrânea crônica (conforme citado anteriormente) está indicada no tratamento crônico em pacientes de 18 a 65 anos com migrânea e os resultados demonstraram redução do número de dias da dor, redução da intensidade e do número de horas de dor após o uso do protocolo novo de aplicação da toxina botulínica tipo A (PERES, 2013; GIOACOMOZZI et al., 2012).

#### 2.4.4 Anti-inflamatórios Não Hormonais (AINHS)

Segundo Martins et al. (2013), a maioria dos AINHS é eficaz na migrânea, pois reduz a inflamação neurogênica perivascular.

O tratamento profilático, de acordo com Speciali (2003), deve ser iniciado quando:

- Surgirem mais de 2 a 3 crises ao mês;
- Quando as crises incapacitarem o paciente para suas atividades;
- Quando as medicações para as crises não mais funcionarem ou tiverem efeitos colaterais insuportáveis;
- Quando o consumo semanal de analgésicos estiver exagerado, pois é sabido que isso poderá levar ao agravamento da doença;
- Sob o ponto de vista médico, o sucesso no tratamento profilático da migrânea é obtido quando houver melhora na intensidade da frequência e do número de dias sem dor igual à no mínimo 75%.

O migranoso deve usar a profilaxia não somente medicamentosa para amenizar as crises ou espaçá-las. Atentar para o uso excessivo de analgésicos, pois pode aumentar as crises ao invés de melhorá-las, além de causar gastrite, insuficiência hepática e renal. Os exercícios físicos moderados amenizam as crises, pois em excesso pioram o quadro. A fisioterapia pode ser um tratamento complementar associado às medicações profiláticas.

As terapias que colaboram no tratamento da migrânea são terapias cognitiva, comportamental e o relaxamento.

O importante é que o migranoso sempre busque ajuda médica, mesmo que sejam cefaleias mais corriqueiras para uma boa orientação. Deve procurar um



médico que esteja preparado para tratar a dor de cabeça, esses médicos podem ser conhecidos como “Cefaliatras”, ou seja, um especialista que vem aos poucos se formando por meio da especialização de médicos neurologistas.

#### 2.4.5 Manejo não farmacológico e terapias complementares na migrânea

Considerando que a migrânea é uma doença neurológica hereditária e suas alterações acontecem em pequenas moléculas dos neurotransmissores, o tratamento preventivo é fundamental para reequilibrar essas funções. Fazendo parte deste tratamento que pode ser feito de várias formas, a ingestão de certos alimentos com corantes, acidulantes ou aminoácidos naturais devem ser evitados durante as crises de migrânea, pois provocam o desequilíbrio dos neurotransmissores.

O uso de medidas não farmacológicas e de terapias complementares na migrânea ainda tem suas limitações, mas uma exceção é a acupuntura, que foi avaliada, obtendo resultados promissores. Um conjunto de fatores pode colaborar para a melhora das crises concomitante ao tratamento medicamentoso.

De acordo com Giacomozzi (2012), as medidas não farmacológicas mais utilizadas pelos pacientes, segundo evidências sólidas incluem:

- Valorização do início do tratamento com mudanças das atividades, como interromper as atividades em geral durante uma semana;
- Educação do paciente;
- Identificar e evitar fatores desencadeantes;
- Manter regularidade nas atividades rotineiras;
- Manter regularidade no ciclo do sono/vigília;
- Exercícios aeróbicos;
- Considerar perda de peso;
- Acupuntura;
- Técnicas de relaxamento;
- Ioga;
- Evitar alimentos desencadeantes;
- Massagens;
- Controlar estresse;

- Diminuir cafeína;
- Terapia cognitiva comportamental;
- Pensamentos prazerosos.

Segundo o Colégio Americano de Medicina Esportiva de (2007), fazer exercício físico moderadamente 30 minutos por 5 dias, ou fazer exercício físico vigoroso, 20 minutos por 3 dias na semana ou fazer de 8 a 10 exercícios de força, 2 vezes na semana, em pacientes abaixo de 65 anos pode ter melhora significativa nas crises de migrânea (PERES, 2013).

É fundamental que o paciente tenha o conceito de tratamento preventivo e entender que não é só na hora da dor e, sim, evitar que as crises apareçam. O tratamento preventivo da enxaqueca é um passo fundamental. Estudos realizados comprovam que menos de 10% de pessoas sofredoras de enxaqueca fazem o tratamento preventivo correto.

### 3 CASUÍSTICA E MÉTODO

Nesse capítulo foi apresentada a caracterização da pesquisa, bem como a metodologia que foi utilizada para o desenvolvimento do estudo.

#### 3.1 NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de delineamento transversal, com abordagem quantitativa, documental e abordagem retrospectiva realizada por meio dos dados encontrados nos prontuários de atendimento aos pacientes.

A pesquisa descritiva tem como objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômenos. Podem ser elaboradas também com a finalidade de identificar possíveis relações entre variáveis. A maioria das pesquisas que são realizadas com objetivos profissionais, provavelmente, se enquadra nesta categoria. Entre as pesquisas descritivas, salientam-se aquelas que têm por objetivo estudar as características de um grupo, idade, sexo, procedência, estado de saúde entre outros, como se pretende no presente estudo (GIL, 2010).

A metodologia quantitativa é utilizada com a finalidade de analisar os dados coletados. Tem como objetivo trazer à tona dados, indicadores e tendências observáveis sendo utilizada para grande quantidade de dados demográficos, podendo ser analisados através de variáveis (MINAYO, 1993). Constitui-se, em geral, no levantamento de dados no local onde os fatos ocorrem (MARCONI; LAKATOS, 2010).

A pesquisa documental se restringe a análise de documentos, também chamada de pesquisa bibliográfica. Possuem duas categorias de estratégias de coleta de dados: a primeira refere-se ao local onde os dados serão coletados e a segunda alude-se à fonte de dados documentais ou campo (APPOLINÁRIO, 2009). A característica da pesquisa documental é que a fonte de coleta de dados está restrita a documentos escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias. Estas podem ser feitas no momento em que o fato ocorre ou depois (MARCONI; LAKATOS, 2010). Considerando que tanto a pesquisa documental quanto a bibliográfica utilizam-se de dados já existentes, a principal diferença está na natureza das fontes. A pesquisa bibliográfica fundamenta-se em material

elaborado por autores com o propósito específico de ser lido por públicos específicos. Já a pesquisa documental vale-se de toda sorte de documentos, elaborados com finalidades diversas, tais como assentamento, autorização, comunicação, entre outros (GIL, 2010).

Conforme Marconi e Lakatos (2010), o estudo retrospectivo é desenhado para explorar fatos do passado podendo ser delineado a partir de um ponto e conduzir a pesquisa até o momento presente pela análise documental. Este estudo foi realizado através de dados contidos nos prontuários dos pacientes.

Nesse sentido, adota-se a pesquisa transversal por ser possível investigar “causa” e “efeito” de maneira simultânea e averiguar a associação existente entre a exposição e a doença, o que reforça a necessidade de se conhecer suas principais características, vantagens e desvantagens (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

Rouquayrol e Almeida Filho (2003), ainda enfatizam que a pesquisa transversal “é o estudo epidemiológico no qual fator e efeito são observados num mesmo momento histórico e, atualmente, tem sido o mais empregado”.

Os estudos de corte transversal são aqueles que produzem os resultados “instantâneos” da situação de saúde de uma população ou comunidade com base na avaliação individual do estado de saúde de cada um dos membros do grupo, e também determinam indicadores globais de saúde para o grupo investigado (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2002).

Para os autores Klein e Bloch (2006), o estudo transversal é o método mais adequado para descrever as características de uma população em determinada época, confirmando-se em fonte indispensável para o planejamento e supervisão de ações voltadas para a prevenção, tratamento e reabilitação, tanto em nível individual como coletivo. Nesse sentido, seu uso possibilitou delimitar o tempo a ser pesquisado e descrever o perfil dos pacientes migranosos atendidos pelos neurologistas.

### 3.2 LOCAL DO ESTUDO

O município de Ribeirão Preto, situado no nordeste do Estado de São Paulo possui 604.682 habitantes, dos quais 1.716 residem na zona rural, ou seja, 99,72% da população está na zona urbana, conforme censo de 2010. Sua população

estimada para 2014 é de 658.059 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2010).

Conforme dados de população do Censo IBGE (2010), e distribuição por Unidade de Saúde baseada no setor censitário do IBGE pela Divisão de Planejamento em Saúde, a população do Distrito Central é de 97.975; do Distrito Norte é de 110.627; do Distrito Sul é 85.060; do Distrito Leste é de 159.802 e do Distrito Oeste é de 151.218 (RIBEIRÃO PRETO, 2014).

A Política Nacional de Atenção Básica prioriza a Estratégia Saúde da Família, (Portaria MS/GM 2.488, 2011), como instrumento principal para a reorganização da atenção básica no país (RIBEIRÃO PRETO, 2014).

O Plano Municipal de Saúde (2014-2017) pontua que a rede municipal de atenção à saúde está estruturada em 5 (cinco) distritos de saúde, cada qual com área de abrangência definida constituindo-se de uma Unidade Básica Distrital (UBDS) de Saúde onde são ofertadas especialidades médicas, serviço de pronto atendimento e Unidades Básicas de Saúde (UBS), conforme o dimensionamento do território e população, onde são ofertados os serviços de clínica geral, pediatria e ginecologia, obstetrícia, bem como serviços de enfermagem, odontologia, vacina, farmácia e outros. Este universo é composto por 48 estabelecimentos de atenção básica, das quais 14 unidades de saúde da família com um total de 30 equipes e 18 unidades básicas tradicionais com 20 equipes de agentes comunitários de saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2014).

No município de Ribeirão Preto a assistência dos serviços em Neurologia está organizada em cinco regiões, denominados Distritos de Saúde. Estes estão localizados nas regiões Central (Unidade Básica e Distrital de Saúde - UBDS Central, Núcleo de Gestão Assistencial - NGA 59 e Pronto Atendimento Médico Infantil - PAM II), no Distrito Oeste (Centro de Saúde Escola - CSE Sumarezinho) e no Distrito Sul (UBDS Vila Virgínia). Os pacientes são atendidos primeiramente na Atenção Básica, nas Unidades de Saúde da área de sua abrangência e quando necessário são encaminhados à especialidade de neurologia, por meio de guia de referência *online*. A central de agendamento da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) faz o agendamento da consulta nos serviços de neurologia supracitados.

O presente estudo foi realizado no Distrito Central que possui uma população estimada, em 2012, de 100.416 habitantes. Os dados foram coletados no Núcleo de

Gestão Assistencial (NGA-59) que geograficamente está localizado no Distrito Central, sendo uma unidade de referência secundária para o serviço de neurologia.

Atualmente, no NGA-59, conta-se com aproximadamente 6.800 consultas/mês de diversas especialidades, 540 consultas neurológicas/mês e 5.898 consultas neurológicas ao ano. O serviço de neurologia era composto por quatro neurologistas, uma enfermeira e sete auxiliares na equipe de enfermagem para o atendimento dos pacientes referenciados. Atualmente, devido a pedidos de demissões e aposentadorias de três neurologistas, o serviço conta apenas com um neurologista. Os pacientes dos neurologistas que não fazem mais parte do quadro médico foram referenciados para outros serviços de neurologia existentes na rede básica, conforme citado anteriormente. Todo o atendimento é registrado através do serviço informatizado sistema Hygiaweb, que tem implementação modular e integrada, sendo que a versão atual do sistema foi desenvolvida em plataforma Web. Ele interliga consultórios e ambulatórios especializados contemplando informações de atendimentos, exames, internações, entre outros; tendo o papel de facilitador do atendimento.

### 3.3 POPULAÇÃO

A população estudada compreende todos os pacientes com quadro de cefaleia, atendidos no ambulatório de Neurologia do NGA-59, no período de janeiro a dezembro de 2013. Foram selecionados 443 prontuários, sendo desses 308 foram diagnosticados como migrânea.

Esses pacientes foram atendidos por 04 neurologistas que faziam parte da especialidade. A primeira consulta de neurologia é agendada pela central de agendamento da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). O paciente comparece no dia e hora marcados, é realizada consulta médica, após esse procedimento passam pela pós-consulta de enfermagem para orientações sobre novos encaminhamentos de diversas naturezas, incluindo aqueles solicitados pelo neurologista, receitas médicas, exames e retornos.

Os retornos normalmente são a cada dois ou três meses ou em menor período, de acordo com solicitação médica e necessidade.

Os critérios de inclusão dos sujeitos no estudo contemplam:

- Prontuários de usuários cadastrados no sistema Hygiaweb de Ribeirão Preto, agendados pela regulação médica da SMS para o ambulatório de Neurologia do NGA, sem delimitação de idades, de ambos os sexos.
- Após a avaliação do especialista, ter diagnóstico de migrânea.

Os critérios de exclusão no estudo foram:

- Pacientes que faltaram na primeira consulta agendada para a especialidade;
- Os prontuários que não estiverem minimamente preenchidos com relação aos sintomas de doenças correlatas a cefaleia;
- Serão critérios de exclusão para a participação do estudo usuários que não possuem em seu prontuário outros dados delimitados no estudo para determinação do seu perfil.

Os critérios de descontinuidade considerados foram os prontuários com inconsistência de dados.

### 3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados para este estudo foi realizada por meio da análise dos prontuários dos pacientes referenciados ao serviço de neurologia do NGA-59, delimitando a busca nas variáveis necessárias ao estudo presentes no instrumento de coleta de dados, referentes ao perfil desses pacientes.

Inicialmente foi realizado levantamento dos prontuários da clínica de neurologia considerando os diagnósticos dos pacientes com doenças correlatas a cefaleia. A seleção foi realizada por ordem cronológica iniciada no mês de janeiro e término em dezembro de 2013.

