



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ
ÁREA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

ANTÔNIO DA LUZ COSTA NETO
FERNANDO BISPO GOMES

**AVALIAÇÃO DO MANEJO PREVENTIVO DE PACIENTES COM ENXAQUECA NO
AMBULATÓRIO DE NEUROLOGIA DO CENTRO DE ESPECIALIDADES DO CESUPA
NO PERÍODO DE 2014-2018: UM ESTUDO RETROSPECTIVO.**

BELÉM – PA

2019

ANTÔNIO DA LUZ COSTA NETO

FERNANDO BISPO GOMES

**AVALIAÇÃO DO MANEJO PREVENTIVO DE PACIENTES COM ENXAQUECA NO
AMBULATÓRIO DE NEUROLOGIA DO CENTRO DE ESPECIALIDADES DO CESUPA
NO PERÍODO DE 2014-2018: UM ESTUDO RETROSPECTIVO.**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO APRESENTADO
AO CURSO DE BACHARELADO EM MEDICINA DO
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO PARÁ (CESUPA),
COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO
GRAU EM MEDICINA, SOB ORIENTAÇÃO DA PROF^a
MSC. CELINA CLÁUDIA ISRAEL SEFER

BELÉM - PA

2019

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
Biblioteca do Cesupa, Belém – PA

Costa Neto, Antônio da Luz.

Avaliação do manejo preventivo de pacientes com enxaqueca no ambulatório de neurologia do Centro de Especialidades do CESUPA no período de 2014-2018: um estudo retrospectivo / Antônio da Luz Costa Neto, Fernando Bispo Gomes; orientadora Celina Cláudia Israel Sefer. – 2019.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Centro Universitário do Estado do Pará, Medicina, Belém, 2019.

1. Enxaqueca – Tratamento. 2. Cefaléia. 3. Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC). I. Gomes, Fernando Bispo. II. Sefer, Celina Cláudia Israel, *orient.* III. Título.

CDD 23ª ed. 616.8

AGRADECIMENTOS

A palavra de Deus, em 1º Crônicas 16:8, diz para darmos graças ao Senhor, clamar pelo seu nome e divulgar entre as nações o que Ele tem feito. Pois bem, meu Amado Deus só posso Lhe agradecer por tudo o que tens feito em minha vida. Sei que sem Sua ajuda jamais poderia realizar o sonho de ajudar ao meu próximo por meio da Medicina.

A minha amada esposa, Denise Campos Costa, por ser a minha principal incentivadora em todos os planos da minha vida. Agradeço ao Senhor por Ele ter atendido as minhas orações e ter me abençoado com uma Mulher Linda, Inteligente e Sábia. Que o nosso amor seja para toda eternidade e sempre firmada na Rocha firme de Jesus.

A minha mãe, Ivonete de Fátima Pinheiro Costa, por não ter medido esforços em investir na minha formação educacional e de caráter. Apesar de todas as dificuldades financeiras e sociais de uma mulher solteira, você conseguiu criar dois filhos com muito êxito e hoje está colhendo mais um fruto: - Ver um Filho seu ser chamado de Doutor.

A minha irmã, Jane da Conceição, por ter compartilhado comigo vários momentos felizes e de choros em nossa infância e adolescência. Obrigado também por ter me presenteado com a sobrinha mais linda, Ana Vitória.

Ao meu primo, João Antônio Costa, por ter insistido para que eu pudesse continuar na busca do meu sonho e ter me mostrado que sou capaz de vencer qualquer barreira.

Aos meus demais familiares, tios (as), primos (as), sobrinha (os), cunhada (o), sogra (o), pois todos vocês fazem parte deste sonho. Amo a vida de cada um de vocês.

Ao meu avô que infelizmente não pôde me ver formado, mas me transmitiu ensinamentos com minha doce avó que irão se perpetuar por longa gerações.

A todos os meus professores que desde a infância (Profª Terezinha) até ao ensino superior contribuíram com a minha formação educacional e de cidadania. Serei eternamente grato a vocês.

Aos meus amigos de Curso, em especial ao Jonatas Milhomens, Cícero Alyson, Roberta Ferraz e Felipe Dário por fazerem os momentos da faculdade mais alegre e felizes. A amizade de vocês está eternizada no sistema límbico.

Ao meu amigo de trabalho, Fernando Bispo, por realizarmos juntos esta missão e pelos vários obstáculos vencidos juntos na construção deste trabalho de conclusão de curso.

A nossa orientadora, Celina Israel, exemplo de professora por ser paciente, alegre e compromissada com arte de lecionar. De fato, você nasceu com a missão de ser médica e educadora de excelência. Grato pela orientação deste trabalho.

Antônio da Luz Costa Neto

AGRADECIMENTOS

Gostaria de apresentar os meus mais sinceros agradecimentos à Professora Doutora Celina Israel, minha orientadora, pela competência científica e acompanhamento do trabalho, pela disponibilidade e generosidade reveladas ao longo deste processo, assim como pelas críticas, correções e sugestões relevantes feitas durante a orientação.

A todos os professores, mestres e doutores que não apenas foram essenciais para minha formação acadêmica como foram parâmetro profissional para meu futuro como médico.

Aos meus pais, José Rodrigues Martins Gomes e Ana Bárbara Bispo Gomes, por terem me proporcionado as condições ideais para que mantivesse meu foco e sempre estado ao meu lado nas horas mais difíceis, nos momentos mais felizes e nos tempos mais tristes. Sem vocês não conseguiria alcançar mais esse objetivo, sou eternamente grato a tudo que fizeram e fazem por mim.

Ao meu irmão, Maurício Bispo Gomes, pela amizade e ternura sempre manifestadas. Que este seja um estímulo para que, depois de mim, você possa se formar com excelência e conquistar suas metas. Estaremos sempre unidos.

A todos os membros das gerações da família Almeida Bispo e Martins Gomes que invariavelmente puderam fazer com que eu esteja aqui hoje, principalmente àqueles que não estão mais conosco, mas que trabalharam insistentemente para proporcionar o melhor às futuras gerações.

Aos meus amigos de infância mais queridos, Alexandre e Gabriel Castelo Branco, Lucas Couto, Pedro e Felipe Cortez, e em especial ao meu amigo Diego Telles, que apesar da distância, nunca se negou em me auxiliar em me fazer crescer como pessoa, proporcionando momentos de alegria e risos, sempre mantendo nossa amizade desde os primórdios da minha vida.

Ao meu amigo, colega de turma e dupla de Trabalho de Conclusão de Curso Antônio da Luz, que me incentivou a ser o melhor de mim com conselhos e inspiração profissional.

Fernando Bispo Gomes

RESUMO

Introdução: A Enxaqueca é uma das mais prevalentes causas de dor no Brasil e no mundo, sendo incapacitante quando severa. Dessa forma, é imperativo que haja um domínio do conhecimento a respeito da conduta médica sobre este assunto, para que se possa não apenas diagnosticar e tratar, mas também orientar adequadamente os pacientes com enxaqueca em serviços ambulatoriais. **Objetivo:** Avaliar o manejo preventivo de pacientes com enxaqueca no Ambulatório de Neurologia do CEMEC-CESUPA no período de 2014-2018. **Metodologia:** É um estudo retrospectivo de análise de 961 prontuários de pacientes do Ambulatório de Neurologia do CEMEC. 52 prontuários seguiram os critérios de exclusão e inclusão estabelecidos para esta pesquisa, sendo realizada a análise do manejo preventivo farmacológico e não farmacológico dos pacientes com enxaqueca. As informações da caracterização amostral foram apuradas em banco de dados elaborados no software Microsoft Office Excel® 2016; adotando-se um nível de significância $\alpha < 0,05$. **Resultados:** Houve predomínio do sexo feminino (88,46%), com prevalência de pacientes com enxaqueca sem aura (55,8%) em relação aos com aura (44,2%). A idade do início dos sintomas enxaquecosos mais evidente foi entre os 19 e 30 anos (39,1%). Dentre os pacientes analisados, 88,5% referiram dor intensa e apenas 5,8% dor moderada, não existindo sujeitos que referiram dor fraca ou ausência de dor. As crises de enxaqueca costumam ocorrer em 50% dos casos por 3 a 14 vezes ao mês, sendo seguida por 15 a 30 vezes mensais (44,7%); sua duração média é de 4 a 72 horas em 64,1% dos pacientes. O pródromo com maior prevalência na pesquisa foram os escotomas (78,9%). Seus fatores desencadeantes mais encontrados foram estresse (60,5%), alimentos (32,6%) e sono (32,6%); dentre os alimentos, o café e o chocolate (35,7% e 28,6%, respectivamente) foram os mais prevalentes. Nos antecedentes mórbidos, a hipertensão arterial sistêmica e as doenças psiquiátricas foram, ambos, os mais referidos nesta pesquisa (41,9% e 38,7% respectivamente). Dentre os hábitos de vida mais referidos durante o tratamento não farmacológico, a atividade terapêutica prevaleceu (55%). Dos pacientes avaliados, constatou-se 40% de evasão após a primeira consulta de retorno. Havia pouco preenchimento do diário de cefaleia (34%). A prevalência dos principais fármacos utilizados na terapia profilática foi de derivados tricíclicos (77%), Topiramato (23%), flunarizina (9,5%) e propranolol (11,5%). Notou-se que 66,6% dos pacientes realizavam uso abusivo de analgésicos antes do tratamento. **Conclusão:** Os principais benefícios deste estudo para o ambulatório de Neurologia do CEMEC-CESUPA são a contribuição da análise científica para elaboração de estratégias de adesão dos pacientes atendidos neste ambulatório e o desenvolvimento de uma proposta de um diário de cefaleia. **Palavras-chave:** tratamento preventivo, enxaqueca.

ABSTRACT

Introduction: Migraine is one of the most prevalent causes of pain in Brazil and globally, being incapacitating when severe. They are primary headaches and are classified for their etiology in migraine with aura and without aura. Treatment is performed according to the specificity of migraine. Thus, it is imperative that there be a knowledge of the medical conduct on this subject, so that it cannot only diagnose and treat, but also adequately guide patients with migraine in outpatient services. **Objective:** To evaluate the preventive management of patients with migraine at the CEMEC-CESUPA Outpatient Neurology in the period 2014-2018. **Methodology:** Retrospective study of 961 patient charts from the CEMEC-CESUPA Neurology Outpatient Clinic. 52 charts followed the exclusion and inclusion criteria established for this research. The sample characterization information was compiled in databases prepared in Microsoft Office Excel® 2016 software; adopting a significance level $\alpha < 0.05$. **Results:** There was a predominance of females (88.46%), with a prevalence of patients with migraine without aura (55.8%) compared to aura (44.2%). The most evident age at onset of migraine was between 19 and 30 years (39.1%). Among the patients analyzed, 88.5% reported severe pain and only 5.8% moderate pain, and there were no subjects who reported poor pain or absence of pain. Migraine attacks usually occur in 50% of cases 3 to 14 times a month, followed by 15 to 30 times monthly (44.7%); its average duration is 4 to 72 hours in 64.1% of patients. The prodrome with the highest prevalence in the research were the scotomas (78.9%). Its most frequent triggering factors were stress (60.5%), food (32.6%) and sleep (32.6%); among the foods, coffee and chocolate (35.7% and 28.6%, respectively) were the most prevalent. In the morbid antecedents, systemic arterial hypertension and psychiatric diseases were the most mentioned in this study (41.9% and 38.7%, respectively). Among the most frequently mentioned life habits during non-pharmacological treatment, the therapeutic activity prevailed (55%). Of the patients evaluated, 40% of evasion was observed after the first return visit. There was little filling of the headache diary (34%). The prevalence of the main drugs used in prophylactic therapy were tricyclic derivatives (77%), topiramato (23%), flunarizine (9.5%) and propranolol (11.5%). It was noted that 66.6% of the patients were using abusive analgesics before treatment. **Conclusion:** The main benefits of this study for the CEMEC-CESUPA outpatient clinic of Neurology are the contribution of the scientific analysis to the elaboration of adherence strategies for the patients treated in this clinic and the elaboration of a proposal for a headache diary.

Key words: preventive treatment, migraine.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Idade do início dos sintomas de enxaqueca nos pacientes do CEMEC entre 2014-2018. 17
- Figura 2** – Intensidade da enxaqueca referida pelos pacientes do CEMEC entre 2014-2018. 18
- Figura 3** – Distribuição mensal da enxaqueca nos pacientes atendidos no CEMEC entre 2014-2018. 19
- Figura 4** – Duração média dos episódios de enxaqueca dos pacientes atendidos no CEMEC entre 2014-2018. 20
- Figura 5** – Prevalência da enxaqueca com aura e sem aura nos pacientes atendidos no CEMEC entre 2014-2018. 21
- Figura 6** – Prevalência dos tipos de aura em pacientes com enxaqueca atendidos no CEMEC entre 2014-2018. 22
- Figura 7** – Fatores desencadeantes de enxaqueca nos pacientes atendidos no CEMEC entre 2014-2018. 23
- Figura 8** – Tipos de alimentos desencadeantes de enxaqueca nos pacientes atendidos no CEMEC entre 2014-2018. 24
- Figura 9** – Hábitos de vida dos pacientes com enxaqueca atendidos no CEMEC entre 2014-2018. 27
- Figura 10** – Distribuição quanto a aderência a diferentes modalidades terapêuticas não farmacológicas dos pacientes com enxaqueca atendidos no CEMEC entre 2014-2018. 29
- Figura 11** – Prevalência dos principais fármacos utilizados na terapia profilática dos pacientes com enxaqueca atendidos no CEMEC entre 2014-2018. 34
- Figura 12** – Prevalência dos medicamentos usados como abortivos de enxaqueca antes das consultas no CEMEC entre 2014-2018. 41
- Figura 13** - Prevalência dos medicamentos usados como abortivos de enxaqueca depois das consultas no CEMEC entre 2014-2018. 41

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Perfil epidemiológico da população de pacientes com enxaqueca no CEMEC entre 2014-2018. **15**
- Tabela 2** – Antecedentes mórbidos nos pacientes com enxaqueca atendidos no CEMEC entre 2014-2018. **25**
- Tabela 3** – índice de massa corporal (IMC) da população de pacientes com enxaqueca atendidos no CEMEC entre 2014-2018. **26**
- Tabela 4** – Avaliação do número de consultas de retorno dos pacientes com enxaqueca atendidos no CEMEC entre 2014-2018. **30**
- Tabela 5** – Avaliação das últimas consultas de retorno dos pacientes com enxaqueca atendidos no CEMEC entre 2014-2018. **30**
- Tabela 6** – Avaliação do grau de alívio com tratamento não farmacológico em pacientes com enxaqueca atendidos no CEMEC entre 2014-2018. **33**
- Tabela 7** – Avaliação do grau de alívio em pacientes com tratamento não farmacológico com enxaqueca atendidos no CEMEC entre 2014-2018. **40**

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 9 |
| 2 OBJETIVOS | 12 |
| 2.1 Geral | 12 |
| 2.2 Específicos | 12 |
| 3 METODOLOGIA | 13 |
| 3.1 Tipo de estudo | 13 |
| 3.2 Local de estudo | 13 |
| 3.3 Aspectos Éticos | 13 |
| 3.4 População do estudo | 13 |
| 3.5 Critérios de Inclusão e Critérios de Exclusão | 13 |
| 3.6 Análise de dados | 14 |
| 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 15 |
| 4.1 Perfil da amostra | 15 |
| 4.2 Características dos sintomas referidos | 16 |
| 4.3 Antecedentes mórbidos | 25 |
| 4.4 Hábitos de vida | 27 |
| 4.5 Avaliação das consultas de retorno dos pacientes | 30 |
| 4.6 Relação entre grau de alívio e tratamento não farmacológico | 33 |
| 4.7 Tratamento profilático | 34 |
| 4.7.1 Derivados Tricíclicos: Amitriptilina e Nortriptilina. | 34 |
| 4.7.2 Anticonvulsivantes: Topiramato | 35 |
| 4.7.3 Betabloqueadores: Propranolol | 37 |
| 4.7.4 Bloqueadores dos canais de cálcio: Flunarizina | 38 |
| 4.8 Medicamentos Abortivos | 40 |
| 5 CONCLUSÃO | 43 |
| REFERÊNCIAS | 44 |
| APÊNDICES | 48 |
| ANEXOS | 55 |

1 INTRODUÇÃO

A enxaqueca é uma doença muito comum em nível mundial, estando presente em 6% dos homens e 15 a 18% das mulheres ^{1,2}. No Brasil, um estudo revelou 15,2% de prevalência, sendo 9% em homens e 20% em mulheres ³.

