

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**MIGRÂNEAS E CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL
CRÔNICA: abordagem diagnóstica por médicos
não-neurologistas.**

Gilma Serra Galdino

**Campina Grande – PB
2006**

Gilma Serra Galdino

**MIGRÂNEAS E CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL
CRÔNICA: abordagem diagnóstica por médicos
não-neurologistas**

-Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento aos requisitos necessários para a obtenção do grau de mestre em Saúde Coletiva. Área de concentração: promoção da saúde. Linha de pesquisa: promoção da saúde nos espaços da vida.

Orientador: Prof. Dr. Jovany Luís A. de Medeiros.

Campina Grande – PB
2006

Gilma Serra Galdino

**MIGRÂNEAS E CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL
CRÔNICA: abordagem diagnóstica por médicos
não-neurologistas.**

Campina Grande – PB, _____ de _____ de 2006

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Jovany Luís Alves de Medeiros - UEPB
(Presidente-Orientador)

Prof. Dr. Wilson Farias da Silva - UFPE
(2º. Membro)

Prof. Dr. Edmundo de Oliveira Gaudêncio - UFCG
(3º. Membro)

Aos meus pais, Gil e Demaria, pelo exemplo.

Ao meu marido, Márcio, pelo companheirismo.

Aos meus filhos, Camila e Pedro, pela paixão.

AGRADECIMENTOS

À coordenação do Mestrado em Saúde Coletiva e ao seu corpo docente;

Aos colegas e funcionários do Mestrado em Saúde Coletiva;

Aos colegas médicos, participantes da pesquisa, em Campina Grande;

Ao Prof. Dr. Jovany Luís Alves de Medeiros, pela orientação segura;

Ao Prof. Dr. Wilson Farias da Silva, pela generosidade;

Ao Prof. Dr. Gilberto Rebello de Mattos, por ter despertado o interesse pelas cefaléias.

RESUMO

Foram entrevistados médicos pertencentes a uma Cooperativa de Serviços Médicos, na cidade de Campina Grande, com o objetivo de investigar a acurácia diagnóstica desses profissionais frente a casos clínicos de cefaléia primária, além de apreciar seus conhecimentos sobre a classificação das cefaléias e condutas quanto à solicitação de exames e indicações terapêuticas. Metodologia: Utilizou-se o método de observação direta extensiva através da aplicação de questionário. Foram apresentadas a todos os médicos entrevistados três histórias clínicas, fictícias, reproduzindo quadros de cefaléias primárias freqüentes, a saber: migrânea com aura (MCA), migrânea sem aura (MSA) e cefaléia do tipo tensional crônica (CTTC), seguindo os critérios da Classificação Internacional das Cefaléias, 2ª. Edição (IHCD-II), em 2003, elaborados pelo Subcomitê de Classificação das Cefaléias da Sociedade Internacional de Cefaléia (IHS). Foram contatados 173 médicos, de um total de 462 cooperados, dos quais 91 aceitaram participar do estudo. Resultados: Eles eram 51 homens (56%) e 35 mulheres (38,5%), cinco (5,5%) não identificaram o gênero. A idade variou entre 27 e 70 anos ($44,8 \pm 09$ anos). Eles tinham entre três e 46 anos de formados ($21,4 \pm 8,2$ anos). 67 (73,6%) afirmaram ter feito residência médica. Os médicos entrevistados atuavam nas mais diversas especialidades. Em relação ao índice de acerto diagnóstico, no exemplo de MSA, 60 participantes (66,2%) identificaram o quadro como migrânea, enquanto apenas dois (2,2%) identificaram o subtipo MSA e dois (2,2 %) sugeriram tratar-se apenas de cefaléia. No caso clínico de MCA, 25 (27,5%) disseram tratar-se de quadro de migrânea e apenas um (1,1%) respondeu ser MCA. Quanto ao diagnóstico de CTTC, 12 (13,2%) reconheceram tratar-se de cefaléia tensional, não houve acerto diagnóstico no subgrupo – CTTC, e dentre outras possibilidades diagnósticas as mais citadas foram: migrânea 36 (39.6%), cefaléia secundária a hipertensão arterial sistêmica 12 (13,2%) e cefaléias ocasionadas por processo expansivo cerebral seis (6,6%). Nos três casos clínicos, a maior parte dos profissionais pesquisados – 79 (86,8%) no exemplo de MSA, 74 (81,3%) nos casos de MCA e 71 (78%) no exemplo de CTTC - não solicitaria exames complementares. Quanto ao tratamento: 77 médicos (84,6%) no caso de MSA, 80 (87,9%) no caso de MCA e 67 (73,6%) no caso de CTTC, optaram por não tratar. Preferiram encaminhar ao neurologista: 67 médicos (73,6%) para MSA, 78 (85,7%) para MCA e 59 (64,8%) para CTTC. 65 (71,4%) dos entrevistados afirmaram desconhecer os critérios diagnósticos da IHS para cefaléias primárias. Conclusão: O diagnóstico inicial mais freqüente foi migrânea, comumente usado para identificar qualquer tipo de cefaléia, sem, contudo identificar seus subgrupos. A cefaléia do tipo tensional foi subdiagnosticada, freqüentemente sendo confundida com quadros de migrânea, a despeito de ser o tipo mais prevalente de cefaléia primária. A maioria ($p < 0,05$) dos médicos não solicita exames complementares para portadores de cefaléia e prefere encaminhá-los ao especialista, optando por não tratar. Esses resultados demonstram a falta de informações por parte dos médicos entrevistados sobre os critérios diagnósticos para os diversos tipos de cefaléias primárias.

Palavras-chave: Diagnóstico, Classificação Internacional das Cefaléias, Cefaléias Primárias, Migrânea sem Aura, Migrânea com Aura, Cefaléia do Tipo Tensional Crônica.

ABSTRACT

Doctors belonging to a Medical Services Cooperative in Campina Grande were interviewed with the objective to determine their diagnostic accuracy when faced with clinical cases of primary headache, and also to appreciate the amplitude of their knowledge about headache classification and procedures concerning exams prescriptions and therapeutic indications. Methodology. The method of extensive direct observation through the application of a questionnaire was used. The doctors were presented with three fictitious clinical histories which represented situations of frequent primary migraines such as: migraine with aura (MA), migraine without aura (MO) and chronic tensional-type headache (CTTH) according to criteria established on International Headache Classification, second edition (IHCD-II), 2003, by the Headache Classification Subcommittee as part of the International Headache Society (IHS). 173 out of 462 doctors members of the Cooperative were contacted and 91 of these accepted to take part in the study. Results. In the group of 91 doctors interviewed, 51 (56%) were male, 35 (38,5%) were female and five (5,5%) refused to answer. Their age varied from 27 to 70 years old ($44,8 \pm 09$ years old). Their experience as doctors varied from three to 46 years ($21,4 \pm 8,2$ years). 67 (73.6%) stated to have been in a medical internship. The doctors interviewed were doctors of several areas. About the accuracy of the diagnostic test, concerning MO, 60 participants (66%) identified the case as migraine, only two (2,2%) identified the MO subtype and two (2,2%) suggested it was a case of mere headache. For the clinical case of MA, 25 doctors (27,5%) said it was a case of migraine and only one (1,1%) identified it as MA. About the diagnostic of CTTH, 12 doctors (13,2%) acknowledged it as tensional headache and there was not any reference to the CTTH subgroup. Among other possibilities of diagnostic, the most mentioned ones were migraine 36 (39,6%), secondary headache to systemic arterial hypertension 12 (13,2%) and headaches caused by brain expansive process 06 (6,6%). For the three clinical cases, most of the doctors researched – 79 (86,8%) in the example of MO, 74 (81,3%) in the cases of MA and 71 (78%) in the example of CTTH – wouldn't prescribe complementary exams. Regarding treatment 77 (84,6%) in the case of MO, 80 (87,9%) in the case of MA and 67 (73,6%) in the case of CTTH decided not to treat it. Among those who forwarded the case to a neurologist, we have 67 (73,6%) for MO, 78 (85,7%) for MA and 59 (64,8%) for CTTH. 65 (71,4%) doctors who were interviewed said to be unaware of the IHS diagnostic criteria for primary headaches. Conclusion. Migraine was the most common initial diagnosis for any kind of headache without any identification of the subgroups. The CTTH was subdiagnosed being frequently misidentified as migraine cases despite it is the most prevailing kind of primary headache. Most of the doctors interviewed ($p < 0,05$) does not prescribe complementary exams for headache patients and prefer to forward them to a specialist, choosing not to treat them. These results show the lack of information found in the doctors interviewed about the diagnostic criteria for the several kinds of primary headaches.

Key-words: Diagnostic, Headache International Classification, Primary Headaches, Migraine without aura, Migraine with aura, Chronic Tensional-Type Headache.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CT	tomografia computadorizada
CTT	cefaléia do tipo tensional
CTTC	cefaléia do tipo tensional crônica
CTTE	cefaléia do tipo tensional episódica
CTTEF	cefaléia do tipo tensional episódica frequente
CTTEI	cefaléia do tipo tensional episódica infreqüente
EEG	eletroencefalograma
HAS	hipertensão arterial sistêmica
HIC	hipertensão intra-craniana
IASP	International Association for the Study of Pain
ICHD	International Classification of Headaches Disorders
ICHD-II	International Classification of Headaches Disorders. 2 nd edition
IHS	International Headache Society (Sociedade Internacional de Cefaléia)
MCA	migrânea com aura
MSA	migrânea sem aura
PL	punção liquórica
SBCe	Sociedade Brasileira de Cefaléia
SIDA	síndrome da imunodeficiência adquirida
SNC	sistema nervoso central
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabelas

1. Número de médicos cooperados, contatados e participantes da pesquisa	25
2. Distribuição das idades por faixa etária de 86* dos 91 médicos que responderam ao questionário	25
3. Ano de formatura de 88* dos 91 médicos que responderam ao questionário	26
4. Especialidades médicas* exercidas pelos médicos entrevistados	27
5. Diagnósticos dados para a história clínica “migrânea sem aura”	29
6. Diagnósticos dados para a história clínica “cefaléia do tipo tensional crônica	32
7. Diagnósticos dados para a história clínica “migrânea sem aura”	35

Gráficos

1. Distribuição dos participantes quanto a formação acadêmica	26
2. Conduta médica frente a quadro sugestivo de MSA	30
3. Conduta médica frente a quadro sugestivo de CTTC	33
4. Conduta médica frente a quadro sugestivo de MCA	36

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

LISTA DE ABREVIATURAS

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVOS	12
3. REVISÃO DA LITERATURA	13
3.1 Aspectos Históricos do Estudo das Cefaléias	13
3.2 Epidemiologia da Migrânea e Cefaléia do Tipo Tensional	15
3.3 Fisiopatogenia das Cefaléias Primárias	17
3.3.1 Migrânea	17
3.3.2 Cefaléia Tipo Tensional	18
3.4 Classificação das Cefaléias Primárias	19
4. CASUÍSTICA E MÉTODO	21
4.1 Análise dos Dados	23
4.2 Análise Estatística	23
4.3 Considerações Éticas.....	24
5. RESULTADOS	25
5.1 Diagnósticos do caso clínico “migrânea sem aura”	28
5.2 Diagnósticos do caso clínico “cefaléia do tipo tensional crônica”	31
5.3 Diagnósticos do quadro clínico “migrânea com aura”	34
6. DISCUSSÃO	37
6.1 Da Classificação das Cefaléias	37

6.1.1 A Importância da ICHD-II	37
6.1.2 A ICHD-II é Conhecida pelos Médicos em Geral?	37
6.2 Do Diagnóstico das Cefaléias	38
6.2.1 Comportamento do Paciente	38
6.2.2 Atendimento Médico	39
6.2.3 Diagnósticos Realizados	40
6.2.3.1 Caso Clínico 1: Migrânea sem Aura	40
6.2.3.2 Caso Clínico 2: Cefaléia Tipo Tensional Crônica	41
6.2.3.3 Caso Clínico 3: Migrânea com Aura	42
6.2.4 Solicitação de Exames	43
6.2.5 Indicação do Tratamento	44
6.2.6 Encaminhamento ao Especialista	44
7. CONCLUSÕES	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
APÊNDICES	59
ANEXOS.....	62

1. INTRODUÇÃO

As diversas formas de cefaléias constituem um importante problema de saúde pública em vários países do mundo, inclusive no Brasil (RASMUSSEN, 1999; DOMINGUES *et al.*, 2004; LYNGBERG *et al.*, 2005; CELIK *et al.*, 2005; LIPTON & BIGAL, 2005).

Nas últimas décadas, a atenção dos pesquisadores tem-se voltado para o reconhecimento do impacto social e individual que essa condição clínica acarreta, evidenciando sua alta incidência (SCHWARTZ *et al.*, 1988; RASMUSSEN, 2001), seu elevado potencial de cronificação (KATSARAVA *et al.*, 2004) e, principalmente, a percepção do sofrimento, agudo ou crônico, do qual seu portador é vítima, que resulta em custos econômicos e redução da qualidade de vida (BERG, 2004; GUPTA, 2004; PRANSKY *et al.*, 2005; BELAM *et al.*, 2005).

O IASP (International Association for the Study of Pain) define dor como: “uma experiência sensorial e emocional desagradável, que é associada ou descrita em termos de lesões teciduais” (LIPMAN, 2005). A cefaléia seria qualquer tipo de dor descrita no segmento da cabeça. Existem muitas causas e tipos de cefaléia. Partindo dessa constatação a International Headache Society (IHS) criou um sistema de classificação, baseado na análise conjunta de vários critérios clínicos, que possibilitam diagnosticar os diversos tipos de cefaléias. A primeira classificação, publicada em 1988, foi revista em 2003 e divide as cefaléias em três partes: Parte I- Cefaléias Primárias, Parte II- Cefaléias Secundárias e Parte III- Neuralgias cranianas, dor facial e central e outras cefaléias. Publicada em 2004, a Classificação Internacional das Cefaléias (The International Classification of Headaches Disorders 2nd edition – ICHD-II) recomenda que o diagnóstico das cefaléias primárias deve ser feito com base em critérios exclusivamente clínicos e representa condição indispensável para uma terapêutica adequada e eficaz.

Mais de 90% dos homens e mulheres já apresentaram algum tipo de cefaléia em suas vidas (SMITH, 2004). As cefaléias do tipo tensional e migrânea são exemplos de cefaléias primárias, nas quais não há uma causa subjacente. Elas são consideradas altamente frequentes e ocasionalmente incapacitantes, sendo, a despeito disso, muitas vezes, subdiagnosticadas e subtratadas (MANNIX, 2001) em decorrência de erro diagnóstico e/ou da não valorização da queixa por parte do médico e, às vezes, do paciente. Isso posto, vamos encontrar a grande

maioria dos portadores de cefaléias primárias sem uma orientação terapêutica adequada e conseqüente abuso de auto-medicação com drogas analgésicas de consumo liberado, além de agregarem a sua história de dor sintomas tais como distúrbio do sono, ansiedade e depressão (DIAMOND, 1999; RADAT & SWENDSEN, 2005).

É sabido que menos da metade dos indivíduos acometidos por cefaléias primárias procura ajuda médica. Quando o fazem, na sua maioria, são atendidos primeiramente por médicos não especializados no assunto que, muitas vezes, mantêm uma atitude inadequada, pregando a incurabilidade da dor, desconhecendo novas possibilidades terapêuticas ou mesmo ignorando essas queixas, onerando o sistema de saúde com a solicitação desnecessária de exames complementares (LIPTON *et al.*, 2003; TEPPER *et al.*, 2004; RAPOPORT & BIGAL, 2004; VINCENT & FREITAS DE CARVALHO, 1999). A conseqüência desse problema de saúde pública é o impacto negativo no bem-estar dos indivíduos afetados, muitos dos quais sofrem com um diagnóstico incorreto ou falta de tratamento por anos a fio, além de determinar prejuízos para a sociedade, mensurados em gastos diretos (com o sistema de saúde) e indiretos (absenteísmo e diminuição da produtividade) (RASMUSSEN, 1999; BERG & STOVNER, 2005).

A escolha do tema se deu, primeiramente pela importância epidemiológica das cefaléias e seu impacto econômico e social; em segundo lugar, pela necessidade de maior divulgação na área médica, notadamente entre médicos não-neurologistas, dos critérios diagnósticos de tão importante afecção. Desta maneira, o questionamento central da presente pesquisa foi: os médicos clínicos, não-neurologistas, conveniados a uma cooperativa médica, na cidade de Campina Grande, estão aptos a fazer o diagnóstico correto das formas mais freqüentes de cefaléia primária?