#### 3.4.1 Instrumento de Coleta de Dados

Para a coleta de dados foi utilizado instrumento estruturado elaborado pela autora (APÊNDICE I) com o objetivo de sistematizar a busca e a organização dos dados que incluíram variáveis relativas a dados de identificação (Parte A) e dados

referentes ao tema em questão, informações que se associam à proposta do estudo (Parte B).

Para a análise descritiva dos dados foram consideradas as seguintes variáveis.

#### 3.4.1.1 Variáveis relativas à identificação (Parte A).

- Nome;
- Hygia (registro do paciente na rede básica de saúde);
- Data de Nascimento;
- Sexo;
- Local de residência (bairro);
- Distrito de Saúde.
- Diagnóstico de encaminhamento (guia de referência);

#### 3.4.1.2 Variáveis relativas ao tema (Parte B)

- História Familiar;
- Circunstâncias que precede (Pródromos):
  - sono;
  - irritação;
  - tontura;
  - vontade de comer doce.
- Localização da dor:
  - bilateral;
  - unilateral.
- Intensidade da dor:
  - forte;
  - moderada;
  - leve.
- Características da dor:
  - pulsátil;
  - aperto;
  - pontada.
- Presença de aura:



- antes;
- com aura;
- durante;
- sem aura.
- Sintomas Associados:
  - náuseas;
  - vômitos;
  - piora com esforço físico;
  - fotofobia;
  - fonofobia;
  - osmofobia;
  - menstruação;
  - escotomas visuais;
  - estresse.
- Diagnóstico Final
- Comorbidades:
  - hipertensão arterial;
  - diabetes;
  - distúrbios do sono;
  - fibromialgia;
  - depressão;
  - ansiedade;
  - sinusopatia;
  - obesidade.
- Classe Medicamentosa Utilizada:
  - anti-hipertensivo;
  - analgésicos;
  - anti-inflamatórios;
  - uso abusivo de analgésicos;
  - antidepressivo;
  - neuromoduladores.
- Medicações Prescritas:
  - topiramato;

- nortriptilina;
- amitriptilina;
- clorpromazina;
- propanolol;
- flunarizina;
- ibuprofeno/naproxeno;
- paracetamol e dipirona;
- sumatriptano e naratriptano;
- ácido valpróico.
- Frequência Crises na semana:
  - 1 a 3;
  - 4 a 5.
- Frequência Crises no Mês:
  - < 1;
  - 1 a 4;
  - 5 a 14;
  - >15 dias/mês.

Foi realizada a análise documental e as informações armazenadas em um banco de dados administrado pelo gerenciador de dados Access 2012 e, posteriormente, exportados para o *software* Excel 2012, ambos da empresa *Microsoft Corporation*.

Nas Figuras 3 e 4 são apresentadas as interfaces do banco de dados desenvolvido para a coleta dos dados.

Figura 3 – Interface da Coleta de Dados

Instrumento de Coleta de Dados - Pacientes

Hygia: 3371

Nome: SCAA

Data de Nascimento: 18/06/1965

Sexo: F

Unidade de Saúde Encaminhamento: USF Aveino Alves Palma

Distrito de Saúde Pertence: Unidade Distrito Norte

Diagnóstico Encaminhamento: Cefaleia

História Familiar Migrânea: Não Informada

Circunstância Precede Migrânea - Sono:

Circunstância Precede Migrânea - Irritação:

Circunstância Precede Migrânea - Tontura:

Características da Dor Pontada:

Circunstância Precede Migrânea - Alimentos:

Sintomas Associados Piora Menstruação:

Sintomas Associados Estresse:

Sintomas Associados Ansiedade:

Sintomas Associados Depressão:

Sintomas Associados Escotomas Visuais:

Comorbidades Associadas Diabetes:

Comorbidades Associadas HAS:

Comorbidades Associadas Distúrbios do Sono:

Comorbidades Associadas Fibromialgia:

Comorbidades Associadas Depressão:

Comorbidades Associadas Obesidade:

Comorbidades Associadas Sinusopatia:

Comorbidades Associadas Outros:

Registro: 1 de 503

Fonte: Autoria Própria

Figura 4 – Interface da Coleta de Dados

Instrumento de Coleta de Dados - Pacientes

Características da Dor Pulsátil:

Características da Dor Aperto:

Circunstância Precede Migrânea - Comer Doce:

Características da Dor Não Informada:

Características da Dor Outra:

Diagnóstico: Migrânea

Sintomas Associados Piora Esforço Físico:

Sintomas Associados Náuseas:

Sintomas Associados Vômitos:

Sintomas Associados Fotofobia:

Sintomas Associados Fonofobia:

Sintomas Associados Xerostomia:

Sintomas Associados Osnofofia:

Medicação Utilizada Neuromoduladores:

Medicação Utilizada Outros:

Medicação Prescrita Topiramato:

Medicação Prescrita Nortriptilina:

Medicação Prescrita Clorpromazina:

Medicação Prescrita Flunarizina:

Medicação Prescrita Propanolol:

Medicação Prescrita Anti-inflamatórios:

Medicação Prescrita Paracetamol ou Dipirona:

Medicação Prescrita Sumatriptano ou Naratriptano:

Medicação Prescrita Ibuprofeno:

Medicação Prescrita Amtriptilina:

Episódios de Migrânea na Semana:

Episódios de Migrânea no Mês:

Registro: 1 de 503

Fonte: Autoria Própria

### 3.4.2 Procedimentos de Coleta de Dados.

Cabe ao médico neurologista realizar a consulta e o diagnóstico de migrânea e ou doença neurológica associada aos sintomas de cefaleia.

Os dados foram coletados a partir das informações contidas no prontuário do paciente por meio de instrumento estruturado, elaborado pela autora, que possibilitou a captura de informações das variáveis que se associavam aos objetivos desse estudo, que é analisar o perfil de pacientes.

### 3.5 ANÁLISE DE DADOS

A análise quantitativa dos dados ocorreu com o uso do *software* Excel 2012 da empresa *Microsoft Corporation* por meio da funcionalidade de tabela dinâmica, onde foi possível correlacionar às informações através de um cubo dinâmico, apresentando as frequências relativas e absolutas expressas em tabelas e gráficos.

Os dados foram prioritariamente avaliados de forma descritiva, observando-se os encaminhamentos das instituições de saúde quanto à indicação para o neurologista. Adicionalmente, foram analisadas, estatisticamente, as proporções, porcentagens, tabelas e gráficos das variáveis em questão.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Em atendimento à Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 do Ministério da Saúde, que trata sobre a condução de pesquisa envolvendo seres humanos, respeitando os princípios éticos, foi preservada a confiabilidade no estudo (Apêndice IV).

O estudo cumpriu as seguintes etapas: solicitação da autorização do Secretário Municipal da Saúde (Apêndice III) e do Gerente do NGA-59 (Apêndice IV). O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Ribeirão Preto e aprovado sob parecer número 641.512, em 30 de abril de 2014 (Anexo C).

Não houve risco ao participante, com preservação do anonimato e atendimento ao aspecto ético. Os dados foram coletados após a autorização do

Secretário da Saúde de Ribeirão Preto e da gerência da unidade onde foi realizado o estudo.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido não se aplicou ao estudo, pois se tratou de uma revisão de dados de prontuários, sem identificação de qualquer paciente.

Enfatizam-se os benefícios do estudo para os pacientes e a população, em geral, uma vez que esta investigação poderá contribuir para melhorar o atendimento no ambulatório e fazer uma interface com os Programas de Saúde da SMS.

### 3.7 CRITÉRIOS PARA SUSPENSÃO OU ENCERRAMENTO DA PESQUISA

A pesquisa somente seria suspensa diante da percepção de algum risco ou dano aos sujeitos da pesquisa ou diante de outro estudo com os mesmos propósitos e, por fim, apresentando superioridade metodológica. As situações pontuadas não ocorreram, permitindo a realização de todas as etapas propostas no estudo.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados provenientes da coleta dados obtidos por meio do instrumento aplicado neste estudo considerou uma população de 443 pacientes no Núcleo de Gestão Assistencial (NGA-59), no período de janeiro a dezembro de 2013.

### 4.1 ENCAMINHAMENTOS PARA O AMBULATÓRIO DE NEUROLOGIA DO NGA-59

Neste item foram apresentados os resultados referentes ao local de residência (bairro), distrito de saúde o qual pertence o paciente e o diagnóstico de encaminhamento (guia de referência) para a especialidade de neurologia do NGA-59.

Na Tabela 1 apresentam-se as Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) das quais os pacientes foram encaminhados por meio de uma guia de referência para a especialidade de neurologia, considerando a população de 443 pacientes.

As UBS Ribeirão Verde e Vila Mariana predominam com a maioria dos pacientes referenciados, sendo 41 (9,26%) cada; as UBS Quintino I e Jardim Aeroporto 34 (7,67%) cada; UBS Simioni 31 (7%), a UBS Marincek 25 (5,64%) e a UBDS Quintino II com 20 (4,51%) dos encaminhamentos. Constata-se que todas as unidades citadas pertencem ao Distrito Norte na cidade de Ribeirão Preto.

Na Tabela 2 é apresentada a distribuição da população por Distritos de Saúde conforme dados de população do Censo IBGE (2010).

No estudo em questão, o Distrito Norte prevaleceu com maior número de pacientes referenciados ao Serviço de Neurologia, mas não é o mais populoso. Porém, neste Distrito de Saúde, há um assentamento de trabalhadores rurais, concentra-se o maior número de aglomerados subnormais (comunidades) da cidade, razão pela qual o Distrito Norte se apresenta com maior percentual de pessoas acima de 60 anos, maior percentual de utilização exclusiva do SUS, menor percentual de utilização de convênios de saúde e serviços particulares de saúde, maior percentual de cadeirantes, maior percentual de imóveis residenciais com quatro ou mais fatores infraestruturais de risco e maior percentual de presença

referida de ratos e carrapatos nos imóveis (RIBEIRÃO PRETO, 2014), ou seja, é uma população com menores condições socioeconômicas.

**Tabela 1** – Distribuição das Unidades Básicas de Saúde X Encaminhamentos, Ribeirão Preto, 2015.

<b>Nome da Unidade de Saúde</b>	<b>Quant. Atendimentos</b>	<b>Percentual</b>
CMSC Vila Lobato	2	0,45%
CSE Ipiranga	7	1,58%
CSE Vila Tibério	5	1,13%
Distrito Sumarezinho	8	1,81%
NGA-59	1	0,23%
UBDS Castelo Branco	1	0,23%
UBDS Central	8	1,81%
UBDS Quintino Facci II	20	4,51%
UBDS Vila Virginia	17	3,84%
UBS Adão do Carmo Leonel	5	1,13%
UBS Campos Elíseos	15	3,39%
UBS Dom Miele	7	1,58%
UBS Ipiranga	21	4,74%
UBS Jardim Aeroporto	34	7,67%
UBS Jardim João Rossi	4	0,90%
UBS Jardim Juliana	4	0,90%
UBS Jardim Maria das Graças	9	2,03%
UBS Jardim Paiva	7	1,58%
UBS Jardim Presidente Dutra	4	0,90%
UBS José Sampaio	4	0,90%
UBS Marincek	25	5,64%
UBS Parque Ribeirão Preto	10	2,26%
UBS Quintino Facci I	34	7,67%
UBS Ribeirão Verde	41	9,26%
UBS Simioni	31	7,00%
UBS Valentina Figueiredo	2	0,45%
UBS Vila Abranches	4	0,90%
UBS Vila Mariana	41	9,26%
UBS Vila Recreio	14	3,16%
UBS Vila Tibério	4	0,90%
USF Avelino Alves Palma	4	0,90%
USF Estação do Alto	3	0,68%
USF Geraldo Correa de Carvalho	7	1,58%
USF Jardim Eugênio Mendes	5	1,13%
USF Jardim Heitor Rigon	15	3,39%
USF Jardim Zara	3	0,68%
USF Núcleo 3	1	0,23%
USF Vila Albertina	16	3,61%
<b>Total</b>	<b>443</b>	<b>100%</b>

Fonte: Autoria Própria

**Tabela 2** – Distribuição da População Estimada por Distritos de Saúde – Ribeirão Preto/SP, Ribeirão Preto, 2015.

<b>Distritos de Saúde</b>	<b>População Estimada</b>
Distrito Central	97.975
Distrito Sul	85.060
Distrito Norte	110.627
Distrito Oeste	151.218
Distrito Leste	159.802
<b>Total</b>	<b>604.682</b>

**Fonte:** Dados População do Censo IBGE, distribuição por Distrito de Saúde baseado no setor censitário do IBGE pela Divisão de Planejamento de Saúde 2010.

Na Tabela 3 é apresentado o número de pacientes atendidos por Distritos de Saúde, sendo que os maiores índices de pacientes são dos Distritos Norte 259 ( 58,47%) e Distrito Oeste 94 ( 21,22%) e o menor número pertence ao Distrito Sul com 40 (9,03%).

Para a organização da rede de atenção á saúde ( de acordo com o Plano Municipal de Saúde 2014-2017), Rede de Atenção à Saúde- SUS, o município foi dividido geograficamente em cinco Distritos de Saúde: Norte, Sul, Leste , Oeste e Central, cada qual com área de abrangência definida conforme o dimensionamento do território e a população. Cada um é composto por uma unidade funcionando 24 horas para Pronto Atendimento e dividido e áreas menores com referência para atendimento às Unidades de Saúde para a atenção primária. Cada região têm características diferentes, como densidade populacional, distribuição etária, tipo de habitação, condições sociais, econômicas e de acesso a bens e serviços, inclusive de saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2014).