A enxaqueca é uma cefaléia primária, comum e incapacitante que se manifesta por um conjunto de sintomas associados de maneira recorrente. É caracterizada pelo aparecimento de episódios geralmente de localização unilateral, pulsátil, com dor moderada ou grave, a qual piora com atividade física de rotina, seguidas por náuseas, vômitos, foto e fonofobia e precedida ou não por sintomas neurológicos focais, denominados aura ⁴.

A enxaqueca crônica é definida pela presença de cefaléia por mais de 15 dias em 01 mês, por mais de 03 meses, sendo a mais relevante dos tipos de cefaleia crônica diária. Um dos principais complicadores no seu manejo é o agravante da cefaleia rebote, que ocorre pelo uso abusivo de medicações analgésicas ⁴. Outro complicador são as doenças psiquiátricas. Algum grau de depressão é observado em 85% dos pacientes, depressão grave em 25% deles e ansiedade significativa em 75% dos casos. Distúrbios do sono como insônia, além de fibromialgia, fadiga e outras síndromes funcionais, também podem estar presentes^{5,6,7,8,9,10}.

O tratamento preventivo é indicado quando a frequência, intensidade e/ou duração de dor se tornam um fator limitante da qualidade de vida, levando à incapacidade funcional e, conseqüentemente, ao absenteísmo, ocasionando grandes prejuízos financeiros aos empregadores. O risco de desemprego gera mais insegurança aos pacientes, o que muitas vezes contribui ainda mais para o agravamento dos sintomas¹¹.

A indicação de tratamento preventivo para as crises de enxaqueca necessita, principalmente, de um bom relacionamento médico-paciente. O tratamento é relativamente longo, não-curativo e depende de modificações dos hábitos de vida, da necessidade de retornar às consultas com regularidade e de registrar a evolução da enxaqueca em diário ao longo de todo o tempo (diário da

cefaleia). Os pacientes que se comprometem a iniciar o tratamento devem estar cientes da necessidade de aderir aos itens citados e plenamente esclarecidos sobre as limitações e os possíveis eventos adversos das medicações profiláticas utilizadas para enxaqueca ^{11,12}.

O tratamento preventivo não farmacológico de crises de enxaqueca sempre deve incluir mudança dos hábitos de vida, educação e orientação adequados aos pacientes, inserção em um programa de atividade física adaptado às condições individuais do paciente e abordagem das comorbidades ^{13,14}.

Quanto ao tratamento farmacológico, deve-se sempre escolher a classe medicamentosa mais adequada ao perfil do indivíduo. Por exemplo, pacientes com baixa massa corpórea e insônia podem ter benefícios com tricíclicos, por outro lado, pacientes obesos e com sono excessivo não respondem bem. Já pacientes hipertensos podem responder bem aos betabloqueadores. É importante ressaltar que nenhum medicamento para profilaxia é livre de efeitos colaterais. Habitualmente, deve-se iniciar com doses mínimas e prosseguir com um escalonamento racional e lento até a dose eficaz. O tempo de uso dos fármacos profiláticos na dose eficaz deve ser mantido por pelo menos 03 meses a partir do momento que a enxaqueca estiver controlada e só então diminuir gradativamente a dose para suspensão. Durante o tratamento profilático, as crises agudas devem ser prontamente combatidas com os sintomáticos mais adequados.¹².

O ambulatório de Neurologia do Centro de Especialidades Médicas do Centro Universitário do Estado do Pará (CEMEC-CESUPA) recebe a população de todo o estado por meio de convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, este ambulatório apresenta um alto fluxo de diversos pacientes neurológicos, sendo a cefaléia, em especial a enxaqueca, uma das queixas mais prevalentes.

Neste contexto, esta pesquisa propõe-se a avaliar o manejo preventivo de pacientes com enxaqueca no Ambulatório de Neurologia do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC) no período de 2014-2018, de modo a analisar tanto os impactos das medidas não farmacológicas quanto

farmacológicas e, conseqüentemente, contribuir para a melhoria na abordagem e conduta da enxaqueca neste ambulatório.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar o manejo preventivo de pacientes com enxaqueca no Ambulatório de Neurologia do CEMEC-CESUPA no período de 2014-2018.

2.2 Específicos

- a. Realizar levantamento estatístico da prevalência de enxaqueca (sem aura e com aura) no ambulatório de Neurologia do CEMEC-CESUPA de acordo com o padrão de Classificação Internacional de Cefaléias (The International Classification of headache disorders 3rd edition / ICHD-3 2018).
- b. Descrever o perfil sócio-demográfico dos pacientes diagnosticados com enxaqueca a fim de relacioná-los com os resultados obtidos do manejo profilático.
- c. Avaliar o manejo preventivo não farmacológico dos pacientes com enxaqueca quanto a modificação de hábitos de vida, retorno as consultas, preenchimento do diário de cefaleia e orientação adequada aos pacientes por meio dos prontuários.
- d. Avaliar o manejo preventivo farmacológico dos pacientes com enxaqueca quanto as classes de medicamentos e conduta de retorno referente à dosagem, associações e trocas de medicações, período de uso, efeitos adversos e custo-benefício.
- e. Elaborar uma proposta de registro de diário de cefaléia para o ambulatório de Neurologia do CEMEC- CESUPA.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo retrospectivo e descritivo de análise de prontuários.

3.2 Local de estudo

A pesquisa foi realizada no Centro de Especialidades Médicas do Centro Universitário do Estado do Pará (CEMEC-CESUPA), localizado na Av. Almirante Barroso, n.3775, CEP: 6613-903, Belém, Pará. O período da pesquisa foi de abril/2018 a junho/2018.

3.3 Aspectos Éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), ANEXO 1, do Centro Universitário do Pará (CESUPA), respeitando a resolução de N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), com princípios regidos pelo Código de Nuremberg e pela Declaração de Helsinque. A aprovação pelo CEP foi a principal condição para o início da pesquisa. Além disso, foi fornecido o Termo de Compromisso de Utilização de Banco de Dados (APÊNDICE A), que constou com a identificação da pesquisa, declaração ao acesso e confidencialidade do projeto, tendo sido escolhido este termo devido a impossibilidade de obtenção do termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todos os sujeitos da pesquisa, para poder salvaguardar os direitos deles.

3.4 População do estudo

Pacientes com diagnóstico de enxaqueca do Ambulatório de Neurologia do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA entre os anos de 2014 e 2018.

3.5 Critérios de Inclusão e Critérios de Exclusão:

Foram analisados todos os prontuários de 2014-2018, no total 961, sendo que somente 52 apresentavam pacientes com enxaquecas com seguimento clínico regular. Foram incluídos nesse estudo, pessoas que foram diagnosticadas com enxaqueca (com aura e sem aura) com faixa etária maior de 18 anos a partir de 2014 e pacientes de qualquer gênero, raça/ cor, religião,

gravidade da doença e comorbidades associadas. Foram excluídos os participantes com demais tipos de cefaleias primárias tais como a tensional, em salvas e outras que não as enxaquecas. Todas as cefaleias secundárias também foram excluídas. O critério de diagnóstico considerado foi o consenso de Classificação Internacional de Cefaléias (The International Classification of headache disorders 3rd edition / ICHD-3 2018). Foram excluídos também os prontuários com última consulta anterior a 2014 e aqueles com erros de preenchimento ou dados incompletos.

3.6 Análise de dados

As informações da caracterização amostral foram apuradas em banco de dados elaborado no *software Microsoft® Office Excel® 2016*.

Na aplicação da Estatística Descritiva, foram construídas tabelas e gráficos para apresentação dos resultados e calculadas as medidas de posição como média aritmética e desvio padrão. Vale ressaltar que o N (Número da população amostral) para cada variável investigada varia de acordo com as informações encontradas nos prontuários.

A estatística analítica foi utilizada para avaliar os resultados das variáveis categóricas da amostra através do Teste G e Teste Qui-Quadrado Aderência para tabelas univariadas.

As estatísticas descritiva e analítica, foram realizadas no *software BioEstat® 5.3* (AYRES et al., 2010). Para a tomada de decisão, adotou-se o nível de significância $\alpha = 0,05$ ou 5%, sinalizando com asterisco (*) os valores significantes.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Perfil da amostra

Tabela 1: Perfil sócio-demográfico da população de pacientes com enxaqueca no CEMEC entre 2014-2018.

| | | Pacientes (N) | % |
|--------------|--------------|---------------|-------|
| SEXO | Masculino | 6 | 11,53 |
| | Feminino | 46 | 88,46 |
| | Total | 52 | 100 |
| COR | Pardo | 35 | 79,54 |
| | Branco | 7 | 15,92 |
| | Negro | 2 | 4,54 |
| | Não Referido | 8 | 15,38 |
| | Total | 52 | 100 |
| ESTADO CIVIL | Solteiro | 30 | 63,82 |
| | Casado | 15 | 31,91 |
| | Viúvo | 2 | 4,25 |
| | Não Referido | 5 | 9,61 |
| | Total | 52 | 100 |

Observa-se na tabela 1 que houve predomínio de enxaqueca no sexo feminino (88,46%) em relação ao masculino (11,53%), cerca de 8 vezes maior. Este resultado é superior aos estudos referidos por Teixeira¹⁵ que verificou que a enxaqueca é 3 vezes mais frequente em mulheres do que em homens.

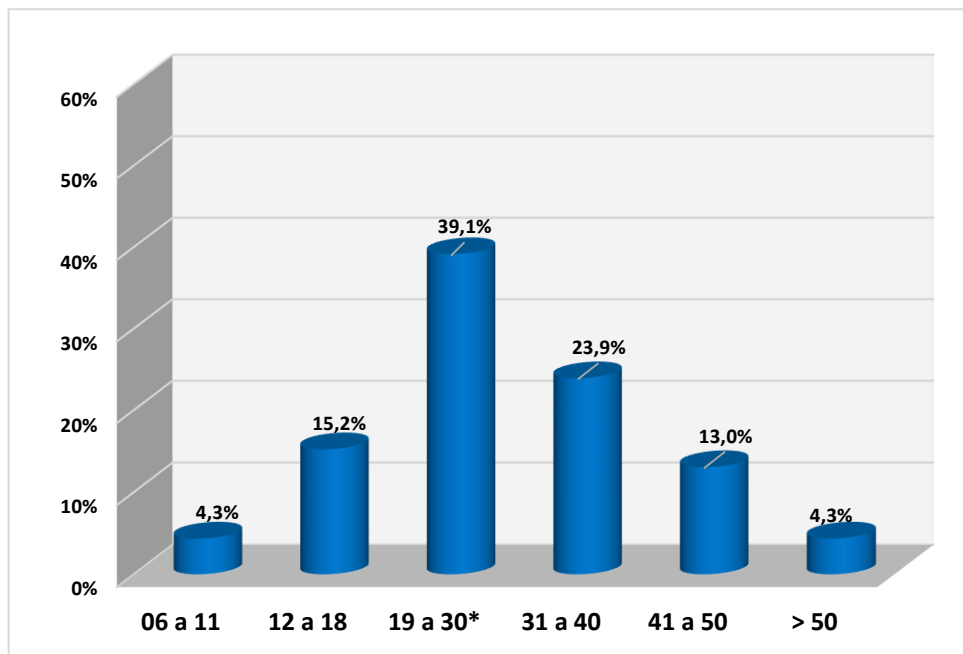
Em relação a cor predominou a parda (79,54%), estando de acordo com os 80% de pardos declarados no estado do Pará, *locus* desta pesquisa, verificados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística¹⁶. Quanto ao estado civil, a enxaqueca predominou nos solteiros (63,82%) em relação aos casados (31,91%).

Durante esta pesquisa, foi observado que os poucos pacientes que tinham sua profissão mencionada nos prontuários eram domésticas ou donas do lar, mas não foi possível gerar uma análise estatística confiável ($p < 0,05$). Sabe-se que a depender da ocupação, a enxaqueca pode ser agravada por esforços físicos mais extenuantes e de movimentos repetitivos tal como borracheiros, pedreiros, domésticas, faxineiros ou zeladores^{17,18}.

Também não foi possível obter resultados estatisticamente satisfatórios quanto ao nível educacional e renda mensal pela falta de registros em prontuários, mas como a maior parte dos pacientes do Sistema Único de Saúde apresentam um nível educacional básico e profissões em média com um salário mínimo^{3,14}, então isto deve impactar diretamente no tratamento desses pacientes, pois os medicamentos preventivos e abortivos mais eficazes contra a enxaqueca são relativamente caros, o que ocasiona uma adesão insatisfatória ao tratamento. Além do mais, um baixo nível de instrução educacional pode dificultar na compreensão de orientações ao tratamento¹⁴.

4.2 Características dos sintomas referidos

FIGURA 1 – Idade do início dos sintomas de enxaqueca nos pacientes do CEMEC entre 2014-2018 (N=46).



A partir da figura 1, infere-se que a enxaqueca inicia também desde a infância. Neste estudo, houve uma prevalência de 4,3% dos 6 aos 11 anos e de 15,2% dos 12 aos 18 anos. A enxaqueca é também considerada como importante causa de absenteísmo escolar tanto em crianças quanto adolescentes, o que impacta diretamente no desempenho escolar dos mesmos. Por isso, os pais e os médicos devem sempre valorizar esta queixa ^{19,20}.