Assim, a finalidade deste trabalho é pesquisar a acurácia diagnóstica que clínicos – excetuando-se neurologistas, neuropediatras, neurocirurgiões e médicos que atuam apenas na área de diagnóstico - teriam ao abordar um paciente com história clínica sugestiva de uma cefaléia primária, através de um questionário elaborado a partir de relatos de histórias clínicas características de migrânea com aura (MCA), migrânea sem aura (MSA), e cefaléia do tipo tensional crônica (CTTC).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Avaliar a acurácia no diagnóstico diferencial das cefaléias primárias mais frequentes, por médicos não-neurologistas.

2.2 Objetivos Específicos

- Avaliar o diagnóstico feito por médicos clínicos não neurologistas em casos presumivelmente característicos de migrânea com aura, migrânea sem aura e cefaléia do tipo tensional crônica.
- Levantar informações sobre a solicitação de exames complementares para auxiliar esses diagnósticos.
- Investigar a indicação de encaminhamento ao médico especialista, realizada pelos médicos clínicos.
- Identificar se há conhecimento, por parte desses profissionais, da classificação internacional das cefaléias.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Aspectos Históricos do estudo das Cefaléias

A dor é sintoma apresentado pelo ser humano desde a sua origem e a cefaléia é um dos sintomas dolorosos mais freqüentes, com indícios de acompanhar a existência humana há milhares de anos.

Referências à dor de cabeça datam desde o século VII a.C. Talvez a mais antiga delas seja a encontrada em um poema épico Sumeriano (EDMEADS, 1990). Outra referência conhecida como Papiro de Erbs, descoberto no Egito, na Necrópole de Thebas, adquirido por George Erbs, data de 1536-1534 a.C., e menciona migrânea e neuralgia, além de trazer orientações para o alívio de dores de cabeça (SILBERSTEIN *et al.*, 1998).

As cefaléias também estão presentes em escritos de Hipócrates (460-565 a.C.), quem primeiro descreveu diferentes tipos de cefaléias – as causadas por exercícios e relações sexuais, bem como a presença de sintomas visuais antecedendo a dor de cabeça, e a possível melhora da dor após os vômitos (LANCE & GOADSBY, 1998).

É, nos escritos de autores romanos, notadamente nos dois primeiros séculos d.C., que encontramos as principais referências sobre as cefaléias:

- Cornélius Celsus (25-50 d.C.) foi o primeiro a identificar a migrânea como doença duradoura e não fatal e a observar possíveis fatores desencadeantes das crises, tais como vinho, frio ou calor intenso (CRITCHLEY, 1967).

- Arataeus da Capadócia (30-90 d.C.), considerado o “descobridor da migrânea”, ao assinalar que a dor freqüentemente acometia apenas um lado da cabeça, também dividiu as cefaléias em *Heterocrania* (migrânea), *Cephalalgia* (cefaléia moderada e pouco freqüente) e *Cephalea* (cefaléia severa e freqüente), porém foi o grego Galeno (131-201 d.C.) que introduziu o termo hemicrania – o qual depois originaria os termos: “megrin”, em inglês arcaico, e “migraine”, em francês - e que também elaborou uma descrição clínica e fisiopatológica para o que posteriormente seria considerado como migrânea (CLLIFFORD, 1995; ADAMS, 1856; ISLER, 1992).

Com a queda do Império Romano, esse conhecimento se perde e só no século X vai ser retomado por médicos árabes, persas e judeus. Avicenna, médico persa, entre 980-1037 d.C., descreve aspectos que servirão de base para uma teoria funcional da migrânea, além de cunhar

o termo “shakika”, equivalente a hemicrania, traduzido depois para enxaqueca pelos portugueses (CLIFFORD, 1995; ISLER & KOEHLER, 2006; ROLFINCK, 1671). Enquanto isso, a Europa cristã apegava-se aos ensinamentos de Galeno e, durante a Idade Média e a Renascença, não se verificaram progressos no conhecimento das cefaléias. A Europa Medieval combinava conceitos islâmicos com idéias místicas, tais como vistas nas descrições da Abadessa Hildegarde de Bingen, cujas visões místicas hoje são consideradas como equivalentes da migrânea (ISLER & KOEHLER, 2006; KAISER, 1903).

Apenas no século XVII voltam a surgir novas teorias sobre as cefaléias concomitantemente ao surgimento das bases da neurologia moderna, que se evidenciam com os estudos de Thomas Willis (HANSRUEDI & KOEHLER, 2006). Destacam-se, nessa época:

- O francês Charles les Pois, que define migrânea como doença intracraniana e descreve ataques de migrânea com características de derrame, assim como descreve ainda auras sensitivas (LES POIS, 1733).

- O inglês Thomas Willis, cujos trabalhos descrevem o córtex cerebral, além de cunhar o termo *Neurology* (ISLER, 1986).

- O suíço Johann Jakob Wepfer, que descreveu a neuralgia trigeminal, o hematoma subdural e a migrânea basilar (ISLER, 1985).

No século XVIII, Samuel Auguste Tissot separa a migrânea da cefaléia comum e, no século XIX, iniciam-se os estudos da fisiopatologia da migrânea com diferentes teorias vasculares sendo propostas. Surge também o primeiro tratamento com base científica, após a descoberta da ergotina (ISLER & KOEHLER, 2006; KARBOWSKI, 1986).

No século XX os progressos nos estudos da fisiopatologia possibilitaram o avanço na terapêutica. Em 1938, John Graham e Harold Wolff demonstram o efeito vasoconstrictor do ergot. Antes, em 1919, Stoll já havia produzido a ergotamina pura e, em 1925, Rothlin a usou para tratar quadro de migrânea severa. Esta indicação foi validada por vários estudos nas décadas seguintes. Em 1943, a dehidroergotamina é sintetizada por Stoll e Hofmann (SILBERSTEIN *et al.*, 1998; WOLFF, 1948).

Após os estudos de Sicuteri e Lance, demonstrando o envolvimento da serotonina nas crises de migrânea, é desenvolvida a methysergida, que passa a ser usada como tratamento profilático. Em 1980, Pat Humphrey desenvolve o sumatriptano, agonista dos receptores seletivos de serotonina, e inicia-se a era dos triptanos (ISLER & KOEHLER, 2006).

Em 1983, é fundada a Sociedade Internacional de Cefaléia, com o objetivo de sistematizar o conhecimento sobre as causas e tratamentos das cefaléias, bem como elaborar uma classificação ampla, pormenorizada, compreensiva e consensual dos seus diversos tipos.

3.2 Epidemiologia da Migrânea e Cefaléia do Tipo Tensional

Até 1988, os estudos epidemiológicos sobre cefaléias apresentavam problemas metodológicos relacionados à falta de critérios clínicos, uniformemente aceitos, para definir casos e tipos de cefaléias, visto que essa patologia carece de sinais clínicos objetivos ou marcadores que auxiliem no seu diagnóstico, além de, freqüentemente, coexistirem, em um mesmo paciente, tipos diferentes de cefaléias. Esses fatores não permitiam a comparação entre os estudos. Somente após a publicação de um sistema de classificação das cefaléias, ICHD, elaborado pela IHS, em 1988, e revisto em 2004, com uma uniformização de termos e descrições clínicas, essa deficiência foi superada, tornando possível a realização de estudos epidemiológicos válidos e comparáveis.

A cefaléia é sintoma experimentado pela grande maioria da população (RASMUSSEN *et al.*, 1991). Diversos estudos, em várias partes do mundo, informam uma prevalência de cefaléia entre 19.5% a 96%, com essa variação sendo atribuída a diferenças metodológicas, mas também em consequência de diferenças entre fatores ambientais e/ou constitucionais (STOVNER & SCHER, 2006).

SMITH (2004) refere, a partir dos trabalhos de LIPTON e STEWART (American Migraine Studies I and II, em 1989 e 1999) e de RASMUSSEN *et al.*,(1992) na Dinamarca, nos anos 90, uma prevalência de cefaléia de 93% para homens e 99% para mulheres. As cefaléias do tipo tensional (CTT) sendo as mais comuns, acometendo 69% dos homens e 88% das mulheres, e a migrânea sendo diagnosticada em 25% das mulheres e 8% dos homens – nos estudos de Rasmussen - e 18% das mulheres e 6% dos homens – nos estudos de Lipton e Stewart.

Na América Latina, assim como no resto do mundo, a migrânea é altamente prevalente, mais comum em mulheres (3:1) e mais freqüente entre os 20 e os 50 anos de

idade, de acordo com estudo realizado em seis países. Os dados revelam uma prevalência de 6,5 % a 17,4% entre as mulheres e 2,9% a 7,8% entre os homens (MORILLO *et al.*, 2005).

Os estudos recentes apontam todos para dados congruentes em relação à epidemiologia da migrânea:

-Na Suécia, a prevalência estimada é de 13%, sendo 17% mulheres e 10% homens (DAHLÖF & LINDE, 2001).

-No Canadá, estudo aponta prevalência de 16% - 23 % mulheres e 9% homens (EDMEADS *et al.*, 1993).

-Na França, 23% das mulheres e 10% dos homens são estimados como portadores de migrânea (HENRY *et al.*, 2002).

-Nos Estados Unidos, encontrou-se uma prevalência de 13%, sendo 18% mulheres e 7% homens, segundo dados do American Migraine Study II (LIPTON *et al.*, 2001); e uma prevalência de 19% para mulheres e 8% para homens, no estudo de STEWART *et al.*, 1996.

-No Canadá, a prevalência foi de 17%, sendo 25% mulheres e 8% homens (O'BRIEN *et al.*, 1994).

-Na Dinamarca, a prevalência foi de 24% para mulheres e 12% para homens (RUSSELL *et al.*, 1995).

Vários estudos também apresentam tendência à convergência nos seus resultados em relação à CTT:

-Na Alemanha, estima-se uma prevalência de 38% para cefaléia tipo tensional episódica (CTTE) e 2,5 % CTTC (GOBEL *et al.*, 1994).

-Nos Estados Unidos, a frequência é de 38% para CTTE e 2,2% para CTTC (SCHWARTZ *et al.*, 1998).

-No Chile, encontrou-se uma taxa de 24% para CTTE e 2,6 para CTTC (LAVADOS & TENHAMM, 1998).

-Na China, foi vista uma prevalência de 2,7% para CTTC (WANG *et al.*, 2000).

-Na Dinamarca, a prevalência foi de 51% para CTTEI (cefaléia do tipo tensional episódica infrequente) e 43% para CTTEF (cefaléia do tipo tensional episódica frequente), enquanto que, para CTTC, foi de 5.6% (LYNGBERG *et al.*, 2000; LYNGBERG *et al.*, 2005).

No Brasil, os poucos estudos epidemiológicos mostram dados de acordo com os que são apresentados internacionalmente. Estudo conduzido por BAREA, TANNHAUSER e

ROTTA (1996) assinalou uma incidência de cefaléia, em crianças e adolescentes, de 92% para os homens e 94% para as mulheres. BIGAL, BORDINI e SPECIALI (2000) encontraram uma prevalência de 64,9% para dor de cabeça em Hospital de Ribeirão Preto. RABELO (2002) encontrou cefaléia em 93% dos homens e 97,5% das mulheres, funcionários de um hospital em São Paulo; enquanto, para DOMINGUES *et al.*, em 2004, em estudo realizado em Vitória, Espírito Santo, a prevalência de cefaléia foi de 52,8%. Em Recife, FARIAS DA SILVA *et al.*, (2005) assinalaram uma incidência de queixa de cefaléia de 95,8% entre os entrevistados.

A prevalência da cefaléia é maior em mulheres, com uma razão de 1:2 a 1:3, entre homens e mulheres nos casos de migrânea, e 4:5 nos casos de CTT (SCHWARTZ *et al.*, 1998; WANG *et al.*, 2000; LIPTON *et al.*, 2001; LYNGBERG *et al.*, 2005). Estudos populacionais têm mostrado uma prevalência uniforme de CTT entre vários grupos sociais, embora alguns deles apontem para um aumento no risco para grupos com baixo nível educacional ou econômico, e entre diferentes raças (BOARDMAN *et al.*, 2003; LINGBERG *et al.*, 2005; SCHWARTZ *et al.*, 1998; RASMUSSEN, 1992; HAGEN *et al.*, 2002).

Com relação à migrânea, sua prevalência é maior em países da América do Norte e do Sul, e Europa (LYNGBERG *et al.*, 2005; RASMUSSEN, 2001). Tem uma incidência maior nas 2^a. e 3^a. décadas de vida (LYNGBERG *et al.*, 2005; RUSSEL *et al.*, 1995). Sua distribuição é semelhante entre as diferentes classes sociais e níveis educacionais, havendo, contudo, uma prevalência maior de diagnóstico médico e encaminhamento para o tratamento nas classes mais favorecidas (LIPTON *et al.*, 2001). A MSA é mais prevalente que a MCA e, apesar de ambas, serem preponderantes nas mulheres, essa diferença é mais expressiva nos casos de MAS, e pode ser explicada pela influência dos hormônios femininos (RASMUSSEN & OLESEN, 1992; RUSSEL *et al.*, 1996).

3.3 Fisiopatogenia das Cefaléias Primárias

3.3.1 Migrânea

Nos anos 30 e 40, a partir dos estudos de GRAHAM e WOLFF, prevalecia a hipótese vascular para a migrânea, que era então considerada uma desordem vasoespástica (APUD,

FARIAS da SILVA *et al.*, 2005). Essa teoria passou a ser questionada quando estudos demonstraram não haver correlação clara entre vasoconstricção-aura e vasodilatação-dor (FRIBERG *et al.*, 1981). Na década de 70, SICUTERI (1976) assinalou a importância da serotonina nas cefaléias, discutindo possível analogia entre as funções bioquímicas da serotonina e a fenomenologia das crises migranosas.

A partir dos anos 80, novas teorias fisiopatogênicas foram sendo propostas. Em 1984, MOSKOVITZ desenvolveu a teoria trigêmeino-vascular, relacionando um estímulo trigeminal à vasodilatação e extravasamento de plasma por liberação de transmissores, bradicinina, substância P, neuropeptídeo Y, óxido nítrico, peptídeo relacionado ao gene da calcitonina (CGRP) e aminoácidos excitatórios. Em décadas recentes, o fenômeno da depressão cortical alastrante, descrita por LEÃO nos anos 40, voltou a interessar aos estudiosos que o relacionam à aura da migrânea e tem sido observado em estudos de neuro-imagem funcional (SANCHEZ DEL RIO & ALVAREZ, 2004). CARRERA *et al.*, (2001) e ESTEVES & GARNER (2004) implicam alterações genéticas como desencadeantes de alterações nos canais iônicos cerebrais, o que explicaria a hiperexcitabilidade cortical na migrânea com aura. Em resumo, a migrânea decorreria de alteração genética em um canal iônico específico que resultaria num quadro de excitabilidade neuronal cortical anormal, com conseqüente susceptibilidade aos fenômenos de depressão alastrante e sensibilização periférica do sistema trigêmeino-vascular.

3.3.2 Cefaléia Tipo Tensional

A despeito de tratar-se da forma mais freqüente de cefaléia e de seu alto custo para a sociedade moderna, pequeno é o conhecimento sobre sua fisiopatologia. Nos últimos anos, estudiosos têm-se voltado para essa questão e parece ficar claro que se trata de uma desordem multifatorial, envolvendo mecanismos centrais e periféricos (BENDTSEN & SCHOENEN, 2006). A origem da dor na CTT poderia estar relacionada com o aumento da sensibilidade dolorosa miofascial pericraniana, resultante da excitação e sensibilização de aferências

sensitivas periféricas (BENDTSEN, 2000; VANDENHEEDEM & SCHOENEN, 2002; JENSEN, 2003). Conseqüentemente, a manutenção e acúmulo desses impulsos nociceptivos resultariam em sensibilização de neurônios de 2ª. e 3ª. ordens no Sistema Nervoso Central (SNC) que levariam à transformação da CTTE para CTTC (ASHINA *et al.*, 2005; BENDTSEN, 2002; BENDTSEN 2003). O papel de fatores ambientais, comportamentais e psicológicos tem sido relatado, mas a relação causa-efeito não foi suficientemente esclarecida. Sabe-se que o estresse é fator precipitante tanto para CTT como para migrânea, e discute-se a alta frequência de ansiedade e depressão associadas às CTTC: seriam comorbidades ou atuariam como determinantes para a sensibilização central? (ULRICH *et al.*, 1996; HOLROYD, 2002).

3.4 Classificação das Cefaléias Primárias

No passado, a nomenclatura e os critérios utilizados para se fazer o diagnóstico das cefaléias variavam de autor para autor, o que atrapalhava sobremaneira a pesquisa clínica, a comunicação entre os diversos estudiosos, o diagnóstico e também o tratamento (GÖBEL, 2001). A primeira tentativa de classificar as cefaléias ocorreu em 1962, por um *ad hoc committee* do National Institute of Health in America, intitulado “Classificação das Cefaléias”, baseada em presumíveis aspectos etiológicos, e que nunca teve aceitação internacional (OLESEN & LIPTON, 2006).