**Tabela 3** – Distribuição do Número de Pacientes Atendidos por Distritos de Saúde, Ribeirão Preto, 2015.

<b>Distrito de Saúde Pertence</b>	<b>Total</b>	<b>Percentual</b>
Unidade Distrito Norte	259	58,47%
Unidade Distrito Oeste	94	21,22%
Unidade Distrito Sul	40	9,03%
Unidade Distrito Central	38	8,58%
Unidade Distrito Leste	12	2,71%
<b>Total</b>	<b>443</b>	<b>100%</b>

**Fonte:** Autoria Própria



Apesar de o Distrito Norte possuir o maior número de pacientes referenciados para o serviço de neurologia, tem a menor população estimada em relação aos Distritos Oeste e Leste.

A segunda maior prevalência é o Distrito Oeste que é um Distrito mais complexo. Esse Distrito, comparado com outros possui grande percentual de usuários do SUS, maior percentual de acamados e o menor percentual de população sem renda.

Portanto, os dois Distritos que apresentam as maiores ocorrências são formados por população que possui uma condição socioeconômica desfavorável.

O Distrito de menor prevalência foi o Distrito Leste, sendo que essa região apresenta áreas de concentração e expansão de condomínios de alto padrão. No entanto, existem também aglomerados de população carente de recursos socioeconômicos de saúde e outros.

Estudos mostram que indivíduos de classes sociais mais baixas e com menor grau de instrução são os que possuem maior probabilidade de enxaqueca. Nestas pessoas a doença costuma ser mais incapacitante.

Não se sabe ao certo, mas, contempla-se a ideia de que não sendo satisfeitas as necessidades básicas da vida, este fato geraria estresse que é um fator desencadeante das crises (SPECIALI, 2013).

No Congresso Brasileiro de Cefaleias de 2011, um estudo sobre o mapeamento nacional da cefaleia no País identificou a prevalência da enxaqueca em pacientes com baixa renda familiar principalmente mulheres, mas, também em pacientes com alta escolaridade e que não têm acesso a prática de exercícios físicos (QUEIRÓZ, 2008).

No estudo sobre a epidemiologia nacional das cefaleias no Brasil, especificamente em Florianópolis (SC), os achados revelam que a migrânea é mais prevalente em pessoas com baixa renda familiar, aproximadamente 1,59 vezes mais prevalente entre os sujeitos com renda de menos de cinco salários mínimos do que naqueles com renda de mais de dez salários mínimos. Esses achados também foram descritos nos Estados Unidos da América (EUA). Observou-se também nestes estudos que a migrânea foi significativamente menos prevalente nos indivíduos que realizavam alguma atividade física, independente do número de vezes na semana (QUEIROZ et al., 2008). Acredita-se que, pelas características do Distrito Norte, e conforme a literatura, que o achado nesse estudo é pertinente, também cabe

ressaltar que em distritos em que a população possui melhor condição socioeconômica, o número de pacientes do SUS é menor, pois usam mais, outros convênios ou serviços privados. Vale ressaltar que o fato desses distritos terem o maior número de pacientes referenciados, não é possível afirmar que somente as condições socioeconômicas desfavoráveis são parâmetros para afirmar a maior prevalência, podem existir outros fatores não considerados nesta pesquisa.

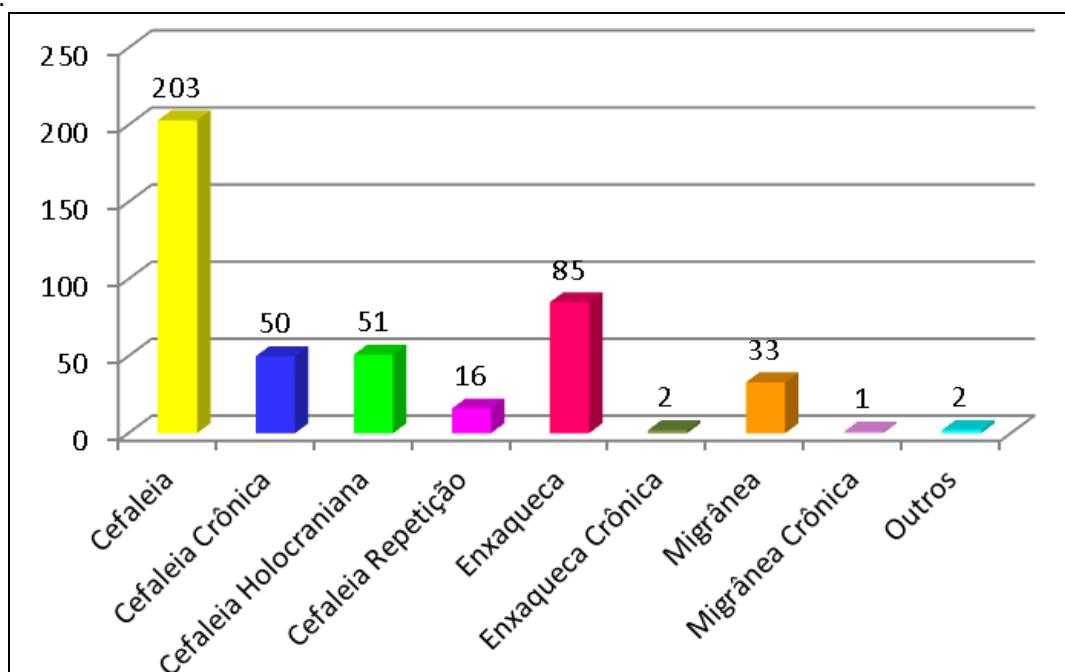
No Gráfico 1 são apresentados os resultados dos Diagnósticos de Encaminhamentos referenciados das Unidades Básicas de Saúde para o atendimento no serviço de neurologia do NGA-59.

Dos 443 prontuários de pacientes avaliados, a cefaleia se apresenta com maior prevalência nos encaminhamentos com 203 (45,82%), a enxaqueca 85 (19,19%), e em menor prevalência a migrânea crônica com 1 (0,23%).

Nota-se que o diagnóstico dos encaminhamentos em maior número para a especialidade de neurologia é de cefaleia e considerado todos os tipos de migrânea (121) observa-se diagnósticos de migrânea em menor número, mesmo que haja agrupamento de seus tipos.

Observou-se durante a coleta de dados que em vários diagnósticos de encaminhamento houve termos gerais imprecisos e às vezes incompatíveis com a descrição da sintomatologia.

**Gráfico 1** – Distribuição dos Resultados dos Diagnósticos de Encaminhamentos, Ribeirão Preto, 2015.



Fonte: Autoria Própria

## 4.2 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS PACIENTES MIGRANOSOS

No estudo em questão, dos 443 prontuários pesquisados, após levantamento foram identificados 308 casos de migrânea, que a partir de então serão apresentados e discutidos os resultados.

### 4.2.1 Gênero

Na Tabela 4 apresenta-se a população diagnosticada com migrânea por gênero. O sexo feminino com 263 (85,39%) e o gênero masculino com 45 (14,61%).

**Tabela 4** – Distribuição da População Diagnosticada com Migrânea por Gênero, Ribeirão Preto, 2015.

<b>Sexo</b>	<b>Total</b>	<b>Percentual</b>
Feminino	263	85,39%
Masculino	45	14,61%
<b>Total</b>	<b>308</b>	<b>100%</b>

**Fonte:** Autoria Própria

A maior prevalência foi do gênero feminino, o que coincide com dados encontrados de Jensen e Stovner (2008), sendo que a prevalência para a enxaqueca foi com a proporção de 2:1 a 3:1 (2 mulheres/1 homem e 3 mulheres/1 homem).

Speciali e Sborgia (2013) referem que as mulheres têm três vezes mais migrânea do que homens, o que se deve principalmente devido as diferenças hormonais e ambientais.

A proporção neste estudo foi aproximadamente cinco vezes mais casos de migrânea em mulheres do que em homens (5:1).

### 4.2.2 Idade

Na Tabela 5 demonstra-se a população diagnosticada com migrânea por faixa etária, onde evidencia-se a faixa etária predominando com de 20 a 30 anos com 89 (28,90%).

**Tabela 5** – Distribuição da População Diagnosticada com Migrânea por Faixa Etária, Ribeirão Preto, 2015.

<b>Faixa Etária</b>	<b>Total</b>	<b>Percentual</b>
10  --- 20	73	23,70%
20  --- 30	89	28,90%
30  --- 40	67	21,75%
40  --- 50	38	12,34%
50  --- 60	25	8,12%
60  --- 70	13	4,22%
70  --- 80	3	0,97%
<b>Total</b>	<b>308</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Autoria Própria

A idade dos pacientes variou entre 10 e 80 anos, sendo a média de idade das mulheres de 32 anos e o desvio padrão de 14 anos, fato este confirmado pela literatura, pois de acordo com Speciali (2011) o pico de prevalência da migrânea se situa em torno dos 30 a 50 anos. No sexo masculino a média de idade foi de 30 anos e o desvio padrão de 16 anos.

Na Tabela 6 apresenta-se a população diagnosticada com migrânea em relação ao sexo e faixa etária.

Em relação ao sexo feminino a faixa etária de 10 a 40 anos foi maioria, com 194 pacientes (62,99%). Quanto ao sexo masculino a faixa etária também foi de 10 a 40 anos, com 35 pacientes (11,36%).

Estudos revelam que a migrânea surge antes dos 35 anos de idade em 75% dos casos e após os 50 anos em 2%. A incidência da migrânea ao longo da vida é igual a 43% entre mulheres e 18% dos homens. A maior prevalência ocorre na faixa etária de 25 a 55 anos, fato este confirmado neste trabalho (EVANS, 2009).

**Tabela 6** – Distribuição da População Diagnosticada com Migrânea relação Sexo e Faixa Etária, Ribeirão Preto, 2015.

<b>Sexo</b>	<b>Faixa Etária</b>	<b>Total</b>	<b>Percentual</b>
Feminino	10  --- 20	57	18,51%
	20  --- 30	79	25,65%
	30  --- 40	58	18,83%
	40  --- 50	35	11,36%
	50  --- 60	22	7,14%
	60  --- 70	10	3,25%
	70  --- 80	2	0,65%
<b>Total Feminino</b>		<b>263</b>	<b>85,39%</b>
Masculino	10  --- 20	16	5,19%
	20  --- 30	10	3,25%
	30  --- 40	9	2,92%
	40  --- 50	3	0,97%
	50  --- 60	3	0,97%
	60  --- 70	3	0,97%
	70  --- 80	1	0,32%
<b>Total Masculino</b>		<b>45</b>	<b>14,61%</b>
<b>Total</b>		<b>308</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Autoria Própria

#### 4.2.3 Diagnósticos Gerais das Cefaleias

Na Tabela 7 são apresentados os diagnósticos encontrados nos prontuários dos pacientes, e evidenciou-se que o diagnóstico de migrânea teve o maior número de ocorrências, sendo 104 (23,48%) migrânea crônica, 66 (14,90%) cefaleia episódica 57 (12,87%), migrânea com aura 46 (10,38%), migrânea sem aura 42 (9,48%) e cefaleia de repetição 35 (7,90%). A cefaleia tensional apesar de ser bastante frequente na população, com prevalência global de 42%, de acordo com Speciali (2011), neste estudo aparece apenas em 16 pacientes (3,61%).

**Tabela 7** – Distribuição dos Diagnósticos Gerais das Cefaleias, Ribeirão Preto, 2015.

<b>Diagnóstico</b>	<b>Total</b>	<b>Percentual</b>
Cefaleia	9	2,03%
Cefaleia Crônica	5	1,13%
Cefaleia de Repetição	35	7,90%
Cefaleia Episódica	57	12,87%
Cefaleia Tensional	16	3,61%
Migrânea	104	23,48%
Migrânea Com Aura	46	10,38%
Migrânea Crônica	66	14,90%
Migrânea Crônica Com Aura	6	1,35%
Migrânea Crônica Menstruação	1	0,23%
Migrânea Crônica sem Aura	22	4,97%
Migrânea Episódica	19	4,29%
Migrânea por abuso de analgésicos	1	0,23%
Migrânea Sem Aura	42	9,48%
Migrânea Vestibular	1	0,23%
Outros	13	2,93%
<b>Total</b>	<b>443</b>	<b>100%</b>

Fonte: Autoria Própria

Na Tabela 8 apresentam-se os diagnósticos de migrânea encontrados nos prontuários dos 308 pacientes diagnosticados, onde 104 (33,77%) são migrânea, 66 (21,43%) migrânea crônica, 46 (14,94%) migrânea com aura, 42 (13,64%) migrânea sem aura e 19 (6,17%) migrânea episódica. A maior prevalência é do diagnóstico de migrânea.

Estudos citam que a migrânea está presente em 15% a 25% da população sendo a segunda forma mais comum de cefaleia (BIGAL, 2004; PAHIM; MENEZES; LIMA, 2006).

**Tabela 8** – Distribuição dos Diagnósticos de Migrânea, Ribeirão Preto, 2015.

<b>Diagnóstico</b>	<b>Total</b>	<b>Percentual</b>
Migrânea	104	33,77%
Migrânea Com Aura	46	14,94%
Migrânea Crônica	66	21,43%
Migrânea Crônica Com Aura	6	1,95%
Migrânea Crônica Menstruação	1	0,32%
Migrânea Crônica sem Aura	22	7,14%
Migrânea Episódica	19	6,17%
Migrânea por abuso de analgésicos	1	0,32%
Migrânea Sem Aura	42	13,64%
Migrânea Vestibular	1	0,32%
<b>Total</b>	<b>308</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Autoria Própria

#### 4.2.4 História Familiar da Migrânea

Na Tabela 9 é demonstrada a ocorrência da migrânea em relação à História Familiar, portanto, encontrou-se dentro dos informados, um total de 113 (36,69%) pacientes que referiram ter história familiar relacionada à migrânea, 89 (28,90%) e 106 (34,42%) não havia registro desse dado no prontuário.