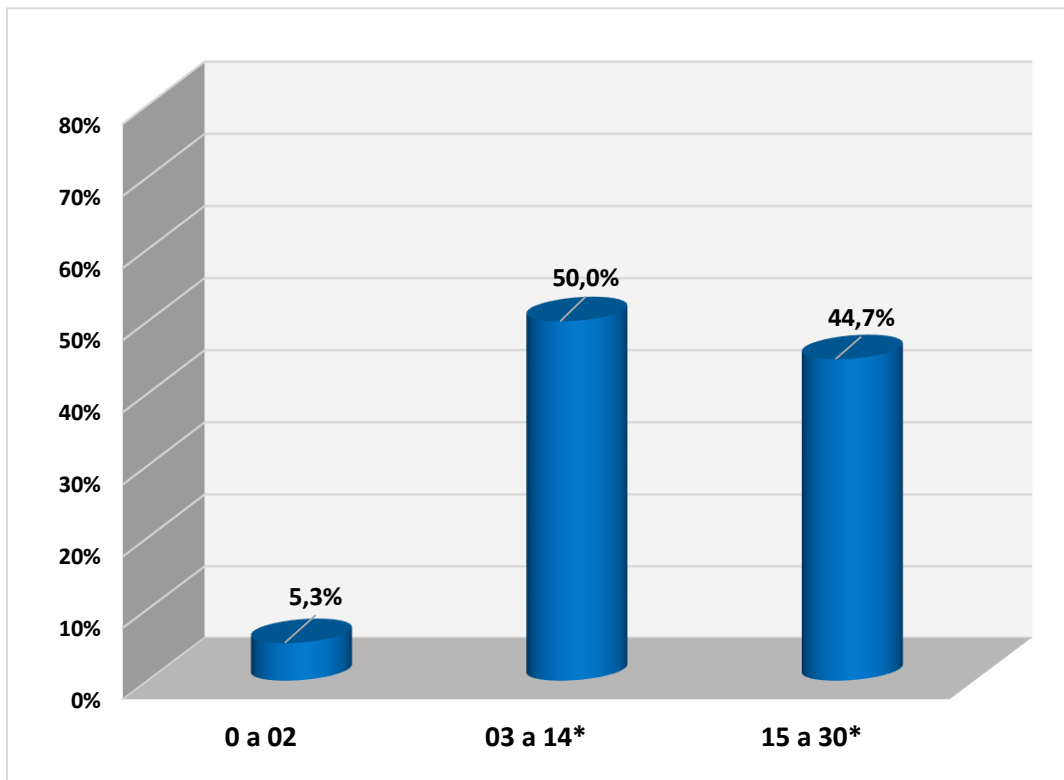
Observa-se também que 4,3% dos pacientes tiveram sua primeira queixa de cefaléia acima de 50 anos, o que é de acordo com Classificação Internacional de Cefaléia (2018)⁴ um sinal de alarme, por isto, no manejo inicial, estes pacientes devem, prioritariamente, ter possíveis causas secundárias afastadas.

FIGURA 2 – Intensidade da enxaqueca nos pacientes atendidos no CEMEC entre 2014-2018 (N=49).



A figura 2 ratifica o nível de intensidade de dor moderada e intensa da enxaqueca como um dos principais critérios diagnósticos, encontrado na Classificação e Diagnóstico Internacional de Cefaléia (2018)⁴, pois 94,3% dos pacientes com enxaqueca no CEMEC referiram dor moderada a intensa durante os episódios de cefaleia, sendo a dor intensa estatisticamente significativa com $p < 0.0001$.

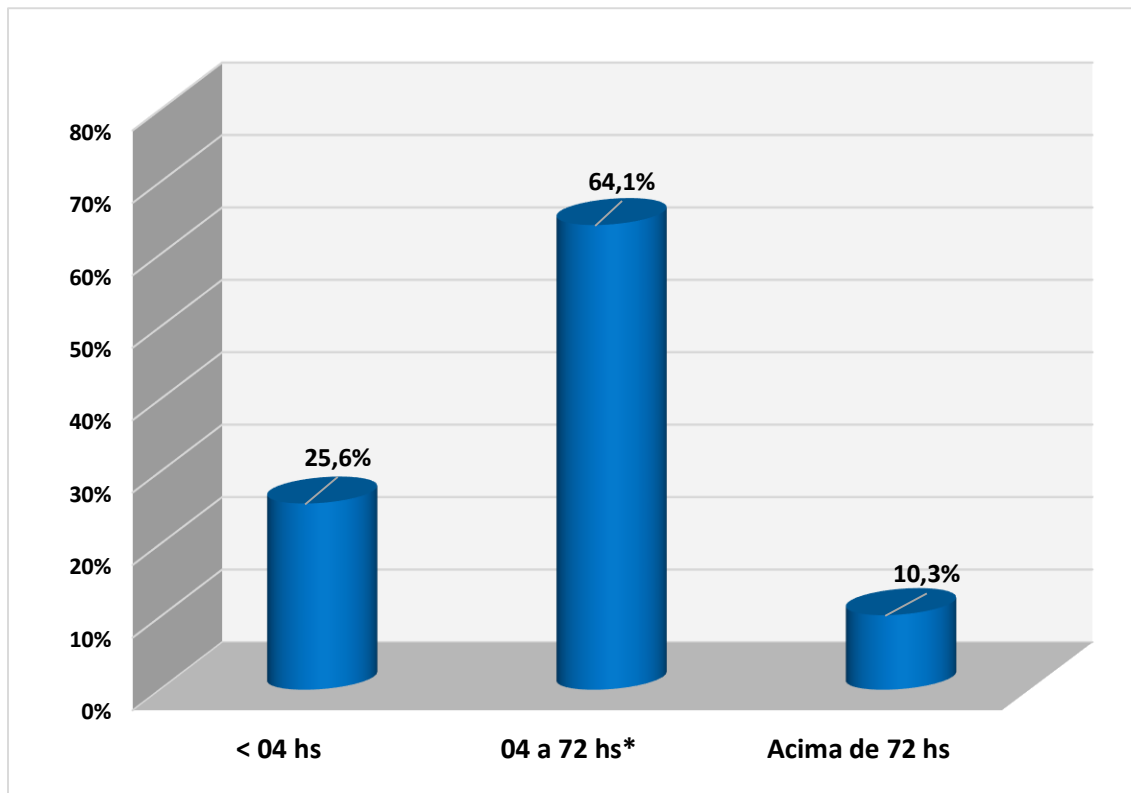
FIGURA 3 – Frequência de distribuição das crises mensais de enxaqueca nos pacientes atendidos no CEMEC entre 2014-2018 (N=38).



Nota-se, na figura 3, que aproximadamente 95% dos pacientes, apresentaram mais de 03 crises de enxaqueca ao mês, um percentual estatisticamente significativo ($p < 0.0001$), inferindo-se desta forma que estes pacientes tiveram o tratamento profilático adequadamente indicado, pois de acordo com Classificação e Diagnóstico Internacional de Cefaléia (2018)⁴, a frequência de crises maior ou igual a 03 é indicativo deste tipo conduta preventiva.

Vale destacar que 02 pacientes (5,3%), com 02 crises ao mês também tiveram a terapia profilática indicada. Em um dos casos, isso ocorreu devido a intensidade das crises atingirem níveis incapacitantes, o que é recomendado pela ICHD-3 (2018)⁴; quanto ao outro paciente não havia nada registrado no prontuário que justificasse esta abordagem terapêutica.

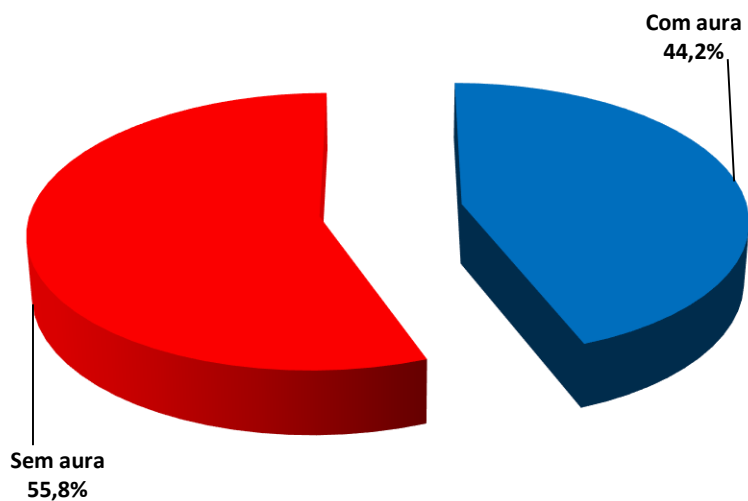
FIGURA 4 – Duração média dos episódios de enxaqueca dos pacientes atendidos no CEMEC entre 2014-2018 (N=39).



De acordo com a figura acima, 64.1%, ou seja, um percentual estatisticamente significativo ($p=0.0058$) dos pacientes apresentam duração de 4-72 horas, encontrando-se dentro dos critérios de duração da enxaqueca na Classificação e Diagnóstico Internacional de Cefaléia (2018)⁴.

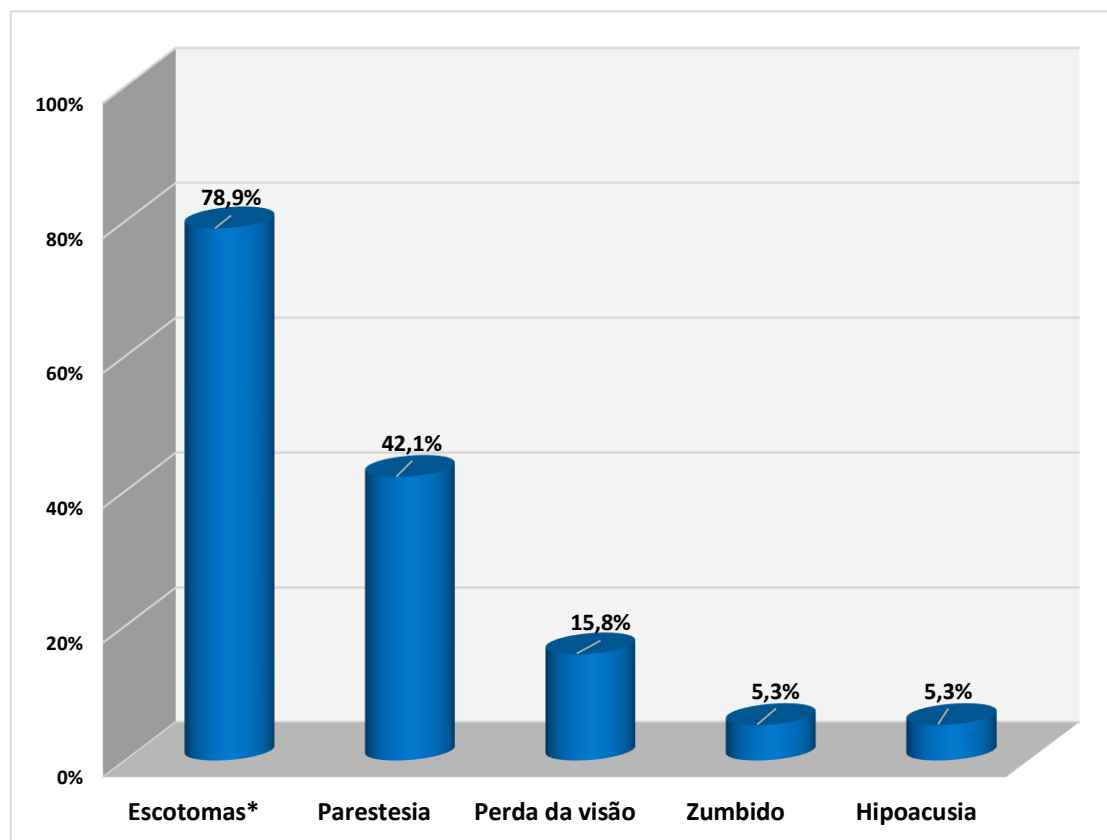
Observa-se também que 10.3% dos pacientes apresentam episódios maiores que 72 horas. Quando uma crise intensa se prolonga por mais de 72 horas, com repercussões físicas e emocionais, diz-se que o paciente está em estado enxaquecoso (ou migranoso), o qual é frequentemente causado por abuso de medicamentos, associado à cefaléia de rebote. Fato este notado durante esta pesquisa, já que todos os pacientes, antes de buscarem assistência médica, fizeram uso de medicamentos abortivos de forma não supervisionada, o que pode justificar o agravamento e cronificação da enxaqueca nestes pacientes^{21,22}.

FIGURA 5 – Prevalência da enxaqueca com aura e sem aura nos pacientes atendidos no CEMEC entre 2014-2018 (N=43).



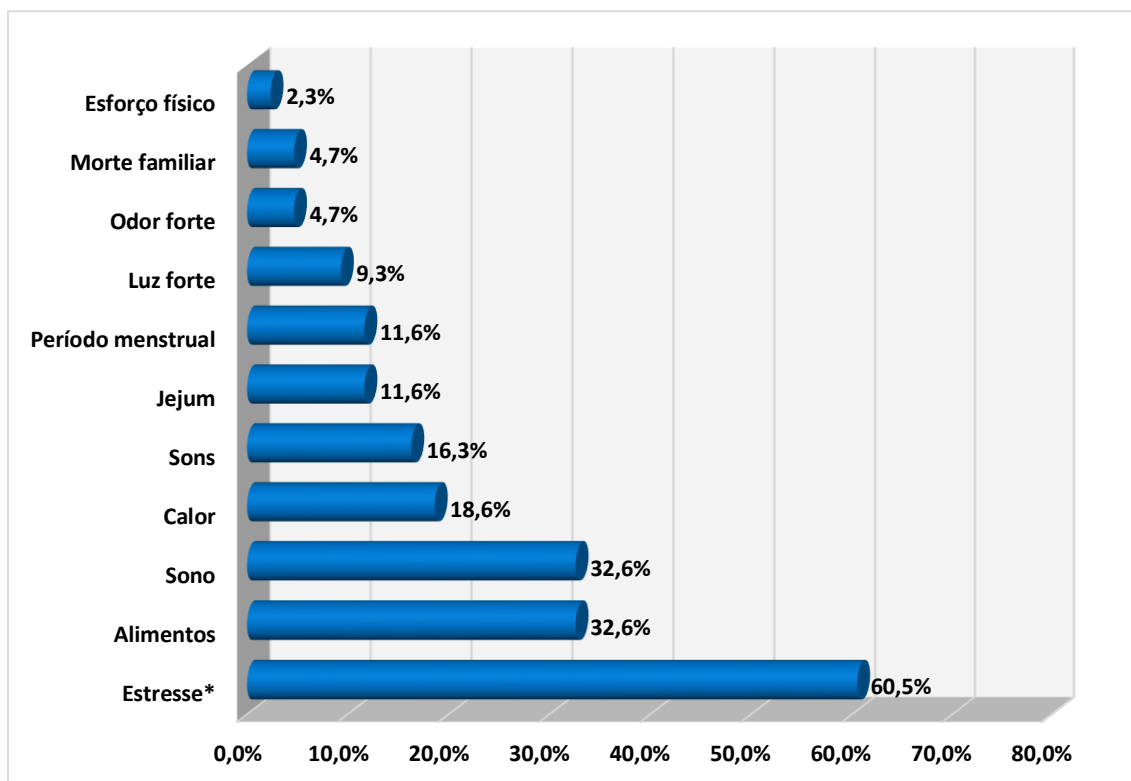
Observa-se que os pacientes com enxaquecas sem aura tiveram uma prevalência de 55,8%, em relação aos pacientes com aura (44,2%), porém a diferença percentual entre eles não foi estatisticamente significativa ($p=0.7199$). Os estudos de Silva e Mattos (2012)²³ também indicaram a migrânea sem aura como o tipo de enxaqueca mais prevalente.