Em 1985, a Sociedade Internacional de Cefaléia (SIC) – International Headache Society (IHS) formou um comitê para a elaboração de um sistema de classificação que pudesse ser usado universalmente. Em 1988, a Classificação Internacional das Cefaléias – International Classification of Headaches Disorders (ICHD I) foi publicada, trazendo os critérios diagnósticos operacionais para as cefaléias e fundamentada em achados empíricos e na opinião de especialistas (HEADACHE CLASSIFICATION COMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY, 1998). Em 1999, com a evolução do

conhecimento sobre as cefaléias, um novo comitê foi organizado, no sentido de revisar a classificação. O resultado foi apresentado no XI Congresso Internacional de Cefaléia, realizado em Roma, no ano de 2003 (OLESEN, 2005). Em janeiro de 2004, é publicada a 2ª. Edição da Classificação Internacional das Cefaléias – International Classification of Headache Disorders (ICDH II) (HEADACHE CLASSIFICATION SUBCOMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY, 2004). No Brasil, em agosto de 2004, fica pronta a versão final, traduzida pela Sociedade Brasileira de Cefaléia (SBCe).

A importância desta classificação fundamenta-se em três assertivas: é baseada em evidências clínicas e opinião de especialistas, serve de critério para publicação de trabalhos científicos e reconhece a cefaléia como doença neurobiológica. Presta-se, portanto, à pesquisa e à prática clínica (LIPTON *et al.*, 2004).

Esse sistema de classificação foi baseado na fenomenologia, usando aspectos clínicos e resultados de testes laboratoriais para o diagnóstico das cefaléias primárias e secundárias, as quais foram divididas em 14 grupos, sendo os quatro primeiros referentes às cefaléias primárias: *MIGRÂNEA*, *CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL*, *CEFALÉIA EM SALVAS E OUTRAS CEFALÉIAS TRIGÊMINO-AUTONÔMICAS* e *OUTRAS CEFALÉIAS PRIMÁRIAS*. Tais critérios clínicos, para as cefaléias primárias, chamados de critérios diagnósticos explícitos, pela IHS, são descritivos, claros e sem ambigüidade, constituindo-se em parâmetros que são avaliados pelo médico quando da realização de um diagnóstico de cefaléia primária (SILBERSTEIN *et al.*, 2002).

Trata-se também de classificação hierárquica, visto que esses grandes grupos são subdivididos em tipos, formas e subformas, com vários níveis de refinamento diagnóstico, usando-se até três ou quatro dígitos para codificar esses vários níveis, por exemplo:

- o 1º. dígito especifica o tipo = migrânea (1),
- o 2º. dígito indica o subtipo = migrânea com aura (1.2),
- o 3º. dígito faz um diagnóstico mais específico = migrânea hemiplégica familiar (1.2.4) ; cabendo ao clínico reconhecer e incluir seu paciente no 1º. e, talvez, 2º. dígitos, dessa forma podendo escolher o tratamento adequado; e, ao especialista, fazer o diagnóstico até o 3º. ou 4º. dígitos (ANEXO I) (OLESEN & LIPTON, 2006; LIPTON *et al.*, 2004).

4. CASUÍSTICA E MÉTODO

O universo do estudo constituiu-se dos profissionais médicos da cidade de Campina Grande. A amostra foi integrada por médicos ligados ao sistema privado de saúde: clínicos pertencentes a uma cooperativa prestadora de serviços médicos. Para a inclusão na pesquisa, foram selecionados médicos que não fossem neurologistas, neuropediatras ou neurocirurgiões, excluindo-se também aqueles especializados em procedimentos diagnósticos (imageologistas e laboratorialistas), ou que não atuassem no atendimento primário. Foram incluídos médicos de todas as outras especialidades, a não ser que recusassem a sua participação.

O trabalho de coleta de dados ocorreu entre julho de 2005 e abril de 2006. Inicialmente, foi realizado um levantamento dos médicos cooperados e, posteriormente, esses profissionais foram abordados, aleatoriamente, através de comunicação escrita, onde foram

expostos os objetivos da pesquisa, com uma solicitação de colaboração e o termo de consentimento para livre participação (APÊNDICES I e II). Em seguida à aceitação de participação no estudo, foi disponibilizado para cada um deles o questionário, a ser respondido individualmente e sem a presença dos pesquisadores, em seus consultórios, após o que eram recolhidos pela pesquisadora e o estudante de fisioterapia, aluno do programa de iniciação científica da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB (PIBIC/CNPq/UEPB), que recebeu treinamento específico para essa tarefa.

O instrumento de coleta de dados visto a seguir (Quadro I), continha três histórias clínicas, fictícias, que contemplavam todos os critérios diagnósticos explícitos, listados na Classificação Internacional das Cefaléias (ICHD II) (ANEXO II), referentes a quadros de MSA, CTTC e MCA (aura típica com cefaléia migranosa). A intenção era reproduzir uma situação semelhante à experimentada por um médico frente a um paciente com queixa de cefaléia.

Os diagnósticos corretos seriam:

- HISTÓRIA 1= MSA
- HISTÓRIA 2= CTTC
- HISTÓRIA 3= MCA

Cada relato ficcional possibilitava, por parte dos entrevistados, a elaboração de três hipóteses diagnósticas. Além disso, contemplava a possibilidade de investigar a solicitação ou não de exames complementares, a indicação de tratamento e a opção de encaminhamento a um especialista. Foi perguntado aos médicos participantes se conheciam a Classificação Internacional das Cefaléias, da Sociedade Internacional de Cefaléia.

QUESTIONÁRIO

IDADE: _____ **GÊNERO:** masculino () feminino () **ANO DE FORMATURA** _____

FORMAÇÃO: ()estágio ()residência ()mestrado ()doutorado **ESPECIALIDADE:** _____

HISTÓRIA I Paciente de 10 anos, feminino, com relato de crises de dor de cabeça há cerca de 04 anos, com frequência de 01 a 02 episódios/trimestre no último ano, caracterizadas por dor pulsátil, hemicrânia – ora à direita, ora à esquerda, de forte intensidade, acompanhadas por náuseas, fotofobia e fonofobia, piorando com atividades físicas rotineiras e melhorando com uso de analgésicos comuns. O exame clínico é normal.

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:1- _____

2- _____

3- _____

CONDUTA: 1- Solicito exames – EEG/TC/RX ()

2- Oriento e trato ()

3- Encaminho a especialista () Qual? _____

<p>HISTÓRIA II Paciente de 57 anos, feminino, do lar, com relato de cefaléia intermitente há mais de 20 anos, que se tornou diária nos últimos 02 anos, porém com intensidade leve a moderada. A dor geralmente é bilateral, com sensação de aperto e não impede as atividades rotineiras, mesmo quando acompanhada de fonofobia. O exame clínico é normal.</p> <p>HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:1- _____ 2- _____ 3- _____</p> <p>CONDUTA: 1- Solicito exames – EEG/TC/RX () 2- Oriento e trato () 3- Encaminho a especialista () Qual? _____</p> <p>HISTÓRIA III Paciente de 18 anos, masculino, estudante, com relato de episódios recorrentes de dor de cabeça nos últimos 06 meses, de forte intensidade, durando várias horas, pulsátil, mais freqüentemente localizada em região hemicrânia esquerda, geralmente iniciando-se com alterações visuais e dificuldade para falar reversíveis, além de fotofobia e fonofobia, náuseas e/ou vômitos. Essa dor o incapacita para suas atividades diárias. O exame clínico é normal.</p> <p>HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:1- _____ 2- _____ 3- _____</p> <p>CONDUTA: 1- Solicito exames – EEG/TC/RX () 2- Oriento e trato () 3- Encaminho a especialista () Qual? _____</p> <p>O SR(A) CONHECE A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DAS CEFALÉIAS, DA SOCIEDADE INTERNACIONAL DE CEFALÉIA? ()SIM ()NÃO</p>

Quadro 1. Histórias clínicas características de MSA (I), CTTC (II) e MCA (III).

4.1 Análise dos Dados

Adotamos os seguintes critérios para análise das respostas aos questionários:

- Priorizamos a hipótese diagnóstica inicial – 1ª. hipótese, visto que grande parte dos questionários não contemplava as 2ª. e 3ª. hipóteses.
- Consideramos os termos enxaqueca, hemicrania, cefaléia vascular e síndrome enxaquecosa como equivalentes a migrânea ou desordens migranosas, assim como o termo enxaqueca clássica equivalente a MCA e o termo enxaqueca comum equivalente a MSA.

- Os termos cefaléia cervicogênica, cefaléia por estresse e cefaléia tensional foram considerados equivalentes a CTT.

4.2 Análise Estatística

Análise descritiva:

As variáveis quantitativas (idade, anos de formatura) foram analisadas determinando-se os valores mínimos e máximos, e calculando-se média, desvios-padrão e mediana. Para as variáveis qualitativas (presença ou não de determinada variável), foram calculadas as freqüências absolutas e relativas.

Os resultados são mostrados em figuras, quadros e tabelas, gerados no programa Microsoft Excel da Microsoft Corporation.

4.3 Considerações Éticas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEPB (ANEXO I).

Nesta pesquisa respeitamos os quatro princípios consagrados na abordagem das questões de bioética, observando-se as recomendações contidas na Resolução No. 196, de 10 de outubro, de 1996, do Conselho Nacional de Saúde.

Deste modo foram assegurados os direitos e deveres que dizem respeito ao pesquisador e aos sujeitos da pesquisa, respeitando-se os princípios básicos da bioética, explicitados a seguir:

Autonomia – o informante tem preservada sua participação voluntária, independentemente de influências controladoras e assegurada sua ação intencional, após instrução com termo de consentimento pós-informação.

Beneficência – o informante amplia sua consciência sobre suas capacidades e/ou limitações na prática diagnóstica e colabora de maneira altruísta para com o conhecimento científico.

Não-maleficência – ao informante foi garantida a não-invasão de privacidade, a não-possibilidade de constrangimento de qualquer ordem e a preservação do anonimato.

Justiça – ao informante foi garantido tratamento igualitário na oportunidade de participação.

Foi elaborado um Termo de Consentimento Pós-Informação apresentado aos participantes da pesquisa, informando-os sobre seus objetivos, finalidades e técnica utilizada para coleta de dados (APÊNDICE II).

O pesquisador do estudo foi responsável pela condução do trabalho nos termos preconizados de proteção aos direitos individuais, segurança e bem-estar dos informantes, bem como pela manutenção da privacidade e sigilo dos dados coletados.

5. RESULTADOS

Entre julho de 2005 e abril de 2006, foram contatados 173 médicos conveniados a uma cooperativa médica na cidade de Campina Grande. Destes, 91 aceitaram participar da pesquisa (tabela 1). Entre os 91 participantes, 51 (56%) eram homens e 35(38,5%) mulheres e cinco (5,5%) não indicaram o gênero na ficha de identificação. A idade variou entre 27 e 70 anos, média de $44,8 \pm 09$ anos, mediana de 43 anos (tabela 2). O ano de formatura dos médicos entrevistados está na tabela 3.

Tabela 1. Número de médicos cooperados, contatados e participantes da pesquisa.

CASUÍSTICA	N	%
Médicos cooperados	462	100
Médicos contatados	173	37
Médicos entrevistados.	91	52,6 – 19,7 *
Médicos não entrevistados †	82	47,4 – 17,7*

* Percentuais em relação ao número de médicos contatados /em relação aos médicos cooperados.

† Médicos que se recusaram a responder o questionário.

Tabela 2. Distribuição das idades por faixa etária de 86* dos 91 médicos que responderam ao questionário.

Faixa etária (em anos)	N	%
27 a 30 †	4	4,6
31 a 40 †	22	25,8
41 a 50 †	36	41,8
51 a 60 †	19	22,0
61 a 70 †	5	5,8

* cinco entrevistados não informaram a idade.

Tabela 3. Ano de formatura de 88* dos 91 médicos que responderam ao questionário.

Faixa etária (em anos)	N	%
1960 a 1970 †	3	3,4
1970 a 1980 †	26	29,5
1980 a 1990 †	37	42,0
1990 a 2000 †	20	22,7
2000 ou superior †	2	2,2

* três entrevistados não informaram o ano de formatura.

Entre os participantes, a maioria apresentava especialização, através de residência médica (gráfico 1).

Gráfico 1. Distribuição dos participantes quanto à formação acadêmica.

A área de atuação dos médicos participantes está relacionada na tabela 4:

Tabela 4. Especialidades médicas* exercidas pelos médicos entrevistados.

Especialidade	N	%
Ortopedia	10	11
Ginecologia-obstetrícia	10	11
Cirurgia	10	11
Anestesiologia	07	7,7
Pediatria	06	6,6
Cardiologia	05	5,5
Endocrinologia	05	5,5
Reumatologia	03	3,3
Dermatologia	03	3,3
Clínica médica	03	3,3
Gastroenterologia	03	3,3
Oftalmologia	03	3,3
Mastologia	02	2,2
Nefrologia	02	2,2
Infectologia	02	2,2
Geriatria	02	2,2
Proctologia	02	2,2
Urologia	02	2,2
Otorrinolaringologia	02	2,2
Angiologia	01	1,1
Genética	01	1,1
Imunologia	01	1,1
Oncologia	01	1,1
Pneumologia	01	1,1
Terapia Intensiva	01	1,1

* cinco médicos não responderam.

5.1 Diagnósticos do caso clínico “migrânea sem aura”

Como primeira opção diagnóstica, 60 (66,2%) médicos afirmaram que este caso tratava-se de migrânea, considerando os termos: cefaléia vascular, migrânea, hemicrania, síndrome enxaquecosa e enxaqueca como equivalentes. Apenas dois (2,2%) participantes diagnosticaram o subgrupo migrânea sem aura. 16 outras hipóteses diagnósticas foram feitas, de patologias tão diversas tais como hipertensão arterial sistêmica, tumores e déficits visuais. Os diagnósticos dados para este caso estão descritos na tabela 5.

As condutas sugeridas pelos médicos entrevistados quanto à solicitação de exames, tratamento ou encaminhamento a especialistas estão descritas no gráfico 2. A maioria optou por não solicitar exame complementar ou tratar, preferindo fazer o encaminhamento para o neurologista.

Tabela 5. Diagnósticos dados para a história clínica “migrânea sem aura”

Diagnóstico	Número de respostas/percentual		
	1ª. hipótese N / %	2ª. hipótese N / %	3ª. hipótese N / %
1. Enxaqueca	54/59,3%	05/5,5%	02/2,2%
2. Não responderam	07/7,7%	52/57,1%	72/79,1%
3. Distúrbios visuais	05/5,5%	03/3,3%	04/4,4%
4. HAS*	03/3,3%	01/1,1%	01/1,1%
5. Tumor cerebral	03/3,3%	04/4,4%	03/3,3%
6. Enxaqueca clássica	03/3,3%	00	00
7. Migrânea	03/3,3%	00	00
8. Cefaléia	02/2,2%	03/3,3%	02/2,2%
9. Aneurisma	02/2,2%	03/3,3%	00
10.Cefaléia vascular	01/1,1%	00	00
11.Síndrome enxaquecosa	01/1,1%	00	00
12.Hipoglicemia	01/1,1%	00	00
13.Sinusite	01/1,1%	02/2,2%	02/2,2%
14.HIC**	01/1,1%	01/1,1%	00
15.Enxaqueca complicada	01/1,1%	00	00
16.Enxaqueca sem aura	01/1,1%	00	00
17.Migrânea sem aura	01/1,1%	00	00
18.Hemicrania	01/1,1%	00	00
19.Cefaléia por endocrinopatia	00	01/1,1%	00
20.Vasculopatia	00	01/1,1%	00
21.Cefaléia pré-menarca	00	01/1,1%	00
22.Epilepsia	00	02/2,2%	02/2,2%
23.Cefaléia de Horton	00	01/1,1%	00
24.Distúrbio neurovegetativo	00	02/2,2%	00
25.DCM***	00	01/1,1%	00
26.Cefaléia em salvas	00	01/1,1%	00
27.Má-formação vascular	00	01/1,1%	01/1,1%
28.Distúrbio hormonal	00	01/1,1%	00
29.Disritmia	00	00	01/1,1%
30.Cefaléia por esforço físico	00	01/1,1%	00
31.Isquemia	00	01/1,1%	00
32.Labirintite	00	01/1,1%	00
33.Cefaléia tensional	00	02/2,2%	01

* HAS= hipertensão arterial sistêmica. ** HIC= hipertensão intracraniana.