**Tabela 9** – Distribuição da População Diagnosticada com Migrânea - História Familiar de Migrânea, Ribeirão Preto, 2015

<b>História Familiar Migrânea</b>	<b>Total</b>	<b>Percentual</b>
Sim	113	36,69%
Não	89	28,90%
Não Informada	106	34,42%
<b>Total</b>	<b>308</b>	<b>100%</b>

Fonte: Autoria Própria

Esses dados são confirmados pela literatura, pois de acordo com Teixeira (2009), a migrânea, também conhecida como enxaqueca é uma disfunção cerebral com reconhecido componente genético e indivíduos que têm familiares com migrânea possuem mais chance de apresentá-la.

Aproximadamente 80% dos indivíduos com enxaqueca têm história familiar positiva, isto é, a mãe, o pai, os irmãos ou outros membros da família também podem sofrer do mesmo mal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROCIÊNCIA, 2012).

Ao longo do século XX foram descritas percentagens elevadas de enxaqueca entre familiares de 1º grau, principalmente, mães e irmãs, pressupondo que a mulher seria mais sensível a influência dos fatores hereditários (D'AMICO et al., 1991).

No estudo de Lemos et al. (2008), os resultados mostram claramente que parentes de doentes com enxaqueca têm um risco aumentado de 3 a 4 vezes, quando comparados com a população em geral, enquanto que os cônjuges não apresentam um aumento significativo.

No estudo em questão, os pacientes que apresentam história familiar têm uma predominância maior em relação aos que não apresentam e uma porcentagem maior do item não informado, ou seja, não ocorreu as anotações nos prontuários dos pacientes.

#### 4.2.5 Circunstâncias que Precedem a Migrânea

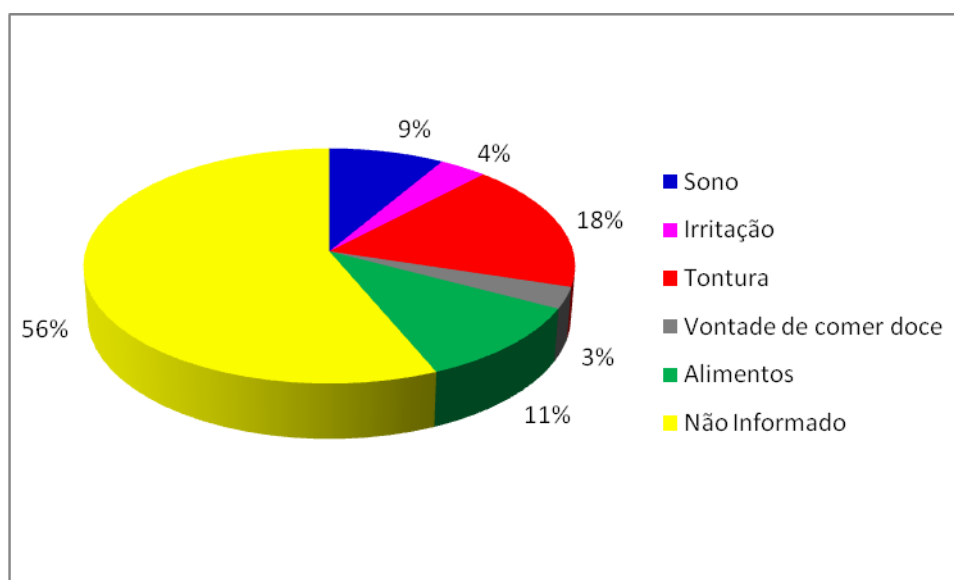
O instrumento de coleta de dados contempla uma questão que versava sobre os sintomas que precedem a migrânea, assim considerando as respostas dos indivíduos que apontaram alguma precedência, no Gráfico 2 pode-se observar que a tontura 60 (17,70%) foi o sintoma que predominou nessa população, seguida de alimentos 37(10,91%), sono 29 (8,55%), irritação 12 (3,54%), vontade de comer doces 10 (2,95%) e não informado 191(56,34%).

Em estudos realizados sobre o impacto da tontura na qualidade de vida dos migranosos 80% dos pacientes pesquisados apresentaram tontura (FORTES; VICENT; LANZETTA, 2010), o que coincide com dado encontrado neste estudo, comprovando a alta prevalência da tontura nesses pacientes.

A migrânea pode acontecer numa área do cérebro chamada de sistema vestibular, podendo causar tontura, alteração do equilíbrio corporal e sensibilidade ao movimento. O cérebro se torna sensível à luz, sons e movimentos visuais. Ela associada à tontura pode acontecer antes, durante ou depois de uma dor de cabeça e os sintomas podem durar horas ou dias (SMITH, 2010). A tontura ainda pode ser caracterizada como rotatória (vertigem) e não rotatória (oscilação instabilidade).



**Gráfico 2** – Distribuição das circunstâncias que precede a migrânea, Ribeirão Preto, 2105.



**Fonte:** Autoria Própria

Tanto a tontura como a vertigem podem ser decorrentes de distúrbios funcionais primários ou secundários do sistema vestibular (TIENSOLI; COUTO; MITRE, 2004).

A vertigem (tontura) é de duas a três vezes mais comuns em pacientes com cefaleia. É responsável por 5 a 10% dos atendimentos dos ambulatórios especializados. A vertigem associada à enxaqueca pode começar em qualquer idade e pode ter uma predominância feminina (1,5 a 5 vezes mais mulheres do que homens acometidos) (PEREIRA, 2010).

O diagnóstico da vertigem associada à migrânea é estabelecido através dos sintomas que o paciente apresenta.

A migrânea pode levar a alterações cocleovestibulares (tontura ou zumbido), essas alterações podem ser justificadas por isquemias que levam a infartos no tecido nervoso na fase de vasoconstrição da crise migranosa.

A associação dos episódios de vertigem com a cefaleia não é constante em um mesmo paciente e alguns episódios podem ocorrer sem cefaleia. Em relação a este estudo percebe-se que 17,70% dos pacientes pesquisados apresentam tontura nos sintomas que precedem a migrânea.

Em relação à precedência com alimentos 37 dos pacientes apresentam esta característica. Entre esses alimentos estão inclusos álcool, cafeína, chocolate,

embutidos, aspartame, corantes de alguns alimentos, glutamato monossódico, frutas cítricas e outros (SPECIALI, 2003).

Apenas 10 pacientes referem vontade de comer doce como sintoma que precede a migrânea. Normalmente, a vontade de comer doce prevalece na migrânea sem aura e ocorre devido a uma queda de serotonina (ORTIZ, 2012).

Na Tabela 10 apresenta-se a relação da quantidade de sintomas que precedem a migrânea. Dos pacientes estudados, 191 (62,01%) não apresentaram sintomas, 87(28,25%) um sintoma, 29 (9,42%), dois sintomas e 1 (0,32%) três sintomas.

Percebe-se nestes dados um grande número de pacientes que não relatam sintomas, fato este não apresentado nos prontuários e evolução clínica do paciente.

**Tabela 10** – Distribuição da quantidade de Sintomas que precedem a Migrânea, Ribeirão Preto, 2015.

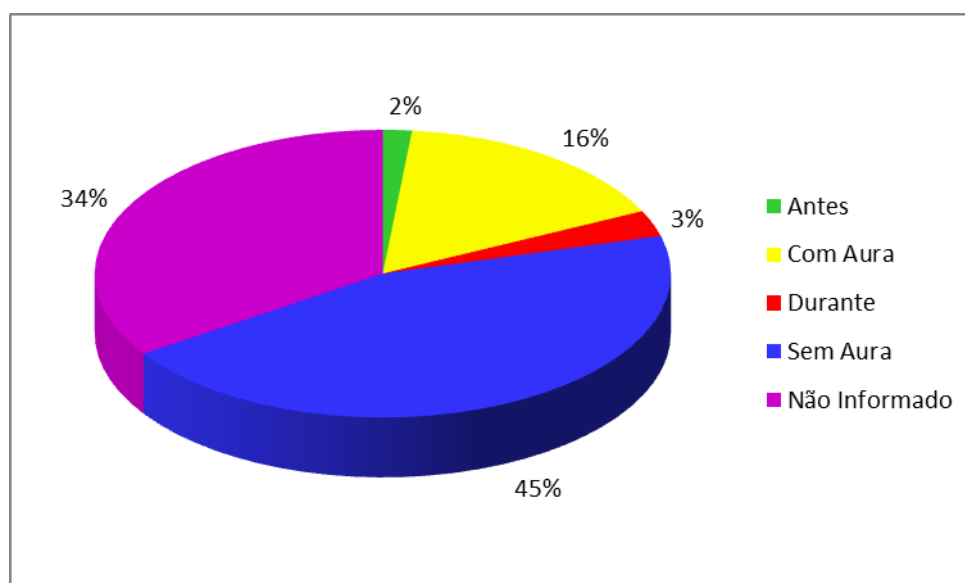
<b>Quantidade Sintomas que Precede</b>	<b>Total</b>	<b>Percentual</b>
Não Informado	191	62,01%
Um	87	28,25%
Dois	29	9,42%
Três	1	0,32%
<b>Total</b>	<b>308</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Autoria Própria

#### 4.2.6 Presença de Aura na Migrânea

No Gráfico 3 apresentam-se os dados referentes a presença de aura na migrânea: antes 5 (1,62%), com aura 50 (16,23%), durante 9 (2,92%), sem aura 138 (44,81%) e não informado 106 (34,42%).

Neste estudo a maior prevalência foi da migrânea sem aura (45%), resultado este que corrobora com a literatura onde estudos demonstram que a migrânea sem aura é observada em 80% dos indivíduos que sofrem de enxaqueca (EVANS, 2009).

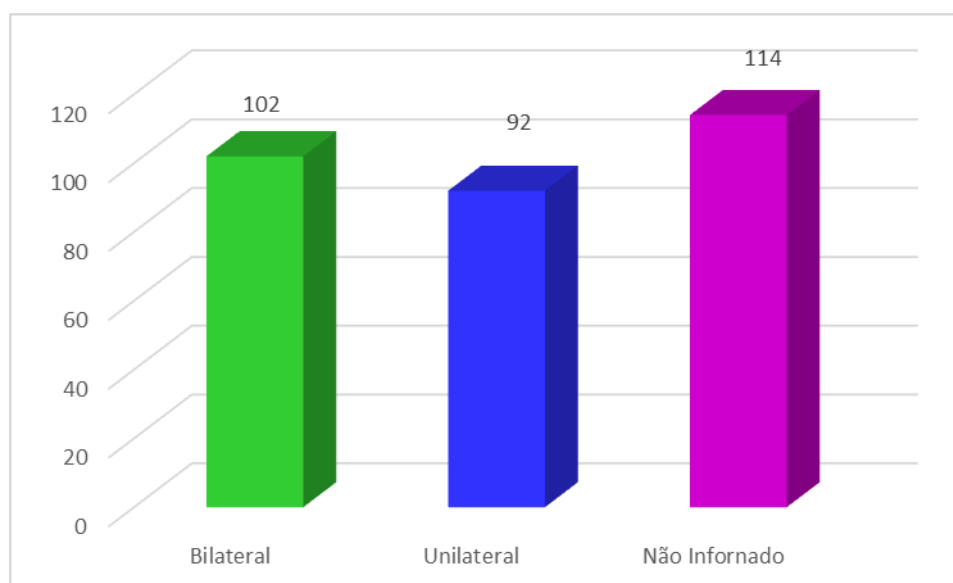
**Gráfico 3** - Presença de Aura na Migrânea, Ribeirão Preto, 2015

Fonte: Autoria Própria

#### 4.2.7 Localização da Dor na Migrânea

No Gráfico 4 há os achados referentes à Localização da dor na Migrânea, sendo que as principais características reveladas nesta variável dentro dos informados, foi a predominância da localização da dor bilateral com 102 (33,12%), dor unilateral com 92 (29,87%) e não informada com 114 (37,01%).

A localização da dor pode ser bilateral ou unilateral, podendo iniciar de um lado da cabeça ou numa região desta e se propagar, tornando-se bilateral. Quando unilateral pode mudar de lado numa mesma crise ou em crises sucessivas. Na migração a dor é unilateral (normalmente em 2/3 das crises), pulsátil e pode ser moderada ou grave e agrava com atividade física, o que difere da cefaleia tensional, onde a dor é bilateral, em pressão ou aperto, não pulsátil, dor moderada e não agrava com atividades físicas (SPECIALI, 2011; ICHD-3 BETA, 2013; MARTINS et al., 2013).

**Gráfico 4** – Distribuição da Localização da Dor na Migrânea, Ribeirão Preto, 2015.

Fonte: Autoria Própria

#### 4.2.8 Intensidade da Dor na Migrânea

Na Tabela 11 apresenta-se a intensidade da dor na migrânea e dentro dos informados, 216 (70,13%) como forte, 14 (4,55%) moderada, 3 (0,97%) leve e 75 (24,35%) não informada.

**Tabela 11** – Distribuição da Intensidade da Dor na Migrânea. Ribeirão Preto, 2015.

Intensidade da Dor	Total	Percentual
Forte	216	70,13%
Moderada	14	4,55%
Leve	3	0,97%
Não Informada	75	24,35%
<b>Total</b>	<b>308</b>	<b>100%</b>

Fonte: Autoria Própria

A intensidade da dor é de moderada a intensa e algumas crises são de intensidade leve em menor proporção. A intensidade da dor como forte ou intensa foi a de maior prevalência, seguida de intensidade moderada e em menor ocorrência a dor leve. Estudos realizados por Bigal et al. (2000) consideraram que 88% dos pacientes com migrânea referiram dor forte.