FIGURA 6 – Prevalência dos tipos de aura nos pacientes com enxaqueca atendidos no CEMEC entre 2014-2018 (N=19).



Percebe-se, de acordo com a figura 6, que 78.9% dos pacientes com enxaqueca com aura apresentam como pródrômo mais comum os escotomas visuais, sendo estatisticamente significante ($p < 0.0001$), corroborando com os estudos do ICDH-3⁴ que também demonstram ser este tipo de aura a mais prevalente em 90% dos analisados. A aura sensitiva é a segunda mais comum, com 42,1% de prevalência na amostra, novamente corroborando com o ICDH-3⁴.

FIGURA 7 – Fatores desencadeantes de enxaqueca nos pacientes atendidos no CEMEC entre 2014-2018 (N=43).



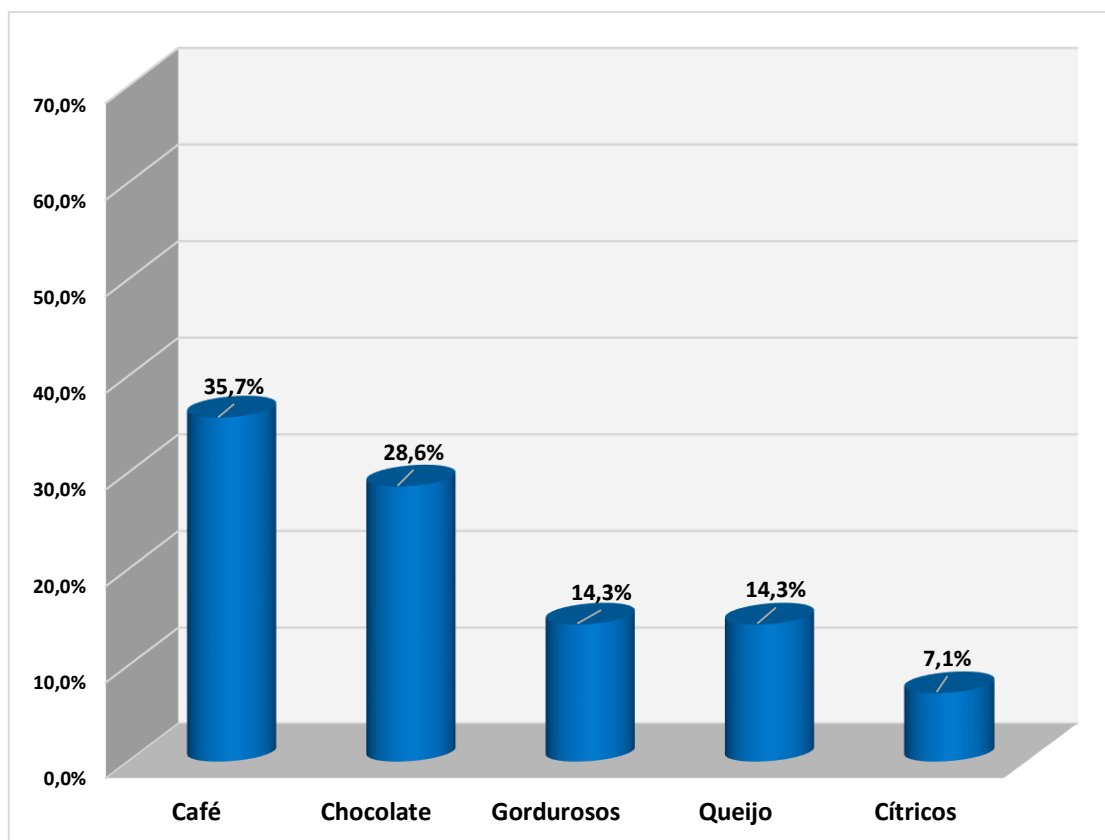
De acordo com a figura 7, 60.5% dos pacientes mencionaram em primeiro lugar o estresse emocional como principal fator desencadeante. Esta proporção é estatisticamente significativa ($p=0.0357$), concordando com os estudos de Souza²⁴, que também mencionou o estresse como a causa mais prevalente que desencadeia a dor enxaquecosa.

A alimentação e o distúrbio do sono foram mencionados por 32.6% dos pacientes como fatores desencadeantes. Os tipos de alimentos desencadeantes são referidos na figura 8. É importante ressaltar e considerar uma provável relação neuronal e biológica da cefaleia com o distúrbio do sono. A cefaleia pode ser consequência de uma alteração do sono não diagnosticada ou de uma má higiene do sono, estando relacionada aos horários de sono e as influências do ambiente externo^{25,26}.

A respeito ainda da figura 7, 11.6% dos pacientes referiram enxaqueca no período menstrual, sendo que a enxaqueca pode ocorrer imediatamente antes ou durante o período menstrual, devido à redução nas titulações de

estrogênio que aumentam logo antes do ciclo menstrual²⁷. Assim, é primordial o preenchimento de um diário de cefaléia, com a finalidade de relacionar os episódios de enxaquecas com o ciclo menstrual, sendo desta forma o melhor método para diferenciar a enxaqueca menstrual de outros possíveis diagnósticos.

FIGURA 8 – Tipos de alimentos desencadeantes de enxaqueca nos pacientes atendidos no CEMEC entre 2014-2018 (N=14).



Evidencia-se na figura 8 que o café (35.7%) e o chocolate (28.6%) são os principais alimentos desencadeantes de enxaqueca referidos pelos pacientes do CEMEC. Estas substâncias tendem a causar enxaqueca mais do que outros tipos de alimentos ²⁸. Entretanto, a cafeína possui uma ação tanto como gatilho quanto de prevenção à dor, a depender da resposta do paciente, inclusive a cafeína tem uma longa história como adjuvante analgésico²⁸. Não houve nenhum alimento com incidência estatisticamente significativa ($p < 0.05$).

4.3 Antecedentes mórbidos

Tabela 2 – Antecedentes mórbidos nos pacientes com enxaqueca atendidos no CEMEC entre 2014-2018 (N=50).

| Antecedentes mórbidos | Pacientes (N) | % |
|----------------------------------|---------------|-------------|
| Possui | | |
| Sim* | 31 | 62.0% |
| Não | 19 | 38.0% |
| Total | 50 | 100% |
| Dos que responderam “sim” | | |
| Doenças psiquiátricas | 13 | 41.9% |
| HAS | 12 | 38.7% |
| Doenças neurológicas progressas | 9 | 29.0% |
| Dislipidemia | 6 | 19.4% |
| DM tipo 2 | 4 | 12.9% |
| Total | 31 | 100% |

*p = 0.0214

Em relação aos antecedentes mórbidos, 62.0% dos pacientes relataram apresentar pelo menos um, sendo uma proporção estatisticamente significativa ($p = 0.0214$).

De acordo com a tabela 2, 41.9% dos pacientes relataram nas anamneses terem diagnóstico prévio de transtornos de humor, principalmente depressão. O Jornal Brasileiro de Psiquiatria (2012)³⁰ cita que pacientes com migrânea apresentam alta incidência de transtornos psiquiátricos. Entre os que possuem maior prevalência, estão os transtornos ansiosos (57%), o transtorno depressivo (31%) e a distímia (21%). Assim, pensar em uma abordagem terapêutica associada ao acompanhamento psiquiátrico e psicológico é essencial para melhorar a adesão e o alívio dos sintomas relacionados a enxaqueca²⁹.

Apesar de 38,7% dos pacientes enxaquecosos referirem hipertensão como comorbidade associada, não há nada na literatura médica que relacione picos hipertensivos como causa de enxaqueca, o que ocorre na verdade é o contrário, pois o estímulo algíco ocasiona uma liberação adrenérgica, e, pode elevar a pressão arterial, devendo este mito ser esclarecido por profissionais da

saúde. Uma das exceções é a hemorragia subaracnóidea que tem como principal causa a hipertensão arterial não controlada, reconhecida clinicamente como “a pior dor de cabeça da vida”². Entretanto esta informação de comorbidade nos pacientes enxaquecosos serve para a elaboração de um plano terapêutico de medidas profiláticas mais adequado, pois caso não haja contraindicações aos betabloqueadores, estes seriam uma boa opção para tratar ambas as patologias.

Tabela 3: índice de massa corporal (IMC) da população de pacientes com enxaqueca atendidos no CEMEC entre 2014-2018 (N=35).

| IMC | Classificação OMS | Distribuição | % |
|--------------|--------------------|--------------|-------|
| <18,5 | Baixo Peso | 1 | 2,85 |
| 18,5 a 24,9 | Peso Normal | 14 | 40,0 |
| 25 a 29,9 | Sobrepeso | 14 | 40,0 |
| 30 a 34,9 | Obesidade Grau I | 5 | 14,28 |
| 35 a 39,9 | Obesidade Grau II | 1 | 2,85 |
| >40 | Obesidade Grau III | 0 | 0,0 |
| Total | | 35 | |

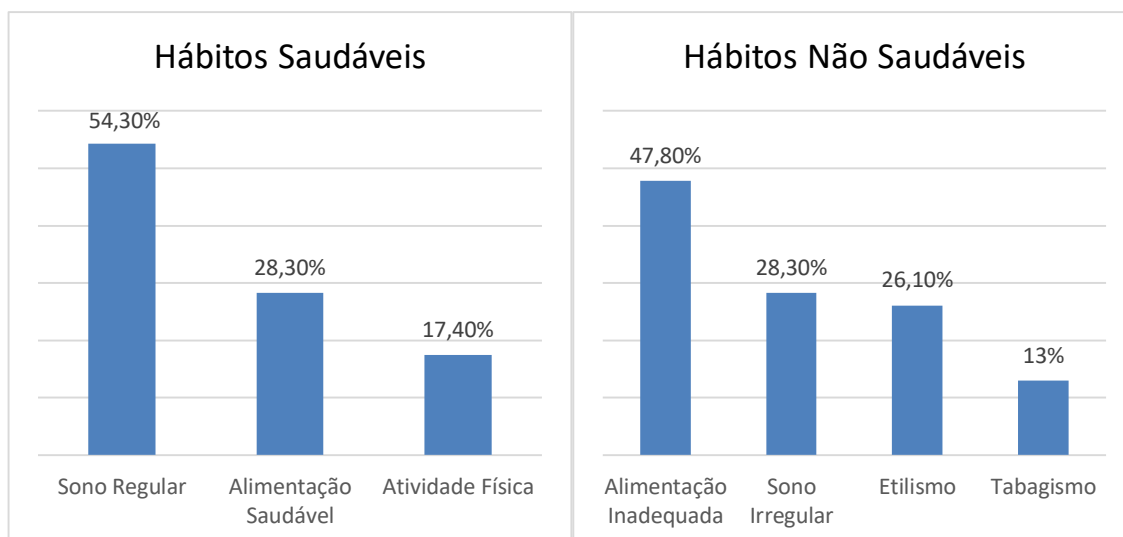
De acordo com a tabela 3, 57,13% dos pacientes enxaquecosos se encontram acima da faixa de peso adequado para a idade. Apesar desta proporção não apresentar significância estatística ($p=0.1848$), foi observado uma facilidade maior para o desenvolvimento de enxaquecas e uma necessidade para mudanças no gerenciamento da obesidade, uma vez que a atividade física regular melhora a frequência dos episódios de enxaqueca e, conseqüentemente, contribui para a perda de peso ³¹.

Na clínica da obesidade, existem alguns sintomas que são gatilhos para a dor enxaquecosa, dentre eles: dificuldades no sono, que estão associadas à apnéia do sono; lombalgias e cervicalgia associadas ao peso; e fatores como hipertensão, diabetes e dislipidemia, que podem estar indiretamente relacionados; e uso de medicamentos como a sibutramina e estatinas por exemplo³¹.

No tratamento da migrânea associada à obesidade deve-se ter cautela como uso de tricíclicos, flunarizina e corticosteroides, já que podem predispor um maior ganho de peso e piorar os fatores já preexistentes. Assim, de uma forma mais direcionada, o uso de topiramato seria um tratamento preventivo potencial para esse tipo de paciente pelo fato de promover a perda de peso, reduzindo mais problemas em potencial, especialmente quando aliado aos tratamentos não-farmacológicos para obesidade³².

4.4 Hábitos de vida

FIGURA 9 – Hábitos de vida dos pacientes com enxaqueca atendidos no CEMEC entre 2014-2018 (N= 46).



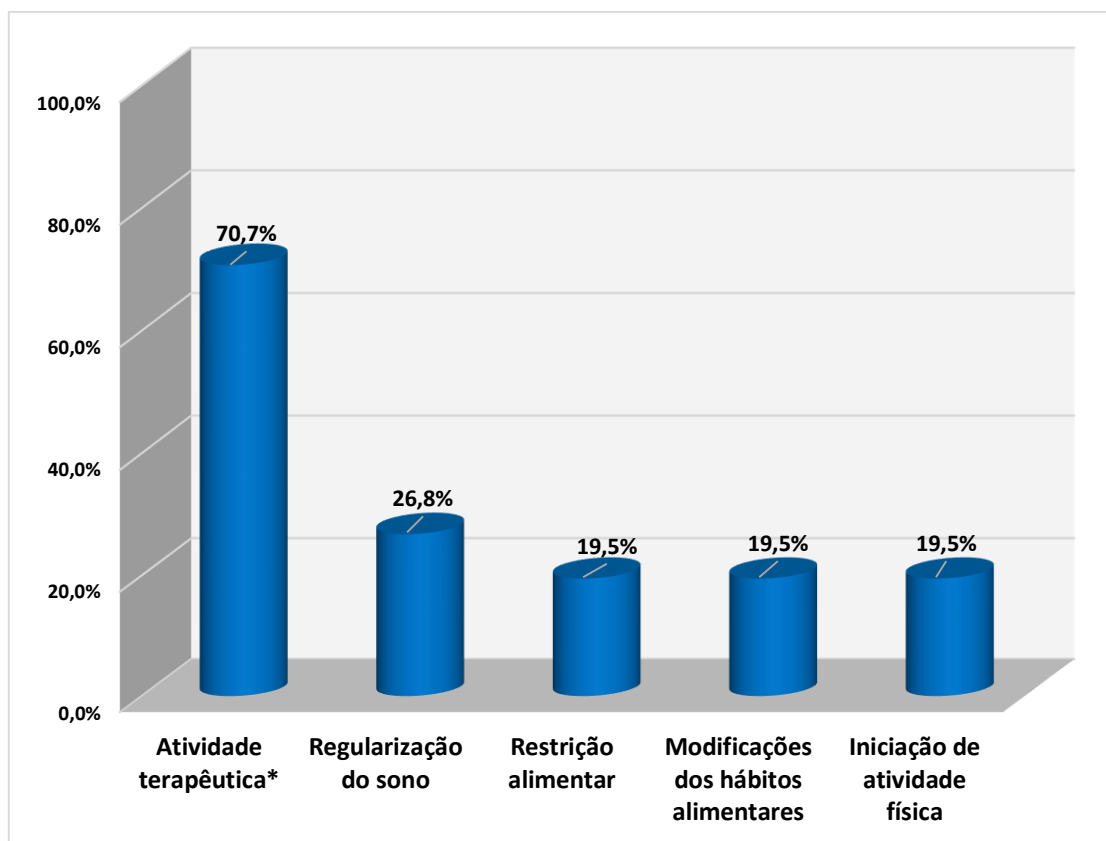
De acordo com a figura 9, há 13% de pacientes tabagistas. O fumo do tabaco é uma das causas mais frequentes de crises enxaquecosas, que estão associadas ao próprio ato de fumar ou ao odor forte que o cigarro emite³³. Existem diferentes hipóteses a respeito da relação entre migrânea e fumo, uma dessas hipóteses define que o aumento do óxido nítrico e sua sintetase durante o ato de fumar poderiam ser importantes gatilhos para crises de migrânea³⁴.