*** DCM= ? (não foi possível identificar esse diagnóstico).

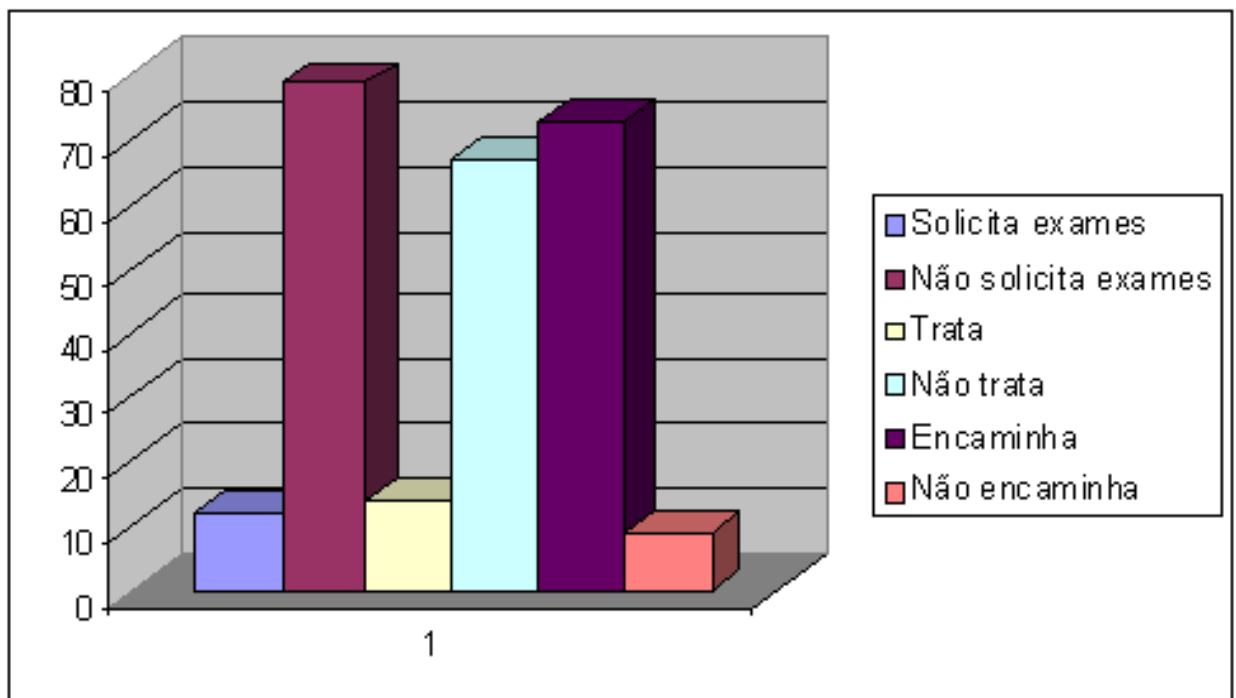


Gráfico 2. Conduta médica frente a quadro sugestivo de MSA.

5.2 Diagnósticos do caso clínico “cefaléia do tipo tensional crônica”

Optaram pelo diagnóstico de migrânea 35 (38,5%) participantes, somando-se os diagnósticos considerados como equivalentes. 14 (15,4%) acertaram o diagnóstico do grupo cefaléia tensional, aqui englobados os termos: cefaléia tensional, cefaléia cervicogênica e cefaléia por estresse. Apenas um (1,1%) estabeleceu o diagnóstico correto do subgrupo CTTC, mesmo que como terceira opção. 25 (27,5%) médicos optaram por diagnósticos outros que não cefaléia. Os diagnósticos dados para essa história clínica estão descritos na tabela 6.

A solicitação de exames, indicações terapêuticas e encaminhamento para especialistas estão descritos no gráfico 3. Também neste caso a maioria dos médicos, 59 (65%), escolheu encaminhar ao neurologista.

Tabela 6. Diagnósticos dados para a história clínica “cefaléia do tipo tensional crônica”

Diagnóstico	Número de respostas/percentual		
	1ª. hipótese N / %	2ª. hipótese N / %	3ª. hipótese N / %
1. Enxaqueca	31/34,1%	08/8,8%	01/1,1%
2. Cefaléia tensional	12/13,2%	07/7,7%	01/1,1%
3. HAS	12/13,2%	05/5,5%	03/3,3%
4. Não responderam	09/9,9%	47/51,6%	70/77%
5. Tumor cerebral	06/6,6%	00	04/4,4%
6. Cefaléia	05/5,5%	01/1,1%	01/1,1%
7. Aneurisma	02/2,2%	02/2,2%	01/1,1%
8. Hemicrania	02/2,2%	00	00
9. Cefaléia vascular	02/2,2%	00	00
10. Climatério	02/2,2%	02/2,2%	00
11. Cefaléia cervicogênica	01/1,1%	00	00
12. Cefaléia crônica diária	01/1,1%	00	00
13. HIC	01/1,1%	03/3,3%	00
14. Cefaléia por estresse	01/1,1%	00	00
15. Artrose cervical	01/1,1%	00	00
16. Enxaqueca clássica	01/1,1%	00	00
17. CTTE	01/1,1%	00	00
18. Má-formação vascular	01/1,1%	02/2,2%	00
19. Sinusite	00	02/2,2%	00
20. Cefaléia da menopausa	00	01/1,1%	00
21. Cefaléia p/alteração visual	00	01/1,1%	00
22. Vasculopatia	00	01/1,1%	00
23. Depressão	00	00	01/1,1%
24. Neurocisticercose	00	00	01/1,1%

25.Cefaléia por endocrinopatia	00	01/1,1%	00
26.Distúrbio neuro-vegetativo	00	00	01/1,1%
27.Labirintite	00	01/1,1%	00
28.Epilepsia	00	00	01/1,1%
29.Distúrbio coluna cervical	00	01/1,1%	00
30.Ataque isquêmico transitório	00	02/2,2%	00
31.Déficit visual	00	01/1,1%	05/5,5%
33.Cefaléia AA*	00	01/1,1%	00
34.Enxaqueca transformada	00	01/1,1%	00
35.Neuropatia	00	01/1,1%	00
36.CTTC	00	00	01/1,1%

* Cefaléia AA= ? (não foi possível identificar esse diagnóstico).

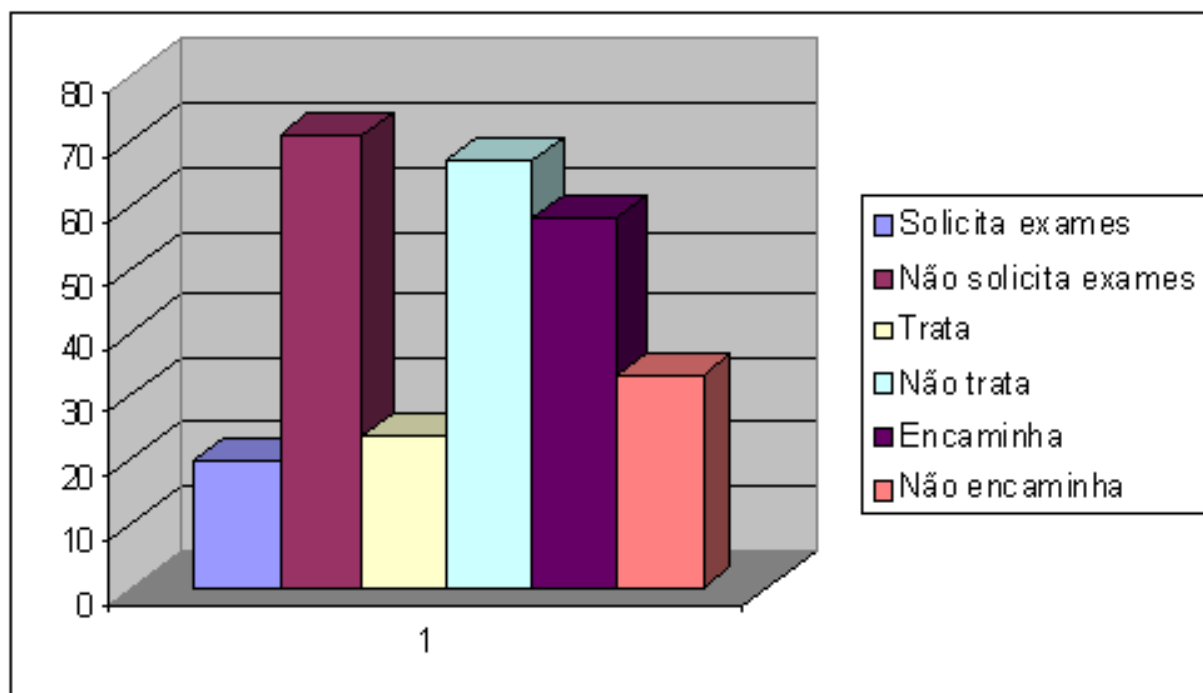


Gráfico 3. Conduta médica frente a quadro sugestivo de CTTC.

5.3 Diagnósticos do quadro clínico “migrânea com aura”

As respostas encontradas estão descritas na tabela 7. Levando-se em conta que consideramos termos equivalentes como diagnósticos válidos, 26 (28,6%) diagnosticaram migrânea (sendo dois (2,2%): hemicrania; dois (2,2): migrânea; um (1,1%): cefaléia vascular e 21 (23,1%): enxaqueca). Apenas um (1,1%) escolheu migrânea com aura (enxaqueca clássica), acertando o diagnóstico do subgrupo. Houve, inesperadamente, uma alta opção nessa história pelo diagnóstico de tumor cerebral.

Os dados sobre solicitação ou não de exames, indicação ou não de tratamento e se fariam encaminhamento para outro especialista estão descritos no gráfico 4.

Tabela 7. Diagnósticos dados para a história clínica “migrânea com aura”

Diagnóstico	Número de respostas/percentual		
	1ª. hipótese N / %	2ª. hipótese N / %	3ª. Hipótese N / %
1.Tumor cerebral	25/27,5%	15/16,5%	03/3,3%
2.Enxaqueca	21/23,1%	07/7,7%	02/2,2%
3.Aneurisma	10/11%	09/9,9%	06/6,6%
4.Não responderam	07/7,7%	36/39,6%	68/74,7%
5.Cefaléia	05/5,5%	02/2,2%	01/1,1%
6.HAS	04/4,4%	02/2,2%	03/3,3%
7.HIC	03/3,3%	02/2,2%	01/1,1%
8.Hemicrania	02/2,2%	01/1,1%	00
9.Cefaléia em salvas	02/2,2%	01/1,1%	00
10.Migrânea	02/2,2%	00	00
11.CTT	02/2,2%	02/2,2%	01/1,1%
12.Cefaléia Vascular	01/1,1%	02/2,2%	00
13.Estresse	01/1,1%	02/2,2%	00
14.Enxaqueca clássica	01/1,1%	00	00
15.Má-formação Vascular	01/1,1%	03/3,3%	00
16.Enxaqueca hemiplégica	01/1,1%	00	00
17.Ictus transitório	01/1,1%	00	00
18.Cefaléia secundária	01/1,1%	00	00
19.Dismenorréia	01/1,1%	00	00
20.Hematoma subdural	00	01/1,1%	00
21.Labirintopatia	00	01/1,1%	00
22.Arterite temporal	00	00	01/1,1%
23.Sinusite	00	00	01/1,1%
24.Síndrome enxaquecosa	00	01/1,1%	00
25.Epilepsia	00	01/1,1%	01/1,1%
26.Encefalite	00	00	01/1,1%
27.SIDA*	00	00	01/1,1%
28.Déficit visual	00	00	01/1,1%
29.Isquemia	00	02/2,2%	00
30.Enxaqueca com Aura	00	01/1,1%	00

*SIDA= Síndrome da imunodeficiência adquirida

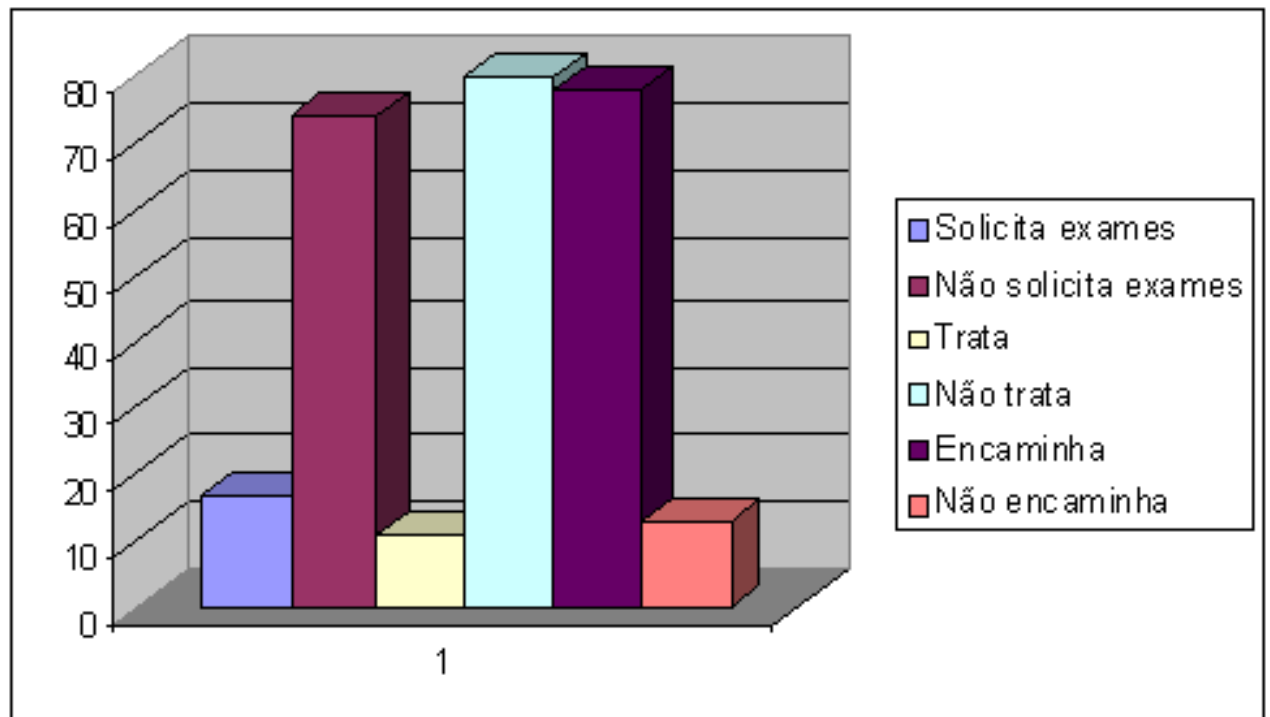


Gráfico 4. Conduta médica frente a quadro sugestivo de MCA.

Do total de entrevistados, apenas 16 (17,6%) afirmaram conhecer a Classificação Internacional das Cefaléias (ICHD), elaborada pela Sociedade Internacional de Cefaléia em 1988 e revisada em 2004.

6. DISCUSSÃO

6.1 Da Classificação das Cefaléias

6.1.1 A Importância da ICHD-II

A cefaléia, como qualquer outro tipo de dor, é um sintoma que pode ter diferentes causas; e, como sintoma, pode ocorrer como parte de uma desordem ou constituir-se na própria desordem. A cefaléia é uma experiência humana quase universal, para alguns como sintoma ocasional ou episódico, para outros como manifestação de uma doença crônica ou secundária a uma lesão pré-existente.

O diagnóstico correto dos diversos tipos de cefaléia é o primeiro passo para um tratamento eficaz: é preciso distinguir entre uma cefaléia primária - como migrânea ou cefaléia tensional, e uma cefaléia secundária - devido a tumores, infecções ou traumas, por exemplo.

Desde 1988, a IHS instituiu um sistema de classificação que foi o início de uma padronização para o diagnóstico das cefaléias. Esse sistema foi revisado em 2003 e publicado em 2004, na revista *Cephalalgia*, vol. 24, suppl I, com indicação precisa por parte daquela sociedade, para ser usada por médicos, tanto na prática clínica quanto na pesquisa. A intenção da IHS, segundo OLESEN e LIPTON (2006), é embasar o ensino da classificação e diagnóstico das cefaléias, melhorando assim o tratamento dos seus portadores. Para isso, é

necessária a aderência de pesquisadores e médicos ao uso do mesmo sistema diagnóstico, de forma clara e precisa.

Ao clínico é imprescindível fazer o diagnóstico do grupo, ex: migrânea, para poder orientar o tratamento mais adequado. Neurologistas clínicos e cefaliatras fariam um diagnóstico mais preciso, ex: tipos, subtipo, subformas de migrânea.

6.1.2 A ICHD-II é Conhecida pelos Médicos em Geral?

Em nosso estudo, dos 91 médicos pesquisados, apenas 16 (17,6%) afirmaram conhecer a ICHD-II. Desse total, um (6,25%) diagnosticou migrânea para os casos de MCA e MSA, dois (12,5%) diagnosticaram cefaléia tensional no caso de CTTC, e um (6,25%) diagnosticou migrânea nos casos de MCA e MSA, e cefaléia tensional no caso de CTTC. Dos 75 restantes (82,4%), que disseram desconhecer a ICHD-II, um (1,3%) fez o diagnóstico de migrânea no caso de MSA, e um (1,3%) diagnosticou o subtipo migrânea sem aura. Nove (12%) diagnosticaram cefaléia tensional para CTTC. Observamos entre esses clínicos o uso prevalente do termo enxaqueca: a maioria fez a opção pelo diagnóstico de enxaqueca tanto no caso de MSA, quanto no caso de CTTC.