Estudos realizados sobre enxaqueca com estudantes da Faculdade de Medicina de Barbacena relataram que a dor forte foi observada em 100% e em

pouco mais da metade dos estudantes com e sem migrânea, respectivamente (ANDRADE et al., 2011).

Os dados apresentados mostram que a maioria dos pacientes possui crises fortes e intensas.

#### 4.2.9 Características da Dor na Migrânea

As principais características da dor encontradas em anotações de prontuários (Tabela 12) foi de dor latejante/pulsátil por 188 (54,18%), em aperto 29 (8,36%), em pontada 25( 7,2%), dor outra 5 (1,44%) e dor não informada 100 (28,82%), sendo que um paciente pode ter mais de uma característica registrada.

**Tabela 12** – Distribuição das Características da Dor, Ribeirão Preto, 2015.

<b>Características da Dor</b>	<b>Total</b>	<b>Percentual</b>
Pulsátil	188	54,18%
Aperto	29	8,36%
Pontada	25	7,2%
Outra	5	1,44%
Não Informada	100	28,82%
<b>Total</b>	<b>347</b>	<b>100%</b>

Fonte: Autoria Própria

Na Tabela 12 consideram-se as respostas apontadas nos prontuários, a característica de maior prevalência foi a dor pulsátil que pela ICHD-3 Beta (2013), apresenta esta sintomatologia na migrânea sem aura como critério diagnóstico, neste estudo a migrânea sem aura apresenta-se com (13,64%), com dor pulsátil.

A prevalência da dor latejante/pulsátil foi encontrada em estudos realizados por Andrade et al. (2011), em portadores e não portadores de migrânea em 60% e 58,8%, respectivamente. Esse valor é corroborado pela literatura, na qual são encontrados valores semelhantes, de 70% e 49%. A possível explicação para essa frequência deve-se a fisiopatologia da migrânea, em que se observa em sua fase final uma vasoconstrição intracraniana seguida de vasodilatação. Esses dados vêm ao encontro com os resultados encontrados neste estudo, pois 54,18% apresentam dor pulsátil.

#### 4.2.10 Sintomas Associados à Migrânea

Na Tabela 13 são apresentados os resultados sobre os sintomas associados à migrânea, e observa-se que 193 (22,47%) registros com fotofobia, 181 (21,07%) fonofobia, 114 (13,27%) com vômitos e 84 (9,78%) com náuseas.

**Tabela 13** – Distribuição dos Sintomas Associados à Migrânea, Ribeirão Preto, 2015.

Sintomas Associados	Total	Percentual
Piora com esforço físico	96	11,18%
Náuseas	84	9,78%
Vômitos	114	13,27%
Fotofobia	193	22,47%
Fonofobia	181	21,07%
Osmofobia	9	1,05%
Piora Menstruação	40	4,66%
Estresse	62	7,22%
Ansiedade	21	2,44%
Depressão	33	3,84%
Escotomas Visuais	26	3,03%
Xerostomia	0	0%

**Fonte:** Autoria Própria.

A migrânea caracteriza-se por ataques episódicos de cefaleia associada a várias combinações de sintomatologia, como náusea, vômitos, fotofobia e fonofobia. Neste estudo esses sintomas são muito evidentes, considerando que se apresentam com a maior prevalência. O diagnóstico dessa síndrome requer a associação de dois dos critérios citados anteriormente quanto à característica da dor (SILVA, 2003), obteve frequência de fotofobia em portadores de migrânea de 74,9%, mas é importante considerar que esse sintoma pode se manifestar em outras cefaleias. Os dados de literatura contribuem para o estudo em questão.

Na Tabela 14 apresenta-se a quantidade de sintomas associados à Migrânea que cada paciente relatou.

**Tabela 14** – Distribuição da Quantidade de Sintomas Associados à Migrânea, Ribeirão Preto, 2015.

<b>Quantidade de Sintomas Associados</b>	<b>Total</b>	<b>Percentual</b>
Nenhum	54	17,53%
Um	35	11,36%
Dois	39	12,66%
Três	65	21,10%
Quatro	56	18,18%
Cinco	35	11,36%
Seis	16	5,19%
Sete	8	2,60%
<b>Total</b>	<b>308</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Autoria Própria

#### 4.2.11 Comorbidades Associadas a Migrânea

Na Tabela 15 são apresentadas as comorbidades associadas anotadas nos prontuários dos pacientes, sendo a HAS com 44 (34,11%), distúrbio do sono 50 (38,76%),

**Tabela 15** – Distribuição das Comorbidades Associadas à Migrânea, Ribeirão Preto, 2015.

<b>Comorbidades</b>	<b>Total</b>	<b>Percentual</b>
Distúrbio Sono	50	39,68%
Hipertensão Arterial Sistêmica	44	34,92%
Diabetes Mellitus	9	6,98%
Sinusopatia	9	7,14%
Obesidade	6	4,76%
Depressão	4	3,17%
Fibromialgia	3	2,38%
Outros	1	0,79%
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100%</b>

Fonte: Autoria Própria

As comorbidades são doenças que podem acompanhar as enxaquecas ou outras cefaleias. As principais doenças relacionadas com a enxaqueca são as cardiovasculares, cerebrovasculares e psiquiátricas. As lesões isquêmicas são mais frequentes em pacientes com migrânea principalmente com aura, sendo que o Acidente Vascular Encefálico (AVE) é o mais frequente na migrânea Crônica do que na população em geral. Especialmente a mulher, com enxaqueca com aura, com dores frequentes tem mais riscos de ter AVE, além de infarto, por doença coronariana (CONSENSO LATINO AMERICANO, 2012; PERES, 2013).

No estudo em questão, a HAS se apresenta como uma comorbidade na migrânea. A HAS e a migrânea são patologias comuns e podem coexistir com estimativas de que entre 10 e 20% da população sejam acometidas por ambas (SEÇIL et al., 2010).

Dentre as comorbidades relacionadas à migrânea, os distúrbios do sono merecem atenção, uma vez, que afetam a qualidade de vida e a morbidade entre os pacientes afetados. A relação complexa entre esses dois fatores denota que os distúrbios podem desencadear crises de cefaleia e esta, por sua vez, pode causar alterações no sono. Em geral, a dor afeta o sono e vice-versa. As cefaleias primárias podem ser desencadeadas por privação do sono, ou por um sono fragmentado ou não reparador. A anatomia, a bioquímica e a fisiopatologia entre dor x sono x humor podem explicar essa interação, envolvendo a serotonina e a melatonina, além de fatores de risco, tais como idade, sexo (feminino 50/59 anos), obesidade, ansiedade, depressão, síndrome das pernas inquietas, insônia e pesadelos. As principais cefaleias associadas ao distúrbio do sono incluem as migrêneas, cefaleia em salvas, cefaleia tensional, cefaleia hipóica, cefaleia secundária relacionada ao sono (hipóxia) (YAGIHARA et al., 2012). A depressão nesta pesquisa aparece com 6 ocorrências (1,35%) dos casos estudados.

Vale salientar que a migrânea não causa depressão, nem ansiedade. Esses distúrbios psiquiátricos podem coexistir com a migrânea. Estudos realizados em populações mostram que migranosos têm mais depressão e mais ansiedade do que os indivíduos que não possuem migrânea. Parece que esses distúrbios psiquiátricos têm alterações na química cerebral (nos neurotransmissores) parecidas com as da migrânea, daí a comorbidade. Por outro lado, sintomas depressivos podem ocorrer em 100% (não é, portanto, a doença depressão), mas uma depressão reativa às dores de cabeça incapacitantes da enxaqueca (SPECIALI; SBORGIA, 2013).

Na Tabela 16 apresenta-se uma associação realizada entre o número de pacientes e a quantidade de comorbidades associadas. A maior prevalência verificada foi a de uma comorbidade associada à migrânea, onde 72 (23,38%) dos pacientes relataram.



**Tabela 16** – Distribuição da Quantidade de Comorbidades Associadas à Migrânea, Ribeirão Preto, 2015.

<b>Quantidade de Comorbidades Associadas</b>	<b>Total</b>	<b>Percentual</b>
Não Informado	212	68,83%
Uma	72	23,38%
Duas	19	6,17%
Três	4	1,30%
Quatro	1	0,32%
<b>Total</b>	<b>308</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Autoria Própria

#### 4.2.12 Classes Medicamentosas Utilizadas pelos Pacientes antes da Primeira Consulta

Na Tabela 17 são apresentadas as classes medicamentosas utilizadas pelos pacientes antes da primeira consulta com o especialista. É possível observar que a maior prevalência é o uso abusivo de analgésicos com 156 (53,98%), analgésicos com 97 (33,56%), antidepressivos 21 (7,27%), anti-hipertensivos 13 (4,50%) e outros 2 (0,69%).

**Tabela 17** – Distribuição do uso de Medicamentos por classes medicamentosas, Ribeirão Preto, 2015.

<b>Classe Medicamentosa</b>	<b>Total</b>	<b>Percentual</b>
Uso Abusivo de Analgésicos	156	53,98%
Analgésico	97	33,56%
Antidepressivo	21	7,27%
Anti-hipertensivo	13	4,50%
Outros	2	0,69%
<b>Total</b>	<b>308</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Autoria Própria

Observa-se na Tabela 17 que metade dos pacientes pesquisados fazem uso abusivo de analgésicos. Segundo a ICHD-3 Beta (2013), para analgésicos simples, é considerado uso excessivo quando são tomados > 15 dias ao mês por > de 3 meses. No caso de associação de analgésicos (entende-se por associação de analgésicos, as formulações que associam fármacos de duas ou mais classes, cada uma atuando com efeitos analgésicos ou atuando como adjuvantes), considera-se uso excessivo de associação de analgésicos quando são tomados >10 dias ao mês > de 3 meses.

Estudos epidemiológicos sugerem que até 4% da população utilizam analgésicos e outros medicamentos excessivamente para tratamento de distúrbios da dor, como a enxaqueca (GUENDLER et al., 2012). O uso excessivo de medicações para enxaqueca ocorre em cerca 1% da população adulta e em 0,5% dos adolescentes da Europa, América do Norte e Ásia. Estão comercializadas muitas associações de analgésicos, que tendem a ser muito usadas pelas pessoas com cefaleia, o que leva uma frequente evolução da enxaqueca. A enxaqueca induz o uso abusivo do analgésico que, por sua vez, desencadeia crises mais frequentes. Isso acontece em médio e longo prazo apenas. Só se sai desse círculo iniciando um tratamento profilático e interrompendo o uso de analgésicos (SPECIALI; SBORGIA, 2013).

O Brasil está colocado entre os principais consumidores do mundo de analgésicos como aspirina e paracetamol, pois não é necessária prescrição médica e alguns pacientes chegam a tomar de 14 a 30 comprimidos por semana. Estima-se que 30 milhões de enxaquecosos no Brasil estão expostos ao uso abusivo de analgésicos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA - SBCE, 2013).

Os dados encontrados na literatura coincidem com os dados desse estudo, pois encontra-se elevada prevalência dos pacientes com uso abusivo de analgésicos.

Na Tabela 18 apresenta-se a quantidade de medicações utilizadas pelos pacientes diariamente para o tratamento de suas doenças.

**Tabela 18** – Distribuição da Quantidade de Medicamentos utilizados, Ribeirão Preto, 2015.

<b>Quantidade de Medicamentos</b>	<b>Total</b>	<b>Percentual</b>
Não Informado	114	37,01%
Um	105	34,09%
Dois	83	26,95%
Três	6	1,95%
<b>Total</b>	<b>308</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Autoria Própria

#### 4.2.13 Classes Medicamentosas Prescritas para os Pacientes após a Primeira Consulta

Na Tabela 19 apresenta-se a relação das medicações prescritas na primeira consulta com a especialidade. Nota-se que 137 (31,42%) com anti-inflamatórios, 84

(19,27%) com nortriptilina, 62 (14,22%) com amitriptilina, 35 (8,03%) com propanolol, 31 (7,11%) clorpromazina, 28 (6,42%) topiramato, 20 (4,59%) com paracetamol/dipirona, 18 (4,13%) ácido valpróico, 15 (3,44%) flunarizina e 6 (1,38%) suma/naratriptanos.

**Tabela 19** – Distribuição da Medicação Prescrita, Ribeirão Preto, 2015.

<b>Medicação Prescrita</b>	<b>Total</b>	<b>Percentual</b>
Topiramato (P)	28	6,42%
Nortriptilina (P)	84	19,27%
Clorpromazina (P)	31	7,11%
Flunarizina (P)	15	3,44%
Propanolol (P)	35	8,03%
Amitriptilina (P)	62	14,22%
Paracetamol/ Dipirona (A)	20	4,59%
Anti-inflamatórios (A)	137	31,42%
Suma/Naratriptano (A)	6	1,38%
Ácido Valpróico (P)	18	4,13%

**Fonte:** Autoria Própria

Na Tabela 19 observa-se uma predominância na prescrição das medicações preventivas (P) na migrânea. Nas medicações abortivas (A) as prescrições se mostram em menor quantidade, sendo que os triptanos surgem apenas em discreta prescrição, exceto os anti-inflamatórios que são a maior prevalência.

Na Tabela 20 mostra-se a quantidade de medicações prescritas por pacientes, ou seja, quantas medicações o paciente toma após o diagnóstico de migrânea, onde 108 (35,06%) dos pacientes tomam apenas um tipo de medicação, após serem diagnosticados com migrânea.