Nesta pesquisa, 13% das pacientes do sexo feminino enxaquecosas são tabagistas, concordando com os estudos iniciais de Chen³⁵ que também previu em seus estudos uma relação semelhante a esta. Dessa forma, cessar o uso do cigarro seria uma medida não farmacológica para a terapêutica de enxaqueca,

para evitar os impactos negativos do aumento da frequência de crises de migrânea na vida do paciente.

Mais prevalente que o tabagismo, o etilismo está presente em 26,1% dos pacientes avaliados na pesquisa. Esse valor é reforçado pelos achados de outros estudos como de Domingues³⁶ que – de forma semelhante – obtiveram uma quantidade significativa de pacientes enxaquecosos etilistas. Isso possivelmente se deve ao fato de que o álcool poderia levar ao início de crises de migrânea³⁶. Algumas hipóteses são levantadas para tentar explicar o motivo. Seria possível que o álcool provocasse uma inflamação neurogênica ou uma depressão de difusão cortical. É incerto pelos estudos se o motivo das dores enxaquecosas poderiam ser devido a componentes do conteúdo da bebida alcóolica³⁷. Não houve incidência estatisticamente significativa em nenhum dos hábitos de vida pesquisados ($p>0.05$).

FIGURA 10 – Distribuição quanto a aderência a diferentes modalidades terapêuticas não farmacológicas dos pacientes com enxaqueca atendidos no CEMEC entre 2014-2018 (N= 41).



De acordo com a figura 10, a maioria (70,7%) dos pacientes que realizaram atividade terapêutica como psicoterapias para alívio dos sintomas da enxaqueca, proporção estatisticamente significativa ($p=0.0079$), foram os que mais se destacaram na redução da mesma. Esta análise será melhor explorada nos tópicos seguintes.

A regularização do sono é um tratamento não farmacológico para crises enxaquecosas bastante recomendado aos pacientes^{25,26,38}. De acordo com Peñas³⁸, 50% dos pacientes afirmavam que suas enxaquecas se iniciavam com a privação do sono e 38% referiram dormir menos do que 6 horas por noite. Neste estudo, figura 10, 26,8% dos pacientes melhoraram com as recomendações de regularização do sono, proporção estatisticamente significativa ($p=0.037$). Infelizmente, não foi possível avaliar o tempo de sono dos pacientes enxaquecosos por falta de registros nos prontuários.

Os 19,5% dos pacientes analisados que faziam atividade física e modificações dos hábitos alimentares como um tratamento não farmacológico para evitar crises enxaquecosas obtiveram melhoras da crise, corroborando com os estudos de Andy Petroainu³⁹, cujos pacientes sedentários, 31% deles, apresentavam enxaqueca, enquanto que os não-sedentários, apenas 12,7%, tiveram alguma crise enxaquecosa de forma regular ao mês. Assim, infere-se que caso os 80,5% dos pacientes desta pesquisa fizessem algum tipo de atividade física, mesmo exercícios mais leves, como uma caminhada de forma regular na semana, estariam talvez evitando que novas crises de enxaqueca se instalassem, todavia, um estudo mais robusto é necessário para avaliar tal relação.

4.5 Avaliação das consultas de retorno dos pacientes

Tabela 4: Avaliação do número de consultas de retorno dos pacientes com enxaqueca atendidos no CEMEC entre 2014-2018.

| TEMPO DE RETORNO APÓS A 1ª CONSULTA | APENAS 01 CONSULTA DE RETORNO | ≥02 CONSULTAS DE RETORNO |
|-------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| ≤03 meses | 8 | 11 |
| 03 meses a 06 meses | 7 | 14 |
| >06 meses | 5 | 5 |
| TOTAL 50 | 20 (40%) | 30 (60%) |

Tabela 5: Avaliação das últimas consultas de retorno dos pacientes com enxaqueca atendidos no CEMEC entre 2014-2018.

| ANO DA ÚLTIMA CONSULTA | PREVALÊNCIA DE PACIENTES NO ANO DA ÚLTIMA CONSULTA | GRAU DE ALÍVIO | | | | PREENCHIMENTO ADEQUADO DO DIÁRIO DA CEFALÉIA | | |
|------------------------|--|----------------|-----------|----------|----------|--|----------|-----------|
| | | Leve | Moderado | Completo | NR | Sim | Não | NR |
| | - | | | | | | | |
| 2014 | 8 | 1 | 6 | 1 | 0 | 0 | 1 | 7 |
| 2015 | 9 | 1 | 6 | 1 | 1 | 0 | 1 | 8 |
| 2016 | 6 | 0 | 5 | 0 | 1 | 2 | 1 | 3 |
| 2017 | 13 | 4 | 6 | 2 | 1 | 2 | 1 | 10 |
| 2018 | 14 | 4 | 7 | 3 | 0 | 7 | 2 | 5 |
| Total | 50 | 10 | 30 | 7 | 3 | 11 | 6 | 33 |

NR: Não Referido

De acordo com a tabela 4, observa-se que dos 50 pacientes com enxaqueca que tiveram retorno de consultas no ambulatório de Neurologia do CEMEC entre 2014-2018, 40% realizaram somente 01 consulta de retorno e logo evadiram, esta proporção é importante mesmo não sendo estatisticamente significativa ($p=0.6695$). Os motivos do abandono do seguimento clínico não foram registrados nos prontuários, entretanto todos estes pacientes tiveram suas consultas de retorno agendadas.

Vários devem ser os motivos para a falta em uma consulta, variando desde o descaso do paciente até situações cotidianas que o impeçam a ir, desta forma, é importante também avaliar estas questões, pois ambas exigem planos estratégicos diferentes⁴⁰.

Na tabela 5, nota-se que 46% dos pacientes até 2016 não retornaram para seguimento clínico e 72% dos pacientes até 2017 também não retornaram, uma proporção estatisticamente significativa ($p<0.0001$), sendo que até 2016 apenas 02 (4%) pacientes tiveram alívio completo, 17 (34%) alívio moderado e 2 (4%) alívio leve dos sintomas, não existindo diferença estatisticamente significativa ($p=0.6290$) entre os anos. Além do mais, nenhum destes pacientes tinham registro de alta ambulatorial nos prontuários, inclusive os pacientes com alívio completo dos sintomas.

Assim, infere-se a necessidade imediata de melhor abordagem no atendimento destes pacientes para garantir adesão ao tratamento. É necessário a elaboração de estratégias para o seguimento clínico de pacientes com enxaqueca tais como a avaliação do impacto da migrânea na vida do paciente; elaboração de expectativas realistas para o tratamento, envolvimento do paciente no tratamento, incluindo o preenchimento de um diário de cefaleia e a elaboração de critérios de eficácia terapêutica, opções e modificações do tratamento⁴⁰.

O impacto sobre os aspectos pessoal, familiar, social e produtivo da migrânea na vida do paciente é um ponto que deve sempre ser levado em consideração, pois 36 (70%) pacientes mencionaram que tem enxaquecas em níveis incapacitantes, o que prejudica diretamente a relação social deste indivíduo e, conseqüentemente, contribui para o absenteísmo^{2,4}.

A questão de se estabelecer expectativas realistas para o tratamento é algo fundamental, pois verifica-se na tabela 5 que somente 07 (14%) obtiveram grau de alívio completo, corroborando com a literatura a qual afirma que o tratamento da enxaqueca é algo majoritariamente profilático com o objetivo de pelo menos reduzir a frequência e intensidade das crises^{2,4}.

Além do mais, por se tratar de um centro de especialidades médicas destinada a formação de acadêmicos de medicina, é importante que estas estratégias sejam analisadas e construídas conjuntamente com os discentes, uma vez que eles são a porta de entrada destes pacientes na instituição.

Como a instituição funciona em forma de rodízio de alunos é válido também uma discussão detalhada no início de cada rodízio a fim de garantir uma maior atenção dos acadêmicos em determinados critérios indispensáveis de cada consulta, resultando com isso em uma adesão mais robusta⁴⁰. Inclusive, a ficha para análise de prontuários de pacientes com enxaqueca, utilizado nesta pesquisa (APÊNDICE B), pode servir como guia para realizar a evolução clínica dos mesmos.

Quanto ao preenchimento do diário de cefaléia, considerada ferramenta importante de manejo terapêutico e avaliação prognóstica, observa-se, na tabela 5, que somente 17 pacientes preencheram o diário de cefaléia e, ainda assim, cerca de 1/3 dos pacientes o preenchem de modo inadequado apesar das orientações.

Observou-se também que muitos acadêmicos não registram esta informação na evolução clínica do paciente e nem mencionam o seu registro nas condutas finais da consulta, assim este trabalho propõe como devolutiva científica para a instituição um modelo de diário de cefaléia (APÊNDICE C) que deverá ser preenchido pelo paciente durante o intervalo entre as consultas e anexado no prontuário no retorno.

4.6 Relação entre grau de alívio e tratamento não farmacológico

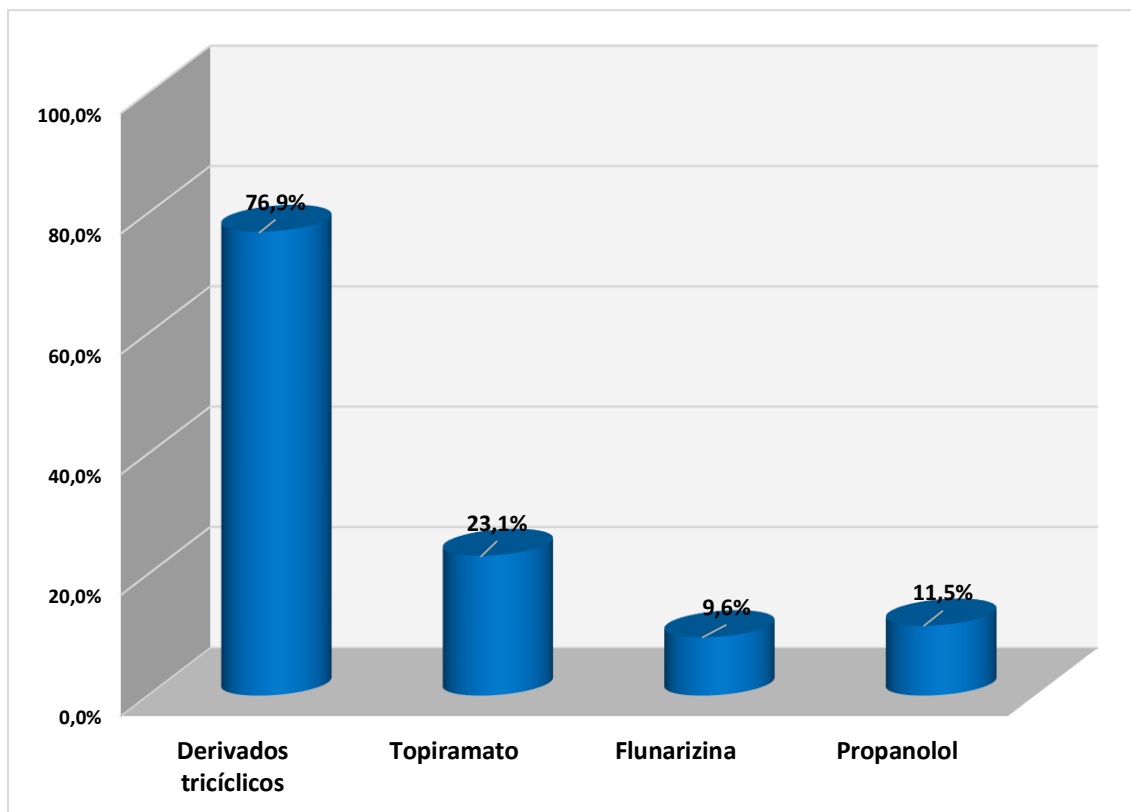
Tabela 6: Avaliação do grau de alívio com tratamento não farmacológico em pacientes com enxaqueca atendidos no CEMEC entre 2014-2018.

| Grau de alívio | Prevalência | Regularização do sono | Restrição de alimentos desencadeantes | Modificação dos hábitos alimentares | Realização de atividade física | Realização de atividade terapêutica | Preenchimento do diário de cefaléia |
|----------------|-------------|-----------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Leve | 10 | 4 | 2 | 1 | 2 | 5 | 3 |
| Moderado | 20 | 4 | 4 | 4 | 5 | 16 | 7 |
| Completo | 7 | 2 | 2 | 2 | 1 | 5 | 1 |
| Total | 47 | 10 | 8 | 7 | 8 | 26 | 11 |

Ressalta-se, na tabela 6, a importância do tratamento não farmacológico na abordagem terapêutica da enxaqueca, nota-se uma alta correlação de alívio leve em 5 pacientes, alívio moderado em 16 pacientes e completo em 5 pacientes com a realização de atividade psicoterapêuticas programadas (não especificadas nos prontuários) correspondendo a um total de 55%, um percentual estatisticamente significativo em relação aos demais ($p=0.0048$), corroborando com os estudos de Nash⁴¹ em que atividades como psicoeducação, treinamento de enfrentamento de estresse e dor; estratégias de distração da atenção; reestruturação Cognitiva, técnicas de reinterpretação de sensações dolorosas e lição de casa semanal, resultaram, no geral, em redução de 50% na frequência da dor de cerca de metade dos pacientes.

4.7 Tratamento profilático

FIGURA 11 – Prevalência dos principais fármacos utilizados na terapia profilática dos pacientes com enxaqueca atendidos no CEMEC entre 2014-2018 (N= 52).



4.7.1 Derivados Tricíclicos: Amitriptilina e Nortriptilina.

Os derivados tricíclicos são os antidepressivos mais utilizados na prevenção das migrêneas. Os mais comuns são a amitriptilina e a nortriptilina. De fato, no CEMEC também são os profiláticos mais prescritos, correspondendo a 76.9% das indicações (40 prescrições), resultado bastante significativo ($p=0.0002$), sendo que 31 pacientes tiveram somente indicação de amitriptilina, 06 pacientes somente com indicação de nortriptilina e 03 pacientes que iniciaram amitriptilina, mas foram substituídas por nortriptilina.