Nossos dados sugerem o desconhecimento por parte dos clínicos, de diversas especialidades, da ICHD-II, mesmo entre aqueles que afirmaram conhecê-la. Infelizmente não encontramos na literatura estudos que investiguem o conhecimento, o uso da nova taxonomia ou a aplicação dos critérios diagnósticos da ICHD-II, por médicos não-neurologistas.

Não há como negar que a evolução na classificação das cefaléias alavancou os estudos sobre essa desordem neurológica. Hoje, há uma melhor comunicação entre os interessados e avanços significativos nas pesquisas e melhor entendimento e reconhecimento dos diferentes tipos de cefaléias, com conseqüente melhoria no tratamento. Entretanto, esses avanços parecem não chegar aos profissionais que atuam fora dos centros especializados.

6.2 Do Diagnóstico das Cefaléias

6.2.1 Comportamento do Paciente

Diversos estudos têm mostrado que as cefaléias são a principal razão de consulta ao neurologista e representam 1% a 3% de todas as consultas feitas na emergência e atendimento primário (SILBERSTEIN & SILBERSTEIN, 1990; BARTON, 1994; RYAN & PEARLMAN, 2004).

A maioria dos portadores de cefaléia não procura atendimento médico por esse motivo, minimizando ou banalizando o sintoma cefaléia. Tal fato é bem conhecido na literatura: POEST & GUBBELS (1986) observaram que o percentual de pessoas que procurou um médico por causa de cefaléia variou entre 12 a 23%, sendo 18% mulheres e 13% homens. LINET *et al.*, (1989) relataram que 85% dos homens e 72% das mulheres nunca consultaram um médico devido a sua cefaléia. RASMUSSEN *et al.*, (1992), estimaram que apenas 16% dos pacientes com CTT e 56% dos migranosos procuraram um médico. Esse número diminui quando a procura é pelo especialista: 4% dos portadores de CTT e 16% dos migranosos. STEWART *et al.*, (1992) e PRYSE-PHILLIPS *et al.*, (1992) referiram que 60 % dos migranosos consultam um médico sobre sua cefaléia. Desses, menos da metade recebe o diagnóstico de migrânea. Tal fato é corroborado pelo American Migraine Study (I e II): LIPTON *et al.*, (1998 e 2001) verificaram que menos da metade dos migranosos procura um médico e que apenas 40% deles têm um diagnóstico estabelecido. EDMEADS *et al.*, (1993) encontraram 54% de migranosos e 45% de portadores de CTT que consultam um médico. Desses, apenas 32% voltam para o seguimento.

Diante dessas evidências, alguns autores têm procurado entender os motivos pelos quais o sintoma cefaléia não é valorizado. LIPTON *et al.*, (1992) acreditam serem os migranosos inconscientes de seu diagnóstico e de que a migrânea seja um distúrbio tratável. TOPCZEWSKI (1997) cita a impossibilidade de realizar exames complementares como motivo para não proceder à consulta médica.

6.2.2 Atendimento Médico

Dentre os indivíduos que procuram atendimento médico, é consenso na literatura ser o clínico geral o mais procurado no cuidado inicial em cefaléias. Segundo LIPTON &

STEWART (1993), em estudo americano, a maioria consultou o médico da família, seguido por pediatra, oftalmologista e neurologista. Otorrinolaringologista e ginecologistas/obstetras também foram consultados. Dentre os pacientes que inicialmente procuraram o neurologista, a maioria é de migranosos. VINCENT & FREITAS DE CARVALHO (1999) também encontraram resultados semelhantes: a procura inicial é pelo clínico geral, seguido de neurologista, oftalmologista e otorrinolaringologista.

Esses dados demonstram serem o clínico geral e aquele profissional médico que atende nas emergências e no pronto-atendimento os receptores do fluxo inicial de atendimento aos portadores de cefaléias. É sua responsabilidade saber diagnosticá-los, tratá-los e encaminhá-los, quando necessário, ao especialista.

Em nosso estudo, os 91 médicos pesquisados distribuíram-se por 25 especialidades diferentes, dentre as quais: clínicos gerais, otorrinolaringologistas, oftalmologistas, pediatras e ginecologistas. Essa pulverização na distribuição das especialidades médicas não nos permitiu fazer uma análise significativa correlacionando-as com o nível de acerto diagnóstico.

6.2.3 Diagnósticos Realizados

6.2.3.1 Caso Clínico 1: Migrânea sem Aura

Nesse exemplo, a opção pelo diagnóstico de migrânea foi feita pela maioria dos entrevistados (66,2%). Tal fato difere dos dados encontrados na literatura, que apontam para o subdiagnóstico de migrânea (STEINER *et al.*, 2000; LIPTON *et al.*, 2001; DOWSON *et al.*, 2002). Esta discrepância deve-se, provavelmente, ao fato dos nossos pesquisados terem conhecimento de que o estudo, orientado por neurologista, avaliaria a conduta do médico nos casos de cefaléias, o que os influenciaria a escolher migrânea como hipótese diagnóstica. Essa possibilidade fundamenta-se no fato de que, entre os que optaram pelo diagnóstico de migrânea, grande parte o fez sem conhecer e utilizar os critérios diagnósticos da IHS.

Em segundo lugar, como opção diagnóstica, tivemos ‘outros diagnósticos’, aí incluídos déficits visuais, HAS, tumores cerebrais, aneurismas, hipoglicemia, sinusopatia e HIC, que foram escolhidos por 15,4% dos entrevistados. Aqui também encontramos resultados diferentes de outros estudos: SILBERSTEIN *et al.*, 1998, LIPTON *et al.*, 2001, RYAN & PEARLMAN, 2004, demonstram ser as sinusopatias o diagnóstico mais lembrado e confundido com as cefaléias primárias.

A não utilização dos critérios diagnósticos da IHS para as cefaléias é, segundo LIPTON *et al.*, (2004), OLESEN (2005) e ERIKSEN *et al.*, (2005), a principal causa de erro diagnóstico; e para nós explica o fato de 8,8% dos médicos terem optado pelo diagnóstico de outros tipos de cefaléias, tais como: MCA, cefaléia, cefaléia por distúrbios visuais e enxaqueca complicada; assim como o desconhecimento desses critérios explicaria a não realização de diagnóstico em 7,7% dos casos.

Apenas dois pesquisados fizeram o diagnóstico do tipo e subtipo da cefaléia, embora um deles tenha afirmado desconhecer a ICHD-II.

6.2.3.2 Caso Clínico 2: Cefaléia Tipo Tensional Crônica

Apenas 16,5% dos médicos entrevistados fizeram o diagnóstico de cefaléia do tipo tensional. Nenhum diagnosticou o subtipo. A CTT não diagnosticada não é uma condição rara. Apesar da sua alta prevalência, freqüentemente esse diagnóstico é negligenciado pelo paciente e pelos médicos, principalmente devido ao fato de ser uma cefaléia menos incapacitante (LIPTON *et al.*, 2002; BIGAL *et al.*, 2001; HOLROYD *et al.*, 2000).

No nosso estudo, a maioria dos entrevistados optou pelos diagnósticos de migrânea e de outras patologias, em 38,5% e 27,5% dos casos, respectivamente. ‘Outros diagnósticos’ incluem condições como HAS, tumores cerebrais, aneurismas cerebrais, climatério, arterite temporal, má-formação vascular encefálica e HIC. Estes achados são similares a dados da literatura. VINCENT & FREITAS DE CARVALHO (1999) mostram que o diagnóstico correto de CTT foi feito por não-especialistas em apenas 6,7% dos casos, sendo que grande parte dos casos foi diagnosticada como migrânea, outros apenas como cefaléia, outros tiveram

o diagnóstico de problemas emocionais ou não foi feito nenhum diagnóstico. SCHOENEN & JENSEN (2006) discutem a dificuldade do diagnóstico diferencial entre CTT e algumas formas de migrânea, evidenciando que a ICHD-II traz um apêndice com critérios diagnósticos alternativos para CTT.

6.2.3.3 Caso Clínico 3: Migrânea com Aura

Chama a atenção neste exemplo o percentual de ‘outros diagnósticos’ em substituição ao diagnóstico de MCA. 50,5% dos entrevistados escolheram diagnósticos como tumores e aneurismas cerebrais, além de HAS e HIC, má-formação vascular encefálica, ataque isquêmico transitório, estresse e dismenorréia, que também foram lembrados. Talvez, a presença de sinais focais, embora reversíveis, tenha levado ao erro diagnóstico. Isto é particularmente mais grave quando se verifica que a presença desses sintomas é que motiva os pacientes a procurarem um médico, segundo CUTRER & OLESEN (2006). É importante ressaltar que o questionário utilizado neste estudo retira a subjetividade da aura, presente quando é referida por um paciente, e reproduz os critérios diagnósticos explícitos da ICHD-II,

evidenciando mais uma vez que o desconhecimento desses critérios é que leva ao erro diagnóstico.

12,1% optaram por ‘outras cefaléias’, dentre elas: cefaléia, cefaléia tensional, cefaléia em salvas, enxaqueca hemiplégica e cefaléia secundária. Mais uma vez, fica claro o desconhecimento dos critérios da IHS por parte dos profissionais que escolheram estas hipóteses diagnósticas

Apenas um pesquisado acertou o diagnóstico de MCA e, embora tenha usado o termo enxaqueca clássica, afirmou conhecer a ICHD-II. 28,6% optaram pelo diagnóstico de migrânea, acertando o diagnóstico do grupo.

É reconhecida pela literatura a dificuldade do diagnóstico de MCA devido à complexidade de sua sintomatologia (ERICKSEN *et al.*, 2004), porém o uso dos critérios diagnósticos da ICHD-II tem valor preditivo alto para os casos de migrânea (SILBERSTEIN, 2000).

6.2.4 Solicitação de Exames

No presente trabalho, verificou-se que a maioria dos profissionais preferiu não solicitar exames complementares, tais como eletroencefalograma (EEG)/Rx de crânio e/ou seios da face/tomografia computadorizada do crânio (CT).

VINCENT & FREITAS DE CARVALHO (1999) apresentam essa associação de exames complementares como a mais solicitada por não especialistas para avaliação nos quadros de cefaléias, sendo o EEG o mais solicitado, seguido de Rx dos seios da face e CT de crânio. BIGAL *et al.*, (2000), avaliando retrospectivamente atendimentos para cefaléias em

unidade de emergência em hospital de Ribeirão Preto, demonstraram que, entre os pacientes não internados, os exames mais solicitados foram Rx de crânio/face, seguidos de CT de crânio e punção liquórica (PL).

Diversos trabalhos comprovam ser os custos das cefaléias consideravelmente altos, tanto para os seus portadores quanto para a sociedade. Muitos desses trabalhos relacionam os gastos com exames complementares como componente importante na mensuração desses custos (BERG & STOVNER, 2005; BERG, 2004; LIPTON *et al.*, 2003; GÖBEL, 2003).

Sabemos que o diagnóstico das cefaléias primárias é feito clinicamente e que não existem marcadores biológicos para essa desordem, sendo, contudo, importante afastar a possibilidade de tratar-se de uma cefaléia secundária. Grande parte dessas cefaléias não necessita de investigação diagnóstica através de exames complementares, desde que preencham os critérios diagnósticos da IHS. Na presença de uma história atípica ou anormalidades clínicas é necessário que se proceda essa investigação, optando-se por métodos de neuroimagem SCHOENEN & JENSEN, 2006, (apud *Demaerel et al.* e *Wöber-Bingol et al.*). A solicitação de EEG é apenas onerosa e não tem resolução diagnóstica nos casos de cefaléia, visto que as alterações que podem ser encontradas são infrequentes e inespecíficas (GRONSETH & GREENBERG, 1995). SILBERSTEIN (2000) demonstra que apenas 0,18% dos pacientes migranosos tem exames complementares anormais.

O achado, neste trabalho, do predomínio da não solicitação de exames complementares por parte dos entrevistados, que poderia indicar um acerto na condução de casos de cefaléias primárias, torna-se questionável quando sabemos que esses profissionais fizeram tal opção sem se basear nos critérios diagnósticos da IHS.

6.2.5 Indicação do Tratamento

Encontramos nesse estudo uma tendência por parte dos entrevistados em não indicar nenhum tipo de tratamento. Esse comportamento pode estar relacionado ao fato de que os profissionais que diagnosticaram esses casos clínicos respondiam a um questionário hipotético e, diferentemente do que acontece na prática clínica, não se encontravam sob a pressão de proporcionar alívio a um paciente.

Na literatura, registra-se um grande número de trabalhos que revelam a indicação de tratamento para a maioria dos pacientes que procuram atendimento médico, quase todos priorizando os tratamentos abortivos, através do uso de analgésicos e antiinflamatórios não hormonais (BENDTSEN *et al.*, 1996; PRYSE-PHILLIPS *et al.*, 1997; VINCENT & FREITAS DE CARVALHO, 1999; LIPTON & STEWART, 1999; DAVIES *et al.*, 2000; SILBERSTEIN, 2000; LIPTON *et al.*, 2001; MATHEW, 2003). Sabemos que o abuso no uso de analgésicos simples e ergóticos induz a cefaléia de rebote e cefaléia crônica diária, além de associar sintomas de dependência e culminar com refratariedade da cefaléia à medicação profilática (SILBERSTEIN *et al.*, 1998; LIMMROTH *et al.*, 2002; KATSARAVA *et al.*, 2004). Essa é uma informação que necessariamente deve chegar aos médicos, de maneira enfática, para começar a produzir uma mudança nessa realidade.

6.2.6 Encaminhamento ao Especialista

Quase que a totalidade dos nossos entrevistados optou pelo encaminhamento do paciente a outros especialistas. O neurologista foi o mais indicado nos três casos clínicos. Acreditamos que essa resposta seja decorrente do fato desses profissionais terem sido abordados por um neurologista, tendo em vista que, mesmo naqueles diagnósticos de patologias não-neurológicas, a opção pelo encaminhamento ao neurologista prevaleceu. Para nós, isto pode se configurar em importante viés e, conseqüentemente, estes dados não foram considerados.

Ressaltamos que o maior problema a ser enfrentado no manejo das cefaléias é o diagnóstico incorreto e o conseqüente tratamento inadequado dessa desordem, no cuidado inicial; e, aqui, há que se destacar a atuação do médico não-neurologista, freqüentemente desmotivado e não treinado para fazer o diagnóstico adequado das cefaléias (LIPTON *et al.*, 1988/2001; MATHEW, 1998). A melhor conduta em relação a este problema seria colocar os médicos, de maneira generalizada, em contato com os critérios da ICHD-II por meio de

programas de educação continuada ou treinamentos, através dos quais passariam a ter condições de diagnosticar, tratar e distinguir comorbidades nessa classe de pacientes, encaminhando ao neurologista apenas os casos de maior grau de dificuldade. O segundo passo seria a socialização, entre os médicos, de *screenings* já validados, elaborados com o propósito de facilitar a abordagem diagnóstica por parte de um profissional que tem outra formação médica e outros interesses ou atua em uma estrutura que não lhe permite tempo suficiente para proceder a uma consulta médica mais detalhada (LIPTON *et al.*, 2003; RAPOPORT & BIGAL, 2004; EDMEADS, 2004).

7. CONCLUSÕES

Os dados discutidos neste estudo mostram:

1. Médicos não-neurologistas tiveram dificuldade em realizar o diagnóstico diferencial dos tipos mais freqüentes de cefaléias primárias: MSA, CTTC e MCA. Houve uma tendência em considerar como migrânea qualquer tipo de cefaléia crônica, o que causou um subdiagnóstico da CTTC.
2. A maioria dos médicos não-neurologistas entrevistados, incluindo aqueles com especialização através de residência médica, desconhecia os critérios diagnósticos explícitos da ICHD-II da IHS.
3. A forma clínica de MSA foi a mais reconhecida como migrânea.
4. A forma clínica de CTTC foi a menos diagnosticada, sendo confundida em primeiro lugar com migrânea, seguindo-se HAS e tumores cerebrais. Esse dado reforça a correlação entre o desconhecimento dos critérios da IHS e o erro no diagnóstico das cefaléias.
5. A forma clínica de MCA foi a mais confundida com cefaléias secundárias a lesões intracerebrais, tais como tumores e aneurismas; embora parcela considerável a tenha identificado como migrânea.
6. Dentre os diagnósticos feitos que não eram de cefaléia, os mais citados foram: tumores intracerebrais, HAS e aneurismas cerebrais, notadamente nos casos de MCA e CTTC.
7. A maioria dos entrevistados não solicitou exames complementares, a despeito de uma porcentagem significativa ter suspeitado da existência de patologias subjacentes.
8. A maioria dos entrevistados optou por não tratar, preferindo fazer o encaminhamento para um neurologista.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAMS F, ed. And trans. The extant works of Arataeus, the Cappadocian. London: The New Sydenham Society, 1967

ASHINA S; BENDTSEN L; ASHINA M. Pathophysiology of tension-type headache. *Curr Pain Headache Rep*; 9 (6): 415-22, 2005 Dec.