**Tabela 20** – Distribuição da Quantidade de Medicação Prescrita, Ribeirão Preto, 2015.

<b>Quantidade de Medicação Prescrita</b>	<b>Total</b>	<b>Percentual</b>
Nenhuma	60	19,48%
Uma	108	35,06%
Duas	99	32,14%
Três	35	11,36%
Quatro	5	1,62%
Cinco	1	0,32%
<b>Total</b>	<b>308</b>	<b>100,00%</b>

**Fonte:** Autoria Própria

#### 4.2.14 Número de Crises Ocorridas

Na Tabela 21 relaciona-se a quantidade de crises ocorridas, sendo que dos pacientes que informaram, 70 (22,73%) tiveram de 1 a 3 crises na semana, 16 (5,19%) de 4 a 5 crises na semana e 222 (72,08%) não foram registrados.

Na Tabela 22 apresentam-se os resultados obtidos na avaliação da quantidade de crises relatadas pelos pacientes durante o mês. Os resultados encontrados foram 28 (9,09%) pacientes apresentaram de 1 a 4 crises no mês, 4 (1,30%) tiveram de 5 a 14 crises no mês e 5 (1,62%) mais de 15 crises ao mês.

**Tabela 21** – Distribuição da Frequência Semanal das Crises, Ribeirão Preto, 2015.

<b>Episódios Semana</b>	<b>Total</b>	<b>Percentual</b>
1a 3 crises	70	22,73%
4 a 5 crises	16	5,19%
Não Informado	222	72,08%
<b>Total</b>	<b>308</b>	<b>100,00%</b>

**Fonte:** Autoria Própria

**Tabela 22** – Distribuição da Frequência Mensal das Crises, Ribeirão Preto, 2015.

<b>Episódios Mês</b>	<b>Total</b>	<b>Percentual</b>
1 a 4 crises	28	9,09%
5 a 14 crises	4	1,30%
< 15 crises	5	1,62%
Não Informado	271	87,99%
<b>Total</b>	<b>308</b>	<b>100,00%</b>

**Fonte:** Autoria Própria

Para receber um diagnóstico de cefaleia, o paciente deve, em muitos casos, apresentar um número mínimo de crises (ou dias) com aquele tipo de cefaleia.

A frequência das crises de cefaleias primárias varia desde crises em cada um ou dois anos até crises diárias.

As crises de dor na migrânea, em geral, possuem duração maior que as dos outros tipos de cefaleia primária. A média de crises em pacientes com migrânea varia entre uma a seis (SILVA, 2003).

Neste estudo a avaliação das crises fica sem consistência, considerando o alto índice de não informados tanto nas crises semanais quanto nas mensais.

Os resultados mostram que a migrânea é prevalente, avaliação esta conferida pelos dados apresentados nas variáveis, o que possibilitou uma visão mais ampliada

sobre o perfil dos pacientes investigados mesmo com a inconsistência de dados encontrada nos prontuários médicos.

## 5 CONCLUSÃO

O referido estudo identificou o perfil dos pacientes atendidos no ambulatório de neurologia do com ênfase nos migranosos, no período de janeiro a dezembro de 2013, no NGA-59.

Considerando o resultado obtido com a avaliação quantitativa, é possível concluir que o objetivo geral dessa dissertação foi atingido, uma vez que, a migrânea está presente em 33,77% dos diagnósticos, sendo a doença mais diagnosticada, quando da primeira consulta na especialidade.

Os dados mostraram que os achados corroboram com a literatura, apesar dos prontuários dos pacientes não contemplarem todas as informações pertinentes à evolução clínica dos pacientes.

Na classificação geral das cefaleias, a migrânea surge também com maior prevalência 23,48%. Na guia de referência para a especialidade, o diagnóstico mais evidente foi a cefaleia com 45,82%, percebe-se uma alta prevalência neste diagnóstico, talvez pelo fato do profissional que atende na rede básica não conhecer todos os critérios para diagnóstico da migrânea ou outros tipos de cefaleia, pois para isso é necessária uma anamnese ampliada da sintomatologia, o que infelizmente não é possível, em virtude do grande número de atendimentos nas unidades básicas de saúde. A viabilização desse contexto reduziria o encaminhamento para as unidades especializadas, pois diversos casos poderiam ser tratados pelo clínico na rede básica, principalmente, aqueles com diagnósticos de cefaleia primária, evidenciando o especialista apenas para as cefaleias refratárias.

A maioria dos pacientes diagnosticados com migrânea é do sexo feminino, 85,39% e o sexo masculino com 14,61%. A história familiar na migrânea mostra que 36,69% dos pacientes a apresentam, mas 34,42% dos pacientes não referiram essa informação.

Quanto à sintomatologia da dor na migrânea, a tontura foi o sintoma que mais se manifestou 22,73%, presença de aura 44,81%, dor bilateral 33,12% e o número de não informados foi de 37,01%, o que favorece a uma imprecisão em relação a esse contexto, isso evidencia a necessidade de um protocolo para a realização da consulta com os neurologistas. A intensidade da dor de maior destaque foi a forte com 70,13% e pulsátil 72,87%. Os sintomas associados mais evidentes foram

fotofobia 22,47%, fonofobia 21,07% e vômitos 13,27%. Em relação às comorbidades, o distúrbio do sono se apresenta com 38,76% e a HAS com 34,11%. O uso abusivo de analgésicos com 53,98% aparece sendo, usado pelos pacientes antes da consulta com a especialidade. A medicação mais prescrita nas consultas foram os anti-inflamatórios (abortivos) 31,42% e nortriptilina (preventivos) 19,27%. A frequência das crises na semana prevaleceu 1 a 3 crises 22,73%, mas como não informado um total de 72,08% não contribuindo para uma avaliação mais criteriosa, o mesmo aconteceu com as crises mensais que se manifestou com 9,09% de crises de 1 a 4 com 9,09% e não informado 87,99%.

O estudo possibilitou conhecer os dados referentes aos pacientes pesquisados e frente aos resultados podem-se planejar ações conjuntas que culminem em assistência que melhorará o cotidiano desses pacientes.

Como proposta para essas ações sugere-se a possibilidade da implantação de um programa específico para os pacientes com cefaleias na rede básica, que seriam acompanhados por uma equipe multiprofissional, recebendo orientações permanentes por meio de materiais instrucionais, bem como a participação em ações preventivas.

Outra sugestão seria contra referenciar os pacientes para a rede básica após a consulta e tratamentos estabelecidos pelo especialista, para que o paciente continuasse o tratamento com o clínico da rede básica.

Conclui-se que a migrânea é bastante prevalente na vida das pessoas e que pode haver ações específicas, auxiliando sobre a prevenção e promoção de saúde com esses pacientes no sentido de conhecer melhor as causas da migrânea, os fatores desencadeantes, esclarecimentos para a população sobre o uso abusivo de analgésicos e também a concomitância dos tratamentos não farmacológicos com os farmacológicos.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, F. N.; ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução à epidemiologia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medci, 2002.
- ANDRADE, A.F.B. et al. Prevalência e Fatores Associados à Enxaqueca nos Estudantes da Faculdade de Medicina de Barbacena, MG - Brasil. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 21, n. 1, p. 25-31, 2011.
- APOLLINÁRIO, F. **Dicionário de Metodologia Científica**: um guia para a produção do conhecimento científico. São Paulo: Atlas, 2009.152p.
- BIGAL, M. E. et al. Prevalência e impacto da migrânea em funcionários do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, Ribeirão Preto, v. 58, n. 2-B, p.431-436, 2000.
- BOSCO, A. **Cefaleias em Crianças** - Sinal de Vulnerabilidade ao Stress - Estudo Comparativo em Dois Hospitais Públicos. 2006. 90p (Tese Doutorado em Ciências Biológicas). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, 2006.
- CARVALHO, J. J. F. Enxaquecas e Comorbidades. Por que estudá-las. **Einstein**, São Paulo, SP, v. 2, supl 1, p. 23-26, 2004.
- CHEUNG, R. T. F. Prevalence of Migraine, Tension-Type headache, and other headaches in Hong –Kong. **Headache**, Hong-Kong, v. 40, n. 6, p. 473-9, 2000.
- COUTURIER, E. G. et al. Menstrual Migraine in a Representative Dutch. Population Sample: Prevalence Disability and Treatment. **Cephalalgia**, EUA, v. 23, n. 8, p. 302-8, 2003.
- COMPARIN, G. Migrânea ou Enxaqueca. **Psiquê Logando**. Campo Grande, MS, n. 07, Jan/2013. Disponível em: <<http://www.gtcomparin.blospot.com.br>>. Acesso em: 27/10/2013.
- D'AMICO D, et al. Genetic transmission of migraine without aura: study of 68 families. **Italian Journal Neurological Sciences**, USA, v. 12, n. 6, p. 581-584, Dez 1991.
- EVANS, R.W., Cefaleia. **Headache**, ACP Medicine, CA, v. 1, p.1-24, 2009.
- FEINSTEIN, A. R. Therapeutic Classification of Comorbidity in Chronic Disease. **Journal of Chronic Diseases**, EUA, v. 23, n. 7, p. 455-68, Dez 1970.
- FORTES, R. C. S. et al. O impacto da Tontura na Qualidade de Vida de Indivíduos com Migrânea. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v.15, n.4, p. 2-8, Dez/2010.
- .



GIACOMOZZI, A. R. et al. Consenso Latino-americano para as Diretrizes de Tratamento da Migrânea Crônica. **Headache Medicine**, São Paulo, v. 3, n. 4, p.150-161, Oct/ Dez/2012.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GUENDLER, V. Z. et al. Fatores Associados ao Uso Excessivo de Medicação Sintomática em Pacientes com Enxaqueca Crônica, **Einstein**, São Paulo, v.10, n.3, p.312-317, Ago/2012.

GUIDETTI, V.; GALLI, F. Comorbidade Psiquiátrica. **Revista da Sociedade Brasileira de Cefaleia**, São Paulo, SP, abril 2012. Disponível em: <<http://www.sbcefaleia.com/associados>>. Acesso em: 25/11/2013.

GOADSBY, P. J.; LIPTON, R. B.; FERRARI, M. D. Migraine-Current Understanding and Treatment. **New England Journal of Medicine (NEJM)**, EUA, v. 346, n. 4, p. 257-70, 2002.

HANNA, M. G. et al. Genetic neurological channelopathies. **Nature Clinical Practice Neurology**. v. 2, n. 5, p. 252-263, Mai /2006.

HARRISON, T. R. et al. **Harrison Medicina Interna**. 17 ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2009, p. 97-98.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE, Ribeirão Preto-SP **Dados Básicos; População; Economia; Outros; Histórico; Fontes dos dados** 2010. Disponível em: <[www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=354340](http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=354340)>. Acesso em: 10/03/2015.

INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF HEADACHE DISORDERS-. Classificação Internacional das Cefaleias. 1rd. EUA, 1988.

Classificação Internacional das Cefaleias. 2. ed. São Paulo: Segmento Farma, 2004.

ICHD-3 BETA. The International Classification of Headache Disorders. 3rd edition beta. **Cephalalgia**, Boston, v. 33, n. 9, p. 629-808, 2013.

JENSEN, R.; STOVNER, L. J. Epidemiology and Comorbidity of Headache. **The Lancet Neurology**, Reino Unido, v.7, p. 354-361, Abr /2008.

JORGE, M. S. A Cefaleia, **SBNC**, São Paulo, SP, n.1, p.1-2, 2009. Disponível em: <<http://www.sbneurociencia.com.br/drmariojorge/artigo.htm>>. Acesso em: 23/01/2015.

KLEIN, C. H.; BLOCH, K. V. Estudos Seccionais. In: MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2006, p.125-150.

KRYMCHANTOWSKI, A. V.; JEVoux, C. C. **Condutas Práticas em Cefaleia e Dores Craniofaciais**. São Paulo: Lippincott Williams & Wilkins, 2006.

KRYMCHANTOWSKI, A. V. **Condutas em Cefaleia: Avaliação e Tratamento**. São Paulo: Lippincott Williams & Wilkins, 2008.

LEMOS, C. et al, Familial Clustering of migraine: further evidence from a Portuguese study. **Headache**, Boston, v. 49, n. 3, p. 404-411, 2009.

LIPTON, R. B.; SILBERTEIN, M. D.; STEWART, W. F. An up Date on the Epidemiology of Migraine. **Headache**, Boston, v. 34, p. 319-328, 1994.

LOW, N. C.; MERIKANGAS, K. R. The Comorbidity of Migraine. **CNS spectrums**, Cambridge, v. 8, n. 6, p. 433-44, 2003.

LIPTON, R. B. et al. Why headache treatment fails. **Neurology**, Milano, v. 60, n. 7, p. 1064-70, Abr/2003.

MARTINS, I. P. **Enxaqueca: clínica para a etiopatogenia**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2009.

MARTINS, L.N. et al. Migrânea com Aura, Qualidade de Vida e Tratamento: Um Relato de Caso. **Revista de Saúde**, Vassouras, v.1, n.1, p. 15-24, Jan/Mar 2010.

MINAYO, M. C. S. S.; SANCHES, O. Quantitativo - Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 262,1993.

MARTINS, H. S. et al. **Emergências Clínicas: Abordagem Prática**. 8ª ed. Barueri, SP: Manole, 2013, 307 p.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. V. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

NICODEMO, M. et al. Comorbidity in Peri menstrual Migraine. **Current Pain Headache Rep.**, Bologna, v. 16, n. 5, p. 477-83, Oct/2012.

NATOLI, J. L. et al. Global prevalence of chronic migraine: a systematic review. **Cephalalgia**,England, v. 30, n. 5, p. 599-609, Mai 2010.

OBERMANN, M.; KATSARAVA, Z. Management of medication-overuse headache. **Expert Review of Neurotherapeutics**, New York, v. 7, n. 9, p. 1145-55, Set 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Levantamento da Incidência da Cefaleia no Brasil**. 2011. Disponível em: <<http://www.dab.saúde.gov.br>>. Acesso em: 15 /08/2013.

ORTIZ, F. **Enxaqueca: um tormento que aflige milhões de brasileiros!!**. (2012). Disponível em: <<http://www.cente.med.br/entrevista.htm>>. Acesso em: 25/01/2015.