Dos 12 pacientes enxaquecosos que referiram quadros psiquiátricos progressivos como depressão e transtorno do humor, 11 tiveram indicação de derivados tricíclicos ($p<0.0001$), entretanto sabe-se que apesar da relação entre depressão e migrânea, os efeitos destas drogas no humor e na própria

depressão não são dependentes de sua eficácia ou ação preventiva, e as doses e tempo necessários para a obtenção de alívio são menores para as migrêneas do que para os quadros depressivos⁴⁰.

Uma indicação formal ao uso de derivados tricíclicos é quanto a insônia associada a enxaqueca. Neste levantamento, dentre os pacientes com sono irregular (FIGURA 9), 70% foram tratados com tricíclicos, o que pode ter justificado esta escolha.

Como contraindicações destacam-se as arritmias cardíacas, glaucoma, retenção urinária e hipotensão arterial moderada a severa⁴⁰, porém nenhum paciente em uso de derivados tricíclicos apresentava esta contraindicação.

Nove pacientes (22,5%) apresentaram efeitos colaterais com uso de derivados tricíclicos, sendo os mais observados: Náuseas (04), síndrome vertiginosa (03), agitação (02), ganho ponderal (01), sonolência (01), tremor (01), vômito (01) e retenção urinária (01), sendo realizadas 03 trocas de medicação por outros profiláticos. Não foram mencionados outros sintomas também comuns na literatura como boca seca, constipação intestinal, hipotensão postural e taquicardia⁴².

Até o momento não há dados convincentes para indicação de inibidores seletivos da recaptção de serotonina na profilaxia da migrânea. A fluoxetina é o representante deste grupo de drogas mais estudado para uso em cefaleias, e os resultados obtidos em estudos controlados foram conflitantes^{40,42}, o que justifica o fato dele não ter sido prescrita no CEMEC como profilático.

4.7.2 Anticonvulsivantes: Topiramato

O topiramato em doses de 25 a 200 mg se mostrou eficaz para prevenção da migrânea em três grandes estudos. A dose de 100 mg/dia se mostrou mais eficaz e melhor tolerada do que 200 mg. No estudo de Silberstein⁴³, houve redução de 2,1 dias de dor por mês com o topiramato contra 0,8 com o placebo e a eficácia foi observada no final do primeiro mês de tratamento comparado com a anotação das crises nas quatro semanas iniciais,

antes da introdução da medicação. No estudo de Brandes⁴⁴, houve diminuição de 5,8 para 3,5 dias de dor por mês ($p=0.008$) com a dose de 100 mg/dia e de 5,1 para 2,9, com a dose de 200 mg/dia ($p=0,001$). No estudo de Diener⁴⁵, os pacientes recebiam o topiramato nas doses de 50, 100 e 200 mg/dia. A resposta média de eficácia foi de 37% com 100 mg de topiramato e 35%, com 200 mg, contra 22% com placebo.

Assim, com base nos estudos acima^{43,44,45}, o topiramato pode ser considerado eficaz na profilaxia da enxaqueca e considerado como primeira linha. A dose inicial deve ser de 25 mg a noite e pode ser aumentado gradativamente a cada 02 semanas até atingir 100mg/dia em 02 doses⁴⁶. Dos 12 pacientes do CEMEC que receberam indicação de topiramato, 09 iniciaram com doses de 25 mg, 02 iniciaram com doses de 50 mg, 01 começou com dose 100mg. Nenhum paciente recebeu doses maiores que 100 mg/dia de topiramato, o que foi satisfatório, já que no tratamento da enxaqueca, as doses maiores do que 200 mg ao dia têm levado a descontinuidade pelos efeitos adversos, principalmente os ligados a desordem de cognição⁴⁶.

Um dos efeitos adversos do topiramato em que há grande atração por esta droga é seu efeito adicional hipotalâmico de eventualmente levar a diminuição de apetite e aumento da saciedade com conseqüente possibilidade de perda de peso⁴⁴. Assim esta droga deve ser considerada em pacientes enxaquecosos com sobrepeso ou obesidade associada, uma vez que esta droga está relacionada com a possibilidade inclusive de reduzir os fatores de riscos cardiovasculares com a perda de peso.

Nesta pesquisa foi observado que dos 14 pacientes com sobrepeso somente 03 tiveram indicações de topiramato. Dos 05 pacientes com obesidade grau I nenhum teve indicação e o único paciente com obesidade grau II teve a prescrição com topiramato. Houve também 01 paciente com baixo peso para o qual foi associado o topiramato como 2^o opção, o que não foi justificado pelo prescritor. Vale ressaltar que não foi possível relatar as variações de peso ao longo do tratamento por falta de registros desta informação nos prontuários.

Além da perda de peso, um dos efeitos adversos mais comuns ao uso de topiramato são as parestesias, entretanto somente 01 paciente referiu este

sintoma. As parestesias podem ser controladas com dieta rica em potássio e por vezes pode haver necessidade de redução e manutenção de dose baixa por longo período até que o paciente se adapte bem⁴³. Neste paciente, optou-se pela manutenção em baixa dose. Quanto a descontinuidade do topiramato por falhas cognitivas como a evocação de palavras para se expressar⁴⁶, nenhum paciente apresentou especificamente este sintoma, porém 01 paciente relatou sonolência.

Nenhum paciente relatou problemas com interações medicamentosas com topiramato. Estudos farmacocinéticos têm demonstrado que doses do topiramato até 200 mg/dia não produzem nenhuma interação clínica significativa com doses múltiplas de propranolol (até 160 mg/dia) ou doses únicas de sumatriptana (6 mg) ou di-hidroergotamina (1 mg)^{45,46}.

4.7.3 Betabloqueadores: Propranolol

Os bloqueadores beta-adrenérgicos (propranolol, metoprolol, atenolol, nadolol e timolol) têm-se mostrado eficazes em numerosos ensaios clínicos na profilaxia da enxaqueca⁴⁷. Seu exato mecanismo de ação não está totalmente esclarecido.

Os betabloqueadores usados com eficácia comprovada são o propranolol, nas doses de 40 a 180 mg/dia, o metoprolol nas doses de 50 a 200mg/dia, o atenolol nas doses de 50 a 120mg/dia, o nadolol nas doses de 80 a 240mg/dia e o timolol nas doses de 20 a 30mg/dia⁴². Dentre os 09 pacientes que fizeram profilaxia com betabloqueador, o propranolol foi o mais prevalente (06 pacientes com propranolol e 03 com atenolol), corroborando com os estudos de Miguel⁴⁰. Ele diz também que os betabloqueadores devem ser administrados em doses crescentes até a otimização da relação dose/efeito individual para cada paciente. Esta otimização foi considerada satisfatória em todos os pacientes nesta pesquisa.

Os betabloqueadores são considerados tratamento de primeira linha e com boa tolerabilidade, especialmente em pacientes com enxaqueca associada a estresse mental⁴⁸. Entretanto, dentre os 26 pacientes que mencionaram o estresse mental como fator desencadeante das crises de enxaqueca, somente

03 pacientes receberam tratamento profilático com propranolol, sendo que os 03 obtiveram grau de alívio moderado.

Outra boa indicação dos betabloqueadores seria para os pacientes hipertensos sem contraindicações ao uso desta droga, todavia dos 12 pacientes hipertensos neste estudo, 09 pacientes não receberam este tipo de profilaxia antimigranosa, considerando a hipertensão como comorbidade associada. Destes 12 pacientes, 03 deles já faziam uso de atenolol previamente para tratamento da hipertensão arterial sistêmica e os 03 tiveram outras drogas profiláticas antimigranosas associadas ao atenolol.

O tratamento costuma durar seis meses e o efeito benéfico se prolonga por mais tempo, entretanto não foi possível avaliar o tempo de uso terapêutico, devido a insuficiência de informações quanto a este tópico nos prontuários analisados⁴⁰.

As maiores contraindicações destas substâncias são insuficiência cardíaca congestiva, asma, diabetes descompensado, bradicardia, hipotensão, doença vertebro basilar, migrânea basilar ou hemiplégica e doença cérebro vascular⁴⁷. Dos 06 pacientes que receberam indicação ao uso de Propranolol, nenhum apresentava contraindicações ao uso da droga.

Quanto aos efeitos adversos, somente 01 paciente referiu vertigem e sonolência ao uso de propranolol quando a dose foi aumentada de 40mg/dia para 60mg/dia devido ao grau inicial de alívio leve, mas não houve necessidade de troca de medicação, pois no retorno houve redução para 40 mg de propranolol e associação com amitriptilina 25 mg/dia com grau de alívio moderado. Os principais efeitos adversos dos betabloqueadores são hipotensão arterial, bradicardia, sonhos vívidos, pavor noturno, insônia, astenia, impotência sexual, broncoespasmo e depressão⁴⁸.

4.7.4 Bloqueadores dos canais de cálcio: Flunarizina

A flunarizina pertence ao grupo dos bloqueadores dos canais de Cálcio, o qual é um grupo heterogêneo de substâncias das quais somente a flunarizina tem atividade antiembaecosa bem comprovada. Devido ser também indicada

para o controle de distúrbio do equilíbrio como a vertigem, logo é bem indicado quando o paciente migranoso refere vertigem associada⁴².

Do total de 11 pacientes que referiram vertigem associada aos sintomas de cefaléia ou a doença neurológica prévia, a flunarizina somente foi indicada para 02 pacientes. Os 09 pacientes restantes receberam amitriptilina (08 pacientes – $p < 0.0001$) e propranolol (01 paciente) como 1º opção, mas nenhum destes tiveram indicações específicas quanto as comorbidades prévias. Houve também mais 03 indicações de flunarizina, mas sem indicações específicas quanto as comorbidades prévias associadas.

A dose inicial como tratamento profilática para enxaqueca com flunarizina varia de 05-10 mg/dia⁴², sendo que 02 pacientes iniciaram com 05 mg e 03 pacientes iniciaram com 10mg.

Do total dos 05 pacientes tratados com Flunarizina como primeira opção, 02 referiram alívio leve e 03 alívio moderado, corroborando com os estudos de Wannmacher⁴⁸, a qual afirma que o tratamento com bloqueadores dos canais de cálcio, em geral, reduz a freqüência de crises, porém a repercussão sobre sua intensidade é pequena, sendo necessário decorrer semanas a meses antes de o benefício ser notado, o que reduz a adesão. De fato, somente 01 paciente em uso de flunarizina continua o tratamento regular neste ambulatório.

Neste estudo foi observado que nenhum paciente que fazia flunarizina apresentava contraindicações e nem se encontrou efeitos colaterais associados a droga.

4.8 Medicamentos Abortivos

Tabela 7: Avaliação da prevalência de enxaqueca e do número de pacientes que procuraram a emergência em relação a quantidade de comprimidos abortivos mensais, no CEMEC entre 2014-2018.

| Quantidade de comprimidos abortivos mensais | Prevalência | Número de pacientes que foram à emergência |
|---|-------------|--|
| ≤10 | 6 | 0 |
| 10 a 20 | 5 | 0 |
| 30 | 5 | 4 |
| 60 | 1 | 0 |
| 180 | 1 | 1 |
| Total | 18 | 5 |

A cefaleia por uso excessivo de medicamentos (CEM) é uma cefaleia crônica que pode ocorrer como complicação em pacientes que sofrem de alguma cefaleia primária (especialmente migrânea). O uso excessivo de medicamentos é um importante fator de risco para aumento da frequência da cefaleia; pode haver piora de uma cefaleia episódica (menos de 15 dias por mês com cefaleia) progredindo para uma cefaleia crônica (mais de 15 dias por mês de cefaleia por um período mínimo de 3 meses)⁴.

Os medicamentos de uso excessivo podem ser analgésicos comuns, analgésicos combinados, ergotamínicos, triptanos ou opióides, desde que tomados regularmente (>10 dias por mês)⁴. Assim, dos 18 pacientes que tiveram registrados no prontuário a quantidade de comprimidos tomadas antes de iniciar o tratamento profilático, 12 tomavam mais de 10 comprimidos ao mês, ou seja, 67% podem ser categorizados no grupo de cefaléia com uso abusivo de analgésicos, sendo que dos 07 pacientes que fazem a partir de 30 comprimidos no mês, 05 procuraram a emergência para tratamento das crises refratárias ao uso de medicamentos orais. Essa alta prevalência de analgésicos reforça a necessidade de orientação nas primeiras consultas quanto ao uso abusivo de medicamentos. Não foi possível avaliar a quantidade de comprimidos para tratamento abortivo após o início do tratamento por falta de registros suficientes nos prontuários

Figura 12: Prevalência dos medicamentos usados como abortivos de enxaqueca antes das consultas no CEMEC entre 2014-2018.

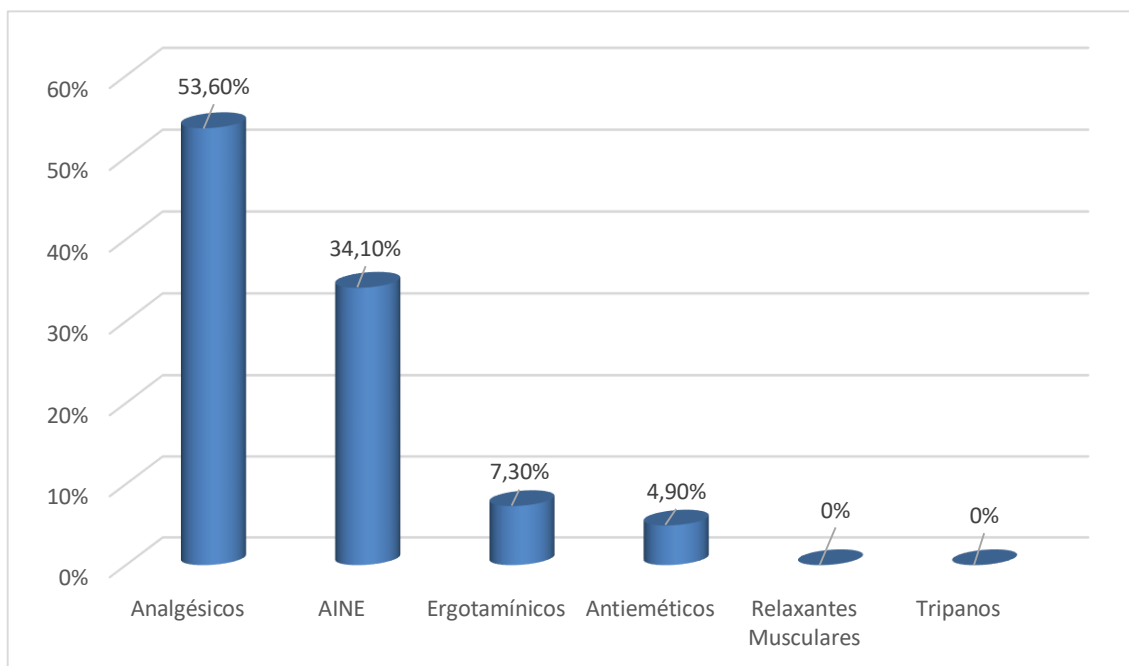
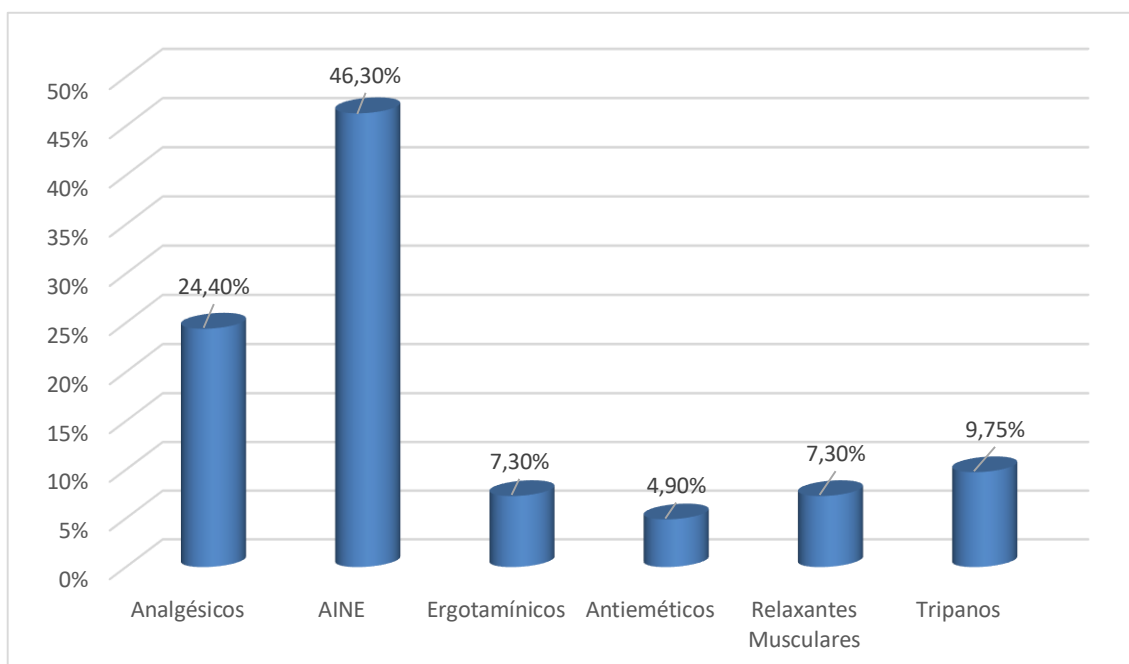