BAREA LM; TANNHAUSER M; ROTTA NT. An epidemiologic study of headache among children and adolescents of Southern Brazil. *Cephalalgia*; 16: 545-49, 1996.

BARTON CW. Evaluation and treatment of headache in the emergency department: a survey. *Headache*; 34: 91-4, 1994.

BELAM J; KERNICK D; KLINE F; LINDLEY K; McWATT J; MITCHELL A; REINHOLD D. A qualitative study of migraine involving patient researchers. *Br J Gen Pract*; 55 (511): 87-93, 2005 Feb.

BENDTSEN L. Central sensitization in Tension-type headache – possible pathophysiological mechanisms. *Cephalalgia*; 20: 486-508, 2000.

_____. Sensitization: its role in primary headache. *Curr Opin Invert Drugs*; 3 (3): 449-53, 2002 Mar.

_____. Central and peripheral sensitization in tension-type headache. *Curr Pain Headache Rep*; 7 (6): 460-65, 2003 Dec.

BENDTSEN L; JENSEN R; OLESEN J. A non-selective (amitriptyline) and not a selective (citalopram) serotonin reuptake inhibitor is effective in the prophylactic treatment of chronic tension-type headache. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*; 61: 285-90, 1996.

BENDTSEN L; SCHOENEN J. Synthesis of tension-type headache mechanisms. In: *The Headaches*. 3rd Edition. Lippincot William &Wilkins; p. 679-83, 2006.

BERG J. Economic evidence in migraine and other headache: a review. *Eur J Health Econ*; 5 Suppl 1: 543-54, 2004 Oct.

BERG J; STOVNER LJ. Cost of migraine and other headache in Europe. *Eur J Neurol*; 12 Suppl 1: 59-62, 2005 Jun.

BIGAL ME; BORDINI CA; SPECIALI JG. Etiology and distribution of headache in two brazilian primary care units. *Headache*; 40: 241-47, 2000.

BIGAL ME; SHEFTELL FD; RAPOPORT AM; LIPTON RB; TEPPER SJ. Chronic daily headache in a tertiary care population: correlation between the International headache Society diagnostic criteria and proposed revisions of criteria for chronic daily headache. *Cephalalgia*; 22: 432-38, 2002.

BIGAL ME; TEPPER SJ; RAPOPORT AM; SHEFTELL FD. Primary chronic daily headache and its subtypes in adolescents and adults. *Neurology*; 63 (5): 843-47, 2004.

BIGAL ME; BIGAL JM; BETTI M; BORDINI CA; SPECIALI JG. Evaluation of the impact of migraine and tension-type headache on the quality of life and performance of a university student population. *Headache*; 41: 710-19, 2001.

BIGAL ME; FERNANDES LC; BORDINI CA; SPECIALI JG. Custos hospitalares das cefaléias agudas em uma unidade de emergência pública brasileira. *Arq Neuro-Psiquiatr*; 38 (3 A), 2000 Set.

BOARDMAN HF; THOMAS E; CROFT PR; et al. Epidemiology of headache in an English district. *Cephalalgia*; 23 (2): 129-37, 2003.

CARRERA P; STENIRRE S; FERRARI M; BATTISTINI S. Familial hemiplegic migraine: a ion channel disorder. *Brain Res Bull*; 56 (3-4): 239-41, 2001.

CELIK Y; EKUKLU G; TOKUÇ B; UTKU V. Migraine prevalence and some related factors in Turkey. *Headache*; 45 (1): 32-6, 2005 Jan.

CLIFFORD F. The history of migraine from Mesopotamian to medieval times. *Cephalalgia*; Suppl 15: 1-3, 1995.

CRITCHLEY M. Migraine from Capadocia to Queen Square. In: *Background to Migraine*. Vol 1; pp. 28-38. London, Heinemann, 1967

CUTRER FM; OLESEN J. Migraines with aura and their subforms. In: *The Headaches*/edited by Jes Olensen *et al* – 3rd edition; p. 407-21, 2006.

DAHLÖF C; LINDE M. One year prevalence of migraine in Sweden: a population-based study in adults. *Cephalalgia*; 11: 223-27, 2001.

DAVIES GM; SANTANELLO N; LIPTON RB. Determinants of patient satisfaction with migraine therapy. *Cephalalgia*; 20: 554-60, 2000.

DIAMOND S. Tension-type headache. *Clin Cornerstone*; 1 (6): 33-44, 1999.

DOMINGUES RB; KUSTER GW; DUTRA LA; SANTOS JG. Headache epidemiology in Vitória, Espírito Santo. *Arq Neuropsiquiatr*; 62 (3 A): 588-91, 2004 Sep.

DOWSON AJ; LIPSCOMBE S; SENDER J; REES T; WATSON D + MIPCA Migraine Guidelines Development Group. Migraine in primary care advisors/ New guidelines for the management of migraine in primary care. *Curr Med Res Opin*; 18 (7): 414-39, 2002.

EDMEADS J. The treatment of headache: a historical perspective. In: Galagher RM editor. Drug therapy for headache. New York: Marcel Dekker Inc; p. 1-18, 1990.

_____. Is there an easy way to diagnose migraine? Challenges faced by primary care physicians include lack of time, training. Postgrad Med; 115 (4): 55-58, 2004.

EDMEADS J; FINDLAY H; TUGWELL P; et al. Impact of migraine and tension-type headache on life-style, consulting behaviour and medication use: a Canadian population survey. Can J Neurol Sci; 20: 131-37, 1993.

ERICKSEN MK; THOMSEN LL; RUSSEL MB. Prognosis of migraine with aura. Cephalalgia; 24 (1): 18-22, 2004.

ERIKSEN M; THONSEN L; OLESEN J. Sensitivity and specificity of new international diagnostic criteria for migraine with aura. J Neurol Neurosurg Psychiatry; 76: 212-17, 2005.

ESTEVEZ M; GARDNER KL. Update on the genetics of migraine. Human Genetic; 114: 225-235, 2004.

FARIAS DA SILVA W; SAMPAIO MCF; COSTA NETO J; SENA WD; LIMA J; VALENÇA MM. Prevalência de cefaléia no transcorrer da vida em uma amostra da região metropolitana de Recife. Migrâneas, Cefaléias; vol 8, n. 4, p. 104-06, 2005 Dez.

_____. Migrânea; Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Cefaléia, p. 62-85, 2005.

FRIBERG L; OLESEN J; IVERSEN HK; SPERLIN B. Migraine pain associated with middle cerebral artery dilatation: reversal by sumatriptan. Lancet; 338: 13-17, 1981.

GOBEL H; PETERSEN-BRAUN M; SAYKA D. The epidemiology of headache in Germany: a nationwide survey of a representative sample on the basis of the headaches classification of the International Headache Society. Cephalalgia; 14 (2): 97-106, 1994.

GÖBEL H. Classification of headaches. *Cephalalgia*; 21: 770-73, 2001.

GÖBEL H. Health care utilization for in-patient headache therapy. In: Lipton R, Steiner T, Olesen J (eds). *Reducing the burden of headache*. Oxford; p. 185-88, 2003.

GRONSETH GS; GREENBERG MK. The utility of the electroencephalogram in the evaluation of patients presenting with headache: a review of the literature. *Neurology*; 45: 1263-67, 1995.

GUPTA VK. Chronic daily headache with analgesic overuse: epidemiology and impact on quality of life. *Neurology*; 63 (7): 1341; author reply 1341, 2004 Oct 12.

HAGEN K; VATTEN L; STOVNERZJ; et al. Low socioeconomic status is associated with increased risk of frequent headache: a prospective study of 22,718 adults in Norway. *Cephalalgia*; 22:672-79, 2002.

HEADACHE CLASSIFICATION COMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia*; 8 Suppl 7: 1-96, 1988.

HEADACHE CLASSIFICATION COMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY. The International Classification of Headache Disorders. 2nd Edition. *Cephalalgia*; 24 Suppl 1: 1-160, 2004.

HENRY P; AURAY JP; GAUDIN AF, et al. Prevalence and clinical characteristics of migraine in France. *Neurology*; 59: 232-37, 2002.

HOLROYD KA. Behavioral and psychologic aspects of the pathophysiology and management of tension-type headache. *Curr Pain Headache Rep*; 6 (5): 401-07, 2002 Oct.

HOLROYD KA; STENSLAND M; LIPCHIK GL; et al. Psychosocial correlates and impact of chronic tension-type headaches. *Headache*; 40: 3-16, 2000.

ISLER H; KOEHLER PJ. History of the headaches. In: The Headaches. 3rd Edition. Lippincot William & Wilkins; p. 1-7, 2006.

ISLER H. The Galenic tradition and migraine. J Hist Neurosci; 1: 227-233, 1992.

_____. Thomas Willis' chapters on headache of 1672. Headache; 26: 95-98, 1986.

_____. Johann Jakob Wepfer (1620-1695): Discoveries in Headache. Cephalalgia; Suppl 3: 424-425, 1985.

JENSEN R. Peripheral and central mechanisms in tension-type headache: an update. Cephalalgia; 23 Suppl 1: 49-52, 2003.

KAISER P, ed. *Hildegardis causae et curae*. Lipsiae: in aedibus B G Teubineri, 1903: 90.

KARBOWSKI K. Samuel Auguste Tissot (1728-1797). His research on migraine. J Neurol; 233 (2): 123-125, 1986

KATSARAVA Z; SCHECEWEISS S; KURTH T; KROCNER U; FRITSCH G; EIKERMANN A; DIENER HC; LIMMNOTH V. Incidence and predictors for chronicity of headache in patients with episodic migraine. Neurology; 62 (5): 788-90, 2004 Mar 9.

LANCE JW; GOADSBY PJ. The history of headache. Sixth ed. Butter-Worth-Heinemann: Reed Educational and Professional Publishing Ltd; p. 01-08, 1998.

LAVADOS PM; TENHAMM E. Epidemiology of tension-type headache in Santiago, Chile: a prevalence study. Cephalalgia; 18 (8): 552-58, 1998.

LES POIS C. (Piso, Carolus). *Selectiorum observationum et consiliorum de praeteritis hactenus morbis, effectibusque praeter naturam ab aqua, seu serosa et diluvie, ortis liber singularis*. Lugduni Batavorum: 1733 (Ponti ad Monticulum (Pont-à-Mousson): 1618).

LIPMAN AG. Pain as a human right: the 2004 Global Day Against Pain. *J Pain Palliat Care Pharmacother*; 19 (3): 85-100, 2005.

LIPTON RB; STEWART WF; DIAMOND S; et al. Prevalence and burden of migraine in the United States: data from the American Migraine Study II. *Headache*; 41: 646-57, 2001.

LIPTON RB; LIBERMAN JN; KOLODNER KB; BIGAL ME; DAWSON A; STEWART WF. Migraine headache disability and health-related quality-of-life: a population-based case-control study from England. *Cephalalgia*; 23: 441-450, 2003

LIPTON RB; BIGAL ME. Epidemiology of migraine in Latin America: an editorial. *Headache*; 45 (2): 103-4, 2005 Feb.

LIPTON RB; BIGAL ME; STEINR TJ; SILBERSTEIN SD; OLESEN J. Classification of primary headaches. *Neurology*; 63 (3): 427-35, 2004.

LIPTON RB; CODY RK; STEWART WF; WILKS K; HALL C. Diagnostic lessons from the spectrum study. *Neurology*; 58 (9 Suppl 6): 527-31, 2002.

LIPTON RB; DODICK D; SADOVSKY R; KOLODNER K; EUDICOTT J; HETTIARACHCHI J; HARRISON W. A self-administered screener for migraine in primary care: The ID-migraine (TM) validation study. *Neurology*; 61: 375-82, 2003.

LIPTON RB; DIAMOND S; REED M; DIAMOND ML; STEWART WF. Migraine diagnosis and treatment: results from the American Migraine Study II. *Headache*; 41: 638-45, 2001.

LIPTON RB; STEWART WF; SIMON D. Medical consultation for migraine: results of the American Migraine Study. *Headache*; 38: 87-96, 1998.

LIPTON RB; STEWART WF; CELENTANO DD; REED ML. Undiagnosed migraine headaches: a comparison of symptom-based and reported physician diagnosis. Arch Intern Med; 152: 1273-78, 1992.

LIPTON RB; STEWART WF. Migraine in the United States: a review of epidemiology and health care use. Neurology; 43, Suppl 3, S06-S10, 1993.

LIPTON RB; STEWART WF. Acute migraine therapy: Do doctors understand what patients with migraine want from therapy? Headache; 39 (Suppl 2): S20-26, 1999.

LIMMROTH V; KATSARAVA Z; FRITSCHKE G; PRZYWARA S; DIENER H. Features of medication overuse headache following overuse of different acute headache drugs. Neurology; 59: 1011-14, 2002.

LINET MS; STEWART WF; CELENTANO DD; ZIEGLER D; SPRECHER M. An epidemiologic study of headache among adolescents and young adults. Jama; 261 (15): 2211-16, 1989.

LINGBERG AC; RASMUSSEN BK; JORGENSEN T; et al. Has the prevalence of migraine and tension-type headache changed over a 12- year period? A Danish population survey. Eur J Epidemiol; 20: 243-49, 2000.

_____. Incidence of primary headache: a Danish epidemiology follow-up study. Am J Epidemiol; 161 (11): 1063-73, 2005 Jun 1.

MATHEW NT. Differential diagnosis in headache: identifying migraine in primary care. Cephalalgia; 18 (Suppl 22): 32-39, 1998.

_____. Time course of symptom relief with various antimigraine therapies. Cephalalgia; 23: 486-91, 2003.

MANNIX LK. Epidemiology and impact of primary headache disorders. *Med Clin North Am*; 85 (4): 887-95, 2001 Jul.

MORILLO LE; ALARCON F; ARANAGA N; et al. Clinical characteristics of migraine in Latin America. *Headache*; 45: 118-26, 2005.

MOSKOWITZ MA. The neurobiology of vascular head pain. *Ann Neurol*; 16 (2): 157-68, 1984.

O'BRIEN B; GOEREE R; STEINER D. Prevalence of migraine headache in Canada: a population-based survey. *Int J Epidemiol*; 23: 1020-26, 1994.

OLESEN J. The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition: application to practice. *Functional Neurology*; 20 (2): 61-68, 2005.

OLESEN J. Comment on ICHD 2nd edition: Some considerations on the application of criteria for primary headache. *Cephalalgia*; 25 (2): 157-60, 2005.

OLESEN J; LIPTON RB. Classification of headaches. In: *The Headache*. 3rd Edition. Lippincot William & Wilkins; p. 09-15, 2006.

POEST D; GUBBELS JW. Headache: an epidemiological survey in a dutch rural general practice. *Headache*; 26: 122-25, 1986.

PRANSKY GS; BERNDT E; FINKELSTEIN SN; VERMA S; AGRAWAL A. Performance decrements resulting from illness in the workplace: the effect of headache. *J Occup Environ Med*; 47 (1): 34-40, 2005 Jan.

PRYSE-PHILLIPS WE; DODICK DW; EDMEADS JG; et al. Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice. Canadian Headache Society. *Can Med Assoc J*; 156 (9): 1273-87, 1997.

PRYSE-PHILLIPS W; FINDLAY H; TUGWELL P; et al. A Canadian population survey on the clinical epidemiologic and societal impact of migraine and tension-type headache. *Com J Neurol Sci*; 19 (3): 333-39, 1992.

RABELLO GD. Epidemiologia das cefaléias. In: Teixeira JM e col. *Dos – Contexto Interdisciplinar*. São Paulo: Ed. Maio; p. 67-87, 2002.

RADAT F; SWENDSEN J. Psychiatric comorbidity in migraine: a review. *Cephalalgia*; 25 (3): 165-78, 2005 Mar.

RAPOPORT AM; BIGAL ME. ID-migraine. *Neurol Sci*; 25 Suppl 3: S 258-60, 2004 Oct.

RASMUSSEN BK. Migraine and tension-type headache in a general population: psychosocial factors. *Int J Epidemiol*; 21 (6): 1138-43, 1992.

_____. Epidemiology and sócio-economic impact of headache. *Cephalalgia*; 19 Suppl 25: 20-3, 1999 Dec.

_____. Epidemiology of headache. *Cephalalgia*; 21: 774-77, 2001 Sep.

RASMUSSEN BK; JENSEN R; OLESEN J. Impact of headache on sickness absence and utilization of medical services: a Danish population study. *J Epidemiol Community Health*; 46: 443-46, 1992.

RASMUSSEN BK; JENSEN R; SCHROLL M; et al. Epidemiology of headache in a general population – a prevalence study. *J Clin Epidemiol* 44: 1147-57, 1991.