PAHIM, S.; MENEZES, A. M. B.; LIMA, R. Prevalência e Fatores Associados a Enxaqueca na População Adulta de Pelotas, RS. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 692-8, 2006.

PASCUAL, J. Chronic migraine: treatment. **Rev. Neurol**, Spain, v. 54, suppl. 2, p. 31-38, 2012.

PETRIBÚ, K. Comorbidade. **Revista Brasileira de Psiquiatria do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 23, suppl. 2, Oct 2001.

PEREIRA, C. B. **Vertigem e Tontura**. (2009). Disponível em: <<http://vertigemetontura.com.br/enxaqueca.htm>>. Acesso em: 25/01/2015.

PERES, M. F. P. Enxaqueca e Comorbidades, SP. **O Especialista Fala, São Paulo, SP**, n. 3, Mai 2006. Disponível em: <<http://www.segmentofarma.com.br>>. Acesso em: 04/11/2013.

PERES, M. F. P. **Tratamento Enxaqueca, Ansiedade e Depressão**, 2009. Disponível em: <<http://www.cefaleias.com.br/search/feed/rss/>>. Acesso em: 31/03/2015.

PERES, M. F. P. **Tratamento da Enxaqueca com Exercícios Físicos**. Alternativos, Saúde e Bem Estar, Tratamentos, Estado de São Paulo, São Paulo, SP, Abr 2010. Disponível em: <<http://www.cefaleias.com.br>>. Acesso em: 25 /11/2013.

PERES, M. F. P. **Alternativos, Enxaqueca, Medicamentos, Tratamento**. 2011. Disponível em: <<http://cefaleias.com.br/tratamentos/enxaqueca-tratamento-natural>>. Acesso em: 22/03/2014.

PERES, M. F. P. Comorbidade em Enxaqueca. **Congresso Mundial de Neurologia**, Viena, Set 2013.

QUEIROZ, L. P. et al. Um estudo epidemiológico nacional da cefaleia no Brasil. **Migrêneas cefaléias**, v. 11, n. 3, p. 190-196, Jul / Set 2008.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal da Saúde 2014-2017**. Disponível em: <[www.ribeirãopreto.sp.gov.br/ssaude/vigilancia/.../pms-rp-2014-2017.pdf](http://www.ribeirãopreto.sp.gov.br/ssaude/vigilancia/.../pms-rp-2014-2017.pdf)>. Acesso em: 02/03/2015.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 736.

SALA, D. Enxaqueca. **Revista Minha Vida**, São Paulo, SP. Jul 2011. Disponível em: <<http://www.minhavidacom.br/saude/temas/enxaqueca>>. Acesso em: 25/11/2013.

SANVITO, W. L.; MONZILLO, P. H. Cefaleias Primárias: aspectos clínicos e terapêuticos. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 30, n. 4, p. 437- 448,1997.

SEÇIL, Y. et al. Blood Pressure Changes in migraine Patients Before, During and After Migraine Attacks. **Pain Practice**, Spain, v. 10, n. 3, p. 222-7, 2010.

SILVA, W. F. **Diagnóstico da Cefaleia**. São Paulo: Lemos, 2003.

SILVA, W. F. **Cefaleias Primárias**: teoria e prática: tópicos seletos. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Cefaleia, 2006.

SMITH, B. N. **Migrânea Associada à Tontura**, Associação Americana de Fisioterapia-Neurologia, São Paulo, SP, p.1. 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA PARA ESTUDO DA DOR. Epidemiologia das cefaleias. Trad. Speciali, J. G.; Dach, F.; Setlin, R.; Ferreira, K. **International Association for the Study of Pain**, 2011. Disponível em: <[www.dor.org.br/pdf/campanhas/19.pdf](http://www.dor.org.br/pdf/campanhas/19.pdf)>. Acesso 17mai2015.

SPECIALI, J. G. Cefaleias. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 1, n. 63, p. 6-18, 2006.

SPECIALI, J. G. Cefaleias. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 63, n.2, p. 38-42, 2011.

SPECIALI, J. G.; SBORGIA, R. C. **Enxaqueca sem Dúvidas**. 2. ed. São Paulo: Criação, 2013.

SPECIALI, J. G. **Entendendo a Enxaqueca**. Ribeirão Preto: Funpec, 2003.

STUGINSKI-BARBOSA, J. et al. Chronic pain and depression in the quality of life of women with migraine - a controlled study. **Headache**, v. 52, n. 3, p. 400-8, 2012.

TEIXEIRA, R. A. **Crise de Enxaqueca**. Brasília: Instituto Cérebro de Brasília, ICB, 2009. Disponível em: <<http://www.icbneuro.com.br/artigos>>. Acesso em: 10/08/2013.

TENSIOLI, L. O. et al. Fatores Associados a Vertigem e Tonturas em Indivíduos com Exames Vestibular Normal. **Revista Cefac**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 94-100, Jan-Mar 2004.

VICENT, M. Fisiopatologia da Enxaqueca (ou Migrânea). **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 30, n. 4, p. 428-436, Out-Dez 1997.

YAGIHARA, F. et al. Cefaleias Primárias e Sua Relação com o Sono. **Sleep Science**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 28-32, 2012.

## APÊNDICE I

### INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

#### Parte A - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1- Hygia: \_\_\_\_\_

2 - Nome (Iniciais): \_\_\_\_\_

3 - Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

4 - Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

5 - Unidade de saúde que encaminhou:

**UPA ( )**

#### **Distrito Central**

( ) UBDS Central ( ) CSE Vila Tibério ( ) UBS Campos Elíseos ( ) UBS Jardim João Rossi ( ) UBS PAM II ( ) UBS Vila Tibério

#### **Distrito Norte**

( ) UBDS Quintino Facci II ( ) UBS Jardim Aeroporto ( ) UBS Marincek ( ) UBS Quintino Facci I ( ) UBS Ribeirão Verde ( ) UBS Simioni ( ) UBS Vila Mariana ( ) UBS Valentina Figueiredo ( ) USF Avelino Alves Palma ( ) USF Estação do Alto ( ) USF Geraldo Correa de Carvalho ( ) USF Jardim Heitor Rigon

#### **Distrito Sul**

( ) UBDS Vila Virginia ( ) UBS Adão do Carmo Leonel ( ) UBS Jardim Maria das Graças ( ) UBS Parque Ribeirão Preto ( ) Distrito Sul de Vigilância em Saúde

#### **Distrito Leste**

( ) UBDS Castelo Branco ( ) UBS Bonfim Paulista ( ) UBS Jardim Juliana ( ) UBS Santa Cruz ( ) UBS São José ( ) UBS Vila Abranches ( ) USF Jardim Zara

#### **Distrito Oeste**

( ) Distrito Sumarezinho ( ) CMSC Vila Lobato ( ) CSE Ipiranga ( ) UBS Dom Miele ( ) UBS Ipiranga ( ) UBS Jardim Paiva ( ) UBS Jardim Presidente Dutra ( ) UBS José Sampaio ( ) UBS Vila Recreio ( ) USF Jardim Eugênio Mendes Lopes ( ) USF Núcleo 1 ( ) USF Núcleo 2 ( ) USF Núcleo 3 ( ) USF Núcleo 4 ( ) USF Núcleo 5 ( ) USF do Jardim Jamil Cury ( ) USF Vila Albertina

#### **Unidades Especializadas**

Ambulatório de Nutrologia  NGA-59  Centro Referência Saúde do Trabalhador

6 – Distrito de saúde que pertence:

Central  Norte  Sul  Leste  Oeste

7 – Diagnóstico de encaminhamento:

Cefaleia  Cefaleia Crônica  Cefaleia Holocraniana  Enxaqueca  
 Enxaqueca Crônica  Migrânea  Migrânea Crônica  Outros

### **Parte B – QUESTÕES RELATIVAS AO TEMA**

8 – História familiar para ocorrência da migrânea.  Sim  Não  Não informado

9 – Circunstâncias que precedem o quadro de migrânea:

sono ou bocejos  irritação  tontura  vontade de comer doces  mais de um  não registrado

10 – Presença de aura na dor de cabeça;  Antes  Durante  Depois  Sem Aura  Não Relata

11 – Localização da dor:  Unilateral  Bilateral  Não informado

12 – Intensidade da dor:  Leve  Moderada  Forte  Não informado

13 – Característica da dor:  Pulsátil  Aperto  Pontadas  Não informado  
 Outra

14 – Diagnóstico:  Migrânea  Migrânea Crônica  Migrânea Crônica com Aura  Migrânea Crônica sem Aura  Migrânea Crônica Menstruação  
 Migrânea Episódica  Cefaleia Episódica  Cefaleia de Repetição  Outros

15 – Sintomas associados:

- Piora com esforço físico
- Náuseas e vômitos
- Fotofobia
- Fonofobia
- Osmofobia
- Piora na menstruação
- Estresse
- Sintomas ansiosos
- Sintomas depressivos
- Escotomas visuais

16 – Comorbidades associadas a migrânea:

- Diabetes
- Hipertensão Arterial
- Distúrbios do sono

- Fibromialgia
- Osteoartrite
- Obesidade
- Depressão
- Outros

17 – Classe Medicamentosa Utilizada

- Analgésicos
- Anti-hipertensivos
- Uso abusivo de analgésicos
- Antidepressivos
- Outros

18 – Medicações prescritas

- Ibuprofeno
- Nortriptilina/Amitriptilina
- Sertralina
- Amitriptilina
- Alprazolam
- Topiramato /Ácido Valpróico
- Diclofenaco sódio e outros
- Paracetamol ou Dipirona
- Clorpromazina
- Flunarizina
- Propanolol
- Sumatriptano ou Naratriptano
- Mais de um

## APÊNDICE II

### DECLARAÇÃO DA PESQUISADORA

Eu, Ana Lúcia Tostes, na condição de pesquisadora responsável por este projeto, sendo orientada pelo Prof. Dr. Edilson Carlos Caritá, DECLARO que:

- Assumo o compromisso de zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações;
- As informações obtidas no desenvolvimento deste trabalho serão utilizadas apenas para atingir o objetivo previsto na pesquisa;
- Os dados serão coletados no ambiente do Ambulatório e me responsabilizo pelo arquivo do mesmo após uso;
- Os resultados da pesquisa serão tornados públicos;
- Não há qualquer acordo restritivo à divulgação pública dos resultados;
- Comunicarei ao CEP da suspensão ou do encerramento da pesquisa;
- Cumprirei os termos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde;
- O CEP será comunicado em caso de efeitos adversos da pesquisa;
- A pesquisa não foi realizada.

---

Ana Lúcia Tostes  
Responsável pelo estudo



## APÊNDICE III

### SOLICITAÇÃO AO SECRETÁRIO DA SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO

Ilmo. Sr.  
Stênio Correia Miranda  
Secretário da Saúde de Ribeirão Preto

Aproveitamos a oportunidade para cumprimentá-lo cordialmente e solicitar a autorização de V. S<sup>a</sup>, enquanto representante da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, para realização da pesquisa intitulada “Perfil Dos Pacientes Migranosos Referenciados Ao Ambulatório Da Neurologia Do Núcleo De Gestão Assistencial De Ribeirão Preto,” que será realizada no Ambulatório de Neurologia no Núcleo de Gestão Assistencial (NGA – 59), na Rua Minas, 895, sob gerência do Dr. Carlos Eduardo de Oliveira.

Esta referida pesquisa será realizada pela enfermeira Ana Lúcia Tostes, aluna regularmente matriculada no curso de Mestrado em Saúde e Educação pela Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP, sob orientação do Prof. Dr. Edilson Carlos Caritá e co-orientação de Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sílvia Sidnéia da Silva.

O levantamento dos dados será através dos prontuários dos pacientes atendidos no ambulatório de neurologia do NGA-59 sem identificação dos pacientes e sem nenhuma solicitação de entrevista com os mesmos e, portanto, sem nenhuma exposição dos pacientes ou custos para a Secretaria, NGA ou Ambulatório de Neurologia.

O levantamento terá como objetivo “Identificar o Perfil dos Pacientes Migranosos Referenciados para o Ambulatório de Neurologia do NGA de Ribeirão Preto” no período de janeiro a dezembro de 2013.

Agradecemos antecipadamente sua atenção e colocamo-nos à disposição para quaisquer outros esclarecimentos que julgar necessário, seguindo anexo o projeto da pesquisa.

Cordialmente,

---

Prof. Dr. Edilson Carlos Caritá - orientador  
Universidade de Ribeirão Preto

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sílvia Sidnéia da Silva co-orientadora  
Universidade de Ribeirão Preto

---

Ana Lúcia Tostes  
Pesquisadora

Ribeirão Preto, 04 de novembro de 2013

## APÊNDICE IV

### SOLICITAÇÃO AO GERENTE DO NÚCLEO DE GESTÃO ASSISTENCIAL

Ilmo Sr.  
Carlos Eduardo de Oliveira  
Gerente do Núcleo de Gestão Assistencial (NGA – 59)

Solicitamos junto a Vossa Senhoria a autorização para realização da pesquisa intitulada “Perfil Dos Pacientes Migranosos referenciados ao Ambulatório Da Neurologia do Núcleo de Gestão Assistencial de Ribeirão Preto,” que será realizada no Ambulatório de Neurologia no Núcleo de Gestão Assistencial (NGA – 59).

Trata-se de uma pesquisa retrospectiva, documental que tem como objetivo conhecer o perfil dos pacientes migranosos atendidos no NGA-59 no período de janeiro a dezembro de 2013. O levantamento dos dados será através de prontuários, não terá contato com pacientes, portanto não ocorrerão procedimentos invasivos ou potencialmente lesivos, a qualquer indivíduo.