Figura 13: Prevalência dos medicamentos usados como abortivos de enxaqueca depois das consultas no CEMEC entre 2014-2018.



Observa-se nas figuras 12, uma prevalência no uso de analgésicos (principalmente dipirona) e anti-inflamatórios não esteroidais, AINEs, (principalmente paracetamol e diclofenaco), usados como medicamentos abortivos antes das consultas.

Por outro lado, nota-se, na figura 13, uma mudança dos abortivos após as orientações médicas, com a introdução de sumatriptano, ideal no tratamento das crises de enxaqueca²¹, e aumento na prescrição de AINEs (principalmente naproxeno). Há também a introdução de relaxantes musculares (principalmente ciclobenzaprina), sendo importante nas cefaleias primárias mistas (enxaqueca mais tensional)²¹.

5 CONCLUSÃO

Houve predomínio do sexo feminino, com prevalência de pacientes com enxaqueca sem aura em relação aos com aura. Dentre os pacientes analisados, a maioria referiu dor de intensidade elevada, não existindo sujeitos que referiram dor fraca ou ausência de dor. As crises de enxaqueca costumam ocorrer em mais de 3 vezes ao mês; sua duração média é de 4 a 72 horas. O pródromo com maior prevalência na pesquisa foram os escotomas. Seus fatores desencadeantes mais encontrados foram estresse, irregularidades do sono e alimentos; dentre estes, o café e o chocolate foram os mais prevalentes. Nos antecedentes mórbidos, a hipertensão arterial sistêmica e as doenças psiquiátricas foram os mais referidos nesta pesquisa.

Dentre as diversas opções de tratamento não farmacológico, os melhores resultados foram obtidos com a atividade terapêutica programada. Tendo sido recomendado também regularização do sono, atividade física e modificação dos hábitos alimentares para melhora das crises de enxaqueca.

Há uma necessidade imediata de melhorar a abordagem no atendimento destes pacientes para garantir uma adesão mais robusta. Para isso, as elaborações de tais estratégias devem ressaltar principalmente o estabelecimento de expectativas realistas para o tratamento, envolvimento do paciente na terapia com o preenchimento do diário de cefaléia e a elaboração de critérios de eficácia terapêutica, opções e modificações do tratamento.

Os derivados tricíclicos foram os antidepressivos mais utilizados na prevenção das migrâneas e foram bastante indicados para os pacientes que referiram insônia. Os demais profiláticos prescritos em ordem decrescente foram topiramato, betabloqueadores e flunarizina.

Assim, dentre os principais benefícios deste estudo para o ambulatório de Neurologia do CEMEC-CESUPA, ressalta-se a contribuição da análise científica para elaboração de estratégias de adesão dos pacientes atendidos neste ambulatório e a elaboração de uma proposta de um diário de cefaléia.

REFERÊNCIAS

1. Lipton RB, Scher AI, Kolodner K. Migraine in the United States: Epidemiology and patterns of health care use. *Neurology* 2002; 58 (6):885-94.
2. Zukerman E; Peres MFP. *Neurologia e Neurocirurgia: a prática clínica e cirúrgica por meio de casos*. Cap. 08: Enxaqueca Crônica. Barueri, SP: Manole, 2011.
3. Queiroz LP, Peres MF, Piovesan EJ et al. A nationwide population-based study of migraine in Brazil. *Cephalalgia* 2009; 6:642-9.
4. Headache Classification Subcommittee in the International Headache Society. *The International Classification of Headache Disorders*. 3 ed. Beta. April-2018.
5. Mercante JP, Peres MF, Guendler VZ. Depression in chronic migraine: severity and clinical features. *Arq Neuropsiquiatrica* 2005; 63 (2A): 217:20.
6. Mercante JP, Peres MPF, Guendler VZ. Impact of psychiatric comorbidity in the quality of life of chronic migraine patients. *Migraneas e Cefaleias* 2005, 8(3)76.
7. Mercante JP, Bernik MA. Primary headaches and anxiety disorders. *Einstein* 2004; 2 (supl.1) 45-8.
8. Mercante JP, Peres MFP, Bernik MA, Zukerman E. Psychiatric diagnose in chronic migraine patients. XXII Congresso Brasileiro de Psiquiatria, 2004.
9. Peres MF, Zukerman E, Young WB. Fatigue in chronic migraine patients. *Cephalalgia* 2002, 22:720-4.
10. Peres MF, Young WB, Kaup AO. Fibromyalgia is common in patients with transformed migraine. *Neurology* 2001; 57:1326-8
11. Fragoso, Y. D. *Neurologia e Neurocirurgia: a prática clínica e cirúrgica por meio de casos*. Cap. 09: Tratamento preventivo da enxaqueca. Barueri, SP: Manole, 2011.
12. Buchanan TM, Ramadan NM. Prophylactic pharmacotherapy for migraine headaches. *Semin Neurol* 2006, 26: 188-98.

13. Bush V, Gaul C. Exercise in migraine therapy – Is there any evidence for efficacy? A critical review. *Headaches* 2008; 48:890-9.
14. D' Amico D, Lanteri-Minet M. Migraine preventive therapy: Selection of appropriate patients and general principles of management. *Expert Ver Neroyher* 2006, 6: 1147-57.
15. Teixeira, Ricardo A. Particularidades da enxaqueca na mulher. Brasília, mai. 2012.
16. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Análise demográfica e étnico-racial -2010
17. Wannmacher, Lenita, FERREIRA, Maria Beatriz Cardoso. Enxaqueca: mal antigo com roupagem nova. Brasília, v.1, n.8. ISSN, jun. 2004.
18. Petroianu, Andy et al. Relação entre enxaqueca, diabetes *Mellitus* e exercício físico. *Ribeirão Preto*, v.2, n.4, out/dez. 2000.
19. Carvalho, Deusvenir de Souza. Enxaqueca na infância e na adolescência. São Paulo, *Rev. Neurociências*, v.6, n.3, f. 131-136, 2003.
20. Fontenelle, Lucia M. C., CWAJG, Silvia. Enxaqueca na infância: dificuldades diagnósticas. Brasília, *Arq. Neuropsiquiatria*, v.3-B, n.56, f. 553-558, 2002.
21. Wannmacher, Lenita. Tratamento de Enxaqueca: Escolhas Racionais. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde, 2010.
22. Ministério da Saúde. Uso excessivo de anti-inflamatórios pode prejudicar a saúde. Brasília, DF [acessado em: 21/01/19]. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/51382-uso-excessivo-de-anti-inflamatorios-pode-prejudicar-a-saude>.
23. Silva J. N. Matos F. C. Prevalência de enxaquecas com aura no Brasil. 2012
24. Souza, Amanda Santos et al. O *stress* como comorbidade da cefaléia primária. Brasília, *Arq. Neuropsiquiatria*, v.2, n.44, 2016.
25. Sousa, Sandra Manuela Castro. Cefaléia e perturbações do sono: prevalência nas crianças e adolescentes do Concelho da Corvilhã. Corvilhã, *Arq. UBI*, v.1, 2011.

26. Rodrigues, Carlos Alberto et al. Síndrome da cefaléia hipóica (SCH): aspectos clínicos. São Paulo, Rev. Neurociências, v.11, n.1, f. 46-51, 2003.
27. Wiley, John et al. Enxaqueca menstrual. United States, Headache: The Journal of Head and Face Pain, 2013.
28. Sakata, Rioko Kimiko et al. Cafeína para tratamento de dor. São Paulo, Rev. Brasileira de Anestesiologia, v.62, n.3, mai/jun. 2012.
29. Alpay, Kadriye et al. Diet restriction in migraine, based on IgG against foods: a clinical double-blind, randomized, cross-over trial. United States, Cephalalgia, v.30, n.7, f.829-37, jul. 2010
30. Ramos, Paula de Siqueira et al. Associação de sintomas depressivos e ansiosos com gravidade da migrânea. São Paulo, Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v.2, n.64, f.93-99, 2015
31. Zukerman, Eliova et al. Primary headaches in obese patients. São Paulo, Arq. Neuropsiquiatria, v.63, n.4, f.931-933, 2005.
32. Oliveira, Margarida Martins. Factores alimentares e nutricionais implicados na fisiopatologia da enxaqueca. Porto, 2006.
33. Güngen, Adil Can Et al. Effects of smoking on migraine attack frequency in patients with migraines. Turkey, ACU Saglik Bil Der, v.2, f.75-78, 2016.
34. Lassen LH, Ashina M, Christiansen I, Ulrich V, Olesen J.. Nitricoxidesynthaseinhibition in migraine. Lancet. 8;349:401-2, fev. 1997
35. Chen TC, Leviton A, Edelstein S, Ellenberg JH. Migraine and other diseases in women of reproductive age. The influence of smoking on observed associations. ArchNeurol, 44:1024-8, fev. 1988.
36. Domingues, Renan B et al. Alcohol use problems in migraine and tension-type headache. São Paulo, Arq. Neuropsiquiatria, v.72, n.1, f.24-27, 2014.
37. Panconesi, Alessandro. Alcohol and migraine: trigger factor, consumption, mechanisms. A review. Italy, Journal of Headache Pain, v.9, f.19-27, 2008.
38. Peñas, César Fernández-de-Las et al. Sleep disturbances in tension-type headaches and migraine. United Kingdom, Therapeutic Advances in Neurological Disorders, 2017.
39. Petroianu, Andy et al. Relação entre enxaqueca, diabetes *Mellitus* e exercício físico. Ribeirão Preto, v.2, n.4, out/dez. 2000.

40. Miguel, Camila Morais. ISSN 2179-5568 – Revista Especialize On-line IPOG - Goiânia - 9ª Edição nº 010 Vol.01/2015 julho/2015
41. Nash, J. M. et al. Cognitive-Behavioral Group Treatment for Disabling Headache. *Pain Med.*, v. 5, n. 2, p. 178-186, 2004.
42. Ortiz; Edgard Raffaelli Jr e col. “Cefaléias Primárias: Aspectos Clínicos e Terapêuticos”. Fernando (2ª Edição). São Paulo: Editora Zeppelini, 2002
43. Silberstein SD, Lipton RB, Dodick DW, et al. Efficacy and safety of topiramate for the treatment of chronic migraine: a randomized, double-blind, placebo- controlled trial. *Headache* 2007; 47:170-180.
44. Brandes JL, Jacobs D, Neto W, et al. Topiramate in the prevention of migraine headache: a randomized, double-blind, placebo-controlled parallel study (MIGR-002) [Abstract]. *Neurology* 2003; 60(suppl 11):A238.
45. Diener HC, Tfelt-Hansen P, Dahlof C, et al. MIGR-003 study group. Topiramate in migraine prophylaxis - results from a placebo - controlled trial with propranolol as an active control. *J Neurol* 2004; 251: 943-950.
46. Carvalho, Deusvenir de Souza. O uso do topiramato na enxaqueca. *Abr 2013 V 70 N 4. págs.: 144-149*
47. Morey, S. S. Guidelines on migraine: Part 5. Recommendations for specific prophylactic drugs. *Am Fam Physician, Kansas City*, v. 62, p. 2.535-2.539, 2000.
48. Wannmacher, Lenita; Cardoso, Maria Beatriz. Enxaqueca: mal antigo com roupagem nova. ISSN 1810-0791 Vol. 1, Nº8 Brasília, Julho de 2004

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS

CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ

CURSO DE MEDICINA

Identificação da pesquisa

- Título do projeto:
- Departamento/ Faculdade/ Curso: Ambulatório de Neurologia do CEMEC; Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA); curso de medicina.
- Professor/ Orientador: Celina.
- Pesquisador responsável: Antônio da Luz e Fernando Bispo Gomes.

Declaração

Nós, membros do grupo de pesquisa identificado acima, baseados nos itens III.3.i e III.3.t das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Res CNS 466/12), declaramos que:

- O acesso aos dados registrados em prontuários de pacientes ou em bases de dados para fins da pesquisa científica será feito somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP responsável;
- O acesso aos dados será supervisionado por uma pessoa que esteja plenamente informada sobre as exigências de confiabilidade;
- Asseguraremos o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o anonimato e a imagem do sujeito bem como a sua não estigmatização;
- Garantiremos a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro;
- O pesquisador responsável estabeleceu salvaguardas seguras para a confidencialidade dos dados de pesquisa. Os sujeitos envolvidos serão informados dos limites da habilidade do pesquisador em salvaguardar a confidencialidade e das possíveis consequências da quebra de confidencialidade, caso seja necessário;
- Os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para a finalidade prevista no protocolo;
- Os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado. Todo e qualquer outro uso que venha a ser planejado será objeto de novo projeto de pesquisa, que será submetido à apreciação do CEP responsável;
- Devido à impossibilidade de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todos os sujeitos, assinaremos esse Termo de Consentimento de Uso de Banco de Dados, para a salvaguarda de seus direitos.