RASMUSSEN BK; OLESEN J. Migraine with aura and migraine without aura: an epidemiological study. *Cephalalgia*; 12: 221-28, 1992.

RUSSEL MB; RASMUSSEN BK; THORVALDSEN P; et al. Prevalence and sexratio of the subtypes of migraine. *Int J Epidemiol*; 24: 612-18, 1995.

ROLFINCK W. *Ordo et methodus medicinae commentatoriae, hos en eidei cognoscendi dolorem capitis* Jena: Johannes Nisius, 1671.

RUSSEL MB; RASMUSSEN BK; OLESEN J. Migraine without aura and migraine with aura are distinct clinical entities: a study of 484 male and female migraneurs from the general population. *Cephalalgia*; 12: 369-74, 1996.

RYAN RE; PEARLMAN SH. Common headache misdiagnoses. *Prim Care*; 31 (2): 395-405, 2004.

SANCHEZ DEL RIO M; ALVAREZ LJ. Functional neuroimaging of headaches. *Lancet Neurol*; 3 (11): 645-51, 2004.

SCHOENEN J; JENSEN R. Differential diagnosis and prognosis of tension-type headache. In: *The Headaches*/edited by Jes Olesen *et al* – 3rd edition; p. 701-05, 2006.

SCHWARTZ BS; STEWART WF; SIMON D; LIPTON RB. Epidemiology of tension-type headache. *JAMA*; 279 (5): 381-3, 1988 Feb 4.

_____. Epidemiology of tension-type headache. *JAMA*; 279 (5): 381-83, 1998.

SICUTERI F. Hypothesis: migraine , a central biochemical dysnociception. *Headache* 16 (4): 145-59, 1976.

SILBERSTEIN SD; SILBERTEIN MM. New concepts in the pathogenesis of headache. Part II. *Pain Management*; 3: 334-42, 1990.

SILBERSTEIN SD; LIPTON RB; GOADSBY PJ. Historical Introduction. In: *Headache in clinical practice*. Isis Medical Media; p. 01-08, 1998.

SILBERSTEIN SD; LIPTON RB; GOADSBY PJ. Classification and diagnosis of migraine. In: *Headache in clinical practice*. United Kingdom: Martim Dunitz Ttd.; p. 11-33, 2002.

SILBERSTEIN SD; LIPTON RB. Chronic daily headache, including transformed migraine, chronic tension-type headache and medication overuse. In: Silberstein SD, Lipton RB, Dalessio DJ. Wolff's headache and other head pain. New York: Oxford University Press; 247-282, 2001.

SILBERSTEIN SD; LIPTON RB; SLIWINSKI M. Classification of daily and near-daily headaches: field trial of revised criteria. *Neurology*; 47: 871-75, 1996.

SILBERSTEIN SD; LIPTON RB; SOLOMON S; MATHEW NT. Classification of daily and near-daily headaches: proposed revisions to the criteria. *Neurology*; 34: 1-7, 1994.

SILBERSTEIN SD. Practice parameter: evidence-based guidelines for migraine headache (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*; 55: 754-63, 2000.

SMITH TR. Epidemiology and impact of headache: an overview. *Prim Care*; 31 (2): 237-41; V, 2004 Jun.

STEINER TS; MACGREGOR EA; DAVIES PTG. Guidelines for all doctors in the diagnosis and management of migraine and tension-type headache. British Association for the study of headache. www.bash.org.uk, 2000.

STEWART WF; LIPTON RB; LIBERMAN J. Variation in migraine prevalence by race. *Neurology*; 47: 52-9, 1996.

STEWART WF; LIPTON RB; CELENTANO DD; REED ML. Prevalence of migraine headache in the United States: relation to age, income, race and other sociodemographic factors. *Jama*; 267 (1): 64-9, 1992.

STOVNER LJ; SCHER AI. Epidemiology of headache. In: *The Headaches*. 3rd Edition. Lippincott William & Wilkins; p. 17-26, 2006.

TEPPER SJ; DAHLOF CGH; DOWSON A; NEWMAN L; MANSBACH H; JONES M; PHAM B; WEBSTER C; SALONEN R. Prevalence and diagnosis of migraine in patients consulting their physician with a complaint of headache: data from the Landmark study. *Headache*; 44: 856-64, 2004.

TOPCZEWSKI A. Cefaléia na infância e adolescência: aspectos clínicos e laboratoriais. Campinas, 1997. (Tese de doutorado – Universidade Estadual de Campinas).

ULRICH V; RUSSEL MB; JENSEN R; et al. A comparison of tension-type headache in migraineurs and in non-migraineurs: a population-based study. *Pain*; 67: 501-06, 1996.

VANDENHEEDE M; SCHOENEN J. Central mechanisms in tension-type headaches. *Curr Pain Headache Rep*; 6 (5): 392-400, 2002 Oct.

VINCENT MB; FREITAS DE CARVALHO JJ; Brazilian Headache Care Cooperative Group. Primary headache care delivery by nonspecialists in Brazil. *Cephalalgia*; 19 (5): 520-24, 1999.

WANG SJ; FUH JL; LU SR; et al. Chronic daily headache in Chinese elderly: prevalence, risk factors and biannual follow-up. *Neurology*; 54 (2): 314-19, 2000.

WOLFF HG. Headache and other head pain. New York: Oxford University Press, 1948.

APÊNDICES

OFÍCIO/UEPB/PRPGP/MISC – 07/2005

Campina Grande, 25 de julho de 2005

Da Coordenação do Mestrado Interdisciplinar em Saúde Coletiva

Prezado Doutor

Solicitamos à Vossa Senhoria à participação no projeto de pesquisa: CEFALÉIAS PRIMÁRIAS – NOTAS SOBRE SUA ABORDAGEM POR MÉDICOS NÃO-NEUROLOGISTAS, ora em curso no Mestrado Interdisciplinar em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual da Paraíba; desenvolvido pela aluna Gilma Serra Galdino, sob a orientação do Prof. Dr. Jovany Luís Alves Medeiros. Este projeto tem como objetivo analisar a abordagem que médicos não-neurologistas teriam ao lidar com casos de cefaléias primárias.

Agradeceríamos muito se Vossa Senhoria dispusesse um pouco do seu tempo para responder as questões sugeridas no questionário em anexo, constando de três histórias clínicas, a partir das quais deve-se sugerir de uma a três possibilidades diagnósticas e optar por uma, duas ou todas as alternativas previstas com relação a uma provável conduta médica.

A participação é voluntária e não é necessária a identificação do respondente.

Certos de contar com sua valiosa contribuição para realização da pesquisa, agradecemos em nome da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB.

Atenciosamente,

Jovany Luís Alves Medeiros

Gilma Serra Galdino

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

TÍTULO DO PROJETO: CEFALÉIAS PRIMÁRIAS: NOTAS SOBRE SUA ABORDAGEM

POR MÉDICOS NÃO-NEUROLOGISTAS

PESQUISADOR: GILMA SERRA GALDINO

Médica Neurologista

Fone: (83) 3341-8517

O propósito da presente pesquisa é investigar como médicos não-neurologistas abordam, do ponto de vista do diagnóstico, os pacientes portadores dos tipos mais freqüentes de cefaléias primárias, utilizando para isto a aplicação de questionário.

Estes registros não serão divulgados, porém o relatório final contendo a análise dos dados coletados estará disponível para publicação e apresentação em encontros científicos.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, de Campina Grande, Paraíba, em _____.

Este termo em duas vias é para certificar que eu, _____, concordo em participar como voluntário do projeto científico acima mencionado, respondendo ao questionário aplicado.

Estou ciente de que as pessoas envolvidas na pesquisa submeter-se-ão às normas do sigilo profissional.

Estou ciente de que não haverá danos para minha saúde e minha reputação, resultantes da participação na pesquisa.

Estou ciente de que sou livre para recusar-me a responder qualquer questão presente no questionário, bem como para retirar meu consentimento e terminar minha participação, sem riscos de penalidades ou prejuízos quaisquer.

Estou ciente de que terei oportunidade de ser esclarecido pelo pesquisador sobre qualquer questão que desejar.

Pesquisador: _____

Entrevistado: _____

Local: _____

Data: ____/____/____

ANEXOS



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				FR-072744	
Projeto de Pesquisa Cefaléias Primárias: Abordagem por Médicos Não-Neurologistas					
Área de Conhecimento 4.01 – Medicina			Grupo Grupo III	Nível Diagnóstico	
Área(s) Temática(s) Especial(s)				Fase Não se Aplica	
Unitermos Cefaléia Primária, Médicos, Diagnóstico, Enxaqueca, Cefaléia de tensão					
Sujeitos na Pesquisa					
Nº de Sujeitos no Centro 100	Total Brasil 100	Nº de Sujeitos Total 100	Grupos Especiais		
Placebo NÃO	HIV / AIDS NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Específico NÃO	Banco de Materiais Biológicos NÃO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável Jovany Luis Alves de Medeiros		CPF 127.941.044-20	Identidade 1267540 SSP PB		
Área de Especialização Medicina		Maior Titulação Doutor	Nacionalidade Brasileiro		
Endereço Rua João Alves de Lira, 1136/ Ap 1002		Bairro Bela Vista	Cidade Campina Grande - PB		
Código Postal 58101-281	Telefone 33333000 /	Fax 33333113	Email jovany_medeiros@hotmail.com		
Termo de Compromisso Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. _____ Data: ____/____/____ Assinatura					
Instituição Onde Será Realizado					
Nome Universidade Estadual da Paraíba - UEPB		CNPJ 12.671.814/0001-37	Nacional/Internacional Nacional		
Unidade/Órgão Mestrado em Saúde Coletiva		Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO		
Endereço Av. das Baraunas 351		Bairro Campus Universitário	Cidade Campina Grande - PB		
Código Postal	Telefone	Fax	Email		

58109-75	83 3153373	cep@uepb.edu.br	
Termo de Compromisso			
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Nome: _____			
Data: ____/____/____		Assinatura	
Patrocinador			
Nome		CNPJ	
NÃO SE APLICA			
Endereço		Bairro	Cidade
Código Postal	Telefone	Fax	Email
Responsável		Cargo / Função	

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DAS CEFALÉIAS

2ª. EDIÇÃO

Subcomitê de Classificação das Cefaléias

Da Sociedade Internacional de Cefaléia

Código IHS

Diagnóstico

1.

1

2

1

2

3

4

5

6

1.

1.

1

Migrânea

Migrânea sem aura

Migrânea com aura

Aura típica com cefaléia migranosa

Aura típica com cefaléia não migranosa

Aura típica sem cefaléia

Migrânea hemiplégica familiar (MHF)

Migrânea hemiplégica esporádica

Migrânea do tipo basilar

Cefaléia do Tipo Tensional

Cefaléia do tipo tensional episódica infreqüente

Cefaléia do tipo tensional episódica infreqüente associada a

dolorimento pericraniano

2	Cefaléia do tipo tensional episódica infreqüente não-associada a dolorimento pericraniano
1	Cefaléia do tipo tensional episódica freqüente
1	Cefaléia do tipo tensional episódica freqüente associada a dolorimento pericraniano
2	Cefaléia do tipo tensional episódica freqüente não-associada a dolorimento pericraniano
2	Cefaléia do tipo tensional crônica
1	Cefaléia do tipo tensional crônica associada a dolorimento pericraniano
2	Cefaléia do tipo tensional crônica não- associada a dolorimento pericraniano
3	Provável cefaléia do tipo tensional
1	Provável cefaléia do tipo tensional episódica infreqüente
2	Provável cefaléia do tipo tensional episódica freqüente
3	Provável cefaléia do tipo tensional crônica

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DA ICHD II

1 Migrânea sem aura

- A. Pelo menos cinco crises preenchendo os critérios de B a D
- B. Cefaléia durando de quatro a 72 horas (sem tratamento ou com tratamento ineficaz)
- C. A cefaléia preenche ao menos duas das seguintes características
 - 1- localização unilateral
 - 2- caráter pulsátil
 - 3- intensidade moderada ou forte
 - 4- exacerbada por ou levando o indivíduo a evitar atividades físicas rotineiras
- D. Durante a cefaléia, pelo menos um dos seguintes:
 - 1- náusea e/ou vômitos
 - 2- fotofobia e fonofobia
- E. Não atribuída a outro transtorno

1.2. Migrânea com aura

- A. Pelo menos duas crises preenchendo critério B
- B. Aura de migrânea preenchendo os critérios B e C para uma das subformas 1.2.1 a 1.2.6

C. Não atribuída a outro transtorno

1.2.1 Aura típica com cefaléia migranosa

A. Pelo menos duas crises preenchendo os critérios de B a D

B. Aura consistindo em pelo menos um dos seguintes, mas sem nenhuma paresia:

- 1- sintomas visuais completamente reversíveis, incluindo características positivas (*p. ex.*, luzes tremulantes, manchas ou linhas) e/ou características negativas (*i.e.*, dormência)
- 2- sintomas sensitivos completamente reversíveis, incluindo características positivas (*i.e.*, formigamento) e/ou negativas (*i.e.*, dormência)
- 3- disfasia completamente reversível

C. Pelo menos dois dos seguintes:

- 1- sintomas visuais homônimos e/ou sintomas sensitivos unilaterais
- 2- pelo menos um sintoma de aura desenvolve-se gradualmente em ≥ 5 minutos e/ou diferentes sintomas de aura ocorrem em sucessão em ≥ 5 minutos
- 3- cada sintoma dura ≥ 5 minutos e ≤ 60 minutos

D. Cefaléia preenchendo os critérios de B a D para *1.1 Migrânea sem aura* começa durante

a aura ou a sucede com intervalo de até 60 minutos

E. Não atribuída a outro transtorno

2.3 Cefaléia do Tipo Tensional Crônica

A. Cefaléia que ocorre em ≥ 15 dias por mês, em média, por $>$ três meses (≥ 180 dias por ano), e preenchendo os critérios B a D

B. A cefaléia dura horas ou pode ser contínua

C. A cefaléia tem pelo menos duas das seguintes características:

- 1- localização bilateral
- 2- caráter em pressão /aperto (não pulsátil)
- 3- intensidade fraca ou moderada
- 4- não é agravada por atividade física rotineira como caminhar ou subir escadas

D. Ambos os seguintes:

- 1- não mais do que um dos seguintes sintomas: fotofobia, fonofobia ou náusea leve
- 2- nem náusea moderada ou intensa, nem vômitos

E. Não atribuída a outro transtorno

ARTIGO ORIGINAL

Cefaléias primárias: abordagem diagnóstica por médicos não-neurologistas.

Gilma Serra Galdino¹, Tales Iuri, Paz e Albuquerque², Jovany Luís Alves de Medeiros³

Departamento de Fisioterapia. Universidade Estadual da Paraíba - Campus I - Campina Grande – PB.

Endereço para correspondência: Gilma Serra Galdino. Rua Montevideu, 720/902 - Prata CEP 58.102-108. Campina Grande – Brasil.

E-mail: gilmagaldino@hotmail.com

¹Neurologista. Professora de Neurologia, Departamento de Fisioterapia, UEPB.

² Acadêmico de Fisioterapia, bolsista do programa CNPQ-PIBIC-UEPB.

³ Doutor Professor de Neurologia, Departamento de Fisioterapia, UEPB.

RESUMO

Objetivo: Avaliar o conhecimento do diagnóstico e conduta de médicos não-neurologistas quanto às cefaléias primárias. **Métodos:** 91 médicos foram solicitados a diagnosticar e estabelecer condutas em três histórias de pacientes com características clínicas de migrânea sem aura (MSA), cefaléia do tipo tensional crônica (CTTC) e migrânea com aura (MCA), elaboradas de acordo com a Classificação Internacional das Cefaléias – 2ª. Edição (CIC-II). **Resultados:** MSA: dois profissionais (2,2%) fizeram o diagnóstico correto, 54 (59,3%) diagnosticaram migrânea sem especificar o subtipo. CTTC: 15 médicos (16,5%) diagnosticaram cefaléia de tensão sem especificar o subtipo. MCA: 26 (28,6%) fizeram o diagnóstico de migrânea e apenas um médico (1,1%) fez o diagnóstico correto do subtipo. 16 médicos (17,6%) afirmaram conhecer a CIC-II. **Conclusão:** A maioria dos médicos não-neurologistas desconhece os critérios diagnósticos utilizados para diagnóstico e classificação das formas mais frequentes de cefaléias primárias.

PALAVRAS-CHAVE

Diagnóstico, classificação internacional das cefaléias, cefaléias primárias, migrânea com aura, migrânea sem aura, cefaléia do tipo tensional crônica.