Diante da importância reservada às questões de pesquisa neste município, reiteramos tal solicitação nos comprometendo a cumprir todas as questões éticas envolvidas na ação e resultados.

Atenciosamente,

---

Prof. Dr. Edilson Carlos Caritá  
Orientador do projeto

---

Profª Drª Silvia Sidnéia da Silva  
Pesquisadora responsável - co-orientadora

---

Ana Lúcia Tostes - Pesquisadora

## APÊNDICE V

### CARTA DE ENCAMINHAMENTO AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO/SP

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Luciana Rezende Alves Oliveira  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da UNAERP  
Universidade de Ribeirão Preto – Campus Ribeirão Preto

Venho pelo presente encaminhar o Projeto intitulado: Perfil dos pacientes migranosos referenciados ao ambulatório da neurologia do Núcleo de Gestão Assistencial de Ribeirão Preto, a ser desenvolvido pela mestranda – Ana Lúcia Tostes do Curso de Mestrado em Saúde e Educação, tendo como orientador o Prof. Dr. Edilson Carlos Caritá, do Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP, para a apreciação deste comitê.

As atividades serão desenvolvidas no município de Ribeirão Preto/SP, no Núcleo de Gestão Assistencial de Ribeirão Preto – NGA-59.

Atenciosamente,

---

Prof. Dr. Edilson Carlos Caritá - Pesquisador Responsável

Ribeirão Preto, 02 de dezembro de 2013.

## ANEXO A

AUTORIZAÇÃO DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE DE RIBEIRÃO  
PRETO ESTADO DE SÃO PAULO

**Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto**  
Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde



Ofl. nº 5375/13  
CAAP-fcp

Ribeirão Preto, 09 de dezembro de 2013.

Prezado Orientador  
Prof. Dr. Edilson Carlos Carità  
Prezada Co-orientadora,  
Profa. Dra. Sílvia Sidnéia da Silva  
Prezada pesquisadora  
Ana Lúcia Tostes

A Diretora do Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas – **Ilka Barbosa Pegoraro**, e o Gerente do Núcleo de Gestão Assistencial – **Carlos Eduardo de Oliveira**; manifestaram a concordância para a coleta de dados do projeto de pesquisa **"PERFIL DOS PACIENTES MIGRANOS REFERENCIADOS AO AMBULATÓRIO DA NEUROLOGIA DO NÚCLEO DE GESTÃO ASSISTENCIAL DE RIBEIRÃO PRETO"**, nas dependências desta Secretaria da Saúde.

Conforme despachos no Processo Administrativo 02 2013 071365 8.

Como o seu campo de pesquisa se trata de Unidade de Atendimento em Saúde, ressaltamos que vossa senhoria se apresente à coordenação destas com antecedência para agendamento da pesquisa, tendo em vista as rotinas destes estabelecimentos de saúde.

Informo que a pesquisa está autorizada, sendo a Secretaria da Saúde coparticipante, porém da coleta de dados ocorrerá quando vossa senhoria obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente.

Cordialmente,

  
Apoiadora da COMISSÃO DE AVALIAÇÃO PROJETOS PESQUISA  
Secretaria Municipal da Saúde

Fernando Costa Padua  
CRB-816158

## ANEXO B

### AUTORIZAÇÃO DO GERENTE DO NÚCLEO DE GESTÃO ASSISTENCIAL (NGA – 59)

#### DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE PARA A PESQUISA

Eu, Carlos Eduardo de Oliveira, CPF 446.829.306-30, abaixo assinado, na função de Gerente do Núcleo de Gestão Assistencial (NGA – 59), declaro estar **de acordo** com a realização do projeto de pesquisa: PERFIL DOS PACIENTES MIGRANOSOS REFERENCIADOS AO AMBULATÓRIO DA NEUROLOGIA DO NÚCLEO DE GESTÃO ASSISTENCIAL DE RIBEIRÃO PRETO, que será realizado pela profissional Ana Lucia Tostes, enfermeira, como projeto de Mestrado em Saúde e Educação pela Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), sob orientação de Prof. Dr. Edilson Carlos Caritá e co-orientação da Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Sílvia Sidnéia da Silva.

O projeto acima será realizado através de levantamento de prontuários médicos do ambulatório de neurologia do NGA-59 e sem solicitação de nenhum procedimento ou entrevista com os pacientes. Não haverá nenhum custo para o NGA ou para a Secretaria da Saúde e será feita solicitação de autorização para o Secretário da Saúde antes da realização do mesmo.

Ribeirão Preto, 04 de novembro de 2013.

  
\_\_\_\_\_  
Carlos Eduardo de Oliveira  
Gerente NGA – 59

## ANEXO C

### AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO  
PRETO - UNAERP



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PERFIL DOS PACIENTES MIGRANOSOS REFERENCIADOS AO AMBULATÓRIO DA NEUROLOGIA DO NÚCLEO DE GESTÃO ASSISTENCIAL DE RIBEIRÃO PRETO

**Pesquisador:** EDILSON CARLOS CARITA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 25971113.0.0000.5498

**Instituição Proponente:** Universidade de Ribeirão Preto UNAERP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 641.512

**Data da Relatoria:** 30/04/2014

##### Apresentação do Projeto:

A enxaqueca, também conhecida como migrânea, é uma disfunção cerebral com reconhecido componente genético. Indivíduos que têm familiares com enxaqueca possuem mais chance de apresentá-la. As crises de enxaqueca afetam cerca de 20% das mulheres, sendo três vezes menos comum em homens. A dor de cabeça costuma ser forte, unilateral, de caráter pulsátil, com piora nas atividades rotineiras, frequentemente associada às náuseas, intolerância a luz, som e odores, e geralmente a dor é em região frontotemporal e de intensidade moderada a graves. As crises habitualmente duram de 4 a 72 horas (TEIXEIRA, 2009). P.2 A enxaqueca prejudica mais a qualidade de vida do que a osteoartrite, diabetes, hipertensão e lombalgia e é tão incapacitante quanto a depressão; b) há comprometimento de suas vidas profissionais devido ao maior número de faltas e menor atividade laborativa, secundária à dor ou aos sintomas associados. O nível de ganho monetário dos enxaquecosos é menor que da população geral; c) a vida social, familiar e escolar dos pacientes é comprometida. Esses fatores representam impacto físico, mental e social para os migranosos, bem como implicam em altos custos para a sociedade (SILBERTEIN; LIPTON, 1996). P.2 Trata-se de um estudo retrospectivo, documental com abordagem quantitativa que terá como objetivo identificar o perfil dos pacientes migranosos referenciados ao ambulatório de Neurologia do NGA. O estudo terá três momentos: no primeiro momento - selecionar os

**Endereço:** Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D

**Bairro:** RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380

**UF:** SP **Município:** RIBEIRÃO PRETO

**Telefone:** (15)3603-6779 **Fax:** (15)3603-6817 **E-mail:** cetica@unaerp.br

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO  
PRETO - UNAERP



Continuação do Parecer: 641.512

prontuários dos pacientes

diagnosticados como migrânea do Serviço de Neurologia de uma unidade de atendimento secundário do NGA referente ao período de junho a dezembro de 2013; no segundo - coleta de dados e terceiro momento, analisar os dados coletados. A amostra será composta pelos usuários atendidos neste ambulatório diagnosticados com quadro de migrânea. Espera-se com essa pesquisa identificar o perfil desses pacientes migranosos, a fim de propor terapias mais específicas para este tipo de usuário, acometido por essa doença. P.2

Hipótese: O estudo do perfil dos usuários com migrânea poderá nortear terapêuticas mais específicas e melhora da qualidade de vida desses indivíduos, aspectos que podem possibilitar prestação de serviços de saúde com excelência e diminuição dos gastos públicos por meio de assistência de qualidade. P.3

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

O objetivo geral deste projeto de pesquisa é identificar o perfil dos pacientes migranosos atendidos no Ambulatório de Neurologia do Núcleo de Gestão Assistencial de Ribeirão Preto. P.3

Objetivo Secundário:

Os objetivos específicos são: Levantar os dados de identificação pessoal como sexo, data de nascimento, condição econômica e sociodemográfica; Verificar a situação clínica como o peso, estatura, pressão arterial, dados da última menstruação, medicamento em uso, queixa principal, história familiar, hipótese diagnóstica; Levantar a presença de comorbidades nos usuários portadores de migrâneas. P.3

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não haverá situação de risco ao participante, com preservação do anonimato e atendimento ao aspecto ético. Os dados consultados servirão apenas à pesquisa a partir da autorização do Secretário da Saúde de Ribeirão Preto e da gerência da unidade onde se propõe realizar o estudo. Para realização da pesquisa, será solicitada autorização do Secretário Municipal da Saúde (Apêndice III) e Gerente do NGA-59

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D  
Bairro: RIBEIRANIA CEP: 14.096-380  
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO  
Telefone: (16)3603-6779 Fax: (16)3603-6817 E-mail: cetica@unaerp.br

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO  
PRETO - UNAERP



Continuação do Parecer: 641.512

(Apêndice

IV). Os pesquisadores responsáveis atenderão aos aspectos da Resolução nº 196/96 do Conselho Regional de Saúde, enviando o projeto para ser submetido à avaliação e parecer do Comitê de Ética e Pesquisa com seres Humanos da Universidade de

Ribeirão Preto (Apêndice V).P.3

Benefícios: Enfatizam-se os benefícios do estudo para os usuários e população, em geral, uma vez que esta investigação poderá nortear terapêuticas mais específicas e melhora da qualidade de vida desses indivíduos, por meio de prestação de serviços de saúde com excelência. P.3 E 4

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

N: 300

No município de Ribeirão Preto a assistência dos serviços em Neurologia está organizada em 05 regiões, denominadas Distritos de Saúde. Estes estão localizados nas regiões Central (Unidade Básica e Distrital de Saúde - UBDS Central, Núcleo de Gestão Assistencial - NGA-59 e Pronto de Atendimento Médico Infantil - PAM II), no Distrito Oeste (Centro de Saúde Escola - CSE Sumarezinho) e no Distrito Sul (UBDS Vila Virginia).P.3

¿ O presente estudo será realizado no Distrito Central que possui uma população estimada, em 2012, de 100.416 habitantes. Os dados serão coletados no Núcleo de Gestão Assistencial (NGA-59), unidade de referência secundária para o serviço de neurologia. Atualmente, no NGA-59, contamos com aproximadamente 6.800 consultas/mês de diversas especialidades e com 550 consultas neurológicas. O serviço conta com 04 neurologistas e equipe de enfermagem para atendimento dos pacientes referenciados. Todo o atendimento é registrado através do serviço informatizado ¿ sistema Hyglaweb, que tem construção modular e integrada, sendo que a versão atual do sistema Hyglia foi desenvolvida totalmente em plataforma

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D  
Bairro: RIBEIRANIA CEP: 14.096-380  
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO  
Telefone: (16)3603-6779 Fax: (16)3603-6817 E-mail: cetica@unaerp.br



UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO  
PRETO - UNAERP



Continuação do Parecer: 641.512

Web. Interliga consultórios e ambulatórios especializados contemplando informações de atendimentos, exames, internações, entre outros; tendo o papel de facilitador ao atendimento. P.3

Para a coleta de dados será utilizado instrumento organizado em 2 partes sendo a primeira (parte A) com levantamento de dados relativos à identificação, formação profissional e atividade profissional, renda e estrutura familiar. Na segunda etapa (parte B) serão abordadas questões relativas ao tema em estudo como ocorrência da dor, queixas relacionadas à dor, hipótese diagnóstica, sintomas associados, comorbidades associadas à migrânea e uso de medicações. Este instrumento será utilizado para coletar os dados em prontuários médicos dos pacientes que passaram em consulta na especialidade de neurologia no NGA-59 no período de janeiro a dezembro de

2013 com diagnóstico de migrânea. Inicialmente será realizado levantamento dos prontuários da clínica de neurologia onde atendem 4 profissionais neurologistas e serão separados todos os prontuários com diagnóstico de migrânea. Os prontuários serão selecionados em ordem cronológica principiando no mês de janeiro e terminando no mês de dezembro do ano de 2013. As informações serão digitadas em um banco de dados. P.4

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Propõe dispensa do TCLE da seguinte maneira: Cabe ao médico do paciente o atendimento, o diagnóstico e registro dos dados no prontuário. Os dados serão coletados a partir das informações contidas no prontuário dos pacientes migranosos do ambulatório de neurologia do NGA-59, delimitando-se nas informações necessárias ao estudo, presentes no instrumento de coleta de dados, referentes ao perfil desses usuários. Para a coleta de dados será utilizado instrumento organizado em 2 partes sendo a primeira (parte A) com levantamento de dados relativos à identificação, formação profissional e atividade

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D  
 Bairro: RIBEIRANIA CEP: 14.096-380  
 UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO  
 Telefone: (16)3603-6779 Fax: (16)3603-6817 E-mail: cetica@unaerp.br

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO  
PRETO - UNAERP



Continuação do Parecer: 641.512

profissional, renda e estrutura familiar. Na segunda etapa (parte B) serão abordadas questões relativas ao tema em estudo

como ocorrência da dor, queixas relacionadas à dor, hipótese diagnóstica, sintomas associados, comorbidades associadas à migrânea e uso de medicações.P.4

**Recomendações:**

Declarações e autorizações precisam ser assinadas pelos responsáveis.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As pendências foram atendidas de acordo com a Resolução 466/12 do CNS.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto de pesquisa aprovado.

RIBEIRAO PRETO, 08 de Maio de 2014

Assinador por:

Luclana Rezende Alves de Oliveira  
(Coordenador)

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D  
Bairro: RIBEIRANIA CEP: 14.096-380  
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO  
Telefone: (16)3603-6779 Fax: (16)3603-6817 E-mail: cetica@unaerp.br