Autorização da Instituição

Declaro, em nome do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA) e do Centro de Especialidades Médicas (CEMEC), ter conhecimento do projeto intitulado AVALIAÇÃO DO MANEJO PREVENTIVO DOS PACIENTES COM ENXAQUECA NO AMBULATÓRIO DE NEUROLOGIA DO CEMEC-CESUPA NO PERÍODO DE 2014 A 2018, de autoria dos pesquisadores AdL e FBG, dando-lhes consentimento para coletar dados em nosso serviço durante o período preestabelecido pelo cronograma.

Autorizo o acesso aos prontuários que dizem respeito às pacientes atendidas pelo CEMEC-CESUPA no período de 2014 a 2018 nesta instituição, estando ciente da impossibilidade dos autores em obter o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todos os sujeitos.

Belém, _____ de _____ de 2018

(Assinatura do responsável pela instituição)

APÊNDICE B - FICHA PARA ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

NÚMERO: _____

1. LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO

A) DADOS PESSOAIS

- ✓ IDADE:
- ✓ SEXO:
- ✓ COR:
- ✓ ESTADO CIVIL:
- ✓ PROFISSÃO:
- ✓ RENDA MENSAL FAMILIAR:
- ✓ NÍVEL EDUCACIONAL:
- ✓ IMC:

B) SINTOMAS REFERIDOS

- ✓ IDADE DO INÍCIO DOS SINTOMAS:
- ✓ FREQUÊNCIA MENSAL:
- ✓ INTENSIDADE (0-10):
- ✓ DURAÇÃO MÉDIA DE 01 EPISÓDIO:
- ✓ CARACTERÍSTICAS DAS DORES:
 - () UNILATERAL () BILATERAL
 - () FRONTAL () TEMPORAL () OCCIPITAL () OUTROS: _____
 - () PULSÁTIL () APERTO
 - () SEM AURA () COM AURA, TIPO: _____
 - () NÁUSEA () VÔMITO
 - () FOTOFOBIA () FONOFOBIA
 - PIORA AOS ESFORÇOS FÍSICOS: () SIM () NÃO
 - É INCAPACITANTE: () SIM () NÃO
- ✓ FATORES DESENCADEANTES:
 - () ALIMENTOS: _____
 - () BEBIDAS: _____
 - () MENSTRUACÃO
 - () ESTRESSE MENTAL
 - () DISTÚRPIO DO SONO
 - () JEJUM
 - () OUTROS: _____

C) ANTECEDENTES MÓRBIDOS

- ✓ HIPERTENSÃO: () SIM, TEMPO: _____ () NÃO
- ✓ DIABETES MELLITUS TIPO II: () SIM, TEMPO: _____ () NÃO
- ✓ DISLIPIDEMIA: () SIM, TEMPO: _____ () NÃO
- ✓ DOENÇAS NEUROLÓGICAS PRÉVIAS: () SIM, QUAL: _____ () NÃO
- ✓ DOENÇAS PSQUIÁTRICAS PRÉVIAS:
 - () DEPRESSÃO
 - () ANSIEDADE
 - () OUTROS: _____

- ✓ CIRURGIAS PRÉVIAS: _____

D) HÁBITOS DE VIDA:

- ✓ TABAGISTA: () SIM, TEMPO: _____ () NÃO
- ✓ ETILISTA: () SIM, TEMPO: _____ () NÃO
- ✓ REALIZA ATIVIDADE FÍSICA: () SIM, FREQUÊNCIA: _____ () NÃO
- ✓ SONO () REGULAR () IRREGULAR TEMPO MÉDIO DE SONO: _____
- ✓ ALIMENTAÇÃO: () HIPERCALÓRIA () HIPERSSÓDICA () HIPERGLICÊMICA

2. TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

✓ RETORNO DE CONSULTA

- TEMPO DE RETORNO APÓS A 1º CONSULTA: _____
- NÚMERO TOTAL DE CONSULTAS DE RETORNO : _____
- DATA DA ÚLTIMA CONSULTA: _____

✓ ALIMENTAÇÃO

- HOUE MELHORAS DURANTE A RESTRIÇÃO DOS ALIMENTOS DESENCADEANTES: () SIM () NÃO
- HOUE MELHORAS DURANTE A MODIFICAÇÃO DOS HÁBITOS ALIMENTARES () SIM () NÃO

✓ SONO

- HOUE MELHORAS DURANTE A REGULARIZAÇÃO DO SONO: () SIM () NÃO

✓ ATIVIDADE FÍSICA

- HOUE MELHORAS NAS ATIVIDADES PROGRAMADAS E ADAPTADAS () SIM () NÃO

✓ ATIVIDADE TERAPÊUTICA, HOUE MELHORAS:

() SIM () NÃO

✓ DIÁRIO DA CEFALÉIA

- PREENCHE ADEQUADAMENTE () SIM () NÃO () NÃO INFORMADO

3. TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

✓ MEDICAÇÕES PRÉVIAS DE OUTRAS COMORBIDADE:

- NOME:
- DOSE
- TEMPO DE USO:

✓ MEDICAÇÃO PREVENTIVA

- NOME:
- DOSE INICIAL:
- TEMPO DE USO:
- GRAU DE ALÍVIO: () LEVE () MODERADO () COMPLETO
- FREQUENCIA MENSAL DAS NOVAS CRISES:
- HOUE NECESSIDADE DO AUMENTO DE DOSE:
() SIM, QUANTO _____ () NÃO
- HOUE NECESSIDADE DE MEDICAÇÕES ASSOCIADAS:
() SIM, NOME/DOSE: _____ () NÃO
- HOUE NECESSIDADE DE TROCA DE MEDICAÇÃO:
() SIM, NOME/DOSE _____ () NÃO
- HOUE EFEITOS COLATERAIS:
() SIM, QUAIS _____ () NÃO

✓ MEDICAÇÕES ABORTIVAS

ANTES DO TRATAMENTO

- NOME(S):
- DOSE(S):
- QUANTIDADE DE COMPRIMIDOS MENSAL:
- PRECISOU IR NA URGÊNCIA DURANTE O TRATAMENTO: () SIM, medicamento utilizado: _____

DURANTE O TRATAMENTO

- NOME(S):
- DOSE(S):
- QUANTIDADE DE COMPRIMIDOS MENSAL:
- PRECISOU IR NA URGÊNCIA DURANTE O TRATAMENTO: () SIM, medicamento utilizado: _____

APÊNDICE D - FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO DE ORIENTADOR E TC



CURSO DE MEDICINA COORDENAÇÃO DO TRABALHO DE CURSO FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO DE ORIENTADOR E TEMA DO TC

Conforme as disposições estabelecidas no regulamento para elaboração do Trabalho de Curso – TC, solicitamos as seguintes informações:

NOME DO ORIENTADOR: Celina Cláudia Israel Sefer

[REDACTED]

[REDACTED]

Área de pesquisa: Educação Médica, Neurologia

**APÊNDICE E – PARECER DO ORIENTADOR SOBRE A VERSÃO
PRELIMINAR DO TC**

ANTÔNIO DA LUZ COSTA NETO
FERNANDO GOMES BISPO

AVALIAÇÃO DO MANEJO PREVENTIVO DE PACIENTES COM ENXAQUECA
NO AMBULATÓRIO DE NEUROLOGIA DO CENTRO DE ESPECIALIDADES
DO CESUPA NO PERÍODO DE 2014-2018: UM ESTUDO RETROSPECTIVO.

Declaro junto a Coordenação do Trabalho de Curso do CESUPA que li a versão preliminar do TC que tem como título: “AVALIAÇÃO DO MANEJO PREVENTIVO DE PACIENTES COM ENXAQUECA NO AMBULATÓRIO DE NEUROLOGIA DO CENTRO DE ESPECIALIDADES DO CESUPA NO PERÍODO DE 2014-2018: UM ESTUDO RETROSPECTIVO ” e considero que a mesma se encontra em condições de submissão à análise prévia por parte de um dos membros da banca examinadora, assim como, aguardo sugestões para correção e/ou aprimoramento da qualidade do trabalho.

Belém, ____/____/____

Prof. Msc. Celina Cláudia Israel Sefer

ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER DO CEP

CENTRO UNIVERSITÁRIO DO
PARÁ - CESUPA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO MANEJO PREVENTIVO DE PACIENTES COM ENXAQUECA NO AMBULATÓRIO DE NEUROLOGIA DO CENTRO DE ESPECIALIDADES DO CESUPA NO PERÍODO DE 2014-2018: UM ESTUDO RETROSPECTIVO.

Pesquisador: celina cláudia israel sefer

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 87934418.6.0000.5169

Instituição Proponente: Centro Universitário do Pará - CESUPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.644.636

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo retrospectivo a ser realizado através da análise de prontuários de pacientes do ambulatório de neurologia do CEMEC, com o objetivo de avaliar o manejo preventivo de pacientes com enxaqueca no Ambulatório de Neurologia do CEMEC-CESUPA no período de 2014-2018 por meio de um estudo retrospectivo de seus prontuários; realizar levantamento estatístico de enxaqueca (sem aura, com aura, crônica e provável) no ambulatório de Neurologia do CEMEC-CESUPA de acordo com o padrão de Classificação Internacional de Cefaléias (The International Classification of headache disorders 3rd edition / ICHD-3 2017); realizar levantamento epidemiológico dos dados pessoais (sexo, idade e ocupação), hábitos de vida (sedentarismo, tabagismo, etilismo, padrão alimentar e de sono), comorbidades (hipertensão, diabetes mellitus, dislipidemia, ansiedade e depressão), perfil socioeconômico e nível educacional dos pacientes diagnosticados com enxaqueca com a finalidade de relacionar estatisticamente estes dados com os resultados obtidos nos manejos preventivos; avaliar o manejo preventivo não farmacológico dos pacientes com enxaqueca quanto a modificação de hábitos de vida, retorno as consultas, preenchimento do diário de cefaleia e orientação adequada aos pacientes por meio dos prontuários; avaliar o manejo preventivo farmacológico dos pacientes com enxaqueca quanto as classes de medicamentos e conduta de retorno referente à dosagem, associações e trocas de medicações, período de uso, efeitos adversos e custo-benefício de acordo com as peculiaridades

Endereço: Av. Nazaré, 630

Bairro: Nazaré

CEP: 66.035-170

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)4009-2100

Fax: (91)3212-9544

E-mail: cep@cesupa.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DO
PARÁ - CESUPA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO MANEJO PREVENTIVO DE PACIENTES COM ENXAQUECA NO AMBULATÓRIO DE NEUROLOGIA DO CENTRO DE ESPECIALIDADES DO CESUPA NO PERÍODO DE 2014-2018: UM ESTUDO RETROSPECTIVO.

Pesquisador: celina cláudia israel sefer

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 87934418.6.0000.5169

Instituição Proponente: Centro Universitário do Pará - CESUPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.644.636

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo retrospectivo a ser realizado através da análise de prontuários de pacientes do ambulatório de neurologia do CEMEC, com o objetivo de avaliar o manejo preventivo de pacientes com enxaqueca no Ambulatório de Neurologia do CEMEC-CESUPA no período de 2014-2018 por meio de um estudo retrospectivo de seus prontuários; realizar levantamento estatístico de enxaqueca (sem aura, com aura, crônica e provável) no ambulatório de Neurologia do CEMEC-CESUPA de acordo com o padrão de Classificação Internacional de Cefaléias (The International Classification of headache disorders 3rd edition / ICHD-3 2017); realizar levantamento epidemiológico dos dados pessoais (sexo, idade e ocupação), hábitos de vida (sedentarismo, tabagismo, etilismo, padrão alimentar e de sono), comorbidades (hipertensão, diabetes mellitus, dislipidemia, ansiedade e depressão), perfil socioeconômico e nível educacional dos pacientes diagnosticados com enxaqueca com a finalidade de relacionar estatisticamente estes dados com os resultados obtidos nos manejos preventivos; avaliar o manejo preventivo não farmacológico dos pacientes com enxaqueca quanto a modificação de hábitos de vida, retorno as consultas, preenchimento do diário de cefaleia e orientação adequada aos pacientes por meio dos prontuários; avaliar o manejo preventivo farmacológico dos pacientes com enxaqueca quanto as classes de medicamentos e conduta de retorno referente à dosagem, associações e trocas de medicações, período de uso, efeitos adversos e custo-benefício de acordo com as peculiaridades

Endereço: Av. Nazaré, 630

Bairro: Nazaré

CEP: 66.035-170

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)4009-2100

Fax: (91)3212-9544

E-mail: cep@cesupa.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DO
PARÁ - CESUPA



Continuação do Parecer: 2.644.636

interrogatório sistemático completo e também de um diário de registro de cefaleia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios estão adequados.

Riscos:

Os principais riscos associados à execução da pesquisa são a presença de um olhar subjetivo na análise dos prontuários, podendo ser minimizado com a construção de parâmetros claros e objetivos de modo a nortear a visão analítica dos pesquisadores.

Benefícios:

Dentro dos benefícios, pode-se incluir a melhoria do atendimento preventivo em pacientes com enxaqueca no CEMEC, de forma que será avaliado se a classificação segundo os parâmetros do critério internacional de cefaleias fora adequada; a necessidade da solicitação do preenchimento de um diário de gravidade e frequência das enxaquecas, de forma a permitir um melhor acompanhamento do paciente; notar que a orientação ao paciente é uma importante ferramenta não apenas na compreensão daquele de sua condição orgânica, mas principalmente para permitir uma melhor adesão ao tratamento; e por fim investigar se as indicações farmacológicas na conduta preventiva está adequada ao perfil do paciente. Além do mais, pretende-se ao final desta pesquisa propor uma ficha padrão para o interrogatório sistemático e também de um diário de registro da cefaleia.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um tema interessante e a metodologia proposta é adequada para os objetivos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram corretamente anexados a folha de rosto, aceite institucional e TCUD.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Endereço: Av. Nazaré, 630

Bairro: Nazaré

CEP: 66.035-170

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)4009-2100

Fax: (91)3212-9544

E-mail: cep@cesupa.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DO
PARÁ - CESUPA**



Continuação do Parecer: 2.644.636

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|-----------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1068660.pdf | 02/05/2018 21:50:05 | | Aceito |
| Cronograma | CronogramaSegundaRevisao.docx | 02/05/2018 21:48:04 | Fernando Bispo Gomes | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | ProjetoSegundaRevisao.docx | 02/05/2018 21:46:01 | Fernando Bispo Gomes | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | declaracaodeaceite.docx | 16/04/2018 18:17:47 | Fernando Bispo Gomes | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | tcud1.docx | 16/04/2018 18:15:39 | Fernando Bispo Gomes | Aceito |
| Folha de Rosto | folhaderosto.docx | 16/04/2018 18:08:55 | Fernando Bispo Gomes | Aceito |
| Recurso Anexado pelo Pesquisador | ficha.docx | 27/01/2018 11:10:20 | celina cláudia israel sefer | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 09 de Maio de 2018

Assinado por:
PATRICK ABDALA FONSECA GOMES
(Coordenador)

Endereço: Av. Nazaré, 630
Bairro: Nazaré **CEP:** 66.035-170
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)4009-2100 **Fax:** (91)3212-9544 **E-mail:** cep@cesupa.br