ABSTRACT

Primary headaches: a diagnostic approach by non-neurologist doctors

Objective: Evaluate the knowledge of diagnostic and posture of non-neurologist doctors concerning primary headaches. **Methods:** 91 doctors were asked to diagnose and establish procedures on three patient histories presenting clinic characteristics of migraine without aura (MA), chronic tension-type headache (CTTH) and migraine with aura (MO), according to the International Classification of Headaches – 2nd. Edition (CIC-II). **Results:** MSA: two professionals (2,2%) were accurate in their diagnostic, 54 (59,3%) said it was migraine but did

not specify the subtype. CTTC: 15 doctors (16,5%) diagnosed tension-type headache but did not specify the subtype. MCA: 26 (28,6%) said it was migraine, and only one doctor (1,1%) was right about the subtype. 16 doctors (17,6%) said to be aware of CIC-II. **Conclusion:** Most of non-neurologist doctors do not know the diagnostic criteria used to diagnose and classify the most frequent forms of primary headaches.

KEY-WORDS

Diagnostic, international classification of headaches, primary headaches, migraine with aura, migraine without aura, chronic tension-type headache. .

INTRODUÇÃO E OBJETIVO

As cefaléias são importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo [1, 2, 3, 4,5] devido ao impacto individual e social que essa condição clínica acarreta, a alta incidência [6,7] e elevado potencial de cronificação [8], além dos custos econômicos e redução na qualidade de vida que afeta seus portadores [9,10,11,12]. Apesar disso, são, na maioria das vezes, subdiagnosticadas e subtratadas [13, 14].

Neste estudo, procuramos avaliar o conhecimento diagnóstico e conduta por médicos não-neurologistas, frente a quadros clínicos sugestivos de cefaléias primárias.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Foram entrevistados 91 médicos, com atuação no sistema privado de saúde, na cidade de Campina Grande. Eles foram contatados aleatoriamente. Excluíram-se neurologistas, neuropediatras e neurocirurgiões, imageologistas, laboratorialistas e os médicos que não tivessem atuação no atendimento primário. Aos médicos que concordaram em participar da pesquisa foram apresentadas três histórias clínicas com características de migrânea sem aura

(MSA), cefaléia do tipo tensional crônica (CTTC) e migrânea com aura (MCA), (quadro 1), elaboradas de acordo com os critérios da Classificação Internacional das Cefaléias da Sociedade Internacional de Cefaléia [15] (ICHD - II). Aos participantes, foi solicitada a elaboração de até três hipóteses diagnósticas para cada caso, bem como opção quanto à solicitação de exames complementares, tratamento e encaminhamento a um especialista. Ao final, eles responderam se conheciam a ICHD-II. Para a análise dos dados, priorizamos a primeira hipótese diagnóstica, visto que a maior parte das respostas não contemplava as 2^a. e 3^a. hipóteses. Consideramos os termos enxaqueca, hemicrania e cefaléia vascular como equivalentes de migrânea; enxaqueca clássica e enxaqueca com aura como equivalentes de MCA, e enxaqueca comum e enxaqueca sem aura, equivalentes de MSA.

Os médicos entrevistados assinaram um termo de consentimento para as suas participações no estudo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba, protocolo nº 1027/ 2005.

RESULTADOS

Dos 91 entrevistados, 51 (56%) eram homens e 35 (38,5%) mulheres, cinco (5,5%) não informaram o gênero, com idades entre 27 e 70 anos, média de $44,8 \pm 09$ anos. Eles tinham entre seis e 46 anos de formados, média de $21,4 \pm 8,2$ anos, e 67 (73,6%) fizeram residência médica, sete (7,7%) estágio, dois (2,2%) mestrado e um (1,1%) doutorado. 14 (15,4%) não responderam sobre sua formação acadêmica. A área de atuação desses profissionais era muito diversa.

As escolhas diagnósticas para a história clínica de MSA estão relacionadas na tabela 1. Entre os entrevistados, 79 (86,8%) não solicitariam exames e 12 (13,2%) pediriam radiografia

simples do crânio/seios da face (RX crânio/face), eletroencefalograma (EEG) e tomografia computadorizada do crânio (CT crânio); 77 (84,6%) não tratariam e 82 (90,1%) encaminhariam ao neurologista ou a outros especialistas.

Os diagnósticos referentes à história clínica de CTTC estão na tabela 2. Vinte (22%) entrevistados solicitariam exames complementares – EEG/Rx crânio/face/CT crânio; 67 (73,6%) iniciariam o tratamento, 24 (26,4%) não tratariam e 59 (64,8%) encaminhariam ao neurologista, enquanto 20 (22%) optariam por outros especialistas.

A relação de diagnósticos referentes à história de MCA está na tabela 3. 26 (28,6%) entrevistados solicitariam exames complementares (EEG/Rx crânio/face/CT crânio). 80 (87,9%) não iniciariam o tratamento; 78 (85,7%) encaminhariam ao neurologista e seis (6,6%) ao neurocirurgião.

Apenas 16 (17,6%) médicos responderam conhecer a ICHD-II.

DISCUSSÃO

As cefaléias primárias poderiam ser diagnosticadas e tratadas por médicos clínicos visto que a probabilidade de uma primeira abordagem diagnóstica por médico não especialista é grande em decorrência da alta prevalência dessas condições na população em geral [14]. A Sociedade Internacional das Cefaléias (International Headache Society - IHS) promoveu uma padronização dos critérios diagnósticos, listados na ICHD II, revista e publicada em 2004 [15], com o objetivo de uniformizar os sintomas e síndromes presentes nas cefaléias primárias. O intuito é evitar variações no diagnóstico dessas cefaléias pelos diversos observadores e, assim, melhorar a acurácia diagnóstica e a orientação terapêutica, tornar esse transtorno reconhecido como doença neurobiológica e minimizar os prejuízos ao seu portador

[16]. A observância desses critérios da SIC possibilita o diagnóstico correto em cerca de 80% dos casos de MSA [13]. Essa classificação é hierárquica e leva em conta vários graus de especificidade, chegando a utilizar até quatro dígitos para codificar os vários níveis: o 1º. dígito identifica o tipo (ex. 1. migrânea), o 2º. dígito indica o subtipo (ex. 1.2. migrânea com aura), dígitos subsequentes permitem fazer diagnósticos mais específicos com relação a subformas (ex: 1.2.4. migrânea hemiplégica familiar). A orientação da IHS é que o médico não-especialista seja capaz de identificar o tipo (1º. nível) e até o subtipo (2º. nível) para estabelecer uma estratégia terapêutica adequada e eficaz [16].

O diagnóstico de migrânea feito por 60 participantes para a história clínica de MSA aproxima-se dos resultados observados em estudos que apontam acerto diagnóstico, entre médicos não-especialistas, para casos de migrânea que variam entre 30% a 68% [13, 17, 18, 19]. Apesar de ser o tipo de cefaléia primária mais prevalente, a CTT é frequentemente não diagnosticada, sendo confundida com quadros de migrânea ou cefaléias secundárias [20, 21,22]. Entre os nossos entrevistados, não houve acerto diagnóstico para o subtipo de CTTC.

Grande parte dos participantes optou pelo diagnóstico de cefaléias secundárias no caso de MSA, evidenciando a dificuldade encontrada por esses profissionais para fazer o diagnóstico diferencial entre cefaléia primária e secundária. Contraditoriamente, eles, na maioria, não indicaram a necessidade de solicitar exames complementares, o que diverge da maioria dos estudos que mostram uma alta porcentagem de solicitação de exames complementares entre não-especialistas, mesmo sem evidências de que esses exames possam contribuir para o esclarecimento diagnóstico [23,24]. Ficou claro também a preferência pelo

não tratamento, privilegiando o encaminhamento ao neurologista. Consideramos este fato um viés, visto que o estudo foi conduzido por neurologistas que tinham conhecimento pessoal com os participantes.

Os nossos dados corroboram a impressão de que a falta de conhecimento dos critérios diagnósticos da IHS para cefaléias primárias está na origem da dificuldade encontrada para se fazer o diagnóstico diferencial entre as cefaléias primárias e secundárias, assim como o desconhecimento generalizado dos subtipos de cefaléias primárias. O diagnóstico de migrânea foi mais fácil de ser feito, provavelmente em razão desse tipo de cefaléia ser mais discutido em fóruns médicos e existir um grande mercado de drogas anti-migranosas.

O fato de que 82,4% (75/91) afirmaram desconhecer a ICHD II demonstra a necessidade de programas de educação continuada para médicos de atendimento primário em relação aos critérios diagnósticos de cefaléia primária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- RASMUSSEN BK. Epidemiology and socio-economic impact of headache. *Cephalalgia* 1999 Dec; 19 Suppl 25: 20-23.
- 2- DOMINGUES RB; KUSTER GW; DUTRA LA; SANTOS JG. Headache epidemiology in Vitória, Espírito Santo. *Arq Neuropsiquiatr* 2004 Sep; 62 (3 A): 588-591.
- 3- LYNGBERG AC; RASMUSSEN BK; JORGEMEN T; JENSEN R. Incidence of primary headache: a Danish epidemiology follow-up study. *Am J Epidemiol* 2005 Jun 1; 161 (11): 1063-1073.
- 4- CELIK Y; EKUKLU G; TOKUÇ B; UTKU V. Migraine prevalence and some related factors in Turkey. *Headache* 2005 Jan; 45 (1): 32-36.
- 5- LIPTON RB; BIGAL ME. Epidemiology of migraine in Latin America: an editorial. *Headache* 2005 Feb; 45 (2): 103-104.
- 6- SCHWARTZ BS; STEWART WF; SIMON D; LIPTON RB. Epidemiology of tension-type headache. *JAMA* 1988 Feb 4; 279 (5): 381-383.

- 7- RASMUSSEN BK. Epidemiology of headache. *Cephalalgia* 2001 Sep; 21: 774-777.
- 8- KATSARAVA Z; SCHECEWEISS S; KURTH T; et al. Incidence and predictors for chronicity of headache in patients with episodic migraine. *Neurology* 2004 Mar 9; 62 (5): 788-790.
- 9- BERG J. Economic evidence in migraine and other headache: a review. *Eur J Health Econ* 2004 Oct; 5 Suppl 1: 543-554.
- 10- GUPTA VK. Chronic daily headache with analgesic overuse: epidemiology and impact on quality of life. *Neurology* 2004 Oct 12; 63 (7): 1341; author reply 1341.
- 11- PRANSKY GS; BERNDT E; FINKELSTEIN SN; VERMA S; AGRAWAL A. Performance decrements resulting from illness in the workplace: the effect of headache. *J Occup Environ Med* 2005 Jan; 47 (1): 34-40.
- 12- BELAM J; KERNICK D; KLINE F; LINDLEY K; McWATT J; MITCHELL A; REINHOLD D. A qualitative study of migraine involving patient researchers. *Br J Gen Pract* 2005 Feb; 55 (511): 87-93.
- 13- LIPTON RB; STEWART WF; CELENTANO DD; REED ML. Undiagnosed migraine headaches. A comparison of symptom-based and reported physician diagnoses. *Arch Intern Med* 1992; 152: 1273-1278.
- 14- MANNIX LK. Epidemiology and impact of primary headache disorders. *Med Clin North Am* 2001 Jul; 85 (4): 887-895.
- 15- Headache Classification Subcommittee of the International Headache Disorders. The International Classification of headache Disorders. 2nd Edition. *Cephalalgia* 2004; 24 Suppl 1: 1-160.
- 16- LIPTON RB; BIGAL ME; STEINR TJ; SILBERSTEIN SD; OLESEN J. Classification of primary headaches. *Neurology* 2004; 63 (3): 427-435.
- 17- STANG PE; VON KORFF M. The diagnosis of headache in primary care: Factors in the agreement of clinical and standardized diagnoses. *Headache* 1994; 34: 138-142.
- 18- PIOVESAM EJ; WERNECK LC. Visão generalista da migrânea (enxaqueca). Reavaliação diagnóstica em 99 pacientes. *Ver Méd Paraná* 1998 Jul-Dez; 56: 01-08.
- 19- VINCENT MB; DE CARVALHO JJ; Brazilian Headache Care Cooperative Group. Primary headache care delivery by nonspecialists in Brazil. *Cephalalgia* 1999; 19 (5): 520-524.
- 20- RASMUSSEN BK. Migraine and tension-type headache in a general population: precipitating factors, female hormones, sleep patterns and relation to lifestyle. *Pain* 1993; 53: 65-72.

- 21- SCHOENEN J; JENSEN R. Differential diagnosis and prognosis of tension-type headaches . In: The Headaches. 3rd Edition. Lippincot William & Wilkins; 2006, p. 701-705.
- 22- ULRICH V; RUSSEL MB; JENSEN R; et al. A comparison of tension-type headache in migraineurs and in non-migraneurs: a population-based study. Pain 1996; 67: 501-506.
- 23- Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Practice parameter: report the utility of neuroimaging in the evaluation of headache in patients with normal neurologic examinations. Neurology 1994; 44: 1353-1354.
- 24- FRISHBERG BM. The utility of neuroimaging in the evaluation of headache in patients with normal neurologic examinations. Neurology 1994; 44: 1191-1197.

Quadro 1. Três histórias clínicas apresentadas a 91 médicos não neurologistas para diagnóstico e conduta.

HISTÓRIA I – diagnóstico correto: migrânea com aura.

Paciente de 10 anos, feminino, com relato de crises de dor de cabeça há quatro anos, com frequência de um a dois episódios trimestrais no último ano, caracterizadas como dor pulsátil, lateralizada, ora a direita, ora a esquerda, de forte intensidade, acompanhadas por náuseas, fotofobia e fonofobia, piorando com atividades físicas rotineiras e melhorando com uso de analgésicos comuns. O exame clínico é normal.

HISTÓRIA II – diagnóstico correto: cefaléia do tipo tensional crônica.

Paciente de 57 anos, feminino, do lar, com relato de cefaléia intermitente há mais de 20 anos, que se tornou diária nos últimos dois anos, de intensidade leve a moderada. A dor geralmente é bilateral, com sensação de aperto e não impede as atividades rotineiras, mesmo quando acompanhada de fonofobia. O exame clínico é normal.

HISTÓRIA III – diagnóstico correto: migrânea sem aura.

Paciente de 18 anos, masculino, estudante, com relato de episódios recorrentes de dor de cabeça nos últimos seis meses, de forte intensidade, durando várias horas, pulsátil, mais frequentemente localizada em região hemicrânia esquerda. A dor geralmente se inicia com alterações visuais e dificuldade para falar, reversíveis. Associa-se a fotofobia, fonofobia, náuseas e/ou vômitos. Essa dor o incapacita para suas atividades diárias. O exame clínico é normal.

Tabela 1. Primeira hipótese diagnóstica para histórias clínicas "migrânea sem aura" (MSA), "cefaléia do tipo tensional crônica" (CTTC) e "migrânea com aura" (MCA) realizadas por 91 médicos não neurologistas.

Diagnóstico	MSA		CTTC		MCA	
	N	%	N	%	N	%
1. Enxaqueca	54	59	31	34	21	23
2. Enxaqueca clássica	3	3,3	1	1,1	1	1,1*
3. Enxaqueca hemiplégica	-	-	-	-	1	1,1
4. Enxaqueca complicada	1	1,1	-	-	-	-
5. Enxaqueca sem aura	1	1,1*	-	-	-	-
6. Síndrome enxaquecosa	1	1,1	-	-	-	-
7. Cefaléia	2	2,2	5	5,5	5	5,5
8. Cefaléia tensional	-	-	12	13	2	2,2
9. Cefaléia em salvas	-	-	-	-	2	2,2
10. Cefaléia cervicogênica	-	-	1	1,1	-	-
11. Cefaléia secundária	-	-	-	-	1	1,1
12. Cefaléia vascular	1	1,1	2	2,2	1	1,1
13. Cefaléia crônica diária	-	-	1	1,1	-	-
14. CTTE+	-	-	1	1,1	-	-
15. Cefaléia por estresse	-	-	1	1,1	1	1,1
16. Migrânea	3	3,3	-	-	2	2,2
17. Migrânea sem aura	1	1,1	-	-	-	-
18. Hemicrania	1	1,1	2	2,2	2	2,2
19. Não responderam	7	7,7	9	10	7	7,7
20. Distúrbios visuais	5	5,5	-	-	4	4,4
21. Hipertensão arterial	3	3,3	12	10	-	-
22. Tumor cerebral	3	3,3	6	6	25	27,4
23. Aneurisma	2	2,2	2	2,2	10	11
24. Climatério	-	-	2	2,2	-	-
25. SHIC‡	1	1,1	1	1,1	3	3,3
26. Artrose cervical	-	-	1	1,1	-	-
27. Má formação vascular	-	-	1	1,1	1	1,1
28. Hipoglicemia	1	1,1	-	-	-	-
29. Sinusite	1	1,1	-	-	-	-
30. Ictus transitório	-	-	-	-	1	1,1
31. Dismenórreia	-	-	-	-	1	1,1
Totais	91		91		91	

* diagnóstico correto

+ Cefaléia do tipo tensional episódica

‡ Síndrome de hipertensão intracraniana.

